
Rapportage

Nu Niet Zwanger

Onderzoek naar de maatschappelijke effecten en kosten van ongewenste zwangerschap



Inhoudsopgave

- 1. Inleiding**
 - 1.1. Aanleiding onderzoek
 - 1.2. Doelstelling van deze MKBA en indeling van deze rapportage
 - 1.3. Onderzoeksaanpak

- 2. Beschrijving van het programma Nu Niet Zwanger**
 - 2.1. Doelstelling en cliënten
 - 2.2. Resultaten van het programma Nu Niet Zwanger
 - 2.3. Uitvoering in de regio

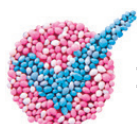
- 3. Kosten van het programma Nu Niet Zwanger**
 - 3.1. Kostenstructuur van het programma Nu Niet Zwanger
 - 3.2. Aantal deelnemende cliënten aan het programma Nu Niet Zwanger; kosten per deelnemer.

- 4. Effecten van het programma Nu Niet Zwanger - niveau cases**
 - 4.1. Beschrijving van de cases
 - 4.2. Representativiteit van de cases voor alle deelnemers aan het programma Nu Niet Zwanger
 - 4.3. Het effect van het programma Nu Niet Zwanger op het gedrag van de onderzochte vrouwen
 - 4.4. Persoonlijke en maatschappelijke effecten van zwangerschap

- 5. Maatschappelijke baten van het programma Nu Niet Zwanger**
 - 5.1. Beleid en interventies van instanties tijdens zwangerschap en bevalling
 - 5.2. Beleid en interventies van instanties gedurende het eerste levensjaar
 - 5.3. Beleid en interventies 12 maanden na de bevalling
 - 5.4. Maatschappelijke baten

- 6. Conclusies**
 - 6.1. Aanbevelingen

Bijlagen
Geraadpleegde literatuur
Interviewformat
Casebeschrijvingen



Voorwoord

Het krijgen van kinderen kan een prachtige gebeurtenis zijn, een bekroning van de liefde voor elkaar, en de start van een gelukkig en stabiel gezin. Veel mensen maken een vrije en bewuste keuze om zwanger te worden, op een moment dat zij en hun omgeving daar klaar voor zijn. Helaas is dat niet altijd zo.

Voor mensen met een verhoogde kwetsbaarheid is een keuze maken over hun kindwens niet zo vanzelfsprekend. Zij kampen met verschillende problemen wat maakt dat zij er niet bij stil staan om de regie te nemen over het wel of niet hebben van een kindwens. Een zwangerschap kan hen daarom overkomen in een situatie die niet veilig en stabiel is voor een kindje. We weten dat nadelige jeugdervaringen een leven lang gevolgen hebben op de gezondheid en het emotioneel en sociaal welbevinden van mensen. Deze nadelige gevolgen worden zelfs doorgegeven aan volgende generaties. Het is urgent dat we deze negatieve spiraal op tijd voorkomen. Daarom ben ik ook zo blij met het Nu Niet Zwanger programma wat in navolging op Tilburg nu landelijke opvolging krijgt.

Door vanuit professionaliteit het gesprek over een kindwens, seksualiteit en anti-conceptie aan te gaan kan veel menselijk leed worden voorkomen. We zien landelijk dat bij maar liefst 80% van de vrouwen en mannen waarmee dit gesprek gevoerd wordt, dit leidt tot het maken van een keuze tot uitstel van het krijgen van een kind. Naast het menselijke leed wat voorkomen wordt door een vrijere keuze, betekent dit natuurlijk ook iets voor zorg- en ondersteuningskosten. Ik ben dan ook blij dat dit laatste nu in beeld is gebracht door middel van deze Maatschappelijke Kosten en Baten studie (MKBA). Deze studie is niet bedoeld om menselijke verhoudingen te monetariseren, maar vooral als instrument om het gesprek met elkaar aan te gaan. Het instrument van de MKBA kan ook de leidraad zijn om een breder gesprek te voeren over interventies in het sociaal domein. Mensen leven immers niet in kokers, maar hebben te maken met verschillende diensten van landelijke en lokale overheden. Wat helpt hen nu het best om regie over het eigen leven te nemen en te houden?

Deze studie sterkt mij in mijn overtuiging, als verantwoordelijk wethouder voor Jeugd in de gemeente Tilburg én als voorzitter van de landelijke stuurgroep Nu Niet Zwanger dat wij als Nederlandse gemeentes een holistische benadering moeten blijven uitdragen. Het programma 'Nu Niet Zwanger' past daar uitstekend bij. In Tilburg hebben wij samen met onze partners de aanpak Nu Niet Zwanger een onderdeel gemaakt van onze werkzaamheden. Een gesprek over kindwens, seksualiteit en anticonceptie moet een vanzelfsprekend onderwerp worden in het zorglandschap. Enkel dan worden kwetsbare mensen in staat gesteld een weloverwogen keuze te maken over het moment van kindwens, kan persoonlijk en maatschappelijk leed worden voorkomen en daarnaast onnodige zorgkosten worden vermeden.

Want uiteindelijk gaat het hierom. Niet om het ouderschap te ontmoedigen, want dat zou voor iedereen weggelegd moeten zijn. Maar wel om ervoor te zorgen dat die beslissing heel bewust wordt genomen. Zodat wellicht op een later en beter moment wél de stap naar het krijgen van kinderen gezet kan worden, met meer geluk, veiligheid én economische zekerheid voor ouder, kind en maatschappij.

Marcelle Hendrickx,

Wethouder Jeugd gemeente Tilburg en voorzitter van de landelijke stuurgroep Nu Niet Zwanger





1. Inleiding

1.1. Aanleiding onderzoek

Kinderen zijn lang niet altijd veilig bij de ouders of partners die hen verzorgen. Deze onvoldoende veiligheid kan ontstaan wanneer ouders na een scheiding verwickeld raken in een hevig conflict ('Vechtscheiding'), maar ook wanneer ouders onvoldoende ouderschapsvaardigheden hebben. Beide oorzaken hebben aanzienlijke maatschappelijke gevolgen. Om daar op een systematische wijze aandacht aan te schenken, is door de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) samen met Society Impact het programma Besluit Met Muisjes opgezet.

In het kader van Besluit Met Muisjes is besloten om een maatschappelijke kosten-batenanalyse op te stellen van het programma Nu Niet Zwanger (hierna: NNZ). NNZ is een preventief programma dat kwetsbare mensen ondersteunt bij het maken van een bewuste keuze ten aanzien van hun kindwens. Een belangrijke doelstelling van NNZ is dat de deelnemende mensen (cliënten) persoonlijk en op maat worden begeleid zodat zij zelf het moment bepalen wanneer zij een kind krijgen. Het doel is, om onbedoelde zwangerschap zoveel mogelijk te voorkomen.

Verschillende gemeenten voeren NNZ al uit. Andere gemeenten overwegen nog om NNZ al dan niet in te voeren. De uitvoering en/of tijdelijke projectleiding van een NNZ-programma is veelal in handen van een GGD.

De invoering van lokale en regionale NNZ-programma's wordt vaak uitgesteld omdat gemeenten en GGD-regio's de (opstart)kosten lastig kunnen financieren. Daar waar het programma eenmaal loopt, is het vervolgens lastig om de financiering te verduurzamen.

Het landelijk programmateam NNZ ervaart in de praktijk dat het programma voorziet in een grote behoefte onder de cliënten. Door actief met hen te praten over hun kindwens, kunnen zij een bewuste keuze maken over het al dan niet uitstellen van hun kindwens. Veel cliënten kiezen er dan voor om vrijwillig en gemotiveerd hun kindwens uit te stellen, door geschikte anticonceptie te gebruiken. Deze vrijwillige en bewuste keuze leidt ertoe dat vrouwen, mannen en gezinnen nadelige persoonlijke effecten van een ongeplande zwangerschap weten te voorkomen.

De nadelige persoonlijke effecten van een ongewenste en ongeplande zwangerschap kunnen worden vertaald naar maatschappelijke effecten en maatschappelijke



kosten. De maatschappelijke baten van het programma NNZ zijn dus de vermeden maatschappelijke kosten, dankzij een goede begeleiding en voorlichting. Het programmateam NNZ is - op basis van hun ervaringen met deelnemers in de praktijk - ervan overtuigd dat deze baten en vermeden maatschappelijke kosten veel hoger zijn dan de directe kosten van het programma. Een systematisch opgezette maatschappelijke kosten-baten analyse (MKBA) kan daarom aantonen of en in hoeverre deze praktijkervaringen kloppen.

De VNG heeft om deze redenen samen met de GGD-regio Utrecht en de gemeente Utrecht deze maatschappelijke kosten-batenanalyse laten opzetten. De analyse is uitgevoerd door Society Impact in de periode december 2019 - juni 2020.

1.2. Doelstellingen van deze MKBA en indeling rapportage

De Maatschappelijke Kosten-Baten Analyse (MKBA) van het programma NNZ heeft drie doelstellingen:

- De maatschappelijke effecten van het programma NNZ inzichtelijk maken en deze vervolgens kwantificeren in kosten en baten;
- De directe kosten voor het opzetten en uitvoeren van het programma berekenen;
- De maatschappelijke kosten en baten vergelijken met de programmakosten om te kunnen concluderen of het programma maatschappelijke winst oplevert.

De indeling van de rapportage is als volgt.

- Eerst beschrijven wij de uitvoeringspraktijk van NNZ en de cliënten die door NNZ worden bediend. Dit gebeurt in hoofdstuk 2;
- In hoofdstuk 3 geven wij een overzicht van de programmakosten van NNZ;
- In hoofdstuk 4 inventariseren wij aan de hand van 12 cases van deelnemers aan NNZ de persoonlijke en maatschappelijke effecten van het programma NNZ;
- In hoofdstuk 5 berekenen wij de maatschappelijke baten van de door het programma NNZ gerealiseerde maatschappelijke effecten;
- Ten slotte worden de maatschappelijke baten en kosten tegen elkaar afgewogen en doen wij aanbevelingen.

1.3. Onderzoeksaanpak

Om de maatschappelijke effecten van NNZ te inventariseren, hebben wij acht diepte-interviews gehouden. Er is gesproken met hulpverleners die cliënten hebben geholpen in het kader van NNZ of die contact hebben met cliënten voor wie NNZ (in potentie) relevant is. De interviews zijn vervolgens omgezet in twaalf casebeschrijvingen. Deze zijn in bijlage 3 weergegeven. Zeven van deze geïnterviewden zijn aandachtsfunctionaris NNZ die al werkten met het programma. Eén geïnterviewde werkte nog niet met het programma.



De interviews zijn door middel van een interviewformat¹ afgenomen, met de volgende onderwerpen:

- De achtergrond van de deelnemer aan NNZ;
- De hulpvraag van de deelnemer;
- Het contact en de zorg die de deelnemer van NNZ en andere instanties heeft ontvangen naar aanleiding van de hulpvraag;
- Het verloop van het contact en de zorg;
- Het directe effect van het contact en de zorg;
- Een inschatting van de geïnterviewde: wat zou er zijn gebeurd als er geen programma NNZ zou zijn geweest?

De casebeschrijvingen vormen de basis voor een inventarisatie van de mogelijke persoonlijke en maatschappelijke effecten van NNZ. De maatschappelijke effecten zijn vervolgens vertaald naar maatschappelijke baten.

1] Zie bijlage 2 voor het interviewformat





2. Beschrijving van het programma Nu Niet Zwanger

2.1. Doelstelling en cliënten

In een Kerndocument² heeft het landelijke programmateam van NNZ een beschrijving gegeven van het programma. De officiële doelstelling van NNZ luidt:

“NNZ onder-steunt kwetsbare (potentiële) ouders de regie te nemen over hun kindervens. Door het gesprek aan te gaan over kindervens, seksualiteit en anticonceptie, bij hun leefwereld aan te sluiten en te kijken naar hun vragen, behoeften, barrières en mogelijkheden. Zo kunnen ongeplande ongewenste zwangerschappen worden voorkomen.”

Het programma NNZ is in 2014 als pilot gestart in de regio Tilburg en daarna ingevoerd in andere regio's. Er zijn per april 2020 met circa 5.500 cliënten (mannen en/of vrouwen) gesprekken gevoerd.

Doelgroep

De doelgroep van het programma NNZ bestaat uit kwetsbare (potentiële) ouders. Het gaat om mannen en vrouwen in de vruchtbare leeftijd die kampen met een of meerdere van de volgende problemen:

- Sociaal-economische kenmerken
Een opeenstapeling van problemen en beperkingen (multi-problematiek) zoals het zich gecombineerd voordoen van bijvoorbeeld ernstige psychiatrische problematiek, verstandelijke beperking, verslaving, dakloosheid, schulden, loverboyproblematiek en ongedocumenteerd zijn.
- Onvoldoende 'levensvaardigheden'
Gebrek aan zelfredzaamheid en zelf herstellend vermogen.
- Mismatch tussen cliënt en zorg
Tekortschieten of onvoldoende aansluiten van hulp van zorg en omgeving.
- Netwerk van betrokken instanties
Vanwege complexe problematiek (vrijwel) altijd al in beeld bij diverse organisaties. Denk daarbij aan: verslavingszorg, GGZ, verstandelijk gehandicaptenzorg, vrouwenhulpverlening, GGD, wijkteams, MEE, dak- en thuislozenzorg, Raad voor de Kinderbescherming, jeugdzorg, welzijnszorg, maatschappelijke opvang, Veilig Thuis, huisartsen, verloskundigen en/of gynaecologen.

Het landelijk programmateam NNZ noemt als voorbeelden van dergelijke kwetsbare doelgroepen vrouwen/mannen die kampen met:

- Ernstige psychiatrische problematiek;
- Een verstandelijke beperking;
- Verslaving;

^{2]} GGD Hart voor Brabant en GGD GHOR Nederland, *Kerndocument Programma Nu Niet Zwanger*



- Geen vaste woon- of verblijfplaats;
- Schulden;
- Zwangerschap op zeer jonge leeftijd (tienermoeders);
- Loverboyproblematiek;
- Geen geldige verblijfsdocumenten.

Vaak gaat het om een combinatie van problemen. De doelgroep is vanwege de complexe problematiek (vrijwel) altijd in beeld bij diverse organisaties.

Er zijn verschillende redenen waarom de kwetsbare doelgroep het lastig vindt om zelfstandig keuzes te maken over kinderpens, seksualiteit en anticonceptie. De ervaringen met de pilot hebben hierbij de volgende determinanten vastgesteld.

- **Kennis**

Er is vaak onvoldoende bewustwording en kennis over ontstaan van een zwangerschap en over mogelijkheden en gebruik van anticonceptie gebruikt moet worden waardoor de anticonceptie niet of onjuist wordt gebruikt. Door kennis over te dragen kan de deelnemer een betere, afgewogen en een op maat afgestemde keuze maken.

- **Verantwoordelijkheid**

Wie is er eigenlijk verantwoordelijk? Deelnemers met een opeenstapeling van problemen kunnen niet altijd of tijdelijk niet zelf goed nadenken over hun kinderpens, de gevolgen ervan en ze kunnen niet zelf de weg vinden naar de juiste zorg.

- **Leefomgeving**

Soms belemmeren aspecten rond culturele achtergrond of leefwereld (denk aan dakloosheid) een goede afweging over kinderpens; is men goed op de hoogte van de leefomgeving.

- **Emotie**

Emoties spelen een belangrijke rol bij het bespreekbaar maken van onderwerpen rond kinderpens, seksualiteit en anticonceptie. NNZ schoolt en ondersteunt hulpverleners om deze onderwerpen met hun cliënten te bespreken.

- **Geld**

Geld (of een gebrek daaraan) vormt voor deelnemers vaak een belangrijk aspect bij het maken van keuzes rond anticonceptie. Omdat anticonceptie vaak zelf betaald moet worden maken vrouwen of gezinnen (vaak noodgedwongen) andere keuzes. NNZ heeft een budget om de kosten voor anticonceptie voor deelnemers te bekostigen.

De genoemde determinanten maken het niet alleen voor de cliënten moeilijk om zelfstandig keuzes te maken. Ze verklaren ook waarom reguliere hulpverleners het lastig vinden om het gesprek hierover aan te gaan met hun cliënten. Voorbeelden hiervan zijn:

- Hulpverleners zijn zich niet altijd bewust dat deze vragen voor hun cliënten relevant zijn;
- Hulpverleners voelen zich niet altijd verantwoordelijk voor het bespreken van onderwerpen rond kinderpens, seksualiteit en anticonceptie;
- Hulpverleners hebben niet altijd voldoende kennis van deze onderwerpen, voelen zich handelingsverlegen, hebben te weinig oog voor de omgeving waar de cliënt zich in bevindt en hoe zij staan ten opzichte van kinderpens;



- Hulpverleners werken rond dit onderwerp vaak alleen en niet in een netwerk van samenwerkende sociale en medische instellingen. Hierdoor kunnen niet altijd concreet vervolgstappen worden ondernomen;
- Hulpverleners hebben geen financiële middelen om de cliënten te helpen als zij anticonceptie willen gebruiken en deze zelf niet kunnen betalen.

