Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Monitor onbedoelde *(tiener) zwangerschappen*

Besluitvorming bij onbedoelde zwangerschappen: ervaringen van vrouwen, mannen en inzichten van zorgverleners



Publiekssamenvatting

Regelmatig worden vrouwen onbedoeld zwanger, bijvoorbeeld doordat voorbehoedsmiddelen niet genoeg beschermen. De keuze om de zwangerschap uit te dragen of af te breken nemen vrouwen vaak zelf met steun van de partner of van mensen in hun omgeving. Ook zorgverleners zoals verloskundigen bieden steun bij de keuze.

Soms is het maken van een keuze moeilijker. Er bestaan verschillende organisaties die mensen bij de keuze kunnen begeleiden (GGD'en, Fiom Altra, Fiom Den Haag , Fiom Utrecht en Siriz). Maar dat is bij veel mensen die te maken krijgen met een onbedoelde zwangerschap niet bekend. Als zij dat wel hadden geweten, had een deel daar gebruik van willen maken. Er is daarom meer aandacht nodig voor deze mogelijkheid, zowel bij het brede publiek als bij zorgverleners. Dit blijkt uit de 'Monitor onbedoelde (tiener)zwangerschappen' van het RIVM.

Bij abortusklinieken hebben zorgverleners minimaal één gesprek met een zwangere vrouw om na te gaan of ze goed heeft nagedacht over een eventuele abortus. Deze zorgverleners willen meer begeleidende gesprekken kunnen voeren als vrouwen twijfelen over een abortus. Dan hoeven zij de vrouwen niet naar een keuzehulporganisatie door te verwijzen en hoeven vrouwen hun verhaal niet opnieuw te vertellen.

Verder blijkt dat er behoefte is aan nazorg bij een onbedoelde zwangerschap of abortus, ook als daarover een bewuste keuze is gemaakt. Die nazorg is nu beperkt. Er is tijd en geld nodig om de mogelijkheden hiervoor uit te breiden.
Ook ervaren vrouwen en mannen vaak een taboe om te praten over een onbedoelde zwangerschap of abortus.
Zij voelen zich hierdoor soms alleen en weinig gesteund door hun omgeving. Zorgverleners vinden het belangrijk dat er meer aandacht voor deze onderwerpen komt, bijvoorbeeld via de overheid, het onderwijs en de (sociale) media.

Het RIVM onderzocht hoe onbedoelde zwangerschappen worden ervaren met behulp van interviews met vrouwen en mannen die dit hebben meegemaakt. Daarnaast zijn groepsgesprekken gehouden met zorgverleners die keuzehulp bieden of besluitvormingsgesprekken houden in abortusklinieken.

Inleiding

Zevenpuntenplan onbedoelde (tiener)zwangerschappen
Onbedoelde zwangerschappen komen vaak voor [1-4]. Naar schatting hebben jaarlijks 3% van de mannen en 3% van de vrouwen in de leeftijd van 25 tot en met 49 jaar te maken met een onbedoelde zwangerschap. Onbedoeld zwanger raken kan een ingrijpende en emotionele gebeurtenis zijn, waarbij de vrouw in kwestie (en haar partner/omgeving) voor een moeilijke keuze kan komen te staan zoals over het al dan niet uitdragen van de zwangerschap [5, 6]. Dit was aanleiding voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) om in het zevenpuntenplan 'Onbedoelde (tiener)zwangerschappen' aandacht te geven aan de preventie van onbedoelde (tiener)zwangerschappen en aan de ondersteuning van zwangere vrouwen bij hun keuze bij een onbedoelde zwangerschap [7]. Daarbij is het onderscheid tussen onbedoeld, ongepland en ongewenst soms lastig en kan dit door elkaar lopen (zie Tekstbox 1). Het RIVM voert op verzoek van het ministerie van VWS een monitor uit naar dit programma [8, 9].

Tekstbox 1: Omschrijving 'onbedoelde, ongeplande en ongewenste zwangerschappen'
Een eenduidige definitie voor het begrip 'onbedoelde zwangerschappen' ontbreekt in de wetenschappelijke literatuur. Onder een 'onbedoelde zwangerschap' wordt vaak een 'ongeplande zwangerschap' verstaan [7, 10] . Echter, een ongeplande zwangerschap kan wel bedoeld zijn als er bijvoorbeeld een latent verlangen is naar een kind maar de zwangerschap niet bewust is gepland. Een ongewenste zwangerschap is van een andere orde waarbij vrouwen niet zwanger willen zijn. De kern bij onbedoelde, ongeplande en ongewenste zwangerschappen is dat er geen doordachte keuze voorafgaand aan de zwangerschap is gemaakt of dat risicogedrag (zoals ineffectieve/geen anticonceptie) resulteerde in een zwangerschap. Een onbedoelde zwangerschap is per definitie ongepland, en kan leiden tot een gewenste of ongewenste zwangerschap. Het is geen statisch begrip, het kan veranderen gedurende de zwangerschap.

Behoefte aan inzicht in ervaringen

Gedurende de ontwikkeling van de 'Monitor onbedoelde (tiener)zwangerschappen' zijn enkele lacunes in de kennis over onbedoelde (tiener)zwangerschappen opgemerkt die niet door bestaande literatuur of kwantitatief onderzoek te ondervangen zijn [8]. Het ministerie van VWS heeft het RIVM gevraagd te onderzoeken hoe onbedoelde zwangerschappen en ondersteuning hierbij worden ervaren (punt 3 uit het zevenpuntenplan). Hiervoor zijn twee onderzoeksvragen geformuleerd:

A. *Wat zijn ervaringen van vrouwen en mannen die in de afgelopen twee jaren te maken hebben (gehad) met een onbedoelde zwangerschap?*
B. *Wat zijn ervaringen van zorgverleners rondom de geboden keuzehulp/besluitvormingsgesprekken bij onbedoelde zwangerschappen?*

In deze factsheet worden de resultaten van dit onderzoek beschreven. Allereerst beschrijven we de gevolgde methode bij onderdeel A. Daarna komen de ervaringen van vrouwen en mannen aan bod. Vervolgens beschrijven we de methode voor onderdeel B en worden de ervaringen van zorgverleners beschreven. De factsheet sluit af met een beschouwing op de resultaten en suggesties voor verbetering voor toekomstig beleid.

Onderzoeksvraag A:
Wat zijn ervaringen van vrouwen en mannen die in de afgelopen twee jaren te maken hebben (gehad) met een onbedoelde zwangerschap?

Methode

Voor de dataverzameling zijn semi-gestructureerde interviews gehouden in de periode mei-juli 2021. Vierentwintig respondenten zijn geworven via een extern wervingsbureau, waarbij het bureau in het beschikbare panel heeft gezocht naar vrouwen en mannen die in de afgelopen twee jaren met een onbedoelde zwangerschap te maken hebben gehad. Er is specifiek gezocht naar deelnemers van verschillende leeftijden, met verschillende opleidingsniveaus en die in verschillende woon- en leefomstandigheden verkeerden. Voor de selectie van respondenten is een mail gestuurd vanuit het wervingsbureau met informatie over het onderzoek aan mensen in het panel die in de doelgroep zouden kunnen vallen. Zij konden zich aanmelden en moesten daarbij ook enkele vragen invullen. Alle mensen die zich aangemeld hebben, zijn vervolgens gebeld en met hen is een gesprek over het onderzoek gevoerd. Pas daarna zijn ze, na hun toestemming, als respondent uitgenodigd en is een interview ingepland. De selectie en de interviews liepen parallel aan elkaar, zodat de respondenten niet lang hoefden te wachten op het interview. De interviews vonden online plaats op voorkeursmomenten van de deelnemers. Eén respondent nam zelf contact op met de onderzoekers nadat deze recent contact had gehad met een GGD voor een keuzehulpgesprek, waarbij dit onderzoek is genoemd.

De onderzoekers hebben een interviewleidraad opgesteld waarbij de informatiebehoefte, steun en beslissing rondom de onbedoelde zwangerschap centraal stonden. De volgende onderwerpen kwamen tijdens de interviews aan bod: (1) zwangerschap, (2) informatie en ondersteuning, (3) omgeving, (4) rol partner/verwekker, (5) beslissing/keuze, (6) rol van de overheid, en (7) toekomst. De interviews werden online via Microsoft Teams afgenomen door twee onderzoekers, waarvan één gespreksleider en één notulist was. Voorafgaand aan het interview is toestemming gevraagd voor audio-opname. Na afronding van de factsheet zijn de audio-opnames verwijderd. De interviews duurden tussen de 30 en 60 minuten. Een toelichting op de data-analyse wordt beschreven in bijlage 1. Voor deelname aan het interview ontvingen respondenten een online cadeaubon.

