

HET BEGINT MET LUISTEREN

Omstandigheden en zorgervaringen voor,
tijdens, en na een onverwachte zwangerschap



Jenneke van Ditzhuijzen **Amsterdam UMC, Universiteit Utrecht** | Wieke Beumer, Annemarie Reilingh,
Annabelle van Zon **Amsterdam UMC** | Jens Henrichs, Lindy Beukema **UMCG** | Sophie Bolt,
Gwendolyn de Kever, Eline Dalmijn **Fiom** | Hanneke de Graaf, Renee Finkenflügel **Rutgers**

HET BEGINT MET LUISTEREN

**Omstandigheden en zorgervaringen voor,
tijdens, en na een onverwachte zwangerschap**

Jenneke van Ditzhuijzen **Amsterdam UMC, Universiteit Utrecht** | Wieke Beumer, Annemarie Reilingh,
Annabelle van Zon **Amsterdam UMC** | Jens Henrichs, Lindy Beukema **UMCG** | Sophie Bolt,
Gwendolyn de Kever, Eline Dalmijn **Fiom** | Hanneke de Graaf, Renee Finkenflügel **Rutgers**

Colofon

Titel: Het begint met luisteren
Ondertitel: Omstandigheden en zorgervaringen voor, tijdens, en na een onverwachte zwangerschap
Auteurs: Jenneke van Ditzhuijzen, Wieke Beumer, Annemarie Reilingh, Annabelle van Zon, Jens Henrichs, Lindy Beukema, Sophie Bolt, Gwendolyn de Kever, Eline Dalmijn, Hanneke de Graaf, Renee Finkenflügel
Cover: Caroline Cracco, www.craccoillustration.nl

Dit onderzoeksrapport is onderdeel van het project Aanvullende Vragen Onbedoelde Zwangerschap (AVOZ), maakt deel uit van het ZonMw-programma 'Onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap' en is gefinancierd door het Ministerie van VWS. AVOZ wordt uitgevoerd in een samenwerkingsverband tussen het Amsterdam UMC (afdeling Verloskunde en Gynaecologie), Universiteit Utrecht (Interdisciplinaire Sociale Wetenschap), Fiom, Rutgers, en UMC Groningen. Het voorliggende rapport is deel 2 van een tweeluik en een product van alle samenwerkingspartners.



Copyright © 2025 Amsterdam UMC locatie AMC

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van Amsterdam UMC.

Inhoudsopgave

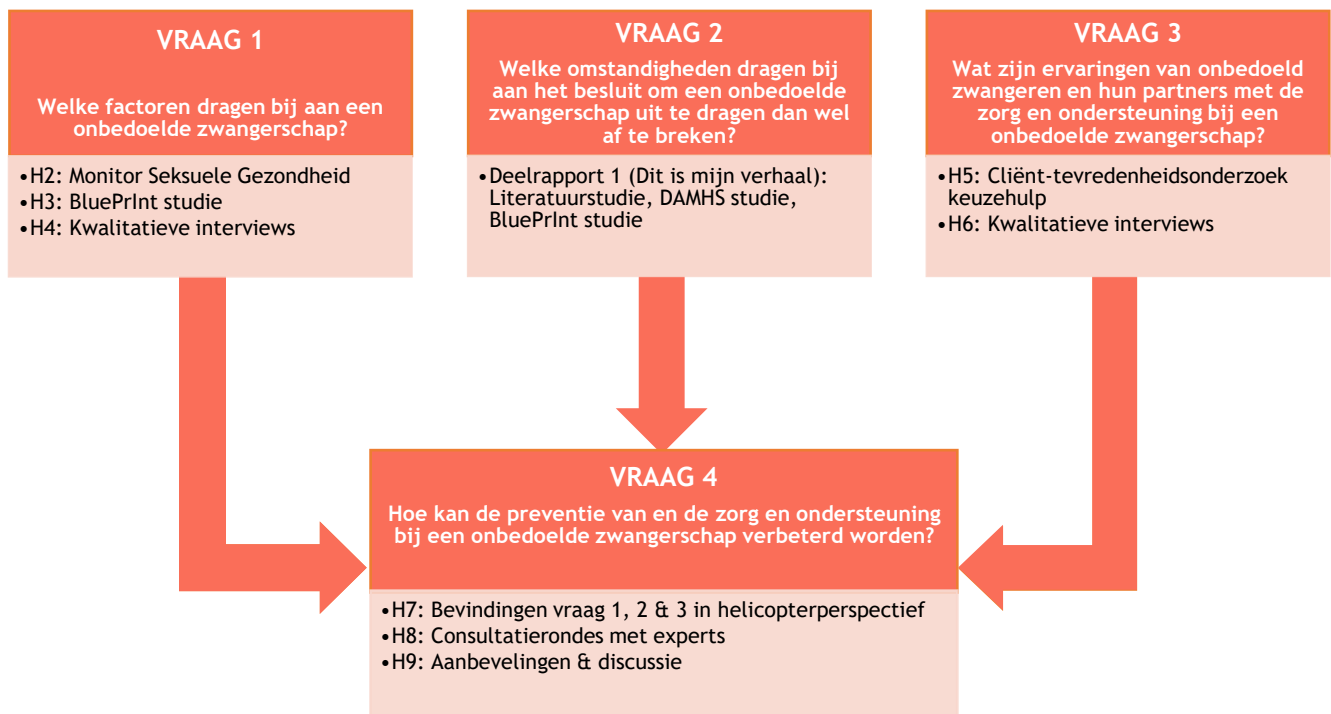
Leeswijzer	5
Samenvatting	7
1 Inleiding	15
1.1 Aanleiding	15
1.2 Achtergrond	15
1.3 Onderzoeksaanpak in vogelvlucht	19
1.4 Positionaliteit	20
Deel A Factoren die bijdragen aan onbedoeld zwanger raken	21
2 Bevindingen uit de Monitor Seksuele Gezondheid	22
2.1 Doelen	22
2.2 Design en werkwijze	22
2.3 Deelnemers	22
2.4 Variabelen	23
2.5 Analyses	24
2.6 Resultaten	24
2.7 Subconclusies hoofdstuk 2	28
3 Bevindingen uit de BluePrint studie	30
3.1 Doelen	30
3.2 Design en werkwijze	30
3.3 Deelnemers	33
3.4 Variabelen	33
3.5 Analyses	34
3.6 Resultaten	35
3.7 Subconclusies hoofdstuk 3	41
4 Kwalitatieve bevindingen: wat ging er vooraf aan de onbedoelde zwangerschap?	43
4.1 Doelen	43
4.2 Beschrijving methode van onderzoeksvraag 1 en 3 samen	43
4.3 Voorbereiding van de interviews	43
4.4 Werving en deelnemers	44
4.5 Werkwijze interviews	45
4.6 Analyse	46
4.7 Interviewleidraad onderzoeksvraag 1	46
4.8 Resultaten: Anticonceptiegebruik	47
4.9 Resultaten: Perspectieven op onbedoeldheid	61
4.10 Subconclusies hoofdstuk 4	66
Deel B Ervaringen met zorg en ondersteuning	68
5 Bevindingen cliënttevredenheidsonderzoek keuzehulp	69
5.1 Doelen	69
5.2 Design en werkwijze	69
5.3 Deelnemers	69
5.4 Beschrijvende gegevens van de keuzehulptrajecten	70

5.5	Ervaringen met keuzehulp	71
5.6	Welke verbeterpunten voor keuzehulptrajecten komen naar voren?	79
5.7	Beperkingen van het onderzoek.....	80
5.8	Subconclusies hoofdstuk 5	80
6	Kwalitatieve bevindingen zorgervaringen rond onbedoelde zwangerschap	81
6.1	Doelen	81
6.2	Werkwijze en deelnemers	81
6.3	Interviewleidraad onderzoeksvraag 3	81
6.4	Resultaten: Zorgpaden	82
6.5	Resultaten: Ervaringen met zorg.....	84
6.6	Reflectie op de resultaten	97
6.7	Subconclusies hoofdstuk 6	100
	Deel C Van conclusies naar aanbevelingen	101
7	Alle onderzoeksbevindingen in helikopterperspectief	102
7.1	Van bevindingen per onderzoeksvraag naar conclusies	102
7.2	Onderzoeksvraag 1:	103
7.3	Onderzoeksvraag 2:	107
7.4	Onderzoeksvraag 3:	108
8	Triangulatie en expert consultatie	112
8.1	Doelen	112
8.2	Werkwijze	112
8.3	Stap 1: Triangulatie met het onderzoeksteam AVOZ	112
8.4	Stap 2: Consultatieronde 1 - KOOZ partners	114
8.5	Stap 3: Reflectiesessie 'Terug naar de data'	116
8.6	Stap 4: Consultatieronde 2 - Expert meeting	116
8.7	Stap 5: Reflectie op aanbevelingen en uitkomsten consultatierondes	117
9	Aanbevelingen.....	119
9.1	Overzicht.....	119
9.2	Aanbeveling 1: Luisterende houding zonder oordeel.....	119
9.3	Aanbeveling 2: Meer aandacht voor de partner.....	122
9.4	Aanbeveling 3: Proactief afstemmen.....	123
9.5	Aanbeveling 4: Randvoorwaarden in de anticonceptiezorg	124
9.6	Aanbeveling 5: Informatievoorziening	124
9.7	Aanbeveling 6: Realistischer beeldvorming en destigmatiserende taal	125
9.8	De bevindingen in het licht van actuele maatschappelijke discussies.....	126
10	Dankwoord	128
11	Literatuur	129
	It starts with listening (Summary in English)	137
	Bijlage I: Methoden BluePrint studie	145
	Bijlage II: Brainstorm aanbevelingen met KOOZ partners	146
	Bijlage III: Brainstorm aanbevelingen in expert meeting	148

Leeswijzer

In dit rapport worden resultaten van onderzoek beschreven naar factoren die bijdragen aan onbedoelde zwangerschap en de ervaringen met zorg en ondersteuning bij een onbedoelde zwangerschap. Dit is het tweede deel van een tweeluik. In het eerste deelrapport [Dit is mijn verhaal](#) (gepubliceerd in 2024) is onderzoek gedaan naar omstandigheden die bijdragen aan het besluit om een onbedoelde zwangerschap uit te dragen of af te breken. Op basis van beide delen van het onderzoek zijn na consultatie van experts aanbevelingen geformuleerd om de anticonceptiezorg en zorg bij een onbedoelde zwangerschap te verbeteren.

Onderstaande figuur laat zien hoe het rapport is opgebouwd en waar welke resultaten te vinden zijn. In het rapport zitten aanklikbare links die doorverwijzen naar andere secties van het rapport of naar het eerste deelrapport. De hoofdstukken 2 tot en met 6 beschrijven het onderzoek dat gedaan is voor dit rapport, en zijn ieder door een andere samenwerkingspartij geschreven: Rutgers, Amsterdam UMC, Fiom en UMCG. Dit betekent dat er soms stijlverschillen zichtbaar zijn, in termen van opbouw en taal. We hebben ervoor gekozen om deze eigen signaturen grotendeels te bewaren. Andere partijen hebben wel feedback gegeven op de overige hoofdstukken, en in de kwalitatieve hoofdstukken is veel samengewerkt tussen de twee UMC's.



De [Samenvatting](#) geeft een **overzicht** van de antwoorden op de onderzoeksvragen en aanbevelingen, en een **beschouwing** hiervan in de huidige maatschappelijke context. Omdat we veel onderzoek in enkele pagina's beschrijven, is hierbij minder ruimte voor nuance en uitwerking. Er staan geen literatuurreferenties of concrete resultaten in de samenvatting. Voor iets meer duiding en uitwerking verwijzen we de geïnteresseerde lezer naar hoofdstuk 7 en hoofdstuk 9 lezen.

In de inleiding ([hoofdstuk 1](#)) wordt **achtergrondinformatie** gegeven over het fenomeen onbedoelde zwangerschap, definiëring, betekenisgeving in de huidige maatschappelijke context, en achtergrond bij de onderzoeksvragen, inclusief een onderzoeksaanpak in vogelvlucht.

Om **onderzoeksvraag 1** ('Welke factoren dragen bij aan een onbedoelde zwangerschap') scherper te formuleren, onderzochten we in dit rapport (a) welke omstandigheden een rol spelen bij het ontstaan van een onbedoelde zwangerschap, waaronder het niet gebruiken of het falen van anticonceptie en (b) omstandigheden die de onbedoeldheid (of ongewenstheid) van zwangerschappen vormgeven (in andere woorden: wat maakt dat de ene zwangerschap als meer onbedoeld wordt ervaren dan de andere?). De lezer vindt de resultaten van de kwantitatieve

analyses in [hoofdstuk 2](#) en [hoofdstuk 3](#), en de uitkomsten van de kwalitatieve interviews in [hoofdstuk 4](#). De lezer die snel overzicht wil en het antwoord op de vraag, verwijzen we naar [hoofdstuk 7 paragraaf 7.2](#). Daar vindt de lezer ook de weging van de resultaten van deze hoofdstukken ten opzichte van elkaar. Omdat onbedoelde zwangerschap een lastig af te bakenen concept is, zijn we terughoudend met het formuleren van beleidsadviezen op basis van de kwantitatieve data van hoofdstukken 2 en 3, zoals daar te lezen valt. De kwalitatieve resultaten (hoofdstuk 4) geven inzicht in de achtergronden van het niet-gebruik van anticonceptie.

De lezer die vooral geïnteresseerd is in **onderzoeksvraag 2** ('Welke omstandigheden dragen bij aan het besluit om een onbedoelde zwangerschap uit te dragen dan wel af te breken?') verwijzen wij naar deelrapport 1 [Dit is mijn verhaal](#). In [hoofdstuk 7 paragraaf 7.3](#) wordt alleen een hele korte samenvatting van de resultaten beschreven, om deze vervolgens te kunnen meenemen in het proces van aanbevelingen formuleren.

De lezer die meer wil weten over **onderzoeksvraag 3** ('Wat zijn ervaringen van onbedoeld zwangeren en hun partners met de zorg en ondersteuning bij een onbedoelde zwangerschap?') verwijzen wij naar hoofdstukken 5 en 6. In [hoofdstuk 5](#) ligt de focus op mensen die hulp zoeken bij de besluitvorming. In [hoofdstuk 6](#) komen kwalitatieve bevindingen aan de orde, en wordt een veelheid aan positieve en negatieve ervaringen met zorg beschreven, als ook de zorgpaden en welke dingen men belangrijk vindt. In [hoofdstuk 7 paragraaf 7.4](#) worden de bevindingen over onderzoeksvraag 3 naast elkaar gelegd en beschouwd in het kader van ander (wetenschappelijk) onderzoek.



In [hoofdstuk 7](#) worden de resultaten van al het eigen onderzoek in helikopterperspectief naast elkaar gelegd en gewogen, maar ook naast ander beschikbaar onderzoek op deze thematiek. Hier krijgt de lezer dus een goed idee van welke resultaten het meest solide zijn.

[Hoofdstuk 8](#) beschrijft de consultatierondes met experts, aan wie wij de resultaten in perspectief en concept aanbevelingen hebben voorgelegd, en wat hun bijdrage is geweest aan het formuleren van de uiteindelijke aanbevelingen.



In [hoofdstuk 9](#) volgen ten slotte de uiteindelijke aanbevelingen. Iedere aanbeveling wordt hier ook in een breder kader van andere beschikbare kennis en informatie geplaatst en kritisch beschouwd. Het is ook de plek voor reflecties in relatie tot actuele maatschappelijke discussies.

Samenvatting

Aanleiding

ZonMw heeft aan een team onderzoekers van Amsterdam UMC, UMCG, Fiom, Rutgers en de Universiteit Utrecht opdracht verleend om onderzoek te doen naar redenen voor abortus en de ruimere achtergrond van onbedoelde zwangerschappen, maar ook naar de ervaringen met hulpverlening en zorg wanneer mensen met een onbedoelde zwangerschap zijn geconfronteerd. De onderzoeksvragen die op basis van het verzoek van het ministerie van VWS en in nauwe afstemming met een klankbordgroep van stakeholders rond de aanpak onbedoelde zwangerschap zijn geformuleerd door ZonMw, zijn de volgende:

1. Welke factoren dragen bij aan een onbedoelde zwangerschap?
2. Welke omstandigheden dragen bij aan het besluit van de vrouw om de onbedoelde zwangerschap A) uit te dragen dan wel B) af te breken?
3. Wat zijn ervaringen van mensen met de zorg en ondersteuning bij een onbedoelde zwangerschap?
4. Hoe kan de preventie van en de zorg en ondersteuning bij een onbedoelde zwangerschap verbeterd worden?

De tweede onderzoeksvraag had voor de staatssecretaris van VWS destijds prioriteit, en daarom is in het voorjaar van 2024 het eerste deelrapport [Dit is mijn verhaal](#) gepubliceerd. Het voorliggende rapport is dan ook deel 2 van een tweeluik. Ter beantwoording van onderzoeksvraag 4 worden de resultaten van onderzoeksvraag 2 ook meegenomen.



Wat is 'onbedoelde' zwangerschap? En 'onverwacht' en 'ongewenst'?

In beleid wordt vaak de term 'onbedoeld' gebruikt. Vaak wordt dit omschreven als een zwangerschap die ongepland is, en voor sommige mensen ook ongewenst. Een term als 'on-bedoeld' betekent eigenlijk dat er maar twee opties zijn: bedoeld óf onbedoeld. In werkelijkheid is de kinderwens van mensen meestal niet zo zwart-wit. Niet iedereen heeft erover nagedacht hoe ze het zouden vinden om zwanger te raken. Als mensen onverwacht zwanger raken, is het voor veel mensen meteen duidelijk of deze welkom is of niet, maar soms spelen er veel verschillende gevoelens tegelijk, en dit kan veranderen over tijd. Maar ook aan termen als 'ongepland', 'ongewenst' en 'onverwacht' kleven nadelen. In dit rapport gebruiken we de term 'ongepland' niet, omdat zwangerschappen vaak niet te plannen zijn. We gebruiken 'onverwacht' voor zwangerschappen die als een verrassing kwamen (dit zegt iets over timing), en 'ongewenst' wanneer deze niet welkom zijn (dit zegt iets over de beleving). Toch gebruiken we in dit rapport ook de term onbedoeld (dit zegt iets over intentie, maar vaak óók over timing en beleving), omdat deze momenteel gangbaar is. We zijn ons ervan bewust dat geen enkele term echt recht doet aan de ervaring. In het rapport staan verder dan ook zoveel mogelijk de ervaringen van mensen zelf centraal.

Onderzoeksvraag 1 - Welke factoren dragen bij aan een onbedoelde zwangerschap?

Bron	Gegevens
Monitor Seksuele Gezondheid (n=15.512) Algemene bevolking	In deze data konden factoren worden geïdentificeerd die samenhangen met de kans op een onbedoelde zwangerschap (geen actieve kinderwens, geen anticonceptiegebruik, wel penis-in-vaginaseks), het meemaken van onbedoelde zwangerschap, en het meemaken van een ongewenste zwangerschap.
BluePrint studie (n=1.032) Vrouwen en mannen die een onbedoelde zwangerschap hadden uitgedragen of afgebroken	Omdat alle deelnemers aan de BluePrint studie een onbedoelde zwangerschap hadden, onderzochten we met deze data welke factoren verband houden met het niet-gebruik van anticonceptie, of wat er gebeurd was waardoor iemand toch zwanger raakte wanneer er wel anticonceptie was gebruikt. Ten slotte werd gekeken naar welke factoren samenhangen met de mate van 'onbedoeldheid' van de zwangerschap, gemeten op een 12-puntsschaal.
Kwalitatieve interviews (n=78) met vrouwen en mannen die een onbedoelde zwangerschap hadden uitgedragen of afgebroken	In de interviews werden thema's besproken die een rol speelden bij het ontstaan van de zwangerschap, zoals ideeën over vruchtbaarheid en anticonceptiegebruik en wat er eventueel mis was gegaan wanneer er wel anticonceptiemethoden waren gebruikt. Ook kwamen thema's aan de orde die de onbedoeldheid van de zwangerschap vormgaven.

In grote lijnen zien we een enigszins tweeledig beeld in de **kwantitatieve data** van de Monitor Seksuele Gezondheid en de BluePrint studie. Aan de ene kant zien we dat factoren gerelateerd aan sociale ongelijkheid en kwetsbare omstandigheden (zoals laag inkomen of eerder seksueel geweld meegemaakt) samenhangen met de kans op onverwacht zwanger raken of met het meemaken van een onbedoelde of ongewenste zwangerschap. Dit past bij het beeld dat mensen in kwetsbaardere omstandigheden om diverse redenen minder toegang hebben tot anticonceptiekennis of -zorg. Ook kunnen zij minder reproductieve autonomie hebben vanwege structurele contextuele factoren die ongelijkheid bevorderen of in stand houden, zoals stress door armoede. Aan de andere kant zien we óók een beeld waaruit blijkt dat mensen met een stabiele relatie, die soms al kinderen hebben, juist vaker te maken krijgen met een onbedoelde zwangerschap. Omdat het concept onbedoelde zwangerschap lastig af te bakenen is, er haken en ogen zitten aan het meten van anticonceptiegebruik, en we alleen cross-sectioneel onderzoek hebben kunnen doen, zijn we terughoudend met het interpreteren van de kwantitatieve resultaten in dit rapport.

Uit de **kwalitatieve interviews** kwamen aanvullende thema's naar voren over anticonceptiegebruik en het ontstaan van een onbedoelde zwangerschap.

Perspectieven op vruchtbaarheid	Een deel van de mensen had de verwachting dat ze niet zo snel zwanger zouden raken. Tegelijk zagen we ook terug dat vruchtbaarheid vaak wel wenselijk was, ook als mensen niet zwanger wilden worden.
Negatieve ervaringen met anticonceptie	Er was een grote ontevredenheid met eerder gebruikte anticonceptiemethoden. Vrouwen benoemden dat ze graag een natuurlijke cyclus wilden behouden, mannen stelden een vasectomie uit.
Vertrouwen in anticonceptie	Mensen hadden soms veel vertrouwen in de methoden die zij gebruikten, hielden daarbij niet altijd rekening met foutmarges, of het bewustzijn van het risico verdween naar de achtergrond. Er waren ook mensen die wel wisten dat ze een risico namen, maar toch seks hadden, bijvoorbeeld omdat ze geen goed anticonceptiemiddel hadden gevonden.
Communicatie tussen partners	Kinderwens en anticonceptie werd niet altijd besproken tussen partners, maar er werden wel aannames over gedaan. Mensen hadden soms veel vertrouwen in hun partner.
Onderliggende patronen	• Sterke genderrolpatronen in verantwoordelijkheid voor anticonceptie, die over het algemeen bij de vrouw werd gelegd, waarna de man er vanuit ging dat zij hier voor zorgde. • Er sprak schaamte uit de manier waarop gesproken werd over de onbedoelde zwangerschap en over het niet-gebruik van anticonceptie. • Seksueel plezier werd weinig benoemd, maar verminderd gevoel (van de man) speelde wel een grote rol bij het niet-gebruiken van condooms. • Mensen raakten zwanger in twijfelperiodes waarin zij (tijdelijk) geen anticonceptie gebruikten.

Geen anticonceptiegebruik

Mensen bevinden zich vaak in twijfelperiodes waarin de keuze voor een anticonceptiemethode wordt uitgesteld. Dit kan bijvoorbeeld te maken hebben met veranderingen in hun liefdesleven of een druk gezinsleven. Bovendien blijkt dat de keuze om al dan niet anticonceptie te gebruiken afhangt van veel meer zaken dan betrouwbaarheid en kindereens. Veel mensen zijn erg ontevreden over anticonceptiemethoden, en ervaren bijvoorbeeld bijwerkingen van hormonale anticonceptie. Er is een groep mensen die bewust een keuze maakt voor een hoger risico op onverwachte zwangerschap, waarbij dit een teken is van reproductieve regie. Tegelijk wordt ook de kans op een zwangerschap soms (te) laag ingeschat. Ander onderzoek laat overtuigend zien dat mensen *in het algemeen* slecht zijn in het toepassen van informatie over kansen en risico's op hun eigen situatie; dit lijkt voor anticonceptie niet anders.

Als er wél anticonceptie werd gebruikt

Ook hier zien we dat soms sprake kan zijn van minder effectief anticonceptiegebruik omdat mensen in een situatie verkeren die voor hen anders is dan gewoonlijk, enigszins vergelijkbaar met de eerder beschreven twijfelperiodes. Condooms worden *in the heat of the moment* niet altijd gebruikt, en er is ook niet altijd communicatie geweest tussen partners hierover. Tegelijk zijn er ook veel gevallen waarin alle mogelijke voorzorgsmaatregelen wel genomen zijn, en er toch een zwangerschap ontstaat. Soms is hiervoor een oorzaak aan te wijzen, zoals het verschuiven van een spiraal, maar soms wordt men zwanger ondanks goed anticonceptiegebruik. Anticonceptie met een zeer hoge betrouwbaarheid is nog steeds niet volledig onfeilbaar, er is altijd een kans op zwangerschap.

Wat geeft de onbedoeldheid vorm?

De situatie verandert direct wanneer een zwangerschap daadwerkelijk plaatsvindt. Ook hier zien we een tweeledig beeld. Enerzijds ervaren mensen zonder stabiele basis en met minder ervaren ruimte en aandacht voor een kind hun zwangerschap vaker als onbedoeld, en de kinderwens speelt hier vanzelfsprekend ook een grote rol. Tegelijk zien we dat mensen mét een stabiele basis net zo goed weinig ruimte kunnen ervaren voor (nog) een kind. De stabielere situatie betekent niet automatisch dat de zwangerschap verwelkomd wordt; het gaat hier ook om mensen met een vol en druk leven en bijvoorbeeld al een compleet gezin.



Een onverwachte zwangerschap komt in alle lagen van de bevolking voor. Hoe 'bedoeld' of 'gewenst' deze zwangerschap vervolgens is, heeft op verschillende manieren te maken met ervaren ruimte, stabiliteit, en openheid voor het krijgen van een kind. De kwalitatieve bevindingen bieden inzicht in de motieven van mensen om geen anticonceptie te gebruiken.

Onderzoeksvraag 2 - Welke omstandigheden dragen bij aan het besluit om een onbedoelde zwangerschap uit te dragen dan wel af te breken?

Samenspel van meerdere motieven, emoties en intuïties, dat er telkens anders uitziet

Deze onderzoeksvraag stond centraal in deelrapport 1 [Dit is mijn verhaal](#), we geven hier alleen kort de conclusies weer. Uit dit onderzoek bleek dat het besluit om een onbedoelde zwangerschap uit te dragen of af te breken wordt beïnvloed door een samenspel van meerdere motieven, emoties, waarden en intuïties. Dit samenspel ziet er telkens anders uit. Net als veel andere (internationale) onderzoeken concludeerden ook wij dat het daarom niet zinvol is om mensen te vragen een keuze te maken uit een rijtje redenen of om de belangrijkste reden te benoemen.

Timing, kinderwens/ gezinsplanning, en de partnerrelatie

Ondanks deze bedenkingen hebben we wel in reeds bestaande gegevens geïnventariseerd welke motieven veel genoemd worden. Op basis van een uitgebreide literatuurstudie en secundaire data analyse van de Dutch Abortion and Mental Health Study en de BluePrint studie vonden we de volgende motieven voor abortus: timing, kinderwens/ gezinsplanning, en de partnerrelatie. Voor uitdragen zien we dat mensen veelal dezelfde motieven noemen, maar deze motieven wel anders wogen. Daarbij noemden zij vaker waarden, lotsmotieven en geloofsmotieven als 'contra' reden tegenover de dingen die de zwangerschap in eerste instantie minder welkom maakten. Voor mannen gold dat zij dezelfde motieven noemen als hun zwangere partners, maar wel minder motieven aandragen.

Vraag niet naar redenen maar naar behoeften

Omdat vragen naar redenen geen goed inzicht oplevert, was een aanbeveling op basis van het onderzoek om (zowel in onderzoek als in de praktijk) niet meer te vragen naar redenen, maar wel naar ervaringen, gevoelens en behoeften, en dit op oordeelvrije wijze te doen: van 'waarom' naar 'wat heb je nodig'. Motieven kunnen natuurlijk wel onderdeel zijn van gesprek, maar de vraag naar redenen werkt verantwoordingsneigingen in de hand. Een probleem is ook dat de vraag naar redenen geen goed zicht geeft op het hele verhaal. Mensen zijn geneigd om te delen wat men aan de buitenwereld wil laten zien (en wellicht meer sociaal geaccepteerd is) of waarvan men denkt dat het de keuze kan rechtvaardigen. Ten slotte roept het woord 'redenen' een cognitieve respons op, terwijl er vaak ook emoties, intuïties en waarden meespelen.

Onderzoeksvraag 3 - Wat zijn ervaringen met zorg en ondersteuning bij een onbedoelde zwangerschap?

Bron	Informatie over factoren
Cliënttevredenheidsonderzoek Landelijk Netwerk Keuzehulpverlening (n=430)	Beschrijvende gegevens keuzehulptrajecten, ervaringen met keuzehulp, informatievoorziening, tevredenheid met de keuzehulp, verbeterpunten.
Kwalitatieve interviews (n=78) met vrouwen en mannen die een onbedoelde zwangerschap hadden uitgedragen of afgebroken	In de interviews werd het hele zorgpad besproken en werden alle zorgervaringen besproken, van het eerste zorgcontact tot de hulp rondom de onbedoelde zwangerschap en erna, als ook tips voor zorgverleners.

Keuzehulpverlening

Uit het cliënttevredenheidsonderzoek kwam naar voren dat keuzehulpcliënten over het algemeen zeer tevreden zijn. De houding en expertise van de keuzehulpverleners spelen een belangrijk rol in de ervaringen van cliënten. De ervaringen van cliënten gaven belangrijke kernwaarden weer waaraan het keuzehulptraject voldeed, namelijk: geen oordeel of sturing, eigen keuze staat centraal, erkenning en begrip, ondersteuning op maat en betrouwbaarheid en veiligheid. Een belangrijk verbeterpunt bleek het vergroten van de bekendheid van keuzehulpverlening, zodat meer mensen geholpen kunnen worden als zij dat willen.

Zorgervaringen

De volgende thema's kwamen naar voren in de kwalitatieve interviews over het zorgpad.

Onduidelijkheid over zorgpad	Voor veel geïnterviewden was het niet meteen duidelijk waar ze naartoe konden met hulpvragen over onbedoelde zwangerschap. Sommigen gingen er (ten onrechte) vanuit dat ze eerst langs de huisarts moesten voor een verwijzing.
Ervaren oordeel(vrijheid) in bejegening en verwachtingen hierover	De ervaren manier van communiceren door zorgprofessionals, de verwachting veroordeeld te worden, en (stereotype) verwachtingen over abortus konden gevoelens van schuld, schaamte en veroordeling versterken of juist tegengaan. Geïnterviewden hadden positieve ervaringen met oordeelvrije, neutrale en begripvolle bejegening van zorgverleners. Er waren ook enkele negatieve ervaringen met zorgverleners die zich met de besluitvorming bemoeiden.
Partnerbetrokkenheid	Partners ervoeren de zorg meestal als voldoende. Maar vaak was er ook sprake van een onvervulde zorgbehoefte bij mannen, terwijl zij tegelijkertijd ook steeds aangaven dat de zorg nu eenmaal logischerwijs vooral op de zwangere gericht is. Partners kunnen ondersteunend zijn voor de zwangere persoon, maar zelf ook een proces doormaken dat aandacht en begeleiding verdient. Dit geldt zowel voor de transitie naar onverwacht ouderschap als bij een keuze voor abortus.
Aandacht voor onbedoeld ouderschap	Wanneer gekozen was voor uitdragen, leken zorgverleners in de geboortezorg nog weinig aandacht te hebben voor omstandigheden die de zwangerschap in eerste instantie minder gewenst maakten. Geïnterviewden hadden vooral behoefte aan af en toe een open vraag hierover.
Informatie rond abortus	De bejegening in de abortuszorg werd positief gewaardeerd. Soms bleken mensen behoefte aan meer informatie te hebben, bijvoorbeeld over de behandelmethode.
Gesprek over anticonceptie	De timing en inhoud van het gesprek over anticonceptie (voor een abortus of in het kraambed na een onbedoelde zwangerschap) bleek niet altijd aan te sluiten bij de behoefte van dat moment. Mensen stonden dan vaak niet open voor informatie omdat hun hoofd 'vol zat', of ze hadden het gevoel dat er vooral werd gestuurd op gangbare anticonceptiemethoden, zonder voldoende ruimte en tijd voor een echt gesprek. Anderen vonden het juist prettig wanneer een abortus gecombineerd kon worden met spiraalplaatsing.



De rol van de partner als betekenisvolle participant

Zowel in het cliënttevredenheidsonderzoek als de diepte-interviews wordt regelmatig voorgesteld dat partners meer aandacht zouden mogen krijgen. Dit is in lijn met veel ander onderzoek. Partners kunnen ondersteunend zijn, maar zelf ook een proces doormaken dat aandacht en begeleiding verdient. Hoewel het in de zorgpraktijk niet altijd eenvoudig is, stellen zwangeren het vaak erg op prijs als hun partner meegenomen kan worden in het proces van geboorte en abortus. Ook kunnen partners betrokken worden bij anticonceptie counseling, en kan hierbij ook mannelijke anticonceptie zoals sterilisatie besproken worden, waarmee anticonceptie meer een gedeelde verantwoordelijkheid wordt.

De geboortezorg en abortuszorg is primair gericht op zwangeren, en in lang niet alle gevallen is er een partner aanwezig of betrokken. Ook wensen niet alle zwangeren betrokkenheid van hun partner. In [Dit is mijn verhaal](#) zagen we al dat de partnerrelatie ook een belangrijk aspect kan zijn in de motivatie om een zwangerschap af te breken. Bovendien is het zelfbeschikkingsrecht aan de zwangere zelf. Al met al vraagt dit om een bewuste en sensitieve communicatiestrategie die de partner wel erkent als betekenisvolle participant in het zorgproces maar tegelijkertijd de autonomie van de vrouw beschermt.



Verwachtingen en ervaringen van oordeel, stigma, schaamte

Uit zowel het cliënttevredenheidsonderzoek als de diepte-interviews blijkt dat mensen een luisterende, oordeelvrije en cliëntgerichte bejegening wensen - iets wat gelukkig vaak ook zo wordt ervaren. Wanneer zo'n houding ontbreekt bij zorgprofessionals, wordt dit sterk gevoeld. Dit heeft er alles mee te maken dat onbedoelde zwangerschappen in potentie *stigmatizing moments* zijn. Er wordt vaak gedacht dat onbedoelde zwangerschap weinig voorkomt en vooral bij specifieke risicogroepen, samenhangt met roekeloos gedrag, en leidt tot problemen. In werkelijkheid toont onderzoek aan dat onbedoelde zwangerschap veel voorkomt, niet voorbehouden is aan specifieke risicogroepen, en dat negatieve gevolgen zeer beperkt zijn. Daarnaast ervaren mensen een impliciete norm van 'bedoeld ouderschap' - waarbij de verwachting is dat mensen eerst hun leven op orde hebben, waarna zij bewust kiezen voor kinderen. Vanuit dit perspectief kan een onverwachte zwangerschap gezien worden als een afwijking van deze norm, wat tot zelf-stigmatisering kan leiden. Niet alleen in de zorg is een oordeelvrije, luisterende bejegening essentieel, maar als maatschappij kunnen we ook bijdragen aan het veranderen van het narratief rond onbedoelde zwangerschap.

Onderzoeksvraag 4 - Hoe kan de preventie van en de zorg en ondersteuning bij een onbedoelde zwangerschap verbeterd worden?

Deze onderzoeksvraag borduurt voort op de bevindingen uit de eerste drie onderzoeksvragen. We formuleren de aanbevelingen niet uitsluitend op basis van onderzoek, maar leggen deze ook voor aan diverse experts in het veld. Omdat het belangrijk is dat aanbevelingen die voortkomen uit het onderzoek ook daadwerkelijk impact kunnen hebben in de praktijk, zijn er diverse sessies gehouden om onze blik te verruimen, aanbevelingen aan te vullen met andere kennis, deze verder aan te scherpen en te beoordelen op urgentie, haalbaarheid, reikwijdte en impact.

De aanbevelingen zijn stap voor stap ontwikkeld en aangescherpt via een zorgvuldig, participatief proces. Eerst formuleerde het onderzoeksteam conceptaanbevelingen. Die werden getoetst en aangevuld in een consultatieronde met partners uit het leernetwerk Onbedoelde Zwangerschap en Kwetsbaar Ouderschap (KOOZ). Er werd hen gevraagd de concept aanbevelingen aan te vullen op mogelijke blinde vlekken of tips, in subgroepen te verbeteren, en te beoordelen op Urgentie, Impact, Reikwijdte en Haalbaarheid. Vervolgens is er door de Amsterdam UMC onderzoekers een interne reflectiesessie gehouden, om te zorgen dat de aanbevelingen niet losgezongen raakten van de resultaten. Zo kwamen we tot 6 aanbevelingen. Daarna dachten experts uit praktijk en beleid mee over de aanbevelingen tijdens een tweede participatieve consultatieronde, en beoordeelden deze wederom op Urgentie, Impact, Reikwijdte en Haalbaarheid. Tot slot hebben we opnieuw de aanbevelingen inclusief aanvullingen van experts kritisch beschouwd en naast ons (en ander) wetenschappelijk onderzoek gelegd. Hierbij hebben we ook gekeken naar overlap en kruisverbanden, omdat we op meerdere plekken dezelfde aanbevelingen hoorden terugkomen. Door het herordenen en kritische reflectie zijn we tot een aangepaste indeling gekomen.

Aanbeveling 1: Bevorder een luisterende, oordeelvrije en cliëntgerichte houding van professionals

Uit het onderzoek kwam naar voren dat mensen willen dat zorgprofessionals zich meer luisterend en oordeelvrij opstellen, waarbij ze afstemmen op de behoefte en de beleving. Dat is niet zomaar een trucje om te leren, maar heeft alles te maken met het onderzoeken van de eigen aannames van professionals. Een concreet voorbeeld voor hoe aan deze luisterende en oordeelvrije houding kan worden gewerkt, is om hier in de (medische) opleidingen, bijvoorbeeld de huisartsenopleiding, een verplicht onderdeel van te maken. Dit hoeft tijdens een consult niet veel tijd te kosten, maar kan wel sterk bijdragen aan een positieve arts-patiënt relatie en aan meer vertrouwen in de zorg.

Een voorbeeld van een ervaring van niet gehoord worden is het fenomeen 'bijwerkingen'. Bijwerkingen worden door zorgverleners vaak beschreven wordt in termen van meetbare risico's op medische problemen, terwijl anticonceptiegebruikers het vaak veel meer als een weinig concreet, maar wel sterk gevoel beschrijven op basis van eigen ervaring. Door deze mismatch voelen cliënten zich vaak weinig gehoord door zorgprofessionals in hun ervaring van anticonceptiebijwerkingen. Een ander voorbeeld waaruit blijkt dat mensen meer gehoord willen worden, is dat mensen in de verloskundige zorg kunnen ervaren dat er voor de onbedoeldheid van hun zwangerschap geen ruimte meer lijkt te zijn wanneer eenmaal gekozen is voor uitdragen. Mensen voelen zich echter juist vaak gehoord en oordeelvrij bejegend in de keuzehulpverlening en abortuszorg. Wellicht is de kennis van deze zorgverleners over oordeelvrij bejegening in de besluitvorming rond onbedoelde zwangerschap ook breder te benutten.

Voor zorgverleners en organisaties die zorg verlenen		
	Anticonceptiezorg	Zorg rond onbedoelde zwangerschap
(1) Oordeelvrije, luisterende bejegening	Maak ruimte voor het persoonlijke verhaal rond anticonceptiekeuzes. Luister zonder oordeel en denk mee met mensen die slechte ervaringen hebben met anticonceptie, bespreek perspectieven op vruchtbaarheid en methoden om zwangerschap te voorkomen, en de communicatie tussen partners.	Neem een oordeelvrije, neutrale, open en luisterende houding aan, en stem af op de behoefte en beleving van de persoon. Vraag niet naar redenen ('waarom') om de keuze (voor abortus) te onderbouwen, maar start met 'wat heb je nodig'. Ga niet automatisch uit van een 'roze wolk' als men kiest voor uitdragen, maar vraag hoe het gaat.
(2) Ruimte voor de partner	Als er een partner is: betrek de partner in het gesprek over anticonceptie.	Geef meer aandacht aan de ervaring van de betrokken partner, zonder dat dit ten koste gaat van de aandacht voor zwangeren en hun recht op zelfbeschikking.
(3) Proactief afstemmen	Benut kansen voor een open gesprek over anticonceptie in twijfelperiodes, bijvoorbeeld nadat mensen gestopt zijn met anticonceptie, of postpartum.	Zoek naar een goed moment voor een gesprek over kindwens en anticonceptie na een abortus of zwangerschap.
Voor beleidsmakers, middenveld, media & maatschappij		
(4) Randvoorwaarden anticonceptiezorg	Maak anticonceptiezorg breed en makkelijk beschikbaar bij verschillende zorgverleners (huisarts, verloskundige, abortusarts, gynaecoloog), of denk juist aan samenwerkingsverbanden op seksuele en reproductieve gezondheid.	
(5) Informatievoorziening	Verbeter de informatievoorziening en vindbaarheid van zorg en ondersteuning, waarbij uitgegaan wordt van de informatiebehoefte en zoekvoorkeuren van mensen die te maken krijgen met onbedoelde zwangerschap.	
(6) Beeldvorming	Ga stigmatisering van onbedoelde zwangerschap tegen, door een realistischer en diverser beeld uit te dragen en het minder te problematiseren.	

Aanbeveling 2: Besteed meer aandacht aan de partner

Uit het onderzoek komt naar voren dat de partner op verschillende manieren een cruciale rol speelt bij een onbedoelde zwangerschap, maar dat er tegelijkertijd veel ongelijkheid tussen partners bestaat. Enerzijds is dit inherent aan het feit dat een zwangerschap fysiek in het lichaam van een vrouw of een persoon met een baarmoeder plaatsvindt, anderzijds wordt het beïnvloed door rolpatronen en gendernormen. Toch betekent dit niet dat de partner geen rol of aandacht verdient in dit proces, mits de zwangere daar behoefte aan heeft. Beginnen met een behoeftegerichte zorg waarbij de zwangere centraal staat, maar óók de partnerrelatie aan bod kan komen, zou een startpunt kunnen zijn.

Zowel vrouwen als mannen benoemen scheve genderrolpatronen over wie verantwoordelijk is voor anticonceptie; dit ligt meestal bij vrouwen. Het bespreken van gedeelde verantwoordelijkheid tussen partners kan bijdragen aan meer zelfregie van beide partners op het gebied van hun reproductieve gezondheid. Mannen zouden niet alleen moeten worden 'meegenomen' in het gesprek met de vrouw, maar kunnen juist ook apart in andere contexten proactief benaderd worden om in gesprek te gaan over gedeelde verantwoordelijkheid van anticonceptiegebruik. Een pleziergerichte insteek bij het promoten van mannelijke anticonceptie kan hierbij helpend zijn.

Aanbeveling 3: Benut kansen op het juiste moment - proactief afstemmen

We zagen in ons onderzoek dat mensen om verschillende redenen niet overgaan tot het ‘regelen’ van anticonceptie. Van praktische barrières als verwachte pijn of hoge kosten van een spiraal, tot een groot ‘niet-weten wat te doen’ of niet toekomen aan het besluit hierover. Allerlei gedachten over vruchtbaarheid spelen hierbij een rol, alsook negatieve ervaringen met eerdere methoden en een gebrek aan communicatie met de partner hierover. Dit soort tussenperiodes kunnen juist ook een kans vormen voor professionals om in gesprek te gaan over kinderwens en anticonceptie. Het is belangrijk om ontevredenheid met anticonceptie tijdig te adresseren en in de anticonceptiecounseling samen te zoeken naar passende alternatieven. Ook hierbij is de luisterende, oordeelvrije houding essentieel, zodat ook de kennis en ervaring van de cliënt op gelijkwaardige wijze onderdeel kan zijn van het gesprek.

De postpartum periode is een kritieke periode waarin mensen risico lopen op zwangerschap. Het kraambed blijkt voor veel kraamvrouwen te vroeg om na te denken over anticonceptie. Er is 6 weken postpartum een contactmoment met de verloskundige, maar dit wordt onvoldoende benut. Zowel de verloskundige als de jeugdartsen van de GGD-JGZ teams zouden een rol kunnen spelen bij het aangaan van het gesprek over kinderwens, seksualiteit en anticonceptie.

Aanbeveling 4: Beter randvoorwaarden in de anticonceptiezorg

Zorg voor goede randvoorwaarden in de anticonceptiezorg, waardoor de drempel verlaagd wordt voor een gesprek over kinderwens en anticonceptie, en mensen eigen regie kunnen nemen om zelf een passende keuze te maken. Maak anticonceptiezorg breed en makkelijk beschikbaar bij verschillende zorgverleners (bijvoorbeeld de huisarts, verloskundige, abortusarts, gynaecoloog of GGD-arts). Een aanbeveling die in grote mate ondersteund werd door experts was om ervoor te zorgen dat het voor cliënten financieel en praktisch gezien niet uitmaakt waar ze heen gaan. Zo is anticonceptiezorg toegankelijker en kunnen mensen de zorg krijgen die bij hen past en bij diegene bij wie zij zich op hun gemak voelen. Dit zou betekenen dat er op verschillende manieren ontschotting nodig is in de financiële stromen, en daarvoor is gesprek met zorgverzekeraars nodig. Tegelijk waren er ook professionals en andere experts die adviseerden om anticonceptiezorg en andere reproductieve en seksuele gezondheidszorg samen te brengen in centra die zich hierin specialiseren. Men zou dan in zo’n centrum terecht kunnen voor allerlei zaken zoals gesprekken over en plaatsing van anticonceptie, vasectomie, uitstrijkjes, abortus en verloskundige zorg. Het gaat buiten de scope van ons onderzoek om te beoordelen of beide opties te realiseren zijn in de praktijk, maar we bevelen wel aan om opties hiervoor te onderzoeken.

Aanbeveling 5: Informatievoorziening rond onbedoelde zwangerschap beter laten aansluiten bij behoeften

Een belangrijk verbeterpunt was het vergroten van de duidelijkheid over de verschillende routes binnen het zorgpad, inclusief het verbeteren van de bekendheid van keuzehulpverlening. Uit de consultatierondes met experts bleek dat er niet zozeer behoefte is aan een nieuwe bron van informatievoorziening, maar wel inzicht in waarom betrouwbare informatie nog niet iedereen bereikt. De informatievoorziening kan vooral verbeterd worden door meer inzicht te krijgen in hoe cliënten informatie zoeken, dit kan bijvoorbeeld door het betrekken van ervaringsdeskundigen.

Aanbeveling 6: Realistischer beeldvorming en destigmatiserende taal rond onbedoelde zwangerschap

Uit het onderzoek blijkt dat mensen een stereotype en sterk negatief beeld hebben van onbedoelde zwangerschap en abortus, en dit vaak moeten bijstellen wanneer ze er zelf mee te maken krijgen. Ondanks dat het echt iedereen kan overkomen, en er goede zorg beschikbaar is, is het opvallend hoe vaak mensen zeggen dat ze zich schamen, en zich dom of stom voelen na een onbedoelde zwangerschap. Ook voelen mensen zich soms schuldig wanneer ze juist niet zoveel problemen ervaren. Hieruit blijkt dat er een norm heerst om onbedoelde zwangerschap als iets inherent problematisch te zien. Dit kan worden tegengegaan door eerlijke, realistische informatie vanuit overheid, zorg en media, waarin getoond wordt dat er een grote diversiteit aan ervaringen is.

Hoewel er zeker heel veel te zeggen is voor preventie van een eventueel lastig keuzeprocess, een ingreep, of het moeten uitdragen van een ongewenste zwangerschap die bijvoorbeeld te ver gevorderd is, is er ook een keerzijde aan de term ‘preventie onbedoelde zwangerschap’. Deze doet geen recht aan de geleefde ervaringen van mensen (die niet altijd negatief zijn) en aan bestaande ongelijkheid. De boodschap van preventie van onbedoelde zwangerschap kan worden geherformuleerd naar het vergroten van de reproductieve autonomie, gezondheidsbevordering en vergroten van de toegang tot goede zorg en informatie.

Reflecties op de bevindingen in het licht van actuele maatschappelijke discussies

Abortuscijfers

In het huidige onderzoek is niet onderzocht wat er ten grondslag kan liggen aan recente ontwikkelingen in abortuscijfers. Er zijn meerdere ontwikkelingen in ons land en de ons omringende landen gaande, die hier mogelijk een rol bij kunnen spelen. Als onderzoekers denken wij dat het zeer lastig is, zo niet onmogelijk, om een causaal verband aan te tonen. Een stijging kan ook betekenen dat meer mensen reproductieve regie hebben kunnen nemen. De stijging kan in elk geval niet verklaard worden door onderzoek te doen naar motieven of redenen voor abortus. Men brengt hiermee alleen in kaart wat een rol speelde bij de besluitvorming, en niet waarom de zwangerschap ontstaan is. Ook wanneer men dit laatste negeert en specifiek zou willen onderzoeken of meer mensen een zwangerschap af laten breken, zal nieuw onderzoek hiernaar geen extra informatie opleveren. In [Dit is mijn verhaal](#) toonden wij al aan dat de besluitvorming een samenspel is van motieven, emoties, intuïties en waarden, dat er telkens anders uitziet. De meest voorkomende motievenpatronen wanneer mensen expliciet naar redenen voor abortus werden gevraagd, bleken hetzelfde te zijn in 2010/2011 als in 2022/2023. Bovendien was dit beeld ook in lijn met wat naar voren kwam uit de review van de wetenschappelijke literatuur (onderdeel van Dit is mijn verhaal). Er lijken dus geen andere of nieuwe motieven naar boven te komen in de laatste jaren waarin de stijging heeft plaatsgevonden.

Niet alleen een kenniskwestie

Kennis vergroten over anticonceptie en vruchtbaarheid kan zeker behulpzaam zijn en enige basiskennis is een randvoorwaarde, maar het is niet de gouden panacee voor preventie onbedoelde zwangerschap. Er speelt meer dan rationele kennis. Sommige mensen zijn zich namelijk wel degelijk bewust van het risico, maar nemen dit toch, bijvoorbeeld omdat ze erg ontevreden zijn met anticonceptie. Vruchtbaarheid wordt vaak als iets positiefs en wenselijks gezien, net als het idee van 'natuurlijk zijn'. Sommige mensen hebben geen kinderwens, maar hechten wel waarde aan hun vruchtbaarheid. Dit hangt samen met bredere opvattingen over identiteit, leven zonder hormonale middelen en het behouden van een cyclus, die los van een kinderwens wordt gewaardeerd. In de geleefde ervaring van mensen speelt kennis zeker een rol, maar we moeten de minder geconcretiseerde persoonlijke ervaringen niet buiten beschouwing laten. Mensen willen dat hun bezwaren serieus genomen worden, en dat weegt mogelijk minstens zo zwaar als het krijgen van wetenschappelijk onderbouwde kennis over bijwerkingen of betrouwbaarheid.

Niet alleen een kwestie van individueel gedrag

Preventiebevorderingsinterventies zijn vaak gericht op het veranderen van *individueel* gedrag. Echter, uit onderzoek blijkt dat er een brede context onderliggend is aan onbedoelde zwangerschap, die vaak patronen van sociale ongelijkheid laat zien. Zo zagen we in dit onderzoek dat mensen met een lager inkomen en met ervaringen van (seksueel) geweld vaker te maken hadden met (kans op) onbedoelde zwangerschap. Deze sociale ongelijkheden dragen vervolgens ook bij aan persoonlijke en publieke gezondheidsverschillen, waarvan de oorzaak soms ten onrechte toegeschreven wordt aan onbedoelde zwangerschap. We pleiten er dan ook voor om de focus te verleggen naar de grotere sociale en structurele context, die de fundamentele oorzaken van ongunstige gezondheidsuitkomsten blootlegt. Door alleen individueel gedrag te adresseren in interventies, blijven structurele barrières en sociale ongelijkheden onzichtbaar, zoals beperkte toegang tot anticonceptie, gebrek aan zeggenschap over het eigen lichaam, en negatieve ervaringen in de zorg. Aanbevelingen in dit rapport richten zich dan ook op het aanpakken van deze barrières en ongelijkheden, zoals bredere toegang tot goede anticonceptie(counseling) en het aanpakken van stigmatiserende normen en waarden. Het begint met luisteren, zonder oordeel, om tot een goed gesprek te komen over kinderwens, seksualiteit, anticonceptie, en zwangerschap, waarbij ruimte is voor het persoonlijke verhaal.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

De kabinetten Rutte III en IV hebben het zich ten doel gesteld om onbedoelde zwangerschappen te verminderen, waarbij een integrale benadering van preventie en zorg rond zwangerschap, geboorte en abortus centraal staat. In dit kader is het ZonMw-programma *Onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap* opgericht, waarbinnen diverse partijen onderzoek doen en werken aan kennisontwikkeling en praktijkverbetering. Uit een kamerbrief van staatssecretaris van Ooijen (14 maart 2022) blijkt dat hij meer inzicht wil hebben in de redenen voor het kiezen voor een abortus, en de ruimere achtergrond van onbedoelde zwangerschappen, maar ook de ervaringen met hulpverlening en zorg wanneer zij met een onbedoelde zwangerschap zijn geconfronteerd. Een team onderzoekers van Amsterdam UMC in samenwerking met UMCG, Fiom, Rutgers en de Universiteit Utrecht voerde deze onderzoeksopdracht uit, in het project 'Aanvullende Vragen Onbedoelde Zwangerschap' (AVOZ).

De onderzoeksvragen die op basis van het verzoek van het ministerie van VWS en in nauwe afstemming met een klankbordgroep van stakeholders rond de aanpak onbedoelde zwangerschap zijn geformuleerd door ZonMw, zijn de volgende:

1. Welke factoren dragen bij aan een onbedoelde zwangerschap?
2. Welke omstandigheden dragen bij aan het besluit van de vrouw om de onbedoelde zwangerschap A) uit te dragen dan wel B) af te breken?
3. Wat zijn ervaringen van mensen met de zorg en ondersteuning bij een onbedoelde zwangerschap?
4. Hoe kan de preventie van en de zorg en ondersteuning bij een onbedoelde zwangerschap verbeterd worden?

Aangezien VWS prioriteit gaf aan de beantwoording van onderzoeksvraag 2, zijn de resultaten hiervan in het voorjaar van 2024 gepubliceerd in het rapport [Dit is mijn verhaal](#). Het voorliggende rapport is dan ook deel 2 van een tweeluik. In dit tweede deel van staan de omstandigheden die bijdragen aan een onbedoelde zwangerschap en ervaringen met zorg- en hulpverlening centraal (onderzoeksvraag 1 en 3). Ter beantwoording van onderzoeksvraag 4 worden de resultaten van deelrapport 1 ook meegenomen.

1.2 Achtergrond

1.2.1 Het aandachtsgebied onbedoelde zwangerschap

Hoe vaak komt onbedoelde zwangerschap voor?

Veel mensen hebben een ervaring met een onbedoelde zwangerschap. Omdat definities van onbedoelde zwangerschappen verschillen (zie tekstkader [onbedoeld, ongepland, onverwacht, ongewenst?](#)), en daarmee verschillende zwangerschappen in verschillende hokjes worden geplaatst, verschillen schattingen van prevalentie ook. Maar uit alle cijfers blijkt: het komt vaak voor.

- Wereldwijd wordt geschat dat de helft van de zwangerschappen ongepland is (UNPF, 2022).
- Uit de Monitor Onbedoelde Zwangerschap 2023 (RIVM) blijkt dat 10 op de 1000 vrouwen en 11 op de 1000 mannen het afgelopen jaar te maken had met een onbedoelde zwangerschap. 4 op de 1000 vrouwen en 3 op de 1000 mannen had het afgelopen jaar te maken met een ongewenste zwangerschap. Uit de recente monitor over 2024 blijkt dat het aantal geregistreerde ongewenste zwangerschappen bij de huisarts is gedaald: 3 op de 1000 vrouwen maakte volgens de huisartsenregistratie een ongewenste zwangerschap mee in het afgelopen jaar (RIVM, 2025).
- Uit landelijk epidemiologisch onderzoek in Nederland kwam naar voren dat onder vrouwen met een leeftijd van 25-49 jaar er in 2016 3% ongepland zwanger en 2% ongewenst zwanger waren (Fiom/Rutgers, 2018). Dit komt neer op ongeveer 37.000-57.000 vrouwen met een ongewenste zwangerschap en een grotere groep ongeplande zwangerschappen binnen deze leeftijdsgroep (Fiom/Rutgers, 2018).

Een belangrijke kanttekening hierbij is dat schattingen van onbedoelde zwangerschap in de algemene populatie nogal onbetrouwbaar zijn, omdat het fenomeen zelf niet helder af te bakenen is. Onbedoelde zwangerschap is een beleidsterm die ver af kan staan van de individuele ervaring. De ervaring van de 'bedoeldheid' van een zwangerschap is lang niet altijd zwart-wit (in tegenstelling tot de uiteindelijke keuze voor abortus of uitdragen), maar deze kan

variëren op een schaal, is veranderlijk over tijd, en multidimensioneel. Dit laatste betekent dat een zwangerschap tegelijk om verschillende redenen als bedoeld en minder bedoeld ervaren kan worden.



Onbedoeld, ongepland, onverwacht, ongewenst?

In onderzoek en beleid wordt een onbedoelde zwangerschap vaak omschreven als een onverwachte ofwel ongeplande zwangerschap, die eerder plaatsvindt dan gewild, of een ongewenste zwangerschap, die ontstond terwijl er geen sprake (meer) was van een kinderwens (Baker et al., 2022; Guttmacher Institute, 2019; Santelli et al., 2003). Hierbij wordt ervan uitgegaan dat zwanger worden een bewust proces is, dat mensen een duidelijke houding hebben ten opzichte van een mogelijke zwangerschap, en dat hun gedrag overeenkomt met deze houding. De term *unintended pregnancy* maakt duidelijk dat we het hier hebben over intenties en gedrag, en niet zozeer over hoe de zwangerschap ervaren wordt, dus de gewenstheid van de zwangerschap (Dalmijn et al., 2024). Toch hangen deze zaken vaak sterk samen en is, vooral bij sterke ambivalentie, bedoeldheid en gewenstheid niet goed uit elkaar te trekken in onderzoek. We laten hierbij nog buiten beschouwing dat ‘onbedoeld’ een beleidsterm is waar lang niet iedereen een beeld bij heeft of betekenis aan hecht.

Het prefix ‘on-’ in ‘on-bedoeld’ impliceert daarnaast dat er slechts 2 opties zijn: een zwangerschap is bedoeld óf onbedoeld. Hetzelfde geldt voor ongepland en ongewenst. Echter, er klinkt (onder andere vanuit het onderzoeksveld) al enkele decennia een geluid om af te stappen van dit hokjesdenken, omdat deze hokjes de complexere werkelijkheid niet reflecteren. In werkelijkheid is een kinderwens vaak genuanceerd en lang niet altijd expliciet. Zo kunnen mensen gelukkig zijn bij het vooruitzicht van een zwangerschap, terwijl ze tegelijkertijd anticonceptie gebruiken om dit te voorkomen (Aiken et al., 2015). Bovendien hebben mensen vaak (nog) geen vaste gezinsplanning (Borrero et al., 2015), of is gezinsplanning niet aan de orde vanwege bepaalde culturele of religieuze overtuigingen. Daarnaast kan de beleving van een zwangerschap veranderen door tijd en omstandigheden (Santelli et al., 2009). Onderzoek laat zien dat de grenzen tussen onbedoeld en bedoeld vaag zijn, en in ieder geval niet zwart-wit. Veel mensen ervaren ambivalentie rondom kinderwens, ook in Nederland (Sprenger et al., ingediend ter publicatie; preprint beschikbaar).

Gezien deze nuances is het moeilijk om een eenduidige definitie te hanteren in het huidige onderzoeksrapport. Hoewel we termen als ‘onbedoeld’, ‘ongewenst’, ‘ongepland’ en ‘onverwacht’ herhalen, willen we wel benadrukken dat er aan elk van deze begrippen nadelen kleven. Daarom wordt in elk hoofdstuk toegelicht welke terminologie aan deelnemers is voorgelegd. Zo keek de Monitor Seksuele Gezondheid naar ‘onbedoelde’ en ‘ongewenste’ zwangerschappen ([hoofdstuk 2](#)). De BluePrint-studie ([hoofdstuk 3](#)) onderzocht ‘onverwachte’ zwangerschappen en gebruikte een continue schaal voor zwangerschapsintentie (‘bedoeldheid’). In [hoofdstukken 4](#) en [6](#) bepaalden interviewdeelnemers zelf hoe hun zwangerschap werd benoemd. In [hoofdstuk 5](#) is het begrip ook niet nader gedefinieerd.

Kortom, wanneer we in dit rapport spreken over ‘onbedoelde zwangerschappen’, hanteren we een brede definitie en staat zoveel mogelijk de ervaring van mensen zelf centraal, met oog voor de beperkingen van dit begrip.

Preventie van onbedoelde zwangerschap in de huidige maatschappelijke context

Wereldwijd wordt er veel onderzoek gedaan naar allerlei onderwerpen gerelateerd aan onbedoelde zwangerschap, zoals determinanten en (lange termijn) gevolgen van onbedoelde zwangerschap. Uit onderzoek blijkt dat mentale gevolgen van zowel abortus (o.a. Munk-Olsen et al., 2011; van Ditzhuijzen, 2017; National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, 2018; National Collaborating Centre for Mental Health, 2011; Major et al., 2009; Steinberg et al., 2014) als uitdragen van een onbedoelde zwangerschap al met al minimaal lijken (Beumer et al., 2023; Beumer et al., 2024), behalve wanneer een ongewenste zwangerschap moet worden uitgedragen (Biggs et al., 2017; Foster et al., 2018; 2019). Wat betreft onderzoek waarin wel relaties worden gevonden, blijkt dat deze vaak worden verklaard door contextuele factoren of eerdere mentale problemen (o.a. Littell et al., 2024; Howard et al., 2025).

Een abortus is een medische ingreep die een vervelende situatie opheft, die soms voorkomen had kunnen worden met goed anticonceptiegebruik - al geeft meer dan de helft van de vrouwen in de abortuskliniek ook aan dat ze wél anticonceptie hebben gebruikt toen ze zwanger raakten (o.a. Finkenflügel, 2024). Veel mensen zonder actieve kinderwens willen een onbedoelde zwangerschap liever voorkomen. Een onbedoelde zwangerschap meemaken kan worden gezien als een levensgebeurtenis waarbij niet alleen de kinderwens maar ook de ruimte en ‘supportability’ voor

(nog) een zwangerschap wordt geëvalueerd (Macleod, 2016). Tegelijk is het voor veel vrouwen die kiezen voor abortus vaak direct duidelijk wat er moet gebeuren, en is de overheersende emotie achteraf die van opluchting (o.a. Rocca et al., 2020). Dit evaluatieproces kan dus ook heel erg snel en intuïtief verlopen.

Ondanks dat veel mensen zonder actieve kindervens liever een zwangerschap zouden voorkomen, zien we ook dat veel mensen het lastig vinden om anticonceptie te vinden die bij ze past, effectief is, en geen, weinig, of vooral overkomelijke bij-effecten heeft. Omdat mensen steeds later kinderen krijgen, is de periode dat ze anticonceptie zouden moeten gebruiken om effectief een onbedoelde zwangerschap te voorkomen ook steeds langer (Baird et al., 2018), en dan kunnen bijwerkingen of gebruiksgemak een grotere rol gaan spelen. Bovendien is anticonceptie niet voor iedereen in dezelfde mate een eigen keuze, en kan om diverse redenen (zoals kosten of religieuze motieven) anticonceptie soms geen echte optie zijn (o.a. D'Souza et al., 2022).

Ook liggen de thema's anticonceptie, onbedoelde zwangerschap en abortus in veel landen en zeker ook in Nederland maatschappelijk gevoelig, waardoor gevoelens van schaamte en schuld veel voorkomen. Beleid gericht op preventie draagt uit dat onbedoelde zwangerschap een maatschappelijk gezondheidsprobleem is, maar dit heeft als keerzijde dat het deze gevoelens van schaamte en schuld kan versterken. Dit terwijl eerdere studies ook laten zien dat sociale ongelijkheden bijdragen aan persoonlijke en publieke gezondheidsverschillen, waarvan de oorzaak vaak ten onrechte wordt toegeschreven aan onbedoelde zwangerschap (Auerbach et al., 2023; Morse et al., 2017; Gipson et al., 2008). Deze sociale ongelijkheden kunnen juist ook de situatie minder ondersteunend maken voor een zwangerschap (en dus de kans op ongewenst-zijn van een onbedoelde zwangerschap groter), en/ of de toegang tot effectieve anticonceptie beïnvloeden (D'Souza et al., 2022). Desondanks wordt onbedoelde zwangerschap nog altijd veelal begrepen als een individueel probleem en is preventie veelal gericht op individuen (meestal vrouwen), in plaats van op het aanpakken van structurele ongelijkheid, waarop steeds meer kritiek komt (o.a. Chater & Loewenstein, 2022).

Het AVOZ-onderzoek in relatie tot recente ontwikkelingen en trends

Het debat rond de thematiek van dit onderzoek wordt de laatste tijd ook gekleurd door de stijging van abortuscijfers en de daling van het anticonceptiegebruik. We doen geen onderzoek naar deze ontwikkelingen, maar het AVOZ-onderzoek levert in zekere zin wel inzichten op die hierover iets zeggen. Zo is in deelrapport 1 [Dit is mijn verhaal](#) wel gekeken naar motieven voor abortus in diverse tijdperiodes, en werd geen verschil gevonden in motievenpatroon tussen de jaren 2010-2011 en 2022-2023 in Nederland. In het voorliggende rapport gaan we vooral in op de factoren die bijdragen aan onbedoelde zwangerschap, en dus ook anticonceptiegebruik. Ten slotte levert het onderzoek over de ervaringen met zorg en ondersteuning ook informatie over hoe de zorg en preventie mogelijk verbeterd kan worden. In [hoofdstuk 9](#) reflecteren we hier verder op.



Taal rond gender en rollen: Vrouwen, mannen, zwangeren, partners, verwekkers

Zwangerschap is niet alleen voorbehouden aan mensen die zich als vrouw identificeren. Ook mensen met andere genderidentiteiten kunnen zwanger raken. Hetzelfde geldt voor mensen die iemand anders zwanger kunnen maken, ook dit is niet alleen voorbehouden aan mensen die zich als man identificeren. Waar mogelijk gebruiken we dan ook de termen 'onbedoeld zwangeren' en 'partners' of 'verwekkers'. Maar we gebruiken soms ook de termen 'vrouwen' en 'mannen', waar het in het onderzoek over zich als vrouw of man identificerende personen gaat, of omdat de zin anders leesbaar wordt. Dit betekent geenszins dat we de ervaring van transgender, non-binaire of fluïde genderidentiteiten niet erkennen, of er vanuit gaan dat het thema voor hen niet relevant kan zijn. Soms zeggen we ook 'het kan iedereen overkomen', maar we zijn ons er van bewust dat dit in feite niet klopt; er moet hiervoor wel een zaadcel bij een eikel in de buurt komen, en dat is niet in alle gevallen een optie; bijvoorbeeld bij homoseksuele stellen. We kunnen enige cis-heteronormativiteit in dit rapport niet volledig afwenden, en vinden het ook belangrijk om het vrouw- of man-zijn niet te verhullen. In ons onderzoek hebben we helaas géén informatie verkregen over seksuele- of genderdiverse personen die te maken kregen met onverwachte zwangerschap.

1.2.2 Factoren die bijdragen aan onbedoelde zwangerschap

Factoren die samenhangen met onbedoelde zwangerschap kunnen op verschillende niveaus zitten: structureel/ maatschappelijk (bijvoorbeeld toegang tot anticonceptie), sociaal (de partner wil iets anders of gebruikt geen voorbehoedsmiddel), individueel (eigen regie/ assertiviteit), en zo voorts. Er is en wordt al (ook binnen het [ZonMw programma Kwetsbaar \(jong\) Ouderschap en Onbedoelde Zwangerschap \(KOOZ\)](#)) vrij veel onderzoek gedaan naar determinanten van ongeplande, onbedoelde en ongewenste zwangerschap. Zo heeft het onderzoek op Generation

R data (Enthoven et al., 2022) sociodemografische factoren in kaart gebracht die samenhangen met ongepland zwanger zijn, waaronder etniciteit, religie en leeftijd. Dit komt veelal overeen met resultaten van ander internationaal onderzoek: Mensen die bijvoorbeeld jonger zijn, en meer financiële onzekerheden ervaren hebben een grotere kans om een onbedoelde zwangerschap mee te maken. Een overzicht van internationaal onderzoek naar determinanten van onbedoelde zwangerschap is te vinden in de Kennissynthese (Jansma & Sondeijker, 2019). Daarnaast hebben verschillende (internationale) studies ons inzicht gegeven in persoonlijke omstandigheden die bijdragen aan onbedoelde zwangerschap. Zo hebben mensen die minder relatiekwaliteit en sociale steun ervaren, vaker een ervaring met een onbedoelde zwangerschap (Barton et al., 2017; Zabin et al., 2000). Mensen die seksueel/psychisch/fysiek geweld hebben meegemaakt hebben vaker een ervaring met onbedoelde zwangerschap (Steinberg & Tschann, 2013). En ook het hebben van (een geschiedenis van) mentale gezondheidsproblemen draagt bij aan grotere kans voor het hebben meegemaakt van een onbedoelde zwangerschap (Schonewille et al., 2022; an Ditzhuijzen et al., 2013).

Een probleem dat veel onderzoek op dit thema kenmerkt, is dat niet uit elkaar te halen is of determinanten samenhangen met het zwanger worden zelf (het niet gebruiken van anticonceptie, het falen van anticonceptie) of met de onbedoeldheid of ongewenstheid, met ander woorden met de context die een zwangerschap minder gewenst maakt. Zo kan een zwangerschap ongepland zijn, ondanks dat alle omstandigheden ‘goed’ zijn, of kan een zwangerschap zeer gewenst zijn, in omstandigheden die men tegelijk als minder geschikt ervaart. Wanneer gevonden wordt dat mensen met psychische aandoeningen vaker een ‘minder bedoelde’ zwangerschap hebben, weten we dus niet of dit is omdat zij vaker ongepland zwanger raken (door bijvoorbeeld minder effectief anticonceptiegebruik, meer seksueel risicogedrag, meer instabiele relaties), of dat deze groepen even vaak zwanger raken, maar een zwangerschap vaker als onbedoeld ervaren (van Ditzhuijzen et al., 2013). Om de onderzoeksvraag scherper te formuleren, onderzochten we in dit rapport (a) welke omstandigheden een rol spelen bij het ontstaan van een onbedoelde zwangerschap, waaronder het niet gebruiken of het falen van anticonceptie en (b) omstandigheden die de onbedoeldheid (of ongewenstheid) van zwangerschappen vormgeven (in andere woorden: wat maakt dat de ene zwangerschap als meer onbedoeld wordt ervaren dan de andere?).

1.2.3 Ervaringen met zorg en ondersteuning

Verschillende zorgverleners kunnen in diverse stadia een belangrijke rol hebben in de zorg en ondersteuning bij een onbedoelde zwangerschap (SeksHAG/Rutgers/Fiom, 2020). Mensen met een onbedoelde zwangerschap kunnen te maken krijgen met reguliere eerstelijnszorg zoals de huisarts of de verloskundige, maar kunnen ook zorg ontvangen in ziekenhuizen en abortusklinieken. Daarnaast kunnen zowel de abortusklinieken, huisartsen, als gecertificeerde keuzehulpverleners uit het Landelijk Netwerk (gecoördineerd door Fiom) keuzehulp bieden zodat mensen een keuze kunnen maken over de voortzetting of het afbreken van een onbedoelde zwangerschap. Hieronder vallen ook de opties van pleegzorg en afstand ter adoptie, indien de zwangerschap wordt uitgedragen maar zelf zorgen niet mogelijk is. Na een abortus kan men gebruik maken van nazorg in de meeste abortusklinieken of bij huisartsen, waaronder anticonceptiezorg om herhaalde onbedoelde zwangerschap te voorkomen. Voor emotionele nazorg na een abortus kunnen mensen onder andere terecht bij gecertificeerde hulpverleners binnen het Landelijk Netwerk (gecoördineerd door Fiom).

Onderzoek naar de ervaringen met de zorg en ondersteuning bij onbedoelde zwangerschappen is nog redelijk onontgonnen gebied onder met name laag-risico groepen vrouwen met een leeftijd van 25-45 jaar, en bij mannen. Er is onderzoek gedaan door het RIVM (2021) waarin ook ervaringen met zorg en steun in kaart zijn gebracht. Hier is niet de diepte in gegaan wat betreft ervaringen met alle specifieke zorgverleners die men in het proces tegenkomt. Onderzoek hiernaar biedt de mogelijkheid specifieke zorgbehoeften en ervaringen met bejegening en ondersteuning door eerstelijns- en specialistische zorgverleners te evalueren. Dergelijke inzichten kunnen helpen een integrale zorgaanpak te ontwikkelen en bestaande zorg op dit gebied te optimaliseren en te personaliseren. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat onbedoeld zwangeren ook géén zorgbehoefte kunnen hebben, of dat zij informele zorg of steun ontvangen. Deze informele steun valt buiten de scope van voorliggend onderzoek, omdat dit onderwerp inhoudelijk meer ruimte verdient dan binnen dit project mogelijk is. Ook is dit voor een deel al in kaart gebracht in de Monitor onbedoelde (tiener)zwangerschappen (RIVM, 2021).

1.3 Onderzoeksaanpak in vogelvlucht

1.3.1 Aanpak onderzoek naar factoren die bijdragen aan onbedoelde zwangerschap

Onderzoeksvraag 1 is gericht op het identificeren van factoren die in belangrijke mate bijdragen aan onbedoelde zwangerschap. Zoals in [dit tekstkader](#) beschreven is, is de uitkomstvariabele ‘onbedoelde zwangerschap’ een lastig af te bakenen begrip. Wij hebben dan ook gekozen voor een aanpak waarbij we deze onderzoeksvraag op verschillende manieren hebben geïnterpreteerd en beantwoord. Een belangrijk onderscheid is het verschil tussen factoren die bijdragen aan het ontstaan van de zwangerschap (gerelateerd aan anticonceptiegebruik), en factoren die de onbedoeldheid vormgeven, oftewel de onverwachte zwangerschap meer onbedoeld of ongewenst maken. Voor de beantwoording van deze vraag is gebruik gemaakt van verschillende bronnen van bestaande en nieuw verworven data.

Monitordata. Om meer inzicht te geven in factoren die samenhangen met kans hebben op een onbedoelde zwangerschap, en/of het hebben van ervaring met een onbedoelde of ongewenste zwangerschap, is een secundaire analyse uitgevoerd op data uit de Monitor Seksuele Gezondheid (MSG) 2023. De MSG is een grootschalig onderzoek naar ontwikkelingen in de seksuele gezondheid van volwassenen van 18 tot en met 80 jaar in Nederland. Rutgers voert dit onderzoek uit, in samenwerking met het RIVM en het CBS (De Graaf et al., 2024).

BluePrint. De BluePrint studie omvat een cohort van meer dan 1000 deelnemers: mensen die onverwacht zwanger zijn geraakt, en hun partners. Zij hebben er voor gekozen om de zwangerschap uit te dragen, dan wel een abortus te hebben. In de BluePrint studie is de ‘bedoeldheid’ van de zwangerschap (pregnancy intention) op een multidimensionale schaal uitgevraagd bestaande uit meerdere items (Sprenger et al., ingediend ter publicatie; preprint beschikbaar). We hebben ook onderzocht welke verklaringen mensen geven voor het niet gebruiken van anticonceptie op het moment dat ze onbedoeld zwanger raakten, of waarom ze ondanks anticonceptie toch zwanger zijn geworden.

Kwalitatieve interviews. Er werden 78 diepte-interviews gehouden door het Amsterdam UMC en UMCG met mensen met een ervaring met onbedoelde zwangerschap (zowel mannen als vrouwen). In deze diepte-interviews werd onder andere ingegaan op narratieven over kinderwens en ‘bedoeldheid’ van de zwangerschap, anticonceptie(falen) en seksualiteit rondom het onbedoeld zwanger worden.

1.3.2 Aanpak onderzoek naar ervaringen met zorg en ondersteuning

Om ervaringen met zorg en ondersteuning rond onbedoelde zwangerschap in kaart te brengen, zijn survey data verzameld door Fiom geanalyseerd, en kwalitatieve interviews gedaan.

Clienttevredenheidsonderzoek Keuzehulp. Fiom voert sinds de invoering van het landelijk netwerk keuzehulp medio 2020 een tevredenheidsonderzoek uit onder de keuzehulpcliënten van alle aangesloten uitvoerende partijen met als doel zicht te krijgen op de ervaring met de ondersteuning van keuzehulpverleners in het besluitvormingsproces. Het landelijk netwerk keuzehulp bestaat uit de centra voor seksuele gezondheid van de GGD, Fiom Ihub, Fiom Utrecht, Fiom Den Haag en Siriz. Het betreft een online vragenlijst met kwantitatieve en kwalitatieve vragen over hoe zij de geboden keuzehulp hebben ervaren. De uitvoerende partijen zijn verantwoordelijk voor het verzenden van de vragenlijsten. Fiom verzamelt en analyseert de data. In de periode mei 2020 t/m december 2023 hebben 430 vrouwen deelgenomen aan het tevredenheidsonderzoek. De resultaten van het cliënttevredenheidsonderzoek gaan over een groep onbedoeld zwangere personen die behoefte had aan professionele begeleiding bij het maken van een keuze en hiervoor hulp zocht. Dit is dus een selectieve groep die niet representatief is voor alle onbedoelde zwangere personen; de meerderheid vraagt immers niet om hulp bij het maken van een keuze of doet dat via andere wegen door bijvoorbeeld in gesprek te gaan met hun huisarts, de online module ‘Zwanger, wat nu?’ te volgen of contact te zoeken met een abortuskliniek (Fiom, 2024).

Kwalitatieve interviews. Dezelfde interviews zijn gebruikt om zowel onderzoeksvraag 1 als onderzoeksvraag 3 te beantwoorden. Er werden in totaal 78 diepte-interviews gehouden door het Amsterdam UMC en UMCG met mensen met een ervaring met onbedoelde zwangerschap. In deze diepte-interviews werd naast hetgeen eerder besproken (bij ‘kwalitatieve interviews over factoren die bijdragen aan onbedoeld zwanger raken’), ingegaan op de ervaringen met de zorg en zorgbehoeften met mensen met onbedoelde zwangerschappen. Een semi-gestructureerde interview- en topic lijst werd ontwikkeld met vragen over hoe vrouwen en partners bij een onbedoelde zwangerschap de keuzehulp, eerste- en tweedelijns en specialistische zorg ervaren, wat daarin al dan niet gewaardeerd wordt en wat eventuele zorgbehoeften zijn. Alle interviewers werden getraind in *Integrated Patient Journey Mapping* (McCarthy et al., 2020) en de narratieve aanpak, ter harmonisatie en om het leren van elkaar te bevorderen.

