



Expertisecentrum  
seksualiteit

**datum**

28-11-2022

**projectnummer**

AA3047SE

**auteurs**

Ineke van der Vlugt

Rutgers

**copyright**

© Rutgers 2022

# Achtergrond- dossier abortus

# Inhoud

<b>1</b>	<b>Introductie</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Definitie en omschrijving abortus</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>Korte geschiedenis van abortus</b>	<b>5</b>
3.1	Geschiedenis van abortus in Nederland	5
3.2	Geschiedenis in Europa	5
<b>4</b>	<b>Feiten en cijfers abortus</b>	<b>7</b>
4.1	Abortus wereldwijd	7
4.2	Abortuscijfers in Nederland	7
4.3	Trends	8
<b>5</b>	<b>Reproductieve rechten en wetgeving abortus</b>	<b>10</b>
5.1	Reproductieve rechten en recht op abortus	10
5.2	Wetgeving in Nederland	10
5.3	Evaluatie van de Wet Afbreking Zwangerschap	11
5.4	Wetgeving in Europa	11
<b>6</b>	<b>Abortuszorg in Nederland</b>	<b>12</b>
6.1	Toegang tot abortuszorg	12
6.2	Kosten	12
6.3	Veilige abortus	13
6.4	Besluitvorming over abortus	13
6.5	Redenen voor een abortus	14
6.6	Samenwerking met eerstelijnszorg	14
6.7	Preventie van (herhaalde) ongewenste zwangerschap	14
<b>7</b>	<b>Gevolgen van abortus</b>	<b>16</b>
7.1	Psychosociale gevolgen	16
7.2	Fysieke gevolgen	16
<b>8</b>	<b>Stigma en taboe op abortus</b>	<b>18</b>
8.1	Stigma of taboe op abortus	18
8.2	Hoe vaak en wat zijn gevolgen?	18
8.3	Attitudes ten aanzien van abortus	18
<b>9</b>	<b>Oppositie en anti-abortus in Nederland</b>	<b>20</b>
9.1	Anti-abortusorganisaties	20
9.2	Anti-abortusorganisaties en seksuele voorlichting op scholen	20
9.3	Anti-abortus bewegingen in Europa	20
<b>10</b>	<b>Nieuwe ontwikkelingen rondom abortus</b>	<b>22</b>
<b>11</b>	<b>Referenties</b>	<b>23</b>

# 1 Introductie



In dit achtergrond dossier staan de belangrijkste feiten en cijfers over abortus. De focus ligt vooral op de geschiedenis, reproductieve rechten en wetgeving, de abortuscijfers en trends, toegang tot en kwaliteit van abortuszorg, eventuele psychosociale en fysieke gevolgen van abortus en stigma en taboe op abortus in Nederland. Ook wordt ingegaan op de anti-abortus beweging en wordt het document afgesloten met een aantal actuele maatschappelijke ontwikkelingen. Waar relevant wordt een uitstapje gemaakt naar Europa of nog breder. De informatie is zoveel mogelijk gestoeld op wetenschappelijke kennis.

Het achtergrond dossier is bedoeld voor iedereen die meer wil weten over abortus in Nederland.

## 2 Definitie en omschrijving abortus

Abortus is het voortijdig afbreken van een ongewenste zwangerschap en/of vruchtafdrijving door een medische handeling. Heel soms vindt een abortus plaats omdat de gezondheid van de moeder of het kind in gevaar is. In Nederland zijn er verschillende manieren om een ongewenste zwangerschap af te breken: met medicatie (de zogenaamde abortuspil), een zuigcurettage c.q. vacuüm aspiratie of een instrumentele behandeling. Het type behandeling is onder andere afhankelijk van de duur van de zwangerschap en de voorkeur van de vrouw.

Bij de berekening van de zwangerschapsduur wordt vaak uitgegaan van de datum van de laatste menstruatie. Dit is ongeveer twee weken eerder dan het moment van de bevruchting. Om de zwangerschapsduur te bepalen en te kijken of er geen sprake is van een buitenbaarmoederlijke zwangerschap, wordt eerst een echo gemaakt. De behandeling voor een zwangerschapsafbreking dient uitgevoerd te worden door een arts.

De zogenaamde abortuspil bestaat uit twee type medicijnen, namelijk: Mifepriston en Misopristol. De eerste pil wordt ingenomen in het bijzijn van een arts in een kliniek of ziekenhuis. Dit medicijn zorgt ervoor dat de zwangerschapshormonen niet meer werken. Binnen vier dagen neemt de vrouw thuis het andere medicijn in. Dit zijn vier pillen die oraal of vaginaal ingebracht worden en zorgt ervoor dat de baarmoeder samentrekt en het vruchtje of foetus wordt afgestoten. Deze medicatie kan tot 9 weken van de zwangerschap gebruikt worden.

Bij een zuigcurettage of een vacuüm aspiratie wordt de zwangerschap of het vruchtje weggezogen. Deze behandeling vindt plaats onder een plaatselijke verdoving of een roesje (sedatie) waardoor de vrouw kort slaapt. Dit kan tot 12 weken van de zwangerschap uitgevoerd worden.

Vanaf 12 weken zwangerschap, ook wel tweede trimester genoemd, is alleen een instrumentele behandeling mogelijk. Dan wordt de zwangerschap (het vruchtje of foetus) met medische instrumenten verwijderd. Via een infuus in de arm wordt de vrouw verdoofd en in slaap gebracht voordat de behandeling plaatsvindt. Na de behandeling wordt de baarmoeder schoon gemaakt.

Een zwangerschapsafbreking in de periode tot 16 dagen 'overtijd' (amenorroeduur 6 weken en 2 dagen) wordt ook wel aangeduid als 'overtijdbehandeling' (OTB). Een OTB wordt uitgevoerd met medicatie of een zuigcurettage.

## 3 Korte geschiedenis van abortus

### 3.1 Geschiedenis van abortus in Nederland

Sinds 1886 valt abortus onder het strafrecht en wordt dit gezien als een handeling van 'wederrechtelijk levensberoving'. Alleen als er sprake was van grote medische nood, bijvoorbeeld als het leven van de vrouw in gevaar werd gebracht, kon hier een uitzondering op gemaakt worden.

In 1911 werd in de zedenwet de volgende tekst over abortus opgenomen:

*"Hij die opzettelijk eene vrouw in behandeling neemt of eene behandeling doet ondergaan, te kennen gevende of de verwachting opwekkende dat daardoor zwangerschap kan worden verstoord, wordt gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste drie jaren of geldboete van ten hoogste zesduizend gulden."*

Dit betekende niet dat er in die tijd geen abortussen meer werden uitgevoerd. Sommige artsen voerden illegaal abortussen uit om vrouwen in nood te helpen en namen hiermee grote risico's. Aborteurs werden in de volksmond ook wel 'engeltjesmakers' genoemd. Met breinaalden, scherpe voorwerpen of zeer agressieve chemische middelen, probeerden vrouwen ook zelf een ongewenste zwangerschap af te breken. Vrouwen liepen hiermee grote gezondheidsrisico's; ze kregen bijvoorbeeld buikwandinfecties of baarmoederperforaties of overleden aan de gevolgen van deze onveilige praktijken.

Tegen het eind van de jaren 60 werd de roep om legalisering van abortus in Nederland groter. Abortus werd in die periode al bij een aantal klinieken gedoogd. In 1971 was het Mildredhuis in Arnhem, de eerste kliniek waar abortus werd uitgevoerd (Sheldon, 2021). In 1975 waren er 9 abortusklinieken. In Nederland organiseerde vanaf 1976 de feministische actiegroep Dolle Mina's, acties om abortus te legaliseren onder leuzen als 'Baas in eigen buik' en 'De vrouw beslist'. Abortus werd gezien als een vrouwenrecht en moest uit het strafrecht gehaald worden. Verschillende opvattingen over abortus botsten met elkaar. Enerzijds het erkende mensenrecht dat leven beschermwaardig is, ook het ongeboren leven, en anderzijds het recht op zelfbeschikking (de Waal, 2018). In 1976 zocht men een pragmatische oplossing voor deze tegenstelling en werd een wetsvoorstel voorbereid. In 1980 werd een wetsvoorstel ingediend door CDA en VVD om abortus legaal mogelijk te maken. In 1981 werd dit door de 1<sup>e</sup> Kamer aangenomen, maar politiek lag dit uiterst gevoelig. Pas in 1984 werd legalisering van abortus in Nederland een feit.

