

# Toetsing kwaliteit keuzehulp bij onbedoelde zwangerschap

Sandra van Dulmen  
Gerrit van der Wal  
Klarke Boor  
Désanne Noordam



**NIVEL**  
Kennis voor betere zorg

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

April 2024

ISBN 978-94-6122-843-7

030 272 97 00

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

[www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)

© 2024 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

# Voorwoord

In Nederland krijgen ongeveer 1 op de 5 vrouwen in hun leven te maken met een onbedoelde zwangerschap. 68% van deze zwangerschappen blijkt ongewenst. Goede begeleiding bij het maken van een keuze omtrent het al dan niet continueren van deze zwangerschappen kan voorkómen dat vrouwen te maken krijgen met keuzespijt en verwerkingsproblematiek. In dit rapport wordt verslag gelegd van de 2e toetsing van de kwaliteit van keuzehulp die 6 organisaties die door de overheid worden gefinancierd vanuit de “Open House-Ondersteuning onbedoelde zwangerschappen” bieden aan vrouwen (en hun partners) die onbedoeld zwanger zijn. De managers, keuzehulpverleners en hun cliënten zijn we erkentelijk voor hun bereidheid hun werkwijze en praktijkvoering voor ons inzichtelijk te maken.

De auteurs

# Inhoud

<b>Voorwoord</b>	<b>3</b>	
<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>	
<b>1</b>	<b>Introductie</b>	<b>7</b>
1.1	Aanleiding	7
1.2	Doel	9
1.3	Vraagstelling	9
<b>2</b>	<b>Plan van aanpak</b>	<b>10</b>
2.1	Opzet van het onderzoek	10
2.2	Onderdelen van onderzoek	10
<b>3</b>	<b>Resultaten</b>	<b>14</b>
3.1	Deelonderzoek 1. Kwaliteitstoets gespreksvoering	14
3.2	Deelonderzoek 2. Kwaliteitsbewaking	22
<b>4</b>	<b>Beschouwing, conclusies, aanbevelingen</b>	<b>27</b>
4.1	Kwaliteit keuzehulpgesprekken	27
4.2	Zorg voor kwaliteit	28
4.3	Tot slot	30
<b>Literatuur</b>	<b>31</b>	
<b>Bijlage A Artikelen uit het Programma van Eisen die de basis vormen voor de toetsing</b>	<b>32</b>	
<b>Bijlage B Observatieprotocol keuzehulpgesprekken</b>	<b>33</b>	
<b>Bijlage C Interviewleidraad</b>	<b>38</b>	
<b>Bijlage D Fiom gespreksleidraad keuzehulpgesprekken</b>	<b>41</b>	
<b>Bijlage E Verslag <i>invitational conference</i></b>	<b>42</b>	

# Samenvatting

## Achtergrond

Regelmatig worden vrouwen onbedoeld zwanger. De keuze om de zwangerschap uit te dragen of af te breken nemen vrouwen vaak zelf, met steun van de partner, ouders of andere mensen in hun omgeving. Ook bieden zorgverleners, zoals huisartsen, verloskundigen en gynaecologen, soms steun bij de keuze. Bij tijd en wijle is het maken van een keuze moeilijker. Dan kan de vrouw (en/of man) terecht bij verschillende organisaties die zich via “Open House – Keuzehulp bij onbedoelde zwangerschap en psychosociale hulp na abortus” hebben aangemeld voor financiële steun door de overheid. Deze organisaties moeten aan een Programma van Eisen (herzien in 2022 en in werking getreden op 1-1-2023) voldoen. Sinds 1 januari 2023 betreft dit 6 organisaties: GGD-en, iHUB/Altra (Fiom Amsterdam), JESS (Fiom Den Haag), SJP (Fiom Utrecht), Siriz (diverse locaties in het land) en sinds 1 juni 2023 Stichting Beschermde Wieg (SBW). In 2020 heeft een onafhankelijke, driekoppige commissie (het ‘toetsingspanel’) geconcludeerd dat de drie aanbieders van (online) keuzehulp bij onbedoelde zwangerschap die destijds deelnamen aan de Open House voldeden aan de kwaliteitseisen. Het panel deed ook aanbevelingen om de keuzehulp verder te verbeteren. Hetzelfde toetsingspanel heeft de onafhankelijke toets in 2023/2024 herhaald en uitgebreid naar de overige organisaties. Daarbij werd gefocust op twee thema’s:

### **Deelonderzoek 1.** De kwaliteit (o.a. de mate van sturing) van de gespreksvoering

Dit deelonderzoek richtte zich op de kwaliteit van de door de Open House aanbieders van keuzehulp gevoerde keuzehulpgesprekken aan vrouwen (en eventueel hun partners of naasten) die onbedoeld zwanger zijn. Ingegeven door de vragen van de Tweede Kamer ten aanzien van de neutraliteit van deze keuzehulpgesprekken werd in dit deelonderzoek specifiek gekeken naar de kwaliteit van de communicatie en het al dan niet sturend karakter van de hulpverlening.

### **Deelonderzoek 2.** De versterking van de onderlinge kwaliteitsbewaking

Dit deelonderzoek had tot doel om inzicht te krijgen in de wijze waarop de kwaliteit van keuzehulp wordt gewaarborgd. Een inventarisatie van bestaande en aanvullende methoden moest keuzehulpverleners handvatten bieden zodat zij alert blijven op het uitvoeren van kwalitatief goede keuzehulpgesprekken en toekomstige onafhankelijke toetsing zoveel mogelijk overbodig maken.

## Methode

In Deelonderzoek 1 is middels observatie van 36 op meerdere locaties opgenomen keuzehulpgesprekken en 75 keuzehulpchats (63 van Siriz, 12 van SBW) nagegaan in hoeverre de (online) keuzehulpgesprekken van de aanbieders aan de hieraan gestelde eisen (medisch juiste voorlichting, niet-sturend, uiteindelijke keuze bij vrouw) voldoen en in hoeverre de verbeter suggesties van het toetsingspanel uit 2020 zijn geland in de praktijk. Door het onverwachte vertrek van SBW uit de Open House met ingang van 1 januari 2024, konden bij deze organisatie geen keuzehulpgesprekken worden opgenomen.

In Deelonderzoek 2 is in de literatuur gezocht naar mogelijk geschikte methoden voor onderlinge kwaliteitsbewaking. Daarnaast is in 9 interviews met 22 stakeholders (10 managers / beleidsmedewerkers en 12 keuzehulpverleners) uit de Open House organisaties en het Fiom besproken welke methoden thans gehanteerd worden voor het bewaken van de kwaliteit van de geboden keuzehulp en welke aanvullend ingezet zouden kunnen worden. Tenslotte is in een *invitational conference* met de betrokken managers en keuzehulpverleners gezocht naar draagvlak voor de verschillende methoden.

## Belangrijkste resultaten

### Kwaliteit keuzehulpgesprekken

In het algemeen is de kwaliteit van de keuzehulpgesprekken goed. In géén van de door ons geobserveerde keuzehulpgesprekken en -chats werd door de keuzehulpverlener aangestuurd op een bepaalde keuze met betrekking tot het uitdragen dan wel afbreken van de zwangerschap. Her en der is er ruimte voor verbetering van de gespreksvoering, bijvoorbeeld ten aanzien van het structureren van de keuzehulpgesprekken op geleide van de hulpvraag van de cliënt en een meer passend en bewust gebruik van voorbeelden van keuzes van anderen en van het aanhalen van feiten.

### Onderlinge kwaliteitsbewaking

De onderlinge kwaliteitsbewaking is voldoende, zeker op het niveau van training en bijscholing. Er is, passend bij de omvang en de aard van het werk, aan de keuzehulpverleners de suggestie gedaan om de kwaliteitsbewaking uit te breiden door middel van het uitvoeren van zelf-observaties en het bij elkaar meekijken bij keuzehulpgesprekken. Deze suggesties werden door de keuzehulpverleners omarmd. De verbeterpunten die na afloop van de 1e toetsing in 2020 door het toetsingspanel zijn gedaan, zoals het structureel aanbieden van een tevredenheidsvragenlijst aan cliënten, het uitzetten van een digitale toets onder keuzehulpverleners en het gebruik van de Fiom leidraad, zijn over het algemeen goed opgevolgd. De aanbeveling om de bekendheid van keuzehulpaanbieders te vergroten onder zowel verwijzers als potentiële gebruikers van keuzehulpgesprekken blijft staan.

### Conclusie

Het toetsingspanel is onder de indruk van de gedrevenheid van de keuzehulpverleners en tevreden over de kwaliteit van de keuzehulp die door de Open House organisaties aan vrouwen die onbedoeld zwanger zijn wordt geboden. Uit het onderzoek blijkt dat bij geen van de organisaties sprake is van sturing in de richting van een specifieke keuze. Ten aanzien van de gespreksvoering zouden keuzehulpverleners nog specifiekere kunnen letten op hun woordkeuze of het type verstrekte informatie omdat die juist voor vrouwen in een kwetsbare situatie als een onbedoelde zwangerschap, onbedoeld extra impact kunnen hebben. Wat betreft de kwaliteitsbewaking geeft het toetsingspanel mee dat van keuzehulpverleners, in vergelijking met andere zorgverleners in Nederland, thans al relatief veel wordt gevraagd ten aanzien van bijscholing en evaluatie op het terrein van gespreksvoering en kwaliteitsbewaking. Het toetsingspanel adviseert om de merites van een volumenorment te bespreken; thans lijkt niet voor alle keuzehulpverleners duidelijk op basis van hoeveel gesprekken zij hun registratie als keuzehulpverlener kunnen behouden. Het feit dat keuzehulpverleners zich over het algemeen kunnen vinden in de aanvullende suggesties om zichzelf en elkaar scherp te houden op de kwaliteit van de geboden keuzehulp, sterkt het toetsingspanel in het vertrouwen dat de kwaliteit van keuzehulp door de Open House organisaties voor de toekomst geborgd blijft.

# 1 Introductie

## 1.1 Aanleiding

Regelmatig worden vrouwen onbedoeld zwanger. In Nederland gebeurt dit bij 1 op de 5 vrouwen. 68% van deze zwangerschappen blijkt ook ongewenst (bron: Fiom). De keuze om de zwangerschap uit te dragen of af te breken nemen vrouwen vaak zelf, met steun van de partner, ouders of andere mensen in hun omgeving. Ook bieden zorgverleners, zoals huisartsen, verloskundigen en gynaecologen soms steun bij de keuze. Bij tijd en wijle is het maken van een keuze moeilijker en vraagt dit om meer begeleiding. Dan kan de vrouw (en/of partner) 24/7 via chat of telefoon informatie en eerste opvang zoeken bij het informatiepunt Onbedoelde Zwangerschap ([infopuntonbedoeldzwanger.nl](http://infopuntonbedoeldzwanger.nl)) of voor een (online) keuzehulpgesprek (zie Box 1 voor omschrijving) terecht bij verschillende organisaties die zich via “Open House – Keuzehulp bij onbedoelde zwangerschap en psychosociale hulp na abortus” hebben aangemeld voor financiële steun door de overheid. In 2020 ging het hierbij om drie organisaties (iHUB/Altra (Fiom Amsterdam), SJP (Fiom Utrecht) en Siriz). Sinds 2020 zijn hier 3 organisaties bijgekomen: de GGD-en (onder regie van GGD GHOR), Stichting JESS (Fiom Den Haag) en - vanaf 2023 - Stichting Beschermd Wieg<sup>1</sup> (met diverse locaties in het land). In 2022 werden door Fiom 1052 keuzehulpgesprekken geregistreerd (zie Figuur 1 en Tabel 1), de meeste daarvan werden gevoerd door de Open House - aanbieders.

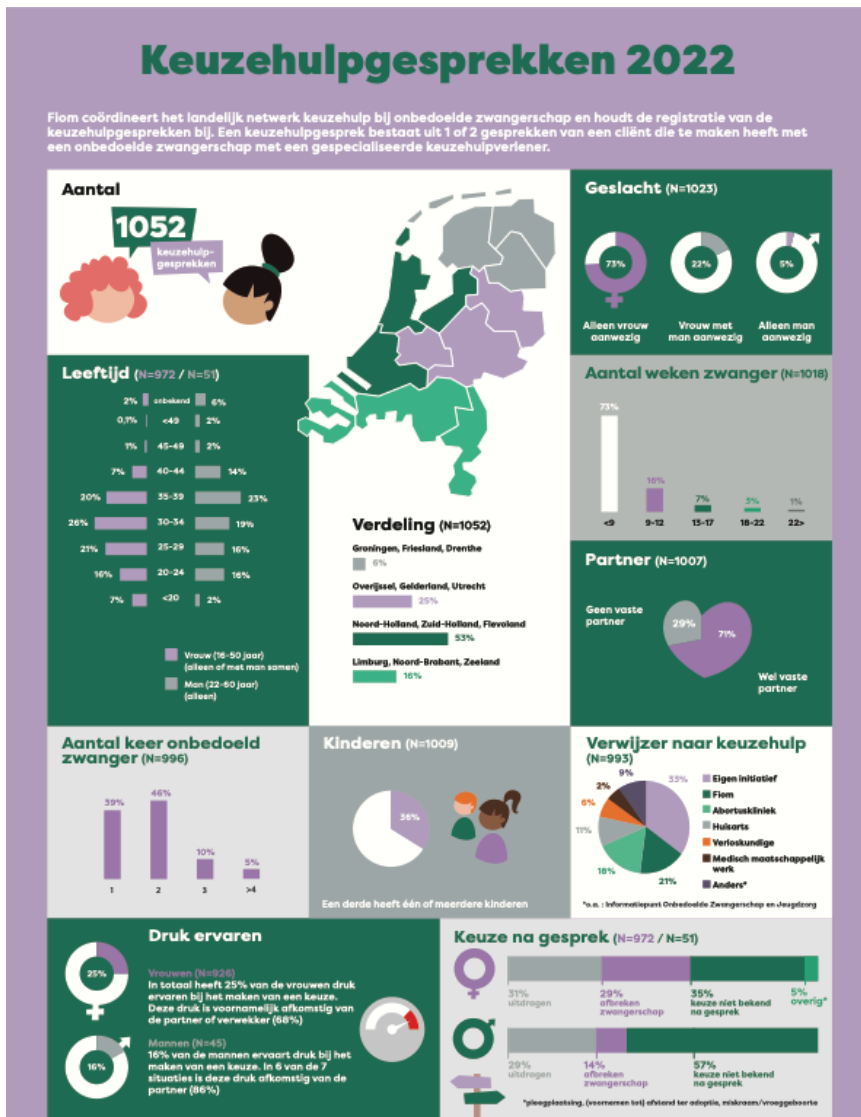
### Box 1 Omschrijving keuzehulpgesprekken bij onbedoelde zwangerschap

‘Keuzehulpgesprekken (bij onbedoelde zwangerschap, red.) hebben een aparte status; ze laveren tussen een psychotherapeutische sessie en een voorlichtingsgesprek. Vanuit psychotherapeutisch perspectief ligt de nadruk op het gesprek. Praten *an sich* werkt immers louterend en helpt om gedachten en gevoelens te ordenen. Het keuzehulpgesprek vraagt echter meer. Er is namelijk sprake van een probleem dat om een oplossing vraagt die meerdere kanten op kan gaan en waar alleen de cliënt een keuze in kan maken. Bovendien staat dit keuzeproces onder tijdsdruk. Hoewel de keuzehulpverleners benadrukken dat het goed is wanneer de cliënt de tijd neemt voor een beslissing, is die tijd niet eindeloos te rekken. Dit bepaalt in sterke mate de inhoud van het gesprek; de draagkracht en overwegingen van de cliënt dienen geëxploreerd te worden en de vier opties (uitdragen en zelf opvoeden, abortus, pleegzorg, afstand ter adoptie) moeten op tafel gelegd worden.’ (van Dulmen, 2021a).

Voor het mogen aanbieden van keuzehulp moet een organisatie aan een Programma van Eisen voldoen. In de Voortgangsrapportage aan de Tweede Kamer ‘Aanpak onbedoelde en/of ongewenste zwangerschap’ van 11 april 2023 schrijven de bewindslieden: “Een onafhankelijk toetsingspanel heeft in 2020 geconcludeerd dat de drie aanbieders van keuzehulp bij onbedoelde zwangerschap die destijds deelnamen aan de Open House voldeden aan de kwaliteitseisen. Deze onafhankelijke toets zal in de tweede helft van 2023 worden herhaald. Over de uitkomsten van deze onafhankelijke toetsing zullen wij uw Kamer in de volgende voortgangsrapportage in de eerste helft van 2024 informeren”. De focus van de eerste toetsing lag op de kwaliteit van keuzehulp in brede zin alsmede op de informatie-uitwisseling, communicatie en het al dan niet sturend karakter van de daadwerkelijke keuzehulpverlening (van der Wal et al, 2020).

