

Ervaringen van abortuscliënten in Nederland

Positieve zorgervaringen, tegelijkertijd
knelpunten in informatievoorziening,
keuzevrijheid en pijnbestrijding

www.avahelpt.nl
Amsterdam, mei 2026

The logo for 'ava' features the lowercase letters 'ava' in a white, sans-serif font. The text is centered within a soft, pink, cloud-like or smoke-like background that has a blurred, ethereal quality. The overall aesthetic is clean and modern.

ava

Inhoudsopgave

01	Aanleiding, doel & opzet	3
<hr/>		
02	Methoden	4
<hr/>		
03	Resultaten	7
<hr/>		
04	Conclusies	20
<hr/>		
05	Aanbevelingen	23
<hr/>		
06	Bijlage	24
<hr/>		
07	Referenties	26

Aanleiding

Kennis over hoe cliënten de abortuszorg en hun abortus in Nederland ervaren, is beperkt beschikbaar. Daarom heeft Ava, de Nederlandse cliëntenbelangenorganisatie voor anticonceptie en abortus, een verkennend onderzoek uitgevoerd onder mensen die een abortus hebben gedaan. Dit publieksrapport beschrijft de uitkomsten van dat onderzoek.

Doel

Het doel van dit verkennende onderzoek is het in kaart brengen van de ervaringen van abortuscliënten met drie verschillende onderdelen van de abortus(zorg) die niet direct met elkaar samenhangen: de zorgverlening, de echo en de nazorg.

Het rapport geeft inzicht in:

- hoe cliënten verschillende aspecten van de zorgverlening beoordelen;
- welke ervaringen en voorkeuren zij hebben met de echo voorafgaand aan een abortus;
- welke nazorg zij hebben ontvangen en wat daarvan de reden was.

Leeswijzer

Dit rapport is thematisch opgebouwd:

- Ervaringen met zorgverlening
- Echo
- Nazorg

Elk hoofdstuk behandelt een afzonderlijk onderdeel van het onderzoek.

De resultaten kunnen los van elkaar worden gelezen.

Meer informatie

Eva de Goeij (eva@avahelpt.nl, hoofd onderzoek) en Juul Priester (juul@avahelpt.nl, bestuurslid onderzoek)

Opzet

Het onderzoek bestond uit een online vragenlijst met voornamelijk gesloten vragen met antwoordschalen, aangevuld met enkele open vragen. Aansluitend zijn focusgroepen georganiseerd om de ervaringen van cliënten verder te verkennen.

Methoden



Focusgroep

Naast de kwantitatieve vragenlijst zijn er focusgroepen georganiseerd om de ervaringen van cliënten met abortuszorg nader te verkennen. De werving verliep via de sociale media van Ava en van de onderzoekers, zonder gebruik van gerichte advertenties.

De focusgroepen vonden plaats op 16 en 17 december 2025 en duurden elk circa twee uur. De eerste groep bestond uit drie deelnemers, de tweede uit zeven. Alle deelnemers waren ouder dan 16 jaar en hebben vooraf schriftelijk informed consent gegeven, inclusief toestemming voor audio-opnames. Deze opnames zijn uitsluitend gebruikt voor analyse en verslaglegging en na afronding van het onderzoek verwijderd. Uitspraken in de rapportage zijn geanonimiseerd.

De focusgroepen werden begeleid door medewerkers van Ava en volgden een topiclijst gericht op de ervaring van cliënten met verschillende aspecten van het abortustraject. Besproken onderwerpen waren onder meer: beleving van de zorg (toegankelijkheid, duidelijkheid, pijnbestrijding), informatievoorziening en begeleiding, keuzevrijheid binnen het zorgtraject (bijvoorbeeld behandeling, timing, echo, medicatie, nazorg), contacten met zorgverleners, ervaring met de echo, pijnbestrijding, nazorg en verbeterpunten van de zorg. Hoewel de topiclijst uitgebreid was, konden vanwege de beperkte tijd tijdens de gesprekken niet alle onderwerpen even diepgaand worden besproken.

Aan de focusgroepen namen tien vrouwen deel (26–43 jaar), woonachtig in verschillende regio's in Nederland. Alle deelnemers hadden in de afgelopen vijf jaar minstens één abortus meegemaakt; sommigen hadden ervaring met meerdere abortussen. De zwangerschapsduur varieerde van circa 5 tot 11 weken. De abortussen vonden plaats in abortusklinieken en ziekenhuizen en betroffen voornamelijk instrumentele abortus (curettagage), soms met roesje; daarnaast was er ervaring met de abortuspil.

De abortussen vonden plaats in abortusklinieken en ziekenhuizen en betroffen voornamelijk instrumentele abortus (curettagage), soms met roesje; daarnaast was er ervaring met de abortuspil.

Steekproeven

In totaal hebben **2449 respondenten** de vragenlijst voltooid. Voor dit onderzoek zijn deelnemers geïnccludeerd die aangaven in de vijf jaar voorafgaand aan deelname minstens één keer voor abortus te hebben gekozen. Deze periode van vijf jaar is gekozen omdat de abortuszorg voortdurend in ontwikkeling is; ervaringen van langer geleden worden daarom als minder relevant beschouwd. In totaal voldeden **128 respondenten** aan dit criterium.

Representativiteit

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) rapporteert geaggregeerde gegevens over demografische en abortusgerelateerde (zorg)kenmerken, zoals leeftijd, ouderschap, zwangerschapsduur, type abortus en eerdere abortussen (IGJ, 2025). De leeftijdsverdeling van de steekproef van de online vragenlijst is vergelijkbaar met die van mensen die in Nederland voor abortus kiezen. Ook het aandeel medicamenteuze en instrumentele abortussen komt redelijk overeen, evenals het aandeel mensen dat één abortus heeft gehad. Mensen zonder kinderen zijn echter oververtegenwoordigd in de steekproef.

De deelnemers aan de focusgroepen vielen grotendeels binnen de leeftijdsgroep waarin abortus in Nederland het meest voorkomt (25–35 jaar; IGJ, 2025) en hadden ervaring met verschillende klinieken, waardoor een breed scala aan perspectieven binnen de doelgroep is vertegenwoordigd. De meeste deelnemers hadden een zuigcurettagage ge, waardoor ervaringen met de abortuspil ondervertegenwoordigd zijn. Daarnaast kan sprake zijn van selectiebias, waardoor deelnemers met meer uitgesproken ervaringen mogelijk oververtegenwoordigd zijn.

Vragenlijst

Dit rapport is gebaseerd op resultaten van een online vragenlijst over cliëntervaringen met zowel anticonceptie- als abortus(zorg) in Nederland, ontwikkeld met Qualtrics Survey Software.