### 3.2 Geschiedenis in Europa

In 1920 tijdens de opkomst van het communisme, werd abortus voor het eerst in Rusland gelegaliseerd, maar Stalin draaide dit in 1936 terug. In 1955 legaliseerde de Sovjet Unie opnieuw abortus, waarop veel communistische Centraal- en Oost-Europese landen dit voorbeeld volgden, behalve Albanië. In communistische landen was gendergelijkheid en participatie van vrouwen in het arbeidsproces een belangrijk onderdeel van het politieke betoog. In West-Europa was het vooral recht op zelfbeschikking vanuit de feministische vrouwenbeweging en linkse politieke partijen waardoor abortus legaal werd.

Engeland was het eerste West-Europese land dat in 1978 abortus tot 28 weken legaliseerde. In België was abortus onder bepaalde omstandigheden pas mogelijk in 1990. Ierland is één van de laatste Europese landen waar abortus in 2020 werd gelegaliseerd. Daarentegen heeft Polen onder aanvoering van conservatieve politieke partijen, de abortuswet in 2021 weer teruggedraaid. Daar is abortus niet meer mogelijk, zelfs niet als het leven van de vrouw zelf in gevaar is.

Demografische ontwikkelingen (zoals vergrijzing en lagere vruchtbaarheidscijfers) maar ook politieke ontwikkelingen (waaronder de opkomst van anti-abortus bewegingen en conservatief christelijke partijen), zetten de wetgeving rondom abortus in veel landen onder druk. Ook het recht van de ongeborene, onder invloed van de kerk, nieuwe technologische ontwikkelingen en onderzoek naar foetussen en prenatale diagnostiek, hebben invloed gehad op veranderingen in abortuswetgeving.

## 4 Feiten en cijfers abortus

### 4.1 Abortus wereldwijd

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) zijn de helft van de 121 miljoen zwangerschappen wereldwijd onbedoeld. 6 op de 10 onbedoelde zwangerschappen en 3 op de 10 van alle zwangerschappen eindigt in een abortus (Bearak et al., 2019). Per jaar worden wereldwijd naar schatting ongeveer 44 miljoen abortussen uitgevoerd waarvan bijna de helft (45%) op een onveilige manier. Hiervan is 97% in ontwikkelingslanden. Waar abortus legaal is, zijn medische voorzieningen aanwezig, zijn artsen opgeleid en is de behandeling meestal veilig. In landen waar abortus illegaal is, leven vrouwen vaker in kwetsbare omstandigheden en zijn de risico's voor de gezondheid van vrouwen groot. Onveilige abortus leidt tot moedersterfte, psychische en mentale gezondheidsproblemen en sociale en financiële problemen voor vrouwen, gemeenschappen en gezondheidssystemen. Jaarlijks overlijden ongeveer 70.000 vrouwen aan onveilige abortus en zijn er 5 miljoen ziekenhuisopnames. Deze cijfers zijn de laatste jaren vrij stabiel<sup>1</sup>.

Er zijn per land en continent grote verschillen in abortuscijfers. Dit hangt onder andere samen met wetgeving, de voorzieningen, de wijze van registratie en culturele en sociaal maatschappelijke betekenis die aan abortus wordt toegekend. In sommige landen is het aantal abortussen vele malen hoger dan blijkt uit de landelijke registratie data. Mede door het stigma rondom abortus, het feit dat abortus soms streng wordt veroordeeld of niet is toegestaan, vinden rapportages of registraties niet altijd nauwkeurig plaats en zijn de data dus niet altijd betrouwbaar. Vaak is sprake van onderrapportage.

### 4.2 Abortuscijfers in Nederland

Sinds 2011 schommelt het aantal zwangerschapsafbrekingen in Nederland rond de 31.000 per jaar. In 2021 waren dit 31.049 zwangerschapsafbrekingen waarvan 2.945 zwangerschapsafbrekingen (9,5% van het totaal) bij vrouwen die niet in Nederland wonen. Dat zijn er 136 meer dan in 2020. De meeste vrouwen komen uit de buurlanden Duitsland, België, Frankrijk of Polen of overige niet Europese landen. In 2021 is het aantal het hoogst bij vrouwen uit Polen. In deze buurlanden zijn soms meer restricties in wetgeving en of is de toegang tot abortuszorg niet optimaal.

In 2019 was er voor het eerst sinds jaren een lichte stijging in het aantal zwangerschapsafbrekingen: 32.233 en steeg het abortuscijfer voor het eerst sinds jaren naar 9.1 (Inspectie Gezondheidszorg & Jeugd, 2021a). Dat wil zeggen dat in 2019 bij 9.1 op de 1000 vrouwen in de vruchtbare leeftijd (tussen de 15-45 jaar), een zwangerschap werd afgebroken. In 2020 is het aantal zwangerschapsafbrekingen gedaald naar 31.364 en lag het abortuscijfer op 8.9 (Inspectie Gezondheidszorg & Jeugd, 2021b). In 2021 is dit verder gedaald naar 8.7.

<sup>1</sup> De meeste cijfers over abortus wereldwijd zijn afkomstig van de WHO. [Abortion \(who.int\)](https://www.who.int).

Onder de groep 30-35-jarigen is het aantal zwangerschapsafbrekingen het hoogst. Abortuscijfer is 13,3 in deze leeftijdsgroep. Dit zijn totaal 7440 abortussen in 2021.

Een derde van alle abortuscliënten heeft al eerder een abortus laten uitvoeren. Hiervan heeft een kwart ervaring met drie of meer abortussen. Dit zijn overwegend vrouwen die al één of meer kinderen hebben en/of vrouwen met een migratieachtergrond (Inspectie Gezondheidszorg & Jeugd, 2016; Fiom, NGvA, Rutgers, 2019). Recentere cijfers zijn niet beschikbaar.

Het merendeel (65%) van alle zwangerschapsafbrekingen in 2021 vond plaats in de eerste 8 weken van de zwangerschap. En 19% tussen de 8 en 12 weken van de zwangerschap (eind eerste trimester). 15% van de zwangerschapsafbrekingen vond plaats in het tweede trimester (na 12-14 weken zwangerschap). 4% van alle abortussen vond plaats tussen 20 en 23 weken, veelal na prenatale diagnostiek en op medische indicatie (Inspectie Gezondheidszorg & Jeugd, 2021b).

De woonplaats van de cliënten wordt niet geregistreerd, maar wel de provincie waar abortuscliënten wonen. Relatief de meeste abortuscliënten wonen in Flevoland, maar in absolute aantallen komen de meeste vrouwen die een abortus laten uitvoeren uit Zuid- en Noord-Holland.

In 2015 is voor het laatst het land van herkomst van abortus cliënten geregistreerd. De helft van de cliënten heeft een Nederlandse komaf. Het abortuscijfer was toen het hoogst onder Nederlandse vrouwen met een Antilliaanse en Surinaamse achtergrond (Twisk & Wijzen, 2017).

### 4.3 Trends

Sinds 2002 is het abortuscijfer onder in Nederland woonachtige vrouwen gestabiliseerd. Het abortuscijfer schommelt de laatste jaren tussen de 8,6 en 8,9<sup>2</sup>. Steeds meer zwangerschapsafbrekingen, meer dan de helft, vinden plaats in de eerste 8 weken van de zwangerschap. Het aantal overtijdbehandelingen bij een vroege zwangerschap neemt toe. In 2021 was dit 32% en in 2014 27%. Door technologische ontwikkelingen kan een zwangerschap nu eerder vastgesteld worden. Ook is er een toename in het aantal medicamenteuze behandelingen. In 2021 koos 34% voor dit type behandeling. In 2015 was dit nog 22%.