<sup>1</sup> Eind 2023 heeft SBW te kennen gegeven met ingang van 1 januari 2024 niet langer van de Open House-regeling gebruik te willen maken.

Figuur 1 Kenmerken keuzehulpgesprekken 2022



Deze publicatie is mede mogelijk gemaakt door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Keuzehulpgesprekken werden in 2022 uitgevoerd door de volgende partners: Fiom Altra, Fiom Utrecht, Fiom Den Haag, zie en 600-00

**Fiom:**

Behalve dat de toetsing in 2020 uitwees dat de keuzehulpaanbieders aan de gestelde kwaliteitseisen voldeden, werden er ook enkele verbetersuggesties gedaan (van der Wal, 2020; van Dulmen et al, 2021b) zoals het maken van meer formele afspraken over verwijzing, afstemming en samenwerking met andere partijen in de keten; het structureel aanbieden van landelijke (online) tevredenheidsvragenlijst aan vrouwen die keuzehulp hebben gezocht; het uitzetten van een digitale kwaliteitstoets onder keuzehulpverleners; controle op gebruik van de (aangepaste) leidraad keuzehulpgesprekken; en, meer bekendheid geven aan aanbieders van keuzehulp o.a. via een landelijk informatiepunt.

Voor de keuzehulpgesprekken werden daarnaast specifieke verbetersuggesties meegegeven gericht op de structuur van het gesprek, de hulpvraagverheldering, de agendasetting, de informatie-uitwisseling en de afronding van het keuzehulpgesprek (van Dulmen, 2021a).



Omdat thans meer organisaties keuzehulp aanbieden met financiering via de Open House constructie heeft het ministerie van VWS het toetsingspanel uit 2020<sup>2</sup> gevraagd niet alleen de eerste toetsing te herhalen maar ook uit te breiden naar de nieuwe organisaties en daarbij te focussen op twee thema's: 1) de kwaliteit van de gespreksvoering, en 2) de versterking van de (onderlinge) kwaliteitsbewaking. Het eerste thema is ook bij de eerdere toetsing aan de orde geweest. Het tweede thema is bedoeld om keuzehulpverleners handvatten te bieden zodat zij alert blijven op het uitvoeren van kwalitatief goede keuzehulpgesprekken en externe toetsing zoveel mogelijk overbodig te maken.

## 1.2 Doel

De toetsing had tot doel inzicht te verschaffen in de kwaliteit van de door de Open House aanbieders van keuzehulp gevoerde keuzehulpgesprekken aan vrouwen (en eventueel hun partners of naasten) die onbedoeld zwanger zijn (deelonderzoek 1). Voorts was het doel na te gaan via welke werkwijze aanbieders hun kwaliteit van keuzehulp bewaken en hoe ze dat zelf en met elkaar (nog) beter zouden kunnen doen (deelonderzoek 2). Tevens wilden wij in beide deelonderzoeken nagaan in hoeverre de in 2020 voorgestelde verbeter suggesties waren doorgevoerd. Al met al beoogden wij met een dergelijke toetsing de kwaliteit van keuzehulp in Nederland voor de toekomst te helpen waarborgen.

## 1.3 Vraagstelling

### 1.3.1 Deelonderzoek 1. Kwaliteitstoets gespreksvoering

In hoeverre wordt (online) keuzehulp bij onbedoelde zwangerschap door de zes aanbieders geleverd conform:

- a. De in het 'Programma van Eisen keuzehulp bij onbedoelde zwangerschap en psychosociale hulp na abortus' vastgelegde kwaliteitseisen (2022)<sup>3</sup> (Bijlage A).
- b. De 'Gespreksleidraad keuzehulp' (Bijlage D).
- c. De verbeter suggesties van het toetsingspanel uit 2020/2021?

### 1.3.2 Deelonderzoek 2. Versterking onderlinge kwaliteitsbewaking

Welke werkwijze kan worden ontwikkeld en geïmplementeerd waarmee in de toekomst aanbieders van keuzehulp met elkaar de kwaliteit van de geboden keuzehulp (incl. de naleving van de gespreksleidraad keuzehulp) kunnen waarborgen?

---

2 De onafhankelijke commissie (het 'toetsingspanel') bestond uit Gerrit van der Wal, adviseur/toezichthouder en oud-inspecteur-generaal gezondheidszorg, Klarke Boor, gynaecoloog en Sandra van Dulmen, Nivel-programmaleider en bijzonder hoogleraar communicatie in de gezondheidszorg, aangevuld met Nivel onderzoeker Désanne Noordam

3 Het Programma van Eisen (2022) beschrijft aan welke kwaliteitseisen voor keuzehulp en psychosociale hulp na een abortus een aanbieder dient te voldoen om in aanmerking te komen voor een (Open House) overeenkomst met betrekking tot de uitvoering van keuzehulpgesprekken bij onbedoelde zwangerschap en eventueel psychosociale hulp na een abortus. Keuzehulp en/of online keuzehulp ziet op ondersteuning bij het komen tot een besluit over een onbedoelde zwangerschap. Keuzehulp en/of online keuzehulp is beschikbaar voor hen die hebben vastgesteld dat er sprake is van een bevruchting en dus van een onbedoelde zwangerschap.

## 2 Plan van aanpak

### 2.1 Opzet van het onderzoek

#### Betrokken keuzehulpaanbieders

De toetsing bestond uit twee deelonderzoeken (Kwaliteitstoets gespreksvoering en Versterking onderlinge kwaliteitsbewaking), corresponderend met bovengenoemde onderzoeksvragen. De eerste toetsing op de kwaliteit van keuzehulpgesprekken in 2020/2021 wees uit dat bij twee van de drie aanbieders van keuzehulpgesprekken geen twijfel bestond over de kwaliteit van gespreksvoering (van Dulmen et al, 2021b). Bij de derde aanbieder (Siriz) werd in 2020 één voorbeeld van sturing waargenomen in de keuzehulpgesprekken. Siriz, SJP (Fiom Utrecht) en iHUB/Altra (Fiom Amsterdam) zijn opnieuw betrokken bij deze tweede toetsing van de gespreksvoering (onderzoeksvraag 1). Tevens zijn ook deze drie aanbieders betrokken bij de beantwoording van onderzoeksvraag 2. Alle nieuwe aanbieders van keuzehulp (GGD-en, JESS en Stichting Beschermd Wieg) zijn eveneens in beide deelonderzoeken betrokken.<sup>4</sup>

### 2.2 Onderdelen van onderzoek

#### Deelonderzoek 1. Kwaliteitstoets gespreksvoering

De eisen (volledig, medisch juist, adequate verwijzingsmogelijkheden en samenwerkingsafspraken, niet-sturend, onafhankelijk, uiteindelijke keuze bij vrouw) waartegen de keuzehulpgesprekken van de te toetsen aanbieders worden afgezet staan in de Fiom-gespreksleidraad (Bijlage E) en in het Programma van Eisen (Open House), te weten artikel 1, 3, 4, 5, 6, (delen van) 9 en 17 (Bijlage A).

Bij de te toetsen aanbieders vinden keuzehulpgesprekken op verschillende manieren plaats: face-to-face, via beeldbellen, via chats en telefonisch. Organisaties die keuzehulp aanbieden verschillen in de manieren waarop keuzehulp wordt verstrekt. De eerste toetsing keuzehulp in 2020/2021 wees bovendien uit dat met elk type keuzehulpgesprek een andere doelgroep blijkt te worden bereikt. Chatgesprekken zijn veelal kort en oppervlakkig en kunnen verspreid over meerdere dagen gevoerd worden; face-to-face gesprekken worden gepland, zijn soms met partner, verwekker of een ander naaste, eenmalig of meermaals gedurende een aantal weken en duren lang (1 - 2 uur).

#### Plan van aanpak

Binnen deelonderzoek 1 zijn de volgende activiteiten uitgevoerd:

- Niet-WMO toets onderzoeksprotocol (uitgevoerd en toestemming verkregen, augustus 2023).
- Analyse van keuzehulpchatgesprekken.
- Opstellen en testen van observatieprotocol aan de hand van de daarvoor relevante kwaliteitseisen, de gespreksleidraad, en de verbeter suggesties uit 2020 / 2021.

---

<sup>4</sup> Stichting Beschermd Wieg (SBW) voert al enige jaren keuzehulpgesprekken, maar is pas per 1 juni 2023 gestart met het bieden van keuzehulp binnen de Open House regeling en is daarmee weer gestopt per 31 december 2023 (zie noot 1). SBW biedt de mogelijkheid van anoniem contact en streeft ernaar te werken waar de vrouw wil afspreken. SBW heeft één medewerker in dienst die keuzehulp mag bieden in het kader van de Open House. Daarnaast zet SBW vrijwilligers en betaalde medewerkers (vooralsnog zonder registratie/training bij Fiom) in die onder verlengde arm werken (Tabel 1).

- Opnemen en observeren van meerdere face-to-face / telefonische keuzehulpgesprekken bij meerdere keuzehulpverleners per Open House organisatie.

Bij het opstellen van het observatieprotocol was het gehele toetsingspanel betrokken. De niet-WMO toetsingsaanvraag, het veldwerk en de gespreksobservaties zijn door de Nivel onderzoekers uitgevoerd. De chats en gesprekken met een medische of sturende inhoud werden daarnaast op correctheid gecheckt door een medicus (KB).

In een cross-sectioneel design werd inzicht verkregen in de kwaliteit van de gespreksvoering zoals die gebruikelijk plaatsvindt bij de aanbieders van keuzehulp. Om een betrouwbaar en valide beeld te krijgen van de gespreksvoering per aanbieder/organisatie werden daartoe bij meerdere hulpverleners per organisatie face-to-face/beeldbel- of telefonische gesprekken op audio opgenomen en geobserveerd (zie 'Observatieprotocollen'). Wat betreft de chatgesprekken, die enkel door Siriz en SBW worden aangeboden, werden per organisatie de chatgesprekken die gedurende een willekeurige periode van enkele maanden waren gevoerd, opgevraagd en geanalyseerd. Voor de selectie van GGD-en werden, in afstemming met GGD GHOR, zoveel mogelijk verspreid over het land, meerdere locaties geselecteerd. Om in het tijdsbestek van enkele maanden waarin de toetsing moest plaatsvinden voldoende keuzehulpgesprekken te kunnen opnemen, was voor de selectie van de GGD-en behalve deze landelijke spreiding ook het aantal keuzehulpgesprekken dat recent op een locatie had plaatsgevonden leidend. Op grond hiervan viel de keuze op de volgende GGD-en: GGD Gelderland-Zuid, GGD Zeeland en GGD Zuid-Limburg (Tabel 1).

*Tabel 1 Kenmerken van Open House (OH) aanbieders van keuzehulp*

Organisatie	Aantal keuzehulpgesprekken 2022	Aantal Keuzehulpgesprekken 1e helft 2023	Aantal geregistreerde keuzehulpverleners	Aantal getrainde vrijwilligers	Website
Siriz	178	256	16	9	<a href="#">Siriz - Hulp bij onbedoelde zwangerschap</a>
SBW	onbekend (nog niet onder OH)	63	1	9	<a href="#">Gratis anonieme hulp 24/7 bij ongewilde zwangerschap (beschermdeuwieg.nl)</a>
iHUB/Altra (Fiom Amsterdam)	195	124	4	n.v.t.	<a href="#">iHUB</a>
JESS (Fiom Den Haag)	69	29	3	nv	<a href="#">Stichting JESS- Jong En Samen Sterk - JESS</a>
SJP (Fiom Utrecht)	161	86	4	n.v.t.	<a href="#">Stichting SJP   (stichting-sjp.nl)</a>
GGD Gelderland-Zuid	56	nog onbekend	4	nv	<a href="#">Home - GGD Gelderland-Zuid (ggdgelderlandzuid.nl)</a>
GGD Zeeland	43	27	3	n.v.t.	<a href="#">Home - GGD Zeeland</a>
GGD Zuid-Limburg	22	15	3	nv	<a href="#">GGD Zuid-Limburg (ggdzl.nl)</a>

*Toelichting Fiom: De term keuzehulpgesprek is in deze wat verwarrend. Er worden namelijk alleen unieke cliënttrajecten geregistreerd. Daarmee is het aantal keuzehulpgesprekken gelijk aan het aantal unieke hulpvragers (het aantal daadwerkelijke gesprekken ligt dus hoger). De stijging bij Siriz is te verklaren doordat zij tot de eerste helft van 2023 hun online (chat)hulp niet registreerden. Dit is een aanzienlijk deel, waardoor het aantal trajecten is gestegen.*

Zodoende zijn bij elk van de zes aanbieders van keuzehulp (Siriz, SBW, iHUB, JESS, SJP, en GGD-en) op meerdere locaties, bij meerdere keuzehulpverleners per locatie, keuzehulpgesprekken op audio opgenomen en geanalyseerd. Bij de selectie van locaties, keuzehulpverleners en gesprekken werd een zo groot mogelijke spreiding in ervaring als keuzehulpverlener en leeftijd van de zwangere vrouw nagestreefd. Alle opgenomen gesprekken werden binnen het Nivel in een afgeschermd omgeving met in achtname van een strikt privacyreglement veilig opgeslagen en geobserveerd. Voorafgaand aan de start van de dataverzameling werd het onderzoeksprotocol voorgelegd aan de METC Oost-Nederland; de METC beoordeelde het protocol als niet-WMO plichtig.

Tenslotte is bij het observeren van de gesprekken die we voor dit deelonderzoek hebben opgenomen gecontroleerd of er was voldaan aan de kaders van de keuzehulp (ondersteuning aan vrouwen en/of hun partners die zwanger zijn en niet aan hen die alleen vermoeden zwanger te zijn).

### **Observatieprotocollen**

De opgenomen keuzehulpgesprekken werden geobserveerd aan de hand van hetzelfde protocol, voor de inhoud en kwaliteit van de informatieoverdracht en een al dan niet-sturend verloop van de gesprekken, dat daarvoor in de eerste toetsing was ontwikkeld en gebruikt (van Dulmen et al, 2021b) aangevuld met items gebaseerd op de feedback uit deze eerste toetsing (Bijlage B). De inhoud van het observatieprotocol was gebaseerd op eerder onderzoek naar de mate van sturing (oftewel impliciete overreding) in hulpverleningsgesprekken (Engelhardt et al, 2016; Karnieli-Miller et al, 2009). De feedback uit 2021 vormde samen met de Fiom gespreksleidraad de basis voor de aanvullende, meer globale items uit het observatieprotocol. Aan de hand van deze aanvullingen kon de implementatie van de voorgestelde verbeter suggesties worden geobserveerd. De observaties van de keuzehulpgesprekken werden, onafhankelijk van elkaar, uitgevoerd door twee onderzoekers (SvD en DN). Een aselekt deel van de gesprekken werd ten behoeve van het vaststellen van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid eerst door beiden geobserveerd; na vaststelling van voldoende overeenkomst werden de overgebleven gesprekken verdeeld over beide onderzoekers. De keuzehulpchats / -gesprekken waarin medische informatie werd verstrekt, werden daarnaast beoordeeld door een derde observator, tevens arts (KB). Voor de observaties van de, veelal korte, keuzehulpchats, werd gebruik gemaakt van een afgeleid observatieprotocol. Alle chats zijn door beide observatoren beoordeeld en de derde observator is gevraagd de medische inhoud te beoordelen waar die ter sprake kwam.

### **Deelonderzoek 2. Versterking onderlinge kwaliteitsbewaking**

In het tweede deelonderzoek zijn keuzehulpverleners en managers middels interviews bevroegd over hun voorkeuren en wensen ten aanzien van een onderlinge kwaliteitsbewaking (bijvoorbeeld interne of externe audits en/of het hanteren van een (zelf-)observatielijst). Dit gebeurde aan de hand van een gespreksleidraad (zie bijlage C) met een twaalfstal vragen. Allereerst werden de thans gehanteerde werkwijzen voor (onderlinge) kwaliteitsbewaking geïnventariseerd. Tevens is nagegaan welke mogelijk aanvullende werkwijzen geïmplementeerd zouden kunnen worden. Ook is hierover de landelijke Fiom geïnterviewd. Daarnaast is in de literatuur gezocht naar werkwijzen die in de interviews niet aan de orde zijn geweest maar wel potentieel bruikbaar zouden kunnen zijn binnen de context van keuzehulp.