Werving verliep via sociale media (Instagram en Facebook) van 20 juni 2023 tot 30 juli 2023. Er werd gebruikgemaakt van gerichte, betaalde advertenties om een zo representatief mogelijke steekproef te verkrijgen. Hierbij werd onder meer geselecteerd op postcodegebieden en leeftijd. Dit was een cyclisch proces: wanneer bijvoorbeeld bleek dat vooral jonge mensen de vragenlijst invulden, werden specifieke advertenties ingezet om oudere doelgroepen te bereiken. De wervende advertenties richtten zich op ervaringen met anticonceptie; abortus kwam later in de vragenlijst aan bod. Onder respondenten werd €200 verloot. Het invullen van de enquête duurde ca. 20 minuten.

Vragen over persoonlijke en achtergrondkenmerken zijn gebaseerd op eerdere onderzoeken naar seksuele gezondheid (vergelijkbaar met Seks onder je 25e, Rutgers/Soa Aids Nederland, 2017).

De vragenlijst voor mensen die in de vijf jaar vóór deelname een abortus hadden gedaan, was deels gebaseerd op bestaande meetinstrumenten. Als basis diende de IQFP-schaal voor interpersoonlijke kwaliteit van zorg. Deze vragenlijst meet hoe patiënten het contact met hun zorgverlener ervaren tijdens een anticonceptieconsult. De schaal bestaat uit tien items met een 5-punts Likertschaal en een niet van toepassing optie (helemaal mee oneens; beetje mee oneens; niet mee eens of oneens; beetje mee eens; helemaal mee eens. Dehlendorf et al., 2018). In overleg met medische professionals en onderzoekers zijn de items aangepast voor gebruik in de context van abortuszorg.

Daarnaast zijn acht items toegevoegd over pijnbestrijding, organisatorische en praktische aspecten van de abortuszorg, oordeelloze bejegening, communicatie buiten het consult (bijvoorbeeld met de telefoniste) en discriminatie.

Vragen over keuzes en informatie rondom de echo (5-punts Likertschaal) en de ontvangen nazorg zijn opgesteld in overleg met medische professionals en onderzoekers.

Het onderzoek is ethisch goedgekeurd door de HLM International Review Board (studienummer #2325; goedkeuring ontvangen op 9 juni 2023).

Respondenten waren niet verplicht om elke vraag in te vullen. In de resultatensectie wordt telkens vermeld hoeveel respondenten de betreffende vraag hebben beantwoord.

De antwoordcategorieën van de 5-punts Likertschaal zijn gehercodeerd naar een 3-puntsschaal (oneens, neutraal, eens) om kleine aantallen in de extreme categorieën te voorkomen en de interpretatie van de uitkomsten te vergemakkelijken, conform gangbare werkwijzen (Koo & Yang, 2025).

Resultaten



Achtergrond: ervaringen met zorgverlener

Context bij dit thema, voorafgaand aan resultaten

Interpersoonlijke kwaliteit van zorg

Kwaliteit van zorg wordt niet alleen bepaald door medische veiligheid en effectiviteit, maar ook door hoe cliënten de zorgverlening ervaren. In de (abortus)zorg gaat het daarbij onder meer om respectvolle bejegening, duidelijke communicatie, gezamenlijk besluitvorming (shared decision making) en de mate waarin cliënten zich gehoord en serieus genomen voelen. Hoewel deze aspecten essentieel worden geacht voor goede zorg, is er in Nederland weinig onderzoek gedaan naar hoe abortuscliënten deze aspecten ervaren. Zo is eerder onderzoek gedaan naar de ervaringen met een medicamenteuze abortus (Latour-Oldenhof et al., 2024), maar ontbreekt een kwantitatieve studie naar de abortuszorg als geheel.

In het eerste deel van dit onderzoek is zodoende gekeken naar interpersoonlijke kwaliteit van zorg, zoals gemeten met de Interpersonal Quality of Family Planning (IQFP)-schaal (Dehlendorf et al., 2018), maar ook naar andere aspecten die van belang zijn voor de cliëntbeleving. Zo werd ook onderzocht: beschikbaarheid van een afspraak en privacy, de communicatie met de kliniek – het contact via de telefoon – en de duidelijkheid van informatie over de verschillende mogelijkheden en discriminatie.

