



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Monitor Onbedoelde
Zwangerschappen

Toegang tot (gratis) anticonceptie voor personen in een kwetsbare situatie



Monitor Onbedoelde Zwangerschappen

Toegang tot (gratis) anticonceptie voor personen in een kwetsbare situatie

RIVM-rapport 2024-0211

Colofon

© RIVM 2025

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

DOI 10.21945/RIVM-2024-0211

A.J. Brouwer-Prusak (auteur), RIVM
B. Everaars (auteur), RIVM
B.E.P. Snijders (auteur), RIVM
M. Jansen-van der Vliet (auteur), RIVM
J.M. Molenaar (auteur), RIVM
M.P.H. Koster (auteur), RIVM
E.M. Roordink (auteur), RIVM

Contact:

E.M. (Eline) Roordink
Eline.Roordink@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in het kader van de aanpak onbedoelde en ongewenste zwangerschap 2023-2025.

Publiekssamenvatting

Toegang tot (gratis) anticonceptie voor personen in een kwetsbare situatie

Onbedoelde zwangerschappen kunnen lastige situaties en keuzes veroorzaken, zoals de beslissing om met de zwangerschap door te gaan of deze af te breken. Het ministerie van VWS wil daarom helpen onbedoelde zwangerschappen te voorkomen en ondersteuning bieden bij een onbedoelde zwangerschap. Belangrijk hierbij is dat mensen in een kwetsbare situatie makkelijker, en wanneer nodig gratis, toegang hebben tot (informatie over) anticonceptiemiddelen. Dat zijn bijvoorbeeld mensen die onder moeilijke omstandigheden leven, zoals armoede.

Twee maatregelen helpen om mensen in een kwetsbare situatie betere toegang tot anticonceptiemiddelen te geven. Dat blijkt uit een evaluatie van het RIVM. De eerste is dat abortusklinieken extra tijd hebben gekregen voor gesprekken over anticonceptie. De tweede maatregel is meer geld om het programma Nu Niet Zwanger (NNZ) uit te breiden. Gemeenten bieden dit programma aan om vrouwen en mannen te ondersteunen een bewuste keuze te maken over hun kinderwens.

Uit de evaluatie blijkt ook dat het belangrijk is om anticonceptiegebruik met vrouwen uit kwetsbare groepen te bespreken. Bij bijna de helft van deze vrouwen is de onbedoelde zwangerschap ontstaan, doordat ze 'helemaal geen' of 'deze keer geen' anticonceptie gebruikten. De meeste anticonceptiegesprekken in abortusklinieken waren op de dag van de behandeling (84 procent). Na het gesprek koos bijna de helft van de mensen voor anticonceptie die langer werkt, zoals het spiraaltje. Bijna één op de vijf koos voor anticonceptie met een kortere werking (bijvoorbeeld de pil). Het gesprek kan vrouwen ook bewuster maken over het gebruik van anticonceptie. Zorgverleners gebruiken het gesprek verder om juiste informatie te geven.

Wat NNZ betreft heeft 89 procent van de gemeenten zich inmiddels aangesloten bij dit programma. Daarom ligt de focus nu minder op het zo veel mogelijk laten aansluiten van nieuwe gemeenten en is er juist meer focus op het ondersteunen van de aangesloten gemeenten en partners. Bijvoorbeeld door nieuwe inhoudelijk coördinatoren bij de GGD aan te nemen. Dit helpt om NNZ beter in gemeenten te verankeren, ook op de langere termijn.

Kernwoorden: onbedoelde zwangerschap, kwetsbare situatie, anticonceptie, nu niet zwanger, impuls gelden

Synopsis

Access to (free) contraceptives for people in vulnerable situations

Unintended pregnancies can lead to difficult choices and situations, such as the decision whether or not to continue the pregnancy. That is why the Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport wants to help avoid unintended pregnancies and provide support in the event that they do occur. An important component of this support is ensuring that people in vulnerable situations have easy access, free of charge if necessary, to contraceptives and information about contraceptives. For example, this includes people living under difficult circumstances, such as poverty.

Two measures help improve access to contraceptives for people in vulnerable situations. This was shown in this evaluation conducted by the National Institute for Public Health and the Environment (RIVM). The first measure involves more time for abortion clinics to have conversations about contraceptives. The second measure concerns more funding to expand the *Nu Niet Zwanger* (Not Pregnant Now, NNZ) programme. Municipalities offer this programme to support men and women in making a well-considered decision about their desire to have children.

The evaluation has also shown the importance of discussing the use of contraceptives with women in vulnerable groups. For almost half of these women, the unintended pregnancy was the result of 'never' using contraceptives or 'not this time'. Most conversations about contraception in abortion clinics took place on the day of treatment (84%). After this conversation, almost half opted for a form of contraceptive that stays effective for a longer period, such as an IUD (*het spiraaltje*). Almost one in five chose a form of contraceptive with a shorter duration, such as birth control pills. Moreover, the conversations can serve to make women more aware of the use of contraceptives. Care providers also use the conversations to provide accurate information.

So far, 89% of the municipalities have joined the NNZ programme. The focus has therefore shifted from involving as many municipalities as possible to supporting the municipalities and partners who have already joined, for example by taking on new substantive coordinators at the Municipal Public Health Services. This will help better embed the NNZ in municipalities, in the long term as well.

Keywords: unintended pregnancy, vulnerable situation, contraception, Not Pregnant Now, incentive funds

Inhoud

Inleiding	11
1. Aanbieden van extra anticonceptiecounseling in abortusklinieken	13
Methode	13
1A. Resultaten: kwantitatief onderzoek extra anticonceptiecounseling	15
1B. Resultaten: kwalitatief onderzoek extra anticonceptiecounseling	21
2. Beschikbaar stellen van impuls gelden voor ‘Nu Niet Zwanger’	25
Methode	25
Resultaten: beschikbaar stellen van impuls gelden voor ‘Nu Niet Zwanger’	27
Beschouwing	33
Samenvatting resultaten	33
Resultaten in perspectief	34
Conclusie	36
Referenties	37
Bijlage 1: Dataoverzicht gegevens per extra anticonceptiecounseling	39

Inleiding

Een onbedoelde zwangerschap wordt gedefinieerd als 'een zwangerschap die ongepland en/of ongewenst is op het moment van conceptie' [1]. Een onbedoelde zwangerschap is altijd ongepland, maar kan wel (in de loop van de zwangerschap) gewenst zijn. De situatie rondom een onbedoelde zwangerschap kan complex zijn en in de loop van de tijd veranderen [2].

Om onbedoelde zwangerschappen te helpen voorkomen en zwangeren (en de partner/verwekker) bij een onbedoelde zwangerschap te ondersteunen, heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de 'Aanpak onbedoelde en ongewenste zwangerschap 2023-2025' opgesteld [3]. Deze aanpak kent vier pijlers, waarvan de eerste zich richt op 'Voorkómen van een onbedoelde en/of ongewenste zwangerschap'. Een belangrijk onderdeel hiervan is het verbeteren van de toegang tot anticonceptie en het, indien nodig, gratis beschikbaar stellen ervan voor personen in een kwetsbare situatie.

De toegankelijkheid van anticonceptie wordt niet alleen beïnvloed door de kosten. Gebrek aan juiste informatie, onvoldoende gezondheidsvaardigheden, bepaalde opvattingen, dwang of druk, en praktische obstakels kunnen ook een rol spelen [4, 5]. Om deze uitdagingen aan te pakken en de toegang tot (gratis) anticonceptie voor personen in een kwetsbare situatie te verbeteren, heeft het ministerie van VWS samen met veldpartijen gezocht naar aansluiting op bestaande en succesvolle maatregelen. In deze rapportage evalueert het RIVM twee maatregelen die zich richten op het verbeteren van de toegang tot (gratis) anticonceptie voor personen in een kwetsbare situatie.

De eerste maatregel is het aanbieden van extra anticonceptiecounseling in abortusklinieken aan vrouwen vóór of na een abortus. Hoewel anticonceptie al standaard besproken wordt tijdens de intake bij een abortuskliniek, stelt de extra consulttijd abortusartsen en verpleegkundigen in de abortuskliniek in staat om meer tijd te besteden aan anticonceptievoorzichting en begeleiding voor personen in een kwetsbare situatie [3]. Deze maatregel werd uitgevoerd in de vorm van een pilot, die liep van juli 2023 tot en met

december 2024. Binnen deze pilot is de invulling van de definitie 'kwetsbare situatie' aan de klinieken overgelaten, zodat zij de extra tijd naar eigen inzicht inzetten waar zij dit nodig en wenselijk achten.

De tweede maatregel is het beschikbaar stellen van impuls gelden voor 'Nu Niet Zwanger'¹ (NNZ), een programma van de GGD met als doel om hulpverleners te ondersteunen bij het voeren van gesprekken over kinderwens, seksualiteit en anticonceptie. Vanaf 2023 zijn er vanuit het ministerie van VWS extra impuls gelden beschikbaar gesteld voor NNZ, met als doel om versneld meer gemeenten en zorgprofessionals op het programma te laten aansluiten. De NNZ-programma's in het land hebben deze impuls gelden naar rato van inwoneraantal gekregen. Daarnaast is NNZ opgenomen in de [Brede SPUK-regeling](#) (SPecifieke UitKering), waarmee gemeenten gratis anticonceptie kunnen regelen voor personen die dit niet zelf kunnen betalen.

Mede door deze maatregelen kan de toegankelijkheid tot (en de informatie over) anticonceptie verbeteren voor personen in een kwetsbare situatie. Het ministerie van VWS heeft het RIVM gevraagd om beide maatregelen te evalueren als onderdeel van de monitor Onbedoelde Zwangerschappen. Gelijktijdig met dit verdiepende onderzoek wordt ook het jaarlijkse [cijferoverzicht](#) gepubliceerd.

Deze rapportage beantwoordt de volgende onderzoeksvragen:

Maatregel 1 (extra anticonceptiecounseling):

- In hoeverre leidt extra anticonceptiecounseling in abortusklinieken tot een verbetering van de toegang tot (gratis) anticonceptie bij personen in een kwetsbare situatie die een abortus (hebben) ondergaan?
 - Wat zijn beschrijvende cijfers rondom de extra anticonceptiecounseling in abortusklinieken?
 - Wat zijn de ervaringen met de extra anticonceptiecounseling van zorgverleners in abortusklinieken?

¹ 'Nu Niet Zwanger' is een programma van de GGD om hulpverleners van verschillende organisaties, zoals GGZ, jeugdzorg of ziekenhuizen, te ondersteunen bij het voeren van open en eerlijke gesprekken over kinderwens, seksualiteit en anticonceptie. Het doel is het ondersteunen van vrouwen en mannen bij het maken van een geïnformeerde en bewuste keuze rondom hun kinderwens. Als er geen actuele kinderwens is kan er gebruikgemaakt worden van passende anticonceptie. Het programma richt zich met name op mensen in een kwetsbare situatie.

Maatregel 2 (impulsgelden NNZ):

- Wat zijn de ervaringen van inhoudelijk coördinatoren en projectleiders NNZ rondom de impulsgelden uit 2023 voor het programma NNZ?
 - Wat zijn de ervaringen met versnelde aansluiting van gemeenten en ketenpartners?
 - Wat zijn de ervaringen met de verbeterde toegang tot de gespreksvoering over een (eventuele) kinderwens en anticonceptie voor personen in een kwetsbare situatie?
- Wat zijn de algemene ervaringen van aandachtsfunctionarissen bij de aangesloten ketenpartners met het programma NNZ?

Leeswijzer

Deze rapportage beschrijft bevindingen van twee geëvalueerde maatregelen. Hoofdstuk 1 gaat over het aanbieden van extra anticonceptiecounseling in abortusklinieken (maatregel 1). Hoofdstuk 2 gaat over het beschikbaar stellen van impulsgelden voor 'Nu Niet Zwanger' (maatregel 2). De afzonderlijke hoofdstukken bevatten elk een methode en resultatensectie. Tot slot geven we een overkoepelende beschouwing op de resultaten van beide maatregelen en plaatsen we deze in perspectief. Daarnaast reflecteren we op de toegepaste methoden.

1. Aanbieden van extra anticonceptie-counseling in abortusklinieken

Methode

Voor de evaluatie van de maatregel ‘aanbieden van extra anticonceptiecounseling in abortusklinieken’ is zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek uitgevoerd.

A. Kwantitatief onderzoek extra anticonceptiecounseling

Acht² abortusklinieken hebben meegedaan aan de pilot Extra anticonceptiecounseling. Samen met twee contactpersonen die bij twee van de deelnemende abortusklinieken werken, is bepaald welke (anonieme) gegevens relevant zijn om te verzamelen (Bijlage 1). Deze zijn opgenomen in een bewerkbare Excel-file voor de deelnemende klinieken. Zes klinieken zijn 1 juli 2023 begonnen met het verzamelen van gegevens. Eind 2023 hebben deze klinieken de tot dan verzamelde gegevens aangeleverd om de data-invoer tussentijds te verifiëren. In januari 2024 zijn nog twee klinieken begonnen met het verzamelen van gegevens.

De verzamelde data zijn gecontroleerd op consistentie en daarna geanalyseerd middels beschrijvende statistiek in SPSS [6]. De open antwoorden zijn door twee onderzoekers geanalyseerd en onderverdeeld in categorieën. In de zomer van 2024 zijn de tussentijdse resultaten (data tot en met 31 maart 2024) ter verificatie besproken met de deelnemende klinieken tijdens een duidingssessie. De huidige rapportage bevat de definitieve resultaten (alle data tot en met 30 juni 2024), waarbij inzichten uit de duidingssessie zijn meegenomen.

B. Kwalitatief onderzoek extra anticonceptiecounseling

Om de ervaringen over de extra anticonceptiecounseling in abortusklinieken in kaart te brengen, zijn focusgroepen gehouden met medewerkers vanuit de acht abortusklinieken. Een focusgroep is een onderzoeksmethode waarin een groep personen samenkomt om samen ervaringen, meningen en ideeën over een specifiek onderwerp te delen [7]. De werving voor deelnemers aan de focusgroepen gebeurde via het verspreiden van een wervingsmail door de contactpersonen van de klinieken. Deelnemers konden zich aanmelden bij de onderzoekers van het RIVM via een online inschrijfformulier.

Voorafgaand aan de focusgroepen is een semigestructureerde leidraad opgesteld aan de hand van het RE-AIM-model, zie Tekstbox 1 [8]. De volgende onderwerpen stonden centraal: selectie van de doelgroep, ervaringen met de extra anticonceptiecounseling, opbrengsten van de extra anticonceptiecounseling en het toekomstperspectief. De focusgroepen vonden online plaats via Microsoft Teams en werden geleid door twee onderzoekers: een gespreksleider en een notulist. Alle deelnemers gaven vooraf toestemming voor deelname en opname van de bijeenkomst. Na afronding van de rapportage zijn de opnames verwijderd.

De focusgroepen zijn letterlijk uitgeschreven en vervolgens deductief³ [9] gecodeerd aan de hand van het RE-AIM-model. Thema's die niet binnen het RE-AIM-model pasten, zijn open gecodeerd en vervolgens ondergebracht in de thema's van het model. Twee onderzoekers voerden de codering onafhankelijk uit, waarna een derde onderzoeker de codering nakeek. Bij een verschil vond overleg plaats om consensus te bereiken. Voor de codering en analyses is gebruikgemaakt van het softwareprogramma MAXQDA. Dat is een programma om kwalitatieve data thematisch te analyseren.