In een dergelijke realiteit komen hulpverleners vaak pas in actie wanneer de cliënt zwanger wordt en de hulpverleners hierdoor tot actie worden gedwongen.

Door de inzet van het programma NNZ en de daaraan gelieerde projectleider, inhoudelijk coördinatoren en aandachtsfunctionarissen wordt bovenstaand patroon doorbroken.

2.2. Resultaten van NNZ

Door het programma NNZ gaan professionals in gesprek met cliënten over hun wensen omtrent kindwens, seksualiteit en anticonceptie.

De resultaten van NNZ zijn af te meten aan de volgende categorieën deelnemers:

- Deelnemers die door het programma van NNZ zijn begeleid;
- Deelnemers die door het programma NNZ zijn begeleid en als gevolg hiervan hun gedrag hebben veranderd door bewust hun kindwens uit te stellen met behulp van gepaste anticonceptie.

De initiatiefnemers van het programma NNZ beschouwen de eerste categorie deelnemers als hun primaire doelgroep. De initiatiefnemers meten hun succes af aan het aantal personen of gezinnen dat zij hebben begeleid. Het is daarna aan de deelnemers zelf om een beslissing te nemen over hun kindwens of eventuele anticonceptie.

Een instantie die het programma NNZ zal financieren zal het resultaat ervan afmeten aan de mate waarin NNZ het gedrag van mensen ook daadwerkelijk verandert.

De doelgroep voor NNZ wordt in deze optiek gezien als vrouwen, mannen en hun partners die

- wel potentieel zwanger kunnen worden en kinderen kunnen krijgen,
- maar geen (latente) kindwens hebben
- en op dit moment geen of niet effectieve anticonceptie gebruiken
- en voor wie een ongewenste en ongeplande zwangerschap op dit moment grote persoonlijke en maatschappelijke gevolgen zal hebben.

Gedragsverandering wordt in deze optiek gedefinieerd als het resultaat dat deze vrouwen - conform hun uitgesproken wens om geen kind te willen krijgen - niet onbedoeld zwanger worden. Deze gedragsverandering uit zich onder andere door bewuste keuzes rond de kindwens te maken en vrijwillig passende anticonceptie te gaan gebruiken.

Het programmateam NNZ benadrukt hierbij dat zij expliciet niet streeft naar een outcome resultaat. Het is aan deelnemende cliënten zelf om vrijwillig en gemotiveerd keuzes te maken. Het programma NNZ is volstrekt neutraal in haar voorlichting welke keuzes er zijn.



2.3. Uitvoering in de regio

Het programma NNZ wordt bij voorkeur regionaal uitgevoerd. Binnen een regio wordt bekeken welke categorieën kwetsbare vrouwen en mannen er zijn en welke zorg- en hulpverleningsinstanties deze potentiële deelnemers in beeld hebben.

Het programma NNZ benadert professionals binnen instellingen en motiveert hen om met hun cliënt óók het gesprek te voeren over kinderwens, seksualiteit en anti-conceptie. Deze gesprekken liggen in het verlengde van het reguliere werk dat de professionals nu al uitvoeren.

De professional voert het gesprek met de cliënt over kinderwens, seksualiteit en anti-conceptie. De cliënt maakt naar aanleiding van deze gesprekken een weloverwogen keuze. Indien de cliënt besluit zijn/haar kinderwens uit te stellen kan een professional de cliënt ook (laten) begeleiden bij het realiseren van de gepaste anticonceptie. Dit kan betekenen het maken van en meegaan naar afspraken bij huisarts, de verloskundige, de gynaecoloog of de apotheek.

Het begeleiden van deelnemende cliënten vergt veel tijd. De geïnterviewden schatten hierbij dat het bij elkaar acht uur kan duren, verdeeld over een aantal maanden. Hierbij geven de geïnterviewden wel aan dat deze tijdsinschatting geldt voor deelnemers die zij pas via het programma NNZ hebben leren kennen. Zij moeten dus relatief veel tijd steken in het opbouwen van een vertrouwensband met de deelnemer over een lange periode om zo goede, individuele aandacht te kunnen geven en op maat te kunnen voorlichten.

Soms kent een professional de cliënt al. Dan kan een gesprek rond het programma NNZ veel korter duren en vormt het een regulier onderdeel van de taken die horen bij de functie van de professional.

De rol van het programma NNZ is om professionals die - via een instelling of via een spreekuur - in contact staan met de doelgroep te trainen over hoe je een dergelijk gesprek qua inhoud en proces goed kan voeren. Deze professionals worden benaderd, begeleid en getraind door aandachtsfunctionarissen NNZ.

Bij ieder van de verschillende zorg- en hulpverleningsinstellingen in de regio worden minstens twee aandachtsfunctionarissen NNZ geworven. De aandachtsfunctionaris werkt regulier bij de instelling en ondersteunt en traint zijn of haar collega's over de inhoud en mogelijkheden van het programma NNZ. De aandachtsfunctionarissen kunnen ook (complexe) casussen overnemen van hun collega's.

De aandachtsfunctionarissen in de verschillende zorg- en hulpverleningsinstellingen worden ondersteund door een inhoudelijke coördinator NNZ. Deze inhoudelijke coördinator werkt vanuit het programma NNZ in een regio en ondersteunt door

- te overleggen met de aandachtsfunctionarissen en met het overige somatisch netwerk in de regio,
- een lokaal netwerk van expertise en ervaringsdeskundigen op te bouwen en te onderhouden,



- trainingen en verplichte intervisies te organiseren voor aandachtsfunctionarissen,
- indien nodig zelf casuïstiek op te pakken,
- en ten slotte de programma- en financiële administratie te beheren.

Het programma NNZ kan niet ‘ineens’ in een gemeente of regio worden geïmplementeerd. Het doorloopt drie fases:

- Opstartfase;
- Inwerkfase;
- Uitvoering.

In de opstartfase gaat een tijdelijk projectleider binnen een regio aan de slag om de formele goedkeuring en de financiering van het programma te finaliseren³. Daarnaast brengt de projectleider de mogelijkheden van het programma NNZ onder de aandacht bij lokale instellingen en partijen om zo draagvlak te creëren voor het programma. Deze opstartfase duurt circa zes maanden.

Na de opstartfase wordt er een inhoudelijke coördinator NNZ geworven om het programma daadwerkelijk uit te voeren. In de eerste twee jaar ondersteunt de projectleider nog de coördinatoren in de uitrolfase en draagt bij aan het neerzetten en formaliseren van de afspraken. Na twee jaar staat het programma en kan de inhoudelijke coördinator het gehele programma NNZ in een regio zelf uitvoeren. Dan vervalt dus de functie van projectleider.

3] De tijdelijke projectleider wordt bij de start in een regio begeleid via een kwartiermaker vanuit het landelijk programma-team Nu Niet Zwanger



3. Kosten van het programma Nu Niet Zwanger

In dit hoofdstuk geven wij een overzicht van de totale programmakosten van NNZ in een regio. Deze kosten worden vervolgens teruggerekend naar de kosten per deelnemer aan het programma.

3.1. Kostenstructuur van NNZ

De kosten van NNZ worden in hoge mate bepaald door de uitvoeringsorganisatie van NNZ zoals beschreven in hoofdstuk 2. De kosten bestaan uit:

- De kosten voor de tijdelijke projectleider
- De kosten voor de inhoudelijk coördinator
- De kosten voor anticonceptie wanneer deelnemende cliënten hiervoor kiezen

De tijdelijke projectleider wordt ingezet voor twee jaar. Afhankelijk van de omvang van de gemeente of regio is de benodigde tijdsinzet 16 tot 24 uur per week. Het tarief varieert van € 95 tot € 120 per uur.

Na de opstartfase (zes maanden na de start) wordt per regionaal NNZ programma minimaal 1 inhoudelijke coördinator ingehuurd voor 16 - 24 uur per week. Dit gebeurt tegen een tarief dat varieert van € 85 tot € 100 per uur.

De genoemde uren voor projectleider en inhoudelijk coördinator verschillen per regio of gemeente. Het daadwerkelijke aantal is onder meer afhankelijk van:

- Het aantal inwoners;
- De soorten doelgroepen binnen de regio;
- Het aantal zorg- en hulpverleningsinstellingen;
- De al bestaande zorginfrastructuur.

In de MKBA zijn de projectkosten begroot aan de hand van een 'gemiddelde' regio.

De kosten van de anticonceptie liggen tussen de € 5.000 en € 30.000 per jaar. Deze kosten zijn afhankelijk van de grootte van de regio en de mate waarin deelnemers ze kunnen declareren bij hun verzekering of wanneer NNZ met het eigen budget moet bijspringen⁴.

De uiteindelijke kostenstructuur is volgende tabel samengevat. Afhankelijk van de grootte van de regio en het aantal van (potentiële) deelnemers kan de uitvoeringsorganisatie worden op- of afgeschaald.

⁴] Het programma NNZ probeert kosten te declareren bij zorgverzekeraars of bij regelingen zoals Bijzondere Bijstand. Soms lukt dat niet omdat 1) deze kosten niet of slechts gedeeltelijk worden gedekt door de verzekering, 2) de cliënt het niet zelf kan betalen of kan voorfinancieren, 3) wanneer de cliënt in het geheel niet is verzekerd of 4) wanneer tijdsdruk een belangrijke factor is. In deze gevallen wordt het eigen budget van NNZ aangesproken.



	Opstartfase Start - 6 maanden	Inwerkfase 6 - 24 maanden	Uitvoeringsfase 24 - 48 maanden
Projectleider	8- 16 uur p/week/€ 110	16 uur p/week/€ 110	-
1 inhoudelijk coördinator	-	16- 24 uur p/week/€ 90	16- 24 uur p/week/€ 90
Kosten anticonceptie	-	€ 5.000 - € 30.000 € per jaar	5.000 - € 30.000 per jaar

De totale kosten voor een gemiddelde regio⁵ zijn in onderstaande tabel samengevat.

	Totaal eerste 4 jaar
Projectleider	€ 165.440
Inhoudelijk coördinator	€ 296.100
Kosten anticonceptie	€ 70.000
Totale kosten medewerkers	€ 531.540

3.2. Aantal deelnemende cliënten aan NNZ, kosten per deelnemer.

Het aantal deelnemende cliënten aan NNZ wordt bepaald door het aantal cliënten dat door professionals, aandachtsfunctionarissen en inhoudelijke coördinatoren wordt begeleid.

In de gemeente Rotterdam en in de regio Midden-Brabant zijn de volgende aantallen deelnemers begeleid:

- In Midden Brabant 2.260 deelnemers over 48 maanden. In de regio Midden-Brabant (Tilburg en 8 regiogemeenten) gaat het om 436.000 inwoners.
- In Rotterdam 2.137 deelnemers over 36 maanden. Hierbij gaat het om de stad Rotterdam met 623.000 inwoners.

Medewerkers van het programmabureau NNZ denken dan ook dat er in de eerste vier jaar van implementatie circa 1.500 - 1.800 deelnemers kunnen worden bereikt.

Het programmabureau NNZ streeft er expliciet niet naar dat alle deelnemers na begeleiding hun kinderwens aanpassen en/of als gevolg van de begeleiding anti-conceptie gaan nemen. Het is immers aan de deelnemer om daar zelf een beslissing over te nemen.

Desondanks is het mogelijk om ook te kijken wat het effect is van het programma NNZ op het gedrag van de deelnemers: hoeveel deelnemers kiezen na begeleiding om regie te nemen over de kinderwens en / of om anticonceptie te nemen?

5] Projectleider 16 uur tegen tarief € 110; 1 inhoudelijk coördinator 20 uur tegen tarief € 90 en kosten anticonceptie € 20.000 per jaar



In onderstaande tabel hebben wij de kosten per deelnemer samengevat.

	Percentage deelnemers dat gedrag verandert			
	100%	80%	60%	40%
Aantal cliënten	1.650	1.650	1.650	1.650
Aantal cliënten dat regie neemt over kindwens	1.650	1.320	990	660
Kosten per cliënt dat gedrag verandert	€ 322	€ 403	€ 537	€ 805

De kosten per deelnemer aan NNZ zijn dus € 322 (€ 531.540 (zie hoofdstuk 3.1) gedeeld door 1.650 deelnemers).

In de overige kolommen is ook doorgerekend wat de kosten per deelnemer zijn als alleen die deelnemers worden meegenomen die als gevolg van deelname hun gedrag veranderen. Als 80% van de deelnemers hun gedrag verandert, dan zijn de kosten per deelnemer € 403. Als 40% van de deelnemers het gedrag verandert, dan zijn de kosten € 805.

Het programmabureau NNZ schat in dat circa 80% van de deelnemers hun gedrag verandert. Dit percentage is stabiel over de looptijd van een programma of de regio. We stellen derhalve dat de kosten per cliënt die zijn of haar gedrag verandert € 403 bedragen.



4. Effecten van het programma Nu Niet Zwanger: cases

In dit hoofdstuk beschrijven we de effecten van NNZ op basis van de casebeschrijvingen die in het kader van het onderzoek zijn opgesteld.

Ten eerste leest u een beknopte beschrijving van de vrouwen en gezinnen die achter iedere casus steken⁶. Vervolgens worden de effecten beschreven van het programma NNZ op deze cases. Ten slotte wordt op caseniveau beschreven welke effecten zijn vermeden wanneer deelnemers participeren in NNZ.

4.1. Beschrijving van de cases

In onderstaand schema zijn de basis kenmerken aangegeven van de vrouwen⁷ die wij hebben betrokken in het onderzoek. Over het algemeen kan gesteld worden dat het gaat om de volgende doelgroepen:

- Vrouwen met een verstandelijke beperking die zelfstandig wonen (Alice, Eva, Fien, Karin);
- Vrouwen met een verstandelijke beperking die begeleid wonen (Janet);
- Vrouwen die structureel drugs gebruiken (Bea, Carolien, mogelijk Dorien);
- Vrouwen zonder vaste woon- en verblijfplaats (Gemma, Hester);
- Vrouwen zonder beperking en met een stabiel leven (Issa, Loes).

Casus ⁸	Korte beschrijving	Woonsituatie en relatiestatus	Vaste partner?	Werksituatie	Relevante kenmerken
Alice	Vrouw 19 jaar	Woont bij ouders	Nee	Werkt bij dagbesteding	Verstandelijke beperking
Bea	Vrouw 32 jaar	Woont op kamers	Onbekend	Werkt als prostituee	Gebruikt middelen
Carolien	Vrouw 30 jaar	Woont samen met partner in huis.	Ja	Werkt als prostituee.	Gebruikt middelen.
Dorien	Vrouw 30 jaar	Dakloos, woont tijdelijk begeleid.	Onbekend	Werkt niet.	Gebruikt middelen.
Eva	Vrouw 30 jaar	Woont zelfstandig met partner.	Ja	Werkt in dagbesteding	Verstandelijke beperking.

6] Binnen NNZ worden zowel kwetsbare vrouwen als mannen begeleid, maar de overgrote meerderheid van de doelgroep is vrouw.

7] Het programmabureau NNZ benadrukt dat zoveel mogelijk de partner van de vrouw betrokken wordt bij de begeleiding. Uit de interviews is gebleken dat bij de onderzochte cases met name de vrouw is begeleid en de partner vaak onzichtbaar is. In deze rapportage is dan ook voornamelijk de begeleiding richting individuele vrouwen beschreven.

8] De namen van de casussen zijn gefingeerd.



Fien	Vrouw 28 jaar	Woont zelfstandig met partner.	Ja	Werkt in dagbesteding	Verstandelijke beperking.
Gemma	Vrouw 21 jaar.	Heeft geen vaste woon- of verblijfplaats	Onbekend	Werkloos	Psychologische problematiek
Hester	Vrouw 37 jaar	Heeft geen vaste woon- of verblijfplaats.	Onbekend	Werkloos	Psychologische problematiek
Issa	Vrouw begin 20 jaar	Woont zelfstandig	Vaste partner	Zit nog op school en werkt parttime	
Janet	Vrouw eind 30 jaar	Woont begeleid	Onbekend	Heeft WAJONG uitkering.	Verstandelijke beperking
Karin	Vrouw, begin 20 jaar	Woont zelfstandig	Vaste partner	Heeft WAJONG uitkering	Verstandelijke beperking
Loes	Jonge vrouw	Woont zelfstandig	Vaste partner	In inburgeringstraject	

In onderstaand schema staat aangegeven of de onderzochte vrouwen een kinderwens hebben uitgesproken. Wanneer een vrouw aangeeft een diffuse kinderwens te hebben, dan wordt hiermee aangegeven dat de vrouw hier richting de geïnterviewde professional over twijfelt: op het ene moment wil ze wel kinderen, op een ander moment juist niet.

Onder een inconsistente kinderwens wordt verstaan: een vrouw die gedurende de begeleiding door een professional in het kader van NNZ zeer wisselende signalen geeft of zij wel of geen kinderen wil of een vrouw die inconsistent gedrag vertoont. Zij geeft bijvoorbeeld aan geen kinderen te willen, maar heeft daarna wel al dan niet bewust of gewenst onbeschermd gemeenschap met een al dan niet vaste partner.

