

# ‘Ik kan’



Zorgethisch, fenomenologisch onderzoek naar de geleefde ervaring van mensen die de abortuspil namen op basis van zorgethische, fenomenologische, apofatische *arts-based* methoden.

Een onderzoek en masterscriptie van Rianne van Hassel

in samenwerking met Ank Daamen, Merel, Puck, Sarah en Noortje.

# ‘Ik kan’

*Zorgethisch, fenomenologisch onderzoek naar de geleefde ervaring van mensen die de abortuspil namen op basis van zorgethische en apofatische arts-based fenomenologische methoden.*

Een onderzoek en masterscriptie van Rianne van Hassel  
In samenwerking met Ank Daamen, Merel, Puck, Sarah en Noortje.

R.E. van Hassel | riannevanhassel@gmail.com  
ZEB-70, Masterscriptie | Universiteit voor Humanistiek, 2023  
Eerste lezer: Rodante van der Waal | Tweede lezer: Merel Visse  
Datum: 13 september 2023

Aantal woorden: 24.989

# Inhoudsopgave

AANLEIDING .....	5
<b>1. PROBLEEMSTELLING EN RELEVANTIE .....</b>	<b>7</b>
1.1 MAATSCHAPPELIJKE PROBLEEMSTELLING .....	7
1.2 WETENSCHAPPELIJKE PROBLEEMSTELLING .....	9
1.3 VRAAGSTELLING.....	10
1.3.1 <i>Hoofdvraag</i> .....	10
1.3.2 <i>Deelvragen</i> .....	10
1.4 DOELSTELLING .....	11
1.4.1 <i>Interne doelstelling</i> .....	11
1.4.2 <i>Externe doelstelling</i> .....	11
<b>2. BENADERING EN WERKWIJZE.....</b>	<b>12</b>
2.1 BENADERING ZORGETHIEK EN FENOMENOLOGIE .....	12
2.2 METHODE: UTRECHTSE ZORGETHIEK EN APOFATISCHE <i>ARTS-BASED</i> FENOMENOLOGIE .....	13
2.3 FEMINISTISCHE, ZORGETHISCHE EN ABOLITIONISTISCHE AANDACHTPUNTEN BIJ EEN FENOMENOLOGISCHE BENADERING EN METHODE .....	14
2.4 CASUSDEFINITIE .....	16
2.5 EMPIRISCHE DATAVERZAMELING EN DATA-ANALYSE .....	19
2.6 KWALITEITSCRITERIA .....	21
2.7 DATAMANAGEMENTPLAN EN ETHISCHE OVERWEGINGEN.....	22
2.8 HIATEN EN ONVOLKOMENHEDEN.....	23
<b>3. THEORETISCHE LENS: ABORTUS, LICHAAMELIJKHEID EN (GOEDE) ZORG.....</b>	<b>25</b>
3.1 PLAATSBEPALING VAN ABORTUS OP BASIS VAN VERSCHILLENDE VORMEN VAN FEMINISME EN ZORGETHISCHE EN HISTORISCHE LITERATUUR.....	25
3.2 LICHAAMELIJKHEID .....	28
3.2.1 <i>Belichaamde kennis als bruggenbouwer</i> .....	28
3.2.2 <i>Het lichaam in de wereld – contextualiteit van de ervaring</i> .....	29
3.2.3 <i>Het lichamelijke ‘ik kan (niet)’ – zelfbeschikking op basis van relationaliteit, afhankelijkheid en         wederkerigheid</i> .....	33
3.3 GOEDE DEKOLONIALE ZORG .....	37
3.4 CONCLUDEREND: DE THEORETISCHE LENS VOOR DIT ONDERZOEK CONCREET GEMAAKT.....	38
<b>4. EMPIRISCHE BEVINDINGEN.....</b>	<b>40</b>
4.1 BEPERKT WORDEN: DE ERVARING VAN ONGEWENST TOT STILSTAND KOMEN .....	41
4.2 CONTROLEVERLIJES: DE ERVARING VAN ‘BEWOGEN WORDEN’ EN DAAR MEE OMGAAN.....	44
4.3 ALLEEN ZIJN: DE ERVARING VAN HET IN DE KERN ALLEEN DOEN .....	50
4.4 BETEKENIS (NIEUW) LEVEN: DE ERVARING VAN HOE BETEKENIS GEVEN DOORWERKT IN HET PROCES VAN DE ABORTUS EN DAARNA .....	54

4.5 (VERINNERLIJKE) OORDELEN: DE ERVARING VAN ER NIET HELEMAAL MOGEN ZIJN.....	58
4.6 TRANSFORMATIE: DE ERVARING NIET MEER DEZELFDE TE ZIJN .....	61
4.7 DEELCONCLUSIE HOOFDSTUK 4 .....	64
<b>5. ZORGETHISCHE ANALYSE.....</b>	<b>66</b>
5.1 MEDICAMENTEUZE ABORTUS: UITING VAN ETHISCHE ZELFBESCHIKKING .....	67
5.2 EXTERN BEPAALDE ‘IK KAN NIET’ IN HET PROCES VAN EEN MEDICAMENTEUZE ABORTUS .....	68
5.3 GEREMDE INTENTIONALITEIT .....	69
5.3.1 <i>Schijnbaar extern beperkende factoren</i> .....	70
5.3.2 <i>Schijnbaar beperkende factor van binnenuit</i> .....	71
5.4 DE ABOLITIONISTISCHE WEG VAN ‘IK KAN NIET’ NAAR GOEDE DEKOLONIALE ZORG.....	73
5.5 DEELCONCLUSIE HOOFDSTUK 5 .....	74
<b>6. CONCLUSIE .....</b>	<b>76</b>
<b>7. BEPERKINGEN, DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN .....</b>	<b>79</b>
7.1 BEPERKINGEN, DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN MET BETREKKING TOT MIJ ALS ONDERZOEKER.....	79
7.2 BEPERKINGEN, DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN MET BETREKKING TOT DE MAATSCHAPPIJ EN WETENSCHAP.....	80
<b>NAWOORD .....</b>	<b>82</b>
<b>LITERATUURLIJST.....</b>	<b>83</b>
<b>BIJLAGEN .....</b>	<b>92</b>
BIJLAGE 1: WERVING DEELNEMERS .....	92
BIJLAGE 2: OPZET INTERVIEWS .....	95
BIJLAGE 3: VOORBEELD VAN APOFATISCHE ANALYSE .....	96
BIJLAGE 4: APOFATISCHE PORTRETTELEN IN BOEKVORM .....	105
BIJLAGE 5: GROVE OPZET VOOR GESPREK MET DEELNEMERS N.A.V. HET WERK .....	150
BIJLAGE 6: PASSAGES UIT METHODOLOGISCHE EN REFLEXIEF DAGBOEK .....	152
BIJLAGE 7: DATAMANAGEMENTPLAN .....	156
BIJLAGE 8: INFORMATIEBRIEF EN INFORMED CONSENT-FORMULIER DEELNEMERS.....	162
BIJLAGE 9: FORMULIER T.B.V. ETHISCHE TOETSING .....	169
BIJLAGE 10: FYSIEKE VERSCHIJNSELEN MEDICAMENTEUZE ABORTUS EN ERVARINGEN VAN HET CONTACT MET DE KLINIEK.....	181

## Aanleiding

Op 25 december 2022 diende dit onderwerp voor mijn masterscriptie Zorgethiek en Beleid zich aan in de vorm van een krantenartikel.<sup>1</sup> Er werd aandacht besteed aan het wetsvoorstel om de abortuspil ook door de huisarts te kunnen laten verstrekken. Mijn aandacht werd echter gewekt door het feit dat het artikel vermeldde dat er nog geen representatief onderzoek was gedaan naar de ervaring van Nederlandse mensen met abortus en dus ook niet met de abortuspil. Tijdens de studie Zorgethiek en beleid raakte ik er (extra) van doordrongen van de overtuiging dat goede zorg begint bij het werkelijk horen van de behoeftes van de zorgontvanger. Ook nam ik zelf ooit deze medicatie om een miskraam die niet op gang kwam, toch in gang te zetten. Een gynaecoloog vertelde mij dat ik voorbereid moest zijn op een kleine bevalling, iets wat in mij veel angst losmaakte, omdat ik nooit eerder bevallen was, geen idee had wat me te wachten stond en me daarom alleen voelde.

Verklaren en cognitief beredeneren treden in mijn leven als een soort automatisme op de voorgrond. Ik lijk daarin een kind van de liberale, positivistische en eurocentrische tijd te zijn (Zie o.a. De Sousa Santos, 2018; Ruddick, 1989). Door de tijd heen heb ik geleerd om meer te luisteren naar wat andere (kennis)bronnen in mij en in anderen te zeggen hebben en hoe waardevol dat is. Daarom concentreer ik me in dit onderzoek op diepgaand begrijpen in plaats van verklaren. Met het diepgaand begrijpen van ervaringen van mensen die een medicamenteuze abortus doormaken, wil ik deze mensen een stem geven in gesprekken over wat goede zorg én regelgeving voor hen is. Daarmee hoop ik dat dit onderzoek ook transformatief van aard zal zijn en bijdraagt aan rechtvaardigheid op het gebied van reproductie: “(...) *the human right to maintain personal bodily autonomy, have children, not have children, and parent the children we have in safe and sustainable communities.*”<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Nieber, L., & Bos, K. (2022, 26 november). Abortuspil via de huisarts: goed plan of niet? *NRC*. <https://www.nrc.nl/nieuws/2022/11/25/abortuspil-via-de-huisarts-goed-plan-of-niet-a4149473>

<sup>2</sup> Ik werd geraakt door deze definitie van *reproductive justice* van Sister Song, die is gebaseerd op dat wat Zwarte voormoeders van de Amerikaanse oprichters van deze organisatie dertig jaar geleden claimde als Reproductieve rechtvaardigheid.

Sister Song. (z.d.). *Reproductive justice*. Geraadpleegd op 3 december 2022, van <https://www.sistersong.net/reproductive-justice>

Twee onderzoeken hebben mij hierin geïnspireerd: Van Wijngaarden (onder andere: 2015) verdiepte zich in de geleefde ervaring van ‘voltooid leven’. Zij deed dit in een tijd waarin reeds wetsvoorstellen werden gedaan voor het toekennen van euthanasie wanneer iemand het leven als voltooid beschouwt. Banerjee & Sharma (publicatie in 2023) onderzochten de ethische implicaties van een nieuw ingevoerde Indiase wet op het gebied van draagmoederschap, door na te gaan wat die wet in praktijk betekent voor de (kwetsbaarheid van) draagmoeders. Beide onderzoeken zetten in feite een stap terug: een wet is in de maak of zelfs al ingevoerd, maar wat zijn de geleefde ervaringen van de mensen op wie deze regelgeving van toepassing is?

# 1. Probleemstelling en relevantie

## 1.1 Maatschappelijke probleemstelling

De behandeling met een abortuspil wordt in Nederland ook wel medicamenteuze abortus of thuis-abortus genoemd en bestaat in werkelijkheid uit meerdere pillen van Mifepristone en/of Misoprostol.<sup>3</sup> Deze medicatie kan veilig genomen worden tot 12 weken zwangerschap, zonder enige tussenkomst van een medisch zorgverlener.<sup>4</sup> De Wereldgezondheidsorganisatie noemt deze medicamenteuze behandeling dan ook zelfzorg of *self-managed* abortus.<sup>5</sup> In Nederland worden de pillen ondanks bovenstaand advies verstrekt door een zorgverlener tót een zwangerschapsduur van negen weken. Dit was tot voor kort uitsluitend mogelijk in abortusklinieken met een speciale vergunning.<sup>6</sup>

Op zes december 2022 kwam daar in Nederland verandering in: door een wetswijziging kunnen huisartsen die hiervoor scholing hebben ontvangen, deze medicatie ook verstrekken, weer tot een zwangerschapsduur van negen weken. Omdat abortus in Nederland, in het wetboek van strafrecht staat, valt het niet binnen de reguliere zorg. Huisartszorg is wel reguliere zorg en hierdoor had het aannemen van de wet wat voeten in aarde. Nu dit politieke besluit is genomen, worden mogelijke drempels tot abortuszorg, zoals de te reizen afstand en het geïnstitutionaliseerde taboe<sup>7</sup>, wellicht verkleind (Holten et al., 2021).<sup>8</sup> De verwachting is

---

<sup>3</sup> Women on Web. (z.d.) *Abortion Pill Guide: Everything you need to know*. Geraadpleegd op 9 januari 2023, van <https://www.womenonweb.org/nl/abortion-pill>

<sup>4</sup> Idem;

WHO. (2022). WHO Guideline on Self-care Interventions for Health and Well-being, 2022 Revision. [www.who.int](http://www.who.int). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052192>

<sup>5</sup> WHO. (2022). WHO Guideline on Self-care Interventions for Health and Well-being, 2022 Revision. [www.who.int](http://www.who.int). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052192>

<sup>6</sup> Gynaecologen verstrekken de medicatie ook in het geval van een incomplete miskraam.

<sup>7</sup> Humanistisch Verbond. (2022, 10 oktober). *Nederlanders praten niet snel over abortus*. Geraadpleegd op 9 januari 2023, van <https://www.humanistischverbond.nl/nederlanders-praten-niet-snel-over-abortus/>

<sup>8</sup> Van Der Burgh, R. (2022b). De polarisatiepil. *De Groene Amsterdammer*. <https://www.groene.nl/artikel/de-polarisatiepil>;

Clara Wichmann. (2022, 15 maart) *Bijna is het zover: de abortuspil bij de huisarts*. Geraadpleegd op 9 januari 2023, van <https://clara-wichmann.nl/nieuws/bijna-is-het-zover-de-abortuspil-bij-de-huisarts/>

Belangrijk om hier bij te vermelden is dat mensen die nog niet lang, tijdelijk of ongedocumenteerd in Nederland zijn, hun weg überhaupt niet kunnen vinden binnen het Nederlandse (reproductieve) zorgsysteem en de drempels tot goede zorg voor hen extra hoog zijn (Holten et al., 2021). Zij hebben niet vanzelfsprekend toegang tot

echter dat niet alle huisartsen deze zorg zullen gaan verlenen vanwege onder andere gebrek aan ervaring, kennis en tijd (Schellekens et al., 2022).

Een aantal abortusklinieken is in tegenstelling tot de politieke meerderheid, niet blij met de besluitvorming rondom medicamenteuze abortus.<sup>9</sup> De groep zegt niet gehoord te zijn door volksvertegenwoordigers voordat het voorstel op tafel kwam en betwijfelt of huisartsen de juiste zorg kunnen leveren. Bovendien ziet zij een deel van de inkomsten verdampen omdat klinieken betaalt krijgen per behandeling.<sup>10</sup> De vrees bestaat dat vooral de klinieken in het noorden van het land hierdoor niet kunnen blijven bestaan.<sup>11</sup> Kritiek op deze klinieken van onder andere verloskundigen en belangengroepen werpt tegen dat het vooropstellen van financiële (eigen)belangen een slechte manier is om het debat te voeren en abortuszorg te verbeteren. De minister van Volksgezondheid benadrukt ter geruststelling van verschillende partijen dat er een goed toegankelijk netwerk van abortuszorg moet (blijven) bestaan en zegt daarvoor middelen vrij te maken. Of dit betekent dat alle klinieken overeind kunnen blijven is echter niet gegarandeerd.<sup>12</sup>

In het publieke debat is één groep echter opmerkelijk stil: de mensen die abortuszorg in de vorm van de abortuspil nodig hebben. Wellicht omdat zij nog niet weten de zorg ooit nodig te hebben of omdat ervaringsdeskundigen zich niet expliciet uitspreken vanwege stigmatisering (Holten et al., 2021).

---

reguliere zorg en dus ook niet tot de huisarts. Bovendien betalen zij, als zij naar een abortuskliniek gaan, hier zelf de kosten voor.

<sup>9</sup> NOS. (2022b, december 6). Ook huisarts mag abortuspil verstrekken, Eerste Kamer stemt voor. NOS. <https://nos.nl/artikel/2455325-ook-huisarts-mag-abortuspil-verstrekken-eerste-kamer-stemt-voor>

<sup>10</sup> Van Der Burgh, R. (2022b). De polarisatiepil. *De Groene Amsterdammer*. <https://www.groene.nl/artikel/de-polarisatiepil>;

<sup>11</sup> Van Der Burg, R., Rotman, M., Van de Wier, M. (2022, 23 november). *Initiatiefwet bedreigt toegankelijkheid abortuszorg Noord-Nederland*. Investico. <https://www.platform-investico.nl/artikel/initiatiefwet-bedreigt-toegankelijkheid-abortuszorg-noord-nederland/>

<sup>12</sup> Eerste Kamer der Staten-Generaal. (2022, 29 november) *Verstrekken abortuspil door huisarts: debat samengevat*. Geraadpleegd op: 12 januari 2023, van [https://www.eerstekamer.nl/nieuws/20221129/verstrekken\\_abortuspil\\_door](https://www.eerstekamer.nl/nieuws/20221129/verstrekken_abortuspil_door)



## 1.2 Wetenschappelijke probleemstelling

Politieke en activistische aandacht voor medicamenteuze en chirurgische abortus bevordert sociaal-maatschappelijke verandering: het vergroot seksuele en reproductieve gezondheid en zorgt voor meer gelijkheid voor vrouwen op het gebied van mensenrechten (Casas & Vivaldi, 2014; Erdman et al., 2018). Wereldwijd richten (deels kwantitatieve en deels kwalitatieve) studies zich op cognitief bereflecteerde ervaringen van zorgontvangers rondom bijvoorbeeld toegang tot legale abortuszorg, de tevredenheid over de behandeling, de ervaren autonomie, beweegredenen voor een thuis-abortus, het gebrek aan passende informatie vooraf, de eigen levensgeschiedenis en op het gebied van bijvoorbeeld angst, stigma en fysieke complicaties (Aiken et al., 2020; Beynon-Jones, 2017; Boersma et al., 2011; Esia-Donkon et al., 2015; Gomperts et al., 2014; Hausknecht, 2003; LaRoche & Foster, 2020; Meurice et al., 2021; Palma Manríquez et al., 2018; Ramos et al., 2015; Raifman et al., 2021; Solheim et al., 2020). Ook werd zogenaamd *real time* kwantitatief onderzoek gedaan gericht op het meten van pijn (Fang et al., 2020; Friedlander et al., 2022). In een aantal onderzoeken is aandacht voor de geleefde, belichaamde ervaring van mensen die kiezen voor een zwangerschapsafbreking. Het gaat hierin om hun fenomenologisch onderzochte geleefde ervaring ná de abortus (Lee et al., 2014) of om een reflectie na de abortus op basis van *grounded theory* en een niet nader geëxpliciteerde kwalitatieve benadering (Broussard, 2020; Purcell et al., 2017).

In Nederland is onderzoek gedaan naar mentale gezondheid na een abortus, de tevredenheid na verschillende vormen van zwangerschapsafbreking en de (on)toegankelijkheid van deze zorg (Van Ditzhuijzen et al., 2016, 2018; Loeber, 2010; Holten et al., 2021). Fiom onderneemt op dit moment in Nederland *mixed method* onderzoek naar de retrospectieve ervaring met de abortuspil met behulp van online vragenlijsten die tussen september 2020 en maart 2022 werden ingevuld door 138 respondenten.<sup>13</sup> Online vragenlijsten zijn echter gestructureerd en daardoor in een bepaalde mate sturend. Ze laten beperkt ruimte voor een persoonlijke, afwijkende en gedetailleerde inbreng van de deelnemers aan een onderzoek. De geleefde, complexe en binnen een (sociale) context geplaatste ervaring van medicamenteuze abortus, blijft in het meeste onderzoek dus buiten beschouwing. Dit

---

<sup>13</sup> Fiom. (z.d.) *Ervaringen met de abortuspil*. Geraadpleegd op 12 januari 2023, van <https://fiom.nl/ongewenst-zwanger/abortus/ervaringen-abortuspil>

vormt, ook wereldwijd, een hiaat in de wetenschappelijke kennis over deze zorg (Alam et al., 2020; Moseson et al., 2020).

In juli 2023, tijdens het uitvoeren van dit onderzoek kwam er wél een Nederlandse kwalitatieve studie uit naar persoonlijke ervaringen met zowel medicamenteuze als chirurgische abortus (Holten et al., 2023). Dit onderzoek wilde nieuwe inzichten met betrekking tot de ervaring met een abortus blootleggen en resultaten van eerder onderzoek valideren. Het gebruikte hiervoor eerder gehouden interviews en concludeert op basis van het inductief en deductief coderen van zogenaamde I-Poems (gevormd door zinnen uit de interviews waarin vanuit ‘ik’ wordt gesproken) dat de keuze voor een abortus geen autonome is, maar een keuze die gevormd wordt door socio-culturele omstandigheden. Door de zorgethische methodologie van het onderzoek dat nu voor u ligt, zal contextualiteit en relationaliteit (van een keuze) heen uitgangspunt vormen. Het is daarmee in potentie een aanvulling op het onderzoek van Holten et al. (2023). Bovendien gaat het specifiek en diepgaand in op de geleefde ervaring van de abortuspil én richt het zich niet per definitie op de keuze daarvoor. Omdat het daarnaast in tegenstelling tot de studie van Holten et al. (2023) niet gericht is op (tevens) ‘bewijzen’ of ‘verklaren’, maar uitsluitend op begrijpen, blijft zoveel mogelijk ruimte behouden voor onverwachte, aanvullende bevindingen. Deze empirische bevindingen worden bovendien voor het eerst in Nederland geduid met zorgethische theorie.

## 1.3 Vraagstelling

### 1.3.1 Hoofdvraag

Wat is de geleefde ervaring van een medicamenteuze abortus en wat draagt een zorgethische analyse van deze ervaring met behulp van zorgethische, feministische en historische visies op abortus én het zorgethische en fenomenologische concept lichamelijke bij aan inzichten over goede zorg?

### 1.3.2 Deelvragen

1. Welke inzichten geven zorgethische, feministische en historische literatuur met betrekking tot abortus, lichamelijke en (goede) zorg, en hoe kunnen die inzichten bijdragen aan een analyse van de geleefde ervaring van een medicamenteuze abortus? (Hoofdstuk 3)
2. Wat is de geleefde ervaring van mensen die een medicamenteuze abortus doormaken? (Hoofdstuk 4)

3. Wat kan een combinatie van de empirische inzichten over de ervaring van een medicamenteuze abortus en theoretische inzichten met betrekking tot het onderwerp abortus en het concept lichamelijkeid ons vertellen over goede zorg? (Hoofdstuk 5)

## 1.4 Doelstelling

### *1.4.1 Interne doelstelling*

Met dit onderzoek wil ik diepgaand inzicht verkrijgen in de complexe geleefde ervaringen van mensen die kiezen voor de abortuspil binnen hun context. Ook wil ik deze inzichten verdiepen met een zorgethische lens om na te gaan wat dit opnieuw aan bevindingen oplevert.

### *1.4.2 Externe doelstelling*

Door de geleefde ervaring van een medicamenteuze abortus inzichtelijk en invoelbaar te maken, draagt dit onderzoek bij aan het verkrijgen van inzichten over wat goede zorg is voor mensen die de abortuspil nemen. Het draagt daarmee mogelijk bij aan de (herziene) invulling van abortuszorg. Dit onderzoek dient ook als instrument om de stem te laten klinken van degene die voor zwangerschapsafbreking kiest. Daarmee draagt het bij aan een genuanceerd maatschappelijk debat over abortus en aan reproductieve rechtvaardigheid.

## 2. Benadering en werkwijze

### 2.1 Benadering zorgethiek en fenomenologie

Dit onderzoek kent een zorgethische en fenomenologische benadering. Zorgethiek is een door feministisch gedachtegoed gevormd, interdisciplinair onderzoeksgebied. Het biedt ontologisch tegenwicht aan heersende denkbeelden binnen (neo)liberale maatschappijen waarin autonome, rationele, gelijkwaardige mensen op eigen kracht het leven vormgeeft en het 'goede' gelijkschakelt aan universeel bepaalde, autonome rechtvaardigheid (Tronto, 2017).<sup>14</sup> Zorgethici beargumenteren namelijk dat de mens een van zorg en relaties afhankelijk, belichaamd wezen is dat altijd onderdeel uitmaakt van systemen. Onderlinge zorg is de kern van het menselijk bestaan en goede zorg is daarmee normatief leidend binnen persoonlijke relaties maar ook in het politieke domein (Tronto, 1993). Binnen zorgethiek bestaat geen universeel juist dat via regels of een kader te bepalen is. De theorie erkent dat dat wat 'goed' is, ontstaat en bepaald wordt in de geleefde ervaring binnen praktijken die op hun beurt ingebed zijn in de ordening van de samenleving van een bepaald tijdsgewricht. Er bestaat dus niet zoiets als een zorgtheorie, maar het onderzoeksgebied heeft een aantal *critical insights* - zoals lichamelijke, contextualiteit, wederkerigheid, intersectionaliteit en precarisering - voortgebracht die centraal staan én bevraagd worden in zorgethische overwegingen en onderzoek (Leget et al., 2019). Waar zorgethici het gezien normativiteit echter allen over eens zijn is dat een zorgontvanger een bepalende stem heeft in het vaststellen of er sprake is van goede zorg en daarmee een moreel juist handelen: de zorg dient namelijk zo goed mogelijk aan te sluiten op diens behoeften (onder andere: Engster, 2005; Kittay, 1999, Tronto, 1993).

Zorgethiek benadrukt bovendien dat kennis en moraliteit op verschillende manieren, binnen verschillende contexten ontstaat en positivistische, Eurocentrische wetenschap niet de (enige) juiste wetenschap/kennisbron is (Dalmiya, 2016; Hamington, 2012; Baur et al., 2017). Daarmee heeft zorgethiek de potentie om dekoloniaal van aard te zijn (De Sousa Santos, 2018). In dit onderzoek doe ik een dekoloniale poging, door te kiezen voor de theoretische lens van lichamelijke die ruimte biedt aan verschillende vormen van kennis. Bovendien

---

<sup>14</sup> Anders dan de relationele en contextuele reproductieve rechtvaardigheid.

committeer ik me aan het (tevens) inzetten van denkers uit het globale zuiden die zich verhouden tot zorgethische theorie.<sup>15</sup>

Het tweede filosofisch kader, fenomenologie, is ontstaan vanuit het verlangen om de filosofie weer dichterbij de geleefde werkelijkheid te brengen. Daartoe wilde grondlegger Husserl geleefde ervaring, die altijd gericht is op iets in de wereld, het startpunt laten zijn van filosofische reflectie (Van der Meide, 2015). Hij verdiepte zich daarom in wat zich werkelijk ‘toont’ zonder daar een concept of categorie aan verbinden: hij richtte zich op (de geleefde ervaring) van fenomenen (Dahlberg & Dahlberg, 2020; Van der Meide, 2015). “Een fenomeen is dat wat verschijnt in ons bewustzijn en kan verwijzen naar elke menselijke ervaring in relatie tot een gebeurtenis, een ding, of een gevoel (...)” (Van der Meide, 2015, p.22). Toegang krijgen tot een fenomeen kan volgens Husserl alleen als we onze aannames en vooronderstellingen tijdelijk uit weten te schakelen en de wereld of iets daarin als het ware als voor het eerst en pre-reflectief te ervaren (Finlay, 2008; Van der Meide, 2015). Zo zou hij bijvoorbeeld niet spreken van een hoge hartslag, maar zou hij zeggen dat er een snel gebonk in de borst te voelen is. De inzichten uit deze filosofische stroming hebben zich voornamelijk vorige eeuw doorontwikkeld en verdiept (Finlay, 2008), maar de geleefde ervaring van mensen die intentioneel op de wereld gericht zijn, staat nog altijd centraal. De uitgangspunten van fenomenologie leggen, in aanvulling op zorgethische theorie, een basis om na te denken over en onderzoek te doen naar geleefde ervaringen. Ze geven de mogelijkheid om een stap terug te doen en na te gaan wat mensen ervaren wanneer zij een medicamenteuze abortus doormaken alvorens daar categorieën op te plakken, concepten uit te destilleren of zorgbeleid voor te ontwikkelen.

## 2.2 Methode: Utrechtse zorgethiek en apofatische *arts-based* fenomenologie

Dit onderzoek volgt in de eerste plaats de methode van de Utrechtse zorgethiek. Daarin staat het heen en weer bewegen tussen empirie (de geleefde ervaring van mensen die de abortuspil nemen) en theorie (het concept lichamelijkeid en verschillende filosofische en historische visies op abortus) centraal zodat zij elkaar kunnen aanvullen (Leget et al., 2019).<sup>16</sup>

Daarnaast combineert het verschillende fenomenologische, *art-based* methodieken voor empirisch onderzoek: de apofatische, fenomenologische *arts-based* methode van Visse

---

<sup>15</sup> Masterstudenten zorgethiek en beleid. (2022, 19 december). *Zorgethiek zonder grenzen*. Geraadpleegd op 16 januari 2023, van <https://www.zorgethiek.nu/zorgethiek-zonder-grenzen/>

<sup>16</sup> Zie Theoretisch kader.

et al. (2019), de fenomenologische analysemethode van Van der Meide (2018) en de hermeneutisch fenomenologische analysemethode van (Crowther et al., 2017). De laatstgenoemde methodes zijn gebaseerd op schrijven in plaats van coderen. De methodes vragen om een open, verwonderend, niet-wetende houding die zoveel mogelijk ruimte laat om niet de essentie maar de complexiteit en meervoudige betekenis van het fenomeen te doen verschijnen (Van der Meide, 2018; Visse et al., 2019). Het is in de methodes een vereiste om stil te staan bij onvergelykbaarheid tussen mensen en hun leefwereld. Bovendien vraagt het ons om dat wat we niet begrijpen niet direct in te delen in reeds bestaande concepten en categorieën. Op die manier is het namelijk mogelijk om de heterogeniteit van een op het eerste gezicht zelfde ervaring bloot te leggen (Banerjee op basis van Schutte, 2022). Ook is het de bedoeling om het fenomeen niet toe te eigenen, maar er een relatie mee aan te gaan (Visse et al., 2020). Het zo lang mogelijk uitstellen van reflectie en theoretiseren, het centraal stellen van niet-weten, het verrast worden door nieuwe inzichten en laten verschijnen van het fenomeen staan daarom in het empirisch deel van dit onderzoek centraal. (Crowther et al., 2017; Van der Meide, 2018; Visse et al., 2019). Het onderzoek start echter wel degelijk vanuit een probleemstelling en een doelstelling zoals hierboven beschreven. Deze uitgangspunten vormen de drijvende kracht achter het waarom van dit onderzoek. Bovendien maak ik in de zorgethische analyse gebruik van concepten om thema's tóch in taal te beschrijven en te plaatsen binnen een zorgethisch en maatschappelijk kader.

Door *arts-based* te werken vergroot ik bovendien de mogelijkheid om betekenissen van geleefde ervaringen aan het licht te brengen die niet of moeilijk onder woorden te brengen zijn. Daarnaast nemen ook niet-cognitieve (pre-reflectieve) wijzen van 'kennen' een belangrijke plek in binnen *arts-based* onderzoek (Barone & Eisner, 2012; Leavy & Chilton, 2020). De methode sluit daardoor goed aan bij de zorgethische, fenomenologische benadering. Ook is een bijdrage aan het onderzoek en/of het leren van de bevindingen niet voorbehouden aan wetenschappers en heeft het transformatieve potentie (Leavy & Chilton, 2020). Hierdoor heb ik de mogelijkheid een participatieve component in het onderzoek te verwerken en deelnemers deel te laten nemen aan de data-analyse. Dit vergroot de kans om hun stem werkelijk en op hun eigen wijze te laten klinken.

### 2.3 Feministische, zorgethische en abolitionistische aandachtspunten bij een fenomenologische benadering en methode

In fenomenologisch onderzoek keert de onderzoeker als het ware terug naar de dingen zelf door reductie toe te passen - het tussen haken plaatsen van vooronderstellingen, ervaring en

kennis – en ruimte te maken voor subjectiviteit en betekenis (Slatman, 2014). Vaak staat bij fenomenologisch onderzoek naar de geleefde ervaring de interne, particuliere ervaring van lichamelijke centraal (Slatman, 2014). De vooronderstelling in deze onderzoeken is, dat in het invoelbaar maken van de interne lichamelijke ervaring, de mogelijkheid ligt om een fenomeen te ontsluiten. Merleau-Ponty (2013 [1945]) gaf echter al aan dat het eigenlijk onmogelijk is om de wereld geheel prereflexief tegemoet te treden. Feministische kritiek op fenomenologie voegt daaraan toe dat reductie en aandacht vestigen op gedecontextualiseerde, particuliere ervaringen, maakt dat er in onderzoek geen oog is voor de sociale en politieke context en de mogelijk daarbij behorende onderdrukkende systemen die van invloed zijn op deze ervaringen (Al-Saji, 2017; Mann, 2009). Deze decontextualisering levert een liberaal beeld op van de mens als subject: een mens die zelf en alleen verantwoordelijk is voor het eigen leven.

Binnen abolitionisme wordt fenomenologie gezien als een filosofische stroming waarbinnen veel onderzoekers, ook degene die kritisch zijn, veelal binnen het positivistische, cognitieve, op Kant gebaseerde systeem blijven opereren, door zich er tegen af te zetten en zo de norm alsnog te bevestigen. Ze gaan met behulp van empirische data in combinatie ‘pure’ concepten op zoek naar de wortels en de oplossing van het probleem in de wereld zoals we die kennen (Guenther, 2022). Ze bouwen dus wellicht voort op een eeuwenoude filosofische traditie die kenmerken heeft, zo niet ontstaan is van het systeem waartegen zij zich afzetten. Daarmee reproduceren ze afgescheidenheid, vastgesteldheid en opeenvolging en een liberaal, koloniaal en buitensluitend gedachtegoed (onder andere: Da Silva, 2014). Daar zouden als leidende principes verstrengeling, onbepaaldheid en gelijktijdigheid als uitgangspunt tegenover gesteld moeten worden (Guenther, 2022).

Tóch blijft (fenomenologisch) onderzoek naar geleefde ervaring noodzakelijk om als contragewicht te werken tegen objectificatie van personen en het homogeniseren van groepen, zoals in bijvoorbeeld liberaal, wit feminisme gebeurt (Banerjee, 2022; Zakaria, 2021). Zo ontstaat meer genuanceerd begrip voor inter- én intra-groep overeenkomsten en verschillen en krijgen we vanuit de leefwereld inzicht in bijvoorbeeld onderdrukkende systemen (Mann, 2009).

In reactie op feministische kritiek en op suggestie van Slatman (2014) richten de deelnemers aan dit onderzoek zich daarom zowel op de intern geleefde ervaring als op de context van die ervaring. De lens van dit onderzoek wordt bovendien gevormd door een contextuele, relationele (verstrengelde) conceptualisering van lichamelijke, zoals het een

zorgethische lens betaamt. Door een apofatische methode aan te houden is er daarbij ruimte voor onbepaaldheid en wellicht ook voor gelijktijdigheid zoals Da Silva (2014) bepleit.

## 2.4 Casusdefinitie

Voor dit onderzoek waren minimaal vier deelnemers nodig die hun ervaring met de abortuspil met ons –met Ank Daamen en mij- wilden delen. Zo kon er binnen en *across cases* gezocht worden naar betekenissen en thema's. Door het diepgaand ingaan op de ervaringen van deze relatief kleine groep en die ervaringen tegelijkertijd naast elkaar te plaatsen, kunnen meerstemmigheid en complexiteit de ruimte krijgen.

Het werven van deelnemers was niet eenvoudig. In bijlage 1 daarover meer. De uiteindelijke criteria voor includeren waren: een deelnemer is meerderjarig en zelf in staat om toestemming te geven voor de deelname, heeft of in het afgelopen jaar een dagboek bijgehouden ten tijde van de abortus en/of heeft de abortus in de afgelopen twee maanden doorgemaakt. Wanneer er geen dagboek is, stemt een deelnemer in met een interview. En tot slot wordt van alle deelnemers gevraagd om nog eens in gesprek te gaan naar aanleiding van de apofatische analyse.

De eerste deelnemer die zich meldde was desalniettemin geen Nederlandse terwijl dit onderzoek zich op de Nederlandse abortuszorg zou richten. Ze had echter een prachtig dagboek bijgehouden. In haar geval heb ik lang gewikt en gewogen of haar ervaringen geïncludeerd konden worden. De (politieke) context en regelgeving in België wat betreft



abortus is anders dan die in Nederland.<sup>17 18</sup> Er zijn verschillen tussen de landen maar de belangrijkste overeenkomst die betrekking heeft op dit onderzoek, is de maximale zwangerschapsduur bij een medicamenteuze abortus en het feit dat de eerste pil van deze behandeling in beide landen in een kliniek/ bij een zorgverlener wordt genomen. Door het

---

<sup>17</sup> Ministerie van Algemene Zaken. (2023, 30 januari). *Tot hoeveel weken kan ik een*

*abortus laten uitvoeren?* Geraadpleegd op 27 maart, 2023, van

[https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/abortus/vraag-en-antwoord/abortus-hoeveel-  
weken#:~:text=Abortus%20mag%20tot%20de%20vrucht,van%20de%20zwangerschap%20kunnen%20  
bepalen;](https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/abortus/vraag-en-antwoord/abortus-hoeveel-<br/>weken#:~:text=Abortus%20mag%20tot%20de%20vrucht,van%20de%20zwangerschap%20kunnen%20<br/>bepalen;)

NVOG. (2017). *Modelprotocol Medisch handelen bij late zwangerschapsafbreking Versie 3.0*. Geraadpleegd op 27 maart 2023, van

[https://www.lzalp.nl/informatie/documenten/richtlijnen/2017/december/19/modelprotocol-medisch-  
handelen-bij-late-zwangerschapsafbreking;](https://www.lzalp.nl/informatie/documenten/richtlijnen/2017/december/19/modelprotocol-medisch-<br/>handelen-bij-late-zwangerschapsafbreking;)

Medisch contact. (2021, 29 november) *Bepaal grenzen levensvatbaarheid en abortus los van elkaar*.

