



Universiteit
Antwerpen

Trajecten tot abortuszorg in Vlaanderen, België

Onderzoeksrapport

Auteurs: Anna Wallays, Sarah Van de Velde

Contactgegevens: Anna Wallays, Centrum voor Demografie, Familie en Gezondheid, Departement Sociologie,
Universiteit Antwerpen

Telefoon: +32 485 75 00 43

E-mail: anna.wallays@uantwerpen.be

Inhoud

1	Inleiding	10
1.1	Achtergrond	10
1.2	Organisatie van abortuszorg	11
2	Methoden	13
2.1	Rekrutering en dataverzameling	13
2.1.1	Analyse	14
3	Resultaten op basis van de kwantitatieve bevraging	15
3.1	Duur fasen abortustraject	15
3.2	Drempels in trajecten tot abortuszorg	16
4	Resultaten op basis van de diepte-interviews	21
4.1	Zwangerschapsbewustzijn	21
4.1.1	Gepercipieerd risico	21
4.1.2	Zwangerschapsvermoeden	22
4.1.3	Zwangerschapsbevestiging	23
4.2	Beslissing over abortus	25
4.2.1	Verhouding tot de zwangerschap	25
4.2.2	Navigeren door informatie	27
4.2.2.1	Informatie over de zwangerschap	27
4.2.2.2	Informatie over abortuscentra en -behandelingen	28
4.2.2.3	Informatie van zorgverleners over abortus	30
4.2.3	De normatieve context	30
4.2.3.1	Maatschappelijke verwachtingen	30
4.2.3.2	Attitudes, vooroordelen, taboe en stigma	33
4.3	Ervaringen van en attitudes tegenover de wettelijke wachttijd	34
5	Conclusie	38
6	Bijlagen	40
6.1	Bijlage 1: Beschrijving van de kwantitatieve steekproef	40
6.2	Bijlage 2: Beschrijving van de kwalitatieve steekproef	42
7	Referenties	44

Verschenen versies onderzoeksrapport

- Versie 01 – 25/03/2025
- Versie 02 – 28/03/2025
- Versie 03 – 02/04/2025
- Versie 04 – 10/06/2025

Refereren naar dit rapport?

Wallays, A., & Van de Velde, S. (2025). *Trajecten tot abortuszorg in Vlaanderen, België* - Onderzoeksrapport 29 maart 2025. <https://www.uantwerpen.be/nl/projecten/abortion-trajectory-timing-and-access-study/nieuws/>

Beknorte samenvatting

In het licht van het actuele maatschappelijke en politieke debat over een mogelijke herziening van de Belgische abortuswetgeving, is er een groeiende behoefte aan empirisch onderbouwde inzichten in hoe vrouwen hun traject tot abortuszorg daadwerkelijk ervaren. Discussies over het optrekken van de wettelijke termijn en het afschaffen van de verplichte wachttijd vinden plaats tegen de achtergrond van internationale evidentie die wijst op de psychosociale, medische en logistieke implicaties van restrictieve abortusregelingen. Binnen deze context beoogt deze studie een diepgaand inzicht te bieden in de wijze waarop abortustrajecten in Vlaanderen vorm krijgen en welke factoren bepalend zijn voor hun verloop. Concreet analyseerden we de gemiddelde duur van elke fase in het abortustraject, de drempels die vrouwen in elke fase ondervinden, en hoe deze samenhangen met het totale tijdsverloop en het moment van aanmelding voor abortuszorg. Daarnaast onderzochten we hoe vrouwen deze trajecten subjectief beleven: welke betekenis zij toekennen aan de verschillende fasen, hoe zij de aanwezige drempels ervaren, en wat hun perspectief is op de wettelijke wachttijd en de organisatie van de zorgverlening. Dit onderzoek werd gevoerd bij 498 cliënten op een totaal aantal van 9.345 mensen die de Nederlandstalige abortuscentra in de periode van oktober 2023 tot en met juli 2024 gezien hebben. We kunnen de belangrijkste bevindingen in de volgende punten samenvatten:

Zwangerschapsbewustzijn, interpretatie van symptomen en testen

De eerste fasen van het abortustraject bleken voor veel vrouwen het meest bepalend voor het verdere verloop. In het bijzonder bleek het proces van zwangerschapsbewustwording sterk beïnvloed door de manier waarop vrouwen het risico op een zwangerschap inschatten. Vrouwen die dit risico als laag inschatten – bijvoorbeeld omdat ze anticonceptie gebruikten, medische diagnoses hadden ontvangen (zoals PCOS¹ of endometriose), of in het verleden niet zwanger waren geworden ondanks onbeschermd seks – waren minder waakzaam ten aanzien van mogelijke symptomen. Zwangerschapssymptomen zoals amenorroe², misselijkheid of gespannen borsten werden door veel vrouwen verkeerd geïnterpreteerd als signalen van stress, hormonale schommelingen, premenstruele klachten, of als gerelateerd aan andere gezondheidsproblemen.

Deze verkeerde attributies leidden ertoe dat het vermoeden van zwangerschap vertraagd ontstond. Zodra er sprake was van vermoeden, volgde het testen meestal thuis, waarbij de meeste vrouwen goed op de hoogte waren van waar een test te verkrijgen was en dit in veel gevallen anoniem konden doen. Sommige vrouwen gaven aan standaard zwangerschapstests in huis te hebben, vooral wanneer zij hun anticonceptiegebruik als minder betrouwbaar beschouwden. Toch verliep ook het testen niet altijd vlot. Bij een deel van de participanten speelden bewuste of onbewuste vormen van ontkenning een rol, waardoor zij het testen uitstelden. Anderen hadden praktische moeilijkheden, onder andere doordat ze in het buitenland verbleven of moeite hadden met het correct uitvoeren van de test. Sommige vrouwen deden meerdere tests over een periode van dagen of weken, bijvoorbeeld omwille van twijfel over de betrouwbaarheid of vanwege een eerdere negatieve test bij te vroege timing.

Besluitvorming

De besluitvorming over abortus werd door vrouwen beschreven als een gelaagd proces, waarin ambivalente gevoelens en complexe overwegingen samenkwamen. Bij het merendeel van de vrouwen was de beslissing reeds genomen op het moment van de eerste consultatie in het abortuscentrum, ongeacht de mate waarin dit beslissingsproces als moeilijk werd ervaren. Toch bleek dat het afwegen van opties, het in beeld brengen van toekomstige scenario's en het consulteren van sociale contacten een belangrijke rol speelden in dit proces. Schuldgevoelens, interne conflicten, ethische overwegingen en het gevoel niet te voldoen aan maatschappelijke normen rond moederschap kwamen frequent naar voren. Gevoelens van schaamte en teleurstelling en angst voor een behandeling belemmerden voor een groot aantal vrouwen het beslissingsproces.

¹ Polycysteus Ovarium Syndroom

² Het uitblijven van menstrueel bloedverlies in de reproductieve levensfase.

Voor vrouwen met een uitgesproken kinderwens of reeds bestaande kinderen bleek de beslissing soms bijzonder zwaar te wegen, terwijl vrouwen zonder kinderwens vaak sneller en met meer zekerheid tot een keuze kwamen. In een aantal gevallen leidde het verkrijgen van nieuwe informatie – bijvoorbeeld over medicatiegebruik of potentiële risico's voor de foetus – tot heroverwegingen of versterking van de reeds gemaakte keuze tot abortus. Beslissingen werden zelden genomen in volledige isolatie: de partner, familie of vrienden werden vaak geraadpleegd, hoewel de mate van steun varieerde. De houding van de partner speelde in veel gevallen een belangrijke rol, vaak als ondersteunende, soms als belemmerende factor.

Informatie, kennis en zorgorganisatie

Beperkte kennis over de organisatie van abortuszorg vormde een terugkerende drempel. Meerdere vrouwen wisten aanvankelijk niet dat zij rechtstreeks bij een abortuscentrum terecht konden, en dachten ten onrechte dat ze hiervoor bij een gynaecoloog of huisarts moesten aankloppen. Iets minder dan de helft van de bevroegde vrouwen consulteerde eerst een andere zorgverlener vooraleer ze contact opnamen met het abortuscentrum, wat het traject verlengde. Ook de kennis over de beschikbaarheid en betrouwbaarheid van noodanticonceptie bleek beperkt, met als gevolg dat sommige vrouwen ten onrechte dachten dat zij beschermd waren tegen zwangerschap. Slechts één deelnemer gaf aan tijdens haar schooltijd informatie te hebben gekregen over abortus, en ook dan was de informatie beperkt tot de wettelijke termijn. Voor veel vrouwen bleken persoonlijke netwerken, inclusief ervaringen van anderen met abortus, belangrijker dan formele informatiekanalen bij het navigeren door het traject.

Toegangsdrempels en vertragingen

De grootste vertragingen in het abortustraject situeerden zich in de vroege fasen: het opmerken van symptomen, het ontwikkelen van een vermoeden, het afnemen van een zwangerschapstest en de daaropvolgende contactopname met een abortuscentrum. Vrouwen die zich later aanmeldden, doorliepen deze fasen gemiddeld trager: uit de kwantitatieve gegevens blijkt dat het verschil in tijd tussen het vermoeden van zwangerschap en de contactopname met het abortuscentrum meer dan twee weken bedraagt tussen vroegere en latere aanmelders. Gevoelens van schaamte, maatschappelijke stigmatisering, interne twijfel, en de wens om eerst de situatie met anderen te bespreken, droegen bij aan deze vertragingen.

Ervaringen met de verplichte wachttijd

Hoewel de wettelijke wachttijd van zes dagen bedoeld is als reflectieperiode, bleek uit zowel de survey als de interviews dat deze in de meeste gevallen niet als nuttig werd ervaren. De overgrote meerderheid van de vrouwen gaf aan al zeker te zijn van hun beslissing op het moment van het eerste consult. Ze gaven aan reeds de tijd te hebben genomen die ze zelf nodig hadden om een beslissing te maken. Voor deze vrouwen betekende de wachttijd een verlenging van het traject die gepaard ging met psychische belasting, gevoelens van machteloosheid en fysieke ongemakken zoals misselijkheid of krampen. Deze wachttijd werd dan ook frequent omschreven als overbodig, frustrerend en contraproductief. Tegelijkertijd werd in enkele gevallen aangegeven dat extra tijd tussen consult en behandeling nuttig was, met name bij vrouwen die nog twijfelden of zich in complexe sociale situaties bevonden. De praktische organisatie van de wachttijd, zoals het niet uitvoeren van medicamenteuze abortus op vrijdag of sluiting tijdens weekends in combinatie met eigen agenda's van cliënten, leidde in de praktijk bovendien vaak tot een verlenging van de wachttijd tot meer dan zes dagen.

Beleidsaanbevelingen

De bevindingen van dit onderzoek tonen aan dat de huidige wettelijke bepalingen inzake abortuszorg in België – met name de verplichte wachttijd van zes dagen en de grens van 12 weken zwangerschap – onvoldoende aansluiten bij de concrete trajecten en ervaringen van vrouwen. De overgrote meerderheid van de vrouwen beslist al vóór de eerste consultatie in het abortuscentrum om de zwangerschap te beëindigen en nam hiervoor reeds de tijd, wat de meerwaarde van een verplichte wachttijd in vraag stelt. Tegelijk blijkt uit de data dat de vroege fasen van het traject, waarin vrouwen hun zwangerschap vermoeden, bevestigen en vervolgens hulp zoeken, de grootste bron van vertraging vormen. Deze vertragingen zijn vaak het gevolg van onwetendheid over de organisatie van abortuszorg, misvattingen over vruchtbaarheid, of het ontbreken van duidelijke symptomen, de tijd nemen om tot een beslissing te komen en niet van lichtzinnigheid of impulsiviteit. Dit alles moet worden begrepen tegen de achtergrond van het feit dat de wettelijke grens van 12 weken niet steunt op een objectief

biomedisch kantelmoment, maar veeleer op pragmatische overwegingen zoals de toepasbaarheid van bepaalde medische technieken en de timing van prenatale diagnostiek. In de praktijk vormt deze grens echter een harde limiet, waarbij vrouwen die zich laattijdig aanmelden vaak uitgesloten worden van zorg in eigen land. Dit treft in het bijzonder vrouwen in kwetsbare situaties, voor wie het organiseren van hulp, transport of opvang bemoeilijkt is. Op basis van deze bevindingen pleiten wij voor een herziening van het wettelijk kader, zodat abortuszorg in België toegankelijker, rechtvaardiger en beter afgestemd wordt op de noden van alle vrouwen.

Résumé concis

À la lumière du débat social et politique actuel sur une éventuelle révision de la législation belge en matière d'avortement, il est de plus en plus nécessaire de disposer d'informations empiriques sur la manière dont les femmes vivent réellement leur parcours vers les soins en matière d'avortement. Les discussions sur l'augmentation du délai légal et l'abolition de la période d'attente obligatoire se déroulent dans le contexte de preuves internationales qui soulignent les implications psychosociales, médicales et logistiques des réglementations restrictives en matière d'avortement. Dans ce contexte, cette étude vise à donner un aperçu approfondi de la manière dont les procédures d'avortement prennent forme en Flandre et des facteurs qui déterminent leur déroulement. Plus précisément, nous avons analysé la durée moyenne de chaque phase du processus d'avortement, les seuils auxquels les femmes sont confrontées dans chaque phase, et la manière dont ces seuils sont liés à la durée globale et au moment de l'inscription pour les soins liés à l'avortement. En outre, nous avons analysé la manière dont les femmes vivent subjectivement ces trajectoires : quel sens elles donnent aux différentes étapes, comment elles perçoivent les seuils identifiés, et quel est leur point de vue sur le délai d'attente légal et sur l'organisation de l'offre de soins. Cette enquête a été menée auprès de 498 répondantes sur un nombre total de 9 345 personnes qui ont consulté les centres d'avortement néerlandophones au cours de la période allant d'octobre 2023 à juillet 2024.

Les principaux résultats peuvent être résumés comme suit:

Sensibilisation à la grossesse, interprétation des symptômes et tests

Pour de nombreuses femmes, les premières étapes du processus d'avortement se sont avérées les plus décisives pour la suite. En particulier, le processus de prise de conscience de la grossesse s'est avéré fortement influencé par la manière dont les femmes évaluaient le risque de grossesse. Les femmes qui considéraient ce risque comme faible - par exemple, parce qu'elles utilisaient un moyen de contraception, avaient reçu un diagnostic médical (comme le SOPK^{III} ou l'endométriose) ou n'étaient pas tombées enceintes dans le passé malgré des rapports sexuels non protégés - étaient moins vigilantes à l'égard des symptômes possibles. Les symptômes de grossesse tels que l'aménorrhée^{IV}, les nausées ou les seins tendus ont été interprétés par de nombreuses femmes comme des signes de stress, de fluctuations hormonales, de symptômes prémenstruels ou comme liés à d'autres problèmes de santé.

Ces interprétations erronées ont conduit à une suspicion tardive de grossesse. Une fois la suspicion éveillée, le test est généralement effectué à domicile, la plupart des femmes étant bien informées de l'endroit où elles peuvent obtenir un test et, dans de nombreux cas, de la possibilité de le faire de manière anonyme. Certaines femmes ont déclaré avoir des tests de grossesse standard à la maison, en particulier lorsqu'elles considéraient que leur utilisation de contraceptifs était moins fiable. Cependant, les tests ne se sont pas toujours déroulés sans difficultés. Pour certaines participantes, des formes conscientes ou inconscientes de déni ont joué un rôle, les poussant à retarder le test. D'autres ont rencontré des difficultés pratiques, notamment à l'étranger, ou ont eu du mal à effectuer le test correctement. Certaines femmes ont effectué plusieurs tests sur une période de quelques jours ou semaines, par exemple parce qu'elles avaient des doutes sur la fiabilité du test ou parce qu'un test précédent s'était révélé négatif alors qu'il était trop tôt pour le faire.

La prise de décision

La prise de décision concernant l'avortement a été décrite par les femmes comme un processus à plusieurs niveaux, dans lequel convergent des sentiments ambivalents et des considérations complexes. Pour la majorité des femmes, la décision avait déjà été prise au moment de la première consultation au centre d'avortement, quel que soit le degré de difficulté perçu de ce processus décisionnel. Cependant, il a été constaté que l'évaluation des alternatives, la visualisation des scénarios futurs et les contacts sociaux jouaient un rôle important dans ce processus. Les sentiments de culpabilité, les conflits internes, les considérations éthiques et

^{III} Syndrome des Ovaires Polykystiques

^{IV} Absence de saignements menstruels dans la phase reproductive de la vie.

le sentiment de ne pas se conformer aux normes sociétales relatives à la maternité sont apparus fréquemment. Les sentiments de honte et de déception ainsi que la peur du traitement ont aussi entravé le processus de décision d'un grand nombre de femmes.

Pour les femmes ayant un désir d'enfant prononcé ou ayant déjà des enfants, la décision s'est parfois avérée particulièrement lourde, alors que les femmes sans désir d'enfant sont souvent parvenues à un choix plus rapidement et avec plus de certitude. Dans un certain nombre de cas, l'obtention de nouvelles informations - par exemple sur la prise de médicaments ou les risques potentiels pour le fœtus - a conduit à reconsidérer ou à renforcer le choix déjà fait en matière d'avortement. Les décisions ont rarement été prises dans l'isolement le plus complet : le partenaire, la famille ou les amis ont souvent été consultés, bien que le degré de soutien ait été variable. L'attitude du partenaire a joué un rôle important dans de nombreux cas, souvent comme un facteur de soutien, parfois comme un facteur d'entrave.

Information, connaissances et organisation des soins

La méconnaissance de l'organisation des soins en matière d'avortement est un obstacle récurrent. Plusieurs femmes ne savaient pas au départ qu'elles pouvaient contacter directement un centre d'avortement et pensaient qu'elles devaient s'adresser à un gynécologue ou à un médecin généraliste pour le faire. Un peu moins de la moitié des femmes interrogées ont d'abord consulté un autre prestataire de soins avant de contacter le centre d'avortement, ce qui a prolongé le processus. La connaissance de la disponibilité et de la fiabilité de la contraception d'urgence s'est également avérée limitée, ce qui a conduit certaines femmes à croire qu'elles étaient protégées contre la grossesse. Seule une participante a déclaré avoir reçu des informations sur l'avortement à l'école, et encore, ces informations se limitaient au terme légal. Pour de nombreuses femmes, les réseaux personnels, y compris les expériences d'autres femmes en matière d'avortement, se sont avérés plus importants que les canaux d'information formels pour naviguer dans le parcours.

Barrières à l'entrée et retards

Les retards les plus importants dans le processus d'avortement se situent dans les premières phases : remarquer les symptômes, développer des soupçons, faire un test de grossesse et contacter ensuite un centre d'avortement. Les femmes qui ont déposé leur demande plus tard ont franchi ces étapes plus lentement en moyenne : les données quantitatives montrent que la différence de temps entre la suspicion de grossesse et la prise de contact avec le centre d'avortement est de plus de deux semaines entre les premières et les dernières inscrites. Les sentiments de honte, la stigmatisation sociale, le doute intérieur et le désir de discuter de la situation avec d'autres ont d'abord contribué à ces retards.

