Rutgers | Kenniscentrum seksualiteit | For sexual and reproductive health and rights

Arthur van Schendelstraat 696
3511 MJ Utrecht
Postbus 9022
3506 GA Utrecht

+31(0)30 231 34 31
office@rutgers.nl
www.rutgers.nl
www.rutgers.international

BIC ABNA NL 2A
IBAN NL18 ABNA 0496 3238 22
KvK 41193594

september 2016
Auteurs: Jantine van Lisdonk, Eline Dalmijn en Marianne Cense
Projectnummer: NL1210ZO

© Rutgers 2016

‘Gewoon gezellig, met zo’n buik’

Tienerzwangerschap bij meiden met een lichte verstandelijke beperking

Dit onderzoek is onderdeel van het programma 'Versterking preventie ongewenste tienerzwangerschap', dat door Rutgers, Soa Aids Nederland en Fiom uitgevoerd wordt, gefinancierd door het Ministerie van VWS. Het programma geeft een nieuwe impuls aan de verbetering van preventie en begeleiding van besluitvorming bij tienerzwangerschap in Nederland.

In dit onderzoek zijn de werving en interviews uitgevoerd door een team van Rutgers en Fiom, bestaande uit Suzanne van den Toren, Felicity Shuttleworth, Marieke Sibon, Eline Dalmijn en Jantine van Lisdonk. Fiom heeft ook geadviseerd.

We bedanken alle jonge vrouwen die bereid waren hun levensverhaal met ons te delen. Daarnaast willen we de professionals bedanken voor hun medewerking.

Eenvoudige samenvatting

Meiden worden soms zwanger als ze nog jong zijn.
Soms al voordat ze 20 jaar zijn.
Dat noemen we tienerzwangerschap.
Sommige meisjes worden per ongeluk zwanger. Andere meisjes worden expres zwanger.
Sommige meisjes vinden het leuk om zwanger te zijn. Andere meisjes vinden het niet leuk.
Sommige meisjes maken de zwangerschap af. Ze kiezen ervoor om het kind te krijgen.
Andere meisjes vinden zichzelf te jong om een kind te krijgen. Dan maken ze de zwangerschap niet af. Ze kiezen voor een abortus en krijgen geen kind.

Meiden met een lichte verstandelijke beperking worden soms ook zwanger als ze nog tiener zijn. We weten weinig over deze meiden.
We wilden daar meer over weten.

Wat wij wilden weten

- We wilden weten hoe het komt dat meiden met een lichte verstandelijke beperking zwanger worden als ze nog tiener zijn.
- We wilden weten wat meiden met een lichte verstandelijke beperking ervan vinden om als tiener zwanger te zijn.
- We wilden weten welke keuze meiden met een lichte verstandelijke beperking maken als ze zwanger zijn. Maken ze de zwangerschap af, of niet? Dus krijgen ze een kind, of kiezen ze voor abortus?
- We wilden ook weten of ze tevreden zijn met de keuze die ze hebben gemaakt.
- We wilden weten of meiden met een lichte verstandelijke beperking hulp hebben gehad toen ze zwanger waren als tiener. En wat ze van die hulp vonden.

Wat wij hebben gedaan

- We hebben een onderzoek gedaan.
- Een onderzoek is een manier van vragen stellen en proberen de antwoorden te vinden.
- We hebben vragen gesteld aan 18 meiden met een lichte verstandelijke beperking. Deze meiden zijn zwanger geweest als tiener.
- We hebben ook vragen gesteld aan 17 begeleiders en andere mensen die hulp geven.

Hoe wij dat gevraagd hebben

- We gingen met onze vragen op bezoek bij meiden met een lichte verstandelijke beperking die zwanger zijn geweest als tiener.
- Begeleiders en anderen die hulp geven hebben we opgebeld en vragen gesteld. Soms gingen we met onze vragen bij hen op bezoek.

Wat wij nu weten over jong zwanger worden

- Sommige meiden met een lichte verstandelijke beperking waren niet van plan om als tiener zwanger te worden.
- Maar ze werden wel zwanger, omdat ze seks hadden met een jongen en geen voorbehoedsmiddel hadden gebruikt. Een voorbehoedsmiddel is bijvoorbeeld de pil, of het condoom.
- Sommige meiden met een lichte verstandelijke beperking worden zwanger als tiener, omdat ze best wel graag een kind willen.

Wat wij nu weten over hoe het is om zwanger te zijn

- Meiden met een lichte verstandelijke beperking die als tiener zwanger werden, schrokken vaak toen ze dat ontdekten.
- Maar meiden met een lichte verstandelijke beperking die als tiener zwanger werden, vonden het meestal ook wel leuk om zwanger te zijn.
- Meiden die problemen kregen tijdens de zwangerschap vonden de zwangerschap niet leuk.

Wat wij nu weten over manieren om niet zwanger te worden

- Meiden met een lichte verstandelijke beperking hebben vaak geen goede informatie over manieren om niet zwanger te worden.
  Of ze vinden deze informatie moeilijk.
- Meiden met een lichte verstandelijke beperking die seks hebben met een jongen, vinden het moeilijk om voorbehoedsmiddelen te gebruiken.
- Meiden met een lichte verstandelijke beperking weten wel een beetje over seks en relaties, maar niet genoeg.
  Ze zouden vaker en beter informatie moeten krijgen op school.
- Meiden met een lichte verstandelijke beperking denken soms verkeerd over de pil, condoom of andere manieren om niet zwanger te worden.
- Meiden met een lichte verstandelijke beperking die een vriend hebben, vinden het soms moeilijk om te zeggen dat ze geen seks willen. Of dat ze alleen veilig seks willen.
  Het is belangrijk dat je alleen seks hebt als je dat wilt.

Wat wij nu weten over de keuze van zwangerschap afmaken of niet afmaken

- Meiden met een lichte verstandelijke beperking die als tiener zwanger zijn geworden, wilden bijna allemaal de zwangerschap afmaken. Ze wilden het kind krijgen.
- Ze waren bijna allemaal tevreden met de keuze om de zwangerschap af te maken.

Wat wij nu weten over abortus

- We konden bijna geen meiden met een lichte verstandelijke beperking vinden die als tiener een abortus hebben gehad.
- Daarom weten we nog steeds weinig over meiden met een lichte verstandelijke beperking die als tiener een abortus hebben gehad. Het is belangrijk om meer te weten over meiden die een abortus hebben gehad. Bijvoorbeeld hoe ze de abortus vonden en of ze hulp nodig hadden.

Wat wij nu weten over hulp

- Meiden met een lichte verstandelijke beperking moeten betere informatie krijgen over zwanger worden en een kind willen.
- Een kind hebben kan moeilijk zijn. Meiden met een lichte verstandelijke beperking weten dat niet altijd. Ze weten ook niet altijd dat ze zich goed moeten voorbereiden. Anderen kunnen daarbij helpen.
- Meiden met een lichte verstandelijke beperking moeten betere informatie krijgen over hoe het is om een kind te hebben. En wat nodig is om een kind een goed leven te geven. Bijvoorbeeld een woning, geld, en een fijne en veilige omgeving.
- Meiden met een lichte verstandelijke beperking moeten betere informatie krijgen over wanneer ze een kind krijgen. En ze moeten beter begeleid worden.
  Ze kunnen dan wachten met een kind krijgen totdat ze beter zijn voorbereid.
  Of ze kunnen wachten totdat de situatie goed is om een kind te krijgen.
  Of ze kunnen kiezen om geen kind te krijgen.
- Mensen die hulp geven aan meiden met een lichte verstandelijke beperking moeten vragen of meiden een kind willen. Daarna moeten ze luisteren naar de hulp die een meisje wil en moeten ze haar helpen. Ze kunnen informatie geven. Ze kunnen helpen bij het maken van keuzes.

We weten nu meer over meisjes met een lichte verstandelijke beperking die als tiener zwanger worden. En we weten beter wat ze nodig hebben. Dat is fijn. Ze kunnen dan beter geholpen worden.

Inhoud

Eenvoudige samenvatting		**3**
1	**Inleiding**	**7**
1.1	Aanleiding	7
1.2	Algemene beschrijving meiden met een lichte verstandelijke beperking	8
1.3	Doel en onderzoeksvragen	9
1.4	Onderzoeksgroep	10
1.5	Werving van de onderzoeksgroep meiden met een lichte verstandelijke beperking	11
1.6	Werving van de onderzoeksgroep professionals	12
1.7	Dataverzamelingsmethoden	13
1.8	Analyse van de data	14
2	**Kenmerken van tienermeiden met een lichte verstandelijke beperking die zwanger raken**	**15**
2.1	Het gezin van herkomst	15
2.2	Persoonlijke factoren	16
2.3	Relaties met jongens/mannen	17
2.4	Professionele ondersteuning	18
2.5	Samenvatting	19
2.6	Verschil met tienermeiden zonder beperking	20
3	**Voorlichting, anticonceptie en houding over zwangerschap**	**21**
3.1	Voorlichting en informatie over relaties en seks	21
3.2	Houding over anticonceptie en zwangerschap	22
3.3	Gebruik van anticonceptie	23
3.4	Houding van de omgeving over zwangerschap	24
3.5	Samenvatting	24
3.6	Verschil met tienermeiden zonder beperking	25
4	**Scenario´s**	**27**
4.1	Verschillende scenario's	27
4.2	Samenvatting	30
4.3	Verschil met tienermeiden zonder beperking	30
5	**Beleving zwangerschap en keuze**	**31**
5.1	Ontdekking van de zwangerschap	31
5.2	Reacties in de omgeving	31
5.3	Beleving van de verdere zwangerschap	33
5.4	Keuze	34
5.5	Rol van de omgeving bij keuze	35
5.6	Samenvatting	36
5.7	Verschil met tienermeiden zonder beperking	37
6	**Perspectief van professionals**	**39**
6.1	Kenmerken van de meiden	39
6.2	Factoren in de aanloop van de zwangerschap	39
6.3	Keuze afbreken of doorzetten van de zwangerschap	40
6.4	Randvoorwaarden voor goed ouderschap	42
6.5	Abortus	42
6.6	Anticonceptie en voorlichting	43
7	**Samenvatting en conclusies**	**45**
8	**Aanbevelingen**	**49**

9	Summary and conclusions	53
Bijlage 1	Topiclijst meiden	57
Bijlage 2	Topiclijst professionals	61
Bijlage 3	Deelnemerslijst stakeholdersbijeenkomst	63
Bijlage 4	Literatuur	65

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Er is nationaal en internationaal veel onderzoek gedaan naar risicofactoren en achtergronden van tienerzwangerschappen (Kirby, 2001; Van Berlo, Wijsen & Vanwesenbeeck., 2005; Wijsen & Van Lee, 2006). In een programmeringsstudie door Goenee, Van Zenderen en Van Santen (2014) wordt hiervan een helder overzicht gegeven. Daaruit bleek ook dat er weinig bekend is over tienerzwangerschappen en specifieke risicofactoren en achtergronden bij meiden met een lichte verstandelijke beperking (lvb). Dit onderzoek richt zich daarom specifiek op tienerzwangerschappen onder meiden met een lvb. Het vormt een aanvulling op het kwalitatieve onderzoek over tienerzwangerschappen onder 'normaalbegaafde' meiden: 'In één klap volwassen' (Cense & Dalmijn, 2016).

Er is sprake van een lichte verstandelijke beperking wanneer het verstandelijk functioneren ligt tussen 50-70 én wanneer er bijkomende problemen zijn rondom het sociale aanpassingsvermogen die voor het 18e levensjaar zijn begonnen (AAIDD 2010). In navolging van de Nederlandse praktijk, beschouwen we een lichte verstandelijke beperking als een parapluterm waaronder ook mensen vallen die zwakbegaafd zijn (IQ tussen 70-85) (Factsheet VOBC, z.j.; Verdonk, 2011; Zoon, 2013). Voor de meeste jongeren met een lvb geldt dat ze praktijkonderwijs of speciaal onderwijs volgen of hebben gevolgd.

Van lager opgeleide jongeren in het algemeen is bekend dat ze in de seksuele ontwikkeling verschillen van hoger opgeleide jongeren. Ze zijn iets jonger bij hun eerste ervaring met seks en ze hebben meer sekspartners (De Graaf, Kruijer, Van Acker, Meijer, 2012). Daarnaast gebruiken zij minder vaak het condoom en/of de pil (De Graaf et al., 2012). We nemen aan dat deze kenmerken van de seksuele ontwikkeling ook gelden voor jongeren met een lvb, al kunnen we dat niet met zekerheid stellen.
Uit buitenlands onderzoek is bekend dat meiden met een lvb meer kans hebben dan leeftijdsgenoten zonder beperking om ongepland zwanger te worden of een soa op te lopen (Cheng & Udry, 2005). Het is niet duidelijk hoeveel tienerzwangerschappen en abortussen er precies zijn onder meiden met een lvb in Nederland. Dit wordt in bestaande registraties namelijk niet vastgelegd.

Jong ouderschap wordt in Nederland soms geproblematiseerd en dan heeft dit veelal te maken met visies op jong ouderschap in het algemeen of met problemen die het krijgen van een kind op jonge leeftijd met zich meebrengen (Keinemans, 2010). Hier kunnen meiden met een lvb ook mee te maken krijgen. Van tienermoeders in het algemeen is bekend dat ze vaker zonder partner een kind opvoeden (Garssen & Harmsen, 2005), vaker in een sociaal isolement raken (Louwerse, 2009), met psychosociale problemen als eenzaamheid en depressie tot gevolg (Garssen & Harmsen, 2005). Ook kan de gelegenheid tot ontwikkeling en ontplooiing vanwege hun jonge leeftijd beperkter zijn (Keinemans, 2010; Vogels, Buitendijk, Bruil, Dijkstra & Paulussen, 2002) en kan een tienerzwangerschap de normale ontwikkeling van jongeren vertragen (Louwerse, 2009), wat gevolgen kan hebben voor vaardigheden die relevant zijn als opvoeder.

Daarnaast bestaat er in de samenleving controverse over ouderschap van mensen met een lvb, ongeacht de leeftijd van deze mensen (Verdonk, 2011). Enerzijds mogen mensen met een lvb ouderschap als ideaal nastreven en zijn er nauwelijks juridische restricties. Anderzijds zijn er mensen die moeite hebben met ouderschap van mensen met een lvb, omdat zij het beeld hebben dat de beperkingen van deze mensen ook gevolgen kunnen hebben voor hun opvoedcompetenties (Verdonk, 2011). In een grootschalig onderzoek onder gezinnen waarvan een of beide ouders een (vooral lichte of matige) verstandelijke beperking had, werd geconcludeerd dat een derde van de

ouderschappen als ´goed genoeg´[1] kon worden beschouwd, ongeveer de helft tekort schiet en een zesde problematische en zorgelijke situaties veroorzaakt (De Vries, Willes, Isarin, Reiders, 2005). De overheid en de Nederlandse (beroeps)Vereniging van artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG) dragen de visie uit dat het krijgen van kinderen zou moeten worden ontmoedigd, wanneer het ouderschap niet zonder hulp of steun zou kunnen plaatsvinden (NVAVG, 2005; Verdonk, 2011).

Het ontbreekt ons aan inzicht in de ervaringen en de begeleiding rondom de zwangerschap van tienermeiden met een lvb die zwanger zijn geworden. In dit onderzoek brengen we deze ervaringen en de behoefte aan informatie en begeleiding van deze meiden in kaart.

1.2 Algemene beschrijving meiden met een lichte verstandelijke beperking

Het hebben van een lichte verstandelijke beperking kan zich op veel verschillende manieren uiten en er is veel variatie binnen de groep mensen met een lvb. Beperkingen kunnen zich voordoen op verschillende levensgebieden.

Ten eerste is er bij personen met een lvb vaak sprake van een disharmonisch intelligentieprofiel. Hun niet-verbale IQ is vaak hoger dan hun verbale IQ wat maakt dat hun praktische vermogens beter ontwikkeld zijn dan hun taalbegrip.

Tevens blijkt dat de emotionele leeftijd niet overeenkomt met de kalenderleeftijd van deze meiden (De Lange, 2013; De Wit, Moonen & Douma, 2011; Van Berlo et al., 2011). Hun emotionele ontwikkeling blijft hangen op dat van een schoolkind terwijl hun lichaam zich wel verder ontwikkelt. Ze kennen wel basale emoties zoals verdriet, liefde en haat, maar hebben moeite met diepgaandere emoties zoals empathie en geweten (De Beer, 2011). De disbalans in capaciteiten leidt er toe dat meiden met een lvb op sommige gebieden veel zwakker zijn maar op andere gebieden voldoende mee kunnen komen met hun leeftijdsgenoten zonder beperking. Deze disbalans maakt ook dat zowel de meiden zelf als de mensen in hun omgeving hen snel overschatten (De Lange, 2013; Greeven, 2014; Van Berlo et al., 2011). Hun beperking is vaak niet direct 'zichtbaar' en meiden doen ook hun best om zo 'normaal' mogelijk te zijn (Kok, Maasen, Maaskant & Curfs, 2009). Hierdoor is het lastig deze meiden te onderscheiden van leeftijdsgenoten zonder beperking. Een gevolg is dat meiden met een lvb soms niet in hun eventuele kwetsbaarheid worden gekend en hierdoor niet altijd de steun en begeleiding krijgen die zij nodig hebben.

Op cognitief gebied kan het werkgeheugen van meiden met een lvb zich vertraagd ontwikkelen (De Beer, 2011). Hierdoor zijn deze meiden minder goed in staat tot het aansturen en verrichten van uitvoerende functies. Zij hebben moeite met het onthouden en verwerken van informatie waardoor zij niet goed kunnen organiseren en focussen, en impulsen minder goed kunnen controleren. Emoties zijn soms moeilijker te beheersen. Ook is het voor hen vaak lastig om de langetermijngevolgen van hun handelen te overzien.

De vertraagde emotionele ontwikkeling en het niet goed kunnen beheersen van emoties is van invloed op het sociaal functioneren van meiden met een lvb. De sociale ontwikkeling van meiden met een lvb loopt achter op die van leeftijdsgenoten zonder beperking. Zij hebben moeite met het juist interpreteren van sociale interacties en hun sociale aanpassingsvermogen is beperkt (De Lange, 2013; Jahoda & Pownall, 2014). Hierdoor ontstaan er in relaties met anderen sneller communicatieproblemen en hebben deze meiden moeite met het herkennen en communiceren van hun wensen en grenzen (Schakenraad & Janssens, 2008). Daarbij komt dat meiden met een lvb vaak een passieve houding hebben en anderen beslissingen laten nemen. Wat hieraan ten grondslag ligt is dat meiden met een lvb vaak minder goed geleerd hebben om ergens toestemming voor te geven omdat zij in het dagelijks leven veelal afhankelijk zijn van andere mensen en gewend zijn dat anderen beslissingen voor hen nemen (McCabe, 1999; Eastgate, Van Driel, Lennox & Scheermeyer, 2011).

[1] 'Goed genoeg ouderschap' werd als volgt omschreven: *"(dat) er geen uithuisplaatsing plaatsvindt, er geen bemoeienis is van de Raad voor de Kinderbescherming en er geen aanwijzingen zijn voor verwaarlozing en mishandeling"* (De Vries, Willes, Isarin, Reiders, 2005, p.10).

Het gebrek aan regie en de beperktere cognitieve en sociale vermogens kunnen impact hebben op het zelfbeeld. Wanneer steun uit de omgeving ontbreekt kan dit van invloed zijn op het (sterker) ontwikkelen van een negatief zelfbeeld, omdat meiden het gevoel kunnen hebben dat ze er alleen voor staan (Greeven, 2014; Schakenraad & Janssens, 2008; Van Berlo et al., 2011).

Het ontbreken van juiste steun in de directe omgeving is niet uitzonderlijk, aangezien meiden met een lvb vaker een beperkt sociaal netwerk hebben (Gomez, 2012; Van Berlo et al., 2011; Zoon, 2013). Ze komen veelal uit een zwak sociaal milieu en uit zogeheten multi-problem gezinnen. Ouders hebben vaak zelf niet de capaciteiten om in te zien wanneer hun dochter problemen heeft en steun nodig heeft. Soms hebben ouders zelf een verstandelijke beperking. Gebrek aan (opvoed)capaciteiten en onvoldoende begeleiding kan gedragsproblemen bij kinderen in de hand werken, wat de interactie tussen ouders en kinderen weer bemoeilijkt (Zoon, 2013).

Door hun verminderde vermogens en hun ontwikkelingsachterstand hebben meiden met een verstandelijke beperking een geringer toekomstperspectief. Veel van hen gaan naar het praktijkonderwijs om vervolgens door te stromen naar ongeschoold werk. Een mbo-opleiding op het niveau van assistent (entree-klas, mbo 1 niveau) is veelal de hoogst haalbare opleiding. Ook op het gebied van onderwijs en werk speelt zelfoverschatting een rol. Meiden met een lvb hebben vaak onrealistische ambities voor de toekomst (De Beer, 2011). Wanneer ze zichzelf overschatten kan de werkelijkheid teleurstellend zijn en kunnen negatieve gevoelens over zichzelf en ´de buitenwereld´ in stand blijven.

1.3 Doel en onderzoeksvragen

Dit onderzoek heeft twee doelen:
a) Het verbeteren van preventie van ongeplande zwangerschappen gericht op meiden met een lvb.
b) Het verbeteren van de begeleiding van meiden met een lvb die voor hun 20ste zwanger zijn geweest.

Dit onderzoek richt zich op de periode voorafgaand aan en tijdens de zwangerschap.
Voor het eerste doel is het nodig inzicht te verkrijgen in factoren waardoor meiden met een lvb (ongepland) zwanger raken voor hun 20ste. Om effectieve preventie op te zetten, is het niet alleen nodig inzicht te hebben in de afzonderlijke factoren in de aanloop naar een zwangerschap, maar ook in de samenhang tussen factoren.
Voor het tweede doel is het nodig inzicht te krijgen in (1) welke ervaringen meiden met een lvb hebben in het maken van een keuze over het uitdragen of afbreken van de zwangerschap, en of ze tevreden zijn over de keuze die ze hebben gemaakt (2) de ervaringen van meiden met een lvb die een abortus hebben gehad (3) de ervaring van meiden met een lvb met hulpverlening in de periode tijdens de zwangerschap.

Onderzoeksvragen:

Voor doel a:
- Welke factoren uit het leven van meiden met een lvb die voor hun 20ste zwanger zijn geraakt, hebben geleid tot hun zwangerschap?
  (subvragen: hoe past de zwangerschap in hun levensloop; wat benoemen ze als factoren die meespeelden bij het zwanger raken; hebben ze het gevoel dat ze controle hadden over het zwanger raken; hoe zien ze de rol van de verwekker; wat waren sociale normen rondom tienerzwangerschappen in hun peer groups en families).
- Welke scenario's zijn er te onderscheiden in het ontstaan van tienerzwangerschappen bij meiden met een lvb?

Voor doel b:

- Hoe beleefden de meiden met een lvb de zwangerschap?
  (subvragen: wat voor gevoelens hadden ze over de zwangerschap; was het een probleem voor hen; hoe zijn ze omgegaan met de zwangerschap en wat speelde er mee in de beleving; wat waren de ervaringen met hulpverlening in de periode van de zwangerschap)
- Hoe maken meiden met een lvb de keuze tussen het afbreken of uitdragen van de zwangerschap?
  (subvragen: wat hebben ze meegewogen; zijn ze tevreden over hun keuze achteraf; hebben ze de keuze samen met hun vriend/ouders gemaakt of alleen; wat voor hulp krijgen ze en wat voor hulp willen ze)
- Hoe beleven meiden met een lvb een abortus?
  (subvragen: wat voor impact heeft een abortus op meiden; wat belemmert of bevordert de verwerking; wat voor hulp krijgen ze en willen ze?
- Hoe ervaren meiden met een lvb hulpverlening tijdens de zwangerschap?
  (subvragen: hoe staan meiden tegenover hulpverlening; sluit hulpverlening aan; wat werkt voor hen en wat werkt niet?)

In de rapportage over deze onderzoeksvragen richten we ons vooral op de kenmerkende ervaringen van meiden mét een lichte verstandelijke beperking. In de hoofdstukken die betrekking hebben op de beleving van deze meiden maken we op het einde steeds een vergelijking met de ervaringen van meiden zonder lvb, die zijn gerapporteerd in het onderzoek 'In één klap volwassen' (Cense & Dalmijn, 2016).