Geraadpleegd op 20 april 2023, van medischcontact. [https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-  
nieuws/artikel/bepaal-grenzen-levensvatbaarheid-en-abortus-los-van-  
elkaar#:~:text=In%20België%20is%20zwangerschapsafbreking%20op,België%20voor%20de%20gepa-  
ste%20zorg;](https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-<br/>nieuws/artikel/bepaal-grenzen-levensvatbaarheid-en-abortus-los-van-<br/>elkaar#:~:text=In%20België%20is%20zwangerschapsafbreking%20op,België%20voor%20de%20gepa-<br/>ste%20zorg;)

[ste%20zorg;](https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-<br/>nieuws/artikel/bepaal-grenzen-levensvatbaarheid-en-abortus-los-van-<br/>elkaar#:~:text=In%20België%20is%20zwangerschapsafbreking%20op,België%20voor%20de%20gepa-<br/>ste%20zorg;)

Advies- en overlegorganen inzake gezondheid. (2023, 22 mei) *Nationale Evaluatiecommissie*

*Zwangerschapsafbreking*. Geraadpleegd op 23 mei 2023,

van [https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/advies-en-overlegorgaan/commissies/nationale-  
evaluatiecommissie-zwangerschapsafbreking;](https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/advies-en-overlegorgaan/commissies/nationale-<br/>evaluatiecommissie-zwangerschapsafbreking;)

Fara. (z.d.). *Wat zegt de wet over abortus?* Geraadpleegd op 20 april, van

<https://www.fara.be/ongepande-zwangerschap/abortus/wat-zegt-de-wet-over-abortus>

Luna. (z.d.). *De medicamenteuze abortusbehandeling*. Geraadpleegd op 20 april, 2023, van

<https://abortus.be/hoe-verloopt-een-abortus/de-medicamenteuze-behandeling/>

<sup>18</sup> Het grootste verschil tussen de landen is dat België abortus in 2018 uit het wetboek van strafrecht haalde en het daar in Nederland nog steeds in staat. In België geldt echter een bedenktijd van minimaal 6 dagen en in Nederland is die sinds januari 2023 afgeschaft. In beide landen kan iemand tot 9 weken zwangerschap kiezen voor de medicamenteuze variant van abortus. Daarna kan iemand in België tot veertien weken kiezen voor een chirurgische zwangerschapsafbreking. Na dat moment wordt er door zorginstellingen doorverwezen naar het buitenland, waaronder naar Nederland. Ondanks dat abortus in Nederland officieel gezien strafbaar is, is het mogelijk om hier tot 24 weken te kiezen voor het beëindigen van een zwangerschap. In de praktijk gebeurt dat echter tot ongeveer 22 weken. Hierna kan een arts alleen abortuszorg verlenen op basis van een medische indicatie. In België kan een zwangerschap gedurende de gehele zwangerschapsduur worden afgebroken op basis van een medisch indicatie, waardoor Nederlanders andersom ook naar België reizen voor abortuszorg.

verhaal dat de Belgische deelnemer mij kort uit de doeken deed, besloot ik dat deze vrouw met haar dagboek en het gesprek over de apofatische werken, kon bijdragen aan het vinden van een antwoord op de vraag naar wat de ervaring van een medicamenteuze abortus is.

Wanneer haar ervaring duidelijk of indirect verband houdt met het Belgische (zorg)systeem, zal ik dat duidelijk vermelden in de bevindingen.

Uiteindelijk includeerde ik (met pseudoniemen):

- Merel, 30 jaar. Woont in een stad in België. Docent en onderzoeker die in haar vrije tijd basgitaar leert spelen. Haar kat springt graag bovenop de tafel als die vol ligt met papieren. Had in september 2022 een abortus.
  
- Sarah, 31 jaar, studeerde psychologie. Woont in een tweekamerappartement in de stad en gaat er graag op uit voor een drankje. Had in maart 2023 een abortus.
  
- Noortje, 37 jaar. Drukbezette moeder die haar hart volgt. In de avond heeft ze wat tijd over om series te kijken. Had in maart 2023 een abortus.
  
- Puck, 25 jaar. Haar huisgenoot is ook haar beste vriendin. Pendelt tussen de stad en de plaats waar ze opgroeide. Daar werkt ze namelijk nog regelmatig. Had in maart 2023 een abortus.

Zij identificeren zich allen als vrouw, vallen (ook) op mannen, hebben een witte huidskleur, ronden een hbo- of wo-opleiding af, hebben een dak boven hun hoofd, zijn officieel geregistreerd als inwoner van het land waar zij verblijven, werken alle vier waarbij er drie een stabiel inkomen genereren, hebben (voor zover ik het weet) geen fysieke of mentale beperking en zijn wat mij betreft mooi.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> Dit laatste – mooi: *inside and out* - met een knipoog naar de figuur over intersectionaliteit in hoofdstuk drie.

## 2.5 Empirische dataverzameling en data-analyse

De dataverzameling startte globaal gezien met drie richtinggevende vragen:

- Watervaarde je?/ Wat voelde je?
- Wat deed je?
- Wat gebeurde er?<sup>20</sup>

Eén van de deelnemers leverde een dagboek aan dat zij had bijgehouden tijdens de ervaring dat (onder andere) antwoord gaf op deze vragen.<sup>21</sup> Een tweede deelnemer had ook een dagboek bijgehouden, maar dat was meer reflectief van aard. Met haar en de laatste twee deelnemers hield ik daarom interviews waarvoor bovenstaande vragen de basis waren.<sup>22</sup>

Op basis van de transcripten van deze gesprekken en het dagboek, ondernamen beeldend kunstenaar Daamen en ik afzonderlijk, maar gelijktijdig een apofatische analyse.<sup>23 24</sup> Zo gingen we een relatie met de ervaring aan en ook met het fenomeen dat daarin tot uiting komt in een poging om de scheiding tussen onszelf en het fenomeen in een tussenruimte weg te laten vallen. Hierbij was het belangrijk om ons aandachtig, verwonderend en vragend op te stellen. Het vroeg van ons voorbereiding in de vorm van stilte, geduld en soms fysieke oefeningen en meditatie om tot deze aandachtigheid te komen. Als handreiking voor de manier waarop we de relatie niet cognitief, maar met ons hart en doorleefd aangingen, gebruikten we de beschrijving van de drie nauw verbonden en gelijktijdig aanwezige kwaliteiten van aandachtigheid in apofatisch onderzoek: *Inner Space*, *Aesthetic Space* en *Wondrous Space* (Visse et al., 2020). Dat wat in het fenomeen bij ons resoneerde zetten we om in werk.<sup>25</sup> Daamen deed dit in de vorm van beeldende kunst. Ik schreef apofatische portretten, losjes gebaseerd op zogenaamde tekstuele portretten (Van der Meide, 2018). Deze portretten kregen de vorm van een gedicht, een monoloog of een lied. Wij gaven onszelf de toestemming om ook onze eigen betekenis te laten doorklinken omdat we erop vertrouwden dat dit het openbaren van de meerstemmigheid en complexiteit van het fenomeen ten goede

---

<sup>20</sup> Slatman (2014) doet de suggestie om alleen de ‘actie-vragen’ te stellen. Ik betwijfel echter of dit in de praktijk leidt tot zowel een antwoord waarin de ‘ervaring van de binnenkant’ samenkomt met de ‘ervaring van de buitenkant’. Daarom stel ik beide typen vragen.

<sup>21</sup> In fenomenologisch onderzoek is het bijhouden van een dagboek een vaker gebruikte methode om (veranderingen) in geleefde ervaring vast te leggen (Slatman et al., 2016).

<sup>22</sup> Zie bijlage 2 opzet interviews

<sup>23</sup> Zie bijlage 3 voor voorbeelden van hoe die analyse eruit ziet.

<sup>24</sup> Alle tekeningen die die onderzoek voortbracht, dus ook alle tekeningen in deze scriptie, zijn haar eigendom.

<sup>25</sup> Zie bijlage 4 voor al het gebundelde werk.

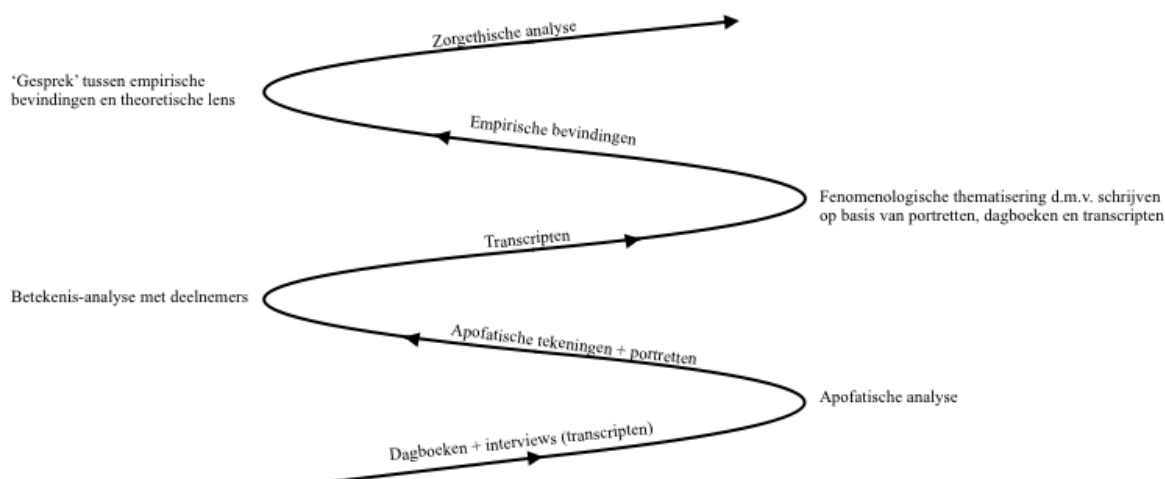
kwam. We maakten de portretten bovendien in de wetenschap dat door iets te vangen in taal en in beeld er daarentegen ook altijd betekenis verloren gaat (Van Manen, 2002; Visse et al., 2020).

Hierna legden we onze analyse voor aan ieder afzonderlijke deelnemer in een gezamenlijk gesprek.<sup>26</sup> We ontmoetten elkaar en creëerden een zogenaamde tussenruimte door gezamenlijk de apofatische portretten en tekeningen van de thuis-abortus tot ons ‘te laten spreken’ (Visse et al., 2020) en te expliciteren wat dat met ons deed of waar het ons aan deed denken. Dit proces ving ik in taal, in transcripten.

Vervolgens startte het deel van de analyse dat ik alleen doorliep waarin thematiseren een rol ging spelen. Ik koos er na een poging tot coderen voor om dit niet voort te zetten, omdat meerstemmigheid en contradictie (die onderdeel uitmaakt van de bevindingen) al snel verloren leken te gaan. Bij het maken en categoriseren van codes zou ook hier worden ingeboet op het inzichtelijk maken van betekenis van de ervaring (Van der Meide, 2018). Met de apofatische analyse nog doorleefd in mijn systeem, begon ik met schrijven. Ik voelde me daarin gesteund door de artikelen van Crowther et al. (2017) en Van der Meide (2018) die beargumenteren hoe en waarom schrijvend analyseren een legitieme en werkende methode is. Al schrijvend ging ik steeds opnieuw het proces van betekenis zoeken en vinden aan. Ik maakte geen portret per deelnemer, want dat hadden we immers al gedaan, maar ik groepeerde en hergroepeerde de ervaring van de deelnemers en vroeg me steeds af: wat is nu de kern van deze gezamenlijke ervaringen? Ik bewoog daarbij heen en weer tussen de groeperingen en de verschillende data. Zo kwam ik tot zes fenomenologische thema's (Van der Meide, 2018). Door op deze manier te analyseren bleef de complexiteit en meerstemmigheid zoveel mogelijk behouden om het fenomeen recht aan te doen. Uiteindelijk liet ik deze empirische bevindingen in gesprek gaan met de lens die in hoofdstuk drie uiteen gezet wordt. Deze zorgethische analyse vormt hoofdstuk vijf.

---

<sup>26</sup> Deze gesprekken bereidde ik voor in een begeleidingskundige sessie met een ervaren begeleidingskundige. Zie bijlage 5



Figuur 1. Structuur apofatische, fenomenologische, zorgethische analyse. Geïnspireerd op Van der Meide (2018).

## 2.6 Kwaliteitscriteria

De betrouwbaarheid<sup>27</sup> van dit onderzoek werd geborgd door onderzoeksbenaderingen en -methoden én een theoretische lens te kiezen die geschikt zijn om complexe, gecontextualiseerde geleefde ervaring inzichtelijk te maken. De data-analyse werd secuur uitgevoerd en het proces opgeslagen op een beveiligde schijf van de Universiteit voor Humanistiek. Bovendien hield ik een methodologisch logboek bij waardoor de stappen ook navolgbaar zijn. Een reflexief logboek geeft inzicht in mijn positionaliteit in dit onderzoek en de invloed die dit heeft.<sup>28</sup> Door hierop te reflecteren kon ik de afweging maken of en wanneer mijn stem behoorde door te klinken op een bepaald moment van het onderzoek en in de bevindingen van het onderzoek. Dit geeft inzicht in de mate waarin ik slaagde om een open, niet-wetende houding aan te houden. Er ontstond daarnaast onderzoekerstriangulatie door een deel van de analyse met Daamen en de deelnemers uit te voeren. Het gesprek met de deelnemers over het apofatische werk is bovendien een vorm van een *member check* die niet alleen zorgde voor verificatie, maar ook voor verdieping.

Door te komen tot diepgaand begrip voor de geleefde ervaring van het nemen van de abortuspil werd duidelijk dat het gaat om een verscheidenheid aan complexe, tegenstrijdige

<sup>27</sup> Ook wel interne validiteit genoemd.

<sup>28</sup> Zie voor passages uit deze logboeken bijlage 6

ervaringen. Overdraagbaarheid<sup>29</sup> van de op het eerste gezicht particuliere ervaringen ligt verscholen in het feit dat het invoelbaar maken deze ervaring(en) raakt aan dat wat universeel is in het leven van een mens (Van Manen, 2014). Tegelijkertijd kunnen lezers invoelen hoe persoonlijk ervaringen en behoeften zijn en daarmee het belang van het uitgaan van de zorgontvanger begrijpen. Door in zowel de methode als de theoretische lens de contextualiteit van geleefde ervaringen centraal te stellen, blijft die ervaring en goede zorg binnen die ervaring tevens verbonden aan praktijken en systemen. Het onderzoek draagt daardoor bij aan het inzichtelijk maken van de verhouding tussen de sociale, maatschappelijke en politieke context en de geleefde ervaring van een medicamenteuze abortus.

## 2.7 Datamanagementplan en ethische overwegingen

Via het format van de Universiteit voor Humanistiek stelde ik een datamanagementplan op.<sup>30</sup> Daarin vermeldde ik wat voor soort data en persoonsgegevens ik zou verzamelen. De persoonsgegevens en data scheidde ik via een sleuteldocument zodat het één niet met het ander in verband kan worden gebracht voor mensen die daartoe niet gemachtigd zijn. Dit sleutelbestand, de data en de analyse daarvan staan opgeslagen op de zogenaamde beveiligde R-schijf van de Universiteit voor humanistiek. Dit instituut is de officiële ‘eigenaar’ van deze data zodat het deze gegevens kan beveiligen. Ik maakte in het plan ook inzichtelijk hoe ik de rechten van deelnemers zou waarborgen. De informatie over datamanagement verwerkte ik bovendien in een informatiebrief en *informed consent* formulier dat alle deelnemers ondertekenden.<sup>31</sup> Deze formulieren zijn ook op de R-schijf te vinden.

Ook voerde de Universiteit voor Humanistiek een ethische toetsing uit alvorens (de werving voor) dit onderzoek startte.<sup>32</sup> Deze toetsing had betrekking op vragen over bijvoorbeeld het onderzoeksontwerp, de manier waarop data zouden worden verkregen, en of de deelnemers in staat waren om zelf *informed consent* te geven. Een onderwerp dat extra uitleg behoefde was in het geval van dit onderzoek de wederzijdse afhankelijkheid tussen de deelnemers en mij. Ik was afhankelijk van hun openheid en medewerking en andersom waren zij afhankelijk van de manier waarop ik met hun gegevens omga. Die afhankelijkheid als onderzoeker is iets wat ik zie als noodzakelijk: ik vind het belangrijk dat deelnemers

---

<sup>29</sup> Ook wel externe validiteit genoemd.

<sup>30</sup> Zie bijlage 7 voor het datamanagementplan

<sup>31</sup> Zie bijlage 8 voor deze brief en het bijbehorende formulier.

<sup>32</sup> Zie bijlage 9 voor het formulier dat ik daartoe invulde.

onderdeel zijn van het proces van onderzoeken. De afhankelijkheid andersom heb ik bespreekbaar gemaakt met de brief en het *informed consent* formulier. Ook voerde ik het datamanagement zo secuur mogelijk uit. Op de vraag of het onderzoek op enig moment belastend zou kunnen zijn voor de deelnemers, antwoordde ik ook ja. Omdat het om een ingrijpende ervaring gaat, kan daarover spreken en/of schrijven zwaar zijn. Dit heb ik besproken met de vrouwen. Het is om die reden dat ik steeds probeerde aan te voelen of ik geen emotionele of praktische grens overschreed. Dit was overigens ook een uitgangspunt voor de werkzaamheden van Daamen en mijzelf. Steeds opnieuw stemden we daarover af. Deze samenwerking met Daamen heb ik tevens van tevoren ingeleid zodat de deelnemers wisten dat informatie met haar gedeeld zou worden. Omdat ik in het onderzoek bovendien de samenwerking zocht met abortusklinieken (in verband met werving) en een subsidie ontving van een stichting (voor het honorarium van Daamen), legde ik uit wat de eventuele belangen van deze partijen zouden kunnen zijn bij dit onderzoek. Deze partijen stelden van tevoren echter geen eisen aan het onderzoek en tijdens de studie was er ook geen ruimte voor hun eventuele inhoudelijke inbreng.

## 2.8 Hiaten en onvolkomenheden

De case van dit onderzoek bestaat uit slechts vier deelnemers, is vrij homogeen en heeft intersectioneel gezien op een beperkt aantal gebieden te maken met precariteit. Om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van mogelijke machtsproblematiek die speelt bij mensen die kiezen voor een abortus, is het aan te raden om uit gaan van de intersectioneel gezien meest benadeelde groep (Mohanty, 2003). Het blootleggen van deze problematiek was echter niet het primaire doel van de studie. Deze bevindingen laten desondanks een verscheidenheid aan ervaringen zien, die desondanks onder te brengen zijn in thema's die universeel invoelbaar zijn én hier en daar raken aan onderdrukking. In de context van het Nederlandse zorglandschap en met het oog op de doelstelling van deze scriptie, is het van belang om bij de bevindingen een aanvullende mentale aantekening te maken dat er, naast de vrouwen in deze case, ook mensen zijn die te maken krijgen met racisme, die door bijvoorbeeld ongedocumenteerdheid geen officiële toegang hebben tot de Nederlandse zorg, voor wie de abortuszorg duur is en/of bij wie de zwangerschapsafbreking geheim moet blijven. Dit soort omstandigheden zou natuurlijk meewegen in de ervaring en dus andere en méér machtsproblematiek aan het licht brengen.

Daarnaast bleek empirische vraag die ik in eerste instantie voor ogen had te smal: de ervaring op de dagen van de abortus zelf was wel belangrijk, maar de periode ervoor en erna legde ook veel en diepgaande betekenis bloot. Daarom is de periode waarop de empirische vraag (en dus ook de hoofdvraag) van toepassing is, iets aangepast in het onderzoeksproces.<sup>33</sup>

Omdat in de analyse betekenissen aan het licht kwamen die ook op andere ervaringen van toepassing zijn, vroeg ik me steeds af: spreekt hier mijn vooronderstelling en context, of is dit werkelijk iets wat doorklinkt in dit fenomeen? Aangezien ik er heel expliciet voor koos om een relatie met het onderwerp aan te gaan, bleef het steeds zoeken naar de balans. Die balans heb ik weten te vinden, maar het blijft van belang om expliciet te maken dat een andere onderzoeker op basis van deze methode, en waarschijnlijk ook andere methodes, andere bevindingen opdoet.

---

<sup>33</sup> De feitelijke fysieke verschijnselen zijn voor het inzicht in de betekenis van de ervaring van minder groot belang, maar kunnen voor zorgverleners of mensen die in de toekomst voor deze vorm van abortus kiezen wel informatief zijn. Zie daarvoor bijlage 10



### 3. Theoretische lens: abortus, lichamelijkheid en (goede) zorg

In dit hoofdstuk beantwoord ik de vraag:

Welke inzichten geven zorgethische, feministische en historische literatuur met betrekking tot abortus, lichamelijkheid en (goede) zorg, en hoe kunnen die inzichten bijdragen aan een analyse van de geleefde ervaring van een medicamenteuze abortus?

Deze theoretische inzichten helpen om de empirische bevindingen van dit onderzoek in hoofdstuk vijf binnen een zorgethisch en maatschappelijk kader te plaatsen en de vraag over goede zorg te beantwoorden. Om te beginnen werk ik daartoe hieronder een feministische, zorgethische en historische plaatsbepaling van abortus uit. Deze plaatsbepaling wordt gevolgd door een uitwerking van het zorgethische *critical insight* lichamelijkheid die tevens aansluit bij de fenomenologische benadering van deze studie (zie 3.2). Hierna ga ik in op wat zorg en goede zorg in dit onderzoek inhouden. Ik sluit het hoofdstuk af met een conclusie.

#### 3.1 Plaatsbepaling van abortus op basis van verschillende vormen van feminisme en zorgethische en historische literatuur

Hieronder zet ik eerst een aantal historische denkbeelden op een rij die van toepassing waren en soms nog zijn op de manier waarop we in Nederland en België over abortus denken. Hierna beschrijf ik de rol die zogenaamde ‘talige technologie’ speelt in de betekenis die gegeven wordt aan abortus. Ik sluit af met een relationele en contextuele conceptualisering van abortus op basis van het werk van zorgethische en feministische denkers.

Historisch onderzoek toont aan dat reproductie onder invloed van voornamelijk de Katholieke kerk die ook in Nederland en België aanzienlijke macht had, een kwestie werd waar vooral mannen zeggenschap over hadden. Kerkleiders ‘bepaalden’ dat ook een ongeboren ziel naar de hel (later werd dit bijgesteld naar het voorgeborchte) zou gaan wanneer er sprake was van ‘overlijden’ zonder gedoopt te zijn. Ook voerden zij discussie over wanneer in de zwangerschap deze ziel de intrede deed. Dit moment varieerde, maar het idee dat een zwangerschapsafbreking ook betekende dat een ziel op een onbestemde plek zou blijven ronddolen, drukte een stempel op de manier waarop over abortus (bewust of in de vorm van een miskraam of bij het overlijden van een moeder) werd en nog steeds wordt gedacht (Dehue, 2023).

Bovendien toont Dehue (2023) aan dat de manier waarop technologische ontwikkelingen en de manier waarop we onze woorden kiezen en daaraan verbinden ook maken hoe we denken over reproductie. Zij noemt deze manier van classificeren talige technologie. Zo was het tot ver in de twintigste eeuw niet of slecht mogelijk om aan te tonen dat een eicel bevrucht was. Wanneer vrouwen een tijd niet menstrueerden en dat wel weer graag wilden, zorgden zij er (met hulp van andere vrouwen) voor dat zij de ‘maandstonen opwekken’. Het is pas sinds de ontwikkeling van een test die aantoont dat een spermacel de eicel is binnengedrongen én het moment waarop dat een zwangerschapstest is gaan heten, dat zwangerschappen zo vroeg aantoonbaar werden en dus ook als zodanig werden beschouwd. Toen de test nog maar kort bestond, besloten vrouwen die ongepland niet ongesteld werden dan ook om geen test te doen en zelf de maandstonen op te wekken zodat er geen sprake zou zijn van een abortus. Het kloppend hartje, dat voor veel mensen het bewijs van (gezond) leven is, is ook zoiets, omdat dit ‘hartje’ in het begin nooit kan kloppen zonder het ‘steunhart’ van degene in wie het huist. Ook beargumenteert ze dat iets pas leeft wanneer het een eigen leven heeft. Zij heeft het dan ook liever over een toekomstig leven dat zich ontwikkelt dan over een levend wezen (Dehue, 2023). Het toekomstige leven heeft wellicht een relatie met degene in wie het groeit en met omgevingsgeluiden. Het zijn echter vooral onze gedachten over dit toekomstig leven, die het een leven géven. Wij, als bijvoorbeeld ouder, grootouders of pro-life activist, denken ons een toekomst voor ‘de kleine’ in. Wij zien benen die rennen, armen die omhelzen, goed gevormde lippen op de echo. In de denktrant van Dehue (2023) is een abortus geen moord op iets met een leven. Wel komt er een einde aan (mogelijk) toekomstig leven, maar ook dat is vroeg na een geboorte moeilijk op te bouwen tot een werkelijk leven zonder gewenst te zijn en zonder de steun of een vangnet uit de omgeving. Met haar boek wordt duidelijk dat veel zaken rondom menselijke voortplanting die we als feiten aannemen niet zo feitelijk zijn, maar we ze desondanks internaliseren én ernaar leven.

Vanuit zorgethisch en feministisch perspectief wordt een abortus in een groter web van relaties geplaatst zonder de zwangere de eindbeslissing te ontnemen. Dit laatste is van belang: in de hedendaagse obstetrie en maatschappij sluimert namelijk het idee dat iemand met een baarmoeder niet rationeel is en daardoor gepasseerd kan worden in besluitvorming, ook rond het eigen lichaam en leven (Villamea, 2021; Villamea & Kelly, 2020). Bovendien leeft de vooronderstelling dat moeder en ongeborene afgescheiden entiteiten met tegengestelde belangen zijn waarvoor afzonderlijk opgekomen dient te worden. Ook wat betreft morele vragen rondom abortus. Een zorgethisch perspectief toont echter aan dat beide aannames niet kloppen: los van het feit dat het hebben van een ratio niets te maken heeft met

het al dan niet bezitten van een baarmoeder, is belichaamde kennis van grote waarde, zeker in de obstetrische zorg (Villarmea, 2021; Van Hassel et al., 2022). Bovendien gaan de identiteiten van een zwangere en een ongeborene in elkaar over en hebben zij daarmee geen tegenstelde, maar fluïde belangen (Van der Waal & Van Nistelrooij, 2022).

In de debatten die al decennialang gaande zijn over abortus, is desondanks weinig aandacht geweest voor deze relationele en belichaamde invalshoeken. Er worden voornamelijk standpunten rondom individuele gerechtigheid en gelijkheid (gebaseerd op zogenaamde feitelijkheid) aangenomen: gerechtigheid voor degene die zwanger is, maar ook gerechtigheid voor het ongeboren leven. Abortus wordt bovendien gezien als ‘recht’ in de feministische strijd voor gendergelijkheid. Liberale feministen zien dit als een noodzakelijkheid voor vrouwen om tot professionele ontwikkeling te komen, socialistische feministen zetten het in voor de strijd voor economische gelijkheid (Kumar Mohajan, 2022). Wat alle witte feministen echter gemeen hebben is dat ze vrouwen onterecht zien als één homogene groep, die wordt onderdrukt door mannen (Kumar Mohajan, 2022; Mohanty, 2003). Van hieruit rijst de vraag of gerechtigheid en gelijkheid wel centraal staan in het dagelijks leven en de overwegingen van de vrouwen voor wie wordt ‘opgekomen’ of voor hen die juist worden tegengewerkt?

Gilligan (1982) is met haar feministische werk een belangrijke bron voor zorgethiek. Zij deed onder andere onderzoek naar mensen die voor een abortus kozen. In de verhalen van deze mensen herkent ze een ‘andere stem’ dan de stemmen die spreken in termen van rechten en gerechtigheid (die zij koppelt aan het masculiene in de maatschappij): zij constateert dat vrouwen in het maken van morele afwegingen vooral hun relatie met anderen en de mate waarin zij (zelf)zorgzaam zijn laten meewegen. Zorgethica Ruddick (1989) observeert en ontdekt in lijn met Gilligan op basis van haar eigen leven als moeder bepaalde drijfveren in de praktijk van ouderschap. De uitgangspunten behoud, groei en sociale acceptatie zijn ook toe te passen op de keuze om dit ouderschap juist niet aan te gaan. Dit zijn wederom relationele en contextuele begrippen.

Ook Zwarte feministen schrijven hierover en weten daaraan toe te voegen dat contextualiteit niet eendimensionaal is: in het leven van één iemand komen meerdere assen van uitsluiting en marginalisering en/of privilegering samen (Brewer, 2020). Zwarte activisten nemen het voortouw in het benadrukken dat de keuze voor zwangerschapsafbreking in een deel van de gevallen voortkomt uit een gemarginaliseerde positie. Door bijvoorbeeld slechte sociale en/of financiële positie die vaak samenhangt met discriminatie, wordt zelfbeschikking op het gebied van het krijgen van kinderen al ingeperkt. Het opvoeden van een kind binnen

slechte omstandigheden is voor de meeste mensen namelijk onwenselijk. Zwarte activisten benadrukken daarom dat er gestreden moet worden voor een samenleving waarin iedereen vrij is om te kiezen om wel of geen kinderen te krijgen en die al dan niet zelf op te voeden. Dat bovendien diegene die kinderen wil grootbrengen, dat kan doen in veilige en gezonde sociale, financiële- en milieuomstandigheden (Ross, 2017).<sup>34</sup> Zij strijden met andere woorden voor reproductieve rechtvaardigheid wat in de kern relationeel, contextueel en geleefd en dus niet liberaal en abstract is. Een zorgethische visie op abortus zou dit, gezien de aandacht voor machtsverhoudingen en precarisering binnen het onderzoeksgebied (zie onder andere: Tronto, 1993; Vosman & Niemeijer, 2017), zeker ook (dienen te) onderstrepen.

## 3.2 Lichamelijkheid

### 3.2.1 *Belichaamde kennis als bruggenbouwer*

De keuze voor het concept lichamelijkheid is gebaseerd op het door zorgethici omarmde uitgangspunt dat de mens geen universeel en (uitsluitend) transcendentiaal wezen is, maar ook altijd belichaamd is in de wereld. Dit stipte ik in paragraaf 2.1 ook al kort aan. Daarbij en daardoor komt kennis niet alleen rationeel tot stand. Bovendien kan deze belichaamde kennis een brug slaan tussen op het eerste gezicht onvergelykbare mensen. Aandacht, opmerkzaamheid voor- en afstemming op belichaamde kennis (Dalmiya, 2016; Hamington, 2012; Baur et al., 2017) die in lichamelijkheid en de belichaamde ervaring besloten ligt, vormen namelijk een kans om ons met behulp van verbeelding en empathie, in een ander te verplaatsen (Hamington, 2012, 2015; Pohlhaus, 2012). Dit komt omdat vergelijkbare kennis met die van een ander namelijk besloten ligt in het eigen lichaam (Hamington, 2012, 2015). In het geval van dit onderzoek kan de lens van lichamelijkheid de kennis van zorgontvangers en zorgverleners in de praktijk wellicht dichter bij elkaar brengen. Misschien zouden zelfs tegenstanders van zwangerschapsafbreking zich in de onderzochte geleefde ervaringen kunnen inleven.

Vanuit dekoloniaal oogpunt bekeken is de inzet van het concept lichamelijkheid op het gebied van kennis tevens van belang. Meer dan vijf eeuwen is de eurocentrische, cognitieve epistemologie, economie en politiek nu overheersend, terwijl de diversiteit van onder andere

---

<sup>34</sup> Sister Song. (z.d.). *Reproductive justice*. Geraadpleegd op 3 december 2022, van <https://www.sistersong.net/reproductive-justice>

kennis in de wereld oneindig is. Kennis die niet uit het globale Noorden (Vergès, 2021) afkomstig is, of niet cognitief tot stand is gekomen, staat buiten spel door als irrationeel onderontwikkeld of niet-menselijk te worden bestempeld (Dalmiya, 2016; De Sousa Santos, 2018). Mensen die zich niet op rationele kennis beroepen en mensen uit het globale Zuiden dienen zich, om gehoord en serieus genomen te worden door het globale Noorden, te conformeren aan overheersende kennis.<sup>35</sup> Ze houden zich om die reden bezig met ‘verplicht wereldreizen’ tussen verschillende ‘werelden van kennis’ (Lugones, 2003; Pohlhaus, 2012).

Door te benadrukken dat kennis ook door het lichamenlijk bestaan en de geleefde ervaring tot stand komt kan een epistemologie waarin deze kennis een rol speelt, een brug slaan tussen op het eerste gezicht onvergelykbare mensen met aan de ene kant hegemonische, rationele kennis en aan de andere kant belichaamde kennis. Het kan daarmee (epistemologische) kloven overbruggen. Het is voor dit onderzoek een waardevol concept omdat eerdere onderzoeken vaak kwantitatief tot stand kwamen en verklaringen gaf voor de keuze voor een abortus of inging op de categorieën van stigma. Door echter via lichamenlijkheid te kijken naar deze ook zeer fysieke ervaring, hoop ik invoelbare kennis bloot te leggen. Zo wordt dit onderzoek overdraagbaar gemaakt voor mensen die dit onderwerp voorheen vooral rationeel, beargumenterend en afstandelijk bekeken.

### *3.2.2 Het lichaam in de wereld – contextualiteit van de ervaring*

De lens van lichamenlijkheid geeft de mogelijkheid om de contextualiteit van ervaringen te tonen. Zoals hierboven beschreven, is het vanuit een zorgethisch en reproductief rechtvaardig oogpunt belangrijk om geleefde ervaring nooit los te zien van praktijken en de ordening van de samenleving. Hieronder volgt een uitleg over de manier waarop lichamenlijkheid de dichotomie tussen object en subject teniet doet en wat dit betekent voor contextualiteit.

Het lichaam is per definitie contextueel. Het is niet uitsluitend een instrument om een wereld waar te nemen door middel van sensaties, maar ook (actief) onderdeel van die wereld. Om dit uit te werken maakt Husserl in zijn fenomenologie van het lichaam het onderscheid tussen Leib en Körper. Leib is het geleefde lichaam van gelokaliseerde sensaties in de zintuigen (Slatman, 2012, 2020a; Slatman et al., 2016; Slatman & Widdershoven, 2015) dat vaak centraal staat in fenomenologisch onderzoek naar geleefde ervaringen. Dit Leib zorgt

---

<sup>35</sup> In de dekoloniale uitleg van Vergès (2021) behoren alle mensen die niet in de zogenaamde Westerse wereld (Globale Noorden) leven én de mensen met een migratieachtergrond die wel in het Westen leven tot het Globale Zuiden.

voor een belichaamd nulpunt, een pre-reflectief perspectief, waarmee mensen de wereld tegemoet treden. Iets wat Slatman (2020a) ‘mijn-zijn’ noemt. Merleau-Ponty (2013 [1945]) beschrijft dat gelokaliseerde sensaties de ervaring van het lichaam in het hier en nu geven. Dit Leib, waar hij overigens andere termen voor gebruikt, is altijd aanwezig en daarmee de permanente conditie voor de mogelijkheid om de wereld waar te nemen (Slatman & Widdershoven, 2015; Slatman 2020a). Körper is het lichaam als object in de wereld waar we ons van bewust worden wanneer we onszelf bijvoorbeeld bekijken in een spiegel (Slatman, 2012, 2020a; Slatman et al., 2016; Slatman & Widdershoven, 2015). Ook wanneer het lichaam niet functioneert of niet verschijnt zoals we willen of gewend zijn, worden we ons gewaar van het lichaam als object in de wereld. Het verliest dan namelijk de vanzelfsprekendheid (Slatman et al., 2016) en het ‘zijn’ in ‘mijn-zijn’ raakt verstoord.

Deze twee benaderingen van lichamelijkheid lijken een dualisme te beschrijven. Leib vooronderstelt en bevestigt echter de ervaring van Körper (Slatman, 2012; Slatman & Widdershoven, 2015; Slatman 2020a). Leib, het nulpunt, is de start van handelen en waarnemen. Het is desalniettemin geen transcendentiaal subject dat los staat van de fysieke werkelijkheid zoals filosofen zoals Descartes en Kant hebben beargumenteerd (Slatman & Van de Ven, 2021), maar een geïncarneerd subject (Merleau-Ponty, 2013 [1945]). Het is als Körper onderdeel van de leefwereld en wordt dus wel degelijk beïnvloed door de wereld. Leib kan, via Körper geraakt worden door iets buiten zichzelf (Slatman, 2020a). Zonder lichaam als object in de wereld is er geen (subjectieve) ervaring van die wereld. De ervaring van het lichaam is in andere woorden dubbelzijdig: er is de geleefde, belichaamde ervaring en tegelijkertijd is er ook altijd de ervaring van het lichaam als een object (Slatman, 2012). Er is daarmee een dubbele verbinding tussen het lichaam en de wereld (Slatman, 2014).

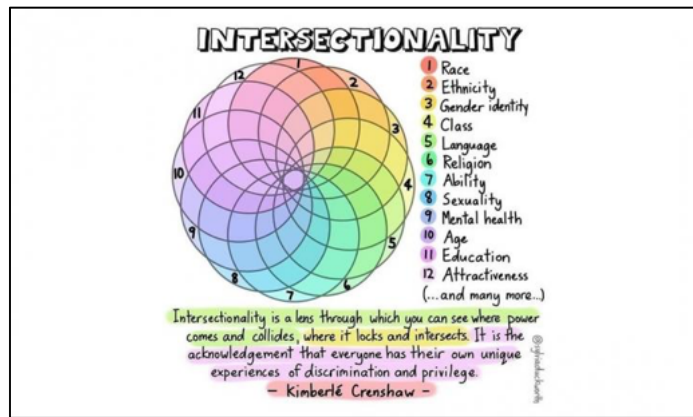
Er kan zelfs gezegd worden dat, door aanraking of ook wel *sensings* te bestuderen, de dichotomie tussen de subject- en objectkant geheel komt te vervallen (Al-Saji, 2010). Wanneer namelijk een eigen hand de andere eigen hand aanraakt, is de aangeraakte hand niet alleen de passieve, object-kant, maar in de receptiviteit ligt activiteit besloten. Aangeraakt worden, betekent die aanraking voelen en is daarmee direct subjectief en actief. Bij zelfaanraking valt de subject- en objectkant dus samen. Wanneer een lichaam wordt aangeraakt door een ander, voert de ander de intentionele handeling uit. Het lichaam dat aangeraakt wordt is door *sensings* desalniettemin nog steeds een subject (Al-Saji, 2010). Het zal zich echter wellicht wel bewust worden van de context en de fysieke wereld buiten zich en de manier waarop die (letterlijk) kan (aan)raken.

Zo verbindt het lichaam dus ‘binnen’ met ‘buiten’ en andersom en doet het de grens tussen object en subject vervagen. Young (onder andere 2005b) beschrijft echter dat er geen neutraal, universeel lichaam is, zoals dat binnen fenomenologie, onder andere door Merleau-Ponty nog wel eens gedacht wordt (Jensen & Elg, 2010). Zij neemt als voorbeeld dat een vrouwelijk lichaam<sup>36</sup> een maandelijksse cyclus heeft, vaak borsten heeft en zwanger kan worden. Dit zijn al grote, algemene verschillen met een mannelijk lichaam. De manier waarop het vrouwelijk lichaam in de wereld wordt benaderd, anders dan een mannelijk lichaam, heeft invloed op de geleefde ervaring van deze vrouwen. Zij is met haar werk één van de denkers die binnen fenomenologie aantoont dat belichaamde ervaring altijd sociaal en historisch beïnvloed is en dat lichamelijke daarmee contextueel is. Tegelijkertijd stelt ze dat door structuren van betekenis in de ervaring van bepaalde groepen bloot te leggen er wel degelijk iets te zeggen valt over meer algemene ervaringen (Bartky, 2009).

Het werk van Young op het gebied van gender zou getransponeerd kunnen worden naar andere assen van ‘afwijkendheid’ zoals bijvoorbeeld ras, de mate van ‘*ableismn*’ of aantrekkelijkheid. Wanneer het lichaam in een sociale omgeving afwijkt van de norm - vaak van die van witte, heteroseksuele cis-man (Van Hassel et al., 2022)) die een *able* lichaam heeft en cognitief beredeneerd opereert-, dient het zich in grotere mate zowel te verhouden tot de eigen innerlijke normatieve wereld als tot de (materiële) wereld buiten het lichaam. Om stand te houden, is het bovendien met regelmaat noodzakelijk om de heersende norm te reproduceren en/of als vanzelfsprekend te zien (Lugones, 2003; Pohlhaus, 2012). Het concept lichamelijke is door de contextuele aard van het begrip daarmee met andere woorden geschikt om intersectioneel te werk te gaan. Het kan inzichtelijk maken of- en op basis van welke ‘assen’ iemand te maken krijgt met een bepaalde mate van uitsluiting en marginalisering ofwel privilegering.