Expériences avec la période d'attente obligatoire

Bien que la période d'attente légale de six jours soit conçue comme une période de réflexion, l'enquête et les entretiens ont montré que, dans la plupart des cas, elle n'était pas perçue comme utile. La grande majorité des femmes ont déclaré qu'elles étaient déjà sûres de leur décision au moment de la consultation initiale. Elles ont indiqué qu'elles avaient déjà pris le temps nécessaire pour prendre leur propre décision. Pour ces femmes, la période d'attente signifie une prolongation du voyage qui s'accompagne d'une tension psychologique, d'un sentiment d'impuissance et d'un inconfort physique comme des nausées ou des crampes. Par conséquent, ce temps d'attente a souvent été décrit comme inutile, frustrant et contre-productif. En même temps, quelques cas ont indiqué qu'un délai supplémentaire entre la consultation et le traitement était utile, en particulier pour les femmes qui avaient encore des doutes ou qui se trouvaient dans des situations sociales complexes. En outre, l'organisation pratique du temps d'attente, comme le fait de ne pas pratiquer d'avortements médicamenteux le vendredi ou de fermer pendant les week-ends, combinée à l'emploi du temps des femmes, a souvent conduit dans la pratique à une prolongation du temps d'attente à plus de six jours.

Recommandations politiques

Les résultats de cette étude montrent que les dispositions légales actuelles sur les soins liés à l'avortement en Belgique - en particulier le délai d'attente obligatoire de six jours et la limite de grossesse de 12 semaines - ne reflètent pas de manière adéquate les trajectoires et les expériences réelles des femmes. La grande majorité des femmes décide d'interrompre leur grossesse avant même la première consultation au centre d'avortement et ont déjà pris leur temps pour prendre cette décision, ce qui remet en question la valeur ajoutée d'un délai

d'attente obligatoire. En même temps, les données montrent que les premières étapes du parcours, lorsque les femmes suspectent, confirment et cherchent ensuite de l'aide, sont la plus grande source de retards. Ces retards sont souvent dus méconnaissance de l'organisation des soins en matière d'avortement, à des informations incorrectes sur la fertilité, ou à l'absence de symptômes clairs, ce qui nécessite du temps pour prendre une décision et pas de légèreté ou d'impulsivité. Tout cela doit être compris en tenant compte du fait que la limite légale de 12 semaines ne repose pas sur un point de basculement biomédical objectif, mais plutôt sur des considérations pragmatiques telles que l'applicabilité de certaines techniques médicales et le calendrier des diagnostics prénataux. . Dans la pratique, toutefois, cette limite est très stricte, les femmes qui s'inscrivent tardivement étant souvent exclues des soins dans leur pays d'origine. Cela affecte particulièrement les femmes en situation de vulnérabilité, pour lesquelles il est difficile d'organiser l'aide, le transport ou l'hébergement. A partir de ces résultats, nous appelons à une révision du cadre juridique afin de rendre les soins liés à l'avortement en Belgique plus accessibles, équitables et adaptés aux besoins de toutes les femmes.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

In België hebben jaarlijks ongeveer 18.000 vrouwen een abortus,¹ waarvan ongeveer de helft in Vlaanderen wordt uitgevoerd, en een bijkomende 15% in Brussel. Abortus op verzoek is sinds de Abortuswet van 1990,² gewijzigd door de wet van 2018,³ toegestaan gedurende de eerste 12 weken^v van de zwangerschap (overeenstemmend met 14 weken vanaf eerste dag van de laatste menstruatie). De ingreep moet worden uitgevoerd door een arts in een ziekenhuis of erkend abortuscentrum. Na de periode van 12 weken is abortus alleen toegestaan als het voldragen van de zwangerschap een ernstig risico vormt voor de gezondheid van de vrouw, of als de foetus een ernstige en ongeneeslijke aandoening heeft.

Jaarlijks wordt abortus bij ongeveer 300 tot 600 vrouwen^{vi} geweigerd omdat hun zwangerschap de **wettelijke termijn van 12 weken** heeft overschreden en ze niet voldoen aan de wettelijke criteria voor een abortus na deze grens.² Veel van deze vrouwen gaan echter nog op zoek naar abortuszorg in bijvoorbeeld Nederland, waar abortus op verzoek in het tweede trimester legaal is. Dergelijke buitenlandse abortuszorg in een verder gevorderd stadium van de zwangerschap roept echter fundamentele ethische en juridische vragen op. Het laat toe om de Belgische wettelijke beperkingen te omzeilen, die een bepaald evenwicht proberen te vinden tussen het recht van zwangere vrouwen op zelfbeschikking en de bescherming van de foetus naarmate deze zich verder ontwikkelt. Bovendien toonde een analyse van de patiëntengegevens uit Vlaamse abortuscentra aan dat vrouwen die zich na de wettelijke termijn aanmelden vaker jonger zijn, zich in een sociaaleconomisch kwetsbare positie bevinden en vaker een migratieachtergrond hebben.⁴ De beperkingen in de Belgische wetgeving treffen dus hoofdzakelijk kwetsbare vrouwen, een ongelijkheid die nog verder wordt versterkt door de aanzienlijke praktische, financiële en psychologische drempels die gepaard gaan met een abortus in het buitenland.

De abortuswet leg bovendien een verplichte^{vii} **wachttijd** op van zes dagen tussen het eerste consult bij het abortuscentrum en de uitvoering van de abortus. Deze maatregel is bedoeld om vrouwen voldoende bedenktijd te geven en veronderstelt dat deze periode kan bijdragen aan een zorgvuldiger besluitvormingsproces. Dergelijke wachttijd wordt echter bekritiseerd in internationale literatuur,⁵⁻⁷ omdat het geen significante invloed heeft op het besluit om al dan niet tot een abortus over te gaan. Wel bemoeilijken de wettelijke termijn en wachttijd de toegang tot abortuszorg, vooral voor vrouwen in een sociaaleconomisch kwetsbare positie, en veroorzaken ze onnodige stress en logistieke drempels.

Het beperken van de wettelijke termijn tot 12 weken zwangerschap en de verplichte wachttijd van zes dagen lijken hierdoor de bestaande ongelijkheden in de reproductieve gezondheidszorg te vergroten. Deze kennis heeft geleid tot een aanhoudend **publiek en politiek debat over het verlengen van de wettelijke termijn voor**

^v Zwangerschapsduur kan worden uitgedrukt in weken zwangerschap vanaf de bevruchting of weken vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie. Algemeen wordt aangenomen dat de bevruchting ongeveer 14 dagen na het begin van de eerste dag van de laatste menstruatie plaatsvindt. Om onduidelijkheid te voorkomen wordt de zwangerschapsduur in dit rapport steeds uitgedrukt in weken na de bevruchting.

^{vi} Het ontbreken van gedetailleerde regionale statistieken maakt het moeilijk om actuele gegevens te verkrijgen over het aantal abortusaanvragen voorbij de wettelijke termijn. Algemene nationale cijfers en patiëntdata van de LUNA-centra bieden echter inzicht. Op basis van de LUNA-data lag het percentage laattijdige aanmeldingen op 2,4% (2019), 1,9% (2020), 2,1% (2021) en 1,9% (2022). Volgens de nationale evaluatiecommissie vonden er in België 18.027 abortussen plaats in 2019, 16.585 in 2020 en 16.702 in 2021. Rekening houdend met een uitvalpercentage van 18% tussen eerste aanmelding en abortus, schatten we het aantal eerste aanmeldingen op respectievelijk 21.272, 19.570 en 19.708. Toepassing van de prevalentie van laattijdige aanmelding uit de LUNA-centra leidt tot een schatting van respectievelijk 507 (2019), 374 (2020) en 406 (2021) vrouwen. Aangezien abortuscijfers in Franstalig België doorgaans hoger liggen en het sociaaleconomisch profiel in deze regio's kwetsbaarder is, zijn deze cijfers waarschijnlijk eerder conservatieve schattingen.

^{vii} De zes dagen verplichte wachttijd zijn behoudens indien er voor de vrouw een dringende medische reden bestaat om de zwangerschapsafbreking te bespoedigen.

abortuszorg en het herzien van de verplichte wachttijd. Het debat is onderdeel van een bredere evolutie naar het toegankelijker maken en destigmatiseren van abortus. Zo werd abortus in 2018 uit het Strafwetboek gehaald en ondergebracht in een aparte wet, wat de procedure grotendeels decriminaliseerde.³ De wetswijziging maakte het ook mogelijk dat vrouwen die omwille van de verplichte wachttijd de wettelijke termijn overschrijden, alsnog een abortus kunnen krijgen in België.

Op vraag van de Belgische regering werd in 2023 een multidisciplinair wetenschappelijk comité opgericht, dat een **uitgebreide studie en evaluatie van de abortuswet en -praktijk** verrichtte.⁸ Op basis van onder meer een uitgebreide literatuurstudie, adviseerde het experten-comité om de wettelijke termijn voor abortus te verlengen van 12 naar minimum 18 weken en de wachttijd te herzien. Daarnaast werd ook de noodzaak tot verbeterde toegang tot seksuele voorlichting, anticonceptie en abortus benadrukt. Tenslotte werd gewezen op het belang van een adequate ondersteuning van zorgverleners betrokken in abortuszorg.

In het huidige rapport presenteren we resultaten die verder bouwen op de internationale literatuur en de inzichten uit het experten-rapport. Terwijl internationaal onderzoek gaandeweg een consensus bereikt over de impact van restrictieve wettelijke termijnen en verplichte wachttijden, zijn deze studies grotendeels uitgevoerd in Angelsaksische landen.⁹⁻¹³ De context daar verschilt echter aanzienlijk van de Belgische en Vlaamse context, zowel wat betreft het wettelijk kader en de organisatie van abortuszorg, als wat betreft de normatieve context. Deze studie probeert dit hiaat in de literatuur op te vullen door een diepgaande analyse van abortustrajecten in de Vlaamse context te verrichten.

Een abortustraject bestaat uit verschillende fases:¹⁴ (1) Het vermoeden van een zwangerschap, (2) de bevestiging via een positieve zwangerschapstest, (3) het overwegen en nemen van de beslissing om een abortus te laten uitvoeren, en (4) het daadwerkelijk aanvragen van de ingreep. In de meeste gevallen eindigt dit traject met een abortusbehandeling. We onderzoeken de gemiddelde duur van elke fase, de drempels die vrouwen in elke fase ervaren en hoe deze factoren samenhangen met de totale duur van het traject en het moment waarop vrouwen zich aanmelden voor een abortus. Daarnaast brengen we in kaart hoe vrouwen dit traject zelf ervaren, welke betekenis ze hechten aan de verschillende fasen en drempels, en wat hun kijk is op de wachttijd en de organisatie van de abortuszorg.

In de context van het huidige debat over de verlenging van de termijn en de wachttijd, is het belangrijk te vermelden dat deze studie zich niet beperkt tot vrouwen die zich voorbij de wettelijke termijn aanmeldden. Dit onderzoek geeft een bredere en diepgaandere analyse van de drempels die alle vrouwen die een abortus aanvragen ondervinden, ongeacht het moment van aanmelding. Dit is cruciaal, omdat structurele en procedurele drempels eigen zijn aan het gehele abortustraject en niet uitsluitend spelen bij vrouwen die zich na 12 weken aanmelden. In bepaalde delen van onze analyse maken we wel een onderscheid tussen vrouwen die zich vroeger in de zwangerschap aanmelden en vrouwen die zich later aanmelden (vanaf 6 weken en 1 dag zwangerschap). Dit stelt ons in staat om variaties in drempels en besluitvormingsprocessen te identificeren die mogelijk samenhangen met een latere aanmelding. Hoewel we geen vrouwen konden interviewen die zich voorbij de wettelijke termijn aanmeldden en slechts een kleine groep van hen deelnam aan het surveyonderzoek, zijn onze resultaten desondanks uitermate relevant voor het lopende debat. Veel van de geïdentificeerde drempels, zoals onvoldoende kennis over de abortuszorg, angst voor de behandeling, en schaamte zijn immers niet beperkt tot een specifieke zwangerschapsduur, maar kunnen de tijdigheid van aanmelding en de uiteindelijke toegang tot abortus beïnvloeden. Onze studie biedt hierdoor belangrijke inzichten in de structurele drempels die in een beleidsdiscussie over termijnverlenging en wachttijd niet over het hoofd mogen worden gezien.

1.2 Organisatie van abortuszorg

In Vlaanderen wordt abortuszorg grotendeels georganiseerd door het LUNA-netwerk, een non-profit netwerk bestaande uit vier LUNA-abortuscentra en VUB Dilemma. De vijf Nederlandstalige ambulante abortuscentra

bevinden zich in Antwerpen, Brugge^{VIII}, Brussel, Gent en Hasselt, centrumsteden bereikbaar met het openbaar vervoer. Uit het meest recente rapport van de Nationale Evaluatiecommissie Zwangerschapsafbreking¹ blijkt dat in 2021 de overgrote meerderheid van de abortussen in Vlaanderen plaatsvond in een LUNA-centrum (98%), in plaats van in ziekenhuizen.

De LUNA-centra werken uitsluitend op afspraak. Daarvoor dient de vrouw telefonisch contact op te nemen met één van de centra, hetzij op eigen initiatief, hetzij op verwijzing van een arts of hulpverlener. De centra streven ernaar om binnen de drie tot vier dagen na het eerste telefonische contact een eerste consultatie in te plannen. De vrouw mag een partner of vertrouwenspersoon meenemen naar deze eerste consultatie.

De eerste consultatie bij het abortuscentrum omvat een intakegesprek met een psychosociale hulpverlener en een medisch onderzoek. Tijdens het gesprek worden vragen en bedenkingen besproken, evenals anticonceptiekeuzes. Vrouwen krijgen ook uitleg over de verschillende methoden om de zwangerschap te beëindigen (medicamenteus of via zuigcurettage), en er wordt een echografie uitgevoerd om de precieze zwangerschapsduur te bepalen. Deze eerste consultatie markeert het begin van de verplichte wachttijd van zes dagen.

Tijdens een volgende afspraak vindt de abortusbehandeling plaats. Indien de zwangerschap niet verder gevorderd is dan zeven weken (wat overeenkomt met negen weken vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie), kan de vrouw kiezen tussen een medicamenteuze behandeling of een zuigcurettage. Vanaf zeven weken zwangerschap wordt enkel nog de zuigcurettage als methode aangeboden. Een controleafspraak na de ingreep is inbegrepen in de dienstverlening, maar optioneel.

Alle inwoners van België hebben een door de overheid gesponsorde verplichte ziekteverzekering die nagenoeg de volledige kost van een abortus dekt, zolang dit binnen de wettelijke 12-weeken termijn valt.^{IX} Dit wordt door het RIZIV georganiseerd via de derdebetalersregeling, het remgeld bedraagt enkele euro's. Vrouwen die in het buitenland een abortus laten uitvoeren omdat hun zwangerschapsduur de uiterste termijn overschrijdt, dienen zelf de volledige kosten van de procedure en eventuele bijbehorende reiskosten te betalen.

^{VIII} Het LUNA-abortuscentrum in Oostende verhuisde begin 2025 naar Brugge.

^{IX} Om van deze regeling gebruik te kunnen maken dient er eenheid van plaats te zijn. Dit betekent dat de behandeling plaats moet vinden in hetzelfde centrum als waar de eerste consultatie plaatsvond.

2 Methoden

2.1 Rekrutering en dataverzameling

Kwantitatieve dataverzameling – Een gedetailleerd overzicht van de verschillende stappen van de kwantitatieve dataverzameling, inclusief de ontwikkeling van de vragenlijst, sampling en rekruteringsstrategie worden weergegeven in een onderzoeksprotocol gepubliceerd in Archives of Public Health.¹⁵ In een eerste stap werd een vragenlijst opgesteld met als doel de verschillende fasen in een abortustraject in kaart te brengen, alsook de drempels waarmee vrouwen geconfronteerd werden op dit traject. Deze vragenlijst was gebaseerd op de internationale literatuur, observaties in de abortuscentra en een focusgroep discussie met medewerkers van de abortuscentra.

De vragenlijst bestond uit verschillende modules. In de eerste module werden, met behulp van een kalender, drie belangrijke data in het abortustraject bevraagd: (1) eerste dag van laatste menstruatie (2) moment van eerste vermoeden van zwangerschap, (3) moment waarop positieve test werd afgenomen. De datum van de van het eerste telefonische contact met het abortuscentrum, de eerste consultatie in het abortuscentrum en de abortusbehandeling werden uit het patiëntendossier gehaald. De tweede module van de vragenlijst richtte zich eerst op de drempels die verband houden met het vermoeden van een zwangerschap, gevolgd door drempels die zich kunnen voordoen bij het afnemen van een zwangerschapstest. De drempels met betrekking tot het maken van een beslissing over de zwangerschap werden voorafgegaan door vragen over de moeilijkheid en zekerheid van de beslissing. In de laatste module werden vragen opgenomen over verklarende aspecten zoals stigma, politieke oriëntatie en religiositeit. De vragenlijst sloot af met de vraag of de respondent zou willen deelnemen aan een diepte-interview (zie kwalitatieve dataverzameling). De uiteindelijke vragenlijst bestond uit 27 tot 33 vragen, afhankelijk van de gekozen antwoordopties. De vragenlijst werd cognitief getest bij een kleine steekproef van vrouwen die in het voorbije jaar een abortus had.

Respondenten werden rechtstreeks gerekruteerd via de LUNA-centra op het moment dat zij zich in het centrum bevonden voor hun eerste consultatie. Op het einde van het gesprek met de psychosociaal medewerker gaf deze persoon elke vrouw – met voldoende beheersing van het Nederlands, Frans of Engels – een korte uitleg over de studie, zowel mondeling als via een flyer, met het verzoek de vragenlijst in te vullen. Op de flyer stond een QR-code die gescand kon worden met een smartphone en op een vlotte manier toegang gaf tot de vragenlijst. Elk deelnemend centrum kreeg ook een tablet ter beschikking met daarop de vragenlijst.

De dataverzameling liep van oktober 2023 tot en met juni 2024. Gedurende deze periode werden de data nauwlettend gemonitord op de verdeling van sociodemografische kenmerken en vergeleken met de distributie van deze kenmerken in de totale patiëntenpopulatie, om zodanig te representativiteit te optimaliseren. Dataverzameling liep door tot de beoogde steekproefomvang van 360 respondenten werd behaald.¹⁶ Een gedetailleerde beschrijving van deze steekproef en hoe deze zich verhoudt ten opzichte van de gehele populatie is terug te vinden in Bijlage 1: Beschrijving van de kwantitatieve steekproef.

Kwalitatieve dataverzameling – Een interviewleidraad werd opgesteld op basis van het theoretische kader van Coast et al.¹⁷ In deze leidraad werd specifieke aandacht besteed aan gedachten, emoties en drempels die vrouwen ervaren tijdens verschillende stappen of handelingen binnen hun abortustraject, evenals de rol van abortusvoorzieningen en de bredere gezondheidszorg. Daarnaast werden vragen opgenomen over de opvattingen over abortus, de verplichte wachttijd van zes dagen, de wettelijke termijn van 12 weken en het gebruik van anticonceptie.

De rekrutering van participanten gebeurde simultaan met de rekrutering van respondenten voor het kwantitatieve luik, zoals beschreven hierboven. Aan het eind van de vragenlijst werd de participant gevraagd of ze gecontacteerd wilde worden voor een diepte-interview. Indien ze hiermee instemde, kon ze haar

telefoonnummer achterlaten. De onderzoeker nam later via WhatsApp op een informele manier contact op met de deelnemer. De interviews vonden plaats van januari 2024 tot oktober 2024.