Het aantal zwangerschapsafbrekingen onder tieners (onder de 20 jaar) daalt al jaren en is relatief laag. In 2002 was het aandeel tieners van alle abortussen nog 16,8%, dit is in 2021 verder gedaald naar 7,6%. In absolute aantal ging het om 2383 tieners in 2021. Het abortuscijfer onder tieners was in 2021 4,5. Vanwege corona in 2020 en 2021 is het denkbaar dat tieners minder gelegenheid hadden tot seksuele activiteit. Het onderzoek 'Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland tijdens de coronacrisis' geeft geen aanwijzingen dat tieners minder goede toegang hadden tot abortuszorg (Joemmanbaks et al., 2021).

Het aantal zwangerschapsafbrekingen bij de oudere groepen is de laatste jaren iets gestegen. Dat betrof vooral de 30-35 jarigen en 35- tot 40-jarigen. Het

<sup>2</sup> Abortuscijfer: is het aantal zwangerschapsafbrekingen per 1000 vrouwen in de vruchtbare leeftijd van 15 tot 45 jaar.



aantal late abortussen vanaf 20 weken is toegenomen maar schommelt al enkele jaren tussen de 1200 en 1300 (Inspectie Gezondheidszorg & Jeugd, 2021b).



## **5 Reproductieve rechten en wetgeving abortus**

### **5.1 Reproductieve rechten en recht op abortus**

Het is niet altijd duidelijk of abortus onder de reproductieve of mensenrechten valt. In 1996 heeft de Verenigde Naties de mensenrechten vastgelegd, maar het is onduidelijk of bij het recht om te kiezen voor een kind wel of niet, hier ook abortus onder valt. In 2015 heeft het Europese Parlement in het Tarabella Report de seksuele en reproductieve rechten als een fundamenteel recht opgenomen, waarbij iedere lidstaat zelf bepaalt hoe dit in wetgeving wordt verankerd (Tarabella, 2015). Vrouwen hebben hiermee toegang tot reproductieve rechten maar niet persé tot abortuszorg; de wet- en regelgeving kan immers per land verschillen.

### **5.2 Wetgeving in Nederland**

In Nederland is abortus vastgelegd in de Wet afbreking Zwangerschap (WafZ) en is de strafbaarstelling (artikel 296) opgenomen in het Wetboek van Strafrecht. Een abortus mag alleen uitgevoerd worden door een arts in een kliniek of ziekenhuis met een speciale vergunning. In de vergunningplicht (artikel 2) worden drie doelen gewaarborgd: a.) het toezien op zorgvuldige besluitvorming, voorlichting en nazorg bij een abortus, b.) de kwaliteit van de medische behandeling en c.) het tegengaan van commerciële praktijken.

Aan de wet liggen twee waarden ten grondslag. Enerzijds de bescherming van het ongeboren leven en anderzijds het bieden van hulp aan een vrouw die zich in een noodsituatie bevindt als gevolg van een ongewenste zwangerschap (artikel 5 lid 1 WafZ). In de wet is vastgelegd dat abortus toelaatbaar is tot 24 weken van de zwangerschap. In de wetgeving is een evenwicht gevonden tussen het bescherming van het ongeboren leven en het recht op zelfbeschikking.

In de wet is vastgelegd dat bij de keuze voor een abortus, een vrouw een verplichte beraadtermijn van vijf dagen in acht moet nemen, voordat de abortus kan worden uitgevoerd. Hiermee wil men waarborgen dat iedere beslissing over een abortus op zorgvuldige wijze wordt genomen en alleen dan wordt uitgevoerd indien de noodsituatie van de vrouw dit onontkoombaar maakt (artikel 5 lid 2). In de WafZ wordt tevens het belang benadrukt dat de vrouw een definitief besluit tot afbreking zwangerschap in vrijwilligheid en na zorgvuldige afweging neemt (Ploem et al., 2020). Zorgvuldigheidseisen inzake besluitvorming zijn opgenomen in de WafZ. In het Burgerlijk Wetboek inzake de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) staan bepalingen rondom informatieverstrekking, toestemming, geheimhouding en normen voor goed hulpverlenerschap.

### 5.3 Evaluatie van de Wet Afbreking Zwangerschap

De wet is sinds de invoering in 1984 twee keer geëvalueerd. De eerste keer in 2005 (Visser et al., 2005) en de tweede keer in 2020 (Ploem et al., 2020). Doel was om te onderzoeken of de huidige wetgeving in de praktijk goed functioneert, of de wet haar doelen bereikt en of zich bepaalde problemen of knelpunten voordoen en of de wet voldoende toekomstbestendig is. Hiertoe hebben 95 professionals en 57 abortuscliënten een vragenlijst ingevuld met 6 verdiepende interviews. In 2020 werd net als in 2005 geconstateerd dat de wet goed functioneert en goed wordt nageleefd. Al in 2005 werd een aanbeveling gedaan om de verplichte 5 dagen beraadtermijn af te schaffen. Dit werd destijds door het kabinet niet overgenomen. Ook in 2020 wordt opnieuw geadviseerd de beraadtermijn tegen het licht te houden. Andere aanbevelingen richten zich op meer juridische duidelijkheid over de plaats van de overtijdbehandeling in de wet, heldere rol- en taakverdeling voor verwijzers en keuzehulp, en te onderzoeken of de algemene kwaliteitswetgeving zoals deze geldt voor de eerstelijnsbasiszorg ook kan gelden voor de abortuszorg. Rutgers heeft in 2020 een reactie gegeven op de evaluatie van de WafZ (Rutgers standpunt, 2020). Inmiddels heeft in februari 2022 de Kamer met een grote meerderheid de motie aangenomen om de verplichte beraadtermijn af te schaffen.

### 5.4 Wetgeving in Europa

In Europa zijn er grote verschillen in [wetgeving](#) (European Abortion Policies Atlas, 2021). De meeste Europese landen hebben een liberale wetgeving waar abortus is toegestaan tot 18 weken. In sommige meer restrictieve landen kan abortus alleen onder bepaalde voorwaarden worden uitgevoerd. Bijvoorbeeld wanneer er gevaar is voor de gezondheid of het leven van de moeder, de foetus of het ongeboren kind, of als er sprake is van een verkrachting. In Europa zijn er landen waar abortus niet legaal is, zoals Polen en Malta of waar abortus alleen toegestaan is onder hele strikte voorwaarden, zoals Monaco en San Marino. In de meeste landen zijn er geen restricties. Nederland, Zweden, Groot-Brittannië en IJsland zijn hierin het meest progressief. Hierdoor hebben vrouwen in Europa niet allemaal gelijke toegang tot abortus. Samen met Groot-Brittannië en de Scandinavische landen, heeft Nederland de meest liberale wetgeving en goede abortuszorg. Zie voor meer informatie over de abortuswetgeving in Europa de survey van IPPF (IPPF Europe, 2019).

In sommige landen is abortus nog steeds een controversieel thema en worden morele, ethische en medische argumenten gebruikt tegen abortus.

## 6 Abortuszorg in Nederland

### 6.1 Toegang tot abortuszorg

Nederland telt [16 abortusklinieken](#) met een vergunning om abortus uit te voeren. Ook ziekenhuizen hebben hiervoor een vergunning. 90% van alle zwangerschapsafbrekingen wordt uitgevoerd in een abortuskliniek en 10% in een ziekenhuis. Er zijn twee abortusklinieken die ook tweede trimester abortusbehandelingen uitvoeren. De late abortussen worden meestal uitgevoerd in een ziekenhuis. Vrouwen kunnen voor een abortus direct naar de kliniek en hebben geen verwijzing van een arts nodig.

