

Kennissynthese Onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap

Anna Jansma

Frouke Sondeijker



Kennissynthese Onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap

Anna Jansma
Frouke Sondeijker

Utrecht, Augustus 2019

Inhoud

| | | | | | |
|----------|--|-----------|----------|--|-----------|
| | Samenvatting | 3 | 4 | Prioriteiten en aanbevelingen | 28 |
| 1 | Inleiding | 7 | 4.1 | Prioriteringscriteria | 28 |
| 2 | De kennissynthese | 8 | 4.2 | Prioriteiten programmalijn Onderzoek | 28 |
| 3 | Kennis en lacunes | 10 | 4.3 | Prioriteiten programmalijn Praktijkverbetering | 30 |
| 3.1 | Hoofdvragen | 10 | 4.4 | Algemene aanbevelingen en opmerkingen voor het ZonMw programma Onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap | 30 |
| 3.2 | Deel I Kennis en lacunes uit de literatuur | 11 | 5 | Literatuur | 32 |
| 3.2.1 | <i>Overzicht van de lacunes per cluster</i> | 12 | | Bijlagen | 34 |
| 3.2.2 | <i>Cluster 1: Definiëring en kennis over hoogrisicogroepen</i> | 14 | 1 | Samenvatting kennis | 35 |
| 3.2.3 | <i>Cluster 2: Preventie van onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap</i> | 17 | 2 | Samenvatting interventies, praktijkvoorbeelden en materialen | 64 |
| 3.2.4 | <i>Cluster 3: Ondersteuning en zorg bij onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap</i> | 19 | 3 | Deelnemende organisaties expertbijeenkomst | 75 |
| 3.3 | Deel II Aanvullingen vanuit de expertbijeenkomst | 21 | 4 | Beschrijving bronnen literatuurlijst | 76 |
| 3.3.1 | <i>Cluster 1: Definiëring en kennis over hoogrisicogroepen</i> | 21 | | | |
| 3.3.2 | <i>Cluster 2: Preventie van onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap</i> | 24 | | | |
| 3.3.3 | <i>Cluster 3: Ondersteuning en zorg bij onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap</i> | 25 | | | |
| 3.3.4 | <i>Algemene opmerkingen en aanvullingen uit de expertbijeenkomst</i> | 26 | | | |
| 3.3.5 | <i>Aanvullende bronnen en interventies</i> | 27 | | | |

Samenvatting

Het programma onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap

In het Regeerakkoord Vertrouwen in de toekomst (2017) zijn middelen beschikbaar gesteld voor preventie van en ondersteuning bij onbedoelde (tiener) zwangerschappen. Samen met partijen uit het veld heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) hiervoor het plan 'Onbedoelde (tiener)zwangerschappen: een zevenstappenplan' opgesteld. Het zevenstappenplan bestaat uit: 1. Collectieve preventie van onbedoelde (tiener)zwangerschappen en voorlichting over anticonceptie; 2. Groepen met een hoog risico; 3. Ondersteuning bij onbedoelde zwangerschappen; 4. Landelijke invoering van 'Nu Niet Zwanger': intensieve anticonceptie counseling voor hoogrisicogroepen; 5. Beleids optimalisatie bij jong en kwetsbaar ouderschap; 6. Kennisprogramma; 7. Monitoring. Voor de punten twee, vijf en zes uit dit plan heeft het ministerie van VWS aan ZonMw de opdracht gegeven deze nader uit te werken in het programma 'Onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap'. In dit programma staan preventie van en integrale ondersteuning en zorg bij onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap centraal. Hierbij is er specifieke aandacht voor hoogrisicogroepen zoals onder andere: leerlingen van het (voortgezet) speciaal onderwijs; studenten van het mbo, niveau 1 en 2; jongeren in de gesloten en open residentiële jeugdhulp; cliënten van de LVB-sector; migranten, asielzoekers en statushouders; multiprobleemgezinnen, dak- en thuislozen.

De kennissynthese

ZonMw heeft het Verwey-Jonker Instituut gevraagd om in het kader van de ontwikkeling van het programma 'Onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap' een kennissynthese uit te voeren. Doel van de kennissynthese is het inventariseren van bestaande kennis en lacunes en het bijeenbrengen van praktijkvoorbeelden, om vervol-

gens met behulp van een aantal criteria prioriteit aan te brengen in thema's voor de twee inhoudelijke lijnen van het programma: de programmaliijn Praktijkverbetering en de programmaliijn Onderzoek. ZonMw benut de resultaten uit de Kennissynthese voor de verdere invulling en concretisering van het programma en het opstellen van een Kennisagenda.

Het onderzoek

Op basis van een door ZonMw uitgevoerde veldraadpleging en consultatieronde langs diverse organisaties is een negental hoofdvragen geformuleerd die de basis vormden voor de door ons uitgevoerde kennissynthese. De hoofdvragen zijn op te delen in drie clusters:

Cluster 1: Definiëring en kennis over hoogrisicogroepen

1. Wat zijn hoogrisicogroepen voor onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap en welke subgroepen zijn daarin te onderscheiden?
2. Wat zijn binnen de hoogrisicogroepen risicofactoren voor een onbedoelde zwangerschap?
3. Wat is er bekend over het anticonceptiegebruik, het aantal ongewenste zwangerschappen en het aantal abortussen binnen hoogrisicogroepen?

Cluster 2: Preventie van onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap

4. Welke preventieve interventies zijn er beschikbaar en wat weten we over het effect van deze interventies?
5. Wat is er bekend over de inzet van ervaringsdeskundigen?
6. Hoe ziet bij onbedoelde zwangerschap het keuzeproces eruit (om de zwangerschap wel of niet uit te dragen) en welke factoren spelen een rol bij het maken van keuzes? Met name aandacht voor goede voorbeelden.

Cluster 3: Ondersteuning en zorg bij onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap

7. Hoe ziet de begeleiding bij kwetsbaar (jong) ouderschap er (idealiter) uit? Welke factoren zijn van belang in de begeleiding van kwetsbare (jonge) ouders naar een stabiele situatie?
8. Sluiten interventies voldoende aan bij hoogrisico- en subgroepen, worden zij bereikt en wat zijn daarbij werkzame elementen?
9. Wie zijn er in een regio betrokken bij de preventie en aanpak van onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap en welke uitdagingen ervaren zij in deze samenwerking?

Vanwege de breedte van de thematiek en het korte tijdsbestek voor de uitvoering van de kennissynthese lag de focus op bronnen aangedragen in de door ZonMw uitgevoerde veldraadpleging en consultatieronde en op overzichtsstudies en reviews aangaande de in stap 1 gekozen vraagstukken/thema's en bronnen, met de focus op hoogrisicogroepen. De bevindingen van de kennissynthese zijn voorgelegd aan het veld tijdens een expertbijeenkomst. Doel van de bijeenkomst was het toetsen en prioriteren van de gevonden lacunes en praktijkvoorbeelden.

Prioriteiten en aanbevelingen

Aan de hand van een 6-tal prioriteringscriteria, is een voorzet gedaan voor de prioritering van thema's voor de twee programmalijnen. Hieronder staan deze per programmalijn weergegeven. Tot slot worden er een aantal algemene aanbevelingen voor het programma Onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap genoemd.

Programmalijn Onderzoek

Meer onderzoek is nodig naar preventie van en ondersteuning en zorg bij onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap bij hoogrisicogroepen. Een aantal zaken komt bovendien na het hanteren van de prioriteringscriteria.

Definiëring en kennis over hoogrisicogroepen

Belangrijk is om bij de onderzoeken goed scherp te hebben welke doelgroep er onderzocht wordt. Gaat het om ongewenste, ongeplande of onbedoelde zwangerschap, op welk moment is dat in kaart gebracht en vanuit wiens perspectief zijn hierbij relevante vragen.

Verder is er naar anticonceptiegebruik, ongewenste zwangerschappen en abortus onder hoogrisicogroepen veelal kwalitatief onderzoek gedaan. Kwantitatief is er dus nog veel werk te doen. Dit vraagt om dataverzameling of in ieder geval aanvullingen op bestaande data. In bestaande registraties van zwangerschappen en abortussen wordt informatie over opleidingsniveau, IQ of beperkingen vaak niet structureel bijgehouden of gerapporteerd (Dalmijn & Lisdonk, 2017). Dit maakt het lastig om te bepalen of data in bestaande registraties over hoogrisicogroepen gaan. Ook zijn er onvoldoende cijfers over de samenhang tussen (correct) anticonceptiegebruik, aantal onbedoelde zwangerschappen, aantal abortussen/voldragen zwangerschappen en de achterliggende redenen daarbij.

Bij de benoemde hoogrisicogroepen leiden verschillende combinaties van factoren tot een verhoogd risico op onbedoelde zwangerschap. Met name de verschillen tussen diverse etnische groepen zijn groot en er is nog weinig zicht op welke combinaties van factoren bij welke groepen nu tot een verhoogd risico leiden. Specifieke aandacht zou hierbij uit moeten gaan naar de rol van religie en sociale normen rond onbedoelde zwangerschap en abortus, waarbij aandacht voor andere sociaaleconomische en andere achtergrondfactoren van belang blijft.

Een structureel onderbelichte groep bij deze thematiek zijn jongens en mannen. Daar zou ook in onderzoek veel meer aandacht voor moeten zijn. Wat is hun rol (denk ook aan anticonceptie), hoe ervaren zij die zelf, hoe gaan zij om met een onbedoelde zwangerschap, hoe beleven ze het keuzeprocess en gaan ze om met abortus/dan wel ouderschap. Ook vrouwen met psychische problemen en vrouwen tussen de 20 en 35 die eerder een abortus hebben ondergaan zijn nog onderbelicht. Voor (met name) de laatste groep is er aandacht nodig voor het gesprek over anticonceptie na abortus en ervaren barrières in de anticonceptiezorg.

Meer longitudinaal onderzoek is nodig om in kaart te brengen hoe vaak een onbedoelde zwangerschap leidt tot kwetsbaar (jong) ouderschap en wat daarbij bepalende factoren zijn of wat er juist voor zorgt dat stress en daarmee geassocieerde intergenerationele overdracht van deze problematiek kan worden tegengegaan.

Preventie van onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap

Er is gedegen ontwikkelonderzoek nodig naar in welke mate preventieve interventies aansluiten bij hoogrisico-/kwetsbare groepen. En in welke mate de interventies deze groepen bereiken. En als dat niet voldoende het geval is, wat er extra nodig is om deze groepen goed te bereiken en te bedienen. Aansluitend zou er dan effectonderzoek gedaan moeten worden naar deze aangepaste versie, waarbij het nadrukkelijk niet de bedoeling is nieuwe interventies te ontwikkelen, maar juist hetgeen waarvan we weten dat het werkt beter te laten aansluiten bij de beoogde groepen.

De inzet van ervaringsdeskundigheid in het kader van preventie van onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap is door velen benoemd als potentieel werkzaam. Echter is nog niet bekend of dit daadwerkelijk effectief is en aan welke randvoorwaarden daarvoor moet worden voldaan (denk aan: inbedding lokale praktijk; kwaliteit ervaringsdeskundige; moment van inzet).

Veel van de reeds uitgevoerde onderzoeken richten zich op de (jonge) moeder. Het zou interessant kunnen zijn om meer aandacht te hebben voor het sociale netwerk van de (jonge) moeder en de bij haar betrokken professionals (denk aan: huisarts, abortusarts, verloskundigen, verpleegkundigen) om meer zicht te krijgen op hun rol in het kader van preventie van en ondersteuning en zorg bij onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap.

Onderzoek naar preventieve activiteiten in het onderwijs is buiten beschouwing gelaten, omdat dit een apart punt is in het zevenstappenplan .

Ondersteuning en zorg bij onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap

De zaken die genoemd zijn onder preventie bij onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap gelden ook voor de ondersteuning en zorg. Dus ontwikkel- en effectonderzoek rond de aansluiting van interventies bij de hoogrisicogroepen, onderzoek naar of, voor wie en onder welke randvoorwaarden inzet van ervaringsdeskundigen effectief is. En ook hier de rol van het sociale netwerk van de (jonge) moeder en de bij haar betrokken professionals meer aandacht geven in nieuwe onderzoeken.

Aanvullend op bovengenoemde zaken is er meer implementatieonderzoek nodig. Daarmee bedoelen we onderzoek naar belemmerende en bevorderende factoren bij het (lokaal) implementeren van interventies opdat die het theoretisch effect ook in de praktijk behalen.

Programmalijs Praktijkverbetering

Wat opvalt in de literatuur, op websites, in databanken en tijdens de expertbijeenkomst, is dat er weinig samenhang is in de geboortezorgketen. Zwangere meiden en vrouwen of kwetsbare (jonge) ouders moeten daarin zelf hun weg zien te vinden. Inmiddels worden er lokale/regionale samenwerkingsverbanden opgezet, zoals Verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) en Integrale Geboortezorg Organisaties (IGO's). Daarbij zou het mooi zijn als er aandacht is voor de regiefunctie binnen die samenwerking. Als ook voor de samenhang van het aanbod.

Implementeer interventies die breed ingezet kunnen worden binnen de geboortezorgketen, te beginnen bij preconceptiezorg en doorlopend tot aan de jeugdgezondheidszorg en lokale teams, zoals wijk- of buurtteams. Op die manier kan er een sluitende aanpak ontstaan waarbij met behulp van het eigen netwerk gewerkt wordt aan passende huisvesting, oplossen van financiële problemen en optimale participatie van ouders en kinderen (denk aan onderwijs, werk, sport).

Een randvoorwaarde hierbij is dat gemeenten samenwerking tussen partners in de geboortezorgketen, jeugdgezondheidszorg en lokale teams ondersteunen. Echter dient daarvoor inzichtelijk gemaakt te worden wat dit gemeenten oplevert.

Voor de lijn praktijkverbetering geldt ook, er is al heel veel kennis en er zijn ook goede interventies, maak daar gebruik van en begin niet bij nul, maar beschrijf hoe je dit aanbod implementeert in de lokale context en wat daarvoor nodig is. Een vorm van monitoring op de voortgang en opbrengsten (niet perse effecten voor de eindgebruiker, maar ook versterking van samenwerking, verbetering toegankelijkheid van de hulp, duidelijke regievoering) is hierbij aan te bevelen. Op die manier ontstaan er beschrijvingen van good practices die gedeeld kunnen worden, zodat er breder dan alleen lokaal/regionaal van geprofiteerd kan worden. Hiervoor wordt idealiter aansluiting gezocht bij bestaande leerbijeenkomsten, kennistafels et cetera.