Casus	Heeft kinderwens uitgesproken	Gebruikte vòòr deelname aan NNZ anticonceptie (AC)	Reden wel of geen anticonceptie
Alice	Geen kinderwens	Nee	Geen AC, omdat seks voor ouders onbespreekbaar is; door beperking kan Alice dit ook niet zelfstandig regelen.
Bea	Pas kinderwens als eigen situatie stabiel is	Soms	Bea gebruikt alleen AC bij haar werk als prostituee; andere AC is te duur.
Carolien	Pas kinderwens als eigen situatie stabiel is	Soms	Carolien is ervan overtuigd dat ze na drie zwangerschappen onvruchtbaar is geworden
Dorien	Geen kinderwens.	Nee.	Dorien is door haar verstandelijke beperking niet in staat om planmatig na te denken over kinderwens en AC.





Casus	Heeft kinderswens uitgesproken	Gebruikte vòòr deelname aan NNZ anticonceptie (AC)	Reden wel of geen anticonceptie
Eva	Inconsistente kinderswens	Soms	Eva is door haar verstandelijke beperking niet in staat om planmatig na te denken over kinderswens en AC
Fien	Inconsistente kinderswens.	Nee.	Fien is door haar verstandelijke beperking niet in staat om planmatig na te denken over kinderswens en AC.
Gemma	Kinderswens diffuus.	Nee.	Als dakloze kan Gemma geen goede voorlichting krijgen over AC en deze ook niet zelf financieren
Hester	Kinderswens diffuus.	Nee.	Als dakloze kan Hester geen goede voorlichting krijgen over AC en deze ook niet zelf financieren
Issa	Geen kinderswens.	Soms.	Is slordig in het regelen hiervan
Janet	Geen kinderswens.	Nee.	Is niet bekwaam genoeg om dit zelf te regelen en vertrouwt dit niet toe aan haar begeleiders
Karin	Geen kinderswens.	Nee.	Is niet bekwaam genoeg om zelf anticonceptie te regelen of bepaalde soorten anticonceptie effectief te gebruiken
Loes	Geen kinderswens.	Nee.	Vanwege komst uit buitenland onvoldoende kennis over effectieve anticonceptie.

4.2. Representativiteit van de cases voor alle deelnemers aan NNZ

Het programma NNZ heeft per april 2020 gesprekken gevoerd met circa 5.500 deelnemers. Hier zijn twaalf cases uitgelicht voor dit onderzoek. De representativiteit van deze cases voor de gehele groep van deelnemers is af te meten aan:

- De achtergrond en aard van de deelnemers;
- Het proces dat de deelnemers hebben doorgemaakt.

De achtergrond en aard van de deelnemers

De cliënten die zijn beschreven zijn zeer herkenbare doelgroepen voor het programma NNZ. De volgende doelgroepen zijn niet meegenomen:

- Vrouwen en gezinnen met ernstige psychiatrische problemen;
- Heel jonge moeders (tiernermoeders);
- Mannen met complexe problematiek;
- Loverboyproblematiek;
- Cliënten zonder geldige verblijfsdocumenten.



Omdat deze doelgroepen niet zijn meegenomen in het case-onderzoek, kunnen wij geen uitspraak over het effect van het programma voor deze doelgroepen.

Het effect van deelname aan NNZ op de keuzes

Wij hebben alleen personen betrokken in de casebeschrijvingen die naar aanleiding van deelname aan NNZ hebben gekozen voor een duurzame vorm van anticonceptie. Wij hebben dus niet beschreven wat er gebeurt als een deelnemer aan NNZ uit eigen keuze of door externe omstandigheden uiteindelijk niet kiest voor anticonceptie.

4.3. Het effect van NNZ op het gedrag van de onderzochte vrouwen

In de vorige paragraaf is het volgende vastgesteld:

- Alle onderzochte vrouwen bevinden zich in de vruchtbare leeftijd en zijn seksueel actief;
- Alle onderzochte vrouwen zijn kwetsbaar omdat zij op één of meer leefgebieden complexe problemen of knelpunten hebben;
- Geen enkele van de onderzochte vrouwen heeft een expliciete kinderwens maar geeft juist aan hetzij (in de huidige fase van hun leven) geen kind te willen of het niet zeker te weten;
- Geen enkele van de onderzochte vrouwen gebruikte consequent anticonceptie om een zwangerschap te voorkomen.

Zonder de interventie van het programma NNZ is er een zeer grote kans dat de onderzochte vrouwen op een termijn van minder dan drie jaar ongepland en ongewenst zwanger zouden raken⁹.

Na deelname aan het programma NNZ hebben alle vrouwen¹⁰ een vorm van anticonceptie gekozen die effectief is. De gekozen anticonceptie werkt langdurig en de vrouwen hoeven hier òf niet meer zelf iets voor te doen (zij hebben bijvoorbeeld een implantaat) òf zij worden door de professional hierin begeleid of tijdig aan herinnerd. De gekozen anticonceptie is ook omkeerbaar wanneer de vrouw in de toekomst besluit toch kinderen te willen¹¹. Hiermee is de kans op een ongewenste of onbedoelde zwangerschap door deelname aan NNZ gereduceerd tot bijna 0%.

Hierdoor kunnen wij op basis van de aangedragen cases het effect van deelname aan NNZ eenvoudig reduceren tot de volgende twee uitkomsten:

- Geen deelname aan NNZ betekent geen regie over de eigen kinderwens, geen bewuste keuze voor anticonceptie en hiermee een zeer grote kans op een ongeplande en ongewenste zwangerschap binnen circa drie jaar;
- Wel deelname aan NNZ leidt tot een keuze voor eigen regie en voor een bewuste keuze voor anticonceptie en hiermee een zeer kleine kans op een zwangerschap binnen circa drie jaar.

9] De termijn van drie jaar is gebaseerd op het gegeven dat veel vrouwen in de casus na gesprekken kiezen voor anticonceptie die zonder allerlei handelingen van de cliënt voor een langere periode werkzaam is. Voorbeelden zijn de prikpil (werking drie maanden), Implanon (drie jaar) of spiraaltje (vijf tot tien jaar). Nagenoeg alle geïnterviewde professionals geven ook aan dat zij hun cliënten over een langere periode blijven volgen om hun cliënt bewust te houden.

10] Met uitzondering van casus Gemma en casus Hester. Deze cases zijn beschreven door een geïnterviewde die niet beschikte over de faciliteiten van het programma NNZ. In deze cases hebben we de hypothese gesteld dat deze vrouwen bij deelname aan NNZ wel hun gedrag veranderen.

11] Deze 100% score op gedragsverandering is te wijten aan de voorselectie van cases. In de praktijk leidt begeleiding vanuit NNZ niet in alle gevallen tot gedragsverandering, zie hoofdstuk 2.



Het hoofdeffect van deelname aan NNZ voor de deelnemende cliënten is dat een onbedoelde zwangerschap en de daarmee gepaard gaande persoonlijke en maatschappelijke effecten worden voorkomen.

Uiteraard zijn er in de praktijk veel meer uitkomsten mogelijk bij deelname aan NNZ zoals beschreven in hoofdstuk 2. Voor de MKBA is er echter alleen op de ingebrachte cases gericht, zoals beschreven in bijlage 3.

4.4. Persoonlijke en maatschappelijke effecten van zwangerschap

Op basis van de casebeschrijvingen zijn mogelijke consequenties geformuleerd wanneer iedere casus op de korte termijn zwanger zou worden. Hierbij wordt de keuze beschreven die de vrouw maakt om de zwangerschap door te zetten. Daarnaast worden de gevolgen beschreven als de zwangerschap - hetzij vrijwillig, hetzij vanwege omstandigheden¹² - toch wordt voldragen.

Casus	Meest waarschijnlijke keuze bij zwangerschap	Mogelijke neveneffecten
Alice	Zwangerschap wordt voltooid vanwege religieuze redenen.	Verstoten door familie, dus geen steun vanuit persoonlijk netwerk.
Bea	Keuze voor abortus omdat Bea zelf vindt dat zij niet goed voor het kind kan zorgen.	Is niet zeker dat Bea op tijd (binnen 20 weken na conceptie) zich bewust is dat zij zwanger is met als gevolg dat abortus niet meer mogelijk is. Gevolg is een geboorte in een zeer instabiele situatie (tijdelijke kamer, drugsgebruik, prostitutie, geen vaste partner)
Carolien	Keuze voor abortus	Zeer grote kans dat Carolien er te laat achter komt dat ze zwanger is waardoor abortus niet meer mogelijk is. Gevolg is een geboorte in een zeer instabiele situatie (Veilig Thuis betrokken, drugsgebruik, prostitutie, crimineel milieu).
Dorien	Niet bekend welke keuze Dorien zou maken. Gezien haar kennisachterstand en verstandelijke beperking zal zij waarschijnlijk geen keuze maken en de zwangerschap laten gebeuren.	Zeer grote kans dat zwangerschap wordt voltooid. Gevolg is een geboorte in een zeer instabiele situatie omdat Dorien ook moet leren zelfstandig of met begeleiding een huishouden te runnen.
Eva	Eva zal waarschijnlijk zwangerschap doorzetten.	Zeer grote kans dat zwangerschap wordt voltooid. Kind groeit dan op in een gezin waar de eerdere drie kinderen van Eva en partner vanwege veiligheidsoverwegingen uit huis zijn geplaatst.

^{12]} Bij verschillende cases is gebleken dat vrouwen pas in een laat stadium erachter komen dat zij zwanger zijn en zij niet meer kunnen kiezen voor een abortus.





Casus	Meest waarschijnlijke keuze bij zwangerschap	Mogelijke neveneffecten
Fien	Fien zal waarschijnlijk zwangerschap doorzetten.	Fien en haar partner hebben al twee kinderen en het is goed mogelijk dat de derde 'gewoon' meegaat in het gezin
Gemma	Gemma zal waarschijnlijk zwangerschap doorzetten.	Voor Gemma is het heel belangrijk dat de band met haar familie weer wordt hersteld. Anders is er veel externe hulp nodig of wordt het kind uit huis geplaatst en in een pleeggezin geplaatst.
Hester	Hester zal waarschijnlijk abortus plegen.	Hester heeft grote psychologische problemen, het is heel erg afhankelijk van haar psychische gesteldheid welke keuze zij maakt en in hoeverre zij zorgverleners genoeg vertrouwt om haar te helpen.
Issa	Niet bekend welke keuze Issa zal maken.	Issa heeft duidelijke toekomstplannen rond opleiding en werk en hierin past tijdelijk geen tweede kind. Wanneer Issa toch zwanger wordt, kan zij onvoldoende tijd besteden aan haar eigen ontwikkeling.
Janet	Niet bekend welke keuze Janet zal maken.	Janet woont begeleid en heeft niet de vaardigheden om zelf een kind op te voeden en het kind zal dan ook uit huis worden geplaatst. Al haar eerdere kinderen zijn al bij haar weggehaald.
Karin	Niet bekend welke keuze Karin zal maken.	Karin heeft al een kind en het is waarschijnlijk dat een tweede ook door haar en haar man zelfstandig opgevoed zal worden. Wel zal zij intensievere opvoedondersteuning nodig hebben.
Loes	Niet bekend welke keuze Loes zal maken.	Loes en haar man voeden al twee kinderen op dus de derde wordt ook zelfstandig opgevoed. Wel grotere behoefte aan ruimere huisvesting en intensievere opvoedondersteuning.

Bovenstaande consequenties zijn speculatief. Het zijn mogelijke gevolgen op basis van de inschattingen van de relevante aandachtfunctionaris na het contact met iedere vrouw en elk gezin, het verleden van iedere vrouw en gezin en het beleid van instanties rond vrouwen en gezinnen die in vergelijkbare omstandigheden een kind krijgen.



De effecten op persoonlijk vlak zijn in bovenstaande tabel zeer bondig omschreven en ontnemen hiermee het zicht op de grote gevolgen die een onbedoelde zwangerschap kan hebben. De aandachtfunctionarissen die de casussen hebben begeleid vertellen hierover het volgende:

- Het nadenken over en voorbereiden op de geboorte leidt bij vrouwen en gezinnen vaak al tot grote stress;
- Bij de geboorte van een kind verandert er veel in elk gezin. Vooral bij cliënten met een verstandelijke beperking die veel baat hebben bij regelmaat leidt dit tot veel stress in huis;
- Veel vrouwen en gezinnen hebben weinig financiële middelen. Door een ongeplande geboorte wordt het alleen maar lastiger om het hoofd boven water te houden;
- Huisvesting is vaak een groot probleem. Vaak zijn de vrouwen en/of gezinnen al klein behuisd. De gemeente geeft echter geen extra urgentie aan vrouwen of gezinnen bij gezinsuitbreiding. Dat leidt ertoe dat de woning eigenlijk veel te krap wordt, met alle gevolgen van dien.

De volgende tabel laat de doorredentatie zien van de meest waarschijnlijke effecten per casus, op zowel persoonlijk als maatschappelijk vlak.

Casus	Effecten op persoonlijk vlak	Effecten op maatschappelijk vlak
Alice	Wordt verstoten door familie.	Hulp bij proces rond bevalling en zwangerschap vraag naar tijdelijke huisvesting vraag naar opvoedondersteuning.
Bea	Bij voldragen zwangerschap grote druk op Bea om haar leven op orde te krijgen.	Hulp bij proces rond bevalling en zwangerschap Bij vermoedens middelengebruik gedwongen opname vanaf 30 weken zwangerschap. Proces rond OTS om te bepalen of Bea een veilig thuis kan garanderen voor baby. Bij een voldoende veilige situatie intensieve ondersteuning moeder en kind (begeleide huisvesting, intensieve opvoedondersteuning), bij een onvoldoende veilige situatie baby naar pleeggezin.
Carolien	Bij voldragen zwangerschap grote druk bij Carolien om haar leven op orde te krijgen	Hulp bij proces rond bevalling en zwangerschap. Bij vermoedens middelengebruik gedwongen opname vanaf 30 weken zwangerschap. Proces rond OTS om te bepalen of Bea een veilig thuis kan garanderen voor baby. Bij een voldoende veilige situatie intensieve ondersteuning moeder en kind (begeleide huisvesting, intensieve opvoedondersteuning), bij een onvoldoende veilige situatie baby naar pleeggezin.



Casus	Effecten op persoonlijk vlak	Effecten op maatschappelijk vlak
Dorien	Bij voldragen zwangerschap grote druk bij Dorien en haar partner om haar leven op orde te krijgen.	Hulp bij proces rond bevalling en zwangerschap Bij vermoedens van middelengebruik gedwongen opname vanaf 30 weken zwangerschap. Proces rond OTS om te bepalen of Dorien een veilig thuis kan garanderen voor de baby. Bij voldoende veilige situatie intensieve ondersteuning van moeder en kind (begeleide huisvesting, intensieve opvoedondersteuning). Bij onvoldoende veilige situatie baby naar pleeggezin.
Eva	Druk bij Eva om voor dit kind een veilig huis te creëren.	Hulp bij proces rond bevalling en zwangerschap Proces rond OTS om te bepalen of Eva een veilig thuis kan garanderen voor baby. Bij een voldoende veilige situatie intensieve ondersteuning moeder en kind (begeleide huisvesting, intensieve opvoedondersteuning). Bij onvoldoende veilige situatie baby naar pleeggezin.
Fien	Druk bij Fien en partner om derde kind in te passen in hun bestaande gezinsleven.	Hulp bij proces rond bevalling en zwangerschap. Behoeftte aan ruimere huisvesting. Behoeftte aan intensieve opvoedondersteuning
Gemma	Grote druk bij Gemma om haar leven op orde te krijgen	Hulp bij proces rond bevalling en zwangerschap. Proces rond OTS om te bepalen of Gemma een veilig thuis kan garanderen voor de baby. Bij voldoende veilige situatie intensieve ondersteuning moeder en kind (begeleide huisvesting, intensieve opvoedondersteuning). Bij onvoldoende veilige situatie baby naar pleeggezin.
Hester	Grote druk bij Hester om haar leven op orde te krijgen.	Hulp bij proces rond bevalling en zwangerschap proces rond OTS om te bepalen of Gemma veilig thuis kan garanderen voor baby. Bij voldoende veilige situatie intensieve ondersteuning moeder en kind (begeleide huisvesting, intensieve opvoedondersteuning, psychiatrische begeleiding voor Hester). Bij onvoldoende veilige situatie baby naar pleeggezin.
Issa	Druk bij Issa om zich volledig te richten op opvoeding kinderen in plaats van op studie of werk.	Hulp bij proces rond bevalling en zwangerschap. Behoeftte aan intensieve opvoedondersteuning.



Casus	Effecten op persoonlijk vlak	Effecten op maatschappelijk vlak
Janet	Janet moet opnieuw accepteren dat een kind bij haar zal worden weggehaald.	Hulp bij proces rond bevalling en zwangerschap. Proces rond OTS om te bepalen of Janet een veilig thuis kan garanderen voor baby. Baby naar pleeggezin.
Karin	Karin moet alle zeilen bijzetten om nu een tweede kindje op te gaan voeden.	Hulp bij proces rond bevalling en zwangerschap. Behoefte aan ruimere huisvesting. Behoefte aan intensieve opvoedondersteuning.
Loes	Loes moet alle zeilen bijzetten om nu een derde kindje te gaan opvoeden.	Hulp bij proces rond bevalling en zwangerschap. Behoefte aan ruimere huisvesting. Behoefte aan intensieve opvoedondersteuning.