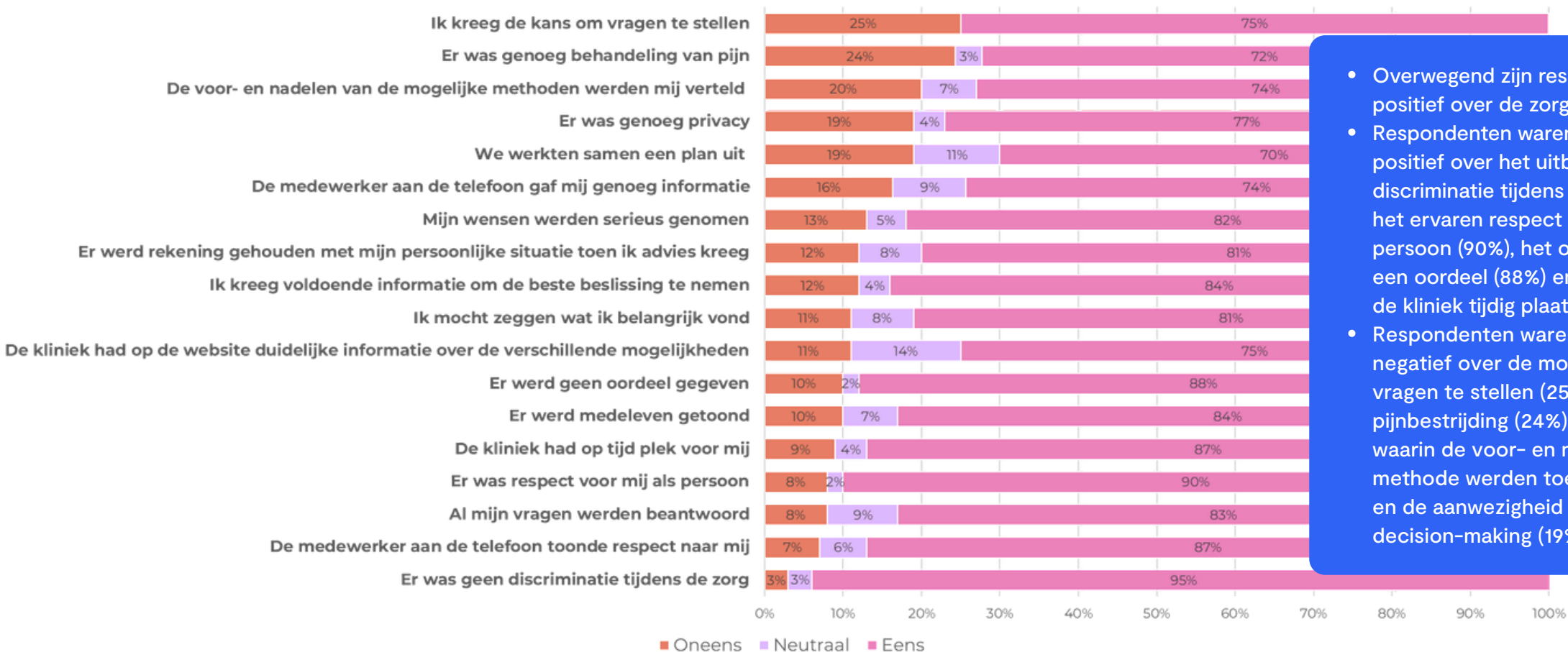
Behandeling van pijn

Medische richtlijnen adviseren altijd pijnbestrijding aan te bieden, zowel bij medicamenteuze als instrumentele abortussen (NVOG, 2023; NGvA, 2012). Volgens deze richtlijnen wordt bij medicamenteuze abortus pijnstilling afgestemd op de individuele cliënt, bijvoorbeeld met NSAID's (niet-steroïde anti-inflammatoire geneesmiddelen zoals ibuprofen of naproxen) of andere medicatie, terwijl bij instrumentele abortus intraveneuze pijnstilling en sedatie kan worden toegepast, afhankelijk van de situatie en de instelling. In de praktijk krijgen de meeste mensen met een instrumentele abortus in het eerste trimester een roesje.

Voor medicamenteuze abortus is dit minder eenduidig. Deze vorm van abortus gaat gepaard met een grotere kans op ernstige pijn dan een instrumentele abortus (Mahoney et al., 2025). Hoewel het aanbieden van pijnbestrijding in Nederland de standaard is, is er weinig bekend over hoe cliënten de geboden pijnbestrijding ervaren en of zij deze als voldoende beschouwen. Ook is onduidelijk hoe zij keuzes rondom pijnbestrijding beleven.

Daarom onderzoekt dit rapport of cliënten de behandeling van pijn als voldoende ervaren, of de ervaring met pijnbestrijding verschilt tussen medicamenteuze en instrumentele abortus, en hoe keuzes rondom pijnbestrijding worden ervaren.

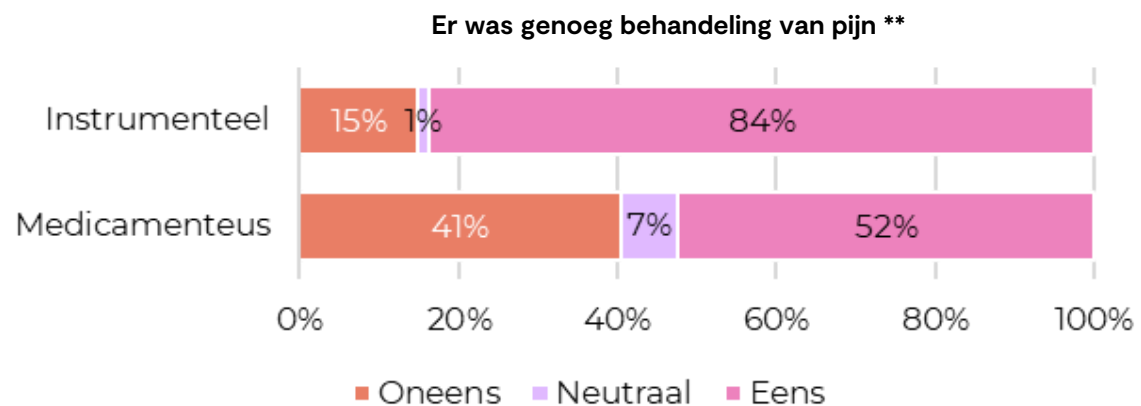
Zorgverlening



- Overwegend zijn respondenten positief over de zorgverlening.
- Respondenten waren het meest positief over het uitblijven van discriminatie tijdens de zorg (95%), het ervaren respect voor hen als persoon (90%), het ontbreken van een oordeel (88%) en het feit dat de kliniek tijdig plaats had (87%).
- Respondenten waren het meest negatief over de mogelijkheid om vragen te stellen (25%), de pijnbestrijding (24%), de mate waarin de voor- en nadelen per methode werden toegelicht (21%) en de aanwezigheid van shared decision-making (19%).

Zorgverlening

Pijnbestrijding



- 41% van de respondenten kozen voor een medicamenteuze abortus, terwijl 59% een instrumentele abortus had.
- Van de respondenten met een instrumentele abortus vond 84% dat er adequate pijnbestrijding werd geboden; 15% vond van niet.
- Van de respondenten met een medicamenteuze abortus vond 41% dat de pijnbestrijding onvoldoende was- een hoger percentage dan bij de instrumentele abortus. 52% gaf aan dat de pijnbestrijding wel voldoende was.

Zorgverlening

“In dat kamertje had ik minder privacy dan bij de tandarts.”

“In de wachtkamer was iemand echt in paniek. Huilen, jammeren. Dat steekt je aan.”

Gebrek aan privacy

Meerdere deelnemers ervoeren onvoldoende (fysieke) privacy binnen de abortuszorg in de wacht- en behandelkamers. Het delen van ruimtes met veel anderen en het ontbreken van momenten alleen, maakte de ervaring voor sommigen ingrijpender en kwetsbaarder.

“Ik voelde veel liefde en warmte van sommige medewerkers.”

“Er waren momenten dat ik me echt gedragen voelde.”

Fijne bejegening zorgmedewerkers

De bejegening door zorgmedewerkers werd vaak als warm, begripvol en steunend ervaren. Deze persoonlijke aandacht bood voor sommige deelnemers tegenwicht aan de medische en klinische setting.

“Achteraf had ik graag beter geweten wat normaal was.”

“Ik wist eigenlijk niet wat het concreet zou betekenen.”

Onzekerheid door gebrek aan verwachtingsmanagement

Veel deelnemers gaven aan dat zij vooraf onvoldoende wisten wat hen te wachten stond. Zij misten concrete en praktische informatie over de behandeling, pijn, herstel en mogelijke bijwerkingen. De informatie werd voor hun gevoel laat en vooral mondeling gegeven, op een moment dat cliënten zich al overweldigd voelden, wat bijdroeg aan onzekerheid.

*Overwegend hadden de focusgroepeelnemers gebruik gemaakt van een zuigcuretage, waardoor ervaringen met de abortuspijl ondervetegenwoordigd waren. Ook kan er sprake zijn van selectiebias, waardoor deelnemers met uitgesproken (negatieve) ervaringen mogelijk oververtegenwoordigd zijn

Zorgverlening

“Je merkt dat dit iets is wat ze de hele dag doen - voor mij was het mijn hele wereld op dat moment.”