Resultaten

Ervaringen met een onbedoelde zwangerschap

In totaal zijn 25 vrouwen en mannen geïnterviewd die tussen de 26 en 55 jaar oud waren, waarvan zes met een migratieachtergrond. Het betrof 19 vrouwen en 6 mannen. Onder de geïnterviewden waren twee stellen waarbij de man en vrouw afzonderlijk geïnterviewd werden. Sommige geïnterviewden zaten in een lange relatie en hadden meerdere kinderen, andere geïnterviewden waren alleenstaand of in een latrelatie. Twee vrouwen waren zwanger op het moment van het interview. In zeventien gevallen is de zwangerschap uitgedragen, in vijf gevallen is de zwangerschap afgebroken en drie zwangerschappen hebben geresulteerd in een miskraam. Alle zwangerschappen waren onbedoeld.

Uit de thematische analyse van deze interviews zijn zes thema's naar voren gekomen: (1) ontdekken van de zwangerschap, (2) keuze uitdragen/afbreken zwangerschap, (3) partner/verwekker, vrienden en familie, (4) zorg, (5) beleving zwangerschap, (6) taboe. Elk thema is hieronder verder beschreven aan de hand van subthema's.

1. Ontdekken van de zwangerschap

Eerste reactie: bekomen van de schrik
De geïnterviewden beschrijven hun eerste reactie als 'schrik' en 'shock'. Men was op het moment van het ontdekken van de zwangerschap niet bewust bezig met het krijgen van een kind. Ze noemen als oorzaak voor de zwangerschap dat zij geen (hormonale) anticonceptie gebruikten en een enkele keer onveilige seks hebben gehad. Een andere genoemde oorzaak was het condoom dat stuk ging. Het merendeel van de geïnterviewden geeft hierbij aan eigenlijk wel te weten dat men dan zwanger kan raken. Bij twee geïnterviewden die na onveilige seks de morning-after pil hadden genomen, bleek deze niet werkzaam.

Geïnterviewden koppelen in de eerste reactie positieve of negatieve gedachtes en gevoelens aan de zwangerschap, wat meestal een eerste idee gaf over of ze de zwangerschap wilden afbreken of uitdragen.

> *"De jongste is een verrassing. Het was wel meteen heel erg welkom maar we moesten bekomen van de schrik. We kwamen net terug van vakantie en ik was weer net op het werk. Mijn vrouw vertrouwde het niet en de test bleek positief. Ze belde me daarna op het werk op. Toen was ik wel even sprakeloos. Ze bleek al negen weken zwanger. Een combinatie van verbazing maar ook een cadeautje. Het is een mooi boefje geworden" (man, 37; zwangerschap uitgedragen).*

In enkele gevallen werd de zwangerschap voor een aantal dagen ontkend. Geïnterviewden gaven dan aan even tijd nodig te hebben om de situatie te laten bezinken of er even niet aan te willen denken.

> *"Ik was in shock, dit kan toch niet?" (vrouw, 40; zwangerschap uitgedragen).*

Eerste actie: contact met zorgverlener
De eerste actie die geïnterviewden vaak nemen is contact opnemen met een zorgverlener zoals de verloskundige, gynaecoloog of huisarts. Geïnterviewden die uiteindelijk een abortus hebben ondergaan, nemen vaak eerst contact op met de huisarts voor een verwijzing naar de abortuskliniek.

Ook geeft een groot deel aan eerst op internet te hebben 'gegoogeld' omdat men vaak niet weet wat de route binnen de zorg is en om de eerste vragen te beantwoorden.

> *"Waar ga je dan heen, moet je naar een verloskundige of moet je naar een huisarts?" (vrouw, 36; zwangerschap uitgedragen).*

Een onzekere periode
Een deel van de geïnterviewden geeft aan dat ze gevoelens van angst en onzekerheid ervaarden tijdens de zwangerschap. In sommige gevallen heeft dit te maken met onwetendheid; de geïnterviewden wisten niet wat hen te wachten stond met betrekking tot het verloop van de zwangerschap. Een ander deel gaf aan angst te voelen door hun gezondheid op dat moment. Zo hadden meerdere geïnterviewden die onbedoeld zwanger waren te maken gehad met miskramen en speelde onzekerheid of de zwangerschap deze keer goed zou gaan.

> *"Er was meteen een angst of het deze keer wel goed zou gaan" (man, 44; zwangerschap werd uitgedragen).*

2. Keuze uitdragen/afbreken zwangerschap

Afwegingen rondom keuze: tussen ratio en gevoel
De geïnterviewden hebben soms tijd nodig om alle afwegingen tussen het behouden en beëindigen van de zwangerschap op een rij te krijgen. Een enkeling is er meteen al uit; een geïnterviewde vond dat ook al was de zwangerschap onbedoeld, het leven zijn eigen weg volgt en een baby is daarbij welkom.

De geïnterviewden noemen de leeftijd van de vrouw, de mogelijke uitslag van de NIPT-test of negatieve ervaringen met een vorige zwangerschap als van belang bij de afweging om de zwangerschap al dan niet uit te dragen. De financiële situatie, de huidige baan of studie, het gebrek aan goede huisvesting of het nog bij de ouders inwonen worden ook genoemd als belangrijke overwegingen rondom de zwangerschap.

> *"Mijn partner had dus een grote kinderwens en ik dacht altijd zwanger worden dat is iets voor later. Maar ja, ik was 32, ik heb een vaste baan, ik heb een huis. Het was eigenlijk gewoon al later" (vrouw, 33; miskraam).*

Enkele geïnterviewden noemen dat goede woonruimte een prioriteit moet zijn voor vrouwen die een onbedoelde zwangerschap hebben. Op dit moment is hiervoor, volgens een geïnterviewde, niets geregeld.

De relatie met de partner/verwekker is belangrijk bij de afweging om de zwangerschap al dan niet uit te dragen. Als de partner/verwekker geen verantwoordelijkheid wil nemen voor de zwangerschap en het zorgdragen voor het kind is dat voor een geïnterviewde een reden om de zwangerschap af te laten breken. In enkele andere gevallen kiezen vrouwen ervoor om het kind alleen op te voeden en de zwangerschap dus uit te dragen. Soms leidt de onbedoelde zwangerschap tot twijfel over de relatie.

> *"Ik wil blijkbaar geen kindje van jou, dus dan zit de relatie toch niet helemaal goed" (vrouw, 36; zwangerschap afgebroken).*

De mening van belangrijke andere personen in de omgeving zoals overige kinderen in het gezin en de ouders van de zwangere zijn meestal niet doorslaggevend voor de geïnterviewden. Een ander element in de afweging is het beeld dat vrouwen en de partners/verwekkers van zichzelf hebben waar een kind al dan niet goed in past. Een geïnterviewde noemt dat een kind ten koste kan gaan van de eigen vrijheid en keuzevrijheid.

Informatievoorziening: behoefte aan informatie voor maken van goede keuze

Voor het maken van een keuze met betrekking tot het uitdragen of afbreken van de zwangerschap heeft een deel van de geïnterviewden geen aanvullende informatie nodig. Bijvoorbeeld als er eerder zwangerschappen zijn geweest en er al kinderen in het gezin zijn dan geven geïnterviewden aan niet op zoek te zijn gegaan naar informatie. Vrouwen die niet eerder zwanger zijn geweest hebben vaker behoefte aan informatie.

Hulp bij keuze: onbekendheid met keuzehulp

Bijna alle geïnterviewden weten niet dat er ondersteuning mogelijk is bij het maken van een keuze bij een onbedoelde zwangerschap. Een geïnterviewde denkt dat je hiervoor alleen maar bij een huisarts terecht kan.

> *"Als ik dat had geweten had ik dat misschien wel gedaan en zo'n instantie aangesproken" (vrouw, 39; zwangerschap uitgedragen).*

Een andere geïnterviewde geeft mee dat, doordat er een taboe op een onbedoelde zwangerschap heerst, ze het fijn vindt dat er een anonieme hulplijn is (zie thema 'Taboe'). Twee andere geïnterviewden geven aan behoefte te hebben gehad aan een anonieme hulplijn.

Uiteindelijke keuze: visie en gevoelens over abortus cruciaal in afweging

De opvattingen over abortus spelen een belangrijke rol in de keuze over het uitdragen of afbreken van de zwangerschap. Hierin kan de geloofsovertuiging meespelen en is het afbreken van de zwangerschap om die reden geen optie. Enkele geïnterviewden worstelden met hun geloof met betrekking tot abortus. Deze vrouwen kregen uiteindelijk onvoorzien te maken met een miskraam of met het afbreken van de zwangerschap wegens medische redenen en zo werd de keuze voor hen gemaakt.