1.3.3 Aanpak onderzoek om tot aanbevelingen voor verbetering van preventie en zorg rond onbedoelde zwangerschap te komen

Er zijn verschillende triangulatie- en consultatiesessies georganiseerd om aanbevelingen te formuleren die aansluiten bij de praktijk. In deze sessies werden niet alleen de bevindingen van het onderzoek van dit rapport meegenomen, maar óók die van deelrapport 1 [Dit is mijn verhaal](#). Allereerst hebben we op basis van de bevindingen die antwoord geven op onderzoeksvragen 1 t/m 3, met de samenwerkende partijen in dit onderzoek (Amsterdam UMC, UMCG, Fiom, Rutgers en UU) een triangulatiesessie georganiseerd. Tijdens deze sessie hebben we alle bevindingen naast elkaar gelegd, waarbij we expliciet aandacht besteedden aan inconsistenties, methodologische overwegingen, en als het ware een ‘review’ hielden van al het onderzoek dat gedaan is in dit project. In een volgende sessie (die aansloot aan een bijeenkomst van het KOOZ netwerk) hebben we met genodigde KOOZ-partners onze resultaten geëvalueerd, aangezien zij meer zicht hebben op specifieke groepen (bijvoorbeeld vluchtelingen, of mensen die hun kind afstaan voor pleegzorg). Op basis hiervan hebben we gezamenlijk aanbevelingen opgesteld. Deze aanbevelingen hebben we ten slotte geëvalueerd en getoetst op haalbaarheid, impact, urgentie/relevantie en reikwijdte in een expert meeting. Tijdens deze expert meeting waren zorgprofessionals (zoals verloskundigen, huisartsen, gynaecologen, abortusartsen) ervaringsdeskundigen en andere stakeholders (zoals beleidsmedewerkers van VWS) aanwezig.

1.4 Positionaliteit

Reflexiviteit is een behulpzaam middel om vertekeningen als gevolg van de persoonlijke lens of perspectief van de onderzoekers te erkennen in onderzoek (Palaganas et al., 2017). Om reflexief te zijn, hebben wij expliciet aandacht besteed aan onze persoonlijke ideeën ten aanzien van de onderzoeksvragen, die niet door ons waren geformuleerd maar door de opdrachtgever, het ministerie van VWS. Hierbij hebben we gereflecteerd op onze standpunten, die voortkomen uit vele jaren academische en professionele (praktijk)kennis, maar ook persoonlijke ervaringen met de thematiek anticonceptie en onbedoelde zwangerschap. Hoewel alle onderzoekers in het team het belangrijk vinden dat iedere onbedoeld zwangere in vrijheid een weloverwogen keuze moet kunnen maken over een onbedoelde zwangerschap, kunnen er wel enige verschillen zijn in perspectief vanwege de verschillende professionele posities die we bekleden en ervaringen die we hebben. Zo hebben de vele gesprekken met onbedoeld zwangere respondenten in ons eerdere onderzoek ongetwijfeld impact gehad op hoe wij de interviews hebben opgebouwd, en zijn wij ons extra bewust geraakt van bijvoorbeeld het gebruik van het woord ‘redenen’ of ‘waarom’ in relatie tot gevoelige onderwerpen als anticonceptie en abortus, onder andere door het onderzoek in het kader van onderzoeksvraag 2 ([Dit is mijn verhaal](#)).

Natuurlijk hebben wij als mensen ook persoonlijke posities en ervaringen. De interviews zijn uitgevoerd door witte, jonge, hoogopgeleide vrouwen, hetgeen niet representatief is voor de gehele samenleving waarin mensen onbedoeld zwanger raken. Mogelijk gevolg is dat we bepaalde problemen of zorgen niet zien, mogelijke (lichaams)taal en culturele gebruiken niet herkennen, omdat we in een bepaalde context leven en werken. Daarnaast zijn we als onderzoekers ons bewust van de machtsverhoudingen die aanwezig kunnen zijn in (kwalitatief) onderzoek. Deelnemers kunnen ook verwachtingen hebben over het oordeel en de ervaringspositie van de interviewer, hetgeen van invloed kan zijn op wat er wel of juist niet gezegd wordt.

Verschiedende onderzoekers hebben persoonlijke ervaringen met de thematiek, zoals het uitdragen van zowel bedoelde als onbedoelde zwangerschappen en het afbreken ervan, als ook het meemaken van miskramen, verminderde vruchtbaarheid en het geboren zijn uit een onbedoelde tienerzwangerschap. Wij erkennen dat wij niet buiten de sociale realiteit staan die wij bestuderen, maar er juist onderdeel van zijn. Door deze persoonlijke en maatschappelijke posities en ervaringen bespreekbaar te maken in het onderzoeksteam en hierop te reflecteren hebben wij geprobeerd onze eigen aannames, vooroordelen en mogelijke blinde vlekken zichtbaar te maken en te beperken.

DEEL A

FACTOREN DIE
BIJDRAGEN AAN
ONBEDOELD
ZWANGER RAKEN

2 Bevindingen uit de Monitor Seksuele Gezondheid

Renee Finkenflügel en Hanneke de Graaf - Rutgers

2.1 Doelen

Om meer inzicht te geven in factoren die samenhangen met kans hebben op een onbedoelde zwangerschap, en/of het hebben van ervaring met een onbedoelde of ongewenste zwangerschap, zijn secundaire analyses uitgevoerd op data uit de Monitor Seksuele Gezondheid (MSG) 2023.

In het kader van de eerste onderzoeksvraag over factoren die samenhangen met een onbedoelde zwangerschap, behandelen we in dit hoofdstuk drie subvragen, die kunnen worden beantwoord met deze MSG-data.

- Welke factoren hangen samen met de kans op onbedoelde zwangerschap bij vrouwen?
- Welke factoren hangen samen met het hebben van ervaring met een onbedoelde zwangerschap in het afgelopen jaar?
- Welke factoren hangen samen met het hebben van ervaring met een ongewenste zwangerschap in het afgelopen jaar?

2.2 Design en werkwijze

Voor deze secundaire analyse werd data van respondenten van 18 tot 50 jaar van de Monitor Seksuele Gezondheid (MSG) gebruikt. Dit is een cross-sectioneel grootschalig onderzoek naar ontwikkelingen in de seksuele gezondheid van volwassenen van 18 tot en met 80 jaar in Nederland. Rutgers voerde dit onderzoek uit, in samenwerking met het RIVM en het CBS (De Graaf et al., 2024).

De werving van de respondenten van 18 jaar en ouder vond plaats tussen 27 september 2022 en 28 februari 2023 op basis van registratie in het Basisregister Personen (BRP). Een aselechte steekproef van personen inschreven in het BRP ontvingen op hun inschrijfadres een uitnodiging om deel te nemen. In totaal zijn er 58.319 brieven verstuurd. Om de respons te verhogen, werd bij de eerste uitnodigingsbrief een cadeaubon van vijf euro toegevoegd. Daarnaast bevatte de uitnodiging een folder met informatie over het onderzoek en het belang van deelname. Mensen die niet reageerden op de eerste uitnodiging, kregen twee herhalingsoproepen. Bij de tweede en derde herhalingsoproep ontvingen respondenten van 25 jaar en ouder tevens een schriftelijke vragenlijst. Aangezien personen met een herkomst buiten Nederland via deze methode minder goed bereikt worden, zijn extra inspanningen verricht om hen te betrekken. Onder de non-responders binnen deze doelgroep werd bij 840 personen een huis-aan-huis bezoek afgelegd om hen opnieuw te motiveren. Dit resulteerde in 47 extra respondenten (De Graaf et al., 2024). De dataset bevat 15.512 personen van 18 tot en met 80 jaar (De Graaf et al., 2024). De resultaten van de steekproef zijn representatief voor de Nederlandse bevolking door het gebruik van weging.



Verschillen in cijfers over risico op onbedoelde zwangerschap

De Monitor Seksuele Gezondheid (MSG) 2023 maakt deel uit van de Leefstijlmonitor. Binnen de Leefstijlmonitor worden jaarlijks ook kerncijfers verzameld over het risico op onbedoelde zwangerschap door middel van de Gezondheidsenquête van het CBS. Deze kerncijfers zijn leidend en kunnen verschillen van de cijfers in dit hoofdstuk. In de Gezondheidsenquête 2023 liep 8,7% van de vrouwen van 16 tot 50 jaar risico op een onbedoelde zwangerschap (RIVM, 2025). De vragen die zijn gesteld verschillen iets tussen de MSG en de Gezondheidsenquête. In de MSG 2023 konden vrouwen meer redenen aanklikken voor het achterwege laten van anticonceptie dan in de Gezondheidsenquête. Dit verklaart mogelijk de gevonden verschillen in het risico op onbedoelde zwangerschap.

2.3 Deelnemers

In de analyse voor dit hoofdstuk werden alleen respondenten meegenomen die 18 tot 50 jaar oud waren (n=10.469). De reden hiervoor is dat we in deze secundaire analyse uitspraken doen over personen in de vruchtbare leeftijd. Er is voor gekozen data van respondenten jonger dan 18 jaar niet te includeren in de analyses, gezien het lage aantal onbedoelde zwangerschappen bij deze groep.

2.4 Variabelen

2.4.1 Uitkomstmaten

De kans op een onbedoelde zwangerschap

We spreken in dit hoofdstuk niet over ‘risico’ op onbedoelde zwangerschap, maar ‘kans’ op onbedoelde zwangerschap. Wanneer er gesproken wordt over risico, heeft dit vaak een negatieve connotatie. Een onbedoelde zwangerschap hoeft echter niet altijd negatief te zijn.

De hier gehanteerde definitie voor een vrouw die kans heeft op een onbedoelde zwangerschap is als volgt: “een vrouw jonger dan 50 jaar die geen anticonceptie gebruikt en die niet aangeeft dat ze de laatste tijd geen seks heeft gehad, zwanger is of wil worden, of onvruchtbaar is en/of een onvruchtbare partner heeft”. Op basis van de aard van de data zijn hierbij de volgende kaders gehanteerd.

- Wat betreft de kans op een onbedoelde zwangerschap konden in deze dataset alleen uitspraken over vrouwen gedaan worden, omdat anticonceptiegebruik bij mannen niet uitgevraagd werd. Voor uitkomstmaten ervaring met onbedoelde en ongewenste zwangerschap zijn mannen wel meegenomen, alsook voor de uitkomstmaat anticonceptiegebruik in het volgende hoofdstuk over de BluePrint studie.
- We hebben de vruchtbare leeftijd gedefinieerd als jonger dan 50 jaar, terwijl er bij mannen (en zeer uitzonderlijk ook bij vrouwen) ook na hun 50e jaar zwangerschappen kunnen plaatsvinden. Daarnaast is er bij penis-in-vagina seks niet altijd een kans op zwangerschap, bijvoorbeeld bij onvruchtbaarheid van één van de partners. Ook is in het schatten van de kans op een onbedoelde zwangerschap geen rekening gehouden met de afnemende vruchtbaarheid met het ouder worden. Dit kan geleid hebben tot een overschatting van het percentage vrouwen dat kans heeft op een onbedoelde zwangerschap, met name in de groep vrouwen van 40 tot 50 jaar. Anderzijds weten we dat vrouwen die anticonceptie gebruiken, ook onbedoeld zwanger kunnen raken. Het gaat er dus niet alleen om of iemand anticonceptie gebruikt, maar ook wanneer en hoe deze anticonceptie gebruikt wordt.
- Aan respondenten die geen anticonceptie gebruikten werd gevraagd wat de redenen waren dat zij dit niet gebruikten. Hier konden respondenten onder andere aangeven dat ze de laatste tijd geen seks hadden met mannen, zwanger waren of zwanger wilden worden, en/of niet zwanger konden worden/onvruchtbaar waren. Wanneer een respondent niet aanvinkte dat ze zwanger wilde worden, is aangenomen dat ze niet zwanger wilde worden.

Ervaring met een onbedoelde zwangerschap in de afgelopen twaalf maanden

Respondenten werd gevraagd of ze in de afgelopen twaalf maanden zwanger zijn geweest, of iemand zwanger hebben gemaakt. Naar aanleiding van onderstaande vragen werd bepaald op basis van een dichotome vraag over onbedoeldheid of deze zwangerschap bedoeld of onbedoeld was.

Bij vrouwen jonger dan 25 jaar werd dit als volgt uitgevraagd:

- Ben je ooit zwanger geweest/Is er ooit een meisje zwanger geweest van jou, terwijl dit niet de bedoeling was?
- Wanneer was dit (voor het laatst)?

Bij vrouwen van 25 jaar en ouder werd dit als volgt uitgevraagd:

- Is er in de afgelopen twaalf maanden een vrouw zwanger geweest van u? / Bent u in de afgelopen twaalf maanden zwanger geweest?
- Was het de bedoeling dat deze vrouw/u zwanger zou worden?

Ervaring met een ongewenste zwangerschap in de afgelopen 12 maanden

Bij de groep die ervaring heeft met een onbedoelde zwangerschap, is uitgevraagd of deze gewenst was op de volgende manier:

- Was deze zwangerschap/Was de onbedoelde zwangerschap/Waren deze zwangerschappen wat u betreft (wel) gewenst?

Wanneer de zwangerschap meteen vanaf het begin of eerst niet, maar later wel gewenst was, werd dit geclassificeerd als ‘gewenst’. Wanneer iemand de vraag beantwoorde met ‘Nee’ werd dit geclassificeerd als ‘ongewenst’.

2.4.2 Potentiële factoren gerelateerd aan onbedoelde zwangerschap

Voor onze analyses konden we variabelen toetsen die waren uitgevraagd in de MSG 2023. Dit beperkte onze keuze enigszins. We hebben op basis van literatuur variabelen geselecteerd die geassocieerd kunnen zijn met (kans hebben

op) een onbedoelde, ongeplande of ongewenste zwangerschap. Gezien de beperkte vrijheidsgraden in onze modellen, werden sommige factoren gedichotomiseerd of is het aantal categorieën teruggebracht.

- **Toegewezen geslacht bij geboorte.** Wanneer het over mannen of vrouwen gaat, is toegewezen geslacht bij geboorte aangehouden. De reden hiervoor is dat we zo goed mogelijk de groep benaderen die zwanger zou kunnen worden.
- **Leeftijd** in categorieën: 18 tot 25 jaar, 25 tot 40 jaar en 40 tot 50 jaar.
- **Inkomen.** Inkomen is in de dataset geregistreerd in kwintielen. De indeling in inkomenskwintielen houdt in dat van alle Nederlandse huishoudens de 20% met de laagste gestandaardiseerde inkomens in het eerste inkomenskwintiel valt, de volgende 20% in het tweede inkomenskwintiel, en zo verder. Het eerste kwintiel is gedefinieerd als 'zeer laag'. Het tweede kwintiel is gedefinieerd als 'laag'. Voor de analyses zijn het derde, vierde en vijfde kwintiel samengevoegd tot de categorie 'gemiddeld of (zeer) hoog'.
- **Herkomst.** Ingedeeld in de categorie Europa, Noord-Amerika of Oceanië en de categorie Afrika, Azië, Midden- of Zuid-Amerika.
- **Religie.** Religie werd gemeten aan de hand van het belang dat iemand hecht aan het geloof, in drie categorieën: niet belangrijk / een beetje belangrijk / heel belangrijk. Respondenten die niet religieus zijn, zijn samengenomen met de categorie 'niet belangrijk'.
- **Opleiding.** Hoogst voltooide opleiding: basisschool, pro of vmbo / havo, vwo of mbo / hbo, wo.
- **Kinderen.** Gevraagd werd of de respondent één of meerdere kinderen heeft. Dit kunnen ook stiefkinderen, pleegkinderen of adoptiekinderen zijn.
- **Relatiestatus.** Dit werd gedefinieerd als: geen relatie, wel een relatie maar niet samenwonend, en wel een relatie en ook samenwonend.
- **Seksueel geweld meegemaakt.** Dit werd gedefinieerd als het ooit gedwongen zijn tot seksuele handelingen en/of aftrekken/vingeren, orale seks, penis-in-vagina seks, en/of anale seks tegen de wil.
- **Negatieve jeugdervaring(en).** Dit werd gedefinieerd als voor het 16e jaar thuis uitgescholden zijn, gekleineerd zijn, onterecht gestraft zijn, bedreigd, of geschopt of geslagen zijn, of dat de respondent broers of zussen had die zijn voorgetrokken.
- **Gepest.** Dit werd gedefinieerd als voor het 16e jaar gepest te zijn.
- **Mentale gezondheid.** Mentale gezondheid werd uitgevraagd door middel van de Mental Health Inventory 5 (ten Have et al., 2024), bestaande uit 5 vragen. Op basis van de antwoorden is per respondent een score berekend tussen de 1 en de 4. Hoe hoger de score, hoe beter iemand zich mentaal voelt.

2.5 Analyses

In de tabellen staan vooral ongewogen aantallen (n) en gewogen percentages (%). Omwille van de betrouwbaarheid en het voorkomen van herleidbaarheid presenteren we alleen percentages of gemiddelden bij subgroepen met een ongewogen omvang van 50 personen of meer.

De data zijn geanalyseerd met behulp van SPSS versie 27. Om te bepalen welke factoren samenhangen met de kans op een onbedoelde zwangerschap en ervaring met onbedoelde of ongewenste zwangerschap, zijn eerst bivariate logistische regressieanalyses uitgevoerd. Factoren die in deze analyses significant bleken samen te hangen met de uitkomstmaat, zijn vervolgens meegenomen in een multivariate logistische regressieanalyse. Deze multivariate analyses laten zien welke factoren onafhankelijke determinanten zijn van de hoofduitkomsten.

2.6 Resultaten

2.6.1 Kenmerken respondenten

In Tabel 2.1 zijn de kenmerken van alle respondenten, en aanvullend van de vrouwen in de dataset gepresenteerd. De reden om de kenmerken van de vrouwen los te presenteren is dat de uitspraken over de kans op een onbedoelde zwangerschap alleen over hen gaan.

Tabel 2.1 Samenstelling van de steekproef in de Monitor Seksuele Gezondheid (n=10.469)

	Alle respondenten	Alleen vrouwen
	n (%)	n (%)
Toegewezen geslacht bij geboorte		
<i>Man</i>	4461 (49,5%)	0 (0%)
<i>Vrouw</i>	6008 (50,5%)	6008 (100%)
Leeftijd		
<i>40-49</i>	1474 (29,7%)	779 (30,4%)
<i>25-39</i>	2481 (47,9)	1483 (47,6%)
<i>18-24</i>	6514 (22,4%)	3746 (22,0%)
Inkomen		
<i>Gemiddeld of (zeer) hoog</i>	7681 (68,0%)	4317 (64,9%)
<i>Laag</i>	1134 (13,8%)	675 (15,3%)
<i>Zeer laag</i>	1654 (18,2%)	1016 (19,8%)
Herkomst		
<i>Europa, Noord-Amerika of Oceanië</i>	9400 (83,2%)	5397 (82,4%)
<i>Afrika, Azië, Midden- of Zuid-Amerika</i>	1056 (16,8)	603 (17,6%)
Belang van geloof		
<i>Onbelangrijk of niet gelovig</i>	7964 (74,9%)	4472 (72,3%)
<i>Beetje belangrijk</i>	946 (11,6%)	555 (12,2%)
<i>Heel belangrijk</i>	1029 (13,6%)	642 (15,5%)
Opleiding		
<i>Hbo of wo</i>	6527 (59,0%)	3842 (60,9%)
<i>Havo, vwo of mbo</i>	3263 (32,1%)	1865 (32,1%)
<i>Basisschool, pro of vmbo</i>	644 (8,9%)	280 (7,0%)
Heeft kind(eren)		
<i>Nee</i>	8138 (55,1%)	4628 (51,5%)
<i>Ja</i>	2323 (44,9%)	1380 (48,5%)
Heeft een relatie		
<i>Nee</i>	4464 (29,1%)	2377 (27,0%)
<i>Ja, niet samenwonend</i>	2494 (14,7%)	1509 (15,1%)
<i>Ja, samenwonend</i>	3507 (56,2)	2119 (57,9%)
Houding tegenover zwangerschap[†]		
<i>Negatief</i>	2974 (67,0%)	1778 (65,2%)
<i>Neutraal</i>	923 (22,5%)	576 (22,6%)
<i>Positief</i>	358 (10,5%)	242 (12,1%)
Seksueel geweld meegemaakt		
<i>Nee</i>	8716 (84,0%)	4496 (74,5%)
<i>Ja</i>	1744 (16,0%)	1507 (25,5%)
Negatieve jeugdervaring(en)		
<i>Nee</i>	5745 (53,7%)	3211 (51,2%)
<i>Ja</i>	4713 (46,3%)	2789 (48,8%)
Is gepest		
<i>Nee</i>	5003 (46,6%)	2887 (47,0%)
<i>Ja</i>	5458 (53,4%)	3116 (53,0%)
Mentale gezondheid		
<i>Score 1-4 [M]</i>	3,2	3,2

Noot. Aantallen (n) zijn ongewogen en percentages (%) zijn gewogen. [†]= alleen uitgevraagd bij de respondenten van 18-24 jaar.

2.6.2 Factoren geassocieerd met de kans op een onbedoelde zwangerschap bij vrouwen

We hebben factoren in kaart gebracht die geassocieerd zijn met de kans op een onbedoelde zwangerschap bij vrouwen. In totaal had 11,9% van de vrouwen van 18 tot 50 jaar kans op een onbedoelde zwangerschap.

Alleen de variabelen die in de bivariate analyses significant geassocieerd waren met de kans op een onbedoelde zwangerschap bij vrouwen werden meegenomen in het multivariate model. Mentale gezondheid en gepest zijn zijn daarom niet meegenomen in de multivariate analyses. In het multivariate model bleken vrouwen met een laag inkomen, in de leeftijd van 25 tot 40 jaar, die het geloof een beetje belangrijk vinden en die ooit in hun leven seksueel geweld hebben meegemaakt, een grotere kans te hebben op een onbedoelde zwangerschap dan vrouwen uit de referentiegroep.

Tabel 2.2 Factoren geassocieerd met kans op onbedoelde zwangerschap bij vrouwen (n = 6.008)

Heeft kans op onbedoelde zwangerschap			
	%	aOR	95% BI
Leeftijd			
40-49	11,8%	REF	
25-39	14,3%	1,42*	1,03-1,95
18-24	6,8%	0,70	0,47-1,04
Inkomen			
Gemiddeld of (zeer) hoog	10,5%		
Laag	16,6%	1,71***	1,29-2,25
Zeer laag	12,9%	1,07	0,81-1,43
Belang geloof			
Niet belangrijk	10,2%	REF	
Beetje belangrijk	16,3%	1,59**	1,11-2,02
Heel belangrijk	13,1%	1,15	0,85-1,57
Opleiding			
Hbo of wo	11,6%	REF	
Havo, vwo of mbo	11,5%	0,97	0,78-1,21
Basisschool, pro of vmbo	14,4%	1,36	0,89-2,05
Heeft kind(eren)			
Nee	10,5%	REF	
Ja	13,4%	1,33	0,98-1,81
Relatie			
Nee	10,1%		
Ja, niet samenwonend	10,2%	1,01	0,77-1,33
Ja, samenwonend	13,2%	0,96	0,717-1,28
Seksueel geweld meegemaakt			
Nee	11,8%	REF	
Ja	12,0%	1,40**	1,12-1,75
Negatieve jeugdervaring(en)			
Nee	11,1%	REF	
Ja	12,6%	1,15	0,94-1,41

Noot. Alleen de variabelen die significant geassocieerd zijn met de uitkomstmaat zijn opgenomen in de tabel.

Significantie: *p≤0,05 / **p≤0,005 / ***p≤0,001. N.S.=niet significant

aOR = aangepaste odds ratio; gecorrigeerde kansverhouding tussen groepen.

95% BI = 95% betrouwbaarheidsinterval; geeft de onzekerheidsmarge rond de aOR aan.

REF = referentiegroep.

2.6.3 Factoren geassocieerd met ervaring met een onbedoelde zwangerschap

Er werd gevraagd of respondenten in het afgelopen jaar onbedoeld zwanger zijn geweest, of iemand onbedoeld zwanger hebben gemaakt. In totaal hadden 506 personen ervaring met een zwangerschap in het afgelopen jaar: 300 vrouwen en 206 mannen. Bij 79 personen was deze onbedoeld: dit ging om 42 vrouwen en 37 mannen. In totaal maakte 1,0% van de respondenten van 18 tot 50 jaar een onbedoelde zwangerschap mee in het afgelopen jaar.

Alleen de variabelen die in de bivariate analyses significant geassocieerd waren met ervaring met een onbedoelde zwangerschap, werden meegenomen in het multivariate model. Toegewezen geslacht bij geboorte, belang van geloof, negatieve jeugdervaringen, mentale gezondheid en gepest zijn, zijn daarom niet meegenomen in de multivariate analyses. In het multivariate model bleken verschillende factoren onafhankelijk geassocieerd te zijn met ervaring met een onbedoelde zwangerschap (Tabel 2.3). Personen in de leeftijdsgroepen van 18 tot 25 jaar en van 25 tot 40 jaar rapporteren dit vaker dan personen van 40 tot 50 jaar. Ook het hebben van kinderen hangt onafhankelijk samen met een verhoogde kans op een onbedoelde zwangerschap. Daarnaast is het hebben van een relatie zonder samen te wonen geassocieerd met een grotere kans op deze ervaring, gevolgd door het hebben van een relatie met samenwonen. Verder blijkt dat personen met een havo-, vwo- of mbo-opleiding en personen met een basisschool-, praktijkonderwijs- of vmbo-opleiding vaker ervaring hebben met een onbedoelde zwangerschap dan personen met een hbo- of wo-opleiding. Personen die seksueel geweld hebben meegemaakt en personen met een zeer laag inkomen rapporteren eveneens vaker ervaring met een onbedoelde zwangerschap.

Tabel 2.3 Factoren geassocieerd met ervaring met een onbedoelde zwangerschap in het afgelopen jaar (n = 10.469)

Heeft ervaring met onbedoelde zwangerschap			
	%	aOR	95% BI
Leeftijd			
40-49	0,7%	REF	
25-39	1,4%	4,96***	2,15-11,42
18-24	0,7%	7,31***	2,53-21,11
Inkomen			
Gemiddeld of (zeer) hoog	0,7%	REF	
Laag	1,7%	1,80	0,96-3,36
Zeer laag	1,8%	1,84*	1,03-3,31
Opleiding			
Hbo of wo	0,6%	REF	
Havo, vwo of mbo	1,3%	2,19**	1,31-3,67
Basisschool, pro of vmbo	2,4%	3,95***	1,95-8,00
Heeft kind(eren)			
Nee	0,6%	REF	
Ja	1,6%	7,16***	3,29-15,55
Relatie			
Nee	0,8%	REF	
Ja, niet samenwonend	1,3%	3,44***	1,71-6,93
Ja, samenwonend	1,1%	2,27*	1,01-5,08
Seksueel geweld meegemaakt			
Nee	1,9%	REF	
Ja	0,7%	2,29*	1,39-3,77

Noot. Alleen de variabelen die significant geassocieerd zijn met de uitkomstmaat zijn opgenomen in de tabel. De percentages (%) zijn gewogen.

Significantie: *p≤0,05 / **p≤0,005 / ***p≤0,001.

aOR = aangepaste odds ratio; gecorrigeerde kansverhouding tussen groepen.

95% BI = 95% betrouwbaarheidsinterval; geeft de onzekerheidsmarge rond de aOR aan.

REF = referentiegroep.

2.6.4 Factoren geassocieerd met ervaring met een ongewenste zwangerschap

Er werd aan de respondenten die een onbedoelde zwangerschap in het afgelopen jaar meemaakten gevraagd of de zwangerschap (direct of na verloop van tijd) gewenst of ongewenst was. Bij de 79 personen die een onbedoelde zwangerschap meemaakten, waren er 33 ongewenst (41,8%). Vier op de duizend mannen en vrouwen kregen in het afgelopen jaar te maken met een ongewenste zwangerschap.

Alleen de variabelen die in de bivariate analyses significant geassocieerd waren met ervaring met een ongewenste zwangerschap, werden meegenomen in het multivariate model. Toegewezen geslacht bij geboorte, leeftijd, belang van geloof, al kinderen hebben, negatieve jeugdervaringen, mentale gezondheid en gepest zijn, zijn daarom niet meegenomen in de multivariate analyses. In het multivariate model bleken het hebben van een relatie zonder samen te wonen, het afgerond hebben van een havo-, vwo- of mbo-opleiding, en een laag inkomen onafhankelijk van andere factoren geassocieerd te zijn met het hebben ervaren van een ongewenste zwangerschap (Tabel 2.4).

Tabel 2.4 Factoren geassocieerd met ervaring met een ongewenste zwangerschap in het afgelopen jaar (n = 10.469)

Heeft ervaring met ongewenste zwangerschap			
	%	aOR	95% BI
Inkomen			
<i>Gemiddeld of (zeer) hoog</i>	0,2%	REF	
<i>Laag</i>	0,9%	2,76*	1,18-6,41
<i>Zeer laag</i>	0,7%	1,20	0,44-3,32
Opleiding			
<i>Hbo of wo</i>	0,2%	REF	
<i>Havo, vwo of mbo</i>	0,5%	2,20*	1,04-4,68
<i>Basisschool, pro of vmbo</i>	0,9%	2,27	0,64-8,05
Relatie			
<i>Nee</i>	0,4%	REF	
<i>Ja, niet samenwonend</i>	1,0%	3,91**	1,58-9,68
<i>Ja, samenwonend</i>	0,2%	1,71	0,63-4,62
Seksueel geweld meegemaakt			
<i>Nee</i>	0,3%	REF	
<i>Ja</i>	0,6%	1,98	0,92-4,28

Noot. Alleen de variabelen die significant geassocieerd zijn met de uitkomstmaat zijn opgenomen in de tabel. De percentages (%) zijn gewogen.

Significantie: *p≤0,05 / **p≤0,005 / ***p≤0,001.

aOR = aangepaste odds ratio; gecorrigeerde kansverhouding tussen groepen.

95% BI = 95% betrouwbaarheidsinterval; geeft de onzekerheidsmarge rond de aOR aan.

REF = referentiegroep.

2.7 Subconclusies hoofdstuk 2

Het doel van het onderzoek voor dit hoofdstuk was om in kaart te brengen welke factoren samenhangen met een kans op een onbedoelde zwangerschap, en met de ervaring met een onbedoelde of ongewenste zwangerschap in het afgelopen jaar. Hiervoor werd een secundaire analyse gedaan op data uit de Monitor Seksuele Gezondheid, die representatief zijn voor de Nederlandse samenleving.

Ongeveer één op de acht vrouwen van 18 tot 50 jaar heeft, op basis van onze definitie, een kans om onbedoeld zwanger te raken. Deze schatting is omgeven door onzekerheid en kan zowel een onder- als overschatting zijn. Uit het multivariate model blijkt dat een leeftijd tussen de 25 en 40 jaar, een laag inkomen en het hebben meegemaakt van seksueel geweld onafhankelijk geassocieerd zijn met deze kans.

Aan de respondenten is gevraagd of zij het afgelopen jaar te maken hebben gehad met een zwangerschap en of deze zwangerschap onbedoeld of ongewenst was. Eén op de twaalf vrouwen en mannen geeft aan dat ze het afgelopen jaar zwanger waren of dat een vrouw zwanger was van hen. Elf op duizend mannen en tien op duizend vrouwen kregen in het afgelopen jaar te maken met een onbedoelde zwangerschap. Verschillende factoren hangen samen met het hebben van ervaring met een onbedoelde zwangerschap in deze periode.

Zowel een leeftijd van 18 tot 25 jaar als een leeftijd van 25 tot 40 jaar blijken onafhankelijk geassocieerd te zijn met ervaring met een onbedoelde zwangerschap in het afgelopen jaar. Ook het hebben van één of meer kinderen hangt hiermee samen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het merendeel van de onbedoelde zwangerschappen wordt uitgedragen, en een deel van de respondenten ten tijde van de dataverzameling inmiddels bevallen was. Het is niet bekend of deze respondenten reeds vóór de onbedoelde zwangerschap kinderen hadden.

Daarnaast is ook het opleidingsniveau onafhankelijk geassocieerd met ervaring met een onbedoelde zwangerschap: respondenten met een afgeronde basisschool-, praktijkonderwijs- of vmbo-opleiding, evenals die met een afgeronde havo-, vwo- of mbo-opleiding, rapporteerden dit vaker dan respondenten met een hbo- of wo-opleiding. Verder blijkt dat het hebben van een relatie zonder samen te wonen samenhangt met een grotere kans op een onbedoelde zwangerschap, gevolgd door het hebben van een samenwoonrelatie.

Tot slot zijn ervaringen met seksueel geweld en een zeer laag inkomen eveneens onafhankelijk geassocieerd met het hebben meegemaakt van een onbedoelde zwangerschap in het afgelopen jaar.

Bijna vier op de tien onbedoelde zwangerschappen was ongewenst. Het hebben van een relatie zonder samen te wonen, een laag inkomen en een afgeronde havo-, vwo- of mbo-opleiding hingen samen met ervaring met een ongewenste zwangerschap.

De factoren die samenhangen met de kans op een onbedoelde zwangerschap en die samenhangen met ervaring met een onbedoelde zwangerschap bleken grotendeels van elkaar te verschillen. Het hebben meegemaakt van seksueel geweld hing samen met beide uitkomsten. Ook inkomen bleek samen te hangen met beide uitkomsten: een laag inkomen hing samen met de kans op een onbedoelde zwangerschap, terwijl een zeer laag inkomen samenhang met ervaring met een onbedoelde zwangerschap.

Het hebben van een relatie zonder samen te wonen hing samen met zowel een onbedoelde als een ongewenste zwangerschap. Daarnaast bleek een zeer laag inkomen samen te hangen met ervaring met een onbedoelde zwangerschap, terwijl een laag inkomen samenhang met ervaring met een ongewenste zwangerschap.

Beperkingen

Dit onderzoek heeft enkele beperkingen. De grootste beperking van dit onderzoek was het cross-sectionele design waardoor we van verschillende factoren niet kunnen zeggen of ze de oorzaak of het gevolg zijn van de (kans op) onbedoelde of ongewenste zwangerschap, of dat beide het gevolg zijn van andere achtergrondfactoren. Van een aantal variabelen was namelijk niet bekend hoe deze waren samengesteld vóórdat de respondent kans liep op een onbedoelde zwangerschap, of voordat de respondent een onbedoelde of de ongewenste zwangerschap meemaakte. Ook zijn kenmerken van respondenten mogelijk veranderd over tijd, zoals het hebben van een relatie of het belang van het geloof. En sommige factoren kunnen ook juist het gevolg zijn van een onbedoelde zwangerschap, samenwonen bijvoorbeeld. Slechts een klein aantal variabelen was onveranderlijk of ging over een situatie in het verleden, zoals herkomst, seksueel geweld meegemaakt hebben, of negatieve jeugdervaringen. We spreken dus in het huidige onderzoek enkel over associaties of verbanden, en niet over oorzaken of voorspellers.

3 Bevindingen uit de BluePrint studie

Wieke Beumer en Jenneke van Ditzhuijzen - Amsterdam UMC

3.1 Doelen

De resultaten van de BluePrint studie leveren aanvullende inzichten op om drie redenen. Ten eerste had elke deelnemer van de BluePrint studie een recente ervaring met een onverwachte zwangerschap, aangezien dit een selectiecriteria was om mee te mogen doen aan deze studie. Ten tweede hebben we in de BluePrint studie onbedoelde zwangerschap op een schaal gemeten. Dit geeft aanvullende inzichten, omdat mensen vaak ambivalente gevoelens ten opzichte van een zwangerschap ervaren (bijvoorbeeld doordat zij wel een kindwens hebben, maar de zwangerschap voor hen niet op het juiste moment komt). Deze zwangerschappen zijn daardoor moeilijk te vatten in zwart-wit hokjes van bedoelde en onbedoelde zwangerschappen. In de BluePrint studie kregen we aanvullende inzichten in een brede diversiteit in de *mate van de onbedoeldheid* van de zwangerschap (zie ook [deze uitleg](#) en [dit tekstkader](#) over wat we met de ‘mate van onbedoeldheid’ bedoelen). Ten derde deden er aan de BluePrint studie ook mensen mee die betrokken zijn of waren bij een onverwachte zwangerschap als partner of verwekker.

In het kader van de eerste onderzoeksvraag van dit rapport behandelen we in dit hoofdstuk de volgende subvragen.

- Welke factoren spelen een rol bij het niet gebruiken van anticonceptie?
- Welke factoren hangen samen met de *mate van onbedoeldheid* van een onverwachte zwangerschap?
- Welke verklaringen noemen mensen met een recente onverwachte zwangerschap waarom zij geen anticonceptie gebruikten, of wél anticonceptie gebruikten, maar alsnog zwanger zijn geworden?

3.2 Design en werkwijze

De BluePrint-studie is een longitudinaal onderzoek naar de ervaringen van mensen met een onbedoelde zwangerschap. Deze studie is primair opgezet ter beantwoording van de onderzoeksvragen uit het onderzoeksvoorstel ‘[No Pink Clouds](#)’, over onbedoelde zwangerschap en mentale gezondheid. Deelnemers vulden een eerste vragenlijst in tijdens de zwangerschap (bij keuze voor uitdragen) of kort na een abortus. Ongeveer 9-12 maanden later volgde een tweede vragenlijst. Beide metingen bevatten vragen over mentale gezondheid, relatiekwaliteit, levensgebeurtenissen, sociale demografie en omstandigheden rondom de zwangerschap. Een deel van de deelnemers werd ook geïnterviewd (zie [hoofdstuk 4](#) en [6](#)). Uitgebreidere informatie over de werving van de BluePrint studie is gerapporteerd in een wetenschappelijke publicatie (Beumer et al., ingediend ter publicatie; preprint beschikbaar).

De analyses in dit rapport zijn voornamelijk gebaseerd op data uit de eerste meting van de BluePrint studie (maart 2022 - december 2022). Er werden aanvullende vragen gesteld over anticonceptiegebruik in de tweede meting van de BluePrint studie (augustus 2022 - oktober 2023). Deelnemers die een abortus hadden gehad werden geworven via acht abortusklinieken; deelnemers die de zwangerschap uitdroegen via 83 verloskundigenpraktijken en het platform Zwangerenportaal.nl.

Deelnemers moesten ouder zijn dan 15 jaar en onverwacht zwanger zijn. Om te bepalen of iemand tot de doelgroep behoorde, kregen deelnemers die de zwangerschap uitdroegen drie vragen over zwangerschapsintentie, timing en gevoelens. Als het merendeel van deze antwoorden wezen op een onbedoelde zwangerschap, konden zij meedoen.



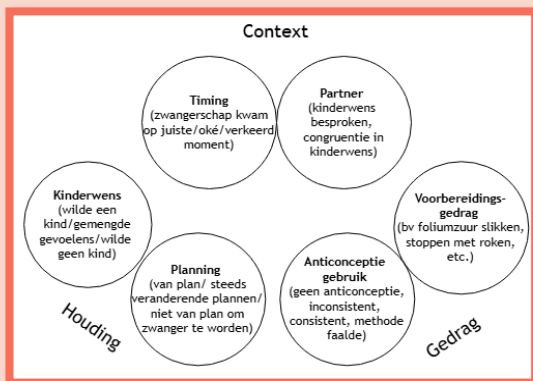
Onverwachte zwangerschap als wervingsterm

In overleg met verschillende ervaringsdeskundigen en professionals is ervoor gekozen om in de werving van de BluePrint studie te spreken over ‘onverwachte zwangerschappen’. Uit meerdere gesprekken kwam naar voren dat dit de meest passende term leek te zijn om te gebruiken richting potentiële deelnemers van de studie, omdat deze term het minst stigmatiserend overkomt en beter overeenkomt met de ervaringen van mensen zelf. ‘Onbedoeld’ werd daarnaast vaak gezien als een beleidsterm die niet zozeer wordt gebruikt door mensen die zelf zo’n zwangerschap meemaken.

Zodra toestemming was gegeven, ontvingen de deelnemers een link naar een online enquête via e-mail. De enquête bevatte open en gesloten vragen. Deelnemers konden de enquête invullen op een moment dat het voor hen het beste uitkwam. De meeste deelnemers vulden de vragenlijsten in op hun telefoon. Het invullen duurde ongeveer 20 minuten. Na voltooiing ontvingen ze een cadeaubon van €10 via een online platform in hun mailbox.

De kwantitatieve protocollen van de BluePrint-studie zijn beoordeeld door de Medisch Ethische Toetsingscommissie van het Amsterdam UMC onder referentienummer W21_407, en zijn vrijgesteld van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO).

Figuur 3.1 Aspecten van de mate van onbedoeldheid



Meten van de 'mate van onbedoeldheid'

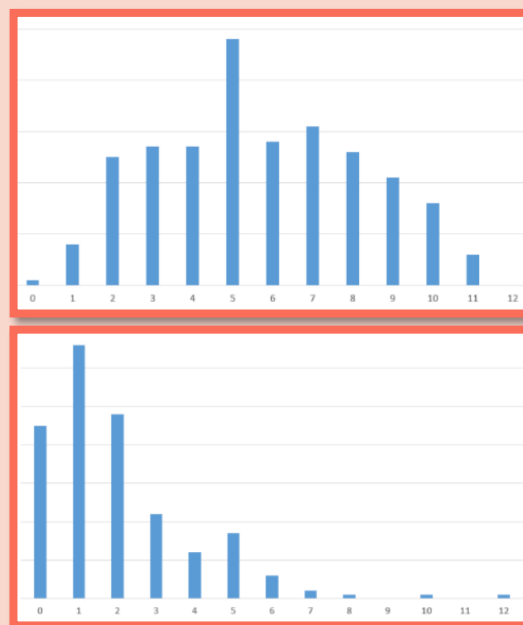
In wetenschappelijk onderzoek klinkt al enkele decennia de stem om af te stappen van het hokjesdenken rondom onbedoelde zwangerschap (bedoeld óf onbedoeld), omdat deze hokjes de complexere en meer genuanceerde werkelijkheid niet reflecteren (bijvoorbeeld Barrett et al., 2004). Daarom hebben we in de BluePrint-studie deelnemers meerdere vragen gesteld over hun zwangerschapsintentie. Aan de hand van zes vragen krijgen we inzicht in de mate waarin een zwangerschap als bedoeld of onbedoeld wordt ervaren. Een hogere score wijst op een meer bedoelde zwangerschap. De zes vragen richten zich op drie aspecten (zie Figuur 3.1): de context waarin de zwangerschap plaatsvond, het gedrag van de betrokkenen voorafgaand aan de zwangerschap, en hun houding ten opzichte van de zwangerschap. Op basis van deze vragen wordt een totaalscore berekend die de mate van (on)bedoeldheid van de zwangerschap weergeeft.

Onbedoelde, ambivalente en bedoelde zwangerschappen in de BluePrint Studie

Hoewel deelnemers in de BluePrint studie allemaal een recente ervaring hebben met een 'onverwachte zwangerschap', is er een brede diversiteit te zien in hoe bedoeld zij deze zwangerschap ervaren. [Tabel 3.1](#) en figuur 3.2 laten zien dat mensen die er uiteindelijk voor kiezen om de zwangerschap uit te dragen, een (veel) hogere mate van bedoeldheid ervaren (= een hogere LMUP score) dan mensen met een abortus.

Omdat deze maat moeilijk intuïtief te benaderen is, hebben we de scores ook gecategoriseerd in onbedoelde zwangerschappen, 'ambivalente' zwangerschappen en bedoelde zwangerschappen, in lijn met aanbevelingen van de LMUP ontwikkelaars. Alhoewel wij geen voorstander zijn van het gebruik van deze categorieën (zwangerschapsintenties zijn niet zwart-wit, zoals eerder gesteld), geven zij ons wel inzicht in het feit dat het overgrote deel van de mensen die voor abortus kiezen een 'onbedoelde zwangerschap' hebben (80% van de vrouwen en 76% van de mannen). Ongeveer 67% van de mensen die kiezen voor het uitdragen van de zwangerschap rapporteren een 'ambivalente' zwangerschapsintentie.

Figuur 3.2 Verdeling van scores op de London Measure of Unplanned Pregnancy van mensen die ervoor hebben gekozen om de zwangerschap uit te dragen (boven) of af te breken (onder).



Noot. Een hogere score duidt op een meer bedoelde zwangerschap.

Tabel 3.1 Beschrijving van de BluePrint sample

Variabele	Vrouwen		Mannen	
	Uitdragen N = 430	Afbreken N = 260	Uitdragen N = 211	Afbreken N = 131
Onbedoelde zwangerschap				
LMUP (schaal: 0-12, hoger = meer bedoeld) (M, SD) ¹	5,41 (2,58)	2,05 (1,90)	6,28 (2,91)	2,13 (2,38)
LMUP in categorieën ¹ (N, %)				
<i>Onbedoeld (score 0-3)</i>	107 (24,9)	208 (80,0)	31 (14,8)	100 (76,3)
<i>Ambivalent (score 4-9)</i>	280 (66,1)	49 (18,8)	119 (56,7)	28 (21,4)
<i>Bedoeld (score 10-12)</i>	30 (7,0)	2 (0,8)	29 (13,8)	3 (2,3)
Anticonceptiegebruik² in de maand voor de zwangerschap (N, %)				
<i>Geen anticonceptie</i>	176 (40,9)	70 (26,9)	77 (36,6)	23 (17,6)
<i>Wel anticonceptie, maar niet altijd</i>	136 (31,6)	63 (24,2)	65 (31,0)	33 (25,2)
<i>Altijd anticonceptie, maar minstens 1x niet goed gewerkt</i> ³	31 (7,2)	36 (13,8)	12 (5,7)	14 (10,7)
<i>Altijd anticonceptie, altijd goed gewerkt</i>	70 (16,3)	88 (33,8)	26 (12,4)	61 (46,6)
Demografische factoren				
Leeftijd				
<i>16-24 (N, %)</i>	64 (14,9)	125 (48,1)	16 (7,6)	72 (54,9)
<i>24-39 (N, %)</i>	356 (82,8)	120 (46,2)	183 (87,1)	54 (41,2)
<i>>39 (N, %)</i>	10 (2,3)	14 (5,4)	11 (5,2)	5 (3,8)
Relatiestatus (N, %)				
<i>Geen relatie</i>	18 (4,2)	43 (16,5)	4 (1,9)	13 (9,9)
<i>Wel relatie, niet samenwonend</i>	54 (12,6)	97 (37,3)	17 (8,1)	54 (41,2)
<i>Samenwonend</i>	347 (80,7)	114 (43,8)	178 (84,8)	63 (48,1)
Al kinderen: Ja (N, %)	155 (36,0)	75 (28,8)	46 (21,9)	17 (13,0)
Geboren in Nederland: Ja (N, %)	397 (92,3)	247 (95,0)	201 (95,7)	128 (97,7)
Religieus: Ja (N, %)	116 (27,0)	38 (14,6)	37 (17,6)	8 (6,1)
Opleidingsniveau (N, %)				
<i>Basisschool of VMBO</i>	21 (4,9)	11 (4,2)	8 (3,8)	3 (2,3)
<i>HAVO, VWO of MBO</i>	240 (55,8)	165 (63,5)	124 (59,0)	94 (71,8)
<i>HBO of WO</i>	165 (38,4)	83 (31,9)	76 (36,2)	33 (25,2)
Psychosociale factoren				
Diagnose één of meerdere stemmings- en/of angstaandoeningen: Ja (N, %)	131 (30,5)	66 (25,4)	24 (11,4)	15 (11,5)
Seksueel geweld meegemaakt (N, %)	70 (16,3)	47 (18,1)	2 (1,0)	1 (0,8)
Fysiek/ psychisch geweld in jeugd (N, %)	53 (12,3)	42 (16,2)	11 (5,2)	14 (10,7)
Sociale steun van familie/vrienden (schaal: 0-4)⁴ (M, SD)	3,2 (0,7)	3,06 (0,8)	2,9 (0,7)	3,07 (0,7)
Sociale steun van partner (schaal: 0-4) ⁴ (M, SD)	3,2 (0,6)	3,2 (0,6)	3,2 (0,6)	3,4 (0,5)
Tevreden met leven (schaal: 1-10) ⁴ (M, SD)	7,6 (1,3)	6,5 (1,8)	8,0 (1,1)	7,3 (1,2)

Noot. ¹ De *London Measure of Unplanned Pregnancy*: Omdat deze maat mogelijk moeilijk intuïtief te benaderen is, hebben we de scores ook gecategoriseerd. Desondanks zijn wij geen voorstander van het gebruik van deze categorieën.

² 'Anticonceptiegebruik' is hier gedefinieerd als wat de participant zelf ziet als anticonceptie.

³ Minstens één keer niet goed gewerkt, werd aan respondenten uitgelegd als 'bijvoorbeeld condoom gescheurd, pil uitgebraakt'.

⁴ Een hogere score betekent hier meer ervaren sociale steun of tevredenheid.

3.3 Deelnemers

Aan de studie deden 1.032 deelnemers mee die recent te maken hadden met een onverwachte zwangerschap, verdeeld over 690 vrouwen en 341 mannen. Zoals te zien in [Tabel 3.1](#), is er in de BluePrint studie een grote spreiding en diversiteit in hoe onbedoeld de zwangerschap was, en of mensen wel/niet anticonceptie gebruikten in de periode voorafgaand aan de zwangerschap. Deelnemende vrouwen waren tussen de 16- 47 jaar oud, mannen tussen de 16- 49 jaar oud. Het grootste deel van de deelnemers had een relatie, waarvan ook een groot deel samenwoonde met degene met wie zij een relatie hebben. Een deel van de deelnemers had al kinderen. Zo'n 29% van de vrouwen en 12% van de mannen had een diagnose met een angst- of stemmingsaandoening gehad in het leven. Aanvullende cijfers laten zien dat ongeveer 57% van de vrouwen en 27% van de mannen weleens symptomen heeft ervaren van één of meerdere stemmings- of angstaandoeningen. Voor vrouwen is dit representatief voor de Nederlandse populatie, maar voor mannen is dit relatief minder dan de Nederlandse populatie (ten Have et al., 2023). Daarnaast valt op dat het grootste deel van de sample is geboren in Nederland, niet religieus was en relatief veel deelnemers HBO of WO onderwijs genoten hadden. Dit is niet representatief voor de Nederlandse populatie (CBS 2022a; CBS 2022b; CBS 2022c; CBS 2024).

3.4 Variabelen

3.4.1 Uitkomstmaten

Anticonceptiegebruik

Deelnemers werd gevraagd over hun anticonceptiegebruik in de maand waarin ze zwanger werden, gebaseerd op een LMUP item: *"In de maand vóór de zwangerschap, gebruikte(n) ik/wij... Kies het antwoord dat het best bij je past.*

1. *Geen voorbehoedsmiddelen (= geen gebruik)*
2. *Wel voorbehoedsmiddelen, maar niet altijd (= inconsistent gebruik)*
3. *Altijd voorbehoedsmiddelen, maar ik weet nog dat het minstens één keer niet goed gewerkt heeft (bijv condoom gescheurd, verschoven, pil uitgebraakt, etc.) (= ineffectief gebruik)*
4. *Altijd voorbehoedsmiddelen en die hebben voor zover ik weet altijd goed gewerkt (= effectief gebruik)"*

In de tweede vragenlijst van de BluePrint studie, is aan vrouwen uitgebreider gevraagd naar anticonceptiegebruik in de periode dat de zwangerschap ontstond. Dit is pas in de tweede vragenlijst toegevoegd n.a.v. de aanvullende onderzoeksvragen voor dit rapport. Er werd aan hen gevraagd of en welke anticonceptie zij gebruikten in de periode waarin zij zwanger werden ([Tabel 3.2b](#)).

- **Geen anticonceptiegebruik** Aan degenen die aangaven geen anticonceptie te hebben gebruikt, vroegen we wat voor hen redenen waren om geen anticonceptie te gebruiken. Daarbij gaven we expliciet aan dat er geen goede of foute antwoorden waren op die vraag, omdat elke persoon en iedere situatie anders is. Dit gaven we aan, omdat we ons ervan bewust waren dat deze vraag naar redenen voor (geen) anticonceptiegebruik als stigmatiserend ervaren kan worden. Vervolgens werd deelnemers gevraagd aanvullende redenen aan te geven bij een meerkeuzevraag met meerdere antwoorden, om evt. verdieping aan te brengen in hun antwoorden.
- **Wel anticonceptiegebruik.** Aan degenen die aangaven wel anticonceptie te hebben gebruikt, is de volgende open vraag voorgelegd: *"Bij het gebruik van anticonceptie gaat soms wel eens iets mis. Je geeft aan dat je in de periode waarin je zwanger werd anticonceptie gebruikte. Wat is er gebeurd waardoor je zwanger bent geworden? Er zijn geen goede of foute antwoorden, iedere persoon en elke situatie is anders."*
- **Alleen 'natuurlijke methoden'.** Daarnaast werd aan degenen die aangaven alleen een vruchtbaarheidsapp, abstinentie ('ik had geen penis-in-vagina-seks') of terugtrekken ('Voorkomen van een zaadlozing in de vagina/voor het zingen de kerk uit/terugtrekken') te hebben gebruikt, de volgende open vraag voorgelegd: *"Wat waren voor jou redenen om, naast natuurlijke methoden zoals terugtrekken of vruchtbaarheidsapps, geen andere anticonceptie te gebruiken in de periode waarin je zwanger werd? Er zijn geen goede of foute antwoorden, iedere persoon en elke situatie is anders."* Vervolgens kregen zij een meerkeuzevraag met meerdere antwoorden voorgelegd, om evt. verdieping aan te brengen in hun antwoorden.

Mate van bedoeldheid van de zwangerschap: de London Measure of Unplanned Pregnancy (LMUP)

Een aangepaste en vertaalde versie van de London Measure of Unplanned Pregnancy (LMUP) werd gebruikt om de mate van bedoeldheid van de zwangerschap te meten. De LMUP bevat zes items over (1) anticonceptiegebruik, (2) preconceptievoorbereidingen (zoals het innemen van foliumzuur of gezonder gaan eten), (3) communicatie over kinderwens met de eventuele partner, (4) timing, (5) kinderwens, (6) en de intentie om zwanger te worden. Elk item

wordt gescoord van 0 tot 2, met een totaalscore die varieert van 0 tot 12; hoe hoger de score, hoe meer bedoeld de zwangerschap is. De aangepaste versie van de LMUP die in de BluePrint studie werd gebruikt, is als betrouwbaar geëvalueerd in de Nederlandse context (Sprenger et al., ingediend ter publicatie). Volgens de LMUP-ontwikkelaars meet de LMUP 'omstandigheden rondom de zwangerschap', ook wel 'zwangerschapsplanning/intentie'. In dit rapport spreken we van '[mate van \(on\)bedoeldheid](#)'.

3.4.2 Potentiële factoren gerelateerd aan onbedoelde zwangerschap

Op basis van resultaten van eerder internationaal onderzoek, werd de associatie tussen de verschillende onderliggende factoren en onbedoelde zwangerschap onderzocht. De specifieke meetinstrumenten zijn gerapporteerd in [Bijlage 1](#). de volgende onderliggende factoren werden onderzocht in de BluePrint studie:

- **Relatie** (ja/nee), en als in relatie:
 - Samenwonend
 - Relatiekwaliteit
 - Ervaren steun van partner
- **Ervaren sociale steun** van familie/vrienden (gemeten op een schaal gebaseerd op meerdere items)
- **Diagnose van één of meerdere stemmings- en/of angstaandoeningen**, vastgesteld door een zorgverlener (ja/nee)
- **Levenstevredenheid** (met 1 vraag, gemeten op een schaal van 1-10)
- **Ervaringen met psychisch/fysiek persoonlijk geweld** tijdens kindertijd (t/m 16 jaar) (ja/nee)
- **Ervaring met seksueel geweld** ('gedwongen seksuele handelingen') tijdens het leven (ja/nee)
- **Sociodemografische factoren**: leeftijd, laatst genoten opleiding (HBO en WO/ anders), religie (ja/nee), of iemand een baan heeft (ja/nee), in Nederland is geboren (ja/nee) en of iemand al kinderen heeft (ja/nee).

3.5 Analyses

Alle statistische analyses werden uitgevoerd in *R Studio*. Analyses werden afzonderlijk uitgevoerd voor zwangeren en hun partners/ verwekkers. Resultaten werden als significant beschouwd als de *p*-waarde kleiner dan .05 was.

Uitkomst: Anticonceptiegebruik

Om te onderzoeken welke omstandigheden bijdragen aan afwezig anticonceptiegebruik, voerden we eerst bivariate en vervolgens multiële logistische regressieanalyses uit. In de logistische regressies werden alleen de omstandigheden toegevoegd die in de bivariate analyses bijdroegen aan de kans op afwezig anticonceptiegebruik ($p < .10$).

De open antwoorden zijn open en vervolgens axiaal gecodeerd (codes werden samengevoegd als zij overlappende onderwerpen hadden), per anticonceptiemethode.

Uitkomst: Onbedoelde zwangerschap

Om te onderzoeken welke omstandigheden bijdragen aan onbedoelde zwangerschap, voerden we eerst bivariate en vervolgens multiële regressieanalyses uit, waarbij we de relatie onderzochten tussen de omstandigheden en de totale LMUP-score. In de multiële regressies werden alleen de omstandigheden toegevoegd die in de bivariate analyses bijdroegen aan onbedoelde zwangerschap ($p < .10$).

Deelnemers mochten geen vragen overslaan tijdens het invullen van de online vragenlijst, maar konden eventueel vragen beantwoorden met 'Weet ik niet' of 'Zeg ik liever niet'. Deze antwoordopties werden in de analyses gecodeerd als missende waarden. Als deelnemers 50% of meer missende waarden hadden op de LMUP-items (dat wil zeggen, 3 of meer items), werden ze uitgesloten van de analyses, in lijn met het advies van de ontwikkelaars van de LMUP (zie Barrett et al. (2004)).

3.6 Resultaten

3.6.1 Factoren die samenhangen met anticonceptiegebruik voorafgaand aan de zwangerschap

Het grootste deel van de mensen die onverwacht zwanger raakten, gebruikte in de periode dat zij zwanger raakten wel anticonceptie, maar niet consistent/ effectief (Tabel 3.1). Daarbij zien we opvallende verschillen tussen mensen die uiteindelijk kiezen voor het uitdragen van de zwangerschap, of voor abortus. Mensen die ervoor kiezen de zwangerschap uit te dragen, rapporteren veel vaker géén anticonceptie te hebben gebruikt, terwijl mensen die voor abortus kiezen vaker consistent anticonceptiegebruik rapporteren (Chi squared = 35.09, $p < .001$). Daarnaast valt op dat er consistentie is in wat mannen en vrouwen rapporteren over anticonceptiegebruik in de maand voor de onverwachte zwangerschap.

3.6.1.1 Welke anticonceptiemethoden werden er gebruikt?

In de tweede vragenlijst van de BluePrint studie is aan deelnemende vrouwen gevraagd welke anticonceptiemethode(n) zij gebruikten in de maand voordat zij zwanger werden. Omdat deze tweede vragenlijst niet door iedereen is ingevuld, hebben we antwoorden van 364 vrouwen. Zoals te zien in Tabel 3.2a en 3.2b rapporteert bijna 30% dat zij geen anticonceptie gebruikten in de periode dat zij onverwacht zwanger raakten. 36% rapporteert dat zij condooms gebruikten in de periode dat zij zwanger raakten, waarvan een groot deel in combinatie met een ander anticonceptiemiddel (Tabel 3.2b). Zo gebruikte 7% de pil in combinatie met condooms. Verder geeft 13% van de deelnemers aan terugtrekken te gebruiken als methode, maar 48% gebruikte dit in combinatie met condooms. Anticonceptiegebruik in de BluePrint sample verschilt van anticonceptiegebruik in de totale Nederlandse populatie. Er zijn in de BluePrint sample bijvoorbeeld relatief veel meer mensen die condooms gebruikten, en relatief minder mensen die een spiraal hadden of de anticonceptiepil slikten (De Graaf et al, 2024).

Daarnaast willen we benadrukken dat de vraagstelling (“Welke anticonceptie gebruikte je in de periode dat je zwanger raakte?”) mogelijk verschillend is opgevat door deelnemers, waardoor Tabel 3.2a en 3.2b met voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd. Ten eerste valt op dat mensen die aangeven ‘niets’ te hebben gebruikt aan anticonceptie, vaak in hun antwoorden op de open vragen noemden dat zij bijvoorbeeld wél een vruchtbare dagen methode gebruikten (zoals een kalender app), of af en toe een condoom gebruikten (zie 3.6.2). Ook zijn er 4 mensen die hebben aangegeven dat zij geen penis-in-vagina seks hadden, maar we weten ook dat zij zwanger zijn geraakt. Wat deelnemers verstaan onder ‘anticonceptiegebruik in de periode dat je zwanger werd’ is daarmee waarschijnlijk verschillend geïnterpreteerd. Ten tweede blijkt dat mensen die aangeven één of meerdere anticonceptiemethoden te hebben gebruikt in de periode waarin zij zwanger raakten, deze niet bij elk seksueel contact hebben toegepast. Zo zijn er bijvoorbeeld mensen die vaak condooms gebruikten, maar nét die ene keer even niet, of alleen wanneer een app stelde dat zij op dat moment vruchtbaar waren. De kwalitatieve bevindingen geven hierover dieper inzicht (hoofdstuk 4).

Tabel 3.2a Gebruikte anticonceptie methoden, gerangschikt naar totaal aantal keer genoemd

Meest gebruikte methoden, al dan niet in combinatie met andere methoden	n	% van totaal (n = 364)
Condooms	130	35,7
Geen anticonceptie	111	30,5
De pil	72	19,8
Terugtrekken	46	12,6
Vruchtbaarheidsapp	32	8,8
LARC ¹	21	5,8
Overige SARC ² (NuvaRing, pleisterpil, prikpil)	8	2,2

Noot. ¹LARC = Long Acting Reversible Contraception, wat hier verwijst naar de koperspiraal, hormoonspiraal, implanon/anticonceptiestaaftje en sterilisatie.

²SARC = Short Acting Reversible Contraception.

Tabel 3.2b Anticonceptiegebruik in de periode dat onverwachte zwangerschap ontstond

Type anticonceptie	n	% van totaal (n = 364)
Geen anticonceptie		
Ik gebruikte niets	107	29,4
Ik had geen PIV-seks ¹	4	1,1
Eén methode		
Condoms	79	21,7
De pil	46	12,6
Terugtrekken	17	4,7
Vruchtbaarheidsapp	15	4,1
Koperspiraal	12	3,3
Implanon	4	1,1
NuvaRing	4	1,1
Zelf/partner gesteriliseerd	2	0,5
Hormoonspiraal	1	0,3
Prikpil	1	0,3
Pleisterpil	1	0,3
Pessarrium	1	0,3
Meerdere methoden		
Condoms + terugtrekken	19	5,2
Condoms + de pil	17	4,7
Vruchtbaarheidsapp + terugtrekken	7	1,9
Condoms + de pil + vruchtbaarheidsapp	5	1,4
Condoms + vruchtbaarheidsapp	4	1,1
Condoms + de pil + terugtrekken	3	0,8
Condoms + koperspiraal	2	0,5
Condoms + NuvaRing	1	0,3
Condoms + prikpil	1	0,3
De pil + vruchtbaarheidsapp	1	0,3
Overig		
Zeg ik liever niet	16	4,4
Morning after pil	1	0,3

Noot. Men kon meerdere opties aanvinken. ¹ PIV-seks betekent Penis-In-Vagina seks.

3.6.1.2 Factoren die bijdragen aan geen anticonceptiegebruik

Met logistische regressie is onderzocht welke factoren samenhangen met het niet gebruiken van anticonceptie voorafgaand aan een onbedoelde zwangerschap, vergeleken met mensen die rapporteerden inconsistent, inefficiënt of efficiënt anticonceptie te hebben gebruikt. We hebben ons hier gericht op het 'risico' dat mensen helemaal geen anticonceptie gebruikten, omdat uit onze data bleek dat mensen die wel eens anticonceptie gebruikten, hierover inconsistent rapporteerden. Verder valt op dat een groot deel van de participanten rapporteert altijd anticonceptie te hebben gebruikt, echter, zij zijn allemaal onbedoeld zwangerschap geraakt. Alhoewel anticonceptie natuurlijk altijd een *failure rate* heeft, is dit een opvallend grote groep. Wij nemen daarom aan dat de vraagstelling niet betrouwbaar genoeg was om mensen die inconsistent, ineffectief of consistent anticonceptie gebruikten van elkaar te onderscheiden.

De omstandigheden die bijdragen aan het niet gebruiken van anticonceptie komen redelijk overeen tussen vrouwen en mannen (Tabel 3.3). De omstandigheden die zijn meegenomen in de multiële logistische regressie modellen zijn

gebaseerd op de bivariate analyses, waardoor zij niet volledig hetzelfde zijn voor mannen en vrouwen. Sociale steun van familie/vrienden was zowel voor vrouwen als mannen niet significant geassocieerd met niet gebruiken van anticonceptie in de bivariate modellen, en is daarom niet genoemd in de tabel. We bespreken de invloed op anticonceptiegebruik onderstaand per omstandigheid, in volgorde van hoe belangrijk deze zijn (gebaseerd op de *effect size*, en of zij zowel bij vrouwen als mannen een belangrijke rol spelen).

Mensen die zelf aangeven dat een zwangerschap aanvaardbaar zou zijn in het kader van persoonlijke context (gemeten met een LMUP subschaal), hebben een significant grotere kans om geen anticonceptie te gebruiken dan mensen voor wie deze context minder geschikt is. Verder zien we dat mensen die al een kind hebben een significant grotere kans hebben om geen anticonceptie te gebruiken. Daarnaast hebben mensen die psychisch/fysiek geweld hebben meegemaakt tijdens hun jeugd, een significant grotere kans om geen anticonceptie te gebruiken.

Voor vrouwen is leeftijd een hele belangrijke factor: hoe ouder zij zijn, hoe significant groter de kans dat zij geen anticonceptie gebruikten. Daarnaast draagt voor vrouwen het hebben meegemaakt van seksueel geweld gedurende het leven bij aan een significant vergrote kans op het niet gebruiken van anticonceptie. Ook religie speelt een rol: vrouwen die religieus zijn, hebben een significant grotere kans om geen anticonceptie te gebruiken.

Tabel 3.3 Omstandigheden die samenhangen met geen anticonceptiegebruik¹, gebaseerd op multivariate logistische regressie analyses²

	Vrouwen (n = 690)		Mannen (n = 341)	
	aOR	95% BI	aOR	95% BI
Zwangerschapsintentie				
LMUP subschaal: Kinderwens ³	1,16	0,92 - 1,47	1,25	0,85 - 1,85
LMUP subschaal: Persoonlijke context ⁴	1,46***	1,17 - 1,83	1,78**	1,17 - 2,76
Sociodemografische omstandigheden				
Betaald werk (ref = nee)	1,59	0,82 - 3,11	-	-
Leeftijd in jaren	1,09***	1,05 - 1,14	1,04	0,98 - 1,11
Religieus (ref = nee)	1,43*	0,91 - 2,24	2,18	0,97 - 4,94
HBO/WO opgeleid (ref = anders)	1,01	0,67 - 1,53	-	-
Relationele/sociale omstandigheden				
Samenwonend (ref = nee)	0,94	0,57 - 1,55	0,67	0,3 - 1,49
Al kinderen (ref = nee)	2,05**	1,28 - 3,27	2,71*	1,16 - 6,56
Sociale steun van partner (0-4)	1	0,78 - 1,29	-	-
Gelukkig in relatie (0-4)	0,8	0,55 - 1,17	-	-
Interpersoonlijke omstandigheden				
Diagnose stemmings- en/of angst aandoeningen (ref = nee)	0,75	0,48 - 1,17	0,96	0,4 - 2,23
Seksueel geweld meegemaakt gedurende leven (ref = nee)	1,94*	1,13 - 3,32	-	-
Fysiek/psychisch geweld meegemaakt tijdens jeugd (ref = nee)	1,87*	1,05 - 3,33	3,68*	1,18 - 11,98
Tevreden met leven (0-10)	-	-	1,33	1,00 - 1,79

Noot. *p≤0.05 **p≤0.01***p≤0.001

aOR = aangepaste odds ratio; gecorrigeerde kansverhouding tussen groepen.

95% BI = 95% betrouwbaarheidsinterval; geeft de onzekerheidsmarge rond de aOR aan.

¹ Referentiecategorie = mensen die anticonceptie gebruikten in de periode dat de zwangerschap ontstond.

² In deze multiële regressies werden alleen de omstandigheden toegevoegd die in de bivariate analyses significant gerelateerd waren aan anticonceptiegebruik ($p < .10$).

³ Deze subschaal van de LMUP bestond uit 2 items over de 1) het verlangen ('willen') om moeder/vader/ouder te worden en 2) het plan om moeder/vader/ouder te worden ('van plan zijn om').

⁴ Deze subschaal van de LMUP bestond uit 2 items over de timing van de zwangerschap ('Ik heb het gevoel dat de zwangerschap plaatsvond op een... geschikt moment/ oké moment/ verkeerd moment) en communicatie met partner (wel/ niet gehad over het krijgen van kinderen samen, en het daar wel/ niet over eens zijn).

3.6.1.3 Waarom geen anticonceptie?

150 vrouwen schreven redenen op waarom zij geen anticonceptie gebruikten in de periode waarin zij zwanger raakten. Samenvattend zien we de volgende thema's terugkomen, waarbij eerstgenoemde thema's het vaakst terugkomen:

Geen hormonen. Veel mensen geven aan dat zij geen hormonen (meer) wilden gebruiken. Sommigen geven daar ook een extra verklaring voor, zoals:

- Last van hormonen. Bijvoorbeeld *“last van veel bijwerkingen in het verleden.”* En *“Ik wil geen onnatuurlijke hormonen in mijn lijf, het beïnvloed mijn stemming.”*
- Proberen hoe het is zonder hormonen. *“Na vijf jaar een spiraaltje wilde ik ervaren hoe het was om even vrij te zijn van hormoon anticonceptie.”*
- Hormonen zijn onnatuurlijk. *“Ik wil geen hormonen slikken, ik wil zo natuurlijk mogelijk omgaan met me lichaam en wat ik er in doe.”* En *“wil niets onbekends in mijn lichaam.”*

Kinder-/ zwangerschapswens in nabije toekomst. Veel mensen beschrijven dat zij een kind zouden willen, maar dat de zwangerschap nu te vroeg kwam. Zoals bijvoorbeeld *“We kozen er voor om te kijken of het zou lukken. Dit ging best snel.”* En *“Plan om ons gezin zodra het beter ging uit te breiden.”*

In voorbereiding op gebruik anticonceptiemethode. Er zijn mensen die op het moment dat zij onverwacht zwanger werden nog niet wisten welke anticonceptie zij wilden gaan gebruiken (bijvoorbeeld *“aan het twijfelen over vervolgstap”* en *“Ik was net zwanger geweest en nog zoekende naar een passende anticonceptie”*). Of mensen die het wel wisten, maar deze anticonceptie nog niet gebruikten (bijvoorbeeld *“Had al een afspraak om een spiraaltje te laten zetten”*, *“Van het 1 kwam het ander, ik wou weer aan de pil, maar het was bij de eerste keer al raak.”*, en *“vond dat mijn man maatregelen moest treffen, maar hij durft niet naar de dokter.”*). Daarnaast schrijven sommigen dat zij bang zijn voor de ingreep die nodig is voor de anticonceptiemethode die zij eigenlijk zouden willen; *“ik zou nog graag een spiraal willen proberen. Ik ben echter erg bang voor naalden etc., dus merk dat ik dit helaas blijf uitstellen.”*

Veranderingen in liefdesleven. Bijvoorbeeld: *“Was daarvoor lang in een relatie met een vrouw. Ik wilde net een spiraal gaan plaatsen, maar was er al te laat mee. Bij de eerste vrijpartij met een man werd ik al zwanger.”* En *“Relatie uit.”* En *“Nieuwe relatie.”*

Medische omstandigheden. Soms gelieerd aan vruchtbaarheidsproblematiek (bijvoorbeeld *“PCOS, dus kleine(re) kans om zwanger te worden.”* En *“Omdat we een aantal jaren geleden wel zwanger wilden worden, maar dat gebeurde niet. Al acht jaar gebruikte ik geen anticonceptie en gezien mijn leeftijd namen de kansen ook steeds verder af.”*). En soms gelieerd aan andere medische omstandigheden, die interfereerden met het gebruiken van anticonceptie, zoals *“migraine”* of *“wegens schildlier”*.

Borstvoeding. Er zijn meerdere mensen die aangeven dat zij (nog) geen anticonceptie gebruikten omdat zij borstvoeding gaven.

Benieuwd naar vruchtbaarheid. Ook zijn er mensen die iets zeggen over dat zij benieuwd zijn naar hun vruchtbaarheid, zonder dit te relateren aan een eventuele zwangerschap: *“We wilden ondervinden hoe vruchtbaar ik zou zijn na het stoppen van de pil.”*

3.6.1.4 Waarom alleen ‘natuurlijke methoden’?

Van de 43 vrouwen die uitsluitend ‘natuurlijke methoden’ gebruiken in de periode dat zij onverwacht zwanger raakten, rapporteerden 15 hier redenen voor. Samenvattend zien we onderstaande thema's terugkomen, waarbij eerstgenoemde thema's het vaakst voorkomen. Opvallend is dat deze thema's erg overeen komen met de bovengenoemde thema's van mensen die geen anticonceptie gebruikten.

Geen hormonen. De meeste mensen schrijven dat zij geen hormonen willen gebruiken. Zoals bijvoorbeeld *“Ik wil niks onnatuurlijks in mijn lichaam hebben. Nep hormonen en spiraaltjes etc zijn geen optie voor mij.”* En *“Ik wil liever hormoonvrij zijn. Ik heb me goed ingelezen over de vruchtbaarheid etc van de vrouw en deze manier past het beste bij mij.”* En *“Ik heb 15 jaar lang onafgebroken de pil geslikt en wilde weten hoe ik mij mentaal en lichamelijk zou voelen zonder.”*

(nog) Geen passend alternatief. Anderen schrijven dat zij nog op zoek zijn naar een alternatief (bijvoorbeeld *“Ik heb een tijdje de pil gebruikt maar reageerde daar heel heftig op qua lichamelijke en psychische reacties. Ik ben er toen maar mee gestopt.”*), of dat er geen passend alternatief voor hen is (bijvoorbeeld *“Geen goede opties tav anticonceptie.”*).

Kinderwens. Ook zijn er een paar mensen die schrijven dat een kind welkom zou zijn als zij toch zwanger zouden raken, ondanks het gebruik van natuurlijke anticonceptiemethoden.

Frequentie van redenen

Nadat participanten een open antwoord hadden geformuleerd op de vraag waarom zij geen anticonceptie gebruikten, of alleen natuurlijke methoden gebruikten, konden zij aangeven welke redenen (nog meer) een rol speelden. We hebben daarnaast ook de bovenstaande open antwoorden gecodeerd. Deze zijn samengevoegd met de aanvullende redenen, om inzicht te krijgen in de frequentie van de genoemde redenen.

Er is overlap in de redenen van mensen om geen anticonceptie te gebruiken. Zo hadden mensen vaak redenen die zowel gingen over dat zij bijwerkingen hebben ervaren van anticonceptie, als dat zij geen hormonen meer wilden gebruiken. Zoals bijvoorbeeld: *“Liever geen hormonale anticonceptie, last van bijwerkingen in het verleden”*.

De meeste mensen noemden redenen waarom zij geen anticonceptie gebruikten in de periode die gerelateerd waren aan:

1. Ik wilde geen hormonen gebruiken (aangegeven door 60 mensen; 40.0% van het totaal aantal mensen)
2. Ik wilde geen anticonceptie gebruiken (aangegeven door 33 mensen; 22.0% van het totaal aantal mensen)
3. Ik had teveel last van bijwerkingen bij het gebruik van anticonceptie (aangegeven door 30 mensen; 20.0% van het totaal aantal mensen)
4. Ik wilde graag zwanger worden (aangegeven door 27 mensen; 18% van het totaal aantal mensen)
5. Ik dacht dat ik of mijn partner onvruchtbaar of verminderd vruchtbaar was (aangegeven door 19 mensen; 12.7% van het totaal aantal mensen)
6. Ik had op dat moment bijna geen penis-in-vagina seks (aangegeven door 16 mensen; 10.7% van het totaal aantal mensen)
7. Ik gebruikte geen anticonceptie vanwege een medische reden (aangegeven door 14 mensen, 9.3% van het totaal aantal mensen)

3.6.2 Wat gebeurde er waardoor de zwangerschap kon ontstaan, wanneer er wel een anticonceptiemethode werd gebruikt?

191 vrouwen die aangaven dat zij anticonceptie gebruikten toen zij onverwacht zwanger raakten, rapporteerden wat er is gebeurd waardoor zij toch zwanger werden. We bespreken de antwoorden per anticonceptiemethode, en daarbinnen wordt het meest genoemde thema als eerste besproken. Als er over een anticonceptiemethode door minder dan 5 mensen redenen werden gerapporteerd, is deze methode hier buiten beschouwing gelaten.

Condoms

- De meesten schrijven dat zij niet altijd condoms gebruikten in de periode dat zij zwanger raakten: *“Eenmalig geen condoom gebruikt.”* Sommigen schrijven dat zij het zijn vergeten, of dat zij er niet goed aan hebben gedacht.
- Anderen schrijven dat er iets gebeurde met het condoom: *“Condoom gescheurd”* of *“Condoom geknapt”* of *“Condoom defect”* of *“Condoom gelekt”* of *“Condoom afgegleden”*;
- Veel mensen benadrukken in hun antwoord dat zij naast condoms ook hun cyclus in de gaten hielden, bijvoorbeeld: *“We gebruikten condoms tijdens mijn vruchtbare periode. Mijn eisprong was die maand anders denk ik.”*
- Er zijn ook mensen die schrijven over hun vervolgstappen, m.n. het innemen van de morning after pil, bijvoorbeeld: *“Condoom scheurde, ochtend erna nam ik direct een morning-after pil maar dit heeft helaas niet meer geholpen.”*
- Er is ook iemand die schrijft dat ze niet weet wat er is gebeurd: *“Blijkbaar heeft het condoom gelekt? Geen idee, de zwangerschap kwam als een verrassing.”*

De anticonceptiepil

- De meesten schrijven dat de pil niet werkte door ziekte, zoals bijvoorbeeld *“Overgeven tijdens buikgriep. Waarschijnlijk is daar de pil mee gekomen.”* Of: *“antibiotica kuur”*.
- Anderen schrijven dat zij de pil (1 keer) vergaten in te nemen, of niet consistent genoeg innamen.

- Velen schrijven dat zij niet weten wat er misging, bijvoorbeeld: *“Door de pil heen. Nooit vergeten altijd trouw dezelfde tijd geslikt, en slikte de pil door.”*

Koperspiraal

- De meesten schrijven dat zij niet weten wat er aan de hand was waardoor de koperspiraal niet werkte, bijvoorbeeld: *“De koperspiraal heeft de zaadcellen niet tegengehouden ondanks dat deze goed geplaatst zat bij verwijdering tijdens de zwangerschap”.*
- Anderen schrijven dat de koperspiraal niet goed zat. Zoals bijvoorbeeld dat deze was verschoven of verkeerd zat. Ook zij schrijven vaak dat zij niet door hadden dat de spiraal niet goed zat, bijvoorbeeld: *“Geen idee.. Toen ik bij de verloskundige was vond ze het heel apart dat ik niks merkte van mijn spiraal die helemaal gezakt was.”*

Vruchtbaarheidsapp

Vrouwen die alleen een vruchtbaarheidsapp gebruikten in de periode dat zij zwanger raakten, of ook bijvoorbeeld in combinatie met een condoom, rapporteerden de volgende verklaringen:

- De app niet goed in de gaten gehouden en toch seks gehad (ondanks dat de app voorspelde dat het vruchtbare dagen waren);
- De app onzorgvuldig ingevuld;
- Een foute voorspelling van de app (sommigen schrijven ook waardoor, bijvoorbeeld: *“Had net hiervoor corona gehad en flink ziek geweest.”*)

Terugtrekken/ voor het zingen de kerk uit

Samenvattend worden de volgende redenen genoemd wat er ‘mis’ ging bij de mensen die deden aan terugtrekken (ook bijvoorbeeld in combinatie met af en toe een condoom, of een vruchtbaarheidsapp):

- Niet op tijd teruggetrokken;
- Anderen noemen dat zij dachten op dat moment niet vruchtbaar te zijn, bijvoorbeeld: *“Voor het zingen de kerk uit, eerste dag na afloop menstruatie dus niet verwacht zo vruchtbaar te zijn.”*);
- Zwanger van voorvocht.