“Het voelde echt als lopende bandwerk.”

Lopendebandwerk

De zorg werd door verschillende deelnemers ervaren als zeer routinematig. Het gevoel dat alles snel moest en dat er weinig ruimte was voor maatwerk leidde bij velen tot het idee ‘één van velen’ te zijn.

“Het had iets onpersoonlijks, bijna steriels.”

“Felle lichten, een hele klinische sfeer.”

Klinische, koude setting

De fysieke omgeving van de kliniek werd regelmatig omschreven als kil. De combinatie van felle verlichting, een medische uitstraling en een gebrek aan warmte droeg bij aan gevoelens van afstand en vervreemding.

Resultaten - Focusgroepen*

“Je kreeg het gevoel alsof je je zelf niet kon vertrouwen - dus dan maar spiraaltje. Ik had geen gevoel van keuze daarbij.”

“Het voelde bijna als een daad van verzet om voor de pil in plaats van de curretage te kiezen.”

Ervaren keuzevrijheid binnen het zorgtraject

Hoewel cliënten formeel keuzes kregen aangeboden, werd de keuzevrijheid in de praktijk door veel deelnemers als beperkt ervaren. Zij gaven aan dat beslissingen vaak snel moesten worden genomen en dat zij zich niet altijd vrij voelden om af te wijken van wat zij dachten dat van hen verwacht werd of van de standaardprocedure.

Deze ervaringen speelden onder andere bij keuzes rondom pijnbestrijding, het type behandeling en anticonceptie na de abortus. Daarnaast gaf een groot deel van de respondenten aan niet te weten dat het mogelijk is om af te wijken van het standaardprotocol, bijvoorbeeld met betrekking tot pijnbestrijding.

*Overwegend hadden de focusgroepeelnemers gebruik gemaakt van een zuigcurettage, waardoor ervaringen met de abortuspil ondervetegenwoordigd waren. Ook kan er sprake zijn van selectiebias, waardoor deelnemers met uitgesproken (negatieve) ervaringen mogelijk oververtegenwoordigd zijn

Achtergrond: echo

Context bij dit thema, voorafgaand aan resultaten

Echo

In 2022 publiceerde de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) richtlijnen waarin wordt geadviseerd om een echo niet als vereiste te stellen voorafgaand aan een abortus, zowel bij een medicamenteuze als bij een instrumentele abortus. In Nederland is het echter gebruikelijk om standaard een echo te maken bij een zwangerschapsafbreking, zoals ook is vastgelegd in de richtlijnen van abortusartsen.

Opmerkelijk is dat de recente huisartsenrichtlijn voor medicamenteuze abortus, die sinds 1 januari 2025 van kracht is, hier bewust van afwijkt. Deze richtlijn stelt dat een echo niet standaard nodig is bij een abortus (NHG Expertgroep Seksuele gezondheid et al., 2024).

Deze verschillen maken duidelijk dat er uiteenlopende opvattingen bestaan over de rol van standaard echoscopie in de abortuszorg in Nederland.

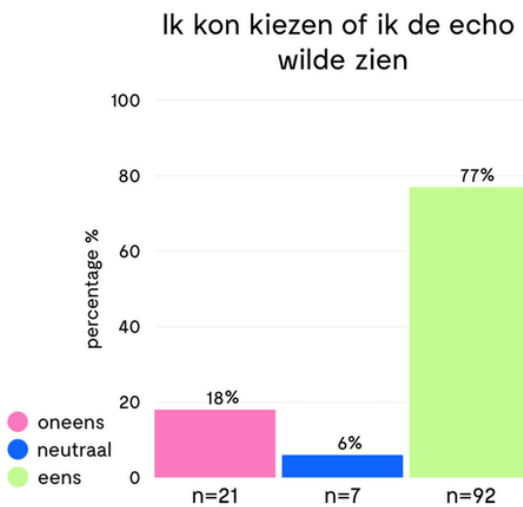
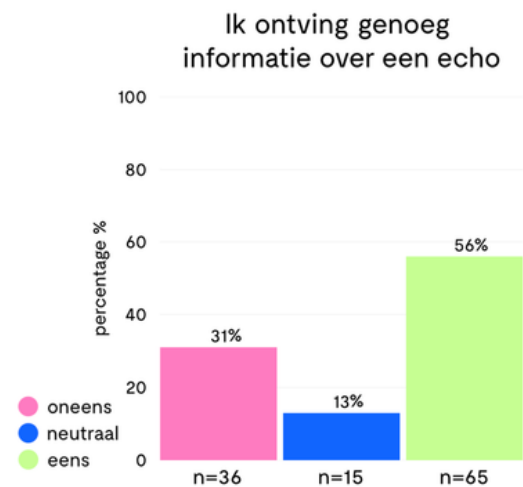
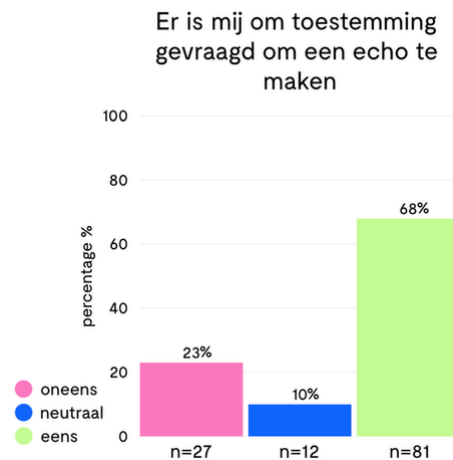
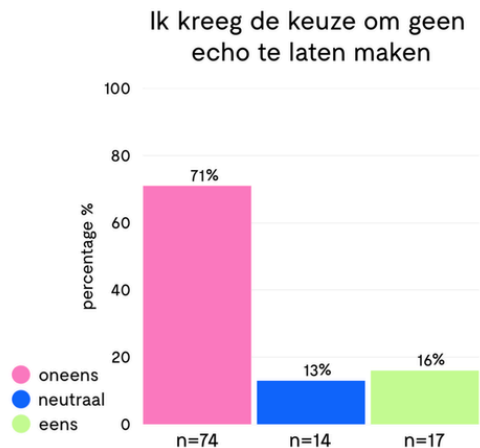
De echo wordt gedaan om enerzijds de zwangerschapsduur vast te stellen, anderzijds om eventuele risico's uit te sluiten zoals een buitenbaarmoederlijke zwangerschap. Uit bestaande literatuur blijkt dat vrouwen hun zwangerschapsduur doorgaans ook goed kunnen inschatten op basis van de eerste dag van hun laatste menstruatie (ELM) (Hoffman et al., 2008; Patel et al., 2023).