1.4 Onderzoeksgroep

Dit onderzoek richt zich op meiden die in de tienerleeftijd zwanger zijn geworden en die een lvb hebben (met IQ tussen 50-85). Binnen de groep mensen met een lvb is er veel variatie in emotionele, cognitieve en sociale vaardigheden en capaciteiten.

Het is niet precies bekend hoeveel tienermeiden met een lvb jaarlijks zwanger worden. Dit komt omdat in bestaande registraties van zwangerschappen en abortussen informatie over opleidingsniveau, IQ of beperkingen niet structureel wordt bijgehouden of gerapporteerd.

In de praktijk is het niet altijd makkelijk in te schatten of meiden een lvb hebben, ook niet voor professionals. Bij de werving via professionals zijn we afgegaan op de inschatting van professionals of begeleiders. Doorgaans hebben deze meiden praktijkonderwijs of speciaal onderwijs gevolgd of volgen dit. Het hoogste opleidingsniveau dat we hanteerden was MBO niveau 1.

Een inclusiecriterium in dit onderzoek was dat meiden de zwangerschap niet meer dan 5 à 6 jaar geleden hebben meegemaakt zodat zij hier nog gemakkelijk op kunnen terugblikken.

Om niet alleen op individueel niveau te kijken, maar ook naar de bredere omgeving, werden tevens professionals geïnterviewd. Deze interviews hadden als doel om meer zicht te krijgen op de periode rondom de zwangerschap vanuit het perspectief van de directe omgeving. Hoe beleven zij de periode rondom de zwangerschap van deze meiden en de keuze over het wel of niet afbreken van de zwangerschap? Wat is de ervaring van professionals met preventie en hulpverlening aan deze groep meiden? De interviews met professionals richten zich op deskundigen, trainers en hulpverleners die meiden begeleiden in de periode van de zwangerschap, die voorlichting geven rondom seksualiteit, anticonceptie en zwangerschap, of die zwangere tienermeiden met een lvb tegenkomen in hun werk.

1.5 Werving van de onderzoeksgroep meiden met een lichte verstandelijke beperking

Een mail over het onderzoek vormde de basis voor het werven van meiden met een lvb voor een interview. Deze mail is in eerste instantie uitgezet onder de bestaande contacten van Rutgers, waaronder praktijkscholen, MEE-organisaties en een 's Heeren Loo instelling. Van de twaalf deelnemende praktijkscholen (docenten en zorgteams) en tien MEE-instellingen die de mail ontvingen, hebben vier praktijkscholen en acht MEE-instellingen toegezegd dat ze actief zouden gaan werven of de oproep zouden verspreiden onder collega´s. De 's Heeren Loo instelling heeft ook andere mogelijk bruikbare contacten genoemd.

Daarnaast zijn er 36 instellingen of organisaties gemaild en gebeld over het onderzoek, zoals organisaties die zich inzetten voor mensen met een verstandelijke beperking, moeder- en kind huizen en praktijkscholen. Er zijn flyers met een wervingsoproep uitgedeeld op verschillende congressen en bij een netwerkbijeenkomst voor professionals die zich bezig houden met mensen met verstandelijke beperkingen.

Verder is er een oproep gezet op het online forum tienermoeders.nl, de facebookpagina´s van tienermoeders.nl en Siriz, en op de website van Fiom. Deze rechtstreekse oproep aan meiden resulteerde niet in interviews. Hier speelt mee dat meiden met een lvb vaak weinig hulpzoekgedrag vertonen. Dat betekent dat ze minder op internet zoeken voor hulp en informatie en zich niet snel melden voor (online) hulp.

Alle benaderde personen konden per e-mail bij een onderzoeker van Rutgers iemand aanmelden voor deelname aan een interview. Vervolgens werd er contact met haar opgenomen om een afspraak te maken. Hierbij werd nagegaan of ze jonger was dan 25 jaar, of ze tijdens haar tienerjaren zwanger is geweest, of ze praktijkonderwijs had gevolgd of nu nog volgt (en maximaal MBO niveau 1), en of ze onder curatele staat.

In totaal zijn er 28 meiden aangemeld voor deelname aan het onderzoek. Van de meiden die zich hebben aangemeld zijn er 9 afgevallen, omdat er na aanmelding geen contact met hen verkregen kon worden, omdat ze niet voldeden aan de inclusiecriteria van leeftijd en intellectueel niveau of omdat ze op de reservelijst zijn gezet toen bleek dat we het minimum aantal van 15 tienermoeders hadden gevonden. Uiteindelijk zijn er 19 meiden geïnterviewd, waarvan 1 respondent later buiten het onderzoek is gelaten, omdat haar begeleiders en de interviewer bij nader inzien twijfelde of ze een verstandelijke beperking heeft. Twee meiden zijn, na goede afstemming hierover, tegelijkertijd geïnterviewd. Een meisje wilde het interview alleen doen als haar vriend erbij kon zijn. Hij was betrokken bij het grootste deel van het interview, het laatste deel vond plaats zonder hem.

Tabel 1.1 Onderzoeksgroep meiden

	Regio	Etniciteit	Lft nu	Lft (1e) zwangerschap	Kind/ Abortus/ Miskraam
1	Stad in Groningen	Nederlands	21	14/15	nu zwanger, 1 miskraam
2	Stad in Gelderland	Nederlands	19	17	1 kind
3	Stad in Gelderland	Nederlands	19	17/18	1 kind
4	Stad in Gelderland	Nederlands	21	? en 19	1 kind, 1 miskraam
5	Stad in Noord-Brabant	Nederlands	18	18	nu zwanger
6	Stad in Noord-Brabant	Nederlands	19	18	1 kind
7	Stad in Flevoland	Surinaams	23	18	2 kinderen, 1 abortus, 1 buitenbaarmoederlijke zwangerschap
8	Stad in Flevoland	Antilliaans	23	18	1 kind
9	Stad in Flevoland	Irakees	20	18	1 kind, nu zwanger
10	Stad in Utrecht	Marokkaans	21	19	1 kind
11	Dorp in Limburg	Nederlands	17	16	1 kind
12	Dorp in Limburg	Nederlands	19	15	2 kinderen

13	Dorp in Limburg	Nederlands	18	16	1 kind
14	Stad in Noord-Brabant	Nederlands	17/18	20	1 kind
15	Dorp in Noord-Brabant	Nederlands	15/16	20	1 kind
16	Dorp in Noord-Brabant	Nederlands	19	17	1 kind, nu zwanger
17	Stad in Noord-Brabant	Nederlands	24	21	1 abortus
18	Stad in Zuid-Holland	Arubaans	23	19	2 kinderen

De geïnterviewde meiden zijn allemaal benaderd via professionals die betrokken zijn bij de zorg, welzijn, hulpverlening, of onderwijs aan personen met een lvb. In dit onderzoek zijn meiden die niet meer op school zitten én die geen hulpverlening hebben of dit alleen krijgen via reguliere kanalen niet bereikt. Ook zijn meiden die in detentiecentra en residentiele instellingen verblijven buiten dit onderzoek gebleven. Dat geldt ook voor meiden die in het speciaal onderwijs zitten of dit bij de JGZ in beeld zijn. Een paar keer wilden professionals iemand uit de onderzoeksgroep niet laten interviewen omdat ze haar leefsituatie te penibel vonden. Mogelijk hebben we de 'extremere' positieve en negatieve of complexe (multi-problem) verhalen minder goed in beeld gekregen.
De motivatie van meiden om mee te doen, was zowel om met hun verhaal verbetering te kunnen bewerkstelligen voor anderen, als om de vergoeding die ze ervoor kregen (een cadeaubon van 20 euro).

Ondanks onze grote inspanning om meiden met een lvb met abortuservaring te interviewen, waren ze zeer moeilijk te vinden. Er zijn enkele abortusklinieken, pop (d.w.z. Psychiatrie, Obstetrie en Pediatrie) poli's en verloskundigencentra benaderd. Dit heeft niet tot deelnemende meiden geleid. Alle kanalen waaruit een interview met een tienermoeder voortkwam, zijn nogmaals gebruikt met het specifieke verzoek voor meiden die een abortus hebben gehad. Dit heeft niet geleid tot meer interviews met meiden die een zwangerschap hebben laten afbreken. We noemen hier enkele redenen waarom deze groep zo lastig te betrekken was in het onderzoek. Allereerst is de groep meiden die zowel een verstandelijke beperking heeft als op jonge leeftijd zwanger is geworden klein. Ten tweede is het in het algemeen lastig om meiden te vinden die over abortus willen praten. Abortus is niet zichtbaar, dus de sociale omgeving en professionals zijn niet altijd op de hoogte (en zij zijn vaak onze verwijzers). Ook kan het zijn dat meiden negatieve gevoelens hebben rondom de abortus (schaamte, schuld, stigma dat het moord is) en dit liever achter zich willen laten of dat ze onverschillig staan tegenover de ingreep (over een blindedarm laat je je ook niet interviewen). Ten derde blijkt dat niet-gespecialiseerde instanties en organisaties niet altijd screenen of registeren of iemand een lichte verstandelijke beperking heeft. Abortusklinieken en Fiom registreren nog niet op verstandelijk niveau, dus in hun registraties zijn deze meiden niet te vinden. Enkele organisaties lieten weten dat ze deze meiden nauwelijks zien of niet op de hoogte zijn van mogelijke abortus onder deze meiden.
Daarnaast hoorden we van diverse organisaties dat ze vanwege bescherming van de privacy, meiden niet wilden benaderen voor dit onderzoek. Professionals op praktijkscholen lieten enkele keren weten dat ze meiden met abortus niet wilden blootstellen omdat dit te belastend is voor hen. Uit de gesprekken met professionals bleek ook dat zij ervaren dat in de praktijk meiden met een lvb niet vaak voor een abortus kiezen en dat deze groep dus klein en lastig te vinden is. Tot slot was er ten tijde van het veldwerk sprake van een transitie van de Jeugdzorg, waardoor MEE-professionals minder direct klant- en groepscontact hebben en zij dus niet in de gelegenheid waren om te verwijzen.

1.6 Werving van de onderzoeksgroep professionals

Er zijn interviews gehouden met professionals en belangrijke personen in hun naaste kring zoals een ouder of een begeleider. Aan alle geïnterviewde meiden is gevraagd of we een ouder of begeleider mochten interviewen. Hier is één interview met een begeleider uit voortgekomen. De overige meiden gaven aan dat ze dit niet wilden of het lukte niet om een afspraak te maken met een ouder/begeleider. De terughoudendheid bij meiden leek niet zozeer een gevolg te zijn van sociaal isolement of sterk verstoorde relaties met ouders of begeleiders.

Voor het werven van professionals was het gewenst een grote diversiteit aan functies en organisaties te vinden, zodat een verscheidenheid aan informatie kon worden verkregen. Ten eerste is gebruik gemaakt van dezelfde kanalen waaruit we ook de geïnterviewde meiden hebben gehaald. Daarnaast is gebruik gemaakt van contacten van Rutgers en Fiom om professionals te vinden die te maken hebben met tienerzwangerschappen bij meiden met een lvb. Deze contacten zijn aangeschreven en gebeld met de vraag of ze mee wilden werken aan een interview.
In totaal hebben 17 professionals werkzaam in de preventie van zwangerschap en/of in de begeleiding aan zwangere meiden met een lvb meegewerkt. We hebben 15 interviews gehouden. De professionals zijn werkzaam door heel Nederland en werken in een breed scala van functies waaronder begeleider, seksuoloog, preventiemedewerker, teamleider in moeder & kind huis, maatschappelijk werker, jeugdzorgwerker, staf verpleegkundige, beleidsmedewerker, abortusarts en huisarts.

Tabel 1.2 Onderzoeksgroep professionals

	Geslacht	Organisatie	Functie
1	vrouw	Moeder&Kind huis Pluryn	Begeleider van geïnterviewd meisje
2	vrouw	Lunet Zorg	B Social work | VO | Seksuoloog NVVS
3	man	Siriz	Preventiemedewerker
4	vrouw	OuderKind voorziening	Teamleider
5	vrouw	Siriz	Maatschappelijk werker
6	vrouw	Pluryn	Woonbegeleider in Moeder&Kind huis
7	vrouw[a]	Parlan	Jeugdzorgwerker in moeder flat
8	vrouw[a]	ZuidZorg	Staf verpleegkundige
9	vrouw	MEE	Indicator WMO en Jeugdwet en gedeelte cliënt ondersteuner
10	vrouw	Iederin	Beleidsmedewerker
11	vrouw	MEE	Consulent
12	vrouw	Spirit SpecifieQ	Genderspecifieke hulpverlener
13	man	Stimezo/CSGNN en Sense	Arts seksuele gezondheid, waaronder abortusarts
14	vrouw	MJD Groningen	begeleider jongemoedergroep, gezinsmaatschappelijk werker en Triple P trainer
15	3 vrouwen	Gezondheidscentrum in regio Amsterdam	1 huisarts en 2 doktersassistenten, betrokken bij het seksueel gezondheidsspreekuur

[a] Het interview met deze professional heeft plaatsgevonden in het eerste deelonderzoek naar tienerzwangerschappen (Cense & Dalmijn, 2016). In deze interviews kwamen meiden met een lvb uitgebreid aan bod en deze interviews zijn, met toestemming, voor dit onderzoek opnieuw gebruikt.

1.7 Dataverzamelingsmethoden

Om de meiden met een lvb uit te nodigen hun levensverhaal met ons te delen, hebben we face-to-face diepte interviews gehouden (zie topiclijst in bijlage 1). In de opbouw en de gespreksvoering is rekening gehouden met de lichte verstandelijke beperking van deze meiden. In gesprekstechnieken met mensen met een lvb is het belangrijk dat taalgebruik eenvoudig en direct is, dat er goed wordt doorgevraagd om sociaalwenselijke antwoorden te voorkomen en dat wordt na gegaan of vragen goed zijn begrepen.

Elk interview begon met het uitgebreid doornemen van ‘de spelregels’. Elke respondent werd op die manier geïnformeerd over het interview en haar werd duidelijk gemaakt dat zij ‘de baas is’ over het gesprek en dat ze anoniem blijft.

In de interviews lag de focus vooral op de periode direct voorafgaand aan de zwangerschap en de zwangerschap zelf. Met het oog op de verwachte beperkte concentratiespanne en een mogelijk verminderd gevoel voor chronologie, is de relationele en seksuele levensloop en het leven na de zwangerschap beperkt aan bod gekomen. De duur van de interviews varieerde sterk. Kenmerkend in

de interviews was dat meiden doorgaans weinig reflecteerden over hun leven en meestal niet uitgebreid vertelden over hun ervaringen. Hierdoor is de verzamelde informatie soms wat minder ´rijk´ dan in het eerste onderzoek onder meiden zonder lvb.

Alle interviews met meiden met een lvb zijn opgenomen en getranscribeerd. Ook zijn er door de interviewers veldnotities gemaakt die achtergrondinformatie verschaffen over het verloop van het gesprek en aspecten die het interview eventueel beïnvloedden (zoals de aanwezigheid van anderen). De locatie voor het interview was afhankelijk van wat de respondent wilde; bij haar thuis, op school, in de buurt van een hulpverlener, op het kantoor van Rutgers of op een neutrale plek bij haar in de buurt.

Er zijn semi-gestructureerde interviews gehouden met professionals om meer inzicht te krijgen vanuit het perspectief van betrokken professionals en personen in de directe omgeving (zie topiclijst in bijlage 2). In de interviews met professionals was ook expliciet aandacht voor preventie en hulpverlening. Alle gesprekken met de professionals vonden plaats aan de hand van een globale topiclijst, waarbij het gesprek steeds werd toegespitst op de specifieke expertise, kennis en ervaring van de professional. Hierdoor zijn er tussen interviews accentverschillen voor de aandacht per thema. De interviews werden gehouden op de locatie van de professional of vonden telefonisch plaats. Van elk interview is een uitgebreid verslag gemaakt (en dit is ter goedkeuring voorgelegd aan de professional) of er is op basis van een audio-opname een letterlijk transcript gemaakt.
De interviews zijn gehouden door 3 interviewers van Rutgers en 2 interviewers van Fiom.
Fiom is ook actief betrokken geweest in de voorbereidende fase van het ontwikkelen van de topiclijsten en in de werving van respondenten.

De geselecteerde citaten van meiden met een lvb in dit rapport zijn van een relatief hoog taalniveau en zijn niet representatief voor het taalniveau in de interviews. Echter, het doel van deze citaten is om te illustreren en dan zijn rijkere en langere beschrijvingen of antwoorden informatiever dan korte zinssneden. De citaten geven er soms ook blijk van dat deze meiden heel goed zijn in het overnemen van termen die hulpverleners gebruiken. Soms bevatten de citaten duidelijk hulpverlenersjargon.

1.8 Analyse van de data

De getranscribeerde interviews van meiden zijn ingevoerd in het programma MAXQDA. Dit is een programma voor het analyseren van kwalitatieve data. Fragmenten tekst worden gecodeerd aan de hand van een passende code. Alle codes maken onderdeel uit van een codeboom. Deze codeboom is opgesteld volgens vier stappen (Baarda, De Goede & Teunissen, 2005).

Op basis van de onderzoeksvragen en de topiclijst voor het interview met meiden, is een codeboom opgesteld (stap 1). Vervolgens is er een proefcodering gedaan op één van de uitgewerkte interviews door één van de onderzoekers (stap 2). Een tweede onderzoeker heeft hetzelfde interview nogmaals gecodeerd om de betrouwbaarheid van de beoordeling te bepalen. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid was goed (α> 85%) (stap 3). Ten slotte zijn alle overige uitgewerkte interviews gecodeerd, volgens de codeboom. Indien nodig zijn er wel subcodes toegevoegd om fragmenten een goede plek te geven. De twee onderzoekers die de interviews codeerden, werkten om en om in hetzelfde bestand zodat zij te allen tijde met dezelfde codeboom werkten.

De gesprekken met de professionals zijn door de interviewer/onderzoeker uitgewerkt tot een verslag. Enkele interviews zijn via audio opgenomen en letterlijk getranscribeerd. Alle informatie van de professionals is geclusterd in één bestand. Vervolgens is deze informatie gebruikt om de bevindingen van de professionals te formuleren (zie hoofdstuk 6).

2 Kenmerken van tienermeiden met een lichte verstandelijke beperking die zwanger raken

2.1 Het gezin van herkomst

Warm gezin
De gezinssituaties van de geïnterviewde licht verstandelijk beperkte meiden in dit onderzoek laten zich kenmerken door het feit dat een groot deel van de ouders nog bij elkaar is. Enkele meiden geven hierbij ook expliciet aan dat ze een goede band hebben met hun ouders. Ze hebben contact en vinden het fijn als ouders langskomen. Deze meiden geven aan dat het contact met hun ouder(s) goed is.

> ***En hoe is die relatie met je ouders?***
> *Goed.*
> ***Heb je het gezellig thuis?***
> *Ja, het is gezellig en ook leuk thuis.*

Scheiding ouders
Naast de ouders die nog bij elkaar zijn, worden er ook enkele scheidingen genoemd. Verder zijn er meiden die alleen met hun moeder of bij hun grootouders opgroeien. Een scheiding of het opgroeien met één ouder heeft invloed gehad op het leven van meiden. Deze meiden geven aan dat zij jong zelfstandig moesten zijn en thuis zorg op zich namen om hun ouder te ondersteunen.

> *Toen mijn ouders gingen scheiden, op dat moment was ik zeven en toen had ik wel zoiets van: mijn moeder staat er alleen voor, dus wat moet ik doen? En toen ben ik eigenlijk haar gaan helpen en toen heb ik eigenlijk eh, ging ik het huishouden doen. Dus ik ging stofzuigen, dweilen, schoonmaken, de was deed ik, de wasmachine, de droger, ook op rekken ophangen en dat soort dingen. Ik deed ook koken grotendeels. En ja, dat heeft best wel bij mij erin gezeten.*

Problemen ouders - uithuisplaatsing
Uit de gesprekken met de meiden blijkt dat enkele van hun ouders problemen hadden. In een enkel geval zat een ouder diep in de schulden. Daarnaast vertellen meiden ook over een psychisch probleem, zoals een depressie of persoonlijkheidsprobleem, bij een van hun ouders. Er wordt niet gesproken van lichamelijk geweld in het gezin. Wel kwam misbruik en verwaarlozing binnen het gezin incidenteel voor.

> *Ik heb gewoon nooit een prettige jeugd en leven gehad. Mijn moeder is alcoholist. Ja, ik mocht doen en laten wat ik wilde iedere dag. Er had me van alles kunnen overkomen, als je terugdenkt.*

Deze problemen zetten de relaties in het gezin op scherp en zorgen voor een onveilige situatie. In bijna alle situaties waar er sprake was van psychische problemen, verslaving en misbruik zijn de meiden uit huis geplaatst. Vaak werden niet alleen zij maar ook broers en zussen uit huis gehaald.

> *Ik ben vroeg op mijn leeftijd uit huis geplaatst. Vanaf mijn veertiende woonde ik bij mijn tante en vanuit mijn tante woonde ik in een pleeggezin en vanuit het pleeggezin woonde ik op kamertraining. Om het allemaal kort en bondig te zeggen, eh, mijn moeders kinderen werden al vroeg uit huis geplaatst via Jeugdzorg.*

Emotionele verwaarlozing – relatie ouders
Er zijn meerdere meiden die aangeven dat zij warmte en begeleiding van hun ouders hebben gemist. Ouders waren niet altijd liefdevol in hun benadering of lieten hun dochter het zelf uitzoeken. Hierdoor hebben meiden aandacht en steun van ouders gemist.

Hij heeft een eigen bedrijfje, alles, maar hij kijkt niet om naar zijn dochter. Hij kijkt meer om naar zijn eigen kringetje, om het zo te zeggen, naar zijn eigen leventje. En eh, ja, daar is hij happy mee. En mijn moeder is heel lang in een depressieve bui, zes, zeven jaar, zo geestelijk zit ze er helemaal in dat ze er niet uitkomt. En ik zit ook, ik ben haar dochter, ik ben niet haar moeder. Dus ik vind het zelf ook heel lastig. Ik heb zelf ook hulp nodig.

Daarnaast geven een aantal meiden aan dat zij een slechte relatie hebben met een of beide ouders. Enkelen hebben hun vader nooit gekend. Ook een slechte relatie met hun moeder wordt door een paar meiden genoemd.

Mijn vader daar heb ik geen contact mee, vanaf kleins af aan niet. Dus dat is gewoon echt uit de picture.

School
Enkele meiden vertellen dat zij problemen hadden op school en niet goed mee konden komen. School was niet leuk of ze waren er niet goed in. Ook problemen of gebeurtenissen in het leven van sommige meiden maakten dat zij zich niet goed op school konden focussen.

Mijn moeder en mijn vader waren uit elkaar. Ja, mijn oma was dan net twee jaar dood, waar ik een hele goede band mee had. Dus ik kon me eigenlijk niet meer concentreren op school. Toen heb ik besloten om niet meer te gaan.

2.2 Persoonlijke factoren

Kinderwens
Ondanks dat meiden aangeven dat hun zwangerschap vaak niet gepland was, blijkt dat veel van hen een duidelijke kinderwens hadden. Het was niet zozeer dat zij bewust zwanger zijn geworden maar ze wilden wel graag moeder worden.

Ik was even in shock, maar ik was blij, want mijn kinderwens had ik wel vanaf kleins af aan.

Bij sommigen was die wens ook zo sterk dat zij bewust zijn gestopt met anticonceptie.

Ik wilde heel graag een kindje en eh, ja, toen heb ik gewoon besloten in één klap om met de pil te stoppen.

De kinderwens speelde soms niet alleen bij meiden maar ook bij hun vriend. Zij zagen beiden het ouderschap wel zitten en lieten het op het beloop.

Wist hij ook dat je zwanger kon raken van de onveilige seks die jullie hadden?
Ja, dat wist hij ook wel. Hij wilde het ook. Hij wilde ook al graag een kindje.