Algemene aanbevelingen en opmerkingen voor het programma Onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap

- Er gebeurt al veel op het vlak van voorlichting, zwangerschap, geboorte, kansrijke start en kwetsbaar (jong) ouderschap. Stem goed af met andere partijen en organisaties die zich bezighouden met het onderwerp onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap.
- Zorg voor een duidelijke definiëring en afbakening van het begrip kwetsbaar (jong) ouderschap, het begrip hoogrisicogroep, en van de begrippen onbedoeld, ongewenst en ongepland. Heb aandacht voor het feit dat laatstgenoemde begrippen niet (altijd) statisch zijn en ook in combinatie met elkaar voor kunnen komen. Zo kan een onbedoelde zwangerschap wel gewenst zijn (of worden).
- Weet dat de databanken veel overlap kennen qua interventies, maar dat de informatie die is weergegeven over interventies en beoogde doelgroep kunnen verschillen.
- Zorg dat ook gemeenten zich aangesproken/meegenomen voelen in de teksten van de subsidieoproepen.
- Streef niet naar voor elke doelgroep een eigen interventie, maar naar kleine aanpassingen in bestaande (effectieve) interventies en onderzoek daarvan opnieuw de effectiviteit. Heb daarbij aandacht voor eventuele overlap tussen verschillende hoogrisicogroepen en overeenkomende risicofactoren.
- De focus ligt in de literatuur en ook in de praktijk vaak op tienermoeders. Daar is al veel over bekend. In het programma zou er daarom (ook) aandacht moeten zijn voor andere (hoogrisicio) groepen.
- Politieke maatregelen kunnen van invloed zijn op de thematiek. Het is goed om hier rekening mee te houden. Denk bijvoorbeeld aan het bevorderen van anticonceptiegebruik, door dit weer te vergoeden vanuit de basisverzekering.

1 Inleiding

In het Regeerakkoord Vertrouwen in de toekomst (2017) zijn middelen beschikbaar gesteld voor preventie van en ondersteuning bij onbedoelde (tiener) zwangerschappen. Samen met partijen uit het veld heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) hiervoor het plan 'Onbedoelde (tiener)zwangerschappen: een zevenstappenplan' opgesteld. Het zevenstappen plan bestaat uit: 1. Collectieve preventie van onbedoelde (tiener)zwangerschappen en voorlichting over anticonceptie; 2. Groepen met een hoog risico; 3. Ondersteuning bij onbedoelde zwangerschappen; 4. Landelijke invoering van 'Nu Niet Zwanger': intensieve anticonceptiecounseling voor hoogrisicogroepen; 5. Beleidsoptimalisatie bij jong en kwetsbaar ouderschap; 6. Kennisprogramma; 7. Monitoring. Voor de punten twee, vijf en zes uit dit plan heeft het ministerie van VWS aan ZonMw de opdracht gegeven deze nader uit te werken in het programma 'Onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap'. In dit programma staan preventie van en integrale ondersteuning en zorg bij onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap centraal. Hierbij is er specifieke aandacht voor hoogrisicogroepen zoals onder andere: leerlingen van het (voortgezet) speciaal onderwijs; studenten van het mbo, niveau 1 en 2; jongeren in de gesloten en open residentiële jeugdhulp; cliënten van de LVB-sector; migranten, asielzoekers en statushouders; multiprobleemgezinnen, dak- en thuislozen.

ZonMw heeft het Verwey-Jonker Instituut gevraagd om in het kader van de ontwikkeling van het programma 'Onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap' een kennissynthese uit te voeren. De kennissynthese bestond uit twee delen met verschillende doeleinden. Het eerste deel was een inventarisatie van bestaande kennis en lacunes, teneinde thema's en onderwerpen te inventariseren waarnaar onderzoek nodig is. Het tweede deel bestond uit het bijeenbrengen van goede praktijkvoorbeelden, die input leveren voor de plannen ter verbetering van de praktijk. ZonMw benut de resultaten uit de Kennissynthese voor de verdere invulling en concretisering van het programma en het opstellen van een Kennisagenda.

Dit rapport geeft inzicht in de resultaten van de kennissynthese en doet aanbevelingen voor een prioritering van thema's voor de twee lijnen van het programma 'Onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap': de programmalijn Onderzoek en de programmalijn Praktijkverbetering. In het volgende hoofdstuk staan de verschillende stappen die de kennissynthese omvatte beschreven. In hoofdstuk drie staan de resultaten van de kennissynthese weergegeven. Tot slot staan in hoofdstuk vier onze aanbevelingen voor het programma beschreven.

2 De kennissynthese

In dit hoofdstuk staan de verschillende stappen die de kennissynthese omvatte beschreven. De kennissynthese werd voorafgegaan door een door ZonMw uitgevoerde ZonMw veldraadpleging langs diverse organisaties¹ betrokken bij de preventie van en begeleiding van ouders bij onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap. Daarnaast voerde ZonMw gedurende de kennissynthese aanvullende gesprekken met NHG, NGvA en VNG en zette ZonMw een online consultatie uit op het (concept) programmavoorstel Onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap. De resultaten hiervan zijn meegenomen in de kennissynthese.

Analyse groslijsten

Stap 1 was de analyse van het materiaal dat de veldraadpleging van ZonMw opleverde. Het betrof een groslijst kennisthema's en een groslijst praktijkvoorbeelden. Ook de transformatieagenda van JOOZ is meegenomen in de analyse. Dit resulteerde in een prioritering van thema's (op basis van hoe vaak genoemd) en te bekijken bronnen. Alvoorts verder te gaan met stap 2, is de prioritering ter check voorgelegd aan ZonMw.

QuickScan literatuur en praktijkvoorbeelden

Stap 2 was een QuickScan van literatuur en praktijkvoorbeelden. Vanwege de breedte van de thematiek en het korte tijdsbestek voor de uitvoering van de kennissynthese lag de focus op bronnen aangedragen in de door ZonMw uitgevoerde veldraadpleging en consultatieronde en op overzichtsstudies en reviews aangaande de in stap 1 gekozen vraagstukken/thema's en bronnen, met de focus op hoogrisicogroepen. De QuickScan van praktijkvoorbeelden is breed opgevat. Er is gezocht naar effectieve interventies en effectieve samenwerkingsvormen/-verbanden in de volgende databanken: Loket-

GezondLeven, NJI, NCJ, Movisie, Vilans en Gezonde School en in kennisbronnen aangedragen in de door ZonMw uitgevoerde veldraadpleging en consultatieronde. De QuickScan van literatuur en praktijkvoorbeelden vond plaats in maart 2019.

Gelijktijdig met deze kennissynthese werkte AEF in opdracht van het ministerie van VWS aan de ontwikkeling van een menukaart voor effectieve integrale aanpakken rond Kansrijke Start. Er is tussentijds onderling uitgewisseld over de voortgang zodat er geen dubbel werk gedaan werd en de praktijken niet onnodig werden belast.

Aanvulling QuickScan

Stap 3 was een aanvulling op de QuickScan door een online raadpleging (Google) van recente (vanaf 2016) meta-analyses rond bovengenoemde twee thema's, omdat we verwachtten dat die nog niet altijd in de genoemde bronnen verwerkt zijn. Zoektermen die gebruikt zijn: (combinaties van termen) preventie, zwangerschap, ongewenst, onbedoeld, risicogroep, ondersteuning, integraal, kwetsbaar ouderschap, jong ouderschap. In combinatie met de hoogrisicogroepen: leerlingen (voortgezet) speciaal onderwijs; studenten van het mbo, niveau 1 en 2; jongeren in de gesloten en open residentiele jeugdhulp; cliënten van de LVB-sector; migranten, asielzoekers en statushouders; multiprobleemgezinnen, dak- en thuislozen.

De stappen 1 t/m 3 hebben geleid tot een overzicht van wat we al weten uit onderzoek (gegroepeerd rond met ZonMw afgestemde thema's) en wat nog niet.

¹ Fiom, Rutgers, Siriz, JOOZ, GGD GHOR Nederland en de Gezonde School.

Expertbijeenkomst

Stap 4 betrof een expertbijeenkomst met relevante partijen. Een overzicht van de partijen die aanwezig waren bij de bijeenkomst is te vinden in [bijlage 3](#). Doel van de expertbijeenkomst was het toetsen van de gevonden kennislacunes en praktijkvoorbeelden. Deelnemers kregen voorafgaand aan de expertbijeenkomst een overzicht van de door ons gevonden lacunes (zie [hoofdstuk 3](#)) en interventies en praktijkvoorbeelden (zie [bijlage 2](#)) opgestuurd. De vragen die tijdens de expertbijeenkomst centraal stonden waren:

1. Herkennen de deelnemers de geschetste lacunes en praktijkvoorbeelden die op grond van de QuickScan zijn geformuleerd? Missen zij belangrijke lacunes of praktijkvoorbeelden?
2. Aan welke lacunes en praktijkvoorbeelden zouden zij prioriteit geven binnen de twee programmalijnen?

Middels verschillende werkvormen konden deelnemers tijdens de expertbijeenkomst antwoord geven op deze vragen.

Eindrapportage

Op basis van de verkregen informatie is onderhavig eindrapport geschreven (stap 5).

3 Kennis en lacunes

Dit hoofdstuk beschrijft de in de QuickScan van literatuur en praktijkvoorbeelden gevonden kennis en lacunes. In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk staat beschreven welke hoofdvragen centraal stonden tijdens de QuickScan. De tweede paragraaf begint met een overzicht van de lacunes per cluster, waarna per cluster beschreven staat welke kennis en lacunes wij op basis van de door ons geraadpleegde literatuur vonden.² In de derde paragraaf van dit hoofdstuk staan de aanvullingen en opmerkingen op de gevonden lacunes en kennis van de deelnemers aan de expertbijeenkomst beschreven.

3.1 Hoofdvragen

Stap 1 van de kennissynthese (zie hoofdstuk 2) leidde tot een prioritering van thema's voor de QuickScan. Aan de hand van de thema's die in de veldraadpleging de meeste prioriteit kregen zijn negen hoofdvragen geformuleerd, verdeeld over drie clusters: 1. definiëring en kennis over hoogrisicogroepen, 2. preventie van onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap, 3. ondersteuning en zorg bij onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap. De hoofdvragen staan hieronder per cluster beschreven.

Cluster 1: Definiëring en kennis over hoogrisicogroepen

1. Wat zijn hoogrisicogroepen voor onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap en welke subgroepen zijn daarin te onderscheiden?
2. Wat zijn binnen de hoogrisicogroepen risicofactoren voor een onbedoelde zwangerschap?
3. Wat is er bekend over het anticonceptiegebruik, het aantal ongewenste zwangerschappen en het aantal abortussen binnen hoogrisicogroepen?

Cluster 2: Preventie van onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap

4. Welke preventieve interventies zijn er beschikbaar en wat weten we over het effect van deze interventies?
5. Wat is er bekend over de inzet van ervaringsdeskundigen?
6. Hoe ziet bij onbedoelde zwangerschap het keuzeproces eruit (om de zwangerschap wel of niet uit te dragen) en welke factoren spelen een rol bij het maken van keuzes? Met name aandacht voor goede voorbeelden.

Cluster 3:

Ondersteuning en zorg bij onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap

7. Hoe ziet de begeleiding bij kwetsbaar (jong) ouderschap er (idealiter) uit? Welke factoren zijn van belang in de begeleiding van kwetsbare (jonge) ouders naar een stabiele situatie?
8. Sluiten interventies voldoende aan bij hoogrisico- en subgroepen, worden zij bereikt en wat zijn daarbij werkzame elementen?
9. Wie zijn er in een regio betrokken bij de preventie en aanpak van onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap en welke uitdagingen ervaren zij in deze samenwerking?

Bovenstaande hoofdvragen vormden de basis voor onze QuickScan van literatuur en praktijkvoorbeelden.

Onderstaand plaatje laat zien dat wij verwachtten dat lacunes van het cluster *Definiëring en kennis over hoogrisicogroepen* (cluster 1) vooral zullen leiden tot thema's voor de programmaliijn Onderzoek en lacunes van de clusters *Preventie van onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap* (cluster 2), en *Ondersteuning en zorg bij onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap* (cluster 3) vooral zullen leiden tot thema's voor de programmaliijn Praktijkverbetering.

² In bijlage 2 is een meer uitgebreid overzicht opgenomen van bestaande kennis rond de verschillende thema's.



3.2 Deel I Kennis en lacunes uit de literatuur

In deze paragraaf zijn de kennis en lacunes, gevonden op basis van de QuickScan van literatuur en praktijkvoorbeelden, beschreven. De paragraaf start met een overzicht van de gevonden lacunes per cluster. De rest van deze paragraaf is thematisch ingedeeld, waarbij per cluster steeds eerst de op basis van de bestudeerde literatuur gevonden kennis wordt weergegeven, gevolgd door de geconstateerde lacunes. De kennis staat in deze paragraaf steeds beknopt en in hoofdpunten beschreven, met hier en daar een voorbeeld. Voor een uitgebreid overzicht van de gevonden kennis verwijzen wij steeds naar [bijlage 1](#). Daarnaast worden aan het eind van iedere paragraaf ‘Overige thema’s’ benoemd. Dit zijn thema’s die tijdens de veldraadpleging van ZonMw door de geraadpleegde veldpartij(en) als lacunes werden gezien, maar die geen prioriteit kregen in de hoofdvragen, omdat ze minder vaak genoemd werden dan andere thema’s. Deze zijn niet meegenomen in de QuickScan, en hiervan is dus niet bekend of dit daadwerkelijk kennislacunes zijn. Wel zijn deze thema’s meegenomen in de expertbijeenkomst, zodat er prioriteit aan kon worden gegeven door het veld indien gewenst.

3.2.1 Overzicht van de lacunes per cluster

| Hoofdvragen cluster 1: definiëring en kennis over hoogrisicogroepen | Lacunes op basis van literatuur en relevante documenten | Overige thema's genoemd in de veldraadpleging |
|--|--|---|
| Wat zijn hoogrisicogroepen voor onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap en welke subgroepen zijn daarin te onderscheiden? Met o.a. aandacht voor diversiteit in culturen en geloofsovertuigingen. | Definiëring van en onderscheid tussen de termen ongewenst, ongepland en onbedoeld. Onderscheid tussen hoogrisicogroepen en subgroepen. | De intergenerationele overdracht van onbedoelde zwangerschap. |
| Wat zijn binnen de hoogrisicogroepen risicofactoren voor een onbedoelde zwangerschap? | Risicofactoren voor een onbedoelde zwangerschap binnen hoogrisicogroepen. Risicofactoren voor een onbedoelde zwangerschap binnen verschillende etnische groepen. De rol en achtergrond van jongens betrokken bij een onbedoelde zwangerschap. | |
| Wat is er bekend over het anticonceptiegebruik, het aantal ongewenste zwangerschappen en het aantal abortussen binnen hoogrisicogroepen? | Kwantitatieve kennis over anticonceptiegebruik, het aantal ongewenste zwangerschappen en het aantal abortussen bij hoogrisicogroepen. De (psychische) gevolgen van abortus. De samenhang tussen onbedoeld zwanger en kwetsbaar ouderschap. De redenen achter zwangerschapsafbrekingen. De relatie tussen (onjuist) gebruik van anticonceptie en onbedoelde zwangerschap. Het gesprek over anticonceptie na abortus. | De invloed van religie op sociale normen rond (ongeplande) tienerzwangerschap en specifiek rond abortus. Ervaren barrières in de anticonceptiezorg. De vergoeding van anticonceptie. Zorgbehoeften op het gebied van anticonceptie/onbedoelde zwangerschap onder vrouwen die in behandeling zijn voor psychische aandoeningen. |
| Hoofdvragen cluster 2: preventie van onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap | Lacunes op basis van literatuur en relevante documenten | Overige thema's genoemd in de veldraadpleging |
| Welke preventieve interventies zijn er beschikbaar en wat weten we over het effect van deze interventies? | De aansluiting van preventieve interventies bij hoogrisicogroepen. De doorontwikkeling van (algemene) interventies voor hoogrisicogroepen. De effecten van preventieve interventies. De samenhang tussen verschillende interventies/aanpakken. Verschillen in interventiebeschrijvingen tussen databanken. | Verskil in effectiviteit tussen gastlessen en docenten die zelf les geven. De implementatie van preventie van ongewenste zwangerschap in verschillende onderwijssectoren. |
| Wat is er bekend over de inzet van ervaringsdeskundigen? | Kennis over de inzet van ervaringsdeskundigen ter preventie van onbedoelde zwangerschap. | De inzet en het effect van de inzet van ervaringsdeskundigen bij zowel primaire en secundaire preventie en hoe je dit kunt inbedden in de lokale praktijk en in beleid. |