Kortom: een echo lijkt voor het vaststellen van de zwangerschapsduur niet altijd nodig, wel kan een echo van belang zijn bij mogelijke afwijkingen (Schmidt-Hansen et al., 2020; Duncan et al., 2020).

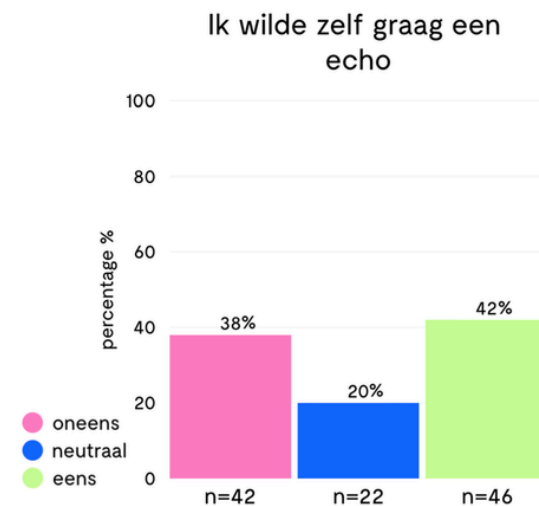
De meeste zwangerschapsafbrekingen in Nederland vinden vroeg plaats: bij 2 weken overtijd, 6 weken zwangerschap, of minder (IGJ, 2025). Het komt voor dat de zwangerschap dan nog niet zichtbaar is op een echo. Soms kunnen abortuscliënten pas wanneer hun zwangerschap echoscopisch zichtbaar is de behandeling krijgen. Dit resulteert in een mogelijk ongewenste vertraging van de abortus, omdat eerst gewacht moet worden tot op de echo iets zichtbaar is. Recent concludeerden onderzoekers in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde dat een zeer vroege medicamenteuze abortus – nog voordat deze echoscopisch zichtbaar is – in Nederland veilig kan worden geïmplementeerd en bovendien positief wordt gewaardeerd door zowel cliënten als zorgverleners (Apperloo et al., 2021).

Hoewel er veel bekend is over de functie en betrouwbaarheid van echo's, is in Nederland weinig onderzoek gedaan naar hoe vrouwen de echo binnen de abortuspraktijk zelf ervaren. Willen zij dat er een echo wordt gemaakt? En hoe ervaren zij de keuzevrijheid rondom echoscopie? Dit onderzoek richt zich daarom op de voorkeuren en keuzes van abortuscliënten met betrekking tot de echo.

Echo



- 124 van de respondenten hebben een echo gehad voorafgaand aan hun abortus (N=124). 2 mensen gaven aan geen echo te hebben gehad (N=2).
- De meeste respondenten waren het oneens met de stelling dat zij konden kiezen om géén echo te laten maken (71%). Ruim een derde gaf aan zelf geen echo te hebben willen (38%). Hoewel de meerderheid de keuze kreeg om de echo te bekijken (77%), kreeg bijna één op de vijf deze keuze niet (18%).
- Meer dan de helft van de respondenten vond dat zij voldoende informatie over de echo hadden gekregen (56%). Ook werd de meerderheid gevraagd om toestemming voor het maken van de echo (68%), maar bijna een kwart gaf aan dat dit niet gebeurde (23%).



*Basis: respondenten die een echo hebben gehad

Echo



Echo als functioneel en soms emotioneel

De echo werd door veel deelnemers gezien als een noodzakelijk onderdeel van de zorg om de zwangerschapsduur vast te stellen. Tegelijkertijd riep het moment voor velen emoties op, juist omdat echo’s maatschappelijk kunnen worden geassocieerd met gewenste zwangerschappen.



Beperkte ervaren keuzevrijheid rondom het maken en bekijken van de echo

Veel deelnemers gaven aan dat zij niet wisten dat er keuzes waren rondom de echo, of pas achteraf realiseerden dat er keuzes waren. De echo werd vaak ervaren als een vast onderdeel van het proces, waarbij weinig ruimte werd gevoeld om af te wijken, hoewel deelnemers hier wel graag van hadden afgeweken.



Onvoldoende uitleg en afstemming vooraf

Deelnemers benoemden dat zij vooraf weinig uitleg kregen over wat de echo precies zou inhouden, waarom deze nodig was en wat zij zouden zien. Dit zorgde ervoor dat het moment voor sommigen onverwacht confronterend was.

*Overwegend hadden de focusgroepeelnemers gebruik gemaakt van een zuigcurette, waardoor ervaringen met de abortuspil ondervetegenwoordigd waren. Ook kan er sprake zijn van selectiebias, waardoor deelnemers met uitgesproken (negatieve) ervaringen mogelijk oververtegenwoordigd zijn

Echo

“Ik miste een beetje zachtheid, gewoon iemand die even checkt hoe het voor je is.”

“Niet onvriendelijk, maar wel heel klinisch.”

Medische benadering en behoefte aan zachtheid

De manier waarop de echo werd uitgevoerd, werd vaak als technisch en efficiënt beschreven. Hoewel dit voor sommige deelnemers juist fijn was, gaven anderen aan behoefte te hebben aan een zachtere, meer afgestemde benadering.

“Ik vond het eigenlijk wel fijn om te weten hoe ver ik was.”

“Dat fotootje... ik wist niet wat ik ermee moest.”

Gemengde gevoelens achteraf

Achteraf keken deelnemers verschillend terug op de echo. Sommigen waren blij dat ze informatie hadden gekregen, anderen bleven met gemengde gevoelens zitten over wat ze hadden gezien of meegekregen (zoals een echo-afbeelding), wat als confronterend kon worden ervaren.

*Overwegend hadden de focusgroepeelnemers gebruik gemaakt van een zuigcurettage, waardoor ervaringen met de abortuspil ondervertegenwoordigd waren. Ook kan er sprake zijn van selectiebias, waardoor deelnemers met uitgesproken (negatieve) ervaringen mogelijk oververtegenwoordigd zijn

Achtergrond: ervaringen met zorgverlener

Context bij dit thema, voorafgaand aan resultaten

Nazorg

Nazorg vormt een belangrijk onderdeel van het zorgtraject na een abortus en kan zowel bestaan uit medische controles als uit psychosociale ondersteuning.

Medische nazorg omvat onder meer controleafspraken waarin bloedverlies, pijnklachten, medicatiegebruik, anticonceptie en eventuele complicaties worden besproken. Afhankelijk van het verloop van de behandeling kan dit ook het uitvoeren van een zwangerschapstest of een echoscopie omvatten.