Lage risico inschatting
Uit de interviews blijkt dat enkele meiden het risico op zwangerschap te laag hebben ingeschat. Een onregelmatige menstruatie cyclus of het langdurig onveilig vrijen zonder dat ze zwanger waren geworden, maakte dat deze meiden dachten dat zij niet zwanger zouden kunnen raken.

Ik had ook onregelmatige menstruatie, dus ik dacht van dat ik niet genoeg eitjes of zo had. Heel raar hoe ik er zo over nadacht. En ik had ook een vriend, dus ik gebruikte ook geen voorbehoedsmiddelen voordat ik zwanger was, ja, veertien/vijftien jaar, toen werd ik ook niet zwanger. Dus het was heel raar, ik dacht van: ik kan niet zwanger raken.

2.3 Relaties met jongens/mannen

Langdurige relaties
Een deel van de meiden geeft aan een of meerdere langdurige monogame relaties te hebben met een jongen of man tijdens hun tienerjaren. Zij zijn dan veelal meerdere jaren samen met hun vriend. Bij deze meiden ontstaat de zwangerschap binnen een langdurige relatie. Veel van deze langdurige relaties houden stand tijdens en na de zwangerschap. Meestal zijn het meisje en haar vriend ten tijde van het interview nog steeds bij elkaar.

Wat op valt bij de groep meiden die een langdurige relatie hebben, is dat in veel van de situaties de vriend in kwestie ouder is dan zijzelf. De hogere leeftijd van de vriend heeft als gevolg dat hij voor stabiliteit kan zorgen, omdat hij vaak al werkt en een woning heeft.

> *We kregen een relatie toen ik 14 was en hij was 25.*

Onstabiele en kortdurende relaties
Het relationele leven van het andere deel van de meiden kenmerkt zich door onstabiele of kortdurende relaties die ook niet altijd monogaam blijken te zijn.

> ***Hij had seks met jou en het weekend daarna dacht hij: nou, het is uit.***
> *Ja, dat heeft hij ook bij twee andere meiden gedaan, hoor.*

In relaties is er in enkele gevallen sprake van veel ruzie en soms van geweld en misbruik.

> *Ja, ik had toen wel een relatie. Het was niet zo'n heel fijne relatie, want we hebben veel huiselijk geweld gehad.*

De kortdurende of onstabiele relaties blijken niet stand te houden op het moment dat het meisje zwanger wordt. Vaak is er al weinig commitment van de vriend en dat valt in veel gevallen helemaal weg op het moment dat het meisje zwanger blijkt.

> *Maar dat is ook heel lastig, want hij wilde baby niet. Dus ik sta er eigenlijk helemaal alleen voor.*
> ***En hoe is dat?***
> *Ja, soms wel moeilijk. Nou ja, misschien is het wel beter hoor, want zo'n goede jongen was het nou ook niet.*

Daarnaast blijkt uit verhalen van de meiden dat sommigen van hen op jongere leeftijd een onstabiele relatie hebben gehad en vervolgens een stabiele langdurige relatie hebben gekregen met de vriend waar ze uiteindelijk zwanger van werden.

> *Voordat ik mijn vriend ontmoette had ik een heel slecht leven. Ik had een fout vriendje gehad, een loverboy.*

Ver gaan om relatie te behouden
Als we kijken naar de verhoudingen tussen de meiden en hun vriend, komt uit de gesprekken met meiden naar voren dat zij de relatie met hun vriend belangrijk vinden en ver gaan om een relatie te behouden. Dit geldt zowel voor de meiden in de langdurige stabiele relaties als in de kortdurende, onstabiele relaties. Een groot deel van de meiden gaat mee in wat hun vriend wil, ook als ze dit zelf niet echt willen of niet fijn vinden.

> *Ik heb één vriend gehad. Hij was volledig aan de drugs en ik gaf mijn hele Wajong, op dat moment 500 euro, gaf ik uit per maand aan hem, omdat ik het zo zielig vond dat hij niets te roken had. En eh, ik ben altijd wel makkelijk in geld weggeven of niet betalen geweest en daardoor heb ik heel veel schuld.*

2.4 Professionele ondersteuning

Bijna alle meiden in dit onderzoek hebben ervaring met professionele ondersteuning in de vorm van begeleiding of hulpverlening. Dit kan samenhangen met de werving die vooral via professionals in de zorg en het onderwijs succesvol bleek te zijn. Tegelijk is het ook kenmerkend voor meiden met een lvb dat zij vaker professionele ondersteuning krijgen dan meiden zonder lvb.

Sommigen van de geïnterviewde meiden hebben in hun jeugd of voorafgaand aan de zwangerschap al te maken gehad met professionele ondersteuning. Hulpverlening was direct gericht op een onstabiele of onveilige gezinssituatie waarin ze opgroeiden (bv jeugdzorg en uithuisplaatsing) of richtte zich op problemen van meiden rondom hun eigen welbevinden of leefsituatie. Deze individuele problemen waren gerelateerd aan hun thuissituatie of hun beperking. Het kan gaan om begeleiding of hulp rondom sociale of gedragsproblemen, schuldsanering, zelfstandig leren leven en wonen.

Meer dan de helft van de meiden heeft professionele ondersteuning (gehad) die direct verband hield met de zwangerschap. Ondersteuning is heel divers. Het kan gericht zijn op het maken van een keuze tijdens de zwangerschap, het organiseren van de randvoorwaarden zoals een geschikte woning, het ondersteunen in het zelfstandig leren zorgen voor een kind bijvoorbeeld in een moeder&kind voorziening, het verwerken van een abortus, of pleegzorg/jeugdzorg bij uithuisplaatsing van het eigen kind.

> '*Ja, ik kreeg hulp van MEE, omdat ik nog met vragen zat in het begin toen ik nog zwanger was. Want ja, je weet niet wat je moet doen en hoe je het allemaal moet doen. En toen heb ik daar hulp van gehad en nu was ze pas geleden hier en heeft ze het afgeblazen, zeg maar, omdat ik geen hulp meer nodig heb, omdat ik het nu allemaal zelf kan. […]*
> ***Leuk. En de hulp die jij van MEE kreeg toen jij nog zwanger was, wat voor hulp was dat? Waar hielpen zij je bij?***
> *'Ze keken zeg maar wat je zou willen in de toekomst en dan had ze zo'n heel groot blaadje erbij en moest je opschrijven wat je in de toekomst wilde en hoe je de toekomst zag en hoe je het op wilde bouwen. Als ik vragen had, dan kwam ze ook gewoon, die beantwoordde ze dan ook. Dat was wel fijn.'*

Een meerderheid van de meiden heeft ervaring met begeleid wonen en een behoorlijk deel heeft in een moeder&kind voorziening gewoond tijdens en/of na de zwangerschap. Een aantal meiden zegt dat ze hier veel hebben geleerd en ze zijn positief over de begeleiding die ze kregen.

> *'Ik heb wel Jeugdzorg toen gekregen. Ik heb toen ook Radar gekregen, ik weet niet of je dat kent. Radar is voor tienermoeders. Je hebt daar intern en begeleid wonen, maar omdat ik dan samen ben gaan wonen krijg ik gewoon thuisbegeleiding. Die helpen mij ook gewoon. Qua opvoeding kan ik ook dingen vragen. Die helpen mij eigenlijk ook daarbij. Dus dat heb ik wel gekregen, nadat* [naam dochter*] is geboren.*[…] *Ik heb er nu één, die doet me helpen met mijn financiën. Dat is dan ook gewoon vanuit Radar om te kijken wat er in- en uitkomt en waar ik recht op heb. Dan heb ik nog één die komt kijken hoe het met [mijn kinderen] is, gewoon qua ontwikkeling. Er komt er één wel eens één keer in de zoveel tijd, die doet het IQ van* [naam dochter] *testen, gewoon om te kijken. Mijn begeleidster, die er ook is sinds [*naam dochter*] er is eigenlijk, die doet ook met mij een opvoedcursus. Dat geven ze vanuit daar, maar daar kan ik natuurlijk niet bij zijn omdat ik nog een kleintje nu heb. Dus dat ligt voor mij wat moeilijker.'*

Anderen zeggen dat ze deze voorziening vooral fijn vinden als een manier om een woning te krijgen. Ze vinden het contact met hulpverleners van weinig waarde of zeggen dat niet nodig te hebben.

En dat huis, hoe konden jullie dat zo snel krijgen?
Via Radar. Dat is een instantie. Ouder en Kind, heet dat. We hebben eigenlijk gewoon ons eigen appartement. En zij hebben daar ook een appartement in die straat daar en daar is hun kantoor. Die zitten daar tot half acht 's avonds. En ook de begeleiding van hen uit. De eerste zes weken komen ze drie keer per dag, 's morgens, 's middags, 's avonds en dan komen ze twee keer in de week, hè. Ja, voor financiële dingen en zo, dat vind ik moeilijk, wij. […] *We hebben niet echt, eerlijk gezegd niet echt…We hebben eigenlijk helemaal geen hulp nodig. En dat zien zij ook, daarom komen ze ook bijna niet meer. Die anderen die daar zitten, die hebben dat dus wel echt nodig. Voor ons was het eigenlijk, ja, een huis.*

Wanneer ze professionele begeleiding of hulpverlening krijgen, dan lijken ze dit vaak vanzelfsprekend te vinden. Voor hun is wel of geen professionele ondersteuning geen maatstaf voor de afweging of het goed met ze gaat. Sommigen zijn niet anders gewend.

Bij een enkel meisje krijgt professionele ondersteuning een verplichtend karakter in de vorm van uithuisplaatsing van hun kind naar een pleeggezin of begeleid wonen. Deze meiden zijn meestal uitgesproken negatief over het ingrijpen door instanties en ze vinden dit niet terecht. Toch zeggen ze soms ook dat de hulp die ze ontvingen fijn is.

'Ik moest daarheen omdat ik minderjarig was en dan krijg je contact met Jeugdzorg. Ja, door school, want die hadden zoiets van: ja, ze is zwanger en jong en brutaal, weet je wel, ze komt naar school wanneer ze zelf zin heeft. Dus toen hebben ze Jeugdzorg gebeld, denk ik, en die kwamen toen op gesprek van: je bent zwanger en, eh… Ik zeg: ja. En hoe ga je dat doen? En ik had geen plan om hen voor te leggen van: nou, kijk, jongens, het komt helemaal goed. Dus zij hadden zorgen, omdat ik nog niet wist hoe ik het allemaal aan ging pakken. En omdat ik minderjarig was ben ik uiteindelijk verplicht om daar naartoe te gaan. En deed ik dat niet, ja, dan kon ik bevallen en dan, eh, werd ze meegenomen. Dus eigenlijk uit angst om haar kwijt te raken ben ik daar naartoe gegaan. Maar dat was heel vervelend.
[…]
Maar wat vond je daar allemaal van, van het Moeder- Kindhuis?
Verschrikkelijk. Nou ja, ik vind het goed voor meisjes die geen steun hebben van hun familie, die niks hebben, die gewoon nergens terecht kunnen. Maar ik had familie die aan mijn kant stond, ik had een plek, ik kon hier. Ik ben ook met de vader samen.
Denk je dat je er iets aan hebt gehad?
Ja, ik heb er zeker iets aan gehad, maar ik denk dat ik het zonder dat, zeg maar, ook had gered, alleen op en andere manier. Ik ben nu, zeg maar, versneld klaargestoomd voor…

Drie meiden hebben geen enkele ervaring met professionele begeleiding of hulpverlening. In hun geval zijn de ouders en/of de partner hun voornaamste bron van steun en begeleiding.

2.5 Samenvatting

Uit de gesprekken met meiden met een lichte verstandelijke beperking komt naar voren dat een groot deel uit een redelijk warm gezin komt. De meeste meiden geven aan wel een goede band met hun ouders te hebben, al hebben zij wel vaak begeleiding en ondersteuning gemist. Het missen van begeleiding en steun van ouders speelt ook een rol bij een klein deel van de meiden waarbij er problemen waren in het gezin. Ouders konden door persoonlijke problemen of door scheidingen de zorg voor het gezin niet aan. Meiden moesten hier jong zelfstandig worden en zorgen voor hun ouder en/of broers en zussen. In enkele gevallen leidde dit tot een uithuisplaatsing wat het gebrek aan begeleiding en steun vergrootte. School blijkt voor meiden met een lichte verstandelijke beperking veelal een uitdaging en helemaal als er problemen waren in het gezin.

Alle meiden in de onderzoeksgroep hadden een kinderwens. In een deel van de gevallen kwam de zwangerschap wel eerder dan zij hadden bedacht omdat zij het risico op zwanger worden te laag inschatten. De kinderwens speelt niet alleen bij meiden maar ook bij de (oudere) vriendjes een rol.

Wat relaties met jongens/mannen betreft is er een tweedeling te zien tussen meiden die een langdurige en stabiele relatie hadden en meiden die onstabiele/korte relaties hadden tijdens hun tienerjaren. Na de zwangerschap houden de langdurige relaties beter stand terwijl de onstabiele en kortere relaties het niet redden. Bij de langdurige relaties is de vriend vaak een stuk ouder dan de meiden. Wat opvalt is dat meiden in relaties met hun vriend zich erg volgend opstellen. Ze zijn dus afhankelijk van hoe hun vriend met hen omgaat. In enkele gevallen was er sprake van geweld of misbruik.
Bijna alle geïnterviewde meiden hebben ervaring met professionele ondersteuning in hun jeugd of tijdens de periode van de zwangerschap.

2.6 Verschil met tienermeiden zonder beperking

Op een aantal punten onderscheiden tienermeiden met een lichte verstandelijke beperking die zwanger raken zich van tienermeiden zonder beperking met dezelfde ervaring.

Bij meiden zonder beperking lijkt vaker sprake van geweld, misbruik, emotionele verwaarlozing, verslavingsproblematiek bij ouders en gebroken gezinnen dan bij de meiden met een lvb die wij in dit onderzoek gesproken hebben. Terwijl 'heftige' problemen en excessen minder vaak spelen in de gezinnen van meiden met een lvb, komt het wel regelmatig voor dat het zwakke sociale milieu waarin het gezin verkeert impact heeft op de opvoeding. De band met ouders is weliswaar vaak goed, maar ouders kunnen hun dochter niet altijd goede begeleiding en steun bieden. Uit de literatuur is bekend dat de ouder(s) zelf vaak ook een beperking in verstandelijke vermogens hebben en dat toereikende opvoedingsvaardigheden kunnen ontbreken (Zoon, 2013).

Ten tweede speelt een kinderwens bij meiden met een lvb duidelijk een grotere rol bij het (ongepland) zwanger worden dan bij meiden zonder beperking. Het toekomstperspectief is hierbij belangrijk. Waar meiden zonder beperking vaak een wens hebben om een opleiding af te ronden en te gaan werken, wordt dit door meiden met een lvb niet of nauwelijks genoemd. Zij geven aan dat zij veelal toch wel jong moeder willen worden. De kinderwens maakt wellicht ook dat meiden met een lvb minder doen met informatie over anticonceptie, onveilige seks en het voorkomen van een zwangerschap.

3 Voorlichting, anticonceptie en houding over zwangerschap

3.1 Voorlichting en informatie over relaties en seks

Seksuele voorlichting op school
Verschillende meiden geven aan dat zij seksuele voorlichting hebben gehad op school. Hier kregen zij informatie over veilige seks en soa's. Ze kregen uitleg over verschillende anticonceptiemiddelen en het gebruik van condooms.

> *Er is speciaal ook een vrouw langs geweest, die heeft ook condooms meegenomen en, eh, zo'n neppe lul van: hoe moet je het doen? Het wordt allemaal voorgedaan en zij leggen ook uit van, eh, voorbehoedsmiddelen en wat je allemaal kunt doen. Anticonceptiepil en dat heeft ze allemaal wel uitgelegd van: als je dat doet is dat de consequentie ervan en als je dat doet zijn dat de consequenties ervan. Dus dat heeft wel ook ja, bijgeleerd, want die voorbehoedsmiddelen beschermen je ook tegen ziektes. Dus vandaar, dat is echt, ja, echt een goede les om van te leren. Ja.*

Ondanks dat veel meiden aangeven dat ze seksuele voorlichting hebben gehad op school, geven ze aan dat deze onvoldoende was. Veelal weten meiden niet meer waar het überhaupt over ging of was de informatie die ze kregen maar beperkt.

> ***Wat zeiden ze toen op school?***
> *Weet niet, dan kreeg je zo'n boekje met seksuele dingen en alles.*
> ***En werd dat nog uitgelegd?***
> *Volgens mij wel, ja. Ik weet het eigenlijk niet meer. Ik zat nooit op te letten in de les, dus ik weet niet precies meer hoe en, eh…*

Een enkel meisje heeft informatie gekregen over zwangerschap en op school meegedaan met een project waarbij je voor een baby(pop) moet zorgen. Maar vaak werd er geen voorlichting gegeven over zwangerschap.

> ***Zeiden ze op school verder nog iets over seks of zwangerschappen?***
> *Nee. Ze hebben eigenlijk alleen anticonceptie. En we hebben weleens van Sense iemand gehad die langskwam om dingetjes te vertellen en hoe gaat dat nou, en…*
> *Maar niet echt verder.*

Seksuele voorlichting ouders
Een deel van de geïnterviewde meiden geeft aan dat zij het thuis (voornamelijk met hun moeder) over jongens, relaties en seks konden hebben. Ze kregen de boodschap mee dat ze het veilig moesten doen. Er werd wel over relaties gesproken en doen wat je zelf fijn vindt, maar diepgaand advies over hoe je dit moet aanpakken bleef uit.

> ***Weet je nog wat je moeder dan bijvoorbeeld over seks zei?***
> *Dat we het veilig moesten doen. Als wij seks wilden hebben of als ik met iemand een relatie zou krijgen en ik zou met diegene seks hebben, dat we het dan veilig moesten doen. Dus dat we dan wel een condoom moesten gebruiken. Mijn moeder had ook echt zoiets van: ja, je kunt ook beter dan met de pil gaan beginnen.*

In sommige gevallen bleef het in de taboe sfeer waardoor de boodschap niet goed overkwam:

> ***Zou je me kunnen vertellen wat je moeder dan bijvoorbeeld vertelde?***
> *Ja, dat is eigenlijk een beetje ook, eh, ja, een beetje een taboe in principe.*

Waar merkte je dat aan?
Gewoon het, eh, dingen vermijden. Niet echt specifiek erop in, eh, ja, op het gesprek ingaan. Ja. Ze heeft verteld over het veilig doen en over de consequenties, wat achteraf kan gebeuren. Dus dat heeft ze me ook wel uitgelegd. Maar eh, dat is volgens mij het ene oor in, het andere oor, eh, uit.

Daarnaast geven ook meerdere meiden aan dat zij helemaal niet met hun ouder(s) konden praten over relaties en seks. Er werd niet gepraat over jongens en relaties en ook niet over veilige seks en anticonceptie.

Hebben jullie van je ouders ooit iets gehoord?
Nee. Nee, die hebben me nooit wat uitgelegd, nee (lacht). Nee.

Eigen keuzes maken in de liefde
Veel van de geïnterviewde meiden geven aan dat zij in de liefde hun eigen keuzen konden maken. Vaak waren ouders weinig betrokken. Ook kwam het voor dat meiden zelf wilden beslissen over hun seksuele of relationele leven en vonden dat hun ouders daarin niets te bepalen hadden.

Ik had een heel vrij leven eigenlijk. We mochten zelf weten wat we wilden, als we maar wel lieten weten waar we waren en eh, als we voor het donker thuis kwamen. Dat eh, ja, we mochten gewoon zelf bepalen van hoe of wat precies.

Meiden hebben ook wel begeleiding en advies van hun ouders gemist:

Mijn ouders hebben niet veel te zeggen, dus. Al zouden ze het willen. Kijk, ik zou het fijn vinden als ze dat zouden doen, dan zou ik het fijn vinden, want ik zou gewoon met hen een normaal gesprek willen voeren erover van: waarom vind je dat?

Geen informatie opzoeken op internet
Het is opvallend dat meiden weinig tot geen informatie op internet hebben gezocht over anticonceptie, de pil en veilige seks. Veel geven aan dat de informatie die zij vanuit hun omgeving kregen over relaties en seks gebrekkig was. Toch hebben meiden bijna nooit online naar informatie gezocht. Zij gaven aan daar niet mee bezig te zijn. Het kwam niet bij ze op om informatie via internet te zoeken.

Ging je weleens zelf op zoek op internet bijvoorbeeld?
Naar?
Naar websites over relaties of over seks?
Nee.
Over zwanger zijn?
Nee. Ik was daar helemaal niet mee bezig.

3.2 Houding over anticonceptie en zwangerschap

In het vorige hoofdstuk kwam aan bod dat veel geïnterviewde meiden een (latente) kinderwens hebben. Zij kijken hierdoor niet negatief aan tegen een zwangerschap. Wat opvalt is dat veel meiden wel anticonceptie gebruiken maar niet met de bedoeling een zwangerschap te voorkomen. Veel van de meiden geven aan dat zij op jonge leeftijd (12-13 jaar) zijn begonnen met de pil omdat zij veel menstruatieklachten hadden of een onregelmatige menstruatie cyclus hadden. Omdat deze meiden al aan de pil waren voor andere redenen, hebben zij hier niet over nagedacht op het moment dat zij seksueel actief werden.

Was je aan de pil gegaan om te voorkomen dat je zwanger werd?
Nee, het was echt om mijn ongesteldheid te regelen. Het was echt niet voor, eh, om eh, zwanger te zijn. Het was echt om mijn ongesteldheid te regelen.

In de gesprekken met meiden komen diverse negatieve beelden over anticonceptie naar voren. Zo vinden de meiden de pil vervelend omdat ze het idee hebben dat ze er dik van worden. Ook hebben sommige meiden er weinig vertrouwen in dat anticonceptie de kans op een zwangerschap daadwerkelijk verkleint.

> *De pil die is niet altijd betrouwbaar. En een condoom kan ook scheuren. Ja, en dan heb je ook nog misschien een gaatje of zo. Een spiraal kan je ook weer, eh, alsnog door zwanger worden. Er is altijd wel iets dat het uiteindelijk niet veilig maakt en de kans is maar iets kleiner.*

In sommige gevallen hebben de meiden zoveel last van de hormonen uit anticonceptie dat zij er ziek van worden en ermee stoppen.

> *Toen zei ze: nou, dan gaan we gewoon op de prikpil. Ik zeg: dat is goed. Die hoef je toch maar één keer in de drie maanden te halen. Dus dat vond ik wel een goed idee. En ik heb hem nooit vergeten. Ik ben op een gegeven moment wel gestopt omdat ik eh, hij veranderde iets en toen kreeg ik op een gegeven moment een blauwe kont. Ik voelde me niet lekker. Ik was op een gegeven moment zo dik ervan.*

Daarnaast geven meiden aan dat zij weinig heil zien in condooms, ook niet als alternatief voor hormonale anticonceptie.

> *Ja, en een condoom vind ik ook niks. Dat eh, gekraak en, eh…*

3.3 Gebruik van anticonceptie

De vaak achteloze houding van meiden ten aanzien van het plannen (of voorkomen) van een zwangerschap en anticonceptie is terug te zien in hun gebruik van anticonceptie. Een deel van de meiden gebruikt weliswaar anticonceptie maar is erg slordig in het gebruik. Zij slikken de pil niet goed en vergeten hem regelmatig.

> *Nou, ik zat aan de pil en af en toe was ik laksig van: ik neem de pil, maar af en toe was ik het vergeten en dan dacht ik van, eh: nou, komt dan wel.*

Het niet juist gebruiken van anticonceptie lijkt de meiden weinig zorgen te baren. Dit gaat wellicht hand in hand met het feit dat veel meiden de kans op zwanger worden (te) laag inschatten. Daarnaast zijn er meiden die aangeven dat zij wel de pil goed gebruiken, maar die hierover zeiden dat deze ´te licht´ voor hen was of dat deze door overgeven niet goed werkte. Zij waren zich hier niet van bewust.

> *Ja, ik was op vakantie, gebruikte toen nog de pil en ik had toen wat gedronken met mijn moeder en toen ja, voelde ik me niet zo lekker, had ik overgegeven, want ik denk dat ik toen, want mijn vriend was ook mee, dus ik denk dat het toen is gebeurd.*

Er zijn ook meiden die aangeven dat zij de (prik)pil juist gebruikt hebben en dat zij door de pil heen zwanger zijn geworden. Het is niet altijd duidelijk te achterhalen bij deze meiden of zij zich bewust waren van de risico's en of ze hier rekening mee hebben gehouden bij het gebruik van de (prik)pil.