5. Maatschappelijke baten van het programma Nu Niet Zwanger

In dit hoofdstuk worden de effecten van een niet bedoelde zwangerschap doorvertaald naar interventies die instellingen nemen om hiermee om te gaan en de kosten die hiermee gemoeid zijn. Bij deze effecten wordt onderscheid gemaakt tussen effecten die optreden tijdens de zwangerschap en de effecten gedurende het eerste jaar na de geboorte.

5.1. Beleid en interventies van instanties tijdens zwangerschap en bevalling

De Nederlandse overheid zet instrumenten en interventies in om aanstaande moeders te helpen tijdens de zwangerschap. Het verloop van de zwangerschap en de keuzes die een vrouw daarin maakt bepaalt de wijze van begeleiding. Hierbij wordt benadrukt dat er strikt wordt gekeken naar de maatschappelijke effecten en de effecten op persoonlijk vlak bewust niet in beschouwing nemen.

Wanneer een zwangerschap eindigt in een miskraam, dan kan de vrouw een poliklinische behandeling ondergaan om de negatieve medische effecten van de miskraam zoveel mogelijk te ondervangen. Deze kosten worden betaald uit de basis ziektekostenverzekering

Wanneer de vrouw kiest voor een abortus, dan kan zij dit bij een gespecialiseerde kliniek uit laten voeren. De kosten hiervoor worden door de overheid vergoed.

Wanneer de vrouw ervoor kiest om de zwangerschap te voldragen, dan biedt de overheid prenatale zorg, een ziekenhuisopname om de bevalling te begeleiden en kraamzorg aan. De totale kosten hiervan zijn circa € 2.920. Dit zijn de kosten wanneer een zwangerschap zonder grote complicaties verloopt.

	Omschrijving	Bron	Maatschappelijke kosten ¹³
Miskraam	Poliklinische zorg bij miskraam; curettage bij miskraam.	NZA (2019)	€ 350
Abortus	Tweede trimester behandeling met diepe sedatie.	Subsidieregeling abortusklinieken	€ 870

¹³ De bedragen zijn ontleend van de genoemde bronnen. Omwille van de leesbaarheid zijn de bedragen naar ronde bedragen afgerond.





	Omschrijving	Bron	Maatschappelijke kosten ¹³
Voldragen zwangerschap	Prenatale zorg vanaf 15 - 40 weken in achterstandswijk + twee echo's.	KNOV Tarievenlijst	€ 1.250
	Bevalling in ziekenhuis op	NZA (2019)	€ 640
	Medische indicatie 5 dagbehandelingen na bevalling	NZA (2019)	€ 1.030

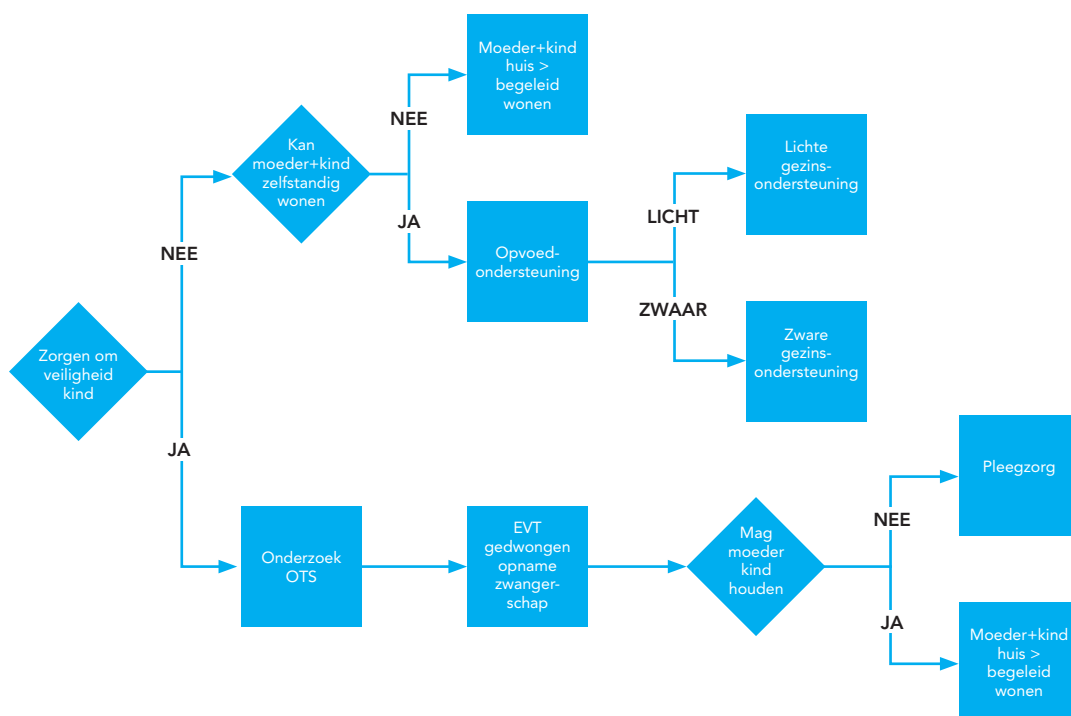
De genoemde bedragen gaan uit van een 'standaard' medisch traject zonder al te veel complicaties. De vrouwen die in de cases zijn beschreven, kampen vaak met beperkingen of problemen die het traject rond zwangerschap complex maken:

- Een deel van de vrouwen komt er pas heel laat achter dat zij zwanger zijn waardoor een abortus pas laat in de zwangerschap wordt uitgevoerd;
- Vrouwen die verdovende middelen gebruiken hebben een grotere kans op een miskraam, op complicaties tijdens de zwangerschap en schade voor het nog ongebooren kind zoals vroeggeboorte, een laag geboortegewicht of ontwikkelingsstoornissen.

Vanwege het feit dat dergelijke mogelijke complicaties niet exact te voorspellen zijn, zijn deze niet meegenomen als maatschappelijke kosten in de berekening.

5.2. Beleid en interventies van instanties gedurende het eerste levensjaar

Wanneer een vrouw beslist om de zwangerschap te voldragen en het kind wordt geboren, dan zijn de interventies afhankelijk van de omstandigheden van de vrouw en haar kind. Deze zijn in onderstaand stroomschema samengevat.



13] De bedragen zijn ontleend van de genoemde bronnen. Omwille van de leesbaarheid zijn de bedragen naar ronde bedragen afgerond.



De interventies van instellingen hangen dus af van de veiligheid die de aanstaande moeder en haar gezin kan bieden aan de pasgeborene en de mate van zelfstandigheid van de moeder en haar gezin.

Aan elk van de mogelijke interventies zijn kosten verbonden welke in onderstaande tabel zijn samengevat.

Interventie	Maatschappelijke kosten
Extra opvoedondersteuning: licht.	€ 3.900
Extra opvoedondersteuning: zwaar.	€ 8.000
Moeder-Kindhuis gevolgd door beschermd wonen.	€ 35.000 + € 14.150
Onderzoek naar Ondertoezichtstelling van het kind (OTS).	€ 2.650
Gedwongen opname tijdens laatste 10 weken zwangerschap.	€ 8.100
Pleegzorg.	€ 12.000

In onderstaande paragrafen zijn de interventies nader beschreven.

Extra opvoedondersteuning

Uit de cases is gebleken dat bijna alle vrouwen die zelf hun kind opvoeden opvoedondersteuning krijgen aangeboden. Deze ondersteuning wordt vaak aangeboden vanuit een lokaal Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG). Dit is het geval wanneer een jeugdprofessional inschat dat de vrouw of het gezin wel zelfstandig kan blijven wonen, maar niet geheel zelfstandig de opvoeding van het kind op zich kan nemen.

Hierbij zijn twee soorten zorgprofielen mogelijk.

Er is sprake van een zwaar profiel wanneer de moeder en/of de vader zelf een beperking heeft/hebben en zelf geen ervaring heeft/hebben met het opvoeden van kinderen. Hiervoor worden zorgmodules ingezet. Denk aan Praktische Pedagogische Gezinsbegeleiding of Gezin Centraal waarbij een professional over een langere periode (half jaar) het gezin bezoekt, de gezinssituatie observeert en ouders handvatten geeft hoe zij de opvoeding moeten oppakken. Omdat deze situatie niet is voorgekomen bij een van de onderzochte cases, hebben wij de kosten hiervan ook niet geschat.

Het lokale CJG kan echter ook inschatten dat een vrouw of gezin op zich zelfstandig voor een kind kan zorgen. Bijvoorbeeld wanneer zij al een kind heeft dat het goed maakt en/of een stabiele gezinssituatie heeft en/of wanneer zij familie of een netwerk rond het gezin heeft dat actief mee kan helpen. In deze gevallen kan CJG besluiten een paar uur per week (extra) maatschappelijke ondersteuning te bieden. De kosten hiervan zijn circa € 3.900¹⁴.

Moeder-Kind huis, gevolgd door begeleid wonen

Wanneer de (aanstaande) moeder geen zelfstandige woonruimte heeft, maar in beginsel wel in staat is zelfstandig voor een kind kan zorgen, dan kan er worden besloten haar en haar kind te plaatsen in een moeder-kind huis. In het moeder-kindhuis woont de

¹⁴] Tarief maatschappelijke ondersteuning voor twee uur per week gedurende 52 weken tegen en uurtarief van € 37,11. Productcode WMO 02A03, Tarievenblad Nijmegen (2019)



moeder en haar kind gedurende een half jaar samen met 5 andere moeders en krijgt zij begeleiding en training in opvoedingsvaardigheden. Dit verblijf kost rond de € 35.000 per zes maanden¹⁵.

Gedurende haar verblijf kan de moeder toegroeien naar meer zelfstandigheid. Het uiteindelijke doel is op zichzelf wonen in een zelfstandige woning maar het is niet waarschijnlijk dat dat al na zes maanden na geboorte gaat lukken en dat zij doorverhuizen naar een gezinshuis met begeleiding en behandeling. De kosten hiervan zijn € 14.150¹⁶.

Zorgen rond veiligheid: onderzoek ondertoezichtstelling (OTS)

Instellingen kunnen zich afvragen of de aanstaande moeder een veilig huis kan bieden aan de nieuwgeborene. Bij de onderzochte cases gaat het dan om vrouwen die een verstandelijke beperking hebben, dakloos zijn of die middelen gebruiken. Een rechter kan dan na een onderzoek van de Raad voor de Kinderbescherming overgaan tot een OTS. Uit eerder onderzoek van Society Impact worden de kosten voor een Raadsonderzoek geschat op € 2.650¹⁷.

Zorgen rond veiligheid: pleegzorg

Wanneer de rechter bepaalt dat een moeder niet zelf voor de baby kan zorgen, dan zal het kindje in een pleeggezin worden geplaatst. Jeugdbescherming kan middels een netwerkonderzoek nog kijken of er binnen het persoonlijk netwerk van de moeder of het gezin iemand gevonden kan worden die voor de baby kan zorgen. Bij pasgeboren baby's betekent dat in de praktijk dat het kind bij de moeder wordt weggehaald en in een pleeggezin wordt geplaatst. De kosten van pleegzorg bedragen per jaar € 12.000¹⁸.

Zorgen rond middelengebruik moeder: gedwongen opname laatste 10 weken zwangerschap

Wanneer een aanstaande moeder geen eigen huis heeft of wanneer instanties vermoeden dat de moeder schade aan het ongeboren kind kan berokkenen (alcohol of drugs), dan kan de rechter beslissen dat zij gedwongen wordt opgenomen totdat de baby wordt geboren. Een gedwongen opname kost circa € 8.100 voor tien weken¹⁹.

5.3. Beleid en interventies 12 maanden na de bevalling

In dit hoofdstuk zijn de maatschappelijke kosten van interventies geschat tijdens de zwangerschap en over de eerste twaalf maanden na de geboorte. Er is geen schatting gedaan over mogelijke interventies na deze twaalf maanden.

Het is helder dat veel zorg- en maatschappelijke interventies 'gewoon' doorlopen na het eerste jaar met alle daarbij behorende kosten. Het verzamelde casemateriaal geeft echter te weinig handvatten om met zekerheid aan te geven welke interventies dat zullen zijn.

15] Tarief Moeder-Kind huis voor 183 dagen tegen dagtarief van € 191,76, Productcode 44A45, Tarievenblad Nijmegen (2019)

16] Tarief Beschermd wonen met begeleiding voor 183 dagen tegen dagtarief van € 77,14, Productcode 15760, Tarievenblad Nijmegen (2019)

17] Society Impact, Uit Elkaar maar voor elkaar, 2016

18] Tarief pleegzorg per etmaal bedraagt € 32,71. Productcode 44A07, Tarievenblad Nijmegen (2019)

19] Tarief Beschermd wonen met uitgebreide begeleiding voor 70 dagen tegen dagtarief van € 115,22, Productcode 15762, Tarievenblad Nijmegen (2019)



Immers, een vrouw met een verstandelijke beperking kan na een jaar begeleid wonen, verhuizen naar een veel lichtere vorm van beschermd wonen. Of opvoedondersteuning kan langzaam worden afgebouwd wanneer een gezin steeds meer zelf ouderschap op zich kan nemen.

Verder is er ook geen inschatting gemaakt over mogelijke indirecte neveneffecten van een ongeplande en/of ongewenste zwangerschap. Vrouwen die verslaafd zijn en ongepland zwanger worden, lopen een grotere kans een kind op de wereld te zetten met een lager geboortegewicht of met ontwikkelingsstoornissen. Of een gezin dat nog niet toe is aan een kind maar hier toch mee wordt geconfronteerd, kan wellicht een minder geborgen opvoedklimaat bieden dan wanneer het wel goed voorbereid was. Ook hier biedt het verzamelde casemateriaal onvoldoende handvatten om er gefundeerde uitspraken over te doen.

5.4. Maatschappelijke baten

In dit hoofdstuk hebben we geïllustreerd dat de maatschappelijke baten van het programma NNZ worden gevormd door de vermeden kosten van beleid en interviews bij vrouwen en gezinnen die ongepland en/of ongewenst zwanger worden. Het is in alle gevallen een stapeling van verschillende interventies en de soort interventies hangt af van de omstandigheden van de moeder en het gezin.

De maatschappelijke baten kunnen daarmee het best inzichtelijk worden gemaakt aan de hand van een doorrekening van de verschillende cases.

	Soort vrouw/gezin	Situatie na zwangerschap	Vermeden maatschappelijke kosten
Alice	Verstandelijk beperkt, geen familienetwerk.	Moeder-Kind huis en begeleid wonen.	€ 52.070
Bea	Middelengebruik, geen stabiele huissituatie.	Kind naar pleeggezin.	€ 25.670
Carolien	Middelengebruik, geen stabiele huissituatie, eerdere kinderen al naar pleeggezin.	Kind naar pleeggezin.	€ 25.670
Dorien	Verstandelijk beperkt, geen stabiele huissituatie.	Kind naar pleeggezin.	€ 25.670
Eva	Verstandelijk beperkt, eerdere kinderen ook naar pleeggezin.	Kind naar pleeggezin.	€ 17.570
Fien	Verstandelijk beperkt, maar wel in staat kind op te voeden	Zelfstandig wonen met opvoedbegeleiding.	€ 6.820



	Soort vrouw/gezin	Situatie na zwangerschap	Vermeden maatschappelijke kosten
Gemma	Tiener zonder vast woonadres; wel netwerk.	Moeder-kind huis en begeleid wonen.	€ 54.720
Hester	Oudere vrouw zonder woonadres, geen netwerk.	Kind naar pleeggezin.	€ 25.670
Issa	Jonge moeder zonder afgeronde opleiding en met twee jonge kinderen.	Zelfstandig wonen met opvoedbegeleiding.	€ 6.820
Janet	Verstandelijk beperkt, eerdere kinderen ook naar pleeggezin.	Kind naar pleeggezin.	€ 17.570
Karin	Verstandelijk beperkt, maar wel in staat kind op te voeden.	Zelfstandig wonen met opvoedbegeleiding.	€ 6.820
Loes	Jong gezin met nu drie kinderen.	Zelfstandig wonen met opvoedbegeleiding.	€ 6.820

In onderstaande tabel staan de maatschappelijke baten gesorteerd naar de beleidskolom die dat deel van de kosten financiert.

	Zorg	Justitie	Jeugdzorg	WMO	Totaal
Gezin met lichte gezinsondersteuning.	€ 2.920			€ 3.900	€ 6.820
Gezin met zware gezinsondersteuning.	€ 2.920		€ 8.000		€ 10.920
Gezin in Moeder-Kindhuis.	€ 2.920		€ 49.150		€ 52.070
Gezin met kind naar pleegzorg.	€ 2.920	€ 2.650	€ 12.000		€ 17.570
Gezin met kind naar pleegzorg (justitiële component.	€ 2.920	€ 10.750	€ 12.000		€ 25.670



6. Conclusies

De Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) heeft in het kader van het programma Besluit met muisjes een maatschappelijke kosten-batenanalyse gemaakt van het programma Nu Niet Zwanger.