Psychosociale nazorg biedt cliënten de mogelijkheid om emoties en ervaringen te bespreken en steun te ontvangen bij verwerking, bijvoorbeeld via gesprekken met een hulpverlener. Omdat het niet goed bekend is hoeveel abortuscliënten in Nederland gebruikmaken van nazorg en wat de reden daarvoor is, is dit in ons onderzoek uitgevraagd.

Let op! Sinds 1 juli 2023 wordt psychosociale nazorg na abortus standaard vergoed. Toen de dataverzameling voor onderzoek werd uitgevoerd was dit nog niet het geval, waardoor de resultaten mogelijk niet representatief zijn voor de huidige situatie. Het kan zijn dat het gebruik van psychosociale nazorg door de verbeterde toegankelijkheid sindsdien is toegenomen.

Type nazorg en redenen

De helft van de respondenten geeft aan geen nazorg te hebben ontvangen (49%, N = 61). 44% van de respondenten heeft medische (controle) nazorg ontvangen na de abortus (N = 56). 14% heeft alleen psychosociale nazorg gekregen (N=18).

Van de respondenten die nazorg na abortus (N = 56, 45%) heeft gekregen, gaven slechts 9 respondenten de redenen aan waarvoor (7%). Mentale klachten en check-up werden het meest genoemd.

“Gynaecoloog vanwege lang en veel bloedverlies.”

“Ik merkte (door een combinatie van redenen) dat het emotioneel en mentaal niet goed met me ging en daar wilde ik iets aan doen.”



Type nazorg en redenen

“Je krijgt niks mee; stel je hebt er last van mentaal, dan moet je zelf naar de huisarts.”

Bepaalde beschikbaarheid en toegang tot nazorg

Veel deelnemers gaven aan dat nazorg niet vanzelfsprekend was. Zowel medische follow-up als psychosociale ondersteuning werd soms ad hoc ervaren.

“Bij Fiom sprak een maatschappelijk werker me echt aan, ik voelde steun.”

“Het is fijn als iemand zegt: het is oké om verdrietig te zijn, ook als je geen spijt hebt.”

Behoeft aan persoonlijke en emotionele ondersteuning

Cliënten benadrukten het belang van empathie, erkenning van emoties en ruimte voor vragen of verwerking van de abortus. Dit gold zowel tijdens medische controles als in gesprekken met nazorgverleners.

*Overwegend hadden de focusgroepeelnemers gebruik gemaakt van een zuigcurettage, waardoor ervaringen met de abortuspil ondervetegenwoordigd waren. Ook kan er sprake zijn van selectiebias, waardoor deelnemers met uitgesproken (negatieve) ervaringen mogelijk oververtegenwoordigd zijn



Conclusies

Algemene tevredenheid over zorg

Over het algemeen zijn cliënten positief over de zorg en behandeling. De bejegening door zorgpersoneel wordt meestal als respectvol en steunend ervaren.

Nazorg en emotionele ondersteuning

Ongeveer de helft van de cliënten ontvangt geen nazorg. Tegelijkertijd is er behoefte aan zowel medische follow-up als psychosociale ondersteuning, inclusief aandacht voor emotionele verwerking.

Informatievoorziening en verwachtingsmanagement

Informatie over de behandeling, pijn, herstel, bijwerkingen en echo's is soms beperkt of pas laat beschikbaar. Onvoldoende voorbereiding kan leiden tot onzekerheid en gevoelens van overweldiging.

Privacy en klinische omgeving

Cliënten ervaren soms tekortkomingen in de fysieke privacy en een routinematig verloop van de zorg. De klinische, 'lopende-band'-achtige sfeer en het gebrek aan mogelijkheden om alleen te zijn, kunnen bijdragen aan gevoelens van kwetsbaarheid.

Beperkte keuzevrijheid binnen zorgtraject

Cliënten ervaren beperkte autonomie bij beslissingen over het type behandeling, de echo en anticonceptie. Voor velen is de ruimte om vragen te stellen beperkt, worden keuzes niet altijd als vrij ervaren en is er niet altijd sprake van gezamenlijke besluitvorming (shared decision making).

Pijnbestrijding en behandeling

Er zijn verschillen in hoe pijnbestrijding wordt ervaren tussen medicamenteuze en instrumentele abortus. Pijnbehandeling bij een medicamenteuze abortus wordt vaker als onvoldoende beoordeeld. Daarnaast blijkt het in de praktijk lastig om van het standaard pijnprotocol af te wijken, en zijn cliënten zich niet altijd bewust van die mogelijkheid.

Keuzes rondom echo en haar emotionele impact

Cliënten ervaren rond de echo weinig keuzevrijheid en onvoldoende informed consent: vaak geen expliciete toestemming, zelden ruimte om te weigeren (terwijl 4 op de 10 geen echo wilden) en beperkte uitleg. Daarbij wordt de echo geregeld als technisch en soms emotioneel confronterend ervaren.

Wat gaat goed en wat kan beter?

Dit onderzoek biedt inzicht in de ervaringen van cliënten met abortuszorg en laat zowel positieve aspecten als verbeterpunten zien. Over het algemeen waarderen cliënten de abortuszorg en de bejegening door het personeel. Dit komt overeen met eerder Nederlands onderzoek, waarin vrouwen die een medicamenteuze abortus hadden gedaan eveneens positieve ervaringen met de zorgverlening rapporteerden (Latour-Oldenhof et al., 2024). In tegenstelling tot deze positieve ervaringen met zorgverleners, wordt de fysieke omgeving van de abortuszorg minder positief beoordeeld. Dit hangt samen met een gebrek aan privacy, een 'lopende-band'-ervaring en de klinische inrichting van ruimtes.

De resultaten laten daarnaast zien dat cliënten beperkte autonomie ervaren binnen verschillende onderdelen van de abortuszorgpraktijk. Dit sluit aan bij eerder onderzoek naar toegang tot zorg, waarin eveneens beperkte autonomie werd gevonden onder abortuscliënten in Nederland (Holten et al., 2021). Met name bij keuzes rondom het type behandeling, de echo en anticonceptie geven cliënten aan dat zij onvoldoende informatie, verwachtingsmanagement en ruimte hebben ervaren om tot een vrije en passende keuze te komen.

Uit dit onderzoek blijkt verder dat 40% van de deelnemers de pijnbehandeling bij een medicamenteuze abortus als onvoldoende ervaart. Recent onderzoek laat zien dat een medicamenteuze abortus gepaard kan gaan met een hogere kans op ernstige pijn dan een instrumentele abortus (Mahoney et al., 2025). In hoeverre dit verschil samenhangt met verschillen in pijnbehandelingsprotocollen is nog onduidelijk.