| | | |
|--|--|--|
| Hoe ziet bij onbedoelde zwangerschap het keuzeproces eruit (om de zwangerschap wel of niet uit te dragen) en welke factoren spelen een rol bij het maken van keuzes? Met name aandacht voor goede voorbeelden. | Kennis over het keuzeproces en werkzame factoren bij hoogrisicogroepen. Goede voorbeelden van het verloop van het keuzeproces bij hoogrisicogroepen. | Systemische invloeden in het keuzeproces. De betrokkenheid, ervaringen en kennisvragen van huisartsen, abortusartsen en verpleegkundigen. |
| Hoofdvragen cluster 3: ondersteuning en zorg bij onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap | | |
| Hoe ziet de begeleiding bij kwetsbaar (jong) ouderschap er (ideaaliter) uit? Welke factoren zijn van belang in de begeleiding van (jonge) kwetsbare ouders naar een stabiele situatie? | De aansluiting van interventies voor kwetsbaar (jong) ouderschap bij hoogrisicogroepen. | Bereik van de doelgroep kwetsbare (jonge) ouders. Inrichting van de zorg aan kwetsbare (jonge) ouders (decentraal). Traumabehandeling. Preventieve vroegtijdige voorlichting (in plaats van tijdens de kraamperiode). |
| Sluiten interventies voldoende aan bij hoogrisico- en subgroepen, worden zij bereikt en wat zijn daarbij werkzame elementen? | De aansluiting van preventieve interventies bij hoogrisicogroepen. Het bereik van hoogrisicogroepen. Kennis over wat belangrijk is in interventies voor hoogrisicogroepen. | |
| Wie zijn er in een regio betrokken bij de preventie en aanpak van onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap en welke uitdagingen ervaren zij in deze samenwerking? | De toegankelijkheid van zorg vanuit het perspectief van gemeenten. De kennis van ambtenaren en/of hulpverleners over bestaande regelingen voor jonge moeders. Regievoering in de keten teneinde samenhangend aanbod te creëren voor de hoogrisicogroepen. Implementatiestrategieën. | Barrières in het durven 'loslaten' van protocollen of regelingen. De onderlinge afhankelijkheid van partijen om met dit onderwerp aan de slag te gaan. |

3.2.2 Cluster 1: Definiëring en kennis over hoogrisicogroepen

Kennis op basis van de geraadpleegde literatuur

- In de programmatekst van ZonMw worden verschillende hoogrisicogroepen voor onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap genoemd. In de literatuur komen veelal specifiekere definiëringen (hierna: subgroepen) van deze hoogrisicogroepen naar voren. Zo werden *Multiprobleemgezinnen* niet gevonden als hoogrisicogroep, maar *Tieners uit multiprobleemgezinnen* wel, en kwamen *Jongeren in de open en gesloten residentiele jeugdhulp* niet naar voren als hoogrisicogroep, maar *Meiden uit de gesloten jeugdzorg* wel. Voor een totaaloverzicht van de gevonden (subgroepen van) hoogrisicogroepen zie [bijlage 1, pagina 35](#).
- Naast hoogrisicogroepen voor een onbedoelde zwangerschap komen er in de literatuur verschillende hoogrisicogroepen voor een ongewenste en ongeplande zwangerschap naar voren, waaronder jongeren op het mbo. Voor een totaaloverzicht van de door ons gevonden (subgroepen van) hoogrisicogroepen zie [bijlage 1, pagina 35](#).
- Er zijn nog andere hoogrisicogroepen voor een onbedoelde, ongepland of ongewenste zwangerschap, waaronder vrouwen die al eerder een abortus hebben ondergaan en tieners die al een kind hebben. Voor een totaaloverzicht van de gevonden (subgroepen van) hoogrisicogroepen zie [bijlage 1, pagina 36](#).
- Ook is er relatief veel kennis over hoogrisicogroepen voor tienerzwangerschap.³ Denk aan laagopgeleide meiden/jongeren en tieners die minder weerbaar zijn. Voor een totaaloverzicht van hoogrisicogroepen voor een tienerzwangerschap zie [bijlage 1, pagina 36](#).
- Er is kennis over risicofactoren voor (subgroepen van) de volgende hoogrisicogroepen: cliënten van de LVB-sector en migranten, asielzoekers en statushouders. Deze variëren van een lage risico inschatting, tot eerder seksueel actief zijn. Daarnaast is er kennis beschikbaar over risicofactoren bij vrouwen die eerder een abortus hebben ondergaan, jongeren die vaker nare dingen hebben meemaakt thuis (zoals verwaarlozing, geweld of seksueel misbruik), laagopgeleide jongeren en meisjes/meiden/vrouwen met een (streng) religieuze achtergrond. Voor een compleet overzicht zie [bijlage 1, pagina 39](#).
- Er is kennis beschikbaar over algemene veranderbare factoren die samenhangen met onbedoelde zwangerschap en tienerzwangerschap. Voorbeelden zijn zelfbeeld, toekomstperspectief en duidelijk en effectief kunnen communiceren over de eigen seksuele grenzen. Voor een compleet overzicht zie [bijlage 1, pagina 40](#).

³ Hierbij was niet altijd duidelijk of het (ook) ging om onbedoelde, ongewenste of ongeplande zwangerschappen.

- Er is (veelal kwalitatieve) kennis beschikbaar over anticonceptiegebruik en abortus onder (subgroepen van) de hoogrisicogroepen jongeren in de open en gesloten residentiele jeugdhulp, cliënten van de LVB-sector en migranten, asielzoekers en statushouders. Daarnaast is er (veelal kwalitatieve) kennis beschikbaar over abortus en het gebruik van anticonceptie onder vrouwen die eerder een abortus hebben ondergaan, jongeren die vaker nare dingen hebben meemaakt thuis (zoals verwaarlozing, geweld of seksueel misbruik), laagopgeleide jongeren, vrouwen tussen de 25 en 39 jaar en meisjes/meiden/jongeren met een (streng) religieuze achtergrond. Voor een overzicht van deze kennis zie [bijlage 1, pagina 41](#).
- Over (subgroepen van) de hoogrisicogroepen migranten, asielzoekers en statushouders en multiprobleemgezinnen, namelijk meiden/vrouwen met een Surinaamse of Antilliaanse achtergrond en tieners uit multiprobleemgezinnen is er kennis over risicofactoren voor een tienerzwangerschap. Denk bijvoorbeeld aan een taboe op het bespreken van seksualiteit en het ontbreken van een stabiele thuissituatie bij Surinaamse en Antilliaanse meiden, en aan ouders met verslaving of psychiatrische problematiek en seksueel of huiselijk geweld bij tieners uit multiprobleemgezinnen. Voor een compleet overzicht zie [bijlage 1, pagina 44](#).

Lacunes op basis van de geraadpleegde literatuur

Definiëring van en onderscheid tussen de termen ongewenst, ongepland en onbedoeld

In de literatuur ontbreekt duidelijke definiëring en worden zowel de term onbedoeld als de termen ongewenst en ongepland gekoppeld aan een zwangerschap. Dit maakt het definiëren van hoogrisicogroepen voor een onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap lastig. Zo hoeft een onbedoelde zwangerschap niet per se ongewenst te zijn en ook niet per se te leiden tot kwetsbaar (jong) ouderschap. Daarnaast hoeven de termen onbedoeld, ongewenst en ongepland niet statisch te zijn: de aanduiding die gegeven wordt aan een zwangerschap kan in de loop van de tijd veranderen. Zo hoeft een ongewenste zwangerschap niet per se ongewenst te blijven. Daarnaast is er nog de vraag vanuit wiens oogpunt de zwangerschap onbedoeld, ongewenst of ongepland is. Bekijken we dit vanuit maatschappelijk of persoonlijk oogpunt?

Onderscheid tussen hoogrisicogroepen en subgroepen

De gevonden hoogrisicogroepen komen niet 1 op 1 overeen met de door ZonMw benoemde hoogrisicogroepen, maar vormen hier veelal een subgroep van.

Risicofactoren voor een onbedoelde zwangerschap binnen hoogrisicogroepen

Voor slechts enkele (subgroepen van) hoogrisicogroepen is er kennis beschikbaar over risicofactoren voor een onbedoelde zwangerschap.

Risicofactoren voor een onbedoelde zwangerschap binnen verschillende etnische groepen

Cense & Dalmijn (2016) vragen om specifieke aandacht voor de mate waarin verschillende risicofactoren in verschillende etnische groepen een rol spelen bij (ong geplande) zwangerschap (kwantitatief onderzoek).

De rol en achtergrond van jongens betrokken bij een onbedoelde zwangerschap

De risicofactoren voor een onbedoelde zwangerschap zijn veelal beschreven in termen van risicofactoren voor meisjes of voor tieners/jongeren in het algemeen. Kennis over jongens/mannen ontbreekt.

Kwantitatieve kennis over anticonceptiegebruik, het aantal ongewenste zwangerschappen en het aantal abortussen bij hoogrisicogroepen

De kennis over anticonceptiegebruik, ongewenste zwangerschappen en abortus bij hoogrisicogroepen is beperkt en veelal kwalitatief. Soms is er alleen kennis over jongeren in het algemeen, soms alleen over meisjes. Ook hier ontbreekt specifieke kennis over jongens/mannen.

De (psychische) gevolgen van abortus

Er is enige kennis over de (psychische) gevolgen van abortus en welke elementen daarin een rol spelen, en over waarom vrouwen die een herhaalde abortus laten doen opnieuw ongewenst zwanger raken. Maar deze kennis is niet altijd representatief voor de groep bij wie dit het vaakst voor komt.

De samenhang tussen onbedoeld zwanger en kwetsbaar ouderschap

De afgelopen jaren is een daling van het aantal zwangerschapsonderbrekingen bij tieners zichtbaar. Onduidelijk is of dat komt doordat er minder tienerzwangerschappen zijn of doordat meer tieners besluiten het kindje te houden, en of dit dan leidt tot een grotere groep kwetsbare ouders. Dus de samenhang tussen onbedoeld zwanger en kwetsbaar ouderschap lijkt een lacune.

De redenen achter zwangerschapsafbrekingen

De reden achter zwangerschapsafbrekingen is vaak onduidelijk. Zo is in het merendeel van de studies niet helder of er gecorrigeerd is voor zwangerschapsafbrekingen met een medische oorzaken/afwijkingen.

De relatie tussen (onjuist) gebruik van anticonceptie en onbedoelde zwangerschap

Meisjes/vrouwen die anticonceptie gebruiken kunnen ook ongepland zwanger raken. Het gaat er dus niet altijd alleen om of iemand anticonceptie gebruikt, maar ook of dit goed gebeurt. In de leefstijlmonitor van Rutgers en Soa Aids Nederland (2018) wordt benoemd dat dit ertoe geleid kan hebben dat het risico op ongeplande zwangerschap te laag is ingeschat. Vrouwen kunnen zelf denken dat zij bij het gebruik van anticonceptie, los van of dit goed gebeurt, geen risico lopen op een onbedoelde zwangerschap.

Het gesprek over anticonceptie na abortus

Wat mogelijk interessant is, is dat volgens de registratie in 2017 ongeveer twee derde van de vrouwen de abortuskliniek of het ziekenhuis verliet met een anticonceptieadvies, en ongeveer een derde met een verwijzing naar de huisarts. In vergelijking met vorige jaren is hier een verschuiving te zien van de abortuskliniek of het ziekenhuis (ca. 75% in 2016) naar de huisarts (21% in 2016). De reden hiervoor is niet bekend (Inspectie van de Gezondheidszorg, 2019).

Overige thema's die in de veldraadpleging genoemd zijn:

- De intergenerationele overdracht van onbedoelde zwangerschap: wat werkt.
- De invloed van religie op sociale normen rond (on geplande) tienerzwangerschap en specifiek rond abortus.
- Ervaren barrières in de anticonceptiezorg. De barrières die vrouwen ervaren in de anticonceptiezorg en hoe wij daar in Nederland beter aan tegemoet kunnen komen (i.v.m. misverstanden over diverse anticonceptiemethoden en het feit dat anticonceptie in Nederland niet gratis is).
- De vergoeding van anticonceptie. Financiële drempels en het vergoeden van anticonceptie voor langduriger/ betrouwbaarder anticonceptie (kosteneffectiviteit t.o.v. de kosten van een onbedoelde zwangerschap).
- Zorgbehoeften op het gebied van anticonceptie/onbedoelde zwangerschap onder vrouwen die in behandeling zijn voor psychische aandoeningen. Vanwege de samenhang tussen psychische aandoeningen en het hebben van abortus (waarbij psychische aandoeningen abortus voorspellen en niet andersom), en met het niet of minder effectief gebruiken van anticonceptie.

3.2.3 Cluster 2: Preventie van onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap

Kennis op basis van de geraadpleegde literatuur

- Voor de meeste hoogerisicogroepen zijn er preventieve interventies beschikbaar.⁴ Echter zijn maar weinig van deze interventies onderzocht op effectiviteit. Wel is er kennis over de inhoud van effectieve programma's ter voorkoming van (onbedoelde) zwangerschap in het algemeen. Voorbeelden zijn het verschaffen van accurate informatie over de risico's van seks zonder anticonceptie enerzijds en methoden om onbeschermd seks te voorkomen, aandacht hebben voor de invloed van (social) media op seksueel gedrag en sterke, duidelijke en passende waarden geven om individuele en groepsnormen tegen onbeschermd seks te versterken. Voor een compleet overzicht zie [bijlage 1, pagina 46](#).
- Er is kennis over de inzet van ervaringsdeskundigen, maar weinig specifieke kennis over de inzet van ervaringsdeskundigen ter voorkoming van onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap. Wel is er een folder beschikbaar met ideeën van ervaringsdeskundigen zelf over de inzet van ervaringsdeskundigen in preventie van en hulp aan (onbedoeld) zwangeren. Voor een overzicht van de informatie over ervaringsdeskundigen zie [bijlage 1, pagina 47](#).

⁴ In bijlage 2 is een overzicht opgenomen van de door ons gevonden interventies, praktijkvoorbeelden en materialen rond de preventie van onbedoelde zwangerschap..

- Er is informatie over het keuzeproces bij onbedoelde zwangerschap en over algemene factoren die een rol spelen bij het maken van een keuze om de zwangerschap wel of niet uit te dragen, zoals: steun/invloed van ouders en partner, ideeën over abortus en leeftijd, draagkracht en toekomstperspectief. Een kanttekening is dat deze informatie met name gaat over jonge ouders. Voor de volgende (subgroepen van) hoogrisicogroepen is er specifiekere kennis beschikbaar, namelijk voor: asielzoekers en vluchtelingen, meisjes/meiden met een Surinaamse of Antilliaanse achtergrond, Turkse/Marokkaanse meiden en laagopgeleide meiden. Voor een overzicht hiervan zie [bijlage 1, pagina 48](#).