3.6.3 Factoren die samenhangen met de mate van onbedoeldheid van een onverwachte zwangerschap

De omstandigheden die bijdragen aan hoe onbedoeld mensen hun zwangerschap ervaren, komen redelijk overeen tussen vrouwen en mannen (Tabel 3.4). De omstandigheden die zijn meegenomen in de regressie modellen zijn gebaseerd op de bivariate analyses, waardoor zij niet volledig hetzelfde zijn voor mannen en vrouwen. De volgende variabelen waren zowel voor vrouwen als mannen niet significant geassocieerd met de mate van onbedoeldheid in de bivariate modellen, en zijn daarom niet genoemd in de tabel: betaald werk, al kinderen hebben, seksueel geweld hebben meegemaakt en negatieve jeugdervaringen. We bespreken de invloed op mate van onbedoeldheid onderstaand per omstandigheid, in volgorde van hoe belangrijk deze zijn (gebaseerd op de *effect size*, en of zij zowel bij vrouwen als mannen een belangrijke rol spelen).

Bij zowel vrouwen als mannen zien we dat de allerbelangrijkste factor is of zij samenwonen met degene met wie zij een relatie hebben. Mensen die samenwonen rapporteren een significant meer bedoelde zwangerschap dan mensen die niet samenwonen. Dan is hoe tevreden mensen zijn met het leven dat zij leiden een belangrijke factor: hoe meer levenstevredenheid zij rapporteren, hoe significant meer bedoeld hun zwangerschap. Verder rapporteren mensen die religieus zijn een significant meer bedoelde zwangerschap dan mensen die niet religieus zijn.

Voor vrouwen geldt dat een oudere leeftijd samenhangt met een significant meer onbedoelde zwangerschap, terwijl dit voor mannen andersom is: oudere mannen rapporteren een significant meer bedoelde zwangerschap. Voor vrouwen geldt dat wanneer zij meer sociale steun van vrienden en/ of familie ervaren, zij een significant meer bedoelde zwangerschap rapporteren. Voor mannen geldt dat wanneer zij een diagnose hebben gehad van een stemmings- of angstaandoening in hun leven, zij een significant meer bedoelde zwangerschap rapporteren.

De analyses om te toetsen welke factoren bijdragen aan onbedoelde zwangerschap zijn ook uitgebreider en complexer uitgevoerd. Door middel van een statistisch model met een conceptuele hiërarchie (*Conceptual Hierarchical Model* in het Engels, gebaseerd op Victora et al., 1997), waarbij verschil gemaakt wordt in meer directe en indirecte factoren, in lijn met Hall et al. (2016) en grofweg gebaseerd op het sociaalecologische model van Bronfenbrenner (1992). Zo wordt

bijvoorbeeld duidelijk dat meer indirecte factoren zoals SES bijdragen aan meer onbedoelde zwangerschappen, maar dat dit effect van SES wegvalt als we meer directe factoren als mentale gezondheid aan het model toevoegen. Dit betekent dat onderliggende factoren, zoals factoren gerelateerd aan sociale ongelijkheid, vooral via meer directe factoren invloed uitoefenen op het risico op een onbedoelde zwangerschap. Dit is in lijn met veel eerdere studies die laten zien dat sociale ongelijkheden bijdragen aan persoonlijke en publieke gezondheidsverschillen, waarvan de oorzaak vaak ten onrechte wordt toegeschreven aan onbedoelde zwangerschap (Auerbach et al., 2023; Morse et al., 2017; Gipson et al., 2008). De uiteindelijke resultaten van het *Conceptual Hierarchical Model* zijn vergelijkbaar met hetgeen hierboven is beschreven. Deze hiërarchische analyses zijn beschreven in een wetenschappelijk artikel (Beumer, Roseboom en van Ditzhuijzen., ingediend ter publicatie).

Tabel 3.4 Omstandigheden die samenhangen met hoe bedoeld¹ een zwangerschap is, gebaseerd op multivariate regressie analyses²

	Vrouwen (n = 638)		Mannen (n = 273)	
	Beta	95% BI	Beta	95% BI
Sociodemografische omstandigheden				
Leeftijd in jaren	-0,04*	-0,08 - 0	1,24*	0,2 - 2,27
Religieus (ref = nee)	0,96***	0,47 - 1,45	0,12**	0,05 - 0,19
HBO/WO opgeleid (ref = anders)	-0,47	-0,94 - 0	-0,07	-0,9 - 0,76
Relationele/sociale omstandigheden				
Samenwonend (ref = nee)	1,76***	1,26 - 2,27	2,04***	1,13 - 2,95
Sociale steun van familie/vrienden (0-4)	0,41**	0,12 - 0,70	-	-
Sociale steun van partner (0-4)	0,01	-0,26 - 0,28	-0,13	-0,54 - 0,28
Gelukkig in relatie (0-4)	-0,43*	-0,85 - -0,01	-	-
Interpersoonlijke omstandigheden				
Diagnose stemmings- en/of angst aandoeningen (ref = nee)	0,41	-0,06 - 0,88	1,13*	0,06 - 2,2
Tevreden met leven (0-10)	0,33***	0,18 - 0,48	0,5**	0,19 - 0,82

Noot. *p≤0.05 **p≤0.01***p≤0.001

Beta = regressiecoëfficiënt; geeft de sterkte en richting van het verband aan.

95% BI = 95% betrouwbaarheidsinterval; geeft de onzekerheidsmarge rond Beta aan.

¹ (On)bedoelde zwangerschap is gemeten met de LMUP, een schaal met een totaalscore tussen de 0-12, waarbij 12 een hele bedoelde zwangerschap betekent.

² In de multiële regressies werden alleen de omstandigheden toegevoegd die in de bivariate analyses significant gerelateerd waren aan anticonceptiegebruik (p < .10).

3.7 Subconclusies hoofdstuk 3

De onderzoeksvragen die in dit deel van het rapport centraal stonden, waren: (a) welke omstandigheden een rol spelen bij het niet-gebruiken van anticonceptie of het falen van anticonceptie en (b) welke omstandigheden de onbedoeldheid van zwangerschappen vormgeven. In dit deel van het rapport zijn data van de BluePrint studie gebruikt, waaraan mensen meededen die voor hun gevoel 'onverwacht zwanger' raakten, en hun partners.

Alhoewel iedereen 'onverwacht' zwanger is geraakt in de BluePrint studie, is er een grote diversiteit in hoe onbedoeld deze zwangerschappen worden ervaren. Zo is er een grote groep mensen met ambivalente zwangerschapsintenties. Dit onderstreept dat 'onbedoelde zwangerschap' vaak een gelaagde, context-afhankelijke ervaring is die per persoon verschilt.

Een groot deel van de deelnemers van de BluePrint studie gaf aan anticonceptie te hebben gebruikt in de periode dat hun onverwachte zwangerschap ontstond. Veel van deze gebruikers meldden dat er iets misging met het gebruik, waardoor zij toch zwanger raakten/ iemand zwanger maakten. Zoals het niet consistent gebruiken van condooms, die vaak alleen tijdens vruchtbare periodes werden gebruikt of soms scheurden of afgleden. Bij de anticonceptiepill vergaten deelnemers deze soms in te nemen, of ging het mis door ziekte of medicijngebruik. Gebruikers van vruchtbaarheidsapps rapporteerden dat zij een risico hadden genomen op dagen dat de app aangaf dat zij vruchtbaar

waren, of dachten dat het die ene keer niet fout zou gaan. Sommige deelnemers wisten niet waarom er, ondanks hun anticonceptiegebruik, toch een zwangerschap ontstond.

Een ander deel van de mensen die onverwacht zwanger raakten, gebruikten geen anticonceptie. Zij rapporteerden hier verschillende redenen voor. Veel mensen gaven aan dat zij geen hormonen wilden gebruiken, omdat zij eerder veel bijwerkingen hadden ervaren en voorkeur hadden voor 'natuurlijker' methoden. Daarnaast wilden sommigen in de nabije toekomst zwanger worden of waren ze nog zoekende naar een passende anticonceptiemethode. Andere factoren waren veranderingen in het liefdesleven, medische omstandigheden, borstvoeding en nieuwsgierigheid naar de eigen vruchtbaarheid. Ook gaven mensen aan dat zij niet tevreden waren over beschikbare anticonceptiemethoden.

Door middel van statistische analyses hebben we de belangrijkste sociale en persoonlijke omstandigheden in kaart gebracht die bijdroegen aan het niet gebruiken van anticonceptie in de periode voorafgaand aan onverwachte zwangerschappen. Deze omstandigheden kwamen sterk overeen tussen zwangeren en hun partners. Mensen die leefden in een persoonlijke context die volgens hen geschikt was voor het krijgen en opvoeden van een kind, gebruikten vaker geen anticonceptie dan mensen die het gevoel hadden dat zij niet klaar waren voor het krijgen van (nog) een kind. Mensen die al kinderen hadden, gebruikten vaker geen anticonceptie dan mensen die nog geen kinderen hadden. Mensen die in hun jeugd psychisch of fysiek geweld hadden meegemaakt, gebruikten vaker geen anticonceptie dan mensen die dit niet hadden meegemaakt. En hoe ouder vrouwen werden, hoe groter de kans dat zij geen anticonceptie gebruikten.

Daarnaast hebben we door middel van statistische analyses geanalyseerd welke factoren bijdragen aan hoe onbedoeld een zwangerschap wordt ervaren. Ook deze factoren komen sterk overeen tussen zwangeren en hun partners. Mensen die geen stabiele relatie hebben, ervaren hun zwangerschap als onbedoelder dan mensen die wel een stabiele relatie hebben. Verder zien we dat hoe ontevredener mensen zijn met hun leven, hoe meer onbedoeld zij hun zwangerschap ervaren. En mensen die niet religieus zijn ervaren hun zwangerschap als onbedoelder dan mensen die religieus zijn.

Beperkingen

Belangrijke beperkingen van de BluePrint studie zijn dat deze niet representatief is voor de Nederlandse context. Deelnemers zijn over het algemeen hoger opgeleid en vaker in Nederland geboren dan de gemiddelde Nederlandse populatie. Daarnaast kan het zijn dat mensen met een sterk ongewenste zwangerschap niet hebben deelgenomen vanwege stigma of taboe rondom het invullen van een vragenlijst hierover. Verder werden mannen in de studie geworven via verloskundigen, wat mogelijk heeft geleid tot een oververtegenwoordiging van betrokken partners met een goede verstandhouding met hun zwangere partner. Ook onze methoden kennen beperkingen: dit hoofdstuk beschrijft vragenlijstdata, die gevoelig kan zijn voor sociale wenselijkheid en onderrapportage van onderwerpen waar stigma op rust, zoals onbedoelde zwangerschappen en anticonceptiegebruik. Mogelijk rapporteren mensen die besloten hebben de zwangerschap als meer bedoeld dan deze initieel was, omdat dit hen pas is gevraagd nadat zij het besluit tot uitdragen hebben genomen. Onderzoek toont aan dat mensen die een onbedoelde zwangerschap uitdragen, na verloop van tijd vaak een hogere intentie rapporteren. Hierdoor kan een retrospectieve meting van zwangerschapsintenties de frequentie en mate van onbedoelde zwangerschappen mogelijk onderschatten (Ralph et al., 2020; Rocca et al., 2019).

4 Kwalitatieve bevindingen: wat ging er vooraf aan de onbedoelde zwangerschap?

*Annemarie Reilingh, Wieke Beumer, Annabelle van Zon en Jenneke van Ditzhuijzen
- Amsterdam UMC*

Lindy Beukema en Jens Henrichs - UMCG

4.1 Doelen

In dit hoofdstuk willen we, in aanvulling op de factoren die uit het kwantitatieve onderzoek komen, meer inzicht krijgen in thema's die:

- a) een rol spelen bij het ontstaan van onbedoelde zwangerschappen, waaronder het niet gebruiken of falen van anticonceptie,
- b) de onbedoeldheid (of ongewenstheid) van de zwangerschap vormgeven.

We richten ons hierbij op de persoonlijke verhalen en ervaringen van mensen. Deze werpen een belangrijk licht op de beleving en perceptie van hoe de onbedoelde zwangerschap is ontstaan. Dit hoeft niet te overlappen met de factoren uit het kwantitatieve onderzoek, omdat de eigen beleving hier centraal staat, evenals zaken die 'tussen de regels' van het gezegde naar voren komen.

4.2 Beschrijving methode van onderzoeksvraag 1 en 3 samen

We beschrijven in paragraaf 4.3 tot en met 4.6 de methode van de kwalitatieve interviews, die de bron vormen voor zowel onderzoeksvraag 1 (dit hoofdstuk) als onderzoeksvraag 3 ([hoofdstuk 6](#)). We hebben beide vragen immers in dezelfde interviews besproken. De dataverzameling en -analyse werden parallel uitgevoerd door onderzoeksteams van beide universitair medische centra, waarbij een iteratief proces van afstemming en aanpassing werd gehanteerd. Dit omvatte het gehele onderzoeksproces, van de ontwikkeling van het semigestructureerde interviewprotocol tot aan de thematische analyse. De onderzoekers van Amsterdam UMC en UMCG hebben ieder zelf hun eigen data gecodeerd, waarbij tussentijds overleg is geweest. Dit proces wordt hieronder verder beschreven. In het huidige hoofdstuk was het Amsterdam UMC in de leidende rol, wat betekent dat de eerste analyse is uitgegaan van de door Amsterdam UMC verzamelde data. De onderzoekers van UMCG hebben de analyse vervolgens aangevuld. In hoofdstuk 6 was dit andersom het geval.

4.3 Voorbereiding van de interviews

Harmonisatie: Interviewtraining

Omdat beide instituten interviews afnamen over dezelfde onderzoeksvragen is er extra aandacht besteed aan het harmoniseren van de dataverzameling. De interviewers hebben samen een harmonisatietraining georganiseerd om de interviews op dezelfde manier af te nemen met gebruik van de tijdlijn. In deze training zijn presentaties gegeven over de narratieve interviewmethode (door Manna Alma) en *patient journey mapping* (door Annemarie Reilingh). Ook is uitgebreid geoefend met het zorgvuldig uitvragen van mogelijk sensitieve onderwerpen (zoals anticonceptiegebruik voorafgaand aan de zwangerschap), waarbij deelnemers aan de training fungeerden als interviewer, geïnterviewde en observant. Ter voorbereiding hierop is een eerste versie van de topiclist getest met behulp van proefinterviews met ervaringsdeskundigen.

Ethische toetsing

Het onderzoeksprotocol voor de kwalitatieve interviews is goedgekeurd door de Medisch Ethische Toetsingscommissie voor niet-WMO onderzoek van het Amsterdam UMC, onder referentienummer 2023.0570. De onderzoeksopzet voor de interviews uitgevoerd door het UMCG is goedgekeurd door de Medische Ethische Toetsingscommissie van het Universitair Medisch Centrum Groningen, onder referentienummer 202100118.

4.4 Werving en deelnemers

Tussen mei 2023 en juni 2024 zijn mogelijke respondenten voor deze studie benaderd en geïnterviewd door onderzoekers van het UMCG en Amsterdam UMC, in totaal door 6 interviewers (3 bij elk UMC). In totaal zijn 78 mensen geïnterviewd, waarvan 49 vrouwen en 29 mannen. In figuur 4.1 wordt schematisch weergegeven welke mensen er door welk UMC zijn geïnterviewd.

Figuur 4.1 Schematische weergave welke mensen door welke partij zijn geïnterviewd



Werving Amsterdam UMC

Voor de werving van het kwalitatieve deel van het onderzoek konden we gebruik maken van respondenten die al eerder hadden meegedaan aan de vragenlijst van de BluePrint studie, en hadden aangegeven dat wij hen mochten benaderen voor vervolgonderzoek. Deze respondenten zijn tussen oktober 2023 en juni 2024 nogmaals gemaïld of zij geïnteresseerd waren in een interview.

Een deel van de interviews zijn gecombineerd met de dataverzameling voor het onderzoeksproject '[No Pink Clouds](#)' (ZonMw projectnummer 554002012), een onderzoek dat al liep en waarvoor interviews gedaan zouden worden naar zorgbehoeften van mensen die een onbedoelde zwangerschap uitdroegen met een geschiedenis van psychosociale stress. De 15 vrouwen die een onbedoelde zwangerschap hebben uitgedragen die door het Amsterdam UMC zijn geïnterviewd (Figuur 4.1) zijn daarom geselecteerd op basis van een prevalentie geschiedenis van psychosociale stress. We hebben dataverzamelingen gecombineerd om de doelgroep niet onnodig te belasten. Aangezien het UMCG ook 15 vrouwen die een onbedoelde zwangerschap hebben uitgedragen hebben geïnterviewd zonder specifiek een achtergrond van psychosociale stress, konden we met alle interviews tezamen een goed beeld krijgen van de brede populatie.

De mannen die geïnterviewd zijn door het Amsterdam UMC, en de vrouwen die een abortus hebben gehad, zijn random geselecteerd uit de BluePrint data.

In totaal hebben we 66 vrouwen per mail benaderd voor een interview, waarvan we uiteindelijk 30 vrouwen hebben geïnterviewd. In totaal waren er 81 mannen die we konden benaderen voor een interview. Deze mannen zijn allemaal benaderd per mail. Uiteindelijk konden wij met 25 van hen een interview inplannen. De overige mannen reageerden niet op onze uitnodigingsmails, of gaven aan geen interesse meer te hebben in een interview.

Werving UMCG

De werving van respondenten verliep via het delen van flyers en informatie via de netwerken van verschillende partners binnen en buiten dit onderzoek, o.a. via Fiom, het Childbirth Network en het consortium ZeGNN (Zwangerschap en Geboorte Noord Nederland). Bij interesse konden potentiële respondenten zich aanmelden via een online formulier waarnaar werd verwezen in de flyer en onderzoeksinformatie. Vervolgens nam een onderzoeker contact met hen op om ze verder te informeren over het onderzoek en een interview-afspraken in te plannen. Via de bovengenoemde wegen zijn er o.a. flyers verspreid via sociale media, maar ook via verschillende zorgverleners (o.a. gynaecologen en verloskundige praktijken, en consultatiebureaus in Noord-Nederland). Omdat de werving van respondenten niet erg vlot verliep, zijn er in overleg met het Amsterdam UMC ook vrouwelijke respondenten die een zwangerschap hadden uitgedragen uit de BluePrint studie benaderd met een wervingsflyer voor het UMCG.

Specifiek voor de werving van mannen zijn er aanvullende wervingsacties uitgezet. We hebben bijvoorbeeld aan (vrouwelijke) geïnterviewden gevraagd of we hun (ex-)partner mochten interviewen en we hebben via een organisatie gericht op mannenemancipatie en organisaties gericht op vaderschap flyers verspreid, waaronder Stichting ExPex en Emancipator.

Uiteindelijk zijn er van de 37 aanmeldingen 19 vrouwen en van 7 aanmeldingen 4 mannen geïnterviewd (Figuur 4.1). Er zijn verschillende redenen waarom niet iedereen die zich aanmeldde uiteindelijk mee deed aan een interview: sommigen voldeden niet aan de inclusiecriteria (de ongeplande zwangerschap was >10 jaar geleden of ze waren op dat moment nog zwanger), sommigen reageerde niet meer op onze contactverzoeken en een aantal mensen wilden bij nader inzien niet meer meedoen. In drie gevallen was er al een afspraak voor een interview, maar heeft de respondent deze afgezegd. Niet iedereen gaf een reden voor het afzien van deelname, maar een enkeling liet weten het toch moeilijk te vinden om hun verhaal te doen.

Een deel van de interviews zijn gecombineerd met de data verzameling van de [IPC-UP studie](#) (ZonMw projectnummer 554002003). Dit onderzoek liep al en was gericht op ervaringen en behoeftes bij (na)zorg bij ongewenste zwangerschap, van zowel ongewenst zwangere vrouwen en hun partners of belangrijke naasten, als die van huisartsen en verloskundigen. Hiervoor waren geen andere specifieke selectiecriteria. We hebben dataverzamelingen gecombineerd om de doelgroep niet onnodig te belasten.

4.5 Werkwijze interviews

Combinatie: Narratieve interviewmethode met gebruik van een *journey map*

Om op meerdere vragen binnen het AVOZ project antwoord te kunnen geven hebben we een *narratieve interview methode* gecombineerd met *patient journey mapping* (McCarthy et al., 2020). Narratief gebaseerde methoden richten zich op het verzamelen en analyseren van persoonlijke verhalen en ervaringen. Dit stelt ons in staat om meer inzicht te krijgen in de manier waarop mensen hun leven en gebeurtenissen vertellen en interpreteren. Patient journey mapping is een methode die wordt gebruikt om de ervaringen van patiënten in kaart te brengen, vanaf het moment dat ze zorg nodig hebben tot na de behandeling. Deze methode helpt om de verschillende stappen en interacties in het zorgproces te visualiseren en te begrijpen. Het is een methode die ook geschikt is om zorgprocessen te onderzoeken waarbij meerdere zorgsectoren en behandelaars zijn betrokken (McCarthy et al., 2016). Door deze twee methoden te combineren kregen we niet alleen een gedetailleerd beeld van de zorgpaden die mensen hebben doorlopen, maar ook van de beleving en de perceptie daarvan. Tijdens de interviews werd gebruik gemaakt van een figuur met een tijdlijn waarop de periode voor, tijdens en na de zwangerschap was afgebeeld met de belangrijkste topics die werden uitgevraagd. De participant werd eerst gevraagd om zijn/haar leven te beschrijven voor de onverwachte zwangerschap. Daarna volgde de ontdekking van de zwangerschap, het besluitvormingsproces en vervolgens de zorgervaringen en periode na de zwangerschap tot het heden. Deze tijdlijn is samengesteld in nauw overleg tussen interviewers van het Amsterdam UMC en het UMCG.

Procedure

De semi-gestructureerde interviews duurden ongeveer een uur. Het overgrote deel van de interviews vond online plaats (via Teams). Er zijn ook enkele interviews live afgenomen, op een locatie naar keuze van de geïnterviewde. Het interview werd opgenomen. Aan het begin van het interview werd mondelinge *informed consent* afgenomen. Er werd participanten verteld dat zij te allen tijde konden stoppen met het interview zonder een reden op te geven, dat hun antwoorden anoniem werden verwerkt en dat de opnames werden verwijderd aan het eind van het onderzoek. Vervolgens zijn de interviews getranscribeerd en gepseudonimiseerd. Deelnemers ontvingen een tegoedbon van €30 als bedankje voor het interview, van een webwinkel naar keuze.

4.6 Analyse

De data-analyse volgde een iteratief proces waarbij de onderzoeksteams van Amsterdam UMC en UMCG onafhankelijk van elkaar startten met de initiële codering van de eigen interviewtranscripten. Hoewel gekozen is voor een narratieve interview structuur, zijn de analyses thematisch uitgevoerd, omdat de onderzoeksvragen gericht waren op het identificeren van elementen. Tijdens de analyse is er gecodeerd op basis van de topiclist met een combinatie van zowel deductief als inductief coderen (Byrne, 2022). Toen er geen nieuwe codes meer naar voren kwamen in de interviews, is er gestopt met coderen. De transcripten van de overige interviews zijn daarna nagelopen om dit te controleren. Deze benadering resulteerde in door de twee onderzoeksteams afzonderlijk ontwikkelde concept-codeboeken die bij vergelijking direct al veel overlap vertoonden. Beide onderzoeksteams hebben daarna afzonderlijk hun codeboeken verfijnd en na een tweede onderlinge afstemming definitief gemaakt. De tweede afstemming was vooral gericht op terminologie en woordkeuze, aangezien de onderliggende conceptuele structuren al veel overlap vertoonden.

De thematische analyse volgde een sequentieel-iteratief proces waarbij de onderzoekers van het ene onderzoeksteam een initiële analyse uitvoerde op basis van hun primaire dataset. Deze preliminaire thematische structuur werd vervolgens geëvalueerd en aangevuld door de onderzoekers van het andere onderzoeksteam, die hun eigen verzamelde data als analytisch perspectief inbrachten. Na een gezamenlijke consensusbijeenkomst werd de analyse verder verfijnd via twee iteratieve analyserondes door de onderzoekers, waarbij elk iteratiemoment werd gevalideerd in overleg met de onderzoekers van het andere team. Deze afstemming had als doel triangulatie van de bevindingen en harmonisatie van het analyseproces. De analytische verfijning richtte zich uiteindelijk vooral op afstemming verkrijgen over de thematische structuur en op de conceptuele definities van de hoofdthema's. Deze iteratieve benadering van afstemming en aanvulling zorgde voor zowel analytische diepgang als cross-validatie tussen de onderzoeksteams op het gebied van codering, thema's en gerapporteerde resultaten.

Naast het proces van coderen, zijn er ook veldnotities gemaakt van ieder interview waarin onder andere werd genoteerd wat de algemene indrukken waren van de interviewer van het gesprek, hoe de sfeer was, of de geïnterviewde veel of weinig deelde. Tegelijk dienden deze sessies ook als ondersteuning voor elkaar, omdat de interviews soms best intens konden zijn. Ook zijn een kwart van de interviews integraal gelezen door de hoofdonderzoeker. Op basis van al deze activiteiten hebben we in de analyse ook meta-informatie mee te kunnen nemen die soms meer 'tussen de regels' duidelijk werd, bijvoorbeeld: Op welke wijze wordt er door een persoon gedurende een interview over onderwerpen gesproken? Wat wordt niet genoemd of mogelijk ontweken? Waar lijkt het taalgebruik op te duiden?

4.7 Interviewleidraad onderzoeksvraag 1

Voor het beantwoorden van deze deelvragen is vooral gekeken naar de ervaringen van participanten over de periode vóór de zwangerschap. Tijdens het interview werd de participanten gevraagd om te reflecteren op hun levensomstandigheden op het moment dat ze zwanger werden, de toenmalige situatie rondom het gebruik van anticonceptie en wat de zwangerschap in hun beleving minder bedoeld of gewenst maakte. Hoewel de formulering iets kon variëren per gesprek hebben we de volgende interviewvragen uit de interviewleidraad aangehouden voor dit onderzoek:

Persoonlijke omstandigheden: Kun je wat vertellen over hoe je leven eruitzag in de periode voordat je hoorde dat je zwanger was/ iemand zwanger had gemaakt? (Bijvoorbeeld werk, studie, gezinssituatie, partner, kinderen).
De ontdekking van de zwangerschap: Kun je wat vertellen over het moment dat je erachter kwam dat je zwanger was/ iemand zwanger had gemaakt?

Reacties en gevoelens: Wat was je eerste reactie toen je erachter kwam dat je zwanger was/iemand zwanger had gemaakt?

Keuzeproces: Sommige mensen twijfelen over het wel of niet uitdragen van een onverwachte zwangerschap, anderen hebben daar direct een heel duidelijk gevoel bij. Hoe was dat voor jou?

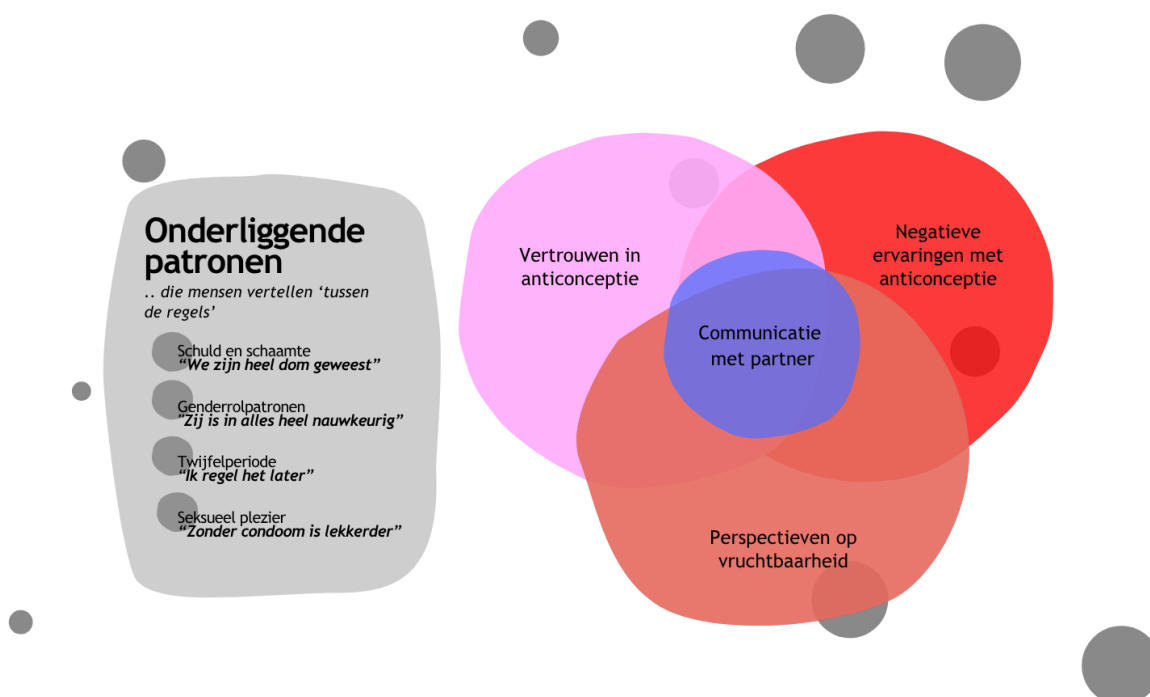
Zwangerschapsintenties: Hoe zou je de zwangerschap nu noemen? Onverwacht? Onbedoeld? Ongepland? Waarom was de zwangerschap voor jou minder gepland of bedoeld? In hoeverre was je op dat moment bezig met het thema zwangerschap en kinderen?

Anticonceptiegebruik: Waren jullie op dat moment bezig met anticonceptie? Wat waren je overwegingen?

4.8 Resultaten: Anticonceptiegebruik en het ontstaan van de onbedoelde zwangerschap

In de volgende paragrafen beschrijven we de hoofdthema's die we hebben geïdentificeerd (zie figuur 4.2). Uit de interviews kwamen enkele hoofdthema's naar voren met betrekking tot het ontstaan van de zwangerschap en in het bijzonder bij het niet of inconsistent gebruik van anticonceptie. Drie onderwerpen die veel naar voren kwamen in de interviews, waren (1) Perspectieven op vruchtbaarheid, (2) Negatieve ervaringen met anticonceptie, en (3) Vertrouwen in anticonceptie. Verder vonden we dat het thema (4) 'Communicatie tussen partners' in alle hoofdthema's terugkwam. Daarnaast zagen we in de taal die gebruikt werd en de manier waarop gesproken werd over de onbedoelde zwangerschap, enkele achterliggende patronen terug (genderrolpatronen, schuld en schaamte, seksueel plezier, twijfelperiode). We bespreken deze hoofdthema's in aparte paragrafen en in willekeurige volgorde, om hun betekenis helder te maken. We benadrukken daarbij dat er vaak meerdere factoren tegelijk speelden die elkaar beïnvloedden. Waar opvallende verschillen zijn gevonden tussen vrouwen en mannen, of tussen groepen die gekozen hebben voor het uitdragen of afbreken van een onverwachte zwangerschap, geven we dit expliciet aan.

Figuur 4.2 Het samenspel tussen de hoofdthema's





Definities van anticonceptie

Bij het beschrijven van anticonceptie gebruik zijn we uitgegaan van zelf-omschreven anticonceptie gebruik, maar wat men daarmee bedoelde was erg verschillend. In de interviews werd het begrip ‘anticonceptie’ namelijk niet door iedereen op dezelfde manier gebruikt of geïnterpreteerd. Zo vonden sommige participanten condooms wel anticonceptie, maar anderen niet. Zij dachten bij anticonceptie eerder aan de pil of een spiraal; methoden die worden voorgeschreven. In het citaat hieronder is dit ook zichtbaar.

“Nee helemaal niet [geen anticonceptie gebruikt]. Alleen condooms, ik gebruikte condooms als ik echt ja, wist die dagen dat ik zwanger kan raken gebruikten we altijd een condoom en ik doe altijd mijn temperatuur meten. En ja ik, ik weet gewoon precies wanneer ik mijn ovulatie heb, normaal gesproken.”~ Vrouw met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

Vruchtbare dagen methoden werden zeer wisselend wel of niet als anticonceptie geïnterpreteerd. ‘Terugtrekken’ of ‘voor het zingen de kerk uit’ omschreven de meeste mensen die dit gebruikten als ‘geen anticonceptie’.

We zagen deze wisselende interpretatie al eerder terug in de kwantitatieve data van de grotere groep participanten die de vragenlijst invulde. Onze indruk is dat participanten het in eerste instantie vooral hadden over wat ze structureel gebruikten of bedoelden te gebruiken, en minder over wat er precies die ene keer was gebeurd. De interviews bevestigden dat we voorzichtig moeten zijn met het dichotomiseren van zelfgerapporteerd anticonceptiegebruik. In de interviews is er bewust voor gekozen om geen criteria te hanteren voor of een methode als anticonceptie geldt, en dit aan de geïnterviewde zelf over te laten. We hebben bij de analyse vooral gekeken naar wat er daadwerkelijk gedaan is volgens de geïnterviewden.

4.8.1 Perspectieven op vruchtbaarheid

Verminderd vruchtbaar

Zowel vrouwen als mannen noemden dat zij dachten dat ze minder vruchtbaar of onvruchtbaar waren, en daarom dachten dat zij niet (snel) zwanger zouden worden. Dit kon ervoor zorgen dat mensen helemaal geen anticonceptie gebruiken of inconsistent waren in het gebruik omdat ze weinig risico zagen om zwanger te worden. Het idee van minder vruchtbaar zijn was gebaseerd op eigen ervaringen, of op ervaringen van vrienden en bekenden die met verminderde vruchtbaarheid kampten zoals in het citaat hieronder. In dit citaat is ook te zien dat participanten dachten dat langdurig pilgebruik effect kon hebben op vruchtbaarheid.

“Ik had het gewoon nooit verwacht. Je hoort heel veel mensen die er heel lang over doen en ik heb vijftien jaar die pil geslikt en binnen vier maanden, terwijl we nog actief aan het nadenken waren om het niet te krijgen, is dat ineens zo.” ~ Vrouw met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

Uit ander onderzoek blijkt dat het idee om minder vruchtbaar te zijn bij ongeveer één op de twintig personen leeft en samenhangt met het niet-gebruiken van anticonceptie (Passet-Wittig et al., 2020). In de interviews zien we terug hoe het niet-gebruik van anticonceptie deze ideeën over verminderde vruchtbaarheid kunnen versterken. Sommige participanten zagen het eerder uitblijven van een zwangerschap na niet of inconsistent gebruik van anticonceptie als een teken van lage vruchtbaarheid. Ook dit is een bekend patroon. Mensen schatten over het algemeen de kans om zwanger te worden van één keer onbeschermd seks te hoog in, maar houden geen rekening met cumulatieve kansen van herhaaldelijke onbeschermd seks die ze juist te laag inschatten (Biggs & Foster, 2013; Ela, 2018). Het niet zwanger geworden zijn van onbeschermd seks kan vervolgens een bevestiging zijn van het idee verminderd vruchtbaar te zijn of, wordt geïnterpreteerd als bevestiging dat de gebruikte (minder effectieve) methode ‘werkt’.

“Ik dacht, ik ben niet heel vruchtbaar dus ik heb gewoon gekozen eigenlijk voor geen anticonceptie. Dat ging ook gewoon echt heel goed, echt bijna vijf jaar” ~ Vrouw met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

Ook werd benoemd dat men dacht vlak na de menstruatie of in de postpartum periode minder vruchtbaar te zijn.

“Ik ben uiteindelijk vijf maanden later [postpartum] weer zwanger geraakt. [...] Nee, dat hadden we ook echt niet verwacht nee. We waren nog meer aan het discussiëren van hoe gaan we dit fiksen? Hoe gaan we het

probleem [welke anticonceptie] oplossen? [...] Een beetje onderschatting, naïviteit want het kan ook echt heel snel gebeuren.” ~ Vrouw met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

Uit de interviews bleek ook dat in sommige gevallen zorgverleners aan participanten hadden verteld dat zwanger worden moeilijk zou kunnen worden voor hen, waardoor zij een verwachting hadden van een lage kans op zwangerschap. Het was onduidelijk waarop deze uitspraken gebaseerd waren. Deze opmerkingen van zorgmedewerkers, hoewel niet gemaakt in de context van (sub)fertiliteitsonderzoek, werden zeer serieus genomen. Dit beïnvloedde hun anticonceptiegebruik, omdat zij zich voorbereidden op een lange weg naar het vervullen van een kinderwens en dat ze anticonceptie als overbodig zagen.

“Ik kreeg het toen een keer te horen toen ik op een [niet fertiliteit gerelateerd inwendig] onderzoek was: ‘Nou, je hebt geen eisprong dus het wordt sowieso wat lastiger om zwanger te worden’.” ~ Vrouw met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

Er speelden soms medische redenen zoals een aandoening, medicatiegebruik of het verwijderen van een eierstok waardoor participanten soms twijfelden aan hun vruchtbaarheid.

Rode en groene dagen

Sommige participanten schatten in niet vruchtbaar te zijn tijdens een bepaalde periode van een (in hun beleving voorspelbare) cyclus. We zagen dat er zwart-wit gesproken werd van ‘vruchtbare’ en ‘onvruchtbare’ dagen, vooral wanneer dit gebaseerd was op het gebruik van vruchtbaarheidsapps (soms in combinatie met temperaturen) die de vruchtbare dagen voorspellen. Er lijkt daarbij een dichotomie te ontstaan tussen enerzijds vruchtbare dagen en anderzijds *dus* onvruchtbare dagen. In werkelijkheid zijn mensen niet vruchtbaar of onvruchtbaar, maar wisselt de mate van vruchtbaarheid gedurende de cyclus (Wilcox et al., 2000). Het leek er tegelijk ook op dat participanten er vanuit gaan dat de vruchtbare periode die wordt aangegeven een veiligheidsmarge heeft. Op de eerste ‘rode’ dagen, namen participanten dan weleens een (laag ingeschat) risico. In werkelijkheid is een vruchtbare periode vaak juist ruimer dan wordt aangegeven in de apps (Urrutia & Polis, 2019). In de situatie hieronder gebeurde dit ook, in combinatie met de perceptie dat het een maand ‘goed’ was gegaan en die eerste rode dag dus ‘wel kon’.

“...ik zeg niet tegen mezelf dat het dom was want dingen gaan zoals ze gaan. Maar initieel, je kent het ook, je hebt groene dagen en rode dagen. Groen ben je dus niet vruchtbaar, rood ben je wel vruchtbaar en op rood moet je dus geen seks hebben waarbij er zaad vrij kan komen. Dat is af en toe wel op een van die rode dagen, niet met klaarkomen van mijn vriend, maar wel op één van die rode dagen toch [seks gehad]. En dan ging dat [daarna] een maand goed en dan denk je: oh die eerste dag...[...] Het is wel de dag het verst nog van de ovulatie vandaan en zonder ejaculatie, maar toch is het dan gebeurd. En dat is dus, het lag niet aan die methodiek want het was dus al die eerste rode dag, maar het lag aan ons.” ~ Vrouw met abortuservaring

Opvallend aan bovenstaand citaat is dat ook hier gerefereerd wordt aan de heersende norm dat onbedoelde zwangerschap een teken is dat men ‘dom of stom is geweest’, en dat er tegelijk ook wordt gesteld dat het wel hun eigen schuld is. Er wordt met een zekere schuldbewustheid naar zichzelf gewezen, waarbij dit in dit geval ook wordt gerelativeerd als ‘dingen die nu eenmaal soms gebeuren’.

Overigens waarschuwen sommige bedrijven achter vruchtbaarheidsapps ervoor dat ze niet bedoeld zijn om een zwangerschap te voorkomen, maar om inzicht te krijgen in de cyclus, menstruatieklachten en bloedingspatronen. Toch voelden participanten die gebruik maakten van vruchtbaarheidsapps zich vaak beschermd door deze dichotome voorstelling van een (vrij krappe) vruchtbare periode. Daarbij valt op dat participanten de methoden vaak verdedigden, waarbij zij benadrukken dat zij zelf een inschattingsfout hebben gemaakt.

“Eigenlijk dacht ik dat ik op dat moment niet zwanger kon worden, omdat ik dus op de goede momenten bescherming had tijdens de seks [...] ik heb een Daysy, ik heb beschermde seks als het nodig is in mijn cyclus” ~ Vrouw met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

Vruchtbaarheid is óók wenselijk

Uit de manier van spreken maakten we op dat vruchtbaar-zijn iets wenselijks is, ook wanneer een zwangerschap op dat moment niet gewenst is. Dit zagen we op verschillende manieren terug. Ten eerste zagen we dat sommige respondenten herhaaldelijk noemden dat ‘het meteen raak’ was, het was opvallend hoeveel nadruk er gelegd werd op het gegeven dat men direct zwanger was, taal en toon wezen hierbij op een gevoel van trots.

“Het was één keer dat we [net iets te dicht langs de vruchtbare dagen in de app] gingen, zeg maar. En toen was ze gelijk zwanger.

[later in het interview]

...het was niet helemaal gepland, maar het gebeurde nou eenmaal zo snel [...] En dat was bij de eerste ook. [Mijn partner] had eerst dan de mazzel dat, en haar moeder trouwens ook, ze zeggen altijd: je hoeft maar te knipogen en ze is zwanger. Dat is dus in dit geval ook zo bij die eerste, want we gingen het proberen en binnen zeven weken was het al raak. Dus dat is dat je denkt... oké. Toen ook dachten we: je hebt al je hele leven de pil geslikt, het zal wel wat langer duren, je weet het niet hé, maar ja, dat was ook heel snel.” ~ Man met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

Ten tweede zagen we dat onvruchtbaarheid iets is dat gevreesd wordt, nogal eens doorspekt met narratieven over (on)natuurlijkheid van hormonen. Ook in de keuzes om geen hormonen (meer) te gebruiken zagen we dit terug: vruchtbaar-zijn en een cyclus hebben wordt beleefd als natuurlijk en gezond, als iets dat mensen willen behouden. Eerder onderzoek in de VS laat zien dat de meerderheid van de jonge mensen (69%) zorgen had over langdurig pilgebruik in relatie tot hun vruchtbaarheid en dat dit geassocieerd was met lager gebruik van hormonale methoden (Watson et al., 2023). Hier was duidelijk overlap met het thema ‘negatieve ervaringen met anticonceptie’ (volgende paragraaf), want dit kon de voorkeur scheppen voor niet-hormonale anticonceptie. Participanten wilden voorkomen dat hun vruchtbaarheid voor een periode ‘onderdrukt’ zou zijn en mogelijk een blijvende invloed kon hebben op hun vruchtbaarheid in de toekomst. Hier zagen we een dubbele houding ten aanzien van anticonceptie waarbij mensen niet zwanger willen worden, maar wel zwanger willen *kunnen* worden, op een later moment.

“Een vriendin had PCOS en die begon over dat ze was gestopt met de pil en kwam erachter [de PCOS] omdat ze dat dus heel onregelmatig ongesteld was daarna. En nou ja, toen zij bij de dokter was geweest en die indicatie gekregen had, daar was ik heel erg van geschrokken. Want ik dacht: Ik ben nu echt al 10 jaar aan de pil. Ik heb eigenlijk geen idee hoe het met mijn vruchtbaarheid gesteld staat. En een andere vriendin van mij, die had, die wilde heel graag een kindje, maar die had ook vruchtbaarheidsproblemen en die zat inmiddels dan in een traject met IVF. En nou, daar was ik dus ook heel erg van geschrokken, dus die twee dingen die liepen tegelijk. Toen dacht ik: Goh, misschien moet ik ook eens een keertje stoppen met die pil. Niet omdat ik dus kinderen wilde, maar omdat ik eigenlijk wilde begrijpen wat mijn status is en of ik me ook zorgen moest maken.” ~ Vrouw met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

4.8.2 Negatieve ervaringen met anticonceptie

Participanten liepen tegen beperkingen aan bij het kiezen en gebruiken van anticonceptiemethoden. Zo hadden mensen ervaringen met nadelen of bijwerkingen van (hormonale) anticonceptie, of ervoeren zij uitdagingen wat betreft gebruiksgemak. Een ten dele hieruit voortvloeiend probleem was dat men moeite had een geschikte methode te kiezen, en tijdelijk een ‘pauze’ had in anticonceptiegebruik, waarin een onbedoelde zwangerschap is ontstaan. In de verhalen van participanten zagen we een beeld waarin een samenspel van deze factoren uiteindelijk leidde tot een zwangerschap. Bijvoorbeeld wanneer er geen ideale methode was gevonden door ervaren bijwerkingen of negatieve verwachtingen. Dan volgde er een periode waarin mensen (tijdelijk) terugvielen op gebruik van condooms en/of het tellen van vruchtbare dagen. Daarna ging in het toepassen daarvan iets mis of was het gebruik inconsistent. In het citaat hieronder zien we hoe verschillende methodes ieder hun beperkingen hadden en er uiteindelijk mee werd gestopt.

”Nu is het probleem dat ik op anticonceptie redelijk slecht reageer. Ik bloed heel veel en heel lang. Dus bepaalde middelen zoals bijvoorbeeld een koperspiraal, dat werkt dan averechts, daar ga je nog meer van bloeden. Bij gebruik van de pil, ik heb in die tijd, begin 20, heel veel van die anticonceptie ook geprobeerd, allerlei soorten pillen, Microgynon 30, 50, driefase pil, spiraaltje gehad, maar het resultaat was, was dat ik elke dag bloed verloor in plaats van dat er een ritme inkwam. Dus ik ben gestopt met dat allemaal.” ~ Vrouw met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

Nadelen van langwerkende anticonceptie

Participanten hadden soms zelf negatieve ervaringen of hadden negatieve verwachtingen van langwerkende anticonceptiemethoden, waardoor ze daar niet voor kozen. Zo gebruikten vrouwen met een zware menstruatie liever geen koperspiraal omdat dat de menstruatie kan verhevigen. Spiralen zaten soms niet meer op de juiste plek, waren ingegroeid of gaven langdurige klachten.

“Maar ik voelde [het spiraal] zitten wat gewoon helemaal niet fijn is [...]Ja die spiraal was verplaatst, maar die zat ook best wel schuin, dus dat die waarschijnlijk [tegen de baarmoeder] aan zat [...] ik heb hem drie maanden laten zitten, maar toen heb ik 'm later nog bij de huisarts eruit laten halen.” ~ Vrouw met abortuservaring

Vrouwen zagen op tegen de pijn bij het plaatsen en benoemden dit tevens als reden om niet voor een spiraal te kiezen. Opvallend was ook dat er een groep was die voorheen geen spiraal wilde, maar na de onbedoelde zwangerschap wél. Dat had volgens hen te maken met de hoge effectiviteit én met de mogelijkheid om die te kunnen plaatsen met een roesje tijdens een abortusbehandeling. Hiermee leken vrouwen indirect aan te geven dat het plaatsen als een barrière wordt ervaren.

“Dat is dus juist heel handig [meteen spiraal laten plaatsen]. Als je die vraag krijgt van: we kunnen dat meteen doen, of wil je er nog over nadenken? Ik had zo iets van: laten we dat maar meteen doen. Dat is een goede aanleiding. Het is ook wel prettig dat ik daar niks van gemerkt heb, dat was gewoon in een keer [na de behandeling] gebeurd.” ~ Vrouw met abortuservaring

Hoewel een deel van de mannen na de zwangerschap koos voor een vasectomie, vonden anderen het te ingrijpend, vonden ze zichzelf te jong (ook in verband met een toekomstige kindwens) en speelden kosten een rol.

“Ze zit aan de pil dus het is hopen dat het werkt. Ik ben niet, ik ga niet mezelf laten knippen of hoe het ook heet. Dat doe ik niet.” ~ Man met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

“We hadden eigenlijk al besloten om bij mijn vriend of bij mijn man een knip erin te laten zetten. Alleen het ding was dat kost echt 7 á 800 euro en je kan je zorgverzekering pas aan het eind van het jaar aanpassen. Dus ik had zo iets van: nou, dan ga ik aan de pil tot einde van het jaar en pas ik zijn verzekering dan aan, dan kan hij het begin van het jaar de knip doen. Maar toen kwam dus die [onbedoelde] zwangerschap.” ~ Vrouw met abortuservaring

Bijwerkingen van hormonale anticonceptie

Vrouwen waren om verschillende redenen ontevreden over hormonale anticonceptie. Dit ging vooral over de pil. Het hebben ervaren van bijwerkingen was een reden om te stoppen met hormonale anticonceptie. Bijwerkingen die werden genoemd zijn vooral stemmingswisselingen en intenser ervaren emoties. Verder werden ook concentratieproblemen en huidproblemen benoemd.

“Ik had ook gewoon mood swings, zeg maar ook tijdens mijn pilgebruik. Dus ja, ik merkte dat dat wel wat deed met mijn lichaam. Ik heb van mezelf eigenlijk altijd een hele zuivere huid en toen ik aan de anticonceptie ging, had ik dat juist niet. Had ik allemaal puistjes op mijn lichaam, wat ik normaal nooit heb op mijn rug. Dus nu ook [met hormoon spiraal].” ~ Vrouw met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

Naast het hebben ervaren van bijwerkingen, speelden negatieve verhalen in de omgeving en beeldvorming ook een rol. Dit werd niet verwoord als directe reden om geen hormonale anticonceptie te gebruiken, maar het versterkte een al aanwezig onderliggend gevoel dat het niet goed meer was om hormonen te gebruiken. De voordelen die hormonale anticonceptie kunnen hebben werden opvallend genoeg niet benoemd (bijvoorbeeld het kunnen uitstellen van menstruatie, minder of niet meer bloeden, juist stabielere stemming kunnen ervaren en reductie van cyclus gerelateerde klachten). Er was een vanzelfsprekendheid aanwezig in het taalgebruik over de nadelen van hormonale anticonceptie, waarbij gesteld werd dat 'hormonen slecht voor je zijn'. De uitspraken wijzen op een breder fenomeen in de maatschappij en weerspiegelen niet alleen individuele opvattingen (Alspaugh et al., 2020). In het citaat hieronder was iemand in de veronderstelling dat onderzoek duidelijk heeft uitgewezen dat pilgebruik ongezond is of nadelen heeft.

“Op een gegeven moment had ik zo iets van, ook mede door de verhalen die je hoort maar ook wel de wetenschappelijke onderzoeken die er zijn gedaan dacht ik, nou weet je, volgens mij is het gewoon het moment om niet meer die pil te gaan slikken. Want het voelde niet goed meer [...]” ~ Vrouw met abortuservaring

Er waren ook zorgen over het langdurig gebruik van hormonen. In de gebruikte taal zien we de perceptie terug dat je daarvan moet herstellen.

“...ik had een tijdje [een implantaat] en die had ik eruit gehaald, omdat het voor mij niet zo goed werkte en toen dacht ik: ik moet even ont-hormonen. Dus even, ja, dat stabiliseren ofzo, dacht ik voor mezelf.” ~ Vrouw met abortuservaring

Het is niet alleen een gebrek aan kennis of misinformatie

Het onderbuikgevoel tegen hormonale anticonceptie wordt vaak afgedaan als een gebrek aan kennis of misinformatie (Stevens et al., 2023). Veel berichten die professionals als misinformatie zien, richten zich over het algemeen op de pil en op vrouwen. Hoewel verkeerde informatie van *influencers* een rol zou kunnen spelen, laten de interviews zien dat deze onderbuikgevoelens in eerste instantie voortkomen uit persoonlijke negatieve ervaringen. Verdere analyse van de gebruikte taal liet zien dat het gebruik van hormonen (of een spiraal waarbij de cyclus wegblijft) werd gezien als onderdrukking van een natuurlijk proces.

“Nou bijwerkingen denk ik niet echt, maar het voelde gewoon niet fijn in mijn lichaam omdat ik zoiets had van, ik weet niet goed hoe nou mijn eigenlijke cyclus is. Ik weet niet wanneer ik, ja, wat nou echt van mij is of wat [het voelde] een beetje kunstmatig.” ~ Vrouw met abortuservaring

In het verlengde speelde iets soortgelijks ook bij vrouwen die een geen spiraal wilden of lieten verwijderen omdat ze iets blijvends in hun lichaam onnatuurlijk vonden.

“Ik wil [een onbedoelde zwangerschap] niet nog een keer. Dus dat was voor mij de keuze, maar ik stond er ook niet helemaal achter [het spiraal]. Ik heb [het spiraal] er nu ook weer uitgehaald, want ik nou ja, wat ik al zei, ik wil gewoon niet iets in mijn lijf hebben [...] toen mijn relatie uitging, toen heb ik hem er ook wel weer snel uitgehaald.” ~ Vrouw met abortuservaring

Tegelijk ervaren respondenten ook dat anderen oordelen en zich negatief uitlaten over het gelopen risico op zwangerschap, alsof de omgeving het wel ziet als een gebrek aan kennis.

“[...] Ik heb echt ook respect voor bijvoorbeeld wat jongere moeders die onverwacht zwanger raken. /ik was ook gewoon rond mijn zestiende al seksueel actief dus dan, er zijn ook mensen die op die leeftijd onverwacht zwanger raken. Moet je kijken wat een ellende ik al, voor gewoon een tweede kind, gewoon met een eigen huis, allebei een baan, wat ik al over me heen krijg. Hoe moet dat zijn voor al die jongeren die onverwacht zwanger raken? Daar hebben ze toch helemaal geen klap aan. Door te zeggen ‘weet je wel hoe, heb je wel biologieles gehad’ dat soort opmerkingen.” ~ Vrouw met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

Natuurlijkheid en (vrouwelijke of mannelijke) identiteit

Een ander onderliggend patroon was dat vruchtbaarheid ook verbonden lijkt met identiteit en ideeën over mannelijkheid en vrouwelijkheid. Vrouwen vonden het ontbreken van de cyclus op zichzelf een vervelend idee maar koppelden dit vervolgens ook aan percepties over het ‘contact met zichzelf kwijtraken’. Dit komt overeen met hetgeen in eerder onderzoek is beschreven (Algera, 2023). Het beleven van een natuurlijk cyclus werd gerelateerd aan het hebben van meer verbinding met jezelf. Een zelf dat niet vertroebeld moet raken door invloeden van buitenaf (zoals hormonen). Opvallend is dat niet alleen vrouwen, maar ook mannen deze link legden. Sommige mannen kozen na een onbedoelde zwangerschap voor vasectomie, terwijl anderen hier juist moeite mee hadden en vergelijkbare gevoelens.

“Kijk, ik vind [vasectomie] heel moeilijk, want ja, het is toch een bepaald gevoel. Dat je dan een deel van jezelf kwijtraakt, als het ware.” ~ Man met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

“Mijn vriend roept het al wel al een tijd, maar ik merk dat hij het toch een ding vindt. Roept heel hard dat hij het wel wil [vasectomie], maar een afspraak maken... Ik denk dat het toch een soort mannelijkheid ego dingetje is ofzo. Ik weet niet, dus ik kan de vinger er niet opleggen...” ~ Vrouw met abortuservaring

Mannen zijn minder vaak het doelwit van health influencers die de (vermeende) nadelen van hormonen benadrukken. Toch koppelen ook zij hun natuurlijke vruchtbaarheid aan mannelijkheid en kunnen zij tegenstrijdige gevoelens hebben over vasectomie (Nicholas et al., 2021).

Ontevredenheid over anticonceptiecounseling

Een negatief beeld over hormonen werd versterkt wanneer er ontevredenheid was over anticonceptiecounseling, waarbij *feiten* over anticonceptie en de veiligheid daarvan een onderliggend *gevoel* niet wegnemen. Dit kon onder participanten juist wantrouwen in de hand werken, wat ook in eerder onderzoek is gezien (Algera, 2025). Met name

vrouwen gingen er niet zondermeer vanuit dat de wetenschap en zorgverleners hun belangen als hoogste prioriteit hebben. Zij zagen het andersom: de zorgprofessionals (niet de vrouwen) hebben een kennislacune op gebied van de (vooronderstelde negatieve) effecten van hormonen op het vrouwenlichaam en beschikbare niet-hormonale methoden. Uit onderzoek blijkt dat zorgprofessionals zelf ook wel een kennislacune ervaren wat betreft het counselen van vrouwen die vruchtbare dagen methoden overwegen (Zeldenrust et al., ingediend ter publicatie).

Wanneer ontevredenheid of nadelen over (hormonale) anticonceptie niet voldoende werden geadresseerd door zorgverleners, vormde dit vervolgens een extra barrière. Dit speelde vóór de onbedoelde zwangerschap, maar we zagen dezelfde patronen terugkomen erna. Dan was er wéér een moment waarop over anticonceptie na moest worden gedacht. Vooral vrouwen die vanwege bijwerkingen hormonen wilden vermijden, hadden weinig vertrouwen in goede begeleiding. Ze spraken met een gevoel van verontwaardiging en ongewenst sturen—alsof de voorkeuren en risico-aversie van de zorgverlener zwaarder leek te wegen dan hun eigen wensen.

“Het was heel erg van: misschien moet je het beste een spiraaltje nemen of zo'n ding onder je arm [Implanon]. Helemaal niet rekening houdend met hoe ik erin sta over geen hormonen enzo. Daarom voelde ik me helemaal niet gehoord om iets te zoeken wat bij mij past. [...] want ik vond het ook echt heel vervelend dat ze het zó niet op mij afgestemd hadden. Ik voelde me niet gehoord in wat ik belangrijk vind als waarden. En dat ik dus geen chemische hormonen en dat soort dingen wil en dan wel dat als advies te krijgen?! Toen dacht ik van dan ja, dat was gewoon niet op zijn plek.” ~ Vrouw met abortuservaring

Vrouwen die al lage verwachtingen hadden van zorgverleners, zagen hun onvrede opnieuw bevestigd in de counseling na een onbedoelde zwangerschap. Ze ervoeren deze als betuttelend of ouderwets en voelden zich niet serieus genomen.

“Ik heb die verhalen over welke voorbehoedsmiddelen er zijn al best wel vaak gehoord. Ik weet wat er is. Ik weet hoe het werkt. Ik weet wat wij gebruiken en waarom we dat doen, waarom we specifieke voorbehoedsmiddelen gebruiken. [...] Dit ga je, dit ga je niet oplossen door mij te vertellen hoe een spiraaltje werkt. Snap je wat ik bedoel?” ~ Vrouw met abortuservaring

Een gebrek aan vertrouwen leidde ertoe dat sommige vrouwen uiteindelijk stopten met het zoeken naar hulp bij hun anticonceptiekeuze. Ook na een onbedoelde zwangerschap verdwenen de uitdagingen om een geschikte methode te vinden immers niet. Sommigen stapten na een zwangerschap over op een andere (soms meer effectieve) methode, maar een aanzienlijk deel bleef dezelfde methode gebruiken. Wanneer in de counseling de aansluiting niet gemaakt kon worden met de voorkeuren van de vrouw of haar partner, raakten mensen uit beeld en kon dit een barrière worden om passende anticonceptie te vinden.

Gebruiksgemak van condooms

We zagen in de interviews dat anticonceptiemethoden niet altijd als gebruiksvriendelijk werden ervaren. Bij het gebruik van condooms werden meerdere problemen ervaren. Wanneer condooms wél waren gebruikt kon er iets mis zijn gegaan zoals afglijden of (vermoedelijk) lekken. De nadelen hielden vooral verband met het niet of niet altijd gebruiken ervan in de substantiële groep van participanten die soms wel en soms geen anticonceptie gebruikten. Mannen vonden condooms minder prettig.

“Platgeslagen komt het erop neer dat voor mij, is seks hebben met een condoom heel erg moeilijk, want hoe mijn seksuele ritme en energie is, word ik daardoor niet genoeg geprikkeld.” ~ Man met abortuservaring

Ook moet een condoom eerst omgedaan worden, soms wordt dit *in the heat of the moment* vergeten. We zien daar ook een relatie met het thema communicatie (of gebrek daaraan). Het feit dat het als minder prettig werd ervaren hielp dan niet mee.

“Af en toe deden we het wel eens met condoom. Alleen dat vinden we beide niet zo prettig en we wilden het dan nog wel eens vergeten, dus dat is ook niet handig geweest.” ~ Man met abortuservaring

Opvallend is hoe mannen ook in onze studie hun keuze verwoordden: condooms worden als ‘minder prettig’ ervaren, soms ‘vergeten’ of ‘toch even zonder’ gebruikt. Het gebrek aan genot door condooms, en daarmee de voorkeur om seks te hebben zonder condoom, bleef impliciet. Het prioriteren van ‘genot’ als reden kwam indirect naar voren. Dit komt overeen met onderzoek dat laat zien dat de bereidheid om een condoom te gebruiken afneemt wanneer dit leidt tot vertraagde of verminderde opwindings, ook wanneer er risico's mee gepaard gaan (Gebru & Wongsomboon, 2024). Dit terwijl onderzoek heeft laten zien dat een pleziergerichte benadering van seksuele vorming juist condoomgebruik

verhoogt (Zaneva et al., 2022). Vrouwen noemen in tegenstelling tot mannen weinig barrières voor gebruik van condooms, behalve een enkel geval waarin er sprake was van latexallergie. We gaan hier later verder op in bij genderrolpatronen.

(Verkeerd) voorspellen van vruchtbare dagen

Een belangrijke bevinding was dat vrouwen voor hun anticonceptie (deels) vertrouwden op een bepaalde regelmatigheid van hun cyclus en de voorspelbaarheid van vruchtbare periodes. Die voorspellingen klopten alleen niet altijd. Achteraf gezien waren er dan factoren waardoor de cyclus mogelijk was verstoord zoals bij ziekte of bij een recente vaccinatie of door reizen door verschillende tijdzones. Het is bekend dat deze verstoringen kunnen leiden tot veranderde cycli en moeite met het goed duiden van bijvoorbeeld schommelingen in lichaamstemperatuur (lichaamstemperatuur meten is nodig voor sommige vruchtbare dagen methoden zoals bij Daysy®, LadyComp® en sympto-thermale methoden). Het doen van correcte voorspellingen over vruchtbare dagen is zeer complex en niet altijd betrouwbaar (Wilcox et al., 2000). Over het algemeen geven apps waarin de menstruatie kan worden bijgehouden een te krappe voorspelling van de duur van de vruchtbare periode (Setton et al., 2016).

“Wij gebruikten de temperatuurmethode, die ik al zes jaar gebruikte. Maar in de tijd van Covid en griepdingen kan het dus... dat je op je temperatuur, dan weet je wanneer je ovuleert. Een vrouw is natuurlijk maar, eigenlijk nou wat is het, eigenlijk een week per maand vruchtbaar. En dan weet je oké, in die week doe je het veilig en de rest is oké zeg maar. En door een temperatuurverhoging, waarschijnlijk door griep, heeft dat dus niet gewerkt.” ~ Vrouw met abortuservaring

Het voorspellen van vruchtbare dagen werd vaak gecombineerd met (inconsistent) condoomgebruik. Doordat mensen nadelen van (hormonale) anticonceptie ervaarden, kwamen zij uit op het gebruik van vruchtbare dagen methodes. Daarnaast hadden zij de perceptie dat er een lage kans was op zwangerschap, mede doordat apps een zwart-wit beeld kunnen geven van vruchtbare en onvruchtbare dagen, zoals ook al eerder besproken. Hier speelde ook een combinatie van vertrouwen in de methode plus de verwachting van regelmatigheid van een menstruatiecyclus (waar vruchtbare dagen methoden veelal op gebaseerd zijn).

“... Ik ben heel regelmatig ongesteld. Die kalendermethode, die klopte gewoon altijd. En dit keer niet[...] Nee, er is ook geen condoom geweest.” ~ Vrouw met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

De pil en ziekte

Wanneer de pil werd gebruikt waren participanten vaak extra verbaasd over de onbedoelde zwangerschap. Retrospectief vermoedden participanten dan dat er mogelijk iets mis was gegaan door ziekte. Hierdoor raakte de cyclus ontregeld zoals in het voorbeeld hieronder of de pil was vermoedelijk minder werkzaam geweest door braken of diarree:

“Ik ben echt twee maanden lang aan één stuk door ongesteld geweest, waardoor ik het idee heb dat er gewoon iets in mijn lijf van slag is geweest. Ja, je hebt een virus gehad, dus ja, dat is het enige wat ik kan bedenken.” ~ Vrouw met abortuservaring

4.8.3 Vertrouwen in anticonceptie

Dit hoofdthema lijkt op het thema ‘perspectieven op vruchtbaarheid’. Echter, dit thema gaat over de kans op zwangerschap en het vertrouwen in de manier waarop men zwangerschap probeerde te voorkomen, en niet zozeer over hoe men de eigen vruchtbaarheid inschatte zonder dat sprake was van anticonceptiegebruik. Al sinds de jaren 70 onderzoekt men waarom mensen geen anticonceptie gebruiken, ondanks dat zij niet zwanger willen worden. Eén van de eerste modellen om anticonceptiegedrag te verklaren was Luker’s model of contraceptive risktaking (Luker, 1977). Er zijn ook recentere modellen voor het verklaren van gezondheidsgedrag die worden toegepast op anticonceptie gebruik (Hall, 2012). In deze modellen speelt het kunnen inschatten van risico’s een grote rol en wordt het niet gebruiken van anticonceptie in eerste plaats gezien als een keuze op basis van een rationele afweging van risico’s. Ander onderzoek laat zien dat mensen over het algemeen slecht zijn in het inschatten van risico’s (Slovic et al., 2004). Onze bevindingen laten zien dat intuïties en gevoelens een grote rol spelen. We zagen dat participanten beperkingen ervaarden bij het kiezen of gebruiken van anticonceptie (zoals nadelige bijwerkingen) en dat er juist minder rationele en meer onbewuste patronen speelden zoals genderrolpatronen en een gebrek aan open communicatie.

‘Risico’ verdwijnt naar de achtergrond

Participanten zeiden dat *in the heat of the moment* het bewustzijn van de kans op zwangerschap naar de achtergrond verdween, zoals in het voorbeeld hieronder.

“Ja, wat natuurlijk bij ons wel is gebeurd, is dat dat we niet gedisciplineerd altijd waren. En ja, dat is een moment waarin dus je risicoperceptie schijnbaar verandert, gewoon in het moment.” ~ Man met abortuservaring

Participanten gaven soms aan dat ze wisten van het risico maar dachten dat het ‘die ene keer’ wel kon.

“En het duurde langer en langer en uiteindelijk heb ik volgens mij een jaar geen anticonceptie gebruikt. En dat ging best wel goed en we hadden natuurlijk ..., ik had ook zo’n [kalender methode app], en ik plande het altijd heel goed. Toen één keer toch niet goed gepland, maar ik dacht: ja, what are the odds? Volgens mij staan de statistieken wel aan mijn zijde dus het komt wel goed. En toen kwam het niet goed.” ~ Vrouw met abortuservaring

Participanten hadden soms, een gevoel dat een onbedoelde zwangerschap hen niet zou overkomen. In het boven- en onderstaande voorbeeld ook weer versterkt door het uitblijven van een zwangerschap na eerdere onbeschermd seks.

“Ja, nou, ik had bijvoorbeeld met mijn ex, zorgde ik er wel voor dat het niet gebeurde. Ik bedoel, ja, hoe veiliger je bent, des te minder kans je natuurlijk hebt. Maar ja, met [nieuwe partner] voelde dat gewoon heel anders en hebben we dat ook iets meer losgelaten. En ja, omdat het dan een aantal maandenlang eigenlijk altijd gewoon prima gaat, dan denk je op een gegeven moment ook van, weet je wel, dat alsof het een beetje ver van je bed show is of zo. [...] Ja, ergens denk je toch van, dat overkomt mij toch niet of zo.” ~ Vrouw met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

Er waren ook participanten die zich ervan bewust waren, ook door eerdere onbedoelde zwangerschappen, dat ze zwanger konden worden of iemand zwanger konden maken. Toch had dit niet altijd geleid tot een keuze voor andere (effectievere) anticonceptie. Het risico werd laag ingeschat en de kans dat het nog een keer zou gebeuren nog lager.

“Hè, je weet prima hoe het werkt en zeker als je al een kind door de pil heen hebt gekregen en dat je daar voorzichtiger mee moet zijn. Maar goed, hoe groot is die kans?” ~ Vrouw met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

Er zijn dus meerdere processen die maken dat mensen het risico op zwangerschap bij gebruik van anticonceptie laag inschatten. Dit lijkt grotendeels onbewust te gaan. Toch zijn er ook mensen die benoemen dat ze zich wel bewust waren van het risico dat zij namen.

“Ja, [een condoom] hebben we wel gebruikt, maar was niet altijd een succes, natuurlijk. Omdat je zo gewend bent dat niet te doen [pauze in pilgebruik]. Ja, denk dat het ook wel dan net een moment was zonder, dus ja. Wat eigenlijk dus een heel bewust risico is. [...] Ja zoals ik al zeg, nu zou ik dat risico echt niet meer nemen.” ~ Man met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

“Hoe zal ik het zeggen, we wisten dat we een risico namen...” ~ Man met abortuservaring

Vertrouwen in de partner

Participanten hadden vertrouwen in hoe hun partner anticonceptie toepast. Vooral mannen gingen ervan uit dat hun partner de anticonceptie goed geregeld had. Zij baseerden dit o.a. op de aanname dat hun partner een nauwkeurig persoon was in het algemeen. In enkele gevallen was dit andersom, dan werd van de man verwacht dat hij verantwoordelijkheid zou nemen voor bijvoorbeeld het controleren van een condoom op lekken na het hebben van seks. We zagen hier een combinatie van veel vertrouwen met weinig communicatie.

“Ik achtte het risico niet heel groot dat ja, dat mijn vrouw een misrekening zou maken, want ja, dat hield ze heel nauwkeurig hield ze dat bij.” ~ Man met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

“Nee, ik check [een condoom] eigenlijk nooit. Ja m’n man neem ik aan, als die dat allemaal weghaalt en zo natuurlijk.” ~ Vrouw met abortuservaring

Vertrouwen in het tellen van vruchtbare dagen

Participanten die varianten gebruikten van vruchtbare dagen methoden, spraken vaak over de methode met vertrouwen. Toch is bekend dat er grote verschillen zijn in de betrouwbaarheid van deze methoden. Het kennis- en vaardigheidsniveau dat vereist is om de methoden toe te passen wisselt daarmee ook tussen methodes.



Vruchtbare dagen methoden: effectiviteit en gebruikersverschillen

Vruchtbare dagen methoden variëren in toepassing en effectiviteit voor zwangerschapspreventie (Peragallo Urrutia et al., 2018). We maken onderscheid tussen de methoden, omdat ze in onze studie verschillende gebruikers lijken aan te spreken met uiteenlopende voorkennis en vaardigheidsniveau's.

1. Standaarddagen methoden: Hierbij wordt op basis van de cyclusduur en het verwachte moment van ovulatie een 'fertile window' bepaald, vaak via apps zoals FLO™ of Clue™. Deze methoden, ook wel de kalendermethode genoemd, zijn relatief onbetrouwbaar en kunnen makkelijk gebruikt worden door mensen met weinig voorkennis.
 2. Algoritme-gebaseerde methoden met app of device: Hierbij wordt de basale lichaamstemperatuur dagelijks gemeten. Voorbeelden zijn LadyComp®, Daysy® en Natural Cycles®. Hoewel deze methoden veiliger zijn dan de standaarddagen methoden, is er nog steeds een aanzienlijke kans op een verkeerde voorspelling. Dit komt mede doordat het algoritme gebaseerd is op voorgaande cycli, terwijl nieuwe cycli verstoord kunnen worden door factoren zoals ziekte, leefstijlinvloeden, hormonale schommelingen, borstvoeding of perimenopauze.
 3. Sympto-thermale methoden: Dit zijn de meest uitgebreide methoden, waarbij vruchtbaarheidssignalen zoals cervixslijm en lichaamstemperatuur worden gemeten. Omdat deze signalen prospectief worden bijgehouden (en niet leunen op voorgaande cycli) en meerdere signalen tegelijkertijd worden geanalyseerd, kunnen sympto-thermale methoden een zeer hoge effectiviteit bereiken, vergelijkbaar met de pil. Dit geldt vooral wanneer gebruikers goed zijn opgeleid, zoals bij de methode Sensiplan®. In de praktijk zijn mensen dit niet altijd.
- Hoewel niet van iedereen bekend was welke methode ze precies gebruikten, wijzen de interviews erop dat de participanten in onze studie waarschijnlijk niet deze uitgebreide sympto-thermale methoden zoals Sensiplan® gebruikten.

Participanten gaven aan vertrouwen te hebben in bepaalde vruchtbare dagen methoden. Dit gold vooral voor de methoden waarbij een app of device (gebaseerd op een algoritme) wordt gebruikt en waarvoor ook veel wordt geadverteerd. Uit recent onderzoek blijkt dat er twijfels bestaan over de kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs waarop deze effectiviteitsclaims worden gedaan en de transparantie waarmee gebruikers hierover worden geïnformeerd (Punzi & Thuis, 2025).

“Toen we hoorden van Natural Cycles [app] was daar eigenlijk inderdaad wel de belofte van, als je je goed aan de voorspellingen houdt en daar gedisciplineerd op bent, dan moet je in principe best veilig zitten. Want ja, als je rond je ovulatie geen seks hebt, dan is de kans op zwangerschap in principe best laag.” ~ Man met abortuservaring

Bij kalendermethoden zagen we dat het vertrouwen in de effectiviteit vooral gebaseerd was op succesvol eerder gebruik ('het ging heel lang goed', of 'het klopte altijd'). Participanten die algoritme-gebaseerde methoden gebruikten hadden vaak (te) hoge verwachtingen van de effectiviteit, grenzend aan die van de sympto-thermale methoden. Participanten leken daarbij geen onderscheid lijken te maken tussen de 'methode-effectiviteit' bij optimaal gebruik en de 'werkelijke effectiviteit' in het dagelijks leven. Regelmatig werd de methode verdedigd. Participanten wijten het falen dan niet aan de valkuilen van de methode, maar aan henzelf. Vrouwen gaven vaak aan dat ze zich door zorgverleners niet serieus genomen voelden wanneer ze wilden kiezen of hebben gekozen om deze methoden te gebruiken. Het verschaffen van correcte informatie door zorgprofessionals is belangrijk, maar grijpt mogelijk niet aan op de behoefte van sommige mensen met oprechte zorgen over hormoongebruik en moeite om andere, passende anticonceptie te vinden.

4.6.5 Communicatie tussen partners

De communicatie tussen partners kon een rol spelen bij het niet of inconsistent gebruiken van anticonceptie. Wanneer partners hun kinderwens en hun overwegingen bij het gebruik van anticonceptie niet bespraken, dan werden er soms onterechte aannames gedaan. Hierbij werd vaak vervallen in genderrolpatronen, waarbij mannen in de regel het gebruik van anticonceptie overlieten aan hun vrouw. Een gebrek aan open communicatie maakte dat er zaken impliciet bleven op het gebied van vruchtbaarheidsperceptie, voorkeuren en nadelen van anticonceptie en het hebben van een (ambigue) kinderwens. Daarom heeft dit thema in het figuur raakvlakken met de andere thema's (zie figuur 4.2).

Communicatie en anticonceptie

Uit de interviews kwam naar voren dat mannen over het algemeen weinig betrokken waren bij de gebruikte anticonceptiemethode. Zij waren niet bezig met de anticonceptiemethode omdat zij ervan uitgingen dat hun partner (vrouw) dat zou regelen.

“Maar goed, ja, ik ben een man, hè, dus ik hou me er niet mee bezig, niet zoveel. Laat ik dat zeggen, ja goed, en de vrouw is altijd wel wat meer bepalender erin.” ~ Man met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

Mannen gingen ervan uit dat hun partner wist wanneer ze vruchtbaar was en wanneer er bescherming nodig zou zijn. Vrouwen gaven zelf aan dat ze hun cyclus goed kenden en hielden vaak geen rekening met mogelijke verstoringen (zoals ziekte en reizen) die we eerder bespraken bij de ‘nadelen van anticonceptie’. Beiden houden zo dit onuitgesproken patroon in stand waarbij vertrouwen niet altijd bewust of expliciet gegeven wordt aan de vrouw.

“... vaak weten vrouwen wel wanneer ze vruchtbare dagen hebben. Nou, blijkbaar is dat ..., het is een schatting, hè.” ~ Man met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

Er waren ook een aantal geïnterviewde mannen actief betrokken bij anticonceptie.

“Uiteindelijk is dat [type anticonceptie] haar keuze dus. Die heb ik ook bij haar gelaten. Nou, uiteindelijk is ze toch naar haar huisarts gegaan. Informatie opgehaald, blijkt er tegenwoordig een spiraal te zijn met één hormoon in plaats van twee hormonen. Ik ben er ook volledig bij geweest bij alle informatie, ook zelfs met plaatsen van het spiraaltje, want dat vond ze prettig.” ~ Man met abortuservaring

Achteraf gaven sommige mannen aan dat ze meer betrokken hadden willen zijn, al werd er weinig gesproken over ‘wij’ of ‘samen’. Het ondersteunen van de partner bij het maken van een keuze en het ontvangen van eventuele zorg voor anticonceptie (zoals hierboven in het citaat) stond minder vaak centraal. Ze leken met ‘betrokken zijn’ vooral te bedoelen dat ze zelf verantwoordelijkheid hadden moeten dragen of dat ze meer inzicht en controle hadden willen hebben.

“[...] uiteindelijk word je slordig. Het was gewoon puur ... Ja, ik vond het dus wel echt stom, want ik had moeten weten ... Ik wist dat ze gestopt was met de pil. Ik wist dat ik er niet op kon rekenen, dus ik had dat anders moeten doen.” ~ Man met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

Communicatie en kinderwens

We zagen in de kwantitatieve data dat inconsistent anticonceptiegebruik samenhang met het hebben van een latente of ambigue kinderwens. Het is in de literatuur een bekend fenomeen, dat een ambivalente kinderwens geassocieerd is met niet of niet consistent gebruiken van anticonceptie (LaCross et al., 2019). We zagen dit in de interviews ook terugkomen. Participanten met een latente of ambigue kinderwens kozen vaker voor een minder betrouwbare methode. Zij leken zich dan minder zorgen te maken over de kans op zwangerschap.

“Ik gebruikte het condoom wel, maar niet consequent. Dat was ook net als het op dat moment ook voorhanden lag, om maar even zo te zeggen. Op het moment dat we bijvoorbeeld wisten dat ze in zo'n periode zat dat die kleur niet groen was maar oranje of rood, was er wel altijd die extra voorzorgsmaatregel. Dus ja, als we het echt niet hadden gewild en we hadden koste wat kost dit willen voorkomen hadden we waarschijnlijk ook wel iets consequenter anticonceptie gevolgd.” ~ Man met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

Wat de interviews aan de kwantitatieve data toevoegen, is dat vooral de mate waarin de kinderwens expliciet besproken was een rol speelde bij anticonceptiegebruik. Sommige participanten gaven aan dat ze helemaal niet bezig

waren met hun kinderwens. Daaruit voortvloeiend, was het voorkómen van het krijgen van een kind dan ook niet iets waar ze erg mee bezig waren. Anticonceptie werd vervolgens ook niet besproken. In het voorbeeld hieronder zien we dat de ene partner dan aannames doet voor de ander.