#### **Plan van aanpak**

- Opstellen interview guide voor interviews met keuzehulpverleners en managers.
- Interviews met keuzehulpverleners en managers over huidige werkwijzen alsook voorkeuren en wensen t.a.v. (onderlinge) kwaliteitsbewaking (bijv. interne / externe audits, (zelf)observatielijsten).
- Literatuuronderzoek naar aanvullende methoden voor onderlinge kwaliteitsbewaking.

- *Invitational conference* ten behoeve van het nagaan en creëren van draagvlak voor de uit de interviews en literatuur geselecteerde methoden van kwaliteitsbewaking.

#### *Gespreksleidraad interviews*

Voor het afnemen van de semi-gestructureerde interviews is een interview guide opgesteld (Bijlage C). Thema's in de interview guide: methoden van kwaliteitsbewaking, regie, vertrouwen, leerhouding, verbetercapaciteit, tijdsinvestering, privacy en veiligheid e.d. Van de interviews is een samenvatting gemaakt ten behoeve van een thematische analyse.

#### *Literatuurverkenning*

Er is een literatuurverkenning gedaan in PubMed aan de hand van de volgende zoektermen: "interprofessional", "quality", "maintenance". De gevonden artikelen zijn gescreend op titel en abstract, relevante artikelen zijn vervolgens full-text bekeken.

#### *Invitational conference*

Op 6 februari 2024 heeft een *invitational conference* plaatsgevonden met de eerder geïnterviewde managers en keuzehulpverleners. Voorafgaand ontvingen de deelnemers een notitie met een samenvatting van de bevindingen uit de interviews en literatuur alsook een voorlopig voorstel voor het waarborgen van de kwaliteit van de keuzehulp. Na ook nog een plenaire mondelinge terugkoppeling van en toelichting op de bevindingen, werd in subgroepen en plenair over de volgende vragen gesproken: Wat willen we behouden van de huidige kwaliteitszorg en wat willen we daaraan toevoegen? Zijn er minimale volume-normen waaraan een organisatie moet voldoen om keuzehulpgesprekken aan te blijven bieden? En wat zijn de voor- en nadelen daarvan? Het verslag van de bijeenkomst is opgenomen als bijlage (Bijlage E).

#### **Afstemming met subsidiegever / opdrachtgever**

Het toetsingspanel Keuzehulp en een onderzoeker van het Nivel vormden de projectgroep. Het Nivel was de hoofdaanvrager, het toetsingspanel onderaannemer. Gedurende de looptijd van de toetsing werd opdrachtgever VWS / Directie Publieke Gezondheid (Annemarije Bousema / Amra Dzelilovic - vanaf december 2023) maandelijks geïnformeerd over de voortgang. De onderzoekers werden ondersteund door VWS-beleidsmedewerker Lineke Wijfjes, met name bij de organisatie en verslaglegging van de interviews.

## 3 Resultaten

### 3.1 Deelonderzoek 1. Kwaliteitstoets gespreksvoering

Ten behoeve van de kwaliteitstoets gespreksvoering is bij elk van de Open House organisaties de kwaliteit van de geboden keuzehulp onderzocht. Daartoe zijn in totaal 36 keuzehulpgesprekken op audio opgenomen en geobserveerd en zijn 75 keuzehulpchats (die enkel door Siriz en SBW worden aangeboden) aangeleverd en geanalyseerd (Tabel 2). Tabel 2 toont de spreiding van de aangeleverde gegevens over de organisaties die keuzehulp aanbieden onder de Open House.

Tabel 2 Aantal geobserveerde en geanalyseerde keuzehulpgesprekken en -chats

Open House organisatie	Aantal keuzehulpgesprekken	Aantal keuzehulpchats
Siriz	5	63
SBW <sup>b</sup>	0	12
iHUB/Altra (Fiom Amsterdam)	9	n.v.t.
JESS (Fiom Den Haag)	6	n.v.t.
SJP (Fiom Utrecht) <sup>a</sup>	10	n.v.t.
GGD Gelderland-Zuid <sup>b</sup>	0	n.v.t.
GGD Zeeland	3	n.v.t.
GGD Zuid-Limburg	3	n.v.t.
<b>Totaal</b>	<b>36</b>	<b>75</b>

<sup>a</sup> Eén van de opnames van SJP liep na 50 sec vast en kon niet geobserveerd worden.

<sup>b</sup> Toelichting: Door het terugtrekken uit de Open House (SBW) dan wel onderbezetting van personeel (GGD Gelderland-Zuid) zijn door deze twee organisaties geen gesprekken op audio opgenomen.

#### Keuzehulpchats

Alleen Siriz en SBW voeren naast face-to-face, telefonische en video-keuzehulpgesprekken ook online keuzehulpgesprekken via chats. In het algemeen lijken deze chats in drie typen onderscheiden te kunnen worden: 'volwaardige' keuzehulpchats waarin voors en tegens van verschillende opties worden besproken; chats als 'opmaat' naar een in te plannen video, telefonisch of face-to-face keuzehulpgesprek (conform de doelstelling van online keuzehulp volgens het Programma van Eisen, 2022); 'anders' (wanneer een cliënt bijvoorbeeld alleen op zoek is naar een luisterend oor of informatie).

- Siriz gaf permissie de reeds voor aanvang van het project aan VWS verstrekte chats (n=63) door ons te laten observeren. Deze 63 chats werden door 10 verschillende medewerkers gevoerd, het aantal chats per medewerker varieerde van 1 tot 19. Observatie van deze chats laat zien dat er in 13 daarvan sprake was van het verstrekken van medische informatie die door de 3<sup>e</sup> observator op correctheid is beoordeeld. Bij geen van deze chats was sprake van incorrecte medische informatie. Van de 63 chats zijn er 7 min of meer 'volwaardige' keuzehulpchats, 30 zijn een 'opmaat' voor een keuzehulpgesprek en 26 chats vallen onder de noemer 'anders'. Onder de laatste categorie vallen chats die voortijdig worden afgebroken en ook chats waarin iemand alleen om informatie vraagt over bijvoorbeeld een abortuskliniek, een vaderschapstest of begeleid wonen. Ook vallen hier de chats onder waaruit blijkt dat iemand al duidelijk een keuze heeft gemaakt. In veel chats voert het verwerken van het zwanger zijn de boventoon, het maken van een keuze is dan nog niet eens aan de orde. Men zoekt dan vooral naar een luisterend oor en

advies over hoe de omgeving (partner, verwekker of ouders) in te lichten of te overtuigen van eigen wensen ten aanzien van de zwangerschap (uitdragen of afbreken). Geen van de chats vertoont aanwijzingen voor het expliciet sturen van de keuze in een bepaalde richting (wel of niet afbreken van de zwangerschap), er zijn echter wel voorbeelden van mogelijk impliciete sturing waar een keuzehulpverlener wat meer op zou kunnen letten. Een voorbeeld van dergelijke sturing is een keuzehulpverlener die in emotioneel beladen en daarmee mogelijk sturende termen schrijft: “Verwacht je dat die overgave aan het moederschap nog kan komen. Want ik hoor het vaker, dat dat proces niet gelijk begint bij een onverwachte zwangerschap, dat komt vaak later.” Een andere keuzehulpverlener stuurt mogelijk licht door te schrijven: “Ja, vanuit mijn expertise rondom dit onderwerp weet ik dat het heel belangrijk is dat je deze beslissing zoveel mogelijk samen maakt.” En vervolgens: “En vanuit ervaring zie ik dat een abortus doen om je relatie te redden, vaak in de praktijk je relatie niet redt. Omdat, als je het afbreekt voor hem, voor de relatie, je dan toch wrok en boosheid gaat koesteren, wat de relatie schaadt.” Weer een andere keuzehulpverlener vraagt een cliënt wat een abortus met haar zal doen (in negatieve zin) en later welke ondersteuning vrouw nodig heeft om kind te laten komen (in positieve zin). Dit voelt enigszins onevenwichtig en is mogelijk sturend. Evenals dat wat een andere keuzehulpverlener schrijft: “Bang voor spijt (over abortus, red) is wel iets om te bespreken.... want het is belangrijk dat je achter een abortus kunt staan en daarmee kunt leven.” Iets dergelijks komt niet aan de orde ten aanzien van het voortzetten van de zwangerschap.

- SBW stelde 12 keuzehulpchats beschikbaar. Deze 12 chats werden door 4 verschillende medewerkers gevoerd, het aantal chats per medewerker varieerde van 1 tot 6. Observatie van deze chats laat zien dat geen enkele chat ‘volwaardige’ keuzehulp betreft. De redenen daarvoor zijn verschillend: de cliënt wil alleen informatie, bijvoorbeeld over moederopvang of een mogelijke miskraam; de cliënt wil tips over hoe ze haar omgeving kan inlichten over haar zwangerschap; de keuze ten aanzien van de zwangerschap is al gemaakt; de chat wordt voortijdig afgebroken voordat het een keuzehulpgesprek wordt; of, de cliënt stemt al snel in met het maken van een face-to-face keuzehulpgesprek. Deze laatste type chats (n=5) kunnen worden gezien als een ‘opmaat’ voor keuzehulp. De overige chats vallen in de categorie ‘anders’. In veel van de chats van SBW lijkt angst voor het uitkomen of uitspreken van de zwangerschap prominent aanwezig. Dergelijke emoties worden in de chats niet diepgaand geëxploreerd, maar wel zo nu en dan weggewuifd, zoals bijvoorbeeld blijkt uit: “Ze zullen boos zijn, maar dat is vaak een eerste reactie” of “Boos worden is naar jou toe niet netjes”. Deze uitingen hadden geen betrekking op de keuze omtrent het al dan niet afbreken of voortzetten van de zwangerschap, maar enkel op het informeren van de omgeving over het bestaan van de zwangerschap en kunnen derhalve niet als mogelijk sturende uitingen worden aangemerkt (zie Bijlage B, tabel 2). In meerdere keuzehulpchats wordt door de keuzehulpverlener expliciet het belang benadrukt om een weloverwogen keuze te maken. Geen van de chats vertoont aanwijzingen voor het sturen van de keuze in een bepaalde richting (wel of niet afbreken van de zwangerschap). Ook was in geen van de chats sprake van het verstrekken van medische informatie.

### Audio-opnames van keuzehulpgesprekken

De duur van de 36 opgenomen keuzehulpgesprekken varieerde van 31 minuten tot 1 uur en 49 minuten. De meeste gesprekken werden gevoerd met de zwangere vrouw en haar partner samen bij een relatief prille zwangerschap (Tabel 3). Negentien gesprekken waren online gevoerd, 13 face-to-face en 4 telefonisch.

Tabel 3 Kenmerken geobserveerde keuzehulpgesprekken

Aantal opgenomen gesprekken per organisatie	Duur keuzehulpgesprek (uur:min:sec)	Type keuzehulpgesprek (nr. in reeks)	Aanwezig (geschatte zwangerschapsduur In weken)
<b>Siriz</b>			
1	01:26:50	Face-to-face (1 <sup>e</sup> )	Vrouw (6w)
2	01:24:28	Face-to-face (1 <sup>e</sup> )	Vrouw (6,5w) en partner
3	01:22:31	Face-to-face (1 <sup>e</sup> )	Vrouw (7w) en partner
4	01:03:32	Online (1 <sup>e</sup> )	Vrouw (6w)
5	01:24:28	Face-to-face (1 <sup>e</sup> )	Vrouw (5w)
<b>iHUB/Altra (Fiom Amsterdam)</b>			
1	00:42:40	Online (1 <sup>e</sup> )	Vrouw (2,5w)
2	00:55:36	Online (1 <sup>e</sup> )	Vrouw (onbekend)
3	00:39:46	Face-to-face (2 <sup>e</sup> )	Vrouw (5w) en partner
4	01:07:08	Online (1 <sup>e</sup> )	Vrouw (6w) en partner
5	01:02:24	Online (1 <sup>e</sup> )	Vrouw (5w)
6	01:11:09	Online (1 <sup>e</sup> )	Vrouw (6w)
7	01:01:02	Online (1 <sup>e</sup> )	Vrouw (6w) en partner
8	01:14:05	Face-to-face (2 <sup>e</sup> )	Vrouw (12w)
9	01:05:28	Online (1 <sup>e</sup> )	Vrouw (4w)
<b>JESS (Fiom Den Haag)</b>			
1	01:27:58	Online (1 <sup>e</sup> )	Vrouw (9w)
2	00:58:46	Telefonisch (1 <sup>e</sup> )	Vrouw (6w)
3	01:26:12	Telefonisch (1 <sup>e</sup> )	Vrouw (3,5w)
4	01:26:21	Face-to-face (2 <sup>e</sup> )	Vrouw (onbekend)
5	01:18:30	Online (2 <sup>e</sup> )	Vrouw (6w) en partner
6	01:49:14	Online (1 <sup>e</sup> )	Vrouw (7w)
<b>SJP (Fiom Utrecht)</b>			
1	00:37:33	Online (3 <sup>e</sup> )	Vrouw (7,5w) en partner
2	01:21:50	Online (2 <sup>e</sup> )	Vrouw (7,5w) en partner
3	00:58:27	Online (1 <sup>e</sup> )	Vrouw (7w) en partner
4	01:15:37	Online (3 <sup>e</sup> )	Vrouw (13w) en partner
5	00:52:34	Online (2 <sup>e</sup> )	Vrouw (10w) en partner
6 <sup>a</sup>	00:52:32	Face-to-face (1 <sup>e</sup> )	Vrouw (9,5w) en partner
7	00:36:40	Face-to-face (2 <sup>e</sup> )	Vrouw (6w) en partner
8	01:06:57	Telefonisch (2 <sup>e</sup> )	Vrouw (6w)
9	01:13:48	Face-to-face (1 <sup>e</sup> )	Vrouw (5w)
10	00:31:47	Telefonisch (1 <sup>e</sup> )	Vrouw (6w)
<b>GGD Zeeland</b>			
1	00:55:47	Online (1 <sup>e</sup> )	Vrouw (onbekend)
2	00:43:32	Online (1 <sup>e</sup> )	Vrouw (9w)
3	01:03:10	Online (1 <sup>e</sup> )	Vrouw (7w) en partner
<b>GGD Zuid-Limburg</b>			
1	01:00:46	Face-to-face (2 <sup>e</sup> )	Vrouw (5w) en moeder
2	01:06:34	Face-to-face (1 <sup>e</sup> )	Vrouw (12w)
3	00:55:29	Face-to-face (1 <sup>e</sup> )	Vrouw (7w)

<sup>a</sup> Van dit gesprek liep de opname na 50 sec. vast en kon daarom niet volledig geobserveerd worden.



Alle audio-opnames zijn geobserveerd aan de hand van een van tevoren opgesteld observatieprotocol (Bijlage B). Hieronder beschrijven we achtereenvolgens de algemene indrukken van de keuzehulpgesprekken en daarna de bevindingen van de mate van sturing die in de keuzehulpgesprekken is opgetreden. Tezamen geeft dit antwoord op de vraag of keuzehulp werd verstrekt conform de in het ‘Programma van Eisen keuzehulp bij onbedoelde zwangerschap en psychosociale hulp na abortus’ vastgelegde kwaliteitseisen (2022); de ‘Gespreksleidraad keuzehulp’ (Bijlage D); en de verbeteringsuggesties van het toetsingspanel uit 2020 (Bijlage B, deel 2).

### Algemene positieve indruk keuzehulpgesprekken

In het algemeen valt een aantal zaken op aan de geobserveerde keuzehulpgesprekken. Allereerst wordt duidelijk dat de keuzehulpverleners een open en vertrouwelijk sfeer creëren tijdens de gesprekken; zij tonen begrip voor de lastige situatie waar de vrouw en haar partner / naaste zich in bevinden. Veelal leiden de keuzehulpverleners hun gesprekken in met een uitnodiging aan de vrouw om over haar achtergrond en situatie te vertellen. Een klein aantal keuzehulpverleners gaf bij aanvang van het gesprek kort uitleg over welke hulp de organisatie biedt en wat de vrouw kan verwachten van het keuzegesprek (duur, insteek, opbouw, etc.); bij de gesprekken waarin een dergelijke toelichting ontbreekt, kan het zijn dat deze voor het starten van de gespreksopname is gegeven dan wel in een eerder gesprek.