Lacunes op basis van de geraadpleegde literatuur

De aansluiting van preventieve interventies bij hoogrisicogroepen

De preventieve interventies zijn geschikt voor, maar niet in alle gevallen ook specifiek bedoeld voor/inzetbaar bij de benoemde hoogrisicogroepen.⁵ Interventies voor het speciaal onderwijs zijn bijvoorbeeld ook inzetbaar in het reguliere onderwijs en interventies voor het mbo zijn vaak niet specifiek gericht op niveau 1 en 2 en vaak ook inzetbaar bij bijvoorbeeld vmbo leerlingen.

De doorontwikkeling van (algemene) interventies voor hoogrisicogroepen

Gebeurt nog weinig.

De effecten van preventieve interventies

Nog maar weinig preventieve programma's ter voorkoming van onbedoelde zwangerschap zijn onderzocht op effectiviteit. Bij interventies voor kwetsbare (jonge) ouders is dat vaker het geval.

De samenhang tussen verschillende interventies/aanpakken

Het lijkt te gaan om allemaal losstaande interventies/aanpakken, van keuzehulp tot ondersteuning bij het ouderschap. Mensen in verwachting of kwetsbare (jonge) ouders moeten telkens weer op zoek naar passende hulp of ondersteuning voor de fase waarin ze zitten. Hier is geen regie op zo lijkt het.

Verschillen in interventiebeschrijvingen tussen databanken

Databanken kennen veel overlap qua interventies, maar de informatie die is weergegeven over interventies en de beoogde doelgroep verschilt regelmatig.

Kennis over de inzet van ervaringsdeskundigen ter preventie van onbedoelde zwangerschap

Er is beperkt informatie over de inzet van ervaringsdeskundigen ter preventie van onbedoelde zwangerschap.

Kennis over het keuzeproces en werkzame factoren die daarin een rol spelen voor hoogrisicogroepen

Voor slechts enkele (subgroepen van) hoogrisicogroepen is er kennis over het keuzeproces en werkzame factoren die daarin een rol spelen.

Goede voorbeelden van het verloop van het keuzeproces bij hoogrisicogroepen

Er zijn geen goede voorbeelden van het verloop van het keuzeproces bij hoogrisicogroepen.

Overige thema's die in de veldraadpleging genoemd zijn:

- Verschil in effectiviteit tussen gastlessen en docenten die zelf les geven.
- De implementatie van preventie van ongewenste zwangerschap in verschillende onderwijssectoren.

⁵ Interventies voor cliënten met een LVB zijn hierop een uitzondering. Deze zijn vaak wel specifiek bedoeld voor deze doelgroep.

- De inzet en het effect van de inzet van ervaringsdeskundigen bij zowel primaire en secundaire preventie en hoe je dit kunt inbedden in de lokale praktijk en in beleid, en waar ervaringsdeskundigen aan moeten voldoen.
- Systemische invloeden in het keuzeproces. Zoals invloed van de sociale omgeving en (gebrek aan) toekomstperspectieven. Dit is ook relevant voor voorlichtingsprogramma's voor zeer jonge of kwetsbare vrouwen.
- De betrokkenheid, ervaringen en kennisvragen van huisartsen, abortusartsen en verpleegkundigen.

3.2.4 Cluster 3: Ondersteuning en zorg bij onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap

Kennis op basis van de geraadpleegde literatuur

- Er is kennis over hoe de begeleiding bij kwetsbaar (jong) ouderschap er (ideaaliter) uit ziet. Denk aan informatie over welke ondersteuningsthema's van belang zijn en wie er van belang kunnen zijn in de ondersteuning. De informatie gaat met name over jonge ouders en is te vinden in [bijlage 1, pagina 50](#)
- Voor enkele (subgroepen van) hoogrisicogroepen, namelijk Antilliaans-Nederlandse jongeren, Eritrese vrouwen en meiden met een licht verstandelijke beperking (LVB), is er kennis over wat belangrijk is in de begeleiding bij kwetsbaar (jong) ouderschap. Bijvoorbeeld respect hebben voor het jonge moederschap (bij Antilliaanse Nederlanders) en het betrekken van vaders bij de hulp en begeleiding (Eritrese vrouwen). Voor een overzicht van alle factoren zie [bijlage 1, pagina 53](#).
- Er is kennis over werkzame factoren in de begeleiding van jonge moeders, waaronder vroeg starten met een interventie en het betrekken van het sociale netwerk (mits die steunend is). Voor een overzicht van alle werkzame factoren zie [bijlage 1, pagina 54](#).
- Er is kennis over het bereik van enkele (subgroepen) van hoogrisicogroepen, namelijk meiden uit de gesloten jeugdzorg, meiden met een LVB, nieuwkomers en vluchtelingen, Antilliaans-Nederlandse jongeren en Marokkanen, Turken en streng-christelijken. Zo is bekend dat de vier eerstgenoemde groepen niet altijd bereikt worden met preventieve voorlichting en om een specifieke benadering vragen. Voor meer informatie over het bereik van hoogrisicogroepen zie [bijlage 1, pagina 54](#).
- Er is kennis over werkzame elementen in het bereiken van de volgende (subgroepen van) hoogrisicogroepen: meiden met een LVB, vluchtelingenjongeren, Antilliaans-Nederlandse jongeren, Eritrese vrouwen en meisjes/vrouwen die eerder een abortus hebben ondergaan. Zo zijn er voor meiden met een LVB aanbevelingen beschikbaar voor specifieke thema's in voorlichting en voor de wijze van voorlichting en tools, en is er veel kennis over waar de aanpak van Antilliaans-Nederlandse jongeren zich op zou moeten richten. Voor meer informatie over werkzame elementen in het bereik van bovenstaande hoogrisicogroepen zie [bijlage 1, pagina 56](#).
- Er is kennis over wie er in een regio betrokken zijn bij de preventie en aanpak van onbedoelde zwangerschap. Denk aan het onderwijs, instanties die keuzevoorlichting en keuzebegeleiding aanbieden, abortusklinieken en ziekenhuizen en het reguliere aanbod van organisaties die hulp en begeleiding bieden. Deze informatie gaat met name over (onbedoeld) zwangere tieners. Voor meer informatie zie [bijlage 1, pagina 59](#).
- Er is kennis over uitdagingen die gemeenten en andere partijen ervaren in het aanbod en in de samenwerking bij de preventie en aanpak van onbedoelde zwangerschap. Deze informatie gaat veelal over uitdagingen in de ondersteuning en hulp aan jonge ouders. Er is ook kennis over aanbevelingen als het gaat om samenwerking ten aanzien van drempels tot het zorgaanbod en knelpunten

in de aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod van jonge moeders. Voor meer informatie zie [bijlage 1, pagina 61](#).

- Er zijn goede voorbeelden van samenwerking rond onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap, zoals Regionale Consortia Zwangerschap en geboorte en zorgpaden voor kwetsbare zwangeren. Meer informatie hierover is te vinden in [bijlage 1, pagina 62](#).

Lacunes op basis van de geraadpleegde literatuur

[De aansluiting van interventies voor kwetsbaar \(jong\) ouderschap bij hoogrisicogroepen](#)

Interventies voor kwetsbaar (jong) ouderschap zijn veelal niet specifiek gericht op hoogrisicogroepen. In de literatuur was dan ook weinig informatie beschikbaar over de aansluiting bij hoogrisicogroepen.

[De aansluiting van preventieve interventies bij hoogrisicogroepen](#)

Er is weinig kennis over of (preventieve) interventies aansluiten bij hoogrisicogroepen.

[Het bereik van hoogrisicogroepen](#)

Er is weinig kennis over het bereik van hoogrisicogroepen.

[Kennis over wat belangrijk is in interventies voor hoogrisicogroepen](#)

Deze informatie is er over slechts enkele (subgroepen van) hoogrisicogroepen.

[De toegankelijkheid van zorg vanuit het perspectief van gemeenten](#)

Deze lacune kwam naar voren in een studie van Keinemans et al. (2018).

[De kennis van ambtenaren en/of hulpverleners over bestaande regelingen voor jonge moeders](#)

Deze lacune kwam naar voren in een studie van Keinemans et al. (2018). Zij benoemen dat het aanbeveling verdient te onderzoeken hoe het komt dat veel ambtenaren en/of

hulpverleners (aan loketten en ambulant) onvoldoende op de hoogte zijn van bestaande regelingen voor jonge moeders en/of deze regels niet altijd toepassen.

[Regievoering in de keten teneinde samenhangend aanbod te creëren voor de hoogrisicogroepen](#)

Een samenhangend aanbod lijkt te ontbreken, ook voor hoogrisicogroepen.

[Implementatie strategieën](#)

Kennis over factoren die bijdragen aan succesvolle implementatie van interventies rond onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap ontbreekt.

Overige thema's die in de veldraadpleging genoemd zijn:

- Bereik van de doelgroep kwetsbare (jonge) ouders.
- Inrichting van de zorg aan kwetsbare (jonge) ouders (decentraal).
- Traumabehandeling. Voor de hoogrisicogroepen jongeren in een gesloten/open residentiële jeugdhulp, migranten, asielzoekers, statushouders, multiprobleemgezinnen en dak- en thuislozen is veelal sprake van een trauma, waarvoor een korte intensieve traumabehandeling nodig is, omdat ondersteuning anders vaak onvoldoende en vooral niet duurzaam werkzaam is.
- Preventieve vroegtijdige voorlichting (in plaats van tijdens de kraamperiode). Over gezonde voeding, veilig slapen, huilgedrag, opvoeding, ontwikkeling, kinder-EHBO (evt. verplicht).
- Barrières in het durven 'loslaten' van protocollen of regelingen.
- De onderlinge afhankelijkheid van partijen om met dit onderwerp aan de slag te gaan. Zoals tussen GGD en gemeenten.

3.3 Deel II Aanvullingen vanuit de expertbijeenkomst

Zoals gezegd zijn bovenstaande lacunes getoetst tijdens een expertbijeenkomst met partners uit het veld. Tijdens de expertbijeenkomst kregen deelnemende organisaties 10 stickers: 5 stickers voor de programmalijn Onderzoek en 5 stickers voor de programmalijn Praktijkverbetering. Deze konden worden verdeeld over de lacunes die volgens hen prioriteit zouden moeten krijgen in de twee programmalijnen.⁶ Hieronder staat per cluster beschreven hoeveel prioriteit er aan de verschillende lacunes werd gegeven, en welke opmerkingen en aanvullingen deelnemers hierbij hadden. Datzelfde geldt voor de overige thema's die genoemd zijn tijdens de veldraadpleging. Ook hier konden deelnemers prioriteit aan geven. Aan het einde van deze paragraaf volgen enkele algemene opmerkingen en aanvullingen ten aanzien van de gevonden lacunes en een overzicht van aanvullingen op de bronnenlijst.

3.3.1 Cluster 1: Definiëring en kennis over hoogrisicogroepen

De geformuleerde lacunes uit cluster 1 werden door de deelnemers in grote lijnen herkend. De meeste prioriteit werd gegeven aan de lacunes: *de rol en achtergrond van jongens betrokken bij een onbedoelde zwangerschap; het gesprek over anticonceptie na abortus; en ervaren barrières in de anticonceptiezorg*. Geen prioriteit werd gegeven aan de lacunes: *kwantitatieve kennis over anticonceptiegebruik, het aantal ongewenste zwangerschappen en het aantal abortussen; de (psychische) gevolgen van abortus; en de redenen achter zwangerschapsafbrekingen*.

Lacunes

Definiëring van en onderscheid tussen de termen ongewenst, ongepland, onbedoeld (4x prioriteit: 3x onderzoek, 1x praktijk)

- Een belangrijk punt dat deelnemers meegeven over de definiëring van de termen ongewenst, ongepland en onbedoeld is om niet apart onderzoek te gaan doen naar deze definities (over wat wordt er nu precies met deze term bedoeld wordt), maar deze termen wel duidelijk te definiëren in de uitvraag van de twee programmalijnen. Datzelfde geldt voor de term kwetsbaar (jong) ouderschap. Er wordt benadrukt dat het risico op ongewenste zwangerschap heel wat anders is dan het risico op kwetsbaar (jong) ouderschap.
- Als aanvullend punt van aandacht bij deze lacune wordt aandacht voor prevalentie genoemd.

Onderscheid tussen hoogrisicogroepen en subgroepen (3x prioriteit: 3x onderzoek)

- Enkele deelnemers vragen zich af wat er bedoeld wordt met hoogrisicogroepen. Vrouwen die echt meer risico lopen op ongewenste zwangerschap, of vrouwen waarvan wij liever niet zien dat ze kinderen zouden krijgen op dat moment (omdat dat risico's voor die kinderen oplevert). Daarbij merkt een van de deelnemers op dat we van veel hoogrisicogroepen eigenlijk niet weten hoe hoog het risico is.
- Een van de deelnemers benoemt vrouwen met veelvoorkomende psychische problemen, zoals een depressie of angststoornissen, of andere psychische issues als hoogrisicogroep voor abortus en ongewenste zwangerschap. Zij geeft aan dat als het over preventie gaat we ons niet alleen moeten richten op vrouwen die zeer ernstige problemen hebben, zoals de vrouwen waar NuNietZwanger zich op richt, maar ook op de minder extremen gevallen die ook een sterk verhoogd risico hebben.

6 AEF, ZonMw, VWS en het Verwey-Jonker Instituut namen niet deel aan de prioritering.

- De aanwezigen benadrukken niet alleen aandacht te hebben voor tieners, maar ook voor twintigers en dertigers, omdat het grootste deel van de ongewenste zwangerschappen en abortussen voorkomt bij vrouwen boven de 25-35 jaar, en niet daaronder. Hierbij gaat het om vrouwen die opnieuw seksueel actief worden na een tijd geen relatie te hebben gehad, vrouwen die al kinderen hebben, of vrouwen die allerlei anticonceptie gebruikt hebben maar het allemaal niks vinden (o.a. bijwerkingen en hormonen).
- Daarnaast onderstrepen deelnemers het belang van aandacht voor meisjes/vrouwen die al eerder een abortus hebben ondergaan en wijzen zij op mogelijke overlap tussen de hoogrisicogroepen cliënten van de LVB-sector, leerlingen van het (voortgezet) speciaal onderwijs, multiprobleemgezinnen en dak- en thuislozen.
- Een van de deelnemers merkt op dat de focus op specifieke hoogrisicogroepen ervoor zorgt dat je soms door de bomen het bos niet meer ziet. Zij benadrukt het belang van aandacht voor algemene risicofactoren voor onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap.
- Een van de deelnemers benoemt het belang van aandacht voor diversiteit in culturen en religie, maar geeft daarbij aan dat dit niet af moet leiden van wat er op de achtergrond meespeelt, omdat bepaalde groepen er ook sociaaleconomisch slechter aan toe zijn. Deze deelnemers benoemt het belang van aandacht voor sociaaleconomische- en andere achtergrondvariabelen.