² Van de acht klinieken die zijn gestart met de pilot, leverden uiteindelijk zeven klinieken data aan.

³ Analysemethode waarbij vooraf bepaalde theorieën, concepten of categorieën worden gebruikt als uitgangspunt voor het coderen van gegevens.

Tekstbox 1. RE-AIM-model

Het RE-AIM-model is een raamwerk dat is ontwikkeld om de planning, uitvoering en evaluatie van programma's en interventies te verbeteren door te focussen op vijf onderdelen [8]. Het model helpt bij het beoordelen van de impact en duurzaamheid van programma's op basis van zowel de implementatie als de algemene effectiviteit. De vijf onderdelen zijn:

1. **Bereik (reach):** hoe goed wordt de beoogde doelgroep bereikt?
2. **Effectiviteit (effectiveness):** hoe succesvol is de interventie in het behalen van de gewenste resultaten?
3. **Adoptie (adoption):** in hoeverre accepteert de doelorganisatie of gemeenschap de interventie?
4. **Implementatie (implementation):** hoe goed wordt de interventie uitgevoerd en welke aanpassingen worden gemaakt?
5. **Continuering (maintenance):** blijft de interventie op de lange termijn effectief en duurzaam?

1A. Resultaten: kwantitatief onderzoek extra anticonceptiecounseling

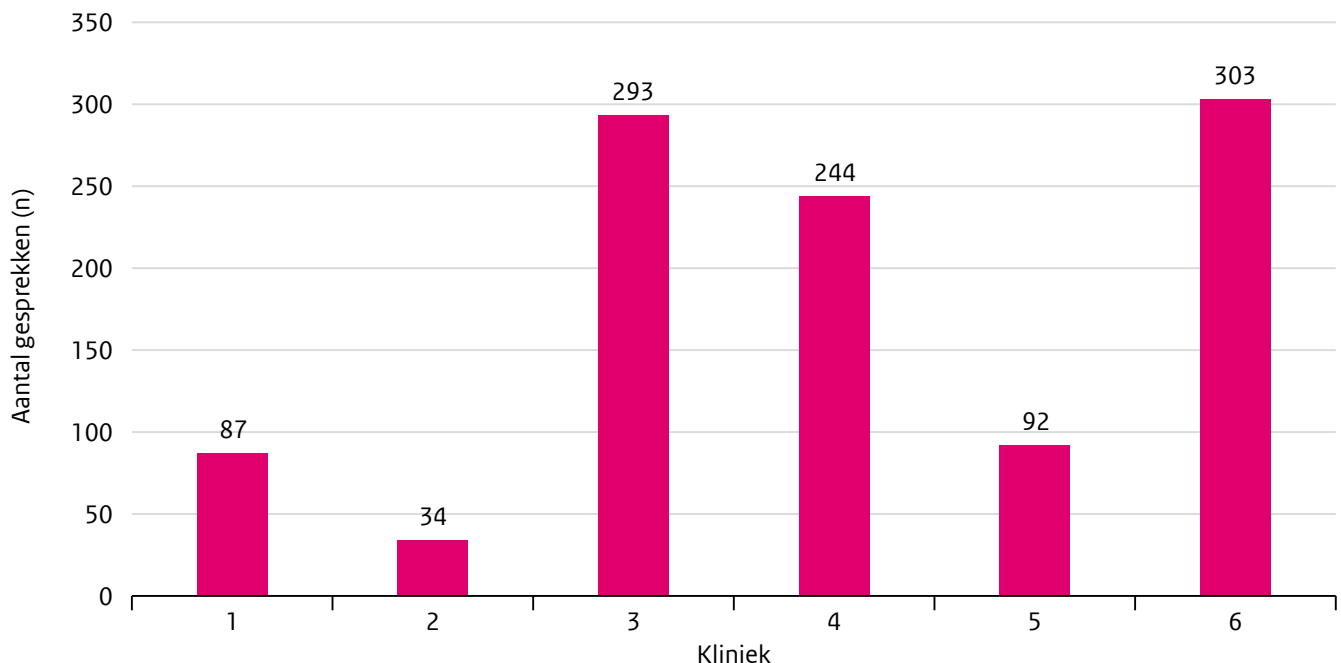
De meeste gesprekken vinden plaats op de dag van de abortusbehandeling

Bij zeven⁴ abortusklinieken in Nederland zijn in totaal 1.053 extra anticonceptiecounselingsgesprekken geregistreerd gedurende de pilot van juli 2023 t/m juni 2024 (Figuur 1). Eén kliniek is later begonnen met dataverzameling, namelijk vanaf januari 2024 (kliniek 5). Het bespreken van anticonceptie is standaard onderdeel van de abortusprocedure, maar in deze gevallen is er extra tijd aan anticonceptiecounseling besteed. In Tabel 1 staat per kliniek het aantal extra anticonceptiecounselingsgesprekken ten opzichte van het aantal vrouwen dat voor een abortus de kliniek bezocht. Deze laatste groep zijn vrouwen die een abortus in de kliniek hebben gehad, of die voor een abortus kwamen, maar uiteindelijk geen abortus hebben ondergaan (omdat ze niet (meer) zwanger bleken te zijn, of op basis van het consult de zwangerschap besloten uit te dragen). Kliniek 6 hanteerde een andere doelgroep als noemer: met

name vrouwen die eerder een abortusbehandeling hebben gehad. De variatie in percentages in tabel 1 kan onder andere komen door verschillen in regionale ligging van de klinieken. De meeste anticonceptiecounselingsgesprekken duurden tussen 0 en 10 minuten (42,2 procent) of tussen 10 en 20 minuten (41,1 procent) (Figuur 2).

Van de gesprekken voor extra anticonceptiecounseling werd 43,4 procent gevoerd door verpleegkundigen. Bij 23,0 procent van de gesprekken heeft een abortusarts het gesprek gevoerd en bij 33,6 procent was sprake van een combinatie van een verpleegkundige en abortusarts. De meeste gesprekken vonden plaats op de dag van de abortusbehandeling (84,2 procent). Bij 9,1 procent was het gesprek op een andere dag na de behandeling. Bij een klein deel (6,7 procent) was het gesprek op zowel de dag van de abortusbehandeling én een andere dag. Bij 1,1 procent was er sprake van een no-show.

Figuur 1. Het aantal extra anticonceptiecounselingsgesprekken per kliniek (N=1.053)*



*Twee van de zeven klinieken leverden samen één databestand aan.

⁴ Van de acht klinieken die zijn gestart met de pilot, leverden uiteindelijk zeven klinieken data aan.

Tabel 1. De verhouding tussen het aantal extra anticonceptiecounselingsgesprekken ten opzichte van het aantal vrouwen dat voor een abortus de kliniek bezocht

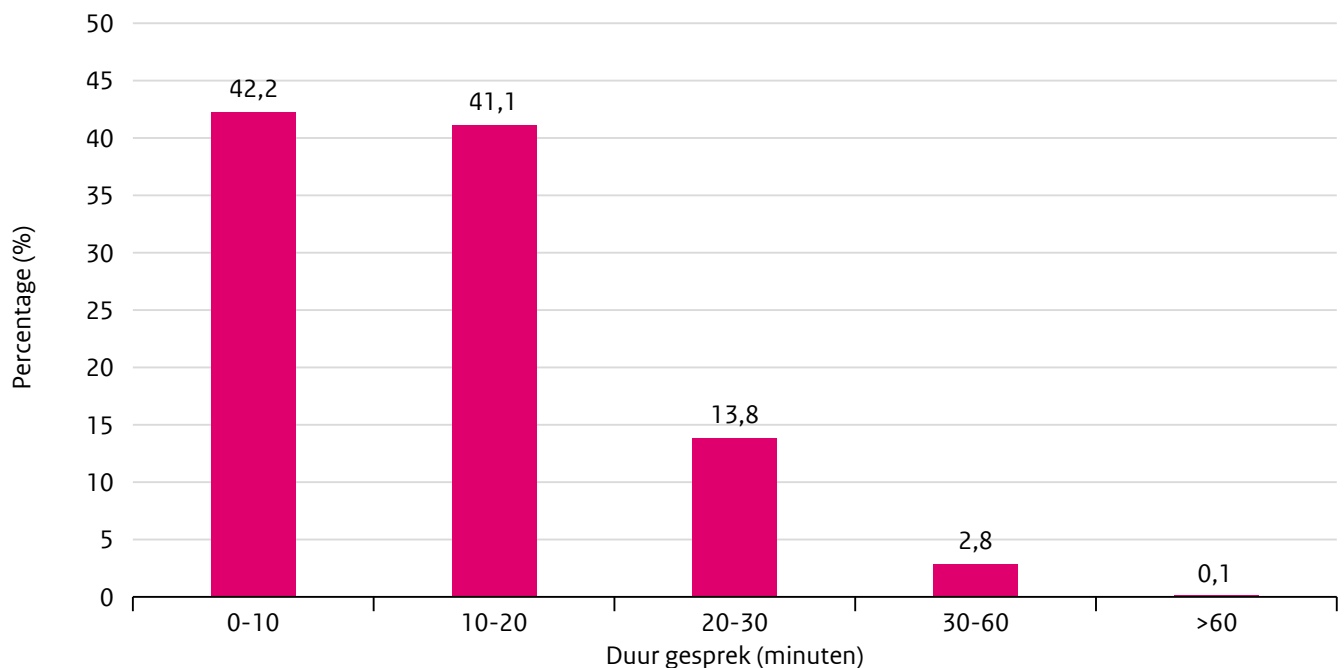
Kliniek	Aantal extra anticonceptiecounselingsgesprekken (n)/ aantal vrouwen dat voor een abortus de kliniek bezocht* (N)	Percentage (%)
1	87/4.200	2
2	34/2.246	2
3	293/3.070	10
4	244/6.532	4
5**	92/1.035	9
6***	303/598	51

* Het bespreken van anticonceptie is standaard onderdeel van de abortusprocedure.

** Data aangeleverd van januari 2024 t/m juni 2024 (i.p.v. juli 2023 t/m juni 2024).

*** Afwijkende noemer t.o.v. andere klinieken.

Figuur 2. Duur van de extra anticonceptiecounselingsgesprekken (N=970)*



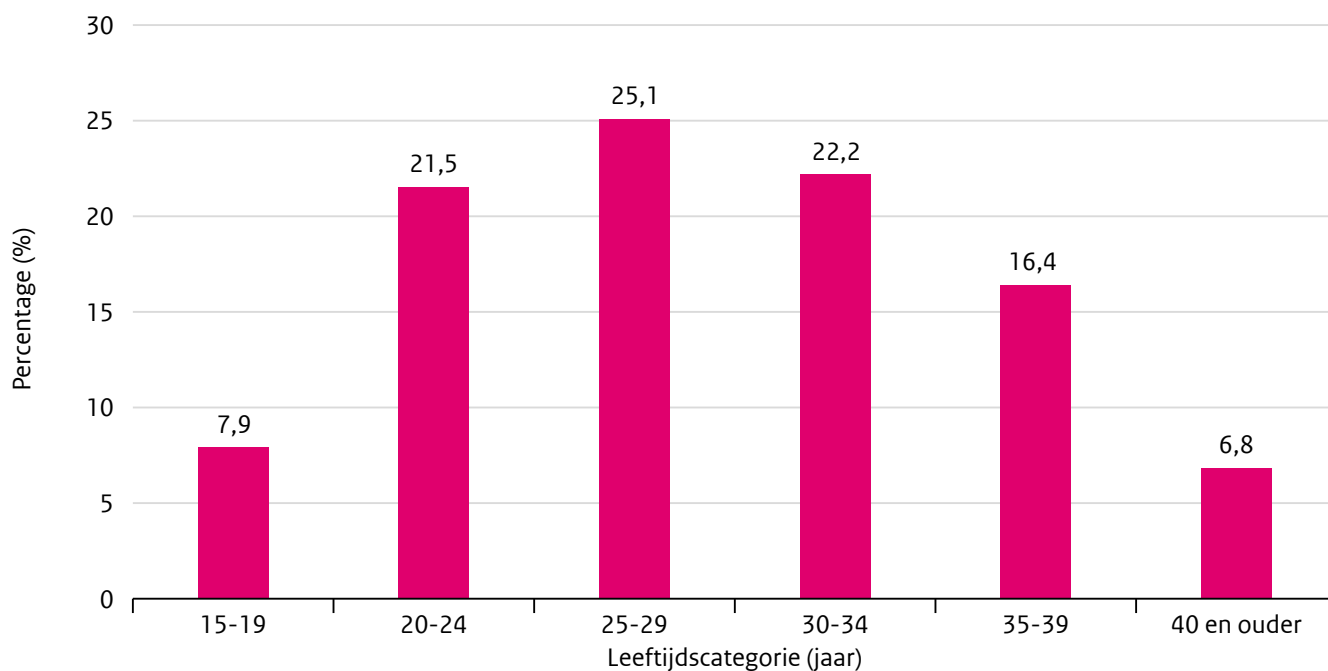
* Van 83 gesprekken is de duur onbekend.

Het merendeel van de vrouwen die extra anticonceptie-counseling kregen, is tussen de 20-34 jaar

Een kwart van de vrouwen die extra anticonceptie-counseling kreeg, is tussen de 25 en 29 jaar oud

(25,1 procent). Ruim een op de vijf vrouwen is tussen de 30 en 34 jaar (22,2 procent), of tussen de 20 en 24 jaar (21,5 procent) (Figuur 3).

Figuur 3. Leeftijdsverdeling (%) van vrouwen met anticonceptiecounseling (N=1.052)*



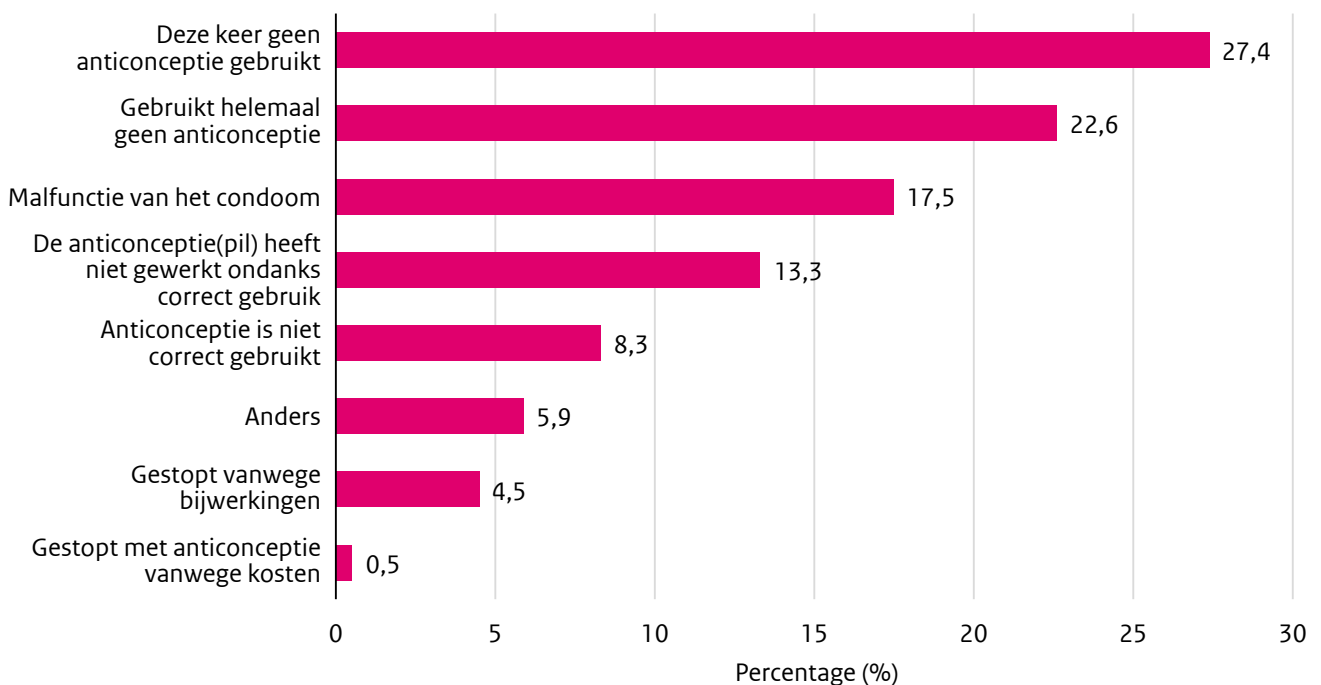
* Van één vrouw is de leeftijd onbekend.