> *"Ja het was ongewenst en ik zat er behoorlijk mee, maar achteraf gezien dacht ik 'wat zou ik ermee doen als het toch door was gegaan?' En gezien mijn geloofsovertuiging zou ik het houden" (vrouw, 42; miskraam).*

De geïnterviewden noemen het belang van het zelfbeschikkingsrecht van vrouwen in de keuze voor een abortus. Sommige geïnterviewden merken daarbij op dat ze een abortus alleen iets vinden voor andere mensen en niet voor zichzelf.

> *"Ik weet dus ook dat ik nooit een abortus zou kunnen laten plegen. Dat is een gevoel dat diep van binnen zit. Voor andere vrouwen kan ik me voorstellen dat er redenen zijn om een abortus te doen. Dat zelfbeschikkingsrecht van vrouwen is belangrijk" (vrouw, 40; miskraam).*

Een geïnterviewde noemt de omstandigheden en het gebrek aan zorg en liefde dat aan het kind geboden kan worden als mogelijke reden voor een abortus.

> *"Ik vind wel, je moet altijd kijken of jij je kindje het leven kan geven wat jij op dat moment je kindje zou willen geven. En als jij niet alles kan geven voor je kindje dan is je kindje... dan ben je beter af zonder je kindje, dan een kindje waar je geen 100% liefde aan kunt geven" (vrouw, 28; zwangerschap uitgedragen).*

3. Naaste omgeving

Inlichten omgeving: bijna altijd ingelicht
De geïnterviewden lichten hun omgeving vaak aan het begin van de zwangerschap in. Dit geldt voor zowel degenen die hebben besloten de zwangerschap uit te dragen, als voor degenen die besloten hebben de zwangerschap af te breken. Een klein deel heeft langer gewacht met het inlichten van de omgeving. Onder omgeving worden veelal partner/verwekker, familie, vrienden en collega's benoemd. De geïnterviewden die de zwangerschap hebben afgebroken vertellen dit niet altijd aan iedereen in de omgeving. Zo geeft een geïnterviewde aan dat ze het wel aan vriendinnen en collega's heeft verteld, maar niet aan haar moeder.

> *"Ik dacht om nou mijn moeder een soort van blij te maken met een dode mus, dat kon ik gewoon niet aan dus dat heb ik niet gedaan" (vrouw, 36; zwangerschap afgebroken).*

Reacties omgeving: na schrik vaak positiviteit
De eerste reactie van de partner/verwekker is overwegend positief, al gaat er bijna altijd een moment van schrik aan vooraf. Ook zijn er partners/verwekkers die direct enthousiast reageren. Sommige partners/verwerkkers leggen de keuze van het wel of niet afbreken van de zwangerschap bij de vrouw neer; dit speelt met name bij de geïnterviewden die besloten hebben de zwangerschap af te breken. De reactie vanuit de omgeving kan ook negatief zijn. Zo geeft een geïnterviewde aan dat haar partner het kind absoluut niet wilde houden, terwijl ze zelf een kinderwens had. Een andere geïnterviewde zegt dat haar partner negatief tegenover de zwangerschap stond, maar dat zijn gevoelens ook konden wisselen in deze tijdsperiode.

> *"De eerste dagen ging hij nog een beetje alle kanten op. Hij heeft ook nog een keer tussendoor geroepen "oké, als het bij jou welkom is, is het bij mij ook welkom." Maar ik kreeg 's avonds al appjes van 'ik ben compleet in paniek en ik neem aan jij ook, we moeten praten'. Wat er volgde waren heel veel lange en zware gesprekken, waarin het voor hem steeds groter en erger werd" (vrouw, 41; zwangerschap uitgedragen).*

De reacties vanuit de rest van de omgeving op de zwangerschap zijn overwegend positief, ondanks dat de allereerste reactie vaak als verrast of zelfs als shock wordt beschreven. Toch zijn er ook negatieve en bezorgde reacties. Zo ervaren enkele geïnterviewden een negatieve reactie vanuit de werkgever. Ook wordt er meer dan eens gereageerd met "nóg een kind?!", wanneer de geïnterviewde al meerdere kinderen heeft. Door de omgeving van een geïnterviewde die nog bezig was met haar opleiding werden zorgen uitgesproken over het afronden van de opleiding.

> *"Oh god, en nu? Jij wil opleiding afmaken. Ga je dat kunnen, ga je dat moeten verlengen… is dat wat je wilt?" (vrouw, 26; zwangerschap uitgedragen).*

Betrokkenheid omgeving: veel steun vanuit partner, familie en vrienden
De geïnterviewden ervaren veel steun van hun partner/verwekker, ongeacht of de zwangerschap werd uitgedragen of afgebroken. Echter, wanneer de geïnterviewde en de partner/verwekker niet op één lijn zitten omtrent het uitdragen of afbreken van de zwangerschap, ervaren geïnterviewden vaker geen steun, maar veel stress vanuit de omgeving.

> *"Hij ging er echt heen van 'yes het wordt weggehaald' en ik ging er een beetje naar toe van 'dit wil ik eigenlijk helemaal niet'. Hij had me daarna naar huis gebracht met een bos bloemen en een fruitmand, wat voor mij helemaal niets betekende natuurlijk" (vrouw, 37; zwangerschap afgebroken).*

Vanuit de rest van de omgeving ervaren de geïnterviewden overwegend veel steun. De meeste steun komt van familie en vrienden. Deze steun kan zowel mentaal als praktisch van aard zijn. Zo wordt onder praktische steun onder meer hulp bij boodschappen en het oppassen op de andere kinderen benoemd. Enkelen geven aan geen steun vanuit de omgeving nodig te hebben.

4. Zorg

Hulpverlening: verloskundige, huisarts en ziekenhuis bieden steun rondom (keuze) zwangerschap

Onder de geïnterviewden die de zwangerschap hebben uitgedragen zijn de meest genoemde vormen van hulpverlening gedurende de zwangerschap de verloskundige, de huisarts en het ziekenhuis. De geïnterviewden zeggen zowel rondom het maken van de keuze om de zwangerschap wel of niet uit te dragen, als tijdens de zwangerschap zelf voldoende hulp te hebben ervaren vanuit deze vormen van zorg en geen behoefte te hebben gehad aan meer zorgverlening. Eén geïnterviewde heeft gebruik gemaakt van een telefoonnummer voor extra advies rondom de keuze voor het uitdragen of afbreken van de zwangerschap. Een andere geïnterviewde heeft contact gezocht met de GGD voor ondersteuning en hulp. Vooral de verloskundige wordt meer dan eens genoemd als grote steun bij het maken van een keuze.

> *"Ik heb daar ook hulp bij ingeschakeld, deels de verloskundige heeft daar ook heel erg bij geholpen. Van 'maak echt een goede keuze' en ook een beetje wellicht het objectieve losgelaten en de mens achter ons gezien" (vrouw, 30; zwangerschap uitgedragen).*

Abortuszorg: wisselende ervaringen

Onder de mensen die te maken hadden met abortuszorg komen wisselende ervaringen naar voren. Een aantal geïnterviewden zegt de abortuskliniek als zakelijk te hebben ervaren. Andere geïnterviewden ervaren de zorg als goed, met als pluspunt de vriendelijkheid van de medewerkers. Eén geïnterviewde zegt een goede ervaring te hebben gehad, maar dat het proces wel erg makkelijk was. Hierbij doelt de geïnterviewde op dat haar één keer werd gevraagd of ze de zwangerschap echt wilde afbreken, waarna meteen werd overgegaan op uitleg van de procedure. De geïnterviewde vindt dit voor haarzelf oké, maar betwijfelt of een jongere doelgroep er voldoende over nagedacht heeft en daarmee het proces niet te snel gaat.