---

<sup>36</sup> Dit zijn de bewoordingen die Young kiest. Ik kies er in dit stuk voor om de termen zwangere en mensen met een baarmoeder te gebruiken tenzij degene over wie het gaat zich identificeert als vrouw.



Figuur 2. Intersectionaliteit door Sylvia Duckworth.<sup>37</sup>

Om geleefde, belichaamde ervaring werkelijk te begrijpen, is dus niet alleen de interne, belichaamde ervaring van belang zoals die regelmatig aan bod komt in fenomenologisch onderzoek. Ook de manier waarop een lichaam in de wereld wordt waargenomen en de manier waarop het in die wereld wordt (aan)geraakt, heeft invloed op de innerlijke ervaring en kan daarmee niet over het hoofd worden gezien. Juist omdat het lichaam en lichamelijke de subject- en object kant samenbrengt, is het mogelijk om het sociale, (Slatman, 2014, 2020b; Slatman & Widdershoven, 2015) contextuele aspect van de geleefde ervaring via een fenomenologie van het lichaam aan het licht te brengen (Al-Saji, 2010). Door de geleefde, belichaamde ervaring als contextueel te beschouwen, kan een fenomenologische benadering van lichamelijke bovendien onderdeel worden van ethische overwegingen (Slatman, 2020a). Het beschrijft dan namelijk niet alleen een particuliere ervaring, maar laat ook zien welke invloed die ervaring heeft op de omgeving en andersom. In het geval van het verlenen van abortuszorg, kan inzicht in de ervaring van mensen die kiezen voor een zwangerschapsafbreking, op deze manier leiden tot zorg die beter op hen is afgestemd en daarmee tot goede zorg.

---

<sup>37</sup> BASW (z.d.) *Intersectionality is a valuable tool for Social Work Practice*. Geraadpleegd op 20 maart 2023, van <https://www.basw.co.uk/media/news/2022/feb/swu-blog-intersectionality-valuable-tool-social-work-practice>



### *3.2.3 Het lichamelijke 'ik kan (niet)' – zelfbeschikking op basis van relationaliteit, afhankelijkheid en wederkerigheid*

Hierboven heb ik uiteengezet dat de geleefde, lichamelijke ervaring bestaat uit ervaring van Leib en Körper en dat die onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Hierdoor is de geleefde ervaring per definitie contextueel. Zoals eerder beschreven is de mens binnen zorgethiek echter altijd relationeel en contextueel en ook bij het bereiken van reproductieve rechtvaardigheid staat dit centraal. Dit betekent dat zelfbeschikking nooit geheel los gezien kan worden van het web van (afhankelijkheids)relaties en de maatschappelijke structuren waarin iemand zich bevindt. In debatten over abortus vormt echter zelfbeschikking als (liberaal) onafhankelijk recht een centraal argument. Er is in deze debatten dus geen sprake van contextualiteit van de ervaring en keuze. Op welke manier kan een conceptualisering van lichamelijke bijdragen een begrip van zelfbeschikking dat de zorgethische en Zwart-feministische uitgangspunten omtrent contextualiteit wel serieus neemt?

Zorgethica Kittay (1999) beschrijft uitvoerig, onder andere door de zorg voor haar meervoudig gehandicapte dochter als voorbeeld te nemen, dat relaties niet gekenmerkt worden door contractuele afspraken tussen gelijkwaardige, autonome mensen, maar door zorg tussen afhankelijke mensen. Deze mensen zijn regelmatig niet gelijkwaardig. De mate van zelfbeschikking van de zorgontvanger is namelijk vaak nauw verweven met de zorg die diegene ontvangt. Een zorgverlener kan op haar beurt niet altijd rekenen op wederkerigheid. Kittay signaleert hiermee dat relaties asymmetrisch (kunnen) zijn en legt de nadruk op de verantwoordelijkheid van degene die zorgt om vanuit de behoeften van de zorgontvanger te opereren.

In reactie op zorgethiek, stelt Banerjee (2022) echter dat zowel het liberale, contractuele kader als de invalshoek van Kittay, niet toepasbaar zijn op situaties waarin er grote (culturele) verschillen tussen mensen bestaan én er reeds sprake is van een door status opgelegde asymmetrie (Banerjee, 2022). Ze doelt daarmee op de koloniaal ingegeven status van 'afhankelijk- en achtergebleven zijn' die het Globale Zuiden heeft in de ogen van het Globale Noorden. Haar theorie kan echter ook opgaan voor de status die bijvoorbeeld mensen met een baarmoeder hebben (binnen obstetrische zorg): ze worden gezien als emotioneel, irrationeel en ongecontroleerd handelend (Villarmea, 2021; Villarmea & Kelly, 2020). Op basis van deze status wordt een asymmetrische relatie vooronderstelt waarin wederkerigheid niet verwacht kan worden (Banerjee, 2022). De mensen van wie (onterecht) geen wederkerigheid verlangd wordt, blijven vanwege de aannames, altijd in een ondergeschikte positie, ook wat betreft zelfbeschikking. De vooronderstelling van asymmetrie binnen zorg

voor mensen met een baarmoeder kan dus ook doorwerken op mensen die een abortus doormaken. Banerjee zoekt naar een manier om door status opgelegde asymmetrie en bovendien dekoloniale vooronderstellingen en gedragingen te voorkomen. Ze wil daarom af van de dichotomie tussen liberale, actieve subjecten met zelfbeschikking enerzijds en passieve, afhankelijke objecten anderzijds omdat dit stereotypering ondersteunt en koloniaal gedachtegoed in stand houdt. Zij werkt toe naar wederkerigheid in afhankelijkheid,<sup>38</sup> ook in het streven naar zelfbeschikking.

Om tot deze dekoloniale en tegelijkertijd zorgethische fenomenologie van zelfbeschikking te komen, buigt Banerjee (2022) zich over het werk van De Beauvoir (1993 [1945]; 2018 [1947]). De laatste beschrijft dat menselijke ervaring en het menselijk bestaan altijd ambigue zijn door het spanningsveld tussen het kunnen verwezenlijken van onze 'projecten' (transcendentie) en het beperkt worden door onze situatie (immanentie). Banerjee (2022) interpreteert haar werk niet, zoals dat geregeld wordt gedaan, als een pleidooi voor individualisme. Ze benadrukt juist dat De Beauvoir oog heeft voor de wederkerigheid tussen het zelf en de ander om tot transcendentie te komen: de mens leeft samen met anderen in een belichaamde, materiële wereld. Gezamenlijk creëren we betekenis in de wereld. De vrijheid van de één om betekenis te creëren wordt bevestigd of ontkracht door de ander(en) die het eigen leven vormgeven. Andersom geldt hetzelfde. De betekenis die wij als mensen aan ons leven kunnen geven, de zelfbeschikking die daarin besloten ligt, is dus gebaseerd op wederkerigheid. Zo ook de keuze voor een abortus. Deze zelfbeschikking verwordt hiermee tot een ethische vrijheid, ofwel werkelijke vrijheid (De Beauvoir, 2018 [1947]) die van ons vraagt om elkaar, vanuit belichaamd in de wereld zijn, in wederkerigheid te ontmoeten op de poreuze grenzen die tussen ons, onze projecten, de wereld en dus onze vrijheden bestaan (Banerjee op basis van haar interpretatie van De Beauvoir, 2022). Ook hier valt de dichotomie tussen subject en object weg: ze zijn met elkaar verweven in het ambigue bestaan.

Het wordt door Banerjee (2022) in haar werk over de wederkerigheid van zelfbeschikking kort aangestipt: zelfbeschikking is te conceptualiseren als een in de kern belichaamd principe. De mens wordt in fenomenologie beschreven als intentioneel wezen dat fundamenteel belichaamd is. Merleau-Ponty beschrijft dat die gerichtheid op de wereld (ook)

---

<sup>38</sup> Banerjee, A., [Rodante Van Der Waal]. (2023, 15 januari). *CMS Summerschool* [Video]. YouTube. Geraadpleegd op 1 maart 2023, van <https://www.youtube.com/watch?v=Tp1UBXOrvzQ>

in motoriek besloten ligt (Slatman, 2020b): omdat de mens belichaamd is en kan bewegen heeft zij mogelijkheden om het leven betekenis en vorm te geven. De mogelijkheid om te creëren en zelfbeschikking te hebben, kenmerkt zich dus kenmerkt zich niet door ‘Ik denk’ zoals in de Westerse filosofie vaak werd bepleit, maar door ‘Ik kan’ van het lichaam.<sup>39</sup> Natuurlijk spelen cognitieve capaciteiten een rol bij het (in vrijheid) vormgeven van het leven, maar zonder beweging in de wereld, zijn plannen zeer lastig uit te voeren.

Ook in deze fenomenologische, lichamelijke intentionaliteit van het ‘ik kan (niet)’ staat ambiguïteit centraal. Zelfbeschikking neemt af wanneer lichamelijke intentionaliteit (Slatman & Widdershoven, 2015) en daarmee de mogelijkheden om betekenisvol om te gaan met de wereld verstoord worden (Slatman & Van de Ven, 2021). Deze verstoring kan zowel een interne aanleiding hebben, als een aanleiding vanuit de omgeving of door een combinatie van beide. Hieronder zet ik de drie aanleiding uiteen.

Om te beginnen bij de verstoring van binnenuit: Wanneer iemand wel een concrete, op impuls ontstane beweging kan uitvoeren (bijvoorbeeld rillen bij kou), maar geen abstracte (zoals een zwaaien naar iemand), tast dit de existentiële mogelijkheden en het ‘ik kan’ van iemand aan (Slatman, 2020b). Het is namelijk juist deze abstracte motoriek die intentioneel is: dit zijn de handelingen die vanuit het innerlijk gemotiveerd ergens op gericht zijn. Iemand geeft met beweging dus betekenis aan een situatie. Door bijvoorbeeld pijn, kan de abstracte motoriek beperkt worden. Ook depressie, waarbij mensen hun lichaam niet willen voelen (Slatman & Van de Ven, 2021), of – zoals ik dat zelf meemaakte – verminderd kunnen duiden omdat ze de signalen van het lichaam lang hebben onderdrukt en vooral koersten op hun denkkraft, kan ervoor zorgen dat intentioneel bewegen zeer ingewikkeld is. Wanneer iemand alleen in beweging komt of kan komen op basis van een reflex of omdat een impuls van buitenaf daar aanleiding toe geeft, neemt de mate waarin een eigen betekenis wordt gegeven af. Daarmee wordt het ‘ik kan’ ook kleiner (Slatman & Van de Ven, 2021).

Ten tweede speelt de omgeving, zoals hierboven ook beschreven, een rol bij betekenisgeven aan het eigen leven en daarmee aan zelfbeschikking, vanwege de in de wereld belichaamde aard van de (Merleau-Ponty in: Slatman, 2014). Om een simpel voorbeeld te geven: iemand die geen trappen kan lopen zal niet beperkt worden in ‘ik kan’ in een

---

<sup>39</sup> Voor mij valt ook spreken onder het bewegen in de ruimte. Het is een handeling waarmee we iets de ruimte in brengen en betekenis geven aan de situatie waarin we ons bevinden. Het roepen van ‘au’ is bijvoorbeeld een concrete handeling. Iemand groeten valt onder de abstracte beweging. Met dit laatste gaan we een relatie met de wereld aan in de verwachting dat we een reactie terugkrijgen.

omgeving waar alles gelijkvloers is. Naast deze praktische zaken, kunnen ook machtsverhoudingen en normen die in de fysieke wereld gelden, van invloed zijn op de lichamelijke intentionaliteit. Zo kan een verstoring van ‘ik kan’ optreden wanneer de manier waaróp iemand belichaamd is – denk aan van kleur zijn, zwanger zijn, of een zichtbare fysieke beperking hebben – niet tot de norm behoort in een bepaalde sociale omgeving. Wanneer het nulpunt om de wereld tegemoet te treden van de één voor anderen een punt van aandacht is, heeft dat invloed op hoe diegene de wereld tegemoet treedt (Slatman, 2020b).

Ten derde toont Young (onder andere 2005b) met haar op gender gerichte werk op het gebied van de fenomenologie van vrouwelijke lichaamservaring echter aan dat ‘ik kan’ door een combinatie van ‘binnen’ én ‘buiten’ tot stand komt. Ze stelt dat het vrouwelijk lichaam binnen de westerse patriarchale samenleving aan allerlei opgelegde voorwaarden dient te voldoen. Vrouwen leven hun lichaam tegelijk als subject en object (Mann, 2009) en incorporeren maatschappelijke voorwaarden en beperkingen, wat leidt tot een geremde intentionaliteit: externe normen worden op zo’n manier verinnerlijkt dat vrouwen zelf al minder ruimte innemen en fysieke bewegingen in de wereld op de normen aanpassen (Young, 1980). Ze hebben daarmee niet de volgens Merleau-Ponty in de basis universele mogelijkheid om via het lichaam betekenis aan het leven te geven (Foster, 2009).<sup>40</sup> Ze doet ons inzien hoeveel invloed ‘buiten’ kan hebben op ‘binnen’ en hoe context uiteindelijk zelfs onderdeel van iemands lichamelijke intentionaliteit kan worden.

Zelfbeschikking en het lichamelijke ‘ik kan’ is vanwege de belichaamde aard van de mens dus onderhevig aan een continue wisselwerking tussen innerlijke factoren en factoren in de buitenwereld. Zelfbeschikking is zo (op uitzondering van feitelijk asymmetrische zorgrelaties na)<sup>41</sup> een belichaamd en relationeel begrip dat tot stand komt op basis van afhankelijkheid en wederkerigheid. De wederkerigheid is een voorwaarde om op een verantwoordelijke manier elkaars behoeften niet alleen te signaleren en erkennen, maar ook werkelijk te ondersteunen. Zo ontstaat de zogenaamde ethische vrijheid, de ethische zelfbeschikking. Zelfbeschikking op het gebied van het afbreken van een zwangerschap kan dus ook gedacht worden vanuit relationaliteit, afhankelijkheid en wederkerigheid en doet

---

<sup>40</sup> Het werk van Young is wellicht essentialistisch te noemen. Zelf komt ze hier in later werk ook terug (Bartky, 2009; Foster, 2009).

<sup>41</sup> Werkelijke asymmetrie in zorgrelaties vormt de uitzondering, maar alleen wanneer vooroordelen over competenties van mensen om richting te geven aan het eigen leven grondig onderzocht zijn om op status gebaseerde asymmetrie tegen te gaan.

daarmee niet alleen een beroep op degene die ongewenst zwanger is, maar ook op de mensen en de wereld rondom. Het plaatst de keuze in een grotere, relationele context, in plaats van in een uitsluitend liberaal (onafhankelijk of egoïstisch) perspectief.

### 3.3 Goede dekoloniale zorg

Om later de uiteindelijke hoofdvraag van dit onderzoek te kunnen beantwoorden is het belangrijk om te definiëren wat ik onder zorg en goede zorg versta. Daartoe val ik terug op inzichten uit de zorgethiek, abolitionisme en uit de inzichten die ik eerder in dit hoofdstuk opdeed met betrekking tot ethische zelfbeschikking.

Zorg is in de meest bekende definitie binnen zorgethiek:

*(...) a species activity that includes everything that we do to maintain, continue, and repair our 'world' so that we can live in it as well as possible. That world includes our bodies, our selves, and our environment, all of which we seek to interweave in a complex, life-sustaining web.* (Fisher & Tronto, 1990 in: Tronto, 2017, p.31)

Een toevoeging op deze definitie vanuit abolitionistisch perspectief die ik ter harte neem, is dat repareren van de wereld niet altijd afdoende is. Wanneer een systeem of een institutie mensen uitsluit, benadeelt of onderdrukt, is het beter om de destructieve fundamenteën van 'de wereld' af te schaffen en er vanuit gemeenschappen iets nieuws voor in de plaats op te bouwen (Davis 2016; Harris, 2021; Kaba 2021).

Zorg komt tot stand door het aandachtig afstemmen op wat de zorgontvanger nodig heeft en verantwoordelijkheid te nemen om op een competente manier aan deze zorgbehoefte te voldoen. Bovendien houdt zorgdragen op een gemeenschapsniveau in dat mensen kunnen bouwen op de continuïteit van zorg. Zo ontstaat er vertrouwen en solidariteit (Tronto, 1993, 2013, 2017). Het antwoord op de vraag of aan goede zorg is voldaan, is binnen zorgethiek per situatie, praktijk en tijdsgewricht verschillend. Het moreel juiste is dus contextgebonden en krijgt vorm door de mensen binnen die context. De vraag of er sprake is van goede zorg dient volgens zorgethici gesteld te worden aan degene die zorg ontvangt (Dalmiya, 2016; Engster, 2005; Kittay, 1999; Tronto, 1993, 2013). Dit is degene die kan bepalen of er op een zorgzame manier in de zorgbehoeften is voorzien en of er dus moreel juist gehandeld is. Zorg is binnen zorgethiek expliciet niet beperkt tot de privésfeer en particuliere situaties. Het maakt onderdeel uit van het gehele (gezamenlijke) leven. Het is dus zowel een individuele opgave, als een opgave voor de praktijk van abortuszorg én de maatschappij met bijbehorende

instituties om te komen tot goede zorg voor mensen die een medicamenteuze abortus ondergaan.

De definitie van zorg en omschrijving van wat zorgen inhoudt maakt inzichtelijk waar zorg en het eerder genoemde reproductieve rechtvaardigheid aan elkaar raken. De mensen die strijden voor deze vorm van rechtvaardigheid, streven namelijk ook naar een wereld waarin zo goed mogelijk te leven is. Ook zij zien dit leven als belichaamd, contextueel en relationeel bepaald en maken inzichtelijk dat de keuze voor het wel of niet grootbrengen van kinderen hier mede van afhankelijk is. Het is niet strijden voor een liberaal recht om wel of geen kinderen groot te brengen. Het is invulling geven aan het leven op basis van en met doorwerking in relaties en context. Reproductie en ook rechtvaardigheid is hiermee gekaderd binnen het *life-sustaining web*. Zo is reproductieve rechtvaardigheid een vorm van zorg.

Met de lichamelijke conceptualisering van zelfbeschikking uit paragraaf 3.2.3 is het bovendien mogelijk om een verband te leggen tussen de zorgethische definitie van goede zorg, ethische zelfbeschikking en reproductieve zorg. Goede zorg wordt alleen bereikt wanneer de behoeften van een zorgontvanger leidend zijn. In deze trant is ethische zelfbeschikking hét uitgangspunt om tot goede en bovendien dekoloniale zorg te komen. Daarmee erkennen we namelijk dat eenieder op een eigen wijze, maar nooit onafhankelijk vorm geeft aan het leven én dus particuliere behoeftes heeft. De zorg die besloten ligt in de formulering van reproductieve rechtvaardigheid voldoet aan deze voorwaarde om tot goede dekoloniale zorg te kunnen komen. Er wordt namelijk voor ieder mens gestreefd naar een vrije doch contextuele en relationele invulling van het leven op het gebied van reproductie.

Het vooronderstellen dat het erkennen van ethische zelfbeschikking de basis is om tot goede zorg te komen, legt echter niet vast wat die zelfbeschikking en goede zorg dan precies behelzen. Het zegt namelijk nog niets over de invulling die iemand binnen een bepaalde context geeft aan deze begrippen. Het blijft om na te kunnen gaan wat goede zorg is voor mensen die een medicamenteuze abortus doormaken dan ook noodzakelijk om hun specifieke, meerstemmige geleefde ervaringen te laten spreken.

### 3.4 Concluderend: de theoretische lens voor dit onderzoek concreet gemaakt

Bovenstaand theoretisch onderzoek draagt later in het onderzoek bij aan de zorgethische analyse door de theoretische inzichten in gesprek te laten gaan met dat wat de geleefde ervaringen aan het licht brengen. Heel beknopt beschreven neem ik daartoe de volgende inzichten mee. Zorgethische en feministische bronnen maken inzichtelijk dat de keuze voor

abortus een relationele, contextuele keuze is waarin de belangen van de zwangere en het mogelijke nieuwe leven een voortdurende wisselwerking met elkaar aangaan. Historisch gezien werken denkbeelden over onder andere de ziel uit het Katholicisme en talige technologie op het gebied van reproductie door in de manier waarop we spreken (en oordelen) over abortus. Deze inzichten maken duidelijk dat we het onderwerp abortus op veel verschillende manieren kunnen en dienen te kaderen.

Het concept lichamelijkeid plaatst de geleefde ervaring van een medicamenteuze abortus in een context. Bovendien maakt het inzichtelijk dat zelfbeschikking een relationeel en wederkerig en daarmee dekoloniaal begrip is. Vanwege het moreel appèl dat zelfbeschikking op eenieder doet, gaat het om ethische zelfbeschikking. Zorgethiek zet de zorgbehoefte van een zorgontvanger centraal. Goede zorg vooronderstelt daarmee te voldoen aan ethische zelfbeschikking. Daarmee kunnen we goede zorg die is gebaseerd op ethische zelfbeschikking ook goede dekoloniale zorg noemen. De precieze invulling van goede zorg en zelfbeschikking blijft echter context gebonden en wordt gevormd in specifieke situaties en praktijken.

## 4. Empirische bevindingen

Hieronder beschrijf ik de bevindingen die voortkomen uit het empirisch onderzoek naar de geleefde ervaring van een medicamenteuze abortus van vier vrouwen en beantwoord ik de tweede deelvraag:

Wat is de geleefde ervaring van mensen die een medicamenteuze abortus doormaken? Tijdens de analyse verschenen zes thema's die in de verschillende ervaringen een betekenisvolle rol hadden, zij het voor iedere vrouw op een andere manier. Om deze bevindingen zo invoelbaar mogelijk te maken, voeg ik teksten en beelden toe die afkomstig zijn uit dagboeken, de interviews die ik deed, de apofatische portretten die Daamen en ik maakten op basis van de dagboeken en interviews, de transcripten van de gesprekken die we met de deelnemers voerden op basis van de apofatische portretten én creatieve parafraseringen daarvan. Voordat ik de meerstemmigheid van de ervaring met voorbeelden, data van de deelnemers en apofatische portretten illustreer, omschrijf ik ieder thema om te beginnen op een overkoepelende manier.

“Een negatief.

Van zwart naar wit.

Of andersom.

Alles is tegelijkertijd andersom.

Alles had ook zomaar andersom kunnen zijn.” Merel, portret



#### 4.1 Beperkt worden: de ervaring van ongewenst tot stilstand komen

Met de keuze voor een abortus hopen de vrouwen hun leven weer op te kunnen pakken en voort te zetten. Wat in de dagboeken, interviews, portretten en gesprekken echter doorklinkt is dat de vrouwen ná de keuze voor een abortus zich nog een tijd beperkt, belemmerd of zelfs klein gehouden voelen in het voortzetten van hun leven. De beperkingen houden verband met agenda's van anderen en zorginstellingen, met de nodige controles, met opgelegde systemen, maar ook met het fysieke proces van zwangerschap en uitdrijving dat niet direct stopt na de abortus. Ze worden 'gedwongen' om nog een tijd achterom te kijken in plaats van zich te richten op het dagelijks leven en de toekomst.

Vanaf het moment dat Puck ontdekt dat ze zwanger is, raakt ze in paniek en voelt iedere minuut als hyperventilerend wachten: wachten tot de huisarts terugbelt, wachten tot de kliniek weer open is, wachten tot ze de afspraak heeft, wachten in de wachtruimte. Ze wil niets liever dan dat dit afgelopen is, maar daar heeft ze anderen voor nodig.

“(...) die hele week daarvoor duurde zó lang dat ik moest wachten totdat ik eindelijk die afspraak zou hebben. (...) Er is nu iets aan het groeien in mij en ik wil het niet.” Puck, interview



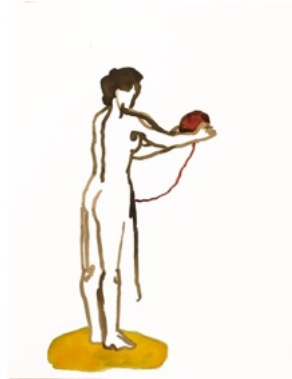
Merel, portret



Puck, portret

Merel voelt zich klein gehouden en daarom overheerst boosheid. Zij heeft in België te maken met een bedenktijd van zes dagen. Bovendien zijn de klinieken overvol en moet ze bovenop de bedenktijd nóg eens wachten tot er plek voor haar is. Zo komt ze ongewild steeds dichterbij het moment waarop een medicamenteuze abortus niet meer is toegestaan en ze alleen nog voor een curettage in aanmerking komt. Ze is zeker van haar besluit, maar tijdens het wachten

kan ze die beslissing steeds opnieuw bekijken. Het feit dat ze niet zelf kan handelen, ze overgeleverd is aan de agenda van een systeem en anderen, geeft ruimte aan twijfel. Dat is zwaar.



Merel, portret

Noortje en haar vriend vragen zich in de tijd tussen het nemen van de eerste pil en het inbrengen van de volgende pillen los van elkaar af of het proces van de zwangerschapsafbreking nog terug te draaien is, terwijl ze wéten dat dit een uitgesloten optie is. Het is onomkeerbaar. Een donkerste donkerte overvalt haar.



Noortje, portret

Ze is blij wanneer het tijd is om de volgende medicatie te nemen. Ze kan weer door. Ze vraagt zich achteraf zelfs af of ze de pillen wellicht te vroeg heeft ingebracht omdat ze zo graag het proces van de abortus wilde voortzetten.

“Oké, ik ga gewoon, wil het nú ook gewoon doen. (...) Omdat als je dan eenmaal merkt van: oké, het is op gang gekomen, dan is het ook een soort *release* en loslaten.” Noortje, interview

Er klinkt bij iedereen een zekere opluchting en ‘het moet nu maar gebeuren’ door in het moment waarop de vrouwen de eerste pil of de vervolgmedicatie nemen. Alsof ze na een veel te lange reis zonder te kijken van een hoge klif afstappen in de hoop daarna het heft weer in

eigen hand te nemen. Er is wel (stil) verdriet op datzelfde moment of vlak erna, maar de directheid en beslistheid overheerst.

“(…) voordat ik hem nam, dacht ik: oké, hup, *yes, let's go* en één, twee, drie, hup!” Puck, interview



Merel, portret

De ervaring van beperkt zijn of beperkt worden is hierna echter nog niet voorbij. Nadat de abortus heeft plaatsgevonden, is het proces fysiek en praktisch namelijk niet afgesloten voor de vrouwen. Om te beginnen bijvoorbeeld omdat enkelen van hen nog wekenlang bloed verliezen. Voor Puck en Sarah is dit confronterend en belemmerend. Zij dragen normaal gesproken nooit maandverband en moeten dit nu wel doen. Het maandverband schuurt langs hun benen en voelt heel groot. Het is bij iedere beweging aanwezig. Bovendien worden zij iedere keer dat zij het bloed naar buiten voelen vloeien of naar de wc gaan geconfronteerd met wat er is gebeurd. Voor Sarah is dit het zwaarste onderdeel van de abortus. Zij voelt zich zó vies en ongemakkelijk met het maandverband – een hoopje ellende - dat zij, in tegenstelling tot voor de abortus, zo min mogelijk de deur uit gaat en weinig mensen ziet. Ze is beperkt in wat zij doet. De weken lijken daardoor extra lang te duren en ze vraagt zich af wanneer het eindelijk stopt.



Sarah, portret



Puck, portret

Puck wil tijdens de abortus al graag in bad, maar dit kan vanwege infectiegevaar niet. Na de abortus voelt ze sterk de behoefte om te gaan zwemmen, om zich omgeven te voelen door warmte en gedragen te worden. Maar ook dit kan om gezondheidsredenen niet. Ze heeft het gevoel dat de dingen waar zij zich comfortabel in haar lichaam bij zou voelen, haar worden ‘afgenomen’. Zo vloeit het ongemak met het bloed uit in tijd.

Zowel Puck als Noortje ervaren na de abortus, wanneer zij denken en ook hopen dat het voorbij is, bovendien nog zwangerschapsverschijnselen. Noortje vraagt zich zelfs af of ze niet wéér zwanger is, maar de abortus blijkt niet volledig te zijn geweest waardoor ze nog zwangerschapshormonen aanmaakt. Ze moet opnieuw naar de kliniek, dit keer voor een curettage. Puck krijgt na een aantal weken te maken met stevige misselijkheid. Dit geeft haar het gevoel dat het er nóg niet op zit terwijl ze probeert vooruit te kijken.

Daarnaast is na iedere medicamenteuze abortus een standaardcontrole gepland. Die is noodzakelijk en wordt dus opgelegd. Ook dat is een moment waarop de deelnemers opnieuw achterom kijken. Een aantal van de vrouwen kiest er hierna bovendien voor om een spiraal te laten plaatsen en moeten hun lichaam eraan laten wennen. De voelt voor Sarah meer als een ‘nabehoedsmiddel’ dan een voorbehoedsmiddel: het houdt meer verband met de abortus dan met het voorkomen van een zwangerschap. Ook hiervoor vindt een controle plaats. De deelnemers verzuchten dan ook dat de laatste controle achter de rug is in de hoop nu werkelijk vrij te zijn van praktische belemmeringen.

#### 4.2 Controleverlies: de ervaring van ‘bewogen worden’ en daar mee omgaan

Voor iedereen is de ervaring van de abortus op enig moment een ervaring van controleverlies. Het moment waarop deze vrouwen zich realiseren dat ze zich kunnen voortplanten en dat dat proces zich zonder bewuste aansturing in hen afspeelt, is het moment waarop ze zich dat (voor het eerst) gewaar worden. De vrouwen worden in de periode voor- en van de abortus als het ware overgenomen door zwangerschapsverschijnselen, groei en golven van pijn die soms met weeën worden vergeleken. De één kan zich daar aan overgeven, zij laat zich bewegen. Een ander daarentegen lukt het niet om het controleverlies te accepteren en vindt geen helpende manier om er mee om te gaan. Ze proberen ieder op hun eigen manier grip te houden of te krijgen op hun leven. Ook proberen ze houvast te krijgen door te begrijpen wat er in hen gebeurt en omgaat in deze voor hen tumultueuze tijd.

“Dat, ik heb dat niet onder controle en er groeit hier iets? (...) doet me ook wel zo denken aan bijvoorbeeld, je hebt klimop en dat groeit (...) dat zet zich aan stenen en dat groeit gewoon los door gesteente heen zeg maar. (...) Hij doet gewoon zijn eigen groeizin” Merel, gesprek over portretten



Merel, portret

De reacties van de deelnemers zijn zoals gezegd verschillend: er is ontkenning, bewondering, verzet, onmacht en overgave. Merel scheidt in het proces heel bewust haar gedachten zoveel mogelijk van haar gevoel en de fysieke sensaties van de zwangerschap. Ze weet zich geen raad als het hoofd en het lijf elkaar wel ‘raken’. Haar lichaam doet niet wat ze wil en er is teveel contradictie tussen haar gevoelens van koestering en zorg voor het vruchtje – ze drinkt bijvoorbeeld geen alcohol tot aan de abortus - en haar gedachtes over de toekomst. Haar hoofd overheerst en ze kan niet in haar lichaam aarden. Daar voelt ze zich niet meer thuis door alle veranderingen.

Sarah heeft bewondering voor het feit dat ze zwanger kan raken en dat dit, ondanks een ongezonde levensstijl, tóch gezond verloopt. Zij verzet zich echter, net als Puck, tegen de zwangerschapssymptomen. Ze vinden het verschrikkelijk dat hun borsten direct groot en hard worden.

Puck is in het gehele proces wiebelig in haar zoektocht naar houvast, begrip en troost. Ze probeert op een rationele manier te achterhalen wat ze voelt. Ze legt uit dat al die gevoelens die nu door haar heen gaan niet tastbaar zijn en dat ze die zou willen zien.



Puck, portret

Ze probeert steeds opnieuw van buiten naar binnen te kijken, alsof ze zichzelf als een losstaand lichaam in de ruimte beschouwt. Als ze de boosheid of het verdriet om de ongewenste zwangerschap wél ervaart, drukt ze die weg om door te kunnen. Ze wéét dat er veel emoties zijn en neemt aan dat hormonen die verheviggen. Dit ondermijnt de validiteit van die emoties, maar tegelijkertijd beseft ze zich wel dat ze er werkelijk zijn. Het lukt haar niet om zonder twijfel te voelen wat haar behoeftes zijn en die te uiten. Ze neemt geen ruimte in ten opzichte van anderen. Wat er in haar gebeurt lijkt buitenaards. Pas wanneer ze op de dag van de abortus een stolsel met wc-papier open wrijft en daar het vruchtzakje ziet, is dit de blik naar binnen én de bevestiging die ze nodig had. Dit maakt enthousiasme in haar los.

“Het was er uit (...) ja komt het er uit. Ja, dus ik was ook heel enthousiast erover eigenlijk. (...) Dat ik het even kon zien. Dacht ik dacht: oh yes. Dit is het. Het was echt!” Puck, gesprek over portretten

Het is alsof ze tot dit moment niet werkelijk gelooft of bevat wat haar overkomt. Het is dit moment waarop het werkelijk tastbaar is. Haar enthousiasme houdt daarnaast verband met de opluchting omdat het gelukt is: de zwangerschap is beëindigd en het traject duurt niet nog langer.

Sarah koerst op wilskracht. Dat is de manier waarop ze in het leven staat. Ze zet haar schouders eronder en ontwikkelt, zelfs na het lezen van verhalen over pijnlijke abortussen, het mantra: het zal wel meevallen. In de week voor de abortus zwellen de zwangerschapssymptomen aan en volgen allerlei soorten emoties elkaar in rap tempo en

zonder er controle over te hebben op. Aan de buitenwereld laat ze dit niet zien. Ze voelt zich vervreemd van zichzelf.

“Van nul naar honderd binnen tien seconden en dat alles zonder rem.  
Enkel bijeengehouden  
door mijn strakgespannen huid.” Sarah, portret



Sarah, portret

Noortje bevindt zich aan de andere kant van het spectrum en ervaart voorafgaand aan de zwangerschapsafbreking dat haar lichaam in een opbouwende fase is. Ze draagt potentie in haar lichaam en hoeft daar niets voor te doen. Ze staat niet aan het roer en vindt dat prettig. Ze wil alles erkennen. Gedachten, sensaties, herinneringen en gevoelens gaan bij haar een voortdurende wisselwerking aan en ze laat ze allemaal door zich heen gaan. Ook merkt ze op dat ze vaker denkt aan bijvoorbeeld het overlijden van haar eigen vader en het verbreken van de relatie met de vader van haar kinderen.

“Oud zeer komt weer omhoog  
Haakt zich vast aan dit moment  
Waarin het moeilijkste en het mooiste  
samenkomen. Ongekend.” Noortje, portret

Ze benoemt dat die ervaringen, net als de keuze voor een abortus allemaal een bepaalde dubbelheid of gespletenheid in zich hebben: er is zowel intens verdriet als dankbaarheid. Ze herkent de contradictie en heeft niet de behoefte houvast te zoeken. Het lijkt erop zij zich het best staande weet te houden in de periode voorafgaand aan de abortus.

De abortus zelf is ook zo'n moment van controleverlies waarin de vrouwen bewogen worden. De medicatie beëindigt de groei van de bevruchte eicel en zet na het inbrengen van het tweede deel van de medicatie krampen in gang.

“Op het ritme van pillen worden krampen feller.

Mijn lichaam vormt een tegengestelde beweging van samentrekken en loslaten.” Merel, portret

Er is geen manier om dat proces terug te draaien of te pauzeren. De vrouwen moeten het ondergaan. Ze moeten er doorheen en de één kan zich hier beter aan overgeven dan de ander.

Puck weet geen houding te vinden waarin ze met de pijn om kan gaan. Ze vraagt zich steeds af of het voorbij is. Ze zoekt afleiding in het samenzijn met haar huisgenoot, en zoekt verlichting van warmte van bijvoorbeeld de douche, maar dit werkt niet afdoende.

“Als ik vroeger buikpijn had en ik lag bij mijn ouders in bed, hielp het als mijn moeder haar hand op mijn buik legde. Haar warmte. Van buiten naar binnen.” Puck, portret

Sarah weet dat ze het fysieke proces van de abortus moet doorstaan en omarmt dit. Het is niet fijn, maar ze gaat het bewust aan.



Sarah, portret

Het is voor haar en Noortje zelfs dé reden om te kiezen voor een medicamenteuze abortus. Ze weten dat het proces hun lichaam zal overnemen en toch willen ze het graag bewust meemaken. Het is wat ze zelf kunnen en willen doen.

“(…) zo'n eh abortuspil maak je natuurlijk heel bewust mee. En dat ik ook wel dacht van: ja, maar ik kan me ook wel voorstellen dat het iets moois kan zijn?” Sarah, interview

“(…) een curettage is tuurlijk: hup je gaat meestal out en dan is het weg (…) En nu is het wel bewust een bewuster proces wat je doormaakt en dat is eigenlijk ergens wel gezond.” Noortje, interview



Noortje en Merel beleven de dag van de abortus als een bubbel. Door de manier waarop zij erover vertellen, voelt het alsof er een soort tijdsvacuüm ontstaat waarin zij zich alleen bezighouden met het ondergaan van het fysieke proces en het samenzijn met hun partners. De sfeer verandert. Noortje heeft het over een kraamtijd in het klein waarin je echter aan alles voelt dat er geen blijdschap heerst. Zij geeft zich over en ervaart de pijn als mild.



Noortje, portret

Merel voelt zich tijdens de fysieke ervaring van de abortus los van de structuren die haar denken en voelen in de afgelopen weken hebben beïnvloed.



Merel, portret

Ze ondergaat de krampen, de ‘ongeziene’ hoeveelheid bloed en de misselijkheid. Die voelen op een bepaalde manier kloppend. Ze wordt bewogen. De ervaring neemt haar over. Het lijkt dat de abortus fysiek te dragen is omdat Noortje en Merel ‘aanwezig’ zijn in hun lichaam en aanvaarden dat de pijn door hen heen zal gaan.

“De pijn had iets gekks, ik vond het fijn dat de pijn er was omdat het voor mij samenging met de mentale pijn die ik voelde.” Merel, dagboek

Na de abortus voelt Merel een fysieke opluchting en pas na maanden durft ze na te gaan wat er in haar omgaat om zo het emotionele verwerkingsproces aan te gaan.

“En ik beweeg mezelf.

Ik bewoon mijn lijf.” Merel, portret

### 4.3 Alleen zijn: de ervaring van het in de kern alleen doen

Alle vier de deelnemers hebben een partner en in de periode van de abortus worden deze relaties op scherp gezet, bevraagd of versterkt. In de ervaring van een medicamenteuze abortus komt alleen zijn omhoog.<sup>42</sup> Het gaat om alleen zijn ondanks alle geslaagde of minder geslaagde pogingen om het proces gezamenlijk aan te gaan en om steun toe te laten. Voor de één is het alleen zijn een bewuste keuze. Voor de ander is het onmacht om haar behoeftes duidelijk te uiten en daar ruimte voor te scheppen. Weer een ander voelt zich vanwege spirituele overtuigingen nooit alleen, maar benoemt wel dat zij de abortus als enige fysiek doormaakt. Wat ondanks de verschillen doorschemert in alle ervaringen is dat het doormaken van een medicamenteuze abortus een ervaring van alleen zijn is omdat de zwangerschap maar in één lichaam plaatsvindt. Dat maakt dat degene met dát lichaam de eindverantwoordelijkheid neemt of krijgt voor het nemen van de beslissing en voor het ondergaan van de lijfelijke gevolgen daarvan.