Het programma Nu Niet Zwanger is een preventief programma dat kwetsbare vrouwen en mannen ondersteunt bij het regie nemen over kinderwens, seksualiteit en anti-conceptie.

Het programma NNZ gaat uit van vier onderliggende aannames:

1. Kwetsbare doelgroepen zijn vaak niet in staat om zelfstandig bewuste keuzes te maken over kinderwens, seksualiteit en kinderwens;
2. Door deze onmacht worden deze kwetsbare doelgroepen geconfronteerd met ongewenste en/of ongeplande zwangerschappen;
3. Deze ongewenste en ongeplande zwangerschappen hebben vervolgens vergaande persoonlijke en maatschappelijke gevolgen;
4. Een groot deel van deze gevolgen is negatief omdat de moeder/ouders er nog niet aan toe is/zijn en hulp nodig heeft/hebben uit haar/hun netwerk om dit op te kunnen vangen.

Het programma Nu Niet Zwanger wordt sinds 2018 landelijk uitgerold en er zijn bijna 5.500 cliënten begeleid. Door deze lange looptijd en het hoge aantal deelnemers is er uitvoeringservaring ontwikkeld en is er een goed zicht op het aantal en soort deelnemers, de bereikte maatschappelijke effecten en de programmakosten.

In dit onderzoek hebben wij de maatschappelijke effecten en programmakosten vertaald in de maatschappelijke kosten en baten.

Het programma NNZ kost de eerste vier jaar waarin het actief is in een regio circa € 322 per deelnemer. Deelnemer betekent dat een aan het programma NNZ gelieerde medewerker bij een vrouw of gezin het gesprek is aangegaan over kinderwens, seksualiteit of anticonceptie.

Het programma NNZ heeft de ervaring dat circa 80% van de deelnemers als gevolg van de begeleiding het gedrag verandert en ervoor kiest om de kinderwens uit te stellen door middel van anticonceptie. De programmakosten per deelnemer die het gedrag verandert, zijn dan € 403.

Via zeven interviews met aandachtsfunctionarissen die werken met het programma NNZ en één interview met een zorgmedewerker die in contact staat met de kwetsbare doelgroep zijn twaalf casebeschrijvingen opgesteld en de maatschappelijke baten berekend:



- De maatschappelijke baten zijn € 6.820 wanneer er een ongewenste en ongeplande zwangerschap wordt voorkomen bij een kwetsbaar gezin dat bij een wel doorgezette zwangerschap opvoedondersteuning nodig zou hebben gehad;
- De baten zijn € 17.570 wanneer een ongewenste en ongeplande zwangerschap wordt voorkomen bij een moeder die niet voor het kind kan zorgen en waarbij het kind wordt afgestaan aan een pleeggezin;
- De baten zijn € 52.070 wanneer een ongewenste en ongeplande zwangerschap wordt voorkomen bij een moeder die alleen in een begeleid-woneninstelling haar kind kan opvoeden.

De genoemde baten zijn 'zeker' omdat het de case de volgende kenmerken hebben:

- De vrouw geeft zelf aan tijdelijk geen of helemaal geen kinderwens te hebben;
- De vrouw is om verschillende redenen (verstandelijke beperking, financiën, taalbarrière) niet in staat om zelfstandig of samen met haar partner effectieve anticonceptie te regelen;
- De vrouw of het gezin is wel seksueel actief en de kans op zwangerschap - vanwege het ontbreken van effectieve anticonceptie - is zeer groot;
- De vrouw of het gezin heeft vanwege de kwetsbare positie een zekere vorm van ondersteuning nodig om een eventueel (extra) kind op te voeden en/of is vanwege de levenswijze niet in staat om zelfstandig een kind op te voeden.

De conclusie van de MKBA is dan ook dat het programma NNZ meer maatschappelijke baten opbrengt dan het kost.

6.1. Aanbevelingen

Ondanks de goede resultaten met het programma Nu Niet Zwanger is het lastig gebleken om de opstartkosten voor de introductie van dit programma gefinancierd te krijgen. Dit belemmert de introductie van NNZ in nieuwe regio's. Ook het verduurzamen van bestaande financiële stromen gaat moeizaam.

Met deze MKBA zijn de baten (en kosten) van het programma NNZ in beeld gebracht. Daardoor wordt een onderbouwing voor voorinvestering (voorfinanciering) voor een financier transparant. Het maakt het mogelijk om de verduurzaming van de programmafinanciering inzichtelijk te maken.

Om de investeringsdrempel voor de opstartkosten te verlagen en de programmafinanciering te verduurzamen, bevelen wij op basis van de voorliggende MKBA dan ook het volgende aan:

1. Verduidelijk voor elke unieke financier (branche of organisatie) waar voor deze financier de opbrengsten (baten) van de invoering of continuering van NNZ liggen.

Financiers zijn vooral geïnteresseerd in de effecten van het programma op 'hun' domein. Een gemeente die de kosten voor de investering van het programma NNZ op zich neemt, is met name geïnteresseerd in de effecten hiervan op de budgetten rond maatschappelijke opvang of jeugdzorg. Baten die misschien niet direct te herleiden zijn naar de invoering van het programma. Terwijl er vrijwel



een direct verband ligt tussen de uitkomsten van het programma en de kosten van verzekeraars voor deze kwetsbare doelgroep in de regio waar het programma wordt uitgevoerd. Het is dan ook aan te bevelen om in voorstellen of rapportages deze waar mogelijk toe te spitsen op de interesses van de financiers.

2. Breng voor elke unieke financier de zekere maatschappelijke baten in kaart in plaats van voorstellen op te bouwen op mogelijke maatschappelijke baten.

De MKBA laat zien dat er een groot aantal persoonlijke en maatschappelijke effecten zijn wanneer een vrouw, een man of een gezin ongepland en ongewenst geconfronteerd wordt met de komst van een kind.

Het is vervolgens verleidelijk om te proberen om al deze effecten te benoemen waardoor de ernst van de situatie wordt benadrukt. Echter, voor financiers zijn de kwantificeerbare effecten in het bijzonder van belang zijn hun branche of organisatie, veel relevanter.

Als voorbeeld: een gezin dat te maken krijgt met ongeplande gezinsuitbreiding, zal ook knelpunten ervaren rond huisvesting. Hoewel te kleine behuizing echt een groot knelpunt kan zijn, is lastig te berekenen hoeveel maatschappelijke schade te kleine huisvesting heeft.

3. Maak voor elke branche of organisatie inzichtelijk wat de potentiële doelgroep in een bepaalde regio is en richt daar je projectorganisatie op in.

Gemeentes of regio's herkennen zich vaak niet in de 'gemiddelde' regio. Zij vinden hun regio 'veel kleinschaliger', 'niet te vergelijken met zoiets als Rotterdam', 'wij hebben geen zaken als drugs of prostitutie', et cetera.

Voor de introductie van het programma NNZ is het dan ook raadzaam voorafgaand te onderzoeken welke benadering de kwetsbare doelgroep in de specifieke regio vraagt. Dat draagt bij aan het succes van het programma. Dit vraagt ook om duidelijkheid rondom de gewenste dan wel noodzakelijke participatie van de verschillende instellingen in deze regio. Ook hier de aanbeveling: spits het voorstel toe op de specifieke, unieke voorliggende situatie.

4. Maak afspraken over het te volgen proces en de op te leveren rapportage(s) en niet over outputfinanciering en / of resultaatverplichtingen.

Het programma NNZ positioneert zich zeer duidelijk als een preventief programma. Deelnemers worden ondersteund, maar behouden de regie en nemen zelf beslissingen.

Bij een dergelijke benadering is het aan te bevelen om met financiers afspraken te maken over de doelgroep en het aantal deelnemers daarbinnen, maar geen uitspraken te doen over 'verwachte resultaten'. Wel kunnen er in de rapportages worden aangegeven welke resultaten er eerder zijn behaald, zonder garanties af te geven voor de toekomst.



5. Maak waar mogelijk vooraf al afspraken over het verduurzamen van het programma NNZ en leg de intenties hiervoor samen met de noodzakelijke randvoorwaarden (financiering), vast.

De kwaliteit van de uitkomsten van het programma NNZ hangt mede af van de ondersteuning door (reguliere) hulpverleners van de deelnemers. Deze kwetsbare doelgroep heeft immers vaak al (een aantal) hulpverleners die hen begeleiden op allerlei domeinen. De gesprekken over kinderwens, seksualiteit en anticonceptie zouden een onderdeel uit moeten gaan maken van de reguliere hulp die zij bieden aan hun cliënt. Zij spelen hierin een essentiële rol. Zo kunnen gemeenten in hun financieringsafspraken opnemen dat het begeleiden van kwetsbare klanten in het nemen van hun regie over hun kinderwens structureel onderdeel uit moet maken van de hulpverlening.

Geraadpleegde literatuur

- GGD GHOR Nederland, Kerndocument Programma Nu Niet Zwanger, november 2019
- Gemeente Nijmegen, Verordening maatschappelijke ondersteuning en jeugdzorg 2019, 8 april 2019
- Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), Tarieven Verloskundige zorg 2020, 2020
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), Zorgproducten Tabel, Versie 25 april 2019
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), Tarieven Tabel, Versie 19 september 2019
- Society Impact, Uit Elkaar maar voor elkaar, 2016



Inleiding

Op dit moment voeren we een onderzoek uit naar de rol van Vechtscheidingen bij het verloop van jeugdzorgtrajecten. Het onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van de VNG en de gemeente Etten-Leur.

In het kader van dit onderzoek gaan wij 11 cases uit de dagelijkse praktijk van CJG-Etten Leur onderzoeken. Wij interviewen jou omdat jij 1 van deze 11 cases hebt aangedragen.

Als voorbereiding op dit interview vind je een casebeschrijving die wij hebben gemaakt op basis van de stukken in ZorgNed. Daarnaast krijg je dus dit format zodat je kan zien wat voor soort vragen wij gaan stellen.

Het interview duurt circa 60 minuten. Het interview wordt opgenomen omdat verwerken van je antwoorden voor ons dan makkelijker is, na gebruik gooien we de geluidsopname weg. Je antwoorden uit het interview worden verwerkt in de casebeschrijving die we je dan zullen voorleggen. Pas als jij tevreden bent over deze casebeschrijving gaan we deze gebruiken.

In het interview komen de volgende onderwerpen aan bod:

- we willen de feiten rond de casus kloppend hebben;
- we willen weten op welke wijze een Vechtscheiding invloed heeft gehad op het feitelijk verloop van het jeugdzorgtraject;
- we willen horen hoe jij het proces van de Vechtscheiding hebt ervaren;
- wat zou je graag anders willen zien.

Feitelijk verloop van de casus

Als het goed is heb je een casebeschrijving van ons gekregen die wij alleen hebben gebaseerd op de documenten in ZorgNed (dus niet de notities). Het is daarmee haast zeker dat we cruciale feiten niet hebben opgemerkt of niet goed hebben begrepen. In dit onderdeel vragen we je om het volledige feitelijke plaatje voor ons te schetsen.

Dus:

- wat weet je over de context van het gezin dat relevant is om de case te snappen?
- welke stappen zijn er voor en tijdens het jeugdzorgtraject nog meer gezet?
- weet je wat er na het jeugdzorgtraject is gebeurd met het gezin?

Wat was het effect van de Vechtscheiding op het verloop van het Jeugdzorgtraject?

Heeft de Vechtscheiding de problemen bij de jongere veroorzaakt? Of zijn er ook andere factoren?

Heeft de Vechtscheiding de problemen bij de jongere verergerd? Was hierdoor een intensiever of langer traject nodig?

Hoe heb je het proces van de Vechtscheiding ervaren?

Hoe ben je als Jeugdprofessional beïnvloed door de Vechtscheiding in de casus? Heb je in je functioneren iets gemerkt van de Vechtscheiding tussen ouders? Hoe ben je hiermee omgegaan? Is de casus representatief voor alle cases met Vechtscheidingen? Waarom wel? Waarom niet?

Wat zou je graag anders zien?

Terugkijkend op de casus: had je anders kunnen of willen handelen?

Had je extra financiële middelen, uren begeleiding of specialistische begeleiding willen hebben?



In onderstaande paragrafen worden de cases beschreven van twaalf deelnemers aan het programma Nu Niet Zwanger. De cases zijn gebaseerd op interviews met medewerkers die direct met hen hebben gewerkt. Omwille van de privacy zijn alle namen van de deelnemers gefingeerd en zijn alle referenties naar de regio, de namen van instanties en dergelijke weggelaten of verdoezeld.

De geïnterviewden hebben de casebeschrijvingen gezien en gecontroleerd op juistheid en op de mate waarin de casus te herleiden is naar individuele personen.

Casus Alice

Alice is een 18-jarige vrouw. Zij woont met vader, moeder en een zus.

Alice heeft een licht verstandelijke beperking. Zij heeft op het Praktijkonderwijs gezeten en werkt nu op een beschutte werkplek. Thuis ontvangt zij ambulante begeleiding vanuit een zorginstelling om haar te ondersteunen bij het omgaan met haar beperking.

De ouders van Alice komen uit een niet-Westers land en zijn strenggelovig. Zaken als vriendjes of seks zijn taboeonderwerpen. Alice komt via de ambulante begeleider van de zorginstelling bij de aandachtsfunctionaris van NNZ. Alice heeft namelijk buiten het zicht van haar ouders een vriendje en wil absoluut niet zwanger worden. Dit leidt immers tot grote problemen thuis. Ze heeft geen kinderwens, ze vindt zichzelf daarvoor te jong.

Alice kan door haar beperking niet goed inschatten wat de gevolgen van bepaalde acties kunnen zijn zoals seks en onbeschermd seksueel contact. Alice heeft slechts beperkte kennis over anticonceptie.

Ook kan Alice niet goed de bedoelingen van anderen inschatten of voor zichzelf opkomen. Zo heeft Alice recent een aantal keren onbeschermd seksueel contact gehad met een jongen die kent uit een wijkcentrum in de buurt. Wanneer de aandachtsfunctionaris doorvraagt hierover, dan blijkt dat Alice pas later heeft gemerkt dat het de jongen alleen om seks te doen was. De jongen wijst verder contact met Alice af en het is ook gebeurd dat hij haar gedwongen heeft tot seksuele handelingen.

De aandachtsfunctionaris heeft, nadat duidelijk bleek dat ze geen kinderwens heeft maar wel seksueel actief is, met Alice gepraat over de mogelijkheden van anticonceptie. Al gauw blijkt dat Alice niet aan de pil wil omdat zij graag een regelmatige menstruatiecyclus wil houden. Haar moeder controleert soms haar cyclus; Alice is ook bang dat ze vergeet de pil in te nemen en dat ze altijd de pilstrip moet verstoppen voor haar ouders.

De aandachtsfunctionaris overlegt met Alice en stelt verschillende alternatieve anticonceptiemethoden voor. Door allerlei onvoorziene factoren moet Alice over een periode van maanden verschillende vormen van anticonceptie uitproberen voordat ze een methode vindt die voor haar en haar omstandigheden 'werkt'. Hierin vindt Alice veel steun bij de aandachtsfunctionaris en wordt de aandachtsfunctionaris een vertrouwenspersoon.

Gedurende het proces doet de aandachtfunctionaris de volgende observaties:

- De aandachtfunctionaris beseft terdege dat zij Alice heeft geholpen tegen de expliciete verboden van haar ouders in. De aandachtfunctionaris heeft gecheckt en stelt vast dat Alice als 19-jarige zelf heeft aangegeven seksueel actief te willen zijn. Alice heeft het recht om zelf deze keuzes te maken en is - gegeven haar leeftijd - niet gebonden aan de leefregels van haar ouders;
- Er is zowel vanuit een vorig ambulante hulpverlener, als via een andere collega van de GGD, als via de huidige ambulante begeleider van de zorginstelling, wel voorzichtig een dialoog opgestart met de ouders over de ontluikende seksualiteit van Alice en de wensen van Alice. Maar de ouders hebben deze gesprekken resoluut afgekapd;
- Een groot probleem voor Alice is dat zij door haar verstandelijke beperking niet makkelijk onafhankelijke informatie kan vinden over vormen van anticonceptie. Ze kan niet terecht bij haar familie, niet bij vriendinnen, niet op Internet en niet via de ambulante begeleider van de zorginstelling. De ambulante begeleider is nog slechts beperkt in beeld, heeft andere kerntaken en heeft ook te weinig kennis over anticonceptie. De huisarts geeft aan wel anticonceptie ter sprake gebracht te hebben maar de arts heeft geen mogelijkheden om de anticonceptie aan te bieden zonder financiële vergoeding. De huisarts heeft te weinig tijd en ruimte om de juiste aandacht aan Alice te kunnen besteden. Alice kan informatie op het internet moeilijk begrijpen en overzien.
- Ook het regelen van de vergoeding van de kosten voor anticonceptie is een probleem. De zorgverzekering wordt nog steeds geregeld door haar ouders. Ook andere financieringsbronnen dan NNZ zijn niet beschikbaar omdat Alice de anticonceptie anoniem wil aanvragen. Bij een financieringsbron als de bijzondere bijstand is er geen mogelijkheid om zaken anoniem af te handelen.