> *"Ik vond het goed, maar appeltje eitje. ... Maar je hebt natuurlijk ook meisjes van 18, die maken een keuze met ik denk misschien wel een hele andere achterliggende gedachte. Voor die meiden denk ik wel dat de drempel veel te laag is. Omdat ik me dan wel afvraag: hebben ze er wel goed over nagedacht. Ik als volwassen persoon, met natuurlijk veel meer ervaring dan een 18 jarige, weet ik waarvoor ik het doe en waar ik voor sta. Maar bij zo'n meisje van 18 vraag ik me af of ze weloverwogen besluiten maakt en wat voor impact dat heeft op haar verdere leven" (vrouw, 37; zwangerschap afgebroken).*

Door de geïnterviewde wordt daarom geopperd om jonge vrouwen meer psychische begeleiding te bieden, zoals hulp op maat in de verplichte vijf dagen bedenktijd tussen het eerste gesprek en de abortus. Ook zoeken geïnterviewden informatie over abortus op internet op, maar het blijkt vaak lastig de gewenste informatie te vinden. Meerdere geïnterviewden geven daarom aan behoefte te hebben aan betere informatievoorzieningen rondom abortus, zoals meer voorlichting en een overkoepelende website met alle benodigde informatie (waar kan je heen, waar moet je rekening mee houden, wat is het stappenplan, belangrijke vragen en overwegingen, etc.). Een dergelijke website zou mogelijk vanuit de overheid opgezet kunnen worden.

Ook over de periode na de abortus worden wisselende ervaringen genoemd. Een paar geïnterviewden ervaren opluchting en rust, al was hier niet altijd direct sprake van. Zo zegt een geïnterviewde zich in eerste instantie leeg te voelen, letterlijk en figuurlijk, maar bij het weerzien van haar partner veranderde dit gevoel in rust. Eén geïnterviewde heeft veel spijt van haar keuze en zegt er nooit vrede mee te kunnen hebben dat ze de zwangerschap heeft afgebroken.

Nazorg soms beperkt

De geïnterviewden geven aan dat ze de nazorg soms beperkt vinden, voornamelijk na een abortus of een miskraam. Ten aanzien van abortus zeggen de geïnterviewden dat je vooral zelf initiatief moet nemen wanneer je behoefte hebt aan nazorg.

> *"Ik kreeg geloof ik wel een folder mee met dat als ik erover wilde praten, dan kon ik contact opnemen. Of naar de huisarts" (vrouw, 44; zwangerschap afgebroken).*

Rondom abortus wordt geopperd om standaard nazorg te bieden waarin wordt nagegaan of het goed gaat, in plaats van dat mensen zelf de hulp op moeten zoeken.

> *"Een beetje zoals slachtofferhulp, het komt ook vanuit hun om te vragen of alles goed is in plaats van dat je het zelf moet opzoeken" (man, 28; zwangerschap afgebroken).*

Invloed COVID-19 pandemie: impact op meerdere vlakken

De COVID-19 pandemie heeft voor de geïnterviewden invloed gehad op de zorg. Afspraken met hulpverleners zoals de huisarts en verloskundige gingen niet door en/of de partner mocht niet mee naar afspraken. Een geïnterviewde zegt het gevoel te hebben dat haar partner minder betrokken is geweest bij de zwangerschap doordat deze niet mee mocht naar de echo's. Een mannelijke geïnterviewde geeft aan dat door de COVID-19 pandemie de bevalling extra spanning meebracht, doordat de partner enkel met een negatieve COVID-19 testuitslag aanwezig mocht zijn.

"Al die protocollen natuurlijk, dat zijn dingen die toch spanning geven. Zo van 'hey, dit komt er ook bij" (man, 55; zwangerschap uitgedragen).

5. Beleving zwangerschap

Mentale gezondheid onder druk

Een aantal geïnterviewden benoemt de ervaringen met hun mentale, (psychische) gezondheid tijdens de zwangerschap. De ervaringen met een verminderde mentale gezondheid zijn wisselend: soms is het enkel rondom het ontdekken van de zwangerschap, soms gedurende de hele zwangerschap en soms ook nog na de geboorte. Een enkele geïnterviewde heeft los van de zwangerschap te kampen met mentale problemen in de vorm van depressieve klachten, wat extra belastend werd tijdens de zwangerschap. Genoemde redenen voor een minder goede ervaren mentale gezondheid zijn het gevoel het kind niet te willen, een partner die niet achter de zwangerschap staat en de aanwezigheid van mentale problemen voorafgaand aan de zwangerschap.

"Ik kon 's avonds niet slapen en elke dag sleepte ik me weer voort. En af en toe dacht ik ook van na ja, als ik het kindje niet voel dan prima weet je wel, dan is het toch vanzelf weg. Dat gevoel had ik ook af en toe. ... Ik ben nu harstikke blij met haar, dat ze geboren is en gezond is. Ze maakt ons leven compleet, maar op dat moment stond ik er niet zo in" (vrouw, 39; zwangerschap uitgedragen).

Verbintenis met kind: band creëren tijdens zwangerschap soms moeilijk

Niet elke geïnterviewde die de zwangerschap uitdraagt voelt meteen een band met het kind gedurende de zwangerschap. Meerdere geïnterviewden geven aan moeite te hebben een band op te bouwen met hun kind tijdens de zwangerschap. De band met het kind komt bij iedere geïnterviewde wel na de geboorte; bij sommigen is dit meteen en bij anderen moest de band groeien.

"Dat gevoel van 'ik wil de zwangerschap voldragen', echt dat willen willen, heb ik nooit tijdens mijn zwangerschap gekregen. Pas toen de baby er was en ik hem vasthield, toen kwam pas een gevoel bij hem. Daarvoor kon ik het niet opbrengen" (vrouw, 37; zwangerschap uitgedragen).

6. Taboe

Onbedoelde zwangerschap: meer aandacht nodig voor alle leeftijdsgroepen

Rond onbedoelde zwangerschappen heerst volgens de geïnterviewden een taboe. Er wordt weinig over gepraat in de omgeving. Geïnterviewden vinden dat er vanuit de overheid weinig aandacht voor is en dat de aandacht die er wel is voornamelijk gericht is op tienerzwangerschappen. Dit terwijl geïnterviewden aangeven dat onbedoelde zwangerschappen niet alleen onder tieners spelen en ze zich dan ook niet associëren met deze groep. Een suggestie die vanuit de geïnterviewden wordt gegeven is meer bewustwording te creëren dat een onbedoelde zwangerschap onder alle leeftijden kan voorkomen. Het zou volgens geïnterviewden goed zijn dit op verschillende plekken zichtbaar te maken zowel via flyers als via sociale media, waarbij verhalen gedeeld worden door mensen die hetzelfde meemaken.

"Het is echt wel een onderwerp die een beetje taboe blijft of lijkt. Ik bedoel, als ik in mijn omgeving hoor van ik ben ineens zwanger geraakt, er zijn heel veel mensen die het meemaken denk ik. Maar ze praten er niet over, het gaat de doofpot in" (vrouw, 39; zwangerschap uitgedragen).

Abortus: meer voorlichting en informatievoorziening gewenst

Ook zeggen meerdere geïnterviewden dat er nog altijd een taboe op abortus heerst. Een aantal geïnterviewden praat daarom zelf niet of weinig met anderen over hun eigen ervaring met abortus. Anderen praten er wel over, ondanks hun gevoel dat er een taboe op abortus heerst, met als reden dat het een weloverwogen keuze is geweest en men zich daarvoor niet hoeft te schamen. Geïnterviewden zouden het goed vinden als het taboe op abortus wordt doorbroken, bijvoorbeeld door betere voorlichting en informatievoorziening.

"Ik hoorde daarna pas toen ik het tegen mensen vertelde, want ik ben een vrij open persoon, maar daarna hoorde ik dus pas ook van andere meiden van 'ja, ik heb het ook een keer laten doen'. En die hebben dat nooit verteld. Dus daaraan merkte ik wel van oké, dat is wel een groot taboe waarschijnlijk" (vrouw, 36; zwangerschap afgebroken).

Onderzoeksvraag B:
Wat zijn ervaringen van zorgverleners rondom de geboden keuzehulp/besluitvormingsgesprekken bij onbedoelde zwangerschappen?

Methode

Voor onderdeel B zijn in mei tot juli 2021 vier focusgroepen gehouden met zorgverleners die keuzehulp bieden of betrokken zijn rondom de besluitvorming van een onbedoelde zwangerschap. Homogene focusgroepen, met deelnemers van vergelijkbare organisaties, zijn gevormd zodat iedereen vrij kon spreken over zijn/haar ervaringen en er meer diepgang in de discussie bereikt kon worden. De deelnemers zijn geworven via bestaande netwerken van de onderzoekers en via de leden van de klankbordgroep van de 'Monitor onbedoelde (tiener)zwangerschappen'. De eerste twee focusgroepen bestonden uit zorgverleners die keuzehulp bieden vanuit de GGD en vanuit Fiom Altra (acht deelnemers). De derde focusgroep bestond uit zes zorgverleners die werken in de abortuszorg (abortusartsen / verpleegkundigen) en de vierde focusgroep bestond uit vijf maatschappelijk werkers die keuzehulp bieden via Siriz. Alle deelnemers aan de focusgroepen voeren keuzehulp- of besluitvormingsgesprekken uit en hebben daarnaast ook andere taken, bijvoorbeeld op het gebied van preventie en voorlichting, bij de ondersteuning van zwangere vrouwen of in de abortuszorg. Per focusgroep waren drie tot zes deelnemers aanwezig; in totaal hebben 19 mensen deelgenomen. De focusgroepen werden online gehouden via Microsoft Teams met twee onderzoekers, waarvan één gespreksleider en één notulist was.