De keuzehulpverleners beginnen het keuzehulpgesprek over het algemeen met het uitvragen van het verhaal van de vrouw. Zo wordt op een ongedwongen en natuurlijke manier in kaart gebracht hoe de vrouw op dat moment allerlei zaken rondom haar zwangerschap ervaart. Daarbij snijden de keuzehulpverleners thema’s aan overeenkomstig de Fiom Leidraad (o.a. sociale context, zorgen en dilemma’s, steunfactoren). De keuzehulpverleners besteden veel aandacht en tijd aan het verhaal van de vrouw en stellen dit ook centraal in het keuzehulpgesprek. Een enkele keuzehulpverlener (KHV) vraagt bij aanvang van het keuzehulpgesprek expliciet naar de voornaamste hulpvraag dan wel ondersteuningsbehoeften van de vrouw en eventueel partner / naaste.

*KHV: Wat zou wat jullie betreft het doel van dit gesprek zijn? Vrouw: Onze gevoelens op een rijtje zetten met een neutrale persoon. Partner: en of we de juiste stappen nemen om een keuze te maken.*

Een enkele keuzehulpverlener gaat expliciet bij de vrouw na over welke keuzemogelijkheden zij het wil hebben. De meeste keuzehulpverleners diepen zowel de voornaamste hulpvraag / ondersteuningsbehoeften als welke keuzemogelijkheden voor de vrouw een optie zijn uit gedurende het keuzehulpgesprek. Ook tasten zij geregeld af aan welke informatie de vrouw expliciet behoefte heeft en hoe zij het beste kunnen aansluiten bij de belevingswereld van vrouw en partner.

*KHV: wil je iets horen over verwerking van abortus?*

*KHV: ...of brief aan vruchtje/kindje, ik weet niet hoe jullie het noemen?*

Wat betreft de verdere invulling van het keuzehulpgesprek hanteren de keuzehulpverleners grofweg twee typen aanpak: sommige keuzehulpverleners zetten het gesprek open voort zoals ze het zijn gestart en andere keuzehulpverleners zetten na enige tijd een oefening in. Bij de eerstgenoemde aanpak geven de keuzehulpverleners het keuzehulpgesprek verder vorm als een natuurlijk verlopend gesprek; onderwerpen en keuzemogelijkheden die de vrouw ter sprake brengt diept de keuzehulpverlener telkens uit en bouwt daarop voort. Bij deze aanpak lopen onderwerpen en keuzemogelijkheden soms wat door elkaar heen, omdat de keuzehulpverleners qua gespreksstof erg meebewegen met de vrouw.

Bij de andere gespreksaanpak zetten de keuzehulpverleners een oefening in. Dit doen de keuzehulpverleners veelal ergens halverwege het keuzehulpgesprek, nadat zij het verhaal van de vrouw helder hebben. De keuzehulpverleners maken gebruik van oefeningen conform de Fiom Leidraad, zoals de stoelenmethode of de inlevingsoefening. Deze oefeningen maken vaak veel emoties los en leveren veel inzicht op. Sommige keuzehulpverleners informeren of de vrouw behoefte heeft aan een dergelijke oefening, bij andere keuzehulpverleners is het meer een aankondiging dat ze een oefening gaan inzetten. De oefeningen geven het keuzehulpgesprek een duidelijkere structuur dan de eerstgenoemde aanpak.

Wat betreft de keuzemogelijkheden bespreken de meeste keuzehulpverleners alleen de opties uitdragen van de zwangerschap of het afbreken ervan uitgebreid met de vrouw. In enkele gesprekken wordt ook de mogelijkheid van adoptie en pleegzorg aan de orde gesteld. Deze opties worden weinig tot niet verder uitgediept, voornamelijk omdat de vrouw aangeeft daar geen behoefte aan te hebben.

*KHV: Als iemand zwanger is, zijn er vier opties waar je uit kunt kiezen. Een optie is zelf voor het kind gaan zorgen. De andere optie is abortus, de zwangerschap afbreken. De derde optie is pleegzorg, dat zou betekenen dat je de zwangerschap voortzet en dat het kindje naar een pleeggezin gaat na de geboorte en dat je dan de tijd hebt om dingen in orde te maken mocht dat het geval zijn. En de vierde optie is om ook de zwangerschap uit te dragen en dat je overweegt om het kindje af te staan ter adoptie. Wat zijn voor jou van deze vier, de opties?*

Zoals aangegeven worden de keuzemogelijkheden ofwel aan de hand van een oefening besproken, ofwel brengt de keuzehulpverlener de opties aan de orde door de vrouw en, indien aanwezig, de partner te vragen naar de ervaren voor- en nadelen van zowel het uitdragen als het afbreken van de zwangerschap. In de meeste gespreksopnames bespreken de keuzehulpverleners de keuzemogelijkheden door aan de volgende zaken aandacht te schenken: welke zorgen spelen er, zijn die uniek voor deze zwangerschap (i.v.m. een eventuele toekomstige zwangerschap), hoe wegen die zorgen mee in het keuzeproces, is er een oplossing te bedenken voor de zorgen (steunfactoren); wat levert kiezen voor de verschillende opties op en wat kost het, nu en op de langere termijn; wat is er nodig om een weloverwogen keuze te kunnen maken (bijv. de tijd nemen, steun van partner, inzicht in financiële consequenties, huisvesting, informatie over methoden van zwangerschapsafbreking). Los van het type optie dat wordt besproken zijn er ook enkele aansprekende voorbeelden van het aan de orde stellen van de manier waarop de vrouw of partner gewoonlijk een keuze maakt en wat ze daarvoor nodig hebben.

*KHV aan partner: Hoe maak jij een keuze?*

*KHV aan vrouw: Hoe ging beslissing maken toen je 16 was? (op die leeftijd had de desbetreffende vrouw besloten te stoppen met school en naar het buitenland te gaan, red.)*

Gesprekken waarbij ook een partner aanwezig is verlopen vaak op eenzelfde manier als de gesprekken waar alleen de vrouw aanwezig is. Niettemin zijn hier ook uitzonderingen op, waarbij expliciet de gedachten en gevoelens van beide aanwezigen worden uitgevraagd of gevraagd wordt naar een inschatting van de reacties van de ander.

*KHV aan partner: Hoe denk jij dat je partner zal reageren op abortus?*

Er lijkt geen richtlijn te worden toegepast ten aanzien van het aantal gesprekken dat met een vrouw (en haar partner) wordt gevoerd; soms vindt er maar één keuzehulpgesprek plaats, in andere

gevallen vinden wel vier keuzehulpgesprekken plaats met dezelfde vrouw. Dit roept de vraag op wat het aantal gesprekken bepaalt. Als er meerdere gesprekken plaatsvinden, heeft elk gesprek vaak een ander accent; zo kan er in het ene gesprek nadrukkelijk over abortus worden gesproken terwijl in een ander gesprek expliciet het uitdragen van de zwangerschap aan de orde komt. Wanneer maar één gesprek uit een reeks geobserveerd zou worden, kan dat abusievelijk de indruk wekken dat onevenredig veel aandacht aan de ene of de andere optie wordt besteed.

De meeste keuzehulpverleners signaleren dat het keuzehulpgesprek richting afronding gaat door aan de vrouw (en eventueel partner / naaste) te vragen wat ze van het gesprek vonden. Enkele keuzehulpverleners vatten het gesprek ook samen en/of benoemen met welke punten de vrouw aan de slag kan. Daarnaast geven sommige keuzehulpverleners de vrouw een of meerdere thuisopdrachten mee, zoals het bijhouden van een dagboekje met gevoelens en gedachten ten aanzien van de zwangerschap, het nemen van een proefbesluit, een inlevingsoefening en/of het schrijven van een brief (aan haarzelf / ongeboren kind). In vrijwel alle gespreksopnames benoemen de keuzehulpverleners ook de mogelijkheid tot een vervolggesprek en de andere zorgmogelijkheden die door hun organisatie worden geboden; zij laten de keus om daarvan gebruik te maken in alle gevallen aan de vrouw. Ook bieden zij standaard aan beschikbaar te zijn via whatsapp, telefoon of email mochten zich onverhoopt omstandigheden voordoen die onmiddellijke aandacht vereisen.

Tenslotte wordt in enkele gesprekken aan de hand van een 'weegschaal' de balans in uitdragen en afbreken van de zwangerschap gemonitord, waarop in vervolggesprekken wordt teruggekomen zodat inzichtelijk wordt of de keuze verschuift en zo ja, in welke richting.

*KHV: Als je je een weegschaal voorstelt met beide opties, waar zit je dan nu? (vrouw en partner zitten beiden op 60% voor afbreken, 40% voor voortzetten. Beiden vinden dat te dun om besluit op te nemen, moet meer weloverwogen zijn, red.)*

### **Ontbreken van keuzesturing tijdens alle opgenomen keuzehulpgesprekken**

Over het algemeen is in geen van de opgenomen keuzehulpgesprekken sprake van expliciete sturing in de richting van een bepaalde optie. Alle keuzehulpverleners bewegen mee met de vrouw en haar eventuele voorkeuren en stellen zich daarin neutraal op. Deze houding is vooral terug te zien in de wijze waarop de keuzehulpverleners het verhaal / achtergrond van de vrouw in kaart brengen; de keuzehulpverleners stellen daarbij voornamelijk open vragen, zoals "*hoe denk jij over...?*", "*hoe is het voor jou om...?*", "*wat heb je nodig om...?*". Wanneer de keuzehulpverleners een interpretatie geven, dan is dat nadat zij uitgebreid hebben stilgestaan bij het verhaal van de vrouw. De keuzehulpverleners houden het in hun formulering veelal dicht bij zichzelf wanneer zij hun zienswijze presenteren; zij beginnen hun zin dan bijvoorbeeld met "*het komt op mij over alsof je...*", "*ik heb het idee dat...*", "*ik denk aan jou te merken dat...*". Ook verifiëren de keuzehulpverleners daarna of hun interpretatie overeenkomt met hoe de vrouw iets heeft bedoeld / ziet (bijv. met "*zie ik dat zo goed?*") en geven de keuzehulpverleners de vrouw gelegenheid om hen te verbeteren (bijv. met "*zeg vooral als het anders zit*").

Uitgedrukt in aantallen zijn er van de 35 keuzehulpgesprekken (van één gesprek werd de opname afgebroken) 19 vrij van elke vorm van sturing; dat wil zeggen, de keuzehulpverleners stuurden op geen van de manieren zoals omschreven in het observatieprotocol (zie Tabel 2). Daarbij moet wel worden vermeld dat in die 19 'sturingsvrije' gesprekken niet altijd alle keuzemogelijkheden zijn doorgenomen; veelal kwamen alleen het uitdragen en afbreken van de zwangerschap aan bod. In die zin is het niet benoemen dat er ook andere keuzemogelijkheden bestaan (adoptie en pleegzorg) ook een manier van sturen. Het valt echter niet uit te sluiten dat in andere - niet opgenomen - gesprekken met dezelfde cliënt(en) de overige opties aan de orde werden / waren gesteld. Deze

hypothese wordt bevestigd in de gevallen waar opnames van opeenvolgende gesprekken met dezelfde cliënten beschikbaar waren. Los daarvan werd er in die 19 keuzehulpgesprekken dus niet aangestuurd op een bepaalde keuze.

### Milde sturing in minderheid van keuzehulpgesprekken

Van de gesprekken waar wel sturing in voorkomt (n=16) betreft het veelal milde sturing die bovendien niet gericht was op het afbreken of uitdragen van de zwangerschap; mild in de zin van frequentie (een of enkele uitspraken gedurende het hele gesprek) of qua formulering (geen sterk overredend taalgebruik). Daarnaast moet worden opgemerkt dat de cliënt de formulering mogelijk niet als sturend kan hebben opgevat. De uitspraken van de keuzehulpverleners die als potentieel en mild sturend zijn gescoord vallen in de volgende categorieën uit het observatieprotocol: de ernst van de optie benadrukken (categorie H), aannames maken over de persoonlijkheid van de cliënt (categorie I), afschrikken versus bemoedigen door gebruik van anderen als voorbeeld (categorie J) en aansturen op emotionele beslissing door negeren van rationele aspecten (categorie L). In Tabel 4 is per categorie een aantal voorbeelden gegeven van deze mild sturende uitspraken die voorkwamen in de keuzehulpgesprekken. Een aantal hiervan kunnen gezien worden als feiten waarvan de keuzehulpverlener op een natuurlijke manier en passend bij het verloop van het gesprek, verslag doet.

Tabel 4 Voorbeelden van sturende uitspraken uit de opgenomen keuzehulpgesprekken

Categorie sturing		Voorbeelden uit keuzehulpgesprekken	Toelichting / context
H	De ernst van de optie benadrukken	<i>"Afbreken blijft een verlies, heeft effect, wellicht ook voor je relatie."</i>	De keuzehulpverlener benadrukt mogelijk negatieve gevolgen van een abortus.
		<i>"Hoe later, hoe pittiger."</i>	De keuzehulpverlener benadrukt mogelijk negatieve gevolgen van een late abortus.
I	Aannames maken over de persoonlijkheid van de cliënt	<i>"En ik weet het is moeilijk, maar alles kan; jullie kunnen beide situaties aan, jullie kunnen waarschijnlijk het verdriet verdragen van die abortus als die er komt. Dan heb je steun aan elkaar."</i>	De keuzehulpverlener doet aanname dat de vrouw en haar partner kunnen leven met de keuze abortus.
		<i>"Ik zie jou niet één, twee, drie een abortuskliniek in lopen."</i>	Deze uitspraak deed de keuzehulpverlener nadat de vrouw aangaf dat ze een kinderwens heeft en voor abortus weinig voelt.
		<i>"Maar kan jij ooit tegen jezelf zeggen van dat was een van de hoofdredenen om een abortus te doen, omdat [reden genoemd door vrouw]. Kan jij jezelf in de spiegel aankijken en aan jezelf verantwoorden dan? Heel gek dat ik het zo stel misschien. Kan hoor, het mag van mij, helemaal goed. Maar dat moet je bij jezelf bekijken."</i>	Deze uitspraak is als vrij sturend beoordeeld; de keuzehulpverlener trekt impliciet de moraliteit van de vrouw in twijfel, ook later in het keuzehulpgesprek schemert de mening van de KHV door m.b.t. dezelfde kwestie.