Risicofactoren voor een onbedoelde zwangerschap binnen hoogrisicogroepen (5x prioriteit: 5x onderzoek)

Risicofactoren voor een onbedoelde zwangerschap binnen verschillende etnische groepen (geen prioriteit)

De rol en achtergrond van jongens betrokken bij een onbedoelde zwangerschap (7x prioriteit: 4x onderzoek, 3x praktijk)

Deelnemers benoemen ook aandacht voor mannen, en het belang van aandacht voor hoe jongens en mannen zelf hun rol ervaren.

Kwantitatieve kennis over anticonceptiegebruik, het aantal ongewenste zwangerschappen en het aantal abortussen (geen prioriteit)

Volgens een van de deelnemers is hier ten dele zicht op, maar ook ten dele nog niet. In ieder geval niet voor alle hoogrisicogroepen. Wel is er kennis over anticonceptie en abortus naar allerlei kenmerken, onder andere in abortusregistraties, maar ook in internationale literatuur of over specifieke doelgroepen, zoals Antilliaanse meisjes.

Een van de deelnemers noemt het zonde van de tijd, moeite en geld die gaat zitten in lokale initiatieven om anticonceptie bij risicogroepen te bevorderen, terwijl de volgens haar makkelijkste en meest voor de hand liggende oplossing achterwege blijft: een beslissing vanuit de landelijke politiek om anticonceptie weer te vergoeden vanuit het basispakket, en de drempel te verlagen voor het gebruik ervan.

Als aanvullende punten van aandacht bij deze lacune noemt een van de deelnemers:

- Barrières/faciliterende factoren in het gebruik van anticonceptie (denk aan toegang, prettig in gebruik, zelfcontrole, roken als contra-indicatie).
- Kennis van attitudes ten aanzien van anticonceptie, abortus en ongewenste zwangerschap binnen hoogrisicogroepen, waarbij toegang tot (gratis) anticon-

ceptie een eerste randvoorwaarde is om het te kunnen hebben over kennis, attitudes, onjuist gebruik of andere risicofactoren.

- Factoren die samenhangen met effectief/niet effectief gebruik van anticonceptie.

De psychische gevolgen van abortus (geen prioriteit)

Een van de deelnemers geeft aan dat er wel zicht is op psychische gevolgen van abortus, en dat er diverse bronnen zijn met informatie over anticonceptiegebruik en redenen achter abortussen, maar niet specifiek over bepaalde groepen.

De samenhang tussen onbedoeld zwanger en kwetsbaar ouderschap (4x prioriteit: 3x onderzoek, 1x praktijk)

De redenen achter zwangerschapsafbrekingen (geen prioriteit)

De relatie tussen (onjuist) gebruik van anticonceptie en onbedoelde zwangerschap (1x prioriteit: 1x onderzoek)

Als aanvullende punten van aandacht bij deze lacune noemen deelnemers: aandacht voor mannen/jongens (4x prioriteit: 3x onderzoek, 1x praktijk) en anticonceptievoorlichting op scholen. Een van de deelnemers geeft aan dat 50% van de abortuscliënten wel anticonceptie gebruikte.

Het gesprek over anticonceptie na abortus (9x prioriteit: 4x onderzoek, 5x praktijk)

Als aanvullende punten van aandacht bij deze lacune noemen deelnemers: de invloed van sociaal/culturele aspecten, onderzoek naar de effecten hiervan (omdat andere interventies waarschijnlijk effectiever zijn, zoals het gratis plaatsen van de spiraal) en voor begeleiding bij een passende keuze.

Overige thema's genoemd tijdens de veldraadpleging

De intergenerationele overdracht van onbedoelde zwangerschap (1x prioriteit: 1x praktijk)

De invloed van religie op sociale normen rond (ong geplande) zwangerschap en specifiek rond abortus (1x prioriteit: 1x onderzoek)

Deelnemers benoemen ook het belang van aandacht voor de invloed hiervan op anticonceptie, ouderschap en kinderwens en voor de invloed van sociale omgeving/peers.

Ervaren barrières in de gezondheidszorg (8x prioriteit: 4x onderzoek, 4x praktijk)

Deelnemers benoemen het belang van aandacht voor anticonceptie in het basispakket en voor factoren die samenhangen met (effectief) anticonceptiegebruik in hoogrisicogroepen.

De vergoeding van anticonceptie (6x prioriteit: 6x praktijk)

Deelnemers geven aan dat dit een keuze moet zijn van de landelijke politiek, niet op lokaal niveau. Een enkele deelnemer benoemt toegang, zorg (counseling) en preconceptiezorg voor iedereen (in basispakket), of benoemt dat de drempel voor het verkrijgen van anticonceptie niet alleen geld is.

Zorgbehoeften op het gebied van anticonceptie/onbedoelde zwangerschap onder vrouwen die in behandeling zijn voor psychische aandoeningen (5x prioriteit: 2x onderzoek, 3x praktijk)

Een van de deelnemers benoemt het belang van het normaliseren van spreken over seksualiteit.

3.3.2 Cluster 2: Preventie van onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap

De geformuleerde lacunes uit cluster 2 werden in grote lijnen door de deelnemers herkend. De meeste prioriteit wordt gegeven aan de lacunes: *de effecten van preventieve interventies en kennis over de inzet van ervaringsdeskundigen*. Geen prioriteit wordt gegeven aan enkele de lacunes: *kennis over het keuzeproces en werkzame factoren bij hoogrisicogroepen en goede voorbeelden hiervan*, en aan enkele overige thema's genoemd tijdens de veldraadpleging.

Lacunes

De aansluiting van preventieve interventies bij hoogrisicogroepen (6x prioriteit: 3x onderzoek, 3x praktijk)

Aanvullend wordt genoemd: de aansluiting bij zowel jongens/mannen als meisjes/vrouwen.

De doorontwikkeling van (algemene) interventies voor hoogrisicogroepen (4x prioriteit: 2x onderzoek, 2x praktijk)

Een van de deelnemers benoemt aandacht voor interventies die breed inzetbaar zijn. Een andere deelnemer benoemt focus op implementatie in plaats van doorontwikkeling.

De effecten van preventieve interventies (7x prioriteit: 4x onderzoek, 3x praktijk)

Aanvullend worden genoemd: aandacht voor het bereik en de borging van preventieve interventies en streven naar onderzoek naar de effecten van erkende/goed onderbouwde en gebruikte interventies.

De samenhang tussen verschillende interventies/aanpakken (5x prioriteit: 3x onderzoek, 2x praktijk)

Aanvullend wordt inbedding in de bredere/integrale aanpak genoemd.

Verschillen in interventiebeschrijvingen tussen databanken (1x prioriteit: 1x onderzoek)

Aanvullend worden genoemd: specifieke aandacht voor abortus cliënten (3x prioriteit) en kwaliteitsverschillen in het aanbod van databanken.

Kennis over de inzet van ervaringsdeskundigen ter preventie van onbedoelde zwangerschap (7x prioriteit: 7x praktijk)

Aandachtspunten vanuit de deelnemers: inzet op scholen, aandacht voor de kennis van ervaringsdeskundigen zelf en voor een eventueel omgekeerd effect van de inzet van ervaringsdeskundigen.

De inzet en effectiviteit van de inzet van ervaringsdeskundigen bij zowel de primaire en secundaire preventie en hoe je dit kunt inbedden in de lokale praktijk en beleid (2x prioriteit: 2x praktijk).

Kennis over het keuzeproces en werkzame factoren bij hoogrisicogroepen (geen prioriteit)

Een van de deelnemers benoemt dat hier uitgebreid onderzoek naar is gedaan (zie aanvullende bronnen), waaronder naar verschillende twijfeldimensies. Belangrijk om te kijken welke vragen in dit onderzoek onbeantwoord zijn gebleven (of eruit voort zijn gevloeid). Deelnemers geven aan dat de invloed/rol van de partner, het sociaal netwerk, en de ouders in het keuzeproces belangrijk is en aandacht verdient en dat die ook negatief kan zijn.

Goede voorbeelden van het verloop van het keuzeproces bij hoogrisicogroepen (geen prioriteit)

Overige thema's genoemd tijdens de veldraadpleging

Vershil in effectiviteit tussen gastlessen en docenten die zelflesgeven (geen prioriteit)

De implementatie van preventie van ongewenste zwangerschap in verschillende onderwijssectoren (geen prioriteit)

De inzet en het effect van de inzet van ervaringsdeskundigen bij zowel primaire en secundaire preventie en hoe je dit kunt inbedden in de lokale praktijk en in beleid (2x prioriteit: 2x praktijk)

Systemische invloeden in het keuzeprocess (geen prioriteit)

Aandachtspunt vanuit een van de deelnemers: partners (het is ook hún zwangerschap).

De betrokkenheid, ervaringen en kennisvragen van huisartsen, abortusartsen en verpleegkundigen (geen prioriteit)

Aanvulling: en van verloskundigen, jeugdgezondheidszorg en gynaecologen.

3.3.3 Cluster 3: Ondersteuning en zorg bij onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap

De geformuleerde lacunes uit cluster 3 werden in grote lijnen door de deelnemers herkend. De meeste prioriteit wordt gegeven aan de lacunes: *het bereik van hoogrisicogroepen en kennis over wat belangrijk is in interventies voor hoogrisicogroepen*. Alleen aan enkele overige thema's genoemd tijdens de veldraadpleging werd geen prioriteit gegeven.

Lacunes

De aansluiting van interventies voor kwetsbaar (jong) ouderschap bij hoogrisicogroepen (2x prioriteit: 2x onderzoek)

De aansluiting van preventieve interventies bij hoogrisicogroepen (7x prioriteit: 6x onderzoek, 1x praktijk)

Een aanvullend aandachtspunt vanuit een van de deelnemers: de effecten op laagrisicogroepen in bijvoorbeeld combiklassen.

Het bereik van hoogrisicogroepen (10x prioriteit: 5x onderzoek, 5x praktijk)

Deelnemers benoemen aandacht voor het bereik van preconceptionele zorg en voor voorlichting en media. Een van de deelnemers benoemt extra aandacht voor vluchtelingen/asielzoekers. Kennen zij de wegen? Waar gaan ze heen? (Denk aan slachtoffers seksueel geweld en seksuele uitbuiting).

Kennis over wat belangrijk is in interventies voor hoogrisicogroepen (11x prioriteit: 1x onderzoek, 10x praktijk)

Een van de deelnemers benoemt aandacht voor wat hoogrisicogroepen zelf belangrijk vinden. Een andere deelnemers pleit om niet alleen te kijken naar 'interventies' voor hoogrisicogroepen, omdat er meer nodig/belangrijk is dan dat, bijv. in multiprobleemgezinnen.

De toegankelijkheid van zorg vanuit het perspectief van gemeenten (5x prioriteit: 5x praktijk)

Aandachtspunten vanuit de deelnemers: LVB, verbinding tussen het sociale en medische domein en preventie.

De kennis van ambtenaren en/of hulpverleners over bestaande regelingen voor (jonge) moeders (2x prioriteit: 2x onderzoek)

Aandachtspunten vanuit de deelnemers: handelingsverlegenheid in het bespreken van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie, wat hebben ze nodig voor lokaal beleid onbedoelde zwangerschap, en de inzet & kennis van docententeam van zorgprotocol (signaleren + doorverwijzen) (1x prioriteit: 1x praktijk).

Regievoering in de keten teneinde samenhangend aanbod te creëren voor de hoogrisicogroepen (4x prioriteit: 2x onderzoek, 2x praktijk)

Deelnemers geven aan dat er nu geen (goede) keten is, dat preventie vaak niet gekoppeld wordt aan zorg. Zij erkennen het ontbreken van een keten(aanpak), maar geven aan dat dit lokaal wel op gang komt. Daarnaast wordt benoemd dat er vanuit gemeenten weinig aandacht is voor (onbedoeld/jonge) tienermoederzwangerschappen. Een van de deelnemers geeft aan dat als dit niet op de agenda staat, er preventief ook geen acties op ondernomen zullen worden. De deelnemers geven aan dat het van groot belang is dat er aandacht komt voor waarom gemeenten zich terug zouden maken om deze thematiek.

Implementatiestrategieën (3x prioriteit: 2x onderzoek, 1x praktijk)

Overige thema's genoemd tijdens de veldraadpleging:

Bereik van de doelgroep kwetsbare (jonge) ouders (2x prioriteit: 2x praktijk)

Inrichting van de zorg aan kwetsbare (jonge) ouders (decentraal) (geen prioriteit)

Traumabehandeling (1x prioriteit: 1x onderzoek)

Aandachtspunten vanuit de deelnemers: aandacht voor sociaal netwerk, aandacht voor hechting (belangrijk om vicieuze cirkel te doorbreken), zowel aandacht voor voorafgaand trauma (bijv. seksueel misbruik) als voor traumatische bevallingen, omdat deze veel impact hebben op het kind en verdere reproductieve keuzes.

Preventieve vroegtijdige voorlichting (ipv tijdens de kraamperiode) (6x prioriteit: 2x onderzoek, 4x praktijk)

Een van de deelnemers benoemt dat het altijd én/én als het goed is, en in de interconceptiefase.

Barrières in het durven 'loslaten' van protocollen of regelingen (geen prioriteit)

De onderlinge afhankelijkheid van partijen om met die onderwerp aan de slag te gaan (2x prioriteit: 2x praktijk)

Aandachtspunten vanuit deelnemers: wat is nodig om maatwerk te durven leveren, wat zijn succesfactoren als er lokale/regionale ketens zijn, de betrokkenheid van Jeugdzorg, CJG en JGZ, vooral aansluiten bij bestaande infrastructuur van verloskunde/JGZ: (1x prioriteit: 1x praktijk).

3.3.4 Algemene opmerkingen en aanvullingen uit de expertbijeenkomst

- Deelnemers onderstrepen het belang van verbinding met andere ZonMw programma's, die ook een inhoudelijke link hebben met het programma Kansrijke Start.
- Deelnemers pleiten voor samenhang en inbedding van preventie en (preconceptie) zorg in de aanwezige structuur (jeugdzorg, jeugdgezondheidszorg, scholen, ZAT, verloskundigen etc.)
- Deelnemers stimuleren betrokkenheid van mannen bij/in onderzoeksaanvragen en deelname van mannen/tienerjongens als ervaringsdeskundige of goed voorbeeld van hoe het wel kan.

- Een van de deelnemers benoemt dat zij het jammer vindt dat alle onderzoekers en beleidsmakers autochtoon zijn en daarmee geen afspiegeling van de maatschappij en/of de doelgroep. Hierdoor is het uitgangspunt vastgelegd vanuit de “overheersende” cultuur met de daarbij behorende normen en waarden, welke in de hulpverlening lang niet altijd aansluiten en de drempel verhogen voor de doelgroep om hulp of informatie te vragen.

3.3.5 Aanvullende bronnen en interventies

De aanvullende bronnen die tijdens en na afloop van de expertbijeenkomst zijn aangevraagd staan hieronder beschreven. Deze zijn gezien de beperkte tijd van deze studie niet meer bekeken.