“Wij waren [met anticonceptie] eigenlijk helemaal niet mee bezig want ik had toch wel een hele sterke idee dat ik ook niet ... dat ik ook geen kinderen wilde. Ik had niet een hele stevige ambitie om moeder te worden. En ik denk dat mijn man daar ook wel ... ja, op dat moment ook wel hetzelfde instond.” ~ Vrouw met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

4.8.5 Onderliggende patronen

Schaamte: Dom of stom geweest

Het was opmerkelijk hoe in de interviews een sfeer hing van ‘een fout opbiechten’ wanneer er iets misging met anticonceptie. Zowel mannen als vrouwen vertelden met enige schaamte dat ze zich dom of stom voelden of lieten dit in hun woordkeuze blijken. Dit was ook zo wanneer anticonceptie vanuit de beleving van de participant, (correct) was gebruikt.

“Ja, het was gewoon heel gek want ik kwam [na een abortus, bij de huisarts], volgens mij voor mijn anticonceptiepill, en dan voel je je toch wel een beetje zo van, ja, je hebt het niet goed gedaan ofzo. Van, ja, je had het beter moeten regelen.” ~ Vrouw met abortuservaring

Dit wijst op een impliciete norm: als je niet zwanger wil worden dan moet je anticonceptie gebruiken; en dus ben je ‘dom’ of ‘onwetend’ wanneer je dat niet doet. We zien hierin mogelijk de invloed van een maatschappelijk discours terug, waarbij we verschoven zijn van het idee dat anticonceptie een optie is en mogelijkheden biedt, naar dat we van die mogelijkheden gebruik *moeten* maken wanneer er geen bewuste kinderwens is (Macleod, 2016). Daarnaast heerst er een idee dat alle onbedoelde zwangerschappen te voorkomen zijn, terwijl de praktijk uitwijst dat dit niet het geval is. Het benoemen van het eigen gedrag als stom of dom, kan een manier zijn om veroordeling door de gesprekspartner voor te zijn, en de impliciete norm te bevestigen: ‘ik weet heus wel dat het dom was, dus dat hoeft je mij niet meer te vertellen’.

Deze (impliciete) maatschappelijke norm kan het ook moeilijker maken om over zulk ‘falen’ te praten. Dit werd bevestigd wanneer we vroegen of participanten hun ervaring hadden gedeeld met derden. Participanten gaven aan dat ze het niet graag deelden vanuit een bepaalde schaamte. Het onderstaande citaat geeft hiervan een goede reflectie.

“I: Waren er nog anderen met wie je hierover hebt gesproken?

R: Nee, eigenlijk niet. Ook niet met vrienden. Ondanks dat ik heel goed met ze ben vond ik dit net iets te privé. Ik heb niet de behoefte gehad om dat verder te bespreken dan met mijn partner.

I: Kan je iets meer zeggen over waarom je daar niet de behoefte voor had?

R: Uhm.. Ja, durf ik niet zo uit te leggen. Want ik bespreek best wel veel, inderdaad privé dingen, met mijn vriendinnen. Met dit had ik zoiets van: nee, dit [niet]. Misschien ook wel een soort schaamte. Je hebt altijd wel vriendinnen om je heen die dan zwanger willen worden of dat het dan niet lukt of die heel moeilijk zwanger werden, dat het uiteindelijk wel gelukt was maar dat het heel moeilijk werd. Ook wel misschien een soort schaamte dat ik toch niet zorgvuldig genoeg ben geweest, dat het misschien gebeurd is. Dat kan hoor. Ik durf het niet zo echt te zeggen. Het was in ieder geval geen behoefte, maar ik denk dat dat wel de achterliggende reden kan zijn geweest. Dat ik zoiets had, op dat moment van: nah, dit voelt niet uh..., dit is meer iets om voor mezelf te houden. Ik weet dat ze eigenlijk helemaal niet zouden oordelen en het alleen maar vervelend zouden vinden. Uiteindelijk kan het iedereen natuurlijk gebeuren. Zo nuchter ben ik ook wel. [...] En ik was ook best wel precies daarin [anticonceptie gebruik], maar het kan best zijn dat dat een soort schaamte toch was.” ~ Vrouw met abortuservaring

We merkten in de interviews dat sommige mensen niet direct open waren over het niet gebruiken van anticonceptie, waardoor dit soms pas later bij doorvragen duidelijk werd. Deze schaamte kan zich dus ook ten aanzien van de interviewers hebben gemanifesteerd. Sommige participanten die eerst aangaven wel anticonceptie te gebruiken, vertelden later in het interview dat ze niet consistent waren geweest, die ene keer niets gebruikten, of dat er iets mis was gegaan. Vooral bij condooms was dit het geval. We zagen vaker dat er incongruentie was tussen het ‘in principe’-anticonceptiegebruik en het daadwerkelijke anticonceptiegedrag op dat ‘ene’ moment, maar tussen de regels werd ook schaamte voelbaar.

I: Wat voor maatregelen gebruikten jullie om er, om te voorkomen dat er nog een derde zou komen? Nog een derde zwangerschap?

R: Condooms.

I: Condooms.

R : Ja.

I: Ja oké helder en waren jullie daarin heel consequent? Bijvoorbeeld dat je die altijd gebruikte of altijd checkte, of was het af en toe wel af en toe niet, of gebruikte jullie daarnaast nog een app?

R: Uh nee, die gebruikten we altijd.

I: Ja, dus je gebruikt gewoon heel consequent een condoom altijd.

R: Ja.

I: En die is dus op een gegeven moment.... nou ja, heeft ie niet helemaal zijn werk gedaan....?

R : Nou uh, uh die was niet in het spel meegenomen.

I: Ah oké, dus die is een keer toen niet in het spel meegenomen.” ~ Man met abortuservaring

Onze indruk is dat participanten het in eerste instantie vooral hadden over wat ze structureel gebruikten of bedoelden te gebruiken, en minder over wat er precies die ene keer was gebeurd. Wat mee kan spelen is dat men het lastig vond om hierover open te zijn, en bijvoorbeeld wel vaker dan die ene keer géén condoom gebruikte. Het viel op dat mensen hier wat weifelend over praatten, en dat er pas na doorvragen naar voren kwam dat er die keer toch geen anticonceptie werd gebruikt. In het bovenstaande citaat was dit ook het geval.

Gevoelens van schaamte konden worden versterkt door de benadering van de zorgverleners, wanneer zij een gebrek aan kennis of een bepaalde onwetendheid veronderstelden. Participanten die dit soort situaties met zorgverleners meemaakten vertelden hierover met verontwaardiging. Ze lijken hiermee ook te stellen dat een gebrek aan kennis niet het probleem is, en vatten extra uitleg over verwekking en anticonceptie op als een belediging.

“We zijn niet achterlijk. Wat ga je [als verloskundige] hier nog mee bereiken zeg maar? [...] Misschien inderdaad dat iemand echt niet begrijpt hoe het werkt, maar de manier hoe het gebracht wordt, dan denk ik van ja, zo gaat het [niet] werken, niet op deze manier. [...] Dat je bij wijze van spreken, dat je nog een flyer in je hand krijgt van hoe het werkt en nog een klein biologielesje, zeg maar. Dat je op die manier behandeld wordt.” ~ Man met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

Verantwoordelijkheid bij de vrouw

Zoals we al eerder terug zagen komen, werd de verantwoordelijkheid voor anticonceptie overwegend gezien als een taak van de vrouw in plaats van een gedeelde verantwoordelijkheid. Weinig mannen spraken bijvoorbeeld over anticonceptie als iets dat ‘wij hebben gekozen’; meestal was ‘zij’ het die dat deed. Soms ook met gebaren erbij alsof ze hun handen ergens vanaf trokken of met een hoofdknik naar een punt in de verte. Hieronder een citaat waarin de nadruk duidelijk ligt op ‘zij’.

“Ja en zij heeft het heel, heel braaf, altijd ingevuld. Dat doet ze volgens mij nog steeds dus. Weet ik veel? Je kunt dan alles bijhouden met je menstruatiecyclus. Nou, je kent het. Maar we hebben toen onveilige seks gehad met dien verstande dat zij op dat moment volgens de app nog op geen enkele manier vruchtbaar zou moeten zijn. Dat was op dat moment de anticonceptie [...] zij kan niet goed tegen anticonceptie pillen vanwege de hormonen.” ~ Man met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

We zien hierin terug hoe vanzelfsprekend er over het algemeen wordt aangenomen dat vrouwen de verantwoordelijkheid van anticonceptie op zich nemen in heteroseksuele relaties en hoe de fysieke, emotionele en uiteindelijk vaak ook ‘schuld’ belasting van anticonceptie bij de vrouw wordt gelegd (Bessett, 2022; Kimport, 2018). Vrouwen waren zich hier ook van bewust.

“Ik vind het alsnog soms oneerlijk dat het gewoon zo werkt dat het altijd bij de vrouw ligt.” ~ Vrouw met abortuservaring

De mannen in onze interviews onderschreven overwegend en expliciet het recht van vrouwen om over hun eigen lichaam te beslissen (al waren er uitzonderingen op deze regel). Voor mannen kon de onbedoelde zwangerschap een eerste confrontatie zijn met de (beperkte) invloed die zij hebben wanneer die zwangerschap er eenmaal is. Dat zij wel a priori de zwangerschap hadden kunnen helpen voorkomen, was een denkslag die lang niet altijd werd gemaakt. Wanneer het ging om condoomgebruik zagen we dat wanneer mannen dit niet prettig vonden er toch vaker inconsistent

gebruik was. Ook was er weerstand onder mannen tegen mannelijke sterilisatie. Het feit dat de verdere keuzeopties voor mannen beperkt zijn, hoeft niet te betekenen dat zij geen rol meer kunnen spelen in gebruik en besluitvorming.

Er waren mannen die aangaven dat zij de verantwoordelijkheid voor anticonceptie wilden delen. Voor deze mannen zijn er conflicterende normen wat betreft anticonceptie: aan de ene kant moeten/ willen ze de last van anticonceptie delen en aan de andere kant beslist de vrouw over haar eigen lichaam (Dalessandro et al., 2019). We zagen dan ook incongruentie ontstaan tussen wat mannen zeiden over hun betrokkenheid en hoe de 'lusten en lasten' uiteindelijk werden verdeeld.

Seksueel plezier

Wanneer participanten geen condooms hadden gebruikt, op een 'rode dag' seks hadden gehad of een bewust risico hadden genomen dan gebruikten ze vaak woorden als: 'vergeten' of 'toch even zonder' en *in the heat of the moment*. Het prioriteren van seksueel plezier wordt vrijwel in geen enkel interview direct benoemd. Door onbeschermd seksueel contact als een vergissing te beschrijven, vermijden mensen mogelijk een negatieve sociale beoordeling of kan het een manier zijn om het zelfbeeld te beschermen. Zo heeft onderzoek laten zien dat het voor vrouwen sociaal acceptabeler is om 'onoplettend' of 'dom' te zijn dan om bewust risicovol (seksueel) gedrag te vertonen (James-Hawkins & Jozkowski, 2024). Op deze manier wordt mogelijk het eigen handelen op één lijn gebracht met bredere sociale normen rondom seksualiteit en verantwoordelijkheid. Omdat dit zo indirect gebeurde in de interviews, was het moeilijk om dit patroon in een citaat te vangen, al werd er een enkele keer wel rechtstreeks over de beleefde vooroordelen gesproken die, in dit geval een vrouw, als erg onprettig had ervaren.

"[...] ik heb de reactie juist gehad van 'zo, nou jullie lusten er wel pap van' van of 'heeft er nooit iemand tegen jou verteld hoe dat er kinderen gemaakt worden' of 'vind je het niet een beetje snel, zo kort op elkaar'. Dat ik dan dacht, joh, tuurlijk vind ik dat snel [...] 'weet je wel hoe, heb je wel biologieles gehad' dat soort opmerkingen." ~ Vrouw met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

Ondanks dat seksueel plezier en genot niet direct worden benoemd kan het toch een rol kan hebben gespeeld bij het niet-gebruiken van anticonceptie, met name bij condooms. Onderzoek laat zien dat de bereidheid om een condoom te gebruiken afneemt wanneer dit leidt tot vertraagde of verminderde opwindning bij de man, ook wanneer er risico's mee gepaard gaan zoals SOA's of onbedoelde zwangerschap (Gebru & Wongsomboon, 2024). In onze studie zagen we dat wanneer mannen condooms als onprettig ervoeren, het gebruik minder consistent werd en condooms vaker 'vergeten' werden. Hier werd zelden een gesprek over aangegaan en er werd niet overgestapt op andere anticonceptiemethoden. Hoewel veel vormen van anticonceptie niet op het moment zelf gekozen kunnen worden, zagen we dit patroon ook in langdurige relaties waarin wél structurele afspraken gemaakt hadden kunnen worden. Het is bekend dat wanneer het balanceren van genot en anticonceptie een gevoelig onderwerp is binnen een relatie, een vrouw ervoor kan kiezen dit niet ter sprake te brengen om de verbinding niet op het spel te zetten. Eerder onderzoek laat zien dat vrouwen zich bewust zijn van het risico op zwangerschap, maar in het moment niet aandringen op condoomgebruik om de sociale relatie te behouden en conflict te vermijden (James-Hawkins & Jozkowski, 2024). Mogelijk heeft dat hier ook gespeeld. Een andere mogelijke verklaring is dat er geen geschikte andere opties voor anticonceptie waren gevonden, iets wat we op meerdere manieren terug zien komen in onze data (zie thema 'negatieve ervaringen met anticonceptie'). Voor mannen zijn de opties voor anticonceptie op dit moment beperkt tot condooms (die onprettig kunnen zijn) en vasectomie (waar niet iedereen aan toe is). Wanneer de vrouw ook negatieve ervaringen heeft met anticonceptiemethoden blijft er weinig over en kan er mogelijk een patstelling ontstaan.

Twijfelperiodes: pauzes in anticonceptiegebruik

Participanten vertelden dat zij eerder stopten met een anticonceptiemethode die nadelen voor ze had. Daarna stelden ze de besluitvorming over anticonceptie uit. Er werd dan (tijdelijk) geen anticonceptie gebruikt, of mensen vielen terug op gebruik van condooms, vruchtbare dagen tellen en/of terugtrekken. Er leek sprake van een vacuüm waarin geen duidelijke keuze over anticonceptie werd gemaakt, er weinig over werd gesproken en er ook geen afspraak met een arts werd gemaakt om de opties door te nemen. Er leek sprake van uitstelgedrag en vermindering, vergelijkbaar met andere vormen van gezondheidsgedrag: denk aan stoppen met de sportschool terwijl er nog geen nieuwe sport is opgestart - voor je het weet is er al een half jaar niet gesport. Dit is een normaal menselijk verschijnsel, en wordt op verschillende manieren verklaard voor allerlei vormen van bekend gezondheidsgedrag. Wanneer er bijvoorbeeld spanning ontstaat tussen twee tegenstrijdige gedachten, kan dat leiden tot uitstelgedrag, omdat men liever een taak (ik moet anticonceptie regelen) uit de weg gaat dan de spanning te ervaren die hiermee gepaard gaat (Elliot & Devine, 1994). Ook volgen mensen vaak hun intenties niet op vanwege ervaren of geanticipeerde obstakels (de Vries, Dijkstra, & Kuhlman, 1988). Wanneer het maken van een afspraak moeite kost, er kosten worden verwacht, of het idee heerst dat de keuze niet ondersteund wordt door de zorgverlener, kan dit het gevoel van eigen-effectiviteit in de weg staan en

volgens deze bestaande modellen lijden tot uitstel. Als het gaat om anticonceptiegedrag, vergroot dit uitstellen de kans op zwanger worden in de periode *in-between-methods*.

Soortgelijke patronen zagen we ook wanneer participanten vertelden ook dat ze ‘normaal gesproken’ anticonceptie gebruikten, maar dat de normale gang van zaken voor een periode was onderbroken. Bijvoorbeeld door veranderingen in relatiestatus, een zwangerschap of het willen wisselen van de verantwoordelijkheid voor anticonceptie (niet meer alleen bij de vrouw, bijvoorbeeld in de aanloop naar een vasectomie). In het voorbeeld hieronder leidde het wisselen van de verantwoordelijkheid tot een pauze en het uitstellen van afspraken om anticonceptie te regelen.

“En toen heb ik ook gezegd, ik heb jarenlang spiraaltjes geplaatst [gehad], het is nu jouw beurt [van de partner], laat jij je maar helpen. [...] Want ik heb na dus mijn tweede zwangerschap niet meer een spiraaltje laten plaatsen of anticonceptiepil of iets gebruikt. Dus we gebruikten condooms, dus het was aan hem om dat te regelen. Nou dat regelen dat duurde uiteraard even, ik snap ook wel waarom, maar dat gebeurde niet. Nou dus toen hadden we, bij het vrijen gebruikten we condooms en ja, dat was eigenlijk onze anticonceptie. En nou ja, zo stonden we er een beetje in totdat nou ja, toen mijn man zich zou laten helpen in het ziekenhuis was dat een beetje the way to go en zo ging dat. En dat ging niet helemaal goed uiteindelijk, eigen schuld hoor.” ~ Vrouw met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

Ook hier zien we wederom de invloed van normen op hoe er gesproken wordt over het omgaan met condooms. Een heel ander voorbeeld beschrijft hoe een zwangerschap ontstaan in een hectische periode van recent moederschap en het geven van borstvoeding.

“Zij slikt wel anticonceptie alleen ze had toen natuurlijk [...] een ander soort pil die je net na de zwangerschap ook slikt, als je borstvoeding geeft. Die borstvoedingspil. [...] dus ze had zich voorgenomen om over te gaan op die andere pil en dan eerst twee maanden te ontfemen van die eerste pil. Ja goed, je voelt hem eigenlijk al aankomen...misschien niet helemaal voorzichtig genoeg geweest in die periode.” ~ Man met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

In beide voorbeelden valt het op dat mensen het nodig vinden om een verontschuldiging toe te voegen aan het narratief. Participanten noemen het vaak dom of stom dat ze niet op tijd zijn begonnen met anticonceptie of iets te veel risico's hebben genomen. Hiermee leken ze te willen verklaren waarom ze ‘in de fout’ zijn gegaan. Dat er eerst al een opeenstapeling van barrières in de aanloop plaatsvond, lijken participanten te vergeten. Onderbrekingen in anticonceptiegebruik waren zowel een barrière op zich, maar konden ook het gevolg van andere barrières zijn (bijwerkingen hebben ervaren, weinig passende keuzes, afspraak niet hebben gemaakt) zoals ook benoemd werd in bovenstaande citaten.

4.9 Resultaten: Perspectieven op onbedoeldheid

Huidige onderzoeksvraag

Het eerste deelrapport ([Dit is mijn verhaal](#)) richtte zich op de motivatie om een onbedoelde zwangerschap af te breken dan wel uit te dragen. In het huidige onderzoek kijken we echter nog een fase eerder in het proces: welke factoren zorgen ervoor dat een zwangerschap als meer of minder bedoeld wordt ervaren? Hiermee willen we de achterliggende context en bredere omstandigheden van onbedoelde zwangerschappen beter begrijpen.

Narratieve aanpak

We hebben in deze interviews bewust gekozen voor een narratieve aanpak om recht te doen aan de complexiteit van de geleefde ervaringen van participanten. Door participanten hun eigen verhaal te laten vertellen en in te gaan op hun ervaringen kregen we genuanceerde inzichten over de bredere context waarin onbedoelde zwangerschappen kunnen ontstaan.

Overlap bevindingen uit [Dit is mijn verhaal](#)

We zien in de kwalitatieve bevindingen overlap met de gevonden motivaties voor de beslissing om een zwangerschap uit te dragen of af te breken, zoals besproken in het eerste deelrapport: [Dit is mijn verhaal](#). Daar waren de hoofdthema's waar de meeste motivaties onder werden gecategoriseerd: timing, gezinsplanning/kinderwens en de partnerrelatie. Materiële motivaties zoals wonen en financiën werden ook vaak genoemd, maar altijd in combinatie met andere thema's. We zien dat deze hoofdthema's voor een groot gedeelte ook de hoofdthema's zijn die de factoren

4.9.1 Een samenspel van factoren

Uit de interviews kwamen factoren naar voren die we grofweg konden onderverdelen in drie categorieën: persoonlijke omstandigheden, praktische overwegingen en relationele factoren. In figuur 4.3 zijn deze in een wordcloud weergegeven.

Figuur 4.3 Genoemde factoren die de onbedoeldheid vormgeven



I: [...] Hoe lang waren jullie al bij elkaar?

R: Toen ik erachter kwam, ik denk, nog geen half jaar.

I: Woon jij op jezelf of bij je ouders, bij je vriend, met je vriend?

R: Ik woon gewoon nog thuis met mijn [gezin van herkomst].” ~ Vrouw met abortuservaring

Vaak werden de factoren benoemd in de loop van het interview en ontstond er een steeds meer gelaagd beeld. Zoals in het volgende voorbeeld van een situatie in de uitdraaggroep waarin iemand net getrouwd is, een nieuwe baan heeft, en een bepaalde levensstijl heeft waardoor kinderen nog niet aan de orde zijn. Later blijkt dat er ook nog doorslaggevende medische factoren speelden:

“Ja, Ik was net getrouwd. We hadden een huis gekocht wat nog gebouwd ging worden. Ik had net een nieuwe baan, ik werkte daar denk ik een maand tot ik erachter kwam dat ik zwanger was. Ik werkte bijna fulltime en mijn man ook. Lekker veel leuke dingen doen met vriendinnen enzo. Het was een beetje einde corona, net niet helemaal dus ja, deels konden we weer wat. Dat was een beetje mijn leven, ja.

[...]

Nou, we wisten wel dat we kinderen wilden, maar liever als bijvoorbeeld ons huis af was, dan na twee jaar of zo.

[...]

Ja, ja, we hadden toen nog een [andere woning], dat was nog van mijn man, dus dat was niet heel groot. En, we hadden een groot huis gekocht, dus toen dachten we, ja, dan hebben we dan [wanneer er kinderen komen] de tijd en de ruimte en dan waren we ook iets verder in onze carrière. En ja, een beetje zo. Wat rustiger vaarwater.

[...]

En Ik had net een nieuwe baan, dus ik wilde ook helemaal geen kind nog. En daarnaast dacht ik altijd dat ik niet zomaar zwanger kon worden, dus ja, dat alles bij elkaar was het een... heel onverwachts.

[...]

Nou [het was onbedoeld] ook omdat ik wel medicatie en zo gebruikte, of... Nou, niet dat ik moeilijk zwanger zou worden. Maar ik moest, ze hadden gezegd, want ik gebruik wel [type medicatie], dat ik begeleid zwanger moest worden, dat ik niet zomaar zwanger mocht worden.” ~ Vrouw met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

Dit ‘stapelen’ van factoren, waarbij de hiërarchie wisselde, zagen we in vrijwel alle interviews terug. Uit de interviews bleek dat thema’s zoals werk, inkomen, wonen en gezinsplanning vaak onlosmakelijk met elkaar verbonden waren. Zo kon krap wonen niet alleen verwijzen naar fysieke ruimte, gebrek aan financiële middelen of woonruimte om naar te kunnen verhuizen, maar ook naar de drukte in een huishouden. Een focus op carrière kon gepaard gaan met onzekerheid over werk en inkomen, maar ook met vooronderstelde moeite van het combineren van een veeleisende baan met de opvoeding van kinderen, of met herstel van langdurige ziekte zoals burn-out. Deze verwevenheid laat zien dat de contextuele complexiteit verder gaat dan losse factoren.

4.9.2 Drie onderliggende thema’s

Op basis van de narratieven over de factoren en context van de onbedoeldheid, hebben we drie onderliggende belangrijke thema’s onderscheiden die de onbedoeldheid leken te bepalen: de ervaren stabiliteit in het leven, de ervaren ruimte en aandacht, en de aanwezigheid van een (latente) kindervens.

Eerst een stabiele basis

Een centraal thema was het ontbreken van een stabiele basis. Zowel vrouwen als mannen gaven aan dat stabiliteit in wonen, werk en relaties een gewenste bedding is om een kind te krijgen. Gebrek aan stabiliteit werd vaak genoemd als reden waarom een zwangerschap onbedoeld was. Bijvoorbeeld door het missen van een vast inkomen, onzekerheid over de toekomst van een baan (ontslag, carrière maken, proeftijd), of onzekerheden over de relatie (te pril, niet de juiste partner voor kinderen, spanningen). Bij het praten over een stabiele basis wordt vaak ook gezegd dat je een kind wel iets te bieden moet hebben. Onderdeel daarvan is dat je eerst je zaken op orde hebt voordat er kinderen komen. In een enkel geval is dit ook een reden waarom er überhaupt geen kindervens is, als iemand zichzelf niet in staat ziet om die stabiele basis te bieden.

“Ja, ik denk dat ik op dat moment, misschien mijn eerste reactie was van, oh, ik denk niet dat ik een goede moeder zou kunnen zijn of zo. Omdat ik natuurlijk ook nog niet echt een vaste baan had. Ik woonde wel op mezelf, maar het was [bij] mijn ouders, dus het was ook niet zo dat ik echt een fatsoenlijke woning had voor

mezelf, want die woning was ook veel te klein voor een gezin of twee mensen. Dus toen had ik echt zoiets van, oh, maar hoe moet ik dat dan allemaal gaan doen? Het was meer ook het praktische gedeelte dat ik dacht van oh, maar dat lukt helemaal niet. Nou ja meer gewoon een stabiele basis. Want ja, ik had toen nog zoiets, ik probeerde wel bijvoorbeeld te sparen en zo, maar dat was er nog niet echt van gekomen, dus ik had het nog helemaal geen buffer of iets. Ik was toentertijd ook niet echt heel handig met mijn financiën, want ik had zoiets van. Ja, als ik het heb dan maak ik het ook op, dus ik had zoiets van... Ja, meestal denk ik, als je gepland aan kinderen begint, zorg je wel dat de basis al goed is. En bij mij ontbrak dat dan een beetje, dat ik denk van, oh ja, hoe ga ik dat dan doen?" ~ Vrouw met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

Ervaren ruimte en aandacht

Een tweede onderliggend thema is de ervaren ruimte in het leven. Wanneer mensen veel energie besteedden aan bijvoorbeeld een verbouwing, nieuwe baan, herstel van mentale of fysieke klachten, of het bestaande gezin, voelden zij minder ruimte voor de komst van een kind. Dit thema lijkt op 'Eerst een stabiele basis' maar is anders in de zin dat het eerste thema gaat over het voorbereiden van de bedding die een kind verdient, terwijl het hier meer gaat over het beheren van aandacht en energie vanuit het eigen perspectief.

"Nou ja, wat ik zei is dat ik zelf al best snel het gevoel had van oké, ik geloof eigenlijk niet dat ik dit wil. Allereerst omdat ik net aan die studie was begonnen en ik dacht van, oké, ik weet eigenlijk niet zo goed hoe de komende jaren eruit gaan zien en ik wil me eigenlijk daar wel een soort van... ja, beetje op richten of zo. Een soort van carrière daarin gaan maken of in ieder geval die studie afmaken en een soort nou ja, goed, een baan vinden en dan op dat vlak een soort van rust hebben voor ik dan weer over de volgende stappen kan nadenken, dus dat was de ene kant denk ik dat ik. Dat ik dat niet voor me zag met een kind erbij. Ten tweede ook wel, omdat ik verder ook best wel tevreden was met hoe het leven was op dat moment. En eigenlijk heel blij met hoe het nu gaat. Ik doe leuke dingen, ik heb er tijd voor. Ja, nou ja, voor mijn vriendin, voor mezelf, voor die studie, voor voetbal, voor vrienden, voor nou, ja, goed, weet je het leven hier in [stad], zoals ik dat graag wil, wil leven." ~ Man met abortuservaring

Door mannen werden vaker praktische omstandigheden benoemd waarbij werk en klussen (na verhuizing of grote verbouwing) een rol speelden. Vrouwen benadrukten vaker persoonlijke of relationele overwegingen. Zij gaven aan dat zij er zelf nog niet aan toe waren of dat de relatie nog te pril was.

Vaak realiseerden participanten zich dat het opvoeden van kinderen ruimte en energie vraagt. Voor participanten met kinderen is dit vaak een reden om niet nog een kind te willen. Participanten zonder kinderen wilden eerst andere doelen bereiken of ervaringen opdoen voor ze aan een levensfase met kinderen zouden beginnen.

"Maar uiteindelijk [waarom we] de keuze hebben gemaakt om voor een abortus te gaan is omdat we wel dachten van: we willen nog meer quality time eerst met zijn tweeën. Wij wilde juist nog echt zorgen dat we met zijn tweeën nog, we waren door covid en dergelijke, we waren samen echt bijna nog nooit uit eten geweest, zeg maar, dus het voelde alsof [we] gewoon heel lang voor ons gevoel bij elkaar waren en dat zat echt goed. Maar er was nog zoveel te ontdekken en te doen met zijn tweeën. En ja, daarom, en ook hebben we er voor gekozen om eerst voor ons, ja, voor een abortus te gaan. Niet omdat we niet een kindje zouden willen, maar omdat we dachten nu nog niet. En het is wel een hele sterke drijfveer daarna geweest voor ons beiden. Dat we ook daarna hebben gezorgd dat we die quality time met zijn tweeën hadden." ~ Vrouw met abortuservaring

Dit mechanisme legde ook bloot hoe ouderschap wordt gezien als een ingrijpende levensfase die bepaalde vrijheden beperkt. Er leek een impliciete opvatting te bestaan dat bepaalde ervaringen of levensfasen 'afgerond' moeten zijn voordat men kinderen krijgt, omdat met het ouderschap een periode start waarin andere prioriteiten de overhand nemen. Participanten gunden zichzelf ook de ruimte om eerst ervaringen op te doen die zij belangrijk vinden (reizen, carrièreontwikkeling of ongebonden leven) voor ze een fase zouden ingaan waarin deze vrijheden minder vanzelfsprekend zijn.

Deze manier van denken binnen onze samenleving laat zien dat ouderschap niet wordt gezien als iets wat je er 'gewoon bij doet', maar als een verantwoordelijke taak die een bepaalde mate van opoffering vraagt. Dit sluit aan bij het concept van 'intensive mothering', waarin ouderschap (vooral moederschap) gepaard gaat met volledige toewijding, emotionele investering en een focus op het welzijn van het kind (Friedman, 2016). Binnen dit denkkader wordt het krijgen van kinderen niet alleen gezien als een verrijking, maar ook als een ingrijpende fase die vraagt om een herverdeling van tijd, energie en persoonlijke ambities. Wanneer deze fase te vroeg komt is er ook een zeker verlies.

Participanten die kozen voor uitdragen ervaarden dit minder als een verlies of een probleem. Zij spraken over het krijgen van (nog) een kind als iets dat was in te passen in hun leven.

Kinderwens

Bij de mensen die er uiteindelijk voor kozen de zwangerschap uit te dragen, was de wens om ooit kinderen te krijgen vaak aanwezig. De timing en omstandigheden maakten de zwangerschap onbedoeld, maar de kinderwens bleef een toekomstig streven.

"We wilden het gewoon nog op dat moment niet. We waren actief bezig om te zorgen dat dat nog niet zo was zeg maar. En ik bedoel, we waren wel ... We wonen samen, we hebben allebei een baan en als we kinderen wilden dan zouden we dat met elkaar willen, maar dat had van ons best wel een jaartje later gemogen."
~ Vrouw met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

Bij de abortusgroep was er vaker in de eerste plaats sprake van een afgeronde of expliciet afwezige kinderwens, waarbij praktische overwegingen dit soms verder onderbouwden.

"Sowieso omdat ik geen kinderwens meer heb, ook in deze situatie [scheiding, al kinderen] weer ja, eigenlijk alles bij elkaar. Ik had er geen argumenten voor nodig eigenlijk, dat weet je gewoon." ~ Vrouw met abortuservaring

Samengestelde gezinnen vormden hier een aparte groep omdat er vaak sprake is van meerdere kinderen en stiefkinderen en geïnterviewde partners ook regelmatig niet samenwoonden. Hier speelden dan meteen de gezinsdynamiek, de aandacht en ruimte voor bestaande kinderen, de woonomstandigheden en de logistiek een rol:

"...ik heb een dochter van [leeftijd dochter] inmiddels [...] mijn partner die heeft ook twee dochters. Ik woon in [woonplaats] en zij woont in [woonplaats]. Dus dat is 120 km uit elkaar. Wij hebben een lat-relatie, ook vanwege de situatie met onze kinderen uit eerdere relaties. Ja, is dat zoals het nu is, zeg maar. En ja mede daardoor hebben we ook besloten dat een kind samen eigenlijk niet in ons leven past." ~ Man met abortuservaring

In beide groepen maakten fysieke of emotionele factoren dat de zwangerschap meer onbedoeld was, zoals negatieve ervaringen tijdens eerdere zwangerschappen met langdurige herstelperiodes of blijvende (bekken) klachten. Deze ervaringen konden leiden tot een afwezige of een verminderde kinderwens.

"Wat ik zei, ik vond het heel erg zwaar. [Mijn vrouw] had zowel bij ons eerste kind als ons tweede kind, ja dus de diagnose is niet gesteld, maar het lijkt heel erg op postnatale depressies. Ik vond het heel heftig om voor jonge kinderen te zorgen en tegelijkertijd een vriendin te hebben die niet lekker in d'r vel zit. Ik had gewoon heel erg zoiets van: ik kan het geen derde keer." ~ Man met abortuservaring

Daarnaast werd de relatie als een belangrijke factor genoemd, met een nadruk op een prille relatie of een relatie waarin men nog niet klaar was voor een gezamenlijke toekomst met kinderen. Het afgerond of (nu) afwezig zijn van een kinderwens hing daarmee vaak samen met relationele factoren.

"Ja op een gegeven moment wel, omdat ik dan. Ik heb toen ook zo een, zo'n echo gehad of ja zo om te kijken en dat vond ik best wel confronterend om dat te zien. En toen ging ik heel erg twijfelen, want eigenlijk vanaf het begin was het wel duidelijk voor mij van ik wil dit niet. Dat was ook meteen zo van, dit is niet het moment, dit is niet de juiste persoon." ~ Vrouw met abortuservaring

4.9.4 Reflectie op verantwoordingsneigingen

Regelmatig begonnen participanten het interview met een beschrijving van de ongunstige omstandigheden waarin zij zich bevonden ten tijde van de zwangerschap. Het narratief werd verteld met een nadruk op hoe druk het leven op dat moment was en welke omstandigheden de keuze bemoeilijkten—alsof het belangrijk is om te laten zien dat de zwangerschap niet zomaar onbedoeld was, maar binnen een context van veel stress, onzekerheid of andere uitdagingen ontstond. Verderop in het gesprek volgde dan iets wat mogelijk fundamenteeler is geweest in de besluitvorming, bijvoorbeeld een gevoel van weerzin of angst voor wat er zou gebeuren met de relatie of het leven als er (nog) een kind bij kwam. Deze narratieve opbouw kan onder een deel van de participanten een strategie zijn geweest om

weerstand te bieden tegen abortus stigma (Hoggart, 2017); het wekt de indruk dat men zich als eerste wil verantwoorden voor de keuze voor abortus, waarna de onderliggende motieven en emoties zich ontploegen in het gesprek. Echter, we zagen deze narratieve opbouw ook bij degenen die kozen voor uitdragen. Het kan zijn dat de neiging om te starten met het benoemen van omstandigheden een manier is om het hoofd te bieden aan stigma rondom onbedoelde zwangerschap in bredere zin. Tegelijk zagen we ook narratieven waaruit bleek dat de omstandigheden de onbedoeldheid vormgaven, zonder dat daar meer achter zat.

Bij degenen die kozen voor uitdragen, lijkt het narratief zich bij het terugkijken op de situatie te verschuiven. Het idee dat 'het zo moest zijn' wordt daarbij naar voren gebracht, wat mogelijk duidt op een (geslaagde) poging om de beslissing achteraf betekenis te geven en te accepteren. Een realiteit waar in eerste instantie niet voor gekozen was, wordt voorzien van een 'doel' en geïntegreerd in het persoonlijke, veranderende narratief over hoe het leven is gelopen (McAdams, 1998).

“Nee, er was niks van planning. En ook niet ongewenst, want in die zin was er wel een kinderwens, heel erg aanwezig. En ik heb ik ook nog wel eens de gedachte, soms nog steeds wel om ook een beetje de scherpe randjes er voor mezelf vanaf te halen: het moest zo zijn.” ~ Vrouw met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

Toch verdwijnen de ambivalente gevoelens en de rol van de oorspronkelijke omstandigheden niet altijd volledig. De uitdagingen die tijdens conceptie speelden, zoals financiële instabiliteit of relationele spanningen, blijven in sommige gevallen bestaan en leiden soms tot latere knelpunten.

“Sorry, het doet me ook gewoon verdriet. Het is niet dat ik het niet wilde, maar ja, mijn hele leven is nu gewoon zo anders dat ik het oude leven ook gewoon heel erg mis. Dus daarom vind ik het ook gewoon moeilijk. [...] Je hebt ook gewoon heel weinig tijd om te schakelen, weet je wel. Sommige mensen die zijn tien jaar samen, die leven daar echt helemaal naartoe, die zijn er helemaal klaar voor en voorbereid. Ja, ik denk dat je dan gewoon heel anders erin staat.” ~ Vrouw met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

Dit alles liet zien dat het narratief over onbedoeldheid niet statisch is, maar mee kon veranderen met de tijd en de omstandigheden. Dit werd aan de ene kant beïnvloed door persoonlijke reflectie: de manier waarop iemand terugkijkt op de situatie en probeert er betekenis aan te geven. Dit kon ertoe leiden dat initiële gevoelens rondom de onbedoeldheid werden bijgesteld of opnieuw gekaderd. Aan de andere kant speelde de bredere normatieve context een rol, waarin bepaalde manieren van spreken over onbedoelde zwangerschap als meer acceptabel worden beschouwd dan anderen.

4.10 Subconclusies hoofdstuk 4

In antwoord de vraag 'Welke thema's spelen een rol bij het ontstaan van een onbedoelde zwangerschap en het niet of niet-effectief gebruik van anticonceptie?' kwamen de volgende hoofdthema's naar voren (4.8).

- **Perspectieven op vruchtbaarheid:** We zagen dat mensen vaker een verwachting hadden dat ze niet zo snel zwanger zouden raken, bijvoorbeeld omdat mensen in hun omgeving veel tijd nodig hadden om zwanger te raken, omdat men dacht minder vruchtbaar te zijn, of omdat eerdere onbeschermde seks niet tot een zwangerschap had geleid. Tegelijk zagen we ook terug dat vruchtbaarheid iets wenselijks is, dat onvruchtbaarheid gevreesd wordt, ook als mensen niet zwanger wilden worden.
- **Vertrouwen in anticonceptie:** Mensen hadden soms veel vertrouwen in de methoden die zij gebruikten, en hielden daarbij niet altijd rekening met foutmarges, of het bewustzijn van het risico verdween naar de achtergrond. Zo gingen mensen die gebruik maken van vruchtbaarheidsapps er vanuit dat ze niet vruchtbaar zijn op dagen dat de app dit aangeeft. Er waren ook mensen die wel wisten dat ze eventueel vruchtbaar waren, maar toch seks hadden en daarmee een risico liepen. Al met al lijkt de kans op zwangerschap soms onderschat te worden.
- **Negatieve ervaringen met anticonceptie:** De algemene teneur die veel terugkwam, was een grote ontevredenheid met eerder gebruikte anticonceptiemethoden. Men ervaarde nadelen van langwerkende methoden zoals het spiraaltje, bijwerkingen van hormonale anticonceptie, gebruiksgemak van condooms, en was ontevreden over de anticonceptiecounseling. Vrouwen benoemden dat ze graag een natuurlijke cyclus wilden behouden: voor hen had anticonceptie invloed op hun identiteit. Hetzelfde zagen we soms ook terug bij

mannen die geen kinderen meer wilden, maar toch geen vasectomie wilden omdat ze daarmee een deel van zichzelf zouden kwijtraken.

- Verder kwam het thema '**Communicatie tussen partners**' in alle hoofdthema's terug. Kinderwens en anticonceptie werd niet altijd besproken, maar er worden wel aannames over gedaan binnen (seksuele) relaties.

Tussen de regels werden ook thema's duidelijk aan de hand van patronen in taalgebruik en de manier waarop gesproken werd.

- **Genderrolpatronen:** De verantwoordelijkheid voor anticonceptie werd over het algemeen bij de vrouw gelegd, waarna de man er vanuit ging dat zij hier goed zorg voor droeg. Bij enkele mensen die condooms gebruiken was dit juist andersom het geval.
- **Schuld en schaamte:** Men was geneigd de situatie als 'stom' of 'dom' te bestempelen en om de schuld bij zichzelf te leggen. Men leek daarbij te vergeten dat er vaak meerdere omstandigheden speelden die maakten dat anticonceptie niet of niet correct was gebruikt. Het benoemen van het eigen gedrag als stom of dom kan ook een manier zijn om veroordeling door de gesprekspartner voor te zijn.
- **Aandacht voor seksualiteit en 'gevoel':** Het viel op dat seksueel plezier weinig benoemd werd, maar verminderd gevoel (van met name mannen) wel een grote rol speelde bij redenen die werden genoemd om geen condooms te (willen) gebruiken.
- **Twijfelperiodes:** Het viel op dat mensen vaak zwanger raakten in periodes waarin mensen wel de (soms vage) intentie hadden weer anticonceptie te gaan gebruiken, maar nog niet gestart waren. Bijvoorbeeld in de periode na een bevalling of omdat ze gestopt waren met een vorm van anticonceptie, omdat ze daar ontevreden over waren. Ideeën over vruchtbaarheid, vertrouwen in berekenen van vruchtbare dagen, negatieve ervaringen met anticonceptie maar ook gebrek aan communicatie hierover, zorgde ervoor dat deze beslissing werd uitgesteld, waarmee de kans op een onbedoelde zwangerschap toenam.

In antwoord op de vraag 'Welke factoren geven de onbedoeldheid vorm' (4.9) blijkt dat deze wordt gevormd door een samenspel van persoonlijke, praktische en relationele factoren. De factoren worden belangrijker naar mate ze verband hebben met 1) het ontbreken van een stabiele basis, zoals zekerheid in werk, wonen en relaties, 2) het ervaren van onvoldoende ruimte en aandacht voor kinderen, zoals het al hebben van kinderen, een drukke levensfase of fysieke en mentale gezondheid, en 3) het hebben van een (latente) kinderwens.

De overlap tussen de factoren die onbedoeldheid vormgeven en de redenen voor een besluit laat zien dat deze thema's vaak nauw samenhangen. Tegelijkertijd bood de narratieve aanpak in dit onderzoek aanvullende inzichten. Het werd duidelijk dat participanten de onbedoeldheid vaak beschrijven als een cocktail van verschillende factoren, waarbij persoonlijke ervaringen en reflecties een belangrijke rol spelen.

Tot slot zien we dat het perspectief op de onbedoeldheid van een zwangerschap niet statisch is. De reflecties achteraf lijken gekleurd door zowel de persoonlijke als de normatieve context het narratief over onbedoeldheid en de genomen beslissing. Dit onderstreept de waarde van een narratieve benadering om de geleefde ervaringen rondom onbedoelde zwangerschappen beter te begrijpen.

DEEL B

**ERVARINGEN
MET ZORG EN
ONDERSTEUNING**

5 Bevindingen cliënttevredenheidsonderzoek keuzehulp

Gwendolyn de Kever, Sandra Dijkstra-Kersten, Annick van Brouwershaven en Sophie Bolt - Fiom

5.1 Doelen

Dit hoofdstuk gaat in op onderzoeksvraag 3: Wat zijn ervaringen van vrouwen en mannen met de zorg en ondersteuning bij een onbedoelde zwangerschap? Fiom voert sinds de invoering van het Landelijk Netwerk Keuzehulp in mei 2020 een cliënttevredenheidsonderzoek uit onder de keuzehulpcliënten van alle aangesloten uitvoerende partijen. Het doel van dit onderzoek is om zicht te krijgen op ervaringen met de ondersteuning van keuzehulpverleners in het besluitvormingsproces. Het Landelijk Netwerk Keuzehulp bestaat uit verschillende uitvoerende partijen: regionale GGD-en, Fiom Altra (voorheen Fiom Amsterdam; onderdeel van iHUB), Fiom Utrecht, Fiom Den Haag en Siriz. In 2023 heeft Stichting Beschermde Wieg ook keuzehulp verleend aan 97 cliënten. Deze cliënten zijn buiten beschouwing gelaten in dit rapport omdat zij niet hebben deelgenomen aan het cliënttevredenheidsonderzoek.

5.2 Design en werkwijze

Het cliënttevredenheidsonderzoek betreft een online vragenlijst met open en gesloten vragen. De uitvoerende partijen zijn verantwoordelijk voor het verzenden van de vragenlijsten. Fiom verzamelt en analyseert de data. De kwantitatieve analyses zijn descriptief van aard en uitgevoerd in Excel. De kwalitatieve analyses zijn uitgevoerd met behulp van Nvivo versie 1.7.1. Drie onderzoekers (GdK, AvB en SB) hebben de open vragen gecodeerd door tekstfragmenten in de antwoorden te selecteren en toe te wijzen aan een code. De onderzoekers hebben de gecodeerde ervaringen besproken en geordend in een codeboom. Vanuit de codeboom zijn overkoepelende thema's vastgesteld die als basis voor de rapportage dienen.

Naast de vragenlijst van het cliënttevredenheidsonderzoek keuzehulp wordt voor het beantwoorden van de deelvragen gebruik gemaakt van data uit het registratie-onderzoek keuzehulptrajecten in de periode januari 2020 t/m december 2023. De tijdsperiode verschilt omdat het registratie-onderzoek uitgaat van de startdatum van de keuzehulptrajecten (januari 2020), terwijl het cliënttevredenheidsonderzoek pas na afloop wordt ingevuld (mei 2020). Fiom coördineert het netwerk van organisaties waar vrouwen en mannen terecht kunnen voor een keuzehulptraject. Sinds 2019 worden alle keuzehulptrajecten door het Landelijk Netwerk Keuzehulp anoniem geregistreerd en doorgegeven aan Fiom. Dit betreft onder andere de vorm van het gesprek (online/op locatie), leeftijd, partner, zwangerschapsduur, eerdere zwangerschappen, of er sprake is van dwang of drang, en de keuze na het traject (Fiom, 2024). Met behulp van deze data geven we een contextuele beschrijving van de verschillende kenmerken van de groep cliënten die gebruik maakt van keuzehulp. Het is tevens mogelijk hiermee de respons en representativiteit van het cliënttevredenheidsonderzoek te beschrijven.

5.3 Deelnemers

De resultaten van het cliënttevredenheidsonderzoek gaan over een groep onbedoeld zwangere personen en verwekkers van de zwangerschap die behoefte hadden aan professionele begeleiding bij het maken van een keuze en hiervoor hulp zochten. Dit is dus een selectieve groep die niet representatief is voor alle onbedoelde zwangere personen en verwekkers van de zwangerschap; de meerderheid vraagt niet om hulp bij het maken van een keuze of doet dat via andere wegen door bijvoorbeeld in gesprek te gaan met hun huisarts, de online module 'Zwanger, wat nu?' te volgen of contact te zoeken met een abortuskliniek (Fiom, 2024). Zo kregen in 2023 naar schatting rond de 72.000 mensen tussen de 18 en 49 jaar te maken met een onbedoelde zwangerschap, waarvan 1.426 mensen (2%) gesprekken met een keuzehulpverlener hebben gehad (CBS/ Statline, z.d.; Fiom, 2024). In de periode mei 2020 t/m december 2023 hebben 430 cliënten¹ deelgenomen aan het cliënttevredenheidsonderzoek keuzehulp. In juli 2023 zijn voor dit rapport drie vragen over verwachtingen van de keuzehulp toegevoegd aan het cliënttevredenheidsonderzoek. Deze vragen zijn door 58 cliënten ingevuld.

¹ We gebruiken het woord cliënten omdat we niet het geslacht/gender van de persoon die het cliënttevredenheidsonderzoek heeft ingevuld weten. Bij de meerderheid van de keuzehulptrajecten is alleen de vrouw aanwezig (73%), het perspectief van hun partner/de verwekker blijft hierdoor onderbelicht.

5.4 Beschrijvende gegevens van de keuzehulptrajecten

In de periode januari 2020 t/m december 2023 hebben 3977 keuzehulptrajecten plaatsgevonden. Van mei 2020 t/m december 2023 hebben 430 cliënten het cliënttevredenheidsonderzoek ingevuld, een respons van 11%. Van deze 430 cliënten is 43% begeleid door Fiom Utrecht, 25% heeft gebruik gemaakt van keuzehulp via Siriz en 20% via de GGD. Door deze verdeling te vergelijken met het registratie-onderzoek is te zien dat cliënten van Fiom Utrecht oververtegenwoordigd zijn in het cliënttevredenheidsonderzoek (43% in het cliënttevredenheidsonderzoek versus 14% van alle keuzehulptrajecten) en cliënten van de GGD ondervertegenwoordigd zijn (20% in het cliënttevredenheidsonderzoek versus 40% van alle keuzehulptrajecten), zie Tabel 5.1.

Tabel 5.1 Organisatie waar cliënten Keuzehulp hebben ontvangen

	<i>Cliënttevredenheidsonderzoek</i>		<i>Registratie-onderzoek</i>	
	Aantal	%	Aantal	%
Fiom Utrecht	183	43%	569	14%
Siriz	106	25%	839	21%
GGD	86	20%	1585	40%
Fiom Altra	31	7%	752	19%
FIOM Den Haag	24	6%	232	6%
Eindtotaal	430	100%	3977	100%

Bij 52 van de 430 cliënten (12%) vond er geen gesprek plaats binnen de afgesproken termijn van twee werkdagen. Dit had te maken met verschillende redenen. De belangrijkste reden was dat de organisatie geen afspraak kon inplannen binnen twee dagen (n=23, 44%). Een andere veelvoorkomende reden was dat de cliënt niet beschikbaar was op voorgestelde moment van de organisatie (n=19, 37%). Daarnaast gaven sommige cliënten aan dat ze zelf meer tijd nodig hadden voor er een gesprek plaatsvond (n=7, 13%), of was de reden onbekend (n=3, 6%). Geen van de cliënten gaf aan dat de door de organisatie voorgestelde locatie hierbij een rol speelde.

In Tabel 5.2 is weergegeven op welke manier cliënten gebruik hebben gemaakt van keuzehulp. Per cliënt waren meerdere gespreksvormen mogelijk. De meest voorkomende gespreksvorm is (video)bellen (n=275, 64%). Bijna de helft van de cliënten (n=197, 46%) heeft een gesprek op locatie gehad. Tabel 5.3 geeft de zwangerschapstermijn weer ten tijde van het eerste keuzehulpgesprek. Driekwart van de cliënten (n=314, 73%) was minder dan negen weken zwanger. Dit percentage is vergelijkbaar met het registratie-onderzoek keuzehulp, waarbij 68% van de cliënten minder dan negen weken zwanger was.

Tabel 5.2 Gespreksvormen

	Aantal	%
Op locatie	197	46%
(Video)bellen	275	64%
Whatsapp of andere berichtenservice	84	20%
Chat via de website	14	3%

Beschrijving van keuzehulptrajecten vanuit het registratie-onderzoek

Aan de hand van het registratie-onderzoek kunnen we de algemene context van de keuzehulptrajecten (n=3977) verder beschrijven. In de periode 2020-2023 meldden de meeste cliënten (28%) zich op eigen initiatief aan, 20% werd door Fiom doorverwezen, 15% door de abortuskliniek, 10% door de huisarts en 9% door gynaecoloog of verloskundige. Van 394 personen (10%) was niet bekend door wie zij zijn doorverwezen.

Bij de meerderheid van de keuzehulptrajecten (73%) was alleen de vrouw aanwezig, bij 21% betrof het de vrouw én de bij de zwangerschap betrokken partner/verwekker. In enkele gevallen (5%) was alleen de partner/verwekker aanwezig. Dit was in alle keuzehulptrajecten een man. De mediaan leeftijd van de cliënten was 30 jaar (interkwartielafstand = 24-36 jaar). De jongste cliënt was 13 jaar en de oudste 61 jaar. Bij één op de vijf keuzehulptrajecten (22%) geeft de hulpverlener aan dat er mogelijk sprake was van druk bij het maken van een keuze. Deze druk is meestal afkomstig van de partner/verwekker (n=570, 14%) en in <1% afkomstig van professionals.

Tabel 5.3 Zwangerschapstermijn ten tijde van het eerste keuzehulpgesprek

	Cliënttevredenheidsonderzoek		Registratie-onderzoek	
	Aantal	%	Aantal	%
Minder dan 9 weken	314	73%	2701	68%
9 tot 12 weken	68	16%	562	14%
12 tot 16 weken	20	5%	290	7%
16 weken of langer	20	5%	257	6%
Ten tijde van het gesprek onbekend	8	2%	163	4%
Eindtotaal	430		3970	

5.5 Ervaringen met keuzehulp

5.5.1 Verwachting van de keuzehulp

Aan de 58 cliënten die in 2023 een cliënttevredenheidsonderzoek hebben ingevuld is gevraagd wat zij vooraf verwachtten van het keuzehulptraject. Deze vraag is ingevuld door 52 cliënten. Zij blikken dus na het keuzehulptraject terug op hun verwachtingen. Een aantal cliënten verwachtte tijdens het keuzehulptraject meer informatie over de keuzemogelijkheden te ontvangen. Een van de cliënten omschreef het als volgt: *“Dat de keuzehulpverlener een balans van onderbouwde argumenten per keuzeoptie zou kunnen schetsen”*. Andere cliënten wilden de (gevolgen van de) verschillende keuzemogelijkheden bespreken: *“...meer de diepte in wat de gevolgen van beide keuzes zijn (zwangerschap voorzetten of abortus)”*. Tijdens het bespreken van de keuzemogelijkheden verwachtten zij samen met de keuzehulpverleners hun gedachten op een rij te zetten en antwoorden op hun vragen te ontvangen.

Daarnaast verwachtten cliënten dat zij hun persoonlijke situatie grondig konden bespreken en tips, handvatten of hulp zouden krijgen om een keuze te kunnen maken. Een cliënt omschreef het als volgt: *“...een diepgaand gesprek over zorgen, angsten, gevoelens en verleden wat wellicht zorgt dat je keuzes maakt”*. Er waren ook unieke verwachtingen; één cliënt beschreef dat zij verwachtte tijdens het gesprek de keuze te maken, een andere cliënt verwachtte door het keuzehulptraject te worden overtuigd in staat te zijn om het kind alleen op te voeden.

Een aantal cliënten verwachtte dat het keuzehulptraject zou helpen om samen met hun partner/de verwekker na te denken over de keuzeopties en de verschillende kanten van de keuzes te onderzoeken. Sommige cliënten stonden tegenover hun partner/de verwekker in hun gedachten over de keuzemogelijkheden. Zij hoopten meer begrip voor elkaars standpunten te krijgen en een weloverwogen keuze te kunnen maken. Eén van de cliënten vond het belangrijk om naast het gezamenlijke gesprek met diens partner, beiden een individueel gesprek met een keuzehulpverlener te voeren om alle informatie boven tafel te krijgen.

In het verlengde hiervan hadden sommige cliënten bepaalde verwachtingen van de keuzehulpverlener. Zij verwachtten een neutrale en onafhankelijke expert. Iemand die hen een luisterend oor biedt en zonder oordeel naar hun situatie kijkt en meedenkt. Dit werd door een cliënt op de volgende manier beschreven: *“...met iemand te spreken die specifieke (gespreks)ervaring en kennis rondom een twijfelzwangerschap had. Ook waar ik vrij al mijn gedachten en gevoelens op tafel kon leggen zonder oordeel, vanwege de verdere afstand van een onbekend iemand in tegenstelling tot iemand binnen mijn omgeving”*.

Ten slotte had een aantal cliënten geen verwachtingen. Voor sommige van hen was alle hulp welkom *“op dat moment was ik vooral radeloos en was alle hulp welkom”*, anderen wisten niet wat ze konden of moesten verwachten. Eén cliënt verwachtte dat praten met iemand niet zou helpen in het maken van een keuze.

Aan de 58 cliënten is ook gevraagd of het keuzehulptraject anders was dan zij hadden verwacht. Deze vraag is door iedereen ingevuld. Ook vroegen we of zij kunnen toelichten wat anders was dan verwacht. Dit hebben 27 cliënten beschreven. 23 cliënten (40%) vulden in dat het keuzehulptraject anders was dan zij hadden verwacht. Merendeel van hen ervoeren het positiever dan verwacht; zij kregen meer of bredere informatie, ervoeren begrip voor hun situatie of vonden tijdens het keuzehulptraject nieuwe inzichten. Een aantal cliënten schreef dat ze andere verwachtingen hadden. Zij wilden meer ingaan op hun gevoel, hadden meer hulp willen krijgen in het balanceren van de argumenten

over de verschillende keuzes (met of zonder partner/verwekker) of hadden behoeften aan praktischere hulp in plaats de vele vragen die tijdens het keuzehulptraject werden gesteld.

5.5.2 Informatievoorziening

In de keuzehulptrajecten wordt maatwerk geleverd, dit betekent dat alle keuzes die de cliënt overweegt worden besproken. In Tabel 5.4 is weergegeven welke mogelijke keuzes besproken zijn door de cliënt en de hulpverlener. Bij 80% van de keuzehulpgesprekken heeft de hulpverlener de keuze voor zowel abortus als zelf opvoeden uitgebreid besproken. Pleegplaatsing of afstand ter adoptie is bij de meerderheid van de cliënten niet besproken of alleen genoemd. Dit is in lijn met de keuzes die cliënten voorafgaand aan de keuzegesprekken overwogen. Zes cliënten (2% van 265 cliënten die deze vraag hebben ingevuld) vonden de informatie over de verschillende keuzes niet duidelijk of te beknopt; 98% vond de informatie duidelijk of uitgebreid genoeg.

Tabel 5.4 Welke keuzes heeft de hulpverlener met de cliënt besproken?*

Keuze	Niet besproken	Alleen genoemd	Kort besproken	Uitgebreid besproken
Abortus	7 (2%)	7 (2%)	73 (17%)	343 (80%)
Zelf opvoeden	20 (5%)	4 (1%)	51 (12%)	353 (82%)
Pleegplaatsing	169 (39%)	88 (20%)	129 (30%)	26 (6%)
Afstand ter adoptie	159 (37%)	95 (22%)	129 (30%)	28 (7%)

Noot. * Bij 'zelf opvoeden', 'pleegplaatsing' en 'afstand ter adoptie' ontbreken de antwoorden van respectievelijk 2, 18 en 19 cliënten. De percentages zijn berekend op basis van alle 430 cliënten.

5.5.3 Tevredenheid met de keuzehulp

De 430 cliënten beoordeelden het keuzehulptraject gemiddeld met een 8,96 (SD = 1,09) op een schaal van 1-10. Negentig procent van de cliënten beoordeelt het keuzehulptraject met een cijfer 8 of hoger. De gemiddelde beoordeling van het keuzehulptraject per organisatie is weergegeven in Tabel 5.5.

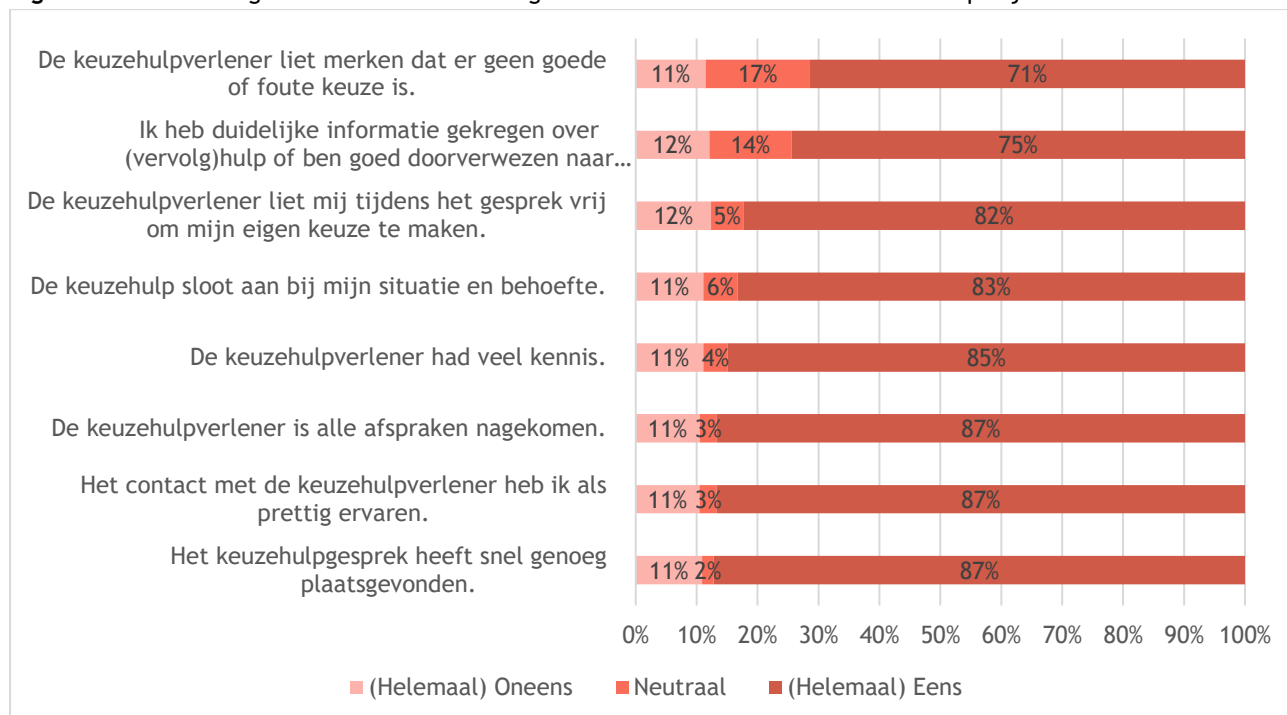
In 2023 gaven 23 van de 58 cliënten (40%) aan dat het keuzehulptraject anders was dan zij hadden verwacht. Cliënten (n=23) die het keuzehulptraject anders ervoeren dan zij verwachtten waren net zo tevreden (M=8,70, SD=1,69) als cliënten (n=35) waarbij de ervaring overeenkwam met de verwachting (M=8,86, SD=0,97, $p=.64$).

Tabel 5.5 Gemiddelde beoordeling van het keuzehulptraject (score 1-10) per organisatie

Organisatie	Gemiddelde	Standaarddeviatie
GGD	8,92	1,20
Siriz	8,83	1,02
Fiom Altra	8,89	1,26
Fiom Utrecht	9,00	1,08
Fiom Den Haag	9,46	0,72
Eindtotaal	8,96	1,09

Figuur 5.1 laat zien hoe tevreden cliënten zijn over de verschillende aspecten van het keuzehulptraject. Het merendeel van de cliënten is het (helemaal) eens met de stellingen dat zij het contact met de hulpverlener als prettig ervoeren (87%) en dat de keuzehulp aansloot bij hun situatie of behoefte (83%). Ook zijn zij tevreden over de kennis van de hulpverlener (85% (helemaal) eens). Veel cliënten zijn tevreden over de neutrale houding van de keuzehulpverlener en de verwijzing naar vervolghulp. Relatief gezien zijn ze hier minder tevreden over dan over de andere aspecten: 71% geeft aan (helemaal) eens te zijn met de stelling "De keuzehulpverlener liet merken dat er geen goede of foute keuze is" en 74% is het (helemaal) eens te zijn met "Ik heb duidelijke informatie gekregen over (vervolg)hulp of ben goed doorverwezen naar (vervolg)hulp na mijn keuze." Van de 57 cliënten die de stelling "Het keuzehulpgesprek heeft mij geholpen om tot een keuze te komen" hebben beantwoord, zijn 41 cliënten (helemaal) mee eens met de stelling (72%).

Figuur 5.1 Beoordeling van verschillende stellingen over tevredenheid met het keuzehulptraject



5.5.4 Ervaringen met keuzehulptrajecten

In het cliënttevredenheidsonderzoek worden de volgende open vragen gesteld: “Wat heeft je het meest geholpen in het keuzehulpgesprek en waarom?”, “Kun je toelichten wat er anders was dan je had verwacht?” (sinds juli 2023), “Je kunt hieronder uitleggen waarom je wel of niet tevreden bent”, en “Heb je tot slot nog opmerkingen over de keuzehulp of tips voor de keuzehulpverleners?” Deze vragen bieden cliënten de mogelijkheid hun persoonlijke ervaringen te delen. In totaal vulden 376 (87%) cliënten een antwoord op tenminste één van deze vragen in. Zoals eerder beschreven is het merendeel van de cliënten zeer tevreden over het keuzehulptraject. In hun antwoord gaven de cliënten één of meerdere aspecten aan waarover ze positief of negatief waren. In totaal hebben we 937 beschrijvingen van ervaringen gebruikt voor het creëren van onderstaande thema’s, hiervan was 93% positief en 7% negatief.

5.5.4.1 Positieve ervaringen

Hieronder wordt met behulp van verschillende thema’s en citaten van cliënten uitleg gegeven over de positieve ervaringen van cliënten. In totaal hebben 333 respondenten (89%) 871 positieve onderdelen van hun ervaringen opgeschreven, dit was 93% van de ervaringen.

Eigenschappen van de keuzehulpverlener

“Het was fijn om iemand van buitenaf te spreken die het bekijkt vanuit een ander perspectief en in principe niets met de situatie te maken heeft, maar wel de kennis heeft om steun te bieden waar nodig is. Wat ik het meest fijn vond was dat ik geen gevoel kreeg dat ik werd beoordeeld over mijn gedachten en twijfels die ik had. Ik had niet het idee dat ik een bepaalde richting op werd gestuurd.”

De houding en expertise van de keuzehulpverleners spelen een belangrijk rol in de ervaringen van cliënten. De keuzehulpverleners werden beschreven als zeer vriendelijke, begripvolle, respectvolle, bereikbare, betrouwbare, open, eerlijke en empathische professionals.

Cliënten benoemden dat de keuzehulpverleners op een persoonlijke en laagdrempelige manier hulpverlening bieden. Een cliënt schreef: “Het contact was erg prettig, laagdrempelig en ik kon alles vertellen. Ook de bereikbaarheid was erg goed, zelfs op haar vrije dagen kreeg ik een reactie”. Sommigen benoemden dat de keuzehulpverleners goed omgaan met de verschillende gevoelens en emoties van cliënten: “Er is goed geluisterd naar mij en er was veel ruimte voor mijn verwarring en emoties.” Ze vonden het prettig en behulpzaam dat iemand de tijd nam aandachtig naar hen te luisteren en er voor hen te zijn. Er was geen druk om gelijk een keuze te maken waardoor cliënten de ruimte en rust

voelden na te denken. Cliënten beschreven dat de keuzehulpverleners hen ook na de gesprekken steunden door bijvoorbeeld een bericht te sturen of telefonisch contact op te nemen en naar hun situatie te vragen.

De betrokken en oordeelvrije houding en het neutrale perspectief van de keuzehulpverleners was voor cliënten erg belangrijk en waardevol. Het gaf hen de ruimte om hun gedachtes, emoties en gevoelens te bespreken zonder het gevoel te hebben dat zij beoordeeld of beïnvloed werden: *“Alles op tafel kunnen leggen werkte voor mij al heel verlichtend.”* Een andere cliënt schreef: *“Ze was heel begripvol in elke vorm van waar de keuze zou op uit draaien... merkte geen onbegrip of negatieve toon aan haar.”* De keuzehulpverleners lieten cliënten in hun waarde. Cliënten vonden het fijn met iemand te praten die niet emotioneel betrokken was bij hun situatie. Hierdoor konden ze hun verhaal delen met een onafhankelijke en objectieve keuzehulpverlener die met hen meedacht of hen vanuit andere perspectieven naar hun eigen situatie en de keuzemogelijkheden liet kijken: *“Een buitenstaander kan nieuwe inzichten geven, dit is ook gebeurd. Uiteindelijk ligt mijn probleem ergens anders en is dit door de zwangerschap aan het licht gekomen.”*

Daarbij ervoeren cliënten dat, als hun partner/de verwekker bij het gesprek aanwezig was, ook aandachtig werd geluisterd en doorgevraagd naar diens gevoelens en standpunten. De keuzehulpverleners creëerden een goede balans in het gesprek en kozen geen partij. Hierdoor konden cliënten makkelijker het gesprek met elkaar voeren: *“Hele aardige en medelevende zorgverlener. Veel kennis over het onderwerp en de rust om zowel mij als mijn partner goed te kunnen begeleiden. Geen oordeel tijdens het gesprek, echt de vrijheid om gevoelens te uiten.”*

Een aantal cliënten ervoeren dat het keuzehulptraject onderliggende angsten of pijnpunten blootlegde en bespreekbaar maakte. Ook bracht het gesprek sommigen de bevestiging dat zij de juiste keuze maakten of werden hun standpunten bekrachtigd. Het liet deze cliënten inzien dat zij al achter hun keuze stonden en hierbij bleven: *“Ik had voor het gesprek mijn keuze al gemaakt maar het was toch fijn om mijn verhaal nog een keer te kunnen doen en er nog een keer zeker van te zijn dat ik achter mijn keuze stond.”* Anderen beschreven dat de keuzehulpverleners hen begeleidden in het reflecteren op hun situatie, hen hielpen om onbesproken onderwerpen te onderzoeken en conclusies te vormen waardoor zij een weloverwogen beslissing konden maken: *“[Keuzehulpverlener] heeft met veel rust naar ons geluisterd. Met een objectieve blik, open vragen en oefeningen heeft zij ervoor weten te zorgen dat wij tot een uiteindelijk besluit wisten te komen. Dit alles in een liefdevolle manier. We zijn [hulpverlener] ontzettend dankbaar voor het gesprek wat wij met haar hebben gehad.”*

De persoonlijke benaderingswijze en het gevoel gehoord en begrepen te worden zorgden dat cliënten zich gedurende het keuzehulptraject erkend en gesteund voelden door de keuzehulpverleners. Ook ervoeren sommigen van hen hierdoor minder eenzaamheid: *“I knew I had someone to talk to and seek help from.”* Cliënten ervoeren dat zij er niet alleen voor stonden, hoe ingewikkeld de keuze voor sommigen ook was. Zonder de begeleiding van de keuzehulpverleners was het voor hen veel moeilijker geweest. Cliënten ervoeren dat het keuzehulptraject hen heeft ondersteund in het maken van een bewuste keuze. Bijvoorbeeld omdat alle opties werden besproken en zij konden afwegen of helder krijgen waarom ze bepaalde keuzes wel of niet wilden maken. De keuzehulpverleners hielpen cliënten hun situatie te accepteren en schuldgevoelens te verminderen. Een cliënt omschreef dit als volgt: *“Wat ik erg goed vond was het volgende: 1. Je mag altijd een stukje twijfel hebben 2. De keus zal leiden tot verdriet maar waarschijnlijk niet tot spijt.”* De cliënten ervoeren het hele proces de juiste ondersteuning te hebben ontvangen. Een cliënt beschreef bijvoorbeeld dat ze veel angst voor de verschillende keuzemogelijkheden ervoerde. De keuzehulpverlener bood rust en overzicht door mee te denken over hoe de baby veilig kon worden opgevoed. Andere cliënten beschreven de steun die zij omtrent hun keuzes ontvingen als: *“Mij in mijn kracht zetten”* en *“Het niet zeggen van; je kan het niet.”* Hierdoor konden zij weer vooruitkijken.

Daarnaast zijn cliënten tevreden over de expertise van de keuzehulpverleners. Zij vonden de keuzehulpverleners ervaren gesprekspartners: *“Ik heb haar als warm en begripvol persoon ervaren en ik ben zeer tevreden over haar kennis/kunde en gesprekstechnieken. Ze toont veel begrip voor de situatie en weet op de juiste momenten het juiste te zeggen.”* Door hun kennis en ervaring konden de keuzehulpverleners cliënten van goede en feitelijke informatie voorzien en tegelijkertijd ondersteunen bij het verhelderen van hun gedachtes, het uitzetten van verschillende factoren die meespeelden in hun situatie en het uiten van zorgen of (tegenstrijdige) gevoelens: *“[Keuzehulpverlener] is erg ervaren en dat kon je al meteen merken door hoe ze het gesprek in het geheel geleid heeft en de belangrijkste punten verhelderd voor ons. Ze weet precies wat ze doet en ze is er erg goed in.”* Dit werd als positief en helpend ervaren en bracht overzicht. Hierdoor voelden een aantal cliënten het vertrouwen de juiste keuze te kunnen maken.

Deelnemers aan het cliënttevredenheidsonderzoek kregen aan het einde van de vragenlijst de ruimte om algemene opmerkingen toe te voegen. Hieruit bleek dat cliënten dankbaar waren voor het keuzehulpgesprek. Zij waardeerden de

hulp die ze ontvingen. Velen spraken hun lof en dankbaarheid uit richting de hulpverlener die hen had begeleid. Er zaten complimenten tussen, zoals: *“Niets dan liefde voor en dankbaarheid voor [keuzehulpverlener]! Ze nam echt de tijd voor ons, luisterde, vatte samen en leefde mee. Ik ben heel blij dat er mensen zijn die haar werk doen en nog blijer dat we haar getroffen hebben.”* Cliënten gaven aan dat ze het een prettig gesprek vonden en dat het hen echt geholpen had met hun persoonlijke situatie.

Kernwaarden van het keuzehulptraject

“Door de opties zonder oordeel als mogelijkheid te zien en bespreekbaar te maken kon ik een weloverwogen beslissing nemen waar ik voor 100% achter kan staan.”

De ervaringen van cliënten gaven belangrijke kernwaarden weer waaraan het keuzehulptraject voldeed, namelijk: geen oordeel of sturing, eigen keuze staat centraal, erkenning en begrip, ondersteuning op maat en betrouwbaarheid en veiligheid.

Dat keuzehulpverleners zonder mening naar het verhaal van cliënten luisterden bleek een essentieel onderdeel van hun positieve ervaringen. Ze voelden zich serieus genomen en vrij om hun emoties te uiten. Dit bood sommige cliënten rust, anderen ervoeren meer grip op hun situatie, gevoelens en gedachten te hebben: *“Ik heb hier echt baat bij gehad, om in de paniek en hoeveelheid van emotie een juiste keuze voor mijzelf te kunnen maken.”* Het bespreekbaar maken van hun gedachten en overwegingen hielp sommigen minder schaamte te ervaren. Voor anderen was het überhaupt een opluchting hun hart te luchten en te praten over wat ze meemaakten omdat dit in hun privésituatie niet mogelijk was.

De cliënten waardeerden dat er werd gekeken naar wie zij waren en dat dit tijdens het keuzehulptraject centraal werd gesteld. Voor sommige cliënten betekende deze persoonsgerichte ondersteuning dat er een belangrijk iemand uit hun sociale netwerk aanwezig was tijdens de gesprekken. Anderen vonden het juist heel fijn dat ze hun situatie zonder de mening van naasten (partner/verwekker/familie/vrienden) met de keuzehulpverleners konden bespreken. Voor een aantal cliënten was het helpend dat de keuzehulpverleners benadrukten dat het hun eigen keuze was. Een cliënt legt uit dat haar werd geadviseerd even geen contact te hebben met de verwekker zodat haar keuze niet door hem werd beïnvloed. Voor een andere cliënt betekende dit dat ze zich in haar keuze niet door schuldgevoelens hoefde te laten leiden. Ten slotte beseftte een cliënt hierdoor dat ze zich niet moest conformeren naar wat andere mensen dachten dat haar situatie voor haar betekende. Anderzijds gaven sommige cliënten aan dat de realisatie dat het volledig hun eigen keuze was, ook lastig was. Zeker als ze na het keuzehulptraject nog geen keuze konden maken.

Door de persoonlijke aanpak in het traject voelden de cliënten zich gesteund en begrepen, ongeacht de keuze die zij zouden maken: *“Het was ontzettend fijn om met iemand te praten die je rustig aanhoorde, serieus nam en vooral geen mening had.”* Het hielp cliënten om te horen dat ze niet de enige waren die dit meemaakten, dat ze zich niet hoefden te schamen. Het delen van ervaringen van anderen die in vergelijkbare situaties zaten bracht een aantal cliënten nieuwe inzichten. Cliënten voelden zich door deze ervaringsverhalen ook minder vervreemd of eenzaam. Het hielp hen ook dat door de keuzehulpverleners werd erkend dat het een ingewikkeld proces en een moeilijke keuze was: *“Ik was heel bang dat iemand mij de les ging lezen over dit en dit moet je doen en je had niet zwanger moeten worden, maar het was juist het tegenovergestelde, ze had begrip voor mijn situatie en begreep mijn keuze stress.”*

Het keuzehulptraject sloot aan bij de persoonlijke behoeftes van cliënten: *“...Daarnaast had ik vooral angst voor de toekomst. Het benoemen dat je weet hoe het was en weet hoe het is, maar nooit kunt weten hoe het wordt (met niks) heeft mij geholpen.”* Ze ontvingen antwoorden op hun vragen, het gesprek werd toegespitst op onderwerpen en afwegingen die voor cliënten belangrijk waren en ze kregen advies op maat: *“Heel persoonlijk, sloot goed aan op mijn behoefte, voelde me gesteund tijdens het keuzeprocess, kreeg inzichten die ik nodig had voor het maken van mijn keuze.”* Dit hield ook in dat de keuzehulpverleners cliënten hielpen om over eventuele oplossingen en de gevolgen van hun keuzes na te denken. Dit bood handvaten om met de situatie om te gaan of hielp richting te geven aan hun gedachten en overwegingen: *“Heel fijn dat iemand kan relativiseren en meedenken bij mogelijke oplossingen en gevolgen.”* Het keuzehulptraject gaf sommige cliënten inzicht in hoe zij verder konden met hun toekomst en waarom zij bepaalde keuzes maakten.

Door de veilige en vertrouwde sfeer waarin het keuzehulptraject plaatsvond voelden cliënten zich op hun gemak en konden ze openlijk praten over hun situatie, vragen en afwegingen. De keuzehulpverleners werden door veel cliënten omschreven als professionals die hen hielpen om gedachten te ordenen, hen geruststelden en de moeilijkheden die ze rondom het keuzetraject ervoeren erkenden en normaliseerden: *“Ik ben tevreden doordat je het gevoel krijgt dat je*

wordt gezien, dat er echt naar jou wordt geluisterd. Dat je binnenkomt met een grijze brei aan gedachten, gevoelens en je loopt weg met een vrije geest, doordat de druk in de rollercoaster periode eraf wordt gehaald.”

Gebruikte methodieken en technieken

“Het op een rijtje zetten van alle mogelijkheden en vanuit daar kijken welke situatie het beste bij mij past en bij mijn leven aansluit.”