In Nederland hebben vrouwen toegang tot goede abortuszorg. Vrouwen krijgen professionele zorg en worden hierop niet veroordeeld. Niet in alle Europese landen is dit het geval. Soms is er een tekort aan goed opgeleide artsen, wordt er geen neutrale professionele zorg geboden of men is tegen abortus. Dit is soms ook de reden voor vrouwen om een abortus uit te voeren in een ander land (Zanini et al., 2021).

Toch is niet iedereen van mening dat de huidige abortuszorg voor alle vrouwen goed toegankelijk is (Gomperts et al., 2019). Sommige vrouwen wonen op grote afstand van de kliniek of de kliniek is minder goed bereikbaar. Ook tijdens corona hadden vrouwen minder toegang tot abortuszorg. Zo was het bijvoorbeeld niet mogelijk om met een partner of begeleider de kliniek te bezoeken en buitenlandse vrouwen die niet in Nederland woonden, kregen niet altijd toegang. Vrouwen die ongewenst zwanger zijn en in een vroeg stadium willen kiezen voor medicatie, kunnen hiervoor tot nu toe alleen terecht bij de kliniek of een ziekenhuis (World Health Organisation, 2018). Er is een kleine groep geschoolde huisartsen dat inmiddels wel medicatie verstrekt bij een overtijdbehandeling.

Ook kan een bezoek aan de kliniek voor sommige vrouwen emotioneel belastend zijn. Anti-abortus demonstranten laten zich geregeld zien bij de klinieken. Zij verspreiden soms misleidende informatie en intimideren vrouwen om af te zien van een abortus (van der Burgh et al., 2021). Een aantal steden hebben hiertoe via gerechtelijke procedures voor openbare veiligheid, gedoogzones ingericht waardoor vrouwen niet gehinderd worden in de toegang tot abortuszorg. Eind 2021 pleitte Humanistisch Verbond, voor het instellen van gedoogzones via een gerichte brievenactie aan burgemeesters.

Hoe vrouwen zelf de toegang tot abortuszorg ervaren en wat hierin verbeterbaar is, is nog maar beperkt in beeld (Ploem et al., 2020; Rutgers, 2020a).

### 6.2 Kosten

Vrouwen die in Nederland wonen en een zorgverzekering hebben, krijgen gratis toegang tot abortuszorg. Echter, vrouwen die geen Nederlandse verblijfsstatus hebben, zoals ongedocumenteerden of vrouwen die in het buitenland wonen, moeten zelf voor een behandeling betalen. Prijzen verschillen per kliniek en zijn

sterk afhankelijk van de duur van de zwangerschap en de gekozen behandelingsmethode (wel of geen lichte narcose). Prijzen variëren van 300 tot 600 euro.

De abortuszorg van de klinieken wordt gefinancierd via een aparte subsidieregeling van het ministerie van VWS. De kosten voor anticonceptie om een (herhaalde) ongewenste zwangerschap te voorkomen, moeten vrouwen wel zelf betalen. Voor 18- tot 21-jarigen wordt dit vergoed via de basisverzekering of betaald vanuit het eigen risico.

### 6.3 Veilige abortus

In Nederland is de abortuszorg veilig en de zorg wordt uitgevoerd door gekwalificeerde en deskundige artsen. Complicaties na een behandeling komen zelden voor. 97% van de abortuscliënten in 2021 had geen complicaties na de behandeling. 2,8% van de abortus cliënten had een complicatie na de behandeling. Dit betrof meestal een incomplete abortus, overmatig bloedverlies, een achtergebleven placenta of een ander type complicatie. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd verzamelt al deze gegevens van de klinieken en ziekenhuizen. Bij de latere abortussen is het risico op complicaties groter dan bij een vroege abortus (Inspectie Gezondheidszorg & Jeugd, 2021b). Via de [richtlijnen van de NGvA](#) wordt toegezien op kwaliteit van de abortuszorg. Momenteel worden de richtlijnen herzien.

### 6.4 Besluitvorming over abortus

Voor veel vrouwen is een afbreking van een zwangerschap geen gemakkelijke keuze en een ingrijpend en complex besluit. Uit internationaal onderzoek komt naar voren dat de meeste vrouwen hun besluit al hebben genomen voordat ze de kliniek bezoeken. Vrouwen hebben al over hun onbedoelde zwangerschap gesproken, met partner, goede vriend of familie voordat ze een arts of kliniek bezoeken. 85% tot 93% is zeker over haar besluit (Cameron & Glasier, 2013; Ralph et al., 2017). Ook in Nederland staat een meerderheid van de vrouwen met een ongewenste zwangerschap achter haar keuze en besluit. Slechts een heel klein deel twijfelt of blijft twijfelen (van Ditzhuijzen, 2018; Brauer et al., 2018). 73% van de vrouwen heeft al een weloverwogen keuze gemaakt als ze de kliniek bezoekt (Brauer et al., 2018; Visser et al., 2005). Van de vrouwen die de kliniek bezoeken, heeft 15,6% voorafgaand aan het eerste consult bij de huisarts nog geen beslissing genomen en 7,7% verandert van gedachten na afloop van het consult (Goenee et al., 2014).

63% van de vrouwen neemt in de eerste 8 weken van de zwangerschap een besluit tot zwangerschapsafbreking. De meeste vrouwen zijn tevreden over hun besluit. Bij vrouwen die (sterk) twijfelen over een abortus, kwamen een aantal kenmerken naar voren. Ze willen of kunnen geen keuze maken, hebben angst voor negatieve gevolgen, voelen zich gedwongen door omstandigheden of verwekker, hebben een negatieve attitude ten aanzien van abortus of ervaren tegenstrijdigheden in gevoel en verstand (Brauer et al., 2018).

Het merendeel van de vrouwen die besluit tot een zwangerschapsafbreking heeft geen behoefte aan meer hulpverlening bij de besluitvorming. En vrouwen

die besloten de zwangerschap uit te dragen, konden de hulp vinden die ze nodig hadden (Brauer et al., 2012). Voor vrouwen die (sterk) twijfelen over hun keuze is er meer specialistische keuzehulp.

## **6.5 Redenen voor een abortus**

Er spelen vaak meerdere redenen tegelijk bij het besluit een ongewenste zwangerschap af te breken die refereren aan een noodsituatie zoals de vrouw dit beleeft. Een vrouw die kiest voor een abortus hoeft zich hiervoor dus niet te verantwoorden. Bij evaluaties van de Wet Afbreking Zwangerschap is onder een kleine groep cliënten gevraagd naar redenen voor een abortus. De meest genoemde redenen zijn: de zwangerschap of opvoeding is niet te combineren met werk of opleiding, geen kinderwens, gezin is compleet, geen goede huisvesting, te weinig geld of geen partner (Ploem et al., 2020).

## **6.6 Samenwerking met eerstelijnszorg**

De meeste vrouwen komen met een onbedoelde zwangerschap eerst bij de huisarts. 51% van de vrouwen die in 2020 een abortus lieten uitvoeren in de kliniek, heeft eerst de huisarts bezocht. Iets meer dan een derde van de vrouwen gaat rechtstreeks naar de kliniek (Inspectie Gezondheidszorg & Jeugd, 2021b).

De huisarts heeft ook een belangrijke rol bij de nazorg. Bij 41% van de behandelde vrouwen vindt nacontrole plaats in de kliniek of het ziekenhuis. 58% van de abortuscliënten werd in 2020 na de zwangerschapsafbreking voor nacontrole verwezen. Dit was in 2019 nog 48%.