De steekproef bestond uit respondenten die zich aanmeldden voor een eerste consultatie in één van de vijf abortuscentra in Vlaanderen, ongeacht of ze de behandeling ondergingen. Inclusiecriteria waren: in het abortuscentrum geweest zijn voor een eerste consultatie, 18 jaar of ouder zijn en voldoende beheersing van het Nederlands of Engels. De steekproeftrekking ging door tot thematische saturatie werd bereikt. In totaal vonden 29 semigestructureerde interviews plaats, één tot zes maanden na de eerste consultatie in het abortuscentrum. De interviews duurden tussen de 40 en 120 minuten, waarvan steeds een audio-opname werd gemaakt. De meeste interviews vonden plaats bij de respondent thuis, een aantal op een rustige openbare plaats en ook enkele in een interviewruimte aan de Universiteit Antwerpen. Deelnemers kozen steeds zelf de locatie. Een gedetailleerde beschrijving van de kwalitatieve steekproef is opgenomen in Bijlage 2: Beschrijving van de kwalitatieve steekproef.

2.1.1 Analyse

Kwantitatieve data – Eerst werden de kenmerken van de steekproef beschreven. Vervolgens voerden we beschrijvende analyses en onafhankelijke t-testen uit om de trajecten in kaart te brengen. Ook om de prevalenties van de drempels weer te geven, werden beschrijvende analyses uitgevoerd. Er werd hiervoor gebruik gemaakt van SPSS versie 29.0.2.0.

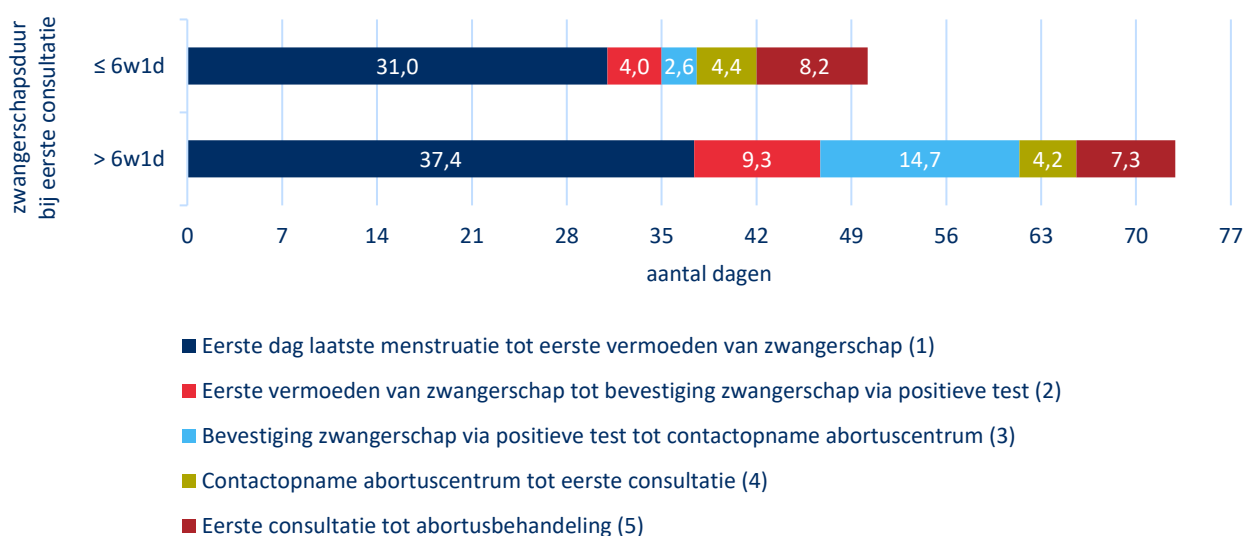
Kwalitatieve data – De transcripties van de interviews werden op systematische en nauwkeurige wijze geanalyseerd. We voerden een gecombineerde inductieve en deductieve thematische analyse uit vanuit een constructivistisch perspectief.^{18,19} Deze analyse beoogde inzicht te bieden in de ervaringen van de participanten en hoe ze deze construeren, passend in het exploratieve karakter van de studie.²⁰ Meerdere onderzoekers hebben de data gecodeerd met als doel om de analyses te verbreden en te verdiepen. Voor de thematische analyse werd gebruik gemaakt van NVivo 14 versie 14.23.4.49. De gebruikte namen in het huidige rapport zijn pseudoniemen om de privacy van de participanten te waarborgen.

3 Resultaten op basis van de kwantitatieve bevraging

3.1 Duur fasen abortustraject

De trajecten tot abortuszorg worden in kaart gebracht in Figuur 1. We maakten hierbij een opdeling volgens zwangerschapsduur bij de eerste consultatie, waarbij de maximale zwangerschapsduur van zeven weken voor een medicamenteuze abortusbehandeling werd gebruikt voor de opsplitsing. Omdat we onze data verzamelde op het moment van de eerste consultatie en niet op het moment van de effectieve behandeling, werd de opsplitsing gemaakt op zes weken en één dag zwangerschapsduur. Dit houdt rekening met de verplichte wachttijd van zes dagen. Dit resulteerde in een eerste groep met een zwangerschapsduur tot en met zes weken en één dag (n = 459) en een tweede groep met een zwangerschapsduur voorbij deze grens (n = 61).

Figuur 1. Gemiddelde lengte van fases in het abortustraject naar zwangerschapsduur bij eerste consultatie



Voor beide groepen was de eerste fase de langste, wat te verwachten was, aangezien het per definitie minstens één menstruatiecyclus duurt voordat een zwangerschap vermoed kan worden. In de groep met vroegere aanmeldingen duurde deze eerste fase gemiddeld 31,0 dagen, terwijl deze fase in de groep die zich later aanmeldde gemiddeld 37,4 dagen duurde (verschil $\bar{x}$: 6,4 dagen, $p < 0,05$).

De duur tussen het eerste vermoeden van zwangerschap en de eerste positieve test was gemiddeld 4,0 dagen in de groep die zich vroeger aanmeldde, terwijl dit significant langer duurde in de latere aanmeldingsgroep, met een gemiddelde van 9,3 dagen (verschil $\bar{x}$: 5,3 dagen, $p < 0,01$). Het grootste verschil werd geobserveerd in de derde fase, de tijd tussen de positieve zwangerschapstest en de contactopname met het abortuscentrum. Deze fase duurde gemiddeld 2,6 dagen voor de vroegere aanmeldingsgroep en 14,7 dagen in de latere aanmeldingsgroep (verschil $\bar{x}$: 12,1 dagen, $p < 0,001$).

Vanaf het moment dat respondenten in contact kwamen met het systeem van abortuszorg, werd de duur van de fases in het traject van beide groepen gelijkaardiger. Wel werd geen significant verschil waargenomen in de duur van de periode tussen het eerste telefonische contact en de eerste consultatie in het centrum zelf (verschil $\bar{x}$: 0,2 dagen, niet sign.). Gemiddeld wachtten respondenten vier dagen tussen de telefonische contactopname en de eerste consultatie.

Door de verplichte wachttijd moet de periode tussen de eerste consultatie en de abortusbehandeling wettelijk minstens zes dagen bedragen. Onze data tonen echter aan dat deze periode in de praktijk vaak langer is: gemiddeld 8,2 dagen voor de vroegere aanmeldingsgroep en 7,3 dagen voor de latere aanmeldingsgroep ($\bar{x}$: 0,9 dagen, $p < 0,05$).

3.2 Drempels in trajecten tot abortuszorg

Deze sectie beschrijft de prevalentie van de onderzochte drempels. Eerst worden de gerapporteerde **drempels bij het vermoeden van een zwangerschap** besproken (Tabel 1). Uit deze cijfers blijkt dat bijna de helft van de steekproef (47,3%) aangaf niet meteen te hebben gedacht aan de mogelijkheid dat ze zwanger zouden zijn. Een aanzienlijk aantal respondenten (42,0%) bracht de symptomen die ze ervoeren niet onmiddellijk in verband met een mogelijke zwangerschap. Daarnaast ervoer 36,7% van de respondenten geen typische zwangerschapssymptomen. Veelvoorkomende drempels die in de open antwoorden werden genoemd, waren een verkeerde diagnose door een arts (bijv. buikgriep of eierstokcysten) of de overtuiging dat de morning-afterpil een zwangerschap had voorkomen.

Tabel 1. Drempels bij het vermoeden van de zwangerschap (1)

Drempel	N	%
Ik wist niet eerder dat ik zwanger was omdat ...		
... ik niet meteen dacht aan de mogelijkheid dat ik zwanger zou zijn.	429	47,3
... ik de symptomen die ik had niet meteen linkte aan een mogelijke zwangerschap.	426	42,0
... ik dacht dat ik niet of moeilijk zwanger kon worden. *	432	39,1
... ik geen last had van typische zwangerschapssymptomen zoals misselijkheid, overgeven of vermoeidheid.	430	36,7
... mijn menstruatie onregelmatig is.	427	35,8
Ik dacht dat ik niet zwanger kon worden omdat ... (als * was 'ja')	432	
... ik dacht dat ik onvruchtbaar ben.		12,3
... ik anticonceptie gebruikte.		11,8
... ik niet had ingeschat dat ik zwanger kon worden van de seksuele betrekking die ik heb gehad.		6,3
... ik dacht dat ik op mijn leeftijd niet meer zo snel zwanger zou worden.		5,6
... ik eerder fertiliteitsbehandelingen nodig heb gehad om zwanger te worden.		4,2

Daarnaast dacht 39,1% van de respondenten niet snel zwanger te kunnen worden, onder meer omdat zij dachten onvruchtbaar te zijn (12,3%) of anticonceptie gebruikten (11,8%). Zoals weerspiegeld in deze tweede verklaring, houdt het typische gebruik van anticonceptie altijd een kleine kans op een ongeplande zwangerschap in. Bovendien werd anticonceptie niet altijd correct gebruikt, waardoor deze onvoldoende of geen bescherming bood tegen zwangerschap. Het gebruik van hormonale anticonceptie kon er daarnaast toe leiden dat de menstruatie uitbleef, waardoor een zwangerschap later werd opgemerkt. Minder vaak voorkomende verklaringen waren dat de respondent verkeerd inschatte dat een zwangerschap mogelijk was op basis van de seksuele betrekking die had plaatsgevonden (6,3%), de overtuiging dat zwanger worden op diens leeftijd niet meer zo snel zou gaan (5,6%), of dat de respondent eerder fertiliteitsbehandelingen had ondergaan om zwanger te worden (4,2%).

De open antwoorden leerden ons dat respondenten vaak niet wisten dat ze hun anticonceptiemethode niet correct gebruikten of dat ze verkeerde percepties hadden over de veiligheid van de toegepaste methode. Sommige respondenten dachten niet zo snel zwanger te kunnen worden na het verwijderen van een hormonaal implantaat/staafje of na het stoppen met de pil. Bovendien gaven de open antwoorden ook inzicht in de (onjuiste) overtuiging onvruchtbaar te zijn. De redenen hiervoor waren divers, bijvoorbeeld omdat een arts had aangegeven dat een natuurlijke zwangerschap moeilijk zou zijn door complicaties bij eerdere zwangerschappen. Ook gynaecologische aandoeningen zoals PCOS of endometriose, die geassocieerd worden met verminderde

vruchtbaarheid, lagen hier vaak aan de oorzaak, net zoals een gepercipieerde lage vruchtbaarheid omdat de respondent nog niet eerder zwanger was geweest.

Drempels bij het testen en daarmee het bevestigen van de zwangerschap (Tabel 2), kenden lagere prevalenties dan de drempels in de eerste fase van het abortustraject. Ongeveer een kwart van de steekproef gaf aan dat ze moeilijk een geschikt moment vonden om een zwangerschapstest uit te voeren (25,6%) of er niet meteen aan dachten om een test te doen (23,3%). Ongeveer één vijfde van de respondenten stelde de test uit, omdat ze niet wisten wat ze zouden doen als ze zwanger zouden blijken (18,0%). 13,0% stelde de test uit omdat ze zich zorgen maakten over de reactie van hun partner op een positieve test. Drempels die wijzen op een meer kwetsbare situatie, zoals niet weten waar je een zwangerschapstest kan verkrijgen (4,1%) en moeite hebben om de zwangerschapstest te betalen (2,3%), werden aanzienlijk minder gerapporteerd. In de open antwoorden kwamen drie terugkerende drempels naar voren: respondenten bleven wachten op hun menstruatie, maakten zich zorgen over de reactie van hun ouder(s), of ze kregen te maken met gevoelens van schaamte op een manier dat het hun handelen in de weg kwam te staan.

Iets minder dan de helft van de steekproef **bezocht een andere zorgverlener vóór hun eerste contact met het abortuscentrum** (46,4%), waarbij 35,6% hun huisarts had bezocht, 15,7% een gynaecoloog, en 2,7% nog een andere zorgverlener (bijv. een vroedvrouw, psycholoog of gespecialiseerde arts). Van de respondenten die een zorgverlener consulteerde, ging 6,1% zowel bij een huisarts als gynaecoloog op consultatie (resultaat niet gerapporteerd in tabel).

Tabel 2. Drempels bij het bevestigen van de zwangerschap via een test (2)

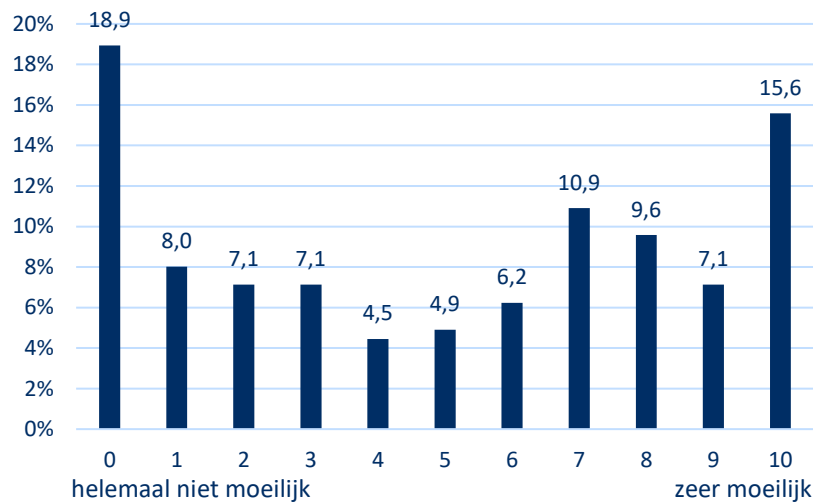
Drempel	N	%
Het duurde even voor ik een geschikt moment vond om de zwangerschapstest te doen.	441	25,6
Ik dacht niet meteen aan de mogelijkheid om een zwangerschapstest te doen.	443	23,3
Ik wist niet wat ik zou doen als ik zwanger zou blijken, daarom stelde ik de test uit.	438	18,0
Ik was bezorgd om hoe mijn (seks)partner zou reageren op een positieve zwangerschapstest, daarom stelde ik de test uit.	440	13,0
Ik wist niet meteen waar ik een zwangerschapstest kon kopen.	442	4,1
Ik vond het moeilijk om voldoende geld bij elkaar te krijgen om een test te kunnen betalen.	441	2,3
Voordat ik contact opnam met het abortuscentrum ging ik met betrekking tot de zwangerschap op consultatie bij een zorgverlener. (Meerdere antwoorden mogelijk)	446	
Ik ging niet op consultatie.		53,6
Ik ging op consultatie bij een huisarts.		35,2
Ik ging op consultatie bij een gynaecoloog.		15,7
Ik ging op consultatie bij een andere zorgverlener.		2,7

Om een beeld te krijgen van de **moeilijkheid van de abortusbeslissing** maakten we gebruik van een schaal, lopend van "helemaal niet moeilijk" (0) tot "zeer moeilijk" (10). Dit werd bevraagd bij de eerste consultatie in het abortuscentrum. De resultaten zijn hier verspreid over het continuüm ($\bar{x}$: 5,0, s : 3.7). Figuur 2 toont aan dat 18,9% hun abortusbeslissing als helemaal niet moeilijk ervaarden, terwijl 15,6% het als zeer moeilijk ervaarden. De overige 65,4% van de respondenten bevond zich tussen deze twee uitersten, hoewel de scores enigszins sterker waren geconcentreerd aan de rechterzijde van het continuüm, wat wijst op een moeilijker beslissing. Iets minder dan 10% van onze steekproef beantwoordde deze vraag niet.

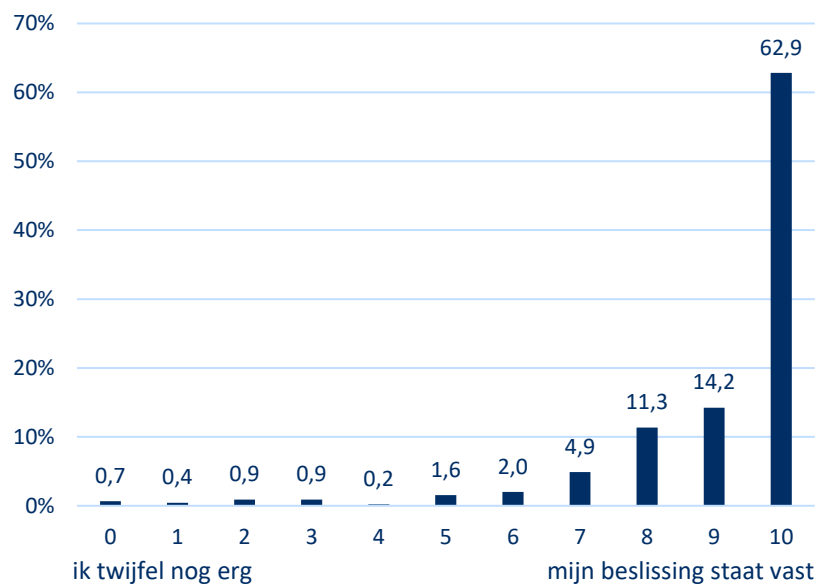
Om ook inzicht te krijgen in de **vastheid van de abortusbeslissing** op het moment van de eerste consultatie, gebruikten we opnieuw een schaal die ditmaal liep van "ik twijfel nog erg" (0) tot "mijn beslissing staat vast" (10). De overgrote meerderheid rapporteerde een hoge mate van zekerheid over hun beslissing bij hun eerste consultatie ($\bar{x}$: 9,1, s : 1,7).

Zoals weergegeven in Figuur 3, gaf 62,9% aan dat hun beslissing vast stond (score van 10 op de schaal), terwijl slechts 4,7% een score van 5 of lager rapporteerde. Opnieuw iets minder dan 10% van onze steekproef beantwoordde deze vraag niet. Uit deze resultaten kunnen we dus concluderen dat, terwijl de beslissing om tot een abortus te komen voor een substantiële groep gepercipieerd werd als een moeilijke beslissing, ze op het moment van de eerste consultatie wel zeker waren van deze beslissing.