Cliënten beschreven dat in het keuzehulptraject behulpzame oefeningen, opdrachten en hulpmiddelen werden aangeboden. De oefeningen en opdrachten die werden genoemd waren: de stoelnoefening, *trial days*, het maken van de voor- en tegenlijst, *worst case scenario*, NLP-oefening ('het is de dag na de abortus'/'het is de dag na de geboorte'), een brief schrijven, *mind map*, de weegschaaloefening, de visualisatie oefening, het bijhouden van een dagboek, de toekomst oefening, alleen in de natuur wandelen en de tip om alles op te schrijven en te bespreken². De oefeningen maakten het keuzeproces praktisch en realistisch. Het hielp sommige cliënten hun gedachtes structureren of bracht duidelijkheid over hun keuze. De opdrachten hielpen cliënten stil te staan, gevoelens onder woorden te brengen, vanuit de verschillende keuzes naar hun toekomst te kijken of de eigen standpunten te bevragen en verduidelijken: *“De tip over het bijhouden van een dagboek, omdat je dan gedwongen wordt je gevoel onder woorden te brengen en daardoor er wellicht op een andere manier over nadenkt en je ook terug kan kijken naar welk gevoel het vaakst voor kwam of dominant was.”*

Cliënten beschreven dat tijdens het uitvoeren van de oefeningen en opdrachten, verschillende gevoelens naar boven kwamen en dat de keuzeopties een bepaalde lading kregen. Alleen praten had dit volgens hen mogelijk niet teweeg kunnen brengen. De stoelnoefening hielp cliënten te ervaren wat de verschillende keuzeopties daadwerkelijk met hen deden. Ze konden het écht beleven of naar binnen keren: *“De 'stoel' oefening, om beide opties na te gaan wat voor gevoel het gaf en hoe je het leven voor je zag. Hierdoor besepte ik wel het gevoel wat ik al wel had.”* Voor sommige cliënten was het helpend een terugkoppeling van de keuzehulpverleners te krijgen over wat zij tijdens deze stoelnoefening zagen gebeuren of hoe zij op anderen oefeningen en opdrachten reageerden. Ondanks dat het hen verder bracht in het proces waren de oefeningen en opdrachten voor sommige cliënten confronterend. Ze vonden het fijn dit met de keuzehulpverleners te kunnen bespreken.

De gebruikte gesprekstechnieken hielpen cliënten. Ze zijn tevreden over de manieren waarop de keuzehulpverleners voorlichting gaven, hun standpunten samenvatten, samen met hen reflecteerden en hun situatie analyseerden: *“Tevreden omdat ze mijn woorden goed wist te interpreteren en ze keek goed naar welke signalen ik afgaf tijdens het gesprek.”* Dit hielp knelpunten zichtbaar maken en bracht nieuwe focuspunten. Ook de stiltes die soms vielen waren behulpzaam en boden ruimte om na te denken. Een cliënt beschreef dat de keuzehulpverlener haar en haar partner bewust maakten van hun non-verbale uitdrukkingen om gevoelens en gedachtes duidelijker te krijgen. Het hielp cliënten om redenen voor hun keuze op te schrijven en later terug te lezen. Ook was het voor sommigen behulpzaam meerdere gesprekken te voeren: *“Dat ik mijn verhaal kon doen, meermaals, dat luchtte op en het bracht ook wat structuur in de brei in mijn hoofd.”* Anderen ervoeren dat praten met ervaringsdeskundigen een positieve bijdrage leverden aan hun keuzeprocess.

Cliënten vonden het behulpzaam voorlichting te krijgen over het proces van het maken van een keuze en hoe emoties werken: *“Het besef dat beide keuzes waarschijnlijk niet met 100% gemaakt kunnen worden en dat dat oké is. Dat verdriet niet per se spijt betekent. En de tip om de redenen voor de keuze op te schrijven voor later.”* Het was voor hen belangrijk alle keuzeopties en persoonlijke overwegingen samen met de keuzehulpverleners tegen elkaar af te wegen. De voor- en tegenlijst hielp velen hierbij. De (wetenschappelijke) informatie en uitleg over de verschillende processen, zoals bijvoorbeeld een abortusbehandeling, informatie over abortusklinieken, doorverwijzingen of zaken die geregeld moesten worden, werden toegespitst op de situatie van cliënten en duidelijk uitgelegd. Ook hielp het cliënten om rationele- en gevoelsargumenten te bespreken en naast elkaar te zetten om een balans te vinden. Sommigen konden hierdoor beter bij hun gevoelens komen: *“Voor mij is het belangrijk om keuzes te maken met mijn gevoel hierin betrokken, de hulpverlener was heel erg goed in staat om hierbij aan te sluiten. Mijn gevoel en verstand kwamen aan bod.”* Voor anderen was het juist prettig om verder te kijken dan hun 'emotionele staat van zijn' en de gevoelsmatige gevolgen. Aansluitend werden de adviezen van de keuzehulpverleners als objectief en concreet ervaren: *“Ik had ook niet verwacht dat ik heel duidelijke onderwerpen en afwegingen geadviseerd zou krijgen om over na te denken. Het waren punten waar ik zelf en mijn omgeving ook nog niet aan hadden gedacht.”* Cliënten beschreven dat

² In de tweedaagse basistraining '[keuzehulpgesprekken bij onbedoelde zwangerschap](#)' leren keuzehulpverleners verschillende methoden die cliënten een stap verder kunnen helpen bij het maken van een keuze inzetten, zoals de Invention Mapping Methode, meerzijdig partijdig werken, psycho-educatie en krachtgericht werken. De genoemde interventies in deze alinea zijn onderdeel van deze methodes (Fiom, 2024).

de adviezen hen hielpen om tot een weloverwogen beslissing te komen of regie over de situatie te ervaren. Ze ervoerden dat ze geen foute keuze konden maken.

Daarnaast waren cliënten tevreden over de goede, kritische, reflectieve en verdiepende vragen die de keuzehulpverleners stelden. Een aantal cliënten dacht hierdoor na over vragen of dingen waar ze zelf niet eerder bij stil hadden gestaan of waar ze niet zelf op waren gekomen. Ze konden dieper naar hun gevoel kijken. Ook zetten bepaalde vragen die de keuzehulpverleners stelden sommige cliënten opnieuw aan het denken of gaf het meer inzicht op de invloed van de verschillende keuzemogelijkheden; nu en in de toekomst. De vragen hielpen cliënten grip te krijgen op hun situatie of de oorzaak van hun twijfels te ontdekken. Daarnaast zorgden de vragen ervoor dat cliënten konden reflecteren op hun eigen gedachten en brachten ze nieuwe inzichten of conclusies teweeg: *“Iedere persoon heeft een andere situatie, dus iedere persoon heeft een eigen aanpak en advies nodig. Ik vond mijn keuzehulpverlener een zeer goede luisteraar, waardoor zij mij keer op keer ook de juiste vragen kon terugstellen die echt op mij van toepassing waren. Deze specifieke vragen hebben mij ontzettend aan het denken gezet en uiteindelijk bepaalde inzichten gegeven die me hielpen in mijn keuze.”*

Een aantal cliënten gaf aan dat zij door het keuzehulptraject meer inzicht hebben gekregen in hun gevoelens, relatie of hun leven. Een cliënt schreef: *“ik had dit gesprek nodig om weer bij mezelf te komen”*. Het gesprek raakte voor sommigen een diepere, onderliggende laag en betekenis van de keuzeopties. Deze inzichten hoopten een aantal cliënten te vinden, anderen hadden dit niet verwacht. Desondanks ervoerden zij dit als positief: *“De keuzehulpverlener ging ook in op de diepere betekenis/zin van deze gebeurtenis voor mijn persoonlijke leven en mijn relatie. Dat verraste mij omdat ik een meer praktische benadering had verwacht, maar heb dit wel als positief ervaren.”* Hierop aansluitend hielpen de keuzehulpverleners cliënten naar hun eigen gevoel te luisteren: *“Wat ik vond dat ze ook erg goed deed was: buiten standaard kaders denken. Dat laatste is heel hard nodig omdat er (bewust of onbewust) allerlei oordelen insluipen vanuit de maatschappij van wat je denkt dat je moet zijn qua opvoeder. Het is erg belangrijk dat los te laten en heel erg naar je eigen gevoel te luisteren. En te kijken welke kant dat zich op ontwikkeld uiteindelijk.”*

Tijdens sommige trajecten waren de zwangere cliënt en de partner/de verwekker samen aanwezig. De vragen die de keuzehulpverleners stelden, verhelderden de gesprekken tussen de cliënten. Sommigen ervoerden dat zij voorafgaand aan het keuzehulptraject niet met elkaar over het keuzeproces konden praten. Het gesprek bracht openheid; cliënten konden hun gevoelens en emoties eerlijk uiten en de keuzemogelijkheden en hun meningsverschillen bespreken: *“In ieder geval heb ik het als een goed iets gezien, omdat hierdoor elkaars verhaal wat duidelijk naar boven kwam. En vond het moeilijk, maar goed dat we beiden moesten nadenken en een antwoord proberen te geven op hoe het voor ons zou zijn als we meegaan in de keuze die de ander prefereert.”* Ze zijn tevreden dat de keuzehulpverleners aandachtig naar hun beiden luisterden, doorvroegen en de verschillende argumenten herhaalden. Hierdoor kregen zij inzicht in hoe de ander dacht en ontvingen zij de antwoorden die ze nodig hadden. Daarnaast ervoerden sommige cliënten dat zij door het keuzehulptraject elkaars standpunten beter konden begrijpen en zich konden inleven in de ander en vice versa: *“Inzicht krijgen in hoe de ander denkt. Hoe keuzes onderbouwt zijn en hoe dit in contrast gezet wordt tegen het antwoord op de vraag: wat als je nou eens zou inbeelden hoe het zou zijn / gaan als je meegaat in de keuze van de ander, hoe zou je dit dan voor je zien?”* Een aantal cliënten kon op deze manier tot een gezamenlijk standpunt of keuze komen. Anderen ervoerden dat hun partner/de verwekker door het keuzehulptraject begreep dat het de keuze is van degene die zwanger is, ondanks dat deze keuze niet bij diens overtuigingen aansloot. Dit creëerde voor een aantal cliënten ruimte om een keuze te maken. Anderen ontvingen tips om met de emoties van de ander om te gaan.

Praktische aspecten

Cliënten waardeerden dat ze snel terecht konden voor een keuzehulpgesprek. Enkelen spraken uit dat dit voor hen belangrijk was, bijvoorbeeld vanwege een gevorderde zwangerschap of omdat dat ze nog een gesprek wilden voorafgaand aan een geplande abortus. Ook werd de laagdrempeligheid van de geboden hulp als positief ervaren. Cliënten vonden het bijvoorbeeld prettig dat ze zonder doorverwijzing terecht konden of online contact konden hebben. Daarnaast waardeerden cliënten het dat de keuzehulpverleners snel reageerden, goed bereikbaar waren voor vragen en nazorg en meedachten in passende hulp voor na het traject. Een cliënt beschreef hoe dit haar heeft geholpen: *“Haar bereikbaarheid en gestelde vragen. Daardoor ging ik nog wat dieper nadenken en voelde ik mij gesteund wanneer dit nodig zou moeten zijn, gezien ik haar zou kunnen bereiken.”* Daarnaast waren veel cliënten dankbaar dat deze hulp in Nederland beschikbaar is en vonden zij het belangrijk dat dit voortgezet wordt. Enkelen benoemden expliciet dat zij de keuzehulp zouden aanraden aan anderen.

5.5.4.2 Negatieve ervaringen

Hieronder wordt met behulp van verschillende thema's en citaten van cliënten uitleg gegeven over de negatieve ervaringen van cliënten. In totaal hebben 47 respondenten (12,5%) 66 negatieve onderdelen van hun ervaringen opgeschreven, dit was 7% van de ervaringen. In de negatieve ervaringen kwam het hoofdelement 'kernwaarden van het keuzehulptraject' alleen terug in de ervaring dat hulpverleners als te sturend werden ervaren. Om die reden is dit hoofdelement in de negatieve ervaringen samengevoegd met 'de eigenschappen van de keuzehulpverlener'.

Eigenschappen van de keuzehulpverlener

"Er werden conclusies getrokken aan hoe ik mij gedroeg en wat ik vertelde tijdens de stoeloefening. Dit beïnvloedde mijn gedachtegang en ik voelde ook weerstand. Volgens mij moet de patiënt zelf tot inzichten komen. Het werd voor mij ingevuld wat de beste keus zou zijn. Ik vond dat erg vervelend."

De houding van de keuzehulpverleners speelde voor meerdere cliënten een belangrijke rol in hoe de ondersteuning werd ervaren. Sommige cliënten gaven aan dat een te sturende houding de mogelijkheid om een eigen keuze te maken belemmerde. Soms voelden cliënten zich ook niet begrepen, bijvoorbeeld in de situatie dat de achtergrond van de hulpverlener erg verschilde met de achtergrond van een cliënt, waardoor de cliënt zich niet begrepen voelde door de keuzehulpverlener. Eenzelfde soort ervaring was er op het moment dat de keuzehulpverlener als jong en onervaren overkwam: *"Stel je niet voor dat je 'al 3 jaar ervaring' hebt bij mensen die ruim 10 jaar ouder zijn."* Ten slotte ervaaarde een andere cliënt 'geen klik' met de keuzehulpverlener. Het gesprek voegde weinig toe aan de gesprekken die al met de omgeving waren gevoerd.

Gebruikte methoden en technieken

"Wat ik miste is het benoemen dat 'de zwangerschapshormonen' ook psychisch effect kunnen hebben. Ik dacht dat ik geen last had van hormonen, maar achteraf voelde ik mij bijna depressief."

In sommige keuzehulptrajecten was behoefte aan andere of meer informatie. Zoals in de quote hierboven beschreven staat was er behoefte aan meer informatie over het effect van hormonen op de mentale gesteldheid. Een ander schreef: *"Het was soms fijn en helpend om te horen hoe het ging met andere koppels en soms ook kwam dat niet goed binnen omdat we vol van onszelf zaten. Misschien kan men vragen of men openstaat voor ervaringsverhalen?"* Anderen misten informatie over de mentale gevolgen van een abortus of nazorg, of hoe je om kon gaan met verdriet. Twee cliënten hadden gehoopt meer handvatten aangereikt te krijgen. Een van de cliënten wilde een meer visuele vorm van informatieverstrekking: *"En eventueel nog duidelijk opschrijven wat de opties zijn of stappen zijn, zodat je deze terug kan lezen, omdat je onder heel veel emoties staat en soms het een beetje aan je voorbij gaat."* Sommige cliënten vonden dat zij niet of te beperkt zijn geïnformeerd over nazorgmogelijkheden.

Sommige cliënten schreven iets op over een specifieke oefening, zoals dat de visualisatie oefening als heftig was ervaren en de cliënt van tevoren meer uitleg hierover had willen hebben. Of dat de stoeloefening gezien werd als een goede methode maar de cliënt vond dat deze te snel werd uitgevoerd. Een ander vond de online Keuzehulp niet gebruiksvriendelijk, omdat het niet mogelijk is om langs de opdrachten te bladeren. Ten slotte was er een cliënt die liever nog wat meer verdiepende vragen gekregen had in plaats van de oplossingsgerichte vragen die tijdens haar gesprek werden gesteld.

Daarnaast werd het als negatief ervaren als de partner te weinig ruimte kreeg in het gesprek: *"Gesprek met partner vond ik lastiger: mijn eigen wens kwam duidelijk naar voren en ik had het gevoel dat de hulpverlener misschien iets meer mijn kant koos, aangezien mijn partner er anders in stond. Partner vond dat gesprek iig heel vervelend."* Ook gaf iemand aan dat het contact en correspondentie alleen gericht is op de vrouw. Een andere client gaf juist aan dat haar partner alle ruimte innam waardoor zij haar gevoelens en zorgen niet kon uiten. Een ander had gehoopt dat de keuzehulpverlener meer had kunnen helpen om de argumenten op een rij te zetten van haar en haar partner omdat zij anders over de situatie dachten.

Een aantal cliënten gaf aan dat ze meer van het gesprek hadden verwacht. Ze hadden meer hulp verwacht of het sloot niet aan bij hun verwachtingen. Sommigen vonden dat het traject hen niet heeft geholpen om een besluit te maken, dat het hen niet verder bracht in hun proces terwijl ze dat wel hadden gehoopt, zoals de cliënt die schreef: *"Tevreden over de begeleiding, maar ontevreden over dat het mij niet verder brengt. Dit kan ik ook niet verwachten, maar die hoop had ik misschien wel."*

Praktische aspecten

Sommige cliënten hebben belemmeringen ervaren om bij de keuzehulpverlener terecht te komen, soms via meerdere doorverwijzingen: *“Ik ben via de huisarts doorverwezen naar Fiom die mij doorverwees naar Sense die mij doorverwezen naar GGD Drenthe en uiteindelijk kwam ik uit bij GGD Groningen.”* En ook na het keuzehulptraject gaven zij aan dat ze behoefte hadden aan nazorg.

Sommige cliënten noemden praktische obstakels, zoals dat de locatie niet makkelijk te vinden was, dat de mail met de afspraakbevestiging onduidelijk was, dat het niet duidelijk was of de partner bij het gesprek aanwezig mocht zijn, dat de spreekkamer kil en medisch aanvoelde, dat het gesprek niet binnen 2 werkdagen plaatsvond en dat het vervelend was dat de afspraak telefonisch was vanwege COVID-19.

Verder gaf een aantal cliënten aan dat het belangrijk is om de bekendheid van keuzehulpverlening te verbeteren zodat meer mensen geholpen kunnen worden. Eén cliënt beschreef het als volgt: *“Ik wist niet dat het bestond, deze manier van hulpverlening. Ik denk dat het goed zou zijn als er meer mensen vanaf wisten die in deze situatie zitten of zaten.”*

5.6 Welke verbeterpunten voor keuzehulptrajecten komen naar voren?

In het algemeen zijn cliënten erg tevreden over de keuzehulptrajecten, 90% geeft een cijfer van 8 of hoger. Uit de analyses van de ervaringen kwamen vier hoofdelementen naar voren die belangrijk waren in hun ervaringen: de eigenschappen van de keuzehulpverlener, de kernwaarden van het keuzehulptraject, de gebruikte methoden en technieken en praktische aspecten.

Behouden

Uit het onderzoek komen een aantal zaken naar voren die van belang zijn om in de keuzehulptrajecten te behouden. De neutrale, begripvolle en onafhankelijke houding van de keuzehulpverleners is de rode draad in de positieve ervaringen van cliënten. Deze houding werd ook in de andere hoofdelementen steeds benoemd en lijkt onlosmakelijk verbonden met alle aspecten van het keuzehulptraject. Het zorgt ervoor dat cliënten hun verhaal, zorgen en vragen, open en zonder het gevoel beoordeeld te worden, bespreekbaar kunnen maken. Ook wordt het aandachtig luisteren als zeer prettig en belangrijk ervaren. Hierop aansluitend is het creëren van een veilige en vertrouwde sfeer een essentieel onderdeel van een positief ervaren keuzehulptraject.

Het ontvangen van begrip en erkenning van keuzehulpverleners maakt het traject persoonlijk. Het is belangrijk dat in ieder keuzehulptraject wordt gekeken naar het verhaal van de cliënt, diens persoonlijke behoeftes en welke ondersteuning bij de situatie past. Sommige cliënten hebben bijvoorbeeld vooral bevestiging van de keuze nodig, anderen wensen een diepere laag of een ander aspect van hun situatie of leven te onderzoeken. Op deze manier blijven cliënten hulp op maat ontvangen. De keuzehulpverleners worden beschreven als experts. Het is belangrijk hun uitgebreide kennis, gespreksvaardigheden en werkervaring te waarborgen. Cliënten geven immers aan dat het ontvangen en het bespreken van de uitgebreide informatie over alle keuzemogelijkheden en het nadenken over de reflectieve en kritische vragen van de keuzehulpverleners hen de gelegenheid biedt een weloverwogen keuze te maken.

Daarbij is het betrekken van de partner/verwekker in het keuzeproces voor veel cliënten van belang. Ook wordt aanbevolen de verschillende oefeningen en opdrachten die in het keuzehulptraject verwerkt zijn te behouden. Het zijn belangrijke hulpmiddelen die cliënten verder helpen in hun proces. Ten slotte is het van belang dat de keuzehulptrajecten laagdrempelig blijven, de gesprekken snel in te plannen zijn, cliënten geen druk ervaren om een bepaalde keuze te maken en de keuzehulpverleners goed bereikbaar zijn.

Verbeteren

Uit de resultaten van het onderzoek komen een aantal verbeterpunten naar voren. Het is belangrijk dat de algemene bekendheid van de keuzehulptrajecten vergroot wordt zodat deze ondersteuning voor meer mensen vindbaar en toegankelijk is. Om cliënten sneller te kunnen helpen, dienen doorverwijzingen vanuit andere organisaties naar keuzehulp en doorverwijzingen onderling (binnen het Landelijk Netwerk Keuzehulp) verbeterd te worden. Ook komt naar voren dat sommige cliënten behoeften hadden aan meer nazorg. Niet alleen van de keuzehulpverleners, er is ook behoefte aan informatie over andere nazorg- of ondersteuningsmogelijkheden.

De ervaringen van cliënten geven een aantal inhoudelijke aandachtspunten weer die in essentie gaan over het belang van blijven aansluiten bij iemands persoonlijke situatie, vragen en behoeftes. Bijvoorbeeld door samen met cliënten op

verschillende momenten in het traject te onderzoeken hoe zij informatie wensen te ontvangen (mondeling of schriftelijk), te vragen of ze voldoende handvaten krijgen aangereikt en of deze overeenkomen met hun leefwereld, denkprocessen en verwachtingen van het keuzehulptraject. Er mag in de trajecten ook meer aandacht zijn voor informatie over het effect van hormonen, de gevolgen van de keuzemogelijkheden en het omgaan met verschillende emoties. Ook kan het helpend zijn om tijdens het traject regelmatig te controleren wat iemand op dat moment nodig heeft; een voorbeeld hiervan is dat ervaringsverhalen door sommige cliënten als hulpmiddel worden beschreven, anderen stonden er op dat moment niet voor open.

Het vinden van een balans in het gesprek met de cliënten en hun (tegenstrijdige) argumenten is tevens een aandachtspunt. Het is belangrijk dat beide gehoord worden en de keuzehulpverlener geen kant kiest of oordeelt over de situatie. Extra aandacht hiervoor in de (na)scholing van keuzehulpverleners is aan te bevelen.

Ten slotte blijkt verwachttingsmanagement belangrijk om teleurstelling te voorkomen over wat het keuzehulptraject kan betekenen; ondanks dat de keuzehulpverleners naast de cliënten staan, moeten ze uiteindelijk zelf tot een keuze komen. Soms is daar meer tijd voor nodig dan de cliënt in eerste instantie had gehoopt of verwacht.

5.7 Beperkingen van het onderzoek

Cliënten ontvangen na het keuzehulptraject het cliënttevredenheidsonderzoek. Zoals eerder beschreven is het een eenmalige vragenlijst. Hierdoor is het niet mogelijk dieper in te gaan op de ervaringen, gevoelens en gedachten die cliënten beschrijven. Sommige cliënten beantwoorden de open vragen met losse woorden zoals 'tevreden', 'professionaliteit' of 'de opdrachten', waardoor de context van hun positieve of negatieve ervaring ontbreekt.

Er kan sprake zijn van selectie in het onderzoek, bijvoorbeeld doordat mensen die geen Nederlands of Engels spreken niet bereikt worden met het onderzoek, en misschien dat zij ook minder snel professionele ondersteuning zoeken. Het is mogelijk dat we met het cliënttevredenheidsonderzoek alleen personen includeren die heel (on)tevreden waren over de keuzehulp en zich om die reden willen uitspreken. Een andere reden van non-respons kan zijn dat sommige cliënten die keuzehulp hebben ontvangen een ingewikkeld of moeilijk proces doorgaan. Mogelijk voelen zij op het moment dat ze de vragenlijst ontvangen geen ruimte om op de begeleiding te reflecteren. Dit kan bijvoorbeeld ook te maken hebben met ervaren druk, waardoor het te confronterend kan zijn om te reflecteren op de keuzehulpverlening.

Daarnaast bestaat de mogelijkheid op selectieve non-respons. Dit betekent dat de keuzehulpverleners het cliënttevredenheidsonderzoek mogelijk niet na alle keuzehulptrajecten versturen. Bijvoorbeeld omdat zij het vanuit professioneel oogpunt niet passend achten een cliënt hiermee te belasten of dat de cliënt aangeeft het cliënttevredenheidsonderzoek niet te willen ontvangen. Het is ook denkbaar dat een cliënt zich in een onveilige situatie bevindt waarin geheimhouding belangrijk is of de cliënt tijdens het keuzehulptraject anoniem wenst te blijven. Daarnaast blijkt uit het registratie-onderzoek dat 21% van de keuzehulptrajecten bestaat uit gesprekken met de vrouw én man. De keuzehulpverlener beschikt wellicht alleen over de contactgegevens van de zwangere persoon waardoor de partner/verwekker het cliënttevredenheidsonderzoek niet ontvangt. Ten slotte bestaat de kans dat keuzehulpverleners het cliënttevredenheidsonderzoek soms vergeten te versturen.

5.8 Subconclusies hoofdstuk 5

Uit het cliënttevredenheidsonderzoek blijkt dat cliënten erg tevreden zijn over de keuzehulptrajecten, onder andere omdat keuzehulpverleners vanuit een neutrale en begripvolle houding samen met hen onderzoeken wat zij nodig hebben om een weloverwogen keuze te kunnen maken. Het is van belang aandacht te blijven houden voor de unieke leefwereld van cliënten en (cultuur)sensitief te werken en te reflecteren op deze hulpverlening.

6 Kwalitatieve bevindingen zorgervaringen en -behoeften rond onbedoelde zwangerschap

Lindy Beukema en Jens Henrichs - UMCG

Annemarie Reilingh, Wieke Beumer en Jenneke van Ditzhuijzen - Amsterdam UMC

6.1 Doelen

De onderzoeksvraag die in dit hoofdstuk beantwoord wordt, is ‘Wat zijn ervaringen van vrouwen (en mannen) met de zorg en ondersteuning bij een onbedoelde zwangerschap?’ In [hoofdstuk 5](#) stond deze vraag ook centraal, maar werd ingegaan op de keuzehulpverlening op basis van een klanttevredenheidsonderzoek. In dit hoofdstuk verkennen we het gehele zorgpad van mensen die te maken krijgen een onbedoelde zwangerschap.

Vrouwen met een onbedoelde zwangerschap kunnen te maken hebben met reguliere eerstelijnszorg zoals de huisarts of de verloskundige, maar kunnen ook zorg ontvangen in ziekenhuizen en abortusklinieken. Verschillende zorgverleners kunnen in diverse stadia een belangrijke rol hebben in de zorg en ondersteuning (SeksHAG/ Rutgers/ Fiom, 2020). Daarnaast kunnen zowel de abortusklinieken, huisartsen, als gecertificeerde keuzehulporganisaties keuzehulp bieden zodat zwangeren (en hun partners) een keuze kunnen maken over de voortzetting of het afbreken van een zwangerschap. Na een abortus kan men gebruik maken van nazorg in de meeste abortusklinieken of bij huisartsen en andere gespecialiseerde hulpverleners, om over de ervaring te praten en eventueel voor anticonceptiezorg om herhaalde onbedoelde zwangerschap te voorkomen. Iedereen die wil praten over zijn/haar abortuservaring kan daarnaast terecht bij gespecialiseerde hulpverleners uit het keuzehulpnetwerk.

Onderzoek naar de ervaringen met de zorg en ondersteuning bij onbedoelde zwangerschappen is nog redelijk onontgonnen gebied onder met name laag-risico groepen vrouwen met een leeftijd van 25-45 jaar. Er is onderzoek gedaan door het RIVM (2021) waarin ook ervaringen met de zorg en steun in kaart zijn gebracht. In dit onderzoek zijn deze ervaringen alleen niet uitgediept. Onderzoek hiernaar biedt de mogelijkheid specifieke zorgbehoeften en ervaringen met bejegening en ondersteuning door eerstelijns- en specialistische zorgverleners te evalueren. Dergelijke inzichten kunnen helpen een integrale zorgaanpak te ontwikkelen en bestaande zorg op dit gebied te optimaliseren en te personaliseren. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat onbedoeld zwangeren ook géén zorgbehoefte kunnen hebben, of dat zij informele zorg of steun ontvangen. Deze informele steun valt buiten de scope van voorliggend onderzoek, omdat dit onderwerp inhoudelijk meer ruimte verdient dan binnen dit project mogelijk is. Ook is dit aspect al in kaart gebracht in de Monitor onbedoelde (tiener)zwangerschappen (RIVM, 2021).

6.2 Werkwijze en deelnemers

In hoofdstuk 4 staat de methode van de interviews uitgebreid beschreven, we verwijzen de lezer dan ook graag terug naar [die omschrijving](#). Voor het huidige hoofdstuk was het UMCG in de leidende rol, wat betekent dat de eerste analyse is uitgegaan van de door UMCG verzamelde data. De onderzoekers van Amsterdam UMC en UMCG hebben ieder zelf hun eigen data gecodeerd, waarbij tussentijds overleg is geweest. De onderzoekers van Amsterdam UMC hebben de analyse aangevuld op onderdelen waar het UMCG minder zicht op had gekregen, zoals de perspectieven van mannen en die van mensen die een zwangerschap afbraken.

6.3 Interviewleidraad onderzoeksvraag 3

Tijdens interviews werden respondenten gevraagd om te reflecteren op hun ervaringen met en beleving van de zorg vanaf het moment van ontdekking tot en met na het uitdragen dan wel afbreken van de onbedoelde zwangerschap. De volgende onderwerpen werden in het interview uitgevraagd.

Eerste zorgcontact: Heb je/jullie contact gezocht met een zorgverlener nadat je of je partner ontdekte dat je/ze onverwacht/onbedoeld* zwanger was? Zo ja, kun je me daar wat meer over vertellen? Met welke zorgverleners heb je/jullie/zij contact gehad? Zo, nee, kun je me vertellen waarom je/jullie/zij geen contact hebt gezocht?

Keuzehulpverlening: Sommige mensen twijfelen heel erg over het wel of niet uitdragen van een onverwachte/onbedoelde* zwangerschap, anderen hebben daar direct een heel duidelijk gevoel bij. Heb je/jullie/je

partner daarover ook met een zorgverlener gesproken? Hoe was dat? Wat heeft je daarbij geholpen? Wat heb je daarbij gemist?

Ervaring met en beleving van de zorg (bij de huisarts, verloskundige, ziekenhuis en/of abortuskliniek): Hoe verliep het contact met de [zorgverlener]? Hoe heb je het contact ervaren? Wat heb je gemist? Wat heeft je geholpen?

Ervaring met en beleving van nazorg: Heb je na deze zwangerschap nog contact gehad met een zorgverlener met betrekking tot de 'onverwachtheid/onbedoeldheid*' van je zwangerschap? Zo ja; hoe was het contact met deze zorgverlener(s) na je onverwachte* zwangerschap? Zo nee; had je hier behoefte aan? Heb je na je onverwachte/onbedoelde* zwangerschap met een zorgverlener gesproken over anticonceptie?

Tips voor zorgverleners: Heb jij tips voor een zorgverlener als iemand met een onverwachte/onbedoelde* zwangerschap contact met ze opneemt?

*We gebruikten hier het woord dat de geïnterviewde het meest toepasselijk vond.

6.4 Resultaten: Zorgpaden

Voordat we dieper ingaan op de eigenlijke ervaring met en beleving van de zorg rondom een onverwachte zwangerschap, beschrijven we eerst welke zorgverleners respondenten gezien hebben en welke zorgroutes de respondenten doorlopen hebben (zie [Figuur 6.2](#)). Het onderstaande is een beschrijving van de zorgpaden zoals gerapporteerd door de respondenten en bevat daarom geen quotes. In [sectie 6.5](#) wordt de beleving van de zorg en zorgverleners uiteengezet aan de hand van de gevonden hoofdthema's.

Sommige respondenten namen als eerste contact op met de huisarts, anderen met een verloskundige of gynaecoloog en weer anderen met een abortuskliniek. Bepalend voor met wie mensen als eerste contact opnemen na de ontdekking van een onverwachte zwangerschap is: a) in hoeverre er sprake is van twijfel of een duidelijk eerste gevoel bij de ongeplande zwangerschap (gevoel dat neigt naar uitdragen of afbreken), b) de kennis die mensen hebben over de mogelijke zorgroutes en c) de zorgvraag die mensen hebben (bijvoorbeeld voor prenatale diagnostiek of termijnbepaling). Logischerwijs verschilt vervolgens de route door de zorg afhankelijk van welke keuze mensen maakten voor het uitdragen of afbreken van de zwangerschap. Echter, er waren ook variaties binnen die groepen. Dit wordt hieronder per zorgverlener verder toegelicht.

Huisarts

Veel mensen hadden eerst contact met de huisarts. Voor de groep die neigde naar abortus dachten velen een verwijsbrief van de huisarts nodig te hebben voor een afspraak bij een abortuskliniek. De meeste huisartsen adviseerden dan om zelf contact op te nemen met de abortuskliniek en een afspraak te maken. Bij een enkeling gaf de huisarts wel een verwijsbrief terwijl het niet nodig is.

Binnen de groep die de zwangerschap uitdroeg, had het eerste contact met de huisarts vooral te maken met a) verwarring over bij welke zorgverlener men moet zijn, b) twijfel over de keuze en c) medische vragen of doorverwijzing voor prenatale diagnostische testen/onderzoek of termijnbepaling. Opvallend is dat een deel van de vrouwen die direct een duidelijk gevoel richting uitdragen hadden, niet wisten bij welke zorgverlener ze moesten aankloppen en dan maar de huisarts belden. Deze vrouwen kregen dan vaak van de huisarts assistent te horen dat ze zelf contact op moeten nemen met de verloskundige. Een klein deel van de respondenten die de zwangerschap uitdroeg kwam bij de huisarts met twijfel over de keuze voor het uitdragen dan wel afbreken van de zwangerschap. In deze gevallen heeft de huisarts soms zelf een keuzehulpverleningsgesprek gevoerd, de respondent doorverwezen naar een keuzehulporganisatie (Fiom of Siriz werden genoemd) of praktijkondersteuner, of de respondent werd gestimuleerd zelf contact op te nemen met een abortuskliniek. Een kleine groep kwam bij de huisarts voor medische vragen, die huisartsen zelf oplossen bij eenvoudige medische vragen of ze verwijzen door naar het ziekenhuis of een verloskundige (bijvoorbeeld in het geval van prenatale diagnostische testen of termijnbepaling).

Een aantal respondenten (zowel vrouwen als mannen) gaf expliciet aan het gesprek over de onverwachte zwangerschap en de eventuele keuzehulpverlening niet bij de huisarts te willen doen. Ze vonden dat de huisarts dat niet hoefde te weten, daar niet de juiste persoon voor was, niet neutraal genoeg voor was, of waren bang dat ze daar bekenden tegen zouden komen of dat familie het dan te weten kwam (met name in kleine woonplaatsen/dorpen).

Verloskundige

Een deel van de mensen kwam als eerste bij de verloskundige, maar het betrof hier met name respondenten uit de groep uitdragen. Bij deze groep kwam men voornamelijk op eigen initiatief bij de verloskundige. In de groep uitdragen vertelden deze respondenten zelf als eerste contact opgenomen te hebben met een verloskundige, omdat ze al kennis hadden over de te kiezen route in de zorg, ze vanwege eerdere zwangerschappen al bekend waren bij de verloskundige en/of ze geen twijfel ervaarden over hun keuze (uitdragen). Een deel van de respondenten die kozen voor het afbreken van de zwangerschap, vertelden eerst bij de verloskundige te zijn geweest voor een termijnbepaling (met echo). Wanneer men niet op eigen initiatief bij de verloskundige kwam, waren ze door de huisarts doorverwezen.

Ziekenhuiszorg

Men komt in enkele gevallen in het ziekenhuis na doorverwijzing voor prenatale diagnostiek of specifiek bij de groep uitdragen voor zwangerschapszorg wanneer er sprake was van een zwangerschap met complicaties of medische risico's.

Keuzehulpverleningsorganisaties

Alleen door enkele respondenten worden Fiom en Siriz genoemd als organisaties waar mensen op eigen initiatief komen (via het zoeken naar informatie op het internet) of hierop gewezen worden door een zorgprofessional.

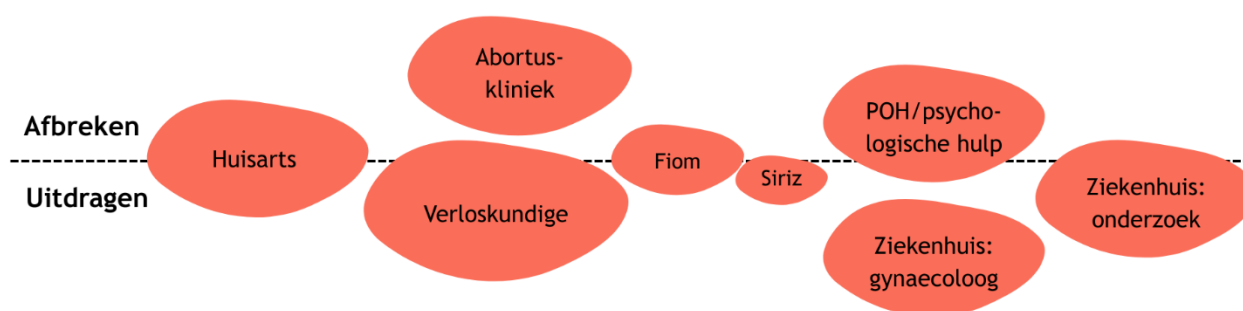
Abortuskliniek

Alleen de respondenten uit de groep afbreken vertelden bij een abortuskliniek te zijn geweest. Het verschilde hoe lang ze hadden moeten wachten op een afspraak. Sommige respondenten vertelden enkele dagen, tot soms één of twee weken, te hebben moeten wachten tot zij een afspraak hadden voor de behandeling. Andere respondenten vertelden binnen één dag een afspraak te hebben. Sommige respondenten kwamen, zoals eerder beschreven, via de huisarts bij de abortuskliniek omdat ze in de veronderstelling waren dat ze een verwijfsbrief nodig hadden van de huisarts, terwijl dit niet verplicht was en is.

Psychologische hulp

Enkele deelnemers vertelden ook bij een zorgverlener te zijn geweest voor psychologische hulp rondom de zwangerschap, bijvoorbeeld een praktijkondersteuner, de POP-poli of een psycholoog. Deze hulp was meestal ingeschakeld via de huisarts. Deze hulp was bijvoorbeeld gericht op het omgaan met de keuze voor het uitdragen van de ongeplande zwangerschap of omdat de situatie rondom het ontstaan van de zwangerschap traumatisch was. Vaak kregen mensen al psychologische hulp voordat de zwangerschap was ontstaan, bijvoorbeeld voor een depressie of ADHD. Wanneer zij onbedoeld zwanger raakten, konden zij via dezelfde hulpverlener vaak ook verdiepende begeleiding hierbij krijgen.

Figuur 6.2 Visuele weergave van zorgcontacten die onbedoeld zwangeren (en partners) kunnen tegenkomen



6.5 Resultaten: Ervaringen met zorg

Uit de interviews komen zes hoofdthema's naar voren over de ervaring met en beleving van de zorg rondom een onverwachte zwangerschap:

1. Onduidelijkheid en verwarring over de zorgroute
2. Ervaringen met en verwachtingen over oordeel(vrijheid) in bejegening
3. Partnerbetrokkenheid bij een onverwachte zwangerschap
4. Aandacht voor het omgaan met onverwacht ouderschap
5. Begeleiding en informatievoorziening over abortus en de abortuskliniek
6. Het gesprek over anticonceptie na een onverwachte zwangerschap

We bespreken de zes hoofdthema's eerst stuk voor stuk om hun betekenis helder te maken. Waar opvallende verschillen zijn gevonden tussen vrouwen en mannen of tussen groepen die kozen voor uitdragen of afbreken, dan geven we dit aan.

6.5.1 Thema 1: Onduidelijkheid en verwarring over de zorgroute

Er was zowel onder de onverwacht zwangeren die kozen voor uitdragen als onder de zwangeren die kozen voor afbreken sprake van onduidelijkheid en verwarring over bij welke zorgverlener ze terecht konden na de ontdekking van een onverwachte zwangerschap.

Onder de onverwacht zwangeren die kozen voor uitdragen vertelden enkele respondenten dat ze niet wisten dat ze direct naar de verloskundige konden. Daarom belden zij eerst de huisarts (zonder hulpvraag rondom twijfel of afbreken). Deze respondenten vertelden ook dat ze contact opnamen met de huisarts vanuit een eerste 'paniek' na de confrontatie met de onverwachte zwangerschap. Hierbij hadden deze vrouwen een negatieve ervaring met de huisarts assistent, waarbij ze voor hun gevoel werden afgewimpeld en zij zich niet gehoord voelden.

"Ik vond dus met name de reactie van de huisarts, ja daar voelde ik me gewoon echt niet gehoord. [...] ik ben er echt van overtuigd dat het heel duidelijk was aan de telefoon te horen dat ik compleet in paniek was en dat werd gewoon niet opgepakt. [...] dat vond ik wel heel vervelend dat dat zo ..., dat ik echt dacht: help, en dat zij zeiden: nee, dat gaan we niet doen. Dat voelde zo alsof ik aan het zwemmen was en toen nog harder moest zwemmen zeg maar." ~ Vrouw met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

Een respondent vertelde dat ze op basis van de informatie uit de bijsluiter van de zwangerschapstest naar de huisarts is gegaan; deze informatie lijkt dus niet aan te sluiten bij de praktijk.

"Ik had me natuurlijk helemaal niet voorbereid op een zwangerschap, dus ik wist helemaal niet wat je moest doen als je erachter komt dat je zwanger bent en in dat briefje bij de test stond 'ga naar de huisarts'³. Nou ja goed, ik naar de huisarts en er stonden drie mensen achter me en die assistente was niet heel subtiel [...] ze zei van 'ja, ga hier maar naar beneden, daar zit een verloskundige praktijk'." ~ Vrouw met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

Daarnaast werd ook in de groep die koos voor abortus vaak gesproken over verwarring over waar ze terecht kunnen. Een aantal respondenten was in de veronderstelling dat de huisarts ze moet verwijzen naar de abortuskliniek. Op het moment dat onze geïnterviewden te maken hadden met een onverwachte zwangerschap, was er bij een deel nog een verplichte bedenktijd. Het was in die periode vrij gebruikelijk dat wanneer mensen eerst de huisarts bezochten en dan daarna naar de abortuskliniek gingen, de bedenktijd al was verstreken tussen de afspraken in. Maar dit was niet wat hier aan de hand was. Deze mensen waren er echt van overtuigd dat er een verwijfsbrief nodig was om bij een abortuskliniek terecht te kunnen terwijl ze daar ook in de periode van de bedenktijd rechtstreeks heen konden gaan. Zij gaven bovendien aan dat zij bij voorkeur niet naar de huisarts waren gegaan.

"En vanuit een rol als arts krijgt dat automatisch een bepaald gewicht, want hij heeft uiteindelijk de touwtjes in handen zo gezegd, want je hebt een brief van de huisarts nodig om überhaupt, een gesprek bij de abortuskliniek te kunnen voeren. Dus de verhouding is al een beetje niet kies, zeg maar." ~ Man met abortuservaring

³ Op basis van deze ervaring hebben wij dit nagekeken, er blijken inderdaad bijsluiters te zijn waarin staat "Als de uitslag 'Zwanger' is, maakt u een afspraak met uw huisarts. Hij of zij kan u vertellen wat u vervolgens moet doen. Uw huisarts berekent het stadium van uw zwangerschap op basis van de eerste dag van uw laatste menstruatie."

6.5.2 Thema 2: Ervaringen met en verwachtingen over oordeel(vrijheid) in bejegening

Dit thema wordt hieronder besproken aan de hand van drie sub-thema's: a) de manier van communicatie, houding en bejegening van zorgverleners, b) de verwachting die men heeft over veroordeeld worden door een zorgverlener, en c) stereotypen en verwachtingen over abortusklinieken.

6.5.2.1 Manier van communicatie, houding en bejegening zorgverleners

Hieronder beschrijven we zowel de positieve als negatieve ervaringen van respondenten met betrekking tot de manier van communicatie, houding en bejegening vanuit zorgverleners. Wat opvalt is dat de positieve en negatieve ervaringen eigenlijk twee kanten van dezelfde munt zijn: aan de positieve kant bevinden zich ervaringen waarbij een zorgverlener oordeelvrij is geweest en een open en warme sfeer creëerde waarin iemand zich begrepen en gehoord voelt. Aan de negatieve kant sprak men over zorgverleners waarbij respondenten zich veroordeeld voelden, het gevoel hadden zich te moeten verantwoorden, waarbij gevoelens als schaamte en schuld versterkt of aangewakkerd werden en waar ze zich niet begrepen en gehoord voelden.

Positieve ervaringen

Een aspect dat bij vrijwel elke respondent terugkwam als een positieve ervaring, is wanneer er een open en niet-veroordelende communicatie en houding is bij de zorgverlener. Dit werd genoemd in relatie tot alle zorgverleners die een persoon kan tegenkomen in de zorg en ondersteuning rondom een onverwachte zwangerschap. Rondom de besluitvorming worden bijvoorbeeld positieve dingen genoemd als: er was begrip voor de situatie, iemand kon goed doorvragen zonder oordelend te zijn en er was ook na de beslissing nog ruimte voor extra gesprekken. Een respondent beschreef het gesprek bij een keuzehulporganisatie bijvoorbeeld als:

“Ze sturen ook echt op geen enkele manier. Ze begeleiden gewoon het gesprek en proberen bij jou te achterhalen waar je pijn ligt.” ~ Vrouw met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

Andere respondenten vertelden bijvoorbeeld over de verloskundige die ambivalente gevoelens goed door had of oordeelvrij het gesprek aan ging:

“[Het contact met de verloskundige was] heel goed want ik denk dat zij wel heel goed zag dat daar niet een persoon zat die vol euforie zwanger zat te zijn. Ik denk dat zij dat wel goed doorhad. Dus zij stelde daar ook wel heel veel vragen over.” ~ Vrouw met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

“Zo waardevol als er iemand is die zo oordeelvrij haar werk kan doen. [...] ze heeft een keer letterlijk gezegd, zelfs van, ik heb er geen oordeel over en als ik dat zou hebben, dan zou dat niet van toepassing zijn, want het is jullie keuze, niet de mijne, dus dat ze dat letterlijk zei. Dat hielp heel erg. Maar ook dat ze helemaal geen sturende of suggestieve vragen heeft gesteld, maar echt alleen maar open vragen en ons is gevolgd daarin en hè, [...] en gewoon een soort betrokkenheid en echt openheid.” ~ Vrouw met abortuservaring

Veel respondenten ervaarden de abortuskliniek ook als een fijne plek met vriendelijk personeel en een warme sfeer. Wat men bijvoorbeeld als positief ervaarde, was een balans tussen wél nagaan of er een keuze gemaakt is en of men zeker is van de keuze, maar geen oordeel. Dat luistert nauw. Mensen beschreven dat ze daardoor ook geen gevoel kregen zich te moeten bewijzen dat ze echt een abortus willen.

“Dat ze echt vroegen naar hoe ik mij voelde en welke overweging ik had. En dat ik ook niet hoefde te bewijzen dat ik echt die abortus wilde, ze vroegen wel één keer, vroegen ze, voordat ik die pil kreeg, ‘weet je echt zeker?’ en toen zei ik ‘ja’ en toen kreeg ik niet nog een keer de vraag: ‘maar weet je wel echt dat je dat je nu ...’. Dat voelde juist heel erg alsof dat mijn keuze was en dat die gerespecteerd was.” ~ Vrouw met abortuservaring

Geen enkele respondent beschreef slechte ervaringen te hebben gehad met het besluitvormingsgesprek in de abortuskliniek. Bij het doorvragen naar welke aspecten vooral zorgden voor een fijn dan wel niet fijn gevoel noemden respondenten vooral vriendelijkheid, een ontspannen en warme sfeer, dat er met aandacht naar je gekeken wordt, en zonder oordeel ontvangen worden in een kliniek.

“Voor mij persoonlijk heel erg goed. Ik vond, wat ik dan natuurlijk heel belangrijk vind is dat ze dan gewoon vriendelijk zijn. Lief zijn, gewoon de tijd nemen. Ja, gewoon dat de vibe maar goed is, en dat vond ik wel heel erg fijn.” ~ Vrouw met abortuservaring

“Fantastisch hoe de zorg daar geregeld is, echt alleen maar lof, die mensen zijn zo vriendelijk en weten precies wat ze moeten zeggen en zijn er. Ik had echt het gevoel dat ze er voor mij waren.” ~ Vrouw met abortuservaring

Negatieve ervaringen

Er werd over het algemeen gesproken over een negatieve ervaring wanneer een zorgverlener oordelend communiceert, ongewenst iemand feliciteert, er geen ruimte is voor iemands ambivalente gevoelens over de zwangerschap en wanneer er een kille of afstandelijke sfeer heerst bij een zorgverlener of kliniek. Een voorbeeld wat een aantal keren genoemd werd, is dat een huisarts zich gaat bemoeien met de besluitvorming en daarover soms ook een eigen oordeel en mening geeft, ook terwijl de beslissing al genomen is. Dit werd dan als ongepast en niet-helpend ervaren en zorgde ervoor dat iemand zich niet gezien of gehoord voelde.

“Ik had toen dus ook al eigenlijk al wel mijn beslissing genomen. En toen zei de huisarts van ‘Ja, wat wil je dan?’, En ja, ‘denk er nog even over na wat je dan wil doen’, en ik dacht eigenlijk... Maar ik hoef, ik heb de beslissing al genomen. [...] Dan voel ik me juist niet gezien en gehoord. Omdat ik dan, kan ik eerder, zeg maar, boos worden van dat ik zeg van: ‘Luister, ik heb al een beslissing genomen. Ik hoef hier niet over na te denken.’” ~ Vrouw met abortuservaring

“Toen dan de keuze kwam dat we toch voor de abortus gingen, hebben we een gesprek gehad met de huisarts. Daar moesten we allebei apart op gesprek komen en dat vond ik echt een heel onprettig gesprek. Dat was echt verschrikkelijk. [...] Hij zei letterlijk: ik ben natuurlijk een ouwe man en ik kan er niet achter staan vanwege mijn principes en overtuigingen. En ik denk echt dat je man wel bijdraait, dus je moet het maar gewoon geboren laten worden. En als het kindje er eenmaal is, dan gaat ie er vanzelf voor zorgen. Terwijl wij echt het besluit al hadden genomen en echt, echt goed hadden overwogen. En hij heeft ook nog op mijn man proberen in te praten, blijkbaar apart. Maar ik voelde me helemaal niet gehoord door hem.” ~ Vrouw met abortuservaring

“Wij zijn het gesprek ingegaan met, we weten niet of we het gaan houden, dus het was wel duidelijk dat tussen ons, ja, dat het een discussie was en die optie er was. Toch vond de huisarts het nodig om daar zijn visie op neer te leggen. En vanuit een rol als arts krijgt het automatisch een bepaald gewicht, want hij heeft uiteindelijk de touwtjes in handen zo gezegd, want je hebt een brief van de huisarts nodig om überhaupt een gesprek bij de abortuskliniek te kunnen voeren. Dus de verhouding is al een beetje niet kies zeg maar.” ~ Man met abortuservaring

Een aantal respondenten vertelden daarnaast over hoe het gesprek met een zorgverlener bij hen een schuldgevoel opwekte wat betreft het (mogelijk) kiezen voor een abortus of prenatale diagnostiek.

“Het was heel kort. Ik kwam binnen en hij vroeg waarom ik daar was, dus ik zei, ‘ik heb een positieve zwangerschapstest’. En, ‘ik wil het niet’. Dat was het eigenlijk een beetje. ‘Ja, dan moet je maar daar contact mee opnemen. Doeit’. Zo ging het eigenlijk. Gesprek heeft nog geen twee minuten geduurd. [...] Hij heeft niet gevraagd waarom ik het niet wilde en hoe dit is gebeurd. Ja, het voelde eigenlijk alsof ik me dan nog meer voor moest schamen als dat ik al deed. [...] Ja, ik ging daardoor een beetje zo van, ik mag er niet... ik mag er niet zijn. Dit had nooit mogen gebeuren, dat soort gevoelens. [...] Het gevoel van falen en van schuld, denk ik dat ik daardoor heb gekregen.” ~ Vrouw met abortuservaring

“Ik weet wel dat ik wel doorhad dat zij [zorgverlener ziekenhuis, niet-gespecificeerd] mij ervan probeerde te overtuigen dat ik dat niet moest doen [een eventuele abortus]. [...] Waar het mij mee achterliet was van, volgens mij vond deze mevrouw mij maar een aansteller van doe niet zo moeilijk en hoezo is het erg als je een gehandicapt kind hebt? [...] Ook die opmerking van haar, die heeft ook nog best wel heel lang gezorgd voor een soort van ja, is het een schuldgevoel? [...] Ja, dat schuldgevoel, dat heeft me nog best wel lang achternagezeten zeg maar.” ~ Vrouw met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

Meerdere respondenten vertelden van deze gesprekken nog lang last hebben gehad, zowel emotioneel (zoals in de quote hierboven), als in dat een respondent vertelde haar huisarts na het vervelende gesprek nog langere tijd vermeden te hebben.

“Nee, en ik heb ook eerlijk gezegd, de huisarts vermeden. Toen ik laatst ziek was, dacht ik, nou, ik geloof dat ik het wel zonder jou red.” ~ Vrouw met abortuservaring

Een deel van de respondenten vertelden dat ze voelden dat er verwacht werd dat ze blij moeten zijn met de zwangerschap, terwijl dit niet altijd het geval was. Hier werd in deze gevallen niet altijd rekening mee gehouden door hun huisarts of verloskundige.

“Over het algemeen was het echt weer van, je moet wel blij zijn en het gaat allemaal goed en je bent een uitzondering, dit komt eigenlijk nooit voor. Maar ik zei, ja maar het komt wel voor.” ~ Vrouw met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

Een respondent vertelde bijvoorbeeld dat de huisarts direct feliciteerde, terwijl zij geen blijde gevoelens had over de zwangerschap. Dit leverde gevoelens van schaamte op.

“Toen zei [de huisarts] van oh, gefeliciteerd. Dus ik had echt zoiets van. Oh, ja, natuurlijk. In mijn hoofd was het zo’n shock dat ik er niet bij nadacht dat andere mensen dan zo een reactie kunnen geven. Ik dacht, ze gaan gelijk mij helpen met wat kun je dan doen op zo’n moment. Dat was wel, was wel een shock. [...] Ik had gelijk wel het gevoel van, dit is nu niet het moment om een kind te hebben, zeg maar, dus ik schaamde me wel dat ik daarna dat dan moest zeggen.” ~ Vrouw met abortuservaring

Een aantal respondenten vertelden dat er naar hun idee ook geen ruimte was voor hun ambivalente gevoelens bij de verloskundige. Dit leidde er dan toe dat vrouwen het gevoel hebben dat hun gevoelens er niet mogen zijn.

“Ik herinner me wel dat ze inderdaad vroeg of ik het dan wilde houden en dat was gewoon een duidelijke ja, al vanaf het begin, voor mij. Nou, daarna bleef het daar eigenlijk ook een soort van bij. Toen ging ik gewoon in het normale proces mee [...] ik merk ook dat ik nu emotioneel word om een of andere reden. Ik weet niet waarom, ja, omdat ik gewoon wel heel veel twijfels had over mijn gevoel, over mijn emoties erover [...] ik dacht de hele tijd echt dat mijn gedachten en emoties daarover niet normaal waren. Dus daar had echt wel iets meer aandacht voor mogen zijn denk ik.” ~ Vrouw met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

Enkele respondenten beschreven ook dat ze het gevoel kregen dat ze het emotioneel erg zwaar moesten hebben, bijvoorbeeld met hun keuze voor het afbreken van de zwangerschap, terwijl het dat voor hun niet het geval was.

“Alleen ik had het gevoel dat sommige mensen het idee hadden dat het heel zwaar zou moeten zijn voor mij, terwijl ik het niet ervaarde als superzwaar.[...] Heel veel mensen gaan er ook meteen vanuit dat het een moeilijke keuze is, bijvoorbeeld. Terwijl dat het voor mij nooit was.” ~ Vrouw met abortuservaring

Hoewel de ervaringen in de abortuskliniek overwegend positief waren hadden enkele respondenten wel een negatieve ervaring rond de bejegening. Ervaringen van respondenten zijn bijvoorbeeld negatiever wanneer er geen tijd of aandacht is voor hen. Ook wordt er door sommige respondenten negatief gesproken in termen van sfeer. Zo is er een respondent die aangeeft dat de sfeer al direct niet goed voelde, niet warm en klantvriendelijk. Een andere respondent beschrijft de sfeer bij een kliniek zelfs als ‘vijandig’. Deze respondent besloot uiteindelijk naar een andere kliniek te gaan, waar zij wel over te spreken was.

“Ik denk, nou dat start natuurlijk bij de receptioniste of ze oogcontact met je maakt. Hoe beschikbaar ze zich opstellen voor jou. Want bij die andere kliniek was het van, we hebben hier geen tijd voor. Weet je wel, voor jouw emotie of jouw... Ja heel gehaast kwam het over. Die mensen die daar werkten voelden niet alsof ze kalm waren. Het voelde aan alsof ze stress hadden en dat iets in hun werksfeer niet prettig was eigenlijk.” ~ Vrouw met abortuservaring

Sommigen hadden het ook wel over een bepaalde mate van afstandelijkheid of sterielheid en kilheid of dat het niet heel intiem of geruststellend voelde.

“Toen ik echt daar was [abortuskliniek], dacht ik: het is wel heel afstandelijk. Er werd niet bijvoorbeeld gevraagd: oh, hoe gaat het met je? Dat was echt, dat werd wel gevraagd bij de controleafspraak daarna, maar toen dacht ik: ja, nu heb ik het allemaal al gedaan.” ~ Vrouw met abortuservaring

“Het was niet een tandartspraktijk, maar het voelde als een soort van ouderwetse... ja, ouderwets. Verstoep, nou niet helemaal verstoep. [...] Ik heb heel lang in [plaats] gewoond, dus ik wist waar het zat, maar we konden de deur in eerste instantie ook helemaal niet vinden en het was zo’n heel ouderwets pand en het was een komen en gaan. De hele tijd kwamen er mensen binnen en het voelde een beetje van.. nou, next, volgende. Het was niet heel intiem of geruststellend.” ~ Vrouw met abortuservaring

Adviezen voor de zorg vanuit respondenten

Van zowel de groep die uitdraagt als de groep die kiest voor abortus was het zonder oordeel communiceren één van de belangrijkste tips die mensen zelf benoemden. Vrijwel iedereen wilde graag dat de zorgverlener in een keuzehulpverleningsgesprek geen persoonlijke mening gaf over de keuze voor het wel of niet uitdragen van de zwangerschap. Een enkeling gaf aan dat ze wel liever sprak met iemand die uitgesproken voor dan wel tegen abortus is, zo lang de mening van de zorgverlener in overeenstemming was met hun eigen overtuiging. Over het algemeen gaven mensen aan dat ze het belangrijk vonden dat een zorgverlener een neutrale en open sfeer creëerde wat iemand het gevoel gaf open te kunnen zijn over de onverwachtheid en hun ervaring, beleving en wensen. Sommige mensen gaven aan dat ze daarom liever niet naar hun eigen huisarts gingen voor een keuzehulpgesprek.

“Ik snap het proces van een poortwachter. Daar heb ik geen bezwaar tegen. Waar ik een bezwaar tegen heb is het feit dat het jouw huisarts is, niet een onafhankelijke partij die hun eigen regels hanteren. Dus wat ik het liefst zou zien is een zelfstandige organisatie die vanuit een neutraal perspectief deze gesprekken aangaat met mensen.” ~ Man met abortuservaring

Een andere specifieke behoefte die daarbij ook geuit werd is dat zorgverleners transparant moeten zijn over hun overtuigingen rondom abortus, zodat iemand als patiënt ook kan kiezen niet naar een huisarts te gaan als hun overtuigingen niet overeenkomen.

“Als je er [abortus] niet achter kunt staan vanwege geloofsovertuigingen, zorg dat ik dat gelijk op je website kan lezen en dan kom ik gewoon niet eens naar je toe. Dus mocht dat het doel zijn van jullie onderzoek, is dat mijn aanbeveling.” ~ Vrouw met abortuservaring

Daarnaast werden er door respondenten meer specifieke adviezen gegeven over hoe een gesprek zou moeten verlopen over de keuze. Men had behoefte aan een zorgprofessional die goed doorvraagt, iemand die je laat nadenken over wat je echt wilt, die doorvraagt over onuitgesproken gevoelens, iemand die tijd voor je neemt en iemand die je het gevoel geeft dat je gehoord wordt en er niet alleen voor staat. Ook het geven van erkenning voor iemands besluit werd als advies genoemd.

6.5.2.2 Verwachting over oordeel zorgverlener

Respondenten verwachtten vaak veroordeeld te zullen worden door zorgverleners, bijvoorbeeld over hun keuzes rondom het al dan niet gebruiken van anticonceptie, de situatie rondom de onverwachte zwangerschap, of het overwegen of kiezen voor abortus. Ook heerste er bij sommige respondenten de verwachting dat ze veroordeeld zouden worden of dat er geprobeerd zou worden om hen van hun beslissing af te praten in de abortuskliniek.

“Ik vond iedereen wel heel aardig ... dus ik was daar wel positief verrast over. [...] Ik had verwacht dat mensen me zouden proberen om misschien eruit te praten of iets meer veroordelend zouden zijn. Maar dat was totaal niet. Dus het was fijner dan ik had verwacht.” ~ Vrouw met abortuservaring

Dit had voor sommigen ermee te maken met dat ze een eerdere negatieve ervaring hebben gehad met een zorgverlener rondom veroordelende communicatie, bijvoorbeeld rondom anticonceptie, maar lang niet iedereen sprak over een dergelijke eerdere ervaring. Deze verwachting lijkt ergens anders uit voort te komen. Voor velen was het ook een opluchting wanneer een zorgverlener zonder oordeel een gesprek met ze voerde.

“Ik heb geen seconde het gevoel gehad dat ik op mijn vingers werd getikt van, hoe kun je dat nou doen? Nou, dat vond ik heel fijn, want daar was ik wel bang voor.” ~ Vrouw met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

“Nou, de huisarts, mijn huisarts blijft er heel neutraal in en die had geen oordeel, dus dat vond ik heel fijn. Want je hebt ook wel, dat weet ik, die heb ik eerder gehad, die dan heel erg gaan zeuren over anticonceptie en dat je een spiraal moet, of dat je de pil moet, of weet ik veel wat. Maar dat deed hij niet.” ~ Vrouw met abortuservaring

“Ja, ook wel misschien een soort schaamte, van ja, dat ik toch niet zorgvuldig genoeg ben geweest, dat het misschien gebeurd is. [...] Maar ik weet dat ze [zorgverleners] eigenlijk helemaal niet zouden oordelen en het alleen maar vervelend zouden vinden, want uiteindelijk kan het iedereen natuurlijk gebeuren, zo nuchter ben ik ook wel. En ik was ook best wel precies daarin, maar het kan best zijn dat dat een soort schaamte toch was. [...] Als ik het nu zo analyseer samen met jou, denk ik dat het inderdaad schaamte was.” ~ Vrouw met abortuservaring

Respondenten die vertelden verwachtingen te hebben dat zij veroordeeld zullen worden leken hierbij dus een soort zelf-stigmatisatie te ervaren. Ze ervoeren schaamte en dachten dat zorgprofessionals hen dom zouden vinden, wat de drempel om naar een zorgverlener te gaan of een open gesprek te voeren onnodig kan verhogen. Dit is een belangrijk aspect voor de bejegening van mensen met een onverwachte zwangerschap.

“Nou, dat het ontzettend beschamend voelt. Want je moet aan iedereen vertellen dat je ongewenst zwanger bent geraakt en dat, ja, je schaamt je er ook wel voor. Als je dan tegenover zo iemand [een zorgverlener] zit, die is dan ook ouder en zo, die heeft misschien kinderen. Je voelt je toch een beetje, ja, ongemakkelijk om het te vertellen. [...] Het is best een lastige stap om naar een hulpverlener toe te stappen, het is belangrijk dat ze proberen die drempel, ja, kleiner, lager, te maken.” ~ Vrouw met abortuservaring

Andere respondenten verwoordden hun drempel om bijvoorbeeld naar de huisarts te stappen niet per se in termen van schaamte of angst voor stigma, maar omschreven wel een bepaalde angst of gevoel het niet helemaal te vertrouwen of bang zijn een bepaald stempel te krijgen.

“Ik heb het ook niet doorgegeven aan mijn huisarts, [...] omdat de huisarts zat bij mijn ouders, en die kent mijn ouders ook goed. En in principe is het natuurlijk allemaal privé, kan de huisarts dat niet bespreken met anderen, maar dat vond ik toch ..., ja dacht ik van, laat me dat maar niet naar de huisarts sturen. Ja, het voelde toch niet vertrouwd.” ~ Vrouw met abortuservaring

“En een huisarts weet je, daar heb ik gewoon geen zin in dat die dit stukje weet. [...] En de huisarts daar ga je altijd naar terug en dan heb ik het gevoel dat je dan altijd... Dat ligt aan mij hoor. Dat hij dan denkt: “Oh, dat is die van dat gesprek met die man en dat ze het eigenlijk niet wilden. Hij wel en zij niet.” Weet je, daar heb ik gewoon geen zin in. De huisarts is nodig voor de basale dingen en niet voor een counselinggesprek.” ~ Vrouw met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

6.5.2.3 Stereotypen en verwachtingen over abortus en abortusklinieken

Sommige respondenten vertelden dat ze van tevoren bepaalde ideeën hadden over de abortuskliniek die niet bleken te kloppen, zoals over hoe professioneel het is, wat voor mensen er komen en over de aanwezigheid van demonstranten. Het geeft aan dat er bij sommige mensen sprake is van een bepaalde beeldvorming over abortusklinieken die niet per se aansluit bij de realiteit, maar die wel gevolgen heeft voor hoe mensen aankijken tegen het bezoeken van een abortuskliniek.

Er bestond bijvoorbeeld bij sommigen respondenten het beeld dat de abortuskliniek veel minder medisch en professioneler is dan ze uiteindelijk ervoeren.

“Het is niet, je komt binnen, je nagel wordt geknipt en je mag naar buiten, nee, het is echt een medische ingreep. Dat had ik onderschat hoor, van hoeveel erbij komt kijken. En ook dat het gewoon eigenlijk een operatie is in een operatiekamer, dus dat had ik eigenlijk onderschat.” ~ Vrouw met abortuservaring

Daarnaast hadden respondenten ook bepaalde ideeën over de mensen die er komen.

“Ondertussen: alle soorten en maten vrouwen komen daar binnen. En eigenlijk is het jammer dat er zo weinig mensen over praten. Want ik dacht echt aan die stereotypen en eigenlijk zie je alles en iedereen daarbinnen. [...] Ja, dat is dan achteraf dat je je realiseert... Jonge mensen, onverstandig, moeilijke situaties... Dat is het

echt niet. En je hebt natuurlijk ook vrouwen die daar komen die om een andere reden een zwangerschap afbreken, omdat het medisch moet bijvoorbeeld, dat is weer een hele andere reden. Ja, het leert je wel gewoon veel over, eigenlijk, de wereld weer.” ~ Vrouw met abortuservaring

“Ik vond het heel confronterend dat ik vooral heel erg oordeelde over mezelf. Ik had altijd een bepaald beeld van mensen die ongepland zwanger raakten, of een abortus meemaakten en ik paste in mijn hoofd niet in dat plaatje. En dat is ook een stukje maatschappij denk ik, dus als ik denk aan ongeplande zwangerschap dan denk ik aan dat je vroeger op MTV ‘Teen Mom’ had, dat soort types. Ik dacht, hoe kan dat nou, ik ben een hoogopgeleide slimme meid.” ~ Vrouw met abortuservaring

Een ander aspect wat vaker genoemd werd, is de verwachting om demonstranten tegen te komen bij de abortuskliniek. Respondenten vertelden hier bang voor te zijn en het ook vervelend te vinden als het zo zou zijn. Dat kon zorgen voor extra spanning en stress voorafgaand aan het bezoeken van de kliniek.

“Toen ik erheen ging, was ik natuurlijk ergens ook een beetje bang dat wat je ziet in de media, dat er allemaal die activisten voor zouden staan. Dat ten eerste. Dat had natuurlijk sowieso gekund, maar dat was niet zo. Dat was [of er] een soort van last van mijn schouders viel.” ~ Vrouw met abortuservaring

“Nee, daar was ik echt bang voor van tevoren en dat had ik ook wel met mijn man besproken. Als dat er is, dan moet je mij daar echt langs loodsen, want dat kan ik dan niet aan.” ~ Vrouw met abortuservaring

6.5.3 Thema 3: Partnerbetrokkenheid in de zorg bij een onverwachte zwangerschap

Partners noemden over het algemeen zeer weinig onvervulde zorgbehoeften en vonden de zorg vaak toereikend. Er werd door partners veelal gesproken over de zorg als ‘voldoende’ en met weinig variatie in woorden. Of ze gaven aan weinig verwachtingen te hebben en/of zelf geen behoefte gehad te hebben aan ondersteuning. Er was een verschil in zorgbehoeften zichtbaar tussen partners die zich in een langere relatie bevinden en bewuster een gezamenlijke toekomstige kinderwens hadden en partners in een meer prille relatie en/of in een relatie waarbij de kinderwens niet expliciet overeenkwam met die van de vrouw. Die laatsten gaven achteraf vaker aan dat zij concreter bij de zorg betrokken hadden willen zijn.

“Maar toen was het echt van, zwangerschap is een gezonde ziekte en de moeder, de vrouw heeft de zwangerschap, dus je bent als man gewoon niet eens relevant zeg maar. [...] Ik had dat wel gewild, ja. Ik had daar wel behoefte aan gehad om al die redenen waar we het net over hadden, gewoon dat er ook gewoon gekeken was met de man, met de vader van, hoe is het nou voor jou en hoe zit jij in de wedstrijd en gewoon naar de toekomst.” ~ Man met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

“Het is toch een heel emotioneel besluit. En zeker als jij degene bent die het toch misschien wel had willen houden. En dat het dan ja, dat je daar dan maar gewoon zo zit, zeg maar, het ondergaat, en er wordt niks aan je gevraagd. Ik weet niet, ik vond dat wel moeilijk, ja.” ~ Man met abortuservaring

Rondom de besluitvorming voor het afbreken dan wel uitdragen van de zwangerschap werd door sommige partners een worsteling ervaren. Men noemde het in het algemeen vanzelfsprekend en had er begrip voor dat de beslissing bij de vrouw lag. Tegelijkertijd ervoeren enkele partners daarbij dat ze er alleen voor stonden of dat er geen ruimte was voor hun gevoelens of zorgen, met name wanneer hun voorkeur afweek (voor uitdragen dan wel afbreken).

“Het ging alleen maar om de moeder. En terecht, want het is jullie lijf, dus ik vind dat ook wel terecht, alleen ik voelde me vooral heel alleen.” ~ Man met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

“Nee, nou, het is aan de ene kant vind ik heel netjes dat dat soort vragen aan haar [worden gesteld] van gebeurt dit onder druk? Aan de andere kant is er natuurlijk geen meldpunt voor mannen, van wat doe je met een ongewenste zwangerschap? Ik wil het afbreken, maar zij niet en wat nu? Dus dat is wel redelijk eenzijdig.” ~ Man met abortuservaring

Ook was het opvallend dat partners soms in eerste instantie een verhaal presenteerden waarin géén zorgbehoefte of probleem naar voren kwam, waarna er in tweede instantie toch een behoefte of probleem werd besproken. De vraag dringt zich dan op of partners echt geen behoeftes hebben of dat zij hun behoefte niet kunnen of durven uitspreken.

Wanneer er namelijk wel aandacht werd gegeven aan de partner, werd dat als positief punt benoemd. Het lijkt erop alsof die aandacht onverwacht is; mannen leken vooral te verwachten dat alle aandacht naar de zwangere zal gaan.

“Nou toch wel met de focus op haar. Dat is verder prima. Ik denk dat ze dat moeten doen. Er was ook wel oog voor mij. Ik vond echt dat ze het heel goed gedaan hadden. Ik denk 80% voor haar, 20% voor mij zo iets. Qua aandacht qua vragen stellen van, hoe sta je erin? Wat kunnen we voor je doen, et cetera. Maar ik vond het persoonlijk wel netjes. Dat is voor mij echt een hele fijne ervaring.” ~ Man met abortuservaring

“Hier vond ik het heel fijn dat er ook aandacht was voor de partner. Vaak is het alleen maar moeder en kind. En ja, in dat ziekenhuis was dat veel meer, ja, voor het hele gezin eigenlijk, de aandacht.” ~ Man met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

Met name in reactie op de vraag wat ze dan misschien gemist hebben of wat voor advies ze zouden hebben aan zorgverleners, kwamen vaak toch behoeftes of problemen naar voren. Partners gaven bijvoorbeeld desgevraagd aan dat zij het zouden waarderen als er meer aandacht voor de man was in het proces. Dit werd regelmatig tegelijk genoemd met dat ze het ook goed begrijpen dat er meer aandacht gaat naar de zwangere zelf. Toch leken ze het ook lastig te vinden om hierom te vragen. Daardoor leek het erop dat mannen hun eigen behoeften bagatelliseerden of ook niet altijd goed hadden nagedacht hierover.

“Natuurlijk begrijp ik dat de meeste zorg naar de moeder moet gaan. Maar ik had het [...] misschien fijn gevonden als mijn positie wat vaker besproken was geweest, misschien. Ik weet niet zo goed hoe dat eruit had moeten zien. Het zit niet zo in mijn aard om zelf om hulp te vragen of om hulp te ontvangen. Maar daar had ik misschien wel... iets was misschien wel prettig geweest, ja.” ~ Man met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

“En dan stelde de verloskundige zeker geregeld vragen, ‘en hoe gaat het met jou?’. Ja, maar ja, het voelt ook tamelijk absurd om dan te zeggen, ‘ja, ik vind het toch wel spannend’, terwijl mijn vrouw daar heel zelfverzekerd zit. Dat is een beetje gek om te zeggen. [...] Voor alle duidelijkheid, ik was er dus ook wel hypergevoelig over. Dus mijn ervaringen zijn daardoor erg gekleurd. Maar er is, zeker omdat je vrouw moet alles doen, het harde werk, is er al snel een soort gevoel van, ja, er is niet echt een plek voor mij als man om dit spannend te vinden en onzeker te zijn.” ~ Man met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

“Ja goed, wat zal ik zeggen. Die aandacht die aan de vrouw gegeven is, in bepaalde mate had ik daar ook wat van willen hebben. Had mij ruimte gegeven om haar in ieder geval tot aan haar sedatie te kunnen bijstaan. Had mij de ruimte gegeven om ook duidelijk te maken dat ik het ook moeilijk heb met deze keuze [...] dat aspect mis is eigenlijk in dit hele traject een beetje als je echt... Ik kan me voorstellen dat andere mannen dat ook hebben.” ~ Man met abortuservaring

“Nou ja, dat je daar in je eentje zit. En dat het heel onpersoonlijk is. En ik zou als man zijnde of als partner zijnde zou ik heel graag wat meer bij mijn partner willen zijn om de steun te geven, want ik heb haar die hele dag in vlagen gezien. Dan ging ze van het ene gesprek naar het andere gesprek en daartussen en daarna, tijdens dat gesprek was ze dan alleen, en ik zat alleen beneden in een wachtkamer. En zelfs aan het einde van de dag moest ik naar buiten omdat de kliniek ging sluiten. Dus toen heb ik nog een half uur of zo driekwartier, bijna een uur buiten op het bankje gezeten.” ~ Man met abortuservaring

Door veel vrouwen werd benoemd dat zij het jammer, of in sommige gevallen ook echt vervelend, vonden dat hun partner niet bij alles betrokken werd en bijvoorbeeld niet de hele tijd in de abortuskliniek erbij kon zijn. Er was wel begrip voor het gegeven dat de zwangere ook apart werd bevraagd over haar besluit, of het vrijwillig en zorgvuldig was. Echter, sommige respondenten gaven aan dat ze daarnaast graag meer ondersteuning van hun partner hadden willen krijgen tijdens het hele proces van de abortus. Iemand gaf bijvoorbeeld aan dat zij wilde dat haar partner er was in de uitslaapkamer en ze hem niet pas beneden in de wachtkamer weer zou zien. Een andere respondent gaf aan dat zij zich eenzaam voelde toen haar partner niet mee mocht naar waar de behandeling zou plaatsvinden. Zij ervaaarde een gemis in ondersteuning, boven op de ervaring dat het zeer ingrijpend voor haar was.

“Mijn vriend, die was ook mee, en hem negeerden ze wel echt compleet en dat vond ik wel heel erg vervelend.”

I: “Op wat voor manier negeerden ze hem dan?”

“Nou, als we in gesprek waren? Dan keken ze alleen maar naar mij. Stel er zou nou iemand naast jou zitten, dan zou ik misschien af en toe eventjes,... weet je wel, betrek diegene er wel even bij, bij een gesprek. Maar dat deden ze helemaal niet.” ~ Vrouw met abortuservaring

Adviezen voor zorgverleners van respondenten

Het algemene advies van respondenten voor de gehele zorg rondom onverwachte zwangerschap was om de partners meer erbij te betrekken, zowel vanuit de zwangere als de partner. Concreet werd de behoefte geuit dat er vanuit de zorg en/of de kliniek meer mogelijkheden worden gecreëerd om de partner mee te nemen. Wat betreft de adviezen voor de zorg rondom het keuzehulpgesprek werd er vaak aangegeven door respondenten dat de partner meer betrokken moet worden, zodat er ruimte is voor zijn gevoel en perspectief. Een driegesprek (zorgverlener, zwangere en partner) werd daarnaast vooral belangrijk gevonden wanneer een stel het niet eens is of sterke twijfel ervaart over de keuze voor uitdragen of afbreken. Daarnaast werd door respondenten voor keuzehulpgesprekken ook aanbevolen om een-op-een gesprekken te blijven voeren met zowel de zwangere als de partner, vooral voor het geval dat iemand zijn of haar twijfel niet durft uit te spreken (zwangere dan wel partner/verwekker).

“Betrek ze erbij, ja geef ook even aandacht aan hun, want zoals ik dus al zei, mijn vriend had het [er] dus moeilijker mee dan ik.” ~ Vrouw met abortuservaring

“Ik denk sowieso dat het heel verstandig is als verloskundige praktijken de man een keertje alleen uitnodigen. Ik denk dat dat heel goed is voor om hem ook te vragen of het wel gewenst is of niet? Ik denk dat je daarin zo heel veel nuttige informatie terugkrijgt als verloskundigen en op een hele andere manier een gesprek over kan voeren dan wanneer de zwangere vrouw er bij is. Ik denk dat dat voor iedereen goed zou zijn. Ik denk dat dat in mijn geval... of in ieder geval in het geval van andere mannen die onderdeel willen uitmaken van de zwangerschap, maar niet partner zijn. Ik denk dat dat heel gezond kan zijn als die af en toe een keertje een eigen half uurtje hebben bij de praktijk. Ja. Denk ook dat dat misschien de mannen die niet zo betrokken zijn, misschien wat meer kan betrekken.” ~ Man met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

“Ik zou aandacht op mannen ook graag meer willen zien, denk ik. Ik denk dat dat voor mannen heel fijn zou zijn dat zij ook heel erg worden betrokken in... Dat het niet alleen gericht is op van oh ze is zwanger en dat wordt weggehaald, maar dat er ook gevraagd wordt aan de partner van, en hoe is het met jou? [...] Hoe was het voor jou om dit om dit ervaren?” ~ Vrouw met abortuservaring

“Dat iemand zowel bij [haar] als bij mij gewoon die vinger aan de pols had kunnen bieden en gewoon had kunnen sparren. Dus meer dan puur hoe het toen was, zwangerschap is een gezonde ziekte, is er geld om te leven, de feitelijke dingen. Maar ook van, hoe is, hoe gaat het met je? Als ik daarin iemand had kunnen hebben die gewoon er voor mij was geweest en gewoon de vraag had gesteld, dan was het gezonder geweest.” ~ Man met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

6.5.4 Thema 4: Aandacht voor het omgaan met onverwacht ouderschap

De ervaringen die hier aan bod komen lijken tweeledig te zijn: enerzijds werd er alleen gesproken over behoeftes, anderzijds over een daadwerkelijk gebrekkige ervaring rondom praktische en emotionele ondersteuning bij onverwacht ouderschap.