In 2021 werd bij 41,5% van de vrouwen anticonceptie voorgeschreven na de behandeling en 49% werd voor anticonceptie verwezen naar de huisarts (Inspectie Gezondheidszorg & Jeugd, 2021b). Onbekend is hoeveel van deze vrouwen ook daadwerkelijk de huisarts hebben bezocht voor een anticonceptieadvies. Het percentage vrouwen dat een half jaar na een abortus anticonceptie gebruikt, daalde van 36% naar 8.8% (Goenee et al., 2015). In 2020 is de Leidraad begeleiding huisartsenzorg bij een onbedoelde zwangerschap herzien. Hierin is nadrukkelijk meer aandacht voor de begeleiding van (herhaalde) onbedoelde zwangerschap, de verwijzing, nazorg bij een abortus en anticonceptieconsulten na een abortus (SeksHag, Rutgers & Fiom, 2020).

## **6.7 Preventie van (herhaalde) ongewenste zwangerschap**

Primaire preventie van onbedoelde zwangerschap begint zodra een vrouw (en partner) een vorm van anticonceptie wenst of vanwege bijwerkingen of andere redenen, de voorkeur geeft aan een andere methode. Voor betrouwbare en of hormonale anticonceptie moet de vrouw eerst naar de huisarts (Leusink & Folkeringa-de Wijs, 2017).

Twee-derde van de vrouwen die een abortuskliniek bezoekt, heeft voorafgaande aan de zwangerschap, anticonceptie gebruikt, meestal pil of condoom. Blijkbaar ging er iets mis in het gebruik of de anticonceptie faalde. Een derde had niets

gebruikt (Twisk & Wijzen, 2017). Onderzoek laat zien dat niet alle vrouwen in staat zijn om anticonceptie goed of consequent te gebruiken. Ze kiezen niet altijd voor betrouwbare anticonceptie of stoppen met anticonceptie vanwege bijwerkingen of andere klachten. Ook hebben vrouwen soms moeite met het vinden van een passende anticonceptiemethode. Voor minder financieel draagkrachtige vrouwen kunnen kosten van de methode, een passende keuze in de weg staan (de Graaf et al., 2017; Peil.nl i.s.m. Dokters van de Wereld, 2019).

Onderzoek onder cliënten met herhaalde abortus, laat zien dat anticonceptiecounseling afgestemd moet zijn op de behoeften en ervaringen van vrouwen zelf en dat er meer oog moet zijn voor de ervaren bijwerkingen van moderne anticonceptie (Loeber & Muntinga, 2017). Uit onderzoek onder vrouwen die naar de kliniek komen voor een herhaalde abortus, blijkt dat 95% op enig moment tijdens de vorige abortus, een gesprek heeft gehad over anticonceptie.

Bij 86% van de consulten in de abortuskliniek werd bij vrouwen met een herhaalde abortus over anticonceptie gesproken en bij 93% werden verschillende methoden benoemd. De meeste vrouwen waren na de behandeling tevreden over de informatie en het anticonceptieconsult (van Bokhoven-Rombouts & Hautvast, 2021).

97% voelde zich gesteund bij haar anticonceptie keuze. Toch gebruikte niet iedere vrouw voorafgaande aan de ongewenste zwangerschap, anticonceptie. De meest genoemde reden om geen anticonceptie te gebruiken, waren bijwerkingen, de seks kwam onverwachts, men wist niet goed wat te gebruiken of anticonceptie was te duur (van Bokhoven-Rombouts & Hautvast, 2021).

Sinds 2020 is er een aparte regeling voor abortusklinieken om anticonceptie bij bezoek aan de kliniek gratis te plaatsen. Ook kunnen de kosten voor de methode, indien gewenst, deels vergoed worden. Dit geldt voor het spiraaltje en sinds 2021 ook voor het hormoonstaafje. In 2020 werd bij 41,5% van de vrouwen anticonceptie na de behandeling voorgeschreven of geplaatst, 49% werd verwezen naar de huisarts (Inspectie Gezondheidszorg & Jeugd, 2021b).

# 7 Gevolgen van abortus

## 7.1 Psychosociale gevolgen

Een abortus is voor veel vrouwen een ingrijpende en emotionele gebeurtenis. Verdriet, verwarring, spijt of schuld en schaamte zijn niet ongebruikelijk bij het afbreken van een ongewenste zwangerschap. De meest voorkomende emotie is opluchting (Rocca et al., 2020). Spijt en andere emotionele problemen na de abortus komen vooral voor onder vrouwen die zich onder druk gezet hebben gevoeld om tot abortus te besluiten, terwijl ze liever de zwangerschap hadden uitgedragen. Overigens geldt voor de meeste vrouwen dat voorafgaande twijfel over abortus niet leidt tot spijt achteraf, wel dat ze het er emotioneel moeilijk mee kunnen hebben naderhand (Brauer et al., 2012).

De meeste vrouwen die een weloverwogen keuze maken, ervaren na een abortus positieve gevoelens als opluchting en bevrijding (Kimport et al., 2011; Major et al., 2000).

Er zijn geen aanwijzingen dat een abortus het risico op psychosociale aandoeningen zoals de DSM-IV criteria vergroot (American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion, 2008). Wel zijn er onder abortuscliënten meer vrouwen die in hun voorgeschiedenis (voordat ze kozen voor een abortus) al ervaring hadden met psychische aandoeningen. Zo bleken 325 vrouwen in de abortusgroep significant vaker dan de 1902 vrouwen in de controlegroep, in het verleden al psychische aandoeningen gehad te hebben. Het risico op het ontstaan van psychische aandoeningen (incidentie) bleek na de abortus echter niet verhoogd: niet na 2,5 jaar, en ook niet na 5 jaar (van Ditzhuijsen et al., 2018). Eerdere psychische aandoeningen vormden een consistente risicofactor voor psychische aandoeningen na een abortus, evenals andere negatieve levensgebeurtenissen en het hebben van een onstabiele relatie met de verwekker. Wanneer psychische problemen ontstaan na een abortus, lijkt dit vooral gerelateerd te zijn aan kwetsbaarheidsfactoren, zoals een psychiatrische voorgeschiedenis. Anti-abortusorganisaties halen vaak andere onderzoeken aan waar dit verband wel aangetoond zou worden, maar dit onderzoek is vaak van lage kwaliteit. Ook internationaal onderzoek laat zien dat er geen overtuigend bewijs is dat abortus bijdraagt aan psychosociale gevolgen (Biggs et al., 2016; Steinberg et al., 2016). Vrouwen die in de Verenigde Staten een zwangerschap wilden afbreken, maar geen goede toegang hadden tot abortus en de zwangerschap moesten uitdragen, waren er psychisch slechter aan toe dan vrouwen die wel een abortus kregen (Norris et al., 2011). Wel kunnen vrouwen achteraf, verdriet en verlies ervaren en dit ervaren als een moeilijk en ingrijpend besluit. Dit betekent nog niet dat ze ook spijt hebben van hun beslissing.

## 7.2 Fysieke gevolgen

Een abortus brengt zeer beperkt fysieke gevolgen met zich mee. De fysieke gevolgen en eventuele complicaties zijn afhankelijk van de duur van de zwangerschap en type behandeling.



Een medicamenteuze behandeling (de zgn. abortuspil), brengt vaak bloedverlies en buikkrampen met zich mee. Na gebruik kan er nog sprake zijn van misselijkheid, diarree of buikpijn. Ook bij een zuigcurettage of instrumentele behandeling kan bloedverlies en buikpijn optreden. Met antibiotica worden infecties voorkomen.

Heel zelden komen complicaties voor zoals een niet voltooide zwangerschapsafbreking. De kans dat een zwangerschapsafbreking mislukt en de zwangerschap niet goed is afgebroken, ligt rond de 1%. Bij een zuigcurettage kunnen verklevingen van de baarmoeder optreden. Dit komt zelden voor (minder dan 1%).

Een abortusbehandeling beschadigt de baarmoeder of de eierstokken niet en heeft ook geen invloed op de vruchtbaarheid. Wel is in het algemeen de kans op een zwangerschap kleiner als de vrouw ouder wordt. Ook kan het zijn dat na een abortus een vrouw minder zin heeft in seks en psychisch eerst wil herstellen van de ingreep voordat ze weer zwanger wil raken.