De aandachtfunctionaris ziet bij Alice de volgende effecten van NNZ:

- Alice is gedurende de begeleiding geheel volgens eigen wens niet zwanger geworden;
- Alice heeft hierbij op maat advies gekregen over verschillende vormen van anticonceptie zodat Alice een langdurend anticonceptiemiddel heeft gekregen dat past bij haar situatie en mogelijkheden;
- De hulp is anoniem gebleven maar steeds in samenspraak met Alice uitgevoerd.

Wanneer er geen programma NNZ zou zijn geweest, dan schat de aandachtfunctionaris in dat het volgende zou zijn gebeurd:

- Alice zou hoogstwaarschijnlijk zwanger zijn geworden omdat Alice gewoon seksueel actief was en - mede door haar beperking en haar afhankelijkheid van haar ouders - geen anticonceptie zou hebben gehad;
- Omdat Alice geen kinderwens heeft, zichzelf ook te jong vindt voor ouderschap en niet zwanger wil worden, zou dit een ongewenste zwangerschap zijn. Dit zou veel stress en zorgen opleveren voor Alice;
- Deze zwangerschap zou zeker bekend zijn geworden bij de ouders van Alice. Dit zou grote sociale gevolgen voor Alice hebben gehad. Zij zou mogelijk door haar ouders en andere familieleden zijn verstoten;
- Als gevolg van de zwangerschap zou Alice gedwongen zijn te moeten kiezen tussen een abortus of het voldragen van de zwangerschap;
- Bij het voldragen van de zwangerschap zou Alice een alleenstaande moeder worden met

een verstandelijke beperking en zonder achtervang van familie. Alice zou op stel en sprong zelfstandige woonruimte of een plek in een moeder & kindhuis moeten zien te vinden.

Gezien haar licht verstandelijke beperking zou ze langdurig extra zorg en opvoedkundige hulp moeten krijgen om goed voor het kind te kunnen zorgen;

- Het is reëel dat na enkele maanden het ouderschap van Alice wordt geëvalueerd om te kijken of het kind veilig kan opgroeien. Bij grote twijfels leidt dat tot een onderzoek naar ondertoezichtstelling en mogelijk een uithuisplaatsing van het kindje.

De aandachtsfunctionaris merkt dat NNZ het volgende mogelijk heeft gemaakt:

- Er is nu ruimte om in het verlengde van voorlichting over seksuele gezondheid gerichte voorlichting te geven over kinderwens en anticonceptie;
- Door het gesprek aan te gaan, is een onbedoelde en ook ongewenste zwangerschap voorkomen;
- De NNZ-aandachtsfunctionaris kan aandacht besteden aan deze onderwerpen waar andere zorgverleners rond een cliënt (ambulant begeleider, huisarts) geen tijd voor vrij hebben of -vanwege het onderwerp - handelingsverlegen over zijn of zich niet toegerust voelen om dit te kunnen doen;
- De ambulant begeleider liep mee in dit traject en kan binnen zijn/haar team/instelling uitdragen wat het belang is van het gesprek aangaan over Kinderwens-Seksualiteit-Anticonceptie bij deze kwetsbare doelgroep.
- Door het financiële budget voor anticonceptiemiddelen, vanuit NNZ, heeft Alice toegang gekregen tot adequate anticonceptie.

Casus Bea

Bea is een 32-jarige vrouw die voor haar 18de is begonnen met drugsgebruik. Zij werkt al heel lang in de straatprostitutie om aan geld te komen voor drugs. Bea is lang dakloos geweest maar woont nu 1,5 jaar zelfstandig op een kamer.

In het verleden zijn er veel pogingen gedaan om Bea te begeleiden en haar van haar verslaving af te helpen. Deze hulp bleef niet omdat Bea stelselmatig drugs bleef gebruiken en zich niet kon houden aan gemaakte afspraken. Wat maakte haar lastig te begeleiden of te handhaven in zorgtrajecten. Hierdoor is Bea nu aan te merken als een zorgmijder.

De aandachtsfunctionaris van NNZ kent Bea al tien jaar en heeft gedurende die tijd geprobeerd Bea te bereiken en haar richting een meer stabiel leven te leiden. Dat is niet eenvoudig omdat Bea soms maandenlang uit beeld is. De aandachtsfunctionaris gaat dan naar de tippelzone om te zien of Bea daar is of om bij anderen navraag te doen naar Bea.

Bij de introductie van het programma NNZ heeft de aandachtsfunctionaris meteen de inschatting gemaakt dat Bea hier wel geïnteresseerd in zou zijn want:

- Bea weet van zichzelf dat ze in haar huidige leefomstandigheden geen kinderen kan of wil opvoeden. Bea wil nu dus absoluut niet zwanger worden, ze heeft duidelijk geen kinderwens op dit moment in deze situatie;
- Bea is seksueel actief;
- Bea heeft haar anticonceptie om een onbedoelde, ongewenste zwangerschap te voorkomen niet goed geregeld. Bea geeft door haar verslaving eerder geld uit aan drugs dan aan anticonceptie;

- Bea is dusdanig chaotisch dat een middel als de prikpil niet past bij haar situatie. De prikpil moet elke drie maanden geplaatst worden. Bea komt zeer vaak niet opdagen op afspraken bij de arts die de prikpil plaatst, ook niet wanneer de aandachtfunctionaris haar hierin begeleidt.

Via het programma NNZ is er bij Bea nu een Implanon geplaatst waardoor anticonceptie nu structureel is geregeld zonder dat Bea daar regelmatig aan hoeft te denken of dingen voor hoeft te regelen.

Doordat het programma NNZ nu bestaat kan de aandachtfunctionaris het volgende aan Bea aanbieden:

- Bea kan nu zelf bepalen of zij zwanger wil worden;
- Bea hoeft nu zelf geen geld uit te geven aan anticonceptie en als het 'gratis' is dan valt er een grote barrière voor Bea weg;
- Er is nu budget voor en meer informatie beschikbaar over andere anticonceptiemiddelen dan alleen de prikpil, al naar gelang de behoeftes van Bea. Ze heeft nu kunnen kiezen voor een langdurend (maar ook duurder) anticonceptiemiddel waar ze niet regelmatig aan hoeft te denken en dat beter bij haar situatie past;
- De arts die de anticonceptie plaatst werkt vaker met cliënten vanuit de NNZ-doelgroep. De arts weet dus hoe zorg mijndend sommige van deze cliënten kunnen zijn.

Voor de aandachtfunctionaris betekent het programma verder dat door NNZ veel praktische zaken rond anticonceptie zijn geregeld zodat hier minder tijd ingestoken hoeft te worden. Zo blijft er meer tijd over om Bea te helpen bij het afkicken van haar verslaving.

Wanneer het programma NNZ niet zou bestaan, is er een gerede kans dat Bea wederom zwanger zou worden. Dit heeft de volgende gevolgen:

- Bea heeft duidelijk aangegeven nu geen kind te willen dus dan zou ze in het geval van een onbedoelde zwangerschap waarschijnlijk een abortus willen;
- Omdat Bea een onregelmatige cyclus heeft is het echter de vraag of ze de zwangerschap op tijd (binnen 20 weken) zou hebben ontdekt;
- Wanneer er geen abortus meer mogelijk is, of ze dit toch niet zou willen, dan zal Bea via een gerechtelijk bevel gedwongen opgenomen worden op een locatie waar zij niet kan gebruiken om zo de ongeboren vrucht te beschermen;
- Wanneer het kind wordt geboren dan zal deze direct uit huis geplaatst worden omdat Bea structureel drugs gebruikt en dus niet in staat wordt geacht om voor het kind te zorgen; De kinderrechter kan een OTS uitspreken vanaf drie maanden voor de geboorte;
- Als het kindje geboren zou worden is er grote kans dat het kindje extra zorg nodig zal hebben omdat het beschadigd is door drugsgebruik in de eerste helft van de zwangerschap;
- Omdat Bea drugs gebruikt is er ook een grote kans op een miskraam met alle pijnlijke gevolgen van dien voor Bea;
- Alle bovenstaande situaties zouden voor veel persoonlijk leed zorgen bij zowel Bea als bij het kindje.

Bea is zich zeer bewust van bovenstaande gevolgen. Bea heeft namelijk een zus die in vergelijkbare omstandigheden leeft; haar zus heeft 2 kinderen gekregen en allebei de kinderen zijn direct na de geboorte bij haar weggehaald.



Casus Carolien

Carolien is een jonge vrouw die door de politie wordt aangemeld bij de aandachtsfunctionaris van NNZ, nadat ze haar hebben betrappt op het illegaal aanbieden van prostitutiediensten.

Daarnaast pleegde Carolien hiermee uitkeringsfraude.

De politie heeft bij de actie ook geconstateerd dat Carolien er erg onverzorgd uitzag en zwanger bleek te zijn. Daarnaast waren er sterke vermoedens van drugsgebruik omdat Carolien's partner ook in verband met drugs is gebracht. De aandachtsfunctionaris NNZ heeft eerst in haar rol als verslavingsdeskundige met Carolien gewerkt. Uit gesprekken met Carolien wordt duidelijk dat Caroline inderdaad drugs gebruikt en daarnaast ook zwanger is. Verder vertelt Carolien dat haar partner soms geweld tegen haar gebruikt.

De huidige zwangerschap is de derde voor Carolien. Voor het eerste kind heeft Carolien voor minder dan een jaar gezorgd, daarna is het kind door Veilig Thuis uit huis geplaatst vanwege huiselijk geweld. Het tweede kind is direct bij de geboorte uit huis geplaatst omdat de partner van Carolien tijdens de bevalling in het ziekenhuis door medewerkers is betrappt op drugsgebruik.

De partner van Carolien heeft in het verleden bij een andere vrouw ook twee kinderen verwekt die direct na de geboorte uit huis zijn geplaatst, ook hier was drugsgebruik de reden voor de uithuisplaatsing.

Gedurende de derde zwangerschap vraagt de aandachtsfunctionaris aan Carolien wat haar plannen zouden zijn na de bevalling. Wilde ze weer zwanger worden?

Carolien wuift in eerste instantie deze notie weg; ze is ervan overtuigd dat ze na de derde zwangerschap wel onvruchtbaar zou worden en dat anticonceptie niet nodig was. Na een aantal gesprekken blijkt Carolien veel verdriet te hebben over hoe alles is verlopen en geeft Carolien aan niet meer 'het gedoe' rond een nieuwe zwangerschap te willen hebben; bemoeienis van Veilig Thuis, de politie over de vloer en gedwongen opname.

Vervolgens spreekt de aandachtsfunctionaris samen met Carolien een gynaecoloog uit het NNZ-netwerk om Carolien duidelijk te maken dat zij wel degelijk weer vruchtbaar zou zijn. Omdat de gynaecoloog op basis van de medische kennis meer gezag heeft, begint Carolien het risico op een eventuele vierde zwangerschap te zien. Uiteindelijk ziet Carolien de risico's van een nieuwe zwangerschap in en besluit om een Implanon te laten plaatsen, omdat ze nu niet weer zwanger wil worden.

Door het programma NNZ heeft de aandachtsfunctionaris het volgende voor Carolien kunnen betekenen:

- Carolien heeft de tijd genomen om te praten over het al dan niet opnieuw zwanger worden;
- Carolien heeft voorlichting gekregen over anticonceptie en over het risico op een zwangerschap;
- De voorlichting is ook uitgebreider geweest en er is tijd vrijgemaakt om met Carolien te praten over mogelijkheden en wensen. Daarnaast kan de aandachtsfunctionaris sneller leden uit het zorgnetwerk (zoals een gynaecoloog) mobiliseren om voorlichting te geven of om acties uit te voeren;
- Carolien heeft laten zien een grote zorg mijder te zijn. Na de vorige zwangerschappen verdween Carolien 'uit beeld' totdat zij opnieuw zwanger werd. NNZ biedt een systeem met meer mogelijkheden om contact met Carolien te blijven houden;
- Carolien heeft beperkt financiële middelen om anticonceptie te kunnen betalen of zich te laten voorlichten over verschillende vormen van anticonceptie. Via NNZ is voorlichting laagdrempeliger.

Wanneer het NNZ-programma er niet zou zijn, dan zou het hoogstwaarschijnlijk tot een vierde zwangerschap hebben geleid bij Carolien. Dit zou de volgende gevolgen hebben gehad:

- Carolien heeft een grote kans op een miskraam vanwege haar drugsgebruik;
- Carolien zou kunnen kiezen voor een abortus;
- Carolien zou bij het doorzetten van de zwangerschap via een gerechtelijk bevel gedwongen opgenomen worden om de ongeboren vrucht te beschermen tegen eventueel drugsgebruik van moeder. De kinderrechter spreekt in dit geval een Ondertoezichtstelling (OTS) uit vanaf drie maanden voor de geboorte. Bij de geboorte wordt het kind vervolgens direct uit huis geplaatst.
- Het kindje heeft grote kans dat het geboren wordt met gezondheidsschade door het druggebruik van Carolien in de eerste helft van de zwangerschap
- Alle bovenstaande situaties zouden voor veel persoonlijk leed zorgen bij zowel Carolien als bij het kindje.

Casus Dorien

Dorien is een vrouw rond de 30 jaar. Er zijn sterke vermoedens dat Dorien een verstandelijke beperking heeft en analfabeet is, maar zij is nooit formeel gediagnosticeerd.

Dorien is een tijd dakloos geweest en heeft drugs zoals GHB gebruikt. Ze heeft een traject gevolgd om van haar verslaving af te komen en woonde daarbij in de opvang. Ze heeft een partner maar deze relatie is niet stabiel.

Dorien komt in beeld wanneer zij bij een arts klaagt over buikpijn. Zij blijkt na onderzoek in het derde trimester van haar zwangerschap te zijn. Als gevolg hiervan wordt zij onmiddellijk in een tijdelijke woonvoorziening voor mensen met ernstige psychiatrische problemen geplaatst omdat zij tot voor kort dakloos is geweest en een verleden van GHB-gebruik heeft. De eerste zorg is er dan ook op gericht om de baby gezond op de wereld te krijgen. Dorien geeft aan totaal verrast te zijn over de zwangerschap: zij heeft geen idee hoe zij zwanger is geworden en heeft geen idee hoe de bevalling zal verlopen. Zij heeft gehoord dat de bevalling pijnlijk is en zij is hier erg bang voor.

De aandachtsfunctionaris NNZ wordt via de begeleider van de tijdelijke woonvoorziening gevraagd om Dorien mede te begeleiden en in gesprek te gaan over kindrewens, seksualiteit en anticonceptie voor na de bevalling. De aandachtsfunctionaris heeft namelijk in het verleden de medewerkers van deze organisatie geïnformeerd over de aanpak Nu Niet Zwanger en één van hen heeft vervolgens contact met ons opgenomen.

In het geval van Dorien schat de aandachtsfunctionaris in dat Dorien haar aandacht eerst wil richten op de bevalling zelf en adviseert om met name de hulp van de Pop-poli in te schakelen. Tegelijkertijd loopt er een gerechtelijke procedure om te bepalen of Dorien het kind mag houden of dat de baby uit huis wordt geplaatst. Vlak voor de bevalling doet de rechter uitspraak: het kind wordt uit huis geplaatst.

In de 38ste week voor de bevalling brengt de aandachtsfunctionaris NNZ samen met de begeleider van Dorien een huisbezoek. Wanneer Dorien opendoet, lijkt zij onder invloed van GHB.

Dorien staat onder grote stress. Zij ziet op tegen de bevalling en weet nu ook dat zij het kindje

niet mag houden. Dat laatste maakt haar erg verdrietig. Dorien heeft ook zeer weinig mensen die ze kan vertrouwen. Ze heeft nauwelijks contact met familie. Haar partner is niet echt zichtbaar voor de hulpverleners. Ze heeft verder ook geen sociale contacten. Dorien geeft aan dat ze 'ooit' wel moeder wil worden maar ze beseft dat in haar huidige leefomstandigheden niet voor een kindje kan zorgen. Dorien wil daarom op korte termijn anticonceptie om deze ellende niet nog eens te hoeven meemaken.

Via NNZ wordt met de dienstdoende gynaecoloog geregeld dat direct na de bevalling langdurige anticonceptie wordt geplaatst. Door de inzet van de aandachtsfunctionaris NNZ kan er samengewerkt worden tussen de bevallingsgynaecoloog, de Pop-poli, de GGD-arts vanuit NNZ en de zorgmedewerkers van de tijdelijke woonvoorziening.

Na enkele maanden neemt de aandachtsfunctionaris opnieuw contact op met Dorien, gewoon om persoonlijke aandacht te geven en te kijken hoe het gaat. Dorien verblijft nog in de woonvoorziening maar wordt snel overgedragen aan een zorginstelling om af te kicken van haar verslaving.

De baby is na de geboorte naar een crisisopvang gegaan en vervolgens naar een pleeggezin. Dorien kan eens in de twee weken haar baby zien. Dorien hoopt dat de bezoeksregeling uitgebreid kan worden.

Door NNZ krijgt een aandachtsfunctionaris de mogelijkheid om met vrouwen te praten over een al dan niet aanwezige kinderwens en hier dan gepaste hulpverlening op te bieden. Bij voorkeur voeren zorgverleners die al contact hebben met de cliënt dit gesprek over kinderwens, seksualiteit en anticonceptie zelf voeren. De vertrouwensband is belangrijk. Vanuit de NNZ-aanpak kunnen professionals worden toegerust op het voeren van dit soort gesprekken.