De meeste respondenten gaven aan dat het bij de verloskundige ter sprake kwam dat de zwangerschap niet gepland of verwacht was. Het verschilt in welke mate er aandacht aan besteed wordt: of het alleen benoemd wordt en gevraagd wordt of men er nog over twijfelt, hoe men erin staat qua gevoel of dat er ook verder aandacht wordt besteed aan zaken als het financiële en/of sociale vangnet. De ervaring daarover was wisselend en hing logischerwijs af van de behoefte van de zwangere en de partner op dat moment. De één beschreef het fijn te vinden als er aandacht aan besteed wordt, terwijl de ander het meer een bemoeienis vond. Voor een deel lijkt deze behoefte aan meer aandacht vooral samen te vallen met wanneer het een eerste zwangerschap betrof, waarbij alles rondom zwangerschap en ouderschap nieuw is.

Enkele respondenten die de zwangerschap uitdroegen gaven aan dat zij er behoefte aan hadden gehad dat zorgverleners ook informatie verstrekken over mogelijkheden qua ondersteuning vanuit het sociale domein, bijvoorbeeld in het geval iemand weinig middelen heeft om zichzelf en het ongebooren kind te kunnen voorzien van spullen, of ondersteuning door middel van lotgenotencontact.

“Ik kreeg niet het idee dat ze [de verloskundige] je echt hielp, zo van: nou ja, wat gaan jullie nu doen? En een beetje diepgaande informatie wat ik eigenlijk wel had willen hebben. [...] Want ze heeft het vast vaker meegemaakt, maar ik kreeg niet het idee dat dat zo was. [...] Achteraf had ik wel meer informatie willen hebben met of een informatieboekje waar je terecht kan, dat ze zeggen van: nou, kijk hierop, hier zijn meer mensen die plotseling zwanger zijn en die je misschien kunnen helpen ofzo.” ~ Vrouw met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

Een deel van de respondenten gaf aan dat er achteraf gezien meer aandacht aan de onverwachtheid en hun emotionele beleving ervan besteed had mogen worden door de verloskundige. Wat met name genoemd werd is het omgaan met onverwacht ouderschap of in sommige gevallen ook aandacht voor de rest van het gezin, zoals de andere kinderen. Met andere woorden, de zwangere en de partner voelden zich te weinig ondersteund bij de transitie naar ouderschap in het kader van een onverwachte zwangerschap.

“Er is nooit een keer gevraagd van, hé hoe zitten jullie erin? Hoe gaat het thuis? Misschien dat sociale, dat heb ik dan misschien wel gemist en daar hebben ze dan geen tijd voor, want dan staat de volgende zwangere vrouw alweer in de wachtruimte en dan moet je ophoepelen, want nou, de echo's zijn goed en met jou gaat het goed. Dus misschien wel wat meer nou, het sociale stuk. Ja.” ~ Vrouw met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

“Ja, heel gek, het is meer achteraf dat ik denk jeetje, had ik daar maar, weet je wel, zo. [...] Ik denk dat ik het best wel prettig had gevonden als er ergens in dat proces ook ruimte was geweest voor, hoe is het nu voor jou, omdat hè nu je moeder bent nu die hele zwangerschap eigenlijk niet gepland was en dat er nu een baby is.” ~ Vrouw met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

“Het is gewoon eigenlijk een hele simpele vraag van hoe gaat het met de rest van het gezin en dat was af en toe een beetje afwezig had ik het idee. Kijk, als volwassene kan je je er wel aardig overheen zetten en wennen aan dingen. Maar ja, als je [een aantal] jaar enigst kind bent geweest, dan is het toch wel een aardige verandering in je doen en laten.” ~ Man met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

Enkele respondenten namen deel aan *Centering Pregnancy*, oftewel groepsbijeenkomsten met andere zwangeren en een verloskundige in plaats van één op één afspraken met de verloskundige. Dit werd positief bevonden wanneer iemand ervaarde dat er ruimte was om over haar beleving van de onbedoelde zwangerschap te praten in de groep én wanneer de verloskundige dat ook weer goed oppakte.

“Dus ik heb wel het gevoel gehad dat ik mijn dingen daar kwijt kon en dat werd dan uiteraard ook door de verloskundige die dat begeleidde werd dat weer opgepakt en werd daar weer over gesproken, wat dat betreft is daar wel veel aandacht voor geweest.” ~ Vrouw met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

Uit de interviews blijkt dat respondenten vooral behoefte hadden aan meer aandacht voor hun persoonlijke ervaring en emotionele beleving van een onverwachte zwangerschap. Specifiek gaven zij aan meer begeleiding te willen bij het verwerken van het onverwachte aanstaande ouderschap. Deze emotionele ondersteuning werd volgens respondenten met name gemist in de verloskundige zorg, waar de focus overwegend op medische aspecten ligt.

6.5.5 Thema 5: Begeleiding bij en informatievoorziening over abortus en de abortuskliniek

Wachttijd tot de afspraak

Respondenten hadden heel verschillende verwachtingen en ervaringen over de tijd die het duurt tot ze bij een abortuskliniek terecht konden. Zoals eerder beschreven hebben de meeste deelnemers de bedenktijd nog gehad en enkelen niet. De respondenten die ervaarde dat het lang duurt voordat ze terecht kunnen bij de abortuskliniek, ervaarde dit als zeer vervelend, vooral als het besluit eenmaal genomen is.

“Ik woon in [stad 1]. Er was een abortuskliniek in [stad 1], maar die kon pas twee weken later en voor mijn gevoel was het wel toen we de keuze hadden gemaakt, wilde ik van zo snel mogelijk, want dan wil je het gewoon gedaan hebben. Omdat het niet fijn is, maar ook omdat je denkt: ja, het groeit nu in mij en ik wil dat dan gewoon echt niet meer. Dat het gewoon zo snel mogelijk echt klaar is.” ~ Vrouw met abortuservaring

Andere respondenten ervoeren dat het plannen van een afspraak juist verrassend snel ging en waren daar blij mee of vonden het zelfs te snel. Een respondent vertelde dat ze zelf besloot er nog een nachtje over te slapen en daarna een afspraak heeft gemaakt bij de abortuskliniek:

“Dus toen belde ik met de vrouwenkliniek in [plaatsnaam] en er was een hele aardige dame aan de telefoon en die zei toen, o je kan, ik geloof dat ze gezegd heeft je kan vanmiddag nog langskomen en zo niet dan was het morgen, echt een dag later of zo. En dat vond ik toen weer heel snel. [...] Dus ik voelde wel dat ik daar op z'n minst een nachtje over wilde slapen. [...] En toen een dag daarna had ik m'n eerste afspraak bij de vrouwenkliniek.” ~ Vrouw met abortuservaring

Een groot deel van de respondenten gaf aan de informatievoorziening tijdens het eerste gesprek met iemand van de abortuskliniek voldoende te vinden. De meeste respondenten gaven ook aan dat zij op basis van de informatie een weloverwogen keuze konden maken over de methode van curettage of abortuspil. Een aantal respondenten gaven aan dat ze voorafgaand aan hun afspraak bij de abortuskliniek wel meer informatie hadden willen hebben over het proces en wat hun te wachten zou staan. Bijvoorbeeld over alle keuzes die er genomen moeten worden als je er bent. De keuzes die werden genoemd zijn: het wel of niet houden van de foto van de echo, de keuze voor de abortusmethode en de keuze qua anticonceptie.

I: “Je gaf aan dat je veel besluiten moest maken in de kliniek, werd je daarin een beetje meegenomen door de mensen die daar werkten?” “Nee, vind ik niet. [...] Ik heb ook niet echt een informatiebrief ofzo vooraf gekregen van je komt dan en dan langs, dit kan je verwachten of bereid je hierop voor, misschien dat dat ook zou helpen. Dat stel dat je weet dat dat keuzemoment [wel of niet echofoto houden] gaat plaatsvinden, dan kan je daar vast over nadenken. Maar om dat zo à la minuut te besluiten dat vond ik heel intens.” ~ Vrouw met abortuservaring

De abortusmethode/behandeling

Enkele respondenten gaven aan dat ze in het eerste gesprek meer informatie hadden willen krijgen over de opties (abortuspil versus curettage). De optie van narcose bij een curettage leek ook niet altijd aan bod te komen in dit eerste gesprek. Daardoor kunnen foute verwachtingen ontstaan over de procedure in de abortuskliniek en de ervaring met de methode. Bijvoorbeeld over de pijn of gevolgen van een bepaalde methode. Respondenten die voor de abortuspil kozen, zijn bijvoorbeeld soms verbaasd over het verloop van het kliniekbezoek dat als verrassend kort werd ervaren.

“Het was meer een soort van: Nou, u heeft de afspraak gemaakt, dan zien we u over twee weken, en waar kies je voor? Nou voor de pillen. Nou prima dag. Dat was het een beetje. Het was niet van, wat zijn de alternatieven. Ja, ik wist natuurlijk een curettage was het alternatief, Maar dan dacht ik van nou, dat lijkt me echt horrifysing. En terwijl ik achteraf dus hoorde dat je ook een curettage kan krijgen met een volledige narcose of een roesje. En die opties, die heb ik, Het mij helemaal niet bekend, dus er waren helemaal geen... Ja, Het was een beetje zelf zeggen van nou ja, waar kies je voor? Dit zijn de opties, maar niet van wat binnen die opties nog meer opties waren, zeg maar dus dat heb ik wel gemist.” ~ Vrouw met abortuservaring

Een aantal respondenten vertelden ook (zeer) negatieve verwachtingen te hebben gehad over één van beide methodes. Zo verwachtte een respondent dat een curettage zeer pijnlijk zou zijn. Andersom waren er ook negatieve verwachtingen over de abortuspil en mensen die vertelden een voorkeur hebben voor curettage, omdat ze bang waren veel te gaan bloeden door de abortuspil. Zij kozen dan liever voor curettage vanwege de voorspelbaarheid en het gegeven dat er een arts nabij is. Ook waren er respondenten die kozen voor een curettage, omdat het voor hen niet goed uitkwam om thuis een heftige bloeding mee te maken, bijvoorbeeld omdat ze ook de zorg voor kinderen hadden of omdat ze met meerdere huisgenoten in een huis woonden met gedeelde voorzieningen. Deze bevindingen gaven het beeld dat er veel ideeën en verwachtingen zijn rondom beide opties, die ook niet altijd kloppen of hoeven uit te komen, maar die de keuze voor en ervaring van een methode sterk kunnen beïnvloeden.

“Ja, nou, ik vond pillen gewoon een enge optie, omdat dat vaak ook niet werkt, en ik dacht: ja, dan zit ik daar thuis, en daar had ik eigenlijk helemaal geen zin in. Omdat ik toch wel las, in elk geval, het is gewoon minder voorspelbaar. En ik denk altijd, ik ben liever in handen van een goede arts die als er iets is meteen kan ingrijpen. [...] Kijk, leuk is het sowieso niet, als het dan in ieder geval liever goed en efficiënt, dan dat je het voor jezelf ingewikkeld maakt.” ~ Vrouw met abortuservaring

*“En daar had ik, nou ik was wel een beetje bang natuurlijk. Ja ik dacht van ja, dat gaat natuurlijk f****ng veel pijn doen als ze, weet ik veel, want dan wordt het zuigen volgens mij toch, of zo?” ~ Vrouw met abortuservaring*

“En ik had echt wel wat horrorverhalen gelezen over mensen die ..., waarbij dat heel veel complicaties had en heel veel pijn en ik vind pijn best wel eng. En een curettage is natuurlijk met een roesje dus ik dacht: het voelde ook een beetje alsof ik dan minder ... alsof ... Ik vond het een fijn idee om dan omringd te zijn met medische experts...” ~ Vrouw met abortuservaring

Adviezen die respondenten hadden voor betere informatievoorziening vanuit de abortuskliniek waren bijvoorbeeld gericht op het al van te voren duidelijker maken wat er staat te gebeuren, de keuze voor methode en de optie bij de abortuskliniek te praten over anticonceptie en eventueel een spiraal te plaatsen.

I: “En hoe was dat voor het besluit in de methode dat je op dat moment ook moest maken?” “Ja, had ik ook graag van tevoren misschien op de email gewild. [...] Ik denk dat als ze een goeie informatie mail zouden maken van tevoren, dan zou ik daar inzetten de keuze die je moet gaan maken en ook dat je je een beetje kan inlezen in de methode of zo. Dus gewoon een soort standaard mail, en dan kom je langs, dit gaat er gebeuren, hier moet je besluiten over nemen, denk daar vast over na. Misschien zelfs een, ‘wil je daar vooraf met ons over bellen kan dat ook’, zoiets.” ~ Vrouw met abortuservaring

“Nou, ik zou misschien bij de intake al zeggen: oké, je komt dan volgende week voor een afspraak, je kan er ook alvast over nadenken of je dan een spiraal wil plaatsen. Misschien zou ik dat zeggen. En misschien zou ik ook van tevoren al meer informatie verstrekken over: oké, je komt straks voor een afspraak, op de e-mail, bijvoorbeeld: dit zijn de opties [qua anticonceptie] met een prijs eronder.” ~ Vrouw met abortuservaring

Ervaringsdeskundigen

Door sommige respondenten werd aangegeven dat ze graag met iemand hadden willen spreken die een ervaringsdeskundige is, iemand die ook een abortus heeft meegemaakt. Dit werd gekoppeld aan het zich gezien en gehoord willen voelen.

“Iemand die het ook heeft meegemaakt. En die me ook kan vertellen hoe die daarmee om is gegaan en wat heeft geholpen. Die heeft heel wat tips te geven, of al is het van, kijk daar nog eens naar. Vooral, denk ik, persoonlijke verhalen van andere mensen die het dan meegemaakt hebben, wat hen heeft geholpen. En waar ik naar zou kunnen kijken of wat mij zou kunnen helpen en dan kan je er zelf weer in verder gaan of het wel of niet aanspreekt. [...]. Ja, ik heb het echt dat stukje gehoord voelen nodig.” ~ Vrouw met abortuservaring

“Als dit me nog een keer zou overkomen misschien, dan vind ik het gewoon heel fijn om daar met andere vrouwen het over te kunnen hebben. Ook al zou ik nu misschien nog steeds dan heel erg achter mijn keuze staan, maar gewoon dat je met iemand bent die een beetje snapt wat er aan de hand is, of die hetzelfde heeft meegemaakt.” ~ Vrouw met abortuservaring

6.5.6 Thema 6: Het gesprek over anticonceptie na de onverwachte zwangerschap

Anticonceptie werd vrijwel altijd besproken in de nazorg volgens de respondenten. De ervaring daarmee was wisselend.

In de abortuskliniek

Sommige respondenten vonden het erg prettig om over anticonceptie te praten in de abortuskliniek. Daarbij ging het vaak over de mogelijke bijwerkingen van hormonen en sommige respondenten kwamen dan ook uit bij een anticonceptiemethode met minder hormonen (bijvoorbeeld de minipil of koperspiraal). Wel ervaren sommige respondenten dat het consult over anticonceptie langer had mogen duren of dat het te weinig afgestemd was op de persoon. Sommige respondenten vonden het moment, zo vlak voor of na de abortusbehandeling, niet geschikt. Voor hen was het op dat moment niet passend om over anticonceptie in gesprek te gaan.

“Dat ze begonnen van, oh ja, en zou je niet een spiraaltje nemen en anticonceptie enzo, dat ik dacht van, ho oké. We zijn eerst hier nog mee bezig en zij waren alweer bezig met dat het niet nog een keer gebeurt. Terwijl dat vond ik dan wel een beetje, dat ik dacht: dit is niet het juiste moment, nu.” ~ Vrouw met abortuservaring

“En ook dat je dat niet tegelijkertijd doet. Want op het moment dat je ook naar die kliniek gaat voor die zwangerschapstest, dan ben je ook best nog wel een beetje zenuwachtig van ja, is het nu gelukt bij wijze van, dat weet je namelijk nog niet. En op dat moment, het ontzwangeren duurt ook best wel een tijd, zelfs als je heel kort zwanger bent geweest zoals in mijn geval, dan zitten die hormonen nog een hele tijd in je lichaam. Dus ik zou dat als twee aparte dingen zien, zoals actie van abortus is één en praten over anticonceptie is twee en dat zou een optie moeten zijn niet een verplichting vind ik.” ~ Vrouw met abortuservaring

Een respondent deelde dat het gesprek met de huisarts over anticonceptie veel informatiever was dan dat in de abortuskliniek, omdat de huisarts veel meer vertelde over verschillende typen anticonceptie.

“Onze vrouwelijke huisarts. Die heeft daar heel veel informatie verteld. Over type pillen type spiraaltjes, koperspiraal, spiraal met hormonen. Dat was voor mij nuttiger dan gesprekken over anticonceptie in de kliniek.” ~ Man met abortuservaring

Een enkele respondent is negatief over het gesprek over anticonceptie in de abortuskliniek, omdat ze zich onder druk voelde gezet om te kiezen voor een koperspiraal, die ze niet wilde.

“Volgens mij hebben ze ook uitspraken gedaan als, je wil natuurlijk hier niet nog een keer komen weet je wel, dat soort dingen. Dus ik voelde me best wel een beetje geforced om dat te doen en met dat praatje hadden ze dan ook zo’n doosje op tafel liggen met verschillende soorten spiralen en zo en zeiden ga er maar eens naar kijken. Ja, toen dacht ik nou ja oké, ik was toen ook bang dat het nog een keer zou gebeuren. Dus ik denk dat ik op dat moment ook dacht nou ja, dit zorgt er in ieder geval voor dat het niet nog een keer gebeurt, dus toen maar een spiraal.” ~ Vrouw met abortuservaring

Ook een andere respondent voelde zich wat gestuurd om een spiraal te nemen, al voelde zij zich er niet per se heel negatief over, omdat ze voor zichzelf ook al die keuze had gemaakt.

“Alleen ik vond ze wel vrij, zeg maar, ik wilde al een spiraal, dus ik vond het prima, maar ik vond ze daarin wel vrij stellig van: nou, het lijkt ons zo’n enorm goed idee als je dit doet, eigenlijk. Alsof nee zeggen een fout antwoord is.” ~ Vrouw met abortuservaring

Tegelijkertijd ervoeren anderen het juist als heel fijn en prettig dat er meteen een spiraal geplaatst kan worden.

“Dat [meteen een spiraal paatsen] is dus juist heel handig. Als je die vraag krijgt van: we kunnen dat meteen doen, of wil je er nog over nadenken? Nou, ik had zo iets van laten we dat maar meteen doen. Dat is een goede aanleiding. Dat is ook wel prettig dat ik daar niks van gemerkt heb, dat was gewoon in een keer gebeurd.” ~ Vrouw met abortuservaring

Na een uitgedragen onverwachte zwangerschap

Ook in de nazorg bij respondenten die de zwangerschap uitdroegen werd anticonceptie vrijwel altijd besproken. Vaak door zowel de kraamzorg als de verloskundige. De meeste respondenten gaven aan dat dat prima was. Velen hadden zelf al een idee gevormd over wat ze wilden qua anticonceptie. Een enkele respondent gaf aan dat het te kort na de bevalling besproken werd, op een moment dat ze er nog niet aan toe was. Men leek vooral de behoefte te hebben dat het gesprek over anticonceptie beter aansluit bij hun persoonlijke situatie.

“Ja, in het ziekenhuis meteen. Maar toen zei ik ook van, sorry maar ik moet er nu echt niet aan denken. Dus dan doen ze dat echt een dag na de bevalling, dat ik dacht: dit is wel heel snel. In de kraamweek word je ook al door de doktersassistente gebeld. Dan geven ze ook opties door en dan zeggen ze van, als je nog verder advies of tips wil kan je bellen. Maar je hoofd staat er totaal niet naar. Maar ook, je bent al de zoveelste. Want de verloskundige komt dan ook nog langs om dan de baby te controleren maar dan ook bij mij het litteken. En die beginnen er dan ook nog over. Dus toen dacht ik van, je bent al de zoveelste en ik moet er nog helemaal niet aan denken, dus ja kan dat later. En dat vond ik wel heel vervelend, dat ik dacht van, jullie zijn nu al nummer drie, houd even op, het is fijn als het iets later is.” ~ Vrouw met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

Een enkeling zei dat er met haar niet gesproken was over anticonceptie na de zwangerschap en/of dat ze daar ook geen behoefte aan had. Deze respondent deelde daarbij ook dat ze meerdere negatieve ervaringen had gehad met

zowel hormonale anticonceptie als zorgverleners en daarom geen vertrouwen meer had in advies van zorgverleners rondom anticonceptie.

“I: En heb je dat ook gemist of had je daar nog behoefte aan, daar ook nog met jouw overwegingen rondom anticonceptie en hoe jij erop reageert, om het daar met iemand over te hebben?”

R: Nee, maar dat komt ook omdat ik daar echt totaal geen vertrouwen in heb.” ~ Vrouw met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

Partners

Een deel van de partners sprak zich niet duidelijk uit over of er een gesprek gevoerd is over anticonceptie na de zwangerschap of legden dat helemaal bij hun partner neer. Anderen gaven expliciet aan dat ze in het gesprek over anticonceptie buiten beschouwing worden gelaten. Over het algemeen was de tendens in de zorg vaak dat het gesprek over anticonceptie zich alleen op de vrouw richtte.

“Uhm ja een dingetje, want er wordt voornamelijk qua anticonceptie gekeken naar de vrouw. Het is nooit van de man kan er ook wat aan doen. Dat is dat. Ja, dat wordt eigenlijk een beetje buiten beschouwing gelaten.” ~ Man met uitgedragen onbedoelde zwangerschap

Adviezen voor zorgverleners van respondenten

Advies vanuit de respondenten richtte zich vooral op de timing van het gesprek over anticonceptie. In zowel de groep die voor uitdragen of afbreken had gekozen kwam enkele keren naar voren dat de timing in hun gevallen te snel was (kort na de bevalling of kort na de abortus). Deze vrouwen gaven aan dat ze er op dat moment nog niet aan moesten, konden of wilden denken. Daarnaast waren er met name onder de vrouwen die voor een abortus kozen enkelen die de keuze voor anticonceptie niet altijd als een vrijwillige optie ervaarden. In termen van behoeftes gaven deze respondenten aan dat ze pas later het gesprek over anticonceptie zouden willen voeren, dat het meer als een vrijwillige optie besproken moet worden en dat er over meer anticonceptie opties gesproken moet worden.

6.6 Reflectie op de resultaten

In principe waren veel ervaringen met de verschillende zorgverleners rondom onverwachte zwangerschap positief. Toch laten de bevindingen ook verschillende knelpunten en behoeften zien die vragen om een theoretische duiding. In deze reflectie verbinden we deze met theoretische inzichten die kunnen helpen de complexiteit van de zorg bij onverwachte zwangerschap beter te begrijpen en aanbevelingen te formuleren.

De invloed van maatschappelijke idealen over (onverwachte) zwangerschap op de zorg

Maatschappelijke normen en idealen lijken zowel te beïnvloeden hoe mensen met een onverwachte zwangerschap de zorg binnen stappen en ervaren, als hoe zorgverleners omgaan met mensen met een onverwachte zwangerschap. Dit sluit aan bij een literatuur review van Dalmijn, Visse en van Nistelrooij (2024) die liet zien dat onder andere gevoelde normen en sociale druk een grote rol spelen in het besluitvormingsproces bij een onverwachte zwangerschap. Allereerst laten onze bevindingen zien dat men veelal verwacht vanwege een onverwachte zwangerschap veroordeeld of gestigmatiseerd te worden in het contact met een zorgverlener. Deze verwachte stigma (of ‘*anticipated stigma*’) is gerelateerd aan het begrip zelf-stigmatisatie of geïnternaliseerd stigma, wat betekent dat mensen de negatieve denkbeelden uit de samenleving hebben overgenomen en op zichzelf toepassen (Smith et al., 2016). Veel respondenten refereren in de interviews bijvoorbeeld naar een maatschappelijk ideaal of maatschappelijke norm rondom onverwachte zwangerschap. Ze noemen onder andere dat ze niet verwacht hadden dat het hun zou overkomen, want, als vooroordeel geformuleerd is het toch iets “...wat je alleen overkomt als je jong en dom bent...”. Het concept ‘*spoiled identity*’ kan helpen te begrijpen hoe zelf-stigma bij onverwachte zwangerschappen een rol kan spelen. De socioloog Erving Goffman beschrijft in zijn werk over stigma hoe iemands sociale identiteit kan worden aangetast wanneer zij een kenmerk hebben dat door de samenleving als ‘afwijkend’ of ‘onwenselijk’ wordt gezien (Goffman, 1963). Goffman noemde dit ‘*spoiled identity*’ oftewel geschonden identiteit. Dit concept beschrijft in essentie het gat tussen hoe de maatschappij verwacht dat iemand zou moeten zijn versus wie ze daadwerkelijk zijn. Daarnaast lijkt men ook een impliciete norm te ervaren van ‘bedoeld ouderschap’ - waarbij er bijvoorbeeld een verwachting is dat mensen eerst hun leven op orde hebben en dan bewust kiezen voor kinderen (Aiken et al., 2016; Smith et al., 2016). Vanuit dit perspectief kan een onverwachte zwangerschap gezien worden als een afwijking van het maatschappelijke ideaal van bedoeld ouderschap wat men vervolgens verinnerlijkt en op deze wijze tot zelf-stigmatisering kan leiden als men zelf van dit ideaal afwijkt.

Een idee wat hierop aansluit is dat van de maakbaarheid en eigen keuze van het ‘nemen’ van een kind (Dehue, 2023). In relatie tot de ongeplande en ongewenste zwangerschap kun je hier ook de impliciete norm terugzien dat een zwangerschap gepland en ‘op het juiste moment’ hoort te zijn, waarbij de onverwachte zwangerschap niet alleen afwijkend is van de norm, maar ook een persoonlijk falen is. Dit kan ertoe leiden dat er bij vrouwen die onverwacht zwanger raken een gevoel van tekortkoming en schaamte ontstaat. Dit zie je terug bij wat respondenten beschrijven als een positieve of als negatieve ervaring met een zorgverlener. Daarbij valt het op dat de positieve en negatieve ervaringen eigenlijk twee kanten van dezelfde munt zijn: aan de positieve kant bevinden zich ervaringen waarbij een zorgverlener oordeelvrij is geweest en een open en warme sfeer creëerde waarin iemand zich begrepen en gehoord voelt. Aan de negatieve kant spreekt men over zorgverleners waarbij respondenten zich veroordeeld voelden, het gevoel hadden zich te moeten verantwoorden, waarbij gevoelens als schaamte en schuld versterkt of aangewakkerd werden en waar ze zich niet begrepen en gehoord voelden. Een andere verwante maatschappelijke norm die terugkomt in de ervaringen van mensen met de zorgverlening is over de gevoelens die men mag of hoort te hebben rondom een (onverwachte) zwangerschap. Men ervaart in sommige gevallen een impliciete norm vanuit zorgverleners dat ze blij moeten zijn met de zwangerschap, wat te zien was aan de gerapporteerde ervaring van ongewenste felicitaties. Vergelijkbaar was dat vrouwen de indruk hadden dat ze het soms in de ogen van zorgverleners emotioneel erg zwaar moeten hebben met een keuze voor het afbreken van een zwangerschap (wat niet voor iedereen geldt).

Persoonsgerichte zorg bij onverwachte zwangerschap

Ongeacht de keuze voor het afbreken dan wel uitdragen van de zwangerschap, spreekt men een behoefte uit voor meer persoonsgerichte begeleiding en informatie: van keuzehulpgesprek, tot de abortuszorg en de zwangerschapszorg, als ook specifiek bij de gesprekken en voorlichting over anticonceptie.

Deze behoefte is onder andere terug te zien in de bevinding dat er sprake was van onduidelijkheid en verwarring over welke zorgverlener men het best kan benaderen in het geval van een onverwachte zwangerschap. Dit is onafhankelijk van de zorgvraag: zowel bij degenen die twijfelen, sterk neigen naar afbreken of sterk neigen naar uitdragen wordt dit ervaren. Bij de onduidelijkheid en verwarring over de zorgroute komt deels naar voren dat mensen niet alle kennis hebben over het zorgaanbod in de desbetreffende situatie en bij welke zorgverlener men dan terecht kan. Daarbovenop lijkt ook het beeld dat men heeft van een zorgverlener een rol te spelen. Niet iedereen ziet bijvoorbeeld de huisarts als aangewezen persoon om dit gesprek te voeren, bijvoorbeeld omdat deze te dichtbij staat en het iemand is waar men nog vaker komt: ze willen niet dat de huisarts een bepaald beeld van ze heeft. Hier spreekt ook een stuk verwacht stigma in door. Bovendien worden zowel de abortuskliniek en de verloskundige door de meesten niet gezien als plekken waar men ook heen kan voor een keuzehulpgesprek of ondersteuning bij twijfel: het beeld is dat ze er alleen zijn voor het dan wel willen afbreken of uitdragen van de zwangerschap. Qua kennis lijken ook weinig mensen af te weten van andere informatiebronnen die kunnen ondersteunen, zoals infopunt Onbedoeld Zwanger. Meer voorlichting en informatie over de beschikbaarheid van keuzehulporganisaties door de betrokken (eerstelijns)zorgverleners voor onverwacht zwangeren en bijbehorende websites van landelijke beroepsorganisaties (bijvoorbeeld De Verloskundige of Thuisarts) is daarom wenselijk.

De onduidelijkheid en verwarring lijkt ook terug te komen in de stereotypen en verwachtingen over abortus en de abortuskliniek en de behoefte om daar meer informatie en begeleiding bij te krijgen. Onze bevindingen laten onder andere zien dat er veel ideeën en verwachtingen zijn rondom abortusmethoden, die niet altijd kloppen of hoeven uit te komen, maar die de keuze voor en ervaring van een methode sterk kunnen beïnvloeden. Dit sluit aan bij een onderzoek van Fiom dat liet zien dat de verwachtingen vooraf cruciaal waren voor de ervaring van de abortuspil (Latour-Oldenhof et al., 2024).

Naast een oplossing voor de onduidelijkheid en verwarring over de rol van zorgverleners lijkt een persoonsgerichte aanpak van groot belang tijdens de voorlichting van anticonceptie en ondersteuning bij de anticonceptiekeuze. Dat begint al bij dit doen op een voor mensen gepast moment, bijvoorbeeld wat ruimer na de bevalling of in de laatste fase van de zwangerschap, zoals aangegeven door de respondenten. Dehlendorf et al. (2014) hebben in hun onderzoek naar *shared decision making* bij anticonceptiekeuzes al laten zien dat de kwaliteit van het gesprek over anticonceptie significant verbetert wanneer zorgverleners een persoonsgericht model hanteren. Dit bevorderende effect wordt volgens dit model bereikt door drie kernelementen: (1) het verkennen van de persoonlijke context en voorkeuren van de patiënt, (2) het verstrekken van op maat gemaakte informatie over verschillende opties, en (3) het ondersteunen van de besluitvorming zonder te sturen. Bij anticonceptiezorg betekent dit concreet dat het gesprek niet moet beginnen met een presentatie van beschikbare methoden, maar met een verkenning van wat anticonceptie betekent in het leven van de patiënt. Belangrijk in deze context is bovendien het benadrukken van het belang van het expliciet bespreken van bijwerkingen en het normaliseren van het wisselen van anticonceptiemethode (Madden et al., 2015). De persoonsgerichte aanpak, die ook gepaard gaat met inachtneming van een *shared decision making*, lijken belangrijke

elementen van anticonceptiezorg te zijn die het mogelijk maken rekening te houden met (a) de ervaringen en voorkeuren van de patiënt met anticonceptie tot nu toe, (b) welke aspecten van anticonceptie voor de patiënt het belangrijkst zijn (bijvoorbeeld betrouwbaarheid, regelmaat, bijwerkingen) en (c) hoe de gekozen methode kan worden aangepast of gewijzigd als deze niet bevalt.

Daarnaast kan het zijn dat door de focus op puur medische aspecten er mogelijk minder aandacht wordt besteed aan de existentiële en emotionele kant of vraagstukken rondom onverwachte zwangerschap. Dit is zowel terug te zien in de behoefte van de respondenten om meer ondersteuning te krijgen in de transitie naar onverwacht ouderschap als in de behoefte aan ondersteuning door lotgenotencontact en ervaringskennis. Mensen met een onverwachte zwangerschap hebben niet alleen behoefte aan medisch-technische kennis van professionele zorgverleners, maar ook aan herkenning en begrip van anderen. En eventueel van anderen die vergelijkbare ervaringen hebben doorgemaakt. De behoefte aan ervaringskennis sluit bovendien aan bij het idee dat een onverwachte zwangerschap de verwachte levensloop verstoort en existentiële vragen kan oproepen die verder reiken dan het medische domein. Dehue's (2014) analyse van de medicalisering van het dagelijks leven liet zien dat er een trend is om sociale en emotionele uitdagingen te reduceren tot medische vraagstukken wat kan verklaren waarom er weinig ruimte is voor de specifieke problematiek van onverwacht zwangerschap binnen de reguliere zorg. Ervaringsdeskundigen kunnen bijvoorbeeld, vanuit hun doorleefde kennis, een unieke vorm van steun bieden die complementair is aan professionele zorg. In Nederland wordt een dergelijke aanpak ondersteund en aangeboden via Fiom. Alhoewel dit nog meer bekendheid bij de mensen en zorgverleners verdiend.

Partnerbetrokkenheid bij onverwachte zwangerschap

Een belangrijke uitkomst is de behoefte aan meer partnerbetrokkenheid bij een onverwachte zwangerschap, zowel vanuit het perspectief van de partner als de zwangere. Het gaat daarin niet alleen om het besluitvormingsproces, maar ook de zorg daarna, inclusief het gesprek over anticonceptie.

Naast de zorgverlening kan ook de partner een belangrijke rol spelen voor gezondheidsuitkomsten en welzijn van de onverwacht zwangere. Niet alleen geven een deel van de partners van onze respondenten aan zelf behoefte te hebben gehad aan ondersteuning of meer betrokkenheid, ook een deel van de zwangeren van onze respondenten gaf dit aan. Uit eerder onderzoek blijkt ook dat partners financiële, praktische en sociaal-emotionele hulp bieden rondom een onverwachte zwangerschap en abortus, ook als er geen overeenstemming was over de keuze voor afbreken of uitdragen tussen de zwangere en de partner (Nguyen et al., 2018). Bovendien kan het vanuit het idee van gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het voorkomen van zwangerschap ook belangrijk zijn om de partner bij het gesprek rondom anticonceptie te betrekken. Dat kan mogelijk ook de effectiviteit van de anticonceptiezorg en naleving van anticonceptie verhogen (Campelia et al., 2024).

Echter, partners kunnen niet alleen ondersteunend zijn voor de zwangere persoon, maar zelf ook een proces doormaken dat aandacht en begeleiding verdient. Dit geldt zowel voor de transitie naar onverwacht ouderschap als bij een keuze voor het afbreken van een zwangerschap. Stellen die voor uitdragen kiezen zouden bijvoorbeeld kunnen profiteren van een gezamenlijk begeleidingstraject in de eerstelijnsverloskundige zorg die beide ouders bevordert in hun transitie naar ouderschap, wat ook de relatie met het kind bevordert. In Nederland zijn eerste initiatieven gestart die vaderbetrokkenheid in de verloskundige zorg bevorderen (Seijmonsbergen-Schermers et al., 2024). Binnen de abortuszorg kan dit eruit zien als eventuele emotionele nazorg bieden aan stellen gezamenlijk of partners apart, afhankelijk van de behoefte.

Als bewuste participant kunnen partners dus zelf emotioneel baat hebben van deze zorg, maar ook fungeren als geallieerde bij de verbetering van de ervaring van het abortusproces of belemmerende ervaringen gepaard gaande met een uitgedragen zwangerschap en bij de bevordering van de reproductieve gezondheid in het algemeen. Echter, op welke wijze de partner een rol moet spelen blijft een balans tussen de zelfbeschikking van de zwangere en de behoefte van de partner. Al met al vraagt dit om een bewuste en sensitieve communicatiestrategie die de partner erkent als betekenisvolle participant in het zorgproces en tegelijkertijd de autonomie van de vrouw beschermt.

6.7 Subconclusies hoofdstuk 6

De maatschappelijke idealen rondom (onverwachte) zwangerschap hebben een aanzienlijke invloed op de verwachtingen over de zorgverlening en hoe de zorg rondom onverwachte zwangerschap wordt ervaren. Het is belangrijk dat zorgverleners zich bewust zijn van hun rol en de manier waarop ze communiceren met vrouwen en mannen die te maken krijgen met een onverwachte zwangerschap. Daarnaast benadrukken de resultaten de noodzaak van persoonsgerichte zorg, die rekening houdt met de unieke omstandigheden en behoeften van elke zwangere. Bovendien is er een behoefte aan meer betrokkenheid van de partner bij onverwachte zwangerschappen, wat kan bijdragen aan een betere ondersteuning en een positief zorgtraject voor alle betrokkenen.

DEEL C

VAN CONCLUSIES

NAAR

AANBEVELINGEN

7 Alle onderzoeksbevindingen in helikopterperspectief

7.1 Van bevindingen per onderzoeksvraag naar conclusies

In dit hoofdstuk zetten we alle bevindingen die besproken zijn in de hoofdstukken 2 tot en met 6 op een rij. Hierbij bespreken we de verschillende bevindingen over dezelfde onderzoeksvragen samen, en wegen deze ten opzichte van elkaar en waar nodig ook met ander relevant wetenschappelijk onderzoek. We bespreken ook kort de belangrijkste bevindingen van onderzoeksvraag 2, die in het eerste deelrapport al beantwoord is ([Dit is mijn verhaal](#)). We doen dit omdat we deze bevindingen wel meewegen in de volgende stap, namelijk het formuleren van aanbevelingen ter bevordering van de preventie van, en de zorg en ondersteuning bij een onbedoelde zwangerschap (onderzoeksvraag 4). In Tabel 7.1 staat een overzicht van hetgeen er in kaart is gebracht in de deelstudies per onderzoeksvraag.

Tabel 7.1 Overzicht van de verzamelde gegevens gebruikt voor beantwoording van onderzoeksvragen 1 tot en met 3

Onderzochte aspecten	Steekproef of informanten	Organisatie	Leeswijzer
Onderzoeksvraag 1: Welke factoren dragen bij aan een onbedoelde zwangerschap?			
Factoren die samenhangen met a) de kans op onbedoelde zwangerschap b) meemaken onbedoelde zwangerschap c) meemaken ongewenste zwangerschap	Algemene populatie: Monitor Seksuele Gezondheid (n=15.512)	Rutgers	H2
Factoren die samenhangen met a) Geen anticonceptie gebruiken b) De mate van bedoeldheid (1-12) van een onverwachte zwangerschap Wat gebeurde er als er wel anticonceptie werd gebruikt?	Onbedoeld zwangeren en partners: BluePrint Studie (n=1.032)	Amsterdam UMC	H3
Factoren/ thema's die a) een rol spelen bij het niet of niet-effectief gebruik van anticonceptie voorafgaand aan een onverwachte zwangerschap b) de onbedoeldheid van een onverwachte zwangerschap vormgeven Wat gebeurde er als er wel anticonceptie werd gebruikt?	Kwalitatieve interviews: (n=78, vrouwen & mannen, uitdragen & abortus)	Amsterdam UMC & UMCG	H4
Onderzoeksvraag 2: Welke omstandigheden dragen bij aan het besluit om een onbedoelde zwangerschap uit te dragen dan wel af te breken?			
a) Motieven/ omstandigheden genoemd in de wetenschappelijke literatuur (2008-2023) b) Eerste reacties op ongewenste zwangerschap c) Motieven (redenen) voor abortus of uitdragen	Literatuurstudie (scoping review) DAMHS studie (n=325) BluePrint Studie (n=1.032)	Amsterdam UMC, Universiteit Utrecht & Fiom	Dit is mijn verhaal
Onderzoeksvraag 3: Wat zijn de ervaringen van onbedoeld zwangeren en hun partners met de zorg en ondersteuning bij een onbedoelde zwangerschap?			
a) Tevredenheid van cliënten van het Landelijk Netwerk Keuzehulpverlening met deze vorm van zorg en ondersteuning bij het keuzeproces b) Welke zaken hierbij van belang zijn volgens cliënten	Clíenttevredenheids-onderzoek (Fiom CTO) keuzehulpverlening (n=430)	Fiom	H5
a) Ervaringen van onbedoeld zwangeren en hun partners met zorgverleners (bijvoorbeeld de huisarts, verloskundige, keuzehulpverlener, abortusarts of gynaecoloog) b) Zorgpaden c) Belangrijke aspecten die de beleving vormgeven	Kwalitatieve interviews: (n=78, vrouwen & mannen, uitdragen & abortus)	UMCG & Amsterdam UMC	H6

7.2 Onderzoeksvraag 1: Factoren die bijdragen aan onbedoelde zwangerschap

Onderzoeksvraag 1 is gericht op het identificeren van factoren die in belangrijke mate bijdragen aan onbedoelde zwangerschap. Een probleem dat deze onderzoeksvraag met zich meebrengt, en waar veel onderzoek op dit thema mee te kampen heeft, is dat niet uit elkaar te halen is of factoren samenhangen met het zwanger worden zelf (het niet gebruiken van anticonceptie, het falen van anticonceptie) of met de onbedoeldheid of ongewenstheid, met ander woorden met de context die een zwangerschap minder welkom maakt. Om deze reden hebben wij getracht onderscheid te maken tussen factoren die samenhangen met de kans op onbedoelde zwangerschap (dat wil zeggen, geen anticonceptiegebruik en geen actieve kinderwens, maar wel seksueel actief zijn) enerzijds en de mate van bedoeldheid anderzijds.

Er is al Nederlands onderzoek gedaan naar factoren die samenhangen met ongeplande zwangerschappen die zijn uitgedragen (Enthoven et al., 2022). Hier werden alleen geen afgebroken zwangerschappen meegenomen en ook geen partners. De uitkomstmaat was hier of mensen hun zwangerschap als ongepland classificeerden. Het is bekend dat de bedoeldheid van een zwangerschap ruimer kan worden opgevat, en het concept niet zwart-wit is (zoals in [dit tekstkader](#) is beschreven) Om deze redenen hebben we in ons eigen onderzoek zoveel mogelijk kwantitatieve én kwalitatieve data meegenomen van vrouwen én mannen en van mensen die voor abortus kiezen of voor uitdragen. Hiermee wilden we een breder beeld krijgen van de factoren die mogelijk een rol spelen.

7.2.1 Kwantitatieve data geven beperkt zicht

Ook in ons eigen onderzoek bleek opnieuw dat de kwantitatieve data beperkt zijn. Dat heeft met de volgende punten te maken.

- Het concept ‘onbedoelde zwangerschap’ is niet helder af te bakenen en te categoriseren, maar eerder een multidimensioneel en veranderlijk fenomeen.
- Anticonceptie gebruik is lastig te meten, omdat respondenten een heel andere invulling kunnen geven aan dit begrip, en bijvoorbeeld vruchtbare dagen methoden wel of niet als anticonceptiemethode zien. Daarnaast zijn er veel inconsistente gebruikers, bijvoorbeeld mensen die af en toe condooms gebruiken, maar niet altijd. Ook is anticonceptiegebruik voor een onbedoelde zwangerschap soms een gevoelig onderwerp, en is er kans dat men niet eerlijk rapporteert, bijvoorbeeld door het idee dat heerst dat mensen iets doms hebben gedaan als zij geen anticonceptie hebben gebruikt. Dit kan tot vertekening in de rapportage over anticonceptiegebruik hebben geleid.
- De factoren zijn niet altijd op dezelfde manier gemeten in de verschillende studies, en ook redelijk beperkt gemeten vanwege de digitale survey.
- We hebben geen longitudinaal onderzoek gedaan, en het onderzoek was retrospectief. Daardoor kunnen we van verschillende factoren niet vaststellen of ze de oorzaak of het gevolg zijn van de (kans op) onbedoelde zwangerschap, of dat beide het gevolg zijn van andere achtergrondfactoren, omdat zij op hetzelfde moment zijn gemeten.

Om deze redenen zijn we uitermate terughoudend met het interpreteren van de factoren die naar voren komen uit de kwantitatieve analyses.

Ter beantwoording van onderzoeksvraag 1 is in [hoofdstuk 2](#) en [hoofdstuk 3](#) uitgebreid beschreven welke factoren samenhangen met uitkomstmaten gerelateerd aan onbedoelde zwangerschap in de Rutgers Monitor Seksuele Gezondheid (n=15.512), die is uitgevoerd in de algemene populatie, en in de BluePrint studie (n=1.032), die is uitgevoerd onder vrouwen en mannen die een onbedoelde zwangerschap meemaakten (en ervoor kozen om deze af te breken of uit te dragen). In de Rutgers monitor konden factoren worden geïdentificeerd die samenhangen met het kans lopen op een onbedoelde zwangerschap (dus wel seksueel actief zijn, zonder dat er een kinderwens is of anticonceptie wordt gebruikt), met het meemaken van onbedoelde zwangerschap, en het meemaken van een ongewenste zwangerschap. Aangezien iedereen in de BluePrint studie meedeelde vanwege een onbedoelde zwangerschap, konden we in deze sample deze samenhang niet analyseren, maar we konden wel kijken naar factoren die samenhangen met geen anticonceptiegebruik in deze groep (waarvan we al weten dat ze geen actieve kinderwens hadden en wel seksueel actief waren), en naar de mate van bedoeldheid, gemeten op een 12-puntsschaal. Wanneer we uitzoomen en alles op een rij zetten, zien we een aantal belangrijke factoren naar voren komen. In Tabel 7.2 geven we een overzicht van belangrijke factoren die in onze analyses significant samenhangen met de genoemde uitkomstmaten.

Tabel 7.2 Overzicht van (typen) factoren die significant samenhangen met sommige uitkomstmaten gerelateerd aan onbedoelde zwangerschap, in de Rutgers monitor data en de BluePrint data

Sociaal-demografische factoren	Het patroon dat we terugzien in sociaal-demografische factoren is wisselend. Een hogere leeftijd hing samen met een hogere kans op niet-gebruik anticonceptie, maar niet per se met het meemaken van onbedoelde of ongewenste zwangerschap, in de monitordata. Dit is niet in overeenstemming met hetgeen gevonden is in de Generation R studie, waar juist jonge leeftijd voorspellend bleek voor het als ongepland classificeren van een uitgedragen zwangerschap (Enthoven et al., 2022). Aan de andere kant is te lezen in de jaarrapportage over abortusklinieken van 2023 dat daar wel de grootste leeftijdsgroep die van 30-34 jaar is, en jonge leeftijdsgroepen juist heel klein (IGJ, 2024). Het beeld is al met al niet erg consistent, maar past in elk geval niet bij het stereotype van jonge meiden die onbedoeld zwanger raken. Laag inkomen en praktisch opgeleid zijn hing samen met het meemaken van onbedoelde en ongewenste zwangerschap, maar niet met kans lopen op onbedoelde zwangerschap, in de algemene bevolking. Al kinderen hebben hing samen met het meemaken van een onbedoelde zwangerschap en met niet-gebruik van anticonceptie onder vrouwen die onbedoeld zwanger raakten, maar niet met kans op onbedoelde zwangerschap in de algemene populatie.
Religie	Mensen die religieus zijn of religie belangrijk vinden, hadden meer kans op onbedoelde zwangerschap omdat zij vaker geen anticonceptie gebruikten. Religie hing niet samen met het meemaken van een onbedoelde zwangerschap en het meemaken van een ongewenste zwangerschap in de algemene populatie. Wel ervaaarden mensen die religieus zijn en onverwacht zwanger geraakt waren, deze als minder sterk onbedoeld dan mensen die niet religieus zijn.
Relationele factoren	Mensen in een relatie maakten vaker een onbedoelde of ongewenste zwangerschap mee, maar samenwonen, grotere relatietevredenheid, meer communicatie en afstemming met een partner over een (toekomstige) kindervens en sociale steun droegen ook bij aan minder sterk onbedoeld zijn van een onbedoelde zwangerschap. We zagen ook dat relatiestatus niet zozeer gerelateerd was aan kans hebben op onverwacht zwanger raken (geen anticonceptiegebruik). We hebben helaas niet kunnen controleren voor hoe vaak men seks heeft, terwijl mensen die in een stabiele relatie zitten, vaker seks kunnen hebben dan mensen zonder een relatie, en daarmee een relatief grotere kans op conceptie.
Factoren die kwetsbaarheid vergroten	Eerder in het leven seksueel geweld hebben meegemaakt hangt samen met niet-anticonceptiegebruik en (de kans op) onbedoelde zwangerschap meemaken, maar niet met het meemaken van ongewenste zwangerschap, en ook niet met de mate van onbedoeldheid van een onverwachte zwangerschap. Het hebben meegemaakt van seksueel geweld komt ook uit ander onderzoek naar voren als risicofactor voor onbedoelde zwangerschap (o.a. Nelson & Lepore, 2013; Steinberg & Rubin, 2014; Goossens et al., 2016; McCloskey, 2016). Het lijkt erop dat deze factor vooral samenhangt met onverwacht zwanger <i>raken</i>, en niet zozeer bijdragen aan de (mate van) onbedoeldheid. Het is bekend dat het hebben meegemaakt van seksueel geweld vaak sterk samenhangt met andere factoren die de kwetsbaarheid vergroten, zoals psychische aandoeningen, die we onvoldoende hebben kunnen meten in ons onderzoek. We kunnen daarom niet zeggen of deze bevinding niet ook ten dele verklaard kan worden door andere onderliggende psychosociale problematiek.

Uit de gecombineerde resultaten valt op dat er veel inconsistentie is in de factoren die samenhangen met de diverse uitkomstmaten gerelateerd aan onbedoelde zwangerschap. Er is geen enkele factor die significant voorspellend was op iedere uitkomstmaat. Op basis van onze gecombineerde kwantitatieve resultaten kunnen we geen duidelijk pakket aan specifieke ‘risicofactoren’ voor onbedoelde zwangerschap meegeven waarop bijvoorbeeld beleid gevoerd zou kunnen worden.

7.2.2 Inzicht in thema's uit persoonlijke verhalen over anticonceptiegebruik en onbedoeldheid

De kwalitatieve bevindingen bieden inzicht in de motieven van mensen om geen anticonceptie te gebruiken. Het valt op dat mensen die geen anticonceptie gebruikten, vaak motieven, gevoelens en intuïties beschreven over anticonceptie, die lang niet alleen te maken hadden met kinderwens en het voorkomen van zwangerschap. Anticonceptie heeft ook bijwerkingen en nadelen, die soms maken dat mensen ermee stoppen voordat ze een nieuwe methode hebben gekozen, ondanks dat ze nog steeds geen actieve kinderwens hebben.

Uit de interviews kwamen hoofdthema's (Tabel 7.3) naar voren met betrekking tot het ontstaan van de zwangerschap en in het bijzonder bij het niet of inconsistent gebruik van anticonceptie.

Tabel 7.3 Overzicht van hoofdthema's gerelateerd aan anticonceptiegebruik op basis van de kwalitatieve interviews

Perspectieven op vruchtbaarheid	We zagen dat mensen vaak de verwachting hadden dat ze niet zo snel zwanger zouden raken, bijvoorbeeld omdat andere mensen veel tijd nodig hebben om zwanger te raken, omdat men dacht minder vruchtbaar te zijn, of omdat eerdere onbeschermd seks niet tot een zwangerschap heeft geleid. Tegelijk zagen we ook terug dat vruchtbaarheid iets wenselijks is, ook als mensen niet zwanger wilden worden.
Negatieve ervaringen met anticonceptie	Wat veel terugkwam in de interviews, was een grote ontevredenheid met eerder gebruikte anticonceptiemethoden. Men ervaarde nadelen van het spiraaltje, bijwerkingen van hormonale anticonceptie, gebruiksongemak van condooms, en men was ontevreden over de anticonceptiecounseling. Vrouwen benoemden dat ze graag een natuurlijke cyclus wilden behouden, voor hen had anticonceptie invloed op hun identiteit. Hetzelfde zagen we soms ook terug bij mannen die geen kinderen meer wilden, maar toch geen vasectomie wilden omdat ze het gevoel hadden dat zij daarmee een deel van zichzelf zouden kwijtraken.
Vertrouwen in anticonceptie	Mensen hadden soms veel vertrouwen in de methoden die zij gebruikten, hielden daarbij niet altijd rekening met foutmarges of het bewustzijn van het risico verdween naar de achtergrond. Zo gingen mensen die gebruik maken van vruchtbaarheidsapps er vanuit dat ze niet vruchtbaar zijn op dagen dat de app dit aangeeft. Er waren ook mensen die wel wisten dat ze een risico namen, maar toch seks hadden, bijvoorbeeld omdat zij erg ontevreden waren met anticonceptie.
Communicatie tussen partners	Kinderwens en anticonceptie werd niet altijd besproken, maar er werden wel aannames over gedaan. Mensen hadden soms veel vertrouwen in hun partner dat deze zorgdroeg voor anticonceptie.
Onderliggende patronen	• We vonden sterke genderrolpatronen in verantwoordelijkheid voor anticonceptie, die over het algemeen bij de vrouw werd gelaten waarna de man er vanuit ging dat zij hier goed zorg voor droeg. • Daarnaast zagen we in de taal die gebruikt werd en de manier waarop gesproken werd over de onbedoelde zwangerschap veel schuld en schaamte terug. • Ook viel op dat seksueel plezier weinig benoemd werd, maar verminderd 'gevoel' wel een grote rol speelde bij het niet-gebruiken van condooms. • Ten slotte zagen we dat mensen vaker onbedoeld zwanger raakten in zogenaamde twijfelperiodes, periodes waarin mensen geen anticonceptie gebruikten maar nog geen nieuwe vorm gestart waren.

Welke factoren zorgen ervoor dat een onbedoelde zwangerschap als meer of minder bedoeld wordt ervaren?

Uit de kwalitatieve interviews komen drie onderliggende thema's naar voren die de onbedoeldheid vormgeven: het ontbreken van een stabiele basis als bedding voor het krijgen van een kind, ervaren ruimte en aandacht voor een kind, en de afwezigheid van een kinderwens op dat moment. Opvallend was dat participanten vaak hun verhaal begonnen met praktische omstandigheden, maar verder in het gesprek men pas uitkwam bij de kinderwens op dat moment, of bij ontevredenheid of onzekerheid over de partnerrelatie. Dit werd vaker genoemd door participanten die voor abortus kozen, wat in lijn is met eerder onderzoek naar welke strategieën mensen toepassen om weerstand te bieden tegen abortus stigma (Hoggart, 2017). Echter, we zagen deze narratieve opbouw ook bij degenen die kozen voor uitdragen, wellicht gerelateerd aan negatieve ideeën of vooroordelen rondom onbedoelde zwangerschap in bredere zin. Tot slot zien we dat het perspectief op de onbedoeldheid van een zwangerschap niet statisch is. De reflecties achteraf lijken gekleurd door zowel de persoonlijke als de normatieve context het narratief over onbedoeldheid en de genomen beslissing.

7.2.3 Wat als er wél anticonceptie is gebruikt

Uit ons onderzoek blijkt dat meer dan de helft van de mensen in de abortuskliniek wel anticonceptie heeft gebruikt, tenminste, dat is wat zij rapporteerden te hebben gedaan ([hoofdstuk 3](#)), en dit blijkt ook uit ander onderzoek (o.a. Finkenflügel, 2024). We hebben gekeken naar antwoorden op gesloten en open vragen over het type anticonceptie dat was gebruikt in de BluePrint studie, wanneer men aangaf wel een methode te hebben gehanteerd maar desondanks toch zwanger te zijn geraakt, maar ook naar de kwalitatieve interviews (Tabel 7.4).

Tabel 7.4 Overzicht van belangrijkste problemen met anticonceptie op basis van open antwoorden in BluePrint studie en de interviews

Condoms inconsistent	De meeste problemen had men met condoms. Opvallend was dat respondenten vaak in eerste instantie met enige omslachtigheid aangaven dat er 'iets mis was gegaan', waarna bij doorvragen bleek dat er 'die ene keer' (soms eventjes) geen condoom was gebruikt. Afglijden of knappen werd ook genoemd, maar veel minder. Soms werd er even geen condoom gebruikt in combinatie met gedachten over minder vruchtbaar zijn op dat moment, maar regelmatig gaven respondenten aan dat ze er simpelweg niet aan gedacht hebben <i>in the heat of the moment</i> . Het kan goed dat er onder partners verwachtingen over verantwoordelijkheid voor condoms en/of terugtrekken niet expliciet zijn uitgesproken, wat bijdraagt aan minder consistent condoomgebruik (Widman et al., 2014). Er waren ook mensen die aangaven dat zij zwanger zijn geraakt door voorvocht of niet op tijd terugtrekken.
Cyclusverstoringen	Een tweede veelvoorkomend probleem met anticonceptie is dat de gebruikte methode verstoord was door zaken als ziekte, stressvolle periodes, reizen, en dergelijke. Dit soort verstoringen konden de cyclus beïnvloeden en daarmee minder voorspelbaar maken, maar kon ook de werking van de orale anticonceptiepillen verstoren (bijvoorbeeld bij braken).
Echt geen idee wat er mis ging	Ten derde zagen we ook vrouwen die een spiraal gebruikten of andere conventionele hormonale methoden, en écht geen idee hadden waarom deze niet gewerkt had. Voor een deel zal dit verklaard worden door de foutmarge die anticonceptiemethoden ook bij goed gebruik kunnen hebben, en voor een ander deel is het mogelijk dat mensen zich niet bewust zijn van gebruikersfouten. De interviewers hebben in de interviews wel doorgevraagd wanneer men geen idee had wat er mis was gegaan, maar hier kwam niet altijd iets uit naar voren. Er gaat niet altijd duidelijk iets 'mis'.

Ook hier zien we dat ten dele sprake kan zijn van minder effectief anticonceptiegebruik omdat mensen in een situatie verkeren die voor hen anders is dan gewoonlijk, enigszins vergelijkbaar met de eerder beschreven twijfelperiodes. Ook een gebrek aan communicatie met de partner is belangrijk. Condoms worden *in the heat of the moment* niet altijd gebruikt. Zo beïnvloeden impliciete (meer negatieve) attitudes ten aanzien van condoms de intentie om deze te gebruiken veel sterker wanneer men seksueel opgewonden is (Wolfs et al., 2019). Dit betekent dat keuzes voor anticonceptie beter niet bewaard zouden moeten worden tot het moment zelf. Het is bekend dat vooraf expliciet bespreken van condoomgebruik de kans vergroot dat deze daadwerkelijk worden gebruikt (Widman et al., 2014). Communicatie over anticonceptie lijkt dan ook een essentieel ingrediënt van effectief anticonceptiegebruik.

Tegelijk zijn er ook veel gevallen waarin alle mogelijke voorzorgsmaatregelen wel genomen zijn, en er toch een zwangerschap ontstaat. Soms is hiervoor een oorzaak aan te wijzen, zoals het verschuiven van een spiraal, maar soms wordt men zwanger ondanks goed anticonceptiegebruik. Anticonceptie met een zeer hoge betrouwbaarheid is nog steeds niet volledig onfeilbaar, er is altijd een kans op zwangerschap.

7.2.4 Reflecties op de bevindingen over kans op onbedoelde zwangerschap

De kwantitatieve bevindingen geven een complex en enigszins tweeledig beeld. Aan de ene kant zien we dat factoren gerelateerd aan sociale ongelijkheid en kwetsbare omstandigheden (zoals een laag inkomen en het eerder hebben meegemaakt van seksueel geweld) samenhangen met de kans op onverwacht zwanger raken. Dit past bij het beeld dat mensen in kwetsbaardere omstandigheden om diverse redenen minder toegang hebben tot anticonceptiekennis of -zorg, zoals onder andere blijkt uit het Rutgers-onderzoek *Understanding Vulnerability* (Finkenflügel et al., 2024). Ook kunnen zij minder reproductieve autonomie en *agency* ervaren om hierin een weloverwogen keuze te maken en tot actie over te gaan; dit heeft vooral te maken met structurele contextuele factoren die ongelijkheid bevorderen of in stand houden (Hall, 2024). Aan de andere kant zien we in onze data óók een beeld waaruit blijkt dat mensen van iets oudere leeftijd met een stabiele relatie en kinderen juist vaker in deze situatie terecht kunnen komen. We moeten er

daarom voor waken om onbedoelde zwangerschap te koppelen aan kwetsbaarheid. Dit geeft een incompleet beeld, en er kan een stigmatiserende werking vanuit gaan. Bovendien is geen sprake van een overtuigend consistent beeld omdat factoren de ene keer met de ene uitkomstmaat samenhangen, en dan weer met de andere.

Wanneer we de verschillende resultaten samen beschouwen in de context van ander wetenschappelijk onderzoek, wordt het volgende duidelijk. Mensen die geen anticonceptie gebruiken zonder een actieve kinderwens bevinden zich vaak in twijfelperiodes waarin de keuze voor een anticonceptiemethode wordt uitgesteld. Bijvoorbeeld door veranderingen in hun liefdesleven of een druk gezinsleven. Daarnaast hebben mensen zonder actieve kinderwens soms wel een latente of minder scherp afgetekende kinderwens ('niet nu, maar misschien later'), waardoor ze mogelijk onbewust een grotere kans op zwangerschap accepteren. Dit wordt ondersteund door eerder onderzoek (LaCross et al., 2019). Bovendien blijkt dat de keuze om al dan niet anticonceptie te gebruiken afhangt van veel meer zaken dan betrouwbaarheid en kinderwens. Veel mensen ervaren ontevredenheid over anticonceptiemethoden, bijvoorbeeld vanwege bijwerkingen van hormonale anticonceptie, een bevinding die aansluit bij eerdere studies (bijvoorbeeld D'Souza et al., 2022; Le Guen et al., 2021). Het is vooralsnog onduidelijk of deze mensen een hogere kans op een zwangerschap acceptabeler vinden dan het gebruiken van (hormonale) anticonceptie, of dat geen sprake is van een afweging. We weten ook niet in hoeverre dit samenhangt met ideeën over de consequenties van een onbedoelde zwangerschap, dat wil zeggen, of men veel of weinig moeite heeft met abortus of uitdragen. Er is wellicht een groep mensen die een keuze maakt voor een hoger risico op onverwachte zwangerschap, waarbij dit dus juist een teken is van reproductieve regie.

Tegelijk wordt ook de kans op een zwangerschap vaker laag ingeschat (Finkenflügel, 2024). Wij zagen hetzelfde terug in de kwalitatieve bevindingen. Mensen leken hun vruchtbaarheid te onderschatten. Interessant is dat het tegenovergestelde gezien wordt bij mensen die kinderen krijgen uitstellen tot latere leeftijd, zij onderschatten juist vaak de afname van de vruchtbaarheid (Mac Dougall et al., 2013). Onderzoek laat overtuigend zien dat mensen notoir slecht zijn in het toepassen van informatie over kansen en risico's op hun eigen situatie (Halpern et al., 1989; Raghubir & Latimer, 2014; Sundh, 2024). In de kwalitatieve interviews hebben we beide scenario's gezien: sommige mensen waren zich wel bewust van risico, anderen onderschatten dit.

De situatie verandert direct wanneer een onverwachte zwangerschap daadwerkelijk plaatsvindt, zonder dat er een actieve kinderwens is. Ook hier zien we een tweeledig beeld. Enerzijds ervaren mensen zonder stabiele basis (bijvoorbeeld gebaseerd op het hebben van een stabiele relatie; MacLeod, 2016), en mensen met minder ervaren ruimte en aandacht voor een kind (mogelijk gebaseerd op de kwetsbare omstandigheden waar zij zich in bevinden) hun zwangerschap vaker als onbedoeld, en kinderwens speelt hier vanzelfsprekend ook een grote rol. Tegelijk zien we dat mensen mét een stabiele basis net zo goed weinig ruimte kunnen ervaren voor (nog) een kind. De stabielere situatie betekent niet dat de zwangerschap verwelkomd wordt; het gaat hier net zo goed om mensen met een vol en druk leven en bijvoorbeeld al een compleet gezin.



Factoren die bijdragen aan een onbedoelde zwangerschap - overkoepelende conclusie

Al met al is de centrale boodschap dat een onverwachte zwangerschap in alle lagen van de bevolking voorkomt, en dat hoe 'bedoeld' of 'gewenst' deze zwangerschap vervolgens is, op verschillende manieren te maken heeft met ervaren ruimte, stabiliteit, en openheid voor het krijgen van een kind. We kunnen enkele factoren identificeren die de kans op onbedoelde zwangerschap verhogen, maar de associaties zijn niet consistent en geven weinig zicht op hoe eigen regie in anticonceptiegebruik verbeterd kan worden. De kwalitatieve bevindingen bieden meer inzicht in de motieven van mensen om geen anticonceptie te gebruiken, en daarmee meer aanknopingspunten voor beleid gericht op preventie (zie hoofdstuk 9).

7.3 Onderzoeksvraag 2: Omstandigheden die bijdragen aan het besluit om een onbedoelde zwangerschap uit te dragen dan wel af te breken

Onderzoeksvraag 2 is beantwoord met behulp van drie deelstudies gebaseerd op beschikbare gegevens. Er is een *scoping review* van de internationale literatuur van 2008 t/m 2023 uitgevoerd, die inmiddels ook gepubliceerd is in een wetenschappelijk artikel (Beumer et al., 2025). Ook zijn data geanalyseerd uit de Dutch Abortion & Mental Health Study (2010-2016, Van Ditzhuijzen, 2017), omdat hierin vrij uitvoerig en op verschillende manieren is gevraagd naar motieven en eerste reacties onder vrouwen die voor een abortus kozen, op basis waarvan profielen konden worden geconstrueerd. Ten slotte is gekeken naar de BluePrint studie (2022-2023) waarin ook gevraagd is naar motieven,

weliswaar minder uitvoerig, maar wel onder een bredere doelgroep, namelijk niet alleen vrouwen die voor abortus kozen, maar ook vrouwen die voor uitdragen kozen, alsook partners.

Omdat in deelrapport 1 [Dit is mijn verhaal](#) al uitvoerig op de drie onderdelen is ingegaan, geven we in dit eindrapport alleen de overkoepelende conclusies weer. Uit alledrie de deelstudies komt een beeld naar voren van een samenspel van meerdere motieven, emoties, waarden en intuïties, dat er telkens anders uit ziet. Net als veel andere onderzoeken (o.a. Kirkman et al., 2009; Aiken et al., 2016; Dalmijn et al., 2024) concluderen ook wij dat het daarom niet zinvol is om mensen te vragen een keuze te maken uit een rijtje ‘redenen’ of om de belangrijkste ‘reden’ te benoemen. Een groot probleem is dat de vraag naar redenen geen goed zicht geeft op het hele verhaal. Mensen zijn geneigd om te delen wat men aan de buitenwereld wil laten zien (en wellicht meer sociaal geaccepteerd is) of waarvan men denkt dat het de keuze kan verantwoorden, en het woord ‘redenen’ roept een cognitieve respons op. Bovendien wordt de vraag ofwel retrospectief gesteld ofwel vlak voor een abortus, dat ervoor kan zorgen dat het verhaal gekleurd wordt in de richting van de uiteindelijke zwangerschapsuitkomst.

Ondanks deze bedenkingen hebben we wel geïnventariseerd in bestaande gegevens welke motieven veel genoemd worden, al dan niet in combinatie met andere reflecties. Alle drie de deelstudies overziend komen de volgende motieven voor abortus het meest consistent naar voren: timing, kindwens/ gezinsplanning, en de partnerrelatie. Mensen die voor uitdragen kozen, noemden veelal dezelfde dingen die de zwangerschap onbedoeld maakten, maar wogen deze wel anders. Bovendien noemden zij vaker waarden, lotsmotieven en geloofsmotieven als ‘contra’ reden tegenover de dingen die de zwangerschap in eerste instantie minder welkom maakten. Voor mannen gold dat zij dezelfde motieven noemden, maar wel minder motieven aandroegen.

7.4 Onderzoeksvraag 3: Ervaringen van onbedoeld zwangeren en hun partners met de zorg en ondersteuning rond een onbedoelde zwangerschap

7.4.1 Cliënttevredenheidsonderzoek Landelijk Netwerk Keuzehulpverlening

Het cliënttevredenheidsonderzoek (CTO) wordt jaarlijks uitgevoerd door Fiom onder keuzehulpcliënten van alle aangesloten uitvoerende partijen uit het Landelijk Netwerk Keuzehulpverlening bij onbedoelde zwangerschap. Het betreft een online vragenlijst met open en gesloten vragen. Uit het onderzoek kwam naar voren dat keuzehulpcliënten over het algemeen zeer tevreden zijn. Negentig procent van de cliënten beoordeelde het keuzehulptraject met een cijfer 8 of hoger. De houding en expertise van de keuzehulpverleners speelden een belangrijke rol in de ervaringen van cliënten met een onbedoelde zwangerschap. De keuzehulpverleners werden beschreven als zeer vriendelijke, begripvolle, respectvolle, bereikbare, betrouwbare, open, eerlijke en empathische professionals. De ervaringen van cliënten gaven belangrijke kernwaarden weer waaraan het keuzehulptraject voldeed, namelijk: geen oordeel of sturing, eigen keuze staat centraal, erkenning en begrip, ondersteuning op maat en betrouwbaarheid en veiligheid. Cliënten beschreven dat in het keuzehulptraject behulpzame oefeningen, opdrachten en hulpmiddelen werden aangeboden. De oefeningen maakten het keuzeproces praktisch en realistisch. Het hielp sommige cliënten hun gedachten structureren of bracht duidelijkheid over hun keuze. De opdrachten hielpen cliënten stil te staan, gevoelens onder woorden te brengen, vanuit de verschillende keuzes naar hun toekomst te kijken of de eigen standpunten te bevragen en verduidelijken. Cliënten vonden het behulpzaam voorlichting te krijgen over het proces van het maken van een keuze en hoe emoties werken. Daarnaast waren cliënten tevreden over de goede, kritische, reflectieve en verdiepende vragen die de keuzehulpverleners stelden. Een aantal cliënten dacht hierdoor na over vragen of dingen waar ze zelf niet eerder bij stil hadden gestaan of waar ze niet zelf op waren gekomen. Ze konden dieper naar hun gevoel kijken.

Er waren ook negatieve ervaringen. Sommige cliënten gaven aan dat een te sturende houding de mogelijkheid om een eigen keuze te maken belemmerde. Soms voelden cliënten zich ook niet begrepen, bijvoorbeeld in de situatie dat de achtergrond van de hulpverlener erg verschilde met de achtergrond van een cliënt, waardoor de cliënt zich niet begrepen voelde door de keuzehulpverlener. In sommige keuzehulptrajecten was behoefte aan andere of meer informatie. Daarnaast werd het als negatief ervaren als de partner te weinig ruimte kreeg in het gesprek. Een andere cliënt gaf juist aan dat haar partner alle ruimte innam waardoor zij haar gevoelens en zorgen niet kon uiten. Een aantal cliënten gaf aan dat ze meer van het gesprek hadden verwacht. Ze hadden meer hulp verwacht of het sloot niet aan bij hun verwachtingen. Sommige cliënten hebben belemmeringen ervaren om bij de keuzehulpverlener terecht te komen,

soms via meerdere doorverwijzingen. Een belangrijk verbeterpunt bleek het vergroten van de bekendheid van keuzehulpverlening, zodat meer mensen geholpen kunnen worden als zij dat willen.

Een kanttekening bij het cliënttevredenheidsonderzoek is de mogelijkheid van selectiviteit en selectieve non-respons. Mensen die een moeilijk proces doormaakten, hadden mogelijk niet altijd de ruimte om op het proces te reflecteren. Het kon ook zijn dat een keuzehulpverlener de vragenlijst niet naar een cliënt stuurde, bijvoorbeeld vanuit het oogpunt van belasting of onveiligheid.

7.4.2 Kwalitatieve interviews over ervaringen met zorg en ondersteuning bij een onbedoelde zwangerschap

Zorgpaden

Sommige respondenten namen als eerste contact op met de huisarts, anderen met een verloskundige of gynaecoloog en weer anderen met een abortuskliniek. Bepalend voor met wie mensen als eerste contact opnemen na de ontdekking van een onverwachte zwangerschap is: a) in hoeverre er sprake is van twijfel of een duidelijk eerste gevoel bij de ongeplande zwangerschap (gevoel dat neigt naar uitdragen of afbreken), b) de kennis die mensen hebben over de mogelijke zorgroutes en c) de zorgvraag die mensen hebben (bijvoorbeeld voor prenatale diagnostiek of termijnbepaling). Logischerwijs verschilt vervolgens de route door de zorg afhankelijk van welke keuze mensen maakten voor het uitdragen of afbreken van de zwangerschap.

Ervaringen met zorg en ondersteuning

Uit de interviews kwamen zes hoofdthema's naar voren over de ervaring met en beleving van de zorg rondom een onbedoelde zwangerschap (Tabel 7.5).

Tabel 7.5 Overzicht van hoofdthema's gerelateerd aan zorg op basis van de kwalitatieve interviews

Onduidelijkheid over zorgpad	Voor veel geïnterviewden is het niet meteen duidelijk waar ze naartoe kunnen met hulpvragen over onbedoelde zwangerschap. Sommigen gaan er (ten onrechte) vanuit dat ze eerst langs de huisarts moeten voor een verwijzing.
Oordeelvrije of oordelende bejegening en verwachtingen	De manier van communiceren door zorgprofessionals, de verwachting veroordeeld te worden, en (stereotype) verwachtingen over abortus maken dat gevoelens van schuld, schaamte en veroordeeld worden kunnen worden versterkt of juist tegengegaan. Het valt op dat de positieve en negatieve ervaringen eigenlijk twee kanten van dezelfde munt zijn: aan de positieve kant bevinden zich ervaringen waarbij een zorgverlener oordeelvrij is geweest en een open en warme sfeer creëerde waarin iemand zich begrepen en gehoord voelde. Aan de negatieve kant spreekt men over zorgverleners waarbij respondenten zich veroordeeld voelden, het gevoel hadden zich te moeten verantwoorden, waarbij gevoelens als schaamte en schuld versterkt of aangewakkerd werden en waar ze zich niet begrepen en gehoord voelden. Er waren veel overwegend positieve ervaringen maar ook enkele negatieve ervaringen met zorgverleners die zich wel met de besluitvorming bemoeiden of een schuldgevoel of schaamte opriepen.
Partner-betrokkenheid	Veel partners ervaarden de zorg als 'voldoende' maar in tweede instantie werd duidelijk dat toch sprake was van een onvervulde zorgbehoefte bij mannen, terwijl zij tegelijkertijd ook steeds aangeven dat de zorg nu eenmaal logischerwijs vooral op de vrouw gericht is. Vrouwen benoemen zelf dat zij het jammer vonden dat hun partner niet of nauwelijks betrokken werd. Vanwege het recht op zelfbeschikking van de zwangere vraagt dit om een bewuste en sensitieve communicatiestrategie die de partner wel erkent als betekenisvolle participant in het zorgproces maar tegelijkertijd de autonomie van de vrouw beschermt.
Aandacht voor onverwacht ouderschap	Wanneer gekozen is voor uitdragen, lijken zorgverleners in de geboortezorg nog maar nauwelijks aandacht te hebben voor omstandigheden die de zwangerschap in eerste instantie minder gewenst maakten, terwijl deze niet meteen zijn verdwenen. Geïnterviewden hebben vooral behoefte aan af en toe een open vraag hierover, dit wordt gemist.
Informatie rond abortus	De bejegening in de abortuszorg wordt goed gewaardeerd. Soms blijken mensen wel meer behoefte aan meer informatie te hebben, bijvoorbeeld over de behandelmethoden, omdat ze daar van tevoren andere verwachtingen over hadden. Hierbij wordt ook een mogelijke rol geschetst voor ervaringsdeskundigen.
Gesprek over anticonceptie	Het gesprek over anticonceptie voor een abortus of in het kraambed na een onbedoelde zwangerschap blijkt niet altijd aan te sluiten qua timing en inhoud. Mensen staan op die

momenten niet altijd open voor informatie omdat ‘het hoofd vol zit’, of ze ervaren dat wordt gestuurd op bepaalde gangbare anticonceptiemethoden en er te weinig ruimte en tijd is voor een echt gesprek hierover. Anderen ervaren het juist als heel prettig wanneer een abortus kan worden gecombineerd met spiraalplaatsing.

7.4.3 Reflecties op de bevindingen over zorgervaringen

Schaamte, schuld en (zelf-)stigmatisering

In zowel het cliënttevredenheidsonderzoek als de diepte-interviews komt sterk en duidelijk naar voren dat mensen een luisterende, oordeelvrije en cliëntgerichte bejegening wensen, en het erg prettig vinden wanneer dit zo ervaren wordt. Het valt op dat dit heel veel benoemd wordt, in alle fases van voor tot na een onbedoelde zwangerschap. Gelukkig voldoet de bejegening in veel gevallen hier wel aan. Wanneer dit niet zo is, wordt dit sterk gevoeld. Dit heeft er alles mee te maken dat onbedoelde zwangerschappen in potentie ‘*stigmatizing moments*’ zijn:

- Er wordt vaak gedacht dat onbedoelde zwangerschap heel weinig voorkomt (Kumar et al., 2008) en vooral bij specifieke groepen (zoals jonge meiden), terwijl het in werkelijkheid veel voorkomt (UNPF, 2022), niet voorbehouden is aan specifieke risicogroepen, maar wel op bepaalde momenten vaker kan gebeuren (zie 7.2).
- Ook worden onbedoelde zwangerschappen door mensen geassocieerd met negatieve uitkomsten (o.a. Gipson et al., 2008; Auerbach et al., 2023), terwijl degelijk wetenschappelijk onderzoek laat zien dat negatieve gevolgen zeer beperkt zijn. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat mentale gevolgen van zowel abortus (o.a. Munk-Olsen et al., 2011; Van Ditzhuijzen, 2017; National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, 2018; National Collaborating Centre for Mental Health, 2011; Major et al., 2009; Steinberg et al., 2014) als uitdragen van een onbedoelde zwangerschap (Beumer et al., 2023; Beumer et al., 2024) al met al minimaal lijken, behalve wanneer een ongewenste zwangerschap moet worden uitgedragen (Biggs et al., 2017; Foster et al., 2018; 2019).

Ondanks deze wetenschappelijke kennis blijft er in de maatschappij een beeld bestaan van onbedoelde zwangerschap als iets dat uitzonderlijk is, voorbehouden aan jonge meiden, en inherent problematisch voor de persoon die zwanger raakt. Dit beeld wordt soms ook gereproduceerd door media, en mensen zijn vanwege deze normen en verwachte stigmatisering ook niet altijd open over hun ervaringen. Op deze en andere manieren wordt een sociale norm in stand gehouden over abortus (van Brouwershaven et al., 2024; Kumar et al., 2008; Purcell et al., 2013) en onbedoelde zwangerschap (Moseson et al., 2019; Harrison et al., 2016) die niet overeenkomt met de werkelijkheid.