Geen gebruik van anticonceptie is de vaakst genoemde reden van de zwangerschap

De meest genoemde oorzaak van de zwangerschap is 'Deze keer geen anticonceptie gebruikt' (27,4 procent) (Figuur 4). Andere vaak voorkomende genoemde oorzaken zijn 'helemaal geen anticonceptie gebruikt' (22,6 procent), 'malfunctie van het condoom' (17,5 procent) of 'falende anticonceptie ondanks correct gebruik' (13,3 procent). Degenen die 'anders' aangaven als oorzaak (5,9 procent)

konden via een open antwoord de oorzaak van de zwangerschap aangeven. De meest voorkomende 'andere' oorzaak van de zwangerschap is 'het gebruik van de kalendermethode⁵ [4], of er is aangegeven dat het 'onbekend' is wat de oorzaak is. Andere genoemde antwoorden waren bijvoorbeeld dat de morning-afterpil niet succesvol was, deze onterecht beschouwd werd als een anticonceptiemiddel, of iemand in de veronderstelling was niet (meer) vruchtbaar te zijn.

Figuur 4. Oorzaken (%) van de zwangerschap (N=1.042)*



* Bij 11 vrouwen was de oorzaak van de zwangerschap onbekend.

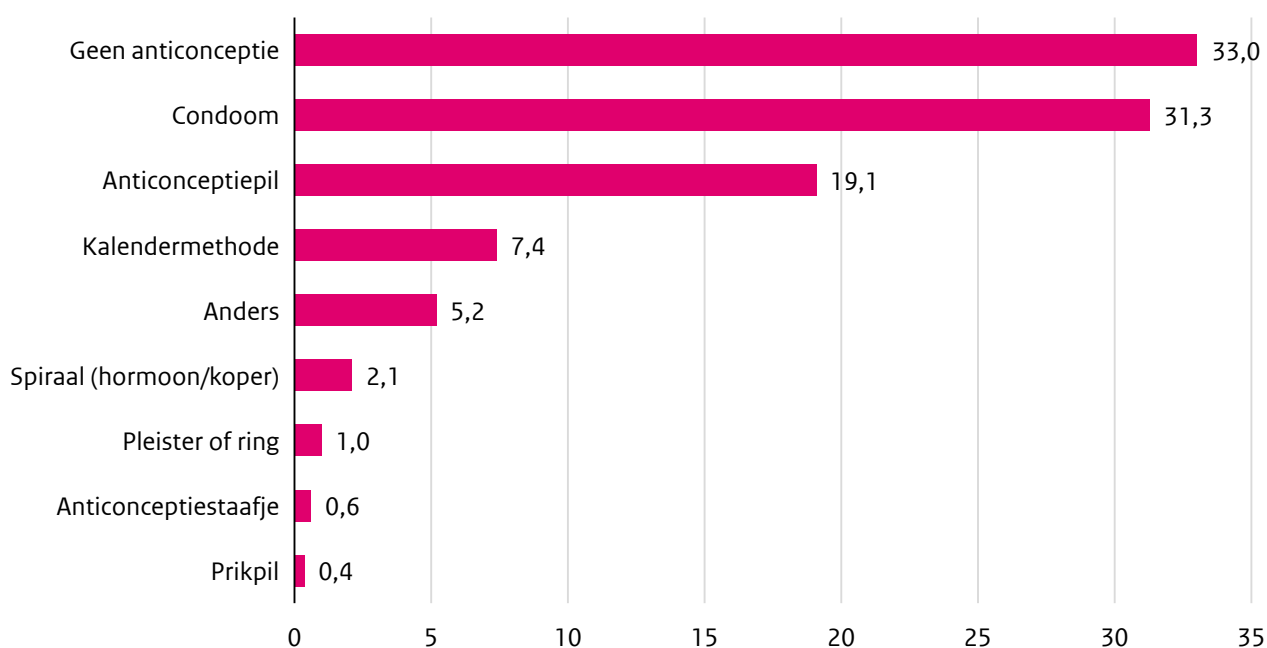
⁵ De kalendermethode houdt in dat men tijdens de vruchtbare dagen geen seks heeft of men tijdens de vruchtbare dagen tijdens penis in vagina seks, een condoom gebruikt.

Eén op de drie vrouwen geeft aan drie maanden voorafgaand aan abortus geen anticonceptie te hebben gebruikt

Vrouwen die extra anticonceptiecounseling ontvingen werd gevraagd of en welke anticonceptie zij gebruikten in de drie maanden voorafgaand aan de zwangerschap. De meeste vrouwen gaven aan geen anticonceptie te hebben gebruikt (33,0 procent), gevolgd door het gebruik van condooms

(31,3 procent) of de anticonceptiepil (19,1 procent) (Figuur 5). Andere anticonceptiemethoden werden veel minder gebruikt. Uit de open antwoorden van de categorie 'anders' bleek dat er methoden zijn aangegeven die niet onder betrouwbare anticonceptiemethoden vallen, bijvoorbeeld 'terugtrekken' of de morning-afterpil.

Figuur 5. Anticonceptiegebruik (%) in de drie maanden voorafgaand aan ongewenste zwangerschap (N=1.020)*

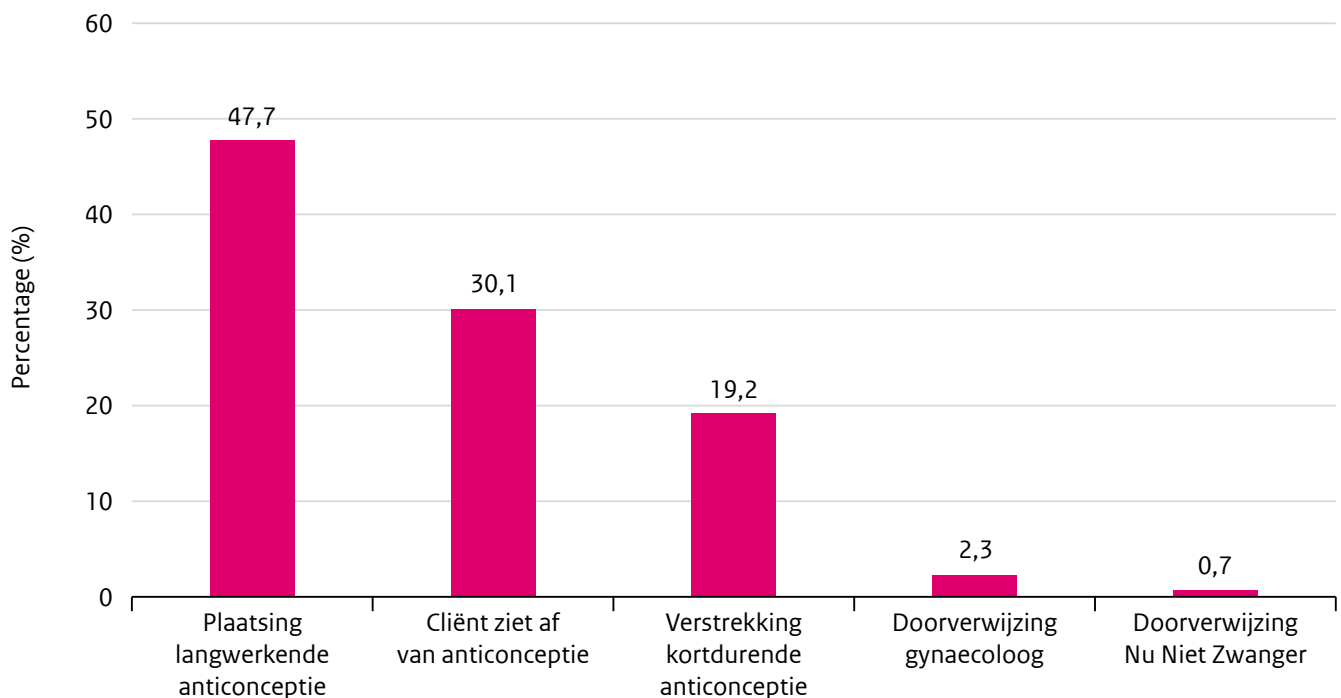


Bijna de helft van de vrouwen kiest voor langwerkende anticonceptie na het extra anticonceptiecounselingsgesprek

De meeste anticonceptiecounselingsgesprekken resulteerden in een keuze voor anticonceptie, namelijk het plaatsen van langwerkende anticonceptie⁶ (47,7 procent) of het verstrekken van kortdurende anticonceptie⁷ (19,2 procent) (Figuur 6). Eén op de 10 vrouwen die voor anticonceptie kozen, heeft deze gratis ontvangen (niet in de figuur). Drie op de tien vrouwen (30,1 procent) ziet op het moment van de anticonceptiecounseling van anticonceptie af. Uit de open antwoorden met de reden 'afzien van anticonceptie' bleek dat de helft van deze vrouwen naar aanleiding van de anticonceptiecounseling is verwezen naar de

huisarts. Bijna een kwart gaf aan dat ze nog even wilde nadenken over anticonceptie, al dan niet in combinatie met een verwijzing naar de huisarts. Andere redenen die in mindere mate werden genoemd, waren bijvoorbeeld 'het doorgaan met huidige anticonceptie' of een keuze voor andere anticonceptiemethoden, zoals condooms of sterilisatie. Slechts een klein deel zag op het moment van de anticonceptiecounseling helemaal af van anticonceptie, met als reden het ervaren van bijwerkingen door anticonceptie of angst voor het plaatsen of het gebruik van anticonceptie. Er is geen verband gevonden tussen de timing van het extra anticonceptiecounselingsgesprek en de uitkomst hiervan.

Figuur 6. Uitkomsten (%) op het moment van de anticonceptiecounseling (N=1.030)*



* Van 23 vrouwen is de uitkomst van de anticonceptiecounseling onbekend.

Vrouwen van 40 jaar en ouder kiezen vaker voor langwerkende anticonceptie dan jongere vrouwen

Het percentage vrouwen dat kiest voor langwerkende anticonceptie als uitkomst van de anticonceptiecounseling neemt toe met een hogere leeftijd. Bijna zes op de tien vrouwen (56,9 procent) van 40 jaar en ouder kiest voor het plaatsen van langwerkende anticonceptie ten opzichte

van 43,9 procent van de 15-19-jarigen. Voor de keuze voor kortdurende anticonceptie is dit andersom. Hier kiest 30,5 procent van de 15-19-jarigen voor ten opzichte van 11,1 procent van de vrouwen van 40 jaar en ouder. Er zijn wat betreft de oorzaak van de zwangerschap geen opmerkelijke verschillen waarneembaar in de keuze voor anticonceptie.

⁶ Anticonceptiemethoden die een langdurige werking hebben, zonder dat er regelmatig actie ondernomen hoeft worden. Dit zijn de prikpil, implantatiestaafje of spiraal.

⁷ Anticonceptiemethoden die een kortdurende werking heeft, en waar je dus regelmatig actie moet ondernemen, zodat het een blijvende werking behoudt. Dit zijn bijvoorbeeld de anticonceptiepil of de anticonceptiepleister.

1B. Resultaten: kwalitatief onderzoek extra anticonceptiecounseling

Er vonden twee focusgroepen plaats met in totaal 12 deelnemers. Zij werkten allen bij één van de acht deelnemende abortusklinieken als abortusarts (n=3), verpleegkundige (n=6) of directeur-bestuurder (n=3). De resultaten zijn beschreven onder de vijf thema's van het RE-AIM-model: bereik, effectiviteit, adoptie, implementatie en continuering.

Bereik

De beoogde doelgroep voor extra anticonceptiecounseling bestaat uit vrouwen in een kwetsbare situatie. De selectie van wie tot deze doelgroep behoort, is aan de abortusklinieken overgelaten. Uit de focusgroepen blijkt dat er veel verschillende criteria kunnen zijn waardoor iemand binnen de doelgroep valt. Deelnemers gaven aan dat 'kwetsbaarheid' een breed begrip is. Zo wordt vaak de Nu Niet Zwanger-doelgroep genoemd [10], ofwel personen met multiproblematiek, maar geven ze ook aan dat de doelgroep voor extra anticonceptiecounseling breder is. Genoemde redenen om iemand een extra anticonceptiecounselingsgesprek aan te bieden, zijn onder andere herhaalde abortussen, laaggeletterdheid, taalbarrières, huisvestingsproblematiek, financiële of psychische problematiek. De meerderheid van de deelnemers geeft echter aan dat deze criteria niet de enige bepalende factoren zijn om een extra consult aan te bieden. Soms is er op het eerste oog geen sprake van een kwetsbare situatie, maar kan iemand hiervoor niet terecht bij de huisarts of is er behoefte aan extra informatie over anticonceptie, of geeft iemand bij intake aan niet tevreden te zijn over de huidige anticonceptie. Ook komt het voor dat vrouwen die nooit anticonceptie hebben gebruikt in aanmerking komen voor het consult.

"Als een vrouw behoefte heeft om extra anticonceptie-informatie en geen toegang heeft vanuit het normale, reguliere pad, dan merken wij dat aan als vrouwen in kwetsbare positie." (FG1, D4)

Een klein aantal deelnemers geeft aan dat eigenlijk (bijna) iedereen tot de doelgroep voor extra anticonceptiecounseling behoort. Zo geven sommige deelnemers aan dat zij het ondergaan van een abortus een criterium voor kwetsbaarheid vinden. Daarnaast bevinden sommige klinieken zich in een gebied met veel inwoners met een lage sociaal economische status en zien ze sowieso veel personen in een kwetsbare positie. Een laatste groep die wordt benoemd, maar die volgens de pilot niet tot de doelgroep voor extra anticonceptiecounseling behoort, zijn personen die vanuit het buitenland naar Nederland voor een abortus afreizen.