De focusgroepen werden gehouden aan de hand van een vooropgestelde gesprekshandleiding waarbij keuzehulp / besluitvorming en mogelijke suggesties voor verbetering centraal stonden. Onderwerpen die aan bod kwamen waren: (1) het proces en organisatie van de keuzehulp/besluitvorming, (2) de invloed van de COVID-19 pandemie op dit proces, (3) positieve en negatieve ervaringen van de keuzehulp- of besluitvormingsgesprekken en (4) verbeterpunten. Tijdens de focusgroepen werd interactief gewerkt met online post-its (Softwaretool MURAL) om ideeën te verzamelen. Aan de deelnemers van de focusgroepen is voorafgaand aan de focusgroep toestemming gevraagd voor audio-opname van het online gesprek. Na afronding van de rapportage zijn de audio-opnames verwijderd. De focusgroepen duurden gemiddeld 90 minuten. Een toelichting op de data-analyse wordt beschreven in bijlage 1.

Keuzehulp- en besluitvormingsgesprekken, wat houden deze in?

Bij keuzehulpgesprekken worden vrouwen en eventuele partners/verwekkers begeleid in het maken van een keuze ten aanzien van een onbedoelde zwangerschap. Keuzehulp wordt geboden door geregistreerde keuzehulpverleners die werkzaam zijn bij Fiom Altra, Fiom Utrecht, FIOM Den Haag, Siriz en de centra voor seksuele gezondheid van de GGD (sense). Keuzehulpaanbieders kunnen zich jaarlijks aanmelden bij de Open House Keuzehulp en iedereen die aan de kwaliteitseisen voldoet wordt hiervoor toegelaten en kan de kosten van keuzehulp declareren bij VWS.
Vanuit de Wet Afbreking Zwangerschap heeft de abortusarts een verplichting om na te gaan dat de vrouw haar keuze goed heeft overwogen en vrijwillig maakt. Dit is een zogenaamd besluitvormingsgesprek. Dit geldt ook voor de huisarts die een verwijzing verzorgt voor een abortuskliniek. Dit maakt de gesprekken bij een huisarts of kliniek in aard anders dan de gesprekken bij een keuzehulpverlener.

Resultaten

Uit de analyse van de focusgroepbijeenkomsten kwamen vijf thema's naar voren: (1) rol van de zorgverlener, (2) organisatie van de zorg, (3) de rol van COVID-19, (4) positieve aspecten van keuzehulp, (5) negatieve aspecten van keuzehulp en mogelijke oplossingen hiervoor. Deze komen hieronder aan bod en worden beschreven aan de hand van subthema's.

1. Rol van de zorgverlener

Hulp aan cliënten is veelzijdig en objectief

Zorgverleners geven aan dat hun rol veelzijdig is, waarbij ze noemen dat ze er voor iedereen zijn. Ze proberen iedere situatie objectief te observeren en goed te luisteren naar de cliënt. Sommige zorgverleners geven aan cliënten een spiegel voor te houden en kijken met hen vanuit verschillende kanten naar de situatie rondom de onbedoelde zwangerschap. Dit geldt voor zowel zorgverleners die keuzehulp als abortuszorg bieden.

> *"Je helpt namelijk de ander om te reflecteren. Zelf doe je heel weinig maar je laat hen nadenken en helpt anderen om tot een keuze te komen" (Focusgroep 2).*

Daarbij geven de zorgverleners aan dat mensen vaak in een lastig parket zitten. Zo voelen zij zich soms erg alleen of dringt de tijd omdat de zwangerschap al verder gevorderd is en een eventuele afbreking van de zwangerschap binnen een bepaalde periode dient te gebeuren. Zorgverleners geven aan dat er na een eerste gesprek vaak nog geen oplossing is voor alle problemen maar dat de cliënt wel weer een beetje op weg is geholpen.

De zorgverleners vinden dat je onpartijdig en neutraal moet zijn. In alle focusgroepen kwam dit aspect naar voren. Ze lichten toe dat ze cliënten zo goed mogelijk laten voelen dat iedere keuze die gemaakt wordt goed is: of cliënten nu besluiten hun zwangerschap af te laten breken of deze uit te dragen. Een aantal zorgverleners werkt bij een organisatie met christelijke waarden (genaamd Siriz). Meer informatie over de christelijke waarden van Siriz is te vinden via: https://www.siriz.nl/over-siriz.

> *"Wat ik terug hoor van mensen is dat het een plek is zonder oordeel. Hier kunnen de mensen alles zeggen, hier zien we mensen. Ze gaan met rechtere rug de deur uit" (Focusgroep 1).*

2. Organisatie van de zorg

Route naar keuzehulp is vergelijkbaar tussen keuzehulporganisaties

De procedure rondom keuzehulp is bij de keuzehulporganisaties zeer vergelijkbaar. Vaak neemt een cliënt die behoefte heeft aan keuzehulp eerst contact op met Fiom, waarna deze de cliënt doorverwijst naar de keuzehulporganisatie naar keuze. Een enkele keer melden cliënten zich rechtstreeks bij de keuzehulporganisatie of via een andere zorgverlener zoals de huisarts of de verloskundige. Binnen de keuzehulporganisaties in verschillende regio's wordt vervolgens overlegd welke zorgverlener beschikbaar is om de hulpvraag op te pakken.

De meeste zorgverleners geven aan dat er tenminste één keuzehulpgesprek is waarna een tweede gesprek altijd mogelijk is. Als dit gewenst is wordt dit op korte termijn gepland. Ook is eventueel een derde gesprek mogelijk. Soms gaat het niet alleen om face-to-face gesprekken maar is het een mix van face-to-face met telefonisch contact en/of beeldbellen. Dit laatste komt voor sinds de COVID-19 pandemie. Regelmatig is bij het tweede gesprek de partner aanwezig. Sommige zorgverleners hebben altijd na het eerste gesprek een nabelgesprek, anderen als de cliënt hierom vraagt.

Er zijn verschillende gesprekstechnieken die gebruikt worden door keuzehulpverleners. Sommige zorgverleners geven aan tijdens het keuzehulpgesprek de zogenaamde 'stoelenmethode' te gebruiken. Daarvoor gebruik je drie stoelen waarbij iedere stoel staat voor een bepaald type beslissing over de onbedoelde zwangerschap.

> *"Je zet 3 stoelen neer voor de vrouw. 1 stoel staat voor zwangerschap uitdragen en wat dit betekent voor de zwangere, hoe voelt dit en bijvoorbeeld hoe ziet je leven eruit over 5 jaar, bij de tweede stoel staat de vrouw stil bij de keuze voor de abortus, de derde stoel staat voor de adviesstoel en kunnen vrouwen vooruitlopen op hun beslissing. Hierdoor komen de vrouwen goed bij hun gevoel, dit is bijzonder om te zien. Het is een mooie methode" (Focusgroep 1).*

Besluitvormingsgesprekken binnen de abortuszorg: vaak is de keuze al gemaakt

Binnen de abortuszorg is het anders geregeld. Mensen melden zich rechtstreeks bij de abortuskliniek of hebben een verwijzing, bijvoorbeeld van de huisarts. Zorgverleners geven aan dat cliënten vaak al een duidelijke keuze hebben gemaakt. In dat geval is er geen behoefte aan een keuzehulpgesprek. Indien er door de zorgverleners twijfel wordt opgemerkt bij de cliënt voeren zij wel een besluitvormingsgesprek of verwijzen ze door naar Fiom of een keuzehulporganisatie.

"Iemand komt binnen en maakt een afspraak. Meldt zich bij de balie. De arts of verpleegkundige haalt deze persoon op voor een echo. Soms hebben de cliënten een gesprek met een verpleegkundige maar in ieder geval met een arts. De meeste mensen hebben al voor ogen wat ze willen, dat check je. Als er twijfels zijn dan maak je een nieuwe afspraak of verwijs je door voor keuzehulpgesprekken" (Focusgroep 3).