Ook zorgprofessionals zijn niet immuun voor mediaboodschappen, waardoor sommige onbedoeld zwangeren ook daar stigmatisering verwachten en mogelijk het zoeken van zorg of hulp uitstellen (Harrison et al., 2016). Allereerst laten onze bevindingen zien dat men verwacht vanwege een onverwachte zwangerschap veroordeeld te worden in het contact met een zorgverlener. Deze verwachte stigma (of ‘*anticipated stigma*’) is gerelateerd aan het begrip zelf-stigmatisatie of geïnternaliseerd stigma, wat betekent dat mensen de negatieve denkbeelden uit de samenleving hebben overgenomen en op zichzelf toepassen (Smith et al., 2016). Zo benoemen mensen dat ze niet verwacht hadden dat het hen zou overkomen. Een andere maatschappelijke norm die terug komt in de ervaringen van mensen met de zorgverlening is over de gevoelens die men mag of hoort te hebben rondom een (onverwachte) zwangerschap. Men ervaart in sommige gevallen een impliciete norm vanuit zorgverleners dat ze blij moeten zijn met de zwangerschap, wat te zien was aan de gerapporteerde ervaring van ongewenste felicitaties. Onderzoek heeft laten zien dat mensen veel minder steun verwachten te krijgen dan ze zouden willen krijgen rond een onbedoelde zwangerschap (Crowley et al., 2018). In ons onderzoek hoorden wij veel verbazing terug over de vriendelijkheid van de zorgprofessionals, de niet-oordelende bejegening, en het luisterende oor, maar ook over de professionaliteit van de zorgprofessionals. Veel geïnterviewden verwachten veroordeeld of gestigmatiseerd te worden en zijn verrast als het anders blijkt. Overigens zagen we deze ervaringen minder rond anticonceptiegesprekken. Daarin werd nog wel regelmatig het gevoel opgewekt dat de zorgprofessional een biologiesje gaf, hetgeen geïnterviewden soms als badinerend ervaarden.

De rol van de partner als betekenisvolle participant

Zowel in het cliënttevredenheidsonderzoek als de diepte-interviews wordt regelmatig voorgesteld dat partners meer aandacht zouden mogen krijgen. Ander onderzoek laat zien dat partners weinig aandacht krijgen in geboortezorg (Petit-Steeghs et al., 2019). Ook in abortuszorg is het volledig betrekken van een partner bij de behandeling vaak niet mogelijk vanwege de huidige inrichting van de zorg en het waarborgen van anonimiteit van abortuszorgcliënten. Onderzoek heeft laten zien dat zwangeren het erg op prijs stellen als hun partner meegenomen kan worden in het proces van geboorte en abortus, omdat dit nadruk legt op gedeelde verantwoordelijkheid, eenzaamheid tegengaat, en ondersteunend is (Altshuler et al., 2021). Deze onderzoekers stellen dat het uitsluiten van partners tijdens

abortusbehandelingen daarentegen bijdraagt aan structureel abortus stigma, omdat hiermee de norm wordt bestendigd dat mensen die voor abortus kiezen de klinische ervaring helemaal alleen moeten doormaken. Hiervan gaat een boodschap uit dat de zwangere zelf alleen verantwoordelijkheid draagt en dat ze het niet verdient om hierbij ondersteund te worden (Altshuler et al., 2021). Ook wat betreft anticonceptiecounseling in de abortuskliniek is het een gemiste kans als hierin mannen niet worden betrokken. De abortus is in die zin bij uitstek een kans om mannen hierbij te betrekken, en om ook mannelijke anticonceptiemethoden bespreekbaar te maken (Nguyen & Jacobsohn, 2022).

Partners kunnen ondersteunend zijn voor de zwangere persoon, maar zelf ook een proces doormaken dat aandacht en begeleiding verdient. Dit geldt zowel voor de situatie van het afbreken van een zwangerschap als voor de transitie naar onverwacht ouderschap. Wanneer een zwangerschap onbedoeld is, kan de transitie naar vaderschap een grote worsteling zijn (Reich & Brindis, 2006). Uit ander Nederlands onderzoek blijkt dat verloskundigen weliswaar positief staan tegenover het betrekken van jonge vaders en ook de intentie hebben om dit te doen, maar dat deze jonge vaders zelf niet ervaren dat ze betrokken worden (van de Beek et al., 2025a). Het lijkt er dus op dat hierin ervaringen kunnen verschillen en dat behoeften wellicht groter of anders zijn dan zorgprofessionals denken. Zo stellen van de Beek et al. dat een focus op emoties niet altijd optimaal is, omdat dit geïnterpreteerd kan worden alsof men denkt dat de partner kwetsbaar is en hulp nodig heeft, hetgeen in conflict kan zijn met de behoefte aan bevestiging van hun weerbaarheid (van de Beek et al., 2025b).

De geboortezorg en abortuszorg is primair gericht op zwangeren, en in lang niet alle gevallen is er een partner aanwezig of betrokken. Ook wensen niet alle zwangeren betrokkenheid van hun partner. In [Dit is mijn verhaal](#) zagen we al dat de partnerrelatie ook een belangrijk aspect kan zijn in de motivatie om een zwangerschap af te breken. Bijvoorbeeld omdat men geen kind wil met deze partner of verwacht dat de relatie verder onder druk komt te staan. Al met al vraagt dit om een bewuste en sensitieve communicatiestrategie die de partner wel erkent als betekenisvolle participant in het zorgproces maar tegelijkertijd de autonomie van de vrouw beschermt.

8 Triangulatie en expert consultatie

8.1 Doelen

De onderzoeksvraag die in dit hoofdstuk beantwoord wordt, is ‘Hoe kan de preventie van en de zorg en ondersteuning bij een onbedoelde zwangerschap verbeterd worden?’ (onderzoeksvraag 4). Deze vraag borduurt voort op de bevindingen uit de eerste drie onderzoeksvragen. We formuleren de aanbevelingen niet uitsluitend op basis van eigen conclusies, maar leggen deze ook voor aan diverse experts in het veld.

8.2 Werkwijze

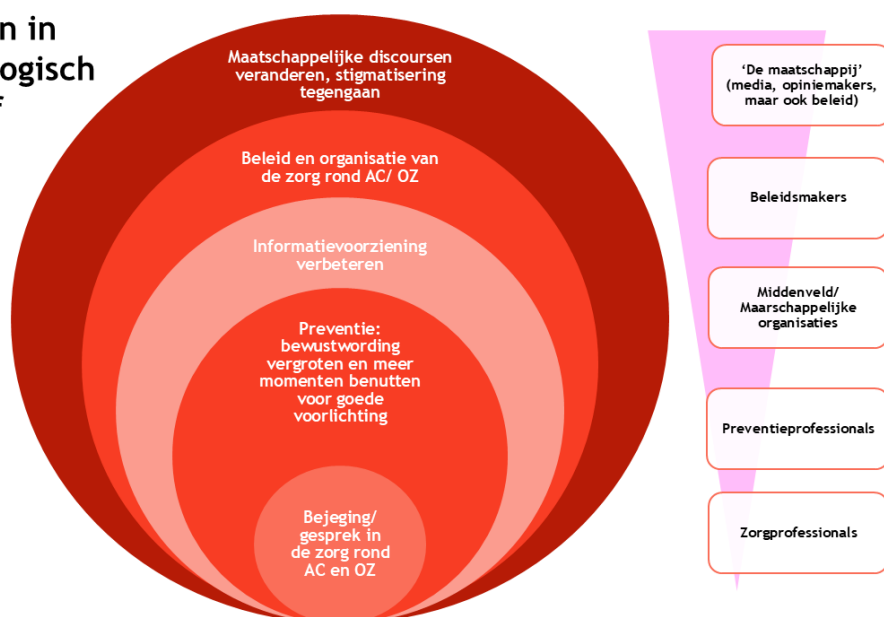
Omdat het belangrijk is dat aanbevelingen die voortkomen uit het onderzoek ook daadwerkelijk impact kunnen hebben in de praktijk, zijn er diverse sessies gehouden om onze blik te verruimen, aanbevelingen aan te vullen met andere kennis, deze verder aan te scherpen en te beoordelen op urgentie, haalbaarheid, reikwijdte en impact. Omwille van de leesbaarheid beschrijven we de werkwijze bij iedere stap in het proces van triangulatie, consultatie, reflectie, verbetering en aanscherping van aanbevelingen.

8.3 Stap 1: Triangulatie met het onderzoeksteam AVOZ

Op 17 oktober 2024 hebben we de eerste sessie gehouden met het gehele AVOZ onderzoeksteam (uitvoerend onderzoekers en projectleiders van de deelonderzoeken) om alle bevindingen naast elkaar te leggen en bij elkaar te brengen. Hierbij hebben we gekeken naar overeenkomsten maar ook naar eventuele inconsistenties in bevindingen. Na presentatie van de bevindingen aan elkaar, hebben we de tijd genomen voor ‘oogsten en samenbrengen’, waarbij de vraag wat nu de allerbelangrijkste bevindingen zijn, leidend was. We zijn uiteen gegaan in twee groepen waarbij de verschillende organisaties in iedere groep vertegenwoordigd waren, één groep gericht op aanbevelingen voor preventie van onbedoelde zwangerschap, en één groep gericht op aanbevelingen voor zorg en ondersteuning aan mensen met een onbedoelde zwangerschap. Hierbij hebben we de werkvorm ‘think-pair-share’ gebruikt. Deelnemers aan de sessie namen hierbij eerst 10 minuten voor zichzelf om te reflecteren op de bevindingen die zojuist waren gedeeld. Vervolgens werden de belangrijkste punten door iedereen op een flipover geschreven. Deze hebben we plenair nabesproken. Hierna hebben we een eerste aanzet gemaakt tot het herformuleren naar aanbevelingen voor de praktijk, waarbij de uitnodiging was om niet te denken aan zaken als haalbaarheid, maar zo vrij mogelijk te ‘dromen’ met de bevindingen in het hoofd.

Figuur 8.1 Organisatie van aanbevelingen in een aangepast sociaalecologisch model.

Bevindingen in Sociaalecologisch perspectief



Op basis van alle bevindingen en de triangulatiesessie met het hele AVOZ team, zijn alle conclusies georganiseerd volgens een sterk aangepaste vorm van een sociaalecologisch model (Bronfenbrenner, 1992), waarbij de binnenste cirkels gaan over de directe individuele zorgverlening bij anticonceptie en onbedoelde zwangerschap, en de concentrische cirkels daaromheen steeds ruimere categorieën vormen, van preventie tot informatievoorziening tot de organisatie van de zorg, beleid en maatschappij (Figuur 8.1). In Tabel 8.1 staan deze allereerste concept-aanbevelingen beschreven.

Tabel 8.1 Eerste versie aanbevelingen op basis van bevindingen en triangulatie met het onderzoeksteam

Steekwoorden	Concept aanbevelingen versie 1
Niveau 1: Zorgprofessionals	
- Niet-oordelende (en discrete) bejegening - Niet altijd uitgaan van gewenst/ gepland/ bedoeld (met name in geboortezorg) - Met aandacht & warmte, op maat/ luisterend - Open en transparant - Vraag niet naar 'redenen' maar naar behoeften - Meer aandacht voor mannen	<i>“Zorgprofessionals die in gesprek gaan over anticonceptie en onbedoelde zwangerschap doen dit zonder oordeel en nemen een luisterende, open, onafhankelijke houding aan, en nemen tijd en aandacht voor het gesprek en zorg op maat”</i> <i>“Zorgprofessionals geven meer aandacht aan de ervaring van de partner, zonder dat dit ten koste gaat van de aandacht voor de zwangere zelf en haar recht op zelfbeschikking”</i>
Niveau 2: Preventie professionals	
- Bewustwording rond kinderwens, vruchtbaarheid, en kans op zwangerschap - Bespreekbaarheid hiervan vergroten, open/ niet-oordelend gesprek - Meer momenten in zorg benutten (bijv consultatiebureau) - AC- consult niet vlak na abortus/ bevalling maar bijvoorbeeld 6 weken later - Condoomgebruik kan beter - Aandacht voor eerder Seksueel Geweld	<i>“Zorg- en onderwijsprofessionals die werken in de preventie gaan vaker en op niet-oordelende wijze het gesprek aan over kinderwens, vruchtbaarheid en kans op zwangerschap”</i> <i>“Op momenten waarop mensen in zorg zijn (bijv consultatiebureau) ook praten over hoe het met de ouders gaat (en ook kinderwens bespreekbaar maken)”</i> <i>“Ontwikkelen van projecten gericht op effectief condoomgebruik”</i>
Niveau 3: Informatie voorziening	
- Verbeterde informatievoorziening en informatiestructuur over zorgpaden; minder 'zorgpadverwarring' - Rol van de huisarts - Zorg kan op verschillende plekken, maar moet wel 'tailored to needs' zijn	<i>“De informatievoorziening over 'wat te doen bij onbedoelde zwangerschap' en 'waar kun je allemaal terecht' verbeteren.”</i> <i>“Huisartsen die vanwege hun overtuigingen geen abortus willen verlenen, zijn hier transparant over.”</i>
Niveau 4: Beleid en organisatie van de zorg rond OZ en AC	
- Méér aandacht voor AC en OZ op verschillende plekken in het zorgpad: - Terugkerend en meer uitgebreid AC consult zodat zorg meer op maat wordt - Vergoedingen/ verzekerde zorg: Ook de mogelijkheid om zonder extra kosten spiraal/ andere AC te krijgen bij verloskundigen en abortusklinieken - Ook gecentreerde zorg mogelijk maken (samenwerking tussen verloskundigen, abortusartsen, gynaecologen, urologen, seksuologen, consultants seksuele gezondheidszorg, keuzehulpverleners)	<i>“Richtlijnen anticonceptieconsulten huisartsen: regelmatig herhaalconsult (standaard) en meer tijd voor 'gesprek'”</i> <i>“Levenslange zorg voor personen met een baarmoeder tijdens alle levensfasen”</i> <i>“Plaatsen/voorschrijven AC generiek en overal vergoeden, niet alleen bij huisarts”</i> <i>“Onderzoeken van samenwerkingen van diverse zorgverleners in de reproductieve zorg”</i>
Niveau 5: Maatschappij	
- Heersende narratieven kunnen bijdragen aan stigma - Zwangerschap uitdragen: niet altijd roze wolk - meer aandacht voor de rol van mannen bij anticonceptie	<i>“In richtlijnen, beleidsstukken, e.d. aandacht voor framing van onbedoelde zwangerschap”</i> <i>“Aandacht voor de rol en positie van mannen”</i> <i>“Aandacht voor ouderschap als norm”</i>

8.4 Stap 2: Consultatieronde 1 - KOOZ partners

Op 7 november 2024 is de eerste consultatiesessie gehouden met leden van het leernetwerk Onbedoelde Zwangerschap en Kwetsbaar Ouderschap ([KOOZ](#)). Hierbij waren ongeveer 40 personen aanwezig, van organisaties zoals GGD, TNO, Impluz, LUMC, UMCG (ander KOOZ project), Rutgers (ander KOOZ project), AVAG, ZonMw, en VWS. In deze sessie hebben wij allereerst de resultaten gepresenteerd, vervolgens een brainstormsessie gehouden om eventuele blinde vlekken en aanvullingen te identificeren, en ten slotte in groepen gewerkt aan het herformuleren naar concretere aanbevelingen en deze ook beoordelen op haalbaarheid, urgentie, impact en reikwijdte.

Na het presenteren van de resultaten werden KOOZ partners uitgenodigd om langs 5 flip-overs te lopen, en de aanbevelingen aan te vullen op mogelijke blinde vlekken of tips. In [Bijlage II](#) staat het resultaat van deze brainstormronde, waaruit waardevolle aanvullingen van KOOZ partners zijn gekomen. Een belangrijke kanttekening is dat de aanwezige KOOZ-partners allemaal betrokken zijn bij het ZonMw programma 'Onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap'. Dit onderzoeksprogramma is opgezet met speciale aandacht voor mensen in kwetsbare omstandigheden, en niet zozeer voor de meerderheid die een onbedoelde zwangerschap meemaakt. Deze focus betekent dat in de leefwerelden van de KOOZ-experts minderheden in kwetsbare omstandigheden meer nadruk of *salience* kunnen krijgen in vergelijking met de meerderheid. Een voordeel hiervan is dat er hiermee blinde vlekken zoals cultuursensitief werken naar voren kwamen in de bijeenkomst. Een nadeel is dat de grote meerderheid van onbedoeld zwangeren juist minder sterk vertegenwoordigd was. Hier hebben we rekening mee gehouden in onze [reflectiesessie](#).

In het volgende onderdeel van de consultatiesessie werden aanwezigen uitgenodigd om de aanbevelingen te herformuleren en verbeteren, waarbij ze in subgroepen van 3 tot 5 personen uiteen zijn gegaan, onder begeleiding van een facilitator van het AVOZ onderzoeksteam. Vervolgens zijn deze door alle aanwezigen op papier beoordeeld op Urgentie, Impact, Reikwijdte en Haalbaarheid, met behulp van een vijfpuntsschaal. In Tabel 8.2 staan de door KOOZ partners aangepaste aanbevelingen met de gemiddelde beoordelingen van aanwezigen. Hieruit kan worden opgemaakt dat er hoge scores zijn voor (1) het onderzoeken of de informatie over onbedoelde zwangerschap op bekende websites voldoet, als concrete aanvulling op de oorspronkelijke aanbeveling "De informatievoorziening over 'wat te doen bij onbedoelde zwangerschap' en 'waar kun je allemaal terecht' verbeteren", (2) Beroepsgroep-overstijgend anticonceptiezorg kwaliteitsbeleid (consulten, informeren, plaatsen, opvolgen) met aandacht voor specifieke groepen, en (3) anticonceptiezorg breder beleggen/ toegankelijk maken.



Urgentie, impact, reikwijdte en haalbaarheid beoordelen

Urgentie: hoe urgent of belangrijk is het dat deze (snel) wordt opgevolgd?

Impact: hoe groot is de impact, als deze wordt opgevolgd?

Reikwijdte: hoe groot is het bereik van de impact (denk bijv aan de grootte van de doelgroep, aantal verschillende doelgroepen) wanneer deze wordt opgevolgd?

Haalbaarheid: hoe haalbaar acht je deze aanbeveling in de praktijk (financieel, politiek, etc.)?

Na deze consultatieronde zijn er nog twee momenten geweest voor reflectie met derden over bevindingen en aanbevelingen: een bijeenkomst met de klankbordgroep van het AVOZ-project, en een presentatie aan het Nederlands Genootschap voor Abortusartsen (NGvA). De klankbordgroep wees er vooral op dat de bevindingen wel voort moeten komen uit de resultaten. Abortuszorgverleners herkenden de resultaten, maar hadden diverse perspectieven over het punt 'partners betrekken'. Sommigen benadrukten dat zij in eerste instantie zorg verlenen aan de zwangere, en geen ruimte hebben om de partner bij alles te betrekken. Anderen benoemden dat partners niet altijd de keuze of zelfbeschikking van de zwangere respecteren, en dat de zwangerschap toch gekoppeld is aan het vrouwenlichaam. Toch konden zij zich wel vinden in de aanbeveling om de partner meer mee te nemen in het gesprek, waar mogelijk, en wanneer de onbedoeld zwangere dit ook wenst.

Tabel 8.2 Aanbevelingen 2^e versie (aangepast door KOOZ partners) met gemiddelde ratings (1-5) op urgentie, impact, reikwijdte en haalbaarheid

Aanbeveling	Urgentie	Impact	Reikwijdte	Haalbaarheid
Niveau 1: Zorgprofessionals				
Huisartsenzorg: oordeelvrij omarmen onderdeel/ thema, verwijzen naar de weg hulp	4,33	3,33	3,33	3,17
Cultuursensitief werken	4,67	4,33	3,8	2,83
Laagdrempeliger zorgaanbod voor mannen	3,5	3,4	3,2	3,3
AC-zorg breder (niet alleen huisarts)	4,67	4,67	4,67	3,42
Niveau 2: Preventie professionals				
Onderzoek of NNZ past als methode om het gesprek aan te gaan	4,5	4	3,4	5
...En of er nog extra nodig is om het in te bedden in een gestructureerde aanpak (richtlijnen, training, concrete handvatten, inbedding opleiding)	4,1	4,63	3,9	3,88
Onderzoek in hoeverre er maatwerk/ aanpassingen nodig zijn per specifieke doelgroep (migranten, laaggeletterden etc).	4,8	4,6	3,17	4,63
Onderzoek en benut welke teachable moments er zijn voor AC en kindervens; onderzoek welke programma's + handvatten er al zijn, ontwikkel deze door + passend voor verschillende doelgroepen	4,29	4	3,5	4,6
Ontwikkelen van interventies breder dan effectief condoomgebruik - anticonceptiegebruik algemeen + gespreksvaardigheden. Maak gebruik van kanalen die de doelgroep al gebruikt	4,2	3,5	4,4	3,83
Niveau 3: Informatievoorziening				
Website Sense/ thuisarts en andere websites: nagaan in hoeverre de informatie over OZ hier klopt	4,67	4,67	4,67	4,83
Onderzoek: Hoe en waar wordt deze generatie goed bereikt? Waar vinden zij informatie? Kan ook literatuuronderzoek zijn.	4,12	4,16	5	4
Niveau 4: Beleid en organisatie van de zorg rond OZ en AC				
Adequate pijnbestrijding standaard aanbieden bij plaatsen spiraal, bij alle AC zorgverleners	4,43	4,17	4,57	4,14
Consult / plaatsen/ voorschrijven AC generiek en overall vergoeden, zonder eigen bijdrage en zonder kosten eigen risico, bij alle AC zorgverleners	4,67	4,25	4,4	2,83
Pilot onderzoek naar best practices rond reproductieve/ seksuele gezondheidscentra met samenwerkende diverse zorgverleners	2,7	3	3,4	3,4
Beroepsgroep overstijgend AC zorg kwaliteitsbeleid (consulten, informeren, plaatsen, opvolgen) met aandacht voor specifieke groepen	4,83	4,5	4,83	3,6
Niveau 5: Maatschappij				
Geef een realistisch beeld in aandacht voor het thema via tijdschriften, social media, influencers etc. Meer ruimte voor het 'gewone verhaal'	4,2	3,6	4,2	3,6
Representatieve ervaringsverhalen (ook van mannen) [beschikbaar maken]	3,75	3,33	3,67	4

Noot. Gemiddelden zijn gebaseerd op kleine groepen. Het oordeel van de groep die de aanbeveling had aangescherpt telde als één case mee, en de beoordelingen door andere personen was individueel - hiermee is de N per cel 4 tot 7.

8.5 Stap 3: Reflectiesessie 'Terug naar de data'

Na al deze uitwisseling met externe partijen vonden we het nodig om met het onderzoeksteam van Amsterdam UMC een reflectiesessie te houden, om te voorkomen dat de aanbevelingen losgezongen raakten van de data. Op 23 januari 2025 hebben de onderzoekers van de projectleidende organisatie samen de onderzoeksvragen en belangrijkste bevindingen nog eens doorgenomen, ter voorbereiding op de laatste consultatieronde met experts, en gekeken welke aanbevelingen nu echt aansluiten. Een belangrijke uitkomst van dit gesprek was dat we in de volgende consultatieronde niet meer verder gingen met de indeling in de vijf niveaus, maar dit terug hebben gebracht naar 6 aanbevelingen op drie niveaus (zie Figuur 8.2). Ook hebben we voor iedere aanbeveling gecheckt op welke bevindingen uit het onderzoek ze gebaseerd zijn.

8.6 Stap 4: Consultatieronde 2 - expert meeting met professionals en ervaringsdeskundigen

Op 28 januari vond de expert meeting plaats. Er zijn in totaal 35 experts uitgenodigd. Daarvan hadden er 22 toegezegd te komen. Een deel van hen meldde zich een paar dagen van tevoren af (door drukte of ziekte van collega's), en 5 meldden zich op de dag zelf af in verband met ziekte. Uiteindelijk waren er 15 experts op de dag zelf aanwezig, naast drie AVOZ onderzoekers. Bij de selectie van experts is gelet op diversiteit in professionele achtergronden; aanwezig waren zorgverleners, beleidsmakers, belangenbehartigers en ervaringsdeskundigen. Uiteindelijk waren er verloskundigen, huisartsen, abortusartsen, GGD-artsen, keuzehulpverleners, beleidsmakers, belangenbehartigers en ervaringsdeskundigen aanwezig. Helaas was er geen gynaecoloog en geen JGZ-medewerker aanwezig, omdat zij zich door ziekte moesten afmelden. Na het presenteren van het onderzoek en de conceptaanbevelingen versie 2 (Figuur 8.2) hebben de experts als eerste de aanbevelingen beoordeeld op Urgentie, Impact, Reikwijdte en Haalbaarheid, waarna er een top-3 selectie is gemaakt. In Tabel 8.5 staat de beoordeling hiervan weergegeven.

Tabel 8.5 Aanbevelingen 3^e versie beoordeeld door experts (n=15) met gemiddelde ratings (1-5) op urgentie, impact, reikwijdte en haalbaarheid

Aanbeveling	Urgentie	Impact	Reikwijdte	Haalbaarheid
1. "Professionals leren om in het gesprek over anticonceptie en onbedoelde zwangerschap te luisteren en af te stemmen"	4,40	3,87	3,67	3,60
2. "Zorgprofessionals geven meer aandacht aan de ervaring van de partner, zonder dat dit ten koste gaat van de aandacht voor de zwangere zelf en haar recht op zelfbeschikking "	4,27	4,07	3,47	3,20
3. "Beroepsgroep-overstijgend kwaliteitsbeleid ontwikkelen rond anticonceptiezorg, met aandacht voor specifieke groepen"	4,20	3,67	3,60	2,87
4. "Zorg rond anticonceptie breder beleggen bij diverse zorgprofessionals en regels voor vergoedingen gelijktrekken bij verschillende zorgverleners "	4,40	4,07	4,27	3,27
5. "Informatievoorziening rond onbedoelde zwangerschap en abortus verbeteren"	4,07	3,73	3,93	3,87
6. "Beleidsmakers en stakeholders gaan zorgvuldig om met de framing en taal rond onbedoelde zwangerschap en dragen daarbij een realistischer beeld uit"	4,13	3,67	3,80	3,27

Er bleken geen grote uitschieters te zijn in de beoordelingen, alles werd urgent, impactvol, met breed bereik en behoorlijk haalbaar geacht. Alleen de haalbaarheid van beroepsgroep-overstijgend kwaliteitsbeleid werd iets onder het gemiddelde beoordeeld. Op basis van de totale somscore was de top-3 de volgende:

1. "Zorg rond anticonceptie breder beleggen bij diverse zorgprofessionals en regels voor vergoedingen gelijktrekken bij verschillende zorgverleners " (totaalscore 240)
2. "Informatievoorziening rond onbedoelde zwangerschap en abortus verbeteren" (totaalscore 234)
3. "Professionals leren om in het gesprek over anticonceptie en onbedoelde zwangerschap te luisteren en af te stemmen" (totaalscore 233).

Deze drie aanbevelingen zijn vervolgens met een *World Café* werkvorm uitgewerkt. De *World Café*-methode is een gestructureerde gespreksvorm waarbij deelnemers in kleine groepen aan tafels wisselen van samenstelling om in meerdere rondes gezamenlijk ideeën en inzichten te verzamelen rond een centrale vraag, in dit geval rond een centrale aanbeveling. Tijdens de eerste ronde (15 minuten) waren er 4-5 deelnemers per tafel die met de aanbeveling aan de slag zijn gegaan, deze evt. aanvulden en SMARTer maakten. Belangrijk was de koppeling naar de praktijk: Hoe kan de aanbeveling worden uitgevoerd in de praktijk, wat is daarvoor nodig? Zij schreven/tekenden hun input op een groot vel. De facilitators (AVOZ onderzoekers) zorgden er hierbij vooral voor dat iedereen aan het woord kon komen en dat er een fijne sfeer was. Tijdens de tweede ronde (15 minuten) werd er gewisseld en ging iedereen (behalve de facilitators) naar een nieuwe tafel. De facilitator vatte de input van de vorige groep samen, en de nieuwe groep had als taak om dit verder aan te scherpen, verbreden, aan te passen of becommentariëren. In de derde ronde (15 minuten) kwamen de groepen weer bij hun 'oude' tafel terug, om wat er dan ligt concreet uit te werken in een praktische toepassing van de aanbeveling. Ten slotte is de oogst hiervan door één persoon uit elk groep plenair gepitcht, om nogmaals reacties van de rest van de experts te kunnen ontvangen. Aantekeningen van deze sessie staan in [Bijlage III](#) en zijn meegenomen in de volgende reflectiesessie.

8.7 Stap 5: Reflectie op aanbevelingen en uitkomsten consultatierondes

De aanscherping en uitwerking van de aanbevelingen in dit rapport zijn het resultaat van een zorgvuldig proces, waarbij we in verschillende stappen diverse experts hebben betrokken. Toch is er door de samenstelling van de groepen experts in beide consultatierondes wellicht ook nadruk komen te liggen op zaken die experts zelf belangrijk vonden. We hebben gepoogd om mensen bij elkaar te brengen die perspectieven vertegenwoordigden die wij in ons onderzoek nog misten, maar we merkten in beide meetings dat veel uitgenodigde experts zich specifiek bezighouden met mensen in kwetsbare omstandigheden. Dit heeft er alles mee te maken dat er hiervoor veel aandacht is, mede vanwege programma's als 'Onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap' en 'Kansrijke Start'. We hebben daarom ook na de laatste consultatieronde opnieuw de aanbevelingen inclusief aanvullingen van experts kritisch beschouwd en naast ons en ander wetenschappelijk onderzoek gelegd. Hierbij hebben we ook gekeken naar overlap en kruisverbanden, omdat we op meerdere plekken dezelfde aanbevelingen hoorden terugkomen. Zo zijn de oordeelvrije, luisterende bejegening, afstemming, en het betrekken van de partner belangrijk in alle vormen van zorg die in dit onderzoek zijn meegenomen. Door het herordenen en kritische reflectie zijn we tot een net iets andere indeling gekomen, die nog beter aansluit bij de onderzoeksbevindingen. Voor sommige aanbevelingen is de formulering weliswaar afkomstig van experts, maar ook deze aanbevelingen worden wel degelijk ondersteund door de data. In het volgende hoofdstuk bespreken we de uiteindelijke aanbevelingen, en geven we ook een overzicht waarop ze gebaseerd zijn.

Figuur 8.2 Aanbevelingen versie 2 – zoals besproken in de expert meeting

Voor professionals in het algemeen Om zorg te verbeteren/ beter te laten aansluiten	Aanbeveling 1 Professionals leren om in het gesprek over anticonceptie en onbedoelde zwangerschap te... • Luisteren: op een open, ‘neutrale’ en oordeelloze manier • Af te stemmen: aansluiten bij behoefte en beleving - ‘op maat’ en cultuursensitief • Starten bij ‘gevoel’ i.p.v. ‘redenen’ (OZ) • Starten bij ‘plezier’ i.p.v. ‘risico’ (AC) Aanbeveling 2 Zorgprofessionals geven meer aandacht aan de ervaring van de partner, zonder dat dit ten koste gaat van de aandacht voor de zwangere zelf en haar recht op zelfbeschikking
Voor preventie beleid Om drempels AC-zorg te verlagen en de preventie beter te laten aansluiten bij behoeften	Aanbeveling 3 Beroepsgroep-overstijgend kwaliteitsbeleid ontwikkelen rond anticonceptiezorg, met aandacht voor specifieke groepen, denk bijv aan zaken als: • Evaluatieconsult (3 mnd na start AC) • Consult bij transities als geboorte, teachable moments benutten (bijv bij JGZ) • Meedenken bij Vruchtbare Dagen Methode Aanbeveling 4 Zorg rond anticonceptie breder beleggen bij diverse zorgprofessionals (Huisartsen, assistenten, verloskundigen, GGD, Abortusklinieken, etc.) en regels voor vergoedingen gelijktrekken bij verschillende zorgverleners
Voor beleid & middenveld - over onbedoelde zwangerschap Om zorgpadverwarring te voorkomen en stigmatisering tegen te gaan	Aanbeveling 5 Informatievoorziening rond Onbedoelde Zwangerschap en abortus verbeteren • Waar kan men waarvoor terecht? • Informatie zelf is niet het probleem, maar de vindbaarheid wel! Gebruik kanalen die doelgroepen gebruiken • Ook aandacht voor specifieke groepen zoals mensen met lage gezondheidsvaardigheden Aanbeveling 6 Beleidsmakers en Stakeholders gaan zorgvuldig om met de framing en taal rond Onbedoelde Zwangerschap en dragen daarbij een realistischer beeld uit • Bv abortus als oplossing voor een probleem • Bv zwangerschap als niet altijd roze wolk • Bv AC als een vrouwen thema • En let op termen als preventie van ‘risicogedrag’ en ‘misinformatie’

9 Aanbevelingen

9.1 Overzicht

In tabel 9.1 staat een overzicht van de zes belangrijkste aanbevelingen kernachtig weergegeven, en op welke onderdelen van het onderzoek deze gebaseerd zijn. In de hiernavolgende paragrafen lichten we deze aanbevelingen één voor één toe, en voegen hier reflecties aan toe die volgen uit ander onderzoek, theorie, of (professionele) ervaringskennis van de mensen betrokken in het onderzoek, waaronder de consultatierondes.

9.2 Aanbeveling 1: Bevorder een luisterende cliëntgerichte houding zonder oordeel

Anticonceptiecounseling

Mensen die geen anticonceptie gebruiken maar ook geen actieve kinderwens hebben, benoemen vaak een samenspel van negatieve ervaringen met anticonceptie, ideeën over vruchtbaarheid en methoden om zwangerschap te voorkomen, en een gebrek aan communicatie hierover met de partner. Mensen hebben veel gevoelens van schaamte en schuld rondom het thema anticonceptie, dit kan een drempel zijn om er met een zorgprofessional over te praten. In de kwalitatieve interviews vonden we dat de ervaringen van mensen met anticonceptiecounseling gekleurd waren door een gevoel van niet gehoord worden, te weinig afstemming van zorgverleners op de vraag die eigenlijk voorligt, een mismatch tussen hulpvraag en hulpaanbod. Algera (2025) beschreef dat dit te maken kan hebben met miscommunicatie tussen patiënt en zorgverlener, die de kloof verder vergroot. Een voorbeeld hiervan is het fenomeen ‘bijwerkingen’ dat door zorgverleners vaak beschreven wordt in termen van meetbare risico’s op medische problemen, terwijl anticonceptiegebruikers het vaak veel meer als een weinig concreet, maar wel sterk gevoel beschrijven, alsof men niet zichzelf is of er een sluier wordt opgelicht wanneer men stopt met hormonale anticonceptie. Een manier om tijdens anticonceptiecounseling dichter bij elkaar te komen en meer aan te sluiten bij de cliënt, is om samen uit te proberen welke methode past en hiermee te experimenteren, maar dan moeten zorgverleners wel open staan voor de kennis en ervaring van cliënten. Dat begint met luisteren en niet oordelen.

Zorg rond onbedoelde zwangerschap

Mensen voelen zich vaak wel gehoord tijdens gesprekken met keuzehulpverleners en abortusartsen over hun besluitvorming. Veel respondenten geven aan dat ze zich door deze zorgverleners gezien en serieus genomen voelden, en waarderen hun oordeelvrije luisterende houding. De expertise van deze zorgverleners op het gebied van empathische en niet-oordelende communicatie zou mogelijk ook van waarde kunnen zijn voor het verbeteren van anticonceptiecounseling.

Geboortezorg

Een ander voorbeeld waaruit blijkt dat mensen meer gehoord willen worden, is dat mensen die kiezen voor het uitdragen van een onbedoelde zwangerschap kunnen ervaren dat voor de onbedoeldheid geen ruimte meer lijkt te zijn, wanneer eenmaal gekozen is voor uitdragen. Maar een donkergrijze wolk is niet plotsklaps roze. De situatie rond een onbedoelde zwangerschap kan uitdagend blijven, met name wanneer er meerdere problemen spelen. Hierin willen mensen dat hun ervaringen erkend worden en dat er af en toe nog ruimte is voor een gesprek hierover.



Voortschrijdend inzicht: Preventie onbedoelde zwangerschap, of betere anticonceptiezorg?

Preventie van onbedoelde zwangerschap en anticonceptiegebruik bevorderen is niet hetzelfde. Mensen kunnen om allerlei redenen geen anticonceptie gebruiken, terwijl ze op dat moment geen kind willen. Een groot deel van de mensen die onbedoeld zwanger raakte, gebruikte wél anticonceptie. Ook zijn er mensen die een kans op onbedoelde zwangerschap niet per se ongewenst vinden. De term ‘preventie van onbedoelde zwangerschap’ betekent dat je er vanuit gaat dat onbedoelde zwangerschap op zichzelf problematisch is en voorkomen moet worden (zie 9.7), terwijl het ook goed kan uitpakken voor de zwangere en haar partner. Door voortschrijdend onderzoek op basis van het onderzoek spreken wij nu bij voorkeur van verbetering van de zorg (in plaats van preventie), waardoor mensen de mogelijkheid krijgen om een eigen keuze te maken die goed bij hen past.

Tabel 9.1 Overzicht van aanbevelingen voortkomend uit dit onderzoek

Voor zorgverleners en organisaties die zorg verlenen			
	Anticonceptiezorg	Zorg rond onbedoelde zwangerschap	Gebaseerd op welk resultaat?
(1) Oordeelvrije, luisterende bejegening	Maak ruimte voor het persoonlijke verhaal rond anticonceptiekeuzes. Luister zonder oordeel en denk mee met mensen die slechte ervaringen hebben met anticonceptie, bespreek perspectieven op vruchtbaarheid en methoden om zwangerschap te voorkomen, en de communicatie tussen partners.	1. Neem een oordeelvrije, neutrale, open en luisterende houding aan, en stem af op de behoefte en beleving van de persoon. 2. Vraag niet naar redenen ('waarom') om de keuze te onderbouwen, maar start met 'wat heb je nodig'. 3. Ga niet automatisch uit van een 'roze wolk' als men kiest voor uitdragen, maar vraag hoe het gaat.	Uit hoofdstuk 4, 5 en 6 en uit Deelrapport 1 blijkt dat mensen een open en luisterende houding waarderen als professionals in gesprek gaan over anticonceptie en onbedoelde zwangerschap, maar ook dat er nog veel ervaringen zijn van mensen waarbij zorgprofessionals volgens hen nog niet goed genoeg luisterden en afstemden: - H4: Mensen die onbedoeld zwanger werden ondanks (inefficiënt) anticonceptiegebruik, voelden dat zorgverleners een gebrek aan kennis of een bepaalde onwetendheid veronderstelden, wat als stigmatiserend werd ervaren (ze kregen bijvoorbeeld een 'biologielesje'). Mensen hadden liever gezien dat zorgprofessionals een open houding hadden aangenomen en meer hadden geluisterd naar de ervaringen overwegingen van de cliënt zelf. - H5: De ervaringen van keuzehulp cliënten gaven belangrijke kernwaarden weer waaraan de keuzehulpverlener voldeed, namelijk: geen oordeel of sturing, eigen keuze staat centraal, erkenning en begrip, ondersteuning op maat en betrouwbaarheid en veiligheid. - H6: Er waren veel positieve zorgervaringen met oordeelvrije, neutrale en begripvolle bejegening, terwijl mensen van tevoren dachten beoordeeld te worden. Daarentegen waren er ook veel negatieve ervaringen met zorgprofessionals die zich (ongevraagd) met de besluitvorming bemoeiden. Ook vonden mensen het jammer dat er vanuit wordt gegaan dat een zwangerschap vooral blijde gevoelens oproept wanneer eenmaal voor uitdragen is gekozen. - Deelrapport 1: De 'waarom' vraag stellen is weinig zinvol ('Waarom wil je een abortus?', maar dit geldt mogelijk ook voor de vraag waarom er geen anticonceptie werd gebruikt), omdat het een cognitieve en sociaal-wenselijke respons oproept, en de neiging om zich te gaan verantwoorden. Het kan ook gevoelens van schaamte en schuld opwekken bij mensen. Door aan te sluiten bij persoonlijke ervaringen en behoeften ('Wat heb je nodig, waarmee kan ik je helpen?'), wordt de context ook duidelijk, terwijl hiervan minder negatieve bij-effecten lijken te zijn.
(2) Ruimte voor de partner	Betrek de partner in het gesprek over anticonceptie (als er een partner is).	Geef meer aandacht aan de ervaring van de betrokken partner, zonder dat dit ten koste gaat van de aandacht voor zwangeren en hun recht op zelfbeschikking.	Uit hoofdstuk 5 en 6 blijkt dat mensen, zowel vrouwen als mannen, het een belangrijke aanbeveling voor de zorg vinden dat de ervaring van de partner óók betrokken wordt: - H5: Het betrekken van de partner in het keuzeprocess voor veel cliënten van belang. - H6: Zowel vrouwen als mannen, zouden graag zien dat partners meer worden betrokken bij de gehele zorg rondom onbedoelde zwangerschap. Concreet wordt de behoefte geuit dat er meer mogelijkheden worden gecreëerd om de partner mee te nemen.
(3) Proactief afstemmen	Benut kansen voor een open gesprek over anticonceptie in periodes van twijfelperiodes, zoals na stoppen anticonceptie of na een bevalling.	Zoek naar een goed moment voor een gesprek over kinderwens en anticonceptie na een abortus of zwangerschap.	H3 en 4: Mensen gebruiken vaker geen anticonceptie in twijfelperiodes, zoals na stoppen anticonceptie of na een bevalling. Zij hebben dan nog niet concreet nagedacht over vervolgstappen, of zijn nog niet tot actie overgegaan. Hoofdstuk 6: Sommigen deelnemers geven aan dat zij meer info hadden willen krijgen over anticonceptie, anderen geven aan dat de info niet op het juiste moment kwam (bijvoorbeeld te snel na de zwangerschap, in de kraamweek of voor de abortus), op een moment dat men teveel andere dingen aan het hoofd heeft).

Voor beleidsmakers, middenveld, media & maatschappij

Gebaseerd op welk resultaat?		
(4) Randvoorwaarden	Maak anticonceptiezorg breed en makkelijk beschikbaar bij verschillende zorgverleners (huisarts, verloskundige, abortusarts, gynaecoloog), of denk juist aan samenwerkingsverbanden op seksuele en reproductieve gezondheid.	Uit hoofdstuk 3, 4 en 6 blijkt dat de toegang tot en gebruik van anticonceptie wordt beïnvloed door onduidelijkheid en financiële drempels: - H3, 4 en 6: Er is veel onduidelijkheid over waar mensen hun anticonceptie kunnen regelen, naast de huisarts. Daardoor ontstaan soms twijfelperiodes: mensen zitten tussen het gebruik van 2 methoden in en stellen het regelen van het volgende middel uit, omdat zij bijvoorbeeld opzien tegen een bezoek aan de huisarts. Wat onbekender blijkt is dat zij ook anticonceptie kunnen regelen bij de verloskundige, abortuskliniek, etc. Hier zitten vaak meer kosten aan verbonden (bijvoorbeeld voor het plaatsen van een spiraal). - H3 en 4: Sommige mensen gebruiken bepaalde anticonceptie (nog) niet vanwege financiële overwegingen (bijvoorbeeld een sterilisatie uitstellen tot het nieuwe jaar i.v.m. vergoeding vanuit een aanvullende verzekering).
(5) Informatievoorziening	Verbeter de informatievoorziening en vindbaarheid van zorg en ondersteuning, waarbij uitgegaan wordt van de informatiebehoefte en zoekvoorkeuren van mensen die te maken krijgen met onbedoelde zwangerschap.	Uit hoofdstuk 5 en 6 blijkt dat de informatie rond onbedoelde zwangerschap en abortus nog niet vindbaar genoeg is: - H5: Het vergroten van de bekendheid van keuzehulptrajecten een aanbeveling is van veel keuzehulpcliënten. - H6: Er is veel onduidelijkheid over de zorgpaden die men kan nemen wanneer je onbedoelde zwangerschap raakt/ iemand onbedoelde zwanger hebt gemaakt. Veel mensen bellen bijvoorbeeld eerst een huisarts, terwijl zij ook direct een abortuskliniek, verloskundigenpraktijk of keuzehulpverlener kunnen contacteren. Ook blijkt dat mensen niet altijd (juist) worden doorgestuurd door zorgprofessionals onderling. - H6: Een deel van de mensen wenst meer informatie te krijgen over de abortus in voorbereiding op alle zaken die men in de kliniek kan beslissen (wel/ geen echo, bijvoorbeeld).
(6) Beeldvorming	Ga stigmatisering van onbedoelde zwangerschap tegen, door een realistischer beeld uit te dragen en het minder te problematiseren.	Uit alle hoofdstukken blijkt dat onbedoelde zwangerschap vaak gepaard gaat met gevoelens van schaamte en schuld: - H4, 5 en 6: Mensen ervaren stigmatisering of verwachten gestigmatiseerd te worden als zij onbedoeld zwanger raken. Het taalgebruik van mensen die onbedoeld zwanger zijn geraakt is doorspekt met woorden die duiden op schaamte en schuld. Sommigen geven aan dat zij vinden dat zij het beter hadden moeten voorkomen. Veel mensen geven aan van tevoren (voor)oordelen te hebben gehad over onbedoelde zwangerschap, en dat hun beeld hierover sterk verandert als ze het zelf meemaken. Er wordt veelvuldig verwezen naar 'het beeld' over onbedoelde zwangerschap, abortus, en anticonceptie, dat omschreven kan worden als 'het overkomt alleen domme (jonge, kwetsbare) mensen, maar niet mij'. - H2 en 3: Onbedoelde en ongewenste zwangerschappen komen veel voor, bij mensen van allerlei leeftijden, achtergronden, etc. Voor een deel van hen is het moeilijk deze zwangerschap in een hokje van bedoeld of onbedoeld te plaatsen, omdat zij veel ambivalente gevoelens ervaren bij hun zwangerschap (H3).

Wat is er nodig voor een luisterende, cliëntgerichte houding zonder oordeel?

Uit het onderzoek kwam naar voren dat mensen willen dat zorgprofessionals zich meer luisterend, neutraal, en oordeelvrij opstellen, waarbij ze afstemmen op de behoefte en de beleving. Dit is belangrijk zowel in de zorg aan mensen die een onbedoelde zwangerschap meemaken, als in de anticonceptiecounseling. Uit de consultatiesessies met professionals en ervaringsdeskundigen bleek dat deze aanbeveling belangrijk werd geacht, en dat het hiervoor nodig is dat zorgverleners zich bewust worden van eigen attitudes en aannames, en dat de cliënt centraal moet staan om tot een goed besluit te komen. Een concreet voorbeeld voor hoe aan deze luisterende en oordeelvrije houding kan worden gewerkt, is om hier in de (medische) opleidingen een verplicht onderdeel van te maken, werd geopperd in de expert meeting. Er zijn diverse dialoogmethoden en communicatiemodellen die insteken op het verkennen en ruimte maken voor verschillende perspectieven. Dit hoeft niet veel tijd te kosten, maar kan wel sterk bijdragen aan een positieve arts-patiënt relatie en meer vertrouwen in de zorg.

9.3 Aanbeveling 2: Besteed meer aandacht aan de partner

De positie van de partner in de zorg aan onbedoeld zwangeren

In al het onderzoek dat we gedaan hebben komt naar voren dat de partner op verschillende manieren een cruciale rol speelt. Tegelijk is ook sprake van ongelijkheid tussen partners; ten dele inherent aan het fenomeen zwangerschap dat in het lichaam van een vrouw of persoon met een baarmoeder plaatsvindt, maar ten dele ook het gevolg van genderrolpatronen. We zagen in de kwantitatieve resultaten (H2 en 3) dat het hebben van een stabiele relatie van belang is voor de kans op onbedoelde zwangerschap en dat een stabiele basis ook samenhangt met een hogere mate van 'bedoeldheid' binnen de situatie van een onbedoelde zwangerschap. De kwalitatieve resultaten (H4) laten zien dat dit mede gevormd wordt door de communicatie tussen partners over kindwens, anticonceptie en wat te doen bij onverwachte zwangerschap, alsook door onuitgesproken normen over verantwoordelijkheid voor anticonceptie. Ook in het keuzeprocess (onderzoeksvraag 2, [deelrapport 1 Dit is mijn verhaal](#)) speelt de partnerrelatie een grote rol. Zo zien sommige vrouwen dat hun relatie onder (teveel) druk komt te staan wanneer er nog een kind bij komt, vindt men de partner soms überhaupt niet geschikt om een kind mee te krijgen, of is er onvoldoende liefdevolle basis om op te bouwen. Ten slotte zien we dat in de ervaringen met de zorg de partner onderbelicht blijft, en lang niet altijd meegenomen wordt in het proces, terwijl dit soms wel gewenst wordt.

De positie van de partner van een onbedoelde zwangerschap in het besluitvormingsproces is een ingewikkelde, omdat het vooraleer gaat over de reproductieve autonomie van de zwangere. Er is geen sprake van gelijkheid en er is ook geen compromis mogelijk in de keuze. Toch hoeft dit niet te betekenen dat de partner genegeerd wordt in het proces. In de interviews viel op dat voornamelijk vrouwen aangaven dat zij wilden dat hun partner meer betrokken was, omdat hij het er bijvoorbeeld moeilijker mee had dan zijzelf. Tegelijk komt druk van partners ook voor, en zullen hulpverleners daar terecht op letten. Beginnen met een behoeftegerichte zorg waarbij de zwangere centraal staat, maar óók de partnerrelatie aan bod kan komen, zou een startpunt kunnen zijn. Overigens is dit ook een punt in de reguliere geboortezorg, ook daar zouden mannen meer betrokken kunnen worden. Die wens leeft bij zowel zwangeren als hun partners.

Gedeelde verantwoordelijkheid bij anticonceptie

Zowel vrouwen als mannen benoemen scheve genderrolpatronen over wie verantwoordelijk is voor anticonceptie; dit ligt meestal bij vrouwen. De anticonceptiezorg is veelal gericht op vrouwen, er zijn voor mannen momenteel ook maar twee anticonceptiemethoden (condooms en sterilisatie). Toch kunnen mannen meer betrokken worden bij anticonceptie. Zorgprofessionals kunnen ook met de mannelijke partner in gesprek gaan over diens kindwens, seksualiteit, en anticonceptiegebruik. De onuitgesproken verwachting dat de vrouw verantwoordelijkheid draagt voor anticonceptie kan leiden tot een onverwachte zwangerschap en het bespreken van deze gedeelde verantwoordelijkheid vanuit het perspectief van de professional kan bijdragen aan meer zelfregie van zowel vrouwen als mannen op het gebied van hun reproductieve gezondheid.

Een belangrijke toevoeging vanuit specifieke expertise op het gebied van mannenemancipatie was dat mannen niet alleen moeten worden 'meegenomen' in het gesprek met de vrouw, maar dat mannen ook op andere plaatsen en in andere contexten apart benaderd kunnen worden waar het om gedeelde verantwoordelijkheid bij anticonceptiegebruik gaat. Er werd gepleit voor een 'gendered' benadering, dat wil zeggen, juist wél rekening houdend met specifieke behoeften van mannen, in plaats van mensen alleen als stel te benaderen over anticonceptie. Een voorbeeld kan zijn om proactief met (jonge)mannen in gesprek te gaan over mannelijke anticonceptiemethoden en gedeelde verantwoordelijkheid op plekken waar veel mannen komen.

In ons onderzoek zagen we dat er veel mis ging met condooms en dat deze nogal eens niet werden gebruikt, ondanks de intentie om dit wel te doen. In de consultatiesessies is gesproken over specifieke interventies gericht op het verhogen en verbeteren van condoomgebruik. De huidige voorlichting over condooms is vooral gericht op risicopreventie, en een belangrijke barrière is dat condooms niet prettig in gebruik worden gevonden, omdat veel mensen ervaren dat ze het gevoel verminderen. Er is veelbelovend onderzoek gedaan onder leiding van Cynthia Graham, waarbij mannen een testpakket kregen met daarin diverse soorten en maten condooms alsook glijmiddelen. De instructie aan mannen was - in grote lijnen - om hiermee twee weken dagelijks spelenderwijs mee te oefenen, zonder een partner erbij, om te kijken wat plezierig was. Deze insteek bleek een *game changer* te zijn wat betreft het seksuele gevoel, en te leiden tot correcter en consistentere condoomgebruik (Stone et al., 2024). Mogelijk kan een dergelijk project ook in Nederland tot beter en prettiger condoomgebruik leiden.

9.4 Aanbeveling 3: Benut kansen op het juiste moment - proactief afstemmen

Twijfelperiodes en transities als kans

We zagen in ons onderzoek dat mensen om verschillende redenen soms niet overgaan tot het 'regelen' van anticonceptie. Van praktische barrières als verwachte pijn of hoge kosten van een spiraal tot een groot 'niet-weten wat te doen'. Allerlei gedachten over vruchtbaarheid en anticonceptie spelen hierbij een rol, alsook negatieve ervaringen met eerdere methoden en een gebrek aan communicatie met de partner hierover. Mensen besluiten te stoppen met de huidige anticonceptie uit ontevredenheid, of zijn nog niet begonnen met anticonceptie na het krijgen van een kind. Deze twijfelperiode kan soms lang duren, vooral wanneer er langere tijd geen zwangerschap optreedt ondanks onbeschermde seks, en men dit als bewijs gaat zien dat men minder vruchtbaar is. Mensen kunnen vastzitten in een dergelijk patroon, met name wanneer er om verschillende redenen meer stress is dan gewoonlijk (bijvoorbeeld in de postpartum periode of rond een verhuizing). In dit soort situaties kunnen mensen geneigd zijn om de weg van de minste weerstand te zoeken, en dus niets te doen (Kahneman, 2012). Dit soort tussenperiodes of transitiefases kunnen ook een kans vormen voor professionals om in gesprek te gaan over kinderwens en anticonceptie.

In sommige gevallen wordt de ontevredenheid met anticonceptie ook zichtbaar door veelvuldig wisselen van anticonceptie, wat de kans op onbedoelde zwangerschap vergroot. Uit onderzoek op basis van huisartsenregistratiedata weten we dat vrouwen die onbedoeld zwanger raken juist vaker anticonceptieconsulten hebben gehad en diverse methoden voorgeschreven kregen (Dijkstra et al., 2023). In de zoektocht naar passende anticonceptie komt onbedoelde zwangerschap dus vaker voor. Een herhaalconsult enkele maanden na het starten met nieuwe anticonceptie om te bespreken in hoeverre deze bevalt, is dan ook geen overbodige luxe (van Ditzhuijzen et al., 2021). Ook blijkt uit onderzoek dat tevredenheid met het anticonceptieconsult bijdraagt aan correct en consistent gebruik van de pil (Gambera et al., 2015) en daarmee ook bijdraagt aan de preventie van onbedoelde zwangerschap (Black et al., 2010). Dit sluit naadloos aan bij de bevindingen uit ons eigen onderzoek. Het is belangrijk om ontevredenheid met anticonceptie vroegtijdig te adresseren en in de anticonceptiecounseling samen te zoeken naar passende alternatieven. Ook hierbij is de luisterende, oordeelvrije houding weer essentieel, zodat ook de kennis en ervaring van de persoon om wie het gaat op gelijkwaardige wijze onderdeel kan zijn van het gesprek.

Post-partum anticonceptieconsulten

De post-partum periode is een kritieke periode waarin mensen risico lopen op zwangerschap. Vaak wordt er nog geen anticonceptie gebruikt, en is men zich niet bewust van de eerste ovulatie na de bevalling, vanwege uitblijven van de menstruatie door borstvoeding. Hierbij speelt de hardnekkige mythe dat men tijdens het geven van borstvoeding nog niet vruchtbaar kan zijn. In de triangulatie- en consultatiesessies werd duidelijk dat er meer kan worden gedaan om hierop in te spelen. Het kraambed blijkt voor veel kraamvrouwen en hun partners te vroeg om na te denken over anticonceptie. Er is 6 weken postpartum een contactmoment met de verloskundige, maar dit wordt onvoldoende benut. Zowel de verloskundige als de jeugdartsen van de GGD-JGZ teams zouden een rol kunnen spelen bij het aangaan van het gesprek over kinderwens, seksualiteit en anticonceptie. Er zijn hier verschillende interventies voor opgezet, maar met wisselend succes, zoals bijvoorbeeld beschreven in een recent proefschrift over preconceptiezorg via de GGD-JGZ (Sijpkens, 2020).

9.5 Aanbeveling 4: Verbeter de randvoorwaarden in de anticonceptiezorg

Randvoorwaarden die drempels verlagen

Zorg voor goede randvoorwaarden in de anticonceptiezorg, waardoor de drempel verlaagd wordt voor een gesprek over kinderwens en anticonceptie, en mensen eigen regie kunnen nemen om zelf een passende keuze te maken. Maak anticonceptiezorg breed en makkelijk beschikbaar bij verschillende zorgverleners (huisarts, verloskundige, abortusarts, gynaecoloog). Zo is anticonceptiezorg toegankelijker en kunnen mensen de zorg krijgen die bij hen past en bij diegene bij wie zij zich op hun gemak voelen. Enkele professionals (verloskundigen en ervaringsdeskundigen) in de expert meeting benoemden dat het hen goed leek om anticonceptiecounseling of zorg óók te verbreden naar het sociale domein, zodat mensen ook laagdrempelig met vragen terecht kunnen in buurthuizen in de lage SES wijken.

Ontschotting en gelijktrekken van anticonceptiezorg opties bij diverse zorgspecialisten

Uit ons onderzoek werd duidelijk dat de toegang tot en het gebruik van anticonceptie werd belemmerd door onduidelijkheid over waar men terecht kan en financiële drempels. Een veelgehoord probleem was dat de huisarts weinig tijd heeft, of mensen soms opzien tegen gesprek met de huisarts hierover. Ook zijn er mensen die bijvoorbeeld een sterilisatie uitstellen vanwege de kosten. Ook blijkt dat veel mensen angst ervaren voor pijn bij spiraalplaatsing, en hiervoor graag adequate pijnbestrijding zouden willen ontvangen (Ipsos I&O/ Ava, 2024), maar dit is tot op heden niet mogelijk bij de huisarts. Bij andere zorgverleners zoals de abortuskliniek of de gynaecoloog of verloskundige kan dit soms wel, en deze zorgverleners hebben ook meer ervaring met het fixeren van de cervix en inbrengen van het spiraal. Voor de cliënt is alleen lang niet altijd duidelijk wat de mogelijkheden zijn en waar plaatsing vergoed wordt. Een aanbeveling voortvloeiend uit ons onderzoek die in grote mate ondersteund werd door experts, was om ervoor te zorgen dat meerdere groepen zorgverleners dezelfde anticonceptiezorg kunnen bieden, waarmee het voor cliënten financieel en praktisch gezien niet uitmaakt waar ze heen gaan, of het nu de huisarts, verloskundige, gynaecoloog, abortusarts, of GGD-arts is. Er zitten momenteel ook nog schotten tussen Nu Niet Zwanger en andere zorgverleners in de weg. Dit zou betekenen dat er op verschillende manieren ontschotting nodig is in de financiële stromen, en daarvoor is gesprek met zorgverzekeraars nodig. Het gaat buiten de scope van ons onderzoek om te beoordelen of dit mogelijk is, maar we bevelen wel aan om opties hiervoor te onderzoeken.

Concentreren anticonceptiezorg in centra seksuele- en reproductieve gezondheid

Tegelijk waren er ook professionals en andere experts die adviseerden om anticonceptiezorg en andere reproductieve en seksuele gezondheidszorg samen te brengen in centra die zich hierin specialiseren. Men zou dan in zo'n centrum terecht kunnen voor allerlei zaken zoals gesprekken over anticonceptie, plaatsing van anticonceptie, vasectomie, uitstrijkjes, abortus, verloskundige zorg. Deze aanbeveling kwam niet direct voort uit de data, onderzocht zou moeten worden of dit inderdaad wenselijk en haalbaar is.

9.6 Aanbeveling 5: Informatievoorziening rond onbedoelde zwangerschap beter laten aansluiten bij behoeften

Zorgpadverwarring voorkomen

Onduidelijkheid rondom zorgopties die mensen hebben in het geval van onbedoelde zwangerschap kwam op verschillende manieren naar voren in dit onderzoek. Zo bleek een belangrijk verbeterpunt het vergroten van de bekendheid van keuzehulpverlening, en meer duidelijkheid over de verschillende routes in het zorgpad, zeker ook nu de huisarts ook de abortuspil kan voorschrijven. Er was enige inconsistentie in de informatie die participanten hadden ontvangen.

Informatie naar behoefte

Uit de interviews bleek dat de meeste mensen voldoende informatie hadden gekregen, maar een deel meer informatie had gewild over de keuzes qua abortusbehandeling. Ook viel het op dat er soms misverstanden zijn over de verschillende behandelingen, bijvoorbeeld over sedatie of hoe lang het zal duren, waarop vervolgens wel de keuze voor een behandeling wordt gebaseerd. Ook hier kan verwachtingsmanagement helpend zijn.

Online informatievoorziening

Er zijn diverse websites met goede informatie. Tegelijkertijd zien we dat mensen niet altijd op zoek zijn naar een goede website, maar ook andere bronnen raadplegen, of deze websites niet makkelijk vinden. Uit de consultatierondes met ervaringsdeskundigen en experts bleek dat er niet zozeer behoefte is aan een nieuwe bron van informatievoorziening, maar wel inzicht in waarom betrouwbare informatie nog niet iedereen bereikt. Onder experts bestaat brede consensus dat er niet méér informatie nodig is, maar juist een betere vindbaarheid van de bestaande informatie. De informatievoorziening kan vooral verbeterd worden door meer zicht op hoe cliënten informatie zoeken, dit kan bijvoorbeeld door het betrekken van ervaringsdeskundigen. Een concrete aanbeveling is dan ook om te onderzoeken hoe mensen wél bereikt worden en aan welke informatie men behoefte heeft.

9.7 Aanbeveling 6: Realistischer beeldvorming en destigmatiserende taal rond onbedoelde zwangerschap

Realistischer beeldvorming

Uit het onderzoek blijkt dat mensen een negatief beeld hebben van onbedoelde zwangerschap en abortus, en dit vaak moeten bijstellen wanneer ze er zelf mee te maken krijgen. Ondanks dat het echt iedereen kan overkomen, en er goede zorg beschikbaar is, is het opvallend hoe vaak mensen zeggen dat ze zich schamen, en zich dom of stom voelen, of dat dit meer tussen de regels duidelijk wordt uit de taal die ze gebruiken. Ook voelen mensen zich soms schuldig wanneer ze juist niet zoveel problemen ervaren als zij bijvoorbeeld een abortus hebben gehad, en verwachten zij hierop te worden beoordeeld. Hieruit blijkt dat er een norm heerst om onbedoelde zwangerschap als iets inherent problematisch te zien. Dit kan worden tegengegaan door eerlijke, realistische informatie en media-uitingen, waarin getoond wordt dat er een grote diversiteit aan ervaringen is en dat het in alle lagen van de bevolking voorkomt.



Narratieven van schaamte en schuld kleven ook aan ouderschap in het algemeen

De narratieven van schuld en schaamte die veelvuldig in dit rapport naar voren komen, zijn niet uniek voor mensen die onbedoeld zwanger raken. Deze narratieven kleven ook aan ouderschap in het algemeen (Caldwell et al., 2020; Sutherland, 2010). Het ouderschap wordt omgeven door maatschappelijke idealen van onvoorwaardelijke zorg, beschikbaarheid en toewijding (Constantinou et al., 2021). In de praktijk worstelen veel ouders met het gevoel dat ze hierin tekortschieten: omdat ze hun kind niet alles kunnen bieden, niet altijd geduldig of liefdevol zijn, of moeite hebben hun eigen behoeften en emoties te combineren met het ouderschap. Het ideaal van de perfecte ouder ligt hier vaak aan ten grondslag. Alhoewel het vaak gaat over schaamte en schuldgevoelens van moeders, ervaren vaders deze gevoelens ook (Barrett & Charlton, 2025). Daarnaast is ook onvruchtbaarheid omgeven door schaamte en taboe (Zou et al., 2025). Deze gevoelens van schuld en schaamte worden vaak in stilte gedragen. Ze worden deels gevoed door maatschappelijke normen rond ouderschap, vruchtbaarheid en gezinsvorming, en deels doordat er in het publieke gesprek weinig ruimte is voor ambivalentie of kwetsbaarheid. Tegelijkertijd signaleren we dat er steeds meer aandacht komt voor de genuanceerde en persoonlijke kant van reproductieve ervaringen - bijvoorbeeld in boeken, televisieprogramma's en tentoonstellingen. Deze ontwikkeling kan bijdragen aan vermindering van stigma rondom reproductieve keuzes, en aan meer ruimte voor het volledige scala aan emoties en ervaringen dat mensen kunnen doormaken.

Ga in gesprek over beleidstaal

Gebruik van termen als 'preventie van onbedoelde zwangerschap' past bij een (liberale) opvatting dat de mens een rationeel en volledig vrijwillig handelend wezen is, dat zich bewust is van wat het wil, helder overzicht heeft, en verantwoordelijkheid draagt voor de consequenties van keuzes (Aiken et al., 2016; Garcia, 2025). Maar de werkelijkheid is anders. Mensen weten vaak niet precies wat ze willen als het gaat over kindwens, seksualiteit en anticonceptie. Daarbij is de mens notoir slecht in het inschatten van risico's (Halpern et al., 1989; Raghurib & Latimer, 2014; Sundh, 2024). Met andere woorden, we kunnen met de beste preventie van de wereld niet alle onbedoelde zwangerschappen voorkomen. Bovendien is er steeds meer kritiek op het *Unintended Pregnancy Framework*, dat tot op heden in veel landen het dominante discours is in zorgbeleid (Auerbach et al., 2023).

Hoewel er zeker heel veel te zeggen is voor het voorkomen van een eventueel lastig keuzeprocess, een ingreep, of het moeten uitdragen van een ongewenste zwangerschap die bijvoorbeeld te ver gevorderd is, is er ook een keerzijde aan dit narratief. Het *unintended pregnancy framework* doet niet altijd recht aan geleefde ervaringen van de mensen om wie het gaat en de structurele ongelijkheid die er is. Het idee dat zwangerschappen te plannen zijn en er een goed moment voor is, zien we veel terug onder hoogopgeleide witte personen in welvarende omstandigheden, terwijl dit

voor mensen in minder bevoorrechte posities minder haalbaar lijkt. De boodschap van preventie van onbedoelde zwangerschap kan bijvoorbeeld worden geherformuleerd naar het vergroten van de reproductieve autonomie en toegang tot goede zorg en informatie.

9.8 De bevindingen in het licht van actuele maatschappelijke discussies

Op basis van de opgedane kennis in het onderzoek en de wetenschappelijke literatuur gaan we kort in op een aantal zaken die relevant kunnen zijn voor actuele maatschappelijke vraagstukken.

Abortuscijfers

Waar in 2021 0,9% van de vruchtbare vrouwen een abortus onderging, is dat percentage in 2022 gestegen naar 1,2%⁴ (IGJ, 2024). Deze stijging is aanleiding geweest voor verschillende vragen in de Tweede Kamer, en er is aardig wat media-aandacht voor geweest. Eén van de theorieën die rondgaat is dat de stijging te maken heeft met negatieve attitudes ten aanzien van hormonale anticonceptie, of een gebrek aan kennis over anticonceptie. Anderen zoeken de oorzaak in de tijdsgeest waarin mensen liever geen kinderen meer op de wereld zetten, en benoemen hierbij het dalende geboortecijfer. In het huidige onderzoek is niet onderzocht wat er ten grondslag kan liggen aan deze toename. Als onderzoekers denken wij dat het zeer lastig is, zo niet onmogelijk, om een causaal verband aan te tonen. Er zijn meerdere ontwikkelingen in ons land en de ons omringende landen gaande, die hier mogelijk een rol bij kunnen spelen. Bovendien is het de vraag in hoeverre een kleine stijging problematisch is; het kan immers ook betekenen dat meer mensen reproductieve regie hebben kunnen nemen.

De stijging kan in elk geval niet verklaard worden door onderzoek te doen naar motieven of redenen voor abortus. Je brengt hiermee immers alleen in kaart wat een rol speelde bij de besluitvorming, en niet waarom de zwangerschap ontstaan is. Ook wanneer je dit laatste negeert en specifiek zou willen onderzoeken of meer mensen een zwangerschap af laten breken, zal nieuw onderzoek hiernaar geen extra informatie opleveren. In [Dit is mijn verhaal](#) toonden wij al aan dat de besluitvorming een samenspel is van motieven, emoties, intuïties en waarden, dat er telkens anders uitziet. Dit terugbrengen tot redenen doet hier geen recht aan. Wij hadden al eerder de meest genoemde redenen voor abortus uitgevraagd, en vonden dat mensen in 2022/2023 dezelfde motieven voor abortus noemden als in 2010/2011. We keken naar data van de BluePrint studie en van de Dutch Abortion and Mental Health Study (DAMHS) en vonden daarin een vergelijkbaar patroon wat betreft motieven. Bovendien was dit beeld ook in lijn met wat naar voren kwam uit een review van de wetenschappelijke literatuur op dit gebied (Beumer et al., 2025). Er lijken dus geen andere motieven naar boven te komen in de laatste jaren waarin de stijging heeft plaatsgevonden.

Onbedoelde zwangerschap is niet alleen een kenniskwestie

Onze bevindingen laten zien dat mensen hun vruchtbaarheid en de kans op zwangerschap onderschatten, en de effectiviteit van sommige minder effectieve anticonceptiemethoden overschatten. Een eerste logisch antwoord lijkt dan te zijn: verschaft meer goede kennis over vruchtbaarheid en de risico's op zwangerschap, en we lossen een groot deel van het probleem op. Zo simpel ligt het alleen niet. Kennis vergroten kan zeker behulpzaam zijn en basiskennis over anticonceptie is een randvoorwaarde, en het niveau van anticonceptiekennis is structureel te laag (Beumer et al., ingediend ter publicatie; preprint beschikbaar). Toch is kennis vergroten niet dé gouden panacee voor het vergroten van de reproductieve autonomie. We zagen namelijk ook dat er meer speelt dan rationele kennis. Sommige mensen zijn zich wel degelijk bewust van het risico, maar nemen dit toch, bijvoorbeeld omdat ze erg ontevreden zijn met anticonceptie. Sommige mensen hebben geen kindwens, maar hechten wel waarde aan hun vruchtbaarheid. Dit hangt samen met bredere opvattingen over identiteit, leven zonder hormonale middelen en het behouden van een cyclus, die los van een kindwens wordt gewaardeerd.

In de geleefde ervaring van mensen speelt kennis zeker een rol, maar we moeten de minder geconcretiseerde persoonlijke ervaringen niet buiten beschouwing laten. Mensen willen dat hun bezwaren serieus genomen worden, en dat weegt mogelijk minstens zo zwaar als het krijgen van wetenschappelijk onderbouwde kennis over bijwerkingen of betrouwbaarheid. Op basis van ons onderzoek denken wij dat er significante aandacht moet gaan naar het samen in gesprek gaan over ervaringen en bijwerkingen, en het zoeken naar passende anticonceptie als een gezamenlijke zoektocht waarbij ervaring en kennis van zowel arts als cliënt als waardevolle informatie kan worden ingebracht (Algera, 2025).

⁴ Deze percentages zijn afgeleid van de abortuscijfers oftewel 'abortion rate', hier is dat het aantal zwangerschapsafbrekingen (niet het aantal vrouwen dat ermee te maken kreeg) per 1000 vrouwen in de vruchtbare leeftijd in een gegeven jaar. Dit betekent dat er mogelijkkerwijs dubbele tellingen bij zitten van vrouwen die meer abortussen hadden in dat jaar. De percentages kunnen daarom mogelijk een overschatting zijn.



Desinformatie en influencers

Het idee dat momenteel veel de ronde doet, is dat velen primair gestuurd zouden worden door desinformatie over hormonen via *influencers*. Dit idee vinden wij niet zozeer ondersteund in onze resultaten. Bezwaren tegen hormonale anticonceptie lijken juist meestal in eerste instantie gebaseerd op eigen negatieve ervaringen. Verhalen van anderen in de omgeving en in media kunnen dit wel versterken; we zagen wel in onze resultaten dat mensen bevestiging vonden van wat ze zelf ervoeren in boodschappen die zij om zich heen hoorden. Ondanks dat veel mensen zonder actieve kinderwens liever een zwangerschap zouden voorkomen, zien we ook dat veel mensen het lastig vinden om anticonceptie te vinden die bij ze past. Omdat mensen steeds later kinderen krijgen, is de periode dat ze anticonceptie zouden moeten gebruiken om effectief een onbedoelde zwangerschap te voorkomen ook steeds langer (Baird et al., 2018), en dan kunnen persoonlijke ervaringen van bijwerkingen of gebruiksgemak juist een grotere rol gaan spelen.

Onbedoelde zwangerschap is niet alleen een kwestie van individueel gedrag

Preventiebevorderingsinterventies zijn vaak gericht op het veranderen van *individueel* gedrag. Echter, uit veel onderzoek - waaronder ook hetgeen besproken in [hoofdstuk 2](#) en [hoofdstuk 3](#) - blijkt dat er een brede context onderliggend is aan onbedoelde zwangerschap, die vaak overeen komt met patronen van sociale ongelijkheid (Auerbach et al., 2023; Van Tintelen et al., 2024). Zo zagen we in de resultaten van dit rapport dat mensen met een lagere sociaal economisch status en met ervaringen van (seksueel) geweld vaker te maken hadden met (een risico op) onbedoelde zwangerschap. Dit zouden markers kunnen zijn van (psychische) kwetsbaarheid. Deze sociale ongelijkheden dragen vervolgens ook voornamelijk bij aan persoonlijke en publieke gezondheidsverschillen, waarvan de oorzaak vaak ten onrechte wordt toegeschreven aan onbedoelde zwangerschap (Auerbach et al., 2023; Morse et al., 2017). Deze sociale ongelijkheden kunnen juist ook de situatie minder ondersteunend maken voor een zwangerschap (en dus de kans op ongewenst-zijn van een onbedoelde zwangerschap groter), en/ of de toegang tot effectieve anticonceptie beïnvloeden (D'Souza et al., 2022). Desondanks wordt onbedoelde zwangerschap nog altijd veelal begrepen als een individueel probleem. Daarmee is preventie veelal gericht op individuen (meestal vrouwen), in plaats van op het aanpakken van structurele ongelijkheid, waarop steeds meer kritiek komt (o.a. Chater & Loewenstein, 2022).

Van Tintelen et al. (2024) en Beumer et al. (ingediend ter publicatie; preprint beschikbaar) pleiten er dan ook voor, in navolging van Auerbach et al. (2023), om de focus te verleggen naar de grotere sociale en structurele context, die de fundamentele oorzaken van ongunstige gezondheidsuitkomsten blootlegt. Door alleen individueel gedrag te adresseren in interventies, blijven structurele barrières onzichtbaar, zoals beperkte toegang tot anticonceptie, gebrek aan zeggenschap over het eigen lichaam, en negatieve ervaringen in de zorg. Dit beperkt de effectiviteit van kennisgerichte interventies. Met individueel gerichte interventies benadrukken we vooral individuele verantwoordelijkheid. Als we bijvoorbeeld in interventies het belang van goede kennis over anticonceptie sterk blijven benadrukken, dan is het niet vreemd dat mensen die onbedoeld zwanger raken het gevoel hebben iets doms te hebben gedaan. Dit ervaren stigma en taboe komt dan ook veel terug in de narratieven besproken in dit huidige rapport. Schaamte en ervaren stigmatisering kan een goed gesprek over kinderwens en anticonceptie, en daarmee ook een weloverwogen keuze hierin, in de weg staan.

Beleid moet daarom niet voorbijgaan aan de maatschappelijke context en systemen. Aanbevelingen in dit rapport richten zich dan ook op het aanpakken hiervan, zoals bredere toegang tot goede anticonceptie(counseling) en het aanpakken van stigmatiserende normen en waarden. Het begint met luisteren, zonder oordeel, om tot een goed gesprek te komen over kinderwens, seksualiteit, anticonceptie, en zwangerschap, waarbij ruimte is voor het persoonlijke verhaal.

10 Dankwoord

Wij danken onze klankbordgroep voor zeer waardevolle feedback bij aanvang van het onderzoek en naar aanleiding van een conceptversie van dit rapport, te weten voorzitter Inge van Nistelrooij (Universiteit voor Humanistiek), Roelof Hortulanus (Emeritus Universiteit voor Humanistiek), Pepijn van Empelen (TNO), Stef Groenewoud (Radboud UMC en Theologische Universiteit Kampen/ Utrecht), Monique Opheij (NGvA), Patty Proost (ZonMw), Ivy van Dijke (VWS) en Alina Chakh (Ava). Ook danken we Ineke van der Vlugt, die heeft meegedacht bij het opzetten van dit onderzoek, maar in de onderzoeksperiode met pensioen ging; en Karin van der Velde, die het stokje van haar overnam. Veel dank aan alle professionals en ervaringsdeskundigen en KOOZ collega-onderzoekers, die actief hebben meegedacht en meegedaan met de consultatiesessies. Ten slotte danken we alle deelnemers voor hun deelname aan de onderzoeken die onderdeel zijn van dit rapport: Seks onder je 25^e, De Monitor Seksuele Gezondheid, de BluePrint studie, de IPC UP studie en het cliënttevredenheidsonderzoek van Fiom. Bedankt voor jullie tijdsinvestering en openheid.