"(...) vrouwen die bij ons zijn, zijn in die zin allemaal een beetje kwetsbaar. Sommigen zijn eigenlijk heel sterk, alleen hebben ze pech gehad. Maar bij heel veel is er ook wel iets aan de hand. Of dat ze erg geraakt zijn, doordat er iets fout ging, of geld of andere achterliggende problemen. Dat zijn gewoon grote percentages van de vrouwen." (FG2, D3)

Hoewel de doelgroep gedefinieerd is als 'vrouwen die een abortus ondergaan', wordt – waar mogelijk – ook de partner bij het gesprek over anticonceptie betrokken. Er wordt aangegeven dat het belangrijk is om ook bij de partner bewustwording te creëren. Alle deelnemers geven aan hiervoor open te staan als de vrouw dit wenst. Wel wordt opgemerkt dat zowel vrouwen als partners hier wisselend tegenover staan: sommige partners vinden het de zaak van de vrouw, terwijl anderen graag samen nadenken over opties voor anticonceptie. Er wordt ook aangegeven dat er niet altijd een partner in beeld is.

"(...) anticonceptie is niet alleen de hoofdzaak van de vrouw, hè. Uiteindelijk word je met z'n tweeën zwanger. Of althans, heb je er twee voor nodig. Dus we proberen daarin die partner ook te betrekken. Op het moment dat iemand daarvoor openstaat dat die partner daarbij moet zijn, doen we dat zeker." (FG1, D7)

Effectiviteit

Uit de focusgroepen blijkt dat vrouwen vaak positief reageren op de anticonceptiecounseling. De deelnemers merken dat er behoefte is aan anticonceptiecounseling, zeker onder vrouwen in een kwetsbare situatie. Zorgverleners gebruiken hierbij gesprekstechnieken, waarbij het onderwerp geleidelijk aan wordt opgebouwd. Daarnaast helpt volgens deelnemers het fysiek laten zien van anticonceptiemethoden, zoals verschillende soorten spiralen. Dit maakt het tastbaarder voor de vrouwen en kan barrières weghalen om erover te praten. Zo wordt er bijvoorbeeld eerst gepraat over seksualiteit, of er een eventuele kinderwens is, en of er voor de zwangerschap anticonceptie werd gebruikt. Vervolgens wordt pas uitgevraagd hoe tevreden de vrouw hierover was, of dat ze mogelijk interesse heeft om een andere soort anticonceptie te proberen.

Deelnemers merken op dat een bezoek aan de abortuskliniek vaak een moment is waarop vrouwen openstaan voor een gesprek over anticonceptie, omdat ze na de

abortus een nieuwe zwangerschap willen voorkomen en ze zich bewust zijn van het belang van anticonceptie. Ook vrouwen die al wel anticonceptie gebruikten, maar niet tevreden erover zijn, staan vaak open om meer te horen over andere anticonceptiemethoden en iets nieuws uit te proberen. Deelnemers merken dat juiste informatie en kennis die zorgverleners in abortusklinieken kunnen overbrengen, op dat moment erg gewaardeerd wordt. Sommige deelnemers geven aan dat het vaak effectief is om te laten merken dat je als zorgverlener oprecht wilt dat een vrouw goed voor zichzelf zorgt. Er zijn dus veel verschillende manieren om het consult vorm te geven, waarbij de deelnemers het erover eens zijn dat elke vrouw anders is en elk gesprek daarom maatwerk blijft.

“Ja, ik merk gewoon dat vrouwen het gewoon fijn vinden dat ze de... dat zij juiste informatie krijgen, want ze hebben inderdaad vaak zo veel van de buurvrouw gehoord, of vriendin of zus, dat dat niet fijn is of niet goed werkt. En als je er dan gewoon meer over kan vertellen, dat je daar ook tijd voor hebt, dan... ja, dan staan ze er ook gewoon meer voor open om toch uit te proberen. Om toch te proberen of als ze het inderdaad niet proberen, dan gaan ze in ieder geval wel met de juiste kennis naar huis. En ja, ik vind dat ook heel waardevol.” (FG1, D6)

De deelnemers geven aan dat veel vrouwen na de anticonceptiecounseling direct kiezen voor een bepaald anticonceptiemiddel en bij langwerkende methoden zoals een spiraal, dit meteen laten plaatsen. Toch merken deelnemers dat ook een deel van de vrouwen op het moment van de anticonceptiecounseling nog geen beslissing wil of kan nemen en aangeeft nog even te willen nadenken, zeker onder vrouwen die nog nooit over anticonceptie hadden nagedacht of weinig ervan weten. Een veelvoorkomende reden die deelnemers hiervoor noemen, is dat de dag van de abortus vaak al een intensieve en spannende dag is voor sommige vrouwen. Hierdoor hebben ze niet altijd de mentale ruimte om op dat moment een keuze over anticonceptie te maken. Aan de andere kant merken deelnemers dat er ook een groep vrouwen is die tijdens de anticonceptiecounseling nog geen keuze maakt, maar dat wel op een later moment doet. Bijvoorbeeld tijdens de priming⁸ voor de behandeling of bij de nacontrole. Ook wordt aangegeven dat het bij sommige cliënten helpt om vol te houden en het onderwerp een aantal keer te laten terugkomen.

“Vrouwen die zeggen dat ze het er niet over willen hebben, omdat ze het al hebben geregeld of het er gewoon niet over willen hebben, die zie je weinig. Wat ik wel denk is (...), dat er veel zijn die het er NU niet over willen hebben. ‘Ik heb nu een moeilijke beslissing, ik vind het ook een heel spannende behandeling; mijn hoofd staat nu niet naar nadenken over anticonceptie, maar over vier weken waarschijnlijk wel.’” (FG2, D3)

De definitie van een geslaagd gesprek is volgens deelnemers breder dan alleen het kiezen voor anticonceptie. Het overbrengen van juiste en betrouwbare kennis over anticonceptie en zorgen voor bewustwording rondom anticonceptie is net zo belangrijk. Evenals dat de vrouw zich gehoord voelt en tevreden weggaat. Vrouwen het gevoel geven dat ze anticonceptie moeten gebruiken, werkt volgens de deelnemers averechts. Het gesprek open insteken met de eerder benoemde gesprekstechniek werkt het beste. Daarbij kan ook worden doorgevraagd naar redenen als iemand aangeeft geen anticonceptie te willen gebruiken. In sommige gevallen blijkt er sprake te zijn van desinformatie, die de zorgverlener op dat moment kan proberen te ontcrachten, mits de vrouw daarvoor openstaat. Het kan ook voorkomen dat een vrouw wel anticonceptie heeft gebruikt, waarover ze niet tevreden was, maar niet op de hoogte was van andere beschikbare opties.

“Aanvullend erop vind ik het extra geslaagd wanneer ze de cliënt ook op dat moment wat kunnen bieden. Een heel aantal drempels, bijvoorbeeld je moet ergens een afspraak maken om je anticonceptie te regelen, of je moet het er nog over hebben, het moet nog geplaatst worden, je moet het nog betalen... Eigenlijk heel veel van die dingen die, ook al wil je het wel, mis kunnen gaan, daar hebben we ook iets voor. De gesprekken zijn nuttig en worden nog extra nuttig om dat ze daadwerkelijk wat te bieden hebben. (...). Het mooie is ook dat het moment functioneel is, in de zin van, het is duidelijk op dat moment ‘dit liever niet weer’.” (FG2, D1)

Adoptie

De subsidie voor extra tijd wordt ervaren als een erkenning van het belang van extra tijd voor counseling, aldus de deelnemers. Het gebruik van anticonceptie wordt al standaard besproken tijdens de intake bij een abortuskliniek, óók voor de start van de pilot. Deelnemers

⁸ Cervicale priming is het toedienen van een medicijn voor de abortusbehandeling, vaak misoprostol. Dat zorgt voor het verslappen van de baarmoedermond (<https://www.apotheek.nl/medicijnen/misoprostol#afbreken-van-zwangerschap>).

geven aan dat de beschikbaarheid van extra tijd hen in staat stelt om - waar nodig - meer uitgebreide counseling te kunnen aanbieden. Maar dit niet betekent dat er een heel andere aanpak wordt ingezet. De gesprekstechnieken en informatie zijn al in huis, wat betekent dat de extra tijd vooral de gelegenheid geeft om de counseling goed te waarborgen. Enkele klinieken geven aan dat er voor hen weinig veranderd is, omdat ze voorheen ook al extra tijd namen om anticonceptie te bespreken, maar ze dit uit eigen zak betaalden.

“Dat vinden we juist hartstikke fijn, want (...), vroeger deden we dat sowieso gewoon uit de eigen zak zeg maar, op vrijwillige basis omdat we het gewoon belangrijk vinden om dat stukje ook goed te waarborgen. En ik ben nu heel erg blij dat er tenminste daarvoor wel bepaalde erkenning komt, of tenminste is gekomen ik weet niet of het blijft, dat we die extra tijd mogen besteden, officieel, aan de vrouwen.” (FG1, D4)

Zoals eerder beschreven, is de beoordeling wie in aanmerking komt voor de extra counseling overgelaten aan de abortusklinieken. Zorgverleners binnen klinieken hebben met elkaar gesproken om tot gezamenlijke afstemming te komen. Daarnaast wordt echter aangegeven dat de ervaring van zorgverleners een belangrijke rol speelt in de beoordeling. Alle deelnemers geven aan het prettig te vinden dat er geen vast protocol met criteria is opgesteld voor wie in aanmerking komt voor de extra counseling, maar dat dit wordt overgelaten aan de ervaring van de zorgverlener.

“In het begin hebben we er natuurlijk wel even over gesproken, van goh, wat is dan kwetsbaar? Dat is inderdaad een wat breder begrip. Maar het is ook je ervaring gewoon, dat je aanvoelt van hier wil ik graag wat meer tijd aan spenderen, want anders is die mevrouw over een half jaar weer terug. En dat voel je ook aan gewoon aan je onderbuikgevoel.” (FG1, D6)

Deelnemers geven aan dat de counseling afwisselend door de abortusarts of de verpleegkundige wordt aangeboden. Ook komt het voor dat de abortusarts het gesprek begint en de verpleegkundige het overneemt als de arts geen tijd meer heeft. Eén kliniek geeft aan consulenten seksuele gezondheid in dienst te hebben, die naast de abortusarts en verpleegkundige ook de extra anticonceptiecounseling kunnen aanbieden. Daarnaast hebben arts en verpleegkundige soms onderling overleg om specifieke casussen af te stemmen. Juist de gezamenlijke inzet wordt als sterk punt omschreven: zowel het belang van meerdere

personen die informatie over anticonceptie geven, als de mogelijkheid om een andere invalshoek te vinden om het te bespreken.

“Soms als ik een echo maak en anticonceptie de eerste keer bespreek als arts zijnde, misschien heb ik dan die andere ingang niet gevonden en verpleegkundige doet dat wel. Dus dat is de... leuke daarvan dat je eigenlijk meerdere mensen hebt in je team dat je gewoon op verschillende aspecten kan acteren.” (FG1, D4)

Implementatie

Alle deelnemers geven aan dat de counseling op de dag van de behandeling wordt gestart, vaak voorafgaand aan de behandeling. Het komt echter voor dat vrouwen op dat moment niet over anticonceptie willen of kunnen praten. Eén kliniek geeft aan speciale anticonceptiesprekuren te hebben ingericht, om vrouwen de gelegenheid te geven op een later moment naar de abortuskliniek terug te komen. Dit geldt ook voor vrouwen die op een later moment alsnog langwerkende anticonceptie willen laten plaatsen. Ook andere klinieken geven aan dat vrouwen op een later moment kunnen terugkomen. Of ze bieden counseling tijdens de (telefonische) nacontrole, maar hebben hiervoor geen specifiek moment ingericht. Opgemerkt wordt dat vrouwen die het tijdens de intake niet over anticonceptie wilden hebben, hier vaak zelf tijdens de nacontrole over beginnen. Een aantal klinieken ervaart het later terugkomen als een barrière voor vrouwen en houdt het consult daarom alleen op de dag van behandeling.

Daarnaast hebben sommige klinieken te maken met organisatorische of planmatige uitdagingen. Sommige zorgverleners gebruiken vooraf een korte vragenlijst om te inventariseren of iemand al anticonceptie gebruikt en of ze hierover tevreden is. Het is echter niet altijd duidelijk of iemand in aanmerking komt voor anticonceptiecounseling en hoeveel tijd dit gaat kosten. Dit geeft een uitdaging in het inplannen van afspraken. Daarbij komt het soms voor dat er op dat moment geen tijd is voor een uitgebreide anticonceptiecounseling.

“Je hebt altijd een beetje de onvoorspelbaarheid qua plannen. Je weet niet zeker of iemand wel of niet komt en ook niet van tevoren of iemand veel of weinig aandacht nodig heeft voor anticonceptie. Het inplannen is wel een factor waar je mee te maken hebt, waarbij het misschien niet altijd meteen op dat moment kan. En dan is het des te belangrijk dat je het op een ander moment verder kan oppakken.” (FG2, D1)

Om blijvend goede anticonceptiecounseling te kunnen bieden, geven deelnemers aan dat het van belang is up-to-date te blijven met huidige informatie over anticonceptie en nieuwe ontwikkelingen die zich voordoen. Partijen als het Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGvA) en Rutgers worden genoemd als veelgebruikte informatiebronnen. Ook delen zorgverleners onderling veel informatie. Zo merken deelnemers op dat er tegenwoordig veel desinformatie over anticonceptie circuleert, met name via TikTok, maar ook andere socialemediaplatforms. Deelnemers merken dat dit bij veel vrouwen zorgt voor verkeerde aannames over anticonceptie. Maar het maakt ze bijvoorbeeld ook angstig om een anticonceptiemiddel uit te proberen, omdat ze er veel negatieve informatie over hebben gezien of gehoord. De anticonceptiecounseling biedt de ruimte om deze opvattingen te ontcrachten met de juiste informatie, het fysiek laten zien van anticonceptiemiddelen en het bieden van ruimte aan vrouwen om vragen te stellen over anticonceptie.

“Up-to-date blijven, zodat je ook verkeerde informatie en vooroordelen over anticonceptie uit de wereld kunt helpen. Het is natuurlijk ook groots op TikTok, iedereen heeft er wat over te zeggen en iedereen heeft horrorverhalen meegemaakt. Terwijl TikTok natuurlijk totaal geen betrouwbare bron is, maar wel een waar een groot deel van de jongeren hun informatie vandaan haalt. (...) Ergens heb ik ook het idee dat je daar juist een beetje in mee moet bewegen, maar dan met goede en betrouwbare informatie, omdat TikTok een plek is waar ze snel naar terugkeren.” (FG2, D2)

Continuering

Alle deelnemers geven aan blij te zijn met de extra anticonceptiecounseling. Voor velen voelt het als een erkenning voor een aspect dat ze al vaker probeerden aan te bieden, maar waar nu daadwerkelijk tijd en budget voor is om het goed te implementeren. Er wordt opgemerkt dat er onder vrouwen die de abortuskliniek bezoeken, vaak

behoefte is aan anticonceptiecounseling. Deelnemers zijn dan ook van mening dat als iemand (informatie over) anticonceptie wil krijgen, ze daarin moeten kunnen voorzien. De pilot maakt volgens deelnemers nog meer duidelijk dat naast de behoefte, ook de noodzaak voor goede anticonceptiecounseling bij sommige vrouwen hoog is. Deze vrouwen lukt het bijvoorbeeld niet om zelf de juiste anticonceptie te regelen door onder meer een gebrek aan financiën, kennis of contacten met andere zorgverleners, zoals de huisarts. Op het moment dat deze vrouwen met een ongewenste zwangerschap in een abortuskliniek komen, is de ervaring dat zij vaak ontvankelijk zijn voor anticonceptiecounseling.