In Nederland wordt een instrumentele abortus in het eerste trimester vaak uitgevoerd onder sedatie (een roesje), waardoor de cliënt tijdens de ingreep geen pijn ervaart. Voor medicamenteuze abortus is minder duidelijk welke pijnbehandeling cliënten daadwerkelijk ontvangen of kiezen, wat mogelijk bijdraagt aan de ervaren verschillen.

Wat betreft nazorg blijkt er behoefte te zijn aan zowel medische als psychosociale ondersteuning na een abortus. Medische follow-up wordt doorgaans als vanzelfsprekend ervaren, terwijl psychosociale ondersteuning niet altijd standaard beschikbaar is. De meeste deelnemers deden hun abortus vóór 1 juli 2023. Sindsdien is een landelijk dekkend, gratis en laagdrempelig netwerk voor psychosociale ondersteuning opgezet, waardoor deze vorm van nazorg inmiddels waarschijnlijk beter toegankelijk is. De bevindingen onderstrepen het belang van psychosociale nazorg als standaard optie van de abortuszorg en als expliciete keuzemogelijkheid voor alle cliënten.

De resultaten uit de focusgroepen en de vragenlijst tonen zowel overeenkomsten als verschillen. In beide dataverzamelingen kwamen onder meer het gebrek aan informatie naar voren over voor- en nadelen van behandelopties, beperkte ruimte om vragen te stellen, onvoldoende privacy en beperkte keuzevrijheid rondom de echo. Tegelijkertijd waren deelnemers aan de focusgroepen over het algemeen kritischer en negatiever, terwijl de vragenlijst een positiever beeld liet zien. Dit verschil kan mogelijk worden verklaard door selectieve deelname aan focusgroepen, waar mensen met sterkere (vaak negatieve) ervaringen zich eerder aanmelden (Kitzinger, 1995) versus de bredere en meer representatieve werving voor de vragenlijst.

Een sterke kant van dit onderzoek is de combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve data, waardoor zowel een algemeen beeld als verdiepend inzicht in ervaringen met de zorgpraktijk wordt verkregen. Het relatief grote aantal vragenlijstrespondenten, geworven via advertenties over anticonceptie, draagt bij aan de representativiteit en verkleint de kans op vertekening door uitsluitend negatieve ervaringen. Daarnaast biedt het onderzoek nieuw inzicht in voorkeuren rondom echoscopie, een onderwerp waar eerder weinig onderzoek naar is gedaan.

Daarnaast zijn er ook beperkingen. Het aantal deelnemers aan de focusgroepen is relatief klein en mogelijk niet representatief voor de gehele doelgroep. Beide steekproeven bestonden bovendien grotendeels uit witte deelnemers en mensen met kinderen waren ondervertegenwoordigd.

Al met al laat dit onderzoek zien dat de ervaringen met abortuszorg in Nederland overwegend positief zijn. Tegelijkertijd zijn er duidelijke kansen voor verbetering in de pijnbehandeling bij medicamenteuze abortus, de informatievoorziening en het verwachtingsmanagement, de fysieke privacy en klinische omgeving, de autonomie en keuzevrijheid binnen het zorgtraject (waaronder echo en anticonceptie), en de nazorg, met name wat betreft aandacht voor emotionele verwerking.

Aanbevelingen

01

Keuzes rondom echo

Vraag expliciet toestemming voor het maken en tonen van echo's en geef tijdige, duidelijke informatie over doel en de mogelijke noodzakelijkheid. Overweeg om echo's niet standaard uit te voeren, maar alleen wanneer dit medisch noodzakelijk is en/of wanneer de cliënt hier expliciet voor kiest.

02

Bied meer ruimte

Vergroot de fysieke privacy, creëer meer emotionele ruimte en versterk de autonomie van cliënten, bijvoorbeeld bij keuzes over het type behandeling, de echo en anticonceptie.

03

Verbeter informatie en verwachtingsmanagement

Zorg voor tijdige, duidelijke en concrete informatie over behandelingen, pijn, herstel, bijwerkingen en keuzes rondom echo's. Dit helpt onzekerheid te verminderen en ondersteunt cliënten bij het maken van geïnformeerde keuzes.

04

Versterk pijnmanagement

Herzie de bestaande pijnbehandelingsprotocollen voor medicamenteuze abortus en maak expliciet dat afwijken van de richtlijn mogelijk is. Respecteer en faciliteer de keuze van cliënten om hiervan af te wijken.

05

Versterk nazorg

Bied psychosociale nazorg standaard aan als expliciete optie en zorg dat deze voor alle cliënten zichtbaar en laagdrempelig toegankelijk is.

Bijlage: Profiel steekproef



Persoons- en achtergrondkenmerken

Bijlage: profiel steekproef

Leeftijd	Aantal	Percentage
16-24 jaar	33	26%
25-39 jaar	86	67%
40-49 jaar	9	7%
Totaal	128	

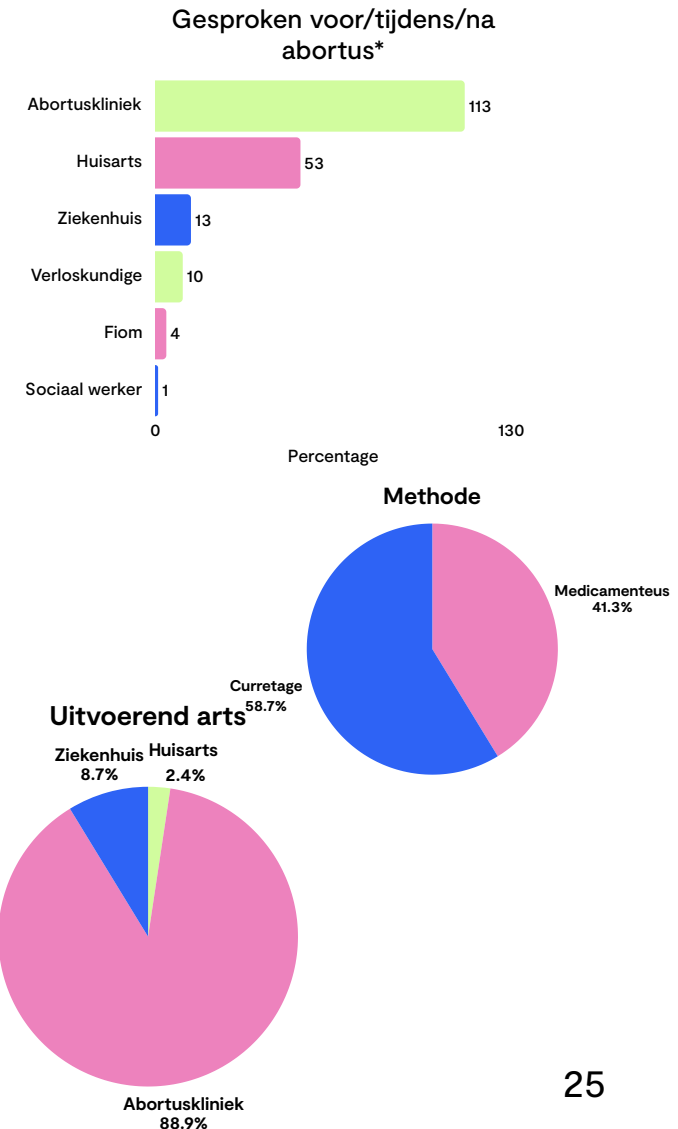
Kinderen	Aantal	Percentage
Wel	24	20%
Geen	99	81%
Totaal	123	

