



NU NIET
ZWANGER®

Nu Niet Zwanger

Methodiekbeschrijving



Colofon

December 2021

Nu Niet Zwanger/VanMontfoort

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande toestemming van Nu Niet Zwanger. Bij overname is bronvermelding verplicht.

Inleiding	4
1 Waarom Nu Niet Zwanger	6
2 Doelstelling Nu Niet Zwanger	8
3 Doelgroep	9
4 Belangrijke uitgangspunten	11
4.1 Zelfbeschikking	11
4.2 Professionele verantwoordelijkheid	11
4.3 Regulier waar regulier kan	12
5 De Praktijk	13
5.1 Basishouding: Presentie, MG en zelfreflectie	14
5.2 Model van Rijlaarsdam	17
5.3 Model van Rijlaarsdam in de praktijk	21
5.4 Het vervolg: doen wat nodig is	24
5.5 Samenwerking	26
5.6 Opschalen	27
Literatuur	28

Voor je ligt de methodiek Nu Niet Zwanger. Nu Niet Zwanger is gericht op de ondersteuning van mannen en vrouwen in de vruchtbare leeftijd (inclusief minderjarigen¹) in kwetsbare omstandigheden, **zodat zij een geïnformeerde en bewuste keuze kunnen maken over (het moment van) hun kinderwens zodat zij niet onbedoeld zwanger raken.**

Deze methodiek is geschreven door en voor professionals in het sociaal en medisch domein die zelf in direct contact staan met deze cliënten. Nu Niet Zwanger heeft als basis een grondhouding waarbij je als professional naast je cliënt staat, onbevooroordeeld en nieuwsgierig bent naar je cliënt, bij haar/hem aansluit en vertrouwen geeft. De methodiek biedt handvatten om proactief een open en eerlijk gesprek aan te gaan over de vraag of je cliënt kinderen wenst en wat dat *nu* zou betekenen. Als je cliënt geen actuele kinderwens heeft, kan jij als professional ondersteunen bij de keuze voor de juiste anticonceptie en het gebruik ervan. Dit om een onbedoelde zwangerschap te voorkomen.

Een 'onbedoelde zwangerschap' wordt vaak als overkoepelende term gebruikt voor een 'ongeplande' en 'ongewenste' zwangerschap. Bij een onbedoelde zwangerschap is er geen bewuste en geïnformeerde keuze aan vooraf gegaan. De zwangerschap overkomt de persoon.

Binnen Nu Niet Zwanger staat het voeren van een open en eerlijk gesprek met je cliënt over de kinderwens, seksualiteit en anticonceptie centraal. Onderwerpen die, als je er goed over nadenkt, net zo vanzelfsprekend zijn als praten over schulden of andere problematiek, omdat ze onderdeel van het leven zijn. Professionals voelen zich weleens handelingsverlegen om deze onderwerpen aan te snijden, terwijl het gesprek hierover zo belangrijk is. Uit praktijkervaringen en onderzoek² blijkt dat de juiste grondhouding bij het voeren van het gesprek door cliënten als waardevol wordt ervaren. Naast de juiste grondhouding zijn ook de gesprekstechnieken, gespreksonderwerpen en de begeleiding bij de vervolgstappen van cruciaal belang om je cliënt te ondersteunen. Zodat zij/hij op basis van betrouwbare informatie en bewust een keuze kan maken over een kinderwens en kan handelen in lijn met haar/zijn besluit. Vele zaken zijn waarschijnlijk niet nieuw voor je, maar herkenbaar. Dat is mooi. In deze methodiek zijn ze bijeengebracht, zodat ze jou als professional in staat stellen om een bijdrage te leveren aan het ondersteunen van mensen in kwetsbare omstandigheden rondom deze belangrijke thema's.

1 Voor een uitgebreide toelichting over de rechten van minderjarigen verwijzen we naar [Rechten minderjarigen | KNMG](#)

2 AEF 2020; Jeeninga & Cloin, 2021; Rijlaarsdam, 2015.

Deze beschrijving van de methodiek staat niet op zichzelf. Nu Niet Zwanger biedt jou als professional daarnaast ook training, een e-learning, coaching (“on the job”) en intervisie. Verder zijn het boek ‘Nu kan ik verder’³ en praatplaten beschikbaar. De methodiek Nu Niet Zwanger zet ook in op intensieve samenwerking tussen de ketenpartners (in het sociale en medische domein). De regionale structuur van Nu Niet Zwanger zorgt voor lokale en regionale afspraken. Zodat op het moment dat meer ondersteuning nodig is, die niet binnen het regulier circuit te organiseren valt, je als professional er niet alleen voor staat. Dan kan er snel geschakeld worden met andere samenwerkingspartners. Ook jij bent onderdeel van de samenwerking tussen ketenpartners.

De methodiekbeschrijving is in opdracht van het landelijk programmateam Nu Niet Zwanger vernieuwd en in co-creatie met professionals die de methodiek gebruiken tot stand gekomen. Het is zo compact mogelijk beschreven met als doel jou als professional toe te rusten om het gesprek te voeren en te doen wat nodig is.

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 wordt het ontstaan en de urgentie van Nu Niet Zwanger besproken. In hoofdstuk 2 komt de doelstelling van Nu Niet Zwanger aan bod. De doelgroep wordt in hoofdstuk 3 beschreven. In hoofdstuk 4 worden de belangrijkste uitgangspunten van de methodiek besproken. Hoofdstuk 5 beschrijft de basishouding en het model van Rijlaarsdam en de toepassing ervan in de praktijk. De praktijkvoorbeelden die in de methodiekhandleiding zijn gebruikt, komen uit de praktijk en zijn te vinden in het boek ‘Nu kan ik verder’.

3 Nu kan ik verder, De echte verhalen van Nu Niet Zwanger - Hans Schleiffert 2021 www.nunietzwanger.nl/verhalenbundel

1 Waarom Nu Niet Zwanger



Esmee is halverwege de 20, ze is dak- en thuisloos, verslaafd aan drugs, kampt met psychische problemen en ze is af en toe werkzaam als sekswerker om de drugs te kunnen betalen. In deze schrijnende situatie is zij nu voor de tweede keer onbedoeld en ongewenst zwanger geraakt. Haar eerste kind heeft ze na de bevalling niet meer gezien. Net als twee jaar daarvoor, tijdens haar eerste zwangerschap, wordt Esmee besproken in het casusoverleg met dezelfde zeven organisaties die bij haar betrokken zijn. Esmee is boos op de hulpverleners, omdat de organisaties zich op dat moment weer met haar gaan bemoeien. En omdat ze haar niet geholpen hebben om deze tweede onbedoelde zwangerschap te voorkomen. De hulpverleners denken juist: 'ze zou boos op zichzelf moeten zijn! Dat ze ondanks dat ze weet wat de risico's zijn van onbeschermd seks hebben, toch zwanger raakt.' Zonder afscheid te nemen van haar kind loopt Esmee na de bevalling het ziekenhuis uit. Haar kind wordt bij de geboorte uithuisgeplaatst.

Een aanzienlijk deel van de vrouwen in Nederland raakt onbedoeld zwanger. Volgens onderzoek is een kwart van de zwangerschappen ongepland en 15% ongewenst (Wijsen & De Graaf, 2017). Hoeveel vrouwen in kwetsbare omstandigheden zoals Esmee ongepland en ongewenst zwanger raken, is niet bekend.

Een onbedoelde zwangerschap kan een enorme impact hebben op het leven van je cliënt en het leven van het kind. Jouw cliënt kan zich zorgen maken over het krijgen van een kind en hoe zij/hij deze moet opvoeden gezien de omstandigheden waarin zij/hij leeft. Een veilige en gezonde ontwikkeling van het kind kan in gevaar komen door bijvoorbeeld verwaarlozing en/of huiselijk geweld. Bij een aantal van deze cliënten zijn de zorgen zo groot dat elk kind dat wordt geboren bij de moeder (het gezin) wordt weggehaald en uit huis geplaatst. Soms, zoals bij Esmee, al direct na de bevalling. Als professional werk je met je cliënt aan een stabielere toekomst en een onbedoelde zwangerschap maakt dit in sommige gevallen veel ingewikkelder. Ook als een kind gewenst is kan dit de omstandigheden waarin deze cliënten zich bevinden, bemoeilijken.