Onder de deelnemers leeft de angst dat veel vrouwen in een kwetsbare positie de weg naar anticonceptie niet kunnen vinden als de anticonceptiecounseling in abortusklinieken niet wordt doorgezet. Hoewel er veel informatie beschikbaar is over anticonceptie via andere kanalen, zoals online en bij de huisarts, blijkt dit niet voor alle vrouwen vindbaar. Ook op scholen, zoals op middelbare scholen en mbo-scholen, wordt informatie over anticonceptie gegeven, maar die blijft volgens de deelnemers niet bij iedereen hangen. De abortuskliniek blijkt dus volgens deelnemers een belangrijke extra toegangsweg naar betrouwbare, juiste informatie over anticonceptie. Ze geven daarom aan dat het belangrijk is dat er aandacht voor blijft bestaan en prioriteit blijft.

“Dus als vrouwen dan met anticonceptie beginnen, gaat het met een hele groep mensen best goed en vinden hun informatie wel. Maar er is toch ook best een hele groep die die informatie niet heeft. En het voordeel van een abortuskliniek is natuurlijk dat je toch al een heel intiem gesprek voert, want je moet een vertrouwensband opstarten in hele korte tijd en hun hele hebben en houden wordt er zo'n beetje bloot gelegd. Dus ik denk dat het daarom bij uitstek heel geschikt is om juist deze mensen een anticonceptie consult aan te bieden, die wat langer kan duren.” (FG1, D6)

2. Beschikbaar stellen van impuls gelden voor ‘Nu Niet Zwanger’

Methode

Voor de evaluatie van het beschikbaar stellen van de impuls gelden voor NNZ is kwalitatief onderzoek gedaan. Hierbij zijn ervaringen opgehaald met de impuls gelden uit 2023 onder inhoudelijk coördinatoren en projectleiders NNZ. Dit betrof zowel ervaringen met betrekking tot versnelde aansluiting van gemeenten als de verbeterde toegang tot gespreksvoering over een (eventuele) kinderwens en anticonceptie voor personen in een kwetsbare situatie. Daarnaast zijn in dit onderzoek algemene ervaringen met het programma NNZ opgehaald bij aandachtsfunctionarissen, die bij een van de aangesloten ketenpartners werken.

Voor het verzamelen van ervaringen over de extra impuls gelden voor NNZ zijn focusgroepen gehouden met inhoudelijk coördinatoren (IC) en projectleiders (PL) van NNZ (zie Tekstbox 2) die werken bij diverse GGD'en in Nederland. De werving van deelnemers gebeurde via contactpersonen van NNZ bij de overkoepelende organisatie GGD GHOR Nederland. Een wervingsbericht werd opgesteld en via een nieuwsbrief onder alle GGD'en verspreid. Geïnteresseerden konden zich aanmelden bij deze contactpersonen, die vervolgens hun gegevens aan het RIVM doorgaven.

Daarnaast is er een focusgroep gehouden met aandachtsfunctionarissen (AF) van ketenpartners die zijn aangesloten

bij NNZ, om algemene ervaringen met het programma NNZ op te halen en de ervaringen van de IC en PL aan te vullen (zie Tekstbox 2). De werving van deelnemers gebeurde via de IC en PL, die meededen aan de eerdergenoemde focusgroepen. Zij hebben AF in hun netwerk gemaild, en gaven de gegevens van geïnteresseerden door aan het RIVM.

Voorafgaand aan de focusgroepen zijn semigestructureerde leidraden opgesteld aan de hand van het RE-AIM-model (zie Tekstbox 1). Voor de IC en PL stonden de volgende onderwerpen centraal: inzet stimulerings gelden, toegankelijkheid doelgroep, borging NNZ, gratis anticonceptie en voortgang impuls gelden. Voor de AF stonden de volgende onderwerpen centraal: bereik van NNZ, effectiviteit van NNZ, implementatie van NNZ en beleid.

De drie focusgroepen zijn online afgenomen via Microsoft Teams door twee onderzoekers: een gespreksleider en een notulist. Alle deelnemers gaven vooraf toestemming voor hun deelname en de opname van het gesprek. Na afronding van de rapportage zijn de opnames verwijderd.

Van de focusgroepen zijn gespreksverslagen gemaakt. De gespreksverslagen zijn door twee onderzoekers op hoofdlijnen aan de hand van het RE-AIM-model geanalyseerd, waarna tijdens een brainstormsessie belangrijke thema's zijn geïdentificeerd. Een derde onderzoeker heeft de analyses en bijbehorende thema's nagekeken om de consensus en betrouwbaarheid te waarborgen.

Tekstbox 2. Belangrijke begrippen rondom ‘Nu Niet Zwanger’

Aandachtsfunctionarissen (AF): worden aangesteld binnen een organisatie wanneer deze aansluit bij NNZ. Zij vervullen de rol van trekker binnen de eigen organisatie. De aandachtsfunctionaris draagt zorg voor de scholing en betrokkenheid van zorgverleners (en ander personeel) binnen diens organisatie. Wanneer een zorgverlener tijdens een consult met een cliënt tegen een knelpunt aanloopt, kan de aandachtsfunctionaris gevraagd worden de cliënt over te nemen.

Inhoudelijk coördinatoren* (IC): zijn werkzaam bij de GGD en kunnen casussen overnemen van aandachtsfunctionarissen wanneer deze te complex blijken voor zowel zorgverlener als aandachtsfunctionaris (opgeschaalde gesprekken). Ook het eventueel verstrekken van gratis anticonceptie loopt via de inhoudelijk coördinatoren. Daarnaast is de inhoudelijk coördinator NNZ verantwoordelijk voor de inzet van de stimuleringsgelden. De inhoudelijk coördinatoren van de GGD vervullen dus zowel een

organisatorische als inhoudelijke rol. Hierdoor hebben zij het beste inzicht in hoe de stimuleringsgelden bijdragen aan de toegankelijkheid van NNZ.

Projectleiders* (PL): zijn werkzaam bij de GGD en zijn vooral betrokken bij het opzetten van het programma NNZ, het aanhaken van gemeenten en het maken van afspraken met betrokkenen. Wanneer het programma goed is opgezet, neemt vaak de inhoudelijk coördinator de organisatorische taken van de projectleider over.

Ketenpartners: zijn de organisaties die aangesloten zijn bij het programma NNZ en het programma binnen de organisatie geïmplementeerd hebben. Dit zijn bijvoorbeeld: verslavingszorg, GGZ, jeugdzorg, maatschappelijk werk, et cetera.

** Bij sommige GGD'en zijn de rol van projectleider en inhoudelijk coördinator gescheiden. Bij andere GGD'en vervult één persoon beide rollen.*

Resultaten: beschikbaar stellen van impuls gelden voor ‘Nu Niet Zwanger’

In totaal namen veertien mensen deel aan het onderzoek naar het beschikbaar stellen van impuls gelden voor Nu Niet Zwanger (NNZ). De twee focusgroepen met zowel inhoudelijk coördinatoren (IC) en projectleiders (PL) hadden in totaal tien deelnemers vanuit verschillende organisaties. Omdat het onderscheid tussen IC en PL niet altijd aanwezig is (zie Tekstbox 2), wordt voor de leesbaarheid in de resultaten alleen de term IC gebruikt. De focusgroep met aandachtsfunctionarissen (AF) had vier deelnemers vanuit verschillende ketenpartners. De resultaten van alle focusgroepen zijn samen ingedeeld in de vijf onderdelen van het RE-AIM-model: bereik, effectiviteit, adoptie, implementatie en continuering. Hierbij zijn de ervaringen met de impuls gelden van IC's per onderdeel van het model beschreven en zijn de algemene ervaringen met NNZ van AF's gebruikt als aanvulling van de resultaten per onderdeel. Bij de uitwerking van de resultaten zijn bereik en effectiviteit samengenomen, omdat de effectiviteit van NNZ afhankelijk is van het bereik van het programma.

Een algemene uitkomst uit de focusgroepen met IC's is dat de impuls gelden een deel vormen van het jaarlijkse budget dat beschikbaar is voor het uitbreiden, implementeren en borgen van het programma NNZ bij gemeenten en ketenpartners. Deelnemers geven hierbij aan dat het moeilijk is om het precieze effect van uitsluitend de impuls gelden aan te geven, maar dat deze een belangrijke stimulans geven aan het betrekken van meer gemeenten en ketenpartners, en voor het goed implementeren van NNZ hierbinnen. In dit hoofdstuk staat een beschrijving van de manier waarop dit gebeurt en hoe de impuls gelden daarbij helpen.

“Ik denk dat hoe dan ook het in iedere regio een groot deel uitmaakt van het totaalpakket. Ik denk niet dat je kunt zeggen ‘alleen die impuls gelden hebben dit bewerkstelligt’. Maar ik denk wel dat het ontzettend belangrijk is, (...) dat er eigenlijk een tekort is aan uren voor de IC's of een regiocoördinator of iets. En ik denk dat juist om nieuwe organisaties aan te haken of organisaties die er zijn de contacten te versterken. Dus ik denk de toegevoegde waarde van de impuls gelden is ontzettend belangrijk dat die ook blijven bestaan.” (FG 1 (IC's), D2)

Bereik en effectiviteit

Tijdens de focusgroepen is het bereik en de effectiviteit van het programma besproken. Dit gesprek ging zowel in op de gemeenten en ketenpartners als op de cliënten. Deze worden hieronder apart toegelicht.

Gemeenten en ketenpartners

IC's geven aan dat de effectiviteit van het programma NNZ afhankelijk is van de betrokkenheid van gemeenten en ketenpartners. Hierbij wordt aangegeven dat de impuls gelden helpen om de betrokkenheid te vergroten. Hoe deze worden ingezet, varieert per GGD-regio en het aantal gemeenten en ketenpartners dat al aangesloten is. Wanneer er nog niet veel gemeenten en ketenpartners zijn aangesloten, geven IC's aan dat de impuls gelden vaak ingezet worden om het bereik te vergroten. De impuls gelden worden hierbij bijvoorbeeld gebruikt om de uren van de IC's te vergoeden voor de werkzaamheden die ze doen om gemeenten en ketenpartners te laten aansluiten. Ook gebruiken sommige GGD-regio's de impuls gelden als korting voor de gemeenten op deelname aan NNZ in het eerste jaar. IC's merken hierbij dat de drempel om deel te nemen dan vaak lager wordt.

“Wij hebben ervoor gekozen om de impuls gelden in te zetten als korting voor de gemeenten die deel wilden gaan nemen. (...) om voor het eerste jaar een korting te krijgen op deelname. Waardoor de stap om te gaan deelnemen mogelijk wat kleiner werd voor hen. Dat heeft in ieder geval 7 gemeentes over de streep getrokken.” (FG 2 (IC's), D5)

“Ik denk vooral de snelle groei toch wel.” “Ja dat denk ik ook ja. Meer uitbreiding en daardoor meer aandacht voor implementatie en borging binnen de organisaties vooral. Toch meer tijd in kunnen stoppen.” (FG 1 (IC's), D4 & D3)

IC's hanteren verschillende strategieën om meer gemeenten en ketenpartners te betrekken, zoals starten met gemeenten die openstaan voor het programma en de resultaten vervolgens delen met gemeenten waar aanvankelijk weerstand bestond. Zo zijn gaandeweg meer gemeenten overtuigd van het programma. Daarnaast proberen IC's gemeenten te bereiken via beleidsoverleggen en bestaande netwerken of contacten binnen de gemeente, zoals coalities Kansrijke Start. GGD-regio's wisselen onderling ook tips hierover uit, maar de samenwerking en relatie tussen gemeente en GGD verschilt vaak, waardoor een eigen aanpak nodig is.

“Toen zijn we uiteindelijk gestart met de drie grote gemeenten (...), met nog steeds heel veel weerstand van overige gemeenten. Toen hebben er bewust voor gekozen om te starten bij de gemeenten waar wel ‘energie zat’ op dat moment. En eigenlijk hebben we gezien dat gaandeweg, met name ook (...) door het delen van resultaten, met name in factsheets en dan met name de resultaten van Nu Niet Zwanger goed op de voorgrond brengen zijn eigenlijk gaandeweg de gemeenten aangehaakt.” (FG 2 (IC’s), D6)

“Kansrijke Start, daar proberen wij voornamelijk bij aan te sluiten. Dus bij de coalities van de Kansrijke Start gemeentes. (...) Dus op het moment dat je bij de coalitie Kansrijke Start in samenwerkingsverband zit en je staat op de routekaart, ja dan word je ook steeds beter zichtbaar. Dus dat is ook nog wel een goed hulpmiddel om Nu Niet Zwanger verder te borgen denk ik.” (FG 1 (IC’s), D4)

Nadat gemeenten zijn aangesloten, spelen ze vaak een rol bij het in kaart brengen en benaderen van potentiële ketenpartners. IC’s benadrukken daarbij dat de deelname van gemeenten aan NNZ een samenwerking is tussen de gemeente en de GGD, waarbij gemeenten ook een verantwoordelijkheid hebben in het verspreiden van het programma binnen de regio. IC’s zoeken zelf ook naar potentiële ketenpartners, vooral daar waar de doelgroep (cliënten) zich bevindt. Ze benaderen deze organisaties rechtstreeks, gebruiken bestaande netwerken, of roepen aangesloten ketenpartners op om het programma bij hun contacten aan te dragen. Hierbij wordt geprobeerd een ingang te vinden binnen een potentiële ketenpartner. Dat gebeurt bijvoorbeeld als het moeilijk is om direct contact te krijgen met de directie van een organisatie via een enthousiaste medewerker binnen een organisatie. Het sneeuwbaaleffect speelt ook hierbij een rol: door te laten zien welke andere ketenpartners er al meedoen en wat het programma oplevert, kunnen meer organisaties overtuigd worden om aan te sluiten.