Ten slotte is er ook een deel van de meiden die helemaal geen anticonceptie gebruikte. In enkele gevallen was het bewust omdat ze zwanger wilden worden maar bij het merendeel van de meiden speelt een lage risicoperceptie een rol. Ze dachten er gewoon niet echt over na.

> *Dat was eigenlijk, eh, van een ex die me zei van: Ik kom niet eh, klaar, eh, je hoeft niet zwanger te raken. Maar dat was al een paar keer gebeurd, hoor, dat hij in me klaarkwam en dat ik zoiets had van: nee, ik word toch niet zwanger. Dus ja.*

Bij sommige meiden vindt er na een zwangerschap een verandering plaats in het gebruik van anticonceptie. Ze nemen het serieuzer, omdat ze niet meteen weer zwanger willen worden. Het komt ook voor dat meiden een andere, vaak langduriger vorm van anticonceptie kiezen, mede op advies van de huisarts, kraamzorg of hulpverleners.

> *De kraamzorg gaf me het advies om een spiraaltje of een Implanon® te pakken. En, ik was toen naar mijn gynaecoloog geweest om het te laten zetten en toen zei ze wel: dat is een betere keuze dan de pil.*
> ***Waarom zeiden ze dat het een betere keuze was?***
> *Ja, de pil kan je best vaak vergeten en de Implanon® eigenlijk, die vergeet je nooit.*

Ook zijn er meiden die niet veranderen in het gebruik van anticonceptie. Ze blijven het risico op zwangerschap laag inschatten.

3.4 Houding van de omgeving over zwangerschap

In de gesprekken met de meiden is de houding van de omgeving over tienerzwangerschap in het algemeen niet expliciet besproken. Wel blijkt dat er regelmatig sprake is van jong ouderschap of tienerouderschap in hun directe omgeving. Dit maakt dat het voor meiden ook normaal is om jong zwanger te raken.

> *Bij ons was het eigenlijk gewoon normaal dat iedereen een baby had, want het ene meisje na het andere meisje werd gewoon zwanger en had een kindje.*

Ook in de familie van de meiden komt jong ouderschap en tienerouderschap voor. Voor sommige meiden is dit een voorbeeld waardoor ze weten hoe ze voor een kind moeten zorgen. Het draagt ook bij aan het positieve beeld van jong zwanger worden.

> *Mijn zus, die had al een dochtertje toen. Dus ja, ik wist wel hoe ik alleen een kindje moest verzorgen. Dat wist ik allemaal.*

3.5 Samenvatting

Het merendeel van de meiden heeft op school of thuis voorlichting gehad over veilige seks. Slechts enkele meiden geven aan hier nooit informatie over te hebben gekregen. Meiden kunnen zich de voorlichting niet altijd goed herinneren en er is weinig gesproken over zwangerschap. Zij waren er gewoon niet zo mee bezig en hebben ook nauwelijks zelf actief informatie gezocht. Informatie of hulp over zwangerschap of het voorkomen daarvan werd niet gezocht via internet of andere kanalen. Ook niet op het moment dat zij een relatie kregen of seksueel actief werden.
De meiden die wij gesproken hebben kijken niet negatief aan tegen een zwangerschap. Hierbij speelt het hebben van een (latente) kinderwens bij velen een rol. Ook hebben ze vaak een negatieve houding ten aanzien van anticonceptie. Ze hebben last van de hormonen in de (prik)pil en vinden een condoom niet altijd fijn om te gebruiken.
Deze houding is terug te zien in hun anticonceptie gebruik. Zij gaan hier niet altijd goed mee om en zijn zich hier niet bewust van. Maar ook als zij risico hebben gelopen, handelen weinig meiden hiernaar. Verder zijn er meiden die aangeven dat zij geen anticonceptie gebruikten omdat ze bewust zwanger wilden worden of omdat zij er gewoon weinig mee bezig waren.
Veel meiden hebben vanuit hun omgeving op school en in de familie voorbeelden van jong ouderschap of tienerouderschap. Tienerzwangerschap is voor hen en voor hun omgeving dus vaak niet ongewoon.
Het algemene beeld is dat meiden in de meeste gevallen niet bewust bezig zijn om zwanger te worden maar ook weinig doen om te voorkomen dat zij zwanger worden.

3.6 Verschil met tienermeiden zonder beperking

De houding ten aanzien van zwangerschap is bij de meiden met een lvb die wij gesproken hebben positiever dan die van meiden zonder beperking. Er zijn ook meiden zonder beperking die aangeven een kinderwens te hebben maar dit is veel minder uitgesproken dan bij meiden met een lvb. Deze positieve houding ten aanzien van een zwangerschap maakt dat meer meiden met een lvb niet zorgvuldig omgaan met hun anticonceptie of deze helemaal niet gebruiken. Uit de verhalen van meiden zonder beperking blijkt dat zij positiever denken over anticonceptie en ook meer bezig zijn om een zwangerschap te voorkomen. Door externe factoren lukte dit vaak niet, terwijl bij meiden met een lvb meer de intrinsieke kinderwens of lage risico-inschatting debet was aan hun gedrag.
Verder valt op uit de interviews dat tienerzwangerschap in de omgeving van meiden met een lvb regelmatiger voor lijkt te komen en dat er ook meer acceptatie in de omgeving lijkt te zijn. Meiden zonder beperking geven aan dat de omgeving vaak negatief denkt over tienerzwangerschap of tienermoederschap.

4 Scenario´s

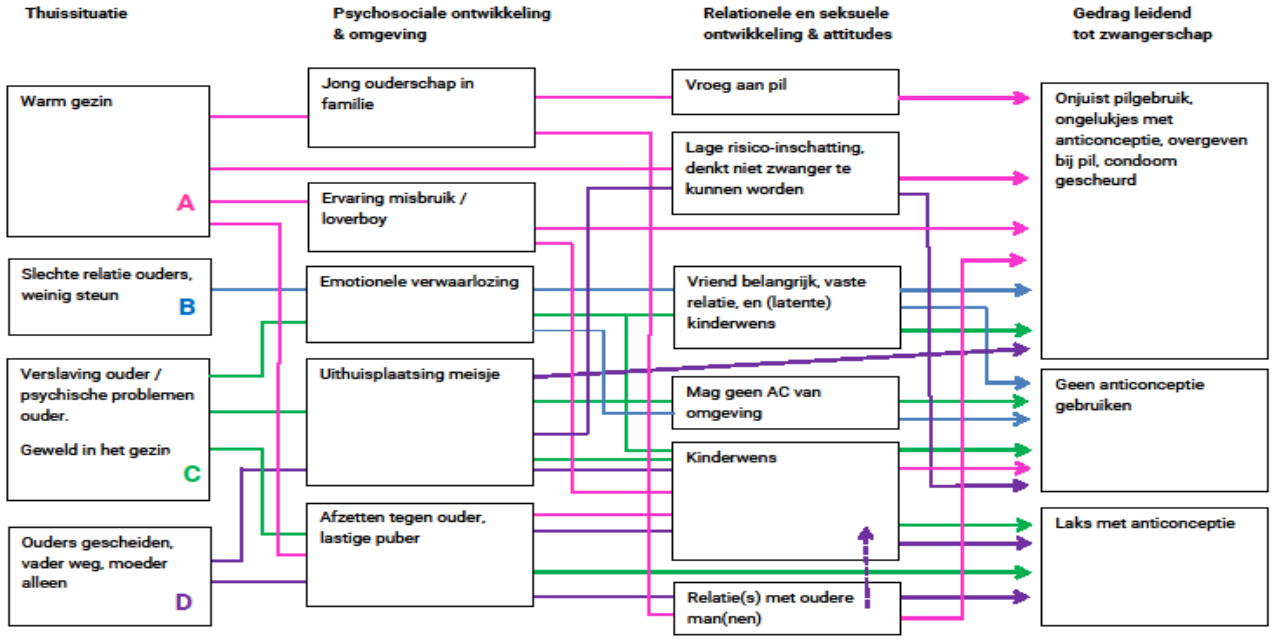
Uit de verhalen van meiden met een lvb die wij hebben gesproken, komen verschillende factoren naar voren die een rol hebben gespeeld bij het ontstaan van de zwangerschap. In dit onderzoek kijken we niet alleen naar de factoren op zich maar ook naar de samenhang tussen factoren. Zo zijn er verschillende factoren die bij meerdere meiden een rol spelen en die ook vaker samen gaan. De samenhang of samenloop van factoren vormen verschillende scenario´s die meiden doorlopen. De scenario's gaan uitsluitend over de periode voorafgaand aan de zwangerschap en hebben geen betrekking op de zwangerschap en het verdere verloop daarvan.

Het is belangrijk om bij deze scenario´s drie algemene kenmerken van meiden met een lvb in gedachten te houden. Zo speelt op de achtergrond bij alle scenario´s mee dat meiden met een lvb 1) een beperkt toekomst perspectief hebben, 2) vaak weinig zelfvertrouwen hebben en 3) weinig regie in hun leven ervaren. Dingen overkomen hen zonder dat ze hier zelf veel zeggenschap over ervaren. Deze kenmerken worden door de meiden niet expliciet benoemd maar spelen wel een rol in de scenario´s.

4.1 Verschillende scenario's

In figuur 4.1 worden verschillende scenario´s weergegeven die voorkwamen in dit onderzoek. De scenario's zijn beschreven op basis van het startpunt, dat zich richt op de gezinssituatie waarin deze meiden opgroeien. Er komen vier startpunten in de scenario´s naar voren.

De verhalen zijn illustratief en zijn gebaseerd op elementen uit meerdere interviews en fictieve informatie, zodat de anonimiteit van de geïnterviewde meiden kan worden bewaakt.



Figuur 4.1 Schema met scenario's

Scenario A: Warm gezin
Een groot deel van de verhalen van de meiden die wij gesproken hebben passen in scenario A waarbij de meiden uit een warm gezin komen. Het scenario kent verschillende paden.
Ondanks dat er thuis geen problemen zijn gaan sommige meiden zich afzetten tegen hun ouders en 'puberen'. Ze gaan hun eigen weg, ook in relaties en liefde en hebben een uitgesproken kinderwens die maakt dat zij geen anticonceptie gebruiken. Daarnaast zijn er ook meiden in deze groep die vervelende ervaringen opdoen in hun relaties met jongens/mannen. Zowel misbruik als problemen

met een loverboy worden genoemd. Deze negatieve ervaringen maken dat meiden op zoek gaan naar liefde en positieve ervaringen en zij een kinderwens ontwikkelen. Daarbij zijn er meiden die gewoon pech hebben en toch zwanger worden.

Ook zijn er meiden in deze groep waarbij jong ouderschap in de omgeving normaal is. Zij gaan vroeg aan de pil en krijgen relaties met oudere of rijpere jongens/mannen. Ondanks dat zij de pil in hun ogen goed gebruiken worden zij toch zwanger. Achteraf blijkt dan vaak dat zij niet wisten dat overgeven of sommige antibiotica invloed heeft op de werking van de pil. Ten slotte zijn er meiden uit warme gezinnen die het risico op zwangerschap laag inschatten en zich niet al te druk maken. Zij gebruiken wel anticonceptie zoals het hoort maar krijgen te maken met ongelukjes zoals een gescheurd condoom.

Verhaal

Het was vroeger thuis wel gezellig en ik heb een goede band met mijn zus. Ik was ook veel bij haar toen zij haar kindje had gekregen. En eh, ik deed vaak ook luier verschonen, flesje geven. Dus ik wist hoe ik een baby moest verzorgen. Ik was best jong toen ik aan de pil ben gegaan om mijn menstruatie regelmatiger te krijgen. En ook gewoon voor de veiligheid maar ik had toen nog geen relatie dus ja, het was meer gewoon voor mezelf. Toen op een gegeven moment kreeg ik wel een vriend en toen had ik ook seks. Maar ik gebruikte gewoon nog de pil. Pas toen ik zwanger was, ben ik erachter gekomen dat de pil niet werkt als je ziek bent.

Verhaal

Toen ik jong was had ik het fijn thuis. Maar toen ik wat ouder werd had ik wel een slecht leven. Ik had een fout vriendje gehad, een loverboy. Dus ik woonde eerst ver weg om daar vanaf te komen, dus ik had daar niet echt iets. En toen kreeg ik een nieuwe relatie met de vader van mijn kind en daar ging het wel goed mee. Dus toen ben ik naar hem verhuisd, ben ik bij hem ingetrokken. Ja, en al die tijd ging het dan goed en toen ineens was ik zwanger. We gebruikten altijd condooms dus ik weet niet hoe het gebeurd is.

Scenario B: Slechte relatie met ouders

Meiden in scenario B geven aan dat zij een slechte relatie hebben met hun ouders en weinig steun van hen (hebben) ervaren. Zij zijn emotioneel verwaarloosd en waren op zichzelf aangewezen. Door het gebrek aan steun en liefde bij ouders, is hun relatie met hun vriend belangrijk. Een latente kinderwens speelt veelal een rol bij het ontstaan van de zwangerschap en zij gebruiken anticonceptie onjuist of niet.

Verhaal

Mijn ouders hadden weinig aandacht voor mij, nog steeds niet. Toen ik klein was, was er niet iemand die even naar mijn schoolwerk keek of, weet je, die mijn dingen die ik op school maakte zo aan de muur plakte, weet je, wat ik met mijn kind nu doe. En dat was eigenlijk toch wel een leegte wat heel lang in mij heeft geleefd. Mijn vader heeft een eigen bedrijfje. Hij kijkt niet om naar zijn dochter maar is alleen met zijn eigen kringetje en leven bezig. En ook mijn moeder is vooral met zichzelf bezig. Ik moet soms meer voor haar zorgen. En ik ben haar dochter, niet haar moeder.
Ik ging altijd mijn eigen weg en toen kreeg ik een relatie met mijn vriend. Ja en dat was toen heel anders. Ik had echt een roze bril op en het was erg fijn. Ik had eerder een relatie gehad en seks met mijn vorige vriend. Ik was toen eerst wel aan de pil maar mijn lichaam werd er groter van. Ik kreeg grotere borsten, grotere billen en dat vond ik allemaal niet zo fijn, dus toen was ik ermee gestopt. Toen is er nooit wat mis gegaan en nu was ik in een keer zwanger. Maar dat was eigenlijk, eh, we hadden wel gesproken over kinderen en zo en een beetje van andere dingen. We wilden wel kinderen maar niet op deze termijn. Je praat er wel over, maar of het dan echt werkelijk gebeurt, en als het echt gebeurt, dan schrik je wel even.

Scenario C: Verslaving / problemen ouders / geweld in gezin

In scenario C spelen verslaving, psychische problemen en geweld in het gezin een rol. Het verdere scenario kent verschillende paden. Bij meiden kunnen de problemen in het gezin enerzijds leiden tot emotionele verwaarlozing of opstandig gedrag maar ook tot een uithuisplaatsing. In het geval van emotionele verwaarlozing als gevolg van de problemen thuis zie je dat meiden naar hun vriend

toetrekken en dat er een uitgesproken kinderwens is. Deze uitgesproken kinderwens zien we ook terug bij de meiden in dit scenario die uithuis geplaatst zijn. In beide gevallen gaan de meiden op zoek naar warmte en liefde die zij gemist hebben en gebruiken zij geen anticonceptie of gebruiken zij deze onjuist. Bij een meisje dat uithuis geplaatst is speelde een kinderwens niet mee maar mocht zij vanuit haar omgeving geen anticonceptie gebruiken. Daarnaast zijn er meiden die zich gaan afzetten tegen hun ouders vanwege de problemen thuis. Ook op het gebied van relaties en seks zetten zij zich af tegen de omgeving en zijn onzorgvuldig met hun anticonceptie. Het lijkt hen weinig te kunnen schelen.

Verhaal
Ik heb gewoon nooit een prettige jeugd en leven gehad. Mijn moeder is alcoholist. Ja, ik mocht doen en laten wat ik wilde iedere dag. Er had me van alles kunnen overkomen, als je terugdenkt. Ik had weinig contact met mijn moeder. Op mijn twaalfde ben ik uithuis geplaatst weg van mijn moeder en ben ik bij mijn tante gaan wonen. Dat was wel fijn maar je mist toch je eigen echte thuis wat er nooit was. Ik wilde heel graag gewoon een kindje opvoeden en gewoon de liefde geven die ik nooit van mijn eigen moeder heb gehad. Toen heb ik in één keer besloten te stoppen met de pil.

Verhaal
Mijn vader was weinig thuis en als hij er was dan was hij snel boos. Hij heeft ook een alcoholprobleem. Mijn moeder werkte heel veel, dus was ik heel veel alleen, alleen koken en dit, en… Dus ik was sowieso wel al met andere dingen bezig als meisjes van mijn eigen leeftijd. Ik had een beetje overal schijt aan. Mijn moeder zei bij wijze van: om elf uur ben je terug en dan dacht ik van: oh, één uur kan ook wel. Of dan waren we uit geweest en dan zei ze bijvoorbeeld: ja, de sleutel ligt daar en ja, ik hoop wel dat je rond een uur of drie/vier terug bent en dan kwam ik soms om half acht. En ja, dat boeide me eigenlijk allemaal niet zoveel. Toen is het allemaal een beetje, ja, uit de hand gelopen. Ik was wel aan de pil maar dat ging kennelijk niet goed, wist ik veel. Eh, ja, toen ben ik door de pil heen zwanger geraakt.

Scenario D: Ouders gescheiden/moeder alleen
Een groep meiden groeit op in een situatie waarin hun ouders gescheiden zijn en hun moeder vaak alleen voor haar (kind)eren zorgt. Het contact met hun vader is vaak slecht of zij kennen hem helemaal niet. Deze thuissituatie is soms zo instabiel dat de meisjes uithuis worden geplaatst of dat zij zich gaan afzetten tegen hun ouder. Zij zijn op zichzelf aangewezen en zoeken warmte en liefde. In de situaties dat meiden uithuis worden geplaatst zien we wederom dat een kinderwens een rol speelt maar ook een te lage risico inschatting. De meiden die zich afzetten tegen hun ouder hebben veelal een kinderwens maar hier speelt ook de relatie met oudere mannen een rol. Doordat zij een oudere vriend hebben die al klaar is voor kinderen wordt een kinderwens bij henzelf aangewakkerd. De kinderwens leidt ertoe dat meiden geen anticonceptie gebruiken of hier onzorgvuldig mee zijn.

Verhaal
Met mijn vader daar heb ik geen contact mee. Mijn ouders zijn gescheiden en toen is hij weg gegaan. Mijn moeder kwam er toen alleen voor te staan met twee kinderen. En ze moest veel werken dus toen ben ik gaan helpen. Dus ik ging stofzuigen, dweilen, schoonmaken, de was deed ik, de wasmachine, de droger, ook op rekken ophangen en dat soort dingen. Ik deed ook koken grotendeels. Eigenlijk deed ik bijna alles in huis. Mijn moeder ging soms wel stappen en ik ging ook mee. Ja, dat was eigenlijk ook wel weer fout van mezelf, want ik was twaalf. Dus ja, toen eh, ben ik ook gaan drinken en dat soort dingen. Toen ben ik meer mijn eigen ding gaan doen. Ja, laat ik het zo zeggen: ik ben vrij snel volwassen geworden.
Toen ik 11 was kreeg ik voor het eerst een relatie met een oudere man. Ja, eigenlijk val ik gewoon op oudere mannen. Drie jaar later ontmoette ik mijn vriend, hij was toen 25 jaar. Maar wij eh, ja, we wilden wel graag kinderen, zeg maar. Ik had wel zoiets van: ik was wel 14, dus ik had toen echt wel zoiets van: nee, nu vind ik het eigenlijk nog te vroeg. Maar toen ik zestien werd, ja, toen wilden we graag kinderen. Het was niet echt gepland want ik was wel aan de pil maar die vergat ik soms wel.

Verhaal
Ik heb mijn vader nooit gekend. Ik heb nu wel weer contact met mijn moeder. Vanaf mijn veertiende woonde ik bij mijn tante en vanuit mijn tante woonde ik in een pleeggezin en vanuit het pleeggezin

woonde ik op kamertraining. Om het allemaal kort en bondig te zeggen, eh, mijn moeders kinderen werden al vroeg uit huis geplaatst via Jeugdzorg. En toen moest ik snel volwassen worden. Bij het pleeggezin was het heel anders, want dat was een strenge familie, dus dat was ook voor mij heel erg wennen. Toen ben ik dus op mezelf gaan wonen bij de kamertraining. Daar ben ik toen mijn eigen ding gaan doen en had ik ook relaties enzo. Ik had altijd het idee dat ik toch niet zwanger zou worden. Ik gebruikte geen voorbehoedsmiddelen en dat ging heel lang goed. Dus het was heel raar, ik dacht van: ik kan niet zwanger raken.

4.2 Samenvatting

Ongeacht het scenario dat de aanloop van factoren naar een zwangerschap beschrijft, speelt mee dat deze meiden te maken hebben met een beperkt toekomst perspectief, doorgaans weinig zelfvertrouwen hebben en weinig regie in hun leven ervaren. Een kinderwens is vaak aanwezig, al kan dit variëren van latent tot zeer uitgesproken. De scenario´s zijn beschreven vanuit het startpunt van de gezinssituatie waarin deze meiden opgroeien. De paden eindigen met het gebruik van anticonceptie. Er zijn behoorlijk veel paden en dat laat zien dat het verloop vanaf het startpunt tot aan de wijze van anticonceptie gebruik diffuus is. De eigen psychosociale ontwikkeling, houding tegenover zwangerschap, kinderwens, de seksuele en relationele ontwikkeling, en het ontbreken van juist anticonceptie gebruik spelen een rol.

4.3 Verschil met tienermeiden zonder beperking

In vergelijking met meiden zonder lichte verstandelijke beperking zijn er minder scenario's. Externe factoren, zoals excessen in hun vroegere thuissituatie of jeugd spelen minder vaak een bepalende rol in de aanloop naar een zwangerschap. Verder is er bij meiden met een lvb vaker een (latente) kinderwens aanwezig.

5 Beleving zwangerschap en keuze

5.1 Ontdekking van de zwangerschap

Schok, signalen gemist
Een groot deel van de meiden gaf aan dat het wel een schok was om erachter te komen dat zij zwanger waren. Zij hadden niet verwacht zwanger te zijn en herkenden de signalen niet, zoals misselijkheid, dikker worden en het uitblijven van de menstruatie.

> *Ik kwam hier op school aan en toen ging ik naar mijn mentor. Ik gaf aan mijn mentor aan dat ik me heel vaak misselijk voelde en elke keer merkte dat mijn buik dikker werd. Toen is hij met een orthopedagoog van school, volgens mij, zijn ze met mij een test gaan doen. En toen kwam ik erachter dat ik zwanger was.*

Blij
Ondanks dat meiden ervan schrokken zwanger te zijn, waren de meesten vrijwel meteen blij met de zwangerschap. Ze hadden niet verwacht dat zij zwanger waren maar hadden, na de eerste schok, wel meteen een positief gevoel bij de zwangerschap.

> *Ik was even in shock, maar ik was blij, want mijn kinderwens had ik wel vanaf kleins af aan.*

> *Ik dacht van…ja, gewoon, ik was op zijn minst blij voor mijzelf, want ik kon mijn gezin stichten, mijn kinderen hebben dan een vader, wat ik niet heb gehad vroeger. Dat is wat ik dan wil meegeven aan mijn zoon of aan mijn kinderen.*

Angst/zorgen
Bij sommige meiden gaat de schok over in blijheid maar zij hebben daarbij ook wel zorgen of angsten. Die zijn er voornamelijk rondom het aanpakken van allerlei praktische zaken die bij een zwangerschap en het ouderschap komen kijken en rondom de vraag hoe hun omgeving gaat reageren.