Kwetsbaar en onbedoeld zwanger: geen onwil

Een onbedoelde zwangerschap is vaak geen onwil, maar onvermogen. Mensen in kwetsbare omstandigheden hebben vaak niet de rust, de tijd of de mogelijkheid om stil te staan bij de vraag of er een kinderwens is, hierin afwegingen te maken en zo nodig actie te ondernemen. Als cliënten veel problemen hebben en leven met de waan van de dag, dan is stilstaan bij hun kinderwens of zorgen voor geschikte anticonceptie niet altijd het eerste waar ze aan denken. Er zijn vaak andere prioriteiten, zoals een dak boven het hoofd, rekeningen betalen of zorgen dat er eten in huis is.

Er is bij jouw cliënten soms ook beperkte kennis over het eigen lichaam en over anticonceptie. Ook door beperkingen zoals een licht verstandelijke beperking of laaggeletterdheid zijn cliënten kwetsbaar waardoor zij niet altijd bewust nadenken over deze onderwerpen of risico's op een zwangerschap lager inschatten. Het ontbreekt hen aan correcte informatie over (het juiste gebruik van) anticonceptie of deze informatie wordt niet altijd goed begrepen.

Als professionals realiseren we ons onvoldoende welke belemmeringen en uitdagingen onze cliënten ervaren om een zwangerschap te voorkomen of, indien gewenst, de kinderwens uit te stellen. Soms gaan we mee in de prioriteiten van de cliënt, of overschatten we cliënten in hun kennis over hoe ze zwanger raken. Nu Niet Zwanger speelt juist hierop in. De methodiek gaat over het proactief bespreekbaar maken van de onderwerpen kinderwens, seksualiteit en anticonceptie om een onbedoelde zwangerschap te voorkomen.

Nu Niet Zwanger

Het programma Nu Niet Zwanger is ontstaan vanuit de casus Esmee. Connie Rijlaarsdam, de grondlegger van Nu Niet Zwanger, was betrokken bij Esmee als verpleegkundig specialist bij GGD Hart voor Brabant. Connie begeleidde haar al een aantal jaar op het sociaal-medisch spreekuur bij de dak- en thuislozenopvang. Toen Esmee voor de tweede keer onbedoeld zwanger was, werd ze opnieuw besproken in het casusoverleg met dezelfde zeven organisaties als de eerste keer toen zij zwanger was. Dit was het moment waarop Connie vanuit haar eigen frustratie de vragen stelde 'Hoe kan het eigenlijk dat Esmee weer zwanger is geworden? Wat hebben wij hiervan geleerd? Heeft ze eigenlijk wel een kinderwens?'. Niemand van de hulpverleners had deze vragen aan Esmee gesteld. Ook Connie zelf niet. Dat was het moment dat Connie besloot dat hier iets moest gebeuren.

Tijdens de begeleiding van de tweede zwangerschap van Esmee heeft Connie het anders aangepakt. Ze ging het gesprek met Esmee aan om te onderzoeken of Esmee een kinderwens had. Esmee kon haar emoties uiten: 'Natuurlijk wil ik geen kind, ik snap ook wel dat ik daar niet voor kan zorgen. Maar waarom hebben jullie mij dit niet eerder gevraagd? Zelfs niet na mijn eerste kind! Deze zwangerschap had voorkomen kunnen worden!' Nu kwam ook naar voren dat Esmee eigenlijk geen kind wilde en werden de opties besproken om een derde onbedoelde zwangerschap te voorkomen. Uiteindelijk is er een spiraal geplaatst op het moment dat Esmee daar zelf om vroeg. Terugkijkend op de hele situatie heeft Connie de vraag gesteld: 'Wat zou er gebeuren als wij als hulpverleners actiever het gesprek zouden aangaan over de kinderwens, seksualiteit en anticonceptie met cliënten en deze vrouwen en mannen daarin ondersteunen?'

Connie is een pilot in Tilburg gestart in 2014. Ze ging proactief en outreachend met mensen in kwetsbare omstandigheden in gesprek over hun kinderwens, seksualiteit en anticonceptiegebruik. Uit de pilot bleek dat 86% van de vrouwen geen actuele kinderwens had maar ook geen adequate anticonceptie gebruikte. Na de gesprekken met Connie kozen deze vrouwen wel bewust en gemotiveerd voor anticonceptie.

De werkwijze werd al snel overgenomen door andere regio's en bleek consistent en overdraagbaar te zijn (Rijlaarsdam, 2015). In 2018 is Nu Niet Zwanger landelijk uitgerold met subsidie vanuit het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Daarnaast is de methodiek opgenomen in het landelijk actieprogramma Kansrijke Start. Eind 2021 wordt Nu Niet Zwanger in de helft van alle gemeenten in Nederland uitgevoerd. Meer dan duizend professionals hebben de e-learning gevolgd die duizenden cliënten begeleiden via de methodiek.

2 Doelstelling Nu Niet Zwanger



Doel: Mensen in kwetsbare omstandigheden maken een **bewuste, geïnformeerde** keuze over (het moment van) hun kinderwens, zodat zij niet onbedoeld zwanger raken.

De focus binnen Nu Niet Zwanger ligt op het kunnen maken van een bewuste, geïnformeerde keuze of je cliënt op dit moment een kinderwens heeft. Dit kan alleen als jouw cliënt de **tijd** heeft genomen om vanuit **verschillende invalshoeken** naar **verschillende keuzemogelijkheden** te kijken. Naar de opties én de mogelijke consequenties van die opties, voor **nu** en in de **toekomst**, op basis van betrouwbare informatie.

Jouw cliënt heeft jouw ondersteuning nodig om dit proces te doorlopen. Het gaat om een bewustwordingsproces dat je samen met je cliënt aangaat waarbij zij/hij altijd zelf de regie voert. Als je cliënt bewust en met betrouwbare informatie zelf de afweging maakt om op dit moment geen kind te willen krijgen, dan kun je vanuit de methodiek Nu Niet Zwanger praktische en financiële ondersteuning bieden om dit te realiseren. Zo wordt een bijdrage geleverd aan het voorkomen van een onbedoelde zwangerschap. Indien je cliënt wel voor een kind kiest, kun je hem/haar begeleiden naar de juiste zorg.

3 Doelgroep

Als professional begeleid je onder andere cliënten in de vruchtbare leeftijd en die in kwetsbare omstandigheden leven. Vaak zijn deze cliënten kwetsbaar door een combinatie van problemen en/of beperkingen. Het lukt hen niet om zelfstandig mee te komen in de maatschappij. Ze zijn minder weerbaar, schatten risico's verkeerd in of verkeren in sterke afhankelijkheidsrelaties. Door de diverse problematiek zijn er vaak verschillende hulpverleners bij deze cliënten betrokken. Dit is de doelgroep waarvoor Nu Niet Zwanger is ontwikkeld.

Nu Niet Zwanger richt zich op vrouwen en mannen:

- in de vruchtbare leeftijd, dus ook minderjarigen⁴, en
- in kwetsbare omstandigheden door een combinatie van problemen en/of beperkingen zoals:
 - ernstige psychiatrische problematiek,
 - verstandelijke beperking,
 - verslaving,
 - dakloosheid,
 - schulden,
 - loverboyproblematiek,
 - ongedocumenteerd zijn,
 - andersoortige problematiek, en
- met een gebrek aan zelfredzaamheid waarvoor ondersteuning nodig is.

De doelgroep van Nu Niet Zwanger is heel divers zoals hierboven beschreven. Het gesprek over een kinderwens beperkt zich echter niet tot deze doelgroep. Je kan met iedere cliënt dit gesprek voeren.

Vrouwen én mannen

Hoewel het misschien voor de hand ligt om te denken dat het gesprek over kinderwens, seksualiteit en anticonceptie vooral met vrouwen wordt gevoerd, behoren ook mannen tot de doelgroep. Je hebt als man en vrouw samen seks en je bent dus samen verantwoordelijk voor het verwekken van een kind. Het is een gedeelde verantwoordelijkheid om hier een bewuste keuze over te maken en daarnaar te handelen. Mannen hebben een stem bij de keuze voor het ouderschap en een rol in het nemen van verantwoordelijkheid om een onbedoelde zwangerschap te voorkomen.

4 Voor een uitgebreide toelichting verwijzen we naar [Rechten minderjarigen | KNMG](#)

Het is echter een gegeven dat het palet aan anticonceptiemogelijkheden voor een vrouw uitgebreider is. Dit betekent niet dat een man minder verantwoordelijkheid hiervoor draagt. Zij kunnen bijvoorbeeld meedenken over passende anticonceptie, desgewenst meegaan naar de huisarts en bijdragen aan de kosten van anticonceptie. Het is van belang om ook met mannen (in hun rol als partner maar ook met single mannen) het gesprek over de kinderwens te voeren en als deze op dat moment er niet is, over seksualiteit en anticonceptie.