“Ik vraag aan gemeenten die deelnemen, of die gaan deelnemen, of ze mij een lijst aanleveren van lokale partijen die actief zijn in hun gemeenten, waarvan zij vinden, waarvan de contactpersoon binnen de gemeente vindt, dat die partij iets van Nu Niet Zwanger zou moeten weten.” (FG 2 (IC’s), D6)

“...want de wereld is heel groot van het sociaal domein, en die [tijd, red.] kan je beter steken in de mensen die denken: ‘Yes, hier kan ik wat mee, hier ga ik wat mee bereiken’. (...) om het programma effectief te laten verlopen ben je daarin toch wel afhankelijk (...). Heeft gewoon tijd nodig, ‘het zaadje is geplant en het duurt een tijdje voor het gaat groeien’ zeg ik altijd maar.” (FG 2 (IC’s), D2)

Er is vaak goede aansluiting met het sociaal domein, maar minder met het medisch domein, terwijl het wenselijk is om NNZ ook daar goed te implementeren. IC’s geven aan dat dit vooral wordt bemoeilijkt door personeelstekorten en hoge werkdruk in het medisch domein. Alle deelnemers geven aan dat het in hun regio moeilijk is om huisartsen te laten aansluiten, terwijl zij juist een belangrijke partner zijn vanwege de vaak al opgebouwde vertrouwensrelatie met cliënten. Partners binnen het medisch domein die wel aangesloten zijn, hebben vaak geen AF die trekker is binnen de ketenpartner. Maar er is dan wel een goede, laagdrempelige samenwerking met de GGD. Een genoemd voorbeeld is de samenwerking met verloskundigenpraktijken, waar medewerkers contact opnemen of doorverwijzen naar de IC’s bij een complexe casus of voor anticonceptievergoeding. Soms is de samenwerking dan al zo goed, dat een AF binnen de organisatie niet nodig is. Volgens IC’s kan de aansluiting van ketenpartners binnen het medisch domein helpen bij het ‘ontzorgen van de medisch zorgverleners’. Dit doordat cliënten voor gesprekken over eventuele kinderwens naar de IC verwezen kunnen worden, aangezien binnen het medisch consult vaak geen tijd hiervoor is.

“Het concept is eigenlijk, ten minste in den beginne zeg maar, dat binnen het sociaal domein aandachtsfunctionarissen getraind worden binnen de methodiek van Nu Niet Zwanger, die ze vervolgens weer uitdragen binnen hun eigen organisatie. En dat we juist het medisch domein, dus huisartsen, verloskundigen, gynaecologen enzovoort, wat meer kunnen ontzorgen. Het werd al genoemd, huisartsen hebben weinig tijd. Dus dat zij eigenlijk door naar ons te verwijzen zelf ontzorgd kunnen worden, zodat dat kinderwensgesprek wel goed gevoerd kan worden.” (FG 1 (IC’s), D3)

Cliënten

Hoe meer gemeenten en ketenpartners zich aansluiten, hoe bekender en toegankelijker het programma wordt. Hierdoor worden cliënten steeds beter bereikt. De toegankelijkheid van het programma voor de cliënten hangt af van gemotiveerde AF’s en hulpverleners in het sociaal en medisch domein. IC’s benadrukken dat de kracht van het

programma vooral ligt in de laagdrempelige bereikbaarheid zodra het goed is geïmplementeerd. AF's bevestigen dit en benoemen dat de eenvoud van het programma het makkelijk maakt om de doelgroep te bereiken. Zowel IC's als AF's geven aan dat de doelgroep voor NNZ heel breed is; het betreft personen in een kwetsbare situatie, maar de redenen daarvoor kunnen sterk variëren.

“Hoe meer organisaties aangesloten zijn, hoe meer je toegankelijk bent.” “Ja, hoe meer mensen weten dat het bestaat, hoe zichtbaarder je bent. Echt een olievlek ook hè.” (FG 1 (IC's), D1 & D4)

“Ik denk persoonlijk dat er nog een veel grotere groep is dan die wij nu zien. Maar als je de cijfers ziet, loopt het wel op. Dus ik denk wel dat we met stappen steeds meer die doelgroep bereiken, maar ik denk dat er zeker nog meer is.” (FG 1 (IC's), D1)

Zowel IC's als AF's merken op dat cliënten positief reageren op de gesprekken en vaak aangeven dat deze hen veel geholpen hebben. Volgens de deelnemers van de focusgroepen komt dit doordat er zonder oordeel een gesprek kan worden gevoerd over een eventuele kinderwens. Hierdoor worden cliënten in hun eigen kracht gezet om een eigen keuze te maken. Daarnaast is het programma zo opgezet dat snel gehandeld kan worden, bijvoorbeeld als anticonceptie gewenst is. Dit wordt mogelijk gemaakt door de samenwerking tussen de GGD en ketenpartners voor het financieren van anticonceptie, evenals door samenwerkingen tussen ketenpartners onderling om snel anticonceptie te plaatsen.

“Voor mij is dat ook heel nieuw dat je zo makkelijk bereikbaar bent, dat je zo makkelijk dingen kunt goedkeuren, als het bijvoorbeeld om een betaling gaat voor anticonceptie. Als er iemand dan aangemeld wordt, hoor je alleen maar hoe prettig het werkt, dat we zo snel kunnen handelen en zo snel ergens terecht kunnen.” (FG 2 (IC's), D4)

“Wij hebben een hele fijne verloskundige (...), die spiraaltjes en implanons [anticonceptiestafje, red.] plaatst en daar zijn een aantal hele goede verhalen mee geweest. Dus dat gaat dan toch een soort van als een lopend vuurtje door. Nou ja, van jongeren naar jongeren: ‘die mevrouw is vet chill, kun je wel heen’. Nou, dat werkt gewoon goed.” (FG 3 (AF's), D1)

Adoptie

IC's en AF's geven aan dat het soms lastig is om NNZ goed onder te aandacht te brengen binnen aangesloten ketenpartners. Het principe “implementatie op maat” wordt hierbij genoemd, omdat elke organisatie anders is en verschillende knelpunten ervaart bij het opzetten van NNZ. Zo spelen persoonlijke overtuigingen een belangrijke rol binnen dit onderwerp en is het bijvoorbeeld in christelijke gemeenten soms lastiger om het onderwerp bespreekbaar te maken. Wanneer er een enthousiaste AF binnen een ketenpartner is, verloopt de implementatie vaak gemakkelijker. Maar zelfs met een enthousiaste AF blijft het soms lastig om de rest van de organisatie goed mee te krijgen, bijvoorbeeld door het type organisatie, de grootte, of het verloop van personeel binnen de organisatie.

“Je moet het echt van de hulpverleners hebben (...). Daar ontzettend op inzetten om dat ook gaande te houden. Echt wel een uitdaging voor de implementatie van Nu Niet Zwanger, er is heel veel verloop in de zorg. (...) Je kan nog zoveel AF geschoold hebben, dat zegt natuurlijk niets over in hoeverre het gesprek gevoerd wordt, door ook andere collega's in zo'n organisatie. Je moet daar echt ontzettend veel tijd en energie in stoppen om dat goed te krijgen maar ook om dat goed daar te houden.” (FG 2 (IC's), D6)

Daarnaast krijgen AF's binnen hun organisatie soms niet genoeg tijd om hun rol goed uit te voeren of is de taak te groot voor één persoon. GGD-regio's waar al veel gemeenten en ketenpartners zijn aangesloten, gebruiken de impuls gelden daarom voor het ondersteunen van AF's om NNZ goed in te bedden binnen de aangesloten ketenpartners. De impuls gelden worden hierbij gebruikt om de uren van de IC te vergoeden voor alle werkzaamheden die IC's uitvoeren om AF's te ondersteunen en begeleiden bij hun werkzaamheden. De IC's zelf worden ondersteund door bijvoorbeeld het landelijk NNZ-team en via samenwerking en kennisdeling met andere GGD-regio's. De IC's waarderen deze samenwerking, omdat ze ervaringen, tips en moeilijkheden met elkaar kunnen uitwisselen.

“Wat wij merkten is dat die taak leggen bij de aandachtsfunctionaris vaak een te grote taak is. De aandachtsfunctionaris is wel vaak enthousiast op het thema, maar alle collega's meekrijgen binnen een organisatie is vaak een hele zware last. We zijn zelf veel actiever gaan aanbieden om in teams bij de organisaties presentaties te geven, om de aandachtsfunctionaris in positie te brengen en ook te ondersteunen. Om de methodiek meer in de organisaties te krijgen.” (FG 2 (IC's), D5)

Implementatie

Zoals eerder benoemd, verschilt per regio hoeveel gemeenten en ketenpartners er zijn aangesloten bij NNZ. Sommige GGD-regio's zijn nog bezig met het zoeken naar verdere aansluiting van gemeenten, terwijl in andere regio's alle gemeenten al zijn aangesloten. IC's geven aan dat er een verschuiving plaatsvindt van kwantiteit naar kwaliteit. Zo geven ze aan dat het bij sommige gemeenten of ketenpartners moeilijk is om binnen te komen of om de aandacht voor het onderwerp te behouden. Dat kost veel tijd en geld, zonder dat het altijd het gewenste resultaat oplevert. Daarom richten veel IC's zich nu op het ondersteunen van de al aangesloten en gemotiveerde ketenpartners, zodat NNZ goed wordt ingebed en blijft binnen deze ketenpartners.

"We gingen in het begin best wel op kwantiteit, dus als we maar veel organisaties hebben. En dan waren we elke keer weer blij als er een organisatie kon aanhaken. Terwijl we de laatste tijd zeggen dat we meer voor de kwaliteit willen gaan. Want er zitten ook organisaties tussen waar toch weinig van terugkomt, aandachtsfunctionarissen die niet zo gemotiveerd zijn, het niet zo goed weten. Dat kost veel energie. Dus die kwaliteit van goed gemotiveerde organisaties, goed gemotiveerde aandachtsfunctionarissen, ja ik geloof daar toch steeds meer in eigenlijk." (FG 1 (IC's), D3)

IC's geven aan dat de impuls gelden een flinke stimulans hebben gegeven aan de (door)ontwikkeling van het programma NNZ. Zoals eerder genoemd, zijn deze gelden op verschillende manieren ingezet. Zo hebben sommige regio's ze gebruikt als korting voor gemeenten om aan te sluiten bij NNZ, maar zijn de gelden met name ingezet voor het financieren van de uren van de werkzaamheden van de IC's. Sommige deelnemers geven aan dat door de impuls gelden het mogelijk was om een nieuwe IC in dienst te nemen. Dit brengt IC's in gelegenheid om de AF's te ondersteunen en te begeleiden bij het inbedden van NNZ binnen de ketenpartner. Afhankelijk van de focus van een regio, zoals het aansluiten van nieuwe ketenpartners of juist het versterken van AF's in al aangesloten ketenpartners, kan de inzet van de impuls gelden per ronde worden aangepast. De IC's ervaren dit als 'positief', omdat elke regio zich in een verschillend stadium bevindt en de inzet van de impuls gelden hierop valt aan te passen.

"Als je het goed kan verantwoorden, kan je zelf bepalen, nou ja, 'wat je er mee doet' klinkt wel heel erg vrijblijvend, maar daarmee hebben we extra formatie kunnen genereren en dan kan je dus ook meer doen." "We bepalen wel elk jaar opnieuw wat we met het geld doen." (FG 1 (IC's), D3 & D1)

"Impuls gelden zijn natuurlijk gewoon een belangrijk stuk om extra handjes te hebben, waardoor je dus ook extra kan inzetten, en extra kan inzetten op kwaliteit, meer training kan geven, meer intervisie kan geven, meer zorg kan verlenen. En nou ja, casuïstiek helpt inderdaad ook om weer mensen aan te laten haken, dus ja. Dat geld helpt daar zeker bij." (FG 2 (IC's), D5).

Wanneer gemeenten en ketenpartners zich aansluiten bij het programma NNZ en een AF aanwijzen, zetten ze volgens de IC's verschillende manieren in om te zorgen dat de AF het programma binnen de eigen organisatie kan implementeren. Dit omvat e-learnings voor AF's, intervisiebijeenkomsten waar een IC met meerdere AF's samenkomt, en in sommige gevallen individuele intervisies. AF's geven aan dat ze vaak starten met een e-learning, gevolgd door een uitleg van de IC over NNZ, en dat er praatplaten zijn die gesprekken met cliënten ondersteunen. Er zijn ook ketenpartners waar NNZ moeilijker breed te implementeren is, bijvoorbeeld bij grote organisaties, of waar de AF weinig ruimte hebben dit zelf te doen. In die gevallen kunnen IC's ondersteunen door bijvoorbeeld themamiddagen of trainingen bij de ketenpartners te organiseren om andere professionals bij het thema te betrekken. Daarnaast kunnen IC's ook helpen bij het aanjagen van het thema bij het bestuur of managers binnen een ketenpartner. AF's geven aan dat de begeleiding van IC's hen handvatten geeft om het programma binnen de eigen organisatie op te zetten. AF's zijn ook enthousiast over de intervisies, waar ze nieuwe ketenpartners of professionals binnen het veld leren kennen en ervaringen uitwisselen. Hierdoor ontstaan er kortere lijntjes. De IC's benoemen dat hun rol gedurende de jaren verandert, afhankelijk van het aantal aangesloten gemeenten en ketenpartners en hoeveel moeite het kost om NNZ te implementeren. Vooral bij grotere organisaties lukt het vaak niet om de implementatie volledig aan de AF over te laten, maar is er meer inzet nodig van de IC. Mede dankzij de impuls gelden is het volgens de IC's mogelijk deze rol goed in te richten en goede begeleiding aan de AF's te bieden. Dat draagt bij aan een succesvolle implementatie binnen ketenpartners.

"Ik heb hiervoor (...) binnen het algemeen maatschappelijk werk gewerkt en besprak het ook wel eens. Maar dat ik aandachtsfunctionaris ben, heeft me meer handvatten gegeven: hoe ga je het gesprek aan, hoe doe je het. Die praatplaten helpen daar ook bij en de intervisie met elkaar. Dat is heel helpend geweest, waardoor ik het nu structureel doe in plaats van af en toe." (FG 3 (AF's), D2)

“En ook het verder brengen binnen de organisaties. Want dat merken wij nu in de fase waar we nu in zitten. Wij hebben heel veel organisaties die aangesloten zijn en we hebben heel veel aandachtsfunctionarissen, maar het moet niet alleen bij die aandachtsfunctionarissen blijven, het moet de organisatie in. En in eerste instantie hebben we dat meer bij de aandachtsfunctionaris zelf gelaten, en nu merken we dat we echt mee moeten. (...), vooral de grotere logge organisaties, daar moet je echt mee. Meegaan om het te implementeren, meegaan om de haakjes te zoeken, en daar gaat nu in deze fase wat meer de energie in zitten.” (FG 1 (IC's), D1)

Continuering

IC's geven aan dat borging een belangrijk onderdeel is van het goed implementeren van NNZ binnen gemeenten en ketenpartners. De impuls gelden zijn hierbij een belangrijke factor, omdat dit hen de gelegenheid geeft de uren van IC's te financieren of zelfs een nieuwe IC in dienst te nemen. Het borgen van NNZ binnen gemeenten en ketenpartners brengt echter ook uitdagingen met zich mee. De deelnemers benoemden hiervoor meerdere redenen. Ten eerste is NNZ een vrijblijvend programma, zonder verplichte inspectie of kwaliteitseisen waaraan gemeenten of ketenpartners moeten voldoen. Zo is NNZ bijvoorbeeld ook niet ingebed in opleidingen. Ten tweede is NNZ slechts één onderdeel van het vaak al grote takenpakket van professionals. Ten derde is er vaak personeelsverloop binnen gemeenten en ketenpartners, waardoor er steeds opnieuw gestart moet worden met het uitdragen van het programma. Ten vierde zijn er veel verschillende soorten ketenpartners, waarbij IC's vaak per ketenpartner een aangepast plan moeten maken voor de juiste inbedding. De IC's ervaren hierbij de ontwikkelde landelijke toolkit als een nuttige ondersteuning.