- Brauer, M., Ditzhuijzen, J. van., Boeije, H. & Nijnatten, C. van (2019). Understanding decision-making and decision difficulty in women with an unintended pregnancy in the Netherlands. *Qualitative health research 2019*. Vol. 29(8) 1084-1095.
- Brauer, M., Nijnatten, C. van & Vollebergh, W. (2012). Besluitvorming rondom ongewenste zwangerschap. Een kwalitatief onderzoek onder vrouwen die tot abortus hebben besloten en vrouwen die tot het uitdragen van hun zwangerschap hebben besloten. Universiteit Utrecht: Faculteit Sociale en Gedragswetenschappen.
- Delfos, M. (2011). Hulp aan zeer jonge ouders. Van methode tot bejegening: https://data.swpportal.com/upload/books/files/pdf.php?hash=87db1cc-4d10a6a4f40cdf9b373b3fe91&filename=hulp-aan-zeer-jonge-ouders_inkijkexemplaar.pdf.
- Ditzhuijzen, J. van, Brauer, M., Boeije, H. van, Nijnatten, C.H.C.J. (2019). Dimensions of decision difficulty in women's decision-making about abortion: A mixed methods longitudinal study. *PLoS ONE 14(2)*: e0212611. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212611>.
- Ditzhuijzen, J. van, (2016): <https://www.zonmw.nl/nl/actueel/nieuws/detail/item/risico-op-psychische-aandoening-na-abortus-niet-verhoogd/>.
- Graaf, de H., Bultinck, M. Brink, F. van den , Coehoorn, I., Borne, M. van den & Meijer, S., (2019). Seks onder je 25^e vso. Seksuele gezondheid van jongeren in cluster 3 en 4 van het voortgezet speciaal onderwijs.
- Picavet, C. (2016). *The Contraceptive Cycle*. Utrecht/Amsterdam: Rutgers/AllthatChas. (full text/ Nederlandse samenvatting).
- Picavet, C., Tonnon, S., & Berlo, W. van (2014). Adolescent pregnancy in the Netherlands. In A. Cherry, & M. E. Dillon (Eds.), *International Handbook of Adolescent Pregnancy : Medical , psychosocial , and public health responses*. Washington DC: Springer Publishers. (book info / chapter info)
- Picavet, C., Goenee, M., & Wijzen, C. (2013). Characteristics of women who have repeat abortions in the Netherlands. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* , 18, 327-334. (abstract).
- Picavet, C. (2012). Zwangerschap en anticonceptie in Nederland. *Tijdschrift voor seksuologie*, 36, 121-128.
- Picavet, C. (2011). Anticonceptie op maat: Achtergronden van anticonceptie-keuze door jongeren. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 35, 64-73: <https://www.tijdschriftvoorseksuologie.nl/artikelen/item/164-anticonceptie-op-maat-achtergronden-van-anticonceptiekeuze-door-jongeren>.
- Picavet, C. (2016). *The Contraceptive Cycle*. Utrecht/Amsterdam: Rutgers/AllthatChas. (full text / Nederlandse samenvatting).

Tijdens en na afloop van de expertbijeenkomst konden deelnemers het overzicht van interventies, praktijkvoorbeelden en materialen rond de preventie van onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap aanvullen. Deze aanvullingen zijn na afloop van de expertbijeenkomst verwerkt in het overzicht van interventies, praktijkvoorbeelden en materialen. Dit overzicht is te vinden in [bijlage 2](#).

4 Prioriteiten en aanbevelingen

Op basis van de QuickScan van literatuur en praktijkvoorbeelden en een toetsing onder experts zijn 27 lacunes vastgesteld, verdeeld over 3 clusters. In dit laatste hoofdstuk wordt een voorzet voor prioritering van deze lacunes gegeven. Daartoe zijn een aantal criteria opgesteld, die in de eerste paragraaf van dit hoofdstuk zijn omschreven. Daarna volgt een opsomming van de lacunes die, na selectie op basis van deze criteria, overblijven en wordt een voorzet gedaan voor prioritering voor de programmalijn Onderzoek en voor prioritering voor de programmalijn Praktijkverbetering. Daarnaast zijn er gaandeweg de kennissynthese een aantal meer algemene aandachtspunten genoemd door het veld. Deze zijn meer randvoorwaardelijk van aard en worden opgesomd in [paragraaf 4.4](#).

4.1 Prioriteringscriteria

De criteria die we hebben gehanteerd ten behoeve van de prioritering zijn:

Preventief en ontwikkelingsgericht

Het gaat om preventie van, en ondersteuning en zorg bij onbedoelde zwangerschap in hoogrisicogroepen en kwetsbaar (jong) ouderschap. Het accent moet daarom liggen op preventie of zo vroeg mogelijk en passend interveniëren bij de doelgroep teneinde de ontwikkeling van ouders en kinderen te versterken.

Consistentie

Het betreft de lacunes/interventies die veel worden genoemd, en ook in de expertbijeenkomst prioriteit krijgen.

Beleidsprioriteit

Het gaat erom welke lacunes/interventies passen binnen huidig beleid en aansluiten bij programma's als Kansrijke Start en/of worden benoemd in de transformatie-agenda JOOZ.

Onderbelichte thema's en (sub)groepen

Enkele groepen worden stelselmatig vergeten. Denk hierbij bijvoorbeeld aan jongens en mannen, vrouwen die herhaald een abortus ondergaan en specifieke migrantengroepen.

Onderbelichte onderzoeksbenaderingen

Bepaalde benaderingen worden weinig toegepast. Zoals gedegen casusonderzoek, kwantitatief onderzoek, onderzoek naar werkzame mechanismen, ontwikkelonderzoek om interventies geschikt te maken voor specifieke hoogrisicogroepen en implementatieonderzoek.

Wat wordt elders al gedaan? Dan valt het voor de programmalijnen hier af.

Te denken valt aan de menukaart van AEF, de kennisintegratie van het RIVM over collectieve preventie van onbedoelde zwangerschap, en het scholingsprogramma van Rutgers (vanuit Kansrijke Start). Daarnaast gaat de GGD Gelderland Zuid in de loop van 2019 een onderzoek doen naar anticonceptiecounseling bij abortusrecidivisten.

4.2 Prioriteiten programmalijn Onderzoek

Meer onderzoek is nodig naar preventie van en ondersteuning en zorg bij onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap in hoogrisicogroepen. Een aantal zaken komt bovendien na het hanteren van bovengenoemde prioriteringscriteria.

Definiëring en kennis over hoogrisicogroepen

Belangrijk is om bij de onderzoeken goed scherp te hebben welke doelgroep er onderzocht wordt. Gaat het om ongewenste, ongeplande of onbedoelde zwangerschap, op welk moment is dat in kaart gebracht en vanuit wiens perspectief zijn hierbij relevante vragen.

Verder is er naar anticonceptiegebruik, ongewenste zwangerschappen en abortus onder hoogrisicogroepen veelal kwalitatief onderzoek gedaan. Kwantitatief is er dus nog veel werk te doen. Dit vraagt om dataverzameling of in ieder geval aanvullingen op bestaande data. In bestaande registraties van zwangerschappen en abortussen wordt informatie over opleidingsniveau, IQ of beperkingen vaak niet structureel bijgehouden of gerapporteerd (Dalmijn & Lisdonk, 2017). Dit maakt het lastig om te bepalen of data in bestaande registraties over hoogrisicogroepen gaan. Ook zijn er onvoldoende cijfers over de samenhang tussen (correct) anticonceptiegebruik, aantal onbedoelde zwangerschappen, aantal abortussen/voldragen zwangerschappen en de achterliggende redenen daarbij.

Bij de benoemde hoogrisicogroepen leiden verschillende combinaties van factoren tot een verhoogd risico op onbedoelde zwangerschap. Met name de verschillen tussen diverse etnische groepen zijn groot en er is nog weinig zicht op welke combinaties van factoren bij welke groepen nu tot een verhoogd risico leiden. Specifieke aandacht zou hierbij uit moeten gaan naar de rol van religie en sociale normen rond onbedoelde zwangerschap en abortus, waarbij aandacht voor andere sociaaleconomische- en andere achtergrondfactoren van belang blijft.

Een structureel onderbelichte groep bij deze thematiek zijn jongens en mannen. Daar zou ook in onderzoek veel meer aandacht voor moeten zijn. Wat is hun rol (denk ook aan anticonceptie), hoe ervaren zij die zelf, hoe gaan zij om met een onbedoelde zwangerschap, hoe beleven ze het keuzeproces en gaan ze om met abortus/dan wel ouderschap. Ook vrouwen met psychische problemen en vrouwen tussen de 20 en 35 die eerder een abortus hebben ondergaan zijn nog onderbelicht. Voor (met name) de laatste groep is er aandacht nodig voor het gesprek over anticonceptie na abortus en ervaren barrières in de anticonceptiezorg.

Meer longitudinaal onderzoek is nodig om in kaart te brengen hoe vaak een onbedoelde zwangerschap leidt tot kwetsbaar (jong) ouderschap en wat daarbij bepalende factoren zijn of wat er juist voor zorgt dat stress en daarmee geassocieerde intergenerationele overdracht van deze problematiek kan worden tegengegaan.

Preventie van onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap

Er is gedegen ontwikkelonderzoek nodig naar in welke mate preventieve interventies aansluiten bij hoogrisico-/kwetsbare groepen. En in welke mate de interventies deze groepen bereiken. En als dat niet voldoende het geval is, wat er extra nodig is om deze groepen goed te bereiken en te bedienen. Aansluitend zou er dan effectonderzoek gedaan moeten worden naar deze aangepaste versie, waarbij het nadrukkelijk niet de bedoeling is nieuwe interventies te ontwikkelen, maar juist hetgeen waarvan we weten dat het werkt beter te laten aansluiten bij de beoogde groepen.

De inzet van ervaringsdeskundigheid in het kader van preventie van onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap is door velen benoemd als potentieel werkzaam. Echter is nog niet bekend of dit daadwerkelijk effectief is en aan welke randvoorwaarden daarvoor moet worden voldaan (denk aan: inbedding lokale praktijk; kwaliteit ervaringsdeskundige; moment van inzet).

Veel van de reeds uitgevoerde onderzoeken richten zich op de (jonge) moeder. Het zou interessant kunnen zijn om meer aandacht te hebben voor het sociale netwerk van de (jonge) moeder en de bij haar betrokken professionals (denk aan: huisarts, abortusarts, verloskundigen, verpleegkundigen) om meer zicht te krijgen op hun rol in het kader van preventie van en ondersteuning en zorg bij onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap.

Onderzoek naar preventieve activiteiten in het onderwijs is buiten beschouwing gelaten, omdat dit een apart punt is in het zevenstappenplan.

Ondersteuning en zorg bij onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap

De zaken die genoemd zijn onder preventie bij onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap gelden ook voor de ondersteuning en zorg. Dus ontwikkel- en effectonderzoek rond de aansluiting van interventies bij de hoogrisicogroepen, onderzoek naar of, voor wie en onder welke randvoorwaarden inzet van ervaringsdeskundigen effectief is. En ook hier de rol van het sociale netwerk van de (jonge) moeder en de bij haar betrokken professionals meer aandacht geven in nieuwe onderzoeken.

Aanvullend op bovengenoemde zaken is er meer implementatieonderzoek nodig. Daarmee bedoelen we onderzoek naar belemmerende en bevorderende factoren bij het (lokaal) implementeren van interventies opdat die het theoretisch effect ook in de praktijk behalen.

4.3 Prioriteiten programmalijn Praktijkverbetering

Wat opvalt in de literatuur, op websites, in databanken en tijdens de expertbijeenkomst, is dat er weinig samenhang is in de geboortezorgketen. Zwangere meiden en vrouwen of kwetsbare (jonge) ouders moeten daarin zelf hun weg zien te vinden. Inmiddels worden er lokale/regionale samenwerkingsverbanden opgezet, zoals Verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) en Integrale Geboortezorg Organisaties (IGO's). Daarbij zou het mooi zijn als er aandacht is voor de regiefunctie binnen die samenwerking. Als ook voor de samenhang van het aanbod.

Implementeer interventies die breed ingezet kunnen worden binnen de geboortezorgketen, te beginnen bij preconceptiezorg en doorlopend tot aan de jeugdgezondheidszorg en lokale teams, zoals wijk- of buurtteams. Op die manier kan er een sluitende aanpak ontstaan waarbij met behulp van het eigen netwerk gewerkt wordt aan passende huisvesting, oplossen van financiële problemen en optimale participatie van ouders en kinderen (denk aan onderwijs, werk, sport).

Een randvoorwaarde hierbij is dat gemeenten samenwerking tussen partners in de geboortezorgketen, jeugdgezondheidszorg en lokale teams ondersteunen. Echter dient daarvoor inzichtelijk gemaakt te worden wat dit gemeenten oplevert.

Voor de lijn praktijkverbetering geldt ook, er is al heel veel kennis en er zijn ook goede interventies, maak daar gebruik van en begin niet bij nul, maar beschrijf hoe je dit aanbod implementeert in de lokale context en wat daarvoor nodig is. Een vorm van monitoring op de voortgang en opbrengsten (niet perse effecten voor de eindgebruiker, maar ook versterking van samenwerking, verbetering toegankelijkheid van de hulp, duidelijke regievoering) is hierbij aan te bevelen. Op die manier ontstaan er beschrijvingen van good practices die gedeeld kunnen worden, zodat er breder dan alleen lokaal/regionaal van geprofiteerd kan worden. Hiervoor wordt idealiter aansluiting gezocht bij bestaande leerbijeenkomsten, kennistafels et cetera.

4.4 Algemene aanbevelingen en opmerkingen voor het ZonMw programma Onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap

Gaandeweg de kennissynthese werden er door het veld een aantal meer algemene aanbevelingen gedaan en opmerkingen gemaakt. Deze staan hieronder beschreven.

- Er gebeurt al veel op het vlak van voorlichting, zwangerschap, geboorte, kansrijke start en kwetsbaar (jong) ouderschap. Stem goed af met andere partijen en organisaties die zich bezighouden met het onderwerp onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap.
- Zorg voor een duidelijke definiëring en afbakening van het begrip kwetsbaar (jong) ouderschap, het begrip hoogrisicogroep, en van de begrippen onbedoeld, ongewenst en ongepland. Heb aandacht voor het feit dat laatstgenoemde

begrippen niet (altijd) statisch zijn en ook in combinatie met elkaar voor kunnen komen. Zo kan een onbedoelde zwangerschap wel gewenst zijn (of worden).

- Weet dat de databanken veel overlap kennen qua interventies, maar dat de informatie die is weergegeven over interventies en beoogde doelgroep kunnen verschillen.
- Zorg dat ook gemeenten zich aangesproken/meegenomen voelen in de teksten van de subsidieoproepen.
- Streef niet naar voor elke doelgroep een eigen interventie, maar naar kleine aanpassingen in bestaande (effectieve) interventies en onderzoek daarvan opnieuw de effectiviteit. Heb daarbij aandacht voor eventuele overlap tussen verschillende hoogrisicogroepen en overeenkomende risicofactoren.
- De focus ligt in de literatuur en ook in de praktijk vaak op tienermoeders. Daar is al veel over bekend. In het programma zou er daarom (ook) aandacht moeten zijn voor andere (hoogrisicio) groepen.
- Politieke maatregelen kunnen van invloed zijn op de thematiek. Het is goed om hier rekening mee te houden. Denk bijvoorbeeld aan het bevorderen van anticonceptiegebruik, door dit weer te vergoeden vanuit de basisverzekering.