De zorgverleners benoemen dat zodra er maar enige twijfel is, ze de vrouwen vragen wat ze nodig hebben om een beslissing te maken en wat hen hierbij kan helpen. In dat geval verwijzen ze vrouwen door naar een andere organisatie. Vrouwen geven daarbij vaak aan dat ze liever niet opnieuw hun verhaal aan een andere zorgverlener, bij een andere organisatie, willen vertellen. De zorgverleners vanuit de abortuszorg vinden het soms vervelend dat zij zelf niet de aanvullende keuzehulp kunnen bieden en de vrouwen naar een keuzehulporganisatie of Fiom moeten verwijzen. Ze geven aan dat zulke keuzehulpgesprekken niet gefinancierd worden voor de abortuskliniek.

3. De invloed van COVID-19 op de keuzehulp- en besluitvormende gesprekken

De zorg moest door

Vóór de COVID-19 pandemie vonden alle gesprekken op locatie plaats, m.u.v. Siriz die ook gebruik maakt van een chatfunctie. De pandemie heeft voor de GGD'en de mogelijkheid geopend om ook op een andere wijze contact te hebben met cliënten, zoals telefonisch, via beeldbellen of via een online meeting. De zorgverleners geven aan dat dit voordelen biedt. Het scheelt veel reistijd en de gesprekken zijn flexibeler in te plannen en dat vinden cliënten prettig.

"Voor COVID kwam iedereen standaard op de GGD, dat was wel het verzoek, ook vanuit ons. Als iemand iets anders wilde, kon dat wel, maar had niet de voorkeur. Maar nu bevalt telefonisch ook zo goed dus zou je de keuze wel kunnen voorleggen" (Focusgroep 1).

Een online gesprek met de partner erbij wordt wat lastiger ervaren door de zorgverleners. Een ander nadeel dat wordt benoemd is het gebrek aan inzicht in non-verbale communicatie in de gesprekken. Zorgverleners van GGD'en geven aan dat er van april tot einde zomer 2020, tijdens de eerste lockdown, minder cliënten een beroep deden op keuzehulp. Mogelijk zagen mensen, vooral jongeren, elkaar minder vaak, waren er minder feestjes en daardoor minder onbedoelde zwangerschappen. Dit beeld wordt niet herkend door zorgverleners bij andere organisaties.

Zorgverleners vanuit de abortusklinieken geven aan dat voor de abortuszorg de COVID-19 pandemie heftig was, zeker in het begin. Er was daardoor minder tijd voor de begeleiding van vrouwen en voor de partner. Een zorgverlener geeft aan dat COVID-19 in enkele gevallen meer drempels heeft gegeven om abortushulp te zoeken maar dat voor het grootste deel de abortuszorg gewoon is doorgegaan, zelfs voor mensen die met COVID-19 besmet waren. Het vergde veel van alle medewerkers. De zorgverleners geven ook aan dat de abortuszorg niet uitgesteld kón worden. Ongewenst zwangeren willen, als ze een keuze gemaakt hebben, niet onnodig lang(er) wachten alvorens ze geholpen worden. Het is medische zorg die niet zomaar uitgesteld of afgeschaald kan worden.

"We zijn niet afgeschaald en hebben keihard doorgewerkt. Videobellen hebben we soms toegepast. Gelukkig is iedereen nu bijna gevaccineerd. Hierdoor kan de begeleiding ook weer uitgebreider gegeven worden. Hier past een compliment voor alle medewerkers, want abortuszorg stond niet bovenaan de lijstjes" (Focusgroep 3).

4. Positieve aspecten van de keuzehulp-verlening en abortuszorg

Zorg op maat

Zorgverleners geven aan dat vrouwen en eventuele partners/verwekkers die een beroep doen op keuzehulp snel terecht kunnen en op diverse manieren contact kunnen leggen. Afgestemd op de wensen van de vrouw en partner/verwekker kan dat in de meeste gevallen telefonisch, face-to-face, in een online gesprek of via de chat. De openingstijden zijn ruim; als vrouwen na hun werk een afspraak willen dan kan dat in veel gevallen. Ook binnen de abortusklinieken is er zorg op maat. Er wordt gekeken welke hulpvragen vrouwen hebben en wat ze nodig hebben op het specifieke moment. Zo krijgen vrouwen bij twijfel over hun keuze altijd meer bedenktijd, ze krijgen een extra gesprek of worden verwezen naar een keuzehulpverlener.
De deelnemers waarderen de trainingen en steun vanuit Fiom. Daarnaast verwijst Fiom goed door naar de keuze-hulporganisaties als een cliënt zich bij Fiom meldt. Er wordt aangegeven dat Fiom een neutrale partij is, wat ook als positief wordt ervaren.

Kwaliteit van zorg is hoog

Als het gaat om de werkbeleving geven de zorgverleners aan de afwisseling in het werk erg te waarderen. Ook is er tevredenheid over de kwaliteit van de zorg die zij kunnen leveren. In de abortuszorg zijn de zorgverleners ook tevreden over de zorg:

> *"In Nederland kunnen we iets unieks, de instrumentele kant is perfect geregeld met jarenlange ervaring. Daar zijn we trots op" (Focusgroep 3).*

Zorgverleners geven aan dat ze de samenwerking met collega's als prettig ervaren. In de abortuszorg wordt aangegeven dat er een goede samenwerking is binnen de klinieken. Ook hebben de zorgverleners die keuzehulp bieden het gevoel dat hun werk gewaardeerd wordt en zinvol is.

> *"Het zijn gesprekken die je nooit meer vergeet. Je hebt het gevoel dat je iets bereikt samen, dat is heel bijzonder op een belangrijk moment in iemands leven. Een kijkje in iemands leven. Het voelt als heel waardevol, het geeft voldoening en is uitdagend" (Focusgroep 2).*

Hulp aan cliënten: onafhankelijke hulp waarmee cliënten verder kunnen

Met betrekking tot de hulp die zij bieden aan de cliënten wordt 'empowerment' en het 'in eigen kracht zetten van de cliënt' meerdere keren genoemd. Hierbij stellen de deelnemers dat ze cliënten handvatten reiken om hen te helpen om weer in hun eigen kracht te komen te staan. Hierbij wordt bijvoorbeeld genoemd dat de zorgverleners cliënten helpen om meer inzicht te krijgen in de situatie:

> *"Je moet op zoek naar de angel in het geheel, het pijnpunt van waar de vrouw in zit. Op een bepaalde manier ga je de vrouw helpen om meer inzicht te geven, het pijnpunt op te sporen, waar is iemand bang voor, ook naar de partner, en de omgeving, de steunpilaren. Je helpt de ander te ordenen, te ontrafelen wat er allemaal een rol speelt" (Focusgroep 2).*

De zorgverleners willen een veilige ruimte creëren waarin het onderwerp besproken kan worden en waar geen 'goed' of 'fout' telt. Daarbij vinden de zorgverleners het belangrijk dat ze onafhankelijk en neutraal zijn.

> *"Je probeert dat ze weer bij hun eigen perspectief terecht te komen. Andere mensen hebben vaak een mening hierover. Soms zijn dit ook aannames die de vrouwen hebben over andere mensen. Misschien kun je soms wel een vraagteken zetten onder de aannames die soms in de hoofden zitten van mensen. Dit wordt gewaardeerd door cliënten. Je bent onafhankelijk, en geeft informatie. Je gaat na hoe de cliënten zich tot deze informatie verhouden" (Focusgroep 4).*

De zorgverleners benoemen ook dat het positief is als de partner/verwekker betrokken wordt tijdens de keuzehulp-gesprekken. Ze geven aan dat tijdens een gesprek met een zorgverlener partners beter naar elkaar lijken te luisteren dan in de thuissituatie. De abortuszorgverleners noemen het belang van het bieden van een luisterend oor. Mensen kunnen soms nergens anders terecht vanwege het taboe op abortus.

> *"De professionaliteit die we op meerdere gebieden hebben; een luisterend oor, soms juist weer wat luchtigheid, het onderwerp anticonceptie. Hierdoor wordt een abortus voor de mensen draaglijk. We zijn allemaal ervaren medewerkers" (Focusgroep 3).*

5. Negatieve aspecten en mogelijke oplossingen

De organisatie en financiering van de zorg: vindbaarheid en nazorg kan beter

Zorgverleners geven aan dat er volgens hen weinig bekendheid is met betrekking tot de keuzehulp onder de bevolking, maar ook onder ketenpartners en met name onder huisartsen. Ze menen dat het voor cliënten niet altijd duidelijk is hoe ze bij een keuzehulporganisaties terecht kunnen komen. Er zijn verschillende kanalen waaruit cliënten de weg zouden moeten kunnen vinden naar keuzehulpverleners, maar deze zijn niet altijd vindbaar volgens de zorgverleners. Daarnaast wordt genoemd dat cliënten erg zelfredzaam moeten zijn om de keuzehulp te vinden.