Lars en Naomi willen geen kinderen meer. Ze gebruiken samen condooms, maar ideaal vinden zij dat niet. Liever willen zij iets dat een langere tijd werkt. Nu het over anticonceptie gaat, zie ik dat Lars zich terugtrekt uit het gesprek. Hij heeft zijn aandeel geleverd en verder gaat het toch niet meer over hem, lijkt hij te denken. Ik leg verschillende anticonceptiemethoden uit en probeer Lars non-verbaal aangesloten te houden bij het gesprek. Wanneer ik de optie van een sterilisatie bespreek – en dat het zowel een optie is voor Naomi als voor Lars om zich te laten behandelen – kijkt ook Lars verrast op van zijn telefoon. 'Wat ik? Kan dat ook?' Daar hadden ze nog nooit van gehoord.

4 Belangrijke uitgangspunten

De methodiek Nu Niet Zwanger is gebaseerd op een aantal belangrijke uitgangspunten die richting geven aan het professioneel handelen. Ze zijn de basis waarop het gesprek wordt gevoerd en de ondersteuning wordt geboden.

4.1 Zelfbeschikking

De reproductieve rechten en mensenrechten dienen als uitgangspunt voor de werkwijze binnen Nu Niet Zwanger. Vrouwen en mannen in de vruchtbare leeftijd⁵ hebben het recht om in vrijheid en verantwoordelijkheid zelf te kiezen voor kinderen, het aantal kinderen en voor het moment waarop zij kinderen willen krijgen. Zonder dat hierbij sprake is van drang, dwang, discriminatie of geweld. Het zelfbeschikkingsrecht en de keuzevrijheid van eenieder staat hierbij voorop. Vrouwen en mannen hebben tegelijkertijd recht op toegang tot informatie, educatie en middelen, zodat ze een geïnformeerde keuze kunnen maken waarbij er nooit sprake mag zijn van gedwongen keus.

4.2 Professionele verantwoordelijkheid

Het is niet voor iedereen vanzelfsprekend om een bewuste en geïnformeerde keuze te maken over een kinderwens en ernaar te handelen. Onze cliënten hebben vaak nog niet over deze onderwerpen nagedacht of hebben hier ondersteuning bij nodig. We geloven dat iedere professional, dus ook jij, verantwoordelijk is om hier een bijdrage aan te leveren en, hoe klein of groot, het verschil kan maken. Het gesprek niet aangaan is geen optie want de impact van een onbedoelde zwangerschap is groot. Deze zorgverantwoordelijkheid geldt voor iedere professional, ongeacht in welk domein je werkzaam bent. Het is namelijk niet slechts het werkgebied van het medisch domein (Schonewille et.al., 2018).

Je ondersteuning en de gesprekken die je met je cliënt voert, gaan vaak over een stabielere situatie in de toekomst en wat daar nu voor nodig is. Ben als professional nieuwsgierig en onderzoek actief hoe je cliënt over het krijgen van kinderen denkt. Heeft je cliënt kinderen en welke rol spelen kinderen in het leven van je cliënt, nu en in de toekomst? Deze gezamenlijke oriëntatie op de toekomst legitimeert deze vragen. Want de antwoorden op die vragen, die maken nogal wat uit.

⁵ Inclusief minderjarigen. Voor een uitgebreide toelichting verwijzen we naar [Rechten minderjarigen | KNMG](#)

Het kan zijn dat jouw persoonlijke overtuigingen je nog belemmeren. Je denkt misschien dat het de taak en verantwoordelijkheid is van een huisarts of een gynaecoloog om het over dergelijke onderwerpen te hebben. De gedachte dat kindrewens, seksualiteit en anticonceptie een privéaangelegenheid is en dus een persoonlijke verantwoordelijkheid van jouw cliënt, maakt dat je wellicht het gesprek niet makkelijk aangaat. Of misschien voel je je onzeker over het aangaan van het gesprek over deze onderwerpen. Met Nu Niet Zwanger willen we een bijdrage leveren aan het overwinnen van deze belemmeringen en het nemen van zorgverantwoordelijkheid.

4.3 Regulier waar regulier kan

Nu Niet Zwanger vindt het belangrijk dat oplossingen, acties of interventies binnen de reguliere routes worden gevonden. Het gesprek over het al dan niet bestaan van de kindrewens wordt door jou (of iedere andere professional) binnen het reguliere werk gevoerd. Daarnaast maken we gebruik van andere reguliere routes zoals: bezoek aan de eigen huisarts voor een recept voor anticonceptie of de ondersteuning vanuit de bewindvoerder (indien deze is aangesteld) voor het betalen van kosten van anticonceptie als de zorgverzekering dat niet dekt. Je doet het samen met je cliënt en volgt de gebruikelijke weg: via reguliere routes waar het regulier kan.

In gevallen waar het niet via reguliere routes kan, biedt Nu Niet Zwanger de mogelijkheid om op te schalen binnen de regionale structuur van Nu Niet Zwanger en zijn er eventueel financiële middelen om maatwerk te bieden (zie H5.6).



Faiza is 20 jaar en onbedoeld zwanger. Haar moeder raadt haar zeer sterk af om deze zwangerschap door te zetten, terwijl Faiza al veel gevoel heeft bij haar zwangerschap. Nu nog afbreken, het kind afstaan ter adoptie of plaatsen bij pleegouders? Zij kan zich daar moeilijk iets bij voorstellen. Tegelijkertijd twijfelt ze erg of zij de opvoeding alleen aan zal kunnen en vraagt zich af hoe zij haar opleiding dan af moet maken. Hoe zit het financieel met een kind en wat moet je praktisch allemaal regelen? Ik besluit om mijn collega van Voorzorg, die dagelijks jonge meiden begeleidt vanaf hun zwangerschap tot het moment dat hun kind twee jaar oud is, hierbij te betrekken. Verder regel ik voor haar dat zij morgen wel met iemand van het FIOM kan praten over haar keuze.

5 De praktijk

Onderstaande figuur geeft de kern van de methodiek.



Figuur 1: Nu Niet Zwanger in een notendop.

Een **grondhouding** vanuit **presentie, motiverende gespreksvoering** en **zelfreflectie** van de professional op de onderwerpen: kinderwens, seksualiteit en anticonceptie, staan aan de basis van de methodiek. **Motiverende gespreksvoering** biedt daarnaast de handvatten voor het voeren van het gesprek en de ondersteuning van je cliënt. De professionele basis bespreken we in [paragraaf 5.1](#).

Zoals in de figuur te zien is (van links naar rechts), bespreek je eerst het onderwerp **kinderwens**, dan **seksualiteit** en ten slotte **anticonceptie**. Deze volgorde is niet toevallig. De kinderwens staat uitdrukkelijk vooraan. Immers, pas als blijkt dat er op dit moment geen kinderwens is, dan heeft het zin om door te gaan over seksualiteit en eventueel benodigde anticonceptie. Mocht het gesprek over seksualiteit of anticonceptie vastlopen, dan is het belangrijk dat je teruggaat naar de kinderwens. Vanuit daar kun je opnieuw het gesprek aangaan over seksualiteit en anticonceptie.

Binnen de drie gespreksonderwerpen is het belangrijk aandacht te hebben voor vijf factoren die van invloed zijn, namelijk: **kennis, emotie, context, verantwoordelijkheid** en **geld**. Deze vijf factoren zijn niet alleen van invloed op de regie- en keuzemogelijkheden van je cliënt, maar ook op de houding van jou als professional tijdens het bespreken van deze onderwerpen.

De gespreksonderwerpen en de vijf factoren komen terug in het Model van Rijlaarsdam, deze bespreken we in [paragraaf 5.2](#).

5.1 Basishouding: Presentie, MG en zelfreflectie

5.1.1 Presentie

Nu Niet Zwanger ziet de relationele afstemming tussen jou als professional en je cliënt als basis voor hulp en steun. De **presentiebenadering** biedt deze basis waarbij alles draait om een goede, nabije relatie, om zorg, om de waardigheid van de ander en het erkennen van de ander. Je staat naast je cliënt en volgt haar/hem. Je verplaatst je in haar of zijn situatie en hebt aandacht voor de manier waarop je cliënt in het leven staat en met haar/zijn problemen omgaat. Je doet dit onbevooroordeeld en je volgt hierin wat op dat moment belangrijk is voor je cliënt. Hiermee zet je de cliënt centraal. Als je vanuit presentie werkt, beweeg je naar de ander toe. Je bezoekt je cliënt waar deze leeft en houdt rekening met het tempo van je cliënt in het proces. Soms is dat vertragen, soms is dat heel snel handelen. Door aan te sluiten bij je cliënt en in samenspraak te onderzoeken wat voor je cliënt van waarde is en in hoeverre het krijgen van kinderen hiervan onderdeel is, krijg je zicht op wezenlijke wensen en verlangens. Je houdt oog voor de (on)mogelijkheden van je cliënt en bespreekt deze. En je blijft in contact, ook als je cliënt je afwijst of zich niet aan de afspraken houdt. Het vraagt een betrouwbare, onvoorwaardelijke en open houding van jou als professional.