5 Literatuur

Bolt, S. & Heij, A. van der (2018). Herhaalde abortus. Een kwalitatief onderzoek onder vrouwen die meerdere keren een abortus hebben gehad en psychosociale klachten ervaren: <https://fiom.nl/sites/default/files/onderzoeksverslag-herhaalde-abortus.pdf>.

Boote, M. (2016). Ervaringsdeskundigheid op weg naar een effectieve inzet: <https://www.expex.nl/wp-content/uploads/2016/08/2105DEINZETVANERVARINGSDESKUNDIGHEID-opwegnaareffectiviteit.pdf>.

Cense, M. & Dalmijn, E. (2016). In één klap volwassen. Over tienerzwangerschap. Utrecht: Rutgers: <https://fiom.nl/sites/default/files/in-een-klap-volwassen-cense-en-dalmijn-2016.pdf>.

Dalmijn, E.W. en Lisdonk, J. van (2017). Tienerzwangerschap bij meiden met een lichte verstandelijke beperking. Opgevraagd op 26 maart 2019 via <https://link.springer.com/article/10.1007/s12452-016-0091-5>.

Fiom (zonder jaartal). Ongewenste zwangerschap bij asielzoekers en vluchtelingen. Opgevraagd op 26 maart 2019 via: <https://fiom.nl/kenniscollectie/ongewenste-zwangerschap/onderzoeken/ongewenste-zwangerschap-asielzoekers-en>

Fiom (2016). Factsheet Ongewenste zwangerschappen 2016: <https://fiom.nl/sites/default/files/fiom-factheet-ongewenste-zwangerschap-2016.pdf>.

Gesel, S. & Dijk, L. van (2010). Jonge vaders. Een kwalitatief onderzoek naar de achtergrond en rol van jongens bij ongeplande zwangerschappen. Rutgers Nisso Groep: <https://fiom.nl/sites/default/files/jonge-vaders-rutgers-2010.pdf>.

Groot, R. de, Hoogenboezem, G., Huzen, J., Lier, L. van, Staalduinen, I. van (2015). Voorlichting, hulp en opvang aan tienermoeders in beeld: <https://www.jooz.nu/wp-content/uploads/2017/08/voorlichting-hulp-en-opvang-aan-tienermoeders-in-beeld-l-jso-l-vws.pdf>.

Hoogenboezem, G. & Huzen, J. (2015). Clientprofiel Siriz Opvang. Onderzoek naar cliëntkenmerken en begeleidingsbehoeften van jonge moeders. Gouda: JSO: <https://www.jooz.nu/wp-content/uploads/2017/08/onderzoek-naar-kenmerken-en-begeleidingsbehoeften-van-jonge-moeders-in-de-opvang-siriz-jso.pdf>.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2019). Jaarrapportage 2017 van de Wet afbreking zwangerschap. Utrecht: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: <https://>

www.igj.nl/documenten/rapporten/2019/02/07/jaarrapportage-wet-afbreking-zwangerschap-wafz-2017.

Jacob, Y. (2018). Eritrese vrouwen in de geboortezorg. Utrecht: Pharos: https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2018/10/eritrese-vrouwen_in_de_geboortezorg-rapport-pharos.pdf.

Keinemans, J.C. (2010). Eervol jong moederschap. Een studie naar de leefwereld van adolescente moeders: https://pure.uvt.nl/ws/portalfiles/portal/1298925/Proefschrift_Sabrina_Keinemans_190111.pdf.

Keinemans, S., Kanne, M. & Genugten, W. van (2018). Alles draait ineens om. Een onderzoek naar de zorgvraag van (zeer) jonge moeders en de afstemming met het zorgaanbod. Kenniscentrum Sociale Innovatie, Hogeschool Utrecht: <https://www.rijks-overheid.nl/documenten/rapporten/2018/01/01/alles-draait-ineens-om>.

Lisdonk, J. van, Dalmijn, E., Cense, M. (2016). 'Gewoon gezellig, met zo'n buik'. Tienerzwangerschap bij meiden met een lichtverstandelijke beperking. Rutgers en Fiom: 2016: <https://fiom.nl/sites/default/files/gewoon-gezellig-met-zon-buik.pdf>.

Nicis Institute (2010). Antilliaans-Nederlandse jonge moeders in beeld. Wegwijzer voor en door gemeenten. Den Haag.

Möhle, M. (2016). Theoretische Onderbouwing effectieve begeleiding (zeer) jonge ouders: <https://www.jooz.nu/wp-content/uploads/2017/08/siriz-theoretische-onderbouwing-effectieve-begeleiding-aan-zeer-jonge-ouders.pdf>.

Nieuwenhuijzen, I. van & Tuk, B. (2002). De liefde. Forumtheater bij voorlichting en educatie aan vluchtelingenjongeren. Utrecht: Pharos: https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2019/01/bijvoorbeeld_de_liefde-Pharos.pdf.

NJI (2014). Tienerouders over hulp aan jonge moeders en vaders: <https://fiom.nl/sites/default/files/files/Tienerouders-over-hulp-aan-jonge-moeders-en-vaders.pdf>.

NJI (geen jaartal). Dossier jonge ouders. <https://fiom.nl/sites/default/files/files/DossierjongeoudersNJI1.pdf>.

Rutgers (2018). Preventie loont! Tips voor gemeentelijke preventie onbedoelde (tiener) zwangerschap: <https://www.rutgers.nl/sites/rutgersnl/files/PDF/Brochure%20Preventie%20loont%21%20DEF.pdf>.

Oudhof, M., Zoon, M. & Steege, M. van der. (2013). Wat werkt bij jonge moeders? Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut: <https://www.jooz.nu/wp-content/uploads/2017/08/nji-dossier-wat-werkt-bij-jonge-moeders.pdf>.

Rutgers en Soa Aids Nederland (2017). Belangrijkste conclusies Seks onder je 25^e 2017: <http://seksonderje25e.nl/files/uploads/Seks%20onder%20je%2025e%20Samenvatting.pdf>.

Rutgers en Soa Aids Nederland (2018). Kerncijfers leefstijlmonitor seksuele gezondheid 2017: https://www.rutgers.nl/sites/rutgersnl/files/PDF-Onderzoek/Leefstijlmonitor_Seksuele_Gezondheid_2017_DEF.pdf.

Schelling, F. & Huzen, J. (2016). Inzet van ervaringsdeskundigheid bij preventie en hulp aan (onbedoeld) zwangeren en (zeer) jonge ouders: https://www.jooz.nu/wp-content/uploads/2017/06/magazine_ervaringsdeskundigheid_jooz_sept_2016.pdf.

Bijlagen

Bijlage 1 Samenvatting kennis

Bijlage 2 Samenvatting interventies, praktijkvoorbeelden en materialen

Bijlage 3 Deelnemende organisaties expertbijeenkomst 'Onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap' op vrijdag 14 juni 2019

Bijlage 4 Beschrijving bronnen literatuurlijst

Bijlage 1

Samenvatting kennis

Deze bijlage is een samenvatting van de kennis die wij vonden op basis van de door ons geraadpleegde literatuur (zie [bijlage 4](#)). De gevonden kennis wordt weergegeven per cluster en hoofdvraag. Op verschillende plekken wordt voor meer informatie doorverwezen naar de desbetreffende publicatie.

Cluster 1

1. Wat zijn hoogrisicogroepen voor onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap en welke subgroepen zijn daarin te onderscheiden?

De volgende (subgroepen van) hoogrisicogroepen⁷ zoals genoemd in de ZonMw-programmatekst: *Onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap. Met kennis de praktijk verbeteren* komen in de literatuur terug als hoogrisicogroep voor een onbedoelde zwangerschap.⁸ Als het gaat om subgroepen van hoogrisicogroepen zijn deze gecategoriseerd onder de hoogrisicogroepen.

- **Jongeren in de open en gesloten residentiële jeugdhulp**
 - Meiden uit de gesloten jeugdzorg (De Groot et al., 2015).
- **Cliënten van de LVB-sector**
 - Jongeren met een LVB (Rutgers, 2018).
 - Meiden met een LVB (De Groot et al., 2015).

- **Migranten, asielzoekers en statushouders**

- Alleenstaande (minderjarige) asielzoekers (Rutgers, 2018).
- Nieuwkomers en vluchtelingen (De Groot et al., 2015).
- Meiden met een Surinaamse of Antilliaanse achtergrond (De Groot et al., 2015).

- **Multiprobleemgezinnen**

- Tieners uit multiprobleemgezinnen (De Groot et al., 2015).

Leerlingen van (voortgezet) speciaal onderwijs, studenten van het mbo, niveau 1 en 2 en dak- en thuislozen komen in de literatuur niet terug als hoogrisicogroep voor een onbedoelde zwangerschap.

Een aantal (subgroepen van) hoogrisicogroepen komt in de literatuur terug als hoogrisicogroep voor een ongewenste of ongeplande zwangerschap.

De volgende (subgroepen van) hoogrisicogroepen komen in de literatuur terug als hoogrisicogroep voor een ongewenste zwangerschap:

- **Migranten, asielzoekers en statushouders**

- Vluchtelingenjongeren en jonge nieuwkomers (Van Nieuwenhuijzen & Tuk, 2002).

De volgende (subgroepen van) hoogrisicogroepen komen in de literatuur terug als hoogrisicogroep voor een ongeplande zwangerschap:

- **Studenten van het mbo, niveau 1 en 2**

- Jongeren op het mbo (<https://fion.nl/kenniscollectie/jong-ouderschap/publicaties>).

- **Migranten, asielzoekers en statushouders**

7 Namelijk: leerlingen van het (voortgezet) speciaal onderwijs; studenten van het mbo, niveau 1 en jongeren in de gesloten en open residentiële jeugdhulp; cliënten van de LVB-sector; migranten, asielzoekers en statushouders; multiprobleemgezinnen, dak- en thuislozen.

8 Voor de gehele samenvatting geldt dat wij de termen aanhouden die gebruikt worden in de desbetreffende bron(nen). Bijvoorbeeld als het gaat om de termen onbedoeld, ongewenst en ongepland en de termen meiden, meisjes, jongeren, tieners, etc.

- **Vrouwen van 16 tot 49 jaar met een westerse migratieachtergrond (Rutgers en Soa Aids Nederland, 2018⁹)**

- Surinaamse meisjes (Rutgers & Soa Aids Nederland, 2017).
- Meisjes van 12-24 jaar met een Surinaamse achtergrond (Fiom, 2016).
- Meiden met een Surinaamse of Antilliaanse achtergrond (De Graaf et al., 2012).
- Meiden met een Turkse, Marokkaanse achtergrond (De Graaf et al., 2012).

Daarnaast komen in de literatuur andere dan de in de programmatekst van ZonMW benoemde hoogrisicogroepen voor een onbedoelde, ongeplande of ongewenste zwangerschap terug.

- **Hoogrisicogroepen voor een onbedoelde zwangerschap**

- Vrouwen die eerder een abortus hebben ondergaan (Bolt & van der Heij, 2018).
 - Vrouwen met een herhaalde abortus hebben vaker een migrantenachtergrond, een lage sociaal-economische status of een laag opleidingsniveau, een hogere leeftijd en al kinderen (Loeber & Muntinga, 2017; Picavet et al., 2013; Picavet, 2016 in Bolt & van der Heij, 2018).
- Tieners die al een kind hebben (Rutgers, 2018).
- Jongeren die vaker nare dingen hebben meegemaakt thuis (zoals verwaarlozing, geweld of seksueel misbruik (Rutgers, 2018; Rutgers en Soa Aids Nederland 2017)).
- Jongeren/vrouwen met een lagere sociaal economische status uit wijken met een lagere sociaal economische status (Rutgers, 2018).

- **Hoogrisicogroepen voor een ongeplande zwangerschap**

- Laagopgeleide meiden/meisjes/jongeren/vrouwen
 - Laagopgeleide jongeren (Rutgers, 2018; Rutgers & Soa Aids Nederland).
 - Laagopgeleide vrouwen (Rutgers en Soa Aids Nederland, 2018).
 - Laagopgeleide meiden (De Graaf et al., 2012 in Cense & Dalmijn, 2016).
 - Laagopgeleide meisjes van 12-14 jaar (Fiom, 2016).
- Jongeren/vrouwen met een lagere sociaal economische status uit wijken met een lagere sociaal economische status (Rutgers, 2018).
- Vrouwen tussen de 25 en 29 jaar (Rutgers, 2017).
- Meisjes/meiden/vrouwen met een (streng) religieuze achtergrond
 - Vrouwen afkomstig uit een islamitische dan wel zeer christelijke groep (Rutgers, 2017).
 - Gelovige meisjes van 12-24 jaar (Fiom, 2016).
 - Meiden met een streng religieuze achtergrond (De Graaf et al., 2012).

- **Hoogrisicogroepen voor een ongewenste zwangerschap**

- Gelovige meisjes van 12-24 jaar (Fiom, 2016)

Onderstaande (subgroepen van) hoogrisicogroepen komen in de literatuur (ook) terug als hoogrisicogroep voor een tienerzwangerschap. Hierbij is niet duidelijk of het (ook) gaat om een onbedoelde, ongewenste of ongeplande tienerzwangerschap.

- **Cliënten van de LVB-sector**

- Tieners/meiden met een licht verstandelijke beperking (LVB) (De Groot et al, 2015; Dalmijn & Lisdonk, 2017).

- **Migranten, asielzoekers en statushouders**

- Alleenstaande minderjarige asielzoekers (AMAs), (minderjarige) nieuwkomers en vluchtelingen.
 - (Minderjarige) nieuwkomers en vluchtelingen worden ruim acht keer vaker tienermoeder dan het Nederlandse gemiddelde (De Groot et al, 2015).

⁹ Kanttekening: bij het schatten van het risico op ongeplande zwangerschap is in deze studie geen rekening gehouden met de afnemende vruchtbaarheid met het ouder worden. Dit kan geleid hebben tot een overschatting van het risico op een ongeplande zwangerschap in de oudere groepen vrouwen (met name in de groep vrouwen van 40 tot en met 49 jaar).