> *"Betere zichtbaarheid bij de vrouwen zelf zou ook wel goed zijn. Er komt waarschijnlijk maar een topje van de ijsberg bij ons" (Focusgroep 1).*

Als mogelijke oplossing dragen de zorgverleners aan dat er meer voorlichting nodig is rondom de verschillende organisaties die werkzaam zijn binnen de keuzehulp- en besluitvormingsgesprekken. Daarbij is het van belang het netwerk in beeld te hebben en een sociale kaart hiervoor te kunnen inzetten. Ook wordt een aanvullende campagne vanuit VWS als optie aangedragen. Daarbij wordt wel genoemd dat het van belang is om de taboe rondom abortus en onbedoelde zwangerschappen te doorbreken *(zie verder het thema taboe)*.

De zorgverleners geven ook aan dat soms de praktische organisatie, zoals voldoende goede locatievoorzieningen voor een persoonlijk gesprek, verbeterd kan worden. Daarnaast geven zorgverleners aan dat de vereisten voor financiering en administratie als intensief worden ervaren. Een mogelijke oplossing die hiervoor wordt aangedragen is om te gaan werken met vaste tarieven. Nu zit bijvoorbeeld de scholing in de declaratie van de gesprekken verwerkt. Een suggestie van de deelnemers is om dit apart te financieren.

> *"De administratie voelt een beetje als wantrouwen omdat je elke punt en komma moet verantwoorden" (Focusgroep 1).*

Financiering rondom abortuszorg en keuzehulpgesprekken wordt als een knelpunt gezien door de zorgverleners. Abortuszorgverleners dragen aan om aanvullende erkende keuzehulpgesprekken binnen de abortuszorg te mogen organiseren zodat ze hiervoor niet hoeven door te verwijzen naar andere organisaties. Nu maakt het besluitvormingsgesprek vaak onderdeel uit van de intake van de cliënt. Bij veel twijfel verwijzen zorgverleners cliënten door naar erkende keuzehulporganisaties omdat er binnen de abortuszorg geen geld en ruimte is voor keuzehulp.

Een ander probleem is volgens de zorgverleners het gebrek aan voldoende nazorg, zowel na een abortus als na een keuzehulpgesprek. Ook is genoemd dat er geen financiële ruimte is voor extra gesprekken en het inhuren van een tolk als dat nodig is. Volgens de zorgverleners zou nazorg gestandaardiseerd moeten worden en is meer financiering hiervoor de oplossing.

> *"Dat is zo apart terwijl het wel een belangrijk stukje van je werk kan zijn. Hier zouden wij of ook psychologen een rol kunnen hebben. Dat is jammer. Je zou bijvoorbeeld meer tijd willen hebben om uitgebreider bij de anticonceptie willen staan. Dit is deels wegbezuinigd. Meer geld is hiervoor nodig" (Focusgroep 3).*

De chatfunctie die bij bepaalde keuzehulporganisaties wordt gebruikt, is ook beperkt doordat er geen financiering voor is. Hierdoor zijn er geen mogelijkheden om extra hulp in te zetten als vragen iets verder reiken dan keuzehulpvragen.

Posities van de organisaties: transparantie is belangrijk

Uit de focusgroepgesprekken komt naar voren dat er soms zorgen onder de zorgverleners zijn over hoe andere partijen hun werk doen. Een aantal zorgverleners gaf aan signalen te hebben gekregen dat abortusklinieken sturend en moeilijk benaderbaar zijn. Anderzijds wordt door sommige zorgverleners twijfel uitgesproken over de neutrale positie van bepaalde keuzehulporganisaties en geven sommige abortuszorgverleners aan dat ze het gevoel hebben weinig gewaardeerd te worden binnen de zorg.

> *"Je weet niet wat er in spreekkamer besproken wordt. Hoe transparant is de keuzehulp? Ik weet het gewoon niet. Hier moet iedereen scherp op blijven" (Focusgroep 1).*

"Van niet erkende keuzehulp weten we niet veel. Ze doen ook vaak mooi werk maar hoe onafhankelijk is het? Daar moeten we over in gesprek blijven" (Focusgroep 1).

Ook wordt aangehaald dat het van belang is om transparant te blijven en het debat open te houden rondom keuzehulp en abortuszorg. Samenwerking en onderlinge intervisiemomenten kunnen hierbij helpen.

"Dat is een eerste stap om met elkaar in gesprek te komen. En ik hoop dat vanuit VWS ook de eisen voor transparantie en onafhankelijkheid blijven. Dat is de basis. Dit mag nog wel wat aangescherpt worden" (Focusgroep 1).

Taboe: meer bekendheid is nodig

De zorgverleners geven aan dat er een taboe heerst op zowel onbedoelde zwangerschappen als op abortus. Daarnaast wordt aangegeven dat het beeld dat over onbedoelde zwangerschappen is gevormd ook vaak onjuist is, namelijk als een probleem van de vrouw die dit treft. Daarbij is ook de verantwoordelijkheid van de man van belang.

"Mannen moeten hun eigen verantwoordelijkheid pakken... het is een domme actie om de verantwoordelijkheid helemaal bij de vrouw te laten. Ik bedoel dus ook betere voorlichting voor de mannen" (Focusgroep 4).

De zorgverleners benadrukken het belang van het doorbreken van het taboe rondom onbedoelde zwangerschappen en abortus door beide onderwerpen meer bekendheid te geven onder zowel de bevolking als ketenpartners. Meer voorlichting wordt als oplossing gegeven door bijvoorbeeld meer feitelijk juiste en neutrale aandacht te besteden aan onbedoelde zwangerschappen en abortus in soaps en op social media.

Beschouwing

In dit onderzoek hebben we aan de hand van interviews onderzocht wat de ervaringen zijn van vrouwen en mannen die te maken hebben gehad met een onbedoelde zwangerschap. Daarnaast hebben we tijdens focusgroepbijeenkomsten, positieve en negatieve ervaringen verzameld van zorgverleners die keuzehulp bieden of betrokken zijn rondom de besluitvorming van een onbedoelde zwangerschap. Daarbij werden ook mogelijke oplossingen genoemd. De interviews en focusgroepen hebben suggesties voor verbetering rondom keuzehulp en besluitvormingsgesprekken opgeleverd die hieronder worden besproken.

Steun voornamelijk vanuit eigen omgeving en reguliere zorg; de bekendheid met keuzehulp lijkt beperkt

Vrouwen en mannen die te maken hebben met een onbedoelde zwangerschap geven aan vaak zelf tot de beslissing te komen met betrekking tot het uitdragen of afbreken van de zwangerschap. De partner en andere naasten bieden vaak voldoende steun voor de zwangere en/of verwekker in deze situatie. Reguliere zorgverleners zoals verloskundigen en de huisarts spelen ook een grote rol in de ondersteuning van mensen met een onbedoelde zwangerschap; ook als de betrokkene nog geen beslissing genomen heeft over het uitdragen van de zwangerschap. Veel geïnterviewden geven aan als eerste contact op te nemen met een verloskundige voor steun en advies; op de tweede plaats komt de huisarts. Tegelijkertijd is de bekendheid met de mogelijkheid van keuzehulpgesprekken nog beperkt onder de geïnterviewden: vrijwel alle geïnterviewde vrouwen en mannen geven aan dat ze niet op de hoogte waren van deze keuzehulp. Een enkeling had hier wel gebruik van willen maken als ze van het bestaan geweten had. Zorgverleners, werkzaam bij keuzehulporganisaties, herkennen deze onbekendheid met keuzehulp. In het kwantitatieve onderzoek van de 'Monitor Onbedoelde (tiener)zwangerschappen' worden cijfers over het aantal gevoerde keuzehulpgesprekken genoemd. Dit geeft een vergelijkbaar beeld. Zo laat het zien dat ongeveer 30% van de vrouwen en mannen die een beroep deden op keuzehulp hierop gewezen zijn door een zorgverlener zoals de huisarts [9]. Zorgverleners van abortusklinieken pleiten ervoor dat ze zelf meer dan één besluitvormingsgesprek willen en kunnen voeren als vrouwen hier behoefte aan hebben. In dat geval hoeven zij wellicht niet doorverwezen te worden naar een keuzehulporganisatie en opnieuw hun verhaal te vertellen.