'Eerst presentie, dan interventie'

De ingrediënten van de presentiebenadering zijn (Baart, 2001):

- Je verplaatst je in het perspectief van jouw cliënt en stemt je eigen werkwijze daarop af. Je werkt dus niet met een vooropgezet doel.
- Je wilt de ander echt leren kennen en jezelf in haar of hem verdiepen. Zo kun je namelijk pas begrijpen wat van waarde is voor de ander of wat er voor de ander 'op het spel staat'.
- In aansluiting daarbij kun je vervolgens inzien wat goede en afgestemde hulp is en welke betekenis jij voor de ander kunt hebben.
- Wat nodig is om te doen voor de ander, ga je dan ook doen.

Indien je weinig bekend bent met de presentietheorie, dan raden we je aan je hier verder in te verdiepen (www.presentie.nl).



Aan de voordeur van haar huis in een nieuwbouwwijk word ik hartelijk ontvangen door een grote blonde dame. Mijn ogen moeten wennen aan het donker als ik de kleine woonkamer binnenstap. De rolluiken en alle gordijnen zijn dicht. Ik schrik enigszins van haar partner, een grote imposante man die met ontbloot bovenlijf op de bank zit en sport kijkt. Nina gaat naast haar schoonmoeder op de bank zitten en ik schuif een stoel bij. Er staat een enorme vogelkooi in de kamer en er is een diversiteit aan dieren in huis. Mijn aandacht voor haar dieren breekt het ijs. Ik stel me uitdrukkelijk voor en vraag hen wat zij van mijn komst vinden. Haar partner blijft stoïcijns naar de televisie kijken.

5.1.2 Motiverende gespreksvoering

Doel van motiverende gespreksvoering (Miller en Rollnick, 2017) is de cliënt tot een bewuste, weloverwogen beslissing te laten komen rondom de kinderwens. Hiertoe onderzoek je als professional samen met je cliënt wat voor haar/hem van waarde is. Door het stellen van vragen wordt je cliënt uitgenodigd om gedachten en gevoelens ten aanzien van kinderwens, seksualiteit en anticonceptie uit te spreken. Het uitspreken maakt je cliënt (meer) bewust van haar/zijn eigen gedachten en gevoelens hierover. Met motiverende gespreksvoering kan bestaande motivatie onderzocht en versterkt worden. Motivatie is de motor voor verandering van gedrag.

Motivatie is niet constant en dient onderzocht en versterkt te worden om tot actie te komen. Soms weet je cliënt wel wat zij/hij wil, maar is die stap daadwerkelijk zetten nog moeilijk. Het kan ook zijn dat je cliënt nog twijfelt over wat zij/hij wil en nog niet de voor en tegen argumenten goed in kaart heeft kunnen brengen. Binnen de motiverende gespreksvoering wordt bij het hinken op twee gedachten gesproken over ambivalentie. Ambivalentie is een belangrijke voorwaarde voor verandering. Je onderzoekt de ambivalentie, waarbij je de positieve en negatieve aspecten van huidig en nieuw gedrag met de cliënt in kaart brengt.

Iemand kan pas veranderen als daartoe de wil er is, iemand zichzelf daartoe in staat acht, het vertrouwen heeft de verandering aan te kunnen en daar het nut en de noodzaak van inziet. Jij als professional stelt de juiste vragen waarmee je cliënt de eigen antwoorden en dus ook motivatie kan verwoorden en bekrachtigen.

In de Nu Niet Zwanger methodiek onderzoek je samen met je cliënt bij elk onderwerp de ambivalentie. Wanneer je cliënt geen kinderwens heeft of deze wenst uit te stellen, bespreek je samen wat dit besluit betekent voor het seksuele gedrag. Samen onderzoek je in hoeverre hier verandering nodig is om een onbedoelde zwangerschap te voorkomen. Pas als je cliënt zegt hierin verandering te wensen, onderzoek je samen waar mogelijke ambivalentie ten aanzien van anticonceptiegebruik is en kom je samen tot een voor je cliënt adequate keuze.

De fases in het gesprek

In het gesprek met je cliënt doorloop je verschillende fases: *engageren, focussen, ontlocken en plannen*. Ze vormen met elkaar de bouwstenen voor een heldere structuur in je gesprek. De processen zijn zowel opvolgend als repeterend; als een trap. In de loop van een gesprek loop je de trap op, maar je kunt ook teruggaan naar een voorgaande trede als die opnieuw de aandacht vraagt. Bij iedere trede vraag je instemming van je cliënt. Dit is heel relevant om de zelfregie bij je cliënt te behouden en te bevorderen. De processen zijn hieronder beschreven in Figuur 2.

4 Plannen

Wanneer cliënt een duidelijk beeld heeft van wat hij/zij wil (veranderen), kunnen er vragen gesteld worden om tot actie te komen. Er wordt samen met de cliënt onderzocht hoe de cliënt het wil gaan aanpakken (commitmenttaal), wat hiervoor nodig is en op welk moment de acties worden gepland en uitgevoerd.

3 Ontlokken

Uitvragen en in beeld brengen welke verandermotieven de cliënt zelf heeft. Wanneer cliënt uitspraken doet die gericht zijn op verandering (verandertaal) kan onderzocht worden in hoeverre cliënt de wens heeft tot deze verandering, daar het belang van ziet (nut en noodzaak) en zichzelf daartoe in staat achter (vertrouwen).

2 Focussen

In samenspraak met de cliënt een richting kiezen in het gesprek: *'ik zou het graag met je willen hebben over kinderwens, is dat oké?'* Door toestemming te vragen maak je de cliënt deelgenoot van de focus van het gesprek.

1 Relatie leggen (engageren)

Contact maken met de cliënt waarin er helderheid gegeven wordt wat de cliënt van jou kan verwachten.

Figuur 2: De fases van het gesprek met de cliënt.

Soms ervaar je weerstand bij een cliënt, dit kan duiden op wantrouwen of angst. Vaak is dat het resultaat van onvoldoende aansluiten bij je cliënt waardoor zij/hij in verzet komt. Daarmee laat je cliënt zien dat er onvoldoende ruimte is voor haar/zijn autonomie. Ga dan terug naar het versterken van jullie relatie, maak je cliënt weer deelgenoot van het gesprek en geef meer ruimte aan je cliënt om haar/hem op eigen wijze en tempo de stappen te laten nemen die er voor jouw cliënt toe doen.

5.1.3 Zelfreflectie

Als professional ben je gewend om te reflecteren op wat je doet, hoe je het doet en wat het bij je oproept. Want als professional neem je jezelf mee in het gesprek, je ervaringen, gevoelens en meningen. Dat is logisch en kan niet anders. Het is wel van belang dat je je realiseert dat je persoonlijke mening of gevoelens van invloed kunnen zijn en dat je hier professionele afstand van kan nemen om de ander te helpen. Als je merkt dat je persoonlijke mening een open en eerlijk gesprek met je cliënt in de weg staat dan kun je eventueel een collega vragen om het gesprek over te nemen. Hieronder zijn een aantal voorbeelden van reflectievragen beschreven die in bepaalde situaties bruikbaar kunnen zijn. In [paragraaf 5.3 'Model van Rijlaarsdam in de praktijk'](#) vind je nog meer reflectievragen.



Hoe is het om hoogzwanger in gesprek te gaan over de kinderwens van jouw cliënt? Hoe doe je dat als je zelf een onvervulde kinderwens hebt? Hoe veilig voel jij je als man om dit bespreekbaar te maken? Hoe begin je over de kinderwens met een cliënt die in het verleden een abortus heeft ondergaan of bezig is de bestaande omgangsregeling met de kinderen aan te vechten?

5.2 Model van Rijlaarsdam

Het Model van Rijlaarsdam beschrijft vijf factoren die van invloed zijn op de regie- en keuzemogelijkheden van cliënten op de onderwerpen kinderwens, seksualiteit en anticonceptie. We bespreken eerst deze drie onderwerpen. Daarna gaan we in op de vijf factoren.