## **8 Stigma en taboe op abortus**

### **8.1 Stigma of taboe op abortus**

Stigmatisering van abortus is sterk afhankelijk van de sociaal maatschappelijke context. Het gaat om een dynamisch proces waarbij vrouwen moeten voldoen aan bepaalde impliciete of expliciete verwachtingen (Norris et al., 2011). Als in een samenleving of in een omgeving negatief wordt gereageerd op een vrouw die kiest voor een abortus en het gedrag wordt afgekeurd, dan is de kans aanwezig dat diezelfde persoon gevoelens van schaamte of schuld gaat ervaren, of abortus geheim houdt. Sterke negatieve sociale normen zijn dan geïnternaliseerd.

Uit onderzoek uit de VS blijkt dat ruim 50% van de vrouwen die kozen voor een abortus, veel last hadden van minderwaardigheidsgevoelens (Biggs et al., 2020). Twee-derde van de vrouwen die kiezen voor een abortus, denkt dat mensen op hen neer kijken of hen zouden veroordelen als ze zouden weten dat ze een abortus hebben laten uitvoeren (Shellenberg et al., 2011).

### **8.2 Hoe vaak en wat zijn gevolgen?**

Onderzoek in Nederland naar ervaren stigma bij abortus is schaars. Onderzoek onder jongeren onder de 25 jaar, laat zien dat bijna 60% van de jonge abortus cliënten onder de 25 jaar, niet makkelijk praat over hun abortuservaring en bijna de helft zich schaamt (de Graaf et al., 2017). Abortusstigma, maar ook bijvoorbeeld een niet steunende partner, kan een vrij keuzeprocess bij een onbedoelde zwangerschap in de weg zitten en leiden tot psychische klachten (Brauer et al., 2018). Een abortusstigma kan eraan bijdragen dat vrouwen niet helemaal achter hun besluit staan, en niet zelf eigen regie durven nemen (Brauer et al., 2018). Een ander gevolg kan zijn dat door geheimhouding of het zwijgen over abortus, psychische problemen optreden zoals stress of angstproblemen (Biggs et al., 2020; Kimport et al., 2011).

Voorafgaand aan een abortus kunnen vrouwen al last hebben van psychische problemen (depressieve, angst- en stress symptomen), en dit kan sterk beïnvloed worden door ervaren stigma (Steinberg et al., 2016).

### **8.3 Attitudes ten aanzien van abortus**

Nederland wordt vaak gezien als een liberaal en vrij land, ook ten aanzien van abortus. Een belangrijke waarde in de Nederlandse samenleving is individuele vrijheid. Door conservatieve krachten lijkt deze waarde meer onder druk te staan, wat op haar beurt de attitude ten aanzien van abortus kan beïnvloeden.

Tussen 2008 en 2017 is men toleranter gaan denken over abortus. Dit wordt o.a. beïnvloed doordat de huidige generatie een gemiddeld hogere opleiding, minder kerkbezoek en minder religieuze socialisatie heeft, dan de vorige en oudere generaties. Wel lijkt er onder de jongere groep, (millennials), een klein

deel wat minder tolerant te staan tegenover abortus (Muis et al., 2018). Maar in vergelijking met 30 jaar geleden denken jongeren positiever over abortus.

Het merendeel van de Nederlanders, ruim zeven op de tien Nederlanders (72%) staat positief tegenover abortus. Zij zijn enigszins of sterk voorstander van abortus. Een vijfde (21%) is (enigszins/sterk) tegenstander van abortus. Mensen met een Marokkaanse afkomst staan minder positief tegenover abortus en Nederlanders die zichzelf tot een kerkgenootschap of religieuze gemeenschap rekenen, zijn vaker tegen abortus dan mensen die zichzelf hier niet toe rekenen (42% tegenover 12%). Respondenten die in hun directe omgeving, of bij zichzelf, met abortus te maken hebben gehad zijn vaker voorstander van abortus dan mensen die dit niet zelf hebben meegemaakt (respectievelijk 79% en 91% versus 71%).

Een meerderheid (61%) is het (helemaal) oneens met de stelling 'het aborteren van een embryo of foetus is hetzelfde als het doden van een kind'. Een zeer grote meerderheid (85%) is het (helemaal) eens met de stelling 'het is goed dat er in Nederland openlijk wordt gesproken over abortus als mogelijke oplossing voor ongewenste zwangerschap' (Raaijmakers et al., 2016).

## 9 **Oppositie en anti-abortus in Nederland**

### 9.1 **Anti-abortusorganisaties**

In 1985, een jaar na de legalisering van abortus, richtte EO directeur Bert Dorenbos, de organisatie Schreeuw om Leven op. Zij strijden samen met Stirezo, de Vereniging Tegen het Ongeboren Kind (VBOK), de Nederlandse Patiënten Vereniging (NPV) en andere christelijke organisaties, tegen abortus in Nederland. Zij worden ook wel pro-life organisaties genoemd.

De opvattingen en overtuigingen zijn sterk geworteld in (streng) christelijke familiewaarden en normen. Religie fungeert hierin als een moreel kompas waarbij God bepaalt wat wel of niet mag. “Niemand mag ingrijpen in het leven” en “Gij zult niet doden” zijn hierbij belangrijke waarden. Abortus wordt gezien als het doden van ongeboren leven. Dit ongeboren leven, dus ook een foetus, heeft recht op leven en dient beschermd te worden. Al na de conceptie fase zou er sprake zijn van leven.

Anti-abortus organisaties of tegenstanders demonstreren regelmatig bij abortusklinieken en organiseren jaarlijks, meestal rond december, de Mars voor het Leven. Deze Mars wordt georganiseerd door organisaties als Schreeuw om Leven en de Nederlandse Patiënten Vereniging (NPV). Jaarlijks lopen duizenden mensen mee.

### 9.2 **Anti-abortusorganisaties en seksuele voorlichting op scholen**

Er zijn signalen dat anti-abortusorganisaties ook op Nederlandse scholen les geven over abortus. Uit een onderzoek van NOS Stories (2021) kwam naar voren dat 6% van de jongeren op de middelbare school, gastlessen heeft gekregen over abortus van anti-abortusorganisaties. De meeste jongeren herinneren zich de lessen met als kernboodschap dat abortus niet toelaatbaar is en dat abortus werd afgeschilderd als kindermoord en moreel onjuist. In deze lessen is vaak sprake van misleidende, eenzijdige en onjuiste informatie. Als hier geen ander perspectief tegenover staat, kan het stigma rondom abortus worden versterkt, jongeren kunnen zich minder vrij voelen in hun keuze of harder gaan oordelen over abortus. Er is nog geen onderzoek gedaan naar de invloed van deze lessen op het denken over abortus.

### 9.3 **Anti-abortus bewegingen in Europa**

De Katholieke kerk heeft grote politieke invloed gehad op het denken over abortus. In Europa is er inmiddels ook een pro-life beweging o.a. Civitas Christiana, Agenda Europa en Europees Christelijke Politieke Beweging (ECPM) die zich openlijk tegen abortus uitspreken en bescherming van het ongeboren leven opeisen. Zij strijden voor sterke traditionele familiewaarden, het gezin als hoeksteen van de samenleving, waar niet alleen abortus maar ook homoseksualiteit en sekse- en gender diversiteit worden afgekeurd. Jaarlijks organiseren pro-life organisaties ook in andere landen Marsen voor het Leven (bijvoorbeeld in België en Italië) waarbij abortus als kindermoord wordt



afgeschilderd. Er worden soms kleine poppetjes uitgedeeld van foetussen die kleine baby'tjes voorstellen.

Sinds de jaren '90 hanteert de anti-abortus beweging een vertoog waar de impact van abortus wordt uitvergroot en of met trauma's wordt geassocieerd en vrouwen als slachtoffer worden neergezet die morele en psychische support behoeven (Lee, 2003).