“Dat begint al bij de borging binnen de GGD: tijdelijke contracten, (...), we hebben iemand uit de jeugdzorg als IC erbij, als zij niet uit Nu Niet Zwanger-gelden betaald kan worden, heeft zij verder ook geen functie op deze afdeling. Dus zij kan helemaal niet vast in dienst genomen worden als er niet-structurele gelden worden toegezekerd, (...). Ik vind... daar begint het al met borging, binnen je eigen organisatie, in de cruciale functie van de IC.” (FG 1 (IC's), D2)

“Het is nu nog vaak, zeg maar, heel afhankelijk van de professional die dit wel of niet weet.” “Ja, en ook denk ik, soms merk je ook gewoon dat Nu Niet Zwanger ook maar natuurlijk een klein stukje van het werk is wat al die professionals moeten doen. Het is een heel klein onderdeel van hun vak. En ja, ik denk dat wij misschien wel eens, ja, dat het wel lastig is om het echt bij hen op het netvlies te houden.” “Klopt, dat het niet ingebed is in hun opleidingen, en de Wet publieke gezondheid eigenlijk. En ik denk, daarom is ook die cruciale dubbelrol van de IC in deze zo ontzettend belangrijk, en daar zou je, of het nou impuls gelden zijn of niet, zou je altijd extra financiering voor moeten zoeken.” (FG 1 (IC's), D1, D4 en D2)

AF's benoemen dat de eenvoud van het programma helpt bij de borging binnen hun organisatie. Ze stimuleren collega's de onlinetraining over NNZ te volgen, zodat zoveel mogelijk mensen het integreren in hun dagelijks werk. Daarnaast zetten ze het onderwerp regelmatig op de agenda van de teamoverleggen, zodat het gesprek over NNZ blijvend wordt gevoerd en het op ieders netvlies blijft.

“We hebben de afgelopen jaren best wel heel veel verschillende methodieken geïnstrueerd gekregen. En dan vind ik Nu Niet Zwanger wel de meest succesvolle moet ik zeggen. Dat heeft te maken met de eenvoud van de methodiek en de toegankelijkheid. En dat het ook de tijd mag hebben om te bekliven. Vaak wordt een methodiek geïntroduceerd en ‘hup weg, volgende methodiek’ bij wijze van spreken. Dat zakt weer helemaal weg. Bij Nu Niet Zwanger krijgen we de tijd om het actueel te houden en ermee bezig te blijven en het onder de aandacht te houden ook. Dat vind ik waardevol.” (FG 3 (AF's), D3)

Zoals eerder beschreven, is er een verschuiving gaande van kwantiteit naar kwaliteit. Dat heeft de rol van IC over de jaren veranderd. Waar voorheen de meeste tijd werd besteed aan het aansluiten van nieuwe gemeenten en ketenpartners, ligt de nadruk nu op het begeleiden van AF's. Met trainingen en intervisies zorgen de IC's ervoor dat de AF's over de juiste handvatten beschikken om NNZ binnen hun organisatie te borgen. Wel merken IC's dat een programma als NNZ bij drukte naar de achtergrond verdwijnt. Daarom zien zij het als hun taak om een aanjagersfunctie aan te nemen om NNZ binnen gemeenten en ketenpartners op de agenda te blijven houden, maar ook binnen de GGD zelf. Dit kost IC's veel tijd, die op dit moment mede door de impuls gelden wordt gefinancierd. Intervisies zijn een belangrijke manier om mensen enthousiast te houden voor NNZ. Ook het ontwikkelen van extra materialen of organiseren van activiteiten, zoals

themamiddagen, kunnen helpen. Deelnemers geven aan dat de keerzijde van het verder uitrollen van NNZ is dat er meer ketenpartners zijn die cliënten kunnen doorverwijzen naar de IC's, en dit dus meer werk oplevert. Omdat het belangrijk is het programma te blijven onderhouden en bij zowel gemeenten als ketenpartners aan te jagen, benadrukken de deelnemers de behoefte aan het behoud van de impuls gelden om het werk van IC's te kunnen blijven financieren.

“Kijk, ik weet niet wanneer het einde in zicht is. Ik hoop nooit, we hopen natuurlijk van nooit. Maar over een x aantal jaar, (...), maar dan heb je het ook wel steeds meer bewezen wat Nu Niet Zwanger oplevert, ook richting de gemeenten. Dus dat is wel ook een hele mooie kans om, ja dat je daardoor het hele programma meer kan bewijzen of verdienen richting gemeenten, die er toch geld voor neer moeten tellen, wat niet altijd makkelijk is voor ze.” (FG 1 (IC's), D3)

“De rol van de IC is, denk ik zeker, die is blijvend, daar komt niet echt een einde aan. Ik denk ook wel eens, (...), dat het misschien inderdaad wel minder kan worden als de organisaties zelf die verantwoordelijkheid gaan voelen. En dat binnen beleid of binnen een staf of weet ik het hoe het allemaal georganiseerd is, dat het daar meer aangejaagd wordt. (...) Alleen ik denk wel dat dit nog wel even gaat duren, dat wel.” (FG 1 (IC's), D3)

Beschouwing

Deze rapportage evalueert twee maatregelen om de toegang tot (gratis) anticonceptie voor personen in een kwetsbare situatie te verbeteren. Toegang tot (gratis) anticonceptie is hierbij breed geïnterpreteerd en omvat bijvoorbeeld ook toegang tot juiste en betrouwbare informatie over anticonceptie, om zo zelf een bewuste en geïnformeerde keuze te maken over het eventuele gebruik van anticonceptie. De eerste maatregel richt zich op de pilot voor extra anticonceptiecounseling binnen abortusklinieken. Hiervoor zijn beschrijvende cijfers over de extra anticonceptiecounseling in abortusklinieken in kaart gebracht. Ze zijn via focusgroepen gerelateerd aan de ervaringen van zorgverleners en directeuren hierover in abortusklinieken. De tweede maatregel richt zich op het beschikbaar stellen van impuls gelden voor ‘Nu Niet Zwanger’ (NNZ). Hiervoor is gekeken naar ervaringen van inhoudelijk coördinatoren (IC) en projectleiders (PL) met de impuls gelden uit 2023 voor het programma NNZ, aangevuld met de algemene ervaringen met NNZ van aandachtsfunctionarissen (AF) bij ketenpartners. Dit hoofdstuk vat de resultaten van beide maatregelen samen en zet deze in perspectief. Vervolgens worden enkele overwegingen beschreven over de dataverzameling en methodologie.

Samenvatting resultaten

Maatregel 1: Pilot voor extra anticonceptiecounseling

Uit cijfers van de deelnemende abortusklinieken blijkt dat de meeste anticonceptiecounseling plaatsvindt op de dag van de abortusbehandeling bij vrouwen tussen de 20 en 34 jaar. Het merendeel van de vrouwen die extra anticonceptiecounseling kregen, is tussen de 25 en 29 jaar oud, gevolgd door de leeftijdscategorieën 30-34 jaar en 20-24 jaar.

Zorgverleners kregen de ruimte om zelf te bepalen wie in aanmerking komt voor extra anticonceptiecounseling. Zij mochten dus naar eigen inzicht de kwetsbare doelgroep bepalen. Uit de focusgroepen bleek dat dit door de deelnemende zorgverleners gewaardeerd werd, omdat kwetsbaarheid een breed begrip is. Deelnemers gaven aan dat de abortuskliniek een geschikte extra weg biedt naar informatie over anticonceptie voor vrouwen. Ze merken dat vrouwen vaak openstaan voor een gesprek hierover en positief reageren. Daarnaast kunnen de zorgverleners binnen abortusklinieken de juiste informatie

bieden. Dit is mede belangrijk om tegenwicht te bieden aan desinformatie over anticonceptie op bijvoorbeeld social media. Een uitdaging in het aanbieden van extra anticonceptiecounseling is de organisatie ervan: vaak wordt het reguliere consult uitgebreid met extra tijd voor anticonceptiecounseling. Omdat niet altijd vooraf valt in te schatten of iemand anticonceptiecounseling krijgt, is het moeilijk te bepalen hoeveel tijd er nodig is.

De meeste vrouwen noemen als oorzaak van de zwangerschap dat er geen anticonceptie gebruikt is, gevolgd door malfunctie van anticonceptie. Overeenkomstig geven de meeste vrouwen ook aan in de drie maanden voor de anticonceptiecounseling geen anticonceptie te gebruiken, gevolgd door het gebruik van condooms. Uit cijfers van de deelnemende abortusklinieken blijkt dat twee derde (67 procent) van de vrouwen voor anticonceptie kiest. De meeste vrouwen kiezen voor langwerkende anticonceptie. Ongeveer 30 procent van hen ziet af van anticonceptie op het moment van het gesprek. Uit de open antwoorden bleek dat het merendeel van deze vrouwen werd doorverwezen naar de huisarts of aangaf nog even over anticonceptie te willen nadenken. Volgens deelnemers aan de focusgroepen is dit ook een positieve uitkomst van de anticonceptiecounseling. Het kan namelijk zorgen voor bewustwording rondom anticonceptiegebruik.

Maatregel 2: Beschikbaar stellen van impuls gelden voor ‘Nu Niet Zwanger’

Uit de focusgroepen van het onderzoek over het beschikbaar stellen van impuls gelden voor NNZ blijkt dat de impuls gelden slechts een deel zijn van het totale jaarlijkse budget dat beschikbaar is voor het uitbreiden, implementeren en borgen van het programma NNZ. Ook is het moeilijk om het precieze effect van uitsluitend de impuls gelden aan te geven. Wel gaven de deelnemers uit de focusgroepen aan dat de impuls gelden een belangrijk onderdeel zijn van het betrekken van meer gemeenten en ketenpartners, en voor het goed implementeren van NNZ hierbinnen. De impuls gelden worden op verschillende manieren ingezet. Dat is afhankelijk van het aantal aangesloten gemeenten en ketenpartners, zoals het aannemen van een IC, het financieren van diens uren of het geven van kortingen aan gemeenten om aan te sluiten bij NNZ. De resultaten wijzen ook op een verschuiving van kwantiteit naar kwaliteit binnen NNZ. Voorheen lag de nadruk op het aansluiten van nieuwe gemeenten en ketenpartners. Nu ligt de focus steeds vaker op de ondersteuning van al aangesloten en gemotiveerde

ketenpartners, met als doel het programma binnen deze ketenpartners beter te verankeren. Hoewel de rol van de IC's dus aan het veranderen is, geven deelnemers aan dat de impuls gelden belangrijk zijn om deze taak van aanjagersfunctie van NNZ te kunnen behouden. Zo blijft het programma binnen gemeenten en ketenpartners op de agenda.

Resultaten in perspectief

Cijfers pilot Extra anticonceptiecounseling en IGJ-rapport zijn verschillend

Uit cijfers van de deelnemende abortusklinieken blijkt dat 67 procent van de vrouwen die extra anticonceptiecounseling krijgen, kiest voor anticonceptie na de abortus. Gegevens over alle abortusklinieken in Nederland van het meest recente rapport van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) laat zien dat 45,7 procent van de vrouwen anticonceptie voorgeschreven krijgt na de behandeling in de abortuskliniek [11]. Het verschil tussen deze percentages vrouwen die kiezen voor anticonceptie kan erop wijzen dat extra anticonceptiecounseling bijdraagt aan een verbeterde toegankelijkheid tot anticonceptie. Vrouwen uit dit onderzoek hadden mogelijk besloten af te zien van anticonceptie, of gekozen voor een verwijzing naar de huisarts voor meer informatie. Nu kregen ze extra informatie in de abortuskliniek door de langere duur van het consult. In deze studie ziet echter 30 procent van de vrouwen die anticonceptiecounseling krijgt alsnog af van anticonceptie op het moment van de anticonceptiecounseling, vergeleken met 6,8 procent van de vrouwen die een behandeling hebben gehad in abortusklinieken uit het IGJ-rapport. Methodologische verklaringen spelen mogelijk ook een rol bij het interpreteren van de verschillende cijfers. Zo zijn er verschillen in antwoordcategorieën. In het IGJ-rapport is een verwijzing naar de huisarts een losse antwoordcategorie, terwijl in dit onderzoek deze categorie valt onder 'cliënt ziet af van anticonceptie'. Dit verklaart mogelijk het hogere percentage in deze pilot. Daarnaast is de populatie van dit onderzoek niet goed vergelijkbaar met de populatie van het IGJ-rapport. De cijfers uit dit onderzoek gaan immers alleen over vrouwen die volgens zorgverleners in aanmerking kwamen voor de extra anticonceptiecounseling, ten opzichte van alle geregistreerde abortussen in abortusklinieken in Nederland in het IGJ-rapport. Ook neemt slechts een selectie van abortusklinieken deel aan de pilot, terwijl het IGJ-rapport gegevens bevat van alle klinieken met een Wafz-vergunning (Wet afbreking zwangerschap).

Bewustwording belangrijk aspect van anticonceptiecounselingsgesprek

Voor veel vrouwen is het anticonceptieconsult na de abortus een goed moment om gelijk een keuze te kunnen maken voor anticonceptie. Maar vrouwen kiezen niet in alle gevallen direct voor anticonceptie. Uit de focusgroepen blijkt dat sommige vrouwen de dag van de abortus ervaren als 'intensief' en 'spannend' en dat zij die dag nog geen keuze over anticonceptie willen of kunnen maken. Dat niet alle vrouwen op de dag van de abortus anticonceptie willen bespreken, zien we ook terug in internationaal onderzoek [12, 13]. Voor de deelnemers van dit onderzoek betekent 'geen directe keuze maken' dus niet dat het anticonceptieconsult niet geslaagd is. Bewustwording wordt namelijk gezien als een belangrijk onderdeel van het gesprek. Daarnaast komt uit de focusgroepen naar voren dat vrouwen soms op een later moment alsnog een keuze maken, bijvoorbeeld tussen het consult en de behandeling of bij de nacontrole. Uit het IGJ-rapport blijkt dat echter maar 48,9 procent van de vrouwen die een abortus in de abortuskliniek kregen, daar terugkomt voor een nacontrole. Hoewel sommigen elders een nacontrole krijgen, krijgt 9,2 procent dus helemaal geen nacontrole [11]. Terwijl dit volgens de resultaten van de focusgroepen soms juist een moment kan zijn waarop vrouwen alsnog een keuze over anticonceptie willen maken.