“ (...) eh [zucht] denk aan het gevoel van dat het heel erg alleen is ehm...[stilte] (...) Dat, dat ik degene ben die de besl (...) [stilte] (...) dat het allemaal hangt van één persoon of dat daar alles groeit, daar is het, daar is het uit gegaan, daar is het in gegaan daar...” Puck, interview

Uit het verhaal van Noortje blijkt zo goed als nergens dat zij zich alleen voelt terwijl ze wel erkent dat ze alleen en als enige door de fysieke ervaring heen moet. Ze voelt zich door de ongeplande zwangerschap bevestigd in het gevoel van connectie tussen haar en haar nieuwe partner. Gezamenlijk bemerken ze de hartenwens om een kind te krijgen, maar ze zijn het er ook over eens dat dit niet het juiste moment is. Zij zoeken elkaar op in het tumult aan emoties en gedachten en schrijven daar over in een gezamenlijk dagboek.

---

<sup>42</sup> Eenzaamheid durf ik het niet te noemen want daarin speelt de beleving van het alleen zijn mee en die zal niet voor alle deelnemers hetzelfde zijn.



Noortje, portret

Voor Noortje speelt bovendien een andere vorm van verbondenheid mee: spirituele verbondenheid. Zij voelt zich verbonden met meerdere kanten in zichzelf en met een groter geheel. Ze heeft het over het universum en moeder aarde die haar beschermen en dragen.



Noortje, portret

De andere drie deelnemers daarentegen, ervaren wel dat zijn alleen zijn: Puck en Sarah hebben de beslissing om de zwangerschap af te breken min of meer al gemaakt voordat zij hun partner spreken. Voor hen is het heel duidelijk: dit willen ze niet. De ene partner geeft nog aan ervoor open te staan om de zwangerschap voort te zetten wanneer zij dat zou willen. De andere partner zegt achteraf dat hij er eigenlijk graag nog wel een gesprek over had gehad. Voor deze vrouwen is het echter overduidelijk: ze willen (nu) geen kind op de wereld zetten.

De vriend van Merel wil eigenlijk graag vader worden, maar dit zou een heel slecht moment in zijn leven zijn. Zij zelf wéét dat ze nu geen kind wil krijgen, maar in haar verhaal klinkt door dat ze zich alleen voelt staan in het besluit. Wellicht omdat ze onverwacht een koestering voelt voor het vruchtje en daardoor twijfel ervaart. Dit is een twijfel die haar vriend niet deelt. Ze bevinden zich plotseling in omgekeerd tegengestelde posities en hij heeft vooral verdriet als hij haar verdrietig ziet.



Merel, portret



Merel, portret

Bovendien laat haar vriend de eindbeslissing, waar eigenlijk maar één antwoord op mogelijk is, aan haar omdat zij degene is die het fysiek doormaakt.

“[beetje verslagen] (...) Ehm... ja zo van: Ja, wel op een positieve en negatieve manier wel de bal altijd bij mij neerleggen.” Merel, gesprek over portretten

Nadat Sarah alleen heeft besloten dat ze de zwangerschap zal afbreken, neemt ze ook het resolute besluit dat ze haar vriend niet wil betrekken in het proces. Ze vertelt dat ze niet anders kan. Ergens is ze boos op hem omdat hij niet lijkt te begrijpen hoezeer dit haar overneemt en dat zij dit (alleen) moet doormaken. Tegelijkertijd legt ze zich erbij neer dat dit zo is.



Sarah, portret



Sarah, portret

Het liefst wil zij op de dag van de abortus helemaal alleen zijn. De kliniek brengt daar tegen in dat dat onverstandig is omdat er altijd kans op complicaties is. Daarom vraagt Sarah haar

zus om bij haar thuis te komen, maar ze brengt het grootste deel van die dag alleen (slappend) door in haar slaapkamer.

“Zwanger raak je samen  
maar hier moet ik alleen doorheen  
met mijn zus als zelfgekozen schaduw  
als vanzelfsprekend bij me maar nooit één.” Sarah, portret

Op de dag van de abortus is Noortje veel alleen in bed, maar voelt zich constant gesteund en verzorgd door haar liefde. Het enige moment waarop zij hem even op afstand houdt, is wanneer zij op de wc besluit wat zij met het stolsel met het vermoedelijke vruchtje gaat doen: ze sluit dan de deur en vraagt of hij haar wat tijd wil geven.

Merel en haar vriend zijn de hele dag samen en creëren een fijne, veilige ruimte.

“Nest! (...) we voeden en koesteren (...) Alsof je inderdaad dan... Een eitje uitbroedt op een op de omgekeerde manier.” Merel, gesprek over portretten

Hij ondersteunt haar, verzint manieren waarop zij zich misschien beter zal voelen, maar hij is bang voor het bloed en weet zich slecht raad met haar pijn. Dit zorgt voor een afstand en het gevoel het toch alleen te doen. Ook Puck voelt door de machteloosheid van haar vriend en huisgenoot een afstand tot hen. Ze krijgt niet de steun die ze wil tijdens de krampen die op weeën lijken en ze durft er ook niet om te vragen.

“En dan ik dacht, oh, ik wil eigenlijk dat je mij nu heel erg vasthoudt, maar... ik wil ook dat jij dat aanvoelt, dat ik dat wil.” Puck, interview

Bovendien weten de meeste partners deze gebeurtenis mentaal en emotioneel snel af te sluiten en achter zich te laten. Fysiek gezien verandert er voor hen ook niets. De vrouwen voelen zich hierdoor alleen. Ook voelen ze des te meer dat vooral zij het waren die deze ervaring als emotioneel beladen hebben ervaren.

“Hij zegt dat het voor hem iets is dat is afgesloten, en ben toen boos geworden. Afgesloten. We komen er niet meer op terug.” Merel, dagboek

Bovendien vraagt niemand in hun omgeving na een aantal weken nog naar de zwangerschapsafbreking en verstomt het gesprek erover. De vrouwen gaan het

verwerkingsproces dus grotendeels alleen aan. Voor hen is de abortus wel gebeurd, maar nog niet voorbij.

#### 4.4 Betekenis (nieuw) leven: de ervaring van hoe betekenis geven doorwerkt in het proces van de abortus en daarna

Voor alle vier de vrouwen is de periode van de abortus een emotioneel en fysieke roerige tijd, maar die emoties houden niet in alle gevallen verband met de bevruchte eicel of de abortus zelf. De ervaring van de medicamenteuze abortus is mede afhankelijk van de betekenis die iemand geeft aan dat wat zich vormt. De deelnemers kiezen om te beginnen verschillende woorden voor het toekomstige leven. Deze benaming is een directe aanwijzing om na te gaan welke betekenis de vrouwen hieraan en aan de abortus geven.

Noortje spreekt en schrijft over een 'zieltje' en haar 'liefje'. De zwangerschap geeft haar het gevoel met één been in de wereld te staan en via het zieltje met het andere been in een oneindig universum.



Noortje, portret

Ook voelt ze in haar hele lichaam dat het opbouwt naar het kunnen laten groeien en voeden. Zij en haar partner gaan heel bewust een band met het zieltje aan. Ze geloven dat het al enige tijd in hun buurt aanwezig was en dat het, zodra de kans zich voordeed, zich in de bevruchte eicel nestelde. Ze bedanken dit zieltje, vragen of het voor nu wil vertrekken, maar er komt geen spontane miskraam tot stand. De avond voor de abortus houden ze een ceremonie. De dag dat ze de eerste pil inneemt laat Noortje een tatoeage van een ster ter nagedachtenis aan deze zwangerschap. De ster heeft ook iets weg van een kompas. Die dag voelt haar lichaam als in shock omdat ze met die eerste pil abrupt het proces van opbouwen van het lichaam voor het zieltje en haar eigen fysieke opbouw stopzet.

Merel houdt zich vooral bezig met het feit dat er in haar iets groeit en ontwikkelt. Ze noemt het ‘het vruchtje’ en ziet het als iets waarin het DNA van haar en haar vriend is samengekomen. Dit vindt ze iets moois. De keuze voor het afbreken van dit mogelijk leven ziet ze niet per se als iets donkers, omdat ze leven niet per definitie als licht zou beschrijven. Ze heeft desondanks ‘hartzeer’ omdat zij de samensmelting kapot maakt.



Merel, portret



Merel, portret

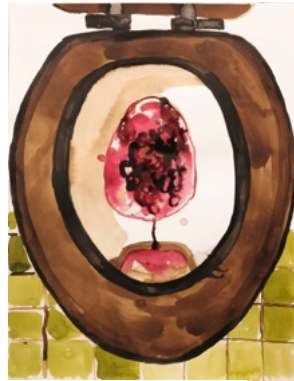
Ze vertelt dat een bevruchte eicel in eerste instantie zelfvoorzienend is, maar na een zeer korte tijd voor voeding afhankelijk wordt van het lichaam waarin het groeit. Ze vraagt zich vaak af of het vruchtje een hartje heeft. Deze vraag speelt mee in haar twijfel of ze de abortus zal doorzetten tijdens de lange wachttijd die zij doormaakt. Een hartje lijkt hierbij gelijk te staan aan leven.

“Levend of niet levend? Niets of iets? Zo zwart wit is het niet. Alleen al het idee dat zogenaamd niets iets kan worden, dat er iets levends kan ontstaan maakt mijn hoofd aan het tollen.” Merel, parafrasering

Sarah heeft het over ‘een rondje’ of ‘een klompje cellen’ en benadrukt dat het echt nog niets is. Dit niets brengt echter wel haar leven tot halt en dat maakt veel tegenstrijdige emoties in haar los, waaronder verdriet. Dit idee van een klompje cellen lijkt haar rust te geven wanneer zij terugdenkt aan het kiezen voor een abortus. Ze spreekt desondanks over de schoonheid van het zwanger kunnen raken.

“Mijn huid spant met regelmaat op,  
barsten voorkomend door dankbaarheid en bewondering  
voor dat proces dat zich als vanzelf onder diezelfde huid voltrok” Sarah,  
portret

Puck heeft het over ‘een bobbeltje’, ‘iets’ en wanneer ze vertelt dat ze het in de wc denkt te zien liggen, heeft ze het over ‘het probleem’.



Puck, portret

Ze is nieuwsgierig naar het fysieke proces van de vorming van iets heel nieuws, maar ze beziet dat bijna als iets dat buiten haar gebeurt. Ze koppelt ‘het bobbeltje’ zowel mentaal als emotioneel los van zichzelf: als iets dat zichzelf vormde zonder haar toestemming. Voor haar houden de hevige emoties vooral verband met het feit dat ze nooit had gedacht dat zij dit zou meemaken. Ze wil haar leven graag zonder al te veel opschudding voorzetten.

De betekenis van dat wat in hen groeit, zet zich voort na de abortus. Als Puck uitlegt waarom ze haar ouders inlicht over de zwangerschapsafbreking, gaat het niet over het bobbeltje. Dat is niet hetgeen dat de grootste betekenis voor haar heeft. Ze vertelt het hen omdat deze gebeurtenis haar leven opschudt en haar lang bij zal blijven. Het zal invloed hebben op andere momenten in haar leven, zoals zwangerschap van anderen en haar eigen overwegingen in een toekomstige kindrewens.

Noortje vangt het tijdelijk omhulsel van het zieltje op. Met haar vriend doet ze dit in een doosje dat ze begraven in zijn tuin. Ze ervaart een fysieke leegte na de abortus – de energie van het nieuwe leven is weg -, maar kleiner dan na de bevalling van haar kinderen. Nu hebben zij en haar vriend een dagelijks ritueel waarbij ze een kaars aansteken. Niet altijd meer houdt het aansteken van de kaars echter verband met het zieltje, het is ook voor de sfeer.

Het idee van zorg, groei en ontwikkeling dat Merel heeft, zet zich voort na de abortus. Zij en haar vriend begraven het vruchtje naast een jong boompje.

“Dit verhaal

een negatief van groeipijn

Beweegt met dag en nacht.

Op het ritme van het boompje dat we water geven omdat het onze vrucht draagt.” Merel, portret





Merel, portret

Daar zorgen ze voor, maar in hun huis wil het niet groeien. Grootmoeder neemt de zorg over en dit heeft een goede uitwerking op het boompje. Merels vriend geeft achteraf aan dat hij zich heeft afgesloten voor de echo en bewust geen band is aangegaan met het vruchtje. Dit doet Merel veel verdriet omdat het voelt alsof hij iets van hen samen, of zelfs hen samen afstoot. Ze poogt afscheid te nemen van een pad dat zij (nu niet) zal bewandelen, maar door onverwachte zorgzaamheid voor het vruchtje die ze voelde lijkt ze ook af en toe te denken: wat als? Ze bewandelt daarmee eigenlijk twee paden tegelijk.

Sarah heeft op internet de datum opgezocht waarop ze uitgerekend zou zijn en Merel installeert een app op haar telefoon waarmee ze de zwangerschap kan bijhouden. Sarah vergelijkt zwangerschappen van anderen met het aantal weken dat zij nu zwanger zou zijn geweest. Alsof er een alternatieve tijdslijn is ontstaan. Een parallelle wereld waarin die groei niet gestopt is. In haar hoofd groeit 'het klompje cellen' als het ware door tot een kind. Wanneer ze daar aan denkt, weet ze zeker dat ze de juiste beslissing heeft genomen, maar het blijft confronterend.



Sarah, portret

#### 4.5 (Verinnerlijkte) Oordelen: de ervaring van er niet helemaal mogen zijn

De mening van anderen over een abortus of het afwijzen van onderdelen van het eigen leven: een (verinnerlijkt) oordeel maakt dat de vrouwen zich terugtrekken en slechts delen van zichzelf laten zien aan anderen. De ingrijpende ervaring kan niet openlijk besproken worden. Dit drukt zwaar op de meeste van hen in de periode van de abortus, maar ook in het contact met naasten en waarschijnlijk in hun verdere leven.

Merel vraagt zich om te beginnen steeds af wat anderen van haar keuze vinden, hoe haar vriend erover denkt en hoe ze te midden daarvan zelf overeind blijft.



Merel, portret

Ze gebruikt het woord ‘raar’ om uit te leggen hoe het zou zijn om aan bijvoorbeeld collega’s te vertellen dat ze zwanger is omdat ze kiest voor een afbreking daarvan. Omdat ze het stil houdt, wordt het innerlijk emotioneel tumult alleen maar sterker. Ze voelt een enorme drempel om de zwangerschapsafbreking met haar oma te bespreken, doet dat toch, maar voelt dat daar opnieuw over beginnen te beladen is. Haar oma spreekt alleen in bedekte termen over de abortus.

Puck vindt het bovendien heel dom van zichzelf dat ze per ongeluk zwanger is geraakt en voelt dit oordeel versterkt door de reactie van de arts in de kliniek. Ze heeft, net als Merel, het idee dat anderen een oordeel over haar (zullen) hebben als zij weten van de abortus. Zij zullen haar bovendien alleen nog zien als degene die hiervoor koos. Ze twijfelt echter of die oordelen er werkelijk zijn bij deze mensen of dat zij zichzelf een maatschappelijk heeft eigen gemaakt.



Puck, portret

Ze is er in het begin dan ook enorm op gespitst om het zelf aan mensen te vertellen zodat ze in ieder geval háár visie kennen. Ze probeert er luchtig over te doen omdat ze niet wil dat er een taboe is, maar ze wil ook geen mensen voor het hoofd stoten. Ze weet dat die kans er is. Ze merkt dat haar ouders pogen om haar te steunen, maar niet voor haar op (durven te) komen op een moment dat het erop aan komt: tijdens een etentje bij haar ouders thuis een aantal weken na de abortus is Puck erg misselijk. Iemand die ze niet goed kent vraagt haar al grappend *en plein publique* of ze niet zwanger is. Haar ouders weten van de abortus en zien dat deze vraag haar raakt, maar grijpen niet in tijdens het gesprek. Haar moeder probeert hier later bij Puck kort op terug te komen.

“(…) en toen liep mijn moeder even mee naar de auto en toen zei ze zo van: vervelend, hè? Dat... vind je dat dan moeilijk dat zij dat dan vragen? En ik was ik zo: Ja [zucht] eh... ja, nee, ja ik snap dat dat ze het vragen, maar ja. (...) En toen daarna baalde ik daar wel heel erg van dat dat dat dus gebeurt. Dat mensen dat dus vragen. Dacht ik: Jezus [lacht], waar, waar bemoei je je mee?” Puck, interview

Voor Sarah echter is de abortus zelf een onderwerp dat ze niet schuwt. Ze vindt dat ze er openlijk over kan en zou moeten kunnen spreken. Noortje zou haar abortus ook graag bespreekbaar maken, maar dat kan nog niet omdat zij verwacht dat dit voor haar ex-man te belastend is. Zij heeft het idee dat hij haar zwangerschap te snel na hun scheiding en daarom pijnlijk zal vinden. Ze vermoedt een oordeel te ontvangen die de relatie met de vader van haar kinderen zal doen verslechteren en dit is om te beginnen een belangrijke reden om de zwangerschap af te breken. Wanneer Puck samenvattend spreekt over het gevoel beoordeeld en in de gaten gehouden worden, zegt ze dat het blijkbaar normaal is dat anderen iets mogen vinden of vragen over zoiets persoonlijks als een (ongewenste) zwangerschap.

Deze ervaring maakt dat de vrouwen deze (maatschappelijke) oordelen des te scherper zien. Ze uiten dat het de abortuszorg voor hen goed (genoeg) geregeld is, maar vinden het zorgelijk dat er nog altijd situaties bestaan waarin vrouwen niet zelf beslissen over hun leven en abortus geen vanzelfsprekend recht is: in het buitenland niet, maar ook in Nederland en België niet. Het maakt strijd lust in hen los of versterkt dit.

“Om daarna nog eens te wachten tot de 6 nadenkdagen verstreken zijn. Ik vond het vrouwonterend. Alsof je als vrouw nog steeds geen eigen beslissingen mag maken en als een kind eerst maar ‘moet nadenken over je daad’.” Merel, dagboek

“Ik kan me überhaupt niet voorstellen dat het in sommige landen verboden is. Het is gewoon invloed willen uitoefenen op vrouwen. En dan grijpen zij terug op gevaarlijk methoden.” Sarah, parafrasering

Noortje geeft onderstaande tekening de titel *Superwoman's birth-day suit* en benadrukt dat iedere vrouw een soortgelijk kostuum verdient om de trots en kracht die in hen schuilt en die ook voelbaar wordt in het proces van een abortus, uit te dragen. Daarmee wil ze de (bewust) onderschatte kracht van mensen met een baarmoeder zichtbaar maken en een plek in de fysieke ruimte geven.



Noortje, portret

Bij Sarah en Puck rust er naast of buiten het taboe op abortus een oordeel op natuurlijke, fysieke verschijnselen van mensen met een baarmoeder en op zogenaamd kwetsbaar zijn. Sarah vindt het vies dat er bloed uit haar stroomt. Puck wil het stolsel waarin vermoedelijk de bevruchte eicel zit niet aanraken omdat ze dat vies vindt. Puck heeft bovendien schaamte voor de pijn, waardoor ze zich het liefst voor anderen afschermt op de dag van abortus.



Puck, portret

Sarah zegt ook iets in die richting wanneer ze uitspreekt dat zij haar kwetsbaarheid het liefst voor zichzelf houdt. Van buiten is ze sterk en kalm, maar vanbinnen stormt het en daartussen gaapt een kloof.



Sarah, portret

Dat ze op de dag van de abortus het liefst alleen zou zijn geweest, heeft hier mee te maken. Haar kwetsbaarheid gaat echter niet alleen over het controleverlies, fysiek overgeleverd zijn en de pijn, maar ook over haar emotionele en mentale geraaktheid. Ze geeft min of meer aan dat alleen haar 'krachtige' kant recht van bestaan geeft in de buitenwereld.

#### 4.6 Transformatie: de ervaring niet meer dezelfde te zijn

De ervaring van de afzonderlijke deelnemers verschillen zoals hierboven beschreven enorm en ook binnen individuele ervaring bestaat meerstemmigheid. Een abortus doormaken is dus een onvergelykbare ervaring, waarbij één ieder van deze vrouwen in meer of mindere mate op zichzelf teruggeworpen raakte en door het doormaken van dit proces zichzelf in een nieuw daglicht ziet én voelt. Transformatie is bij twee deelnemers op enig moment onderdeel van de ervaring van de fysieke uitdrijving. Merel benoemt dat ze tijdens de abortus het gevoel heeft zelf een beetje geboren te worden als zij zich los maakt van de verschillende meningen in en

rond haar. Voor Noortje heeft de abortus dezelfde sfeer als een geboorte of een sterfgeval waarbij ruimte wordt gemaakt om nieuw leven toe te laten of om een leven los te laten. Dat is al een transformatie – van niet-leven naar leven en andersom - op zich, maar het daarbij aanwezig zijn brengt ook een andere manier van in het leven staan teweeg.

Puck verwoordt iets wat voor alle vier geldt: deze ervaring zal voor altijd een onderdeel van haar leven blijven omdat zwangerschap - de (on)mogelijkheid tot reproductie - onlosmakelijk verbonden is met het menselijk (voort)bestaan. Het besef dat nieuw leven zich zonder enige bewuste aansturing in hen vormt, dat die potentie in hún lichaam huist, maakt dat de vrouwen met andere ogen naar zichzelf kijken. Het maakt ook dat ze een duidelijk verschil voelen ten opzichte van de mensen om hen heen die geen baarmoeder hebben.

“Wereld, mannen, papa, het is goed dat jullie dit nu horen. (...) Dat wij.

Dat ik dat allemaal moet doen.” Puck, portret

De abortus is een ervaring die iemand zonder baarmoeder nooit zal kunnen opdoen. Deze vrouwen verwoordden dat zij hebben ervaren hoe krachtig en wonderbaarlijk zij zijn en wat zij kunnen dragen: hun lichaam wordt op enig moment ‘overgenomen’ en zij worden lichamelijk, emotioneel en mentaal bewogen. De abortus wordt door de vrouwen gezien als iets waar ze doorheen móeten. Dit brengt het krachtige en soms onwennige besef met zich mee dat niet alles maakbaar is: wilskracht, daadkracht en controle zijn niet (altijd) doorslaggevend in het leven.

Deze ervaring leert deze vier vrouwen bovendien veel over hun eigen levensinstelling en karakter. Ze handelen en kiezen op het scherpst van de snede. Er is namelijk geen middenweg tussen wel of geen kind op de wereld zetten. De manier waarop ze hier mee omgaan, ook ten opzichte van anderen geeft hen inzicht in wat hun vertrouwde manier van reageren is. Dit zorgt geregeld voor een nieuwe houding en een veranderd toekomstbeeld. Zo leert Puck om steeds meer ruimte te ‘bevechten’ voor haar behoeftes en twijfelt Sarah of haar automatische neiging tot onafhankelijkheid en doen alsof er niets aan de hand is wel zo handig is.



Puck, portret

“Het wás ook intens. (...) En veel dingen waren ook misschien niet, niet heel leuk en dat mág ook of zo. De meesten hebben natuurlijk de instelling van nou oké, hup doorgaan (...) en het is geweest, terwijl in zekere zin ja, is dat de beste instelling? Nee, denk het niet.” Sarah, gesprek over portretten

Merel is overvallen door de fysieke leegte die ze voelt na de abortus. Ze heeft het gevoel dat ze nooit meer precies hetzelfde zal zijn. Haar kinderwens lijkt namelijk te zijn veranderd waardoor haar toekomstperspectief ineens kantelt. Ze zegt dat ze zelf is veranderd.

“ (...) Bijna als iemand die met hernieuwde blik rondkijkt en ziet dat het nu anders is dan voorheen. Mijn leven. Mijn idee over de relatie met mijn vriend. Mijn kinderwens. De onvervulde behoefte om te zorgen. De leegte op de plek waar eerst groei was.” Merel, parafrasering

Noortje citeert (ze weet niet meer wie) dat kiezen voor abortus betekent dat je geboorte geeft aan jezelf in plaats van aan een kind. Wanneer deze geboorte echter in beeld wordt gebracht rijst de ingewikkelde vraag: wie laat je achter in het proces waarbij je jezelf als nieuw op de wereld zet?



Noortje, portret

Het is een vraag die we gezamenlijk niet direct en precies beantwoord krijgen, maar wat wel duidelijk is, is dat de ‘nieuwe ik’ een fundamentele, existentiële transformatie ten opzichte van de oude doormaakt.

#### 4.7 Deelconclusie hoofdstuk 4

In de geleefde ervaring van een medicamenteuze abortus spelen de thema’s beperkt worden, controleverlies, alleenheid, betekenis van (nieuw) leven, (verinnerlijkte) oordelen en transformatie een grote rol. Contradictie is de rode draad door de thema’s van de geleefde ervaring van een medicamenteuze abortus. Al deze thema’s zijn vol van tegenstrijdigheden in zowel de individuele ervaring als tussen de verschillende ervaringen. De bevindingen tonen dan ook zowel meerstemmigheid binnen de ervaring van één deelnemer als meerstemmigheid van verschillende ervaringen. Contradictie is echter geen thema op zich.

Samenvattend ervaren de vier vrouwen dat deze op het eerste gezicht ‘technisch’ simpele medicamenteuze interventie hun leven tijdelijk tot stilstand brengt. Bovendien verandert het verloop van hun verdere leven en hun blik op dat leven en de maatschappij. Alleen Noortje maakt het expliciet, maar wat doorschemert in alle vier de ervaringen is dat (ongepand) zwanger raken, en de daaropvolgende abortus, raakt aan iets universeels, iets kernachtigs, aan een existentiële dimensie van hun bestaan die een overgang markeert. Een overgang van potentie en groei naar leegte, maar ook een levensbeschouwelijke overgang. Hierin zijn zij in de kern op zichzelf terug geworden. Het is een ervaring die te vergelijken is met levensgebeurtenissen als geboren worden, baren, ziek worden of sterven. De ervaring van een abortus is namelijk levensveranderend, misschien wel levensbepalend, terwijl deze vrouwen, net als bij voorgenoemde ervaringen, maar in beperkte mate zélf bepalen: hun vruchtbare aard geeft als vanzelf vorm aan iets dat groeit, zonder dat zij dit (op dit moment) willen. Wat zij wél bepalen is dat zij het vruchtje, het klompje cellen dat zij vormen, niet fysiek laten volgroeien. Ze grijpen dus in op een proces dat zich anders met grote waarschijnlijkheid als vanzelf had voltooid en nieuw leven zou voortbrengen. In hun gedachten groeit dit klompje cellen echter wel door of doemt het opnieuw op wanneer bijvoorbeeld iemand in de omgeving zwanger raakt. Het is niet meer fysiek aanwezig, maar de vrouwen verhouden zich toch nog met regelmaat tot het stipje, tot het gevoel van zwangerschap, de (on)mogelijkheid tot zorgzaamheid en het besef van hun vruchtbaarheid. Zij denken dat dit ook in de toekomst zo zal zijn. Ze krijgen door de abortus, waarbij



controleverlies en controle houden door elkaar heen bewegen, toegang tot een 'ruimte' waarin existentiële en levensbeschouwelijke onderwerpen en vragen opgeworpen worden. Het is een ruimte waarin zij zichzelf, hun relaties, hun toekomstromen als vanzelf onder de loep nemen.

## 5. Zorgethische analyse

In dit hoofdstuk beantwoord ik de synthetiserende deelvraag:

Wat kan een combinatie van de empirische inzichten over de ervaring van een medicamenteuze abortus en theoretische inzichten met betrekking tot het onderwerp abortus en het concept lichamelijke bijdragen aan goede zorg?

Ik kom tot een antwoord door de empirische bevindingen uit hoofdstuk vier ‘in gesprek te laten gaan’ met de theoretische inzichten met betrekking tot abortus en lichamelijke uit hoofdstuk drie.<sup>43</sup> Om dat op een begrijpelijke manier te kunnen doen, is het handig dat ik hier om te beginnen kort weergeef hoe ik zelfbeschikking op een lichamelijke manier conceptualiseerde en in verband bracht met goede zorg.

In hoofdstuk drie beschreef ik op basis van Husserl dat de geleefde ervaring bestaat uit zowel de innerlijk ervaring van gelokaliseerde sensaties (Leib) als ervaringen in de belichaamde, materiële wereld (Körper) (Slatman, 2012, 2020a; Slatman et al., 2016; Slatman & Widdershoven, 2015). Leib en Körper zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden en gaan een wisselwerking met elkaar aan (Slatman, 2012; Slatman & Widdershoven, 2015; Slatman 2020a). Zelfbeschikking dient vanwege deze belichaamde aard van het bestaan gedacht te worden als een ‘ik kan’ (Slatman, 2020b). ‘Ik kan’ bewegen in de wereld en daarmee betekenis en vorm geven aan het leven. Het is de manier waarop we intentioneel betrokken zijn op de wereld. Dit ‘ik kan’ is een relationeel, contextueel en wederkerig begrip. Het kan niet tot stand komen wanneer iets of iemand dit in de weg staat. Het ‘ik kan’ kan door externe factoren (Merleau-Ponty in: Slatman, 2014), maar ook door innerlijke factoren (Slatman & Van de Ven, 2021) en een combinatie van beide (Young, onder andere 2005b) verstoord raken. Dit laatste wordt geremde intentioneiteit genoemd (Young, 1980). Het maakt dat zelfbeschikking een ethisch principe is waarmee een appèl op individuen, gemeenschappen en samenlevingen wordt gedaan om elkaar in wederkerigheid te steunen in het vormgeven van het leven (De Beauvoir, 2018 [1947]; Banerjee, 2021).

Dit principe van ethische zelfbeschikking, is voorwaarde is voor goede zorg. Wanneer we namelijk aannemen dat goede zorg betekent dat we tegemoet komen aan de behoeften van degene die zorg ontvangt, staat dit in de kern gelijk aan het erkennen van de manier waarop de zorgontvanger wil leven én aan hier ruimte en ondersteuning aan bieden. Goede zorg kan

---

<sup>43</sup> Het toepassen van de theoretische lens zorgt voor een duidelijke kadering van deze analyse. Het betekent tegelijkertijd dat andere wellicht zwaarwegende of relevante onderdelen van de geleefde ervaring van een medicamenteuze abortus hier onderbelicht blijven. Die zal ik vermelden in hoofdstuk zeven.

niet bestaan zonder gevolg te geven aan het moreel appèl dat zelfbeschikking op ons doet. Vanwege de wederkerige aard van ethische zelfbeschikking is goede zorg in navolging van Banerjee (2022) bovendien dekoloniaal geconceptualiseerd. Goede zorg die ethische zelfbeschikking omarmd is daarmee goede dekoloniale zorg. Zowel zelfbeschikking als goede zorg zijn echter geen vastomlijnde concepten. Ze zijn altijd contextgebonden. Op het gebied van abortuszorg zullen de begrippen invulling krijgen op basis van de geleefde ervaringen van mensen die een abortus ondergaan.

Uit de empirische bevindingen bleek dat de ervaring van een medicamenteuze abortus een existentiële ervaring is die het bewustzijn van de eigen specifieke belichaming versterkt, de identiteit en relaties bevraagt, het toekomstbeeld van de deelnemers kantelt en die doorwerkt in tijd. Het is met andere woorden een zeer ingrijpende en betekenisvolle ervaring. Het is daarom van groot belang om antwoord te vinden op de vraag wat goede zorg (met als voorwaarde ethische zelfbeschikking) inhoudt in het geval van een medicamenteuze abortus. Wat vertellen de ervaringen van deze specifieke vier vrouwen die de abortuspil namen ons over zelfbeschikking en dus over goede zorg?

Onderstaande onderdelen van de ervaringen van de vier deelnemers laten iets doorschemeren wat betrekking heeft op deze vraag. Achtereenvolgens behandel ik situaties waarin zelfbeschikking, ‘ik kan niet’ door externe factoren en geremde intentionaliteit een rol spelen. Ik sluit dit hoofdstuk af met het beantwoorden van deelvraag drie van dit onderzoek.

### 5.1 Medicamenteuze abortus: uiting van ethische zelfbeschikking

Om te beginnen is de keuze voor de zwangerschapsafbreking zelf een duidelijk ‘ik kan’. De vrouwen geven richting en vorm aan het verloop van hun leven. Ze geven aan dat ze blij zijn dat zij toegang hebben tot deze vorm van zorg. In debatten wordt de beslissing met regelmaat gekaderd als liberale zelfbeschikking waarbij het eigen leven voorrang krijgt ten koste van toekomstig leven. Het empirisch onderzoek laat echter iets anders zien. Juist zorgzaamheid voor een ander of anderen speelt mee in de keuze voor een abortus. Zo is er een deelnemer die de zwangerschap een hartenwens noemt, maar ook voelt dat ze met het voortzetten van de zwangerschap andere relaties op het spel zou zetten. Dit weegt zwaar mee in haar keuze voor een zwangerschapsafbreking. Degene die onverwacht een grote zorgzaamheid voelt voor het vruchtje twijfelt soms over de abortus in de in België geldende ‘bedenktijd’. Eigenlijk weet ze echter al die tijd zeker: ze wil nu geen kind grootbrengen, mede omdat het voor haar vriend op een zeer ongelukkig moment zou gebeuren. Zij zou, wanneer ze de zwangerschap wel

voortzet, zijn vrijheid beperken en dit zou ook op haar leven én het leven van het vruchtje van grote invloed zijn. Het gevoel van zorgzaamheid voor het vruchtje, draagt dus juist bij aan het niet willen grootbrengen ervan. De keuze voor een abortus is in deze voorbeelden bij uitstek een voorbeeld van het lichamenlijk geconceptualiseerde en daarmee van de relationele, contextuele en wederkerige ethische zelfbeschikking. Deze bevindingen sluiten bovendien aan bij een zorgethische visie op zwangerschap en abortus die stelt dat de belangen van de zwangere en dat wat groeit elkaar niet uitsluiten. Ze gaan een voortdurende wisselwerking met elkaar aan (Van der Waal & Van Nistelrooij, 2022).

Op een andere manier is deze specifieke vorm van abortus een manier om dit deel van het leven op een eigen manier vorm te geven. Doordat slechts de eerste pil in het bijzijn van een zorgverlener wordt genomen en de rest van de ‘behandeling’ thuis en dus *self-managed* plaatsvindt, ontstaat er ruimte voor de vrouwen om de dag van de abortus in te richten zoals zij dat willen. Voor sommigen is dit een ervaring waarin het gevoel van een nest of een kraambed zorgt voor geborgenheid. Wat echter vooral van belang lijkt in het beslissen voor de medicatie in plaats van voor een chirurgische ingreep, is dat ze de zwangerschapsbeëindiging zeer bewust meemaken. Het lijkt hen ‘gezond’ dat het stipje in hun lijf niet zomaar wordt weggehaald. Zij zijn het zelf die de abstracte, intentionele handeling uitvoeren van het innemen en inbrengen van de medicatie en zo betekenis geven aan de situatie. Deze medicatie brengt vervolgens de concrete, beperkt zelf aangestuurde beweging op gang die soms te vergelijken is met weeën. Te midden van deze concrete beweging, die in theorie samengaat met het intern bepaalde ‘ik kan niet’ (Slatman 2020b), ervaren zij juist een sterk ‘ik kan’. Ze ervaren dat zij in het ‘bewogen worden’ hun leven richting geven én dat hun lichaam het aankan. Dit bekrachtigt hun zelfvertrouwen. Bovendien maakt het hen bewust van de kracht die schuilgaat in alle mensen met een baarmoeder. Ook geeft het hen toegang tot een moment waarop een overgang tussen wel leven en niet leven voelbaar wordt en alle andere context voor even wegvalt. De dag is met deze betekenissen die er in verscholen gaan, onderdeel van de verwerking.

### 5.2 Extern bepaalde ‘ik kan niet’ in het proces van een medicamenteuze abortus

Het thema ‘beperkt worden’ is opvallend genoeg het thema dat als eerste omhoog kwam in de analyse van de empirische data. De deelnemers ervaren paradoxaal genoeg op meerdere momenten een ‘ik kan niet’ met betrekking tot het vormgeven aan het leven ondanks het feit dat zij met hun beslissing voor een abortus dit juist proberen te doen. Dit komt het meest

duidelijk naar voren op de momenten dat praktische zaken zoals de drukte bij de kliniek, de agenda van een zorgverlener of de openingstijden van de huisartsenpraktijk in de weg staan van de actie die de vrouwen het liefst zo snel mogelijk willen ondernemen. Hun leven wordt ongewild tot stilstand gebracht en zij ervaren beperkt te worden. Dit zorgt voor paniek en zwaarte. Ook Holten et al. (2023) observeerden in hun onderzoek dat obstakels en vertragingen op het gebied van beleid en zorg gevoelens van angst, gespannenheid en paniek tot gevolg hadden. Het gaat hier om individuen en de zorgpraktijk rondom abortus die van buitenaf invloed hebben op het ‘ik kan’ van de vrouwen.

Er is in het geval van de Belgische deelnemer echter een ander soort externe factor, die abstracter maar van zeer grote invloed is op haar welbevinden. Zij krijgt namelijk te maken met wetgeving die haar dwingt om zes dagen ‘na te denken’ over haar beslissing. Zij krijgt te maken met door status opgelegde asymmetrie (Banerjee, 2022) gebaseerd op het idee dat mensen met een baarmoeder geen rationele beslissingen kunnen nemen (Villarme, 2021; Villarme & Kelly, 2020).<sup>44</sup> Zij kan dus niet in haar eigen tempo richting geven aan haar relationele bestaan. Met haar geldt dit voor alle ongewenst zwangeren die in België kiezen voor een abortus. Deze deelnemer spreekt dan ook niet alleen over haar eigen boosheid over deze regel, maar noemt het ‘vrouwonderend’. Ze stuit op een institutionele en daarmee hoge drempel op de weg van haar ‘ik kan’.

### 5.3 Geremde intentionaliteit

In bovenstaande paragraaf was er sprake van ‘ik kan niet’ omdat externe factoren het vrij vormgeven van het leven in de weg stonden. Op het eerste gezicht lijkt de ervaring van een medicamenteuze abortus nog meer extern bepaalde beperkingen van zelfbeschikking te onthullen. Ook lijken er innerlijke factoren te ontdekken die zelfbeschikking in de weg staan in de verhalen van de vrouwen. Wanneer we deze oorzaken echter preciezer beschouwen met de lens van lichamelijke, valt te zien dat de beweging in de wereld en daarmee de zelfbeschikking van de vrouwen (mogelijk in de toekomst) in het gedrang komt door een combinatie van interne en externe factoren zoals Young (1980; 2005b) ons dat leerde. Hieronder ga ik in paragraaf 5.3.1 in op voorbeelden van geremde intentionaliteit bij de vrouwen die op het eerste gezicht ‘slechts’ extern bepaald lijken. In paragraaf 5.3.2 beschrijf

---

<sup>44</sup> Daarbij klinkt ook het idee door dat dit een rationele afweging dient te zijn, terwijl belichaamde kennis evengoed doorslaggevend kan zijn in deze situatie (Van Hassel et al., 2022).

ik situaties waarbij de beperking van ‘ik kan’ vanuit het innerlijk lijkt voor te komen, maar er ook sprake blijkt te zijn van geremde intentionaliteit.

### *5.3.1 Schijnbaar extern beperkende factoren*

Twee deelnemers lijken last te hebben van het praktische extern bepaalde feit dat zij vanwege gezondheidsredenen tijdelijk geen tampons kunnen gebruiken en zij niet gewend zijn aan maandverband. Voor één van de twee werkt dit in hoge mate belemmerend. Zij gaat in de twee weken na de abortus amper de deur uit. Bij nadere bestudering speelt echter het idee haar parten dat het bloed dat zij verliest vies is. Dit bloed is feitelijk gezien echter niet onhygiënisch. Het lijkt er dan ook op dat zij historische en maatschappelijke denkbeelden verinnerlijkt heeft die fysieke processen van mensen met een baarmoeder als vies, walgelijk en beschamend bestempelen (Young, 2005a). Het zijn deze denkbeelden die haar belemmeren om de stap over de drempel van haar voordeur te zetten.