Figuur 2. Moeilijkheid van de abortusbeslissing



Figuur 3. Vastheid van de abortusbeslissing



Voor **drempels bij het beslissen over een abortus** (Tabel 3) waren de drempels met de hoogste prevalentie het teleurgesteld zijn in zichzelf voor het overwegen van een abortus (40,1%) en zich schamen voor het overwegen van een abortus (38,5%). Ongeveer een kwart van onze steekproef heeft blijvende twijfel ervaren (26,8%) of voelde druk om een bepaalde keuze te maken (26,4%). Deze druk was vaker gericht op het kiezen voor abortus (11,0%) dan op het voortzetten van de zwangerschap (7,3%). Daarnaast gaf iets minder dan 5% aan niet te willen specificeren wat de richting was van de druk die ze voelden. Aangezien in de bevraging geen definitie van 'druk' werd gegeven, blijft onduidelijk welke vormen van druk respondenten precies ervaarden. Dit kan zowel betrekking hebben op interpersoonlijke invloeden vanuit de directe omgeving als op bredere maatschappelijke verwachtingen rondom zwangerschap en abortus.

18,4% van de respondenten gaf aan dat abortus moeilijk ligt binnen hun religie, wat hun keuze bemoeilijkte. Voor 17,7% werd de zwangerschap, die initieel gewenst was, toch ongewenst door een onverwachte gebeurtenis. Respondenten die dergelijke onverwachte gebeurtenissen rapporteerden, gaven het vaakst relatieproblemen aan als oorzaak van hun veranderde gevoelens tegenover de zwangerschap (3,7%) of financiële problemen (3,2%). Daarnaast leerde 3,0% tijdens een medisch consult iets over de foetus of over een risico voor de eigen gezondheid wat resulteerde in de beslissing tot abortus. Dit ging bijvoorbeeld over het verwachten van een tweeling, een CMV-positieve^x diagnose, of het risico dat drugs- en/of middelengebruik schadelijk zou zijn voor de foetus.

In 16,1% van de gevallen hadden de respondent en diens (seks)partner sterk verschillende meningen over de zwangerschap, wat de beslissing vertraagde. Ook langdurige twijfel van de partner was een veelvoorkomende drempel binnen onze steekproef (14,5%). Een kleinere groep respondenten (6,0%) gaf aan dat ze wachtten met beslissen in de hoop dat hun relatie met hun (seks)partner zou verbeteren.

Tabel 3. Drempels bij het beslissen over abortus

Drempel	N	%
Ik ben/was teleurgesteld in mijzelf omdat ik een abortus overwoog.	437	40,1
Ik schaam(de) me ervoor dat ik overwoog te kiezen voor een abortus.	434	38,5
Ik twijfel(de) lang of een abortus wel de juiste beslissing is.	436	26,8
Ik voel(de) druk om een bepaalde keuze te maken. **	436	26,4
Abortus ligt moeilijk binnen mijn religie.	435	18,4
Ik was eerst niet van plan om voor een abortus te kiezen, maar door een onverwachtse gebeurtenis, twijfel(de) ik. ***	435	17,7
Mijn (seks)partner en ik hebben een totaal verschillende mening over de zwangerschap.	435	16,1
Mijn (seks)partner twijfelt/twijfelde lang of een abortus wel de juiste beslissing is.	435	14,5
Ik wacht(te) met beslissen omdat ik hoop(te) dat de relatie met mijn sekspartner zou verbeteren.	431	6,0
Je gaf aan dat je druk voelde om een bepaalde keuze te maken. Kan je ook aangeven over welke keuze dit gaat? (Als ** was 'ja')	436	
Ik voelde druk om voor een abortus te kiezen.		11,0
Ik voelde druk om de zwangerschap verder te zetten.		7,3
Ik antwoord liever niet.		4,8
Welke onverwachtse gebeurtenis maakte de zwangerschap (misschien) ongewenst? (Als *** was 'ja')	435	
Ik had relatieproblemen.		3,7
Ik had financiële problemen.		3,2
Ik vernam dat de zwangerschap niet onder risico voor mijn gezondheid zou zijn.		3,0
Tijdens een medische consultatie vernam ik iets over de foetus waardoor ik besliste de zwangerschap niet verder te zetten.		3,0

Tabel 4 geeft een overzicht van de **factoren die het maken van een afspraak voor de eerste consultatie in het abortuscentrum bemoeilijkten**. Uit deze cijfers blijkt dat bijna de helft van de respondenten bang was voor de abortusbehandeling en de daarbij horende pijn (45,4%), wat de drempel met de hoogste prevalentie was in deze fase. Daarnaast was een aanzienlijk deel van de respondenten bang om het abortuscentrum te bellen (27,2%) of vonden ze dat het langer duurde dan comfortabel was om een eerste consultatie te krijgen (23,1%). Ook gaven respondenten aan dat de voorgestelde afspraken niet onmiddellijk pasten binnen hun eigen agenda, aangezien ze rekening dienden te houden met werk, kinderopvang of andere geplande activiteiten (18,0%), dat ze moeite

^x Cytomegalovirus

hadden om een geschikt moment te vinden zonder iemand te moeten informeren (16,4%) of dat ze verschillende abortuscentra hadden gecontacteerd om te achterhalen welk centrum de eerste beschikbare afspraak had (14,1%). Tijd nodig hebben om te achterhalen waar een abortus wordt uitgevoerd (8,7%) of het doorverwezen worden naar een ander abortuscentrum (6,4%) kwamen minder frequent voor.

Tabel 4. Drempels bij het maken van een afspraak voor de eerste consultatie in het abortuscentrum (4a)

Drempel	N	%
Ik was bang omdat ik niet wist wat ik kon verwachten op vlak van de behandeling en de daarbij horende pijn.	426	45,4
Ik had schrik om naar het abortuscentrum te bellen.	427	27,2
Het duurde langer dan voor mij comfortabel was voor ik een eerste consultatie kon krijgen.	424	23,1
De momenten die werden voorgesteld pasten niet meteen voor mij (bijv. werk, zorg voor kinderen, geplande reis...).	427	18,0
Het was moeilijk om een geschikt moment te vinden zonder dat ik iemand hoefde in te lichten.	420	16,4
Ik heb eerst rondgebeld om na te gaan in welk centrum ik het snelst een eerste consultatie kon krijgen.	418	14,1
Ik had tijd nodig om uit te zoeken waar ik een abortus kon verkrijgen.	425	8,7
Ik werd doorverwezen naar een ander abortuscentrum.	425	6,4

Tabel 5 geeft een overzicht van de **drempels bij het daadwerkelijk bereiken van het abortuscentrum**. De meest voorkomende drempel in deze fase was een lange reisafstand naar het abortuscentrum (28,5%). De overige drempels kwamen beduidend minder vaak voor: het eerste consult annuleren vanwege onvoorziene omstandigheden (3,7%), moeite hebben met het verzamelen van voldoende geld om de behandeling te betalen (2,7%), het eerste consult missen en dit later opnieuw plannen (2,5%), moeite hebben met het verzamelen van voldoende geld voor vervoer naar het abortuscentrum (2,4%), niet in orde zijn met de ziekteverzekering (2,0%), het eerste consult annuleren omwille van blijvende twijfel en dit later opnieuw inplannen (0,3%), en tot slot lange goedkeuringsprocedures bij instanties die instaan voor de betaling van de behandeling (0,3%). Uit de open antwoorden bleek bovendien dat de fysieke toegankelijkheid van het abortuscentrum, zoals parkeer- en openbaar vervoeropties, aanvullende drempels vormden bij het bereiken van het centrum.

Tabel 5. Drempels bij het komen naar het abortuscentrum voor de eerste consultatie (4b)

Drempel	N	%
Ik moest een lange afstand afleggen om naar het abortus centrum te komen.	411	28,5
Door onvoorziene omstandigheden moest ik de geplande eerste consultatie annuleren.	414	3,7
Ik vond het moeilijk om voldoende geld bij elkaar te krijgen voor de abortusbehandeling.	411	2,7
Ik miste de geplande eerste consultatie en plande ze daarna opnieuw.	405	2,5
Ik vond het moeilijk om voldoende geld bij elkaar te krijgen om mijn vervoer naar het abortuscentrum te betalen.	416	2,4
Ik ben niet (meer) in regel met de ziekteverzekering en vond het moeilijk om dit in orde te krijgen.	407	2,0
Ik twijfelde nog dus annuleerde ik de geplande eerste consultatie en plande ze daarna opnieuw.	411	0,7
De hulpverleningsinstantie die voor mij betaalt (OCMW, Fedasil, Rode Kruis) deed er lang over om hun goedkeuring te geven.	408	0,3

4 Resultaten op basis van de diepte-interviews

We construeerden twee hoofdthema's met bijbehorende subthema's uit de verhalen over de abortustrajecten van de participanten. Eerst onderzochten we het zwangerschapsbewustzijn en de bijbehorende drempels. Ten tweede analyseerden we de abortusbeslissing, waarbij we ons ook richtten op de drempels die daarbij een rol speelden.

4.1 Zwangerschapsbewustzijn

Het proces van bewustwording van een zwangerschap werd sterk beïnvloed door drie factoren: (1) het gepercipieerde risico op een mogelijke zwangerschap, dat fungeerde als een vooraf bestaand bewustzijn, (2) de ervaring en perceptie van (vroeg) zwangerschapssymptomen, die bepalend waren voor het zwangerschapsvermoeden, en (3) de interpretatie van deze symptomen, die de beslissing om een zwangerschapstest te doen en daarmee de zwangerschapsbevestiging beïnvloedde.

4.1.1 Gepercipieerd risico

De bewustwording van een mogelijke zwangerschap markeerde het begin van vrijwel elk abortustraject, maar het moment en de manier waarop dit besef ontstond, verschilden aanzienlijk tussen vrouwen. Sommige vrouwen schatten hun risico om zwanger te worden in als hoog en waren daarom reeds waakzaam nog voor de eerste zwangerschapssymptomen werden ervaren. Andere vrouwen, vaak in het geval van ongeplande zwangerschappen, schatten hun risico om zwanger te worden in als laag, wat vaak leidde tot een vertraagde herkenning van de symptomen en het slechts later afnemen van een zwangerschapstest. Voor sommigen hield dit lage risico verband met een bepaalde leeftijd waarop ze het gevoel hadden dat ze niet snel meer zwanger zouden worden. Voor anderen was het onduidelijk waarom ze hun risico om zwanger te worden als relatief laag inschatten, zoals voor Nisrine (30 jaar) het geval was:



Om de een of andere reden heb ik altijd gedacht dat ik niet zo vruchtbaar zou zijn, wat nergens op slaat. Ik slikte de pil en was er niet zo goed in om die consequent in te nemen. (...) Dus het klinkt misschien vreemd, maar dat is gewoon niet eerder gebeurd. (...) Ik dacht niet van, ik ben onvruchtbaar, maar ik dacht wel dat zal niet zo snel gaan omdat het anders eerder al was gebeurd. Dat is niet gebaseerd op feiten of zo iets heel onderbouwd, dat is gewoon wat blijven hangen die gedachten.

Voor Charlotte (29 jaar) hield het lage risico verband met haar eerdere medische diagnose. Tijdens het interview zei ze:



Ik ben eigenlijk onvruchtbaar verklaard, zo'n 11 jaar geleden of zo. (...) Mijn gynaecoloog vertelde me dat ik PCOS heb, maar een vrij ernstige vorm ervan, dus... ze vertelde me niet dat het niet zou werken [zwanger worden], maar ze zei wel dat ik hormonen en dergelijke zou moeten gebruiken om zwanger te raken. Ik heb ook elf jaar lang onbeschermde seks gehad en ben nooit zwanger geworden, dus dat gevoel werd alleen maar bevestigd.

Een soortgelijke redenering kwam naar voor bij andere deelnemers die eerder gediagnosticeerd waren met gynaecologische aandoeningen zoals PCOS, endometriose of eierstokcysten, die geassocieerd worden met verminderde vruchtbaarheid. Het risico op een zwangerschap werd als zeer laag of zelfs onbestaand ingeschat, wat vooral het vermoeden van zwangerschap door het ervaren en herkennen van symptomen in de weg stond.

Een vals gevoel van veiligheid resulteerde soms in een lage risicoperceptie, waarbij sommige vrouwen geen rekening hielden met de mogelijkheid van een zwangerschap wanneer ze specifieke symptomen hadden ervaren. Dit was vooral het geval bij vrouwen die minder betrouwbare anticonceptiemethoden gebruikten, zoals terugtrekking of de kalendermethode. Hoewel het gebruik van kalendermethode-apps het bewustzijn van vrouwen over hun reproductieve cyclus vergrootte, was dit bewustzijn vaak onvoldoende om een zwangerschap effectief te voorkomen, zoals wordt geïllustreerd door Helena (37 jaar):



Ik had daar totaal niet bij stilgestaan, omdat wij veilig vrijen, met een condoom. En ik dacht niet dat we iets fout hadden gedaan. Alle, fout in de zin van... Soms deden we ook wel zonder [condoom] rond de menstruatie. Ik keek gewoon [of ze haar eisprong had]. Maar ik had dat dan... Ik dacht dat we heel juist hadden gerekend. Nu weet ik dat het zeer on... Ik zou het ook niemand meer aanraden om zo te vrijen, maar dat is nu zo geweest.

Anderen waren zich ervan bewust dat hun seksuele activiteit een hoog risico op zwangerschap had ingehouden en overwogen om noodanticonceptie te gebruiken. In sommige gevallen werd hier echter geen gebruik van gemaakt omdat het risico ontkend werd of omdat er zorgen waren over de hormonale bijwerkingen. Voor sommigen verhoogde het gebruik van de morning-afterpil de waakzaamheid voor mogelijke zwangerschapssymptomen, terwijl het voor anderen het gepercipieerd risico net verlaagde. Het valse gevoel van veiligheid bij deze laatsten vertraagde de volgende fasen in hun traject. Opvallend is dat meerdere participanten zich aanvankelijk niet bewust waren van het feit dat de morning-afterpil niet op elk moment in de menstruatiecyclus kan genomen worden om effectief een zwangerschap te voorkomen. Dit werd ook weerspiegeld in de ervaring van Jana (29 jaar):



We hebben ergens een accidentje gehad (...). Ik heb daarna nog een morning-afterpil genomen, maar dat was dus blijkbaar juist niet op het juiste moment in mijn cyclus, dus ik heb pech gehad.

4.1.2 Zwangerschapsvermoeden

Hoewel alle participanten aangaven op een bepaald moment last te hebben gehad van veelvoorkomende zwangerschapssymptomen, waaronder uitblijvende menstruatie, krampen, misselijkheid, vermoeidheid en gevoelige borsten, werden deze zwangerschapssymptomen niet meteen als zodanig geïnterpreteerd, zoals Femke (20 jaar) vertelde:



Ik had wat... Ik denk twee of drie dagen ochtendmisselijkheid had ik zowat, maar ja, niet per se ergens iets achter gezocht, ik heb dat wel vaker als ik mijn regels moet krijgen. En mijn regels krijg ik ook heel onregelmatig dus dat dat een week later was, dat was voor mij niet ongewoon. Ik verwachtte daar ook niet echt speciaal iets van.

Een andere participant beschreef dat de lichamelijke symptomen en veranderingen die ze had ervaren sterk leken op haar gebruikelijke “aankondigingspijnen”, die ze meestal voelde in de dagen voorafgaand aan haar menstruatie. Andere vrouwen schreven de symptomen die ze ervoeren – zoals amenorroe – toe aan stress of vermoeidheid, terwijl gespannen borsten werden toegeschreven aan gewichtstoename. Verkeerde attributie van symptomen vertraagde voornamelijk het testen op een mogelijke zwangerschap. Daarnaast zagen participanten met een (gynaecologische) aandoening specifieke symptomen eerder als gerelateerd aan deze aandoening dan aan een zwangerschap. Charlotte (29 jaar), die gediagnosticeerd is met PCOS, verklaarde hoe dit voor haar verliep:



Want ik had echt het gevoel dat ik gewoon mijn regels ging krijgen, al weken. En bij mij kan dat ook echt weken duren [omwille van PCOS]. Dus voor mij was dat normaal hoe mijn lichaam reageerde. (...) Ik had zo last aan mijn borsten. En zo wat pijnlijk gevoel onderaan in mijn baarmoeder. Dus ik dacht, ja die komen er binnenkort door.

Verschillende participanten gaven aan hun partner of een dichte vriend(in) in vertrouwen te nemen – soms zelfs al lachend – over hun uitblijvende menstruatie of andere symptomen, als een manier om met hun vermoedens van een ‘*pregnancy scare*’ om te gaan. Hoewel de seksuele partner er in de meeste gevallen bij betrokken werd, was deze vaak niet de eerste persoon die in vertrouwen werd genomen. Al waren de reactie van de partner en diens aandrang tot actie echter meer bepalend voor het verloop van het traject dan die van anderen.

Voor veel participanten riep het ervaren van de eerste typische symptomen direct de vraag op of zij mogelijk zwanger konden zijn. Het besef dat een zwangerschap tot de mogelijkheden behoorde, riep gevoelens van paniek en verzet op, activeerde een overlevingsmodus of resulteerde in snelle en doortastende actie ingegeven door een sterk gevoel van urgentie. In het geval van geplande zwangerschappen werd er actief uitgekeken naar typische symptomen, waardoor deze sneller konden worden onderscheiden van premenstruele klachten, stress of vermoeidheid. In dat geval fungeerde het zwangerschapsbewustzijn niet als het begin van een abortustraject, maar als het begin van een zwangerschapstraject dat pas later overging in een abortustraject, waardoor dit traject later startte.

4.1.3 Zwangerschapsbevestiging

De meeste geïnterviewden deden thuis een zwangerschapstest van zodra ze vermoedden dat ze zwanger waren. De vrouwen in onze steekproef waren goed op de hoogte van waar ze een zwangerschapstest konden kopen en ondervonden hier doorgaans weinig problemen bij. Verschillende participanten benadrukten het gemak van de ruime beschikbaarheid van testen bij de apotheek of drogisterij, vooral wanneer zij gebruik konden maken van een zelfscankassa. Dit droeg bij aan het waarborgen van hun anonimiteit en het beperken van gevoelens van schaamte, wat het sneller overgaan tot testen vergemakkelijkte.

Opvallend was dat een relatief grote groep aangaf altijd zwangerschapstests in huis te hebben. Dit gold vaker voor vrouwen die wisten dat ze niet altijd beschermde seks hadden of die een nieuwe – vaak hormoonvrije – anticonceptiemethode uitprobeerden. Sommigen deden een test, louter om van een ‘*pregnancy scare*’ af te geraken, soms zonder reeds specifieke symptomen te hebben ervaren. Sanne (34 jaar), beschreef dit als volgt:



En dan heb ik de 21^{ste} een zwangerschapstest gedaan, ik heb dat ook standaard in huis. Vroeger had ik een staafje en dan kreeg ik geen menstruatie meer en dan had ik zoiets van ik ga dat gewoon regelmatig testen, *just in case*. Dus ja, weet je, elke keer als ze een dag te laat zijn dan begint dat direct zo... Het zou toch niet? Het zou toch niet?