> *En eh, ja, ik was wel geschrokken, maar ook tegelijkertijd blij. Maar een angst van, eh: hoe moet ik het later, hoe moet ik mijn kind op laten groeien? Ik ben er zelf nog niet helemaal klaar voor. Ik ben zelf nog eigenlijk een beetje een kind. Hoe moet ik mijn kind op laten groeien? Eh, ja, dat was het een beetje. Ja.*

> *Maar ja, je was ook wel bang, weet je, voor de reactie van mijn vriend. Maar voor de rest heb ik eh, was ik gewoon heel blij.*

Enkele meiden geven aan dat de schok gepaard ging met gevoelens van paniek. De zorgen over hoe zij het moesten aanpakken overheersten.

> *Ik dacht dat dat ding niet goed was, dus ik heb nog vier testen daarna moeten doen van mijn moeder. Maar toen kwam het er toch blijkbaar uit dat ik zwanger was.*
> ***En wat vond je daarvan toen je zwanger was?***
> *Toen dacht ik bij mezelf: hoe moet ik dat doen? Ik woon nog bij mijn moeder en alles.*

5.2 Reacties in de omgeving

Reactie jongen/man
In de gesprekken met de meiden komt niet altijd ter sprake hoe de betrokken jongen of man reageerde op het nieuws van de zwangerschap. Het zijn voornamelijk de meiden die in een vaste relatie zitten die hier iets over zeggen. Vaak is hun vriend de eerste persoon, die zij vertellen over de zwangerschap. Het merendeel van deze partners is in schok maar toch uiteindelijk ook blij met het nieuws.

En hoe reageerde je vriend?
Heel verdrietig. Maar hij was er wel blij mee, maar ook weer aan de andere kant weer niet. We waren allebei nog heel jong.

In sommige situaties was er bij de jongen/man angst voor de reactie van de omgeving omdat ongehuwd zwanger zijn in een islamitische omgeving niet kan.

Ja, hij was ook geschrokken. Hij was een beetje bang over dat als je familie erachter komt, dan heb je een groot probleem.

Ook waren er jongens/mannen die negatief reageerden op het nieuws. Zij zijn boos of verwijtend naar het meisje toe. Enkele van hen wilden niet dat de zwangerschap werd voortgezet en ze gingen weg bij het meisje.

Ik heb dat gedaan en heb ik gezegd: ik ben zwanger, de test is positief. Hij heeft wel opgenomen, maar hij heeft gelijk opgehangen. Dat was wel een klap die tijd want we waren al 6 jaar bij elkaar. Op een gegeven moment heeft hij me laten, ja, barsten.

In de situaties van een kortdurende relatie of waarin er sprake is van een 'losse' sekspartner, blijkt uit de verhalen dat de jongens/mannen vaak niet positief zijn over de zwangerschap. Deze jongens/mannen worden niet betrokken of kiezen er zelf voor om verder niets meer met het meisje te maken te hebben.

Reactie moeder
Uit de gesprekken met de meiden blijkt dat de reactie van hun moeder belangrijk is. Er zijn wisselende reacties maar over het algemeen zijn de moeders van de meiden positief over de zwangerschap.

Toen daarna eigenlijk naar mijn moeder. En mijn vader, die zei van: och, och, waar ben je nou weer aan begonnen? Maar ja, ze vonden het natuurlijk wel hartstikke leuk.

Meiden vertellen ook dat hun moeder soms in eerste instantie negatief reageerde, waarna ze later bijdraaide en er vervolgens blij mee was. Dit was voor de meiden zelf wel verwarrend.

En mijn moeder, die zei van: nou, als ik jou was zou ik naar de dokter gaan om het weg te laten halen. Abortus bedoelde ze. Eh, school is belangrijker. Nou, ik heb geen antwoord gegeven. Twee weken of een maand daarna was er een jongetje overleden van een kennis en ze zei van: ben je nog zwanger? Toen dacht ik: o, dus ze vindt het niet meer erg dat ik zwanger ben. Nou, voor de rest heeft ze me wel gesteund tijdens mijn hele zwangerschap en na de bevalling.

Reactie vader
De vaders van de meiden worden soms pas wat later ingelicht dan hun moeder. Ook hier zijn de reacties wisselend. Meiden geven aan dat hun vader soms wel in schok was maar hun wel steunde in hun keuze.

Ja, mijn vader zei: ik sta…ja, toen ik het vertelde dat ik zwanger was, zei hij: ik sta achter al je keuzes, ik zal je overal bij helpen, of je nou stopt met de zwangerschap of je laat het doorgaan.

Soms gaat de schok bij de vader of schoonvader gepaard met boosheid. Hij staat negatief tegenover de zwangerschap maar trekt uiteindelijk wel weer bij.

En zijn vader, die is echt gewoon eh, letterlijk twee dagen boos geweest. Ja. En die was er ook niet blij mee. Die moest er ook echt niets van weten tot ik was bevallen. Ja, tot hij zijn kleinzoon in zijn armen had.

Niet alle vaders trekken op een gegeven moment weer bij. Enkele meiden geven aan dat hun vader er niets mee te maken wil hebben en dat dit ook zo blijft.

> *Die wist het nog niet, totdat ik een echo kreeg, toen liet ik het zien. Toen wilde hij er niets mee te maken hebben.*

Reactie schoonouders
In de gesprekken met de meiden komt de reactie van schoonouders weinig ter sprake. Bij de meiden die hier iets over zeggen wordt duidelijk dat de reacties bij schoonouders wisselend zijn. Ook hier is de reactie soms niet direct positief, maar kan dit wel bijtrekken.

> *Van zijn ouders helemaal niet. Die hadden liever gehad dat we het hadden weggehaald. Maar dat is gelukkig niet gebeurd en nu zijn ze er heel blij mee.*

Angst voor reactie
Voor sommige meiden was het vertellen aan hun (schoon)ouder(s) dermate stressvol dat ze dit moment lang bleven uitstellen. Uiteindelijk bleek in de meeste gevallen de angst ongegrond omdat (schoon)ouders steunend reageerden op het nieuws.

> *Maar eh, ik was eigenlijk bang voor de reactie, zeg maar, omdat ik toch zestien was en ik nog op school zat. Ja, dus eh, ja, toen uiteindelijk hebben we het dus wel gezegd met achttien weken. Toen hebben we ook wel ruzie gehad eigenlijk, gewoon om het feit dat ik het niet eerder had gezegd. Maar ja, het is uiteindelijk wel goed gekomen, ik heb het hen gewoon gezegd.*

5.3 Beleving van de verdere zwangerschap

Na de eerste schok van de ontdekking van de zwangerschap, verloopt deze verder bij het merendeel van de meiden goed. Meiden vinden het 'gezellig' om zwanger te zijn en de meeste van hen voelen zich goed.

> *Ik vond het leuk om zwanger te zijn. Ja, gewoon vijf/zes maanden, dat is leuk, dat stukje. Gewoon gezellig met zo'n buik.*

Een enkel meisje geeft aan dat ze het leuk vond maar ook griezelig om een bewegend kind in je buik te hebben.

> *Griezelig (lacht). Ja, heel gek, maar ik vond het echt, echt eh, eng, vanaf het begin, de bewegingen in je buik. Ja, echt heel raar.*

Daarnaast zijn er ook meiden die wel blij zijn met de zwangerschap maar die kampen met zorgen en angsten. Zij zijn bang of ze het allemaal wel goed gaan doen en vrezen dat Jeugdzorg mogelijk gaat ingrijpen.

> *Ik was wel blij, maar ik was ook bang, want tijdens mijn hele zwangerschap was ik bang. En hoe ik me voelde was of ik het wel zou halen en ook binnen het Moeder- en Kindhuis, want ik woonde in een Moeder- en Kindhuis en ik heb echt veel gezien met moeders, hoe hun kinderen al gauw werden afgepakt door Jeugdzorg.*

Niet alle meiden hebben een makkelijke zwangerschap. Sommige van hen zijn heel ziek gedurende de zwangerschap waardoor het zwaar is. Ook zijn er meiden die aan het einde van de zwangerschap complicaties krijgen en een moeilijke bevalling hebben.

> *Bij haar ben ik heel veel ziek geweest. Echt heel veel, dat heeft echt tot zes/zeven maanden aangehouden.*

Ja, ik heb thuisbevalling gedaan en eigenlijk ging alles goed tot ik mijn nageboorte nog moest uitdoen en die bleef hangen. Toen ben ik naar het ziekenhuis gegaan. Hebben ze met zeven/acht man op mijn buik lopen drukken om de placenta nog los te krijgen, maar dat is ook niet gelukt. Toen ben ik met spoed om kwart voor elf naar de operatie gegaan en daar heb ik ook nog eens drie liter bloed verloren.

5.4 Keuze

Meteen weten het te willen uitdragen
Voor veel meiden blijkt dat er niet echt een keuzeproces bij hen is geweest. Toen zij erachter kwamen dat zij zwanger waren, hadden ze meteen het idee dat ze de zwangerschap wilden uitdragen.

Eigenlijk toen ik naar de dokter fietste van: als het zo is, dan is het zo. Ja. Ik heb eigenlijk niet eens erover nagedacht om het weg te laten halen. Daar ben ik helemaal niet mee bezig geweest.

Het horen kloppen van het hartje versterkt meiden in hun keuze om de zwangerschap uit te dragen. Dat is voor hen een teken dat 'het kindje leeft' en dat het ´echt´ is en ze gaan er dan voor.

Want ik heb met zeven weken, mocht ik ook gelijk het hartje horen. Dus, ja dan kan je dat niet meer weghalen, dan krijg je gelijk een moedergevoel.

Daarbij is het voor een groot deel van de meiden gewoon geen optie om de zwangerschap af te breken. Het krijgen van een kind zien zij als iets moois dus dan is abortus of een kind afstaan geen optie.

Ja, ik heb gewoon besloten om het te houden, want om het weg te geven zou ik echt niet over mijn hart verkrijgen. Om abortus te doen ook niet. Dat was voor mij gewoon geen optie. En toen heb ik gewoon besloten om het te houden, want ja, het is toch iets moois wat je ervoor terug krijgt.

Bij sommige meiden speelt ook de angst mee dat je na een abortus niet zwanger meer kunt raken dus dat je de zwangerschap nooit moet laten afbreken.

Nee, ik heb altijd tegen mezelf gezegd: mocht ik zwanger raken, de eerste keer, nooit weghalen, want je weet maar nooit of je nog een keer zwanger kunt raken.

Abortus kon niet meer
Er zijn ook meiden die er pas laat achter komen dat zij zwanger zijn. Sommige van hen zijn al 5 of 6 maanden zwanger op het moment dat zij het ontdekken. Deze meiden geven aan dat abortus in dit stadium geen optie meer was. Ondanks dat de optie van het afstaan van een kind ook met meiden wordt besproken, kiezen de meiden die we gesproken hebben er toch voor om zelf voor het kind te gaan zorgen.

Ik moest kiezen: of ja, weg laten halen, maar met vijf maanden doen ze dat in principe niet meer, dus ik had eigenlijk al geen keuze meer. Dus dan heb ik mezelf aan de kant gezet en gedacht van: ik ga ervoor.

Ik mocht pas een keuze maken na mijn bevalling. Die keuze had ik hier. Ik had twee opties: houden en hier zijn of pleeggezin en weg hier. Hij kwam eruit en toen wist ik het meteen dat ik hem zou houden.

Enkele meiden waren er liever eerder achter gekomen zodat ze nog een keuze hadden gehad in het uitdragen of afbreken van de zwangerschap. Als ze de keuze hadden gehad, was deze wellicht anders uitgevallen en hadden ze de zwangerschap laten afbreken.

Ik kon niks meer, ik moest het kindje houden, zeg maar. Ik was, eh, je kunt je kindje met drie maanden weg laten halen en ik was al zes maanden, dus ik was al over de helft. Als ik korter was dan zes maanden, dan had ik het gestopt, zeg maar. Dan had ik gewoon nog verder van mijn jeugd kunnen genieten.

Overwegingen abortus
De meeste meiden die zijn geïnterviewd hebben ervoor gekozen de zwangerschap uit te dragen. Bij het maken van een keuze blijkt uit het bovenstaande dat veel meiden abortus niet (echt) hebben overwogen. Slechts enkele meiden geven aan in hun interview dat ze over een abortus hebben nagedacht. Daarvan heeft één van hen voor abortus gekozen. Redenen om een abortus te overwegen hebben veelal te maken met de relatie met hun vriend. Een slechte relatie of een vriend met een crimineel verleden maken dat meiden twijfelen of ze in deze situatie wel een kind met hun vriend willen krijgen.

Uiteindelijk was ik eigenlijk helemaal niet zo blij, want het ging eigenlijk niet goed met mijn vriend en ja, uiteindelijk zei hij van: ik hoef jou niet en dat kind hoef ik ook niet. En toen ja, toen stapelden eigenlijk de problemen zich wel op van: hoe ga ik dat in mijn eentje doen? Ik was ook helemaal niet blij meer. Toen heb ik besloten om naar een seksuoloog te gaan, om de beslissing te maken van wel of geen kindje te houden. Heb ik heel veel aan gehad. Uiteindelijk heb ik besloten het kindje niet te houden, heb ik abortus gepleegd.

5.5 Rol van de omgeving bij keuze

Rol jongen/man
Bij het maken van de keuze voor het uitdragen of afbreken van de zwangerschap kan de betrokken jongen of man een verschillende rol spelen. Uit de verhalen van de meiden met een vaste relatie komt naar voren dat er vaak sprake is van een gezamenlijke beslissing.

We zijn er uitgekomen dat we het hielden, houden. Ik heb er geen spijt van. Ik denk dat ik er spijt van had gekregen als ik het weg had laten halen.

Hierbij wordt ook wel duidelijk dat soms de meiden hun vriend volgen in hun wens om een kind te krijgen. In deze gevallen gaat het vaak om een vriend die ouder is en een uitgesproken kinderwens heeft.

Hij wilde heel graag kinderen. Aangezien hij ook al 23 is, wilde hij heel graag kinderen. Dus heb ik zoiets gedaan van: ja, ik doe het meer voor hem, maar zelf denk ik bij mezelf van: ja, ik ben nog jong.

Bij een deel van de meiden was echter geen sprake van een gezamenlijke beslissing of zelfs steun vanuit de jongen/man. Uit de interviews blijkt dat vooral bij de korte en minder stabiele relaties de jongen/man het kind niet wilde hebben en, na soms wat twijfelen, zijn eigen weg koos. Hij liet de keuze en verdere zorg voor het kind aan het meisje over.

Maar dat is ook heel lastig, want hij wilde baby niet. Dus ik sta er eigenlijk helemaal alleen voor.

Ik heb contact met hem opgenomen en hij zei van: je mag het houden, maar je moet weten wat de gevolgen zijn en ja, ik eh, jij wordt moeder, ik ben vader. Ik dacht: oké, dat is goed, hij is er niet tegen. Na een paar weken vond hij van: ja, ik moet het weghalen. Zei hij van: ja, houd het maar, maar ik ga niets eraan doen. Ik ga niet naar hem kijken of neem geen contact.

Daarnaast zijn er ook jongens/mannen die druk uitoefenen om de zwangerschap af te breken. De meiden waarbij dit speelde, vonden dit lastig maar hebben hun eigen keuze gemaakt en zich niet laten dwingen door hun vriend.

Ik was wel blij, maar ik heb er niet echt van genoten, want hij heeft in de eerste paar maanden zelfs tegen me gezegd, een soort van: ga dat ding weghalen.

Rol ouders/begeleiding

Over de rol van ouders en familie bij het maken van de keuze voor het uitdragen of afbreken van de zwangerschap wordt door meiden in de interviews weinig gesproken. Uit het verloop van de verhalen van de meiden blijkt dat ouders vaak wel positief denken over het uitdragen van de zwangerschap en hun dochter hierbij steunen. Veel meiden ervaren niet echt een keuzeproces omdat ze meteen zeker weten dat ze de zwangerschap willen uitdragen en zelf voor het kind willen zorgen. Wellicht dat hierdoor de invloed van ouders op de keuze ook minder naar voren komt in de gesprekken.
Er zijn enkele meiden die iets zeggen over de rol van hun ouders bij het maken van de keuze over wat te doen met de zwangerschap. Dit zijn wisselende verhalen. Zo was het soms prettig om de keuze met ouders te bespreken:

Ik heb heel veel gepraat ook met mijn familie. Mensen zoals mijn ouders en dat soort dingen. En dan ja, wordt het wel makkelijker.
En kun je vertellen waardoor dat prettig was?
Nou, dan heb je toch, zeg maar, dat zij je toch helpen toch dat je een beetje een eigen keuze kunt maken toch dat zij er wel wat van zeggen gewoon, van: dit en dat kan je beter, eh…

Maar was er soms ook sprake van ouders die druk uitoefenden om een bepaalde keuze te maken:

En mijn moeder ook, want die stond op abortus, omdat ik nog zo jong was. Maar dat heb ik niet gedaan.

Naast ouders, spelen begeleiders vanuit Jeugdzorg bij meiden ook een rol. Uit de verhalen blijkt wel dat er angst is bij meiden voor wat Jeugdzorg kan doen als er een kind komt. Maar er wordt weinig gezegd over hun rol bij het maken van een keuze. Een enkel meisje geeft aan dat haar begeleiders haar wel hadden geadviseerd om de zwangerschap af te breken. In dit geval sloot dit advies aan bij de uiteindelijke keuze van het meisje zelf.

Maar zij hebben wel echt elke keer gezegd van dat ik het weg moest laten halen. Dat heeft de begeleiding wel gedaan.

5.6 Samenvatting

Voor veel meiden komt de zwangerschap onverwacht. Zij hebben signalen gemist maar lijken er ook weinig mee bezig te zijn waardoor het als een verrassing komt. Uit de gesprekken komt naar voren dat ondanks het ongeplande karakter van de zwangerschap, de meeste meiden vrijwel meteen blij zijn met de zwangerschap. Soms is er wel enige angst of zorg over hoe hun omgeving gaat reageren of over hoe ze het gaan aanpakken.
De jongens/mannen die al langer in beeld zijn reageren meestal geschokt, maar zijn ook blij met het nieuws. Bij de jongens/mannen heerst soms ook wel angst voor de reactie van de omgeving. Naast de positieve reacties zijn er ook jongens/mannen die negatief reageren op het nieuws en het meisje verlaten. Dit zijn vaak de jongens/mannen waarmee de meiden pas kort een relatie hebben of waarbij het een 'losse' relatie is.
Meiden geven aan dat ze wisselende reacties krijgen van hun moeder en vader. Over het algemeen zijn ouders, en vooral de moeders, positief over de zwangerschap. Soms reageren moeders in eerste instantie negatief, maar draaien snel bij en staan er dan positief tegenover. Ook vaders kunnen soms in eerste instantie boos reageren, maar trekken vervolgens vaak bij. Over de reactie van schoonouders wordt door de meiden weinig verteld. Het valt sommige meiden zwaar om het nieuws aan hun (schoon)ouder(s) te moeten vertellen waardoor ze het uitstellen.
Over het verloop van hun zwangerschap vertellen meiden in de interviews weinig. Ze vinden het 'gezellig' om zwanger te zijn en in de meeste gevallen verloopt de zwangerschap voorspoedig. Enkele meiden geven aan dat zij zorgen hebben, ziek zijn of complicaties krijgen tijdens hun zwangerschap of bij de bevalling. Dit maakt het voor hen zwaarder.

Voor wat betreft de keuze voor het uitdragen of afbreken van de zwangerschap, blijkt dat veel meiden meteen weten dat ze de zwangerschap willen uitdragen en voor het kind willen zorgen. Het feit dat velen van hen een kinderwens hebben, speelt hierbij hoogstwaarschijnlijk een rol. Daarnaast denken veel meiden negatief over abortus en is dit voor velen geen optie. Enkele meiden komen er pas laat achter dat zij zwanger zijn waardoor de keuze voor een abortus niet meer gemaakt kan worden. De weinige meiden die aangeven dat zij een abortus hebben overwogen, hebben dit gedaan vanwege een slechte relatie met hun vriend of vanwege een problematische (criminele) achtergrond van hun vriend.
Bij het maken van een keuze kan de betrokken jongen/man een verschillende rol spelen. In de langere en stabielere relaties nemen het meisje en haar vriend de keuze vaak samen. Soms speelt de vriend een leidende rol bij de beslissing om de zwangerschap uit te dragen. Dit is vooral het geval wanneer sprake is van een oudere vriend die een uitgesproken kinderwens heeft. Daarnaast zijn er ook jongens/mannen die druk uitoefenen om de zwangerschap af te breken. Dit is voor meiden lastig maar zij laten zich hier in hun keuze weinig door beïnvloeden. Over de rol van ouders bij de keuze wordt door de meiden in de interviews weinig gesproken. Soms worden ouders als adviseurs betrokken maar er zijn ook ouders die druk uitoefenen voor een abortus. Het is onduidelijk hoe groot de rol is die ouders spelen bij het maken van de keuze.

5.7 Verschil met tienermeiden zonder beperking

In de beleving van de zwangerschap en de keuze voor het doorzetten of afbreken daarvan, is er een aantal verschillen tussen meiden met en zonder een lichte verstandelijke beperking.
Uit de gesprekken met meiden zonder beperking blijkt dat zij in een grote schok en paniek verkeren op het moment dat zij erachter komen dat zij zwanger zijn. Ondanks dat voor meiden met een lvb de zwangerschap vaak ook onverwacht is, is de schok kleiner en zijn deze meiden sneller blij met hun zwangerschap. Tienermeiden zonder beperking en die zwanger zijn, maken zich meer zorgen over de toekomst, hun opleiding en hoe zij het leven met een kind moeten aanpakken. Ook voelen deze meiden zich schuldig en schamen zij zich voor het feit dat zij zo jong zwanger zijn geworden. De meiden met een lvb die wij gesproken hebben, benoemen deze obstakels en zorgen veel minder. Dit sluit aan bij het algemene beeld van personen met een lichte verstandelijke beperking. Zij kunnen minder goed plannen en vooruit kijken waardoor zij ook minder beren op de weg zien.
Ook blijken de geïnterviewde meiden zonder beperking op meer weerstand te stuiten uit hun omgeving dan de meiden met een lvb. Bij deze laatste groep zijn ouders wel geschrokken maar is de reactie op de zwangerschap van ouders en de omgeving veelal positief. Wel hebben sommige ouders even de tijd nodig om aan het idee te wennen. Bij meiden zonder beperking is de omgeving vaker negatief en boos over het feit dat het meisje op jonge leeftijd zwanger is geworden. Hier kan ook meespelen dat de relatie met ouders zich regelmatig kenmerkt door problemen, terwijl de band met ouders bij meiden met een lvb vaker warm lijkt te zijn.
Tot slot, is een opvallende overeenkomst tussen de twee groepen meiden dat er over abortus negatief wordt gedacht en dat meiden dit in weinig gevallen als een optie zien.

6 Perspectief van professionals

Dit hoofdstuk is gebaseerd op interviews met 17 professionals die regelmatig of uitsluitend werken met meiden en vrouwen met een lvb. Deze professionals zijn allemaal werkzaam in de zorg, welzijn, hulpverlening of het onderwijs. Aangezien veel professionals een hulpverlenende of begeleidende functie hebben, zien zij vooral meiden met een hulpbehoefte- of vraag, die professionele begeleiding nodig hebben.

6.1 Kenmerken van de meiden

Het beeld van de professionals over meiden met een lvb sluit aan bij de algemene beschrijving in paragraaf 1.2. Ze zien vaak dat deze meiden bij de dag leven en de lange-termijn consequenties van hun handelen en keuzes vaak niet goed kunnen inschatten. In vergelijking met meiden zonder lvb laten ze zich meer leiden door hun emoties dan hun ratio. Informatie beklijft lastig bij hen. Ook is het lastig om kennis en vaardigheden die ze verwerven, toe te passen in concrete situaties.

Er is veel variatie in de gezinssituaties waarin meiden met een lvb opgroeien. De geïnterviewde hulpverleners krijgen vooral met meiden te maken waarin de omgeving instabiel is of beperkte ondersteuning kan bieden. Soms zijn ouders zelf ook verstandelijk beperkt.

Professionals stellen dat meiden met een lvb niet altijd als zodanig worden opgemerkt door niet-gespecialiseerde professionals. Soms ontbreekt kennis over het signaleren van een verstandelijke beperking. Deze meiden zijn soms goed gebekt, waardoor verminderde verstandelijke vermogens niet altijd direct opvallen. Wanneer ook sprake is van een laag sociaaleconomisch milieu, of persoonlijkheidsproblematiek dan kan het voor niet-gespecialiseerde professionals moeilijk zijn om mogelijke problemen als gevolg van een lichte verstandelijke beperking te onderscheiden als aanvullend aandachtspunt.