Daarnaast voelen de deelnemers zich geremd door het oordeel van anderen over abortus. Toch vertelt geen van hen dat zij werkelijk in aanraking komt met iemand die een expliciet negatief oordeel had. Desondanks voelen zij allen dat zij veelal niet openlijk kunnen spreken over hun keuze - in één geval zelfs met een zeer belangrijke naaste - terwijl dit hen wel zou helpen in hun verwerkingsproces. Ze ‘kunnen-niet’. Ze willen niemand voor het hoofd stoten. Historisch bepaalde en genormaliseerde denkbeelden klinken soms door in de manier waarop de vrouwen zelf betekenis geven aan dat wat er in hen groeit, maar vooral in wat ze vertellen over het contact met de wereld rondom. Zo is er het idee dat een abortus gelijkstaat aan het beëindigen van leven of het doden van een ziel. Ook zorgt talige technologie ervoor dat een ‘kloppend hart’ hetzelfde is als ‘het hebben van een leven’ (Dehue, 2023). Daarnaast leeft onderhuids de vooronderstelling dat reproductie een gemeenschappelijk (kapitalistische en/of religieus) goed is (Dehue, 2013; Federici, 2004) waarover anderen een oordeel (mogen) hebben. Op basis hiervan nemen deze vrouwen met hun abortusverhaal zo min mogelijk ruimte in. Ze bezien zichzelf zoals Young (1980) het zou uitleggen, tegelijk als subject en object. De vrouwen doorvoelen wat er aan normen en denkbeelden in hen zelf leeft, maar hebben de verwachtingen omtrent henzelf als reproductief object verinnerlijkt. Zij passen hun gedrag in de leefwereld daarop aan. Door beperkt stem te geven aan de betekenis die zij zelf aan hun zwangerschap, de abortus en aan hun geleefde ervaring verbinden, bieden ze bovendien geen tegenwicht aan heersende denkbeelden en ontkrachten ze de norm niet.

### *5.3.2 Schijnbaar beperkende factor van binnenuit*

In de geleefde ervaring komen ook beperkingen van ‘ik kan’ omhoog die in eerste instantie een aanleiding van binnenuit lijken te hebben. Net als in paragraaf 5.3.1 leidt een preciezer bestudering echter tot het inzicht dat het gaat om geremde intentionaliteit (Young, 1980). Het gaat om een obstakel op de weg naar zelfbeschikking die veroorzaakt wordt door de wisselwerking tussen interne en externe factoren. Ik leg hieronder om te beginnen uit wat er innerlijk bij de deelnemers gebeurt en hoe dit doorwerkt op hun mogelijkheid om het leven vorm te geven. Vervolgens beschrijf ik de manier waarop deze innerlijke reactie verband houdt met externe factoren en hoe deze twee een wisselwerking aangaan met elkaar.

Wanneer iemand geen abstracte, intentionele handelingen kan uitvoeren, is er sprake van zelfbeschikking die van binnenuit geremd wordt (Slatman, 2020b). Het gaat hierbij om een verstoring van een betekenisvolle relatie met de wereld, omdat iemand pre-reflectieve, gelokaliseerde sensaties niet voelt of valideert. Deze innerlijke geleefde ervaring is het belichaamde nulpunt om tot beweging in de wereld te komen (Slatman, 2020a) en wanneer iemand die niet voelt of erkent, valt deze basis weg. Wat (in potentie) zo’n innerlijke beperking van zelfbeschikking vormt, is dat drie van de vier vrouwen een scheiding aanbrengen of voelen tussen hun sensaties en emoties ten opzichte van gedachtes. Eén van hen onderdrukt de gevoelens bewust om niet te veel in de war te raken. De volgende laat dit deel van haar innerlijke wereld niet zien wanneer zij in het openbaar is en koerst op wilskracht. De derde probeert rationeel en ‘van buiten naar binnen’ te begrijpen wat er in haar omgaat, maar het lukt haar niet om dit ook te voelen.

In alle drie de gevallen betekent het dat deze vrouwen hun gelokaliseerde sensaties en emoties (op enig moment) niet leven. Ze voelen hun pre-reflectieve nulpunt voor het starten van een beweging in de wereld niet of trekken dat in twijfel. Dit vertrekpunt, de innerlijk geleefde ervaring, is namelijk ontoegankelijk of wordt onderdrukt. Dit verstoort op twee manieren hun relatie met de wereld. Om te beginnen wordt het ingewikkeld, zo niet onmogelijk om op deze wereld af te stemmen. Wanneer ‘buiten’ (aan)raakt, maar dit niet gevoeld wordt, is het niet eenvoudig om hierop te reageren. Als bijvoorbeeld iemand in mijn omgeving een wens uitspreekt, maar ik niet voel wat dat bij mij teweeg brengt, kan ik niet werkelijk op die ander en diens verzoek reageren. Het is zo bezien begrijpelijk dat één van de vrouwen ervoor kiest om haar vriend op afstand te houden ondanks zijn wens om betrokken te zijn. Ze *kán* zoals ze zegt niet anders. Zij lijkt de manier waarop hij haar ‘raakt’ niet te kunnen of willen voelen en vindt het daarom beter om deze periode zonder hem door te brengen.

Ten tweede is het onmogelijk om extern en van anderen ruimte voor de eigen wensen te krijgen, als de innerlijke motivatie hiervoor (tijdelijk) ontoegankelijk is en dus niet geuit kan worden. Het 'ik kan niet' wordt zo verder versterkt en zelfbeschikking komt in het gedrang. Denk hierbij aan de deelnemer die graag vastgehouden zou worden, maar haar eigen gevoel ondergeschikt maakt aan de mogelijke (en onuitgesproken) wensen van haar vriend. Zij onderdrukt haar verlangen, bevraagt die constant, waardoor haar partner niet eens de mogelijkheid heeft om erop te reageren.<sup>45</sup>

De innerlijke factor van het onderdrukken van gelokaliseerde sensaties en emoties is bij nadere bestudering zogezegd echter hoogstwaarschijnlijk tóch en opnieuw een geval van geremde intentionaliteit in de betekenis van Young (1980). Cognitief beredeneren en rationele afwegingen maken is namelijk de norm in een (neo-)liberale (Dalmiya, 2016; Ruddick, 1989; Tronto, 2017) en eurocentrische maatschappij (De Sousa Santos, 2018). Bovendien dienen we (daad- en wils)krachtig te zijn en onafhankelijk door het leven te gaan (Tronto, 2017) en wordt het tonen van emoties als zwak gezien. Ook weegt hier hoogstwaarschijnlijk het heersende denkbeeld dat mensen met een baarmoeder niet redelijk zijn (Villarmeia, 2021; Villarmeia & Kelly, 2020) opnieuw mee. Dit idee over het effect van de baarmoeder, gecombineerd met liberale en eurocentrische epistemologiën zal er aan bijdragen dat mensen met een baarmoeder (onbewust) hard hun best doen om weloverwogen en stabiel over te komen. Het niet uiten van gevoel, het onderdrukken van emoties of het door gewenning niet kunnen voelen van wat er innerlijk gebeurt is kortom (onbewust) aangeleerd gedrag om staande te blijven in de huidige maatschappij. Het is 'verplicht wereldreizen' in de uitleg van Lugones (2003).

Dit geldt ook voor de vrouwen die 'hoofd en hart' op deze manier scheiden tijdens het proces van de abortus. Ze verinnerlijken de heersende norm waarbij vooral rationele overwegingen worden gewaardeerd en gedeeld en waarbinnen kwetsbaarheid en afhankelijkheid als iets zwaks worden gezien. Ze passen hun 'beweging in de ruimte' hierop aan, nemen naar buiten toe geen ruimte in met hun emoties en kunnen hierdoor in mindere mate vorm geven aan hun relatie met de wereld rondom. Door (naar buiten toe) niet toe te

---

<sup>45</sup> Het is wellicht om deze reden dat Noortje het minst in verwarring lijkt te raken en zich niet beperkt voelt. Zij is degene die haar intern geleefde ervaring wel aandacht en ruimte geeft terwijl ze ook aandacht heeft voor de contextualiteit van die ervaring. Ze laat zich via Körper (aan)raken, stemt haar keuzes daar mede op af. Ze geeft op die manier vorm aan ethische zelfbeschikking en voelt zich daar intuïtief goed bij.



laten dat deze confrontatie met hun vruchtbaarheid en de abortus juist kwetsbaarheid en afhankelijkheid omhoog brengt, wijzen ze bovendien een belangrijk onderdeel zo niet de kern van hun menselijk bestaan af. Ook in deze gevallen bieden de vrouwen onopzettelijk geen tegenwicht aan heersende denkbeelden.

#### 5.4 De abolitionistische weg van ‘ik kan niet’ naar goede dekoloniale zorg

Als we aannemen dat ethische zelfbeschikking een voorwaarde is om tot goede zorg te komen en we dit goede dekoloniale zorg noemen, kunnen we bovenstaande inzichten die ontstaan uit empirische en dus contextuele bevindingen inzetten om te formuleren hoe die goede dekoloniale zorg er in de basis uit dient te zien. Vanwege het feit dat abortus in Nederland en België toegestaan (doch in Nederland mogelijk strafbaar) is én vanwege het *self-managed* karakter van deze vorm van abortus, is de mate van ‘ik kan’ van de vrouwen in principe groot. Goede dekoloniale zorg zou echter ook de meer praktische externe drempels op het niveau van de praktijk van abortuszorg aanpakken. Zorgverleners en de zorgpraktijk dienen zich bewust te zijn van de praktische hordes die zij ongewild opwerpen voor de mensen voor wie zij zorg dragen. Die zorg dient er voornamelijk op gericht te zijn om het ‘wachten’ op de abortus zo kort mogelijk te laten duren. Het gaat om zorg die desondanks wel aandachtig en responsief wordt afgestemd op de persoon die de abortus nodig heeft. Op institutioneel gebied heeft Nederland wat dit betreft al een slag geslagen door de verplichte bedenktijd in januari van 2023 af te schaffen. In België is dit echter nog altijd onderdeel van de wetgeving. Goede zorg zou daar dus ook inhouden dat deze regel komt te vervallen.

Omdat intentionele geremdheid tot stand komt op basis van (vaak onopgemerkt) verinnerlijkte normen en oordelen, is de weg naar zelfbeschikking én daarmee goede dekoloniale zorg veel minder ‘simpel’. Vanwege de systemische basis van dit ‘ik kan niet’ is het niet zomaar te doorbreken. Er is geen persoon, geen praktijk zelfs geen instituut dat we op deze normen kunnen aanspreken zodat zij die uit de wereld helpen. Bovendien leidt geremde intentionaliteit zoals in de bevindingen naar voren komt tot het opnieuw reproduceren en bevestigen van heersende en beperkende denkbeelden. Doordat de norm gereproduceerd wordt en dus in principe voorlopig de norm blijft, zullen ook anderen hun persoonlijke abortusverhalen niet (kunnen) delen en hun gevoel ondergeschikt maken. Zo komt ook de zelfbeschikking van andere mensen die een abortus ondergaan onder druk te staan en blijft de

cirkel gesloten.<sup>46</sup> Dit is natuurlijk het tegenovergestelde van wat de deelnemers aan dit onderzoek en andere ongewenst zwangeren zouden willen bereiken. Het is een systemisch probleem en hen daarom niet persoonlijk aan te rekenen.

Abolitionistische denkers geven aan dat zorg niet alleen het repareren van de wereld is, maar ook het afbreken van onderdrukkende systemen om daar nieuwe voor in de plaats te ‘bouwen’. In deze lijn houdt goede dekoloniale zorg voor mensen die een medicamenteuze abortus ondergaan in dat we op het niveau van de samenleving heersende denkbeelden over zogenaamd nieuw leven en het ideaal van de liberale, rationeel handelende mens bevragen en omverwerpen. Daartoe en daarnaast dienen we persoonlijke geleefde, belichaamde ervaringen van wederzijds afhankelijke mensen, nieuwe gedachtes en andere leidende principes de wereld in te brengen. Die behoren zichtbaar, voelbaar en hoorbaar te zijn. Dit is echter geen alternatief verhaal ten opzichte van bestaande denkbeelden. Het is wérkelijke, belichaamde verhaal dat het mogelijk maakt om ons in te leven in de ervaring. Het is een meerstemmig verhaal dat zorgt voor nuance. Het is een verhaal dat mogelijkheid biedt tot het bouwen van bruggen over (epistemologische) kloven (de Sousa Santos, 2018).

Zo ontstaat een veelzijdige blik op zwangerschap en abortus én de ruimte om gehoor te geven aan innerlijke ervaringen en die te valideren. Op basis hiervan hebben mensen een startpunt om het eigen leven vorm te geven en anderen bij te staan bij betekenisgeving aan hún bestaan. Zo ontstaat een nieuwe cirkel waarin goede dekoloniale zorg leidt tot ethische zelfbeschikking wat opnieuw de basis vormt voor goede dekoloniale zorg. In dit geval voor mensen die kiezen voor een medicamenteuze abortus. Het is met andere woorden het startpunt om op het gebied van medicamenteuze abortus tot reproductieve rechtvaardigheid te komen.

## 5.5 Deelconclusie hoofdstuk 5

Een medicamenteuze abortus is een existentiële gebeurtenis in het leven van de deelnemers. Omdat het gaat om een dergelijk betekenisvolle en ingrijpende ervaring, is de noodzaak om tot goede zorg te komen van extra groot belang. Het erkennen van ethische zelfbeschikking is voorwaarde om te komen tot goede en daarmee dekoloniale zorg. Deze zelfbeschikking is in de kern belichaamd en komt tot uitdrukking in ‘ik kan’. Het feit dat een medicamenteuze abortus tot de mogelijkheid behoort, is een uiting van zelfbeschikking in zichzelf. Ook is er

---

<sup>46</sup> Door de norm van de rationeel handelende en onafhankelijke mens te reproduceren, komt de zelfbeschikking van eenieder die binnen deze norm leeft onder druk te staan. Ik beperk me hier echter alleen tot de abortuszorg.

ruimte voor de ervaring van ‘ik kan’ door de *self-managed* aard van deze vorm van abortus. Het ‘ik kan’ komt in de ervaring van de vier deelnemers van dit onderzoek echter op een aantal momenten onder druk te staan door externe factoren en door een combinatie van interne en externe factoren. Wat betreft de externe factoren is de regelgeving in België omtrent bedenktijd degene die de grootste blokkade opwerpt voor goede dekoloniale zorg. Het is echter vooral de intentionele geremdheid die aandacht en een lange adem vraagt op weg naar goede dekoloniale zorg. Het vraagt namelijk om het omverwerpen van heersende denkbeelden over zwangerschap, abortus en het idee van de rationele, onafhankelijke mens. Het vraagt bovendien om een nieuwe norm. Die norm kan ontstaan door werkelijke, meerstemmige en geleefde ervaring te laten horen, zien, en voelen. Dit abolitionistische proces is het begin van het komen tot goede dekoloniale zorg voor mensen die kiezen voor een medicamenteuze abortus.

## 6. Conclusie

Hieronder beantwoord ik concluderend de hoofdvraag:

Wat is de geleefde ervaring van een medicamenteuze abortus en wat draagt een zorgethische analyse van deze ervaring met behulp van zorgethische, feministische en historische visies op abortus én het zorgethische en fenomenologische concept lichamelijke bij aan inzichten over goede zorg?

De contextuele, geleefde ervaring van een medicamenteuze abortus is een existentiële gebeurtenis die de deelnemers de wereld, het eigen leven en de identiteit doet bevragen. Aan de hand van een apofatische analyse in samenwerking met Daamen, een betekenis-analyse met de deelnemers samen én met fenomenologisch schrijven kwamen zes thema's binnen de geleefde ervaring aan het licht:

- 1) Beperkt worden: de ervaring van ongewenst tot stilstand komen
- 2) Controleverlies: de ervaring van bewogen worden en daar mee omgaan
- 3) Alleen zijn: de ervaring van het in de kern alleen doen
- 4) Betekenis (nieuw) leven: de ervaring van hoe betekenis geven doorwerkt in het proces van de abortus en daarna
- 5) (Verinnerlijkte) Oordelen: de ervaring van er niet helemaal mogen zijn
- 6) Transformatie: de ervaring niet meer dezelfde te zijn

De rode draad door deze thema's heen was contradictie: er waren voortdurend tegenstrijdigheden en meerstemmigheid te ontdekken binnen de ervaring van één persoon maar ook tussen de ervaringen van de vier verschillende vrouwen.

Door deze ervaring zorgethisch te analyseren met een vooraf gevormde lens, kwam het uiteindelijke antwoord op bovenstaande vraag tot stand. De lens bevatte inzichten op het gebied van abortus en lichamelijke, zorg en goede zorg. Abortus werd daarin vanuit zorgethisch, feministisch, historisch en 'talig technologisch' perspectief benaderd. Dit maakte inzichtelijk dat abortus door de eeuwen moreel gezien op geheel verschillende manieren werd beoordeeld. Religie, maatschappelijke ontwikkelingen en technologie speelden een grote rol in die constante verandering en klinken nog steeds door in het debat over abortus. Zorgethiek laat ons inzien dat een abortus geen liberale, op zichzelf staande keuze is, maar een beslissing waarbij de belangen van de zwangere en dat wat groeit steeds een wisselwerking met elkaar

aangaan. Feministen uit verschillende stromingen tonen bovendien aan dat het kiezen voor het wel of niet krijgen van een kind een contextuele en relationele keuze is.

Door de mens en de geleefde ervaring als in de basis als belichaamd te zien, krijgt die ervaring een contextueel en relationeel karakter. Als het concept zelfbeschikking tot stand komt op basis van lichamelijkheid, kan het worden beschreven als een 'ik kan'. Dit 'ik kan' is door het lichamen bestaan in de wereld eveneens relationeel, contextueel en bovendien wederkerig: er kan geen sprake zijn van zelfbeschikking wanneer iets of iemand dit in de weg staat. Lichamen geconceptualiseerde zelfbeschikking is daarmee een ethisch principe dat een appèl op ons doet om anderen de ruimte te laten om het leven betekenisvol vorm te geven. Door een ervaring door de lens van lichamen te bekijken, is het bovendien mogelijk om mogelijke intersecties van onderdrukking en uitsluiting te ontdekken.

Binnen zorgethiek staat de zorgontvanger centraal in het nagaan of er sprake is van goede zorg en daarmee van moreel juist handelen. Goede zorg betekent namelijk dat aan haar behoeften voldaan dient te worden. In deze lijn is het uitgaan van ethische zelfbeschikking een voorwaarde om überhaupt tot goede zorg te komen: tot goede dekoloniale zorg. Wat die goede zorg en zelfbeschikking precies inhouden is echter per context, praktijk en tijdsgewricht verschillend.

In de zorgethische analyse stond de vraag naar goede zorg centraal. Met de theoretische lens in handen, ging het om precies te zijn om goede dekoloniale zorg. Omdat de ervaring van een medicamenteuze abortus existentiële gebeurtenis is, is het van extra groot belang om tot deze goede zorg te komen. Zo ging ik na wat de empirische bevindingen onthulden over zelfbeschikking in de vorm van het lichamen 'ik kan' (en dus over goede dekoloniale zorg) in het proces van een medicamenteuze abortus'.

Om te beginnen is het feit dat een medicamenteuze abortus tot de mogelijkheid behoort, een uiting van zelfbeschikking in zichzelf. De *self-managed* aard van deze vorm van abortus geeft bovendien ruimte aan het 'ik kan' van de vrouwen'. Desondanks verschenen er ook situaties van 'ik kan niet'. Zo waren daar praktische externe factoren die het leven tot stilstand brachten. Daarnaast waren er situaties waarin de zelfbeschikking van de deelnemers op basis van andere externe en van interne factoren in de verdrukking kwam. Bij nadere bestudering bleken dit echter gevallen van geremde intentionaliteit te zijn: het niet kunnen handelen, niet kunnen bewegen in de ruimte vanwege verinnerlijkte externe factoren. Die externe factoren omvatten heersende denkbeelden omtrent bloedverlies en abortus én de norm van de liberale, onafhankelijke rationeel opererende mens. Op basis hiervan trokken de

vrouwen zich terug, gingen zij het gesprek over hun ervaring niet aan en scheidden zij ‘hoofd’ en ‘hart’ van elkaar. Door dit te doen ontcrachtten zij bovendien heersende denkbeelden niet én reproduceerden zij ze.

Deze inzichten maakten duidelijk wat er (minimaal) nodig is om tot goede dekoloniale zorg te komen voor mensen die een medicamenteuze abortus doormaken. Praktisch gezien kunnen obstakels in de vorm van wachten op de zorgpraktijk of zorgverlener, verkleind of weggenomen worden. Daarnaast dient de bedenktijd in België op institutioneel niveau afgeschaft te worden. Het zijn echter vooral heersende denkbeelden en normen die in de weg staan van goede dekoloniale zorg voor mensen die de abortuspil nemen. Het vraagt om een abolitionistische aanpak en een lange adem om heersende denkbeelden over mensen met een baarmoeder, zogenaamd nieuw leven én het ideaal van de liberale, rationeel handelende mens te verwerpen. Tegelijkertijd dienen bovendien nieuwe, meerstemmige denkkaders te ontstaan. Die kunnen we vormgeven door de werkelijk geleefde en belichaamde ervaring van medicamenteuze abortussen en wederzijdse afhankelijkheid te delen zodat mensen die kunnen horen, zien en bovenal voelen. Zo ontstaat een veelzijdige blik op zwangerschap en abortus én de ruimte om gehoor te geven aan innerlijke ervaringen en die te valideren. Op basis hiervan hebben mensen een startpunt om het eigen leven vorm te geven en anderen bij te staan bij betekenisgeving aan hún bestaan. Zo ontstaat een nieuwe cirkel waarin goede dekoloniale zorg leidt tot ethische zelfbeschikking. Dit vormt opnieuw de basis voor goede dekoloniale zorg. In dit geval voor mensen die kiezen voor een medicamenteuze abortus. Het is met andere woorden het startpunt om op het gebied van medicamenteuze abortus tot reproductieve rechtvaardigheid te komen.

## 7. Beperkingen, discussie en aanbevelingen

### 7.1 Beperkingen, discussie en aanbevelingen met betrekking tot mij als onderzoeker

Op basis van dit onderzoek en de bijbehorende zorgethische analyse, is één specifieke vraag beantwoord. Het is ten eerste mijn positionaliteit als onderzoeker die ervoor zorgt dat dit onderzoek dit specifieke antwoord tot gevolg heeft. Dit kan gezien worden als een beperking van het onderzoek. Het is de aandacht die ik door mijn eigen levenservaring, mijn geleefde ervaring én door me te verdiepen in zorgethiek heb voor de invloed van liberaal gedachtegoed in onze maatschappij. De mens als onafhankelijk en rationeel bestempelen en de epistemologie en ethiek die daaruit voortvloeien zijn in mijn beleving niet kloppend en onder andere zorgethiek laat me die visie onderbouwen. Ondanks de uitgebreide zelfreflectie tijdens het onderzoek en de momenten waarop ik gedachten in deze lijn tussen haken zette, kwam de meer politieke visie op wat er nodig is om tot goede zorg te komen alsnog omhoog. Aangezien dit ook in eerdere stukken waar ik aan werkte gebeurde, is het blijkbaar een onderzoekslijn die hoort bij mij als onderzoeker. Voor mijzelf roept dit (nogmaals) de vraag op of ik op de kern van ‘het probleem’ teruggrijp en wat, wie of welk systeem tegenkracht zou kunnen bieden aan dit mens- en wereldbeeld. De aanbeveling aan mezelf is dan ook om deze vraag diepgaander te onderzoeken.

Een tweede beperking, die ik vooral zelf voelde, was de botsing tussen de in hoofdstuk drie geformuleerde theoretische lens en mijn ‘niet-wetende’ houding in het empirisch onderzoek: een botsing tussen de Utrechtse zorgethiek en de fenomenologische, apofatische methode. Door het van tevoren bepaalde theoretisch kader werd de niet-wetende houding die ik aanhield tijdens de fenomenologische, apofatische analyse ‘afgekapt’. De met zoveel mogelijk openheid verkregen inzichten zette ik in de zorgethische analyse namelijk alsnog af tegen een van tevoren bepaald kader. Hoe goed (of slecht) ik er ook in slaagde om deze kennis eerder tussen haken te zetten, hoe veelomvattend of universeel het theoretisch kader ook is, het werkte sturend en is sterk filterend. Het botsen van methodes zorgde bij mij voor een innerlijke botsing. Desondanks kan ik mij wel geheel vinden in het antwoord op de hoofdvraag dat ik met behulp van deze lens formuleer.

Om die innerlijke botsing iets te verzachten en gevolg te geven en tevens bij te dragen aan een werkelijk nieuwe horizon, zal ik hier omdenken, zoals het de Utrechtse zorgethiek ook betaamt. Om tot goede zorg te komen voor mensen die kiezen voor een medicamenteuze abortus is het zoals beschreven mijns inziens van groot belang dat contextuele, geleefde ervaringen hoorbaar, zichtbaar en voelbaar gemaakt worden. Er is niet per sé verdere duiding

nodig. Ook mijn perspectief op abortus is door het doorleven van de verhalen van deze vier vrouwen veranderd en fijnmaziger geworden. Voor mijn verantwoordelijkheid als onderzoeker betekent dat, dat ik het apofatisch onderzoek (en wellicht, maar niet per definitie) de bevindingen uit hoofdstuk vier onder de aandacht dien te brengen. Hiermee kan ook een ander zich mogelijk inleven in de belichaamde ervaring van een medicamenteuze ervaring.

## 7.2 Beperkingen, discussie en aanbevelingen met betrekking tot de maatschappij en wetenschap

Vanwege bovenstaande positionaliteit en de theoretische lens, bleven andere vragen rond om het onderwerp medicamenteuze abortus onbeantwoord. De lens weerhield me er bijvoorbeeld van om dieper in te gaan op de existentiële dimensie van de ervaring van een medicamenteuze abortus. Ik zou het erg interessant vinden als de ervaring nog eens door een dergelijke bril zou worden bekeken, omdat dat nog niet eerder wetenschappelijk onderzocht is.

Daarnaast heb ik in dit stuk geen ruimte vrijgemaakt voor stemmen die bepleiten dat ongewenst zwangeren de abortuspil zonder tussenkomst van een zorgverlener zouden moeten kunnen verkrijgen. Dit zou de zelfbeschikking van deze mensen in zekere zin versterken en het gevoel van angst en paniek verminderen (tevens in Holten et al., 2023). Toch blijft de vraag of het niet juist een aandachtige, competente en responsief handelende zorgverlener is die degene die kiest voor een abortus kan informeren en ondersteunen. Gebrek aan informatie zorgt namelijk ook voor onzekerheid en twijfel in het proces van de abortus (Holten et al., 2023). Ondersteuning of het op weg helpen bij het vinden van ondersteuning indien nodig, is bovendien in veel gevallen heel welkom omdat het bij een abortus gaat om een zeer ingrijpende gebeurtenis. Daarmee kan een zorgverlener bovendien de eerste aanzet doen in het ruimte bieden aan de innerlijke leefwereld van de ongewenst zwangere. Wat zou empirisch onderzoek aan inzichten bieden over dit onderwerp?

Ook blijft de vraag overeind welk soort zorgverlener het best toegerust is om deze medicatie te verstrekken en het proces te begeleiden. In dit onderzoek heb ik er zo goed als niet op in kunnen gaan, maar abortussen zijn door de geschiedenis heen ongeveer tot aan het moment van legalisering, het expertisegebied geweest van wijze vrouwen, vroedvrouwen en ervaringsdeskundigen. Intuïtief benaderd zou het logisch zijn dat abortuszorg opnieuw in hun handen kwam te liggen. Wat zou zorgethisch en feministisch onderzoek hierover over zeggen?



Tot slot komt ik terug op iets wat ik al eerder aanstipte. Zowel de case van dit onderzoek als ikzelf zijn intersectioneel gezien behoorlijk geprivilegieerd. Ik ben erg benieuwd naar een onderzoek met een meer diverse case en/of groep van onderzoekers. Dit zou de mogelijkheid geven om goede zorg voor mensen die kiezen voor een medicamenteuze abortus nog inclusiever, betrouwbaarder en meer solidair te verankeren.

## Nawoord

Wat een reis was dit! Het aangaan van dit onderzoek heeft mij persoonlijk niet alleen een antwoord op de onderzoeksvraag ‘opgeleverd’. Dit onderzoek heeft ook mijn eigen (onbewuste) gedachtes en aannames over abortus doen nuanceren en kantelen.

Ik ben Merel, Puck, Sarah en Noortje heel erg dankbaar voor hun openheid en het vertrouwen dat zij zonder enige aanleiding in mij hadden. Door hen konden Ank en ik een relatie aangaan met het onderwerp en zo komen tot apofatisch werk. Het was fijn om dit werk andersom aan hen ‘terug te geven’. De gesprekken die we erover hadden waren prachtig. We konden direct ‘de diepte’ in zonder elkaar echt te kennen. Dit was een bijzonder mooie ervaring.

Hiermee kom ik bij het volgende dankwoord. Dat gaat uit naar Ank Daamen. Wat ben ik blij dat ik dit proces met haar heb kunnen doorlopen. Zij belichaamt met haar manier van werken de fenomenologische apofatische methode. De gesprekken die we voerden over het werkproces en over de ontmoetingen die we hadden met de deelnemers stimuleerden mijn (zelf)reflectie.

Ook wil ik mijn scriptiebegeleider Rodante van der Waal heel erg bedanken. Ze hielp me in het moeilijke proces van het werven van deelnemers en bij het krijgen van financiering van Stichting Frederik Ruijsch zodat Ank aan dit project kon meewerken. Bovenal voorzag ze me van kritische, zeer leerzame en opbouwende feedback. Ze gaf me positieve zetjes in de rug als ik het even niet meer zo rooskleurig inzag.

Tevens een dikke merci voor mijn studiegenoten. Ook al kwamen we het afgelopen half jaar niet of nauwelijks fysiek samen, digitaal hielden we wel contact. Dit gaf extra ondersteuning bij ‘scriptie-tegenwind’ en ook beantwoordden we samen praktische vragen rondom het afstudeeronderzoek.

En natuurlijk ben ik heel erg dankbaar voor mijn gezin en voor de familie en vrienden die om ons heen staan. Gezamenlijk hebben zij het (opnieuw!) mogelijk gemaakt dat ik door onderzoek te doen vorm geef aan mijn leven. Het is voor een groot deel aan hen te danken dat ik het trage proces van nieuwe invulling(en) geven aan mijn leven op deze manier heb kunnen aangaan. Ze gaven me de tijd, de ruimte, het vertrouwen.

Rick, Wieke en Ole, laten we de tentjes pakken en op pad gaan. Ik ben (voor nu) klaar!

## Literatuurlijst

- Aiken, A. R. A., Broussard, K., Johnson, D. M., Padron, E., Starling, J. E., & Scott, J. G. (2020). Knowledge, interest, and motivations surrounding self-managed medication abortion among patients at three Texas clinics. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223(2), 238.e1-238.e10. 10.1016/j.ajog.2020.02.026
- Alam, B., Kaler, A., & Mumtaz, Z. (2020). Women's voices and medical abortions: A review of the literature. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 249, 21-31. 10.1016/j.ejogrb.2020.04.003
- Al-Saji, A. (2017). Feminist phenomenology. *The Routledge companion to feminist philosophy* (). Routledge, Taylor & Francis Group.
- Al-Saji, A. (2010). Bodies and sensings: On the uses of Husserlian phenomenology for feminist theory. *Continental Philosophy Review*, 43(1), 13-37. 10.1007/s11007-010-9135-8
- Banerjee, A. (2022). De-colonizing solidarity and reciprocity. *The imbecile's guide to public philosophy* (). Routledge. 10.4324/9781003207566
- Banerjee, A., & Sharma, P. (2023). *Animating the Affect-Care-Labor Link in Wake of "The Surrogacy (Regulation) Bill": Care Ethics and Policy-Making on Indian Surrogacy*. Unpublished manuscript. <http://hypatiaphilosophy.org>
- Barone, T., & Eisner, E. W. (2012). *Arts based research*. SAGE. 10.4135/9781452230627
- Bartky, S. L. (2009). Iris Young and the gendering of phenomenology. In A. Ferguson, & M. Nagel (Eds.), *Dancing with Iris* (). Oxford University Press, Incorporated.
- Baur, V. E., Nistelrooij, A. A. M. v., & Vanlaere, L. (2017). The sensible health care professional: a care ethical perspective on the role of caregivers in emotionally turbulent practices. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 20(4), 483-493. 10.1007/s11019-017-9770-5
- Beynon-Jones, S. M. (2017). Untroubling abortion: A discourse analysis of women's accounts. *Feminism & Psychology*, 27(2), 225-242. 10.1177/0959353517696515

- Boersma, A. A., Meyboom-de Jong, B., & Kleiverda, G. (2011). Mifepristone followed by home administration of buccal misoprostol for medical abortion up to 70 days of amenorrhoea in a general practice in Curaçao. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 16(2), 61-66. 10.3109/13625187.2011.555568
- Broussard, K. (2020). The changing landscape of abortion care: Embodied experiences of structural stigma in the Republic of Ireland and Northern Ireland. *Social Science & Medicine* (1982), 245, 112686. 10.1016/j.socscimed.2019.112686
- Casas, L., & Vivaldi, L. (2014). Abortion in Chile: the practice under a restrictive regime. *Reproductive Health Matters*, 22(44), 70-81. 10.1016/S0968-8080(14)44811-0
- Crowther, S., Ironside, P., Spence, D., & Smythe, L. (2017). Crafting Stories in Hermeneutic Phenomenology Research: A Methodological Device. *Qualitative Health Research*, 27(6), 826-835. 10.1177/1049732316656161
- Da Silva, D. F. (2014). Toward a Black Feminist Poethics. *The Black Scholar*, 44(2), 81-97. 10.1080/00064246.2014.11413690
- Dahlberg, H., & Dahlberg, K. (2020). Open and Reflective Lifeworld Research: A Third Way. *Qualitative Inquiry*, 26(5), 458-464. 10.1177/1077800419836696
- Dalmya, V. (2016). *Caring to Know*. Oxford University Press.  
10.1093/acprof:oso/9780199464760.001.0001
- Davis, A. Y. (2016). *Freedom is a constant struggle*. Haymarket Books.
- De Beauvoir, S. (1993 [1945]). *The second sex*. Knopf.
- De Beauvoir, S. (2018 [1947]). *The Ethics of Ambiguity*. Open Road Integrated Media, Inc.
- Dehue, T. (2023). *Ei, foetus, baby*. Atlas Contact.
- De Sousa Santos, B. (2018). *The end of the cognitive empire*. Duke University Press.
- Engster, D. (2005). Rethinking Care Theory: The Practice of Caring and the Obligation to Care. *Hypatia*, 20(3), 50-74. 10.1111/j.1527-2001.2005.tb00486.x

- Erdman, J. N., Jelinska, K., & Yanow, S. (2018). Understandings of self-managed abortion as health inequity, harm reduction and social change. *Reproductive Health Matters*, 26(54), 13-19. 10.1080/09688080.2018.1511769
- Esia-Donkon, K., Darteh, E. K. M., Blemmano, H., & Asare, H. (2015). Who Cares? Pre and Post Abortion Experiences among Young Females in Cape Coast Metropolis, Ghana. *African Journal of Reproductive Health*, 19(2), 43-51. <https://www.jstor.org/stable/24877769>
- Fang, N. Z., Guiahi, M., & Lazowitz, A. (2020). Satisfaction with medication abortion and marijuana use: A prospective cohort study. *Contraception (Stoneham)*, 102(1), 30-33. 10.1016/j.contraception.2020.03.008
- Federici, S. (2004). *Caliban and the witch: women, the body and primitive accumulation*
- Finlay, L. (2008). A Dance Between the Reduction and Reflexivity: Explicating the "Phenomenological Psychological Attitude". *Journal of Phenomenological Psychology*, 39(1), 1-32. 10.1163/156916208X311601
- Foster, S. L. (2009). Throwing like a girl, dancing like a feminist philosopher. In A. Ferguson, & M. Nagel (Eds.), *Dancing with Iris* (). Oxford University Press, Incorporated.
- Friedlander, E. B., Raidoo, S., Soon, R., Salcedo, J., Davis, J., Tschann, M., Fontanilla, T., Horiuchi, W., & Kaneshiro, B. (2022). The experience of pain in real-time during medication abortion. *Contraception (Stoneham)*, 110, 71-75. 10.1016/j.contraception.2022.03.003
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice* (2. print. ed.). Harvard Univ. Press.
- Gomperts, R., van der Vleuten, K., Jelinska, K., da Costa, C. V., Gemzell-Danielsson, K., & Kleiverda, G. (2014). Provision of medical abortion using telemedicine in Brazil. *Contraception (Stoneham)*, 89(2), 129-133. 10.1016/j.contraception.2013.11.005
- Guenther, L. (2022). Abolish the World as We Know It: Notes for a Praxis of Phenomenology Beyond Critique. *Puncta*, 5(2), 28-44. 10.5399/pjcp.v5i2.3

- Hamington, M. (2012). Care ethics and corporeal inquiry in patient relations. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 5(1), 52-69. 10.2979/intjfemappbio.5.1.52
- Hamington, M. (2015). Care Ethics and Engaging Intersectional Difference through the Body. *Critical Philosophy of Race*, 3(1), 79-100. 10.5325/critphilrace.3.1.0079
- Harris in: Woodly, D., Brown, R. H., et al., (2021). The politics of care *Contemp Polit Theory*, 20, 890-925.
- Hausknecht, R. (2003). Mifepristone and misoprostol for early medical abortion: 18 months experience in the United States. *Contraception (Stoneham)*, 67(6), 463-465. 10.1016/S0010-7824(03)00049-0
- Holten, L., de Goeij, E., & Kleiverda, G. (2021). Permeability of abortion care in the Netherlands: a qualitative analysis of women's experiences, health professional perspectives, and the internet resource of Women on Web. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 29(1), 162-179. 10.1080/26410397.2021.1917042
- Holten, L., van der Wolf, R., & van der Pijl, M. S. G. (2023). The difficult process of autonomous choice: using I-poems to understand experiences of abortion-seekers in The Netherlands. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 31(1), 2215963. 10.1080/26410397.2023.2215963
- Jensen, S. Q., & Elg, C. (2010). Intersectionality as embodiment. *Kvinder, Køn & Forskning*, (2), 30-39.
- Kaba, M. (2021). *We Do This 'Til We Free Us*. Haymarket Books.
- Kittay, E. F. (1999). Vulnerability and the Moral Nature of Dependency Relations. *Love's Labor* (pp. 67-92). Routledge. 10.4324/9781315021218-10
- Kumar Mohajan, H. (2022). An Overview on the Feminism and Its Categories. *Research and Advances in Education*, 1(3), 11-26. 10.56397/RAE.2022.09.02