5.2.1 Kinderwens

Je cliënt kan een bewuste kinderwens hebben. Het kan een existentiële wens zijn. Het kan ook een manier zijn om liefde te vinden of om iets van of voor jezelf te hebben. Er zijn ook mensen die via het krijgen van kinderen hopen dat zij hun partner aan zich kunnen binden of aanspraak kunnen maken op specifieke voorzieningen, zoals voorrang op een woning. Je cliënt kan ook heel bewust geen kinderwens hebben. Bijvoorbeeld, omdat zij/hij op dit moment te veel problemen en stress ervaart, omdat zij/hij een negatieve ervaring heeft opgedaan met een zwangerschap of geboorte of gewoon omdat zij/hij cliënt nooit kinderen zou willen. Of misschien heeft je cliënt nog helemaal niet zo bewust over het krijgen van kinderen nagedacht.

Door over de kinderwens in gesprek te gaan met jouw cliënt krijg jij zicht op hoe jouw cliënt hiernaar kijkt en wat het wel of niet krijgen van kinderen op dit moment in diens leven betekent. Misschien heeft je cliënt geen vaste partner of wil je cliënt nog een opleiding volgen waardoor zij/hij nu geen kinderen wil. Of misschien wil je cliënt wel kinderen maar heeft zij/hij ondersteuning nodig om te zorgen voor een goede leefomgeving voor een toekomstig kind. Doordat je zicht krijgt op wat van waarde is voor je cliënt en wat er voor haar/hem op het spel staat kan verdieping ontstaan in jullie werkrelatie. Het inzicht kan ook bijdragen aan een betere aansluiting van jouw begeleiding bij je cliënt waardoor deze effectiever wordt.



Een vierde kind? Daar moeten ze eigenlijk niet aan denken. Lars en Naomi zijn heel blij met de kinderen die zij hebben. 'Wij doen echt ons best, maar nog eentje erbij zouden we niet weten hoe te redden. Vier is echt te veel. Zoals het nu gaat lukt het net.' Lars en Naomi vinden kinderen heel leuk, maar zien van zichzelf in dat zij bij een vierde zullen overlopen. Het is goed zo. 'Nee hoor, echt niet meer' zegt Lars, 'we zijn de boel op de rit aan het zetten. Over een paar jaar zijn we uit de schulden, het is wel goed zo.'

5.2.2 Seksualiteit

Binnen Nu Niet Zwanger bespreek je seksualiteit met je cliënt om samen in te schatten of er een risico bestaat op een onbedoelde zwangerschap. Je bespreekt dus niet iemands persoonlijke seksuele wensen en voorkeuren, maar wel of iemand seksueel actief is en beschermd of onbeschermd seks heeft, gekoppeld aan diens kinderwens van dat moment. Soms zeggen cliënten dat ze nu geen risico lopen omdat ze geen partner hebben of even helemaal klaar zijn met seks. Het is van belang om niet alleen naar de huidige situatie te kijken, maar ook naar toekomst, zodat ze wanneer zij er wel weer aan toe zijn, niet onbedoeld zwanger raken.

Ervaring leert dat er sterk verschillende denkbeelden kunnen bestaan over hoe je wel of niet zwanger kunt raken, wat 'veilige' seks is of wat er überhaupt wordt bedoeld met seks. Een treffend voorbeeld hierbij zijn twee cliënten die zeiden meerdere keren per dag seks te hebben. In gesprek bleek dat zij samen hand in hand op de bank zitten bestempelden als 'seks hebben'. Een andere cliënt dacht dat zolang de vrouw niet klaarkomt, er geen eitje vrij kwam. Op die manier dacht zij er heel goed voor te zorgen dat zij niet zwanger zou raken. Het is daarom belangrijk goed door te vragen om de betekenis en kennis van de cliënt op een juiste manier in beeld te krijgen.

Daarnaast maak je met je cliënt een inschatting hoe groot het risico op een onbedoelde zwangerschap is en welke factoren hierin een rol kunnen spelen. Heeft je cliënt zelf invloed op wanneer en hoe zij/hij seks heeft? En is de seks vrijwillig en gewenst of gedwongen? Seks kan ook ingezet worden als ruilmiddel of om iets gedaan te krijgen.

5.2.3 Anticonceptie

Cliënten en professionals hebben ieder hun eigen ervaringen, meningen en ideeën als het gaat over anticonceptiemiddelen. Zoals seks door iedereen anders wordt ervaren, zo zijn er ook grote persoonlijke verschillen in de ervaringen en voorkeuren bij anticonceptiemiddelen.

Het is een valkuil om snel in te gaan op de mogelijke voor- en nadelen van het ene of het andere anticonceptiemiddel. Een gesprek daarover wordt pas relevant nadat je cliënt een bewuste keuze heeft gemaakt over de kindwens. Pas als een cliënt voor zichzelf een besluit heeft genomen om nu niet zwanger te willen raken maar er wel risico is om onbedoeld zwanger te worden, heeft een gesprek over anticonceptie zin. Voordat je ingaat op de verschillende soorten anticonceptie moet je eerst weten welke ervaringen je cliënt heeft en wat deze belangrijk vindt: wil zij bijvoorbeeld controle over haar menstruatie, kan zij/hij open zijn over het gebruik van anticonceptie of is het geheim, hoe makkelijk is het voor je cliënt om dagelijks anticonceptie in te nemen, etc. Vervolgens ga je in op de verschillende anticonceptiemogelijkheden en mogelijke voor- en nadelen.

Het is niet nodig om alle details van alle verschillende middelen te kennen om over anticonceptiemiddelen in gesprek te gaan. Daar bestaan goede voorlichtingsmaterialen en websites voor en het is juist prettig om dit samen met je cliënt uit te zoeken. De keuze van een middel is tenslotte altijd aan de cliënt zelf in samenspraak met een arts of verloskundige die dit mag voorschrijven. Samen kijken ze welke anticonceptie het beste past bij je cliënt gezien de omstandigheden en leefstijl. De arts of verloskundige bespreekt eventuele medische contra indicaties, vraagt naar eerdere (negatieve) ervaringen en geeft informatie over eventuele bijwerkingen.

5.2.4 De vijf factoren

Zoals eerder benoemd zijn er vijf factoren van invloed op de onderwerpen kinderwens, seksualiteit en anticonceptie (zie figuur 3). De factoren zijn: **kennis, emotie, context, verantwoordelijkheid** en **geld**. Deze factoren zijn niet alleen van invloed op de regie- en keuzemogelijkheden van je cliënt, maar ook op jouw houding als professional tijdens het bespreken van deze onderwerpen. Hieronder worden deze factoren toegelicht.



Figuur 3: Vijf factoren die van invloed zijn op de keuze en regiemogelijkheden van je cliënt ten aanzien van kinderwens, seksualiteit en anticonceptie. Deze vijf factoren zijn ook van belang in de houding van jou als professional.

Kennis

Het kennisniveau van iemand is sterk afhankelijk van iemands opvoeding, wat iemand gehoord, gelezen of gezien heeft en welke ervaringen iemand heeft opgedaan (wat gebeurde er met welk effect?). Je cliënt kan weinig toegang hebben tot informatie of de informatie niet goed begrijpen. Het betekent dat je als professional nieuwsgierig bent naar de kennis van je cliënt. Het gaat hier ook om je eigen kennis als professional. Wat weet je zelf als professional over de thema's en weet je waar je relevante en betrouwbare informatie kunt vinden?

Emotie

De begrippen kinderwens, seksualiteit en anticonceptie zijn omgeven door emoties. Je cliënten kunnen heel verschillende gevoelens hebben bij deze onderwerpen. De één voelt dat een kind zin geeft aan het leven of romantiseert het krijgen van een kind en heeft er alleen positieve gevoelens bij. Bij de ander roepen deze onderwerpen negatieve gevoelens op zoals pijn, frustratie of schaamte. Iedereen heeft daar heel eigen, specifieke en persoonlijke belevingen bij en dat kan het spannend maken voor je cliënt maar ook voor jou als professional om de onderwerpen te bespreken. Als professional ben je bewust van je eigen normen,

waarden en gevoelens over deze thema's. En hoe deze van invloed kunnen zijn in je professionele relatie tot je cliënt. Je streeft ernaar om je zo neutraal mogelijk op te stellen. Als je eigen emoties echter een open en eerlijk gesprek in de weg staan dan vraag dit van jou als professional om passende actie.