Mis- en desinformatie over anticonceptie

Naast het geven van voorlichting gebruiken deelnemers het consult ook om juiste informatie te verspreiden. Zij merken op dat er veel desinformatie over anticonceptiemiddelen circuleert, vooral op sociale media zoals TikTok. Dit werd ook bevestigd in een recent rapport van Rutgers, waar naast desinformatie ook aandacht was voor misinformatie. Daarin werd geconcludeerd dat er weinig objectieve informatie over anticonceptiemethoden beschikbaar is. Vaak wordt er eenzijdige negatieve informatie over hormonale anticonceptie gedeeld, terwijl natuurlijke methoden alleen positief worden belicht [14]. Daarnaast blijkt uit het cijferoverzicht dat er een afname is van het gebruik van hormonale anticonceptiemiddelen [15]. Tegelijkertijd zijn er signalen uit het veld dat het gebruik van zogenoemde natuurlijke methoden toeneemt [16, 17]. Een recente studie uit Engeland onder vrouwen die een abortus hebben ondergaan, ziet ook een afname in hormonale anticonceptiemiddelen en een toename in het gebruik van natuurlijke methoden [18]. Uit gegevens van deelnemende abortusklinieken blijkt dat 33 procent van de vrouwen in de drie maanden voorafgaand aan de abortus geen anticonceptie gebruikte. Een onderzoek van Rutgers toont aan dat 41 procent van de vrouwen in de maand voorafgaand aan de abortus geen anticonceptie

gebruikte [17]. Het Rutgers-onderzoek laat ook zien dat, wanneer vrouwen wel anticonceptie gebruikten, de vruchtbarheidsmethode (in dit rapport aangeduid als ‘kalendermethode’) het meest werd genoemd [17], terwijl in ons onderzoek het condoom het vaakst werd genoemd. De populaties van deze onderzoeken zijn echter moeilijk te vergelijken, omdat de cijfers uit ons onderzoek alleen gaan over vrouwen die volgens zorgverleners in aanmerking kwamen voor de extra anticonceptiecounseling, en de onderzoekspopulatie in het Rutgers-onderzoek kleiner is.

Het is lastig vast te stellen of de stijging van het aantal abortussen verband houdt met de negatieve berichtgeving over en de afname van hormonale anticonceptie, omdat er informatie ontbreekt over abortussen en anticonceptiegebruik in voorgaande jaren. Hierbij rijst echter ook de vraag of we de toename van het aantal abortussen als een probleem moeten zien. Het kan namelijk ook wijzen op een verbeterde toegankelijkheid van abortuszorg. Dit staat los van het doel om onbedoelde zwangerschappen te helpen voorkomen.

Kwetsbaarheid is maatwerk

Uit zowel de focusgroepen over anticonceptiecounseling als die over ‘Nu Niet Zwanger’ (NNZ) blijkt dat het betrekken van personen in een kwetsbare situatie om maatwerk vraagt. Deelnemers binnen abortusklinieken geven aan het prettig te vinden dat ze de vrijheid hebben om te bepalen wie een extra anticonceptieconsult krijgt. Zoals eerder aangegeven, blijkt ook uit de literatuur dat niet elke vrouw die een abortus ondergaat behoefte heeft aan een gesprek over anticonceptie [12, 13]. Deelnemers aan de focusgroepen geven aan dat zij per casus beoordelen wie in aanmerking komt, omdat kwetsbaarheid maatwerk vraagt. Hierbij wordt ook de doelgroep van ‘Nu Niet Zwanger’ genoemd, namelijk mannen en vrouwen in de vruchtbare leeftijd die (tijdelijk) in een kwetsbare situatie zitten [10]. Voor sommige klinieken betekent dit dat vrijwel alle vrouwen in aanmerking komen voor een consult, omdat zij gevestigd zijn in een gebied met een lage sociaaleconomische status. Eén kliniek richt zich dan weer juist op vrouwen die al eerder een abortusbehandeling hebben gehad. De cijfers van de pilot Extra anticonceptiecounseling laten zien dat er vanuit de deelnemende abortusklinieken relatief weinig doorverwijzingen naar NNZ plaatsvinden. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de extra tijd die beschikbaar is voor anticonceptiecounseling de noodzaak voor doorverwijzing naar NNZ vermindert. Aan de andere kant kan het ook betekenen dat er nog mogelijkheden zijn om de samenwerking tussen abortusklinieken en NNZ te verbeteren, zodat indien nodig cliënten in een kwetsbare positie naar NNZ doorverwezen kunnen worden.

NNZ richt zich steeds meer op kwaliteit

Omdat het programma NNZ zich in verschillende stadia van implementatie bevindt binnen de GGD-regio’s, worden de impuls gelden op diverse manieren ingezet, passend bij het stadium. Sommige regio’s gebruiken de impuls gelden vooral om gemeenten aan te sluiten. Dat heeft geleid tot een toename in de landelijke dekking van NNZ: op 1 januari 2025 was 89 procent van de Nederlandse gemeenten bij het programma aangesloten, ten opzichte van 82 procent op 1 januari 2024 [15]. Uit de focusgroepen met inhoudelijk coördinatoren en projectleiders van NNZ blijkt bovendien een verschuiving van kwantiteit naar kwaliteit, nu steeds meer gemeenten zijn aangesloten. De impuls gelden worden steeds vaker gebruikt om nieuwe ketenpartners aan te sluiten en om zowel nieuwe als al aangesloten ketenpartners te ondersteunen. Dit biedt ruimte om de kwalitatieve aansluiting te verbeteren en het programma structureel te borgen. Daarnaast toont eerder onderzoek aan dat de ondersteunende rol van de IC aan de aandachtsfunctionarissen essentieel is voor de succesvolle implementatie en borging van NNZ, maar ook dat het programma kwetsbaar is als deze rol wegvalt [19]. Deze zelfde signalen komen in dit onderzoek ook naar voren.

Methodologische overwegingen

Hoewel dit onderzoek waardevolle inzichten biedt, moeten er enkele beperkingen in overweging worden genomen. Het onderzoek is uitgevoerd binnen een beperkte groep abortusklinieken die zichzelf heeft aangemeld voor deelname aan de pilot. Dit kan betekenen dat de resultaten niet volledig representatief zijn voor alle 18 abortusklinieken in Nederland [20]. Daarnaast weegt mee dat de geregistreerde gegevens van klinieken zijn ingevuld door een zorgverlener op basis van zelfrapportage van de vrouw. Dat kan leiden tot mogelijk sociaal wenselijke antwoorden, bijvoorbeeld over anticonceptiegebruik of de oorzaak van de zwangerschap. De oorzaak van de zwangerschap is sowieso een benadering, aangezien het soms lastig te achterhalen is wanneer de zwangerschap precies is ontstaan. Ook de beoordeling van de zorgverlener kan gezorgd hebben voor inconsistente antwoorden. Bijvoorbeeld het invullen van ‘deze keer geen anticonceptie gebruikt’ of ‘helemaal geen anticonceptie gebruikt’ wanneer iemand de kalendermethode gebruikt heeft. Dit kan een verklaring zijn voor verschillen tussen de percentages die aangeven ‘geen anticonceptie te hebben gebruikt de afgelopen drie maanden’ en de percentages ‘helemaal geen anticonceptie gebruikt’ als oorzaak van de zwangerschap. Daarnaast zijn, ondanks afstemming van de antwoordopties met twee klinieken, sommige antwoordopties mogelijk niet altijd duidelijk en/of zijn deze overlappend met elkaar.

Aan het begin van onderzoek was het de bedoeling om ook vrouwen te interviewen die extra anticonceptiecounseling hebben ontvangen. Het bleek echter moeilijk om voldoende vrouwen hiervoor te werven, waardoor persoonlijke inzichten ontbreken die een dieper begrip van hun ervaringen en behoeften hadden kunnen bieden. Bovendien heeft het onderzoek geen vergelijkingsgroepen zonder de inzet van extra anticonceptiecounseling of NNZ-impulsgelden. Het ontbreken van deze vergelijking maakt het moeilijker om met zekerheid vast te stellen in hoeverre de verbeteringen direct aan de extra maatregelen kunnen worden toegeschreven.

Conclusie

Dit verdiepende onderzoek laat zien dat zowel de inzet van extra anticonceptiecounseling in abortusklinieken als de impulsgelden voor het programma 'Nu Niet Zwanger' (NNZ) op hun eigen manier positief bijdragen aan een verbeterde toegankelijkheid tot anticonceptie voor personen in een kwetsbare situatie. De extra

anticonceptiecounseling in abortusklinieken biedt mogelijkheden om vrouwen op een ontvankelijk moment te informeren over anticonceptie, wat kan bijdragen aan bewustwording rondom anticonceptie en in veel gevallen direct leidt tot een keuze voor anticonceptie. Bovendien geeft het de abortusklinieken financiële ruimte om – waar nodig – aandacht aan anticonceptie te besteden. Daarnaast stellen de impulsgelden NNZ in staat om, naast de aansluiting van nieuwe gemeenten en ketenpartners, de focus te verleggen op het verankeren van NNZ binnen al aangesloten gemeenten en ketenpartners. De rol hierin voor de inhoudelijk coördinatoren bij de GGD, die volgens dit onderzoek vaak vergoed worden met de impulsgelden, is cruciaal. Zij versterken de duurzame inbedding van het NNZ. Ook zorgen ze dat het op de agenda binnen aangesloten gemeenten en ketenpartners blijft, wat kan bijdragen aan het voorkomen van onbedoelde zwangerschappen. De voortzetting van beide maatregelen is aan te bevelen, omdat ze beide lijken bij te dragen aan bewustwording bij vrouwen, al dan niet in een kwetsbare situatie, rondom kinderwens en anticonceptiegebruik.

Referenties

1. Centers for Disease Control and Prevention. Unintended pregnancy. 2023. Contract No.: January 29.
2. Auerbach SL, Coleman Minahan K, Alspaugh A, Aztlan EA, Stern L, Simmonds K. Critiquing the Unintended Pregnancy Framework. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2023;68(2):170-8.
3. Ministerie van VWS. Aanpak onbedoelde en ongewenste zwangerschap 2023-2025. 2022.
4. Rutgers. Achtergrondossier anticonceptie. 2024.
5. Rutgers. Standpunt anticonceptie. 2021.
6. IBM Corp. Released 2023. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 29.0.2.0 Armonk, NY: IBM Corp.
7. Tuinstra W. Handreiking Stakeholderparticipatie. 2018.
8. Holtrop JS, Estabrooks PA, Gaglio B, Harden SM, Kessler RS, King DK, et al. Understanding and applying the RE-AIM framework: clarifications and resources. *Journal of Clinical and Translational Science*. 2021;5(1):e126.
9. Pearse N, editor An illustration of deductive analysis in qualitative research. 18th European conference on research methodology for business and management studies; 2019.
10. Nu Niet Zwanger. Voor wie n.d. [Available from: <https://www.nunietzwanger.nl/voor-wie-en-waarom/#:~:text=Het%20programma%20Nu%20Niet%20Zwanger,Veilig%20Thuis%20oen%20andere%20zorgsectoren>].
11. IGJ. Jaarrapportage 2023 van de Wet afbreking zwangerschap (Wafz). 2024.
12. Cansino C, Lichtenberg ES, Perriera LK, Hou MY, Melo J, Creinin MD. Do women want to talk about birth control at the time of a first-trimester abortion? *Contraception*. 2018;98(6):535-40.
13. Matulich M, Cansino C, Culwell KR, Creinin MD. Understanding women's desires for contraceptive counseling at the time of first-trimester surgical abortion. *Contraception*. 2014;89(1):36-41.
14. Rutgers. Informatie over anticonceptie op TikTok: een gebrek aan nuance en expertise 2024.
15. RIVM. Monitor Onbedoelde Zwangerschappen. Cijferoverzicht 2024. 2025.
16. Rutgers. Het gebruik van natuurlijke methoden om een zwangerschap te voorkomen. 2024.
17. Rutgers. Anticonceptiegebruik voorafgaand aan abortus. 2024.
18. McNee R, McCulloch H, Lohr PA, Glasier A. Self-reported contraceptive method use at conception among patients presenting for abortion in England: a cross-sectional analysis comparing 2018 and 2023. *BMJ Sexual & Reproductive Health*. 2025.
19. Jeeninga W, & Cloin, J. C. M. Nu niet zwanger in Midden-Brabant: Bereik en ervaringen van hulpverleners en cliënten. Tranzo, Tilburg University; 2021.
20. Zorgkaart Nederland. 18 abortusklinieken in Nederland n.d. [Available from: <https://www.zorgkaartnederland.nl/abortuskliniek>].

Bijlage 1: Dataoverzicht gegevens per extra anticonceptiecounseling⁹

Datum	
Wie voert het gesprek	<input type="checkbox"/> Abortusarts <input type="checkbox"/> Verpleegkundige <input type="checkbox"/> Combinatie van bovenstaand <input type="checkbox"/> Anders
Leeftijdscategorie cliënt	<input type="checkbox"/> 15-19 jaar <input type="checkbox"/> 20-24 jaar <input type="checkbox"/> 25-29 jaar <input type="checkbox"/> 30-34 jaar <input type="checkbox"/> 35-39 jaar <input type="checkbox"/> 40 jaar en ouder
Oorzaak zwangerschap	<input type="checkbox"/> Deze keer geen anticonceptie gebruikt. <input type="checkbox"/> Gebruikt helemaal geen anticonceptie. <input type="checkbox"/> Malfunctie van het condoom. <input type="checkbox"/> De anticonceptie(pil) heeft niet gewerkt, ondanks correct gebruik. <input type="checkbox"/> Anticonceptie is niet correct gebruikt. <input type="checkbox"/> Gestopt met anticonceptie wegens kosten. <input type="checkbox"/> Gestopt vanwege bijwerkingen. <input type="checkbox"/> Anders
Oorzaak zwangerschap ANDERS, namelijk	
Soort anticonceptie afgelopen drie maanden	<input type="checkbox"/> Spiraal (hormoon/koper) <input type="checkbox"/> Anticonceptiepil <input type="checkbox"/> Anticonceptiestaafje <input type="checkbox"/> Prikpil <input type="checkbox"/> Pleister of ring <input type="checkbox"/> Condoom <input type="checkbox"/> Kalendermethode <input type="checkbox"/> Anders <input type="checkbox"/> Geen

⁹ Wanneer er in deze tabel geen vaste antwoordoptie is gegeven, was er ruimte voor een open antwoord.

Tijdstip extra anticonceptiecounseling	<input type="checkbox"/> Op de dag van de behandeling. <input type="checkbox"/> Op een andere dag (na de behandeling). <input type="checkbox"/> Beide
Vorm extra anticonceptiecounseling	<input type="checkbox"/> Face-to-face <input type="checkbox"/> Telefonisch <input type="checkbox"/> Combinatie
Totale tijd besteed aan extra anticonceptiecounseling	<input type="checkbox"/> 0-10 minuten <input type="checkbox"/> 10-20 minuten <input type="checkbox"/> 20-30 minuten <input type="checkbox"/> 30-60 minuten <input type="checkbox"/> Meer dan 60 minuten
Resultaat extra anticonceptiecounseling	<input type="checkbox"/> Plaatsing langwerkende anticonceptie. <input type="checkbox"/> Verstrekking kortdurende anticonceptie. <input type="checkbox"/> Cliënt ziet af van anticonceptie. <input type="checkbox"/> Doorverwijzing 'Nu Niet Zwanger'. <input type="checkbox"/> Doorverwijzing gynaecoloog.
Indien CLIËNT ZIET AF VAN ANTICONCEPTIE, reden	
Gratis anticonceptie na extra anticonceptiecounseling	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> N.v.t.
No-show	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> N.v.t.
Overige opmerkingen	
Totaal aantal anticonceptiecounselingsgesprekken in kliniek	
Totaal aantal gratis uitgegeven anticonceptie	

A.J. Brouwer-Prusak | B. Everaars | B.E.P. Snijders |
M. Jansen-van der Vliet | J.M. Molenaar |
M.P.H. Koster | E.M. Roordink

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

maart 2025

De zorg voor morgen
begint vandaag