11 Literatuur

- Aiken, A. R. A., Borrero, S., Callegari, L. S., & Dehlendorf, C. (2016). Rethinking the Pregnancy Planning Paradigm: Unintended Conceptions or Unrepresentative Concepts? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 48(3), 147-151. <https://doi.org/10.1363/48E10316>
- Aiken, A.R., Dillaway, C., & Mevs-Korff, N. (2015). A blessing I can't afford: factors underlying the paradox of happiness about unintended pregnancy. *Social Science & Medicine*, 132, 149-155. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.03.038>
- Algera, E. (2023). Knowing (with) the body: Sensory knowing in contraceptive self-tracking. *Sociology of Health & Illness*, 45(2), 242-258. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13570>
- Algera, E. (2025). Towards collaborative tinkering in contraceptive consultations: Negotiating side-effects in contraceptive care. *Health, an Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 13634593251319920. <https://doi.org/10.1177/13634593251319920>
- Alspaugh, A., Barroso, J., Reibel, M., & Phillips, S. (2020). Women's Contraceptive Perceptions, Beliefs, and Attitudes: An Integrative Review of Qualitative Research. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 65(1), 64-84. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12992>
- Altshuler, A. L., Ojanen-Goldsmith, A., Blumenthal, P. D., & Freedman, L. R. (2021). "Going through it together": being accompanied by loved ones during birth and abortion. *Social Science & Medicine*, 284, 114234. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114234>
- Auerbach, S.L., Coleman-Minahan, K., Alspaugh, A., Aztlan, E.A., Stern, L., & Simmonds, K. (2023). Critiquing the unintended pregnancy framework. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 68(2), 170-178. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13457>
- Baird, D. T., Bajos, N., Cleland, J., Glasier, A., La Vecchia, C., Leridon, H., Milsom, I., Benagiano, G., Bhattacharya, S., Bhattacharya, S., Crosignani, P. G., Evers, J. L. H., Negri, E., & Volpe, A. (2018). Why after 50 years of effective contraception do we still have unintended pregnancy? A European perspective. *Human Reproduction*, 33(5), 777-783. <https://doi.org/10.1093/HUMREP/DEY089>
- Baker, D., Sedgh, G., Keogh, S., Luchsinger, G., Roseman, M., Solo, J., Alberto, Y., & Salvador, E. (2022). Seeing the Unseen: The Case for Action in the Neglected Crisis of Unintended Pregnancy: State of World Population Report. United Nations Population Fund. Verkregen via: <https://www.unfpa.org/swp2022>
- Barrett, G., Smith, S.C., & Wellings, K. (2004). Conceptualisation, development, and evaluation of a measure of unplanned pregnancy. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58(5), 426-433. <https://doi.org/10.1136/jech.2003.014787>
- Barrett, N., & Charlton, E. (2025). Passenger parenting, role conflict and guilt: the transition to parenthood from new and experienced fathers. *Journal of Family Studies*, 31(3), 420-443. <https://doi.org/10.1080/13229400.2024.2447864>
- Barton, K., Redshaw, M., Quigley, M.A., & Carson, C. (2017). Unplanned pregnancy and subsequent psychological distress in partnered women: a cross-sectional study of the role of relationship quality and wider social support. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1223-x>
- van de Beek, J., Hilverda, F., Petit-Steeghs, V., & A. P. Nieboer (2025a). Dutch maternity care providers' attitudes toward and support of young fathers: A cross-sectional survey-based study. *Midwifery*, 140, 104229. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104229>
- van de Beek, J., Petit-Steeghs, V., Hilverda, F., & Nieboer, A. P. (2025b). Unraveling the threads of vulnerability and resilience: Young men's journey through unintended fatherhood. *Journal of Family Research*, 37, 26-42. <https://doi.org/10.20377/jfr-1038>
- Bessett, D. (2022). Review of "Just Get on the Pill: The Uneven Burden of Reproductive Politics." *Social Forces*, 101(2), e2-e2. <https://doi.org/10.1093/sf/soac054>
- Beumer, W. Y., Koot, M. H., Vrijkotte, T., Roseboom, T. J., & van Ditzhuijzen, J. (2024). Long-term effects of unintended pregnancy on children: Findings from the Dutch prospective birth-cohort Amsterdam born children and their development study. *Social Science & Medicine*, 357, 117200. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117200>
- Beumer, W. Y., Sprenger, M., Eksi, E., Bartels, C., van Bohemen, S., van Ditzhuijzen, J., Dekker, L. P., de Haan, I., Bijma, H. H., El Marroun, H., Jansen, P. W., & Enthoven, C. A. Contraceptive views, satisfaction, responsibility, and knowledge: A theater-based study at the Dutch 'Lowlands' festival. Ingediend ter publicatie. Preprint: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2025.04.10.25325356v1>
- Beumer, W. Y., Reilingh, A. Y. A. M., Dalmijn, E., Roseboom, T. J., van Ditzhuijzen, J. (2025). Motivations for abortion or continuation of an unwanted pregnancy: A scoping review of the global literature. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 57(1), 45-62. <https://doi.org/10.1111/psrh.12293>

- Beumer, W.Y., Roseboom, T. J., & van Ditzhuijzen, J. What contributes to pregnancy intendedness? Insights from the Dutch BluePrint study using a conceptual hierarchical model. Ingediend ter publicatie. Preprint: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2025.06.18.25329857v1>
- Beumer, W. Y., Roseboom, T. J., Koot, M. H., Vrijkotte, T., & van Ditzhuijzen, J. (2023). Carrying an unintended pregnancy to term and long-term maternal psychological distress: Findings from the Dutch prospective Amsterdam Born Children and their Development study. *Women's Health*, 19, 17455057231213737. <https://doi.org/10.1177/17455057231213737>
- van Beuningen, J., van der Houwen, K., & Moonen, L. (2014) *Measuring well-being: An analysis of different response scales*. The Hague: CBS/ Statistics Netherlands. Verkregen via: <https://www.cbs.nl>
- Biggs, M. A., & Foster, D. G. (2013). Misunderstanding the risk of conception from unprotected and protected sex. *Women's Health Issues : Official Publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 23(1), e47-53. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2012.10.001>
- Biggs, M. A., Upadhyay, U. D., McCulloch, C. E., & Foster, D. G. (2017). Women's mental health and well-being 5 years after receiving or being denied an abortion: a prospective, longitudinal cohort study. *JAMA Psychiatry*, 74(2), 169-178. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3478>
- Black, K. I., Gupta, S., Rassi, A., & Kubba, A. (2010). Why do women experience untimed pregnancies? A review of contraceptive failure rates. Best practice & research. *Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 24(4), 443-455. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2010.02.002>
- Bronfenbrenner, U. Ecological systems theory (1992). In: *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Ltd; 2005. p. 106-73.
- van Brouwershaven, A. C., Bolt, S. H., & Jonkman, J. G. F. (2024). The ongoing and contentious coverage of abortion in a progressive context: a long-term cross-outlet assessment of Dutch abortion news (2000-2022). *Culture, Health & Sexuality*, 1-18. <https://doi.org/10.1080/13691058.2024.2408342>
- Byrne, D. (2022). A worked example of Braun and Clarke's approach to reflexive thematic analysis. *Quality and Quantity*, 56(3), 1391-1412. <https://doi.org/10.1007/s11135-021-01182-y>
- Caldwell, J., Meredith, P., Whittingham, K., & Ziviani, J. (2020). Shame and guilt in the postnatal period: a systematic review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(1), 67-85. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1754372>
- Campelia, G. D., Adashi, E. Y., & Amory, J. K. (2024). Shared risk and shared responsibility: the ethics of male contraceptives. *Andrology*, 12(7), 1605-1609. <https://doi.org/10.1111/ANDR.13649>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2022a). *CBS introduceert nieuwe indeling bevolking naar herkomst*. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/07/cbs-introduceert-nieuwe-indeling-bevolking-naar-herkomst#:~:text=Op%201%20januari%202021%20telde,%C3%A9%C3%A9n%20in%20Nederland%20geboren%20ouder>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2022b). *Bijna 6 op de 10 Nederlanders behoren niet tot religieuze groep*. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/51/bijna-6-op-de-10-nederlanders-behoren-niet-tot-religieuze-groep/>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2022c). *Wat is het onderwijsniveau van Nederland? 2022c* <https://longreads.cbs.nl/nederland-in-cijfers-2024/wat-is-het-onderwijsniveau-van-nederland/>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2024). *Steeds meer hoogopgeleiden in Nederland: wat voor beroep hebben ze?* <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2022/steeds-meer-hoogopgeleiden-in-nederland-wat-voor-beroep-hebben-ze?onpage=true>
- Centraal Bureau voor de Statistiek, Statline (z.d.). *Bevolking; geslacht, leeftijd en burgerlijke staat, 1 januari*. <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/7461bev/table>
- Chater, N., & Loewenstein, G. (2022). The i-frame and the s-frame: How focusing on individual-level solutions has led behavioral public policy astray. *Behavioral and Brain Sciences*, 46, e147. <https://doi.org/10.1017/S0140525X22002023>
- Constantinou, G., Varela, S., & Buckby, B. (2021). Reviewing the experiences of maternal guilt - the "Motherhood Myth" influence. *Health Care Women International*, 42(4-6):852-876. <https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1835917>
- Crowley, J. L., High, A. C., & Thomas, L. J. (2018). Desired, expected, and received support: how support gaps impact affect improvement and perceived stigma in the context of unintended pregnancy. *Health Communication*, 34(12), 1441-1453. <https://doi.org/10.1080/10410236.2018.1495162>
- Dallessandro, C., James-Hawkins, L., & Sennott, C. (2019). Strategic silence: College men and hegemonic masculinity in contraceptive decision making. *Gender & Society*, 33(5), 772-794. <https://doi.org/10.1177/0891243219850061>
- Dalmijn, E. W., Visse, M. A., & van Nistelrooij, I. (2024). Decision-making in case of an unintended pregnancy: an overview of what is known about this complex process. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 45(1), 2321461. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2024.2321461>

- Dehlendorf, C., Krajewski, C., & Borrero, S. (2014). Contraceptive counseling: Best practices to ensure quality communication and enable effective contraceptive use. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 57(4), 659-673. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000059>
- Dehue, T. (2014). *Betere mensen. Over gezondheid als keuze en koopwaar*. Amsterdam: Atlas Contact.
- Dehue, T. (2023). *Ei, foetus, baby. Een nieuwe geschiedenis van zwangerschap*. Amsterdam: Atlas Contact.
- Dijkstra, C. I., Dalmijn, E. W., Bolt, S. H., Groenhof, F., Peters, L. L., & Jansen, D. E. M. C. (2023). Women with unwanted pregnancies, their psychosocial problems, and contraceptive use in primary care in Northern Netherlands: insights from a primary care registry database. *Family Practice*, 40(1), 648-654. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmadv036>
- van Ditzhuijzen, J. (2017). *Abortion and mental health. A longitudinal study of common mental disorders among women who terminated an unwanted pregnancy*. Utrecht: Universiteit Utrecht. Verkregen via: <https://dspace.library.uu.nl/>
- van Ditzhuijzen, J., ten Have, M., de Graaf, R., van Nijmegen, C.H.C.J., Vollebergh, W.A.M. (2013). Psychiatric history of women who have had an abortion. *Journal of Psychiatric Research*, 47, 1737-1743. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.07.024>
- van Ditzhuijzen, J., Olofsen, S., Knibbeler, R., & van der Lugt, I. (2021). Het eerste anticonceptieconsult bij de huisarts. Tevredenheid, verwachtingen en ervaringen van jonge vrouwen. Utrecht: Rutgers. Verkregen via: <https://rutgers.nl/wp-content/uploads/2021/07/Eerste-anticonceptie-consult-bij-huisarts.pdf>
- D'Souza, P., Bailey, J. V., Stephenson, J., & Oliver, S. (2022). Factors influencing contraception choice and use globally: a synthesis of systematic reviews. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 27(5), 364-372. <https://doi.org/10.1080/13625187.2022.2096215>
- Enthoven, C. A., El Marroun, H., Koopman-Verhoeff, M. E. et al. (2022) Clustering of characteristics associated with unplanned pregnancies: The generation R study. *BMC Public Health*, 22, 1957. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14342-y>
- Ela, E. (2018). *"I should be pregnant so many times by now": Risk perception, numeracy, and young women's contraceptive use*. Doctoral Dissertation, University of Michigan. Verkregen via: https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/143977/ejela_1.pdf?sequence=1
- Elliot, A. J., & Devine, P. G. (1994). On the motivational nature of cognitive dissonance: Dissonance as psychological discomfort. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(3), 382-394. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.3.382>
- Finkenflügel, R. (2024). Anticonceptiegebruik voorafgaand aan abortus. Een vragenlijstonderzoek in abortusklinieken onder vrouwen van 16 jaar en ouder. Utrecht: Rutgers. Verkregen via: <https://rutgers.nl/wp-content/uploads/2024/11/Rapport-Rutgers-Anticonceptiegebruik-voorafgaand-aan-abortus.pdf>
- Finkenflügel, R., Vijlbrief, A., Joemmanbaks, F., Oldenhof, A., & de Graaf, H. (2024). Understanding vulnerability. Onderzoek naar onbedoelde zwangerschappen bij jongeren in kwetsbare omstandigheden. Utrecht: Rutgers. Verkregen via: <https://rutgers.nl/wp-content/uploads/2024/04/Understanding-Vulnerability.pdf>
- Fiom (2024). Factsheet keuzehulpgesprekken 2022. 's-Hertogenbosch: Fiom. Verkregen via: <https://fiom.nl/ongewenst-zwanger/meer-keuzehulpgesprekken-2022>
- Fiom (2024). Factsheet registratie keuzehulpgesprekken onbedoelde zwangerschap 2023. 's-Hertogenbosch: Fiom. Verkregen via: <https://fiom.nl/ongewenst-zwanger/zwanger-wat-nu/cijfers-rondom-keuzehulp-ongewenste-zwangerschap-2023>
- Fiom/Rutgers (2018). Factsheet ongewenste zwangerschap 2016. 's-Hertogenbosch: Fiom. Verkregen via: <https://fiom.nl/ongewenst-zwanger/ongewenste-zwangerschap-2016>
- Foster, D. G., Biggs, M. A., Raifman, S., Gipson, J., Kimport, K., & Rocca, C. H. (2018). Comparison of health, development, maternal bonding, and poverty among children born after denial of abortion vs after pregnancies subsequent to an abortion. *JAMA pediatrics*, 172(11), 1053-1060. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.1785>
- Foster, D. G., Raifman, S. E., Gipson, J. D., Rocca, C. H., & Biggs, M. A. (2019). Effects of carrying an unwanted pregnancy to term on women's existing children. *The Journal of Pediatrics*, 205, 183-189. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.09.026>
- Friedman, H. L. (2016). Intensive mothering: The cultural contradictions of modern motherhood. *Contemporary Sociology*, 45(3), 299-301. <https://doi.org/10.1177/0094306116641407>
- Fülöp, F., Bóthe, B., Gál, É., Cachia, J. Y. A., Demetrovics, Z., & Orosz, G. (2020). A two-study validation of a single-item measure of relationship satisfaction: RAS-1. *Current Psychology*, 41(4), 2109-2121. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00727-y>
- Gambera, A., Corda, F., Papa, R., et al. (2015). Observational, prospective, multicentre study to evaluate the effects of counselling on the choice of combined hormonal contraceptives in Italy—the ECOS (Educational COUnselling effectS) study. *BMC Women's Health*, 15(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12905-015-0226-x>

- Garcia, M. (2025). *Consent. Een filosofie van goede seks*. Vertaling: Jan Pieter van der Sterre. Meppel: Boom Uitgevers.
- Gebru, N. M., & Wongsomboon, V. (2024). Sexual arousal-delay discounting: When condoms delay arousal. *Journal of Sex Research*, 61(5), 727-741. <https://doi.org/10.1080/00224499.2023.2239216>
- Gipson, J. D., Koenig, M. A., & Hindin, M. J. (2008). The effects of unintended pregnancy on infant, child, and parental health: A review of the literature. *Studies in Family Planning*, 39, 18-38. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2008.00148.x>
- Goossens, J., van den Branden, Y., van der Sluys, L., Delbaere, I., van Hecke, A., Verhaeghe, S., & Beeckman, D. (2016). The prevalence of unplanned pregnancy ending in birth, associated factors, and health outcomes. *Human Reproduction*, 31(12), 2821-2833. <https://doi.org/10.1093/humrep/dew266>
- de Graaf, H., Kraan, Y., Oldenhof, A., Joemmanbaks, F. (2024). Monitor Seksuele Gezondheid 2023. Rutgers. Verkregen via: https://rutgers.nl/wp-content/uploads/2024/09/Rapport_monitor_seksuele_gezondheid_2023.pdf
- de Groot, R., Hoogenboezem, G., Huzen, J., van Lier, L., van Staalduinen, T. (2015). *Voorlichting, hulp en opvang aan tienermoeders in beeld*. Verkregen via: https://fiom.nl/sites/fiom-nl/files/media/files/voorlichting-hulp-en-opvang-tienermoeders-in-beeld-jso-2015_0.pdf.
- Guttmacher Institute. (2019). *Unintended Pregnancy in the United States* (Factsheet). Verkregen via: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fb-unintended-pregnancy-us_0.pdf
- Hall, H. L. (2024). Towards contraceptive autonomy: Examining actors' inclusion of adolescent migrant girls' voices in responses to humanitarian crises. A case study of Venezuelan migrants in Colombia. University of Southampton, Doctoral Thesis, 312pp. Verkregen via: <https://eprints.soton.ac.uk/490886/>
- Hall, J. A., Barrett, G., Phiri, T., Copas, A., Malata, A., & Stephenson, J. (2016). Prevalence and determinants of unintended pregnancy in Mchinji district, Malawi; Using a conceptual hierarchy to inform analysis. *PLoS One*, 11(10):e0165621. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0165621>
- Hall, K. S. (2012). The Health Belief Model can guide modern contraceptive behavior research and practice. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 57(1), 74-81. <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2011.00110.x>
- Halpern, D. F., Blackman, S., & Salzman, B. (1989). Using statistical risk information to assess oral contraceptive safety. *Applied Cognitive Psychology*, 3(3), 251-260. <https://doi.org/10.1002/acp.2350030305>
- Harrison, M.E., Clarkin, C., Worth, K., Norris, M. L., & Rohde, K. (2015). But we're not like the people on TV: A qualitative examination of how media messages are perceived by pregnant and parenting youth. *Maternal and Child Health Journal*, 20, 684-692. <https://doi.org/10.1007/s10995-015-1868-x>
- ten Have, M., Van Bon-Martens, M. J., Schouten, F., van Dorsselaer, S., Shields-Zeeman, L., & Luik, A. I. (2024). Validity of the five-item mental health inventory for screening current mood and anxiety disorders in the general population. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 33(3), e2030. <https://doi.org/10.1002/mpr.2030>.
- ten Have, M., Tuithof, M., van Dorsselaer, S., Schouten, F., Luik, A.I., & de Graaf, R (2023). Prevalence and trends of common mental disorders from 2007-2009 to 2019-2022: Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Studies (NEMESIS), including comparison of prevalence rates before vs. during the COVID-19
- Hoggart, L. (2017). Internalised abortion stigma: Young women's strategies of resistance and rejection. *Feminism & Psychology*, 27(2), 186-202. <https://doi.org/10.1177/0959353517698997>
- Howard, L., Wilson, C., Reilly, T., Moss, K., Mishra, G., Coupland-Smith, E., Riecher-Rössler, A., Seedat, S., Smith, S., Steinberg, J., van Ditzhuijzen, J., & Oram, S. (2025). Women's reproductive mental health: currently available evidence and future directions for research, clinical practice and health policy. *World Psychiatry*, 24(2), 196-215. <https://doi.org/10.1002/wps.21305>
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2024). Jaarrapportage 2023 Wet afbreking zwangerschap (Wafz). Verkregen via: <https://www.igj.nl/over-ons/publicaties/rapporten/2024/11/06/jaarrapportage-wet-afbreking-zwangerschap-2023>
- James-Hawkins, L., & Jozkowski, K. N. (2024). "I just wasn't thinking": Strategic ambiguity and women's accounts of unprotected sex. *Journal of Sex Research*, 61(5), 695-708. <https://doi.org/10.1080/00224499.2023.2201252>
- Jansma, A., & Sondejker, F. (2019). *Kennissynthese Onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut. Verkregen via: https://www.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Preventie/Zwangerschap_en_geboorte/219003_Kennissynthese_WEB.pdf
- Kahneman, D. (2012). *Thinking Fast & Slow*. Londen, United Kingdom: Penguin Books Limited.
- Kimport, K. (2018). More than a physical burden: Women's mental and emotional work in preventing pregnancy. *Journal of Sex Research*, 55(9), 1096-1105. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1311834>
- Kumar, A., Hessini, L., & Mitchell, E. M. H. (2009). Conceptualising abortion stigma. *Culture, Health & Sexuality*, 11(6), 625-639. <https://doi.org/10.1080/13691050902842741>

- LaCross, A., Smaldone, A., & Angelson, J. (2019). Ambivalence toward pregnancy as an indicator for contraceptive nonuse: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 64(4), 385-394. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12969>
- Latour-Oldenhof, D. C., Dijkstra-Kersten, S. M. A., Dalmijn, E. W., Tuinhof, J., & Bolt, S. H. (2024). Medical termination of pregnancy: people's expectations and experiences in the Netherlands. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 29(6), 287-293. <https://doi.org/10.1080/13625187.2024.2385533>
- Le Guen, M., Schantz, C., Regnier-Loilier, A., & de La Rochebrochard, E. (2021). Reasons for rejecting hormonal contraception in Western countries: A systematic review. *Social Science and Medicine*, 284, 114247. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114247>
- Littell, J. H., Abel, K. M., Biggs, M. A., Blum, R. W., Foster, D. G., Haddad, L. B., Major, B., Munk-Olsen, T., Polis, C. B., Robinson, G. E., Rocca, C. H., Russo, N. F., Steinberg, J. R., Stewart, D. E., Stotland, N. L., Upadhyay, U. D., & van Ditzhuijzen, J. (2024). Correcting the scientific record on abortion and mental health outcomes. *BMJ (Clinical research ed.)*, 384, e076518. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-076518>
- Luker, K. (1977). Contraceptive risk taking and abortion: results and implications of a San Francisco Bay Area study. *Studies in Family Planning*, 8(8), 190-196. <https://doi.org/10.2307/1965513>
- Mac Dougall, K., Beyene, Y., & Nachtigall, R.D. (2013). Age shock: misperceptions of the impact of age on fertility before and after IVF in women who conceived after age 40. *Human Reproduction*, 28(2), 350-356. <https://doi.org/10.1093/humrep/des409>
- Macleod, C.I. (2016). Public reproductive health and 'unintended' pregnancies: introducing the construct 'supportability'. *Journal of Public Health*, 38(3):e384-e391. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv123>
- Madden, T., Secura, G. M., Nease, R. F., Politi, M. C., & Peipert, J. F. (2015). The role of contraceptive attributes in women's contraceptive decision making. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 213(1), 46.e1-46.e6. <https://doi.org/10.1016/j.AJOG.2015.01.051>
- Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M. A., Russo, N. F., & West, C. (2009). Abortion and mental health: Evaluating the evidence. *American Psychologist*, 64(9), 863-890. <https://doi.org/10.1037/a0017497>
- McAdams, D. P. (1998). The role of defense in the life story. *Journal of Personality*, 66(6), 1125-1146. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1467-6494.00044>
- McCarthy, S., O'Raghallaigh, P., Woodworth, S., Lim, Y. L., Kenny, L. C., & Adam, F. (2016). An integrated patient journey mapping tool for embedding quality in healthcare service reform. *Journal of Decision Systems*, 25(sup1), 354-368. <https://doi.org/10.1080/12460125.2016.1187394>
- McCarthy, S., O'Raghallaigh, P., Woodworth, S., Lim, Y.Y., Kenny, L.C., & Adam, F. (2020). Embedding the pillars of quality in health information technology solutions using "Integrated Patient Journey Mapping" (IPJM): Case study. *JMIR Human Factors*, 7(3):e17416 <https://humanfactors.jmir.org/2020/3/e17416/>
- McCloskey, L. A. (2016). Focus: Sex and gender health: The effects of genderbased violence on women's unwanted pregnancy and abortion. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 89(2), 153-159.
- Morse, J. E., Ramesh, S., & Jackson, A. (2017). Reassessing unintended pregnancy: Toward a patient-centered approach to family planning. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 44(1), 27-40. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2016.10.003>
- Moseson, H., Mahanaimy, M., Dehlendorf, C., & Gerdt, C. (2019). "...Society is, at the end of the day, still going to stigmatize you no matter which way": A qualitative study of the impact of stigma on social support during unintended pregnancy in early adulthood. *PLOSOne*, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217308>
- Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Pedersen, C. B., Lidegaard, Ø., & Mortensen, P. B. (2011). Induced first-trimester abortion and risk of mental disorder. *New England Journal of Medicine*, 364(4), 332-339. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0905882>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Population Health and Public Health Practice; Board on Health Care Services; Committee on Reproductive Health Services (2018). Assessing the safety and quality of abortion care in the United States. Washington: National Academies Press. Verkregen via: <https://www.nationalacademies.org/our-work/reproductive-health-services-assessing-the-safety-and-quality-of-abortion-care-in-the-us>
- National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH) at the Royal College of Psychiatrists (2011). Induced abortion and mental health: a systematic review of the mental health outcomes of induced abortion, including their prevalence and associated factors. London: Royal College of Psychiatrists. Verkregen via: https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/nccmh/nccmh---induced-abortion-and-mental-health---systematic-review---2011.pdf?sfvrsn=c7a00ded_3
- Nelson, D.B., & Lepore, S.J. (2013). The role of stress, depression, and violence on unintended pregnancy among young urban women. *Journal of Women's Health (Larchmt)*, 22(8), 673-680. <https://doi.org/10.1089/jwh.2012.4133>

- Nguyen, B. T., Hebert, L. E., Newton, S. L., & Gilliam, M. L. (2018). Supporting women at the time of abortion: A mixed-methods study of male partner experiences and perspectives. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 50(2), 75-83. <https://doi.org/10.1363/psrh.12059>
- Nguyen, B. T., & Jacobsohn, T. L. (2022). Post-abortion contraception, an opportunity for male partners and male contraception. *Contraception*, 115, 69-74. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2022.07.004>
- Nicholas, L., Newman, C. E., Botfield, J. R., Terry, G., Bateson, D., & Aggleton, P. (2021). Men and masculinities in qualitative research on vasectomy: perpetuation or progress? *Health Sociology Review: The Journal of the Health Section of the Australian Sociological Association*, 30(2), 127-142. <https://doi.org/10.1080/14461242.2020.1789486>
- Palaganas, E. C., Sanchez, M. C., Molintas, M. P., & Caricativo, R. D. (2017). Reflexivity in qualitative research: a journey of learning. *The Qualitative Report*, 22(2), 426-438. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2017.2552>
- Passet-Wittig, J., Bujard, M., McQuillan, J., & Greil, A. L. (2020). Is perception of inability to procreate a temporal phenomenon?: A longitudinal exploration of changes and determinants among women and men of reproductive age in Germany. *Advances in Life Course Research*, 45, 100339. <https://doi.org/10.1016/j.alcr.2020.100339>
- Pedersen, S. S., Spinder, H., Erdman, R.A.M., & Denollet, J. (2009). Poor perceived social support in implantable cardioverter defibrillator (ICD) patients and their partners: cross-validation of the multidimensional scale of perceived social support. *Psychosomatics*, 50(5), 461-467. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.5.461>
- Peragallo Urrutia, R., Polis, C. B., Jensen, E. T., Greene, M. E., Kennedy, E., & Stanford, J. B. (2018). Effectiveness of fertility awareness-based methods for pregnancy prevention: a systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 132(3). Verkregen via: https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2018/09000/effectiveness_of_fertility_awareness_based_methods.8.aspx
- Petit-Steeghs, V., Lips, S. R., Schuitmaker-Warnaar, T. J., & Broerse, J. E. W. (2019). Client-centred maternity care from women's perspectives: Need for responsiveness. *Midwifery*, 74, 76-83. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.03.016>
- Punzi, M. C., & Thuis, T. (2025). Mapping ethical concerns in algorithm-driven period and fertility tracking technologies. *Contraception*, 110837. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2025.110837>
- Purcell, C., Hilton, S., & McDaid, L. (2014). The stigmatisation of abortion: a qualitative analysis of print media in Great Britain in 2010. *Culture, Health & Sexuality*, 16(9), 1141-1155. <https://doi.org/10.1080/13691058.2014.937463>
- Ralph, L. J., Foster, D. G., & Rocca, C. H. (2020). Comparing prospective and retrospective reports of pregnancy intention in a longitudinal cohort of U.S. women. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 52(1), 39-48. <https://doi.org/10.1363/psrh.12134>
- Raghubir, P., & Latimer, R. (2014). Risk Assessment: The Consumer as an Intuitive Statistician. In: Ding, M., Eliashberg, J., Stremersch, S. (eds) *Innovation and Marketing in the Pharmaceutical Industry. International Series in Quantitative Marketing*, vol 20. Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7801-0_10
- Reich, J. A., & Brindis, C. D. (2006). Conceiving risk and responsibility: a qualitative examination of men's experiences of unintended pregnancy and abortion. *International Journal of Men's Health*, 5(2), 133-152. <https://doi.org/10.3149/jmh.0502.133>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2021). *Monitor onbedoelde (tiener)zwangerschap. Besluitvorming bij onbedoelde zwangerschappen: ervaringen van vrouwen, mannen en inzichten van zorgverleners*. Bilthoven: RIVM. Verkregen via: <https://www.rivm.nl/monitoren-zwangerschap-en-geboorte/onbedoelde-zwangerschappen>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2025). *Monitor Onbedoelde Zwangerschappen 2024*. Bilthoven: RIVM. Verkregen via: <https://www.rivm.nl/monitoren-zwangerschap-en-geboorte/onbedoelde-zwangerschappen>
- Rocca, C.H., Wilson, M.R., Jeon, M., & Foster, D.G. (2019). Stability of retrospective pregnancy intention reporting among women with unwanted pregnancies in the United States. *Maternal and Child Health Journal*, 23(11), 1547-1555. <https://doi.org/10.1007/s10995-019-02782-9>
- Rocca, C. H., Samari, G., Foster, D. G., Gould, H., & Kimport, K. (2020). Emotions and decision rightness over five years following an abortion: An examination of decision difficulty and abortion stigma. *Social Science & Medicine*, 248, 112704. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112704>
- Rutgers (2025) Factsheet anticonceptiegebruik en onbedoelde zwangerschap. Verkregen via: [Factsheet-anticonceptie-en-onbedoelde-zwangerschap_Rutgers-2025.pdf](https://www.rutgers.nl/factsheet-anticonceptie-en-onbedoelde-zwangerschap-Rutgers-2025.pdf)
- Santelli, J., Rochat, R., Hatfield-Timajchy, K., Gilbert, B. C., Curtis, K., Cabral, R., Hirsch, J. S., & Schieve, L. (2003). The measurement and meaning of unintended pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35(2), 94-101. <https://doi.org/10.1363/3509403>

- Schonewille, N. N., Rijkers, N., Berenschot, A., Lijmer, J. G., van den Heuvel, O. A., Broekman, B. F. P. (2022). Psychiatric vulnerability and the risk for unintended pregnancies, a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 22(1), 153. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04452-1>
- Seijmonsbergen-Schermer, A. E., Borman, D., de Jonge, A., & Henrichs, J. (2024). Vaderbetrokkenheid in de verloskundige zorg. *Tijdschrift Voor Verloskundigen*.
- SeksHAG/Rutgers/Fiom (2020). *Leidraad huisartsenzorg bij onbedoelde zwangerschap*. Verkregen via: https://fiom.nl/sites/fiom-nl/files/media/files/leidraad-huisartsenzorg-bij-onbedoelde-zwangerschap-2020_1.pdf
- Setton, R., Tierney, C., & Tsai, T. (2016). the accuracy of web sites and cellular phone applications in predicting the fertile window. *Obstetrics and Gynecology*, 128(1), 58-63. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001341>
- Sijpkens, M. (2020). *Preconception Care and Interconception Care: evaluating and advancing implementation*. [Doctoral Thesis, Erasmus University Rotterdam]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam. Verkregen via: <https://repub.eur.nl/pub/121959>
- Slovic, P., Finucane, M. L., Peters, E., & MacGregor, D. G. (2004). Risk as analysis and risk as feelings: some thoughts about affect, reason, risk, and rationality. *Risk Analysis: An Official Publication of the Society for Risk Analysis*, 24(2), 311-322. <https://doi.org/10.1111/j.0272-4332.2004.00433.x>
- Smith, W., Turan, J. M., White, K., Stringer, K. L., Helova, A., Simpson, T., & Cockrill, K. (2016). Social norms and stigma regarding unintended pregnancy and pregnancy decisions: A qualitative study of young women in Alabama. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 48(2), 73-81. <https://doi.org/10.1363/48e9016>
- Spinhoven, P., Penninx, B.W., Hickendorff, M., van Hemert, A. M., Bernstein, D.P., & Elzinga, B. M. (2014). Childhood Trauma Questionnaire: Factor structure, measurement invariance, and validity across emotional disorders. *Psychological Assessment*, 26(3), 717-729. <https://doi.org/10.1037/pas0000002>
- Sprenger M, Beumer WY, van Ditzhuijzen J, Kiefe-de Jong J. Unintended pregnancy in the Netherlands: An evaluation of a multidimensional and continuous construct. Ingediend ter publicatie. Preprint link: <https://www.researchsquare.com/article/rs-5318568/v1>
- Steinberg, J. R., & Rubin, L. R. (2014). Psychological aspects of contraception, unintended pregnancy, and abortion. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, 1(1), 239-247. <https://doi.org/10.1177/2372732214549328>
- Steinberg, J. R., McCulloch, C. E., & Adler, N. E. (2014). Abortion and mental health: findings from the national comorbidity survey-replication. *Obstetrics & Gynecology*, 123(2 PART 1), 263-270. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000092>
- Steinberg, J. R., & Tschann, J. M. (2013). Childhood adversities and subsequent risk of one or multiple abortions. *Social Science & Medicine*, 81, 53-59. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.011>
- Stevens, R., Machiyama, K., Mavodza, C. V., & Doyle, A. M. (2023). Misconceptions, misinformation, and misperceptions: a case for removing the “mis-” when discussing contraceptive beliefs. *Studies in Family Planning*, 54(1), 309-321. <https://doi.org/10.1111/sifp.12232>
- Stone, N., Graham, C., Bremner, S., McGrath, N., Bedford, R., Brown, K. E., Newby, K., Clarke, A., Jackson, L., Morrison, L., Nadarzynski, T., & To, Y. (2024). Evaluating the home-based intervention strategy (HIS-UK) to reduce new chlamydia infection among young men aged 16-25 years by promoting correct and consistent condom use: Findings from a randomised controlled trial. *BMC Health Services Research*, 24, 1607. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11911-2>
- Sundh, J. (2024). Human behavior in the context of low-probability high-impact events. *Humanities and Social Sciences Communications*, 11 (902). <https://doi.org/10.1057/s41599-024-03403-9>
- Sutherland, J. A. (2010). Mothering, Guilt and Shame. *Sociology Compass*, 4: 310-321. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2010.00283.x>
- van Tintelen, A. M. G., Jansen, D. E..M. C., Bolt, S. H., Warmelink, J. C., Verhoeven, C. J., & Henrichs, J. (2024). The association between unintended pregnancy and perinatal outcomes in low-risk pregnancies: a retrospective registry study in the Netherlands. *Journal of Midwifery and Womens Health*, 69(5). 755-766. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13634>
- Urrutia, R. P., & Polis, C. B. (2019). Fertility awareness based methods for pregnancy prevention. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 366, l4245. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4245>
- Victora, C. G., Huttly, S.R., Fuchs, S.C., & Olinto, M.T. (1997). The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *International Journal of Epidemiology*, 26(1):224-227. <https://doi.org/10.1093/ije/26.1.224>
- de Vries, H., Dijkstra, M., & Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: The third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health Education Research*, 3(3), 273-282. <https://doi.org/10.1093/her/3.3.273>

- Watson, A., Yarger, J., Sedlander, E., Urbina, J., Hopkins, K., Rodriguez, M. I., ... & Harper, C. C. (2023). Concern that contraception affects future fertility: How common is this concern among young people and does it stop them from using contraception? *Contraception*, 100103. <https://doi.org/10.1016/j.conx.2023.100103>
- Widman, L., Noar, S. M., Choukas-Bradley, S., & Francis, D. (2014). Adolescent sexual health communication and condom use : A meta-analysis. *Health Psychology*, 33(10): 1113-1124. <https://doi.org/10.1037/hea0000112>
- Wilcox, A. J., Dunson, D., & Baird, D. D. (2000). The timing of the “fertile window” in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 321(7271), 1259-1262. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7271.1259>
- Wolfs, K., Bos, A. E. R., Mevissen, F. E. F., Peters, G-J. Y., & van Lankveld, J. J. D. M. (2019). Sexual arousal and implicit and explicit determinants of condom use intentions. *Archives of Sexual Behavior*, 48, 469-480. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1257-9>
- Zabin, L. S., Huggins, G. R., Emerson, M. R., & Cullins, V. E. (2000). Partner effects on a woman's intention to conceive: 'not with this partner'. *Family Planning Perspectives*, 32(1), 39-45. <https://www.guttmacher.org/journals/psrh/2001/01/partner-effects-womans-intention-conceive-not-partner>
- Zaneva, M., Philpott, A., Singh, A., Larsson, G., & Gonsalves, L. (2022)/ What is the added value of incorporating pleasure in sexual health interventions? A systematic review and meta-analysis. *PLOS One*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261034>
- Zeldenrust, M. E., Koot, M. H., Harskamp-van Ginkel, M., & van Ditzhuijzen, J. ‘Natural’ contraception: Attitudes and needs of GP-trainees and sexual health center professionals concerning fertility-awareness based methods in The Netherlands. Ingediend ter publicatie.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2
- Zou, W., Tang, L., & Wallis, C. (2025). “My Body is Betraying Me”: Exploring the Stigma and Coping Strategies for Infertility Among Women Across Ethnic and Racial Groups. *Health Communication*, 1-12. <https://doi.org/10.1080/10410236.2025.2470984>

It starts with listening - ENGLISH SUMMARY

Circumstances and care experiences before, during, and after an unexpected pregnancy

Background and research questions

The Dutch Organization for Knowledge and Innovation in Health, Healthcare and Well-being (ZonMw) has commissioned a team of researchers from Amsterdam UMC, UMCG, Fiom, Rutgers, and Utrecht University to conduct a study on the reasons for abortion and the broader context of unintended pregnancies. The study also examines experiences with support services and care when individuals are confronted with an unintended pregnancy. The research questions, formulated by ZonMw based on a request from the Ministry of Health, Welfare and Sport (VWS), and in close consultation with a stakeholder advisory group focused on addressing unintended pregnancies, are as follows:

1. What factors contribute to an unintended pregnancy?
2. What circumstances influence a woman's decision to either A) continue or B) terminate an unintended pregnancy?
3. What are people's experiences with care and support in the case of an unintended pregnancy?
4. How can the prevention of, as well as care and support for, unintended pregnancies be improved?

The second research question was considered a priority by the State Secretary of VWS at the time. Therefore, in the spring of 2024, the first report titled [This Is My Story](#) was published. The present report is the second and last part of this series. To answer research question 4, the findings from research question 2 are also taken into account.



What is an unintended pregnancy? And 'unexpected' and 'unwanted'?

In policy contexts, the term 'unintended' is often used. This is usually described as a pregnancy that is unplanned, and for some people, also unwanted. A term like 'un-intended' suggests there are only two options: intended or unintended. In reality, people's desires around having children are rarely that black and white. Not everyone has thought about how they would feel if they became pregnant. When people experience an unexpected pregnancy, it is immediately clear for many whether the pregnancy is welcome or not. But often, a wide range of emotions are involved, and these can shift over time. Terms like 'unplanned', 'unwanted', and 'unexpected' also come with their own drawbacks. In this report, we avoid using the term 'unplanned', because pregnancies are often not something that can be planned. We use 'unexpected' for pregnancies that came as a surprise (this refers to timing), and 'unwanted' for those that were not welcome (this refers to perception or experience). Still, we do use the term 'unintended' in this report (which refers to intention, but often also to timing and experience), because it is currently widely used. We are aware that no single term fully captures the lived experience. That is why, throughout this report, we aim to center people's personal experiences as much as possible.

Research question 1: Which factors contribute to unintended pregnancy?

Source	Information
Monitor Seksuele Gezondheid (n=15,512) General population	In these data, factors could be identified that were associated with the likelihood of an unintended pregnancy (no active desire to have children, no use of contraception, and having had penis-in-vagina sex), experiencing an unintended pregnancy, and experiencing an unwanted pregnancy.
BluePrint study (n=1,032) Women and men terminating or continuing an unintended pregnancy	Since all participants in the BluePrint study had experienced an unintended pregnancy, we used these data to investigate which factors were related to not using contraception, or what might have happened in cases where someone became pregnant despite using contraception. Finally, we looked at which factors were associated with the degree of 'unintendedness' of the pregnancy, measured on a 12-point scale. This indicates that within this group, there was variation—from very unintended to less unintended pregnancies.
Qualitative interviews (n=78) with women and men terminating or continuing an unintended pregnancy	In the interviews, themes were discussed that played a role in how the pregnancy came about, such as beliefs about fertility and contraceptive use, and what may have gone wrong when contraceptive methods were used. The interviews also addressed themes that shaped the unintended nature of the pregnancy.

Broadly speaking, the **quantitative data** from the Sexual Health Monitor and the BluePrint study show a somewhat dual picture. On the one hand, we see that factors related to social inequality and vulnerable circumstances (such as low income and having previous experiences of sexual victimization) are associated with a higher likelihood of experiencing an unexpected pregnancy. This aligns with the broader understanding that people in more vulnerable situations may have less access to contraceptive knowledge or services for various reasons. They may also have less reproductive autonomy due to structural contextual factors that promote or maintain inequality, such as stress caused by poverty. On the other hand, we also see a pattern in which people in stable relationships and who sometimes already have children are more likely to experience an unintended pregnancy. Because the concept of unintended pregnancy is difficult to define clearly, complications arise in measuring contraceptive use, and since our research was cross-sectional, we interpret the quantitative findings in this report with caution.

The **qualitative interviews** revealed additional themes related to contraceptive use and the occurrence of unintended pregnancies.

Perspectives on fertility	Some people expected that they wouldn't become pregnant so quickly. At the same time, we also saw that fertility was often viewed positively—even when people did not want to become pregnant.
Negative experiences with contraception	There was widespread dissatisfaction with previously used contraceptive methods. Women mentioned they preferred to maintain a natural cycle, while men postponed getting a vasectomy.
Trust in contraception	People sometimes had a great deal of trust in the methods they were using, without always considering error margins, or their awareness of the risk faded into the background. Some people were aware they were taking a risk, but had sex anyway, for example, because they had not found a contraceptive method that suited them.
Communication between partners	Fertility desires and contraception were not always explicitly discussed between partners, although assumptions were made. People sometimes placed a lot of trust in their partner.
Underlying patterns	• Strong gender role patterns in the responsibility for contraception, which was generally left to the woman, while the man assumed she would manage it properly. • Shame was evident in how people spoke about the unintended pregnancy and about not using contraception. • Sexual pleasure was rarely mentioned explicitly, but reduced sensation (for men) played a significant role in the decision not to use condoms. • Pregnancies occurred during periods of doubt in which people (temporarily) did not use contraception.

Contraception non-use

People are often in periods of doubt during which the decision to use a contraceptive method is postponed. This may be related to changes in their romantic life or the pressures of a busy family life. Moreover, the choice to use—or not use—contraception depends on much more than just the method's reliability or the desire to have children. Many people are dissatisfied with contraceptive methods and, for example, experience side effects from hormonal contraception. There is a group of people who consciously choose to accept a higher risk of unexpected pregnancy, as an expression of reproductive autonomy. At the same time, the likelihood of pregnancy is sometimes underestimated. Other research convincingly shows that people *in general* struggle to apply information about probabilities and risks to their own situation; contraception appears to be no exception.

When contraception was used

Here too, we see that contraceptive use can sometimes be less effective because people find themselves in situations that are different from their usual circumstances, somewhat similar to the previously described periods of doubt. Condoms are not always used *in the heat of the moment*, and communication between partners about this is not always present. At the same time, there are many cases where all possible precautions were taken, yet a pregnancy still occurs. Sometimes a cause can be identified, such as the displacement of an intrauterine device (IUD), but sometimes pregnancy happens despite proper contraceptive use. Contraception with very high reliability is still not completely fail-safe; there is always a chance of pregnancy.

What shapes the experience of unintendedness?

The situation changes immediately once a pregnancy actually occurs. Here too, we see a dual picture. On one hand, people without a secure base and who perceive less space and attention available for a child are more likely to experience their pregnancy as unintended, and naturally, the desire to have children plays a major role here. At the same time, we observe that even those with a secure base can feel they have little room for (another) child. A stable situation does not automatically mean the pregnancy is welcomed; this also applies to people with full, busy lives who may already consider their family complete.



An unexpected pregnancy occurs across all layers of society. How ‘intended’ or ‘wanted’ the pregnancy is afterwards, is closely related to the experienced space, stability, and openness to having a child. The qualitative findings provide insight into people’s motives for not using contraception.

Research question 2: Which circumstances contribute to the decision to continue or terminate an unintended pregnancy?

A combination of multiple motives, emotions, and intuitions

This research question was the focus of Part 1 of the report, [This Is My Story](#). Here, we briefly summarize the conclusions. The study showed that the decision to carry an unintended pregnancy to term or to terminate it is influenced by an interplay of multiple motives, emotions, values, and intuitions. This interplay varies from person to person and situation to situation. Like many other (international) studies, we concluded that it is therefore not meaningful to ask people to select a reason from a list or to identify one main reason.

Timing, desire for children/family planning, and the partner relationship

Despite these reservations, we did examine existing data to identify commonly mentioned motives. Based on an extensive literature review and secondary data analysis from the Dutch Abortion and Mental Health Study and the BluePrint study, we found the following recurring motives for abortion: timing, desire for children/family planning, and the partner relationship. When it comes to carrying the pregnancy to term, we see that people often cite the same motives, but they weigh them differently. In addition, they more frequently mentioned values-based, fate-related, and religious reasons as counter-arguments to the circumstances that initially made the pregnancy feel less welcome. Men typically cited the same motives as their pregnant partners, though they tended to mention fewer overall.

Don’t ask for reasons—ask about needs

Asking for reasons does not provide meaningful insight. Therefore, one of the recommendations from the study is to shift the focus, both in research and in practice, from asking about reasons to asking about experiences, feelings, and needs, and to do so in a non-judgmental way: from “why” to “what do you need?”. While motives can certainly be part of the conversation, asking directly for reasons tends to trigger a sense of needing to justify oneself. Another issue is that the question about reasons does not offer a full picture of someone’s story. People are inclined to share what they want the outside world to see (often what is more socially accepted) or what they believe might justify their decision. Finally, the word “reasons” evokes a cognitive response, while emotions and intuitions often also play a role.

Research question 3: What are experiences with care and support during an unintended pregnancy?

Source	Information
Client satisfaction survey by the National Network for Pregnancy Options Counseling (n=430)	Descriptive data on counseling trajectories, experiences with counseling, provision of information, satisfaction with the counseling process, and areas for improvement.
Qualitative interviews (n=78) with women and men who carried to term or terminated an unintended pregnancy	The interviews covered the entire care pathway, discussing all care experiences—from the first contact with healthcare services to the support during and after the unintended pregnancy—as well as tips for healthcare providers.

Options counseling

The client satisfaction survey showed that clients of pregnancy options counseling were generally very satisfied. The attitude and expertise of the counselors played an important role in clients' experiences. Clients' feedback reflected key values that the counseling process upheld: non-judgmental and unbiased support, a focus on personal choice, recognition and understanding, tailored support, and a sense of reliability and safety. One important area for improvement was increasing awareness of pregnancy options counseling, so that more people can access this support if they wish.

Experiences with care

The following themes emerged in the qualitative interviews about experiences with care.

Lack of clarity about the potential care route	For many interviewees, it was not immediately clear where to go with questions or concerns about an unintended pregnancy. Some (incorrectly) assumed that they first needed a referral from a general practitioner.
Perceived judgment (or lack thereof) in interactions and expectations	The way healthcare professionals communicated, expectations of being judged, and stereotypes surrounding abortion could either reinforce or reduce feelings of guilt, shame, and condemnation. Interviewees reported positive experiences with non-judgmental, neutral, and empathetic interactions with care providers. There were also a few negative experiences with professionals who interfered in the decision-making process.
Partner involvement	Partners usually experienced the care as adequate. However, there was often also an unmet need for care among men, while at the same time they repeatedly acknowledged that the care is, logically, primarily focused on the pregnant person. Partners can be supportive of the pregnant person, but they themselves also go through a process that deserves attention and guidance. This applies both to the transition to unexpected parenthood and to a decision for abortion.
Attention to unintended parenthood	When the pregnancy was carried to term, maternity care providers seemed to pay little attention to the circumstances that had initially made the pregnancy feel less welcome. Interviewees mostly wished for occasional open questions about this.
Information about abortion	The care and communication in abortion services were generally positively evaluated. Some people, however, expressed a need for more detailed information—for example, about available procedures.
Contraception counseling	The timing and content of conversations about contraception (either before an abortion or in the postpartum period following an unintended pregnancy) did not always align with people's needs at that moment. Often, individuals were not open to information due to feeling overwhelmed, or they felt pressured toward standard contraceptive methods without enough space or time for a genuine conversation. Others, however, appreciated when an abortion could be combined with the insertion of an IUD.



The role of the partner as a meaningful participant

Findings from both the client satisfaction survey and the in-depth interviews suggest that more attention could be given to partners, which aligns with many other studies. Partners can be supportive but also undergo their own process that deserves attention and guidance. Although it is not always easy in healthcare practice, pregnant individuals often greatly appreciate it when their partner can be included in the process of birth and abortion. Excluding partners can reinforce the norm that the pregnant person bears sole responsibility. Partners can also be involved in contraceptive counseling, where male contraception options such as sterilization can be discussed, making contraception more of a shared responsibility.

Maternity care and abortion care are primarily focused on pregnant individuals, and in some cases, a partner may not be present or involved. Not all pregnant individuals desire their partner's involvement either. In [This is my story](#), we already saw that the partner relationship can be a significant factor in the decision to terminate a pregnancy. Moreover, the right to self-determination lies with the pregnant individual. All in all, this calls for a deliberate and sensitive communication strategy—one that acknowledges the partner as a meaningful participant in the care process, while at the same time safeguarding the woman's autonomy.



Expectations and experiences of judgment, stigma, and shame

Both the client satisfaction survey and the in-depth interviews show that people desire a listening, non-judgmental, and client-centered approach, and they highly appreciate it when this is the case. Fortunately, this is often already the case. When it is not, it is deeply felt. This is closely related to the fact that unintended pregnancies are potentially *stigmatizing moments*. There is a common perception that unintended pregnancy is rare, mainly occurs in specific risk groups, is associated with reckless behavior, and leads to problems. In reality, scientific research shows that unintended pregnancy is common, not limited to specific risk groups, and that its negative consequences are very limited. Despite this scientific knowledge, societal misconceptions about unintended pregnancy persist. In addition, people seem to experience an implicit norm of 'intended parenthood' – the expectation that people first get their lives in order and then consciously choose to have children. From this perspective, an unexpected pregnancy can be seen as a deviation from the societal ideal, potentially leading to self-stigmatization. A non-judgmental, listening approach is essential not only in healthcare, but as a society, we can also contribute in various ways to changing the narrative around unintended pregnancy.

Research question 4: How can the prevention of and care around unintended pregnancy be improved?

This question builds on the findings from the first three research questions. We do not formulate the recommendations solely based on research but also presented them to various experts in the field. Because it is important that recommendations arising from the research can have real impact in practice, several sessions were held to broaden our perspective, supplement the recommendations with additional knowledge, further refine them, and assess their urgency, feasibility, scope, and impact.

The recommendations were developed and refined step by step through a careful, participatory process. First, the research team formulated draft recommendations. These were reviewed and supplemented during a consultation round with partners from the Learning Network on Vulnerable Parenthood and Unintended Pregnancy (KOOZ). They were asked to add any potential blind spots or tips, improve the draft recommendations in subgroups, and assess them based on Urgency, Impact, Scope, and Feasibility. Next, an internal reflection session was held by researchers from Amsterdam UMC to ensure the recommendations remained closely connected to the findings. This process resulted in six recommendations. After this, experts from practice and policy provided input on the recommendations during a second participatory consultation round, again evaluating them on Urgency, Impact, Scope, and Feasibility. Finally, we critically reviewed the recommendations, including the expert additions, and compared them with our own and other scientific research. We also examined overlaps and interconnections, as many recommendations recurred in multiple places. Through reordering and critical reflection, we arrived at a revised classification.

Recommendation 1: Promote a listening, non-judgmental, and client-centered attitude among professionals

The research showed that people want healthcare professionals to adopt a more listening and non-judgmental approach, attuned to the needs and experiences of the individual. This is not just a technique to be learned, but is connected to professionals examining their own assumptions. A concrete example of how to cultivate this listening and non-judgmental attitude is to make it a required component of (medical) education programs, such as general practitioner training. This does not need to take much time during a consultation, but it can greatly contribute to a positive doctor-patient relationship and increased trust in care.

One example of not feeling heard is with the issue of side effects. Side effects are often described by healthcare providers in terms of measurable medical risks, whereas contraceptive users tend to experience them as relatively vague but powerful feelings based on personal experience. This mismatch often leads clients to feel that their experiences with contraceptive side effects are not acknowledged by healthcare professionals. Another example of people wanting to be heard is within maternity care: once the decision has been made to carry the pregnancy to term, people may feel there is no longer space to acknowledge the unintended nature of the pregnancy. In contrast, people often report feeling heard and treated without judgment in options counseling and in abortion care. The expertise of

these providers in offering non-judgmental support around decision-making in unintended pregnancies could potentially be used more broadly.

Overview of recommendations for healthcare providers, policymakers, civil society, media, and society

For healthcare providers and care organizations		
	Contraceptive care	Care related to unintended pregnancy
(1) Non-judgmental, listening approach	Make room for the personal story around contraceptive choices. Listen without judgment and engage with people who have had negative experiences with contraception, discuss perspectives on fertility and methods to prevent pregnancy, and communication between partners.	Adopt a non-judgmental, neutral, open, and listening attitude, tailored to the needs and experiences of the person. Do not ask for reasons ('why') to justify the choice, but start with 'what do you need'. Do not assume a 'pink cloud' when someone chooses to carry the pregnancy to term; instead, ask how they are doing.
(2) Space for the partner	If there is a partner: involve them in the conversation about contraception.	Give more attention to the partner's experience without compromising the attention for pregnant people and their right to decide about their body.
(3) Proactive alignment	Take opportunities for open conversations about contraception during periods of uncertainty, for example after stopping contraception or postpartum.	Find a good moment to discuss family planning and contraception after an abortion or pregnancy.
For policymakers, civil society, media & society		
(4) Preconditions	Make contraceptive care widely and easily accessible through various healthcare providers (GPs, midwives, abortion providers, gynecologists), or consider integrated collaborations focused on sexual and reproductive health.	
(5) Information provision	Improve information accessibility and visibility of care and support, based on the information needs and search preferences of people facing unintended pregnancy.	
(6) Public perception	Counteract stigmatization of unintended pregnancy by promoting a more realistic image and de-escalating the narrative problematizing unintended pregnancy and abortion.	

Recommendation 2: Pay more attention to the partner

The research shows that partners play a crucial role in unintended pregnancies in various ways, but that there is also a significant imbalance between partners. On the one hand, this is inherently linked to the fact that pregnancy physically occurs in the body of a woman or a person with a uterus; on the other hand, it is shaped by gender roles and societal norms. However, this does not mean that the partner has no role or should be excluded from attention, provided the pregnant person wishes to involve them. Starting with needs-based care that centers the pregnant individual, while also creating space to address the partner relationship, could be a valuable approach.

Both women and men noted uneven gender role patterns when it comes to responsibility for contraception; this responsibility typically falls to women. Discussing shared responsibility between partners can contribute to greater autonomy for both in managing their reproductive health. Men should not only be "included" in conversations led by or focused on their partner, but could also be proactively engaged in other settings to talk about shared responsibility in contraception use. A pleasure-oriented approach to promoting male contraception may support this effort.

Recommendation 3: Seize the right moments - proactive alignment

Our research showed that people may delay arranging contraception for various reasons. These range from practical barriers, such as expected pain or high costs of an IUD, to a general sense of uncertainty or not getting around to

making a decision. Thoughts and assumptions about fertility often play a role here, as well as previous negative experiences with contraceptive methods and a lack of communication with the partner. In such situations, people may be inclined to take the path of least resistance: doing nothing. However, these in-between periods can actually present valuable opportunities for professionals to initiate conversations about pregnancy intentions and contraception. It's important to address dissatisfaction with contraception early and to work together during contraceptive counseling to find suitable alternatives. A listening, non-judgmental attitude is crucial here too, so that the client's knowledge and experiences can be included as equal input in the conversation.

The postpartum period is a critical time when people are at increased risk of pregnancy. For many, the early postpartum phase is too soon to think about contraception. Although there is a check-up at 6 weeks postpartum with the midwife, this moment is not used effectively. Both midwives and youth health physicians from the public health (GGD-JGZ) teams could play a role in initiating conversations about pregnancy intentions, sexuality, and contraception.

Recommendation 4: Improve structural conditions in contraceptive care

Ensure strong structural conditions in contraceptive care that lower the threshold for conversations about pregnancy intentions and contraception, enabling people to take control and make choices that suit their individual needs. Make contraceptive care widely and easily accessible through various healthcare providers (GPs, midwives, abortion providers, gynecologists, public health doctors, and others). A recommendation strongly supported by experts was to ensure that different types of healthcare professionals can provide the same contraceptive care, and that for clients, it makes no financial or practical difference where they go. This would make contraceptive care more accessible and allow people to receive care that fits their needs and with providers they feel comfortable with. This would require removing barriers between funding streams, and dialogue with health insurers would be necessary to achieve this. At the same time, some professionals and other experts advocated for integrating contraceptive care with broader reproductive and sexual healthcare in specialized centers. These centers could offer services such as contraceptive counseling and placement, vasectomy, cervical screening, abortion, and midwifery care. While assessing feasibility of both recommendations is beyond the scope of this research, we strongly recommend that such options be explored.

Recommendation 5: Improve information provision on unintended pregnancy to better align with needs

An important area for improvement is increasing clarity about the different pathways within the care process, including raising awareness of decision-making support services. Expert consultations revealed that there is not necessarily a need for new sources of information, but rather a better understanding of why reliable information does not reach everyone. Information provision can be significantly improved by gaining more insight into how clients search for information—this could be achieved, for example, by involving people with lived experience.

Recommendation 6: Promote more realistic representation and destigmatizing language around unintended pregnancy

The research shows that people often hold negative perceptions of unintended pregnancy and abortion, which they revise once they experience it themselves. Despite the fact that unintended pregnancy can happen to anyone and that good care is available, it is striking how often people report feeling ashamed or describe themselves as stupid afterward. Others feel guilty for not experiencing major emotional distress. This indicates the presence of a societal norm that views unintended pregnancy as inherently problematic. This can be countered through honest, realistic information from government, healthcare providers, and the media; showing the diversity of experiences and emphasizing that unintended pregnancy occurs across all layers of society.

While there is certainly value in preventing difficult decision-making processes, medical procedures, or the need to carry an unwanted pregnancy to term, the concept of “preventing unintended pregnancy” also has its limitations. It does not always reflect people's lived experiences (which are not always negative), nor does it acknowledge existing inequalities. The message of unintended pregnancy prevention could therefore be reframed to emphasize the enhancement of reproductive autonomy, health promotion, and access to quality care and information.

Reflections on the findings in light of current societal debates

Abortion rates

Whereas in 2021, 0.9% of fertile women underwent an abortion, this percentage increased to 1.2% in 2023⁵. This study did not investigate the underlying causes of this increase. There are multiple developments occurring in our country and neighboring countries that could possibly play a role. As researchers, we believe it is highly difficult, if not impossible, to establish a causal relationship. Furthermore, the increase could also mean that more people have been able to exercise reproductive autonomy. Importantly, the increase cannot be explained by research into motives or reasons for abortion. Such research only maps out the factors involved in the decision-making process, not why the pregnancy occurred in the first place. Even if you ignore the latter and specifically want to investigate whether more people are terminating pregnancies, new research on this will not provide additional information. In [This is my story](#) we already showed that decision-making is a complex interplay of motives, emotions, intuitions, and values, which varies for each individual. The most common patterns of motives when people were explicitly asked about reasons for abortion were the same in 2010/2011 as in 2022/2023. Moreover, this finding aligns with a review of the scientific literature in this area, that was also part of [This is my story](#). Therefore, no new or different motives seem to have emerged in recent years during which the increase has occurred.

Not just a matter of knowledge

Increasing knowledge about contraception and fertility can certainly be helpful, and some basic knowledge is a prerequisite, but it is not a silver bullet for preventing unintended pregnancy. More than just rational knowledge is at play. Some people are indeed aware of the risk but still take it, for example because they are very dissatisfied with contraception. Fertility is often seen as something positive and desirable, as is the idea of being 'natural.' Some people have no desire to have children but still value their fertility. This is related to broader views on identity, living without hormonal methods, and maintaining a cycle, which is appreciated independently of a desire for children. In people's lived experience, knowledge certainly plays a role, but we must not overlook the less concrete personal experiences. People want their concerns to be taken seriously, and this may weigh at least as heavily as receiving scientifically substantiated knowledge about side effects or reliability.

Not just a matter of individual behavior

Prevention promotion interventions often focus on changing individual behavior. However, research shows that there is a broader context underlying unintended pregnancy, which often reflects patterns of social inequality. In this study, we saw that people with a lower socioeconomic status and experiences of (sexual) violence were more likely to face (a risk of) unintended pregnancy. These social inequalities then also contribute to personal and public health disparities, which are sometimes wrongly attributed to unintended pregnancy itself. We therefore advocate shifting the focus to the larger social and structural context that exposes the root causes of adverse health outcomes. By addressing only individual behavior in interventions, structural barriers and social inequalities remain invisible, such as limited access to contraception, lack of control over one's own body, and negative experiences in healthcare. The recommendations in this report therefore focus on tackling these barriers and inequalities, such as broader access to quality contraception (and counseling) and addressing stigmatizing norms and values. It starts with listening, without judgment, to have a good conversation about desires regarding children, sexuality, contraception, and pregnancy, with space for the personal story.

This project was funded by the Dutch Organization for knowledge and innovation in health, healthcare and well-being (ZonMw).

⁵ These percentages are derived from the abortion rate, which refers to the number of pregnancy terminations (not the number of women who had one or more abortions in that year) per 1,000 women of reproductive age. This means that there may be double counting of women who had multiple abortions in that year. Therefore, the percentages may represent a (slight) overestimation.

Bijlage I: Methoden BluePrint studie

Potentiële factoren gerelateerd aan onbedoelde zwangerschap

Op basis van resultaten van eerder internationaal onderzoek, werd de associatie tussen de verschillende onderliggende factoren en onbedoelde zwangerschap onderzocht in de BluePrint studie. Deze zijn met de volgende instrumenten gemeten:

Sociale steun. Een subschaal van de *Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)* werd gebruikt om de sociale steun van familie/vrienden te meten. De aangepaste MSPSS bestond uit vijf items (bijvoorbeeld: *‘Mijn familie/vrienden zijn bereid mij te helpen bij het nemen van beslissingen’*), beantwoord op een 5-puntsschaal (helemaal niet (0) tot helemaal wel (4)). In lijn met de aanbevelingen van de ontwikkelaars van de MSPSS (Zimet et al., 1988) werd een gemiddelde score berekend, waarbij een hogere gemiddelde score een hogere mate van sociale steun van familie en vrienden aangeeft. De MSPSS is valide en betrouwbaar bevonden, ook in Nederlandse context (Pedersen et al., 2009).

Romantische relatie. Ten eerste werd deelnemers gevraagd of zij een relatie hadden (*“Heb je op dit moment een vaste partner? Bijvoorbeeld een vriend, echtgenoot, of LAT-relatie.”*). Indien dit het geval was, werd hen gevraagd of zij op dat moment samenwoonden met degene met wie zij een relatie hadden. Verder werden mensen met een relatie naar hun relatietevredenheid gevraagd: *‘Hoe gelukkig ben je in je relatie?’* (heel ongelukkig (0) - heel gelukkig (4)), gebaseerd op de valide en verkorte Relatiebeoordelingsschaal (RAS-1) (Fülöp et al., 2020). Daarnaast werden de items van de MSPSS ook uitgevraagd over de partner, resulterende in een gemiddelde maat die steun vanuit de partner aangeeft, met een hogere score meer sociale steun.

Diagnose van één of meerdere stemmings- en/of angstaandoeningen. We vroegen deelnemers of ze ooit een diagnose van een psychische aandoening hadden gekregen, en zo ja welke (gebaseerd op de valide *Lifetime Depression Assessment Self-report (LIDAS)*; Bot et al., 2017). In de analyses werden de antwoorden gedichotomiseerd in het wel/niet hebben ontvangen van één of meer gediagnosticeerde psychische aandoeningen.

Levenstevredenheid. Deelnemers gaven aan hoe tevreden ze waren met hun leven op een schaal van 1 tot 10, waarbij een hogere score meer levenstevredenheid aangaf, gebaseerd op CBS vraagstelling (van Beuningen et al., 2014).

Ervaringen met persoonlijk geweld. Deelnemers gaven aan of zij ooit psychische, fysieke en/of seksuele mishandeling hadden meegemaakt. Deze items zijn gebaseerd op de valide en betrouwbare *Childhood Trauma Questionnaire* (Spinhoven et al., 2014), maar getransleerd naar ervaringen tijdens het leven ipv tijdens de kindertijd.

- Psychisch geweld: *“Ben je ooit geestelijk mishandeld (bijvoorbeeld vernederd, genegeerd, gechanteerd of kreeg je vaak te horen dat je niet goed genoeg of niets waard was)?”*
- Fysiek geweld: *“Ben je ooit lichamelijk mishandeld (bijvoorbeeld heel erg hard geslagen, geschopt of met opzet verbrand)?”*
- Seksueel geweld: *“Heeft iemand je ooit gedwongen om seksuele handelingen uit te voeren die je niet wilde? Of werden er seksuele of seksueel getinte handelingen bij jou gedaan die jij niet wilde?”*

Als respondenten op één of meerdere van deze vragen ‘ja’ antwoordden, werd hen gevraagd of dit in hun jeugd gebeurde, voordat zij 16 jaar oud waren. In onze analyses werden deze items samengevoegd tot twee dichotome variabelen, om zoveel mogelijk overeen te komen met de variabelen die in de Rutgers Seksuele Monitor Data ([hoofdstuk 2](#)) worden gebruikt: 1) ervaring met psychisch/fysiek geweld in jeugd en 2) ervaring met seksueel geweld.

Sociodemografische factoren. Omdat eerdere studies associaties rapporteerden tussen de volgende sociodemografische factoren en ongewenste zwangerschap en abortus, werden deze opgenomen in onze analyses: leeftijd, laatst genoten opleiding (HBO en WO/ anders), religie (ja/nee), of iemand een baan heeft (ja/nee), in Nederland is geboren (ja/nee) en of iemand al kinderen heeft (ja/nee).

Bijlage II: Brainstorm aanbevelingen met KOOZ partners

In onderstaande tabel staan aanvullingen, verbeteringen en commentaar van KOOZ partners op de eerste conceptaanbevelingen. De informatie is meegenomen, en niet zonder meer overgenomen, in verdere aanscherping van de aanbevelingen, nadat dit getrianguleerd was met de bevindingen uit ons eigen en ander (wetenschappelijk) onderzoek.

Concept aanbevelingen	Aanvullingen KOOZ partners
Niveau 1: Zorgprofessionals	
<i>“Zorgprofessionals die in gesprek gaan over anticonceptie en onbedoelde zwangerschap doen dit zonder oordeel en nemen een luisterende, open, onafhankelijke houding aan, en nemen tijd en aandacht voor het gesprek en zorg op maat”</i>	• Concrete handvatten/ werkvormen, zoals gesprekskaarten • In opleiding onderbrengen, training niet alleen op één onderwerp vastpinnen • Ook een prioriteit/ speerpunt bij KOOZ project ‘DOEN’. Blijkt problematisch om te borgen. • Veel herkenning uit het onderzoek ‘Zonder Oordeel’ • Ook aandacht voor de relatie met het kindje na een onbedoelde zwangerschap (‘hoe voelt het nu voor jou?’) • Aandacht voor cultuursensitiviteit
<i>“Zorgprofessionals geven meer aandacht aan de ervaring van de partner, zonder dat dit ten koste gaat van de aandacht voor de zwangere zelf en haar recht op zelfbeschikking”</i>	• Niet alle partners hebben hier behoefte aan • Zie onderzoek jonge vaders bij Erasmus
Niveau 2: Preventie professionals	
<i>“Zorg- en onderwijsprofessionals die werken in de preventie gaan vaker en op niet-oordelende wijze het gesprek aan over kindwens, vruchtbaarheid en kans op zwangerschap”</i>	• Training gesprekstechnieken afgestemd op de doelgroep • Nu Niet Zwanger sterker inbedden in onderwijs, bijv ook binnen SAW-constructies (=School als Werkplaats) • Keuzehulp anticonceptie anticonceptievoorjou.nl benutten • Gestructureerde aanpak: ◦ Richtlijnen ◦ Training/ e-learning ◦ Gesprekshandvatten + praktische hulpmiddelen ◦ + inbedden in onderwijs/ opleiding (HBO/MBO) ◦ VO/MBO Lang Leve de Liefde, Nu Niet Zwanger • Steffie de vraagapp voor LVB = al bekend en vertrouwd. LVB doelgroep zou graag daar info willen zien rondom seksualiteit en AC
<i>“Op momenten waarop mensen in zorg zijn (bijv consultatiebureau) ook praten over hoe het met de ouders gaat (en ook kindwens bespreekbaar maken)”</i>	• Kijk naar coalitie leefstijl in de zorg, materialen voor teachable moments voor leefstijlbespreking • Dossiervoering JGZ: Kinderwens, seksualiteit, AC bespreken, zit nu in MLCas als aanvinkoptie in het systeem (= consultatie bureau)
<i>“Ontwikkelen van projecten gericht op effectief condoomgebruik”</i>	• Effectief condoomgebruik: maak het praktisch, bijvoorbeeld met scenario's, wat als dit gebeurt, wat zijn de opties, wat wil jij doen? + varieer complexiteit van de uitdaging
<i>“Specifieke aandacht voor (slachtoffers van) eerder seksueel geweld?”</i>	[Geen aanvullingen]
Niveau 3: Informatie voorziening	
<i>“De informatievoorziening over ‘wat te doen bij onbedoelde zwangerschap’ en ‘waar kun je allemaal terecht’ verbeteren.”</i>	• Zorgpaden voor cliënten niet altijd bekend of niet concreet genoeg, ‘meld je bij...’, moeten voldoende handvatten bevatten • Zorgpad voor professionals uitwerken, oa Pharos/ Kansrijke start, lastig om daar up to date info in te verwerken • Aansluiten bij + uitbouwen bestaande programma's, LLL VO/VSO/MBO, Niet of Wel Zwanger. • Informatievraag + zorgroutekaart: ◦ Wanneer kan ik... (welke situatie) ◦ Waar terecht: bij wie, hoe, tijden ◦ overal inbedden, begint al op school

	• Maak info beschikbaar in verschillende talen. Verwijs naar andere betrouwbare bronnen in verschillende talen. Bijv Zanzu, Shkorey. • Hoe zit het met de informele info-voorziening? Tijdschriften, blogs, social media, tv-series, gesprekken op feestjes
<i>“Huisartsen die vanwege hun overtuigingen geen abortus willen verlenen, zijn hier transparant over.”</i>	• Is dit vergelijkbaar met aanpak persoonlijk beleid HA's tav euthanasie?
Niveau 4: Beleid en organisatie van de zorg rond OZ en AC	
<i>“Richtlijnen anticonceptieconsulten huisartsen: regelmatig herhaalconsult (standaard) en meer tijd voor ‘gesprek’”</i>	• Meer tijd voor gesprek hebben huisartsen niet, dus laat andere zorgverleners dat doen. • Doktersassistenten vrouwen spreekuur, zij doen AC consulten. HA zeggen hier geen/ weinig spreekuur ruimte voor te hebben. • Is er ook een rol mogelijk voor de POH ipv de huisarts, want de HA heeft waarschijnlijk geen tijd voor herhaalconsult. • Verloskundige benutten. • Praktijkverpleegkundige inzetten.
<i>“Levenslange zorg voor personen met een baarmoeder tijdens alle levensfasen”</i>	• AC consult bij 6 wk postpartum. Voor AC maar ook aandacht voor transitie naar ouderschap/ moederschap, hechting, psychische veerkracht. Verloskundigen zien weinig mensen terug voor de nacontrole bij 6 weken (NAC). Hoe meer te promoten?
<i>“Plaatsen/voorschrijven AC generiek en overal vergoeden, niet alleen bij huisarts”</i>	• standaard pijnbestrijding aanbieden bij HA/VLK in 1e lijn • AC meer naar verloskundige/ abortusartsen
<i>“Onderzoeken van samenwerkingen van diverse zorgverleners in de reproductieve zorg”</i>	• Verloskundige in de HA praktijk? Vergoeding voor verdoving & wettelijk akkoord voor gebruik sedatie bij spiralen bijv bij verloskundigen. • Eens! Ik zie een goed voorbeeld: anticonceptiespecialist.nl. Verloskundige die zich hier op toelgt. Wel belangrijk dat het AC consult bij een verloskundige vergoed wordt. Dit gebeurt geloof ik deels via NNZ. → Consult wordt per 1-1-'25 bij verloskundigen vergoed. • Samenwerking vraagt financiering • Betere samenwerking + overdracht zorgpaden (huisarts, verloskundigen/ gynaecologen, consultatiebureau, GGD Sense) • Heel erg voor! Misschien bij CSGs? • Ook hier: specifieke aandacht voor cultuursensitiviteit + inzet tolken en/of cultuur mediators
Niveau 5: Maatschappij	
<i>“In richtlijnen, beleidsstukken, e.d. aandacht voor framing van onbedoelde zwangerschap”</i>	• Abortus uit het strafrecht, framing ‘schuldig/ misdaad’ veranderen • Eens! Framing OZ vanuit zorgprofs, maar ook maatschappelijk, werken aan minder stigmatisering • Ook in media: Aandacht voor het thema via tijdschriften, tv-series (Oogappels bijv), social media, influencers, blogs etc.
<i>“Aandacht voor de rol en positie van mannen”</i>	• Punt 2: Zie project Erasmus universiteit specifiek over onbedoelde vaders • Punt 2: Laat de anticonceptie niet alleen aan haar, ook mannen gebruiken AC.
<i>“Aandacht voor ouderschap als norm”</i>	• Misschien ook nog iets met die positieve vibe rond ‘vruchtbaarheid’.

Bijlage III: Brainstorm aanbevelingen in expert meeting

In een world café opdracht hebben experts (professionals en ervaringsdeskundigen) over drie van de zes aanbevelingen verder gesproken. De uitkomsten van deze sessie staan hieronder. Na de expert meeting is door de onderzoekers een tweede terug-naar-de-data-sessie gehouden. De informatie uit de expert meeting is meegenomen, en niet zonder meer overgenomen, in verdere aanscherping van de aanbevelingen, nadat dit getrianguleerd was met de bevindingen uit ons eigen en ander (wetenschappelijk) onderzoek.

Door experts uitgewerkte aanbeveling: Zorg rond anticonceptie breder beleggen bij diverse zorgprofessionals en regels voor vergoedingen gelijktrekken bij verschillende zorgverleners

Enkele professionals (verloskundigen en ervaringsdeskundigen) benoemen dat het hen goed lijkt om anticonceptiezorg óók te verbreden naar het sociale domein, zodat mensen ook met vragen terecht kunnen in buurthuizen in de lage SES wijken. Sociale verloskundigen kunnen bijvoorbeeld via buurtmoeders weer beter aansluiting vinden in de wijk, en laagdrempelige anticonceptiezorg toegankelijk maken. Verloskundigen kunnen hierin een grotere rol spelen, wordt voorgesteld. Er is daarbij wel discussie over of er nu nog meer loketten bij moeten komen in het sociale domein.

Een andere expert noemt een samenwerking via GGD en JGZ. Ook wordt benoemd dat het belangrijk is om jongens en mannen ook apart te benaderen. Bijvoorbeeld via jongerenwerk of andere plekken waar zij komen rond arbeidsvraagstukken e.d., brede zorg instanties die met mannen werken. Ook mannen kunnen meer nadenken over hun rol als vader en over kindwens. Het kan beter werken om ze apart te benaderen, dan ze zijdelings 'mee te nemen' in het contact met vrouwen. Het thema kindwens en anticonceptie zouden we als gespreksonderwerp meer kunnen mainstreamen waardoor dit op diverse plekken aan de orde kan komen (er wordt gerefereerd aan Wel of niet zwanger van TNO).

Een probleem waar wij in deze setting niet uitkwamen, is hoe de regels voor zorgvergoedingen meer gelijk getrokken kunnen worden, en schotten tussen verschillende zorgverleners omlaag gehaald kunnen worden. Daarvoor moeten ook zorgverzekeraars om de tafel zitten. Zo zitten er nu belemmerende schotten in de financiering voor plaatsing en consult tussen zorgverleners, maar ook tussen Nu Niet Zwanger en andere professionals. Dit is een belangrijk punt waarop ontwikkeling nodig is, maar waarvoor eerst meer kennis nodig is en toegang tot juiste expertise en mandaat.

Door experts uitgewerkte aanbeveling: Informatievoorziening rond onbedoelde zwangerschap en abortus verbeteren

Er is onder experts veel consensus over dat er niet méér informatie moet komen, maar betere vindbaarheid van wat er al is. De vraag daarbij is ook dat helder moet zijn voor wie de informatie bedoeld is. Ook voor artsen moet de informatie beter vindbaar worden. Er is daarnaast ook consensus over de manier waarop de informatievoorziening verbeterd moet worden, namelijk door ervaringsdeskundigen te betrekken. Rutgers biedt veel interessante materialen over anticonceptie, maar huisartsen, verloskundigen en abortusklinieken linken hier niet altijd naar. Er wordt veel gerefereerd aan Sense, dat kennelijk onvoldoende gevonden wordt. Een probleem is ook dat Sense alleen voor jongeren t/m 25 jaar is, en veel onbedoelde zwangerschappen vinden juist na het 25^e levensjaar plaats.

Samenvattend wordt voorgesteld door aanwezige experts, voor deze aanbeveling:

- Onderzoek hoe mensen bereikt willen worden met informatie hierover, wat bij hen aansluit
- Zorg voor meer cross-over tussen goede informatiebronnen, beter doorverwijzen naar elkaars kennis en kunde
- Zet ook in op offline informering
- Zet naast betere vindbaarheid ook in op meer actieve verspreiding, dat mensen (inclusief jongeren) meer info krijgen als ze niet specifiek op zoek zijn.

Door experts uitgewerkte aanbeveling: Professionals leren om in het gesprek over anticonceptie en onbedoelde zwangerschap te luisteren en af te stemmen

Wat als eerst aan bod kwam en daarna ook een grote rol bleef spelen in de gesprekken, is dat zorgverleners hun eigen attitude ten opzichte van ethische vraagstukken moeten kunnen loskoppelen van hun professionele houding; hiervoor is allereerst bewustwording nodig van de eigen positie, en ook dat de persoon om wie het gaat (vaak vrouw) centraal moet staan. Hierbij wordt gerefereerd aan shared decision making en rights based approach. Dit zit te weinig in de opleiding van huisartsen, al is hierin wel een kentering gaande. Tegelijk wordt ook benoemd dat artsen nog altijd worden opgeleid om direct op de hulpvraag te sturen en patiënten af te kappen als ze afdwalen. Er is dus nog een

wereld te winnen qua luisterende houding. Abortusartsen hebben veel ervaring met de luisterende, niet-oordelende houding, en kunnen daarom mogelijk een rol spelen in de opleiding van andere artsen. Maak gebruik van beschikbare kennis. Wat betreft de opleiding van artsen blijft het een probleem dat deze thematiek relatief weinig aan bod komt in medische curricula. De vraag die wordt opgeworpen is of het belangrijk is dat anticonceptiezorg breder belegd wordt, of het juist meer een specialisme wordt (of beide).

Een belangrijk punt vanuit ervaringsdeskundigen is dat de allereerste binnenkomst bij een zorgprofessional al 'welkom' moet zijn. Momenteel voelen mensen toch vaker dat ze niet terecht kunnen bij de huisarts vanwege drukte en mogelijk ook dat er oordeel is. Ook de assistenten, receptionisten en andere medewerkers in het zorgsysteem moeten worden meegenomen. Verloskundigen en huisartsen uit wijken waar veel mensen met een minderheidsachtergrond wonen, zien vaker dat onbedoeld zwangeren de zwangerschap uitdragen. Deze mensen zouden beter bereikt worden met een vrouwensprekuur in de buurt, dat is laagdrempeliger. Samenvattend vinden experts dat we van een klachtgerichte zorg toe moeten naar een persoonsgerichte en waardengerichte zorg.