## 10 Nieuwe ontwikkelingen rondom abortus

Door nieuwe technologische ontwikkelingen kan een zwangerschap in een vroeg stadium worden vastgesteld en kunnen met prenatale diagnostiek en screening, al vroeg afwijkingen van de foetus worden opgespoord. Dit raakt aan ethische en maatschappelijke vraagstukken tot hoelang een abortus nog gerechtvaardigd is. Tot nu toe is abortus toelaatbaar tot 22-24 weken. Het oprekken van deze termijn wordt ethisch en medisch niet als wenselijk gezien maar ook het inperken van de termijn stuit op bezwaren.

Er zijn landen waar vrouwen via tele-medicatie toegang kunnen krijgen tot medicatie om een vroege zwangerschap af te breken. Vrouwen hoeven hiervoor niet meer een arts of kliniek fysiek te bezoeken. Dit is in Nederland nog niet mogelijk. Wel zijn er ook in Nederland geluiden waarin gepleit wordt tot betere toegang tot medicatie en informatie over abortus via online kanalen, zonder tussenkomst van een arts.

Vrouwen lijken meer behoefte te hebben aan controle over hun eigen lijf en lichaam. Zij willen minder afhankelijk zijn van artsen en of medicatie en willen goed geïnformeerd worden over de behandelopties en eventuele gevolgen.

Vanaf 2018 zijn er politieke initiatieven genomen om abortuspil bij de huisarts via een wetwijziging mogelijk te maken. Op 15 maart 2022 is in de Tweede Kamer een initiatiefvoorstel van Paternotte, Kuiken, Ellemeet en Van Wijngaarden aangenomen die het mogelijk maakt dat de huisarts de abortuspil gaat verstrekken. Rutgers heeft hierover ook een standpunt ingenomen). (Rutgers standpunt, 2021). Het wetsvoorstel komt hiermee tegemoet aan meer keuzevrijheid en zorg dichterbij. De huisarts is voor veel vrouwen ook vertrouwd, laagdrempelig en deskundig. De Eerste Kamer neemt hierover eind november 2022 een besluit.

Een grote meerderheid in de Tweede Kamer heeft in februari 2022 een wetsvoorstel aangenomen om de wettelijke beraadtermijn van vijf dagen bedenktijd bij abortus af te schaffen. De oude wet werkt onnodig, betutteld en is voor vrouwen fysiek en emotioneel belastend. Het is aan vrouwen zelf, in overleg met de arts te bepalen hoeveel tijd er nodig is om tot een weloverwogen besluit te komen (Rutgers, 2021). De Eerste Kamer steunde in juni 2022 dit voorstel. In 2023 wordt de verplichte beraadtermijn van 5 dagen bij een abortus afgeschaft. Vrouwen kunnen in overleg met een arts zelf bepalen hoeveel tijd nodig is om tot een weloverwogen besluit te komen bij keuze voor een abortus

Op dit moment is abortus nog opgenomen in het Wetboek van Strafrecht. Aangezien abortuszorg een vorm van medisch noodzakelijke zorg is zou het wenselijk zijn als dit uit het strafrecht wordt gehaald. Opname in het Wetboek van Strafrecht werkt onnodig criminaliserend voor abortusartsen en problematiseert abortus.

- American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion. (2008). *Report of the Task Force on Mental Health and Abortion*. Author. Opgehaald van <http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>
- Bearak, J., Popinchalk, A., Ganatra, B., Moller, A. B., Tunçalp, Ö., Beavin, C., Kwok, L., & Alkema, L. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *The Lancet Global Health*, 8(9), [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6)
- Biggs, M. A., Brown, K., & Foster, D. G. (2020). Perceived abortion stigma and psychological well-being over five years after receiving or being denied an abortion. *PloS one*, 15, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226417>
- Biggs, M. A., Rowland, B., McCulloch, C. E., & Foster, D. G. (2016). Does abortion increase women's risk for post-traumatic stress? Findings from a prospective longitudinal cohort study. *BMJ Open*, 6, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009698>
- Biggs, M. A., Upadhyay, U. D., McCulloch, C. E., & Foster, D. G. (2017). Women's mental health and well-being 5 years after receiving or being denied an abortion: A prospective, longitudinal cohort study. *JAMA Psychiatry*, 74, 169-178. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3478>
- Brauer, M., van Ditzhuijzen, J., Boeije, H., & van Nijnatten, C. (2018). Understanding decision-making and decision difficulty in women with an unintended pregnancy in the Netherlands. *Qualitative Health Research*, 29, 1084-1095. <https://doi.org/10.1177/1049732318810435>
- Brauer M., van Nijnatten, C., Vollebergh, W. (2012). Besluitvorming rondom ongewenste zwangerschap, Universiteit Utrecht. Opgehaald van <https://fiom.nl/sites/default/files/files/Besluitvorming-rondom-ongewenste-zwangerschap.pdf>
- Cameron, S. T., & Glasier, A. (2013). Identifying women in need of further discussion about the decision to have an abortion and eventual outcome. *Contraception*, 88, 128-132. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.10.032>
- de Graaf, H., van den Borne, M., Nikkelen, S., Twisk, D., & Meijer, S. (2017). *Seks onder je 25<sup>e</sup>: Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2017*. Rutgers, Soa Aids Nederland.
- de Waal, F. (2018). *Het jaar 1976: de strijd voor een moderne abortuswet*. Pag.35- 44. *Abortus zonder masker*. Uitgave van het 25-jarig bestaan van het Nederlands Genootschap van Abortusartsen.

- Ellemeet, C. & Ploumen, E., M., J. (2018). Voorstel tot wijziging van de Wet afbreking zwangerschap alsmede enkele andere wetten in verband met de legale medicamenteuze afbreking van de zwangerschap via de huisarts. Opgehaald van:  
<https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?id=2018Z03305&id=2019D44498>
- Ellemeet, C., Kuiken, A.H., Paternotte, J.M. en Van Wijngaarden, J. (2022). Initiatiefvoorstel Legale medicamenteuze afbreking zwangerschap door huisarts. Opgehaald van: [Initiatiefvoorstel-Ellemeet, Kuiken, Paternotte en Van Wijngaarden Legale medicamenteuze afbreking zwangerschap door huisarts \(34.891\) - Eerste Kamer der Staten-Generaal](#)
- European Abortion Policies Atlas (2021), EPF & IPPF. Opgehaald van [https://www.epfweb.org/sites/default/files/2021-09/ABORT%20Atlas\\_EN%202021-v10.pdf](https://www.epfweb.org/sites/default/files/2021-09/ABORT%20Atlas_EN%202021-v10.pdf)
- Fiom, NGVA, Rutgers (2019). *Factsheet herhaalde abortus in Nederland*. Opgehaald van <https://fiom.nl/sites/default/files/factsheet-herhaalde-abortus.pdf>
- Goenee, M. S., Donker, G. A., Picavet, C., & Wijsen, C. (2014). Beslissen over een ongewenste zwangerschap: wat is de rol van de huisarts. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 158. Opgehaald van <https://www.ntvg.nl/system/files/publications/a8243.pdf>
- Goenee M., Donker G., Wijsen C. (2015). Huisartsenzorg in cijfers: anticonceptie voor en na ongewenste zwangerschap. *Huisarts en Wetenschap*, 11, 599. Opgehaald van <https://www.henw.org/system/files/download/HW58-599.pdf>
- Gomperts, R., Schellekens, M., Leusink, P., & Kleiverda, G. (2019). Abortushulp kent teveel barrières: Toegankelijkheid laat op meerdere fronten te wensen over. *Medisch Contact*, 45. Opgehaald van <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/abortushulp-kent-te-veel-barrieres.htm>
- Inspectie Gezondheidszorg & Jeugd (2018). *Jaarrapportage 2016, Wet Afbreking Zwangerschap*. VWS.
- Inspectie Gezondheidszorg & Jeugd (2021a). *Jaarrapportage 2019 Wet Afbreking Zwangerschap*. VWS.
- Inspectie Gezondheidszorg & Jeugd (2021b). *Jaarrapportage 2020, Wet Afbreking Zwangerschap*. VWS.
- IPPF Europe (2019). *Abortion legislation and its implementation in Europe & Central Asia: IPPF and Partner Survey*. Opgehaald van <https://europe.ippf.org/resource/ippf-en-partner-survey-abortion-legislation-and-its-implementation-europe-and-central-asia>