Tabel 4 Vervolg

Categorie sturing	Voorbeelden uit keuzehulpgesprekken	Toelichting / context
<b>J</b> <b>Afschrikken versus bemoedigen door gebruik van anderen als voorbeeld</b>	<p><i>"Want er zijn koppels zoals jullie die er uiteindelijk toch voor gaan [uitdragen] en die natuurlijk heel gelukkig met z'n vieren worden of zijn. En dan zeggen van ja, het is wel zwaar geweest en we hebben het heel pittig gehad, maar nu zijn we toch alweer vijftien jaar verder en we hebben een mooi gezin. Maar er zijn ook koppels die zeggen van we kunnen of doen het [uitdragen] niet en die zijn daarmee eigenlijk ook heel tevreden, die kunnen leven met wat hun beslissing was."</i></p>	<p>De keuzehulpverlener schetst bij de optie uitdragen een overwegend positief beeld (gelukkig gezinsleven), maar noemt bij kiezen voor de zwangerschap afbreken niet in gelijke mate wat het stellen soms oplevert (bijv. meer tijd voor elkaar).</p>
	<p><i>"In het algemeen kan ik zeggen dat vrouwen op verschillende manieren met een abortus omgaan. De grootste groep vrouwen – en ik spreek even niet in percentages, maar die zijn wel terug te vinden, op de site van de Fiom vind je ook het een en ander – maar de grootste groep vrouwen benadert het als een medische ingreep. En natuurlijk is het vervelend, niemand juicht erom, maar met deze groep vrouwen zie je uiteindelijk dat zij na de ingreep al vrij snel een gevoel van opluchting ervaren."</i></p>	<p>De keuzehulpverlener noemt cijfers van het Fiom over hoe vrouwen terugkijken op hun keuze voor abortus.</p>
	<p><i>"Wij horen deze heel vaak, hoor, dat vrouwen bang zijn voor onvruchtbaarheid."</i></p>	<p>De keuzehulpverlener reageert enkel op angst voor onvruchtbaarheid van vrouw na abortus door te refereren aan anderen, geen reactie op angst <i>an sich</i>.</p>
	<p><i>"Uit onderzoek blijkt dat 90% van de vrouwen die dit heeft gedaan vooral opluchting ervaart. In de pers lees je andere verhalen (schuld, spijt) maar dat is niet waar. Voor de meesten hoeft het geen spijt / schuld op te leveren."</i></p>	<p>De keuzehulpverlener suggereert door hoge percentage positieve ervaringen dat cliënt niet bang hoeft te zijn voor keuzespijt.</p>
	<p><i>"Iedereen die voor het eerst zwanger wordt denkt, kan ik dit wel."</i></p>	<p>De keuzehulpverlener bagatelliseert zorgen van vrouw.</p>
<b>L</b> <b>Aansturen op emotionele beslissing door negeren van rationele aspecten</b>	<p><i>"En stel dat je een beslissing neemt - voor het afbreken maar ook voor het uitdragen - stel dat jullie daarop [uitdragen] uitkomen, dan ben je misschien ook niet in een keer heel blij. Dat zal ook nog wel even duren misschien, omdat je dat niet verwacht. Dat [niet direct blij zijn] is ook dan weer zo'n teleurstelling."</i></p>	<p>De keuzehulpverlener stuurt niet zozeer aan op het negeren van rationele aspecten in dit keuzehulpgesprek, maar focust in negatieve zin op gevoelens rondom de keuze voor uitdragen.</p>
	<p><i>"En behalve dat stukje van wat je zei, het verdriet, het gevoel van leegte, wat is voor de rest dan nog jouw grootste angst als je het hebt over de zwangerschap afbreken?"</i></p>	<p>De keuzehulpverlener plaatst de keuze voor abortus meermaals in een frame waarin focus ligt op angst.</p>
	<p><i>"Je verliest iets van mooi gevoel, van iets prachtigs voor een vrouw."</i></p>	<p>Weliswaar werden rationele aspecten niet ontkend, maar de keuzehulpverlener benadrukt met haar woordkeuze wel sterk de emotionele waarde van de zwangerschap.</p>

Deze voorbeelden van sturing kunnen tevens als ‘mild’ worden opgevat in het licht van de doorgaans lange keuzehulpgesprekken waarin heel veel informatie wordt uitgewisseld. Een enkele milde uiting van sturing zal in die context geen noemenswaardige invloed hebben op de uitkomst van het keuzehulpproces. Tenslotte, de genoemde voorbeelden kunnen niet worden toegeschreven aan een bepaalde aanbieder van keuzehulp. Met andere woorden, de kwaliteit van de geboden keuzehulp verschilt niet tussen de onderzochte organisaties die keuzehulp aanbieden onder de Open House.

## 3.2 Deelonderzoek 2. Kwaliteitsbewaking

### Uitgangspunten

Onder kwaliteit verstaan we de mate waarin de werkelijk verleende hulp voldoet aan de daaraan gestelde eisen. Wat betreft keuzehulpverlening bij onbedoelde zwangerschap zijn de meest basale eisen geformuleerd in het Programma van eisen van “Open House – Ondersteuning onbedoelde zwangerschappen” en de gespreksleidraad van het Fiom. De kwaliteitsbewaking keuzehulp heeft tot doel om de kwaliteit van inhoud en proces van keuzehulp te waarborgen (en zo nodig te verbeteren) door keuzehulpverleners daar onderling scherp op te houden. Hulpverleners en hun organisaties worden geacht de kwaliteit van hun werk te bewaken en te bevorderen (en daarover ook verantwoording af te leggen).

Wij hebben onderzocht wat de diverse organisaties die hulpverleners bij onbedoelde zwangerschap zelf (intern) en met elkaar (onderling) al doen aan kwaliteitsbewaking en welke behoeften en wensen zij daarover hebben voor de toekomst. Ook hebben wij literatuuronderzoek verricht. De bevindingen vanuit de interviews en het literatuuronderzoek zijn gepresenteerd en bediscussieerd tijdens een *invitational conference* (zie Bijlage E).

Uitgangspunten voor de door ons te ontwikkelen werkwijze waren: bewaking met vertrouwen als basis, het belang van elkaar begrijpen en elkaar kennen, en veranderen door ervaren (*experiential learning*).

### Bevindingen interviews

#### *Keuzehulpgesprekken, organisaties en medewerkers*

Bij 8 organisaties (waaronder 3 GGD-en) die keuzehulp aanbieden onder de Open House en bij het Fiom zijn in de maanden november 2023-januari 2024 interviews afgenomen (Tabel 5). In deze 9 interviews is met 22 stakeholders (10 managers/beleidsmedewerkers en 12 keuzehulpverleners) besproken welke methoden van kwaliteitsbewaking worden gehanteerd en welke werkwijze zou kunnen worden ontwikkeld en geïmplementeerd waarmee aanbieders hun eigen en elkaars kwaliteit van de geboden keuzehulp bewaken.

Tabel 5 Gehouden interviews per organisatie

Organisatie	Managers / beleidsmedewerkers	Keuzehulpverleners / maatschappelijk werkers
Siriz	2	2
SBW	2	
iHUB/Altra (Fiom Amsterdam)	1	2
JESS (Fiom Den Haag)		2
SJP (Fiom Utrecht)	1	1
GGD Gelderland-Zuid		2
GGD Zeeland	1	1
GGD Zuid-Limburg	1	2
Fiom	2	
Totaal	10	12

De Open House-deelnemers verzorgen tezamen circa 1050 keuzehulptrajecten per jaar (dit is exclusief de 150-200 door SBW). Siriz, iHUB/Altra (Fiom Amsterdam) en SJP (Fiom Utrecht) voeren de grootste aantallen gesprekken (ca. 160 – ca. 200). Het aantal keuzehulpgesprekken door de GGD-en is in totaal ca. 450<sup>5</sup>, dus gemiddeld ca. 30 per GGD (spreiding ca. 10 - ca. 45).<sup>5</sup> Siriz en SBW bieden ook de mogelijkheid van chatgesprekken. Bij SBW kan de cliënt desgewenst anoniem blijven. In elke organisatie zijn er doorgaans 3 (soms 4) medewerkers die de keuzehulpgesprekken voeren (alleen bij Siriz zijn het er 10-15). Het betreft meestal parttimers die daarnaast vaak ook nog ander (hulpverlenings)werk verrichten. Allen zijn minimaal HBO-opgeleid en hebben de Fiom-training gevolgd. De meerderheid van hen doet dit werk al jaren.

### Structuurkenmerken

Alle organisaties die keuzehulp bij onbedoelde zwangerschap verlenen maken deel uit van een grotere organisatie die ook andere hulp of diensten biedt.<sup>6</sup> Alle bezochte organisaties zijn minimaal ISO- en/of HKZ-gecertificeerd. De dossiervoering is digitaal en voldoet aan de daaraan te stellen privacy- en veiligheidsnormen. Dit geldt ook voor de ruimtes waarin de gesprekken worden gevoerd (zij het niet altijd als thuis wordt gewerkt). Twee organisaties bieden digitale chatgesprekken aan die door VWS uitvoerig worden gecontroleerd.<sup>7</sup> Alle organisaties zijn vindbaar via het landelijk meldingspunt en de eigen website (waar ook de missie, visie en het hulpaanbod beschreven staat). Een (afzonderlijk) schriftelijk kwaliteitsbeleid(splan) hebben we nergens aangetroffen (bij Siriz is het in de maak). Alle organisaties maken gebruik van de Fiom-gespreksleidraad; een enkele organisatie hanteert daarnaast nog een extra werkinstructie<sup>8</sup>. Alle organisaties hebben een klachtenprocedure; geen enkele organisatie heeft ooit een klacht over de keuzehulpverlening gehad. Afspraken over samenwerking en verwijzing met bijvoorbeeld abortusklinieken, huisartsen of verloskundigen zijn zeer beperkt.

<sup>5</sup> Cijfers over 2022 obv Fiom-registratie (sommige gesprekspartners noemden hogere cijfers over 2023)

<sup>5</sup> Een drietal GGD-en is de afgelopen jaren met keuzehulpverlening gestopt wegens een laag aantal cliënten

<sup>6</sup> Vaak op aanpalend terrein, maar niet altijd. Dit laatste geldt vooral voor GGD-en

<sup>7</sup> Siriz en SBW bieden chatgesprekken aan: deze gesprekken worden geheel geanonimiseerd (door een extern bureau) en daarna integraal gecontroleerd door VWS. VWS checkt of het daadwerkelijk keuzehulpgesprekken betreft vóórdat deze gesprekken gedeclareerd mogen worden.

<sup>8</sup> De interactie tussen hulpverlener en cliënt (adequaate volgen van richtlijnen, open en vriendelijke bejegening, niet-sturende gespreksvoering e.d.) is via gespreksopnames ook door het toetsingspanel onderzocht

## Proceskenmerken

Alle keuzehulpverleners nemen deel aan de halfjaarlijkse intervisies die regionaal worden georganiseerd door het Fiom. Deze intervisies worden zeer gewaardeerd, zij het dat voor enkele zeer ervaren hulpverleners het 'halen' en 'brengen' niet helemaal in balans is. Enkele organisaties organiseren daarnaast interne intervisies. In een minderheid van de organisaties wordt supervisie aangeboden. Desgewenst kan gebruik worden gemaakt van 'coaching' door een medewerker van het Fiom en soms van een gedragswetenschapper in de moederorganisatie. In alle organisaties is veel onderling contact tussen de hulpverleners, olopend van bespreken van ingewikkelde casuïstiek, nabespreking van (verslagen van) gesprekken tot voor- en nabespreking van alle gesprekken met een of alle collega's.<sup>9</sup> Met elkaar meekijken (onderlinge praktijkobservatie) komt niet tot amper voor (behalve tijdens de inwerkperiode). Audits of visitaties door collega-organisaties vinden niet plaats.

## Uitkomstkenmerken

Alle hulpverleners vragen na afloop van het gesprek resp. het keuzehulptraject of de hulpverlening aan de verwachtingen heeft voldaan. Cliënten laten doorgaans blijken tevreden te zijn. Hoe ze er later echt over denken, wordt niet nagegaan. Dat laatste geldt ook voor de uiteindelijke keuze van de cliënt<sup>10</sup>. Alle organisaties, op een na, sturen cliënten binnen twee weken na afronding van het keuzehulptraject via een link een digitale cliënttevredenheidsvragenlijst. Deze dient anoniem naar het Fiom te worden gestuurd. De respons is laag (10-30%), de scores worden eenmaal per jaar op geaggregeerd niveau gedeeld met de betreffende keuzehulpaanbieder en zijn vrijwel altijd hoog en bevatten weinig suggesties voor verbetering.<sup>11</sup> Elke keuzehulpaanbieder wordt geacht basisgegevens, zoals leeftijd, geslacht, aantal kinderen, verwijzer, keuze na gesprek enz., te registreren en deze door te sturen naar het Fiom. Dit wordt kennelijk wel gedaan maar vrijwel geen enkele geïnterviewde was zich bewust van deze plicht en praktijk. Men had amper tot geen idee waar de gegevens naar toe gaan en wie er vervolgens wat mee doet. Het lijkt erop dat er weinig met deze gegevens wordt gedaan, zowel centraal (behalve het maken van de jaarlijkse *factsheet*, zie ook Figuur 1) als lokaal (op een GGD na wordt er lokaal niet geaggregeerd en men krijgt ook niet van het Fiom per zorgaanbieder geaggregeerde gegevens terug).

Onze indruk is dat op uitkomstniveau de cliëntgerichtheid, tijdigheid, efficiency en veiligheid van de keuzehulpverlening overal goed op orde zijn. Waarschijnlijk is dat ook het geval met de effectiviteit (zoals cliënttevredenheid), maar dat is vanwege beperkte gegevens lastiger vast te stellen. Wat betreft inclusiviteit / equity geven diverse geïnterviewden aan dat er mogelijk sprake is van onderconsumptie door mensen in de groep met lage SES en beperkte gezondheidsvaardigheden; dat betreft de toegang (niet bekend of niet kunnen vinden), niet de hulpverlening op zichzelf.

### *Opvattingen over (eigen) kwaliteitsbewaking nu en straks*

Over het algemeen is men tevreden over het (eigen) 'systeem' van kwaliteitsbewaking alsook hoe men in staat is om aan de 'buitenwereld' (zoals de doelgroep, potentiële verwijzers, de overheid) te laten zien dat men goede kwaliteit levert. Dat gebeurt vooral narratief via websites e.d. Er zijn in de interviews diverse behoeften geventileerd en suggesties gedaan voor het zelf en onderling bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de keuzehulpverlening (zodat externe toetsing door bijvoorbeeld een onafhankelijk toetsingspanel niet meer of minder nodig is).

Er is grote bereidheid om de kwaliteit van het werk te bewaken en te verbeteren. Het gaat immers, zoals een geïnterviewde zei, om "misschien wel het belangrijkste gesprek en de belangrijkste keuze

---

<sup>9</sup> Bij Siriz zijn er bovendien 'interne dilemmaafels' (ca. 5x/j) en 'teamkrachtbesprekingen'

<sup>10</sup> Met uitzondering van GGD-Zuid Limburg die daarover in vrijwel alle gevallen wel wordt geïnformeerd

<sup>11</sup> Overigens zijn deze niet altijd bekend bij de keuzehulpaanbieder



in iemands leven. Dan moet je de lat hoog leggen". Wat men niet wil, is een toename van verantwoordingslasten. Het moet als het even kan praktisch en eenvoudig zijn, passend bij de aard van het werk (nauw luisterende maar ook weer niet hoog-complexe contacten met kwetsbare cliënten), de werkomstandigheden (beperkt aantal collega's met veelal parttime aanstellingen die meestal niet tegelijkertijd aanwezig zijn, terwijl afspraken vaak 'op stel en sprong' moeten worden ingepland) en de omvang van de organisatie (klein, zij het doorgaans wel als deel van een groter geheel). Men staat open voor een stapje extra resp. buiten de comfortzone mits het financieel resp. qua aanstellingsomvang, logistiek en qua belasting en veiligheid (voor cliënt en hulpverlener) geborgd is.

#### *Implementatie verbeteringsuggesties van toetsingspanel 2020*

Zoals beschreven in de inleiding heeft het toetsingspanel in 2020 enkele verbeteringsuggesties gedaan ter verbetering van de keuzehulpgesprekken (van der Wal, 2020; van Dulmen et al, 2021b). Uit de interviews kwam naar voren dat het merendeel van de suggesties zijn opgevolgd en uitgevoerd:

- Er worden door vrijwel alle organisaties digitale cliënttevredenheidsvragenlijsten uitgestuurd.
- De leidraad keuzehulpgesprekken van de Fiom wordt door alle organisaties gebruikt en toegepast.
- Alle keuzehulpverleners maken een digitale kwaliteitstoets.

Tegelijk zijn er ook nog enkele aanbevelingen die blijven staan:

- De bekendheid van keuzehulpgesprekken blijft beperkt. Er is een meldingspunt opgestart met landelijke website maar er is daarna slechts een lichte stijging in het aantal keuzehulpgesprekken zichtbaar terwijl landelijk gezien het aantal onbedoelde zwangerschappen in dezelfde tijd wel is gestegen. Er is een landelijke informatiecampagne geweest maar deze heeft voor zover het toetsingspanel na heeft kunnen gaan weinig impact gehad. Er lijkt zowel bij potentiële gebruikers als bij verwijzers onvoldoende bekendheid te zijn met keuzehulpgesprekken.
- Ook de samenwerking en afstemming op lokaal niveau kan verder verbeterd worden.

#### **Bevindingen literatuur**

De literatuurverkenning in Pubmed leverde 83 hits op die zijn doorgelopen op gehanteerde methoden die potentieel bruikbaar konden zijn voor onze zoektocht. Na screening op titel en samenvatting, bleven een aantal artikelen over die hieronder zijn uitgelicht.