Context

Met de context worden de letterlijke en figuurlijke omstandigheden van mensen bedoeld. Deze omstandigheden neem je mee vanuit het verleden (culturele achtergrond, religie, opvoeding, ervaringen), bestaan in de huidige leefsituatie (woonomstandigheden, belangrijke personen, een partner, netwerk, dagbesteding) en kunnen per situatie anders van invloed zijn. Door op huisbezoek te gaan, krijg je duidelijk inzicht in het leven van je cliënt en kun je vragen stellen over de context. Nu Niet Zwanger hecht hier veel waarde aan omdat het bijdraagt aan een totaal beeld van je cliënt en omdat je cliënt in de eigen omgeving zich 'thuis' voelt. Je bent je als professional bewust van hoe je eigen context jezelf beïnvloedt en hoe verschillend deze context kan zijn vergeleken met die van je cliënt.

Verantwoordelijkheid

Bij dit onderwerp gaat het enerzijds om je cliënt te ondersteunen door vragen te stellen en op maat informatie, educatie en middelen aan te bieden zodat je cliënt zelf verantwoordelijkheid kan nemen. Je maakt een inschatting welke verantwoordelijkheid je cliënt zelf kan dragen. Anderzijds draag jij ook de professionele verantwoordelijkheid om als je cliënt onvoldoende in staat is om dit zelf te doen, het over te nemen. Het gaat erom dat je je als professional bewust bent van je taakopvatting en je verantwoordelijk voelt om proactief het gesprek aan te gaan over kinderwens, seksualiteit en anticonceptie.

Geld











Bij het thema geld gaat het erom dat je samen met je cliënt uitzoekt hoe de financiële situatie van invloed is op het risico op een onbedoelde zwangerschap. Dit geldt voor het geval dat je cliënt geen kinderwens heeft. Zo kan het zijn dat je cliënt onbeschermd seks heeft of niet de juiste anticonceptie kan of wil kopen terwijl zij/hij geen kinderen wenst. Als professional zoek je uit of via algemene, ondersteunende of voorliggende voorzieningen een tegemoetkoming in de kosten van anticonceptie mogelijk is (denk aan verzekering/bewindvoering). Als deze mogelijkheden niet voorhanden zijn, kan Nu Niet Zwanger een rol spelen in de financiële ondersteuning voor anticonceptiemiddelen.

5.3 Model van Rijlaarsdam in de praktijk

In deze paragraaf worden de vijf factoren in relatie tot de drie onderwerpen kort toegelicht aan de hand van een aantal vragen. Deze vragen zijn uiteraard niet de enige vragen die je aan je cliënt of aan jezelf kunt stellen. Ze zijn bedoeld om jou een eerste aanzet te geven om je eigen vragen te formuleren. Hou bij het lezen hiervan je eigen caseload in gedachten.

5.3.1 Kinderwens

Over het onderwerp kinderwens is het belangrijk gezamenlijk zicht te krijgen op:

-  Het toekomstbeeld van je cliënt: heeft zij/hij op dit moment een kinderwens? En wat is de kennis en ervaring van je cliënt in relatie tot een kinderwens en het ouderschap: wat zou de komst van een kindje in de huidige situatie betekenen voor je cliënt en waar moet het ouderschap volgens haar/hem aan voldoen?
-  *Vraag die je jezelf kan stellen:* Hoe denk ik zelf over het krijgen van kinderen? Welke rol speelt het krijgen van kinderen in een mensenleven? Hoe denk ik zelf over wat een gezonde zwangerschap en goed ouderschap inhoudt? Hoe denk ik er zelf over als mijn cliënt nu kinderen krijgt?
-  De emoties, wensen en verlangens van je cliënt in relatie tot het wel of niet krijgen van een kind op dit moment. Welke gevoelens, zowel positief als negatief, ervaart zij/hij bij het idee om wel of geen kinderen te krijgen?
-  *Vraag die je jezelf kan stellen:* Welke gevoelens heb ik zelf bij de komst van (meer) kinderen bij deze cliënt in de huidige situatie en bij het bespreken van de kinderwens met mijn cliënt?
-  Factoren in de context van je cliënt: welke personen, normen en waarden en leefomstandigheden zijn van invloed op de eventuele kinderwens van je cliënt?
-  *Vraag die je jezelf kan stellen:* welke invloed heeft de context op mijn mogelijkheden en voornemens om in gesprek te gaan over kinderwens? Wat leert de context van mijn cliënt mij en hoe vertaal ik dit naar mijn werkwijze?
-  De mate waarin je cliënt in staat is om verantwoordelijkheid te dragen voor zichzelf, diens beslissingen en eventuele kinderen. En hoe reageert je cliënt op onverwachte of onvoorziene gebeurtenissen?
-  *Vraag die je jezelf kan stellen:* Waar heb ik zorgen over? Hoe zie ik mijn verantwoordelijkheid in het bespreekbaar maken van een kinderwens met mijn cliënt en wat kan ik doen om diegene te ondersteunen?
-  De invloed van de financiële situatie op het risico op een onbedoelde zwangerschap. Als mijn cliënt op dit moment geen kind wenst maar geen geld heeft voor anticonceptie dan is het risico op een onbedoelde zwangerschap groot.
-  *Vraag die je jezelf kan stellen:* Welke financiële mogelijkheden zijn er voor mijn cliënt als zij/hij de kinderwens wil uitstellen of juist een kind wenst?



Nina heeft veel verdriet van haar twee kinderen die uit huis zijn geplaatst en ze is bang dat dit nu met de derde ook zo zal gaan. 'Dat hebben ze eigenlijk al gezegd.' Ik luister naar wat zij mij vertelt. Hoe vaak ze haar kinderen mag zien en hoe dat voor haar is. Deze zwangerschap was wel gewenst, in de hoop het kindje te mogen houden. Misschien wel tegen beter weten in geeft ze toe. 'Ik begrijp echt wel dat de situatie op dit moment niet ideaal is om kinderen op te voeden.' Ik bespreek met Nina haar grootste wens, wat wil ze echt? 'Ik wil gewoon mijn eigen kinderen terug. Ik ben een moeder van drie kinderen.' Zonder omwegen vraag ik haar: 'Dus het is niet zo dat jij net zo lang door wil gaan tot je er één mag houden?' 'Nee', zegt ze, 'absoluut niet, want dat heeft ook helemaal geen zin.'

5.3.2 Seksualiteit

Over het onderwerp seksualiteit is het belangrijk gezamenlijk zicht te krijgen op:



Het actuele en feitelijke risico op een zwangerschap: heeft je cliënt juiste kennis over wanneer seks onveilig is, hoe een zwangerschap ontstaat en wat het zwangerschapsrisico is met het huidige seksuele gedrag?



Vraag die je jezelf kan stellen: Wat weet ik zelf over seksueel risicovol gedrag van mijn cliënt in relatie tot een onbedoelde zwangerschap?



Welke emoties roept het praten over seks en seksuele contacten bij je cliënt op en welke gevoelens ervaart je cliënt bij het hebben van seks als er risico is op een onbedoelde zwangerschap.



Vraag die je jezelf kan stellen: Welke gevoelens heb ik zelf bij het praten over seksualiteit? En wat roept het seksuele gedrag van mijn cliënt op bij mij?



Welke factoren in de context, zoals personen, normen en waarden en leefomstandigheden, hebben invloed op het seksuele gedrag van je cliënt?




Vraag die je jezelf kan stellen: Snap ik wat er van invloed kan zijn op iemands seksuele gedrag (bijv. opvoeding, cultuur, geloof, woon- en leefomgeving) en welke contextfactoren bij mij van invloed zijn?




De mate waarin je cliënt zelf regie kan nemen over het seksuele gedrag en hierin verantwoordelijkheid kan dragen, ook bij onverwachte of onvoorziene gebeurtenissen.



Vraag die je jezelf kan stellen: Wat is mijn rol als professional op het moment dat ik weet dat de cliënt geen kinderwens heeft maar wel seksueel actief is? Hoe kan ik ondersteunen en tot waar reikt mijn verantwoordelijkheid?

 De invloed van de financiële situatie van je cliënt op het risico op een onbedoelde zwangerschap. Het gebrek aan financiën of een sterke financiële afhankelijkheid kan maken dat je cliënt die geen kinderwens heeft seksueel risicovol gedrag vertoont (onbeschermd seks). En daarmee risico loopt om onbedoeld zwanger te raken. Het gaat hierbij niet om het gedrag maar wel om de mate waarop je cliënt zichzelf wel/niet wil en kan beschermen voor een onbedoelde zwangerschap.