Op dit moment is er echter nog grote schroom om zaken als kinderwens te bespreken met cliënten; het wordt vaak ook afgedaan als een individuele keuze waar een zorgverlener zich eigenlijk buiten moet houden. Via NNZ kan de voorlichting ook veel uitgebreider zijn. Het 'standaard' advies bij een wens voor anticonceptie is toch vaak de pil en dit middel hoeft voor vrouwen als Dorien niet de beste oplossing te zijn. De pil moet je immers dagelijks rond dezelfde tijd innemen.

Als er geen programma NNZ zou zijn geweest, dan zou de geschiedenis zich weer kunnen herhalen. De kans op een nieuw zwangerschap zou zeer groot zijn omdat Dorien wel een partner heeft en nog steeds een grote kennisachterstand. Hiermee is er een gerede kans dat Dorien opnieuw een vergelijkbaar traject zou doormaken met alle emotionele gevolgen van dien.

Als NNZ niet wordt ingezet, zijn de volgende scenario's denkbaar:

- Als Dorien opnieuw zwanger raakt en deze periode drugs gebruikt, dan zijn er mogelijk extra risico's voor het ongeboren kindje;
- Een volgende bevalling zou weer klinisch zijn, met extra ondersteuning van de pop-poli;
- Bij de geboorte zou het kind naar alle waarschijnlijkheid direct uit huis geplaatst worden;

Casus Eva

Eva is een jonge vrouw die samen met haar partner zelfstandig woont. Eva heeft een verstandelijke beperking en volgt enkele uren per dag dagbesteding. Haar partner heeft in mindere mate een verstandelijke beperking. Hij heeft voldoende sociale en arbeidsvaardigheden om regulier te werken.

Eva komt in beeld bij het programma NNZ vanwege het contact met het consultatiebureau waar zij heen gaan met haar circa 18 maanden oude kind. Daar geeft zij aan de jeugdverpleegkundige aan niet meer zwanger te willen worden.

De aandachtsfunctionaris neemt contact op met Eva en dan blijkt dat Eva al drie kinderen heeft gehad die alle drie uit huis zijn geplaatst door Jeugdbescherming. De reden voor uithuisplaatsing is dat Eva en haar partner soms dronken zijn in bijzijn van hun kind of in aanwezigheid van een kind knallende ruzie hebben. Verder missen Eva en haar partner essentiële ouderschapsvaardigheden, kunnen ze niet altijd leeftijdsadequaat reageren of zich verplaatsen in de belevingswereld en behoeftes van kinderen. Het is Eva en haar partner niet gelukt om een veilig huis te bieden voor de eerste drie kinderen, het vierde kind woont eerst nog wel thuis maar dit kind wordt later ook uit huis geplaatst na een onderzoek van de Raad van Kinderbescherming.

De aandachtsfunctionaris knoopt het gesprek aan met Eva over haar kinderwens. Eva geeft duidelijk aan geen nieuwe kinderen te willen. Ze vindt de opvoeding van een kind al erg zwaar en heeft nog erg veel emotionele pijn over de uithuisplaatsing van haar eerste drie kinderen.

Tegelijkertijd merkt de aandachtsfunctionaris dat Eva door haar verstandelijke beperking heel erg leeft in de waan van de dag. Ze kan niet goed plannen en gevolgen van haar gedrag overzien. Eva kan het gehele proces van het verkrijgen van anticonceptie (afspraak huisarts, recept, ophalen recept, volgen van de bijsluiter) niet zelfstandig doorlopen.

Haar partner is voor Eva ook geen steun. Hij heeft niet alleen bij Eva maar ook bij een andere vrouw twee kinderen verwekt die ook uit huis zijn geplaatst. De partner heeft hierdoor verlies op verlies geleden en hij geeft aan nu ook echt geen kinderen te willen. Hij mist echter de vaardigheden om zijn seksueel gedrag hierop aan te passen en anticonceptie voor hemzelf of voor Eva te regelen.

De aandachtsfunctionaris merkt dat zij aan kan sluiten bij Eva door met haar gezamenlijke activiteiten te doen zoals de was vouwen of plantjes potten. Bij deze activiteiten ontstaat er ruimte voor een gesprek en kan de aandachtsfunctionaris op basis van de behoeftes en wensen van Eva een advies geven over vormen van anticonceptie.

Desondanks de vertrouwensband is het een complexe taak om Eva ertoe te bewegen om door te pakken. Iets kleins als een onverwachte hevige regenval kan er al voor zorgen dat Eva niet naar een doktersafspraak gaat.

De aandachtsfunctionaris merkt dat rond de situatie van Eva heel erg veel hulpverleners zijn. Onder andere, een gezinsvoogd die zich heeft ontfemd over de eerste drie uit huis geplaatste kinderen, Jeugdzorg, de arts, de assistent van de arts, het kinderdagverblijf, Veilig Thuis. Niemand van deze hulpverleners heeft actief gekeken of het wel de wens van Eva was om zo vaak een kind op de wereld te zetten.

De aandachtsfunctionaris denkt dat veel zorgverleners schroom hebben om hier het gesprek over aan te gaan, veel zorgverleners vermijden dit onderwerp dan ook. Door NNZ heeft

de aandachtsfunctionaris goede anticonceptie kunnen realiseren voor Eva. Ze is op een manier benaderd die veel meer aansluit bij haar capaciteiten om informatie in te winnen en te verwerken. Dit is gedaan in de eigen situatie, met voorlichting toegespitst op haar behoeftes en wensen, en op een manier die voor Eva behapbaar is. Dit kan alleen omdat er via NNZ tijd beschikbaar is om deze aandacht te geven en het budget om anticonceptie zonder kosten voor Eva voor te schrijven.

Zonder NNZ zou Eva zeer waarschijnlijk weer zwanger zijn geworden en dit kind zou dan - net als de vier vorige kinderen - ook uit huis zijn geplaatst.

Casus Fien

Fien is 28 jaar en woont samen met haar man en twee jonge kinderen van twee en vier jaar. Zowel Fien als haar man zijn zwakbegaafd en hebben eerst op een woongroep gewoond waar zij elkaar ook hebben leren kennen. Fien kan zelfstandig wonen omdat een familielid waar ze een goede band mee heeft schuin tegenover woont en kan bijspringen. Daarnaast komen dagelijks begeleiders van haar en haar hulpverleningsinstantie langs. Fien komt in beeld bij NNZ na een melding bij Veilig Thuis. De man van Fien heeft gevochten met de vader van Fien toen de vader erachter kwam dat ze 'alweer' zwanger was van het derde kindje. De vader vond een derde kind onverantwoord. Dit leidde tot een handgemeen met lichamelijk letsel bij vader.

Uiteindelijk leidt de zwangerschap tot een miskraam. In de nasleep hiervan heeft de Aandachtsfunctionaris van NNZ haar eerste gesprek met Fien. De aandachtsfunctionaris hanteert hierbij de visie dat zij zich niet wil bemoeien met zaken rond Veilig Thuis, veiligheid, de vechtpartij tussen schoonvader en schoonzoen en dergelijke maar puur een gesprek wil over de kindervens van Fien. De aandachtsfunctionaris heeft ook de visie dat ze niet in het eerste gesprek wil praten over anticonceptie. Doelstelling is om met Fien een vertrouwensband op te bouwen.

Fien is in het begin erg achterdochtig: 'Wie ben je?' 'Wat kom je hier doen?' 'En waarom bemoei je je met mij?' Fien en haar partner hebben namelijk via Veilig Thuis te horen gekregen dat er vraagtekens zijn over de veiligheid bij hen thuis, waardoor angst is ontstaan voor de hulp van de aandachtsfunctionaris.

Gaandeweg het gesprek komt ook de pijn van Fien van de miskraam naar boven, gezien het feit dat zij vanaf haar 15de al vijf of zes keer zwanger is geweest. Twee zwangerschappen zijn voldragen, ze heeft een keer een abortus gepleegd en de overige zwangerschappen zijn in een miskraam geëindigd. Fien geeft aan niet op korte termijn opnieuw zwanger te willen worden. Het vooruitzicht is echter - vanwege haar beperking - erg diffuus. Enerzijds ziet ze voordelen voor een extra kind. Ze vindt kinderen fantastisch en zou wel zes kinderen willen hebben. Anderszins beseft ze dat het emotioneel, qua energie en qua financiën zeer moeilijk zou worden om een extra kind erbij te hebben.

Door hun beperking kunnen ze niet goed inschatten wat de gevolgen zijn van bepaalde acties en nemen ze geen vervolgstappen om iets wat zij wel of niet willen ook te realiseren. Fien en haar partner zijn door hun beperking ook erg van de vaste structuur. Afwijking van deze structuur leidt tot veel stress en onderlinge ruzies.

Ten slotte hebben Fien en haar partner het niet breed. Ze hebben allebei een Wajong-uitkering maar leven ook onder financieel bewind.

Dus soms kijkt Fien erg op tegen de gedachte van weer een nieuw kind en is ze vastberaden

om er iets aan te doen. Op andere momenten denkt dat ze dat een derde kind makkelijk is en wuift ze allerlei praktische barrières zoals zoeken naar een ruimere woning of de kosten weg. Ook rond anticonceptie zijn Fien en haar partner erg dubbelslachtig. Fien heeft wel al verschillende vormen van anticonceptie geprobeerd en bij veel middelen krijgt Fien lichamelijke klachten.

Daarnaast gelooft Fien stellig dat zij niet opnieuw een kind zal baren. Iedere nieuwe zwangerschap heeft immers geleid tot een miskraam; zij verwacht dan ook dat elke nieuwe zwangerschap wel zal leiden tot een miskraam. Ze gebruikt dus op dit moment helemaal geen anticonceptie en ze is niet heel gemotiveerd hier zelf actie op te nemen.

De partner van Fien is niet echt een steunpilaar in het gesprek over anticonceptie. Op de achtergrond zit hij erbij en luistert hij mee, maar hij heeft geen eigen inbreng. Achter de schermen heeft hij wel invloed. Fien luistert naar hem als het gaat om zaken rond kinderwens.

De aandachtsfunctionaris zoekt naarstig naar ingangen bij Fien om het gesprek te openen over de kinderwens, seksualiteit en anticonceptie. Uiteindelijk blijkt bij Fien de ingang de emotionele pijn van een afgebroken zwangerschap te zijn. Ze wil deze pijn niet meer opnieuw beleven bij een nieuwe zwangerschap en besluit uit zichzelf om samen met de aandachtsfunctionaris om samen via de huisarts te zoeken naar een geschikt anticonceptiemiddel.

Het duurt maanden voordat de eerste afspraak bij de huisarts gepland is. De huisarts kent Fien en is ook voorstander van anticonceptie gebruik door Fien. Het gesprek loopt stroef omdat de huisarts iets wil voorschrijven waar Fien zelf niet achter staat. Uiteindelijk resulteert dat in een doorverwijzing naar de gynaecoloog van NNZ.

Omdat Fien draait, kost het enige tijd om de afspraak met de gynaecoloog van NNZ te plannen. Op de ochtend dat de afspraak staat, belt Fien af. Na doorvragen geeft Fien aan dat ze gaat scheiden en nu geen ruimte in haar hoofd heeft voor de afspraak. De aandachtsfunctionaris probeert vervolgens begeleiding te regelen voor Fien bij dit scheidingsproces. Dat is niet eenvoudig omdat er veel verschillende begeleiders zijn en er geen centrale regiepersoon is. Daarna verdwijnt Fien uit beeld van de aandachtsfunctionaris.

Na enige tijd komt de aandachtsfunctionaris Fien weer tegen. Fien wil namelijk niet meer met haar kinderen naar haar huidige consultatiebureau en vraagt aan de aandachtsfunctionaris of zij de consultatie voor de kinderen wil doen. De aandachtsfunctionaris stemt toe - er is blijkbaar toch een vertrouwensband ontstaan. De aandachtsfunctionaris benadrukt wel dat zij niet veel minder strikt is dan de medewerkers van het vorige consultatiebureau.

Tijdens de eerste afspraak met Fien en haar kinderen vermoedt de aandachtsfunctionaris dat Fien weer zwanger is. Na enig aandringen geeft Fien aan dat ze weer bij haar partner is en nu over tijd is, een test geeft vervolgens een positieve uitslag. Fien is hier zeer verdrietig over en besluit tot een abortus. Ze spreekt ook de wens uit dit niet meer te willen. Er is nu een mogelijkheid om tegelijkertijd met de abortus een spiraaltje te plaatsen waardoor Fien niet meer zwanger kan worden. Er vindt hiervoor koortsachtig overleg plaats tussen de begeleiders van Fien, de gynaecoloog van NNZ, de aandachtsfunctionaris en de abortuskliniek om te komen tot het juiste middel en alles logistiek in te regelen. Uiteindelijk lukt het dan om het spiraaltje te plaatsen.

Na enige tijd vraagt de aandachtsfunctionaris hoe het met Fien en de kinderen gaat. Dit gaat

met ups en downs maar er lijkt enige stabiliteit in het gezinsleven te komen.

De aandachtsfunctionaris merkt dat door het programma NNZ het volgende mogelijk is geworden:

- Er is nu tijd en ruimte om een vrouw als Fien te blijven volgen. Je kunt namelijk niet verwachten dat Fien met haar beperking zelfstandig dit proces kan doorlopen
- Er is nu één persoon die zich verantwoordelijk opstelt voor het gesprek rond de/een kindervens. Uit de praktijk blijkt dat in dergelijke situaties vaak begeleiders het gesprek niet aangaan over het wel of niet zwanger worden met een cliënt.;
- Via NNZ is er een netwerk van gynaecologen en specialisten waar de aandachtsfunctionaris op terug kan vallen voor vragen over cliënten als Fien die een ander anticonceptiemiddel behoeven dan gebruikelijk;
- Via NNZ is er een budget voor anticonceptiemiddelen beschikbaar omdat veel cliënten niet het geld hebben om de anticonceptie te bekostigen.

Fien zou in alle waarschijnlijkheid nog enkele malen zwanger zijn geworden zonder het programma NNZ. Daarbij zijn de volgende scenario's mogelijk:

- Sowieso leidt een zwangerschap en de daarmee gepaarde onzekerheid tot veel stress in het gezin;
- Fien kan een miskraam krijgen;
- Fien kan ervoor kiezen een abortus te plegen;
- Fien kan ervoor kiezen om de zwangerschap door te zetten.
- Bij een afbreking van de zwangerschap leidt dat tot emotionele schade bij Fien, zeker gezien haar verleden.

Bij het voldragen van de zwangerschap heeft dat mogelijk de volgende gevolgen:

- Er moet een groter huis worden gezocht voor het gezin omdat het huidige huis te klein wordt voor een gezin met drie kinderen;
- Er moet meer opvoedkundige begeleiding worden ingezet om alles draaiende te houden. Dit zeker in de beginperiode omdat een kleine baby de gehele dagstructuur overhoop gooit.

Casus Gemma en casus Hester

Deze twee cases zijn niet gebaseerd op daadwerkelijke deelnemers aan NNZ maar zijn gebaseerd op de verhalen van verschillende vrouwen die in de praktijk van de aandachtsfunctionaris voorkomen. Hierdoor zijn de beschreven vrouwen en de gebeurtenissen wat algemener geformuleerd.

De geïnterviewde heeft twee cases ingebracht: casus Gemma, een dakloze vrouw van rond de 21 jaar en casus Hester, een dakloze vrouw van rond de 37 jaar. De geïnterviewde komt Gemma en Hester tegen op het daklozenspreekuur waar zij werkt. Zij geeft daar sociaal-medisch advies voor daklozen maar zij vraagt ook altijd door naar de leefomstandigheden van de daklozen om te kijken hoe de hulpvragers ook sociaal-maatschappelijk kunnen worden geholpen.

Gemma kan om allerlei redenen dakloos zijn geworden: haar relatie kan zijn uitgegaan, ze kan met ruzie uit huis zijn gezet, et cetera. Omdat Gemma een jonge vrouw is, zijn er echter wel allerlei 'vrienden' die haar wel tijdelijk een slaapplek willen aanbieden. Gemma verhuist dus van logeerplek naar logeerplek en dit is een leefpatroon dat voor Gemma vol te houden is. Gemma heeft - net als veel andere dakloze jongeren - een psychisch probleem en heeft in haar jonge leven al veel dingen meegemaakt.

Dakloze jongeren komen op het daklozenspreekuur voor bijvoorbeeld een zwangerschapstest. De zorgverlener begint dan ook een gesprek over kinderwens en anticonceptie maar het is niet een gegeven dat deze jongeren niet zwanger willen worden. Sommigen vinden een zwangerschap niet bezwaarlijk omdat ze het idee hebben dat de gemeente dan allerlei dingen voor hun gaan regelen zoals een eigen huis. Dit is echter niet het geval.

De zorgverlener kan voor deze jongeren wel bij uitzondering en voor een korte periode anticonceptie voorschrijven, hier is een klein budget voor omdat de kosten van deze middelen laag zijn. Een programma zoals NNZ kan er wellicht wel voor zorgen dat er continuïteit komt in de zorg; nu komt de jongere immers op een daklozenspreekuur en kan dus iedere keer een andere hulpverlener spreken.