6.2 Factoren in de aanloop van de zwangerschap

Professionals geven het beeld dat meiden met een lvb weinig doen om te voorkomen dat ze zwanger worden. Het is vaak een combinatie van enerzijds een (latente) kinderwens en anderzijds weinig doen om een zwangerschap te voorkomen of een lage risico-inschatting maken op zwanger worden. Bij tienermeiden met een lvb zijn zwangerschappen weliswaar zelden gepland, maar niet echt ongewenst.

Deze meiden ervaren weinig prikkels om maatregelen te nemen om niet zwanger te worden. Dit kan te maken hebben met hun verstandelijke beperking waarbij ze de lange termijn consequenties van een zwangerschap op jonge leeftijd weinig overzien. Daarnaast zien meerdere professionals dat een kind voor deze meiden richting en een positief perspectief in het leven kan geven. Ze willen vaak moeder worden en als dat op een wat jongere leeftijd is dan zien ze daar zelf weinig problemen in, ook al ziet de omgeving wel hobbels op de weg.

> *Ik denk dat het heel vaak ook wel dat balanceren is. Dat ze dat ook wel spannend vinden en misschien ook wel denken van: nou, wie weet is dat wel leuk. En als je het verder thuis allemaal thuis niet zo heel positief hebt, dan lijkt een baby een hele gezellige en leuke uitweg om niet meer naar school te hoeven straks en ja, nog iemand om je heen te hebben waarmee het altijd leuk is, in hun beleving. En een beetje een andere invulling van je leven te kiezen of zo. Ik denk dat dat wel eens meespeelt, dat sommige meiden die wens ook wel gewoon echt hebben. Dat zou heel goed kunnen. Dus dat er dan ook maar wat nonchalant over gedaan wordt en van: nou, het zal wel zo'n vaart niet lopen. Maar toch ook wel van dat het ook niet zo heel veel uitmaakt als het dan wel gebeurt.*

Voor meiden met een instabiele thuissituatie of die met verwaarlozing te maken hebben gehad, kan de wens voor een kindje ook samenhangen met het willen zorgen en houden van iemand. Het biedt ze iets waar ze controle over kunnen hebben, iets om een leegte op te vullen of liefde te geven en van te krijgen.

In sociaal zwakke milieus en Surinaamse en Antilliaanse kringen lijkt het minder ongewoon om jong zwanger te zijn. Soms willen meiden zwanger worden omdat ze het gevoel hebben dat ze er dan bij horen.

Sommigen willen graag een vriend en krijgen al op jonge leeftijd verkering.

> *Het zijn vaak jonge meiden met een verstandelijke beperking die dan verkering krijgen en ook daar al vrij veel investeren. Soms gaan ze ook wel door omstandigheden thuis samen wonen of bij die ouders wonen. Ze hebben meestal niet echt veel financiën. Ja, en dan lijkt het maar zo te gebeuren. Misschien is het ook wel gewoon ergens wel een wens. Het is niet gepland, maar heel vaak wordt het toch ook wel weer omarmd. Dus ja, het heeft ook wel weer met zelfbeeld te maken natuurlijk.*

Professionals zien ook dat deze meiden vaak beïnvloedbaar zijn en dat ze gevoelig zijn voor aandacht. Bij aandacht van jongens/mannen interpreteren ze dit al snel als liefde, waarbij ´verkeerde vriendjes´ makkelijk over hun grenzen heen kunnen gaan. Ze merken ook dat sommige meiden in ontluikende relaties al snel bezig zijn met 'een kindje'.

Volgens professionals gaan deze meiden meestal onzorgvuldig om met anticonceptie. Ze hebben vaak wel basiskennis over anticonceptie en zijn er niet onbekend mee. Maar echt begrijpen hoe anticonceptie werkt en hoe je je goed beschermt tegen zwangerschap is lastig. Soms gebruiken ze helemaal geen anticonceptie of op een slordige of onregelmatige wijze.

Wanneer de (latente) kinderwens voor anderen niet bekend is dan kan dit tot problemen leiden, omdat meiden daardoor ook weinig informatie aangereikt krijgen over zwangerschap en ouderschap of niet worden begeleid of ondersteund.

Bij sommige meiden blijkt het beeld te bestaan dat ze met een kind eerder in aanmerking komen voor een woning of uitkering. In hoeverre dit een bepalende factor is in de aanloop naar een zwangerschap op jonge leeftijd is niet te zeggen.

De levensfase waarin meiden zich bevinden kan een rol spelen. Een professional heeft de indruk dat meiden boven 18 jaar en die van school af zijn vaker een bewuste keuze maken om zwanger te worden. Bij jongere, naar schoolgaande meiden is er vaker sprake van een foutje.
Heel soms speelt seksueel geweld een rol in vroege zwangerschappen.

6.3 Keuze afbreken of doorzetten van de zwangerschap

Meiden staan vaak positief tegenover de zwangerschap en willen de zwangerschap doorzetten. Volgens professionals hebben meiden met een lvb vaak een (latente) kinderwens. Een vroege zwangerschap bij deze meiden doorkruist minder sterk een beoogd studiepad, carrière of andere toekomstplannen dan bij meiden met een hoger opleidingsniveau. Er lijkt ook een taboe te rusten op abortus en sommige meiden vinden abortus gewoonweg geen optie. Ook zijn ze vaak wat traditioneler en na hun opleiding richten ze zich sneller op een 'huisje-boompje-beestje' toekomst dan meiden met een hoger opleidingsniveau. In dat plaatje past ook een kind.

> *Ja, dat zie je vaak dat dat wel te maken heeft met het milieu waar ze uit voortkomen en dat het helemaal niet zo gek is om op een wat jongere leeftijd zwanger te worden. En ze zijn wat traditioneler, zo van: nou ja, weet je, als jij een kind krijgt en je hebt dan verkering, hoe oud ook, dan ga je er gewoon voor. Eigen schuld, dikke bult, had jij maar niet zwanger moeten worden, huppakee. En ja, ik weet dat een aantal jaren geleden er ook wel meiden waren die dachten*

van: nou, ik word wel mooi zwanger, dan hoef ik niet te werken. Dus eh, het zit hem wat meer in de milieus, denk ik, en dat het wat minder gek is of zo. Weet je, het zijn vaak meiden die eh, kijk, als je wat hoger opgeleide meiden hebt, die gaan nog studeren na hun achttiende. Dus daar leeft het idee van: er worden je dingen ontnomen of bepaalde dingen kun je niet meer als je zwanger bent, dus wellicht is een optie om het weg te laten halen. Deze meiden, het zijn allemaal wel meiden die vanaf hun achttiende gaan werken, niet meer doorstuderen. Dus daar begint eigenlijk al het huisje, boompje, beestje veel meer. Dus eh, dus dat ligt ook wel ergens in de achtergrond.

Er zijn niet veel meiden met een lvb die na de ontdekking van de zwangerschap uit zichzelf tot de beslissing komen om de zwangerschap af te breken. De keuze over afbreken of doorzetten ervan is vaak geen lang proces. Hier speelt ook mee dat ze doorgaans minder diepgaand denken over lastige kwesties en minder piekeren.

De houding van ouders kan heel verschillend zijn. Vaak is de boodschap dat voorkomen van zwangerschap het beste is. Soms is de eerste reactie van ouders dat ze boos of teleurgesteld zijn in hun dochter. Na deze eerste reacties, is de houding van ouders rondom de keuze heel divers. Ouders die zelf op jonge leeftijd moeder of vader zijn geworden of die de consequenties weinig overzien, zijn vaak enthousiast en ondersteunend om het kind te laten komen. Soms vermanen ze hun kind dat ze zo jong zwanger zijn geworden, maar daarna zetten ze de schouders eronder en ze willen hun dochter helpen. Sommigen vinden het ook leuk dat ze oma of opa worden. Ze waren zelf ook jong zwanger en zien hierin weinig bezwaren of problemen. Patronen herhalen zich hier.

Dan denk ik van: als je dan ook te maken hebt met ouders die zeggen van: ach, wat maakt het uit en ik vind het allemaal wel gezellig en leuk. Ik wil graag oma worden, dat horen we ook nog wel eens. Ja, dan is daar geen cursus tegen bestand natuurlijk. Dus die omgeving, dat is wel een hele belangrijke. Ja, zwakke ouders, dat maakt het heel lastig.

De situatie kan ook als een dilemma worden ervaren in de omgeving: een kind krijgen is eigenlijk geen optie, maar een abortus wordt ook geen optie gevonden. Sommige ouders vinden dat hun kind niet voor een kind kan zorgen en sturen aan op abortus. Anderen vinden dat je niet mag ingrijpen bij zwangerschap, en het komt ook voor dat ouders vinden dat je je kind niet mag sturen in het maken van een keuze.

Wanneer de keuze samenvalt met de houding in de omgeving en van professionals dan is het keuzeproces kort en ligt de focus snel op het zo goed mogelijk realiseren van de randvoorwaarden. Het keuzeproces wordt lastiger voor meiden wanneer er veel druk uit de omgeving is om de zwangerschap af te breken. De ouders spelen dan een belangrijke rol in het keuzeproces. Zeker jonge meiden zijn beïnvloedbaar door hun ouders en geneigd om mee te gaan in die beslissing.

Meerdere geïnterviewde professionals hebben meiden begeleid in het maken van een keuze tussen afbreken of doorzetten van de zwangerschap. Ze hanteren een vergelijkbare aanpak. Ze laten meiden vertellen of tekenen hoe hun leven er uit ziet zoals ze dat het liefste willen of zoals het goed is. Vervolgens zetten ze daar de huidige levenssituatie tegenover. Zo krijgt iemand een goed beeld waarin de werkelijke situatie verschilt van de ideale situatie en wat er nodig is of ontbreekt in haar leven. Op basis van dat inzicht kan een meisje of vrouw een beter geïnformeerde keuze maken rondom de zwangerschap, waarbij ze zich niet alleen laat leiden door emoties.

In tegenstelling tot de andere professionals, ziet de enige geïnterviewde abortusarts dat meiden met een lvb die zij ziet juist meestal kiezen voor abortus. Deze ervaren abortusarts ziet veel meiden, waaronder ook meiden met een lvb. Zij stelt dat op basis van een oefening zoals hierboven is beschreven (en met een ouder of begeleider), meiden met een lvb vaak tot het inzicht komen dat het niet goed zal lukken om goed voor een kind te zorgen of dat het kind door Jeugdzorg zal worden weggehaald. Het spreekt voor zich dat deze abortusarts vooral meiden ziet waarin abortus door henzelf of door de omgeving als serieuze optie wordt overwogen. Zij denkt dat meiden met een lvb deze keuze goed kunnen maken, mits ze begeleid worden in het ontwikkelen van een realistisch

beeld en in de besluitvorming. Het is daarbij ook van belang dat de keuze uiteindelijk echt bij de persoon ligt die zwanger is en niet bij een ouder of hulpverlener die deze meiden sterk kunnen beïnvloeden.

Tot slot zien professionals vaker dat meiden met een lvb dusdanig laat erachter komen dat ze zwanger zijn, of daar anderen over vertellen, dat abortus niet meer mogelijk is. Hier speelt mee dat de lichaamsbeleving bij deze meiden gering kan zijn waardoor ze signalen of veranderingen in hun lichaam niet herkennen of te laat opmerken.

6.4 Randvoorwaarden voor goed ouderschap

Deze meiden hebben vaak een positief beeld over het krijgen van een kind. Sommige professionals omschrijven dit als een romantisch beeld van een kindje dat ze kunnen knuffelen en verzorgen. Een professional beschrijft dat het gevoel overheerst bij deze meiden en dat ze minder handelen vanuit hun ratio. Een eventuele behoefte aan een kind waarvoor ze kunnen zorgen kan dan ontwikkelen zonder dat ze niet altijd goed kunnen overzien wat de gevolgen zijn en wat dit allemaal betekent in de praktijk. Dat er meer bij komt kijken dan alleen de verzorging dat hebben deze meiden minder in het vizier. Als het kind geboren is, krijgt het kind vaak wel genoeg slaap en eten, maar deze ouders kunnen het kind stimuleren in onder andere hun ontwikkeling of moeten hierin worden begeleid hoe ze dat moeten doen.

Hulpverlening is daarom vaak ook gericht op het voorbereiden en organiseren van de randvoorwaarden: een goede woning, voldoende inkomen, een stabiele levenssituatie creëren, en praktische zaken regelen zoals kraamhulp en spullen. Sommige professionals stellen dat deze meiden op een basaal niveau ook moeten leren wat ´gezond leven´ is en hoe je goed voor jezelf en voor je kind kan zorgen, ook als het kind ouder wordt.

Een professional ziet dat jongens vaak denken dat het genoeg is om financieel voor de moeder en het kind te zorgen. Ze zijn er minder mee bezig dat ze dan ook vader worden en dat het belangrijk is om je te hechten aan het kind en dat '*opvoeden meer is dan luiers en voeding*'.

Het komt voor dat de zwangerschap en een jong ouderschap een positieve kanteling in het leven van deze meiden is. Professionals zien soms dat een (ongeplande) zwangerschap ertoe leidt dat meiden zich volledig op het leven met een aanstaand kind gaan richten en de instabiele thuissituatie en ongunstige peer netwerken achter zich proberen te laten en er helemaal voor willen gaan. Het geeft ze als het ware een nieuw doel en toekomstperspectief. Een professional spreekt van een *´zwangerschap als redding´*. Een andere professional ziet dat een zwangerschap af en toe positief uitpakt op de moeder-dochter relatie, omdat de moeder vanwege haar eigen ouderschapservaring haar dochter kan bijstaan met steun en advies en de focus op het aanstaande kind komt te liggen. Enkele professionals zien dat een zwangerschap positief uitpakt op het leven van deze meiden, in de zin dat het hen sterker maakt. '*De moeder in hen staat op*'.

6.5 Abortus

Net zoals bij meiden zonder lvb, rust er ook voor meiden met een lvb een taboe op abortus. Op basis van dit onderzoek konden abortus ervaringen van meiden met een lvb niet goed in beeld worden gebracht. Bij meerdere professionals bestaat het beeld dat abortus weinig voorkomt bij deze meiden. De interviews met professionals bevestigen de redenen hiervoor die in paragraaf 1.9 en hoofdstuk 5 aan bod kwamen. Veel professionals hebben zelden of nooit te maken gehad met lvb meiden met een abortus ervaring.

Door professionals werden twee groepen genoemd waar abortus wellicht wat vaker voorkomt of minder een taboe is. De eerste groep bestaat uit meiden met een lvb die opgroeien in gezinnen waarvan hun ouders de consequenties overzien van jong ouderschap en die veel problemen verwachten of denken dat de zorg vooral op hen zal neerkomen. Deze ouders zouden vaker

aansturen op abortus. Er waren hulpverleners die het beeld hadden dat ze deze meiden minder tegenkomen, omdat begeleiding en ondersteuning vaker door het eigen netwerk kan worden aangeboden en er minder een beroep wordt gedaan op professionele hulpverlening.

De tweede groep kwam ter sprake tijdens een interview met drie zorgprofessionals die werkzaam zijn in een regio met veel etnische diversiteit. Zij hebben de ervaring dat zowel tienerzwangerschappen als abortus in deze regio niet uitzonderlijk zijn in Surinaamse en Antilliaanse gemeenschappen. Dit geldt voor vrouwen in het algemeen en niet alleen voor vrouwen met een lvb. Abortus wordt soms door deze vrouwen gezien als een gangbare vorm om een zwangerschap te beëindigen wanneer reguliere anticonceptie of de morning-afterpil niet is gelukt. Vrouwen lopen er niet mee te koop, maar abortus is ook geen groot taboe. Abortus komt bij meiden met een lvb misschien nog wel vaker voor, omdat moeders niet mogen weten dat ze zwanger zijn. Bovendien speelt mee dat moeders vaak geen voorlichting te geven over seksualiteit of anticonceptie toestaan. Voor hen zou dat betekenen dat ze toestemming geven dat hun dochter seks mag hebben en die boodschap willen ze niet geven. Deze meiden weten vaak wel wat anticonceptie is en ze horen er wel over, maar ze mogen het niet gebruiken van hun moeder. Deze professionals hebben het beeld dat abortus voor de meeste meiden met een lvb niet traumatisch is en dat ze geen therapie of iets dergelijks nodig hebben. Ze verwijzen deze meiden, net als meiden zonder lvb, standaard naar de website https://fiom.nl/ongewenst-zwanger/abortusverwerking, maar ze krijgen niet de indruk dat ze gebruik maken van die website.

Tot slot, merkten sommige professionals (die zelf niet in abortusklinieken werken) op dat ze het idee hebben dat abortusklinieken niet altijd goed zicht hebben wanneer ze van doen hebben met iemand met een verstandelijke beperking. Soms is ook niet eenvoudig vast te stellen of hier sprake van is. Desalniettemin kan bij het ontgaan van een cliënts verstandelijke beperking hiermee geen rekening worden gehouden in de handelswijze.

6.6 Anticonceptie en voorlichting

Vanuit professionals bestaat het beeld dat de informatie die vanuit het eigen netwerk (ouders, familie, vrienden) wordt gegeven over seksualiteit en anticonceptie beperkt is. Seksualiteit is bij sommige mensen met een lvb ook meer een taboe, zowel in de omgeving als bij professionals. Sommige geïnterviewde professionals zien dat andere hulpverleners of begeleiders dit thema niet altijd goed oppakken, omdat ze niet goed weten hoe ze dit moeten doen.

Professionals zijn verdeeld over de vraag of voorlichting op scholen voldoende is. Sommigen zeggen dat er veel aandacht is en dat docenten seksualiteit, relatievorming en anticonceptie een belangrijk thema vinden. Anderen stellen dat voorlichting niet altijd goed plaatsvindt, omdat docenten niet goed weten hoe ze seksualiteit moeten bespreken. Of voorlichting is functioneel gericht op anticonceptie en soa/hiv, terwijl volgens hen meer aandacht nodig is voor relationele aspecten van intimiteit en seksualiteit, en het kennen en aangeven van de eigen grenzen. Meerdere professionals zeggen dat meiden met een lvb geen goed beeld hebben van ouderschap en dat het belangrijk is dat voorlichting ook is gericht op het doorprikken van de roze wolk van moeder zijn.

Een lastige kwestie is dat informatie bij deze meiden moeilijk beklijft. Eenmalige of kortstondige informatieverstrekking is niet genoeg en bij deze meiden is herhaling nodig.

Een hulpverlener zegt dat er best veel materiaal beschikbaar is over zwangerschap en moederschap gericht op deze groep meiden. Maar ze kunnen hier niet goed zelfstandig mee aan de slag en hebben daar begeleiding bij nodig. Websites worden niet regelmatig geraadpleegd door deze vrouwen. Ze hebben moeite met lezen en ook voor andere vragen zullen ze niet veel op internet zoeken. Begrijpend lezen is te moeilijk.

Het algemene beeld van professionals is dat anticonceptie lastig is voor meiden met een lvb. Kennis is er wel, maar ook gebrekkig en soms onjuist. Het praktisch toepassen van kennis is bovendien moeilijk. Bij de keuze voor condooms of de pil moeten ze elke keer daar op het juiste moment aan

denken en consequent zijn. Bovendien onderschatten ze vaak de risico's dat ze zwanger kunnen worden. Ook na een eerste bevalling gaan deze meiden niet altijd bewuster om met anticonceptie. Daarvoor zijn gesprekken en begeleiding nodig.

Ook bestaan er onder jongeren veel verkeerde beelden, zoals dat je niet zwanger kunt worden direct na een bevalling, bij de allereerste keer seks of als een jongen niet klaarkomt. Die incorrecte beelden zijn bovendien hardnekkig en laten zich moeilijk vervangen door juiste informatie die professionals aanreiken. Het begrip is beperkt over hoe de menstruatiecyclus en vormen van anticonceptie werken.

Het beeld bestaat dat condooms bij deze groep niet vaak worden gebruikt omdat jongens/mannen het niet willen, omdat het niet lekker is of omdat het als 'gedoe' wordt gezien.

De pil en de prikpil worden door professionals het meest genoemd als gebruikte vorm van anticonceptie bij deze groep meiden. Over de pil zijn de vooroordelen dat je er dik van wordt en dat er veel bijwerkingen zijn gangbaar. Verder wordt gezegd dat meiden niet altijd goed weten hoe ze de pil goed moeten slikken en wanneer de pil niet goed werkt. Een professional zegt dat er weinig wordt verteld over de relatie met medicatie (bv antibiotica). Soms wordt de pil op jonge leeftijd voorgeschreven om de menstruatie te regelen, terwijl meiden het (later) ook kunnen gebruiken als anticonceptie methode. Ze worden dan onvoldoende geïnformeerd dat voor anticonceptie regelmatig dagelijks pilgebruik essentieel is. Regelmatig innemen is lastig voor veel meiden met een lvb.

Alternatieven zoals de prikpil, spiraal en Implanon® komen wel eens voor, maar niet vaak. Deze vormen worden soms als te ingrijpend en bepalend gezien en meiden vinden dat eng. De prikpil wordt door hulpverleners wel eens aangeraden en soms werkt dit goed. Maar er zijn ook meiden die de prikpil betuttelend vinden en die liever de ´echte´ pil willen. Het spiraal en Implanon® vinden sommige van deze meiden bovendien eng omdat het in je lichaam wordt gebracht.

In bepaalde kringen is het lastig om met meiden gesprekken te hebben over SOA's en anticonceptie, omdat sommige moeders het niet goed vinden dat zij anticonceptie gebruiken. Het praten over seksualiteit wordt door hen beschouwd als een impliciete goedkeuring dat hun dochter seks heeft. In de keuze voor anticonceptie is het voor sommige meiden belangrijk dat ze blijven menstrueren, omdat hun moeders anders te weten komen dat ze anticonceptie gebruiken of denken dat ze zwanger zijn.

Tot slot merkte een professional op dat het spiraal en Implanon® minder worden gebruikt door vrouwen boven de 18 jaar, omdat de verzekering deze anticonceptie niet altijd direct vergoedt (vanwege eigen risico). Dit betekent dat ze deze middelen bij de apotheek direct moeten afrekenen en voor sommige van deze vrouwen is dat bedrag te hoog. Bij de prikpil hoeven ze het bedrag niet in een keer voor te schieten.

7 Samenvatting en conclusies

Dit onderzoek richt zich op tienerzwangerschap bij meiden met een lichte verstandelijke beperking (lvb). Het doel is om inzicht te krijgen in de ervaringen van meiden met een lvb in de periode voorafgaand aan en tijdens de zwangerschap om zodoende preventie en begeleiding bij ongeplande tienerzwangerschap bij meiden met een lvb te verbeteren.
In het onderzoek staat centraal welke factoren een rol spelen in de aanloop naar de zwangerschap; welke ervaringen meiden met een lvb hebben in het maken van een keuze over het uitdragen of afbreken van de zwangerschap, en of ze tevreden zijn over de keuze die ze hebben gemaakt; en welke ervaring meiden met een lvb hebben met hulpverlening in de periode tijdens de zwangerschap.

Het onderzoek vormt een aanvulling op het kwalitatieve onderzoek over tienerzwangerschappen onder 'normaalbegaafde' meiden: 'In één klap volwassen' (Cense & Dalmijn, 2016). In dit hoofdstuk met samenvatting en conclusies ligt de nadruk op bevindingen over meiden met een lvb die verschillen van meiden zonder lvb.

In het onderzoek zijn 18 diepte-interviews gehouden met meiden met een lvb die in de tienerleeftijd zwanger zijn geworden en 15 interviews met professionals die met deze meiden te maken krijgen. De geïnterviewde meiden met een lvb (met IQ tussen 50-85) zijn allen benaderd via professionals die betrokken zijn bij de zorg, welzijn, hulpverlening, of onderwijs aan personen met een lvb. Als gevolg van de werving kan het zijn dat meiden uit sociaal zwakke milieus en meiden die ervaring hebben met hulpverlening meer in beeld zijn gekomen. Meiden uit ernstige multi-problem situaties zijn vanwege de inschatting van hun hoge kwetsbaarheid door professionals - en daarmee te kwetsbaar om mee te doen aan een interview - juist weinig in beeld gekomen.
De geïnterviewde professionals hebben diverse functies, waaronder begeleider, seksuoloog, preventiemedewerker, teamleider in moeder & kind huis, maatschappelijk werker, jeugdzorgwerker, staf verpleegkundige, beleidsmedewerker, abortusarts en huisarts.