Goede verwijzing en betere vindbaarheid van informatie lijkt nodig

Uit de interviews en focusgroepen komt naar voren dat er meer aandacht voor de mogelijkheid om gebruik te maken van keuzehulp bij een onbedoelde zwangerschap is gewenst. Wellicht geldt dit gebrek aan bekendheid van keuzehulp ook onder de algemene bevolking en bij zorgverleners zoals huisartsen die nog weinig lijken door te verwijzen naar keuzehulporganisaties. Vaak zijn huisartsen alleen op de hoogte van Fiom, die vervolgens de cliënt doorverwijst. De sociale kaart met keuzehulporganisaties die online beschikbaar is, zou daarbij behulpzaam kunnen zijn (https://www.onbedoeldzwanger.info/hulp-in-jouw-buurt). Daarnaast kunnen de keuzehulporganisaties ook zelf meer aandacht voor dit werkterrein vragen, bijvoorbeeld op hun website. De geïnterviewden gaan vaak online op zoek naar informatie maar vinden daarbij niet altijd de website onbedoeldzwanger.info. Een informatieve website over de gang van zaken binnen abortusklinieken wordt ook gemist door geïnterviewden en kan hen wellicht voorzien van informatie die zij nodig hebben.

Nazorg kan beter

Een ander punt van aandacht is het gebrek aan goede nazorg bij een onbedoelde zwangerschap of een abortus. Zowel een deel van de geïnterviewde vrouwen en mannen als zorgverleners noemen dit als een gemis. Sommige vrouwen en mannen hebben hun onbedoelde zwangerschap en de afloop hiervan als ingrijpend ervaren en misten hierbij professionele nazorg. Bij een onverwerkte onbedoelde zwangerschap of abortus kunnen vrouwen en mannen terecht bij de eigen huisarts, maar dit wordt door de geïnterviewden als een drempel ervaren. Nazorg zou volgens hen bijvoorbeeld beter geleverd kunnen worden door zorgverleners die hen begeleid hebben tijdens de zwangerschap, tijdens de keuzehulpgesprekken of tijdens de zorg in de abortuskliniek. Het is daarbij opvallend dat, volgens de literatuur, slechts een beperkt deel van de vrouwen die een abortus gehad hebben terugkomt naar de kliniek voor een nacontrole [11]. Wellicht speelt de onbekendheid met deze mogelijkheid hierbij een rol.

Ervaren taboe op onbedoelde zwangerschap en abortus

Vrouwen en mannen die te maken hebben gehad met een onbedoelde zwangerschap of een abortus ervaren vaak een taboe om hierover te praten, zo komt uit de interviews. Zorgverleners in de focusgroepen merken dit ook op. Het maakt dat de vrouwen en mannen in kwestie zich soms alleen en weinig gesteund voelen door hun omgeving. Zorgverleners in de focusgroepen vinden het belangrijk om meer blijvende aandacht met feitelijke juiste en eerlijke informatie voor deze onderwerpen te houden, bijvoorbeeld bij de overheid, via het onderwijs en via de (sociale) media. Hierbij is het van belang om meer bewustzijn te creëren rondom het vóórkomen van onbedoelde zwangerschappen onder een brede bevolkingsgroep (wat betref leeftijd en opleidingsniveau), zodat een diverse groep zich kan identificeren.

Sterke punten en beperkingen van dit onderzoek

In dit onderzoek hebben we een, wat betreft leeftijd, leef- en woonomstandigheden en land van herkomst, diverse groep van 25 vrouwen en mannen kunnen interviewen. Binnen dit kwalitatieve onderzoek bereikten we saturatie, een verzadigingspunt in de verscheidenheid aan ervaringen en inzichten van deelnemers aan de interviews. Een beperking van het onderzoek is dat we voornamelijk gesproken hebben met mensen die zichzelf hebben aangemeld bij een panelorganisatie en hierbij hebben aangegeven een onbedoelde zwangerschap te hebben gehad. Er zijn zodoende alleen mensen betrokken die uitkomen voor een onbedoelde zwangerschap. De doelgroep die moeilijk praat over het onderwerp, zich schaamt of hier niet over naar buiten durft te komen, is doorgaans moeilijk te werven voor onderzoek. Daardoor blijft deze vaak kwetsbare doelgroep en hun situatie onderbelicht in onderzoek. Vervolgonderzoek zou zich nog meer kunnen richten op de inclusie van deze kwetsbare doelgroep. Daarnaast waren onder de geïnterviewden geen vrouwen en mannen jonger dan 26 jaar en hadden slechts twee geïnterviewden keuzehulp gehad. Aanvullende focusgroepen onder huisartsen en verloskundigen is daarnaast aan te bevelen, om hun ervaringen met keuzehulp in kaart te brengen.

Tot slot

Hoewel zorgverleners aangeven dat keuzehulp en abortuszorg goed geregeld zijn in Nederland, zijn er enkele aspecten die volgens hen en de geïnterviewden in het onderzoek beter kunnen. Zo heeft dit onderzoek laten zien dat de informatievoorziening over keuzehulp en abortuszorg aandacht verdient. Een goede nazorg voor mensen die moeite hebben om een onbedoelde zwangerschap of een abortus te verwerken, is een ander belangrijk aandachtspunt. Tenslotte is het van belang om het onderwerp onbedoelde zwangerschap en de mogelijke beslissingen hieromheen blijvend aandacht te geven, om op deze manier bij te dragen aan het verminderen van het taboe hierop. Voor kwantitatieve informatie over onbedoelde zwangerschappen verwijzen we naar de factsheet ‘Monitor onbedoelde (tiener)zwangerschappen, Cijferoverzicht 2021’ [9].

Dankwoord

We bedanken de deelnemers aan de interviews en de focusgroepen heel hartelijk voor het delen van hun ervaringen en inzichten. We zijn Qrius erkentelijk voor de werving van deelnemers voor de interviews. We bedanken de leden van de klankbordgroep van de ‘Monitor onbedoelde (tiener)zwangerschappen’ voor hun bijdrage en suggesties voor het onderzoek.

Bijlage 1: data-analyse

De opnames van de interviews en focusgroepen zijn woordelijk uitgetypt. Vervolgens zijn deze verslagen door de onderzoekers die aanwezig waren bij het interview of de focusgroep open gecodeerd met behulp van MAXQDA, een programma voor het thematisch analyseren van kwalitatieve data. De open codes zijn door een andere onderzoeker die niet aanwezig was bij het interview of de focusgroep gecontroleerd. Indien er verschillen werden waargenomen tussen de codering, vond overleg plaats totdat consensus werd bereikt over de codering. Codes werden samengevoegd of verwijderd indien nodig (axiaal coderen). Na deze fase is door de onderzoekers verkend wat de belangrijkste overkoepelende categorieën en thema's waren die antwoord geven op de onderzoeksvragen (thematische analyse). Aan de hand van deze thema's zijn de resultaten uitgewerkt.

Referenties

1. Wijsen, C. and H. De Graaf, Seksuele gezondheid in Nederland. 2017, Rutgers, SOA AIDS Nederland: Utrecht.
2. CBS, et al., Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor. 2019: Den Haag.
3. Bearak, J., et al., Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019. Lancet Glob Health, 2020. 8(9): p. e1152-e1161.
4. de Graaf, H., et al., Seks onder je 25e. 2017, Rutgers/Soa Aids Nederland.
5. van Ditzhuijzen, J., et al., Dimensions of decision difficulty in women's decision-making about abortion: A mixed methods longitudinal study. PLoS One, 2019. 14(2): p. e0212611.
6. Brauer, M., et al., Understanding Decision-Making and Decision Difficulty in Women With an Unintended Pregnancy in the Netherlands. Qual Health Res, 2019. 29(8): p. 1084-1095.
7. VWS, Onbedoelde (tiener)zwangerschappen. Een zevenstappenplan. 2018: Den Haag.
8. RIVM, Monitor onbedoelde (tiener)zwangerschappen 2020. 2020, RIVM: Bilthoven.
9. RIVM, Monitor Onbedoelde (Tiener)zwangerschappen 2021, Cijferoverzicht 2021. 2021, RIVM: Bilthoven.
10. Public_Health_England, A consensus statement; Reproductive health is a public health issue. 2018: London.
11. van Bokhoven-Rombouts, C. and J. Hautvast, Anticonceptiecounseling en anticonceptiegebruik bij een herhaalde abortus. Tijdschrift voor seksuologie, 2021. 45(3).

Eline Roordink, Babette Everaars,
Martine Jansen-van der Vliet, Antonia Verweij
Anita Suijkerbuijk

Dit is een uitgave van:

Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

december 2021

De zorg voor morgen begint vandaag

013257