Een artikel van Hamric en Wocial (2016) gaat in op het belang van zogeheten 'moral spaces', dat wil zeggen figuurlijke, mogelijk zelfs letterlijke, reflectieve ruimten binnen organisaties waarin plaats is voor het uitwisselen, uiten en exploreren van waarden en morele dilemma's. Marr en Mullen (2004) introduceren hun tool 'scorecards' waarmee werkprocessen en uitkomsten van zorgverleners kunnen worden beoordeeld. Iemands ingevulde scorekaart kan vergeleken worden met geanonimiseerde kaarten van anderen. Dat zou de kwaliteit van de verstrekte zorg waarborgen en het gesprek met anderen over de kwaliteit van zorg kunnen faciliteren. Mbovane et al (2007) spreken in dit verband over 'kwaliteitscirkels' waarmee de communicatie tussen professionals in een organisatie alsmede die van verschillende organisaties verbeterd kan worden wat de zorg ten goede zal komen. Zij definiëren een kwaliteitscirkel als een groep van vier of meer medewerkers uit eenzelfde of meerdere vergelijkbare organisaties die regelmatig op vrijwillige basis samenkomt om problematische kwesties in hun werk te identificeren, te beoordelen en op te lossen. Een extra dimensie zou kunnen worden toegevoegd door deze bijeenkomsten een iteratief karakter te geven, dat wil zeggen dat op wat eerder is geleerd, aangepakt of toegepast, wordt gereflecteerd en voor nieuwe leermomenten zorgt. Fischer et al (1997) noemen vier factoren die cruciaal zijn bij het implementeren van zo'n vorm van continue kwaliteitsverbetering ('CQ'): bewustzijn, momentum, eigenaarschap en communicatie. Dergelijke factoren zijn binnen elke vorm van onderlinge kwaliteitsbewaking van belang om aandacht aan te besteden. Bartman et al (2018) beschrijven als aanvulling hierop het belang en de effectiviteit van een 'zelfbeoordelingsvragenlijst' met betrekking

tot kwaliteitsverbetering. In een recent uitgevoerde studie naar communicatie en samen beslissen met patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden in de palliatieve zorg presenteren Noordman et al (2022), tenslotte, een bijzondere vorm van beoordeling aan de hand van een 'zelfobservatielijst' (<https://www.pharos.nl/kennisbank/observatielijst-samen-beslissen/> (zelfobservatielijst)). Met deze zelfobservatielijst kan een zorgverlener op systematische wijze de kwaliteit van het eigen communicatief handelen scoren op basis van een opname van een eigen zorgverleningscontact. De uitkomsten van deze observatielijst kunnen door de tijd of met collega's vergeleken worden, waarmee zicht gehouden kan worden op zowel verbeterpunten als positieve veranderingen in de communicatie met eigen patiënten of cliënten.

### **Bevindingen *invitational conference***

Ook tijdens deze bijeenkomst bleek een grote bereidheid om de kwaliteit van het werk te bewaken en te verbeteren. Er werden diverse suggesties gedaan voor het zelf en onderling bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de keuzehulpverlening. Het moet praktisch en eenvoudig zijn, onderdeel van het werk en passend bij de gevoelige aard van het werk, het veelal parttime werken en het beperkte aantal keuzehulpverleners per organisatie. Men wil geen toename van administratieve lasten, maar staat open voor een stapje buiten de comfortzone om te leren en te verbeteren.

Wat men wil behouden in de huidige kwaliteitszorg zijn de activiteiten die door het Fiom worden georganiseerd (kwaliteitsregister, trainingen, intervisie e.d.) alsook de intervisie in eigen huis. Wat aanspreekt om extra te doen is gaan werken met een vorm van zelfobservatie. Het merendeel lijkt het elkaar observeren (intern en/of extern) een potentieel verrijkende uitdaging. Men wil bij deze nieuwe / extra vormen van kwaliteitszorg wel graag ruimte om zoveel mogelijk zelf te kunnen kiezen wat betreft vorm, tijdstip, frequentie en volgorde, passend bij eigen werkervaring, leerbehoefte e.d. Tenslotte is tijdens de bijeenkomst ook gesproken over de voor- en nadelen van het hanteren van een volumenorm, i.c. een minimaal aantal te voeren keuzehulpgesprekken per x jaar, als instrument om kwaliteit te borgen. Zie verder Bijlage E.

## 4 Beschouwing, conclusies, aanbevelingen

### 4.1 Kwaliteit keuzehulpgesprekken

De begeleiding van vrouwen die onbedoeld zwanger zijn is in Nederland goed geregeld. Zo kan zij (en/of haar partner en naaste) 24 uur per dag via chat of telefoon informatie inwinnen bij het informatiepunt Onbedoelde Zwangerschap (infopuntonbedoeldzwanger.nl) en voor een (online) keuzehulpgesprek terecht bij verschillende organisaties. Deze organisaties hebben ieder hun eigen signatuur (achtergrond, missie en doelstellingen) die, hypothetisch gesproken, door zou kunnen werken in de manier waarop vrouwen worden begeleid in het maken van een keuze omtrent het al dan niet voortzetten van de zwangerschap. In deze 2e toetsing van keuzehulp bij onbedoelde zwangerschap zijn géén aanwijzingen gevonden voor het sturen van de besluitvorming door de vrouw in de richting van een bepaalde keuze. Derhalve hebben wij ook geen aanwijzingen gevonden voor verschillen tussen aanbieders van keuzehulp die verschillen in missie en doelstellingen. In tegendeel, het toetsingspanel is onder de indruk van de kwaliteit van de keuzehulp die door de Open House organisaties aan vrouwen die onbedoeld zwanger zijn wordt geboden.

#### Bevindingen gespreksvoering

Ten aanzien van de gespreksvoering zouden keuzehulpverleners wellicht nog scherper kunnen letten op hun woordkeuze of het type verstrekte informatie omdat die juist voor vrouwen in een kwetsbare situatie als een onbedoelde zwangerschap, onbedoeld extra gewicht en impact kunnen krijgen. Woorden doen er immers toe, vooral in tijden van onzekerheid. Zo geeft de verstrekte, feitelijke informatie dat ‘90% van de vrouwen die een abortus hebben laten doen vooral opluchting ervaart’ een vrouw mogelijk het gevoel dat de gedachten die aanleiding vormen voor haar zorgen omtrent de naweeën van de abortus niet van belang zijn en zij haar zorgen overboord moet zetten. Ook een uitspraak als ‘Wij horen deze heel vaak, hoor, dat vrouwen bang zijn voor onvruchtbaarheid’ gaat enigszins voorbij aan de onzekerheid hierover bij de desbetreffende vrouw. Desalniettemin geldt ook hierbij dat een enkele uitspraak als deze moet worden gezien in het licht van een interpersoonlijke interactie waarin heel veel informatie wordt uitgewisseld.

#### Frequentie opeenvolgende keuzehulpgesprekken

Verschillen lijken er te zijn in het aantal keuzehulpgesprekken dat met een vrouw wordt gevoerd. Soms wordt er heel lang stilgestaan bij de levenswandel van de vrouw tot nu toe, waarin eerdere beslismomenten voorkwamen die tegen het licht worden gehouden. Dit resulteert dan meestal in een lang traject bestaande uit meerdere keuzehulpgesprekken in korte tijd, waarbij het accent van elk keuzehulpgesprek per gesprek verschilt; zo kan in het ene gesprek de nadruk liggen op de voor- en nadelen van het afbreken van de zwangerschap, terwijl in een ander gesprek juist uitvoerig wordt ingegaan op de consequenties van het uitdragen van de zwangerschap voor iemands leven en relaties. Wat precies bepaalt hoeveel keuzehulpgesprekken gaan plaatsvinden, is niet duidelijk; hieromtrent bestaat geen richtlijn. Logischerwijs is hierin de behoefte van de vrouw (en/of partner en naaste) leidend maar die wordt niet expliciet uitgevraagd in de geobserveerde keuzehulpgesprekken. Het toetsingspanel adviseert om de geobserveerde praktijkvariatie in de frequentie van het aantal keuzehulpgesprekken tijdens een jaarlijkse kwaliteitsbijeenkomst aan de orde te stellen ter bevordering van de kwaliteit van keuzehulp.

## Bespreken van alle keuzeopties

In slechts enkele keuzehulpgesprekken worden alle vier de opties ten aanzien van de zwangerschap (uitdragen en kind houden, ter adoptie of pleegzorg afstaan of abortus) besproken. Waar dat ten tijde van de 1e toetsing in 2020 nog een vereiste was waar keuzehulpverleners mee worstelden is dat thans losgelaten. Niettemin kan een vrouw op een neutrale manier gevraagd worden waarover ze graag wil praten, dan wordt al snel duidelijk of een of meerdere opties niet aan de orde hoeven te worden gesteld. Er moet voor gewaakt worden dat keuzehulpverleners te snel zeggen 'dat zul je wel niet willen' (informatie over bijvoorbeeld adoptie, red.). Dit kan vrouwen die daar toch informatie over willen ontvangen, onbedoeld de mond snoeren.

## 4.2 Zorg voor kwaliteit

Op basis van de observaties van de keuzehulpgesprekken, interviews, literatuurverkenning en *invitational conference* concluderen wij dat niet alleen de kwaliteit van de keuzehulpgesprekken goed is, maar ook dat de bewaking van die kwaliteit voldoende is. Dat is vooral te danken aan de intrinsiek gemotiveerde, goed getrainde en bijgeschoolde groep van keuzehulpverleners. Om deze kwaliteit naar de toekomst toe te borgen en mogelijk zelfs nog te verbeteren, doen wij de volgende aanbevelingen:

- Doorgaan met de wijze waarop de hulpverleners nu intern met elkaar (de kwaliteit van) het werk bespreken.
- Overnemen van 'best practices' van collega's van andere organisaties (bijvoorbeeld dilemmaafels van Siriz) en uit de literatuur (bijvoorbeeld reflectie-ruimte).
- Doorgaan met de halfjaarlijkse (regionale) intervisies georganiseerd door het Fiom.
- Jaarlijkse terugkomdagen georganiseerd door het Fiom met een mix aan gesprekstrainingen, casuïstiek besprekingen, dilemmaafels, moreel beraad, inspiratiesessies.
- In elke organisatie de mogelijkheid van supervisie aanbieden en faciliteren.
- Gebruikmaken van een voor keuzehulp geschikt gemaakte zelfbeoordelvragenlijst of -observatielijst (2x per persoon per 2 jaar).
- Mee laten kijken en luisteren met een keuzehulpgesprek aan de hand van een observatie-handleiding door interne collega's en de observaties nabespreken (1x / 2jr per video en/of live).
- Mee laten kijken en luisteren met een keuzehulpgesprek aan de hand van een observatie-handleiding door externe collega's (of een Fiom-medewerker) en de observaties nabespreken (1x / 2jr per video en/of live).

Vooralsnog lijkt ons bovenstaande combinatie van methoden om de kwaliteit van de keuzehulpgesprekken te borgen en te bevorderen voldoende. Deze methoden zijn in principe gericht op leren en verbeteren, niet op controleren of handhaven. Voor dat laatste is gezien ons onderzoek geen aanleiding. Het geopperde idee om *mystery guests* in te zetten vindt het toetsingspanel dan ook te ver gaan. Wel beveelt het panel aan om rekening te houden met individuele verschillen in (leer)behoefte, leerstijl en werkervaring. Denkbaar is ook om de methoden gefaseerd in te voeren, bijvoorbeeld eerst een of twee jaar te experimenteren met zelfobservatie en daarna met audits te oefenen.

### Volumenorm

Sommige keuzehulpverleners hebben maar enkele keuzehulpgesprekken per jaar, anderen voeren deze wekelijks. Een eventuele minimum-volumenorm van bijvoorbeeld minimaal 10 gesprekken per jaar kan worden overwogen. Daarbij moet rekening worden gehouden met het voordeel van 'specialisatie' door 'vaker doen' en het mogelijke nadeel van minder spreiding omdat een

keuzehulpverlener moet stoppen wegens het niet halen van de minimumnorm. Voorts moet er een redelijke balans zijn tussen het aantal gesprekken alsook de werkervaring enerzijds en de aard en omvang van de kwaliteitsbewaking anderzijds. Weinig ervaring en weinig gesprekken vereisen wellicht meer of andere vormen van kwaliteitsbewaking. Veel ervaring zou kunnen leiden tot aanpassingen van een individueel programma. Bijvoorbeeld enerzijds minder basale bijscholing, anderzijds andere bijscholing om bepaalde routines of 'blinde vlekken' te corrigeren. Het verdient aanbeveling dat over deze thema's – volumennorm en werkervaring – verder wordt gedebatteerd, bij voorkeur onder leiding van het Fiom.

## Portfolio

De suggestie van het toetsingspanel is dat elke keuzehulpverlener een eigen portfolio bijhoudt waarin te vinden is in welke mate aan bovengenoemde elementen van kwaliteitsbewaking is deelgenomen en wat de resultaten ervan zijn, zoals voortgang op individuele leerdoelen en verbeterpunten. Het management van de organisatie (bijvoorbeeld de leidinggevende of de HR-afdeling) faciliteert, ondersteunt en houdt toezicht. Het Fiom helpt de hele branche bij de implementatie van dit 'kwaliteitssysteem' en houdt ten behoeve van de herregistratie als keuzehulpverlener periodiek bij in hoeverre aan de vereisten is voldaan.<sup>12</sup> Voorts wordt voorondersteld dat er een vorm van certificering van de organisatie is. En verder dat de uren voor 'kwaliteitsbewaking' gezien worden als behorend bij het werk. Dat betekent dat deze uren betaald moeten worden en dat ze qua logistiek en roostering daadwerkelijk kunnen worden ingevuld.

## Effectiviteit keuzehulpverlening

Daarnaast is het wenselijk dat wordt getracht meer inzicht te krijgen in de effectiviteit van de keuzehulpverlening, bijvoorbeeld door:

- Het systematischer uitvragen en vastleggen van belangrijke indicatoren in het exitgesprek, zoals open houding, interesse, eenvoudig taalgebruik, niet-sturend zijn.
- Het verhogen van de respons op het cliënttevredenheidsonderzoek na twee weken.
- En/of een (adequaat aangekondigd) contactmoment een half jaar na het laatste keuzehulpgesprek, om na te gaan hoe op het traject wordt teruggekeken, wat de uiteindelijke keuze is geworden, of er keuzespijt is en dergelijke.

## Verbetersuggesties

Het merendeel van de verbetersuggesties van het toetsingspanel uit 2020 is opgevolgd blijkend uit het uitsturen van cliënttevredenheidsvragenlijsten, het volgen van de leidraad keuzehulpgesprekken en het afnemen van toetsen bij keuzehulpverleners. De (landelijke) bekendheid van het bestaan van keuzehulpgesprekken en de lokale samenwerking met verwijzers blijft wel een aandachtspunt.

Tenslotte adviseert het toetsingspanel om te stoppen met de tijdrovende (en daardoor kostbare) controle van alle chatgesprekken en in plaats daarvan steekproefsgewijze controles uit te voeren en verder uit te gaan van de opgegeven aantallen door de keuzehulpaanbieders van chatgesprekken.

---

<sup>12</sup> Het is denkbaar dat er sprake is van disfunctioneren. Te overwegen valt daarvoor een procedure te ontwerpen (af te tappen van voorbeelden in medisch-specialistische zorg). Dit lijkt ons in dit stadium prematuur en 'te veel van het goede'.

### 4.3 Tot slot

Wat betreft de kwaliteitsbewaking geeft het toetsingspanel mee dat van keuzehulpverleners, in vergelijking met andere zorgverleners in Nederland, thans al relatief veel wordt gevraagd ten aanzien van bijscholing en evaluatie op het terrein van gespreksvoering en kwaliteitsbewaking. In heel veel organisaties wordt niet bij elkaar meegekeken en andere zorgverleners worden niet zo frequent getraind in hun gespreksvaardigheden. Werken met een zelfbeoordelingslijst is zo gezien dan al substantiële stap. Het feit dat keuzehulpverleners zich kunnen vinden in de aanvullende suggesties om zichzelf en elkaar scherp te houden op de kwaliteit van de geboden keuzehulp, sterkt het toetsingspanel in het vertrouwen dat de kwaliteit van keuzehulp door de Open House organisaties voor de toekomst gegarandeerd blijft.