- Joemmanbaks, F., de Graaf, H., Vermey, K., & Kuipers L. (2021). *Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland tijdens de coronacrisis*. Rutgers
- Kimport, K., Foster, K., & Weitz, T. A. (2011). Social sources of women's emotional difficulty after abortion: Lessons from women's abortion narratives. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 43, 103-109. <https://doi.org/10.1363/4310311>
- Lee, E. (2003). *Abortion, motherhood, and mental health: Medicalizing reproduction in the United States and Great Britain*. Transaction Publishers.
- Leusink, P., & Folkeringa-de Wijs, M. (2017). De rol van de huisarts bij onbedoelde zwangerschap. *Huisarts en Wetenschap*, 60, 298-302. Opgehaald van <https://www.henw.org/system/files/download/HW60-298.pdf>
- Loeber, O. E., & Muntinga, M. E. (2017). Contraceptive counselling for women with multiple unintended pregnancies: The abortion client's perspective. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 22, 94-101. <https://doi.org/10.1080/13625187.2017.1283399>
- Major, B., Cozzarelli, C., Cooper, M. L., Zubek, J., Richards, C., Wilhite, M., & Gramzow, R. H. (2000). Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Archives of General Psychiatry*, 57(8), 777-784. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.8.777>
- Muis, Q., Sieben, I., Reeskens, T., & Halman, L. (2019). Seksueel-ethische permissiviteit: Trends in Nederland 1981-2017. *Mens & Maatschappij*, 94, 429-458. <https://doi.org/10.5117/MEM2019.4.004.MUIS>
- NOS Stories (2021, 3 november). 'ABORTUS vind ik echt een NO GO' | De waarheid over de abortusdiscussie. [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=VI6E6bPZ6eo>
- Norris, A., Bessett, D., Steinberg, J. R., Kavanaugh, M. L., De Zordo, S., & Becker, D. (2011). Abortion stigma: A reconceptualization of constituents, causes, and consequences. *Women's Health Issues*, 21, 49-54. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2011.02.010>
- Peil.nl i.s.m. Dokters van de Wereld (2019).
- Ploem, M. C., Krol, E., Floor, T., Legemaate, J., Gevers, J. K. M., Winter H. B. (2020). *Tweede evaluatie Wet afbreking zwangerschap*. ZonMw. Opgehaald van <https://open.overheid.nl/repository/rnl-9cdc3d99-6448-44b3-b33d-44cd050cb979/1/pdf/tweede-evaluatie-wet-afbreking-zwangerschap.pdf>

- Raaijmakers S., van der Vlies, I., & de Beer, T. (2016). *Houding van Nederlanders jegens abortus*. TNS NIPO. Opgehaald van <https://fiom.nl/sites/default/files/files/Abortus-rapport-TNS-NIPO.pdf>
- Ralph, L. J., Foster, D. G., Kimport, K., Turok, D., & Roberts, S. C. (2017). Measuring decisional certainty among women seeking abortion. *Contraception*, 95, 269-278. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.09.008>
- Rocca, C. H., Samari, G., Foster, D. G., Gould, H., & Kimport, K. (2020). Emotions and decision rightness over five years following an abortion: An examination of decision difficulty and abortion stigma. *Social Science & Medicine*, 248, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112704>
- Rutgers Standpunt (2020). *De abortuswet kan vrouwvriendelijker: Evaluatie Wet Afbreking Zwangerschap: Meer aandacht voor keuzevrijheid en betere toegang tot abortuszorg*. Opgehaald van <https://rutgers.nl/wp-content/uploads/2021/09/Reactie-Rutgers-op-evaluatie-Wafz.pdf>
- Rutgers Standpunt (2021). *Abortuspil bij de huisarts*. Opgehaald van <https://rutgers.nl/wp-content/uploads/2022/02/2201009-standpunt-abortuspil.pdf>
- Rutgers (2021). 10 redenen om de verplichte beraadtermijn van vijf dagen bij abortus los te laten. Opgehaald van: <https://rutgers.nl/nieuws/10-redenen-om-de-verplichte-beraadtermijn-van-vijf-dagen-bij-abortus-los-te-laten/>
- SeksHag, Rutgers, Fiom. (2020). *Leidraad begeleiding huisartsenzorg bij een onbedoelde zwangerschap*. Opgehaald van <https://richtlijnen.nhg.org/files/2020-06/Leidraad%20huisartsenzorg%20bij%20onbedoelde%20zwangerschap.pdf>
- Sheldon, T. (2021). Paul Bekkering. GP and col founder of one of the first abortion clinics in the Netherlands, *British Medical Journal*, <https://doi.org/10.1136/bmj.n3054>
- Shellenberg, K. M., Moore, A. M., Bankole, A., Juarez, F., Omideyi, A. K., Palomino, N., Sathar, Z., Singh, S., & Tsui, A. O. (2011). Social stigma and disclosure about induced abortion: Results from an exploratory study. *Global Public Health*, 6, S111-S125. <https://doi.org/10.1080/17441692.2011.594072>
- Steinberg, J. R., Tschann, J. M., Furgerson, D., & Harper, C. C. (2016). Psychosocial factors and pre-abortion psychological health: The significance of stigma. *Social Science & Medicine*, 150, 67-75. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.12.007>

- Tarabella, M. (2015). *Report on progress on equality between women and men in the European Union in 2013 (2014/2217(INI))*. Committee on Women's Rights and Gender Equality. Opgehaald van [https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-8-2015-0015\\_EN.pdf?redirect](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-8-2015-0015_EN.pdf?redirect)
- Twisk, D., Wijsen, C. (2017). *Landelijke abortusregistratie 2015*. Rutgers.
- van Bokhoven-Rombouts C. & Hautvast, J. (2021). Anticonceptiecounseling en anticonceptiegebruik bij een herhaalde abortus. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 45, 148-155.
- van der Burgh, R., Chavannes, E., Lafour, G., Rotman, M., & van der Woude, A. (10-3-2021). *De anti-abortusbeweging in Nederland*, de Groene Amsterdammer.
- van Ditzhuijzen., J. (2017). *Abortion and mental health: A longitudinal study of common mental disorders among women who terminated an unwanted pregnancy*. Proefschrift. Utrecht, Universiteit Utrecht.
- van Ditzhuijzen, J., Ten Have, M., de Graaf R., van Nijnatten C. H. C. J., & Vollebergh, W. A. M. (2018). Abortus en het risico op psychische aandoeningen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 60, 527-535. Opgehaald van <https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/media/1/60-2018-8-artikel-vanditzhuijzen.pdf>
- Visser, M. R. M., Janssen, A. J. G. M., Enschedé, M., Willems, A. F. M. N., te Braake, Th., A. M., Harmsen, K., Smets, E. M. A., de Haes, J. C. J. M., Gevers, J. K. M. (2005) *Evaluatie Wet Afbreking Zwangerschap*. ZonMw. Opgehaald van [https://www.ngva.net/application/files/1215/1982/8655/WAZ\\_evaluatie\\_Definitieve\\_webversie\\_b.pdf](https://www.ngva.net/application/files/1215/1982/8655/WAZ_evaluatie_Definitieve_webversie_b.pdf)
- World Health Organization (2018). *Medical management of abortion*. WHO. Opgehaald van <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/278968/9789241550406-eng.pdf>
- Zanini, G., Misthal, J., De Zordo, S., Ziegler, A., & Gerds, C. (2021). Abortion information governance and women's travels across European borders. *Women's Studies International Forum*, 87. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2021.102496>