Het testen zelf verliep echter niet altijd probleemloos. Sommige vrouwen ontkenden, al dan niet bewust, de mogelijkheid van een zwangerschap als verklaring voor specifieke symptomen. Het verhaal van Camilla (26 jaar) illustreert deze redenering bijzonder goed:



En mijn regels bleven weg. (...) Dus ik heb dan een zwangerschapstest besteld online, want ik kreeg mezelf niet zo ver om dat te gaan kopen, fysiek. Ik weet niet, ik heb dat ... normaal ben ik daar totaal ... het boeit mij allemaal niet, maar het lukte zo niet. Dus ik heb dat dan besteld. (...) Een vriendin van mij zei dat ik dat 's ochtends moest doen, omdat het dan beter ... allee, effectiever zou zijn. En ik weet

nog dat ik dan zo op de trein zat naar mijn werk en ik dacht: “fuck, ben ik die test vergeten.” Dus ik heb dat dan de volgende ochtend gedaan. Ook weer bijna vergeten. (...) En ik dacht van: “ja, dat was te denken, hè. Eigenlijk wat maakte ik mezelf nu wijs?” Eigenlijk wist ik het al, maar wou ik het niet onder ogen komen, of zo.

Verschillende vrouwen moesten meerdere tests doen voordat ze een duidelijk resultaat kregen. Dit gold voor een participant met een buitenbaarmoederlijke zwangerschap, maar ook voor vrouwen die onbeschermd seks hadden gehad en al in een vroeg stadium een zwangerschap vermoedden. Daarnaast kwam dit voor bij vrouwen met regelmatige menstruatiecycli, die deze nauwgezet bijhielden, of bij vrouwen die eerder zwanger waren geweest. Voor hen kon de kleinste onregelmatigheid al een aanleiding zijn om te testen, vaak te vroeg om een ondubbelzinnig positief resultaat te krijgen. Deze ervaring werd treffend verwoord door Charlie (34 jaar):



Nog voor ik overtijd was en omdat ik dan misschien al wel wist hoe dat voelde, toen ja, ik wist het. Toen had ik al zo'n *early test* gedaan. Die was dan negatief eerst. Dan dacht ik, ah goed, en dat heeft me dan twee dagen rust gegeven. Maar ik voelde in mijn lichaam dat dat niet klopte. En dan, op de dag dat ik mijn regels zou krijgen, heb ik dan de gewone zwangerschapstest gedaan. En die was dan zo heel lichtjes positief.

Hoewel er meerdere keren werd getest, verspreid over meerdere dagen, verliep dit proces vaak toch sneller dan bij vrouwen die zich minder bewust waren van hun reproductieve cyclus. Voor anderen werden het testen bemoeilijkt door praktische problemen. Ella (35 jaar) deelde bijvoorbeeld haar ervaring met het doen van een zwangerschapstest tijdens een vakantie in het buitenland:



En dan een test genomen, maar dat was alleen maar instructies in [andere taal]. Dus ik wist ook totaal niet meer hoe dat moest. Dus waarschijnlijk, heb ik dat verkeerd gedaan of niet lang genoeg *whatever*? Dus alleszins daar stond op “niet zwanger”, dus ah oké ik was gerustgesteld. Allee, gerustgesteld, dat was oké.

Verder waren sommige deelnemers eerst naar de huisarts gegaan voor een zwangerschapstest alvorens ze contact opnamen met een abortuscentrum. Sommigen deden dit om hun zwangerschap te laten bevestigen via een bloedtest, die zij betrouwbaarder achtten dan een thuistest, of vanwege wat Vera (43 jaar) als reden aangaf:



Ik herinner me wel denk ik dat ik eerst nog naar de huisarts ben geweest. Mijn misverstand was wel dat er ook een positieve zwangerschapstest, alle in het bloed moest te zien zijn [om een afspraak te kunnen maken voor de eerste consultatie in het abortuscentrum] en dat was blijkbaar niet, maar dat vond ik dan niet zo duidelijk.

Een andere reden om de huisarts te raadplegen was om te bepalen hoe ver de zwangerschap gevorderd was. Dit gold vaker voor vrouwen die hun zwangerschapsduur niet konden inschatten en in sommige gevallen vreesden dat ze de wettelijke termijn van 12 weken zouden overschrijden. Toch namen veel vrouwen direct contact op met het abortuscentrum zonder eerst een huisarts te raadplegen. Zij gaven onder andere aan dat ze het traject wilden versnellen, de huisarts niet snel beschikbaar was voor een consult, of dat ze uit eigen onderzoekwerk of andermans ervaringen wisten dat een doorverwijzing of bloedtest niet nodig was om bij het centrum geholpen te worden.

De emoties die kwamen kijken bij een positieve zwangerschapstest waren even divers als talrijk. Bij een vrouw met een aanvankelijk geplande zwangerschap riep het eerste gevoel, tot haar eigen verbazing, de vraag op: “*Wil ik dit echt?*”. Tegelijkertijd ervoeren anderen gevoelens van blijdschap en geluk. In sommige gevallen leidden

latere gebeurtenissen, zoals medische informatie of een relatiecrisis, ertoe dat het initiële zwangerschapstraject overging in een abortustraject. Bij zwangerschappen die zich in de grijze zone tussen gepland en ongepland bevonden, was er vaak sprake van een (tijdelijke) “*stille aanvaarding van het lot*”. Zo dacht Marie (23 jaar) aanvankelijk niet na over de mogelijkheid van abortus:



Het eerste was wel: “Amai, hoe moet ik dat gaan doen in deze situatie?” (...) Dus ja, hoe en wat, want we [zij en haar partner] woonden niet samen. “Wat gaan we doen?” En, hij zei ook van: “Ja, als jij het wilt, dan wil ik ervoor gaan.” Eerste instantie, dat is ook van: “Ah ja, oké. We kunnen dat.” Het eerste plan was wel direct van: “Oké, het is niet de gepaste tijd, maar we gaan dat doen.”

Bij ongeplande zwangerschappen kwamen vaker negatieve gevoelens voor bij het zien van het positieve testresultaat, zoals angst, verwarring, verdriet en paniek. De duidelijkheid die deze emoties boden, fungeerde vaak als een katalysator voor het nemen van beslissingen en speelde een belangrijke faciliterende rol. Wanneer deelnemers meer ambivalente gevoelens ervoeren, vaak beschreven als een strijd tussen hoofd en hart, kostte het doorgaan meer tijd om deze emoties te begrijpen. Dit maakte de besluitvorming complexer en vormde een drempel bij het nemen van een definitieve beslissing.

4.2 Beslissing over abortus

De abortusbeslissing werd gekenmerkt door haar complexiteit en gelaagdheid. Het kan worden begrepen als het zorgvuldig opbouwen van een solide argumentatie voor een weloverwogen keuze, zowel voor zichzelf als voor andere betrokkenen en de ruimere omgeving. Uit de analyse identificeerden we drie centrale thema's die dit beslissingsproces beïnvloedden: (1) de verhouding tot de zwangerschap, wat fungeerde als het centrale puzzelstuk dat verklaarde waarom vrouwen in vergelijkbare omstandigheden en trajecten uiteenlopende ervaringen rapporteerden; (2) de manier waarop zij door de beschikbare informatie navigeerden; en (3) de normatieve context waarin de beslissing werd genomen.

4.2.1 Verhouding tot de zwangerschap

Voor veel vrouwen werd het besluitvormingsproces gekenmerkt door ambivalente emoties. Het vergde dagenlang intens nadenken, het constant afwegen van verschillende gedachten en opties, en het zoeken naar een geschikte strategie om tot een beslissing te komen. Dit bemoeilijkte en verlengde hun traject aanzienlijk. Velen beschreven aanhoudende gevoelens van twijfel, soms ook geuit door hun partner, evenals zelfkritiek, schuldgevoelens, angst en schaamte. In sommige gevallen werd de keuze als een ethisch moeilijke beslissing beschouwd, zoals voor Lina (22 jaar):



Mega veel schuldgevoel (...) Ik heb heel veel schuldgevoel gehad. (...) En ik heb ook het gevoel dat ik mijn recht ben verloren als ik ooit nog een kind zou willen, omdat, ik zou dat zo'n egoïstische beslissing vinden van mezelf. Omdat ik er niet klaar voor ben laat ik het weghalen en dan binnen een paar jaar, omdat ik het dan wel zou willen zou ik het dan ineens mogen houden. Dat gaat er niet in. Ik denk dat dat misschien nog moet verwerkt worden of zo en ik denk dat dat wel zal komen, maar momenteel is dat zo het grootste ding dat ik nog in mijn hoofd heb.

De manier waarop vrouwen zich verhouden tot hun zwangerschap beïnvloedde hoe zij de beslissing benaderden. Sommige vrouwen, zoals Esmée (28 jaar), vertelden bijvoorbeeld dat opkomende gevoelens van verbondenheid hun besluitvorming bemoeilijkten en vertraagden.



En ook vanaf je dat voelt... (...) Je voelt dat er iets bij je is. Ik weet dat dat nog geen..., maar die cellen zijn allemaal bezig en dat voel je. Dus je ziet dat ergens al, dat is iets van jou, hè, dus je hebt daar wel een connectie mee. Dus dat is kei moeilijk om dat weg te doen ergens.

Aan de andere kant verzetten sommige vrouwen zich actief tegen dat gevoel en werden ze getriggerd door een sterk gevoel van urgentie dat de beslissing versnelde, zoals in het geval van Maïté (22 jaar):



En dan daarna hebben ze een scan gemaakt en dan hadden ze gevraagd of dat ik het wou zien, waar ik echt geen nood aan had. Omdat ik ook zeker niet die volgende zeven dagen wou zitten met, “oh ik heb dat gezien”, dat je daar een visueel beeld van hebt. Omdat ik ook zo, ik wou nooit dat gevoel starten van, ik zit hier nu met twee ofzo. Omdat ik wist niet waar ik mentaal naartoe zou gaan als dat gevoel zou starten. Dus ik heb altijd wel heel hard die boot afgehouden, in niks dat gevoel proberen op te roepen of dat te starten of daarover te babbelen. Dat was ook altijd een ding dat zeker... Je snapt het, dat was een ding dat was geen persoon (...) daar trek ik wel echt mijn lijn.

Sommige participanten, zoals Stefanie (43 jaar), beschreven dat ze verschillende scenario's overliepen van hoe hun leven eruit zou zien als ze de zwangerschap zouden voortzetten. Dit proces hielp hen om te evalueren of ze zichzelf konden voorstellen als moeder of als moeder van nog een kind.



Ik was naar m'n werk, ik moest 's morgens vroeg de trein pakken en ik was aan het zien van zijn die crèches al open. Ik was dat echt zo aan het doen, dat mij aan het voorstellen, stel nu dat ik die kleine moet afzetten en ik ga naar m'n werk en ik kom van m'n werk, hoe gaat dat dan? Ik was dat echt zo al een verhaal aan het maken ofzo.

Wanneer deze verbeelding leidde tot een duidelijk antwoord, vergemakkelijkte dit de besluitvorming. In situaties waarin het leven met of zonder kind gevoelens opriep die haaks stonden op iemands rationele keuze, ontstond er meer twijfel en werd er extra tijd genomen om tot een beslissing te komen.

Ook eindigden geplande zwangerschappen soms in een zwangerschapsafbreking vanwege verschillende emotionele en situationele factoren, zoals eerder zwanger worden dan verwacht, onvoorziene (financiële) omstandigheden, relatieproblemen en gezondheidsproblemen. In dergelijke gevallen ging het vaak om zwaardere beslissingen die meer tijd in beslag namen. Valerie (29 jaar) legde bijvoorbeeld uit dat zij en haar partner een baby wilden en daarom haar anticonceptiestafje liet verwijderen. Haar gynaecoloog had aangegeven dat het, na zes jaar gebruik, enkele maanden zou kunnen duren voordat ze zwanger zou worden. Twee weken na de verwijdering ontdekte ze echter dat ze al zwanger was. Op dat moment zaten zij en haar partner midden in een ernstige ruzie, waardoor hun relatie en hun keuze voor het ouderschap op de helling kwamen te staan.

Daarnaast kon de beslissing om ouder te worden als immens en overweldigend aanvoelen, als een enorme mijlpaal in het leven. In enkele gevallen werkte dit verlammend en resulteerde het in een (tijdelijk) onvermogen om actie te ondernemen. Om die reden fungeerden de eerste stappen van het abortustraject voor sommigen als onderdeel van een breder proces van (her)overweging, waarin zij nadachten over de vraag of ouderschap en het krijgen van een kind echt was wat ze wilden. Dit proces speelde zich zowel af bij geplande als ongeplande zwangerschappen. Nele (36 jaar) beschreef hoe dit voor haar voelde:



Er zat zo'n oerkracht in mij die absoluut het juiste wilde doen, ook voor het kindje in mijn buik. Voor mij was dat al wel snel een kindje. Als in dat was niet iets van, dat is nog geen ontwikkeld, maar dat idee was er wel (...). Dat voelde zo definitief, omdat dat ook samenhang met een relatiecrisis (...) ik wil

dat dat kindje, terechtkomt in iets goeds en als er zo'n aarzeling zit op dit moment, is dat dan wel een goed idee om een kindje te krijgen? Dus dat was eigenlijk heel de vraag, maar die heeft mij helemaal benomen. Ik ben daar helemaal mee samengevallen met wel of niet mama worden, wel of niet een kindje krijgen, die hormonen dan ook nog. Misschien ook dingen in vraag stellen: "Waarom wil ik nu per se mama worden?" Plots kwamen al die vragen heel intens op de voorgrond.

Hier sterk tegenover, stond voor een aanzienlijk aantal vrouwen de keuze voor een abortus reeds vast voordat de zwangerschap werd bevestigd. Zoals Maïté, 22 jaar, uitlegde:



Wij hadden wel gezegd van, als het ooit zover komt, is het wel heel zeker voor ons allebei dat we abortus gaan doen. Dus dat was wel iets dat meteen wel vanzelfsprekend was. Wat niet betekende dat heel dat proces dat was, maar dat is iet anders.

Ivy (28 jaar) vertelde:



Voordat ik zelfs zwanger werd ofzo, had ik al een afspraak gemaakt bij een andere gynaecoloog in een ziekenhuis in [plaatsnaam]. Om, ja, een eerste afspraak bij die gynaecoloog om te vragen om te zien of ik eigenlijk gesteriliseerd kon worden. Want ik weet al heel lang dat ik geen kinderwens heb. En ik dacht van ja, oké, dat is echt wel zo de zekerste manier om geen kinderen te krijgen. Dus ik had die afspraak al ingepland. Dus ik was er echt... Ik wou dat echt niet... Nee, ik wou echt geen moeder worden. En dat is echt zo... Bijna ironisch dat zo op het laatste moment, letterlijk zo, op het laatste moment dat ik nog zwanger ben geworden.

Deze onmiddellijke duidelijkheid versnelde het abortustraject, waardoor er minder tijd werd besteed aan een intensieve afweging of abortus de juiste keuze was. In sommige gevallen leidde dit proces echter tot de beslissing om de zwangerschap voort te zetten, waarna het traject overging in een zwangerschapstraject, dat andere vormen van gezondheidszorg vereist. Binnen onze steekproef was een dergelijke keuze niet het gevolg van een opeenstapeling van drempels of het overschrijden van de wettelijke termijn, maar van een bewuste heroverweging, ingegeven door verschillende redenen.

4.2.2 Navigeren door informatie

4.2.2.1 Informatie over de zwangerschap

Vrouwen die ongepland zwanger raakten, bleven in veel gevallen hormonale anticonceptiemiddelen gebruiken, dronken alcohol, gebruikten drugs of rookten tijdens de vroege zwangerschap. Andere vrouwen gebruikten medicijnen zoals antidepressiva of pijnstillers, of bevonden zich in een zeer stressvolle periode. Bij het beoordelen van de mogelijke risico's hiervan voor de foetus – al dan niet in overleg met een zorgverlener – bleek dat deze factoren mogelijks schadelijk konden zijn voor de ontwikkeling. Deze verworven kennis leidde ertoe dat sommige zwangerschapstrajecten verschoven naar abortustrajecten. Dit gold ook voor vrouwen die aangaven dat, als ze ooit actief zouden besluiten zwanger te worden, ze zich volledig wilden voorbereiden, bijvoorbeeld door tijdig foliumzuur in te nemen.

Meer gedetailleerde kennis over de mogelijke gevolgen werd vaak pas verkregen of bevestigd na een consult met een medische zorgverlener, wat een extra vertraging in het traject met zich meebracht. Voor vrouwen die al een abortus overwogen voordat zij deze informatie over de mogelijke gevolgen voor de gezondheid van de foetus hadden verkregen, bood deze nieuwe kennis vaak een zekere opluchting. In die gevallen fungeerde de informatie als een facilitator die de keuze verduidelijkte. Soms werden meerdere afspraken met zorgverleners

gemaakt om het mogelijke risico voor de ontwikkeling van de foetus te beoordelen. Ophelia (27 jaar) legde uit hoe dit haar besluitvormingsproces beïnvloedde:



Rationeel had ik heel erg iets van, dit is een duidelijke keuze, want ik neem bijvoorbeeld ook medicatie die eigenlijk niet genomen mag worden tijdens een zwangerschap. Dus je hebt dan al kans op geboortefwijkingen, dat is sowieso een factor. Mijn mentale gezondheid is het niet altijd geweldig. Dus rationeel wist ik wel van, ik denk dat dat de beste optie is.

Medische informatie speelde voor een aantal participanten een cruciale rol in de opbouw van hun argumentatie voor de keuze voor abortus. Aangezien dergelijke kennis als objectief wordt beschouwd, werd deze vaak gezien als een valide en rechtvaardige basis voor het nemen van een beslissing.

4.2.2.2 Informatie over abortuscentra en -behandelingen

De meeste vrouwen gaven aan dat ze de wettelijke regels en procedures rond abortus in België aanvankelijk niet of nauwelijks kenden. Eveline (37 jaar) vertelde hier tijdens haar interview het volgende over:



Ik wist niet hoe lang je in België in abortus kunt laten doen. Ik wist ook niet dat je dat kon laten doen zonder verdoving. Nu is dat plaatselijk. Dat wist ik allemaal niet. Ik wist ook niet dat je dat in zo'n centrum kon doen. Ik dacht, dan moet je zeker naar het ziekenhuis, dan moet je een volledige verdoving. Dus dat wist ik allemaal niet, dat dat zo makkelijk kan.

Het foutieve idee dat abortussen steeds plaatsvinden in het ziekenhuis kwam terug in meerdere interviews. Wanneer participanten slechts een beperkte kennis hadden over de organisatie van abortus in België, waren ze doorgaans wel op de hoogte van de wettelijke termijn en de verplichte wachttijd. Kennis over waar ze terecht konden voor een abortus of welke behandelingen beschikbaar waren, was meestal gebaseerd op ervaringen binnen hun sociale omgeving, bijvoorbeeld doordat iemand die zij kenden eerder een abortus had gehad. Vrouwen die zelf eerder een abortus hadden laten uitvoeren, beschikten logischerwijs over de meest nauwkeurige en volledige voorkennis. Opmerkelijk was dat slechts één relatief jonge respondent aangaf op school onderwijs te hebben gekregen over abortus, waarbij de nadruk lag op de wettelijke termijn en niet zozeer op de praktische organisatie ervan.