Randstad	Aantal	Percentage
Wel	67	58%
Niet	48	42%
Totaal	115	

Herkomst	Aantal	Percentage
1 of meerdere ouders geboren buiten NL	18	15%
Beide ouders geboren in NL	103	85%
Totaal	121	

Opleiding	Aantal	Percentage
Middelbaar onderwijs	15	12%
VMBO	19	16%
Hoger onderwijs	88	72%
Totaal	122	

80% van de respondenten heeft één keer voor abortus gekozen, 17% twee keer, 1% drie keer en 1% heeft vier keer voor abortus gekozen



* Meerdere antwoorden mogelijk

Apperloo, M. J., Vink, P., & Oosterbaan-Schram, J. (2021, 28 oktober). Zwangerschapsafbreking voordat de zwangerschap echoscopisch zichtbaar is. NTVG. <https://www.ntvg.nl/artikelen/zwangerschapsafbreking-voordat-de-zwangerschap-echoscopisch-zichtbaar>

Dehlendorf, C., Henderson, J. T., Vittinghoff, E., Steinauer, J., & Hessler, D. (2018). Development of a patient-reported measure of the interpersonal quality of family planning care. *Contraception*, 97(1), 34–40. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.09.005>

Duncan, C. I., Reynolds-Wright, J. J., & Cameron, S. T. (2022). Utility of a routine ultrasound for detection of ectopic pregnancies among women requesting abortion: a retrospective review. *BMJ sexual & reproductive health*, 48(1), 22–27. <https://doi.org/10.1136/bmjshr-2020-200888>

Fiom. (2017). Verwachtingen en ervaringen van vrouwen met de abortuspil in Nederland. <https://fiom.nl/sites/fiom/files/media/files/Factsheet%20Ervaring%20met%20abortuspil.pdf>

Guidelines Review Committee. (2022, 8 maart). Abortion care guideline. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>

Hoffman, C. S., Messer, L. C., Mendola, P., Savitz, D. A., Herring, A. H., & Hartmann, K. E. (2008). Comparison of gestational age at birth based on last menstrual period and ultrasound during the first trimester. *Paediatric And Perinatal Epidemiology*, 22(6), 587–596. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3016.2008.00965.x>

Holten, L., de Goeij, E., & Kleiverda, G. (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*, 29(1), 162–179. <https://doi.org/10.1080/26410397.2021.1917042>

JIGJ. (2025). Jaarrapportage 2024 Wet afbreking zwangerschap (Wafz). <https://www.igj.nl/documenten/2025/10/23/jaarrapportage-wet-afbreking-zwangerschap-2024>

Koo, M., & Yang, S.-W. (2025). Likert-Type Scale. *Encyclopedia*, 5(1), 18. <https://doi.org/10.3390/encyclopedia5010018>

Latour-Oldenhof, D. C., Dijkstra-Kersten, S. M., Dalmijn, E. W., Tuinhof, J., & Bolt, S. H. (2024). Medical termination of pregnancy: people's expectations and experiences in the Netherlands. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 29(6), 287–293. <https://doi.org/10.1080/13625187.2024.2385533>

Mahoney, K. M., McKean, R., McAllister, A., Tannous-Taylor, C., & Schreiber, C. A. (2025). Patients' experiences with pain and bleeding in first-trimester abortion care. *American journal of obstetrics and gynecology*, 233(2), 114.e1–114.e12. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2025.02.030>

NHG Expertgroep Seksuele gezondheid, Fiom, Rutgers (2024). Leidraad Huisartsenzorg bij een ongewenste zwangerschap. https://sekshag.org/wp-content/uploads/2024/10/2024-09-Leidraad-huisartsenzorg-bij-een-ongewenste-zwangerschap_DEF.pdf

Nijland, J., Mersy, E., Latour-Oldenhof, D., Leusink, P., Van Der Vlucht, I., Ter Schuur, I., Van Der Wijden, C., Doreleijers, M., Niël-Weise, B., & Irvine, W. (2022b). Richtlijn begeleiding bij het overwegen van een zwangerschapsafbreking. https://www.ngva.net/application/files/7416/7949/7597/NGvA_Richtlijn_-_Begeleiding_bij_zwangerschapsafbreking_-_Versie_januari_2023.pdf

NVOG. (2023). Herziene NVOG-richtlijn 'Zwangerschapsafbreking tot 24 weken'. In NVOG-richtlijn (Versie 3.0). <https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2023/01/Zwangerschapsafbreking-tot-24-weken-2.0-per-1-1-2023.pdf>

Patel, A., Bann, C. M., Thorsten, V. R., Rao, S. R., Lokangaka, A., Kitoto, A. T., Bauserman, M., Figueroa, L., Krebs, N. F., Esamai, F., Bucher, S., Saleem, S., Goldenberg, R. L., Chomba, E., Carlo, W. A., Goudar, S., Derman, R., Koso-Thomas, M., McClure, E., & Hibberd, P. L. (2023). Can the date of last menstrual period be trusted in the first trimester? Comparisons of gestational age measures from a prospective cohort study in six low-income to middle-income countries. *BMJ Open*, 13(9), e067470. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067470>

Rutgers/Soa Aids Nederland (2017). Seks onder je 25e. <https://rutgers.nl/wp-content/uploads/2021/09/Onderzoeksboek-Seks-onder-je-25e-2017.pdf>

Schmidt-Hansen, M., Cameron, S., Lord, J., & Hasler, E. (2020). Initiation of abortion before there is definitive ultrasound evidence of intrauterine pregnancy: A systematic review with meta-analyses. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 99(4), 451–458. <https://doi.org/10.1111/aogs.13797>

Stichting Ava

info@avahelpt.nl

Meer weten?

<https://avahelpt.nl/>

The logo for 'ava' is displayed in a white, lowercase, serif font. It is centered within a soft, pink, cloud-like glow that has a blurred, ethereal appearance. The background of the entire slide is a solid, vibrant blue.

ava