Achtergrond van tienermeiden met een lichte verstandelijke beperking die zwanger raken
Kenmerkend voor deze meiden is dat ze een beperkt toekomstperspectief hebben, waarin opleiding en werk vaak minder belangrijk zijn. Ze ervaren doorgaans weinig regie in hun leven en hebben meestal weinig zelfvertrouwen.
In de gezinnen waarin de geïnterviewde meiden opgroeien vinden niet veel excessen plaats. Wel zijn sociale milieus zwakker, kan steun en begeleiding van ouders tekortschieten en is de gezinssituatie niet altijd stabiel. In enkele gevallen leidt dit tot uithuisplaatsing.
In de relatiesfeer met jongens/mannen komen excessen zoals geweld, misbruik, uitbuiting en verslavingsproblemen niet vaak voor. Een deel van de meiden heeft onstabiele en korte relaties met jongens/mannen en een deel heeft langdurige, stabielere relaties waarin een focus ligt op settelen. Meiden stellen zich in deze relaties vaak passief en afhankelijk op en gaan ver om de relatie in stand te houden.
Bijna alle meiden hebben ervaring met hulpverlening. Sommigen groeien op in een gezin waar hulpverlening aanwezig is, anderen komen met hulpverlening in aanraking tijdens hun zwangerschap of als jonge ouder. Hulpverlening lijken ze vaak vanzelfsprekend te vinden.

Factoren in de aanloop naar een zwangerschap
Zwangerschap is vaak niet bewust en actief gepland. Meiden met een lvb zijn veelal niet bewust bezig met zwanger worden maar ook niet met het voorkomen ervan. Het overkomt deze meiden. Maar de zwangerschap is wel bijna altijd gewenst waarbij een (latente) kinderwens een rol speelt. Dit moet geplaatst worden in het licht van een beperkt toekomstperspectief. Bij sommige meiden is jong ouderschap een gewone zaak in hun omgeving en dit kan impact hebben op hun eigen houding over jong zwanger zijn. Doorgaans is de risico-inschatting om zwanger te worden laag bij deze meiden. Of ze weten dat ze risico lopen maar handelen er niet naar, of ze zijn er niet (goed) mee bezig om zwangerschap (en hiv/soa) te voorkomen.
Meiden zijn afhankelijk van hoe hun vriend met hen om gaat. Een uitgesproken kinderwens bij hun vriend kan een (latente) kinderwens aanwakkeren of versterken.

Ze hebben wel enige kennis over anticonceptie en vaak zeggen ze dat ze voorlichting hebben gehad, maar de kennis over anticonceptie schiet ook te kort. Ze hebben soms onjuiste beelden en over het algemeen is de houding over anticonceptie negatief. Sommige meiden zeggen dat ze last hebben van hormonale anticonceptie (bv van de pil word je dik) en ze zijn soms terughoudend over vormen van anticonceptie die in hun lichaam worden ingebracht (bv spiraal en Implanon®). Condooms worden niet fijn gevonden (en soms volgen ze jongens/mannen hierin) en worden in beperkte mate gebruikt. Ze lijken weinig urgentie te voelen om anticonceptie te gebruiken en passen het niet altijd goed toe (bv de pil regelmatig slikken en weten wanneer deze niet goed werkt).

Scenario's
Bijna altijd is er sprake van een kinderwens, variërend van latent tot zeer uitgesproken. Cruciale elementen in de scenario's die de paden in de aanloop naar een zwangerschap beschrijven zijn de eigen psychosociale ontwikkeling, de houding tegenover zwangerschap, kinderwens, de seksuele en relationele ontwikkeling, en het ontbreken van (juist) anticonceptie gebruik.

Beleving van de zwangerschap
De meeste meiden hebben een positieve beleving van de zwangerschap. Ze vinden het leuk of 'gezellig'. Ervaringen zijn minder positief wanneer sprake is van ziekte of complicaties. Soms hebben ze zorgen over het vertellen aan anderen of hoe ze het gaan aanpakken. Maar er is weinig sprake van een grote schok, ernstige zorgen en schaamte. Deze meiden ervaren zelden heftige weerstand en boosheid uit de omgeving.

Keuze uitdragen of afbreken van de zwangerschap
Voor veel meiden is er niet echt sprake van een keuzeproces over het uitdragen of afbreken van de zwangerschap. Vaak schrikken ze wel wanneer ze ontdekken dat ze zwanger zijn, maar er volgt meestal geen periode van twijfel. Ze willen de zwangerschap uitdragen en een kind krijgen. Soms is abortus geen optie omdat de ontdekking van een zwangerschap laat is. Abortus wordt wel eens overwogen door meiden die in een slechte relatie zitten of geen partner hebben. Over het algemeen is het beeld over abortus negatief bij deze meiden.
Professionals zien dat er in de omgeving van meiden met een lvb veel variatie is in de houding over tienerzwangerschap- en ouderschap. In vergelijking met meiden zonder lvb, is de houding in de omgeving minder vaak negatief. Wanneer de omgeving een andere opvatting heeft over de keuze rondom de zwangerschap dan het meisje dan is er meer sprake van een bewust keuzeproces. De meiden moeten zich dan verhouden tot deze externe druk. Dit verschil van opvatting kunnen meiden lastig vinden. Voor ouders die de negatieve consequenties van jong ouderschap goed overzien en die zich hier zorgen over maken is abortus vaker een overweging.

Abortus niet goed in beeld
Het was extreem lastig om meiden met een lvb te bereiken voor een interview over ervaringen met abortus. De onderzoeksvraag over de ervaringen met abortus van meiden met een lvb hebben we zodoende niet goed kunnen beantwoorden. Voor zowel meiden met en zonder verstandelijke beperking geldt dat het moeilijk is om meiden te vinden die over abortus willen praten. De groep meiden die we voor dit onderzoek zochten is bovendien relatief klein. Het gaat om meiden die een verstandelijke beperking hebben én op jonge leeftijd zwanger zijn geworden én die een abortus hebben gehad. Volgens sommige geïnterviewde professionals komt abortus wellicht iets minder voor dan bij meiden zonder lvb, maar dit is niet met zekerheid te zeggen. Wel blijkt dat meiden met een lvb soms pas laat in de zwangerschap ontdekken dat ze zwanger zijn, de zwangerschap soms een tijd ontkennen of doen ze in eerste instantie niets als ze het weten. Tot slot screenen of registreren instanties en organisaties gericht op (tiener)zwangerschap, ouderschap of abortus niet altijd of iemand een lichte verstandelijke beperking heeft. Ook kwam het voor dat organisaties en professionals dergelijke meiden niet goed wisten te signaleren of dat ze geen meiden wilden benaderen voor dit onderzoek vanwege bescherming van de privacy van meiden. Een enkele keer wilden professionals op praktijkscholen geen meiden benaderen die een abortus hebben gehad omdat ze dachten dat een interview te belastend zou zijn.

Begeleiding door hulpverleners bij keuzeproces en randvoorwaarden 'goed ouderschap'
Professionals zien dat begeleiding in het keuzeproces tijdens de zwangerschap goed zou zijn voor deze meiden. Ze kunnen door begeleiding een realistisch(er) beeld krijgen van ouderschap en inzicht krijgen in de benodigde randvoorwaarden (en dit afzetten tegen de huidige situatie). Professionals zien dat het beeld van meiden over ouderschap vooral gericht is op de verzorging van een baby of jong kind. Ze hebben vaker begeleiding nodig in het regelen van de randvoorwaarden (woning, inkomen, stabiele levenssituatie, praktische zaken). Ook hebben deze jonge moeders minder vaak oog voor de ontwikkeling of stimulering van een kind. Professionals zien dat ouderschap soms ook een positieve kanteling in het leven van deze meiden kan zijn in de zin dat meiden een duidelijker toekomstperspectief kunnen krijgen en soms beter voor zichzelf gaan zorgen.

Beperkingen van dit onderzoek
In dit kwalitatieve onderzoek is slechts een kleine groep meiden met een lvb geïnterviewd. Hierdoor kunnen er geen uitspraken worden gedaan over de gehele populatie van meiden met een lvb en over hoe vaak bevindingen voorkomen. Dit geldt ook voor de verhouding tussen de scenario's (welke veel voorkomt en welke weinig). Er kan tevens niets worden gezegd over verschillen tussen meiden op basis van kenmerken zoals leeftijd van de eerste zwangerschap, etniciteit en religie. De interviews met meiden gaven soms minder uitgebreide informatie dan in het onderzoek onder meiden zonder beperking, omdat sommigen minder uitgebreid vertelden, ze zelf vaak geen verbanden legden en weinig reflecterend vermogen hadden. Ervaringen met abortus zijn onderbelicht gebleven. Wel is duidelijk dat tienermeiden die een abortus hebben gehad zeer moeilijk te vinden zijn. Ervaringen van meiden uit multi-problem gezinnen en meiden die niet in beeld zijn bij hulpverleners zijn mogelijk minder in beeld gebracht.

Opbrengst van dit onderzoek
Het onderzoek laat duidelijk zien dat een (latente) kinderwens een grote rol speelt in de aanloop naar zwangerschap en de omgang met anticonceptie. Ook het hebben van weinig toekomstperspectief speelt hier mee. Het beeld over ouderschap en de benodigde randvoorwaarden is vaak niet realistisch en hierover wordt weinig met meiden gesproken voordat ze zwanger zijn. Net als op andere levensgebieden hebben meiden met een lvb weinig regie over de timing van een zwangerschap. Het overkomt hen.

8 Aanbevelingen

De aanbevelingen die hier zijn geformuleerd, richten zich specifiek op preventie van ongeplande zwangerschap evenals begeleiding en hulpverlening tijdens en na tienerzwangerschap bij meiden met een lichte verstandelijke beperking. De aanbevelingen zijn gebaseerd op de bevindingen uit de voorgaande hoofdstukken, alsmede op suggesties van geïnterviewde professionals, Rutgers en Fiom. Daarnaast is er op 12 mei 2016 een stakeholdersbijeenkomst gehouden met 18 externe professionals en organisaties (zie bijlage 3) met als doel om de belangrijkste voorlopige uitkomsten en conclusies voor te leggen en om aanbevelingen aan te scherpen. In dit hoofdstuk zijn concrete aanbevelingen opgenomen die hieruit voortkwamen en die aansloten bij de bevindingen van het onderzoek.

Aandacht voor realistisch toekomstperspectief
Het toekomstperspectief van meiden met een lvb kan beperkt zijn. Begeleiding in het kaderen en het bieden van een realistisch toekomstperspectief is belangrijk, omdat deze meiden vaak niet in staat zijn om op langere termijn te plannen. Professionals zouden hier meer op bedacht moeten zijn en hen stap voor stap moeten begeleiden bij hun verdere levensloop en gezinsplanning. Uitstel van een kinderwens met oog voor goede randvoorwaarden bij opvoeding en zorg van een kind behoeft hierin meer aandacht.

Aandacht voor seksualiteit, (timing) kinderwens en anticonceptie
Het is van belang dat professionals oog hebben voor seksualiteit en kinderwens van veel meiden met een lvb en deze niet negeren of ontkennen. Professionals zijn aan zet bij het bespreken hiervan, want het leeft vaak en deze meiden behoeven daarin begeleiding maar ze zullen niet actief om informatie of hulp vragen. Aandacht voor veilig en prettig seksueel contact, timing van een kinderwens, en (duurzame) anticonceptie zijn belangrijk als ze seksueel actief worden. De ASVZ Toolkit 'Kinderen, waar kies ik voor' biedt handvatten voor het bespreken van een kinderwens.

Herhaling van informatie en doorlopende aandacht
Herhaling van informatie is belangrijk voor mensen met een lvb, zodat boodschappen beter beklijven. Het is van belang dat seksuele en relationele vorming niet eenmalig, maar juist als doorlopende leerlijn op school wordt aangeboden. Een gedeeltelijke 1-op-1 begeleiding kan beter werken dan uitsluitend klassikale of groepsgerichte voorlichting en begeleiding.

Contact onderling
Stimuleren en ondersteunen van het opbouwen van positieve sociale contacten tussen meiden met een lvb die zwanger zijn (geweest) kan ervoor zorgen dat ze zich minder eenzaam voelen, bijvoorbeeld door organisatie van tienermoederochtenden, steungroepen etc.

Online kanalen en internet
Meiden met een lvb zoeken doorgaans geen informatie of hulp via websites of internet. Ze zullen niet zelf makkelijk de weg vinden naar online interventies. Online interventies kunnen mogelijk wel worden ingezet, wanneer een begeleider ze ondersteunt en wegwijs maakt.

Inzet van ervaringsdeskundigen
De ervaringen met de inzet van ervaringsdeskundigen zijn wisselend. Er kan sprake zijn van herkenning en het kan de omgang met instanties versoepelen. In voorlichting en preventie van zwangerschap is de rol van ervaringsdeskundigen discutabeler. Onderzoek naar de werkzame elementen van inzet van ervaringsdeskundigen in begeleiding (en voorlichting) is nodig.

Abortuservaring
Abortuservaringen van meiden met een lvb blijven, ook na dit onderzoek, een blinde vlek. Overwogen kan worden om aanvullend onderzoek te doen naar de impact van abortus en ervaring met begeleiding/zorg bij meiden met een lvb.

Tijdelijke registratie
Er is een gebrek aan landelijke gegevens over de vraag hoe vaak tienermeiden en vrouwen met een lvb zwanger worden en ervaring hebben met abortus. Tijdelijke registratie van opleidingsniveau/lvb door professionals in instellingen gericht op zwangere cliënten en cliënten met abortuservaring, zou hierin meer inzicht geven.

Hieronder volgen nog puntsgewijze korte aanbevelingen gericht op voorlichting, professionals, lokaal beleid en kennisuitwisseling.

Specifieke thema's in seksuele voorlichting voor deze groep
- Lichaamsbeleving, hoe werkt het lichaam en hoe is een zwangerschap te herkennen.
- Bij bespreking van kinderwens ook aandacht voor benodigde ouderschapscompetenties, randvoorwaarden voor ouderschap, timing en mogelijk uitstel van de kinderwens.
- Relationele vorming, het aangeven van wensen en grenzen in seksueel contact met het oog op veilige, prettige en gelijke verhoudingen, en het voorkomen van onnodige en onwenselijke afhankelijkheid van partners. De module Wensen en Grenzen van Lang Leve de Liefde voor het praktijkonderwijs is hiervoor geschikt.
- Informatie over anticonceptie, waaronder het ontkrachten van onjuiste beelden en bespreken van negatieve beeldvorming over anticonceptie, ervaringen van anderen, het veranderen van anticonceptievorm, langdurige anticonceptie.

Wijze van voorlichting en tools
- Naast voorlichting rond het 14/15e jaar, is herhaling op 16/17-jarige leeftijd nuttig, waarbij de boodschappen dienen aan te sluiten bij de ontwikkelingsfase en competenties.
- GGD, Sense of JGZ kunnen scholen en ouders ondersteuning bieden om deze thema's bij jongeren met een lvb bespreekbaar te maken.
- Enkele bestaande methoden kunnen, soms na aanpassing, geschikt zijn voor meiden met een lvb. De lesmethode Lang Leve de Liefde heeft een versie gericht op praktijkonderwijs die ook in VSO wordt gebruikt voor jongeren met een lvb. Voor de MBO versie van Lang Leve de Liefde zou moeten worden getoetst of dit pakket aansluit op niveau 1. De Zwanger en dan/ herhalingsmodule zorg is bedoeld voor de bovenbouw van het praktijkonderwijs/VSO en is een vervolg op een module in de onderbouw.
- Meer onderzoek nodig naar wat werkt in interventies rondom seksuele en relationele vorming, keuze en timing van zwangerschap, en anticonceptie om vast te stellen welke interventies daadwerkelijk effect hebben en goed werken bij jongeren met een lvb.

Aandachtspunten voor professionals
Reguliere professionals
- Meer aandacht en deskundigheidsbevordering hoe niet-lvb gespecialiseerde professionals (bv. huisartsen, JGZ, WIJ-teams, MEE-professionals, jeugdprofessionals, docenten) bij meiden met een lvb de thema's van (latente) kinderwens, seksuele activiteit, ongelijkheid in relaties en onzorgvuldigheid met anticonceptie kunnen signaleren en dit op een goede wijze bespreekbaar kunnen maken die aansluit bij deze meiden.
- Meer inzicht bij reguliere hulpverleners in de kwetsbaarheid van jongeren met een lvb rondom deze thema's en deskundigheidheidsbevordering hoe ze jongeren met een lvb kunnen herkennen en adequaat kunnen begeleiden. In de opleidingen en bijscholing van professionals zou aandacht kunnen worden besteed aan interventies over seksualiteit en anticonceptie die effectief en geschikt zijn voor meiden met een lvb, bijvoorbeeld Girls Talk Plus.
- Meer aandacht voor mythes en beeldvorming over langdurende anticonceptie, begeleiding bij een goede keuze voor anticonceptie en uitleg over gebruikersfouten.
- Inbedding in zorg- , medische en onderwijsopleidingen en nascholing van informatie en hoe te bespreken van seksualiteit, seksuele gezondheid, kinderwens en (jong) ouderschap, met aandacht voor mensen met een lvb en bijkomende risico's in het bijzonder. Deze expertise is bij niemand apart belegd.

Huisartsen en praktijkondersteuners

- Ondersteunende tools ontwikkelen (zoals simpele, visuele informatie en hulpmiddelen) voor huisartsen om anticonceptie en de werking van het lichaam begrijpelijk uit te leggen aan deze groep.
- Meer aandacht voor verkenning passende anticonceptie methode, informatie over gebruikersfouten en juist en duurzaam gebruik, tussentijdse check of informatie wordt begrepen.
- Periodieke monitoring is raadzaam of de gekozen anticonceptievorm passend blijft bij het doel (regulering menstruatie, preventie hiv/soa, preventie zwangerschap) en of juist gebruik haalbaar blijft.

Psychosociale hulpverlening

- Meer aandacht voor seksualiteit en anticonceptie in organisaties bijvoorbeeld door het aanwijzen van een thema-functionaris.
- Bij intakes en behandelplannen voor (intensieve) hulpverlening aan jongeren met een lvb zou seksualiteit, anticonceptie, kinderwens en ouderschap altijd aan bod moeten komen.

Lokaal beleid

- Op lokaal niveau meer inzicht krijgen in het aantal tienermoeders met een lvb.
- Gerichte preventie en zorg in de vorm van een ketenaanpak opzetten, waarin relevante partners rondom anticonceptie, kinderwens en zwangerschap samenwerken.
- Extra alertheid op meiden met een lvb en thema's als seksualiteit, relaties, zwangerschap en kinderwens bij sociale wijk-teams en JGZ adolescenten contact. Bij signalering van problematiek kan verbinding worden gezocht met collectieve preventie/voorlichting op school en opvoedingsondersteuning.
- Mensen met een lvb zijn niet alleen kwetsbaar als tiener maar ook op jong volwassen leeftijd. Voor jonge ouders die 18+ zijn is het van belang dat ze een beroep kunnen blijven doen op langdurige zorg via het CIZ en moeder kind-trajecten.
- Op lokaal niveau een vangnet voor intensievere vormen van preventie/zorg/begeleiding creëren voor jongeren met een lvb en andere kwetsbare groepen via een samenwerking van gemeenten en zorgverzekeraars. Een kosten/baten analyse zou zichtbaar kunnen maken wat dit op langere termijn oplevert (bv. verminderd leed, risico kindermishandeling, opvoed- en opgroeiproblemen bij jong ongepland ouderschap).
- Voor vrouwen tot en met 21 jaar wordt anticonceptie vergoed. Vrouwen tussen 18 en 21 jaar kunnen te maken krijgen met het eigen risico binnen hun eigen zorgverzekering, waardoor anticonceptie mogelijk niet volledig wordt vergoed. Onderzoek zou moeten vaststellen of de kosten voor duurzame anticonceptie bij vrouwen een rol kunnen spelen voor geen of niet passend anticonceptiegebruik, bv. vanwege een laag inkomen. Indien dat het geval is, zou in pregnante situaties passende anticonceptie kunnen worden vergoed.

Kennisuitwisseling

- Online platform waar tools, informatie en interventies te vinden zijn voor professionals. Voor onderwijsprofessionals kan de website www.seksuelevorming.nl een goede portal vormen, voor zorgprofessionals de website www.seksindepraktijk.nl. Voor het begeleiden van meiden met een lvb die zwanger zijn of een kind hebben, kan www.tienermoeders.nl worden aangevuld met informatie voor professionals.
- Faciliteren van landelijke of regionale bijeenkomsten om kennis en ervaringen over deze groep te delen en samenwerking te versterken.
- Sociale kaarten rondom ondersteuning van jongeren met een lvb op deze thema's.

9 Summary and conclusions

This research deals with teenage pregnancy amongst young women with mild intellectual disabilities. The aim was to gain insight into their experiences previous to and during their pregnancy in order to improve prevention and guidance in relation to unplanned pregnancy.

Exploring the factors that play a role in leading up to a pregnancy was central to this study; the experiences of these young women when choosing to continue or terminate their pregnancy; whether they were satisfied with the choice they eventually made and the experience they had with counselling during their pregnancy.

This study is supplementary to the qualitative study on teen pregnancies among typical teenage girls: 'In één klap volwassen' [Sudden Adulthood] (Cense & Dalmijn, 2016). In this chapter, including a summary and conclusions of the study, we focus on the perceptions of young women with mild intellectual disabilities which differ from those of typical young women.

The study comprises 18 in-depth interviews with young women with mild intellectual disabilities who became pregnant when teenagers and 15 interviews with professionals who were associated with these young women in one way or another. The respondents (with an IQ from 50 to 85) were all recruited by professionals involved in either health care, welfare, counselling or schools for students with mild intellectual disabilities. As a result of this selection process, it might be the case that young women from socially disadvantaged backgrounds and those who have had counselling play a rather prominent part in the research. On the other hand, young women from multi-problem families play a less prominent part as a consequence of professionals' opinion that the girls concerned were too vulnerable to be interviewed. The professionals interviewed held various positions such as supervisor, sexologist, prevention officer, team leader in mother and child centres, social worker, youth worker, staff nurse, policymaker, abortion doctor and GP.

Background of teenage girls with mild intellectual disabilities who became pregnant
These girls characteristically had a limited perspective; education and employment were often less important in their lives. They often did not feel in charge of their lives and had little self-confidence. In these socially disadvantaged families, few excesses occurred but parents tended to fail in giving support and the family situation was not always stable. In some cases this even led to care placement. In their relationships with boys/men, cases of violence, abuse, exploitation or substance abuse were reported. Some young women had unstable and short-term relationships with young men while others were in long-term, more stable relationships with the aim of settling down. The girls often showed passive and dependent behaviour in these relationships, often going out of their way to maintain the relationship. The majority of these girls had gone through counselling. Some of them had grown up in families where counsellors were always in attendance; others started having counselling during their pregnancy or as young mothers. They often seemed to consider counselling as a matter of course.

Factors leading up to the pregnancy
Pregnancy was often not consciously and actively planned. Young women with mild intellectual disabilities neither consciously planned to get pregnant nor tried to avoid getting pregnant. It just happened. Nevertheless, the pregnancy was welcomed most of the time because a latent wish to have children played a role. One should see this in the light of a limited perspective for the future. For some of the young women concerned becoming a mother at a young age was a natural thing in their social environment and this may have had an impact on their own attitude towards getting pregnant at a young age. These girls usually underestimated the risk of getting pregnant, or they knew that they ran a certain risk of becoming pregnant but didn't do anything to prevent it (or HIV/STIs).
The young women generally relied on their boyfriends. Their boyfriend's explicit wish to have a child could trigger (or strengthen) their (latent) wish to have a child.