- LaRoche, K. J., & Foster, A. M. (2020). "It gives you autonomy over your own choices": A qualitative study of Canadian abortion patients' experiences with mifepristone and misoprostol. *Contraception (Stoneham)*, 102(1), 61-65.  
10.1016/j.contraception.2020.04.007
- Leavy, P., & Chilton, G. (2020). Arts-Based Research: Merging Social Research and the Creative Arts. *The Oxford Handbook of Qualitative Research* (). Oxford University Press. 10.1093/oxfordhb/9780190847388.013.27
- Lee, T., Chou, C., Chen, C., Weng, M., & Liu, Y. (2014). The Lived Experience of Teen Girls' Abortion in Taiwan. *SAGE Open*, 4(3), 215824401454378.  
10.1177/2158244014543788
- Leget, C., van Nistelrooij, I., & Visse, M. (2019). Beyond demarcation: Care ethics as an interdisciplinary field of inquiry. *Nursing Ethics*, 26(1), 17-25.  
10.1177/0969733017707008
- Loeber, O. E. (2010). Motivation and satisfaction with early medical vs. surgical abortion in the Netherlands. *Reproductive Health Matters*, 18(35), 145-153. 10.1016/S0968-8080(10)35501-7
- Lugones, M. (2003). Playfulness, "world"-traveling and loving perception. *Pilgrimages/Peregrinajes: theorizing coalition against multiple oppressions* (pp. 78-100). The Rowman & Littlefield Publishing Group.
- Mann, B. (2009). Iris Marion Young: between §phenomenology and structural injustice. In A. Ferguson, & M. Nagel (Eds.), *Dancing with Iris* (). Oxford University Press, Incorporated.
- Merleau-Ponty, M. (2013[1945]). *Phenomenology of Perception*. Taylor and Francis.  
10.4324/9780203994610

- Meurice, M. E., Whitehouse, K. C., Blaylock, R., Chang, J. J., & Lohr, P. A. (2021). Client satisfaction and experience of telemedicine and home use of mifepristone and misoprostol for abortion up to 10 weeks' gestation at British Pregnancy Advisory Service: A cross-sectional evaluation. *Contraception (Stoneham)*, *104*(1), 61-66. 10.1016/j.contraception.2021.04.027
- Mohanty, C. T. (2003). *Feminism without borders* (4. print. ed.). Duke Univ. Press.
- Moseson, H., Herold, S., Filippa, S., Barr-Walker, J., Baum, S. E., & Gerdts, C. (2020). Self-managed abortion: A systematic scoping review. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, *63*, 87-110. 10.1016/j.bpobgyn.2019.08.002
- Palma Manríquez, I., Moreno Standen, C., Álvarez Carimoney, A., & Richards, A. (2018). Experience of clandestine use of medical abortion among university students in Chile: a qualitative study. *Contraception (Stoneham)*, *97*(2), 100-107. 10.1016/j.contraception.2017.09.008
- Pohlhaus, G. (2012). Relational Knowing and Epistemic Injustice: Toward a Theory of Willful Hermeneutical Ignorance. *Hypatia*, *27*(4), 715-735. 10.1111/j.1527-2001.2011.01222.x
- Purcell, C., Brown, A., Melville, C., & McDaid, L. M. (2017). Women's embodied experiences of second trimester medical abortion. *Feminism & Psychology*, *27*(2), 163-185. 10.1177/0959353517692606
- Raifman, S., Ralph, L., Biggs, M. A., & Grossman, D. (2021). "I'll just deal with this on my own": a qualitative exploration of experiences with self-managed abortion in the United States. *Reproductive Health*, *18*(1), 91. 10.1186/s12978-021-01142-7
- Ramos, S., Romero, M., & Aizenberg, L. (2015). Women's experiences with the use of medical abortion in a legally restricted context: the case of Argentina. *Reproductive Health Matters*, *22*(44), 4-15. 10.1016/S0968-8080(14)43786-8
- Ross, L. J. (2017). Reproductive Justice as Intersectional Feminist Activism. *Souls (Boulder, Colo.)*, *19*(3), 286-314. 10.1080/10999949.2017.1389634



- Ruddick, S. (1989). Love's reason. *Maternal thinking. Toward a politics of peace* (pp. 3-27). Beacon Press.
- Schellekens, J. E., Houtvast, C. S., Leusink, P., Kleiverda, G., & Gomperts, R. (2022). Dutch GPs' views on prescribing mifepristone and misoprostol: a mixed-methods study. *British Journal of General Practice*, 72(722), e677-e683. 10.3399/BJGP.2021.0704
- Slatman, J. (2014). Multiple dimensions of embodiment in medical practices. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 17(4), 549-557. 10.1007/s11019-014-9544-2
- Slatman, J., Halsema, A., & Meershoek, A. M. (2016). Responding to scars after breast surgery. *Qualitative Health Research*, 26(12), 1614-1626. 10.1177/1049732315591146
- Slatman, J. (2012). Phenomenology of Bodily Integrity in Disfiguring Breast Cancer. *Hypatia*, 27(2), 281-300. 10.1111/j.1527-2001.2011.01261.x
- Slatman, J. (2020a). Fenomenologie van ziekte en abnormaliteit. *Algemeen Nederlands Tijdschrift Voor Wijsbegeerte*, 112(1), 1-24. <https://www.narcis.nl/publication/RecordID/oai:tilburguniversity.edu:publications%2F870fb46c-1b72-46ea-bc2b-aa996cf38a21>
- Slatman, J. (2020b). Repliek. *Algemeen Nederlands Tijdschrift Voor Wijsbegeerte*, 112(1), 65-72. 10.5117/ANTW2020.1.008.SLAT
- Slatman, J., & van de Ven, I. (2021). Gut feelings: depression as an embodied and affective phenomenon in Houellebecq's Serotonin. *Medical Humanities*, 47(3), 257-265. 10.1136/medhum-2020-011916
- Slatman, J., & Widdershoven, G. (2015). An Ethics of Embodiment: The Body as Object and Subject. *Medicine and Society, New Perspectives in Continental Philosophy*, 120, 87-104. 10.1007/978-94-017-9870-9\_6
- Solheim, I. H., Moland, K. M., Kahabuka, C., Pembe, A. B., & Blystad, A. (2020). Beyond the law: Misoprostol and medical abortion in Dar es Salaam, Tanzania. *Social Science & Medicine* (1982), 245, 112676. 10.1016/j.socscimed.2019.112676
- Tronto, J. (1993). *Moral Boundaries*. Taylor & Francis Group.

- Tronto, J. C. (2013). *Caring Democracy*. NYU Press.
- Tronto, J. (2017). There is an alternative: homines curans and the limits of neoliberalism. *International Journal of Care and Caring*, 1(1), 27-43. 10.1332/239788217X14866281687583
- van der Meide, H. (2015). Het onthullen van ervaringen. *KWALON (Amsterdam)*, 20(1)10.5117/2015.020.001.021
- van der Meide, H. (2018). Niet coderen maar schrijven. *KWALON (Amsterdam)*, 23(3)10.5117/2018.023.003.007
- van der Waal, R., & van Nistelrooij, I. (2022). Reimagining relationality for reproductive care: Understanding obstetric violence as "separation". *Nursing Ethics*, , 9697330211051000. 10.1177/09697330211051000
- van Ditzhuijzen, J., Have, M. t., de Graaf, R., Lugtig, P., van Nijnatten, C. H. C. J., & Vollebergh, W. A. M. (2016). Incidence and recurrence of common mental disorders after abortion: Results from a prospective cohort study. *Journal of Psychiatric Research*, 84, 200-206. 10.1016/j.jpsychires.2016.10.006
- van Ditzhuijzen, J., ten Have, M., de Graaf, R., van Nijnatten, C. H. C. J., & Vollebergh, W. A. M. (2018). Long-term incidence and recurrence of common mental disorders after abortion. A Dutch prospective cohort study. *Journal of Psychiatric Research*, 102, 132-135. 10.1016/j.jpsychires.2018.04.001
- van Hassel, R., van der Waal, R., & van Nistelrooij, I. (2022). Mijn belichaamde kennis is van waarde. *Tijdschrift Voor Genderstudies*, 25(4), 339-362. 10.5117/TVGN2022.4.004.HASS
- van Manen, M. (2002). *Writing in the Dark*. Routledge. 10.4324/9781315415574
- van Manen, M. (2014). *Phenomenology of Practice*. Routledge. 10.4324/9781315422657
- van Wijngaarden, E. (2015). Fenomenologisch onderzoek naar voltooid leven bij ouderen. *KWALON (Amsterdam)*, 20(1)10.5117/2015.020.001.034

- Vergès, F.(2021). *A Decolonial Feminism*. Pluto Press. 10.2307/j.ctv1k531j6
- Villarme, S. (2021). Reasoning from the Uterus: Casanova, Women's Agency, and the Philosophy of Birth. *Hypatia*, 36(1), 22-41. 10.1017/hyp.2020.45
- Villarme, S., & Kelly, B. (2020). Barriers to establishing shared decision-making in childbirth: Unveiling epistemic stereotypes about women in labour. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(2), 515-519. 10.1111/jep.13375
- Visse, M. A., Hansen, F., & Leget, C. J. W. (2019). The Unsayable in Arts-Based Research: on the praxis of life itself. *International Journal of Qualitative Methods*, 18, 160940691985139. 10.1177/1609406919851392
- Visse, M., Hansen, F. T., & Leget, C. J. W. (2020). Apophatic Inquiry: Living the Questions Themselves. *International Journal of Qualitative Methods*, 19, 160940692095897. 10.1177/1609406920958975
- Vosman, F. J. H., & Niemeijer, A. R. (2017). Rethinking critical reflection on care: Late modern uncertainty and the implications for care ethics. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 20(4), 465-476. 10.1007/s11019-017-9766-1
- Young, I. M. (1980). Throwing Like a Girl: A Phenomenology of Feminine Body Comportment Motility and Spatiality. *Human Studies*, 3(1), 137-156. 10.1007/BF02331805
- Young, I. M. (2005a). Menstrual Meditations. *On Female Body Experience* (). Oxford University Press. 10.1093/0195161920.003.0007
- Young, I. M. (2005b). *On female body experience : "Throwing like a girl" and other essays*. Oxford University Press. 10.1093/0195161920.001.0001
- Zakaria, R. (2021). *Against white feminism* (First Edition ed.). W.W. Norton & Company.

## Bijlagen

### Bijlage 1: werving deelnemers

Het proces van het includeren van deelnemers kende hobbels. Opvallend was bijvoorbeeld dat verschillende mensen zich aanmeldden, vervolgens niets meer van zich lieten horen óf zeer weifelend bleven in het wel of niet aangaan van de deelname. Het bleef daarom lange tijd ingewikkeld om mensen definitief te includeren. Ook wilden verschillende organisaties en personen die zich bezighouden met medicamenteuze abortus de oproep tot deelname niet te verspreiden omdat zij zelf binnenkort een onderzoek zouden gaan doen en hun achterban niet wilden ‘overvragen’. Het kleine aantal mensen (negen in totaal) dat zich aanmeldde leek regelmatig in eerste instantie niet te voldoen aan de inclusiecriteria voor dit onderzoek. Die criteria heb ik gaandeweg aangepast zoals beschreven, er steeds voor wakende dat de hoofdvraag van dit onderzoek beantwoord zou worden én ik de doelstelling in zicht hield. Om dit inzichtelijk te maken, beschrijf ik hieronder het wervingsproces.

Ik richtte me op meerderjarige deelnemers die zelfstandig kunnen instemmen met hun deelname. Om te beginnen benaderde ik via een Amsterdamse kliniek mensen die op het punt stonden de medicatie te nemen met de vraag of zij wilden deelnemen door hun ervaring op een manier vast te leggen die bij hen zou passen. Ik maakte flyers en posters die zowel via *social media* als in klinieken in en rondom Amsterdam (klinieken die hiermee instemden) en andere plekken zoals kunstacademies werden verspreid.

Omdat ik in de loop van het wervingsproces reacties kreeg van mensen die de abortus al achter de rug hadden en notities hadden gemaakt van hun ervaring, besloot ik dat zij ook tot de deelnemersgroep behoorden. Om die reden maakte ik ook een flyer die deze groep mensen opriep. Ik nam de notities die deze mensen in het verleden bijhielden door om na te gaan of die aansloten bij de vragen die we deelnemers wilden stellen en of ze de ervaring vatten in plaats van (uitsluitend) reflectie. Wanneer dit niet het geval was, plande ik ook zo snel mogelijk een interview met hen in zodat de herinneringen aan de geleefde ervaring nog ‘vers’ zouden zijn. Bovendien meldden zich mensen aan die geen enkele vorm van een dagboek hadden bijgehouden, maar wel graag wilden deelnemen. Ook met deze mensen ging ik in gesprek om een interview in te plannen, mits de abortus kort geleden had plaatsgevonden.

Hieronder twee van de verspreide flyers.



Oproep:

**Doe mee aan ons arts-based onderzoek**

**'Zorg voor thuisabortus!'**

We zijn op zoek naar mensen die op het punt staan abortuspillen te gebruiken en hun proces via aantekeningen, voice memo's of ander materiaal met ons willen delen.



Heb je interesse om mee te doen? Stuur dan voor meer informatie een mail naar:

[rienne.vanhassel@student.uvh.nl](mailto:rienne.vanhassel@student.uvh.nl)

[rodante.vanderwaal@phd.uvh.nl](mailto:rodante.vanderwaal@phd.uvh.nl)

-----  
Samen met kunstenaar Ank Daamen - die iedere abortuservaring verwerkt in een kunstwerk - doen Rodante van der Waal en Rianne van Hassel onderzoek naar de ervaring met de abortuspil en de zorgbehoefte daaromtrent.

Er wordt veel geschreven en bediscussieerd over abortus. Vaak blijft de stem van degene die voor een zwangerschapsafbreking kiest echter onderbelicht. Daar hopen we samen met jou verandering in te brengen!

## Zorg voor thuisabortus



© Ank Daamen

Oproep:

### **Doe mee aan ons arts-based onderzoek**

### **‘Zorg voor thuisabortus!’**

**We zijn in op zoek naar mensen die thuis abortuspillen hebben gebruikt én naar mensen die op het punt staan om dat te doen. Heb je dit proces in aantekeningen, voice memo's of ander materiaal vastgelegd, of wil je dat doen? Overweeg dan om mee te doen aan ons onderzoek.**



Stuur voor meer informatie een mail naar:

[riane.vanhassel@student.uvh.nl](mailto:riane.vanhassel@student.uvh.nl)

[rodante.vanderwaal@phd.uvh.nl](mailto:rodante.vanderwaal@phd.uvh.nl)

-----

Samen met kunstenaar Ank Daamen - die iedere abortuservaring verwerkt in een kunstwerk - doen Rodante van der Waal en Rianne van Hassel onderzoek naar de ervaring met de abortuspil en de zorgbehoefte daaromtrent.

Er wordt veel geschreven en bediscussieerd over abortus. Vaak blijft de stem van degene die voor een zwangerschapsafbreking kiest echter onderbelicht. Daar hopen we samen met jou verandering in te brengen!

## Bijlage 2: opzet interviews

Info over het onderzoek

Leeftijd

Voornaam in scriptie of liever een letter oid?

*Informed consent*

Afspraak maken samenkomen met Ank

### **Interview**

Bedoeling is om zoveel mogelijk de ervaring in dat moment te beschrijven. Zonder reflectie of oordelen. Alsof we samen terugkijken naar die ervaring als een scene.

#### **Kan je eens teruggaan naar het moment dat je de eerste pil zou gaan nemen?**

*Wat ervaarde je?/ Wat voelde je?*

*Wat deed je?*

*Wat gebeurde er?*

#### **Hoe verliep het vanaf dan verder?**

*Wat ervaarde je?/ Wat voelde je?*

*Wat deed je?*

*Wat gebeurde er?*

Doorvragen:

Kan je vertellen waar je dat voelde?

Kan je dat gevoel omschrijven?

Kan je het bijna als een scene omschrijven?

Waar was je in de ruimte?

Wat was er om je heen?

Kan je nog meer vertellen over wat je deed die dag?

Wat gebeurde er om je heen?

Wie was er bij je? Wat deed die?

### Bijlage 3: voorbeeld van apofatische analyse

Hieronder een deel van de apofatische analyse bij de tot dan toe verzamelde data van één deelnemer. Ik heb wat delen van de tekst zwart gemaakt om anonimiteit van de deelnemer te waarborgen.

Om te starten de manier waarop Daamen de kern probeerde te vinden. Daarna mijn manier. Ik schreef eerst op wat er in me opkwam. Vervolgens liet ik het gesprek in me doorwerken en zocht ik de drie verschillende apofatische ‘ruimtes’ in mezelf op.



5 juni.

2

- f1. Vruucht in WC - is dit het?
- f2 bloed-
- f3 misselijk/pijn
- f4 oordeel van mensen / commentaar
- f5 eenzaamheid - niet goed kunnen delen ("normaal" doen terwijl er veel gebeurt)
- f6 geen goede begeleiding → vrede nu dan.
- f7 Niet goed kunnen voelen

Pop Borsten

- \* lichte kramp: duurt + lang
- \* Ongemakkelijk in proces met omgeving: huizenwast etc.
- \* Darmkramp / m. kramp - kont enzwel.
- \* Opluchting
- \* krampen blijven
- \* Wil vastgehouden worden, gebeurt niet
- \* moeite met vriend - afstand waken.
- \* na twee weken - misselijk.
- \* Boos op commentaar &
- \* echo: lyse
- \* Voel me niet goed: kwaad
- \* Het gaat toch goed? / voel me niet goed?
- \* Eenzaam gevoel - vriend gaat er niet doorheen.
- \* durfde geen feedback te geven aan hulpverleners + spiraal
- \* erg huilen / hyperventilatie
- \* pissig / hoopje op gerust stelling: kreeg zake lichte
- \* geen idee wat te wachten stond: eigen leven > hoe ermee om te gaan
- \* Veel vragen - onbegrip waarom duurt lang.
- \* Cyprusche hulpverleners + oordeel
- \* Oordeel → wilde begrip & gesprek
- \* ging heel snel (tijds beleving)
- \* Boosheid over dat het haar was overkomen.
- \* lieve vrienden
- \* keuze stress in proces (wil je blijven bij echo)
- \* wil verbaal info: niet google!
- \* spanning met vriend: eigen keuze!
- \* Tijd! - lieve verpleegkundige: rust. Alk ben zwager en jullie weten het hier (op werk)

ook naar vriend.

## 17-5

### Monter, ze is monter

Heel erg bezig met anderen. Ik verplaats me steeds in anderen. Ik zou graag willen dat ze iets voor mij doen, iets anders doen, maar ik begrijp ook dat ze dat niet doen. Ik neem mijn ruimte niet in.

Er zit iets in mij. Ik wil het zien. De werking van de pil wil ik door mijn lichaam heen zien gaan. Ik wil zien hoe de krampen het eruit werken. Gewoon, even naar binnen kijken. Ik weet dat het niet kan, maar dat wil ik wel.

Ik ben gefrustreerd. Ik verloor het al snel. Alsof ik moest poepen, op de wc. En plopje. Een grijs bobbe, bobbeltje in een bloedstolsel. Losgewreven in wc papier. Maar pas daarna kwam de echte, ondefinieerbare pijn. Pijn! In een zone. In vlagen. Niets hielp. Zou de hand van mijn moeder maar helpen.

Ik ben gefrustreerd. Ik wil niet diegene zijn die ooit een abortus gedaan heeft. Ik ben diegene wel. Nu ik niet meer zwanger ben, bloed ik nog wel en moet ik maandverband gebruiken. Schurende benen van het maandverband. Ik mag niet in bad, ik mag niet zwemmen. Zúlke tietten. En ik ben misselijk. Zo misselijk dat ik vertrek bij een etentje. Mensen vragen steeds: Ben je niet zwanger? Ja, nee. Nee! Ik weet het heel zeker. Zo ongepast. Zo ongevoelig.

En nu ben ik ook nog eens degene die een spiraal heeft. Weer iets in mijn lijf. Iets dat een werking heeft. Iets waar ik bang voor ben.

Jij denkt er niet zoveel meer aan. En zegt dat ik chagrijnig ben. Ik had het zelf niet eens door. Ik voel het niet zo goed als het niet goed gaat. Want ach, ik ben gezond. Maar eigenlijk voel ik me kut. Eigenlijk weet ik niet wat ik voel. Eigenlijk ben ik best alleen, want wanneer en met wie spreek je erover?

Schiet nou op! Ik wil niet wachten. Ik kan niet wachten, dat duurt te lang. Er groeit iet in mij en dat moet eruit. Ik wil dit niet en het moet nu stoppen. Maak een afspraak met me, laat me langskomen, zoek mijn gegevens zelf op en géef me die pil nou maar die tussen ons in op tafel ligt. Maar vertraag. Maak contact met me. Vertel me wat er gaat gebeuren. Wat ik te kiezen heb, wat ik kan doen als ik pijn heb. Ik zoek verbinding. Ik wil weten wat andere meiden meemaken en waarom ze hier zitten.

Veel lieve mensen,. Zwaarte bij ouders.

Voelt zich dom

Ik zou eerlijk willen antwoorden. Ik zou willen delen. Ik zou willen dat je de tijd nam en de juiste vragen stelt. Ik zou een arm om me heen willen. Ik zou willen dat jij dat doet, maar alleen als jij dat ook wil. Ik zou over het taboe heen willen gaan.

Ik kan. Dit besluit is aan mij. Ik bepaal de richting nog voordat jij iets hebt kunnen zeggen. Dit moet stoppen. Dit moet eruit. Maar verder neem ik weinig ruimte in. Houd ik rekening met anderen. Begrijp waarom ze niet doen wat ik misschien graag zou willen. En ik vraag er niet om. Ik zeg niet wat ik liever niet heb.

Gezeik.

Voelt zich goed. Want alles in de buitnewreld gaat goed. Dat neem ik dan maar aan. Maar hoe voel ik me vanbinnen?

**In het weekend van 20-5 noteer ik dit in een notitieboekje. Het zijn zo op het eerste gezicht dingen die samen de rode draad van het verhaal vormen. Een soort samenvatting. Kerngevoelens in de ervaring:**

Ik ben in paniek, ik hyperventileer.

Dat moet eerder!

Dat had ik willen weten.

**Ik zoek geruststelling maar krijg zakelijkheid.**

Ik heb geen idee

Alles duurt lang

Opgejaagd

Ongeduldig

Stiekem, geheim

Tussen de muziek en de foto's

Hoi, ik ben hier!

Ik zoek even verbinding

Ik was gewoon de volgende die een fout had gemaakt die zij ging oplossen

Wie zegt me dat het ok is?

**Alles duurt te lang – want er zit iets in me en dat moet eruit- maar jij gaat me te snel.** Tijd zou twee tempo's moeten hebben.

Hel veel emoties. Ik voelde me stom, dom, schaamde me

De goed vragen stelden

Fijn om te kijken, het celletje, bobbe, bobbeltje, rondje

Jij gaat het echt doen

Je bent zelf verantwoordelijk

Veroordeeld

Wil praten met iemand die er verstand van heeft

Daar is geen ruimte voor maar ik ook geen ruimte nemen

Spanning met vriend. Daarom weten hoe het voor anderen was.

Ik ben degene die de keuze maakt.

Hij wist zich geen houding te geven.

Anticonceptie.

**Tussen ons in: een bekertje water en de pil.**

Let's go

Het groeit

Heel eng dat je iets inneemt en dat het gaat werken

Ik wil niet terug

Celletje stopt met groeien

Ik wil zien hoe dit werkt, in mijn lichaam kijken hoe dat eruit ziet.

Het zit nog steeds in me

Van eerste pil een beetje kramp

Vriendin kan toch niet

Mensen trekken terug

Supermarkt, chillen op de bank, serie

Wil baarmoeder zine

Met vlagen menstruatiekrampen  
Ik voel me kut maar ben blij dat het weg kan  
Er is iets heel vervelends gebeurd met mij  
Ik wil geen zwaarte  
Ik wil dat je de juiste vragen stelt  
Ik wil dat je een arm om me heen slaat, fysiek contact  
Ik wil prâten, delen  
Ik ben op zoek naar verbinding  
Ik zou willen dat je wat minder ongevoelig wad  
Ik wil dat je dit aanvoelt en dit ook zelf wil  
Ik neem geen ruimte in, zelfs nu niet.  
Ik hoop dat je me ruimte geeft.

Menstruatiekrampen  
Gene voor de pijn  
Naar de wc. Meteen een plopje  
Ik verloor iets  
Wrijven tussen papier  
Stolsel?  
Donkergrijs celletje  
Het ligt nu hier  
Ik ben het kwijt

Foto en doorgetrokken. Wel twijfel over doortrekken  
Hele heftige buikpijn. Weeen?  
Frustrerend. Ik ben het al kwijt.  
Ongemakkelijk, geen houding te geven. Wat moet ik met mijn buik?  
Wat verlicht het? Ik denk aan mijn moeder...  
Soort kreun  
Ondefinieerbare pijn  
Een zone van kramp  
Ouders wilden er graag voor mij zijn.  
Maar ging niet op mijn manier. Heel rationeel.  
Ik neem dit wel mee in mijn leven  
Ik heb het mijn ouders uitgelegd  
Wel ingewikkeld wat je daar allemaal voor moet doen  
Bang voor niet-zo-slim-reactie  
Hij wist niet wat hij moest met wat ik deelde  
Maandverband 2/3 weken  
Soms veel bloed  
Delen wat ik voelde. Heel goed de dagen erna.  
Schurende benen, maar ook zin om dingen te doen  
Ik moest het zelf aankaarten  
Misselijk -> zwanger?  
Ongevoelig, daar ligt een grens

Voelde kut door  
Vragen misselijkheid  
Dat het gebeurt is  
Dat zij het moet doormaken  
Dat het maar doorgaat  
Dat vriend leven oppakt

Nog cyste, dun streepje, spiraal+controle

Met opmerkingen [MOU1]: Dat jij mij geruststelt

Met opmerkingen [MOU2]: Ineens is er de vraag of ik eerst moet doortrekken of nu al naar de wc kan. Toch van belang.

Twee weken heel goed en toen misselijk  
Ik weet eigenlijk niet hoe ik me voel  
Steeds aan herinnerd  
En jij hebt er niet zoveel meer aan gedacht  
Relativeren  
Ik ga het regelen en dan allemaal dingen doen  
Gaf geen ruimte aan slechte gevoel  
Verdriet en boosheid over de hele gebeurtenis  
En verschil mij en vriend  
Maar ja, voor hem is het ook moeilijk

25-5

**HIERONDER GA IK NA WAT ER IN DE INNERLIJKE RUIMTE, *ESTHETISCHE RUIMTE* EN *VERWONDERENDE RUIMTE* MET ME GEBEURT/AAN GEDACHTEN OPKOMT ALS IK DIT LEES. IK STA HET MEZELF TOE OM EEN RELATIE AAN TE GAAN MET DE TEKSTEN, MET HET FENOMEEN, MET P.**

Innerlijke en *esthetische* ruimte lopen in mijn beleving het meest door elkaar heen. Want als ik naga wat er innerlijk met mij gebeurt bij het lezen, ga ik daar bijna als vanzelf vorm aan geven op een net iets andere manier dan de tekst al doet.

Interview 11-5-2023

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

Transcript

R: [REDACTED]  
Ja [REDACTED]

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted] en eh ik was daarvoor heel erg in paniek,

R: Hm hm

P: [Redacted] hyperventileren. Dus, ik was oké., volgens mij ben ik nu rustig.

[Redacted]

Oh  
[Redacted] Dat moet eerder. Ik ja, ik ga niet nu twee da, zeg maar.. ik moet, ik wil nu iemand spreken.

R: Hm hm.

P: [Redacted]  
[Redacted] Dat had ik willen weten

R: hm hm.

P: [Redacted]  
[Redacted] Eigenlijk hoopte ik dat eh dat zij mij geruststelden en ehm het was, het voelde heel zakelijk.

R:

Hm hm.

P: [Redacted]  
[Redacted] ik had geen idee wat het zou inhouden allemaal precies. Zij [Redacted]

Met opmerkingen [MOU3]: Onmacht, gebrek aan overzicht, angst. Mag ik heel even naast je zitten?

Met opmerkingen [MOU4]: Leg je hand op je buik. Of wil je dat juist niet?

Met opmerkingen [MOU5]: Super verwarrend. Het staat inderdaad op de bijsluiters, maar huisartsen zijn daar niet op ingesteld. Ook als je zwanger bent, dat wel wil en belt zeggen ze: ja, en waarom bel je mij?

Met opmerkingen [MOU6]: Haast haast haast. Ik wil dat dit stopt. En anders wil ik uit mijn eigen lijf! Of ben ik dat al? Deze paniek neemt mij over.

Dat je afhankelijk bent van anderen, maakt bijna dat je je eigen paniek even moet verlaten om door te kunnen. Je hebt tijdelijk geen zelfbeschikking en dat is heel eng.

Met opmerkingen [MOU7]: Verbolgenheid, want haast! Dit zorgt voor nog meer vertraging.

Met opmerkingen [MOU8]: Deze verwachting, veel van ons hebben 'm. Van zorgverleners, van werkgevers. En hoe terecht die ook is, op dit moment kan je 'm vaak niet verwachten.

Wie kan je nog meer bellen? Waar kan je de touwtjes weer in handen nemen? Zoek het op, spreek met mensen, schreeuw het uit!

Ja, zakelijkheid is pijnlijk als je zelf zo ontredderd bent.

Met opmerkingen [MOU9]: Ik krijg echt de neiging om ervoor te zorgen dat iedereen weet waar dit soort informatie te vinden is. En ook dat de informatie er is!

[redacted]  
lopend daarheen met mijn vriend en dan, ik weet niet, het voelde ook wel een beetje stiekem ofzo.

R: hm hm.

P: [redacted]  
[redacted]  
[redacted]

[redacted] in, zeg maar al deze allergie informatie dingen? Waarom moet ik dit nu? Want ik moest, was er misschien een kwartier mee bezig, maar ik heb een half uur sowieso samen met dat gewacht totdat ik uiteindelijk een afspraak had met de arts.

R: Hm hm.

P: [redacted] probeer een beetje contact te zoeken met die dames, maar...  
[redacted] muur van meisjes met een glimlach?  
[redacted] Maar dat, maar ja, het was dan ook best wel stil, dus dan voelde dat een beetje gek en uiteindelijk...  
[redacted] ik  
hoop dat het in de kliniek wat ja wat fijner is of zo

R: hm hm.

P: [redacted]  
[redacted]  
[redacted] ik merkte dat ze daar ook wel weer een oordeel over had van; [redacted]

R: hm hm. Hoe voel je je daar dan bij? Als je, als je in zo'n... dus je was alleen dat sowieso je was alleen...

P: ja.

**Met opmerkingen [MOU10]:** We maken ons wat kleiner. We doen dit ongezien. In ieder geval anoniem. Wat denken anderen hiervan?

**Met opmerkingen [MOU11]:** Zoveel irritatie, want: schiet nou op! Dit groeit in mij!

**Met opmerkingen [MOU12]:** En iedere minuut telt

**Met opmerkingen [MOU13]:** Ik reik uit, beweeg naar buiten toe. Maar anderen zijn in zichzelf. Maken de tegengestelde beweging. Ik zoek contact, maar zie een lege tussenruimte voor me.

**Met opmerkingen [MOU14]:** Vervreemdend. Het past niet. Het bots. De alledaagheid en de emotie aan de muur botsen met de uitzonderlijkheid en paniek die ik ervaar.

**Met opmerkingen [MOU15]:** Ik durf niet. Ik durf de stilte niet te verbreken, de ruimte niet werkelijk in te nemen.

**Met opmerkingen [MOU16]:** Teleurstelling.

**Teleurstelling over de benadering door zorgverleners. Lijkt niet afgestemd op wat zij nodig heeft.**

**Met opmerkingen [MOU17]:** Ik wil niet veroordeeld worden! Ik vind dit zelf al erg genoeg! Stel me gerust, houd me vast en zeg me dat het oke is.

R: je was alleen naar binnen gegaan en je voelde een oordeel. Hoe, hoe, wat had dat voor effect op jou?

P: [redacted] dat ik me ook wel wat schuldiger [redacted]

R: hm hm

P: [redacted]  
[redacted]  
[redacted] Dat ik dacht... Ik heb, wil juist met iemand in gesprek die mij hoort en die ehm begrijpt dat het mis is gegaan en dat dat helemaal oké is en dat het gewoon heel vervelend is voor mij. [redacted]

R: hm hm.

P:.. [redacted]  
[redacted] Dat ging ook een beetje zo snel  
van: Ja, wil je dat hij erbij is? Het, het ging gewoon heel snel door.

R: hm hm

P: [redacted]  
[redacted] had ik niet verwacht dat het zo zakelijk zou gaan.

R: hm hm

P: [redacted] ik wil dit niet ehm maar evengoed waar had ik wel heel veel emoties. [redacted]  
[redacted]  
[redacted]  
[redacted]  
[redacted]

Enzovoort.

**Met opmerkingen [MOU18]:** Dit bedoel ik. Alhoewel ik mezelf probeer te kalmeren, ben ik boos op mezelf. Ik voel me schuldig, ik voel me dom. Ik wil dat niet versterkt voelen.

*Hoe vaker ik dit lees, hoe meer ik denk dat ze uit haar lijf, buiten haar gevoel wilde zijn. Het is een intuïtie. Ze voelde veel negativiteit ten opzichte van zichzelf en wilde graag dat anderen haar daarin zouden geruststellen. Het tegenovergestelde gebeurde.*

**Met opmerkingen [MOU19]:** Ik probeer mezelf uit alle macht gerust te stellen. Als een mantra.

**Met opmerkingen [MOU20]:** Van versnellen, naar vertragen. Twee soorten tempo

**Met opmerkingen [MOU21]:** Ook al wist ik weinig over hoe dit zou gaan, ik had wel mijn verwachtingen over hoe je met me om zou gaan.

**Met opmerkingen [MOU22]:** Het is heel duidelijk, maar toch zo ambigu. Het maakt zoveel meer los dan alleen dit wil ik niet. Ik veroordeel mezelf. Ik verzoek de goden. Ik bots tegen mijn eigen muren van frustratie op. En jullie, jullie gaan daar in mee!



## Bijlage 4: apofatische portretten in boekvorm

Vanaf de volgende pagina.

Alles is  
tegelijktijd  
andersom



Beeld: Ank Daamen | Tekst: Rianne van Hassel

# Alles is tegelijkertijd andersom

De verhalen van vier vrouwen  
over hun medicamenteuze abortus  
in gedichten en beeld

Op basis van de ervaringen van Merel, Puck, Sarah  
en Noortje (pseudoniemen)

Met heel veel dank voor hun openheid. Hierdoor konden wij  
hun verhalen door ons heen laten gaan om ze in een andere  
vorm aan hen terug te geven.

Ank Daamen en Rianne van Hassel | september 2023

**Merel**

## Een negatief

Een negatief.  
Van zwart naar wit.  
Of andersom.

Alles is tegelijkertijd andersom.  
Alles had ook zomaar andersom kunnen zijn.

Het wachten maakt me boos.  
*Heb je al een hartslag?*  
Zolang het bij me is,  
koester ik dat wat ik voortbracht maar niet wil grootbrengen.  
Mijn besluit staat vast.

Nu is het zover en huil ik tranen zonder geluid,  
voel ik opluchting zonder verlichting.  
Mentaal prik ik mijn lichamelijke gezwollenheid door.  
Mentaal laat ik los en ik drink een glas wijn.

We bouwen een nest.  
We foerageren.  
We zetten het ritme  
van pillen en pijn  
in werking.

We houden elkaar vast.  
We liggen, we wandelen, dansen.  
Ik eet wat.  
Op het ritme van pillen worden krampen feller.  
Mijn lichaam vormt een tegengestelde beweging van  
samentrekken en loslaten.

Tot alles door pijn een uitweg vindt:  
ongezien veel bloed en ook het taartje dat ik at.

Mijn lief.  
Hij zorgt voor me. Blijft bij me en omarmt me.  
En toch  
hij heeft schrik door het bloed  
hij is radeloos  
hij sluit iets af  
Dus toch  
*zelfs jij mijn lief*  
We reiken uit, naar elkaar en naar de toekomst.  
En toch  
ben ik alleen

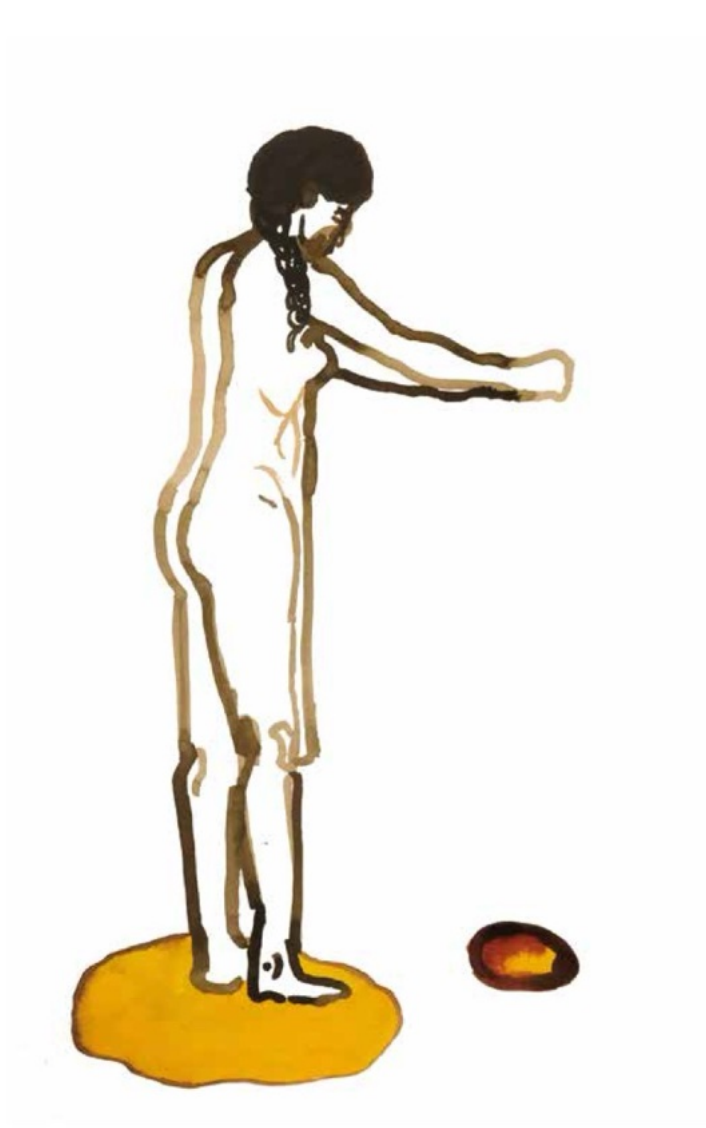
Mijn lichaam stopt met zwellen, stopt met bloed voeden en  
klapt nu dubbel van de pijn.  
Daar is het.  
Klein en wit.  
Met in het midden  
bijna onzichtbaar  
het vruchtje

*Dit is niet jouw tijd, dit is niet jouw plek, maar ik ben blij je te zien.*

Het is wel gebeurd.  
Het is niet voorbij.  
Dit verhaal  
een negatief van groeipijn  
opent en sluit zich.  
Beweegt met dag en nacht.

Op het ritme van het boompje dat we water geven omdat het  
onze vrucht draagt.  
En ik beweeg mezelf.  
Ik bewoon mijn lijf.



























**Puck**

## **Binnen is bijna buitenaards. Een monoloog van/ voor P**

*Met koor*

*P spreekt nooit direct tot het koor. Reageert niet direct op de vragen. Maar lijkt/raakt soms wel geïrriteerd door wat het zegt.*

Koor Normaal zien we je monter, opgewekt, positief.  
Monter ja!