Gemma kan bij een zwangerschap kiezen voor een abortus. De keuze voor wel of niet abortus is een heel lastige voor Gemma zelf en het is voor externen lastig vast te stellen welke criteria Gemma hanteert om tot een keuze te komen.

Gemma is met haar 21 jaar nog jong en het is mogelijk dat - als zij de zwangerschap doorzet - de familie zich toch over haar gaat ontfermen of dat de vader van het kind toch een actievere rol gaat spelen. Wanneer Gemma niet kan terugvallen op een persoonlijk netwerk, dan is er een mogelijkheid dat zij met haar kind gaat wonen in de opvang of - wanneer de opvang geen plaats heeft - in een moeder-kind huis. Opvang wordt echter pas geboden als de veiligheid van het kind niet kan worden gegarandeerd.

Voor vrouwen als Hester - die dus ouder is dan 35 jaar - is de kans veel kleiner dat hun persoonlijk netwerk zoals familie of de partner haar gaat ondersteunen bij een zwangerschap. Vaak heeft Hester de banden met het persoonlijk netwerk al jarenlang verloren. In dit geval is de kans veel groter dat externe hulpverlening zal gaan ondersteunen. De aanleiding hierbij is vaak de psychische gesteldheid van de vrouw en niet zaken zoals middelengebruik.

De geïnterviewde benadrukt dat de hulp aan daklozen complex is; 'Een dakloze heeft geen vast woonadres en is niet verzekerd tegen ziektekosten waardoor er een barrière is bij instanties om zorg te verlenen. Om sommige dingen op te lossen moet je soms ontzettend veel organiseren bij allerlei regelingen zoals Bijzondere Bijstand of potjes aanschrijven.' De zaken waar daklozen mee zitten, zijn vaak zo complex dat zij ook niet altijd rationele keuzes kunnen maken of zich anders gedragen dan mensen die zaken als werk of huisvesting al wel op orde hebben. Voor daklozen is het altijd een strijd om te overleven.

Casus Issa

Issa is een vrouw van begin 20 die nog op school zit. Zij woont zelfstandig en heeft een partner. Deze is echter niet altijd zichtbaar aanwezig.

Issa komt tijdens haar zwangerschap in beeld van het CJG omdat zij al relatief op jonge leeftijd (Issa was toen 19 jaar) zwanger is. Het CJG biedt Prezorg aan Issa: extra ondersteuning tijdens de zwangerschap en na de bevalling om haar te helpen met de opvoeding van de baby.

Vanuit het CJG krijgt de aandachtsfunctionaris NNZ een signaal om in gesprek met Issa te gaan omdat zij heeft aangegeven op korte termijn niet nog een keer zwanger te willen worden.

De aandachtsfunctionaris NNZ gaat op huisbezoek om met Issa een gesprek aan te gaan over haar kinderwens en haar toekomstplannen.

Issa geeft aan dat zij het eerste kindje heel leuk vindt en zij het leuk vindt om moeder te zijn. De zwangerschap was niet gepland; Issa slikte de pil. Dat deed ze nog niet helemaal goed, waardoor ze toch zwanger is geworden.

Issa is echter ook duidelijk dat ze op korte termijn niet nog een keer zwanger wil worden. Ze wil goed zorgen voor haar eerste kindje, haar school afmaken en gaan werken. Met twee kinderen zou dat ingewikkeld worden. Ze heeft een partner, maar deze is erg wisselend aanwezig en speelt geen rol bij de opvoeding van zijn kind.

De aandachtsfunctionaris bespreekt met Issa de mogelijkheden van anticonceptie. Uiteindelijk kiest Issa voor de prikpil. De logistiek rond de prikpil is complex. Issa moet de huisarts bellen voor een recept voor de prikpil, bij de huisarts het recept ophalen, het recept inleveren bij de aandachtsfunctionaris NNZ zodat de aandachtsfunctionaris uiteindelijk de prikpil kan plaatsen. Door deze logistiek duurt het voor Issa langer om dit te regelen en moet de aandachtsfunctionaris er achter aan zitten.

De reden dat het voor Issa zo complex is om te regelen, is omdat zij niet altijd de prioriteit goed legt. Als jonge moeder moet zij allerlei dingen regelen en er is erg veel chaos in haar hoofd, waardoor ze vergeet om de huisarts te bellen.

Het programma NNZ zorgt er dus voor dat de aandachtsfunctionaris dicht bij Issa kan blijven en Issa de hele tijd eraan kan blijven herinneren om zaken te regelen.

Bijvoorbeeld: Issa is verhuisd, maar ze heeft het recept van de prikpil bij haar oude huisarts geregeld. De prikpil is maar 3 maanden werkzaam en eigenlijk moet Issa redelijk snel na de verhuizing een nieuwe huisarts regelen en bij deze huisarts een herhaalrecept voor de prikpil ophalen. Issa regelt zoiets pas na 6 maanden waardoor de prikpil al lang is uitgewerkt. Met NNZ kan de functionaris Issa bellen met de vraag of ze al de huisarts heeft gebeld en het recept heeft geregeld. De aandachtsfunctionaris is zelf ook verpleegkundige en kan dan - als er een geldig recept is en Issa dat zelf ook wil - de prikpil plaatsen.

Het is niet moeilijk voor de aandachtsfunctionaris om aansluiting te vinden met Issa. Issa is heel stellig in haar streven om op korte termijn niet zwanger te willen worden. Op de langere termijn wellicht wel, maar nu dus niet.

Een ander punt is dat NNZ de anticonceptie voor Issa financiert omdat Issa deze niet zelf kan betalen. Ze leeft nu van studiefinanciering en van een parttime baantje bij een fastfood restaurant. Ze heeft het niet breed, heeft schulden en krijgt hulp bij het regelen van haar financiële huishouding.

Wanneer NNZ er niet zou zijn geweest, dan zou het CJG hoogstwaarschijnlijk met Issa het gesprek hebben gevoerd over kinderwens en anticonceptie. Het CJG heeft echter onvoldoende tijd om achter Issa aan te lopen en ervoor te zorgen dat zij het zelf regelt. Verder heeft het CJG geen mogelijkheid om haar anticonceptie te financieren. Ondanks dat het gesprek wordt gevoerd, in de situatie van Issa, had dit geen vervolg gehad in verband met haar financiële situatie.

Zonder NNZ zou Issa een zeer grote kans lopen om opnieuw zwanger te worden. Dit heeft voor Issa persoonlijk grote gevolgen. Zij zal het met de zorg voor twee kinderen heel zwaar krijgen.

Met de zorg voor twee kinderen kan ze niet haar opleiding afmaken en ook niet meer parttime werken.

Casus Janet

Janet is eind 30 en heeft een grote verstandelijke beperking. Zij woont door haar beperking begeleid. Janet heeft al meer dan drie kinderen gekregen en al deze kinderen zijn uit huis geplaatst. De exacte reden hiervan is niet bekend bij de aandachtfunctionaris NNZ.

De hulpverlener van het begeleid wonen meldt Janet aan bij NNZ met het signaal dat Janet graag gesteriliseerd wil worden. De aandachtfunctionaris regelt een eerste gesprek met Janet en komt er dan achter dat Janet zeer ongelukkig is. Janet vindt het begeleid wonen helemaal niets en voert een stille strijd met haar bestaande hulpverleners omdat zij veel meer eigen controle en zelfstandigheid wil. Zij heeft geen vertrouwen in haar hulpverleners en geeft ergens haar hulpverleners de schuld dat haar kinderen bij haar zijn weggehaald.

Janet is heel duidelijk dat zij geen kinderen wil. Ze wil echter geen sterilisatie omdat ze opkijkt tegen de operatie. Ze staat open voor andere mogelijkheden van anticonceptie. Samen met de aandachtfunctionaris bekijkt ze de verschillende mogelijkheden. Uiteindelijk wordt er een vorm van anticonceptie gekozen die voor Janet werkzaam is, maar haar ook controle geeft of zij dit middel wel of niet gebruikt. Dit is voor Janet een geruststellende gedachte. De aandachtfunctionaris begeleidt Janet nu al meer dan een jaar en er is een basis van vertrouwen. Janet weet dat ze over dit onderwerp goed met de aandachtfunctionaris kan praten.

Als er geen programma NNZ zou zijn geweest, dan zou Janet nog steeds geen effectieve vorm van anticonceptie hebben gehad doordat Janet zo'n laag vertrouwen heeft in haar bestaande hulpverleners. Begeleid Wonen heeft ook geen financieel budget om anticonceptie te vergoeden. Janet zou zonder het programma NNZ hoogst waarschijnlijk opnieuw zwanger zijn geworden en dit kind zou - net als de vorige kinderen - ook uit huis zijn geplaatst.

Casus Karin

Karin is een jonge vrouw die zelfstandig woont. Zij heeft een verstandelijke beperking en is daarmee snel onzeker en makkelijk beïnvloedbaar.

Zij is getrouwd met een man die niet in Nederland is geboren en niet goed de Nederlandse taal beheerst. Het gezin heeft schulden en Karin moet dat oplossen omdat zij goed Nederlands spreekt en haar man niet.

Karin heeft een Wajong-uitkering en doet daarnaast vrijwilligerswerk. Zij heeft het Praktijkonderwijs niet afgerond en heeft geen diploma.

Haar man doet werk waar onvoldoende beheersing van het Nederlands geen belemmering is. Hij maakt veel uren en is 6 dagen in de week van huis.

Ze wonen in een klein appartement en leven redelijk ongezond; ongezonde voeding en weinig dagstructuur.

Tijdens de zwangerschap van haar eerste kindje merkt de verloskundige Karin aan als kwetsbare moeder en verwijst haar door voor extra ondersteuning voor de komst van haar

baby.

In de kraamtijd heeft de geïnterviewde als ondersteuner samen met Karin gesproken over haar kindervens. Karin geeft aan dat ze op termijn wel meer kinderen wil hebben, maar ze wil eerst haar eerste kindje groot brengen. Na drie jaar kijkt ze dan wel verder. In overleg met Karin belt de ondersteuner samen met Karin naar de huisarts. Karin krijgt de pil voorgeschreven.

Juist in die periode wordt in de regio het programma NNZ geïntroduceerd. De ondersteuner krijgt een training om zo aandachtsfunctionaris NNZ te worden. In deze training leert de geïnterviewde dat voor kwetsbare doelgroepen de pil een onbetrouwbaar anticonceptiemiddel is omdat het op een consequente manier gebruikt moet worden.

Na een paar maanden vraagt de aandachtsfunctionaris daarom ook na bij Karin hoe het met haar gaat. De functionaris komt erachter dat Karin zich totaal niet houdt aan de voorschriften voor de pil. Karin weet niet wanneer ze voor het laatst de pil heeft geslikt, heeft alle pillen uit de strip gedrukt en in een mooi pillendoosje gedaan. Ze weet niet wanneer haar laatste menstruatie ook alweer was.

De aandachtsfunctionaris realiseert zich dat Karin nu dus wel ongepland zwanger zou kunnen raken. Na overleg met het programmateam van NNZ koopt de functionaris een zwangerschapstest op kosten van NNZ. Uit de test blijkt dat Karin niet zwanger was.

De aandachtsfunctionaris gaat met een meer ervaren teamlid van NNZ langs Karin. De aandachtsfunctionaris ervaart in dit gesprek hoe een dergelijk gesprek aan te pakken. Het gaat niet alleen om de medische aspecten maar ook over culturele wensen. Zo wil Karin graag een middel waarbij haar menstruatiecyclus nog steeds zichtbaar is voor haarzelf en haar man. Ook is gekeken naar anticonceptie die voor Karin zelfstandig te gebruiken is en de financiële kant van anticonceptie.

Door het af te kijken van een meer ervaren collega en door het voeren van veel meer gesprekken, kan de aandachtsfunctionaris nu veel beter dergelijke gesprekken voeren. Het sparren met collega's is echter een belangrijk aspect van het werk als aandachtsfunctionaris. Bijvoorbeeld: Karin had een spiraaltje maar vond het eng dat er iets 'vreemds' in haar lichaam zat en wilde het weer laten weghalen. Na overleg met het team van NNZ is ervoor gekozen om een echo te maken zodat Karin met eigen ogen kan zien hoe het spiraaltje zit en dat ze dus niets te vrezen heeft.

Gezien haar beperking had Karin nooit zelfstandig anticonceptie voor zichzelf kunnen regelen. Er zijn zoveel stapjes die ze had moeten nemen en het is niet zeker dat Karin dan een middel had gekregen wat ze zelfstandig effectief had kunnen gebruiken.

Karin wordt nu niet meer begeleid door NNZ omdat de situatie stabiel is. De functionaris heeft Karin en haar gezin wel aangemeld bij het wijkteam omdat het gezin wel specialistische opvoedondersteuning voor verstandelijk beperkten nodig heeft.

Als er geen programma NNZ zou zijn geweest, dan zou Karin hoogst waarschijnlijk zwanger zijn geworden van een tweede kindje. Dat tweede kindje zou de zorgtaak voor Karin erg verzwaren en zou meer behoefte krijgen aan intensievere opvoedondersteuning. Ook zou het huis te weinig ruimte hebben geboden, maar voor gezinsuitbreiding waren zij niet



in aanmerking gekomen voor urgentie voor een passende woning.

Case Loes

Loes is een vrouw die samen met haar man is gevlucht uit een niet-Westers land. Zij wonen nu zelfstandig in een appartement en zitten in een inburgeringstraject. Hierdoor is er nog een hoge taalbarrière.

Toen Loes zwanger werd, bleek dat zij en haar man nog moesten uitzoeken hoe alle hulpverlening rond zwangerschap, bevalling en kraamtijd werkt in Nederland. Daarom hadden ze tijdens de zwangerschap en de bevalling veel behoefte aan praktische ondersteuning en hebben hulpverleners rond het gezin veelal gefocust op het bieden van juist deze hulp. De zwangerschap van Loes was ongepland, maar wel gewenst. De gezinssituatie was wel complex. Naast de taalbarrière was het gezin erg klein behuist omdat zij een appartement toegewezen hadden gekregen met ruimte voor twee volwassenen. Er was niet een extra kamer voor het kindje. Daarnaast kampte het gezin met financiële problemen en had het geen sociaal netwerk waarop zij konden terugvallen.

De aandachtfunctionaris komt zes maanden na de bevalling bij het gezin langs om te praten over hun kindrewens. Het moment is relatief laat na de bevalling. Dit is te wijten aan het feit dat het programma NNZ pas net is geïntroduceerd. Daarnaast ligt de focus bij de hulpverlening op het bieden van praktische begeleiding bij de verzorging van het eerste kindje en de dagelijkse praktische zaken en niet zozeer op de toekomst.

De aandachtfunctionaris gebruikt voor het gesprek over kindrewens en seksualiteit grote 'praatplaten' van de Rutgers Stichting. Gaandeweg het gesprek wordt Loes zich ervan bewust dat zij en haar man altijd een niet-effectieve vorm van anticonceptie (coitus interruptus) hadden gebruikt. Op aanraden van de aandachtfunctionaris doen Loes en haar man een zwangerschapstest. Deze is positief. Er wordt - ongepland en niet geheel gewenst - een tweede kindje geboren.

Na de bevalling van het tweede kindje geeft het gezin aan geen zwangerschap meer te wensen. Hierom wordt ingezet op passende anticonceptie. Met behulp van zanzu.be kiezen Loes en haar man voor een koperspiraaltje, omdat zij iets willen zonder hormonen. Dit spiraaltje leidt echter tot medische complicaties. Hierom wordt het spiraaltje verwijderd en wordt gekozen voor een product met hormonen. Hierbij scheelt het aanzienlijk dat er kennis en ervaring is bij NNZ over de verschillende mogelijkheden. Nu Loes in beeld is, krijgt zij elke 3 maanden vanuit NNZ een herinnering om de prikpil te vernieuwen.

Loes en haar man worden, naarmate de tijd verstrijkt, steeds meer ingeburgerd en ze kunnen zaken steeds zelfstandiger aanpakken. Hierdoor is er minder directe ondersteuning nodig vanuit NNZ. Het blijkt echter ook dat Loes en haar man het vanuit hun culturele achtergrond erg lastig vinden om vanuit zichzelf over seksualiteit en anticonceptie te praten. Hulpverlening moet hen actief uitnodigen om hierover het gesprek te voeren.

Het gezin krijgt nu vanuit de gemeente opvoedondersteuning aangeboden. Het grootste knelpunt blijft echter de huisvesting. Het huis wordt echt te krap voor het gezin, maar de gemeente kan niet 'zomaar' een alternatieve woonruimte bieden. Het gezin moet net als alle

woningzoekenden aansluiten in de rij.

Als het programma NNZ er niet zou zijn geweest, dan zou het gezin niet zelfstandig effectieve anticonceptie hebben kunnen regelen met als gevolg dat er een derde kind zou zijn geboren. Dit zou vooral voor Loes extra zwaar zijn, omdat in haar cultuur de zorg voor kinderen vooral bij de moeder wordt neergelegd.