They had some knowledge about contraception and they often claimed that they had had sex education, but the information on contraception fell short. Sometimes they had incorrect ideas and

generally their attitude towards contraception was negative. Some claimed having problems with hormonal contraceptives (the pill made them put on weight) and they were sometimes cautious about contraceptives that had to be inserted into the body such as the coil and contraceptive implant. They also disliked using condoms (often following their boyfriends' wishes) and therefore they were used to a limited extent. They did not seem to sense any urgency in using contraceptives and often failed to apply them correctly (e.g. taking the pill regularly or knowing when it works).

Scenarios
Nearly all these young women wanted to have children, varying from a latent to an outspoken wish. Crucial elements in the various scenarios that describe the steps leading to a pregnancy were psycho-social development, their attitude towards pregnancy, child wish, sexual and relational development and absence of (correct) contraceptive use.

Perception of one's pregnancy
Most young women had a positive perception of the pregnancy. They liked the idea or found it "good fun". Experiences were less positive when they fell ill or when there were complications. Sometimes, they were worried about telling others they were pregnant or how to handle matters. However, they were not very shocked, worried or ashamed. These girls seldom experienced strong opposition or anger in their environment.

Choosing to continue or terminate the pregnancy
Most young women did not go through a process of deciding to continue or terminate the pregnancy. They often were somewhat shocked when they realized that they were pregnant but usually no period of doubt followed. They wanted to carry the pregnancy to term and have a child. Sometimes, an abortion was not an option because the discovery of pregnancy was too late. Girls who were in a bad relationship or did not have a partner sometimes did consider having a termination. But generally these young women saw abortion in a negative light.
Professionals noted that views on teenage pregnancy and teenage parenthood varied among the family and friends of these young women with mild intellectual disabilities. Attitudes towards these young women were less often negative compared to typical teenage girls. If the environment's views regarding the choice of pregnancy differed from the young woman's own view, a more deliberate process of decision making was set in motion. The young women then had to deal with this external pressure. Young girls could struggle with this difference in opinion. Their parents, who were better able to realize the negative consequences of young motherhood and worried about this, were more prone to considering an abortion as an option.

Abortion underexposed
It was extremely difficult to find young women with mild intellectual disabilities who wanted to talk about their abortion. Therefore, the research question about these young women's experiences with abortion was insufficiently answered. It is hard to find anyone, whether they have an intellectual disability or not, willing to talk about their abortion. Moreover, the group of teenage girls that we approached for this study was relatively small. We wanted to contact teenage girls with mild intellectual disabilities who both had become pregnant at a young age and had had an abortion. Professionals that we interviewed admitted that abortion might occur less often among girls with mild intellectual disabilities, but could not be sure about this. It did appear that these teenage girls were often late in realizing that they were pregnant, sometimes denied that they were pregnant for a time or did nothing in the first instance when they realized they were pregnant.
Lastly, in some cases it appeared that the organisations and professionals concerned with (teenage) pregnancy, parenthood or abortion did not always check whether clients had any mild intellectual disabilities and neither did they seem to be able to spot this type of girl or they were reluctant to ask them to participate in the study to protect their privacy. On a few occasions, professionals at preparatory vocational schools declined to approach young women who had had an abortion because they believed that an interview would be too much of a burden for those concerned.

Coaching by social workers in the decision-making process and preconditions for 'good parenthood'

Professionals noted that these girls would profit from guidance in decision-making during their pregnancy. In this way, they would have a more realistic idea of motherhood and a better understanding of the preconditions involved (and compare this to the current situation). They noticed that girls thought of parenthood in terms of caring for babies and young children. They often needed support in arranging practical matters such as accommodation, income, and creating stable living circumstances. These young mothers were less focussed on their child's development (or stimulating them). Professionals also saw that motherhood could sometimes positively change the lives of these young women: they gained a clearer view of the future and could take better care of themselves.

Limitations of this research

For this qualitative research only a small group of young women with mild intellectual disabilities were interviewed. Therefore, we cannot draw conclusions relating to the whole population of these young women and how often the findings occur. This also applies to the relationship between the scenarios (which occur often and which hardly ever occur). Neither can anything be said about the difference between girls on the basis of characteristics such as age at the first pregnancy, ethnicity and religion. Compared to interviews with young women without intellectual disabilities, the interviews in this study provided less extensive information since our study group talked less expansively, did not make connections and had little ability for self-reflection. Experiences with abortion were limited and it became very clear that teenage girls who had an abortion were very difficult to find. Experiences of girls from multi-problem families and girls not seeking counselling were possibly also less visible in this research.

Results of the study

This study clearly shows that a (latent) wish to have children plays an important part in leading to pregnancy and the use of contraceptives. Having a limited perspective for the future also plays a part.

Parenthood and the necessary preconditions were often not realistic and little discussion took place with young women before they fell pregnant. Just as in other areas of life, girls with mild intellectual disabilities had little control over the timing of a pregnancy. It just happened to them.

Bijlage 1 Topiclijst meiden

Benodigdheden: *opnameapparaat; extra batterijen/accu; topiclijst; spelregels; cadeaubon van 20 euro, aantekeningblok/schrift, kaartje met naam en telnr. nazorg erop.*
Tussen haakjes staan instructies voor de interviewer.

Introductie: [zie ook de spelregels]

Wie ben jij
[je naam]. Ik doe dit interview vanuit Fiom /Rutgers (leg kort uit wat de organisatie doet). Samen met Rutgers/FIOM doen we onderzoek naar tienerzwangerschap.

Wat gaan we doen
- We gaan een interview houden, van ongeveer drie kwartier.
- We interviewen meiden die zwanger zijn geweest voor hun twintigste.

Waarom doen we dit?
- We willen meer weten over wat meisjes nodig hebben die jong zwanger worden en wat we kunnen doen om te voorkomen dat meisjes zwanger worden als ze dat niet hadden gepland. We willen meisjes beter kunnen helpen.

Instructies/spelregels
- Je mag mij zeggen dat jij iets niet wilt zeggen, of dat je iets niet durft te vertellen of dat je iets te moeilijk vindt om te vertellen. Dat betekent dat jij de baas bent over het gesprek. Niet ik.
- Als ik een fout maak, dan is het goed dat je mij verbetert. Geef voorbeeld: als ik zeg dat jouw trui rood is, wat zeg jij dan? Geef een compliment als de respondent je inderdaad verbetert. (verder schaars zijn met complimenten; complimenten kunnen de compliance vergroten).
- Als ik per ongeluk moeilijke woorden gebruik, dan is het goed om mij te zeggen: “zeg het eens in normaal Nederlands” (voorbeeld: Als ik jou vraag wat jouw domicilie is? Wat zeg jij dan?).
- Als je iets echt niet weet, dan mag je dat gerust zeggen. Dat is beter dan iets te verzinnen. Als ik jouw vraag: hoe heet mijn zusje? Wat zeg jij dan?
- Alles wat je vertelt behandelen we vertrouwelijk. Dat betekent dat we ervoor zorgen dat datgene wat je zegt in het onderzoeksrapport niet herkend kan worden als jouw verhaal. In het onderzoeksrapport staat wat er uit alle interviews kwam. Maar mensen kunnen dus niet lezen dat het over jou ging.
- Met wie deel je de informatie en met wie niet? (curatele en mentorschap in acht nemen).Als jij mij iets vertelt dat gevaarlijk is voor jou of waar jij last van hebt of wat niet mag van de wet, dan mag ik dat niet geheim houden. Geef voorbeeld: gebroken been metafoor.
- Naar wie wil je niet dat de info gaat en naar wie wel?

Opname
- Vind je het goed dat ik het gesprek opneem? (indien nodig uitleggen dat het alleen wordt uitgetypt, daarna gewist. Als we dat niet doen moeten we alles opschrijven, lastig en kost tijd).

Wat doen we met informatie
- Na alle interviews schrijven we de resultaten op in een onderzoeksrapport. Hierin staat wat er uit de interviews is gekomen. Nogmaals, je naam wordt nooit genoemd in het onderzoeksrapport.
- Als je wilt sturen we een korte samenvatting van het onderzoeksrapport op als we hiermee klaar zijn. Dan wil ik graag een e-mailadres (check of we dat hebben).
- Het onderzoeksrapport sturen we niet naar je ouders of begeleiders. Het onderzoeksrapport is te lezen via internet. Het kan dus wel zijn dan ze het lezen, maar je naam wordt niet genoemd en je loopt dus geen risico of gevaar dat ze jouw verhaal lezen.

- Aan het einde van het interview zal ik je vragen of we ook mogen praten met je begeleider of ouder. Het gesprek wat we nu hebben, gaat alleen over jou. Het gaat om jouw verhaal.

Topic list

A. Achtergrondinfo *(als informatie al bekend of zichtbaar is, dan niet vragen):*

Voordat ik vragen ga stellen over dat je zwanger bent geweest, vind ik het eerst fijn om iets meer over jou te weten. Dan leer ik je al wat beter kennen.

- Hoe oud ben je?
- Waar woon je nu? En met wie? (als iemand niet met beide ouders woont, vragen of ze die regelmatig zien (leven ouder(s) nog, zijn ze samen)
- Hoe is je relatie nu met je moeder/vader?
- Zit je op school? Wat voor school? Werk je? (wat voor werk)

B. Zwangerschap

- Wil je eens vertellen, hoe je ontdekte dat je zwanger was? Hoe lang was je toen al zwanger?
- Hoe oud was je toen je zwanger was? (welke klas school; werk)
- Van wie was je zwanger?
- Wat was hij van jou? (Had je los of eenmaal seks met hem, een prille relatie, vaste verkering?
- Wat dacht je toen je ontdekte dat je zwanger was?
- Wat vond je van de zwangerschap? (wat leuk, niet leuk, tussenin)
- Was je er klaar voor om zwanger te zijn?
- Toen je net wist dat je zwanger was, aan wie heb je kunnen vertellen dat je zwanger was?
- Hoe reageerden de mensen aan wie je het hebt verteld of die het wisten? (goed doorvragen op familie, vrienden en begeleiders welke normen/boodschap)
- Wist de jongen of man van wie je zwanger was, dat je zwanger was? (indien nog niet bekend)

C. Keuze

- Toen je zwanger was, moest je kiezen hoe je verder ging, zwangerschap uitdragen en een kind krijgen of stoppen met de zwangerschap. Wat heb jij gedaan?
- Heb je het gevoel dat je zelf kon kiezen? Of kozen anderen voor jou?
- Heb je er met anderen kunnen praten over het maken van een keuze? Met wie? Wat vonden zij?
- Heeft hun mening invloed gehad op je keuze?
- Ben je tevreden over je keuze, achteraf?
- Heb je hulp gekregen van iemand of van een organisatie om een keuze te maken?

D. Aanloop zwangerschap

Nu ga ik je een paar vragen stellen over de periode dat je (de eerste keer) zwanger bent geworden.

- Kun je iets vertellen over hoe je leven was in de periode dat je zwanger bent geworden. Dus net voordat je zwanger was.
  (Waar woonde je? Met anderen? School/werk? Gelukkig/ongelukkig? Vriendje?)
- Kun je me vertellen hoe het kwam dat je zwanger werd? (opletten: zo formuleren dat het duidelijk is dat je niet oordeelt)
- In de periode dat je zwanger bent geworden, had je toen het idee dat je seks had op een manier waar je zwanger van kunt worden?
  → Zo ja > Heb je iets gebruikt of gedaan om niet zwanger te worden?
  Ja > Weet je hoe het kwam dat je toch zwanger werd?
  Nee > Was dat je keuze om niets te doen of gebruiken tegen zwanger worden, of

liep het zo?
→ Zo nee > Dus je dacht niet dat je zwanger kon worden?

E. Seksuele voorlichting seks en anticonceptie

Nu wil ik je een paar vragen stellen over hoe jij over seks en relaties informatie hebt gekregen voordat je zwanger was

- Weet je nog van wie je informatie over relaties en seks hebt gekregen of gevonden? Wie heeft je daarover iets verteld? (check jongeren, ouders, begeleiders, op school)
- Per kanaal (ook als meisje het niet zelf noemt): wat werd er over seks gezegd?
- Per kanaal (ook als meisje het niet zelf noemt): wat werd er over zwanger worden gezegd?
- Heb je informatie gehad over manieren om niet zwanger te worden? (zo ja, wat voor informatie?)
- Heb je ook wel eens op het internet naar informatie over seks en relaties gezocht? Waar zocht je naar? Welke websites? (als ze zelf niet noemen, vragen naar website Steffi)
  Zelf gezocht of via anderen erop gewezen?)
- (indien info via internet gevonden): Wat vond je van de informatie over seks (en over niet zwanger worden) op het internet? (Was dat goed en duidelijk? Of niet zo goed? Iets gemist?)
- Denk je dat je misschien niet zwanger was geworden als je meer of andere voorlichting of informatie had gehad over hoe je zwanger kunt worden en hoe je dat kunt voorkomen? Zo ja, wat heb je gemist?

Een van de redenen waarom we dit onderzoek doen is omdat we betere informatie willen maken voor meiden.

- Welke informatie had je graag gehad of gehoord toen je nog niet zwanger was (vraag door: over seks, zwanger zijn, een kind hebben)?
- Van wie had je die informatie willen krijgen? (ouders, school, begeleider, internet (welke kanalen/websites!), andere manieren)

F. Eigen strategieën en invloed van anderen

Als we terugkijken naar je leven tot nu toe.

- Mocht je zelf kiezen wie je vriendjes waren?
- Kon je zelf kiezen met wie je seks had?
- Als dat niet zo is, wie speelde dan een beetje de baas? Of zei wat je wel en niet moest doen? (familie, vrienden, evt. vriendjes)?
- Wat vond je ervan dat [die persoon/personen] de baas speelde over jouw keuzes?
- Heb je geluisterd naar die mensen of heb je juist toch gedaan wat je zelf wilde? Hoe is dat jou gelukt?

G. Achtergrondinfo (als nog niet bekend is geworden)

Nog een paar praktische laatste vragen

- Ben je gelovig?
- Bij welke cultuur voel jij je horen (uitleggen en evt. voorbeelden noemen)?

Afsluiting

- Check alle topics gehad
- Korte samenvatting (en check op fouten of aanvullingen)
- Zijn we nog dingen vergeten?
- Wil je nog iets zeggen?
- Hoe vond je dit gesprek?
- Graag wil ik ook iemand in je naaste omgeving een paar vragen stellen, bv. een van je ouders of een begeleider. We zijn ook benieuwd hoe zij de periode van je zwangerschap hebben beleefd. Vind je dat goed? Wie zou ik het beste kunnen spreken?

Informatie vertel ik niet tegen jou. Net zoals ik ook niets vertel tegen je begeleiders/ouders over ons gesprek.

Dank voor het interview.
Bon van 20 euro.

Als je het fijn vindt of behoefte hebt om nog een keer met iemand te praten over je ervaringen rondom de zwangerschap, dan vind je hier contactgegevens van iemand van Fiom. Zij heeft erg veel ervaring in de begeleiding van meisjes die jong zwanger zijn geworden. (Kaartje verstrekken)

(Email)adres opschrijven als iemand de samenvatting van het onderzoeksrapport wil ontvangen.

Bijlage 2 Topiclijst professionals

Aansluitend op de ervaring en deskundigheid van de expert of professional zullen alle of sommige topics relevant zijn en aan de orde komen in het interview.

Topics

Achtergrond expert/professional
- Wat voor functie heeft u bij welke organisatie?
- Wat voor contact heeft u met meisjes? (bijvoorbeeld begeleid u groepen, houd u intake gesprekken, doet u telefonisch consult, etc.)
- Hoe lang doet u dit werk al?
- Hoeveel meisjes ziet/hoort u per jaar ongeveer? En die zwanger of moeder zijn?

Aanloop en beleving zwangerschap
- Wat zijn factoren in de aanloop van zwangerschap bij deze groep?
- Is zwangerschap vaak een bewuste keuze of overkomt het meisjes meer?
- Wat is de beleving van meisjes bij de zwangerschap?
- Wat is de beleving bij naasten en bij professionals?
- Wat is kenmerkend of opvallend in de ervaringen en verhalen van meisjes over zwangerschap met een lvb in vergelijking met meisjes zonder lvb?

Keuze proces zwangerschap
- Welke factoren spelen mee in de keuze tussen het afbreken of doorzetten van de zwangerschap?
- Welke argumenten/motivaties komen naar voren?
- Met wat voor vragen of kwesties zitten meisjes in de periode van de zwangerschap?
- Wat voor manieren hebben ze om zelf met deze problemen/moeilijke situaties om te gaan? Wat valt u daarin op?
- Heeft u het idee dat meisjes zelf de keuze kunnen maken?
- Worden ze vaak ondersteund door anderen? Waarbij?
- Worden ze vaak beïnvloed door anderen? Hoe gaan ze daarmee om?

Sociale normen
- Welke sociale normen en boodschappen krijgen meisjes rondom seksualiteit, zwangerschap, moederschap:
  - uit hun naaste omgeving?
  - van begeleiders en professionals?

Anticonceptie
- Wat is opvallend in de kennis, beelden en de houding (tegen)over AC onder deze meisjes?
- Zijn er bijzonderheden rondom anticonceptie?
- Verschillen ze hierin van niet-lvb meisjes?

Voorlichting en informatie
- Via welke kanalen krijgen ze informatie over seksualiteit, AC, zwangerschap en moederschap? (en via welke kanalen niet)
- Sluit deze informatie aan? Hoe zou dit beter kunnen voor deze groep?
- Heeft u het idee dat meisjes goede informatie hebben over seks en zwanger worden?
- Heeft u het idee dat meisjes een goed beeld hebben over een kind krijgen en opvoeden?
- Hoe zou voorlichting en informatie beter kunnen? (welke kanalen, welke onderwerpen onvoldoende of niet goed aan bod)

Ondersteuning

- Welke behoeften aan informatie en ondersteuning hebben deze meisjes tijdens de zwangerschap?
- Hoe is ondersteuning georganiseerd voor lvb meiden die zwanger zijn?
- Wat kan beter?

Abortus

- Meisjes met een lvb die een abortus hebben gehad zijn lastig in beeld te krijgen en te vinden. Wat speelt mee waarom deze groep weinig in beeld is?

Onderbelichte thema's

- Wat zijn volgens u/je onderbelichte kwesties of programma's thema's rondom tienerzwangerschappen bij deze groep meiden.

Afsluiting

- Check topics
- Zijn we nog dingen vergeten?
- Wilt u nog iets zeggen?
- Hoe vond u dit gesprek?

Dank voor het interview.
(Email)adres opschrijven als iemand onderzoeksrapport of samenvatting wil ontvangen.

Bijlage 3 Deelnemerslijst stakeholdersbijeenkomst

Thea van der Waard	Sekshag
Caroline Grootes	Verloskundige
Annet Jansen	CASA Amsterdam
Helmie van der Meijden	GGD Gelderland Zuid
Ineke Wijnsma	GGD Groningen
Jose Huzen	JSO
Judith Bouwman	MEE Groningen
Monique de Groot	Moeder& Kind huis
Maria Salman	JP van der Bent Stichting
Hendrina van Beek	Siriz
Jacqueline Zandt	MEE
Suzanne Meijer	SANL
Elsbeth Haarsma	Siriz
Mieke van Leeuwen	Iederin
Geeske Hoogenboezem	JSO
Marieke Timmermans	NCJ
Connie Rijlaarsdam	GGD Hart voor Brabant
Vanessa Bal	VWS
Marianne Cense	Rutgers
Eline Dalmijn	Fiom/Rutgers
Willy van Berlo	Rutgers
Jantine van Lisdonk	Rutgers
Ineke van der Vlugt	Rutgers

Bijlage 4 Literatuur

AAIDD A Hoc Committee on Terminology and Classification. (2010). *Intellectual Disability*. 11th Edition. Washington DC: AAIDD.

Baarda, D., Goede, M. de, & Teunissen, J. (2005). Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.

Beer, Y. de (2011). *De kleine gids: Mensen met een licht verstandelijke beperking*. Deventer: Kluwer.

Berlo, W. van, Wijsen, C., & Vanwesenbeeck, I. (2005). *Een gebrek aan regie. Een kwalitatief onderzoek naar de achtergronden van tienerzwangerschappen.* Utrecht: Rutgers Nisso Groep.

Berlo, W. van, De Haas, S., Oosen, N. Vav, Dijk, L. van, Brants, L., Tonnon, S., & Storms, O. (2011). *Beperkt weerbaar: Een onderzoek naar seksueel geweld bij mensen met een lichamelijke, zintuigelijke of verstandelijke beperking*. Utrecht: Rutgers/MOVISIE.

Cheng, M.M., & Udry, R. (2005). Sexual experiences of adolescents with low cognitive abilities in the U.S. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 17*(2), 155-172.

Eastgate, G., Driel, M. L. van, Lennox, N., & Scheermeyer, E. (2011). Women with disabilities. A study of sexuality, sexual abuse and protection skills. *Australian family physicians*, *40*(4), 226-230.

Goenee, M., Zenderen, K. van, & Santen, L. van, (2014*). Programmeringsstudie Preventie Tienerzwangerschappen & Abortus.* Utrecht: Rutgers. (intern rapport).

Gomez, M.T. (2012). The S word: sexuality, sensuality, sexual expression and people with intellectual disability. *Sexuality and Disability*, *30*, 237-245.

Graaf, H. de, Kruijer, H., Acker, J. van, & Meijer, S. (2012). *Seks onder je 25ste: Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2012.* Delft: Eburon.

Greeven, H. (2014). *Rapportage onderzoek naar jongeren met een licht verstandelijke beperking*. Gouda: JSO.

Jahoda, A., & Pownall. J. (2014). Sexual understanding, sources of information and social networks: The reports of young people with intellectual disabilities and their non-disabled peers. *Journal of Intellectual Disability Research*, *58*, 430-441. doi:10.1111/jir.12040.

Keinemans, S. (2010). Eervol moederschap: Een studie naar de leefwereld van adolescente moeders. Delft: Eburon.

Kirby, D. (2001). *Emerging Answers: Research findings on programs to reduce teen pregnancy.* Washington DC: National Campaign to Prevent Teen pregnancy.

Kok, G., Maasen, R., Maaskant, M., & Curfs, L. (2009). Zorgverleners over seksualiteit van mensen met een verstandelijke beperking; een kwalitatief onderzoek. *Tijdschrift voor Seksuologie*, *33*(3), 199-206.

Lange, M. de. (2013). *Position paper LVB-jongeren*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Louwerse, P. (2009). *Niet gepland, toch gewenst.* Rotterdam: Me & Society.

McCabe, M.P. (1999). Sexual knowledge, experience and feelings among people with disability. *Sexuality and Disability*, *17*(2), 157-170.

Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten. (2005). *Omgaan met vragen omtrent kinderwens en anticonceptie bij mensen met een verstandelijke handicap. Een NVAVG-standaard*. Rotterdam: NVAVG.

Schakenraad, W., & Janssens, K. (2008). *Seksualiteit en grenzen: Wat maakt jongeren met een lichte verstandelijke beperking kwetsbaar, wat maakt hen weerbaar?* Utrecht: MOVISIE.

Verdonk, I. (2011). *Ze zeggen dat we het niet kunnen: Kinderwens en ouderschap van mensen met een lichte verstandelijke beperking.* Assen: Van Gorcum.

VOCB (z.j.) *Factsheet jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra.

Vogels, T., Buitendijk, S.E., Bruil, J., Dijkstra, N.S., & Paulussen, T.G.W.M. (2002). *Jongeren, seksualiteit, preventie en hulpverlening. Een verkenning van de situatie in 2002.* Leiden: TNO Preventie en Gezondheid.

Vries, J. de, Willems, L., Isarin, J., & Reinders, J. (2005). *Samenspel van factoren: Inventariserend onderzoek naar de ouderschapscompetenties van mensen met een verstandelijke handicap.* Amsterdam: UvA/VU Amsterdam.

Wijsen, C. & Lee, L. van. (2006). *Kind van twee werelden. Een kwalitatief onderzoek naar de achtergronden van zwangerschappen bij allochtone tieners.* Utrecht: Rutgers Nisso Groep.

Wit, M. de, Moonen, X., & Douma, J. (2011). *Richtlijn effectieve interventies LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.

Zoon, M. (2013). *Kenmerken en oorzaken van een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: NJI.