## Literatuur

- Bartman T, Heiser K, Bethune A, Crandall W, McClead R, Davis J T, Brilli RJ. Interprofessional QI training enhances competency and QI productivity among graduates: Findings from Nationwide Children's Hospital. *Acad Med* 2018 Feb;93(2):292-298
- Elwyn G, Tsulukidze M, Edwards A, Légaré F, Newcombe R. Using a 'talk' model of shared decision making to propose an observation-based measure: Observer OPTION 5 Item. *Patient Educ Couns* 2013;93(2):265-71
- Engelhardt E, Pieterse A, van der Hout A, de Haes H, Kroep J, Quarles van Ufford-Mannesse P. et al. Use of implicit persuasion in decision making about adjuvant cancer treatment: A potential barrier to shared decision making. *Eur J Cancer* 2016;66:55-66
- Fischer LR, Solberg LI, Kottke TE, Calomeni CA. A process IMPROVEment approach to preventive services: case studies of CQI demonstration projects in two primary care clinics *HMO Pract* 1997 Sep;11(3):123-9
- Hamric AB, Wocial LD. Institutional Ethics Resources: Creating Moral Spaces. *Hastings Cent Rep* 2016 Sep;46 Suppl 1:S22-7
- Karnieli-Miller O, Eisikovits Z. Physician as partner or salesman? Shared decision-making in real-time encounters. *Soc Sci Med* 2009;69(1): 1-8
- Marr TJ, Mullen DM. Balanced scorecards for specialists: a tool for quality improvement. *Minn Med* 2004 Apr;87(4):46-50
- Mbovane MM, Mavundla TR, Roos JH. Professional nurses' perception of the implementation of quality circle programme in a public hospital in the Eastern Cape Province. *Curationis* 2007 Mar;30(1):62-70
- Noordman J, Roodbeen R, Gach L, Schulze L, Muijsenbergh M van den, Boland G, Dulmen S van. 'A basic understanding'; evaluation of a blended health literacy training programme for healthcare professionals in hospital-based palliative care. *BMC Med Educ* 2022 Aug 11;22(1):613
- Programma van Eisen. Open House ondersteuning onbedoelde zwangerschap. Ministerie van VWS, 2022
- van der Wal G, van Dulmen S, Boor K. Resultaten toetsing aanbieders keuzehulp bij onbedoelde zwangerschap aan kwaliteitseisen Open House. Deel 1 Rapportage Toetsingspanel Keuzehulp bij onbedoelde zwangerschap. VWS: Juni 2020
- van Dulmen S. Keuzehulpgesprekken onbedoelde zwangerschappen; tips voor goede gespreksvoering. VWS: September 2021a
- van Dulmen S, Boor K, van der Wal G. Resultaten toetsing keuzehulpverlening in de praktijk bij onbedoelde zwangerschap aan eisen van niet-sturen. Deel 2 Rapportage Toetsingspanel Keuzehulp bij onbedoelde zwangerschap. VWS: Februari 2021b

## Bijlage A Artikelen uit het Programma van Eisen die de basis vormen voor de toetsing

Artikel 1. De zorgaanbieder die de keuzehulp en (eventueel) psychosociale hulp na een abortus aanbiedt is transparant over de waarden die de zorgaanbieder heeft in het kader van de **levensbeschouwing** voorafgaand aan het gesprek met de cliënt en ook op de voorpagina van de website. Deze uitingen zijn duidelijk vindbaar en zichtbaar op de website.

Artikel 3. De zorgaanbieder die de keuzehulp aanbiedt, zorgt dat het informatiemateriaal ten aanzien van keuzemogelijkheden volledig is, zorgt dat er **medisch juiste informatie** wordt verstrekt indien nodig, al dan niet na consultatie van een arts, en zorgt tevens dat de keuzemogelijkheden die met de vrouw zijn besproken worden vastgelegd.

Artikel 4. De zorgaanbieder zorgt voor een **adequate verwijzingsmogelijkheid** voor verdere hulp na keuze, bijvoorbeeld richting gemeenten, huisarts of abortuskliniek. Dit houdt in dat er samenwerkingsafspraken zijn met andere zorgverleners indien nodig.

Artikel 5. Zorgaanbieders **verwijzen onderling** naar elkaar als dat nodig is.

Artikel 6. De zorgaanbieder werkt gedurende de gehele contractperiode mee aan **toetsing** door onafhankelijke deskundigen die op verzoek van de opdrachtgever toetsen / onderzoeken of de zorgaanbieder de opdracht kwalitatief goed uitvoert.

Artikel 9. De zorgaanbieder moet in geval van een verzoek tot keuzehulp ondersteuning kunnen bieden binnen **achtenveertig (48) uur** nadat de cliënt zich hiervoor heeft aangemeld, met uitzondering van erkende Nederlandse feestdagen en weekenden. De zorgaanbieder mag de ondersteuning ook binnen achtenveertig (48) uur door middel van samenwerking met andere zorgaanbieders aanbieden.

Artikel 17. **Keuzehulp**: Hieronder wordt verstaan een begeleidingstraject om een onbedoeld zwangere vrouw (en partner / verwekker) te ondersteunen bij het maken van een keuze. Bij keuzehulp staat het geven van informatie en het helpen ordenen van gedachten en gevoelens centraal zodat de vrouw tot een keuze te kan komen over het al dan niet voortzetten van de zwangerschap. De begeleiding vindt face to face, via beeldbellen of telefonisch plaats.

**Online keuzehulp**: Online keuzehulp betreft online contact dat betrekking heeft op keuzehulp en dat plaatsvindt via e-mail of chat. Dit contact dient als een opmaat<sup>13</sup> naar een keuzehulpgesprek dat face-to-face, via beeldbellen, of telefonisch plaatsvindt.

---

<sup>13</sup> 'Opmaat' wordt in het aangepaste Programma van Eisen in 2024 vervangen door 'mogelijke opmaat'. Dat betekent dat online keuzehulp ook op zichzelf kan staan zonder dat dit tot een offline keuzehulptraject leidt.



## Bijlage B Observatieprotocol keuzehulpgesprekken

### Observatieprotocol 'Toetsing keuzehulp bij onbedoelde of ongewenste zwangerschap'

[Consultcode]

<b>Duur</b>	...uur...min...sec
<b>Setting</b>	Face-to-face / telefonisch / online
<b>Aanwezigen</b>	Hulpverlener, cliënt, [partner / ouder / naaste / .....]
<b>Duur zwangerschap</b>	..... weken
<b>Opmerkingen</b>	<i>Schrijf hier (mede ten behoeve van individuele feedback) alles wat opvalt in het gesprek uit, inclusief voorbeelden van illustratieve quotes (met time stamp).</i>

<b>Codeur</b>	
Datum coderen	

#### DEEL 1. Observaties rondom sturing (Engelhardt et al, 2016; Karnieli-Miller et al, 2009)

Markeer hierboven welke opties zijn besproken.

Vul voor alle besproken opties onderstaande tabel in op sturing.

	Ja	Gedrag	Omschrijving	Gedrag gebruikt bij optie
A		Selectief opties presenteren	Ook al zijn er meerdere opties, deze worden niet in gelijke mate door de hulpverlener besproken. Slechts een optie wordt besproken, of andere opties worden pas besproken als de cliënt bezwaar maakt tegen de eerste optie. Codeer alleen de opties die wél genoemd worden.  <i>Inclusief: Hulpverlener noemt de optie wel, maar gaat er vervolgens niet op in en verduidelijkt niet waarom de cliënt die optie (niet) zou kiezen.</i>	<input type="checkbox"/> Kind houden <input type="checkbox"/> Abortus <input type="checkbox"/> Adoptie <input type="checkbox"/> Pleegzorg
B		Selectief gunstige gevolgen presenteren	Alleen de meest gunstige gevolgen van een optie worden met de cliënt besproken.	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, m.b.t.: <input type="checkbox"/> Kind houden <input type="checkbox"/> Abortus <input type="checkbox"/> Adoptie <input type="checkbox"/> Pleegzorg

Vervolg Tabel

	Ja	Gedrag	Omschrijving	Gedrag gebruikt bij optie
C		Selectief ongunstige gevolgen presenteren	Alleen de meest ongunstige gevolgen van een optie worden met de cliënt besproken. (Bijv. <i>kans op spijt achteraf</i> ).	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, m.b.t.: <input type="checkbox"/> Kind houden <input type="checkbox"/> Abortus <input type="checkbox"/> Adoptie <input type="checkbox"/> Pleegzorg
D		De voor- en/of nadelen van een optie benadrukken	De voor- of nadelen van een bepaalde optie worden benadrukt. (De keuzehulpverlener 'verkoopt' de behandeling. Zij zegt bijv. " <i>substantieel</i> " of " <i>De voordelen wegen veel zwaarder dan de nadelen</i> ").	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, m.b.t.: <input type="checkbox"/> Kind houden <input type="checkbox"/> Abortus <input type="checkbox"/> Adoptie <input type="checkbox"/> Pleegzorg
E		Bagatelliseren van de impact van de optie	Bijv. " <i>Deze keuze is prima /zonder problemen op te volgen</i> " of " <i>Abortus is een relatief eenvoudige ingreep</i> ".	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, m.b.t.: <input type="checkbox"/> Kind houden <input type="checkbox"/> Abortus <input type="checkbox"/> Adoptie <input type="checkbox"/> Pleegzorg
F		Benadrukken dat de ongunstige gevolgen van een optie verminderd of voorkomen kunnen worden	Benadrukken dat de hulpverlener en/of de cliënt de gevolgen van de optie kan verminderen of voorkomen, bijv.: " <i>Als je ouders eenmaal aan het idee gewend zijn, zullen ze de baby vast met open armen ontvangen.</i> "	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, m.b.t.: <input type="checkbox"/> Kind houden <input type="checkbox"/> Abortus <input type="checkbox"/> Adoptie <input type="checkbox"/> Pleegzorg
G		De ernst van de situatie benadrukken	Bijv. " <i>Een kind onder deze omstandigheden op de wereld zetten is niet niks</i> ".	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
H		De ernst van de optie benadrukken	Bijv. " <i>Abortus is zowel emotioneel als fysiek gezien een zeer zware ingreep</i> ".	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, m.b.t.: <input type="checkbox"/> Kind houden <input type="checkbox"/> Abortus <input type="checkbox"/> Adoptie <input type="checkbox"/> Pleegzorg
I		Aannames maken over de persoonlijkheid van de cliënt	De arts maakt aannames over de persoonlijkheid van de cliënt, bijv. over wat de cliënt wel of niet aankan, om zo de voorkeur van de cliënt kracht bij te zetten. Bijv. " <i>Je komt op mij over als iemand die goed in staat is een kind op te voeden...</i> "	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, m.b.t.: <input type="checkbox"/> Kind houden <input type="checkbox"/> Abortus <input type="checkbox"/> Adoptie <input type="checkbox"/> Pleegzorg

Vervolg Tabel

	Ja	Gedrag	Omschrijving	Gedrag gebruikt bij optie
J		Afgeschrikken vs. bemoedigen: het gebruiken van anderen als voorbeelden	Gebruikmaken van nare of juist hoopgevende ervaringen van andere cliënten om de cliënt te overtuigen om voor een bepaalde optie te gaan. Bijv. <i>“Van andere cliënten weten wij...”</i> of <i>“Vrouwen van jouw leeftijd besluiten meestal om ...”</i>	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, m.b.t.: <input type="checkbox"/> Kind houden <input type="checkbox"/> Abortus <input type="checkbox"/> Adoptie <input type="checkbox"/> Pleegzorg
K		Aansturen op een snelle beslissing terwijl er nog tijd is	Onterecht gebruikmaken van tijdsdruk voor nemen van een besluit. Bijv. <i>“Als je er te lang over nadenkt wordt de keuze er niet gemakkelijker op...”</i> .	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, m.b.t.: <input type="checkbox"/> Kind houden <input type="checkbox"/> Abortus <input type="checkbox"/> Adoptie <input type="checkbox"/> Pleegzorg
L		Aansturen op emotionele beslissing door negeren van rationele aspecten	Emotionele argumenten aandragen zonder meenemen van rationele aspecten. Bijv. <i>“Daar zul je op den duur wel spijt van krijgen...”</i> of <i>“Veel vrouwen blijken achteraf spijt te hebben van een abortus”</i> of	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, m.b.t.: <input type="checkbox"/> Kind houden <input type="checkbox"/> Abortus <input type="checkbox"/> Adoptie <input type="checkbox"/> Pleegzorg
M		Aansturen op rationele beslissing door negeren van emotionele aspecten	Verstandelijke argumenten aandragen zonder overwegen van emotionele aspecten. Bijv. <i>“Als je 3 kinderen hebt, kan er toch ook wel een 4<sup>e</sup> bij?”</i> .	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, m.b.t.: <input type="checkbox"/> Kind houden <input type="checkbox"/> Abortus <input type="checkbox"/> Adoptie <input type="checkbox"/> Pleegzorg

**DEEL 2. Observaties algemeen (gespreksleidraad Fiom, feedbackpunten vorige toetsing 2021)**

Kruis bij alle besproken opties in onderstaande tabel aan wanneer er niet aan voldaan is.

	Nee	Herkomst item	Overkoepelende punten
14		Fiom	De hulpverlener heeft een grondhouding gekenmerkt door het zijn van niet-sturend, onbevooroordeeld en meerzijdig partijdig.
15		2021	De hulpverlener stemt haar non-verbale en verbale communicatie op elkaar af.
16	a	2021	De hulpverlener zorgt er m.b.t. de gespreksstructuur voor dat.. .. vooraf de gespreksopbouw wordt bepaald (zie 4a)/besproken.
		2021	.. de gespreksstructuur wordt bewaakt, bijv. door tussentijds te benoemen wat er is besproken/gaat komen/hoeveel tijd er over is/etc.
		2021	.. er een pauze in het keuzehulpgesprek wordt ingelast, indien de cliënt dat wenst.
		2021	.. halverwege het gesprek wordt geëvalueerd of de cliënt dezelfde ondersteuningsbehoeften heeft als bij aanvang, i.v.m. evt. bijsturing.

Inleiding keuzehulpgesprek			
17		Fiom	De hulpverlener maakt kennis met de cliënt (en diens partner en/of naaste).
18	a	Fiom	De hulpverlener vestigt aandacht op of bevestigt een <u>keuze</u> probleem <u>omtrent de onbedoelde zwangerschap van de vrouw</u> waarvoor meerdere behandel- of beleidsmogelijkheden bestaan en waarover een besluit genomen moet worden.
	b	Fiom	De hulpverlener noemt het zelfbeschikkingsrecht van de cliënt.
19	a	2021	De hulpverlener legt kort uit wat de organisatie doet.
	b	2021	De hulpverlener geeft aan wat de cliënt van het gesprek kan verwachten (duur, onderwerpen, oefeningen etc.)
	c	2021	De hulpverlener checkt of alles helder is/er nog vragen zijn n.a.v. punt 3a/b.
20	a	2021	De hulpverlener stelt gezamenlijk met de cliënt (en evt. de partner/naaste) een agenda op voor het gesprek.
	b	2021	De hulpverlener verheldert de (voornaamste) hulpvraag / ondersteunings-behoefte(n) van de cliënt en geeft deze prioriteit in de gespreksagenda.
Aandacht voor de cliënt (en partner/naaste)			
21		2021	De hulpverlener biedt de cliënt (en evt. partner/naaste) bij aanvang van het gesprek ruimte om diens belangrijkste zorgen te ventileren en vragen te stellen.
22	a	Fiom	De hulpverlener besteedt aandacht aan.. .. het signaleren van eventuele extra problematiek.
	b	Fiom	.. de persoonlijke omstandigheden van de cliënt.
23		2021	Indien partner of naaste aanwezig: de hulpverlener erkent de rol van de partner / naaste van de cliënt; de hulpverlener betreft de partner / naaste in het gesprek, verkent diens emoties / zorgen / etc., waarbij focus wel vooral op de cliënt blijft.
Bespreken van de keuzemogelijkheden			
24	a	Fiom	De hulpverlener geeft gefaseerd informatie over een of meerdere van de volgende keuzemogelijkheden:
25	a	Fiom	De hulpverlener helpt de cliënt keuzemogelijkheden te structureren / ordenen
	b	2021	De hulpverlener maakt - specifiek m.b.t. het bespreken van de emoties van de cliënt - onderscheid tussen emoties ervaren in 'het hier en nu' en mogelijk toekomstige.
Beoordelen van de keuzemogelijkheden			
26		Fiom	De hulpverlener wil een of meerdere oefeningen / interventies inzetten, waarbij de hulpverlener..
	a	2021	.. uitleg geeft over hoe de oefening werkt en wat het doel ervan is.
	b	2021	.. informeert of de cliënt (en evt. partner / naaste) daar behoefte aan heeft/hebben.
27	a	Fiom	De hulpverlener zet een van de volgende oefeningen / interventies in:
	b	2021	Specifiek m.b.t. de stoelenmethode beperkt/vermijdt de hulpverlener voorgestructureerde vragen die appelleren aan normen en waarden, bijv. 'tot hoeveel weken is abortus voor jou acceptabel?' en 'denk je dat je abortus een plek in je leven kan geven?'. In plaats daarvan/aanvullend gebruikt de hulpverlener vragen die de cliënt zichzelf stelt rondom de verschillende keuzemogelijkheden.
28	a	Fiom	De hulpverlener helpt de cliënt de keuzeopties te beoordelen door het stellen van open vragen als 'wat heb je nodig?' en 'hoe zou het zijn als..?'. ..