P Ik ben nu heel erg in paniek. Hyperventileren bijna.

*Er zit iets in mij en dat moet eruit!*

Ik wil advies, iemand die mij kan helpen. Weet ik veel wat, maakt me ook niet uit, maar iemand die hier meer van af weet dan ik!

Ik bel de kliniek. Ik hoop op geruststelling, maar ik krijg zakelijkheid. Ik voel me zo ontredderd!

Ik heb haast. Want dat wat in me zit groeit! En ik wil het niet. Dat weet ik zeker. De dagen duren lang. Alles duurt te lang en ik kan in gesprek met anderen alleen maar denken: 'Ja, en ik ben zwanger.'

Koor Rustig maar. Het is oké. Echt waar.

P Als we naar de kliniek lopen, mijn vriend en ik, maken we ons kleiner. We doen dit ongezien. Of tot aan de deur anoniem. Die gaat open zonder dat ik mijn naam hoeft te zeggen.

Binnen bestaat uit wachten. Alles druist in tegen mijn haast. De wachtruimte werkt vervreemdend. De alledaagse vrolijkheid van de foto's aan de muur en de muziek botsen met de uitzonderlijkheid en paniek die ik ervaar.

Er komen andere meiden binnen. Het is stil.

*Ik reik uit, beweeg naar buiten toe. Maar anderen zijn in zichzelf. Maken de tegengestelde beweging. Ik zoek contact, maar zie een lege tussenruimte voor me.*

Ik durf de stilte niet te doorbreken.

Mijn vriend en ik. Gewoon, twee losse lichamen naast elkaar.

De arts met wie ik spreek, maakt vaart, alsof ik de zoveelste ben voor wie ze een gemaakte fout gaat oplossen.

*Alles duurt te lang – want er zit iets in me en dat moet eruit- maar jij gaat me te snel.*

Ik voel me schuldig, ik voel me dom. Ik wil me niet ook nog door haar veroordeeld voelen. Ik wil ook niet dat ze veroordelend is naar mijn vriend. Ik wil bij de hand genomen worden in de keuzes die ik nu in rap tempo moet maken. Alles voelt gewichtig. Wel of niet kijken bij de echo, wel of geen afdruk daarvan, welke vorm van anticonceptie. Ik wil juist met iemand in gesprek die

mij hoort en begrijpt dat het mis is gegaan en dat dat helemaal oké is. Dat het gewoon heel vervelend is voor mij. Maar ik zeg niks.

Koor Luister naar jezelf.  
Het is heel vervelend. Maar het is helemaal oké.  
Luister naar jezelf.

P Op de echo is het een bobbe, een bobbeltje.  
Een celletje.

We wachten opnieuw tussen die lachende fotomeisjes en worden geroepen door een hele lieve verpleegkundige. Zo ja, op roze Crocs. Ze neemt de tijd, beantwoordt mijn vragen.

Koor Tussen jullie in: een bekertje water en de pil.

P Ik vind het best een beetje eng om iets in te nemen. Want dat gaat dan zo in je lichaam werken. En dan kan ik niet terug. Ik wil ook niet terug! Maar het gaat ervoor zorgen dat het celletje stopt met groeien. Ik zou willen dat dit niet was gebeurd.

Let's go, geef 'm maar. Ja, hup, 1, 2, 3!

*Van buitenaf kijk ik naar binnen. Het pilletje trekt een gekleurd spoor door mijn lijf. Hier en daar zie ik vonkjes. Soms stroomt het spoor daarna verder en soms eindigt het na zo'n vonk.*

Daar, in mijn baarmoeder het celletje. Het blijft zo groot als het is. Ik zie het.

De dag erna voel ik niets. Een beetje kramp misschien. Ik zit hier alleen, mijn huisgenoot had toch wat anders. Ik kijk een serie, doe wat boodschappen... Nou, kom op! Het zit nog steeds in me... die twee centimeter. En ik kan toch al niet meer terug.

Dag twee. Nadat mijn vriend is gaan werken breng ik de pillen in. Ik val weer in slaap en wordt wakker van pijn.

*Dit wil ik zien. De baarmoeder, die knijpt nu zo samen. Van buitenaf kijk ik naar binnen. Daarbinnen is bijna buitenaards.*

Na het ontbijt met mijn huisgenoot en haar vriend  
- ik wil liever dat je gáát! -

Koor Vraag het, zeg het maar. Luister naar wat jij wil.

P Na het ontbijt dus. Ga ik naar de wc. En direct. Een ploepje. Ik wrijf het stolsel tussen wc-papier en daar is het celletje. Klein, grijs. Wat nu? Doortrekken? Ik wil het heel graag laten zien. Een beetje privé misschien, maar

Koor Ja, laat maar zien!

P Jongens, volgens mij heb ik net... Ik maak een foto voor mijn vriend, trek na wat twijfel alsnog de wc door. Tevreden en opgelucht blijf ik er even zitten.

En dan, hele heftige buikpijn. In vlagen. Een zone in mijn onderbuik. Echt een soort ja, ik weet niet hoe ze voelen, maar een soort weeën ofzo? Het duurt de hele middag, ik probeer het te verlichten en verzachten maar niets helpt. Douchen niet, een fles met heet water als kruik niet. Hoe was dit geweest zonder pijnstillers? Mijn huisgenoot zet thee, we proberen een film te kijken, ongemakkelijk met mijn pijn. Af en toe een kreun.

Als ik vroeger buikpijn had en ik lag bij mijn ouders in bed, hielp het als mijn moeder haar hand op mijn buik legde. Haar warmte. Van buiten naar binnen.

Maar warmte bereikt deze plek laag in mijn lichaam niet.

Koor Voel! Wil je huilen, wil je iets?

P Mijn vriend is er. Ik wil eigenlijk dat hij mij nu heel erg vasthoudt, maar... ik wil ook dat hij dat aanvoelt. Dat ik dat wil.

Koor Dus zeg je niets?

P Zó frustrerend! Ik ben het al kwijt.

Koor Laat je vasthouden.

P Mijn ouders komen. Ze willen er voor mij zijn. Daar voel ik me schuldig over. Ik ben bang voor zwaarte. Samen met een kop thee op de bank ongemakkelijk zijn over seks. Ik ben bang dat ik pijn zal hebben en dan eigenlijk

alleen wil zijn. Maar ze zijn heel lief. En zo begrijpen ze dat dit onderdeel is van mijn leven vanaf nu. Ik geef hen omgekeerde voorlichting.

*Wereld, mannen, papa, het is goed dat jullie dit nu horen. Het is heel ingewikkeld wat je allemaal moet doen om niet zwanger te raken. Wat je moet doen om het kwijt te raken als je ongewild toch zwanger wordt en als je daarna wil voorkomen dat dat nog eens gebeurt. Ik wist dat niet. Ik heb dat geleerd. En vertel het nu aan jullie. Het is frustrerend en kut. Dat wij. Dat ik dat allemaal moet doen.*

Ik kook voor hen. De pijn is weg. En 's avonds val ik rustig in slaap. De dagen erna voel ik me goed.

Na een paar weken koken mijn ouders voor mij en voor hun collega's. Maar ik ben misselijk, zó misselijk. En metéén vanaf die tafel: O, ben je zwanger?

Koor [schrikt]

P Woh, ja echt direct. Zo ongevoelig, zo ongepast. Hoe kan je dit nou zeggen?!

Koor Maar jij zegt niets

P Ja, nee. Ja, ik weet het heel zeker!

*Het taboe staat mijn woorden tóch in de weg.*

Mijn ouders zeggen ook niets. Die lijken bevangen door de zwaarte.

Koor Of misschien door schaamte?

P Wat zeg je nou? Ik ben niet chagrijnig! Waarom zeg je dat tegen mij? Alles gaat goed, ik maak weer plannen, ik spreek af, spreek erover, ik kijk vooruit...

Koor En vanbinnen?

P Ik voel me goed.  
Toch?  
Ik weet niet hoe ik me voel.

Ik ben hier zo klaar mee! Het wachten, die pillen, de pijn, de schurende benen van het maandverband, soms ineens veel bloed, de ongevoeligheid om me heen, de misselijkheid en zulke tieten, de controle met nog een cyste -weet ik veel wat dat is- een klein streepje op de test, een spiraal, nog een controle. Het houdt niet op! En hij, hij zegt dat hij er niet zoveel meer aan heeft gedacht! Ik leef dit iedere dag. Ik ben nu de rest van mijn leven de persoon die een abortus heeft gedaan. Daar zit mijn boosheid, mijn verdriet.

Koor En hij?

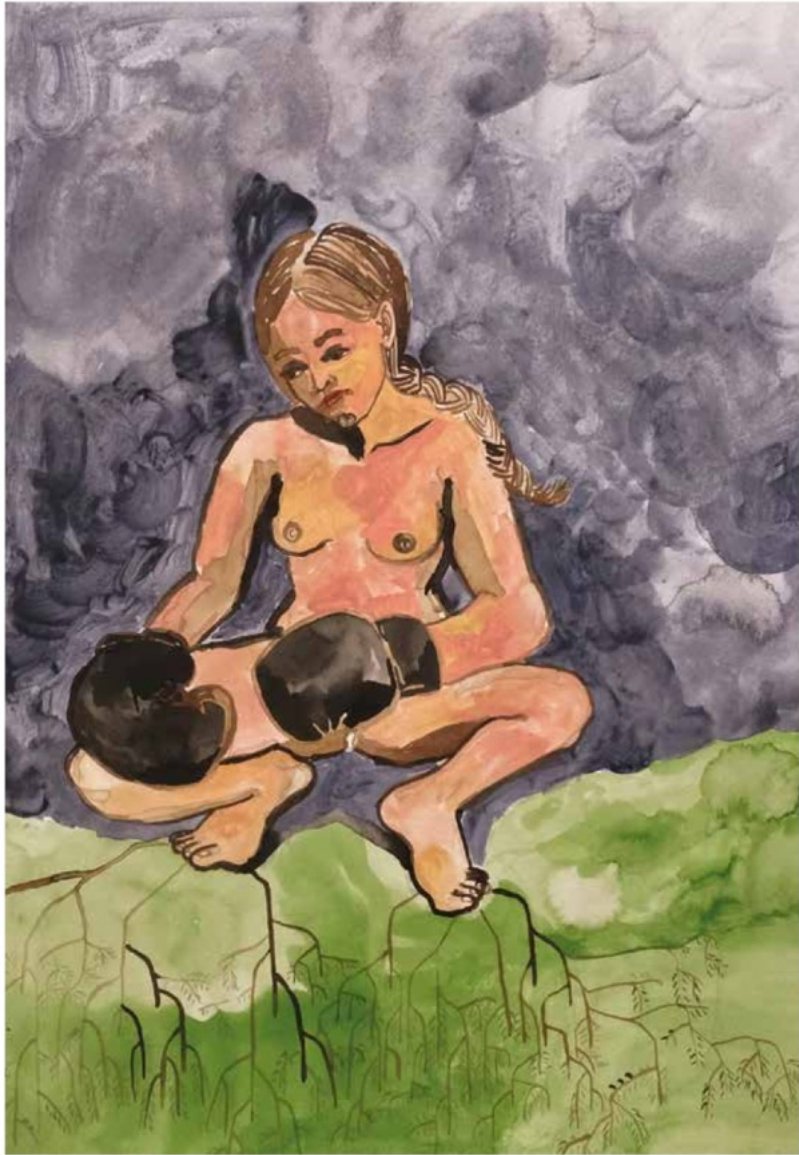
P Maar hij had geen keuze. Voor hem is het ook moeilijk.

*Ik rationaliseer, beredeneer, bagatelliseer, bekijk het van de andere kant. En ik ga dit gewoon regelen.*

Koor Jij neemt geen ruimte in. Jij bent monter.  
Opgewekt en vooruit gericht.

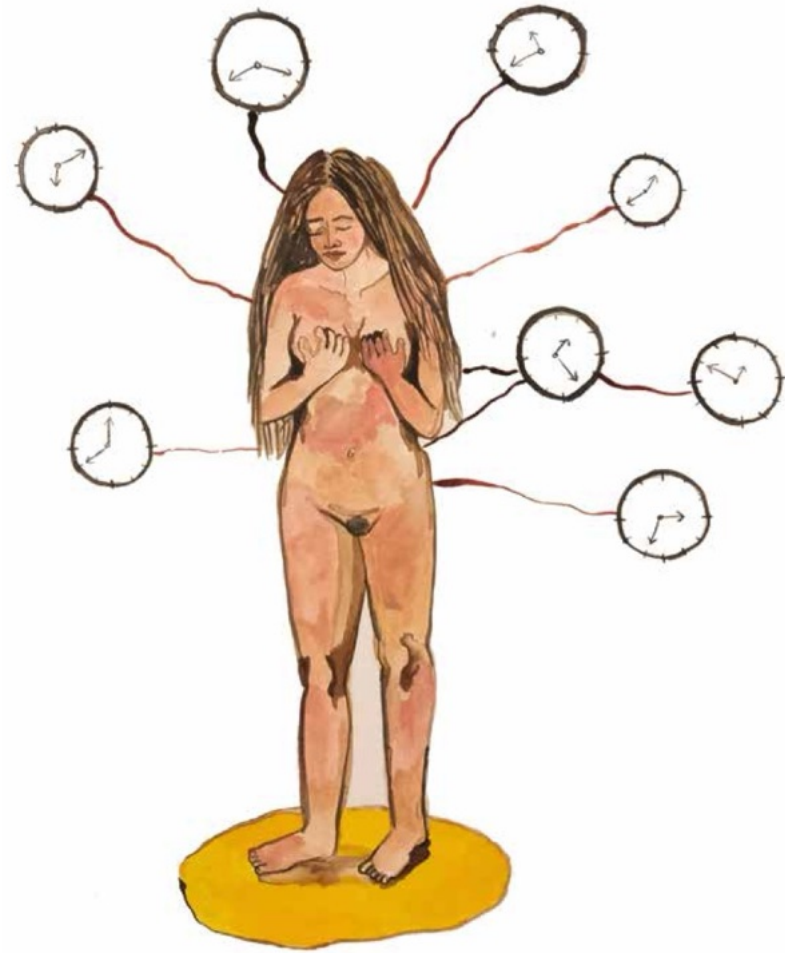
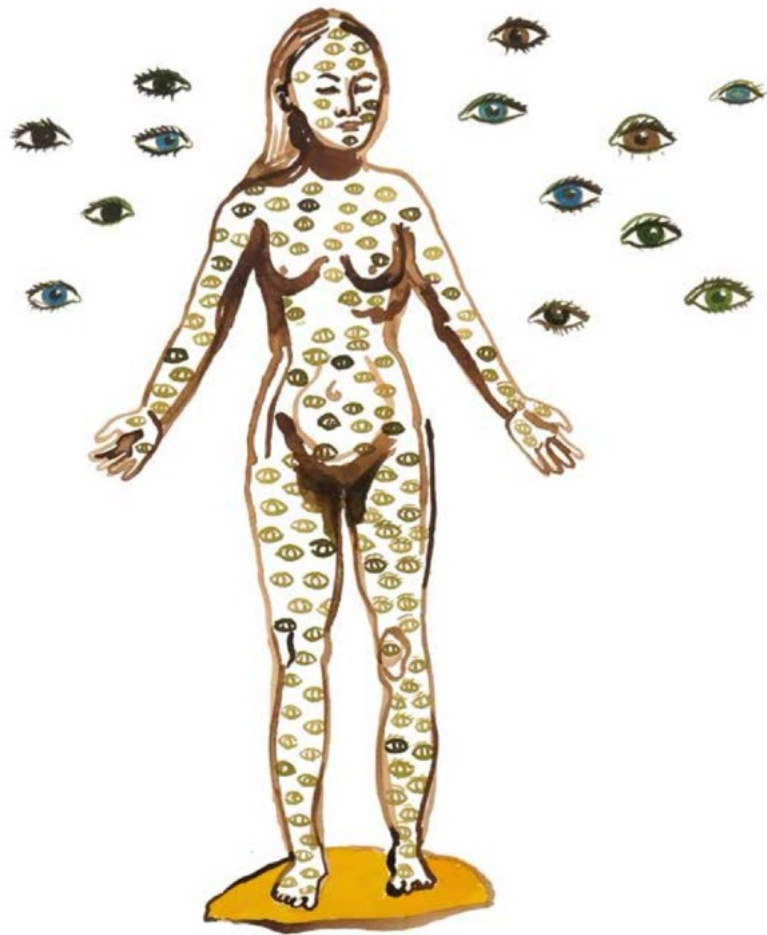
P Maar vanbinnen. Ik wéét het niet vanbinnen.  
Ik zou dat willen zien.













**Sarah**

## Wilskracht

Iedere maand gespitst  
het zou zomaar kunnen.  
Ik test om te weten van niet  
Maar het is duidelijk wel.

Eén dag overtijd.

Zwanger raak je samen  
maar hier moet ik alleen doorheen  
met mijn zus als zelfgekozen schaduw  
als vanzelfsprekend bij me maar nooit één.  
Mijn vriend, hem duw ik weg.

Blik op oneindig, dit is zo voorbij  
Een weekje wachten maar  
maar  
maar

onzeker groteborsten  
VERDRIETIG DANKBAAR boos LABIEL geïnteresseerd  
nieuwsgierig VERWARDverbonden zeker  
ANGSTIG ONAFHANKELIJK BEWONDEREND  
stekelig AFSTANDELIJK  
alleen DAADKRACHTIG MILDactivistisch  
vastberaden ONZEKERverdrietig GROTEBORSTEN  
dankbaar BOOS labiel GEINTERESSEERD  
VERBONDEN onafhankelijk ZEKER verward  
angstig STEKELIG mild bewonderend  
daadkrachtig ACTIVISTISCHafstandelijk ALLEEN

Van nul naar honderd binnen tien seconden  
en dat alles zonder rem  
Enkel bijeengehouden  
door mijn strakgespannen huid.

De pil, dat weet ik zeker  
Mijn lichaam vormde zelf dit stipje  
En zelf zal het dit wegwerken

Zonder aarzelen stap ik over die lijn  
Dreigt het te gaan stormen, ik durf naar het bos  
Want dreigt het te gaan stormen, ik reken op een bries

Vier pillen breng ik in  
Online zag ik: ga liggen  
Al snel ben ik het kwijt - niets aan de hand, denk ik te vroeg  
De storm, die komt alsnog  
Ik - kan dit aan  
Ik - moet hier zelf doorheen  
Ik - val in slaap  
Ik - voel me goed

Kort maar krachtig, weinig schade

Maar dat blóed  
Nog twee weken lang dat blóed  
Ik voel me belazerd terwijl het uit me stroomt  
vies in het maandverband dat me beperkt  
Ik - spreek niet af  
Ik - ga niet naar buiten  
Ik - zit hier alleen  
geconfronteerd met wat was.

Geconfronteerd met wat was

Ik - wen aan een nabehoeds-spiraal

Ik - vergelijk wat ik kwijt ben met wat anderen hebben

Mijn huid spant met regelmaat op,

barsten voorkomend door dankbaarheid en bewondering

voor dat proces dat zich als vanzelf onder diezelfde huid voltrok

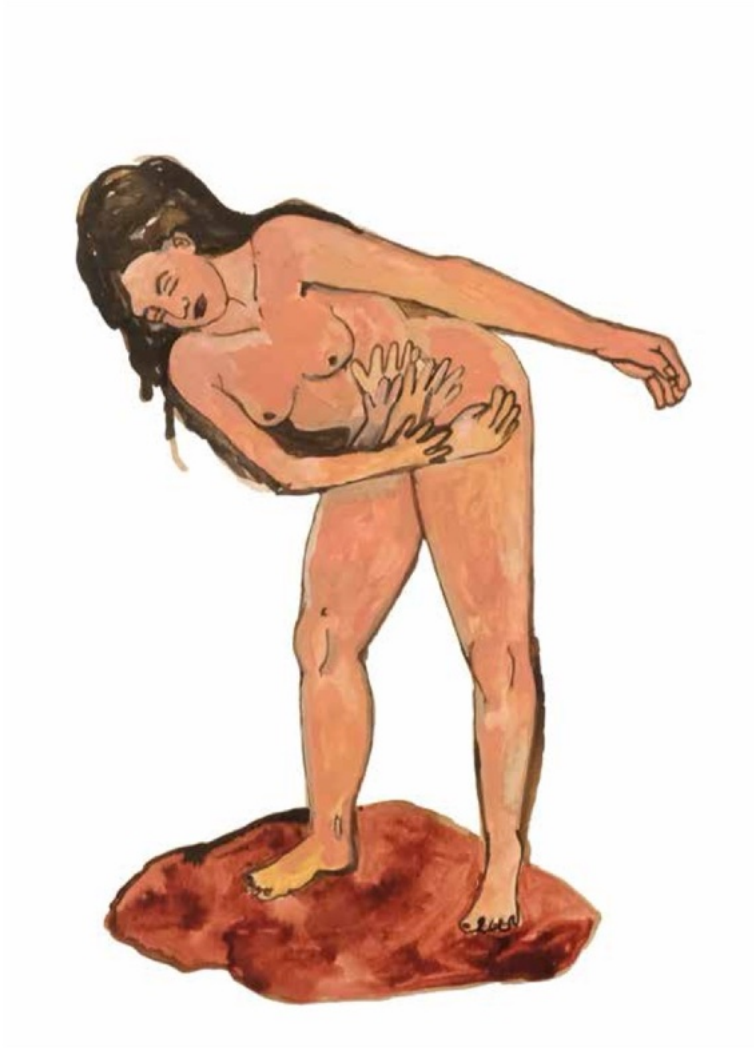
Eén dag overtijd

Maanden wilskrachtig door stormachtige bries















**Noortje**

## Wiegelied voor een niet belichaamde ziel

### *Couplet*

Om zoiets stoms als de tijd,  
vraag ik of je weer wil gaan  
voor de vader van mijn eersten  
voor d'stabiliteit van mijn bestaan.  
Ik voelde me zo goed  
In mijn leven, over mij  
Om zoiets stoms als de tijd  
Zet ik m'n hartenwens opzij

### *Couplet*

Ik wil alles voelen,  
tranen vullen een rivier  
We erkennen je ten volste  
Branden kaarsjes voor je hier  
Oud zeer komt weer omhoog  
Haakt zich vast aan dit moment  
Waarin het moeilijkste en het mooiste  
samenkomen. Ongekend.

### *Refrein*

Daar ga je dan mijn liefje,  
Zo mooi perfect en rond  
Daar ga je dan mijn liefje,  
'k ben blij dat jij mij vond  
We dragen je op handen,  
in ons, bij ons, op mijn huid.  
Je bevestigt ons verlangen,  
Maakt dat onz'liefde ons omsluit.

### *Couplet*

Op ons zelfgekozen pad  
staan we steeds heel even stil  
Adem in en adem uit  
Ja het is écht dat ik dit wil  
Pas als het licht dooft overvalt  
de paniek mijn lichaam bruut  
Donkerste donkerte als een deken  
deze nacht voelt absoluut

### *Refrein*

Daar ga je dan mijn liefje,  
Zo mooi perfect en rond  
Daar ga je dan mijn liefje,  
'k ben blij dat jij mij vond  
We dragen je op handen,  
in ons, bij ons, op mijn huid.  
Je bevestigt ons verlangen,  
Maakt dat onz'liefde ons omsluit.

### *Couplet*

Wanneer de zon dan op haar hoogst staat  
Blijf ik in bed en ga het aan  
Zacht, licht zeurend, milde krampen,  
Stolsels als een tennisbal  
Dat wat daarin zit, krijgt een doosje  
Als omhulsel, als een bed  
We hebben het met fluisterstemmen  
naast 'n brandende kaars gezet

*Couplet*

Er is bloed op de wc-bril,  
opgelucht kijk ik hem aan  
Ik voel me lichter, opgelucht  
Dit is heel snel gegaan  
Groot glas wijn op 't terras  
Alsof ik slechts geschampt doorleef  
Nog onwetend van de rommel  
Die in mijn lichaam achterbleef

*Refrein*

Daar ga je dan mijn liefje,  
Zo mooi perfect en rond  
Daar ga je dan mijn liefje,  
'k ben blij dat jij mij vond  
We dragen je op handen,  
in ons, bij ons, op mijn huid.  
Je bevestigt ons verlangen,  
Maakt dat onz'liefde ons omsluit.

*Couplet*

Onze afscheidsceremonie,  
Wordt een dagelijks ritueel  
met een kand'laar als cadeau  
jij blijft steeds een onderdeel.  
Want op mijn huid tot onze liefde  
Werkelijk ruimte heeft voor meer  
Dan bewoont je ziel een lichaam  
Ik herken je als je terugkeert

*Refrein*

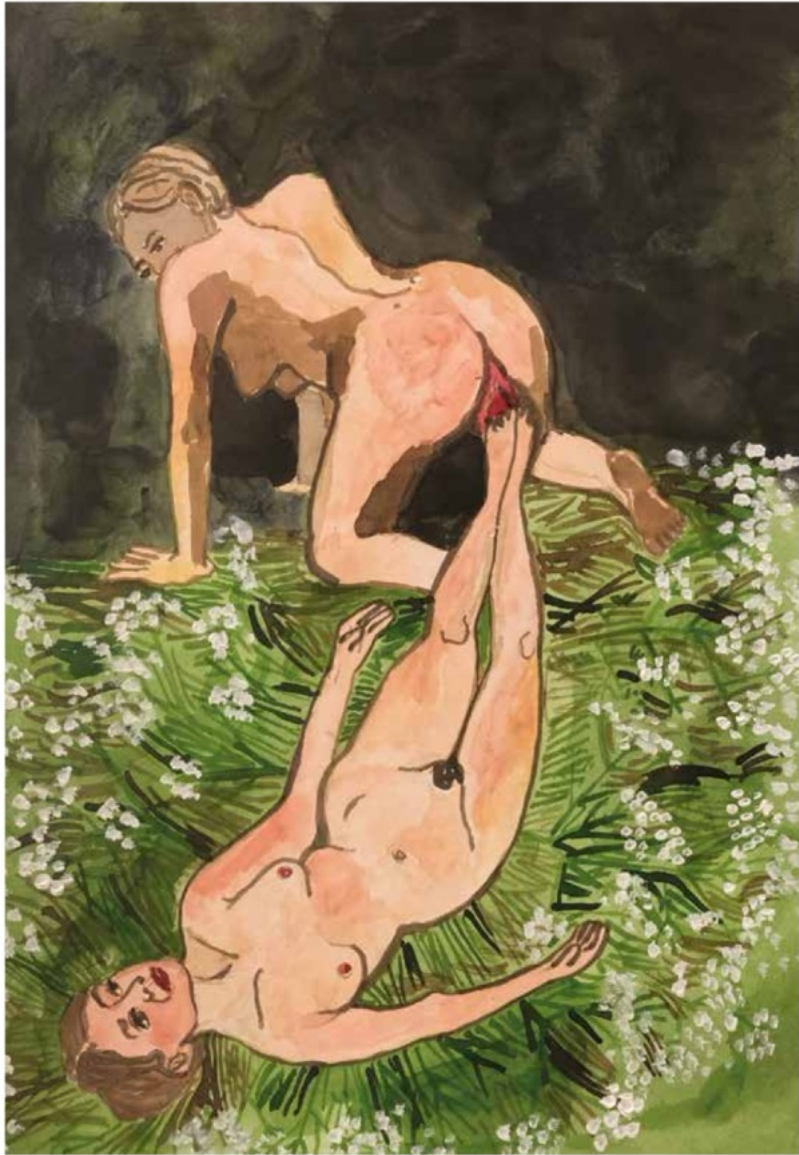
Daar ga je dan mijn liefje,  
Zo mooi perfect en rond  
Daar ga je dan mijn liefje,  
'k ben blij dat jij mij vond

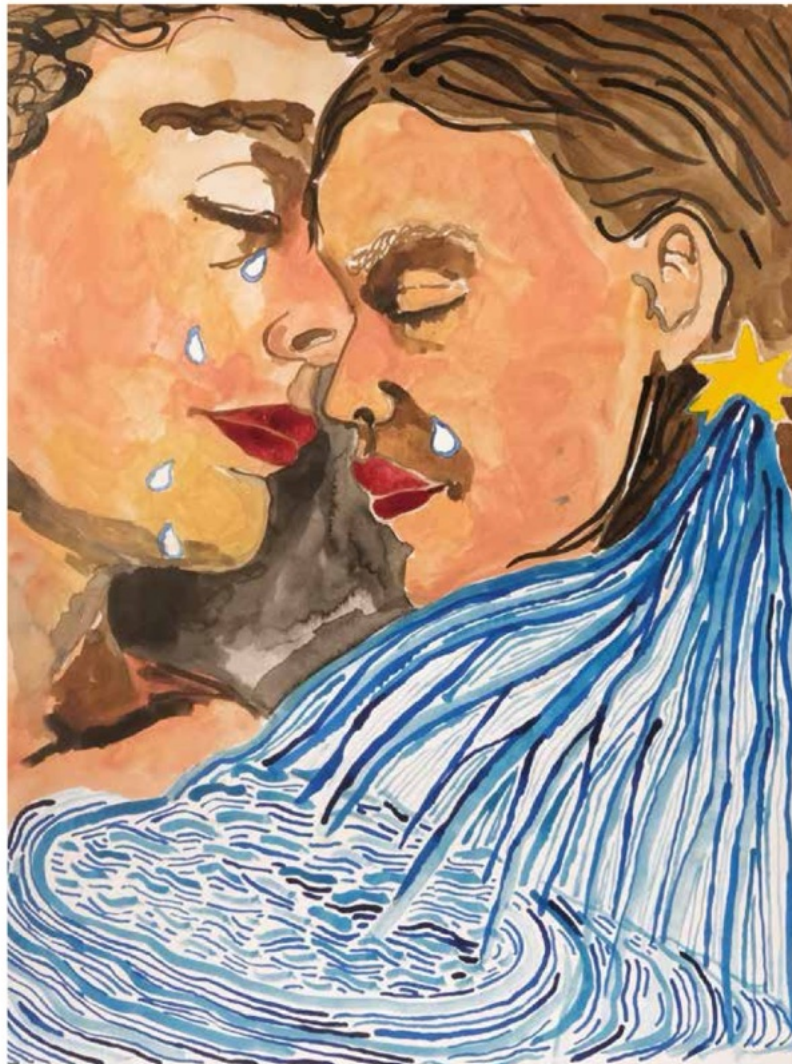














# Colofon

## Alles is tegelijkertijd andersom

Op basis van de ervaringen van Merel, Puck, Sarah en Noortje (pseudoniemen)

September 2023

Beeld: Ank Daamen

Tekst: Rianne van Hassel

Onderzoeksbegeleiding: Rodante van der Waal

Vormgeving: Adam Oostenbrink

Mede mogelijk gemaakt met financiering van:

Frederik-Ruijsch Stichting



## Bijlage 5: grove opzet voor gesprek met deelnemers n.a.v. het werk

### Opzet voor de bijeenkomsten met deelnemers op basis van de werken.

Uitleg over de methode

Niet weten en een relatie aangaan.

Door categoriseren en classificeren leg je vast. Deel je ervaringen in onder een noemer, terwijl die ervaring daar misschien niet past. Ik ben op zoek naar meerstemmigheid en complexiteit.

Daarom wilde Ank en ik zelf een relatie aangaan met het onderwerp. En nu leggen we het in het midden om ernaar te kijken. Maar echt in het midden kan het niet liggen. Dit ligt natuurlijk altijd dichterbij jou dan bij ons.

Mijn taak is nu alleen nog om regie te houden op bijvoorbeeld de tijd, maar verder probeer ik om het te laten gebeuren. Tussen ons in.

Zometeen samen de werken en teksten ophangen, neerleggen. Nu: Heel even rustig zitten.

Eventueel met ogen dicht en nagaan:

- Hoe zit ik erbij?
- Welke gevoelens, verwachtingen enz doen mee?
- Wat heb je nodig?

Alles neerleggen. En zien wat ontstaat. Is er een manier waarop de anderen dit willen vastleggen? Ik neem op en schrijf uit.

Mogelijke vragen passende bij de apofatische methode kunnen zijn:

- Wat gebeurt er innerlijk? Welke emoties, gevoelens, sensaties en cognities neem ik waar?
- Wat wist ik onbewust al wel? Wat ontwaart ik wat ik nog niet ken? Waar blijven vraagtekens bestaan?

*It is to see as if for the first time the extraordinary in and wonder of the ordinary in our daily living. This wondrous seeing the hidden dimension in plain site is also connected to a deep sense of meaningfulness, joy and gratitude. (Visse et al., 2020 p.7)*

- Kan ik met het hart filosoferen? Kan ik dat wat er innerlijk gebeurt, dat wat ik nog niet weet misschien verbinden met mijn kennis uit het leven, uit de filosofie?

Afsluitend:

- Willen we iets vastleggen?
- Willen we iets samenvatten? Of juist niet?
- Is er iets dat blijft nazingen, na-zeuren?
- Zijn er gevoelens en gedachtes die nu de overhand nemen?

Heel erg bedankt. En mocht er nog iets opkomen, iets niet goed voelen of juist wel, mochten er vragen zijn: bel of mail me.

## Bijlage 6: passages uit methodologische en reflexief dagboek

### Passages uit methodologisch en reflexief logboek

17-3

Via Ank heeft zich een mogelijke deelnemer aangediend. Ook via Rodante, via linkedin, heeft iemand zich gemeld. Ik mailde haar de brief voor deelnemers toe en merkte in mijn mail dat ik graag meelevend wilde zijn, maar niet zo goed wist hoe. Ik wil niet teveel invullen en zeker niet sturend zijn door mijn mogelijke gevoel in zo'n situatie te uiten, maar ik wil ook niet afstandelijk en alleen op het onderzoek gericht zijn. Ik heb haar alleen gezegd dat ik hoop dat het goed met haar gaat.

20-3

Er melden zich mensen aan die eerder kozen voor een medicamenteuze abortus en daar toen aantekeningen over bijhielden. Zij hadden daarvoor natuurlijk niet onze vragen en richtlijnen voor bij de hand. Ik neem met hen allen contact op om te achterhalen of hun aantekeningen wellicht wel voldoen aan wat we zoeken en met de vraag of ze mee willen doen.

9-5

Met Ank gebeld. Ze voelde twijfel bij haar werk. Ze is veel aan het schetsen. Ze wil het niet te illustratief laten worden, ze wil dat de deelnemer het mooi vindt, ze wil diegen niet voor de borst stoten. Al deze gedachten staan haar nu in de weg. We sparren. Ik denk dat ze op de goede weg is. Dat ze zich mag laten leiden door haar gevoel. Een eigen relatie mag aangaan met het onderwerp.

Ik haal de tekst die ik schreef over dataverzameling en analyse erbij. Eigenlijk voor Ank, maar nu ik het zelf lees, snap ik waarom ik de afgelopen week zo worstelde met het schrijven van mijn deel. Ik was bezig met een soort reproductie, met iets goed doen, iets moois. Terwijl, ik mag me laten raken en dat laten spreken. Vragen stellen, het niet begrijpen, dingen laten rondzingen. Ik besluit om de tekst van deelnemer 1 te printen en te proberen de drie ruimtes van apofatisch onderzoek te laten zijn en in verschillende kleuren stem te geven op papier. Het voelt heel fijn en het stroomt voor het eerst. Omdat ik er ook mag zijn denk ik. Ik en vooral mijn gevoel naar deze deelnemer toe, die ik in principe nog niet ken, maar waarvan ik toch het gevoel heb heel dichtbij te mogen komen.



25-5

Ik ben bezig met het portret van D2:P. Zit ik teveel op een spoor? Denk ik teveel in de lijn dat zij niet in haar lichaam is. Dat ze het ook steeds van buitenaf zou willen zien? Dat ze niet goed voelt of ze zich goed of slecht voelt. En dat ze, doordat ze niet helemaal in haar lichaam is en haar eigen gevoelens niet voelt of toelaat, geen ruimte vraagt voor zichzelf? Ze daarom vaak meegaat in wat anderen willen? Heeft ze beperkte lichamelijke intentionaliteit doordat ze 1 deel van het lichaam niet beleeft?

Misschien is dit een te mooie en ronde gedachte ingegeven door theorie. En toch ontkom ik er niet aan. Ook toen ik nog redelijk blanco haar interview teruglas, zag ik haar steeds van buitenaf naar zichzelf kijken. Ik hou in de gaten of ik ook nog andere gevoelens, beelden en gedachten kan toelaten. En als het zo blijft, is het gesprek dat we met haar hebben de test-case....

25-6

Het laatste transcript is af. Ik kan beginnen aan de analyse tbv de bevindingen. Ik heb er een tijd over nagedacht en ga beginnen bij de gesprekken over het werk. Die gaan namelijk over het werk en daaraan ten grondslag ligt de apofatische analyse van Ank en mij. We hebben dus als het ware al een analyse uitgevoerd. Wanneer ik in het proces denk aan het interview of het dagboek, kan ik daar alsnog naar terug gaan. Ook met Rodante besproken.

26-6

Ik start aan de laatste analyse. Om te beginnen pak ik de tekst van Van der Meide (2018) er nog eens bij en maak wat aantekeningen. Ik vraag me vooral af of mijn data niet alsnog ruis is definitie van Van der Meide bevat. Er wordt best wat gereflecteerd en ook wordt er gesproken over abstracte vergelijkingen en betekenissen. Maar, ondanks dat dat niet mijn opzet was (ik wilde informatie over de prereflectieve ervaring), blijken deze reflecties en vergelijkingen van groot belang voor de betekenis van de ervaring te zijn. Ik neem dus het advies van Van der Meide over het weglaten van dit soort ruis niet over. Ik sluit uitsluitend delen uit die niet of te weinig met het onderwerp en de ervaring te maken hebben.

met coderen maar schrijven. v.d. Meerde, 2018  
Vraag naar betekenis v.d. ervaring stellen  
↳ hierop reflecteren.  
van geleefde moment. Van het nu  
→ kan dat wel?  
Ontsluiten v. <sup>veelheid van</sup> meervoudige betekenissen  
↳ op evocatieve wijze beschreven  
Met categoriseren maar begrijpen  
Onderliggende ervaring  
Ruïs → mening, verklaring, generaliseren, abstracte interpretatie  
↳ wil ik ~~dit~~ er wel uit halen?  
Fenomenologische thematisering → Samen met deel-  
nemers én anek gedaan  
↳ nu zelf nog een schrijvende  
tussenstap maken

Heb ik wel echt de geleefde ervaring?  
De ruïs is niet ook belangrijk wat mij betreft.

3-7

Ik ga verder met het overzicht van de soort van parafrazering die ik uit het transcript van het gesprek met deelnemer 1 heb gehaald. Ik merk dat ik toch wil gaan groeperen, thematiseren, maar wil wegblijven van werkelijk categoriseren of coderen. Halverwege de dag word ik onrustig omdat ik het toch te reducerend vind werken én ik behoefte heb om te weten hoe het

bevindingen hoofdstuk er ongeveer uit komt te zien. Ik begin dus aan een opzet voor het bevindingen hoofdstuk en dat voelt eigenlijk heel logisch. Ik maak toch de groepering/thematisering af en besluit het als een soort checklist te gebruiken. Ook om overzicht te hebben over met welke onderwerpen ik moet schuiven en waar die eventueel onder vallen.

4-7

De analyse bezorgt me buikpijn maar ik lees een fijn artikel van Crowther.