Sommige van onze deelnemers gaven aan de tijdsdruk afkomstig van de wettelijke 12-weeken termijn als een constante stressor te ervaren gedurende het traject. Lina (22 jaar) verwoordde deze angst en stress:



Ik vind dat [de 12-weeken termijn] best kort misschien. Maar ik weet dat dat in Nederland langer is. En toen ik dat las, was ik wel in paniek geschoten. Ik begon echt al op te zoeken: hoe kan ik naar Nederland moest dat nodig zijn? En dat vind ik een beetje jammer dat dat zo moet, dat ik daarover zat te panikeren toen ik dat opzocht. Ik was mega vroeg daarbij, maar mijn vriendin bijvoorbeeld, ik weet dat die veel verder al zat tegen dat ze dat door had. Ik denk gewoon niet dat dat iets is waar je over zou moeten piekeren dat je wel nog binnen die termijn bent.

De motivatie om de abortus zo snel mogelijk te laten plaatsvinden, kwam bij sommige vrouwen voort uit de overtuiging dat de beslissing moreel moeilijker zou worden naarmate de zwangerschap vorderde. Anderen wilden de voorkeur geven aan een medicamenteuze abortus, die slechts mogelijk is tot en met zeven weken zwangerschapsduur. Tegelijkertijd hadden enkele vrouwen, zoals Elsa (27 jaar), het gevoel ruim voldoende tijd te hebben, ook al bevonden zij zich dicht bij de wettelijke grens van 12 weken.



Mijn beslissing was eigenlijk gewoon al ja... duidelijk ja. Ook gewoon ja, heel die tijd ervoor had ik ook gewoon de tijd om te babbelen en te beslissen en te doen en met mama te babbelen en ja, dan nog een keer met die ene vriend te babbelen, dus ja, ja ik had tijd genoeg hé.

Alle geïnterviewden vonden hun weg naar de juiste websites kregen makkelijk toegang tot informatie over abortuscentra, behandelingen en juridische aspecten. De snelle toegang tot accurate online informatie versnelde hun traject. Alice (30 jaar), die in 2017 naar België verhuisde, beschreef haar ervaring:



Omdat ik hier een buitenlander ben, wist ik niet waar ik moest zoeken; ik had geen idee waar ik naartoe moest gaan, ik wist niet welke diensten beschikbaar waren, of iets dergelijks. Dus het eerste wat ik deed was een zoekopdracht op mijn telefoon over het ding op zich [abortus] en wat ik kon doen in België, enzovoort. Dus vond ik een website met een lijst van verschillende centra die je kon bellen (...), dus begon ik ze één voor één te bellen (...) tot ik de vroegst beschikbare afspraak kreeg.

Een heel aantal deelnemers voelde zich angstig over de behandeling en de daarbij horende pijn, waardoor ze het contact met een abortuscentrum uitstelden. Sommigen zochten naar getuigenissen om zich voor te bereiden, terwijl anderen zich zorgen maakten over de mentale impact. Vrouwen die reeds regelmatig naar een psycholoog gingen, bespraken hun beslissing vaak van tevoren met deze vertrouwde zorgverlener. Anderen zochten advies bij organisaties die begeleiden bij zwangerschappen, wat, ondanks de vertragingen door het wachten open een afspraak, uiteindelijk het geloof en vertrouwen in hun eigen beoordelingsvermogen vergrootte.

Naast online bronnen, diende de verplichte eerste consultatie ook om de feiten op een rij te krijgen en hielp het sommigen om hun beslissing definitief te maken. Een paar deelnemers besloten pas definitief tijdens de wachttijd, ze verwerkten de inzichten meegenomen uit het gesprek tijdens de eerste consultatie gedurende deze periode, zoals Charlie (34 jaar) uitlegde:



Ze willen niet dat je een afspraak maakt [voor de behandeling] en die daarna weer afzegt, dus je mag pas een afspraak maken als je heel zeker bent van je keuze voor een abortus, en dat kon ik op dat moment niet. Dus gaven ze me de opdracht om drie dagen te doen alsof ik de baby zou houden en drie dagen het tegenovergestelde om te zien wat voor gevoel dat gaf. Dat waren allemaal heel goeie tips. (...) Ik moest mezelf ook een deadline geven omdat ik anders de beslissing te lang zou uitstellen, dus belde ik daarna pas om de afspraak voor de behandeling in te plannen.

Zodra de beslissing was genomen om een behandeling in te plannen, duurde het vaak enkele dagen voordat er een afspraak beschikbaar was; langdurige twijfel zorgde vaak voor grote vertragingen. Dit was ook het geval wanneer een geplande afspraak werd heroverwogen vanwege praktische problemen of twijfel.

Ook Jolien (32 jaar) voelde zich pas na het intakegesprek tijdens de eerste consultatie volledig empowered om te beslissen:



Ik had het idee dat ik moest verantwoorden waarom ik een abortus wilde, maar eigenlijk stelde ze me gerust dat iedereen een persoonlijke reden heeft om voor abortus te kiezen, en die zijn allemaal oké (...). Ik had ook niet het gevoel dat ik maar een kwartiertje in beslag mocht nemen of zo (...) ik had ook niet het idee van, ik ga mij hier moeten haasten met alles te vertellen. Dat heeft mij echt wel het gevoel gegeven van ja, het is echt wel oké dat ik deze keuze heb gemaakt.

4.2.2.3 Informatie van zorgverleners over abortus

Een aantal vrouwen, voornamelijk zij die een vertrouwensrelatie hadden met een huisarts, gynaecoloog of vroedvrouw, betrokken deze zorgverleners bij het besluitvormingsproces. In dit geval werd het contact met de zorgverlener als waardevol en ondersteunend beschouwd bij het nemen van de juiste beslissing. Verschillende deelnemers raadpleegden hun huisarts, niet alleen om een zwangerschapstest te doen of om de zwangerschapsduur te bepalen, maar ook om informatie over abortus in te winnen. Jolien (32 jaar) nam contact op met haar vroedvrouw, met wie ze een vertrouwensrelatie had opgebouwd tijdens de begeleiding bij haar vorige zwangerschap. Ze vertelde hier het volgende over:



En ik denk wel, als wij niet de gesprekken met onze vroedvrouw hebben gehad (...) dat wij mogelijk ongelukkig zwanger zouden zijn nu. Dus ik vermoed dat goede hulpverlening in de eerste lijn wel een belangrijke is.

In het geval van Floor (36 jaar), die duidelijk aangaf dat ze geen dag langer dan nodig zwanger wilde zijn, adviseerde de huisarts haar om meteen contact op te nemen met de LUNA-abortuscentrum:



En dan [naar de huisarts] gebeld, het uitgelegd. En die heeft mij gelijk doorverwezen naar [het dichtstbijzijnde abortuscentrum] (...) en dat was het antwoord, je hoeft niet langs ons, je kunt gelijk gaan. Dus dat heeft wel een paar dagen winst opgeleverd.

Deze onmiddellijke doorverwijzing faciliteerde een vlot verloop van de volgende fasen in het traject. Andere participanten waren echter teleurgesteld over het contact met hun huisarts. De huisarts van Helena (37 jaar) verwees haar door naar een gynaecoloog voor een abortus. De gynaecoloog gaf op haar beurt tijdens het consult aan dat ze deze ingreep enkel onder volledige narcose uitvoerde, wat voor Helena niet wenselijk was. Ze vertelde wat er daarna gebeurde:



En toen vroeg [haar partner] ook nog van, omdat we graag de eerste behandeling [medicamenteuze abortusbehandeling] wilden doen: “Is dat heftig? Hoe gaat het dan zijn? Kan je daar iets over zeggen?” En dan zei de gynaecoloog: “Die vragen kun je eigenlijk vooral stellen in de LUNA. Dus zij had daar eigenlijk zo precies geen antwoord op of zo. Of zij had daar misschien geen tijd voor of zij..., ik heb de indruk dat zij daar precies niet zo heel veel over wist. Dat vond ik echt, ja, teleurstellend of zo. Ik weet niet. Ik dacht, alle komaan, jullie zijn toch de eerste mensen bij wie je komt (...) ik vond dat eigenlijk een beetje een triestige begeleiding of zo.

Zowel de huisarts als de gynaecoloog waren hier onvoldoende geïnformeerd, waardoor er veel tijd verloren ging en deze participant de verplichte wachttijd van zes dagen tweemaal moest doorlopen. Dit zorgde ervoor dat elke extra dag wachten als verschrikkelijk lang en slopend werd ervaren.

4.2.3 De normatieve context

4.2.3.1 Maatschappelijke verwachtingen

De participanten gaven aan vaak geconfronteerd te worden met discrepanties tussen maatschappelijke verwachtingen en hun eigen levensloopambities, wat hun beslissing verzwaarde. Opvallend was dat, ondanks dat er tijdens het interview niet expliciet gevraagd werd naar de reden voor de abortus, de meeste vrouwen uit zichzelf begonnen hun beslissing te rechtvaardigen door zowel praktische als emotionele argumenten aan te

dragen. Ze zochten vooral naar argumenten om hun keuze voor een abortus – of zelfs het overwegen ervan – te legitimeren, niet alleen voor zichzelf maar ook in relatie tot anderen. Ivy (28 jaar) beschreef hoe zij het gevoel had dat ze actief moest ingaan tegen het heersende idee dat een zwangerschap een geschenk is en per definitie samengaat met gelukkige gevoelens:



Onder mensen rond bij die zwanger zijn, of net zwanger waren geweest of een kinderwens hebben, was dat echt constant, echt waar, ik kwam er zo slecht van (...) van kindjes krijgen en dat dat iets blij is en dat er iets goed is en “Wie wil dat nu niet?”. En ook de stigma daar rond van je bent dan een moordenaar volgens sommige mensen, wat wel extreem is uiteraard (...). Op die manier is dat wel moeilijk.

Helena (37 jaar), die deze wijdverspreide denkbeelden over een zwangerschap als een geschenk, had geïnternaliseerd, gaf aan verrast te zijn door haar eigen emoties bij de ongeplande zwangerschap:



Ik was helemaal niet blij, ik dacht vooral: “Oh nee, shit!” Ik dacht, direct aan al hetgeen wat ik zou moeten opofferen, omdat ik ook weet wat het is, om zwanger te zijn, om een heel klein kind terug te hebben. En ik dacht echt: “Oh nee!”. Ja, ik voelde niks aan vreugde en dat had ik niet verwacht.

Het opbouwen van zelfvertrouwen om tegen geldende maatschappelijke overtuigingen in te gaan vergde tijd, wat leidde tot vertragingen bij vrouwen die moeite hadden met het opbouwen van een argumentatie voor hun keuze. Daarnaast werden zij geconfronteerd met uiteenlopende sociale verwachtingen, waarbij telkens de afweging werd gemaakt om zich hieraan te conformeren of niet. Hoewel een kinderwens – of het ontbreken daarvan – vaak als een individuele keuze wordt beschouwd, werd deze in werkelijkheid beïnvloed door bredere maatschappelijke opvattingen over vrouw-zijn, die regelmatig in conflict stonden met persoonlijke voorkeuren. Camilla (26 jaar) werd eveneens geconfronteerd met deze discrepantie:



Voor mij was het eigenlijk heel snel beslist, ik heb sowieso geen kinderwens. Ik zeg dat nu, ik weet niet hoe het over zoveel jaar gaat zijn, maar ik denk dat wel, allee, dat is eigenlijk vrij sterk. Maar elke keer als ik dat uitspreek, zijn er wel mensen die zeggen: “Ja, maar dat gaat nog wel veranderen”, dan denk ik van: “Maar ik denk het niet”. Ja, dus ja.

Vrouwen die geen kinderwens hadden of accepteerden dat zij kinderloos zouden blijven, ondervonden doorgaans minder moeite met het legitimeren van hun keuze, omdat zij reeds ingingen tegen de maatschappelijke verwachting rond vrouw-zijn. Dit maakte het voor hen mogelijk om hun traject sneller voort te zetten. Vrouwen met een (onzekere) kinderwens of vrouwen die al kinderen hadden, gaven aan dat zij hier meer moeite mee hadden vanwege hun (tegenstrijdige) gevoelens en emoties.

Daarnaast hadden de participanten zelf ook (geïnternaliseerde) ideaalbeelden over moederschap en het grootbrengen van kinderen binnen een gezin. Eveline (37 jaar) werd zwanger van een man met wie ze geen relatie had:



Mijn eerste gedachte was: “Nee, dat wil ik niet”, maar ook verstandelijk, hè, dat is niet hoe ik het in mijn hoofd heb. Ik ben zelf opgegroeid in een heel traditioneel gezin, vier broers en dat is iets dat ik, als ik kinderen zou krijgen, dat ik zelf ook zou willen doorgeven. Maar ik ben sowieso... Ik ben ook al 37, natuurlijk. Ik zat altijd al een beetje in mijn hoofd met wil ik het wel en de laatste jaren accepteerde ik het enerzijds meer van oké, het gaat er waarschijnlijk ook niet meer van komen, allé

die kans is reëel, maar het is ook niet erg, het hoeft ook niet, maar ja, dat was niet de manier waarop ik het wil. Dus daar voelde ik heel veel weerstand van. Ik wil... als ik het wil, dan moet het zijn met een papa die echt aan mijn zijde staat en die mijn partner is en met een warm gezin en niet zo.

Het niet voldoen aan de opgelegde standaarden hielp vrouwen bij het opbouwen een legitimatie voor zichzelf. Verder verwezen nog een heel aantal participanten naar bepaalde (praktische) verworvenheden waar ze niet aan voldeden voordat ze moeder werden of nog een kind kregen. Factoren zoals een bepaalde leeftijd, een stabiele carrière, financiële zekerheid, huisvesting en een partnerrelatie werden vaak als cruciaal beschouwd.

Voor vrouwen die bijvoorbeeld in een stabiele relatie zaten, samenwoonden met hun partner en een leeftijd hadden die als ideaal werd gezien om kinderen te krijgen, was de beslissing daarentegen vaak moeilijker. In hun omgeving lag de nadruk immers sterk op zwangerschappen en ouderschap, wat extra druk met zich meebracht. Jana (29 jaar), die onlangs opnieuw begon te studeren, beschreef het volgende:



Ik weet dat ik vrienden heb die zeggen van: “Zou je dat niet houden? (...) Dat is toch leuk een kindje!” (...) Mensen reageren daar heel sterk op. Zeker omdat ik al 29 ben ondertussen. Iedereen is van: “Oh ja? Je bent toch op die leeftijd om een kind te hebben?” Nee, ik ben er niet klaar voor.

Vrouwen die aan al deze veronderstelde verworvenheden voldeden, zagen voor zichzelf geen legitieme reden om voor een abortus te kiezen. Dit werd vaak mede beïnvloed door vooroordelen over vrouwen die een abortus laten uitvoeren. Eva (38 jaar), moeder van twee kinderen en in een stabiel huwelijk, vertelde:



Ik had ook wel, misschien wat bedenkingen bij het feit dat het van onze kant, dat er weinig gegronde redenen waren om het [het hebben van een abortus] te doen als waarvoor het bedoeld is. Alle, in mijn hoofd was het bedoeld om vrouwen te helpen, om, zeg maar, om geen.. Om een negatieve impact op hun leven te voorkomen of die het niet aankunnen of als het financieel niet haalbaar is. Dus echt, die goeie redenen, zeg maar. (...) Zoals een jong meisje dat er nog niet klaar voor is, of als de relatie niet goed is of ze staan aan het begin van hun carrière of..., wat dan ook. Maar voor mij kon ik zoiets niet vinden omdat, in ons geval waren die redenen er eigenlijk niet. Het was meer een luxeprobleem.

Vrouwen die op deze manier redeneerden, baseerden hun beslissing vaak op emotionele argumenten of op overwegingen gerelateerd aan hun mentale gezondheid, zoals een gebrek aan emotionele beschikbaarheid en veerkracht, of de wens om de stabiliteit binnen het gezin of hun relatie niet te verstoren. Dit gold bijvoorbeeld voor Jolien (32 jaar), die leeft met een chronische aandoening:



Nu merk ik ook dat ik soms mentaal niet honderd procent beschikbaar ben voor [haar eerste kind]. Daar heb ik gewoon alles in de weegschaal moeten leggen, want uiteindelijk zou (...) mijn mentale beschikbaarheid voor de kinderen moeten verdeeld worden en dat was nu al veel te weinig. Dus vandaar dat we dat... eigenlijk dat ik (...) heb ik dan wel beslist van ja, nee, het is inderdaad wel beter om er niet mee verder te gaan.

Hoewel het veel inspanning vergde om de beslissing voor zichzelf te legitimeren, gaven vrouwen die deze situatie beschreven achteraf aan dat ze uiteindelijk elke reden als voldoende beschouwden, inclusief hun eigen motivatie. Dit patroon werd voornamelijk waargenomen bij zwangerschappen die aanvankelijk ongepland waren maar wel werden verwelkomd, evenals bij zwangerschappen die zich in de grijze zone tussen ongepland en gepland bevonden.

4.2.3.2 Attitudes, vooroordelen, taboe en stigma

Sommige vrouwen gaven tijdens het interview expliciet aan dat ze aanvankelijk een negatief beeld hadden van abortuscentra, soms zelfs met een clandestiene connotatie, en twijfels hadden over de manier waarop vrouwen daar behandeld zouden worden. Dit leidde ertoe dat ze hun beslissing uitstelden. Ze verklaarden dat deze perceptie vooral voortkwam uit een gebrek aan voorkennis over de organisatie en werking van dergelijke centra, zoals Jolien (32 jaar) beschreef:



Het ding is, abortus wordt altijd door de maatschappij als iets heel negatiefs gezien. En ik had ook niet..., ik had ook echt gedacht dat dat iets heel kouds, iets heel kil ging zijn.

Wanneer iemand in hun omgeving eerder een abortus had gehad en zij bij dit traject betrokken waren geweest, werden hun vooroordelen over zowel abortushulpverlening als vrouwen die een abortus hadden, in de meeste gevallen bijgesteld. De meeste vrouwen hoorden echter pas over de abortuservaring van anderen nadat ze hun eigen abortus(overweging) hadden gedeeld. Dit onderstreepte het hardnekkige taboe dat veel mensen ervan weerhoudt om openlijk over abortus te spreken. Vrouwen die een abortustraject doorliepen en konden praten met iemand die eerder een abortus had gehad en tevreden was over de ontvangen zorg, gingen doorgaans sneller over tot het contacteren van een abortuscentrum. Via deze informele bron kregen zij op een laagdrempelige en betrouwbare manier informatie over waar ze terecht konden en wat ze konden verwachten.

Opmerkelijk was dat verschillende vrouwen abortus voor zichzelf sterk afkeurden, terwijl zij dit bij anderen wel als een legitieme keuze beschouwden. Het verhaal van Lena (29 jaar), die ongepland zwanger werd en een abortus overwoog maar uiteindelijk een miskraam kreeg, illustreert hoe diep het geïnternaliseerde abortusstigma geworteld kan zijn. Ze voelde opluchting dat ze de keuze niet meer hoefde te maken en dat het uiteindelijk niet haar beslissing was.

Om hun gedachten te ordenen en verschillende perspectieven op hun keuze te verzamelen, raadpleegden participanten specifieke personen uit hun sociale netwerk, zoals partners, leeftijdsgenoten, familieleden, ervaringsdeskundigen en zorgverleners. Het proces van al dan niet vertellen over de zwangerschap en de bijbehorende twijfels nam vaak meerdere dagen in beslag. Of, hoe en op welke manier iemand in vertrouwen werd genomen, werd grotendeels bepaald door eerdere reacties op het delen van de zwangerschap. Deze reacties konden de volgende stappen in het traject zowel vergemakkelijken als vertragen.