 *Vraag die je jezelf kunt stellen:* Heb ik zicht op de wijze waarop geld van invloed kan zijn op het seksueel gedrag van mijn cliënt in relatie tot het risico wat zij/hij loopt op een onbedoelde zwangerschap?




Ik zie Faiza voor een SOA-test. In de vragenlijst die zij voorafgaand aan deze afspraak heeft ingevuld zie ik dat Faiza momenteel geen anticonceptie gebruikt. Als ik haar daar naar vraag reageert zij eerst afwijzend: 'Ik ga nu toch geen seks meer hebben en heb geen anticonceptie nodig.'


In mijn hoofd ben ik even verbouwereerd en mijn gedachten ratelen: Hoe kan dit nou toch? Faiza is een slimme meid, zij is eerder onbedoeld zwanger geraakt en komt nu voor een soa-test, omdat zij onveilig seks heeft gehad.

Ik besluit eerlijk tegen haar te zijn en benoem in alle rust: 'Je zegt dat het jou niet overkomt. Hoezo overkomt het jou niet? Weet je nog de vorige keer dat je hier was...?' Er valt een stilte. Faizas uitdrukking verandert. Deze ene vraag zet haar duidelijk aan het denken. Ik laat haar even. En dan zegt ze: 'Je hebt gelijk... Ik gebruik niks en dit kan me weer gebeuren.'

5.3.3 Anticonceptie

Over het onderwerp anticonceptie is het belangrijk gezamenlijk zicht te krijgen op:

 De kennis en ervaringen van je cliënt met betrekking tot anticonceptie en de manier waarop zij/hij nu een zwangerschap voorkomt.

 *Vraag die je jezelf kan stellen:* Weet ik zelf waar ik betrouwbare informatie over verschillende anticonceptiemiddelen kan vinden? En weet ik eventueel welke misvattingen er hierover kunnen bestaan? In hoeverre sluit deze kennis aan bij de specifieke situatie van mijn cliënt?

 De gedachten en gevoelens van je cliënt bij (de verschillende vormen) van anticonceptiegebruik.

 *Vraag die je jezelf kan stellen:* Welke gevoelens en ervaringen heb ik zelf bij de verschillende anticonceptiemiddelen? Ben ik mezelf bewust van mijn persoonlijke voorkeuren? En hoe kan ik daarmee omgaan om mijn cliënt zo neutraal mogelijk te ondersteunen in haar/zijn eigen keuze?

-  De factoren in de context van je cliënt zoals personen, normen en waarden en leefomstandigheden die invloed hebben op de anticonceptiekeuze en betrouwbaar anticonceptiegebruik.
-  *Vraag die je jezelf kan stellen:* Snap ik wat er van invloed kan zijn op de keuze en het gebruik van anticonceptie (bijv. opvoeding, cultuur, geloof, woon- en leefomgeving) en welke contextfactoren bij mij van invloed zijn?
-  De mate waarin je cliënt in staat is om verantwoordelijkheid te dragen voor het regelen van anticonceptie en adequaat gebruik van anticonceptie (ook bij onverwachte of onvoorziene omstandigheden) gekoppeld aan haar/zijn leefstijl.
-  *Vraag die je jezelf kan stellen:* Hoe neem ik mijn verantwoordelijkheid bij het regelen van anticonceptie? Wat doe ik ten aanzien van het mogelijk maken van anticonceptie?
-  De invloed van de financiële situatie van je cliënt op de mogelijkheid om zichzelf (structureel) van anticonceptie te voorzien die passend is bij haar/zijn leefstijl.
-  *Vraag die je jezelf kan stellen:* Waar kan ik informatie vinden over hoe anticonceptie (in mijn regio) wordt vergoed? En hoe kan ik mijn cliënt ondersteunen bij het regelen van passende anticonceptie?



Totdat Lars wordt gesteriliseerd, kiest Naomi voor de prikpil. Weer pakt Lars actief zijn rol. Hoewel de GGD 15 kilometer van hun huis vandaan zit, gaat Lars er in die periode twee keer op zijn fiets naartoe om de prikpil voor Naomi op te halen. Lars neemt de prikpil mee naar huis en Naomi neemt deze weer mee naar haar eigen huisarts. Zo lukt het hun om er op hun manier zelf voor te zorgen dat zij hun gezin niet onbedoeld verder uitbreiden.

5.4 Het vervolg: doen wat nodig is

Op het moment dat je cliënt een bewuste keuze heeft gemaakt over kindwens en of (en welke) anticonceptie gewenst is, bestaat je ondersteuning nog steeds uit: doen wat nodig is. Dat wil zeggen, je blijft vanuit de basishouding van presentie aanwezig voor je cliënt en je motiveert en ondersteunt je cliënt om zoveel mogelijk zelf regie te nemen. De vervolgondersteuning kan bijvoorbeeld zijn: ondersteunen in het maken van een afspraak bij de huisarts voor het krijgen van een recept voor anticonceptie, ondersteunen bij plaatsing van anticonceptie, monitoren van je cliënt na de start van anticonceptie of het samen uitzoeken welke gepaste reguliere zorg in de regio beschikbaar is indien je cliënt nu wel kinderen wenst. Ook hier geldt het uitgangspunt: regulier waar regulier kan. Loop je vast, bijvoorbeeld omdat de casus te complex wordt of omdat er geen financiën zijn, schaal dan op (zie [H5.6](#)).

Soms is snel handelen noodzakelijk: indien je cliënt geen kinderwens heeft maar nu wel risico loopt om onbedoeld zwanger te worden dan telt iedere dag. Ook als je cliënt zegt tijd nodig te hebben om na te denken over kinderwens en/of anticonceptie maar nu wel risico loopt om onbedoeld zwanger te worden, kun je samen met je cliënt een snelle en tijdelijke tussenoplossing bedenken. Daar sta je niet alleen in, je kunt altijd overleggen of steun vragen: er is binnen iedere regio van Nu Niet Zwanger een goede samenwerking opgezet tussen ketenpartners in het sociale en medisch domein (zie [H5.6](#)).

De ondersteuning stopt niet op het moment dat anticonceptie geregeld is. Zorg en ondersteuning kunnen nodig blijven, ook nadat je cliënt voorzien is in haar/zijn keuze. Anticonceptie is niet oneindig werkend: het verloopt (zoals de spiraal) of raakt op (zoals de pil). Het moet daarom periodiek vervangen worden of aangevuld, indien er op dat moment nog steeds geen kinderwens is. Je cliënt krijgt daar géén herinnering voor van de huisarts. Het tijdig vervangen of aanvragen van anticonceptie valt onder de eigen verantwoordelijkheid van cliënten. Cliënten in kwetsbare omstandigheden vergeten nog wel eens de anticonceptie tijdig op te halen of stoppen er mee als het niet bevalt. Informeer daarom regelmatig naar het gebruik, de tevredenheid met het middel en help herinneren bij het herhaalrecept. Evalueer na drie maanden met je cliënt of de anticonceptie nog bevalt of dat er nog last is van bijwerkingen⁶.

Daarnaast is een kinderwens veranderlijk en geen statisch gegeven (daarom heet de methodiek ook Nu Niet Zwanger). Je cliënt kan gezien de huidige omstandigheden besluiten dat het nu geen goed moment is om een kind te willen. Maar als de omstandigheden veranderen dan kan een kind wel gewenst zijn. Dit geldt ook voor anticonceptie en de specifieke vorm ervan. Sluit aan bij veranderende omstandigheden die van invloed kunnen zijn op kinderwens, seksualiteit of anticonceptie en bespreek de onderwerpen regelmatig.