			Keuze maken en afronding gesprek
29			De hulpverlener rondt het gesprek af door:
	a	Fiom	.. het gesprek samen te vatten.
	b	Fiom	.. de mogelijkheid tot nazorg en/of verwijzing te noemen.
	c	Fiom	.. thuisoefening(en) mee te geven aan de cliënt, indien daar behoefte aan is. Daarbij licht de hulpverlener de werking en het doel van de oefening(en) toe.
	d	2021	.. interesse te uiten in uitkomst van het keuzeproces en/of van thuisopdrachten, en aan te geven dat als de cliënt daar behoefte aan heeft, zij de hulpverlener op de hoogte kan stellen van de uitkomsten.

## Bijlage C Interviewleidraad

### Inleiding

Kwaliteit betreft de mate waarin de werkelijk verleende hulp voldoet aan de daaraan gestelde eisen. Wat betreft keuzehulpverlening bij onbedoelde zwangerschap zijn de meest basale eisen geformuleerd in het Programma van eisen van “Open House – Ondersteuning onbedoelde zwangerschappen” en de gespreksleidraad van het Fiom. Hulpverleners en hun organisaties worden geacht de kwaliteit van hun werk te bewaken en te bevorderen (en daarover ook verantwoording af te leggen). Belangrijke aspecten zijn de deskundigheid, vaardigheid en attitude van de hulpverlener, maar ook de inrichting van de organisatie.

Handzaam is om onderscheid te maken in structuur, proces en uitkomst. *Structuur* betreft de voorwaarde scheppende elementen en stabiele kenmerken van de zorgaanbieder. Denk daarbij aan geschikte gebouwen, veilige apparatuur incl. ICT, voldoende en gekwalificeerd personeel, een kwaliteitsbeleidsplan, aanwezigheid van richtlijnen en protocollen, afspraken over samenwerking en verwijzing, een klachtenprocedure enz. Bij *proces* gaat het vooral om de interactie tussen hulpverlener en cliënt: adequaat volgen van richtlijnen, open en vriendelijke bejegening, niet-sturende gespreksvoering e.d. *Uitkomst* heeft betrekking op de clientgerichtheid, tijdigheid, effectiviteit (doeltreffendheid), efficiency (doelmatigheid), veiligheid en inclusiviteit van de hulpverlening.

Bij het zorgen voor een goede hulpverlening is de basis (een systeem van) *interne kwaliteitsbewaking*. Passend bij de aard en omvang van de organisatie kan dit op verschillende manieren en niveaus worden vormgegeven. Op het niveau van de *individuele* hulpverlener valt te denken aan zelfstudie, bij- en nascholing, zelftoetsing en -observatie, supervisie. De *organisatie* kan hierbij een faciliterende en stimulerende rol spelen. De organisatie dient daarnaast te zorgen voor de voorwaardenscheppende elementen zoals hierboven genoemd. En meer specifiek op kwaliteit gericht, ook voor intervisie, intercollegiale toetsing, onderlinge praktijkobservatie, incidentbesprekingen, gestructureerde feedback van cliënten, registreren en meten van kwaliteitsindicatoren. Op *brancheniveau* valt te denken aan het samen opstellen en actualiseren van richtlijnen voor het hulpverleningsgesprek, het vaststellen van kwaliteitsindicatoren, onderlinge praktijkobservaties, audits en visitaties.

Tenslotte, naast interne is er ook *externe kwaliteitsbewaking*, zoals inspectietoezicht, certificering, (her)registratie, visitatie - of zoals in ‘ons’ geval een toetsingspanel. We maken externe kwaliteitsbewaking liever zo veel mogelijk overbodig. Je zou kunnen zeggen: externe kwaliteitsbewaking is minder nodig naarmate de interne kwaliteitsbewaking beter is. Via dit interview wil het toetsingspanel nagaan wat de diverse organisaties die hulpverleners bij onbedoelde zwangerschap zelf (intern) en met elkaar (onderling) al doen aan kwaliteitsbewaking, inclusief de verantwoording daarover naar de financier (VWS). Ook vernemen wij graag uw behoeften, wensen en ideeën op dit gebied. Op basis van onze bevindingen (en kennis en ervaring) zullen wij -na een groepsconsultatie met vertegenwoordigers van de deelnemende organisaties- een voorstel aan VWS doen. Wat ons betreft zal dit als het even kan praktisch en eenvoudig zijn en niet of amper leiden tot meer bureaucratie of administratieve last.

De hiernavolgende leidraad met een twaalftal vragen sturen wij u al vast toe, zodat u zich goed kunt voorbereiden op het interview. Het is een leidraad, niet meer en niet minder. In de volgorde zit een zekere logica, maar deze is zeker niet dwingend. Ook zijn de vragen niet uitputtend; wij zullen hier en daar toelichtende en aanvullende vragen stellen. Mocht u bereid en in staat zijn bepaalde vragen al van tevoren schriftelijk van een antwoord te voorzien, dan zouden wij dat zeer op prijs stellen.

## Vragen

### Structuur

1. Heeft uw organisatie een visie op kwaliteit en op de bewaking en bevordering daarvan geformuleerd? Is er een kwaliteitsbeleidsplan resp. een systeem van interne kwaliteitsbewaking? In hoeverre zijn deze bekend bij de medewerkers?
2. Heeft uw organisatie voldoende personeel en voldoen uw medewerkers aan de daaraan gestelde eisen (basiskwalificatie, deskundigheidsonderhoud, deelname intervisie, registratie en dergelijke)?
3. Beschikt uw organisatie over de van toepassing zijnde richtlijnen en protocollen voor de keuzehulpverlening?
4. Is de door uw organisatie in gebruik zijnde apparatuur veilig voor client en medewerker? (Hoe) is de (digitale) privacy gewaarborgd?

### Proces

5. Hoe stelt uw organisatie de kwaliteit van de interactie tussen hulpverlener en cliënt vast, met name in hoeverre uw medewerkers adequaat richtlijnen volgen, cliënten open en vriendelijke bejegenen, een niet-sturende gespreksvoering hanteren e?
6. In hoeverre en op welke wijze hanteert uw organisatie
  - a. een manier om gestructureerd feedback van cliënten te verkrijgen,
  - b. een klachtenprocedure,
  - c. een procedure om incidenten te bespreken,
  - d. afspraken over samenwerking en verwijzing?
7. In hoeverre en op welke wijze maakt uw organisatie gebruik van:
  - a. intervisie-bijeenkomsten
  - b. intercollegiale toetsing zoals onderlinge praktijkobservaties binnen uw organisatie
  - c. audits of visitaties door collega-organisaties?
8. Welke methoden van meten en registreren van welke (indicatoren van) kwaliteit hanteert uw organisatie?

### Uitkomst

9. Hoe stelt uw organisatie vast of en in hoeverre uw cliënten tijdig en daadwerkelijk zijn geholpen bij het maken van hun keuze? En hoe gaat u om met de resultaten?

## Verantwoording

10. In hoeverre en op welke wijze is uw organisatie in staat om aan de 'buitenwereld' (zoals de doelgroep, potentiële verwijzers, de overheid) te laten zien dat u goede kwaliteit levert?

## Toekomst

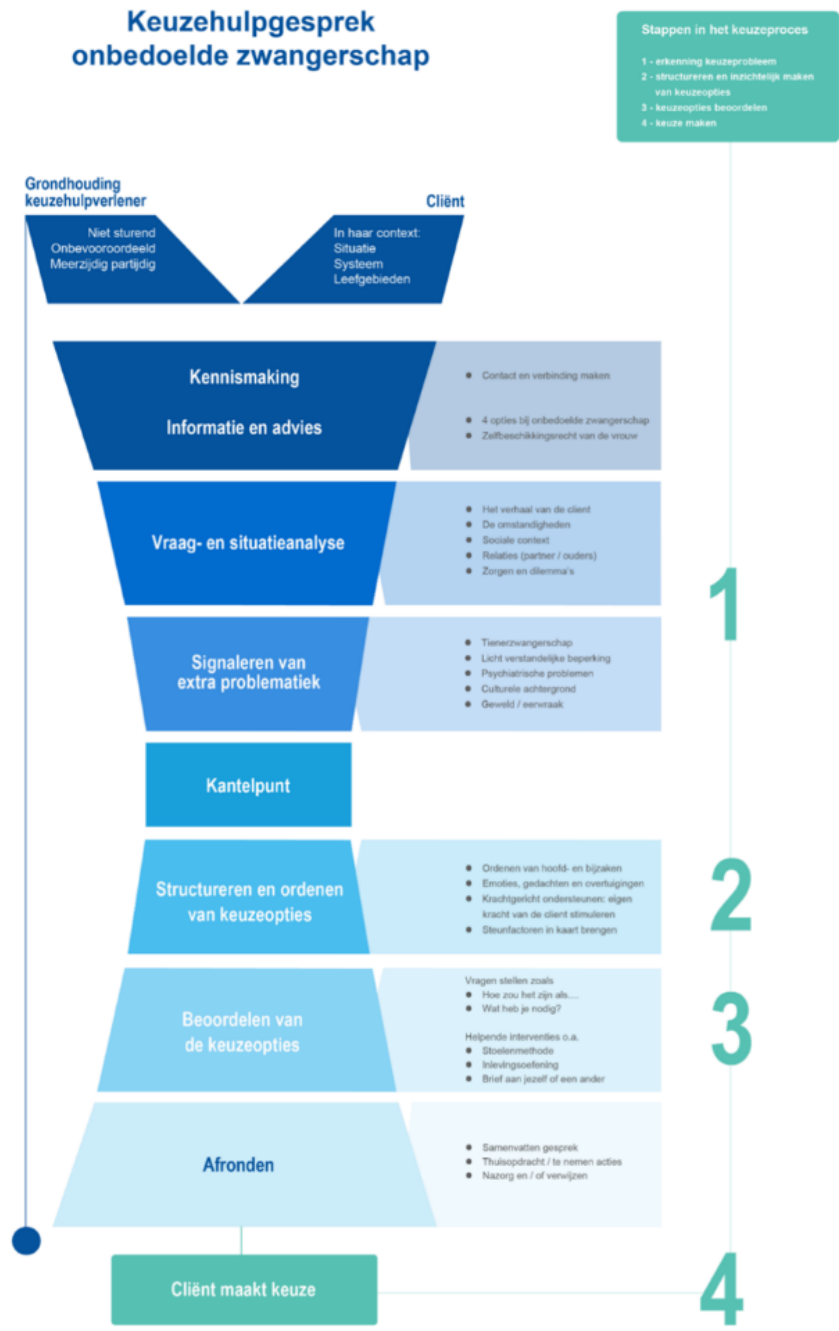
11. Hoe tevreden bent u -al met al- over uw huidige 'kwaliteitssysteem' en hoe goed werkt het (denkt u of weet u)?

12. Welke behoeften, wensen en suggesties heeft u voor het zelf en onderlinge bewaken en bevorderen van de kwaliteit van (uw) keuzehulpverlening (zodat externe toetsing niet meer of minder nodig is)?



# Bijlage D Fiom gespreksleidraad keuzehulpgesprekken

Training Keuzehulpgesprekken onbedoelde zwangerschap



## Bijlage E Verslag *invitational conference*

Op 6 februari 2024 heeft op het Nivel een *invitational conference* plaatsgevonden waar zowel managers als keuzehulpverleners van de Open House organisaties alsook Fiom bij aanwezig waren. Bij de uitnodiging was een verslag van de bevindingen uit de interviews en literatuur gevoegd met een voorstel hoe de bewaking van de kwaliteit vormgegeven zou kunnen worden. Na een kennismakingsronde en plenaire toelichting, werd in subgroepen over de volgende vragen gesproken:

1. Wat willen we behouden van de huidige kwaliteitszorg?
2. Wat willen we toevoegen aan de huidige kwaliteitszorg?
3. Zijn er minimale volumennormen waaraan een organisatie moet voldoen om keuzehulpgesprekken aan te blijven bieden? En wat zijn voor- en nadelen daarvan?

Uit de plenaire terugkoppeling hiervan kwamen de volgende zaken naar voren:

### **1. Wat willen we behouden van de huidige kwaliteitszorg?**

- Begeleide intervisie door het Fiom twee keer per jaar met keuzehulpverleners van verschillende organisaties. Men geeft aan dat juist de kruisbestuiving zeer waardevol is.
- Trainingen door Fiom (bij start en jaarlijks terugkerend) behouden. Aandacht voor de frequentie van de basistraining - nu is het soms lang wachten voor er training beschikbaar is.
- Kwaliteitsregister behouden.
- Regelmatig expliciete aandacht voor kwaliteit (*hoe?*).
- CTO behouden maar vaker terugkoppeling over bijvoorbeeld respons en nadenken over (open vragen die misschien nog meer uitnodigen tot feedback.
- Interne eigen intervisie behouden en lokale steun-netwerken (complexe casuïstiek bespreken)
- Intrinsieke motivatie en gedrevenheid behouden (*hoe?*).

### **2. Wat willen we toevoegen aan de huidige kwaliteitszorg?**

- Zelfbeoordelingslijsten aan de hand van opname van eigen keuzehulpgesprek. Laagdrempelige manier om hieraan te wennen. Ook makkelijker om het aan cliënten te vragen als het alleen voor jezelf is. Doel moet echt zijn om jezelf te ontwikkelen en op jezelf te reflecteren.
- Eventueel ook bij elkaar mee gaan kijken, vooral extern. Sommigen geven aan dat het mogelijk juist lastiger is om binnen een organisatie met elkaar mee te lopen, beter extern. Anderen geven aan dat een eigen collega wel mee kan kijken maar dat de hulpverlener bepaalt waar zij feedback op wil. Opnieuw moet het doel zijn om te werken aan reflectie/verbetering, niet als beoordeling. Bevindingen kunnen bijvoorbeeld worden ingebracht in intervisie of er kan met collega's worden meegekeken om je juist op een bepaald gebied nog verder te ontwikkelen.
- Ervaringsdeskundigen misschien inzetten? Mensen die ervaring hebben met deze gesprekken ook mee laten denken.
- Belangrijk is om een duidelijke visie op kwaliteit te expliciteren. Het doel moet zijn om samen te ontwikkelen en te leren.
- Onderwerp van gesprek is hoeveel kwaliteitszorg en controle nodig is. In andere organisaties is men niet gewend dat er zo vaak (of überhaupt) gekeken wordt naar kwaliteit van hulpverleningsgesprekken. Sommigen krijgen de indruk dat er toch nog achterdocht bestaat over de geleverde zorg en dat dat de achterliggende reden is om deze kwaliteitszorg te leveren in plaats van te streven naar verbetering.

**3. Zijn er minimale normen waaraan organisatie moet voldoen om keuzehulpgesprekken aan te blijven bieden? En wat zijn voor- en nadelen daarvan?**

- Eigenlijk meer informatie voor nodig om iets zinnigs over te kunnen zeggen.
- Het minimumaantal gesprekken per keuzehulpverlener varieert thans tussen 6-12 per jaar. Bij weinig ervaring zouden wellicht minimaal 10-12 per jaar wenselijk zijn.
- Gespreksvaardigheid is belangrijker dan het aantal gesprekken wat je voert.
- Je zou je kunnen voorstellen dat ook post abortus hulpgesprekken zouden meetellen omdat die vergelijkbaar zijn.
- Nadeel van een minimumaantal gesprekken is dat dit misschien invloed heeft op landelijke spreiding. Vraag is wat belangrijker is: een ervaren keuzehulpverlener die regelmatig gesprekken voert of de mogelijkheid om in de buurt een fysiek keuzehulpgesprek te kunnen voeren.