Daarnaast werd duidelijk dat zowel de houding ten opzichte van abortus binnen het sociale netwerk van een vrouw als haar eigen opvattingen een cruciale rol speelden in het besluitvormingsproces. Vooral de houding van de mensen die in vertrouwen werden genomen, bleek van groot belang. Een negatieve houding binnen het netwerk vormde vaak een drempel in het beslissingsproces. Hoewel er geen sprake is van een oorzakelijk verband, werkt dit mechanisme in twee richtingen: vrouwen hebben de neiging om meer of juist minder mensen in vertrouwen te nemen op basis van de veronderstelde houding binnen hun netwerk.

De eerste reacties van degenen die in vertrouwen werden genomen, evenals de mate van steun die zij boden, bleken zeer bepalend voor het verdere verloop van het traject. In de meeste gevallen werd de (seks)partner relatief snel geïnformeerd over de zwangerschap. De partner speelde een belangrijke rol in het traject, hoewel de uiteindelijke beslissing meestal bij de vrouw lag. Reacties hierop varieerden: sommige vrouwen ervoeren opluchting omdat ze deze keuze zelfstandig mochten maken, terwijl anderen zich belast voelden omdat de beslissing ook gevolgen had voor hun partner. Sommige vrouwen gaven aan hun partner actief bij de beslissing te willen betrekken of de keuze liever aan hen over te laten. Ook kwam naar voren dat de partner in gevallen van aanhoudende twijfel een doorslaggevende rol kon spelen. Wanneer de partner echter een duidelijke mening had die overeenkwam met die van de vrouw, versnelde dit het besluitvormingsproces.

Daarnaast gaven de meeste vrouwen aan dat zij vonden dat hun mannelijke partners het traject fundamenteel anders beleefden. Stefanie (43 jaar) verwoordde dit als volgt:



Jij bent degene die zwanger wordt; het gebeurt allemaal in jouw lichaam.

Dit sloot aan bij de getuigenis van Maïté (22 jaar):



Die beslissing mocht dan wel vanzelfsprekend zijn geweest, maar het concept er rond is niet vanzelfsprekend. (...) En dat was goed dat dat duidelijk was, maar er was langs de kant ook wel van, (...) dat betekent niet dat ik wil niet praten over de situatie of wat er nu aan de hand is. Daar voelde ik mij soms iets meer in de steek gelaten, ik moest daar wel ook fysiek door.

In sommige gevallen veroorzaakte dit verschil in ervaring een afstand tot de partner. In een aantal gevallen was dit slechts tijdelijk, omdat het actief bespreken ervan op de lange termijn meer nabijheid en verbinding creëerde, wat de beslissing vergemakkelijkte.

Vrouwen die eerder reeds een abortus ondergingen, voelden een sterker maatschappelijk oordeel en gaven aan bang te zijn voor het oordeel van zorgverleners. Ze schaamden zich om hen opnieuw onder ogen te komen. Bij een tweede abortus werd dit vaak aan minder mensen verteld, omwille van wat Charlie (34 jaar) accuraat beschreef:



De schaamte die ik voelde, van dit kan echt geen tweede gebeuren.

Hoewel de beslissing soms werd uitgesteld uit angst voor negatieve oordelen, had deze drempel minder impact op het verloop van het traject, aangezien deze vrouwen de vroege stadia van de zwangerschap sneller herkenden en goed op de hoogte waren van de te ondernemen stappen.

We zien dat de beslissing over abortus niet lineair verloopt, maar heen en weer gaat tussen verschillende fases. Voor sommige vrouwen was de beslissing al duidelijk nog voor ze de zwangerschap bevestigden; voor anderen ging er veel overleg aan vooraf en bleef de beslissing onzeker tot het begin van de behandeling. Hoe dan ook, ambivalente emoties beïnvloedden zowel het besluitvormingsproces als het resterende traject.

4.3 Ervaringen van en attitudes tegenover de wettelijke wachttijd

Tijdens de interviews werd gevraagd hoe de participanten de wettelijke wachttijd ervaarden. Deze **ervaringen** varieerden, hoewel er enkele duidelijke patronen zichtbaar waren in de verschillende interviews. Voor een aantal vrouwen duurde deze periode aanzienlijk langer dan de vooropgestelde zes dagen. Dit kan deels verklaard worden doordat de abortuscentra niet op elk moment van de week behandelingen uitvoeren en niet geopend zijn in het weekend. Daarnaast wordt bij een medicamenteuze abortusbehandeling – die wordt opgestart in het abortuscentrum en 24 tot 48 uur later thuis verdergezet – altijd telefonische permanentie voorzien vanuit het abortuscentrum. Hierdoor kunnen deze behandelingen niet op een vrijdag worden gestart. Wanneer er in sommige gevallen ook nog feestdagen tussen de afspraken vallen, kan de wachttijd snel oplopen. Dit was het geval voor Nisrine (30 jaar):



Dat is een beetje ongelukkig gelopen omdat er net feestdagen tussen waren, ergens in mei. Dus ik

heb twee weken moeten wachten eer dat ik echt voor de ingreep kon gaan. En dat was echt heel heel moeilijk. Want ik had echt gehoopt dat het sneller zou gaan, want toen was ik echt zeker van mijn beslissing. Ik wist van ik ga dat ook niet houden.

Echter ook in gevallen dat de wachttijd niet veel langer dan de verplichte zes dagen duurde, voelde dit voor heel wat vrouwen als een lange tijdsperiode. Helena (37 jaar) vertelde hier het volgende over:



Dat voelde allemaal eindeloos lang aan. Nu is dat raar, want het is gewoon maar een week, anderhalf. Maar dat voelde echt verschrikkelijk lang aan. Elke dag is verschrikkelijk. Ik denk dat dat veel vrouwen... (...) ik denk dat dat wel iets doet met de tijdsbeleving of zo.

Voor vrouwen die al zeker waren van hun keuze, voelde de verplichte wachttijd aan als tijdverlies wat leidde tot veel frustratie. Alice (30 jaar) verwoordde haar frustratie hierover als volgt:



Dat was absoluut niet nodig, het was contraproductief en een slechte periode en ik wilde eigenlijk helemaal niet wachten. Voor mij was het gewoon heel frustrerend om te moeten wachten, vooral heel erg frustrerend.

Andere participanten ervoeren voornamelijk gevoelens van machteloosheid. Ze gaven aan dat hun keuze al vaststond en daardoor voelde deze periode voor hen letterlijk aan als een wachttijd. Dit gevoel van machteloosheid werd ook gedeeld door Yasmina (20 jaar):



Ik had een beetje die onmacht in, van oké, wat voel ik? Ik kan nu gewoon niks doen buiten wachten (...) daar voelde ik mij heel machteloos in. Ik moest ook voor school werken, naar de jeugdbeweging gaan, mijn taken indienen en mijn eten klaarmaken, mijn was doen en al die dingen. (...) De normale wereld stopte dan niet.

In overeenstemming hiermee gaven heel wat vrouwen aan dat de verplichte wachttijd zowel mentaal als fysiek zwaar was. Uit de interviews bleek dat tijdens deze periode de zwangerschapssymptomen vaak versterkten. Het gevoel van zwanger te zijn was net iets dat veel participanten niet wilden ervaren. Ivy (28 jaar) beschreef deze ervaring als volgt:



Er groeide gewoon iets in mij wat ik niet wilde hebben. Ik voelde mij super misselijk van ochtend tot avond, dat was echt niet te doen. Misselijk en mottig, amai, dat was echt niet aangenaam. Ik had zulke harde krampen (...) dat was heel onaangenaam. En dat ik gewoon nog een extra week dat moest meemaken, dat vond ik echt niet fijn.

Enkele respondenten die minder last hadden van zwangerschapssymptomen gaven dan weer aan dat de verplichte wachttijd voor hen minder zwaar aanvoelde dan het wachten op de eerste consultatie. Tijdens deze eerste consultatie werden veel vragen beantwoord en werd er duidelijkheid geschept over wat er te verwachten was op vlak van de behandeling. Deze geruststelling maakte de verplichte wachttijd voor sommigen minder stressvol en frustrerend vergeleken met het wachten op de eerste consultatie.

Daartegenover stonden echter participanten die tijdens de wachttijd veel twijfels ervoerden. Sommige vrouwen gingen opnieuw in overleg met hun partner of anderen uit hun omgeving en voelden een sterke behoefte om in die periode te praten over hun twijfels. Anderen vertelden te beginnen te twijfelen aan hun rol als moeder en

partner. Voor Stefanie (43 jaar), die naar deze periode verwees als ‘*de twijfelweek*’, begon haar hele afweging opnieuw, zoals beschreven in deze quote:



Dan zit je verplicht die week te wachten en in die week ben ik echt mega beginnen te flippen. (...) Ik heb in die week tien verschillende lijstjes gemaakt (...) en elke dag opnieuw bij wijze van spreken. Die dingen waarom ik abortus zou doen, waren nog altijd groter, maar... aan de andere kant zit daar zo'n gigantisch emotioneel stuk aan, dat echt... Ik voelde dat ik supersterk moest zijn eigenlijk, ik had het gevoel dat ik heel de tijd tegen mijn emoties in aan het gaan was. En dat ik dan ook aan het twijfelen was, is dat dan een goed idee of zo? (...) Ja, ik vond dat eigenlijk verschrikkelijk.

Wanneer er werd gevraagd naar de **attitude** van de participant tegenover de wettelijke bepaling van de wachttijd, waren de antwoorden verschillend, maar waren er enkele duidelijke parallellen terug te vinden. Een heel aantal vrouwen gaf te vinden dat deze wachttijd een beperking van de keuzevrijheid inhoudt. Het ‘*one size fits all*’ karakter van deze verplichte wachttijd werd sterk bekritiseerd, zoals ook door Alice (30 jaar) omschreven:



Ik bedoel, de zes dagen (...) ik denk dat het gewoon nutteloos is omdat je niet kunt... Het punt is dat je niet kunt becijferen hoe lang een vrouw nodig heeft om een beslissing te nemen of van gedachten te veranderen. Maar door wetten te maken die je op iedereen moet toepassen (...) creëer je een ongelijke samenleving omdat niet iedereen in dezelfde situatie verkeert. (...) Ook die zes dagen, maar wat beslis je dan in die zes dagen?

Een aantal vrouwen gaf ook aan hoe hun kijk op de wachttijd veranderde door zelf een abortustraject af te leggen. Aanvankelijk begrepen ze dat de wachttijd verzekerde dat je niet zomaar een abortuscentrum kon binnenstappen en diezelfde dag nog de abortus kon hebben en dat het goed kon zijn om even tijd te nemen om een definitieve beslissing te maken. Nadat ze echter zelf een abortustraject aflegden en deze wachttijd moesten doorlopen gaven ze aan een weerstand te voelen. Ze argumenteerden dat je in een dergelijk traject reeds hebt gewacht, op bijvoorbeeld de eerste consultatie en dat je daarvoor reeds (ruim) de tijd nam om een beslissing te maken. Opvallend was dat in overeenstemming hiermee, een groot aantal vrouwen vertelden dat ze begrepen waarom de wachttijd er is, maar stelden dat zij hier geen baat bij hadden, vaak zelfs integendeel. Dit was wat Esmée (28 jaar) hierover zei:



Ik denk niet dat het slecht is dat dat er is. Ik kan me inbeelden, ook bij jonge meisjes, als er druk is van ouders en zo. Dat is anders. Maar voor mij, de bedenktijd, is, is, al de tijd dat je de zwangerschapstest doet, je begint al te denken.

De overtuiging dat de wachttijd nuttig en waardevol kan zijn voor vrouwen in andere situaties, kwam terug in verschillende interviews. Verder benadrukten een aantal participanten dat ze de verplichte zes dagen te lang vinden. Ook Elsa (27 jaar) voelde dit zo aan:



En die wachttijd, vind ik eigenlijk wel dat dat mag ingekort worden. Dan misschien 3 dagen denktijd of zoiets. Of naar gelang de persoon eigenlijk zelf wilt. Dat zou misschien ideaal zijn. Ja, want na zo'n gesprek wil je er eigenlijk gewoon... Ik had dat gewoon zo, na dat gesprek, gewoon op mijn gedachten stond er al op, op die abortus. (...) Die wachttijd, hé, dat is verspilling van tijd, want dan moet je nog een keer langer wachten en nog meer *bleiten*, dat is niet nuttig.

Andere geïnterviewden verklaarden dat een meer individuele aanpak op zijn plaats zou zijn en vertrouwen hierbij

op de expertise van de psychosociale hulpverleners in de abortuscentra om een inschatting te kunnen maken van hoeveel tijd er nodig is. Charlie (34 jaar) legde het uit als volgt:



Er moet altijd een gesprek zijn. Ik vind dat je met een therapeut moet praten. En dan kan die je daarbij begeleiden. (...) Ik vind, mensen moeten nog altijd begeleid worden daarin en een eerste gesprek hebben, maar dan denk ik dat je echt wel als volwassen, of dan kunnen die therapeuten ook een inschatting maken of die persoon in staat is om die beslissing op dat moment te maken.

Marie (23 jaar) verzekerde dat hierin ook een nadrukkelijke rol is weggelegd voor de vrouw haar eigen beoordelingsvermogen en de samenwerking die hierbij mogelijk is:



Ik heb er zelf die zes dagen op gewacht, maar voor mezelf, moest ik niet zeker zijn geweest, ik had er langer over gedaan. Dus ik voelde me niet echt gebonden aan die zes dagen. Gewoon dat het niet korter kon, daar zit je mee. Maar, als ze nu hadden gezegd van: “Kijk, je moet minstens een dag wachten, dan heb je nog twee weken. Als je wilt, heb je nog twee weken.” Dus, voor mij persoonlijk zou dat iets zijn dat ik liever zelf in de hand zou hebben.

Een betekenisvolle parallel die getrokken kan worden doorheen de verschillende antwoorden, is dat het verplichte karakter van de zes dagen wachttijd door nagenoeg alle participanten werd geproblematiseerd. Dit werd duidelijk verwoord door Stefanie (43 jaar):



En nu denk ik, eigenlijk zou het toch wel moeten kunnen, dat je de keuze hebt. Dat, je gaat op gesprek en van: “Kijk, we kunnen het doen, je kunt er op een nacht over slapen, kom overmorgen weer terug.” Dat je eigenlijk die keuze hebt en niet dat je verplicht wordt om te wachten.

5 Conclusie

Wereldwijd eindigt ongeveer de helft van de ongeplande zwangerschappen in een abortus, waarbij het merendeel van deze zwangerschapsafbrekingen plaatsvindt in het eerste trimester.^{21,22} In België geldt momenteel een wettelijke limiet van 12 weken zwangerschap, met een verplichte wachttijd van zes dagen tussen de eerste consultatie en de behandeling. Deze bepalingen werden historisch ingevoerd met het oog op een zorgvuldige besluitvorming, maar staan steeds meer onder druk naarmate internationale literatuur wijst op de psychosociale en logistieke drempels die dergelijke beperkingen met zich meebrengen.^{14,23,24} Vooral vrouwen in een sociaaleconomisch kwetsbare positie lijken onevenredig hard getroffen te worden door deze wettelijke grenzen, zowel in de Belgische als in de internationale context.^{4,25,26}

Deze studie draagt bij aan dit debat door op een systematische manier de trajecten tot abortuszorg in Vlaanderen in kaart te brengen. Zowel kwantitatieve als kwalitatieve analyses tonen aan dat vrouwen met uiteenlopende achtergronden, leeftijden en gezinsvormen **drempels ervaren in elk van de fases van hun abortustraject**. Deze drempels situeren zich niet enkel in de formele toegang tot zorg, maar ook in het vroege bewustwordingsproces van de zwangerschap, in de besluitvorming, en in de concrete stappen naar zorgverlening. Hoewel sommige obstakels individueel of contextueel bepaald zijn, wijzen de consistentie en prevalentie ervan op onderliggende structurele drempels.

Een belangrijk patroon dat in deze studie tot uiting komt, is dat **vertragingen in het traject zich hoofdzakelijk situeren in de vroege fasen**: het vermoeden van zwangerschap, het afnemen van een test, en het initiëren van contact met het abortuscentrum. In deze fases speelt beperkte kennis over de organisatie van abortuszorg een cruciale rol, waarbij sommige vrouwen eerst andere gezondheidswerkers (bijv. huisarts of gynaecoloog) contacteren vooraleer ze een afspraak voor een eerste consultatie in het abortuscentrum maken. Daarnaast hebben misvattingen over de eigen vruchtbaarheid, onregelmatige menstruatiecycli of atypische symptomen geleid tot het laatijdig vermoeden of bevestigen van de zwangerschap – een bevinding die ook in internationale literatuur terugkeert.^{27,28} Bovendien blijkt dat gevoelens van schaamte, interne twijfel of externe druk het besluitvormingsproces complexer maken, hetgeen niet zelden leidt tot uitstel van actie.

Vrouwen die zich later aanmelden, doorlopen deze eerste stappen in het traject aanzienlijk trager. Uit onze data blijkt dat het gemiddeld aantal dagen tussen het vermoeden van zwangerschap en de contactopname met het abortuscentrum meer dan twee weken verschild tussen vroege en latere aanmeldingen. In tegenstelling tot wat soms wordt aangenomen, **ligt de vertraging dus zelden bij de zorgverlening voor abortus**, maar veeleer bij de toegangs drempels vóór het formele traject aanvangt. Het gaat hier dan ook om structurele en informatieve drempels die beleidsmatig vatbaar zijn voor verbetering.

Opvallend is verder dat, **hoewel het besluit om tot abortus over te gaan vaak als moeilijk wordt ervaren, de overgrote meerderheid van vrouwen reeds zeker is van haar beslissing op het moment van de eerste consultatie**. Zowel uit de kwantitatieve bevraging als uit de diepte-interviews blijkt dat deze beslissing doorgaans voorafgaand aan deze consultatie genomen wordt. Dit ondermijnt het fundamentele uitgangspunt van de verplichte wachttijd, die als doel heeft de zwangere vrouw voldoende tijd te geven om met kennis van zaken te kunnen beslissen over een eventuele abortus. Onze resultaten tonen echter aan dat deze bedenktijd grotendeels plaats vindt voor de eerste consultatie. Bovendien wordt de wachttijd vaak als een psychologisch belastende periode ervaren waarin gevoelens van machteloosheid, stress en fysieke ongemakken worden versterkt. Vrouwen geven aan dat deze periode weinig bijdraagt aan hun besluitvorming, maar het traject wel nodeloos verlengt. Tegelijkertijd blijkt uit onze data dat sommige vrouwen wel degelijk baat hebben bij extra tijd en ruimte voor reflectie, zeker wanneer er nog twijfel bestaat of wanneer de sociale context complex is.

Op basis van deze bevindingen stellen wij dat **het verplicht karakter van de wachttijd problematisch is**. Een uniforme wachttijd miskent de grote variatie in trajecten en beslissingsprocessen, en werkt in haar huidige vorm ongelijkheid in de hand. We bepleiten dan ook een overgang naar een meer geïndividualiseerd model, waarin ruimte wordt gelaten voor optionele bedenktijd op vraag van de vrouw of op indicatie van de zorgverlener. Daarbij dient de autonomie van vrouwen in het nemen van reproductieve beslissingen centraal te staan, zonder hen te onderwerpen aan paternalistische vertragsmechanismen.