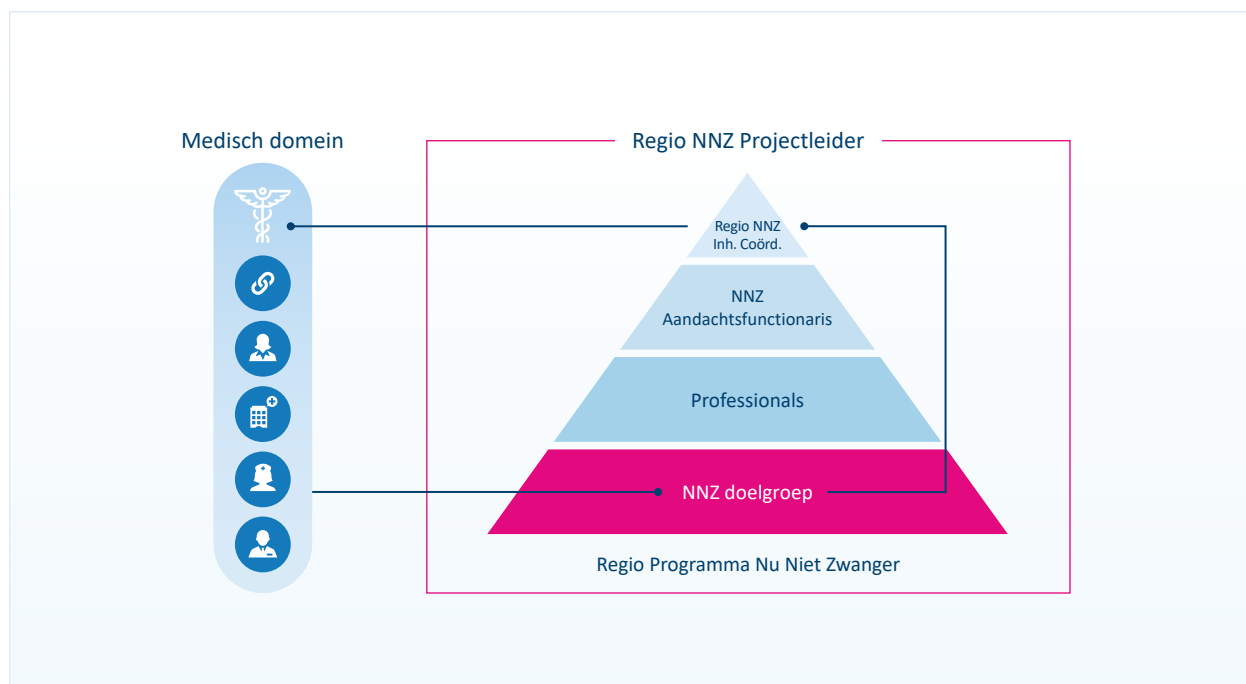


Nina is zwanger van haar derde kind. Ze vertelt mij dat ze eerder, vanwege haar medicatie en drugsgebruik heeft gevraagd om gesteriliseerd te worden. Haar gynaecoloog heeft daar geen gehoor aan gegeven vanwege haar leeftijd. Ik zeg haar dat wanneer een sterilisatie haar wens is, ik met haar zal kijken wat ik daarvoor kan regelen. De huisarts erkent en ondersteunt de doorverwijzing met de sterilisatievraag en Nina gaat zelf naar het ziekenhuis. Op de poli treft ze een nog jonge gynaecoloog die opnieuw over haar verzoek twijfelt vanwege haar leeftijd en wijst haar verzoek af. De geschiedenis herhaalt zich. Als Nina mij met dit bericht opbelt, is het verschrikkelijk om haar aan te horen. Door haar tranen komt zij nauwelijks uit haar woorden. Weer is zij niet gehoord. Daarop leg ik contact met een andere gynaecoloog uit hetzelfde ziekenhuis die haar verzoek in het kwetsbare zwangeren-overleg zal bespreken. Een toezegging volgt. Nina is heel, heel erg blij.

⁶ In de eerste drie maanden heeft men vaak last van bijwerkingen. Na drie maanden verdwijnen de klachten vaak.

5.5 Samenwerking

De samenwerking tussen de ketenpartners (zowel in sociaal en medisch domein) is noodzakelijk om te kunnen doen wat nodig is voor je cliënt. Je werkt samen met de organisaties in jouw regio die betrokken zijn bij je cliënt. Je doet het namelijk niet alleen. De keten van Nu Niet Zwanger bestaat uit een regionale structuur waarin organisaties, professionals, aandachtfunctionarissen en een inhoudelijk coördinator in het sociale domein een rol hebben, evenals medisch hulpverleners in het medische domein (zie figuur 4).



Figuur 4: De keten van Nu Niet Zwanger, waarin professionals, aandacht functionarissen en inhoudelijk coördinatoren in het sociale domein samenwerken met medische hulpverleners in het medische domein.

Het sociale domein bestaat uit organisaties die direct contact hebben met de doelgroep en een rol vervullen in de begeleiding van je cliënt (rechter kader in figuur 2). Het is een brede groep van organisaties waaronder maatschappelijke opvang, jeugdhulp, GGZ, zorg aan mensen met een verstandelijke beperking, wijkteams, etc. Per organisatie worden twee aandachtfunctionarissen aangesteld. Per regio wordt een inhoudelijk coördinator aangesteld.

Het medische domein bestaat uit hulpverleners zoals huisartsen, gynaecologen, urologen, verloskundigen, GGD-artsen en apothekers (linker kader in figuur 2). In consulten signaleren zij vaak kwetsbare cliënten die zij kunnen doorverwijzen voor (intensievere) begeleiding naar inhoudelijk coördinatoren. Tegelijkertijd zijn deze hulpverleners nodig voor consultatie en het realiseren van anticonceptie. Binnen iedere regio worden op lokaal of regionaal niveau werkbare afspraken gemaakt en randvoorwaarden gerealiseerd, zodat je cliënten maatwerk kunt bieden en snel kunt schakelen.

5.6 Opschalen

Soms zijn de reguliere routes niet mogelijk, niet voldoende, of niet passend voor je cliënt en is er meer nodig. In dat geval kan er opgeschaald worden binnen de keten van Nu Niet Zwanger.

In eerste instantie voer jij als professional de gesprekken en zoek je proactief naar oplossingen, waar nodig in samenwerking met ketenpartners. Loop je vast of wens je advies, dan is de aandachtsfunctionaris Nu Niet Zwanger in je eigen organisatie het eerste aanspreekpunt. Deze denkt mee en adviseert. Wanneer dat niet toereikend is, kan via de aandachtsfunctionaris Nu Niet Zwanger opgeschaald worden naar de inhoudelijk coördinator. Dit is in vier situaties het geval:

- Indien de casus te **complex** wordt of in strijd is met andere (behandel)doelen. De inhoudelijk coördinator kan de casus overnemen of samen met jou als professional optrekken (coaching on the job). Voor verloskundigen, huisartsen en gynaecologen geldt dat zij sowieso cliënten kunnen opschalen voor overname van de zorg (voeren van het gesprek met cliënten en begeleiding).
- Indien inzet vanuit het **medisch netwerk** nodig is; bijvoorbeeld als je cliënt geen eigen huisarts heeft of niet naar de eigen huisarts wil. In dat geval kan doorverwezen worden naar een arts of verloskundige die aangesloten is bij het programma.
- Indien er **financiën** nodig zijn. Je cliënt betaalt in principe voor de eigen anticonceptie en de plaatsing. Hiervoor wordt ook de verzekering en/of bewindvoering of budgetbeheer van je cliënt geraadpleegd. In het geval dit niet toereikend is, kan er aanspraak gemaakt worden op het budget voor anticonceptie.
- Voor **follow-up**: Alle cliënten die omwille van bovenstaande redenen worden opgeschaald, komen in de database van Nu Niet Zwanger voor follow up. Cliënten kunnen ook alleen voor follow up aangemeld worden als het wenselijk is dat zij proactief benaderd worden voor verloopdatum van hun anticonceptie om opnieuw met hen te kijken wat zij willen en desgewenst nieuwe anticonceptie te organiseren.

Andersson Elffers Felix (2020). *De Waarde in de praktijk*. Onderzoek naar het programma Nu Niet Zwanger.

Baart, A. (2001). *Een theorie van presentie*. (Vijfde druk 2011). Utrecht: Lemma bv.

Jeeninga, W. & Cloin, J.C.M. (2021). Nu Niet Zwanger in Midden-Brabant. Bereik en ervaringen van hulpverleners en cliënten. Onderzoeksrapport. Tilburg: Tranzo, Tilburg University

Miller, W. & Rollnick, S. (2017). *Motiverende gespreksvoering*. Ouderkerk aan de IJssel: Ekklesia.

Rijlaarsdam, C.W. (2015). *Contraceptives, what helps?* A qualitative explorative case study on a pilot program, offering birth control to vulnerable clients. Birmingham City University.

Wijsen, C. & de Graaf, H. (2017). Seksuele gezondheid in Nederland 2017. Rutgers, Eburon.
<https://rutgers.nl/wp-content/uploads/2021/03/Seksuele-Gezondheid-in-Nederland-2017.pdf>



NU NIET
ZWANGER®



[030 – 252 30 04](tel:030-2523004)



nnz@ggdghor.nl



nunietzwanger.nl



[/company/nu-niet-zwanger/](https://www.linkedin.com/company/nu-niet-zwanger/)