Tegelijkertijd bedenk ik hoe anders mijn blik op abortus al is sinds het begin van dit onderzoek. Ik wist niet zo goed hoe ik tegenover zwangerschapsafbreking stond en wilde vooral de ervaringen van mensen die hiervoor kiezen een plek geven in de zorg die zij ontvangen. Inmiddels ben ik ervan overtuigd dat abortus met de abortuspil een vorm van zorg is die noodzakelijk is.

5 juli

Het artikel van Crowther geeft me het zelfvertrouwen om op basis van de portretten die Ank en ik maakten en de soort van parafraseringen die ik per deelnemer vormde uit de transcripten van de gesprekken te beginnen met schrijven. Ik heb namelijk op basis van het veelvuldig doornemen van deze data de verhalen en de betekenis van de ervaring zoals die bij mij resoneren goed op mijn netvlies. Ik ken de verhalen uit mijn hoofd en onbewust en soms bewust zijn die zich al gaan opsplitsen, aan elkaar gaan verbinden en groeperen. Ik denk dus dat ik kan beginnen met schrijven. Ik kan wel aangeven uit welk deel van de transcripten ik put en evt ook waarom. Op papier gaat het dan dus andersom, maar in mijn hoofd heb ik de stappen van groeperen en bundelen al gezet. Wellicht kom ik er al schrijvend achter dat ik bepaalde onderdelen van de ervaring nergens kan onderbrengen, of dat bundelingen toch aan elkaar raken en bij elkaar horen.

## Bijlage 7: datamanagementplan

### Werktitel: Soil of my body

---

#### 1. Algemene kenmerken project

Vul de onderstaande tabel in voor de projectgegevens.

DMP template versie nummer	1.1 (niet veranderen!)
Project nummer (indien van toepassing)	
Titel van het project	Werktitel: Soil of my body
Naam Research folder op de UvH R: schijf	Geleefde ervaring medicamenteuze abortus
Naam leerstoelgroep	Zorgethiek en beleid
Naam voorzitter leerstoelgroep	Carlo Leget
Name scriptie begeleider	Rodante van der Waal
Start datum scriptie onderzoek	1-3-2023
Geplande einddatum scriptie onderzoek	20-7-2023
Check datum scriptie begeleider	

#### 2. Data verzameling

##### 2.1 Voor de dataverzameling zal ik:

- Nieuwe data gaan verzamelen

##### 2.2 Wanneer je bestaande data hergebruikt, heb je daar toestemming voor van de data eigenaar?

- Nee, ik ga geen bestaande data gebruiken

##### 2.3 Ga je samenwerken met derde partijen tijdens de dataverzameling, zoals een zorginstelling en/of andere partijen die jou data verstrekken en heb je daarvoor goede afspraken gemaakt?

- Ja, ik werk samen en we hebben goede afspraken gemaakt

Ik werk samen met een of twee abortusklinieken. Zij vragen de mensen die via hen de abortuspil krijgen om mee te doen aan dit onderzoek. Verder rijkt hun 'taak' niet. Ook vraag ik mensen en organisaties om de oproep voor deelname aan het onderzoek te verspreiden.

##### 2.4 Welke methode(n) ga je gebruiken voor de verzameling van nieuwe data?

- Anders

Ik vraag deelnemers om een dagboek bij te houden in een vorm die bij hen past. Op basis van deze dagboeken zal een kunstenaar per deelnemer een kunstwerk maken en ik schrijf een tekstueel portret. Tezamen vormen deze 'documenten' de data.

##### 2.5 Vink de juiste opties aan en beschrijf welke instrumenten je gaat gebruiken voor de dataverzameling.

Dat ligt aan de manier waarop deelnemers de data aanleveren en in welke vorm.

# Werktitel: Soil of my body

---

## 1. Algemene kenmerken project

Vul de onderstaande tabel in voor de projectgegevens.

DMP template versie nummer	1.1 (niet veranderen!)
Project nummer (indien van toepassing)	
Titel van het project	Werktitel: Soil of my body
Naam Research folder op de UvH R: schijf	Geleefde ervaring medicamenteuze abortus
Naam leerstoelgroep	Zorgethiek en beleid
Naam voorzitter leerstoelgroep	Carlo Leget
Name scriptie begeleider	Rodante van der Waal
Start datum scriptie onderzoek	1-3-2023
Geplande einddatum scriptie onderzoek	20-7-2023
Check datum scriptie begeleider	

## 2. Data verzameling

### 2.1 Voor de dataverzameling zal ik:

- Nieuwe data gaan verzamelen

### 2.2 Wanneer je bestaande data hergebruikt, heb je daar toestemming voor van de data eigenaar?

- Nee, ik ga geen bestaande data gebruiken

### 2.3 Ga je samenwerken met derde partijen tijdens de dataverzameling, zoals een zorginstelling en/of andere partijen die jou data verstrekken en heb je daarvoor goede afspraken gemaakt?

- Ja, ik werk samen en we hebben goede afspraken gemaakt

Ik werk samen met een of twee abortusklinieken. Zij vragen de mensen die via hen de abortuspil krijgen om mee te doen aan dit onderzoek. Verder rijkt hun 'taak' niet. Ook vraag ik mensen en organisaties om de oproep voor deelname aan het onderzoek te verspreiden.

### 2.4 Welke methode(n) ga je gebruiken voor de verzameling van nieuwe data?

- Anders

Ik vraag deelnemers om een dagboek bij te houden in een vorm die bij hen past. Op basis van deze dagboeken zal een kunstenaar per deelnemer een kunstwerk maken en ik schrijf een tekstueel portret. Tezamen vormen deze 'documenten' de data.

### 2.5 Vink de juiste opties aan en beschrijf welke instrumenten je gaat gebruiken voor de dataverzameling.

Dat ligt aan de manier waarop deelnemers de data aanleveren en in welke vorm.

# Werktitel: Soil of my body

---

## 1. Algemene kenmerken project

Vul de onderstaande tabel in voor de projectgegevens.

DMP template versie nummer	1.1 (niet veranderen!)
Project nummer (indien van toepassing)	
Titel van het project	Werktitel: Soil of my body
Naam Research folder op de UvH R: schijf	Geleefde ervaring medicamenteuze abortus
Naam leerstoelgroep	Zorgethiek en beleid
Naam voorzitter leerstoelgroep	Carlo Leget
Name scriptie begeleider	Rodante van der Waal
Start datum scriptie onderzoek	1-3-2023
Geplande einddatum scriptie onderzoek	20-7-2023
Check datum scriptie begeleider	

## 2. Data verzameling

### 2.1 Voor de dataverzameling zal ik:

- Nieuwe data gaan verzamelen

### 2.2 Wanneer je bestaande data hergebruikt, heb je daar toestemming voor van de data eigenaar?

- Nee, ik ga geen bestaande data gebruiken

### 2.3 Ga je samenwerken met derde partijen tijdens de dataverzameling, zoals een zorginstelling en/of andere partijen die jou data verstrekken en heb je daarvoor goede afspraken gemaakt?

- Ja, ik werk samen en we hebben goede afspraken gemaakt

Ik werk samen met een of twee abortusklinieken. Zij vragen de mensen die via hen de abortuspil krijgen om mee te doen aan dit onderzoek. Verder rijkt hun 'taak' niet. Ook vraag ik mensen en organisaties om de oproep voor deelname aan het onderzoek te verspreiden.

### 2.4 Welke methode(n) ga je gebruiken voor de verzameling van nieuwe data?

- Anders

Ik vraag deelnemers om een dagboek bij te houden in een vorm die bij hen past. Op basis van deze dagboeken zal een kunstenaar per deelnemer een kunstwerk maken en ik schrijf een tekstueel portret. Tezamen vormen deze 'documenten' de data.

### 2.5 Vink de juiste opties aan en beschrijf welke instrumenten je gaat gebruiken voor de dataverzameling.

Dat ligt aan de manier waarop deelnemers de data aanleveren en in welke vorm.

### 5.3 Beschrijf de participanten in jouw onderzoek en geef aan of het een kwetsbare groep betreft.

Ik zal mensen die een medicamenteuze abortus ondergaan vragen om hun geleefde ervaring in het moment op te tekenen. Het is in die zin een kwetsbare groep, dat zij te maken hebben met tegenstrijdige emoties en een fysiek proces doorlopen dat gepaard kan gaan met pijn. Bovendien zijn er mensen die dagelijks in precare omstandigheden (sociaal, relationeel, financieel, qua documenten) verkeren die voor deze zorg kiezen. Het is echter niet zeker of iemand uit deze groep zal deelnemen aan het proces.

### 5.4 Welke persoonsgegevens ga je verzamelen? Vink aan en geef aan waarom je die data nodig hebt.

- Geluidsopnamen die kunnen leiden tot identificatie van een persoon
- Beeldmateriaal (video, foto) dat kan leiden tot identificatie van een persoon
- Leeftijd
- Contactgegevens vol (bijv. adres, telefoonnr)
- Contactgegevens beperkt (bijv. enkel naam, e-mail)

Ik heb op zijn minst een e-mailadres of telefoonnummer nodig. Verder kunnen deelnemers kiezen welke gegevens ze met mij delen. De leeftijd wil ik ook graag weten om me ervan te verzekeren dat deelnemers minstens 18 jaar zijn. Wellicht dient iemand van hen foto's, geluidsmateriaal in.

### 5.5 Welk recht heb je om de persoonsgegevens die je hebt aangevinkt te verzamelen?

- Informed consent

### 5.6 Is er op enig moment in het onderzoeksproces een derde partij die door jou verzamelde persoonsgegevens bewerkt? Dan moet die partij een verwerkersovereenkomst hebben met de UvH. Geef de naam van de partij en de link naar de website.

- Ja

Ank Daamen. Dit is een zelfstandig kunstenaar.

(Vraag: wat dien ik met haar te tekenen?)

### 5.7 Beschrijf hoe je de participanten registreert en hoe je de persoonsgegevens gescheiden houdt van de onderzoeksgegevens.

Dat doe ik m.b.v. de Research Folder Structure voor data opslag op de R: schijf van de UvH. Ik heb daar twee folders, waarvan één voor enkel de persoonsgegevens is (de PD folder). Om de codes in het onderzoeksbestand te koppelen aan de persoonsgegevens maak ik een zogenaamd sleutelbestand aan, dat ook in de PD folder wordt opgeslagen

## 6. Informatie and toestemming

### 6.1 Beschrijf hoe je participanten informeert over het onderzoek en op welke manier je toestemming verkrijgt.

Via hun zorgverleners krijgen zij de eerste informatie over het onderzoek. Als zij interesse hebben om met te werken, krijgen zij een brief van mij en een informed consent formulier dat ze mij ingevuld teurgsturen.

### 6.2 Krijgen participanten of hun vertegenwoordigers een beloning voor het meedoen aan het onderzoek?

- Nee

Wanneer er echter reiskosten zijn verbonden aan de gezamenlijke analyse-stap in het onderzoek, krijgen zij die wel vergoed.

**6.3 Worden participanten, of hun vertegenwoordigers 'gedebriefed' direct na afloop van de dataverzameling of aan het einde van het project. Zo ja, beschrijf op welke manier.**

- Ja

Ze krijgen hoe dan ook de mogelijkheid tot een membercheck. Uiteindelijk krijgen zij de scriptie toegestuurd en vraag ik hen mij te benaderen als er nog inhoudelijke en/of praktische vragen zijn.

## 7. Privacy and Beveiliging van persoonsgegevens

**7.1 Wanneer je met hele grote datasets werkt, en systematisch, vaak automatisch persoonsgegevens verzamelt, zoals dat in het bedrijfsleven gebeurt, dan ben je verplicht om een zogenaamde Data Protection Impact Assessment te doen.**

**Is dit van toepassing op jouw onderzoek?**

- Nee

**7.2 Beschrijf in de onderstaande tabel hoe je ervoor zorgt dat de rechten van de participanten worden gerespecteerd.**

Recht van de participant	Overweging	Beschrijf hoe je daarvoor zorgt
Recht van inzicht	Wanneer een participant zijn/haar persoonsgegevens wil inzien, hoe zorg je dat dit op een veilige manier gebeurt?	De deelnemer wordt betrokken bij de eerste stap van de analyse. Dit gebeurt face to face. Dan kan diegene zien wat Ank en ik gedaan hebben met de data die ingeleverd zijn. Op dat moment kan ik eventueel ook laten zien dat ik met een sleutelbestand werk en waar contactgegevens zijn opgeslagen. Een deelnemer krijgt met een beveiligde e-mail mijn uiteindelijke analyse toegestuurd voor een member check.
Recht op rectificatie	Wanneer een participant aangeeft dat zijn/haar gegevens niet correct zijn, hoe zorg je voor aanpassing en hoe zorg je dat de persoon dat te weten komt.	Wanneer blijkt dat er onjuistheden in de gegevens geslopen zijn, kan de deelnemer dat tijdens de ontmoeting of naar aanleiding van de beveiligde e-mail laten weten. Een aangepaste versie komt diegene per beveiligde e-mail tegemoet.
Recht van bezwaar	Wanneer een participant bezwaar maakt tegen gebruik van zijn/haar persoonsgegevens, wat is jouw antwoord en hoe wordt dat gedocumenteerd?	Een deelnemer mag zich op ieder moment terugtrekken. Op het informed consent formulier staat dat de data tot dan toe gebruikt kunnen worden. Wanneer iemand besluit te stoppen, zal ik dit nog eens laten weten. Een notitie van het stoppen van de deelnemer komt in het logboek terecht.
Recht om vergeten te worden	Hoe zorg je voor verwijdering van een persoons gegevens, indien hij/zij dat wenst?	Als iemand in het geheel niet meer wil dat de gegevens gebruikt worden, zal ik alles wissen.
Welke maatregelen neem je om de privacy van participanten te waarborgen?	Hoe zorg je ervoor dat onbevoegden niet de persoonsgegevens inzien van participanten?	Alle gegevens staan op een beveiligde omgeving van de UvH. Persoonsgegevens worden versleuteld en met een sleutelbestand opgeslagen.

## 8. Data preservation



### **8.1 Welke data zullen deel zijn van jouw data package?**

- Documentation of the research process
- Data documentation
- Audio files
- Images/photo's
- Several versions of processed data
- Raw data

Belangrijk is wel dat het werk dat de kunstenaar maakt, altijd haar eigendom zal blijven.

**8.2 Bij afronden van het onderzoek ben je verplicht het data package over te dragen aan de UvH. Geef in onderstaande optie aan dat je dit ook daadwerkelijk hebt gedaan. Daarna kan je het DMP definitief afsluiten en opslaan in het data package als pdf.**

## Bijlage 8: informatiebrief en informed consent-formulier deelnemers

Beste,

Voor het afstuderen aan de master Zorgethiek en beleid aan de Universiteit voor Humanistiek, ga ik een onderzoek doen naar de geleefde ervaring bij een medicamenteuze abortus. Dit onderzoek is onderdeel van een groter onderzoek binnen de Universiteit. Ik ben Rianne, 38 jaar en ben tijdens mijn studie geïnteresseerd geraakt in *reproductive justice*: deze rechtvaardigheid gaat over de vrijheid die mensen hebben om wel of geen kinderen te krijgen, op te voeden en om daarin hun eigen weg te bewandelen zonder ongevraagde inmenging. Ik schreef een artikel over mijn eigen ervaringen in de geboortezorg. Als je het wil lezen, kan ik het je toesturen.

Er wordt veel geschreven en bediscussieerd over abortus. Vaak blijft de stem van degene om wie het werkelijk gaat, degene die voor een zwangerschapsafbreking kiest, echter onderbelicht. In wetenschappelijk onderzoek (in Nederland) wordt maar beperkt onderzoek gedaan naar wat iemand ervaart tijdens een medicamenteuze abortus. Om de zorg voor mensen die voor zo'n abortus kiezen goed op hen te kunnen laten aansluiten én om hun stem te laten klinken. voor Humanistiek en zal uiteindelijk leiden tot een wetenschappelijk artikel.

Met deze brief wil ik je vragen om deel te nemen aan mijn onderzoek en jouw stem te laten horen.

In mijn onderzoek treed ik het onderwerp van medicamenteuze abortus met een open blik tegemoet. Dat doe ik met een zogenaamde fenomenologische benadering waarin de geleefde ervaring centraal staat met zo min mogelijk inmenging van vooronderstellingen. Zo krijgen lezers uiteindelijk een beeld (en gevoel) bij wat die ervaring nu werkelijk inhoudt. Daarbij gebruik ik een methode die voor een deel op kunst gebaseerd is. Bovendien wil ik je vragen om actief deel te nemen aan de analyse in dit onderzoek. Zo wordt het niet alleen mijn onderzoek, maar ook het jouwe.

Ik heb hiervoor twee stappen in gedachten waarbij jij betrokken bent. De eerste stap is dat je mij, in een heel open en los interview, vertelt hoe je de abortus hebt ervaren. Op basis van jouw verhaal maak ik een anoniem tekstueel portret waarin ik jouw ervaringen als het ware invoelbaar samenvat. Kunstenaar Ank Daamen maakt een beeldend werk. De tweede stap voor jou zou zijn om Ank en mij éénmaal te ontmoeten op een plek die jou uitkomt en samen met haar en mij te reflecteren op jouw verhaal, mijn tekst en het beeldend werk.

## **Praktisch**

Als je op deze manier een bijdrage wil leveren aan het onderzoek, wil ik je het volgende vragen:

- 1) Wil je mij op de hoogte stellen van je deelname? Per mail of telefoon? Mijn gegevens staan hieronder.
- 2) Wil je op het moment dat je meedoet het toestemmingsformulier dat in de bijlage is toegevoegd invullen en mailen? Dit is wat formeel verwoord. Als je vragen hebt, hoor ik het graag.
- 3) Laten we afspreken voor het interview. Ik zal een klein aantal vragen stellen in de trant van:
  - Watervaarde je?
  - Wat deed je?
  - Wat gebeurde er?

Het gaat om de ervaringen en gebeurtenissen in het moment. Reflectieve gedachten en oordelen mag je (zoveel mogelijk) buiten beschouwing laten. Het is echter echt jouw verhaal. Dat wat jij vertelt, teken ik op.

- 4) Hierna kunnen we een afspraak maken om gezamenlijk te reflecteren op het dagboek en het werk dat Ank en ik maken.

Mocht je nog vragen hebben, kan je me mailen of bellen. Als ik vanwege bijvoorbeeld werk niet kan opnemen, bel ik je terug.

Groeten, alvast heel erg bedankt en wellicht tot binnenkort,

Rianne van Hassel

Bramengaard 34

3962 JZ Wijk bij Duurstede

[riane.vanhassel@student.uvh.nl](mailto:riane.vanhassel@student.uvh.nl)

06-45402545

# Informatie voor deelname aan wetenschappelijk onderzoek

## + toestemmingsformulier

Werktitel: Soil of my body

Geachte deelnemer,

Met deze informatiebrief willen we u vragen of u wilt meedoen aan wetenschappelijk onderzoek. Meedoen is vrijwillig. U leest hier om wat voor onderzoek het gaat, wat het voor u betekent, en wat de voordelen en nadelen zijn. Wilt u de informatie doorlezen en beslissen of u wilt meedoen? Als u wilt meedoen, kunt u het formulier invullen dat u vindt in bijlage 1.

### Stel uw vragen

U kunt uw beslissing nemen met de informatie die u in deze informatiebrief vindt. Daarnaast raden we u aan om op de website van de UvH de [veelgestelde vragen van deelnemers aan onderzoek](#) te lezen.

### 1. Algemene informatie

Dit onderzoek is goedgekeurd door de zogenoemde Ethische Commissie van de Universiteit voor Humanistiek. Een ethische commissie toetst of u als deelnemer juist wordt behandeld, of u de juiste informatie ontvangt en of er goed met uw gegevens wordt omgegaan. Het onderzoek wordt uitgevoerd in het kader van de masterscriptie voor Zorgethiek en beleid van de Universiteit voor Humanistiek.

### 2. Wat is het doel van het onderzoek?

Er wordt veel geschreven en bediscussieerd over abortus. Vaak blijft de stem van degene om wie het werkelijk gaat, degene die voor een zwangerschapsafbreking kiest, echter onderbelicht. In wetenschappelijk onderzoek (in Nederland) wordt maar beperkt onderzoek gedaan naar wat iemand ervaart tijdens een medicamenteuze abortus. Om de zorg voor mensen die voor zo'n abortus kiezen goed op hen te kunnen laten aansluiten én om hun stem

te laten klinken, zal dit onderzoek zich daar wel op richten. Dit zal uiteindelijk leiden tot een masterscriptie voor de Universiteit voor Humanistiek en een wetenschappelijk artikel.

### **3. Hoe verloopt het onderzoek?**

U wordt benaderd door Rianne van Hassel.

- We verzamelen gegevens over uw ervaringen met de abortuspil.
- We vragen u een dagboek bij te houden in een vorm die bij u past en om in een later stadium met ons terug te blikken op de ervaring van de abortus en op de kunstwerken die daarover worden gemaakt.

### **4. Welke afspraken maken we met u?**

We willen graag dat het onderzoek goed verloopt. Daarom maken we de volgende afspraken met u :

- U houdt een dagboek bij en verstuurt dat per post of per e-mail of WeTransfer
- U neemt contact op met de onderzoeker in deze situaties:
  - U wilt niet meer meedoen met het onderzoek.
  - Uw telefoonnummer, adres of e-mailadres verandert.
  - U heeft vragen over het onderzoek.

### **5. Wanneer stopt het onderzoek?**

- a. U wilt zelf stoppen met het onderzoek. Dat mag op ieder moment. Meld dit dan meteen bij de onderzoeker. U hoeft er niet bij te vertellen waarom u stopt.
- b. Het onderzoek stopt om andere redenen
- c. Het onderzoek is afgerond

*Wat gebeurt er als u stopt met het onderzoek?*

De onderzoekers gebruiken de gegevens die tot het moment van stoppen zijn verzameld.

### **6. Wat doen we met uw gegevens?**

Doet u mee met het onderzoek? Dan geeft u ook toestemming om uw gegevens te verzamelen, gebruiken en bewaren.

### *Welke gegevens vragen we aan u?*

Een interview, onze gezamenlijke reflectie op dit interview en de kunstwerken, uw naam, leeftijd en contactgegevens (op zijn minst een telefoonnummer).

### *Waarom verzamelen, gebruiken en bewaren we uw gegevens*

We verzamelen, gebruiken en bewaren uw gegevens om de vragen van dit onderzoek te kunnen beantwoorden. En om de resultaten te kunnen publiceren.

### *Hoe beschermen we uw privacy?*

Om uw privacy te beschermen geven wij uw naam een code. Als we uw gegevens verwerken, gebruiken we steeds alleen die code. Ook in rapporten en publicaties over het onderzoek kan niemand terughalen dat het over u ging. Namenlijsten worden tijdens het onderzoek op een beveiligde locatie bewaard.

### *Wie kunnen uw gegevens zien?*

Sommige personen kunnen wel uw naam en andere persoonlijke gegevens zonder code inzien. Dit zijn mensen die contact met u moeten opnemen en het onderzoek moeten uitvoeren. Dit betreft in ieder geval de projectleider:

Rianne van Hassel

### *Hoelang bewaren we uw persoonsgegevens?*

We bewaren uw contactgegevens gedurende de uitvoering en publicatie van het onderzoek. Daarna wordt deze vernietigd, tenzij u expliciet toestemming heeft gegeven om bijvoorbeeld uw naam openbaar te maken. Na vernietiging van de contactgegevens kan niet meer achterhaald worden welke onderzoeksgegevens bij welke deelnemer hoorde. Om aan te kunnen tonen dat er daadwerkelijk personen aan het onderzoek hebben deelgenomen worden toestemmingsformulieren digitaal bewaard op een veilige locatie gedurende **maximaal 10** jaar. Deze zijn enkel voor de onderzoeker toegankelijk.

### *Hergebruik van onderzoeksgegevens*

Onderzoeksgegevens zijn niet herleidbaar naar uw persoon en kunnen worden gedeeld met andere onderzoekers voor vervolgonderzoek, dan wel onderzoek in hetzelfde werkveld of voor onderwijsdoeleinden.

*Wilt u meer weten over uw privacy?*

- Wilt u meer weten over uw rechten bij de verwerking van persoonsgegevens? Lees dan de [Privacy Verklaring voor onderzoek](#) van de UvH.
- Heeft u vragen over uw rechten? Of heeft u een klacht over de verwerking van uw persoonsgegevens? Neem dan contact op met degene die verantwoordelijk is voor de verwerking van uw persoonsgegevens. Voor uw onderzoek is dat:  
Rianne van Hassel

## **7. Heeft u vragen?**

Vragen over het onderzoek kunt u stellen aan Rianne van Hassel

Contactgegevens:

Rianne.vanhassel@student.uvh.nl

## **8. Hoe geeft u toestemming voor het onderzoek?**

U vertelt de onderzoeker of u de informatie begrijpt en of u wel of niet wilt meedoen. Wilt u meedoen? Dan vult u het toestemmingsformulier in dat u bij deze informatiebrief vindt. U en de onderzoeker krijgen allebei een getekende versie van deze toestemmingsverklaring.

## 9. Bijlagen bij deze informatie

### Bijlage 1: Toestemmingsformulier deelnemer

Titel van het onderzoek: <Werktitel: Soil of my body>

Leest u a.u.b. de tekst en vink vervolgens elk hokje aan!

*Voor de deelnemer:*

- Ik heb de informatiebrief gelezen. Ook kon ik vragen stellen. Mijn vragen zijn goed genoeg beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe.
- Ik weet dat meedoen vrijwillig is. Ook weet ik dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen met het onderzoek. Of om ermee te stoppen. Ik hoef dan niet te zeggen waarom ik wil stoppen.
- Ik geef de onderzoekers toestemming om mijn gegevens te verzamelen en te gebruiken. De onderzoekers doen dit alleen om de onderzoeksvraag van dit onderzoek te beantwoorden.
- Ik begrijp dat de verzamelde onderzoeksgegevens worden hergebruikt voor vervolgonderzoek dan wel onderzoek in hetzelfde werkveld of onderwijs. Deze gegevens zijn niet herleidbaar naar mij.
- Ik weet dat voor de uitvoering van het onderzoek sommige mensen al mijn gegevens kunnen inzien. Die mensen staan in deze informatiebrief. Ik geef deze mensen toestemming om mijn gegevens in te zien voor deze controle.
- Ik wil meedoen aan dit onderzoek.

Mijn naam is (deelnemer):

Handtekening:

Datum : \_\_ / \_\_ / \_\_

-----  
*Voor de onderzoeker*

Ik verklaar dat ik deze deelnemer volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek. Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de deelnemer zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.

Naam onderzoeker (of diens vertegenwoordiger):

Handtekening:

Datum: \_\_ / \_\_ / \_\_

-----  
*De deelnemer krijgt een volledige informatiebrief mee, samen met een versie van het getekende toestemmingsformulier.*



## Bijlage 9: formulier t.b.v. ethische toetsing

13-03-2023 07:20

Application Ethical Review Students

### Resultaten weergeven

Respondent

11 Rianne Hassel

89:02

Tijd voor invullen

### Basic information

1. Name applicant \*

Rianne van Hassel

2. Master programme \*

- Humanistiek
- Zorgethiek en beleid
- Burgerschap en kwaliteit van samenleven

3. Title research project \*

Werktitel: Soil of my body

<https://forms.office.com/pages/designpagev2.aspx?lang=nl-NL&origin=OfficeDotCom&route=OfficeHome&sessionId=1d8c7de5-5c3e-4da2-a6d9...> 1/12

4. Names and roles of researchers and supervisors \*

Rianne van Hassel - onderzoeker  
Ank Daamen - mede-onderzoeker arts based onderdeel  
Rodante van der Waal - Eerste lezer  
Merel Visse - tweede lezer

5. Intended start date \*

1-3-2023



6. Intended end date \*

20-7-2023



### Data collection

7. Will any data on natural persons be collected and/or analyzed? \*

Yes

No

8. Was the DMP discussed with the data advisor and did you follow her/ his advice? \*

Yes

Yes but not all advice was followed

No

## Design

9. Is the study conducted according to a standardized design which is widely accepted in your field? \*

- Yes
- No
- Partly

10. Does the study include

- a. unobtrusive methods (data collection from individuals without their knowledge), and/ or
- b. deliberate deception of participants and/or
- c. the use of methods that might lead to a so called chance finding that might need follow up? \*

- Yes
- No

11. Please shortly describe the design and the methods that will be used in your study \*

Dit onderzoek volgt in de eerste plaats de methode van de Utrechtse Zorgethiek. Daarin staat het heen en weer bewegen tussen empirie (de geleefde ervaring van mensen die de abortuspil nemen) en theorie (het concept lichamelijkeid) centraal zodat zij elkaar kunnen aanvullen (Leget et al., 2019). Daarnaast combineert het verschillende fenomenologische, art-based methodieken: ik kies voor de apofatische arts-based, fenomenologische methode van Visse et al. (2019) gecombineerd met de fenomenologische methode van Van der Meide (2018).

## Participants

## 12. Which categories of participants are involved? \*

- 18 years of age or older and legally competent and capable of giving informed consent
- 18 years of age or older and incapable of giving informed consent
- 12 to 17 years of age and capable of giving informed consent
- 12 to 17 years of age and unable to give informed consent
- Under 12 years of age

## 13. Does the study involve one or more target groups of vulnerable people, people with medical or psychological complaints or clients of a health provider or social care provider? \*

- Yes
- No

## 14. Briefly describe the target groups \*

Ik zal mensen die een medicamenteuze abortus ondergaan vragen om hun geleefde ervaring in het moment op te tekenen. Het is in die zin een kwetsbare groep, dat zij wellicht te maken hebben met tegenstrijdige emoties en een fysiek proces doorlopen dat gepaard kan gaan met pijn. Bovendien zijn er mensen die dagelijks in precare omstandigheden (sociaal, relationeel, financieel, qua documenten) verkeren die voor deze zorg kiezen. Het is echter niet zeker of iemand uit deze groep zal deelnemen aan het proces.

## 15. Will the participants give informed consent or, in case of the re-use of data, was this done before the data were gathered in another study? \*

- Yes
- No
- I am re-using data that has been collected by others and am not entirely sure

16. Was the UvH format for informed consent (as published on the intranet) used when preparing the information letter(s) and accompanying consent statement(s) \*

Yes

No

17. Has simple language at level B1 been used in the information letter(s) and consent statement(s) and are they well suited to the target audience in terms of language? \*

Yes

I am not sure if this has been done appropriately

No

18. Please explain why not \*

Ik vind dat lastig inschatten. Ik heb het zo simpel, doch grondig mogelijk geprobeerd te verwoorden.

19. Are participants tested/screened beforehand? \*

Yes

No

20. Is there a relationship of dependency between the participants and the researcher(s)? \*

Yes

No

21. Describe the relationship and explain how will be prevented that participants might feel awkward or might be stimulated to give desirable answers \*

Ik ben geheel afhankelijk van de medewerking van de deelnemers. Dit kan voor hen als druk voelen. Het is daarom belangrijk dat zij weten en voelen dat zij ten alle tijde kunnen stoppen met het onderzoek. Andersom zijn de deelnemers van mij afhankelijk in de zin dat ik vertrouwelijk met hun gegevens omga. Daarom houd ik me aan het DMP.

22. Will participants receive a reward? \*

Yes

No

Maybe

23. If your study meets BOTH conditions it will probably be subject to the Medical Research Act (Wet Medisch-Wetenschappelijk Onderzoek-WMO):

a. the research can lead to new insights into the treatment of patients, AND

b. participants are subjected to actions or imposed a certain way of behavior outside their normal way of life. Invasive interviews or questionnaires should be understood as such. \*

Yes

No

Maybe

24. Is the study in any way burdensome to participants, may it pose a physical and/or emotional risk to them or may the research harm their interests? \*

- No or hardly not
- To some extent
- Considerably

25. Please explain the burdens and/or risks involved. Discuss whether the respondents face these burdens and/or risks also in their daily life and explain how these will be mitigated as much as possible \*

Ik vraag hen een dagboek bij te houden op dagen dat zij mogelijk een pijnlijke fysieke ervaring ondergaan. Ook vraag ik hen daar later op te reflecteren. Dit kan emotioneel en fysiek moeilijk voor hen zijn. Ik wil om deze reden goed bereikbaar voor hen zijn en geen afstandelijke onderzoeker. Ook kunnen zij altijd stoppen wanneer het hen niet lukt om aan het onderzoek deel te (blijven) nemen. Bovendien kan ik hen verwijzen naar praatgroepen over abortus.

26. Explain why the scientific and/or societal importance of the study justify the burdens and/or risks involved. \*

Er is niet eerder onderzoek gedaan naar de complexe, contextuele geleefde ervaring in het moment van mensen die de abortuspil nemen. De inzichten die dit onderzoek oplevert, kan de zorg voor deze mensen verbeteren en geeft hen een stem in het maatschappelijk debat.

27. Are personal data (or data that might lead to the identification of individual participants) fed back to others than the participants themselves (e.g., teachers, parents, social workers)? \*

- Yes
- No

28. Please explain why \*

Omdat ik samenwerk met een kunstenaar die ook met de data aan de slag gaat.

29. Is this covered in the information letter? \*

Yes

No

### Cooperation, independence and possible conflict of interest

30. Are any other organisations involved in your study, either as contractor, funder or partner? Partners can be research partners and/of organisations facilitating your study for example by allowing you to interview or observe people that are living or working in the institution. \*

Yes

No

31. Will the study (partly) be financed by other organisations? \*

Yes

No

Maybe



## 32. Which organisations will contribute financially? \*

Er loopt een subsidieaanvraag bij de Frederik Ruijsch Stichting.

## 33. Will you collaborate with organizations other than funders? \*

- Yes
- No
- Maybe in the future

## 34. Please mention your partners and shortly describe their involvement \*

Een of twee abortusklinieken zullen mij helpen met het werven van deelnemers.

## 35. External funding and/or collaboration with other parties can sometimes adversely affect research independence. Do you have any concerns on this subject? Could there be potential conflicts of interest? \*

- Yes
- No
- Maybe

## 36. What are your concerns and how will you be handling these? \*

Abortusklinieken zouden hun belangen wellicht terug willen zien in mijn onderzoek. Aangezien zij echter alleen bij de werving van deelnemers betrokken zijn en van tevoren weten dat ik een onafhankelijk onderzoek zal doen, zal hier geen ruimte voor zijn. De mogelijke subsidieverstrekker zal geld toekennen op basis van ons plan en verder geen invloed hebben op de uitwerking daarvan.

37. Have one or more statements or regulations been declared applicable in the agreements with other parties? \*

- Yes, the KNAW Verklaring van wetenschappelijke onafhankelijkheid
- Yes the Code of Conduct for Research Integrity
- No
- Andere

38. Are there other stakeholders and do you anticipate that they might use the results of the research in the public/political debate in such a way that it could raise questions about the independence, integrity or quality of the research? \*

- Yes
- No
- Maybe

39. Will you cooperate with organisations from countries with a so-called increased risk profile? If you are in doubt please check <https://www.loketkennisveiligheid.nl/risicoanalyse/welke-landen-hebben-een-verhoogd-risico> \*

- Yes
- No
- I am not sure

40. Does your study involve so-called sensitive areas of knowledge? Check <https://www.loketkennisveiligheid.nl/risicoanalyse/gevoelige-kennisgebieden> \*

- Yes
- No
- Maybe

### Last questions

41. Are there ethically sensitive aspects to the study that have not already been discussed? \*

- Yes
- No
- Maybe

42. Please explain \*

Wellicht komt er een website of een tentoonstelling met het werk van de betrokken kunstenaar en mijn tekstuele portretten. Deze vormen een onderdeel van de dataset. De deelnemers zullen hierin echter altijd anoniem of geanonimiseerd blijven, tenzij zij anders wensen.

43. Is the committee statement on the ethical review of your study needed by third parties, and if so are there any specific requirements? \*

- Yes
- No
- Maybe

## Compliance

44. The researcher(s) will treat participants, if any, in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki and the Dutch Code of Conduct for Scientific Practice.

The researcher(s) will maximise the ethical quality of the research, the (e.g. statistical) analysis and reporting, and will respect specific regulations relating to specific research methods.

The researcher(s) has/ have discussed the design of the study and its ethical aspects with his/her supervisor(s) and has/ have followed his/her instructions, if any. \*

- Yes
- No

## Bijlage 10: fysieke verschijnselen medicamenteuze abortus en ervaringen van het contact met de kliniek

Na het nemen van de eerste pil in de kliniek, hebben drie van vier vrouwen geen verschijnselen in de tussenliggende dag. Alleen Puck ervaart hele lichte krampen. Na het inbrengen van het tweede deel van de medicatie merken de meeste vrouwen binnen ongeveer twee uur dat zij krampen krijgen. Voor sommigen voelen die mild aan, anderen vergelijken ze met weeën alhoewel ze er niet zeker van zijn hoe die voelen. Sarah heeft het afwisselend warm en koud. Merel is misselijk van de pijn en geeft over. Drie van de vier denken ‘het’ daarna ook binnen heel korte tijd te verliezen. Bij alle drie gebeurt dit op de w.c. omdat ze het gevoel vergelijken met aandrang tot poepen. Ze verliezen stolsels die variëren in grootte. Bij één van hen zijn de stolsels zo groot als tennisballen. Alleen bij Merel duurt het langer: zij verliest de hele dag veel bloed en pas tegen de avond het stolsel waarin ze het ‘vruchtje’ (zoals zij het noemt) denkt te herkennen. Zij heeft als enige in de kliniek afbeeldingen gezien van hoe het dit er waarschijnlijk uit zal zien zodat ze het kan herkennen.

Nadat de werkelijke abortus al snel heeft plaatsgevonden, nemen de krampen bij Puck en Sarah nog flink toe. Sarah valt in slaap, maar Puck probeert een dag lang door de pijn heen te ademen en verlichting te zoeken. Voor Noortje voelen de krampen heel mild. Zij vindt het fysiek niet pijnlijk. Merel heeft de gehele dag veel pijn en probeert verschillende houdingen en bewegingen om de pijn te verlichten. Achteraf blijkt dat bij Noortje nog veel ‘troep’ zoals zij het zelf noemt, is achtergebleven in de baarmoeder. Dat gebeurt vaker bij deze vorm van een abortus. Zij ondergaat daarom na een aantal weken alsnog een curettage.

De ervaring van de Nederlandse vrouwen met de kliniek (ze gaan alleen naar dezelfde) waar zij naar toe gaan, is verschillend. Wat wel bij allen naar voren kwam is dat zij lang moeten wachten. Wellicht heeft dit te maken met de mate van haast die zij hebben om de zwangerschap af te breken, maar het lijkt er ook op dat hun afspraak werkelijk later dan afgesproken plaatsvindt. Zij vinden dit onprettig.

Puck vindt dat de afstemming op haar en haar behoeften niet voldoende is. Ze heeft het idee dat zij voor het blok wordt gezet bij keuzes over bijvoorbeeld het wel of niet meekijken bij de echo. Ook heeft zij niet het idee dat haar paniek én vragen rondom bijvoorbeeld anticonceptie voldoende aandacht krijgen. Ze wil dat er iets persoonlijker met haar wordt omgegaan.

Bovendien voelt ze vanuit de arts een oordeel over haar ongeplande zwangerschap. Noortje heeft het idee dat degene die de intake met haar doet niet goed doorheeft wat voor soort

iemand ze voor zich heeft op het moment dat het over drugsgebruik gaat. Ze voelt zich daardoor gekleineerd. Sarah geeft aan dat ze de kliniek als heel prettig ervaart. Voor haar zijn de zakelijkheid en het feit dat er weinig vragen worden gesteld juist heel prettig.