De keuze om de huidige wettelijke grens voor abortus op verzoek op 12 weken zwangerschap te leggen blijkt voornamelijk pragmatisch van aard te zijn, en niet gebaseerd op een specifiek biomedisch kantelmoment in de ontwikkeling van de foetus, maar eerder op praktische overwegingen.^{x1} In andere landen wordt de wettelijke grens voor zwangerschapsafbreking doorgaans bepaald op basis van een ethische afweging tussen de morele status van de foetus en het zelfbeschikkingsrecht van de zwangere persoon, waarbij het moment waarop de morele status wordt toegekend sterk verschilt. In sommige landen wordt zwangerschapsafbreking vrijwel volledig verboden vanaf conceptie (zoals in Polen, Malta en Amerikaanse staten zoals Oklahoma, Arkansas, en Missouri) of vanaf het detecteren van hartactiviteit (zoals in Texas, Georgia en South Carolina). Daartegenover staan landen (zoals Nederland, het Verenigd Koninkrijk, IJsland en Amerikaanse staten als New York en Californië) waar de grens voor abortus op verzoek ligt rond het moment van levensvatbaarheid. Net zoals in België het geval is, blijft hier zwangerschapsafbreking ook nadien nog mogelijk bij (zeer) ernstige medische indicaties. Deze internationale variatie onderstreept dat het wettelijke kader rond abortus onvermijdelijk normatief geladen is, en bijgevolg voortdurend getoetst moet worden aan actuele wetenschappelijke inzichten, maatschappelijke waarden en de feitelijke noden van zij die abortuszorg nodig hebben.

In het licht van deze bevindingen **ondersteunen onze resultaten de aanbevelingen van het experten-comité dat in opdracht van de federale regering adviseerde om de wettelijke termijn voor abortus te verlengen en de wachttijd te herzien.** Onze studie toont aan dat deze wettelijke bepalingen in hun huidige vorm niet alleen tekortschieten in hun veronderstelde doelstelling, maar ook disproportioneel nadelig zijn voor vrouwen in kwetsbare situaties. Een herziening van het wettelijk kader is noodzakelijk om de toegang tot abortuszorg eerlijker, efficiënter en respectvoller te maken.

^{x1} Enkele biologische mijlpalen – zoals de vorming van de neurale buis, de eerste functionele hartactiviteit, en de initiële ontwikkeling van het cardiopulmonaal systeem – liggen vóór deze grens, terwijl andere mijlpalen na deze grens van 12 weken liggen, met levensvatbaarheid buiten de baarmoeder op 22 tot 24 weken en het begin van bewuste pijnperceptie wellicht niet voor 28 weken. In die zin is het niet evident om 12 weken als een biomedisch dwingend grensmoment te beschouwen. De Belgische keuze voor deze termijn werd dan ook overwegend ingegeven door praktische overwegingen: rond 11 à 12 weken laat prenatale diagnostiek toe om bepaalde ernstige afwijkingen bij de foetus vast te stellen, de overgrote meerderheid van de abortussen vindt in de praktijk vóór deze termijn plaats (97 à 98%), en tot 12 weken kunnen relatief eenvoudige technieken zoals zuigcurettage of vacuümaspiratie worden toegepast, hoewel dit in sommige gevallen ook nog iets later mogelijk is.

6 Bijlagen

6.1 Bijlage 1: Beschrijving van de kwantitatieve steekproef

Beschrijving van de steekproef – 532 vrouwen startten onze vragenlijst, 498 cases waren voldoende ingevuld en geïnccludeerd in de analyse. Voor 469 cases kon een match gevonden worden in de patiënt records van de abortuscentra, wat zorgde voor inzicht in de sociodemografische gegevens. In Tabel 6 is een percentageverdeling van de steekproef opgenomen die inzicht biedt in de sociodemografische kenmerken van respondenten in deze studie. 3,0% van de steekproef was jonger dan 18 jaar, 5,9% was tussen 18 en 18 jaar oud; de leeftijdsgroepen 20-24, 25-29 en 30-34 representeerden respectievelijk 22,3%, 28,0% en 22,1%. Vrouwen ouder dan 35 jaar vormden 18,7% van de steekproef. De meerderheid van de respondenten (62,0%) had geen kinderen op het moment van de deelname, terwijl 38,0% reeds één of meer kinderen had.

Op vlak van opleiding kende onze steekproef een gelijkaardige verdeling tussen kort- en langgeschoolden. 50,1% had maximaal een diploma hoger middelbaaronderwijs behaald en 49,9% had een diploma hoger onderwijs behaald. Ongeveer drie-vierde van de steekproef was werkend (74,0%), 12,5% was werkloos en 13,6% bestond uit studenten. De meerderheid van de respondenten had de Belgische nationaliteit (81,6%) en kleinere groep had een niet-Belgische nationaliteit (18,4%). 70,6% van de respondenten was in een relatie terwijl 29,4% niet in een relatie was op het moment van de abortusaanvraag.

Onze respondenten waren redelijk gelijkaardig verdeeld over de verschillende abortuscentra: 22,4% meldde zich aan in Brussel; 21,8% ging naar het LUNA-abortuscentrum in Gent; 20,6% kwam uit Hasselt en eveneens 20,6% uit Oostende; een kleiner aandeel respondenten meldde zich aan in het LUNA-abortuscentrum in Antwerpen (14,5%). De grote meerderheid meldde zich aan voor een abortus vóór de zwangerschapsduur van zes weken en één dag (86,4%). We kozen voor deze verdeling aangezien een medicamenteuze abortusbehandeling beschikbaar is tot uiterlijk zeven weken zwangerschapsduur en er rekening moet gehouden worden met de verplichte wachttijd van zes dagen. Een zwangerschapsduur van zes weken en één dag vormt met andere woorden de cut-off voor een medicamenteuze abortusbehandeling. 11,2% meldde zich aan na deze cut-off, tot en met 11 weken zwangerschapsduur. 2,4% van de steekproef meldde zich aan voorbij 11 weken zwangerschap wat impliceert dat de zwangerschap gevorderd was tot zeer dicht tegen of voorbij de wettelijke termijn. 81,4% had nog geen abortus gehad voor deze abortusaanvraag, 18,6% had reeds eerder één of meerdere abortussen.

Selectiviteit van de steekproef – Om een inzicht te geven in de verschillen tussen onze steekproef en de populatie van vrouwen die een abortusaanvraag deed, in een LUNA abortuscentrum, tijdens de looptijd van onze survey, werd er in Tabel 6 een vergelijking opgenomen.

Hieruit blijkt dat de verdeling naar leeftijd voor de steekproef en de populatie grotendeels overeenkomt. Dit geldt ook voor de arbeidssituatie, relatiestatus, met een afwijking steeds kleiner dan 5%. Vrouwen die reeds één of meer kinderen hebben, waren ondervertegenwoordigd in de steekproef (-14%). Dit geldt ook voor respondenten met een niet-Belgische nationaliteit (-10%). Wanneer we kijken naar de geografische spreiding van onze steekproef zien we dat respondenten uit Antwerpen sterk ondervertegenwoordigd zijn (-17,6%) en respondenten uit Brussel (+12,1%) en Oostende (+8,7%) oververtegenwoordigd. Voor respondenten die zich aanmeldden in Gent en Hasselt was de afwijking steeds kleiner dan 5%. Op vlak van de zwangerschapsduur bij de eerste consultatie, was de groep die zich tussen acht weken en twee dagen en 13 weken zwangerschapsduur aanmeldde net oververtegenwoordigd (+5,3%), voor de andere twee groepen was de over- of ondervertegenwoordiging minimaal en steeds kleiner dan 5%. Verder zijn de vrouwen die reeds eerder een abortus hadden sterk ondervertegenwoordigd in onze steekproef (-17,6%).

Voor deze studie werd gebruik gemaakt van een convenience steekproef. Bijgevolg zijn de resultaten niet representatief voor de gehele populatie van vrouwen die een abortus aanvroegen in één van de LUNA

abortuscentra. Onderzoek toont immers aan dat convenience steekproeven steeds te maken hebben met selectieve non-respons²⁹. Gezien de vragenlijst beschikbaar was in het Nederland, Frans en Engels dienden respondenten één van deze talen voldoende te beheersen als voorwaarde om te kunnen deelnemen aan het onderzoek. Verder werd de vragenlijst enerzijds mogelijks voornamelijk ingevuld door vrouwen die een traject hebben afgelegd waarin ze verschillende drempels zijn tegengekomen en hierover gehoord willen worden. Anderzijds werd de vragenlijst mogelijks veeleer ingevuld door vrouwen die een vlot traject hebben afgelegd en dit willen delen of een bijdrage willen leveren aan het doorbreken van het heersend taboe rond abortus. Daarnaast blijft abortus, omwille van dit taboe en het persistente stigma een erg gevoelig onderwerp wat vrouwen er kan van hebben weerhouden te rapporteren over hun persoonlijke ervaringen.

Tabel 6. Beschrijving van de kwantitatieve steekproef

Kenmerk	Steekproef % (n = 469)	Populatie % (n = 9345)
Leeftijd		
< 18	3,0	3,1
18-19	5,9	5,8
20-24	22,3	20,2
25-29	28,0	24,0
30-34	22,1	23,9
≥ 35	18,7	23,0
Pariteit		
geen kinderen	62,0	48,0
één of meer kinderen	38,0	52,0
Opleiding		
secundair onderwijs of lager	50,1	63,2
hoger onderwijs	49,9	36,8
Arbeidssituatie		
werkend	74,0	72,5
student	13,6	11,3
werkloos	12,5	16,2
Nationaliteit		
Belgisch	81,6	71,6
niet-Belgisch	18,4	28,4
Relatiestatus		
in een relatie	70,6	71,6
niet in een relatie	29,4	28,4
Centrum		
Antwerpen	14,5	32,1
Brussel	22,4	10,3
Gent	21,8	25,4
Hasselt	20,6	20,3
Oostende	20,6	11,9
Zwangerschapsduur bij eerste consultatie		
≤ 6 weken, 1 dag	86,4	81,6
6 weken, 2-6 dagen - 11 weken	11,2	16,5
> 11 weken	2,4	1,9
Eerder abortus		
nee	81,4	63,8
ja	18,6	36,2

6.2 Bijlage 2: Beschrijving van de kwalitatieve steekproef

Beschrijving van de steekproef – Deze analyse is gebaseerd op een kleinschalige kwalitatieve steekproef (n = 29), zoals beschreven in Tabel 7. Onze steekproef bestond voornamelijk uit werkende (n = 23) en langgeschoolde (n = 27) vrouwen die ten tijde van het abortustraject een relatie hadden (n = 20) en geen kinderen hadden (n = 23). De zwangerschappen van de meeste participanten hadden bij de eerste consultatie een zwangerschapsduur tot en met zes weken (n = 24) een kleinere groep was gevorderd voorbij zes weken (n = 5). De meerderheid had een abortus (n = 26), waarvan de meesten een zuigcurettage in het abortuscentrum hadden (n = 16) en een kleinere groep een medicamenteuze abortus had thuis (n = 10). Eén participant kreeg een miskraam tijdens de wachttijd en twee vrouwen kozen ervoor hun zwangerschap voort te zetten. Een klein aantal participanten (n = 4) gaf aan dat ze eerder een abortus hadden ondergaan.

Tabel 7. Beschrijving van de kwalitatieve steekproef

Kenmerk	Aantal participanten (n = 29)
Leeftijd	
20-24	6
25-29	9
30-34	5
≥ 35	9
Pariteit	
geen kinderen	23
één of meer kinderen	6
Opleiding	
maximaal hoger middelbaar onderwijs	2
maximaal hoger onderwijs	27
Werksituatie	
werkend	23
student	5
werkloos	1
Relatiestatus	
in een relatie	20
niet in een relatie	9
Zwangerschapsduur bij eerste consultatie	
≤ 6	24
> 6	5
Uitkomst traject	
abortus	26
medicamenteuze behandeling	10
zuigcurettage	16
miskraam	1
voortgezette zwangerschap	2
Eerder abortus	
nee	25
ja	4

Selectiviteit van de steekproef – Onze studie is gebaseerd op de verhalen van vrouwen die op eigen initiatief deelnamen, de steekproef bestond voornamelijk uit langgeschoolde, werkende, volwassen vrouwen. Hun geprivilegieerde positie maakt dat de drempels die zij hebben ervaren in hun traject tot abortuszorg ook aanwezig zullen zijn voor de volledige populatie en bovendien grotere implicaties zullen hebben. Daarnaast zullen vrouwen die verkozen niet aan het onderzoek deel te nemen, ervaringen hebben die verschillen van de hier gepresenteerde verhalen.

Genuanceerde perspectieven van adolescenten, kortgeschoolde vrouwen en vrouwen met een migratieachtergrond ontbreken. Omdat deelnemers vlot Nederlands of Engels dienden te spreken, konden drempels die specifiek zijn voor groepen die deze talen niet beheersen over het hoofd worden gezien. Dit zijn vaak mensen met een migratieachtergrond, anderstalige studenten of mogelijk mensen zonder legale verblijfsstatus.

7 Referenties

1. National Evaluation Committee on Termination of Pregnancy. (2023). *Report for the benefit of Parliament January 1st 2020 - December 31st 2021*. <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/advies-en-overlegorgaan/commissies/nationale-evaluatiecommissie-zwangerschapsafbreking>
2. Law on the Termination of Pregnancy, Article 2, amending Article 350 of the Belgian Penal Code, April 3. (1990). http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1867060801&table_name=wet
3. Law on the Termination of Pregnancy, Repeal of Articles 350 and 351 of the Belgian Penal Code, amending Articles 352 and 383 of the same Code and amending various legal provisions, October 15, (2018). http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=20181015032018
4. Van de Velde, S., Van Eekert, N., Van Assche, K., Sommerland, N., & Wouters, E. (2019). Characteristics of Women Who Present for Abortion Beyond the Legal Limit in Flanders, Belgium. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 51(3), 175-183. <https://doi.org/10.1363/psrh.12116>
5. Jovel, I., Cartwright, A. F., Ralph, L., & Upadhyay, U. D. (2021). Abortion waiting periods and decision certainty among people searching online for abortion care. *Obstetrics & Gynecology*, 137(4), 597-605.
6. De Londras, F., Cleeve, A., Rodriguez, M. I., Farrell, A., Furgalska, M., & Lavelanet, A. (2022). The impact of mandatory waiting periods on abortion-related outcomes: a synthesis of legal and health evidence. *BMC public health*, 22(1), 1232.
7. Guttmacher Institute. (2025, 2nd of January). *Counseling and Waiting Period Requirements for Abortion*. Retrieved 19th of March from <https://www.guttmacher.org/state-policy/explore/counseling-and-waiting-periods-abortion>
8. Wetenschappelijk Comité ter evaluatie van de abortuswet- en praktijk in België. (2023). *Studie en evaluatie van de abortuswet- en praktijk in België*.
9. Purcell, C., Cameron, S., Caird, L., Flett, G., Laird, G., Melville, C., & McDaid, L. M. (2014). Access to and Experience of Later Abortion: Accounts from Women in Scotland. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 46(2), 101-108. <https://doi.org/https://doi.org/10.1363/46e1214>
10. Drey, E. A., Foster, D. G., Jackson, R. A., Lee, S. J., Cardenas, L. H., & Darney, P. D. (2006). Risk factors associated with presenting for abortion in the second trimester. *Obstetrics & Gynecology*, 107(1), 128-135.
11. Foster, D. G., Jackson, R. A., Cosby, K., Weitz, T. A., Darney, P. D., & Drey, E. A. (2008). Predictors of delay in each step leading to an abortion. *Contraception*, 77(4), 289-293.
12. Foster, D. G., Gould, H., & Biggs, M. A. (2021). Timing of pregnancy discovery among women seeking abortion. *Contraception*, 104(6), 642-647. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.07.110>
13. Lee, E., & Ingham, R. (2010). Why do women present late for induced abortion? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 24(4), 479-489. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2010.02.005>
14. Finer, L. B., Frohworth, L. F., Dauphinee, L. A., Singh, S., & Moore, A. M. (2006). Timing of steps and reasons for delays in obtaining abortions in the United States. *Contraception*, 74(4), 334-344. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.contraception.2006.04.010>
15. Wallays, A., & Van de Velde, S. (2024). Abortion Trajectory, Timing, and Access Study (ATTAS): study protocol. *Archives of Public Health*, 82(1), 211. <https://doi.org/10.1186/s13690-024-01418-x>
16. Charan, J., & Biswas, T. (2013). How to calculate sample size for different study designs in medical research? *Indian journal of psychological medicine*, 35(2), 121-126.
17. Coast, E., Norris, A. H., Moore, A. M., & Freeman, E. (2018). Trajectories of women's abortion-related care: A conceptual framework. *Social Science & Medicine*, 200, 199-210. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.01.035>
18. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
19. Braun, V., & Clarke, V. (2023). Is thematic analysis used well in health psychology? A critical review of published research, with recommendations for quality practice and reporting. *Health Psychology Review*, 17(4), 695-718. <https://doi.org/10.1080/17437199.2022.2161594>
20. Stevens, P. (2022). *Qualitative Data Analysis: Key Approaches*. SAGE.

21. Singh, S., Sedgh, G., & Hussain, R. (2010). Unintended pregnancy: worldwide levels, trends, and outcomes. *Stud Fam Plann*, 41(4), 241-250. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2010.00250.x>
22. Sedgh, G., Singh, S., & Hussain, R. (2014). Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. *Stud Fam Plann*, 45(3), 301-314. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2014.00393.x>
23. Hanschmidt, F., Linde, K., Hilbert, A., Riedel-Heller, S. G., & Kersting, A. (2016). Abortion stigma: a systematic review. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 48(4), 169-177.
24. Gerdt, C., DeZordo, S., Mishtal, J., Barr-Walker, J., & Lohr, P. A. (2016). Experiences of women who travel to England for abortions: an exploratory pilot study. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 21(5), 401-407. <https://doi.org/10.1080/13625187.2016.1217325>
25. Jones, R. K., & Finer, L. B. (2012). Who has second-trimester abortions in the United States? *Contraception*, 85(6), 544-551. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2011.10.012>
26. Loeber, O., & Wijnen, C. (2008). Factors influencing the percentage of second trimester abortions in the Netherlands. *Reproductive health matters*, 16(sup31), 30-36.
27. Kiley, J. W., Yee, L. M., Niemi, C. M., Feinglass, J. M., & Simon, M. A. (2010). Delays in request for pregnancy termination: comparison of patients in the first and second trimesters. *Contraception*, 81(5), 446-451. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2009.12.021>
28. Ingham, R., Lee, E., Clements, S. J., & Stone, N. (2008). Reasons for Second Trimester Abortions in England and Wales. *Reproductive health matters*, 16(31(Suppl)), 18-29. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(08\)31375-5](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(08)31375-5)
29. Ellis, S. F., Savchenko, O. M., & Messer, K. D. (2023). Is a non-representative convenience sample of adults good enough? Insights from an economic experiment. *Journal of the Economic Science Association*, 9(2), 293-307. <https://doi.org/10.1007/s40881-023-00135-5>