- Bij ama's komen veel tienerzwangerschappen voor. Die lijken vaak ongewenst, maar er zijn ook groepen ama's uit samenlevingen waar jong, ongehuwd moederschap veel voorkomt, bijvoorbeeld de Angolese ama's (Wijnroks 2002 in van Nieuwenhuijzen & Tuk, 2002).
- Meiden/meisjes/tieners/jongeren/vrouwen met een Surinaamse of Antilliaanse achtergrond (De Groot et al, 2015; <https://fiom.nl/kenniscollectie/jong-ouderschap/cijfers-en-feiten>; Nicis Institute, 2010; NJI, zonder jaartal).
 - Het aantal tienermoeders is relatief hoog onder jongeren met een Antilliaanse of Surinaamse herkomst (Rutgers, 2018).
 - Tienermoederschap komt relatief iets vaker voor bij meiden met een Antilliaanse of Surinaamse herkomst, maar er zijn geen verschillen in prevalentie tussen autochtone tienermeisjes en Marokkaanse of Turkse meiden (CBS, 2016 in Keinemans et al., 2018).
 - In Nederland schommelt het geboortecijfer bij autochtone tienermeiden al lange tijd rond de 4 per 1000 per jaar. In 2012 kregen 21 per 1000 eerste generatie Surinaamse tienermeiden een kind. Onder eerste generatie Antilliaanse tienermeiden was dat 27 per 1000. Dit is vier tot zes keer zo veel als het gemiddelde voor Nederland. Het geboortecijfer van tweede generatie allochtone tienermeiden is lager dan die van eerste generatie tienermeiden, maar ze zijn nog wel relatief hoog (12 op 1000 bij tweede generatie Surinaamse meiden en 16 op 1000 bij tweede generatie Antilliaanse meiden) (Cense & Dalmijn, 2016).
 - In 2015 was het aantal nieuwe tienermoeders bij meisjes van Antilliaanse en Surinaamse herkomst relatief nog altijd wat hoger (<https://fiom.nl/kenniscollectie/jong-ouderschap/cijfers-en-feiten>).
 - Onder de Antilliaanse en Surinaamse meisjes komt tienerzwangerschap het meeste voor. Per 1.000 meisjes werden er in 2013 respectievelijk 14 en 8 kinderen geboren. Ook in deze groepen is echter sprake van een afname. In 2011 werden er 24 kinderen per 1.000 meisjes van Antilliaanse of Arubaanse afkomst geboren. Onder de Surinaamse meisjes ging het om bijna 11 (NJI, 2014).
- Bij Surinaamse, Antilliaanse, Sub-Sahara-Afrikaanse en Zuid-Amerikaanse meiden komen tienerzwangerschappen vier tot zes keer vaker voor dan bij autochtone meiden (De Graaf et. al. 2012)
- Met circa 64 zwangerschappen per duizend jonge vrouwen tussen de 15 en 20 jaar, kent de Antilliaanse gemeenschap het hoogste aantal tienerzwangerschappen van Nederland (Rapport van de Taskforce Antilliaanse Nederlanders over Antilliaanse probleemgroepen in Nederland 2008 in Nicis Institute, 2010)
- Er worden nog steeds acht keer zoveel Antilliaans-Nederlandse jonge vrouwen tussen de 15 en 20 jaar moeder dan onder Hollandse jonge vrouwen (Nicis Institute, 2010).
- In totaal zijn er circa twee keer zoveel geboorten per duizend Antilliaans-Nederlandse jonge vrouwen van 15 tot 19 jaar dan bij andere niet-westerse allochtonen (Rapport van de Taskforce Antilliaanse Nederlanders over Antilliaanse probleemgroepen in Nederland 2008 in Nicis Institute, 2010).
- Tienerzwangerschap is zelden gepland, maar daarmee niet ongewenst (Universiteit van de Antillen (2010) in Nicis Institute, 2010).
- Meisjes/meiden van allochtone/niet-westerse afkomst (NJI, 2014; Garssen & Harmsen, 2013 in Cense & Dalmijn, 2016).
 - Tienermeiden van allochtone herkomst worden relatief vaker zwanger dan autochtone Nederlandse meiden (Garssen & Harmsen, 2013 in Cense & Dalmijn, 2016).
 - Meisjes van niet-westerse afkomst worden vaker tienermoeder dan autochtone meisjes (NJI, 2014).
- Meiden/meisjes met een Sub-Sahara-Afrikaanse en Zuid-Amerikaanse achtergrond (Rutgers, 2018; De Graaf et al., 2012).
 - Bij Surinaamse, Antilliaanse, Sub-Sahara-Afrikaanse en Zuid-Amerikaanse meiden komen tienerzwangerschappen vier tot zes keer vaker voor dan bij autochtone meiden. In verreweg de meeste gevallen worden zij een alleenstaande moeder (De Graaf et. al. 2012).
 - Meiden met een Somalische, Syrische, Poolse of Bulgaarse achtergrond (Rutgers, 2018).

- **Multiprobleemgezinnen**
 - Tieners uit multiprobleemgezinnen (Rutgers, 2018; Cense & Dalmijn, 2016; De Groot et al., 2015; De Jong & Van der Aa, 2011 in Keinemans, 2010).
- **Jongeren die slordig omgaan met anticonceptie (Rutgers, 2018)**
 - Ook jongeren die opgroeien in een stabiel en liefdevol gezin kunnen risico lopen op tienerzwangerschap. Soms wordt gewoon slordig omgegaan met anticonceptie (Rutgers, 2018).
- **Laagopgeleide meiden/jongeren (Dalmijn & Lisdonk, 2017; De Graaf et. al. 2012)**
- **Tieners die minder weerbaar zijn (De Groot et al., 2015)**

Tot slot komen er in verschillende studies hoogrisicogroepen/risicofactoren voor (zeer) jong zwanger worden en zeer (jong) moederschap naar voren. Een lage opleiding blijkt zowel een risicofactor voor (zeer) jong moederschap (Hoogenboezem & Huzen, 2015; De Graaf et al., 2012) als een risicofactor voor jong zwanger worden, waarbij voor jong zwanger worden geldt dat de kans nog groter is als meisjes ook opgroeien in een gebroken gezin (Nicis Institute, 2010). Andere risicofactoren voor (zeer) jong moederschap die naar voren komen in de literatuur zijn: het hebben van een licht verstandelijke beperking (Hoogenboezem & Huzen, 2015; De Groot et al., 2015) (tieners, meisjes) en zelf een alleenstaande moeder hebben of een moeder die zelf jong moeder is geworden (De Groot et al., 2015) (meisjes).

Er is veel onderzoek beschikbaar naar de achtergronden van tienermoederschap, de levens(loop) van vrouwen die op jonge leeftijd moeder werden, maar ook van hun kinderen evenals de zorg en steun die passend is voor deze doelgroep. Een algemene indruk van deze literatuur is na te lezen in de dissertatie van [Keinemans \(2010\)](#).

Meiden en vrouwen met psychische of verslavingsproblematiek worden in geen van de door ons bestudeerde studies specifiek benoemd als hoogrisicogroep voor onbedoelde zwangerschap of kwetsbaar (jong) ouderschap. De kwetsbaarheid van deze groep wordt wel beschreven: zij zijn vaak minder goed voorbereid op seksuele contacten, hebben soms een laag zelfbeeld en zijn minder seksueel weerbaar. Ze hebben vaker losse seksuele contacten, krijgen te maken met relatiegeweld of zijn sterk afhankelijk van partner of vriend (Rutgers, 2018).

2. Wat zijn binnen de hoogrisicogroepen risicofactoren voor een onbedoelde zwangerschap?¹⁰

Over onderstaande (subgroepen van) hoogrisicogroepen is in de literatuur informatie beschikbaar over risicofactoren voor een onbedoelde zwangerschap:

- **Cliënten van de LVB sector**
 - Een lage risico-inschatting, ontbrekende kennis, weinig steun van ouders, afhankelijkheid van mannen, niet passende voorlichting over veilige seks, een (latente) kinderwens, minder perspectief op een goede opleiding en werk, weinig regie over eigen leven, weinig zelfvertrouwen (Lisdonk, Dalmijn & Cense, 2016; Dalmijn & Lisdonk, 2017, Keinemans, 2010).
- **Migranten, asielzoekers en statushouders**
 - Alleenstaande (minderjarige) asielzoekers, (jonge) nieuwkomers en vluchtelingen (jongeren)
 - Geen/onvoldoende kennis op het terrein van seksuele en reproductieve gezondheid, onveilige opvangcentra, seksueel geweld in herkomstland of onderweg (Jacob, 2018; Tuk, 2001, Poot, 2001, Van Son-Schoones, Ensink, & Akkermans, 2003 in Cense & Dalmijn, 2016; van Nieuwenhuijzen & Tuk, 2002).
 - Meiden met een Antilliaanse achtergrond:
 - Zijn op vroegere leeftijd seksueel actief (Presentatie Ineke van der Vlucht, Rutgers Nisso Groep 2009 in Ministerie van VROM, 2010). Seksualiteit wordt in het algemeen ook belangrijker gevonden. In tegenstelling tot andere culturen is het iets dat er gewoon bij hoort en niet direct gekoppeld is aan vaste relaties. Zowel voor mannen als vrouwen is vruchtbaarheid bepalend voor hun identiteit.

- **Vrouwen die eerder een abortus hebben ondergaan**
 - Anticonceptiekeuzes, anticonceptiebegeleiding, en een blokkade van de bewustwording en gevoelens na de abortus zijn factoren die kunnen bijdragen aan het opnieuw ongewenst zwanger raken (Bolt & van der Heij, 2018).
- **Jongeren die vaker nare dingen hebben meegemaakt thuis (zoals verwaarlozing, geweld of seksueel misbruik).**
 - Deze jongeren zijn eerder seksueel actief, en hebben een grotere kans op een negatieve ervaring met sexting of een ervaring met seksueel geweld in het algemeen (Rutgers en Soa Aids Nederland, 2017).

Over onderstaande hoogrisicogroepen is in de literatuur informatie beschikbaar over risicofactoren voor een ongepaalde of ongewenste zwangerschap:

- **Laagopgeleide jongeren**
 - Laagopgeleide jongeren worden bij de eerste geslachtsgemeenschap iets vaker overgehaald (zowel jongens als meisjes) dan hoogopgeleide jongeren. Vier procent van de laagopgeleide jongens en 16% van de laagopgeleide meisjes maakten ooit in hun leven seksueel geweld mee. Dat is meer dan bij hoogopgeleide jongeren. Ook hebben deze jongeren vaker negatieve ervaringen met sexting (Rutgers & Soa Aids Nederland, 2017).

Laagopgeleide jongeren beginnen relatief vroeg met seks en ze hebben relatief meer sekspartners (Kirby, 2001; Van Berlo et al., 2005; De Graaf et al., 2012).

- **Meisjes/meiden/vrouwen met een (streng) religieuze achtergrond**
 - Een taboe op het bespreken van seksualiteit en op het aangaan van seksuele relaties voor het huwelijk (in de thuissituatie) maakt de toegang tot anti-

¹⁰ Als een hoogrisicogroep niet genoemd staat is daar geen informatie over gevonden.

conceptie moeilijker. Daarnaast maakt het gebrek aan kennis en het besef iets te doen wat helemaal niet mag meiden kwetsbaar in (ongelijkwaardige) relaties. Seks gebeurt vaak ongepland en onder druk van vriend (Cense & Dalmijn, 2016).

Tot slot is er informatie beschikbaar over algemene veranderbare factoren die samenhangen met onbedoelde zwangerschap en tienerzwangerschap (Berlo, Wijsen & Vanwesenbeeck, 2005 in De Groot et al, 2015):

- Duidelijk en effectief kunnen communiceren over de eigen seksuele grenzen verkleint de kans op het meemaken van seksueel grensoverschrijdende activiteiten.
- Kunnen communiceren over anticonceptie.
- Kennis- en risicoperceptie. Met name de discrepantie tussen de perceptie van de eigen kennis en de feitelijke kennis speelt een rol bij ongepland zwanger worden.
- Attitude t.a.v. anticonceptiegebruik en zwangerschap: hoe beter jongeren op de hoogte zijn van de voordelen van het gebruik van anticonceptie, hoe groter de kans dat zij deze daadwerkelijk gaan gebruiken.
- Genderopvattingen: meiden met traditionele opvattingen over passend gedrag voor mannen en vrouwen lopen een groter risico op het meemaken van seksueel grensoverschrijdend gedrag en het hebben van onbeschermd of onvrijwillige seks. Tienermoeders blijken vaker dan gemiddeld traditionele genderopvattingen te hebben.
- Zelfbeeld: de reactie op seksueel grensoverschrijdend gedrag blijkt in grote mate samen te hangen met het zelfbeeld van jongeren.
- Toekomstperspectief: Meiden die zich verbonden voelen met school en die toekomstplannen hebben, hebben een kleinere kans op tienerzwangerschap.

3. Wat is er bekend over het anticonceptiegebruik, het aantal ongewenste zwangerschappen en het aantal abortussen binnen hoogrisicogroepen?¹¹

Over onderstaande hoogrisicogroepen is er in de literatuur informatie beschikbaar over anticonceptiegebruik, (het aantal) ongewenste zwangerschappen en/of (het aantal) abortussen:

- **Jongeren in de open en gesloten residentiele jeugdhulp**
 - Meiden uit de gesloten jeugdzorg:
 - 40% van de meisjes uit de gesloten jeugdzorg heeft één of meerdere abortussen gehad (Schelling & Hunzen, 2016).
- **Cliënten van de LVB-sector**
 - Meiden met een LVB:
 - Meiden met een LVB hebben vaak 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 (Lisdonk et al., 2016). Vooral de combinatie van een (latente) kinderwens en het gebrek aan regie versterken elkaar in het niet of incorrect gebruiken van anticonceptie (Lisdonk et al., 2016; Dalmijn & Lisdonk, 2017).
 - Voor veel meiden is er niet echt sprake van een keuzeprocess 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

¹¹ Als een hoogrisicogroep niet genoemd staat is daar geen informatie over gevonden. Omdat wij relatief weinig informatie vonden over het aantal ongewenste zwangerschappen en abortussen onder hoogrisicogroepen is kwalitatieve informatie die we over deze onderwerpen vonden ook meegenomen in dit overzicht.

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 keuzeprocess. 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 (Lisdonk et al., 2016).

- Overwegingen die een rol spelen: contra-argumenten tegen abortus, verantwoordelijkheid nemen en persoonlijke argumenten. Daarbinnen spelen twee processen een rol: de interne en de externe keuzeruimte die moeders ervaren. Lees hier meer over in [Keinemans \(2010\)](#).
- Abortuservaringen van meiden met een lvb zijn een blinde vlek (Lisdonk et al., 2016).

• **Migranten, asielzoekers en statushouders**

- Alleenstaande (minderjarige) asielzoekers, (jonge) nieuwkomers en vluchtelingen (jongeren)
 - Het abortuscijfer onder vrouwelijke asielzoekers ligt aanmerkelijk hoger dan bij vrouwen van Nederlandse origine (Rademakers 2002 van Nieuwenhuijzen en Tuk, 2002) en daar zijn veel ama's bij (Poot 2001 in van Nieuwenhuijzen en Tuk, 2002).
 - Voor Eritrese vrouwen geldt dat als zij ongepland zwanger raken zij vaak geen gebruik maakten van anticonceptie. Daarnaast dat zij onvoldoende bekend waren met geboortebeperving en weinig kennis hadden over de conceptie en het vrouwelijk lichaam. Ook was er sprake van mythes over onvruchtbaarheid en culturele ideeën belemmerend werken, bijvoorbeeld de norm dat je je maagdelijkheid moet bewaren tot aan het huwelijk en het taboe om als ongetrouwde vrouw anticonceptie te gebruiken (Jacob, 2018).

- Meiden/meisjes met een Surinaamse of Antilliaanse achtergrond
 - Surinaamse en Antilliaanse jongeren beschermen zich minder goed tegen zwangerschap (Rutgers, 2018).
 - Er bestaan veel taboes en mythes rond anticonceptie waardoor Antilliaans-Nederlandse jonge vrouwen over het algemeen slecht voorgelicht zijn. Anticonceptie wordt als onnatuurlijk gezien, ook denken veel vrouwen dat het de geslachtsgemeenschap voor mannen negatief beïnvloed (Troé, 2008 in Ministerie van VROM, 2010).
 - Bij Antilliaans-Nederlandse jonge vrouwen leiden een instabiele thuissituatie, een laag zelfbeeld en negatieve toekomstverwachtingen mede tot een achteloze houding ten opzichte van anticonceptie. Twintig procent van de meisjes en jonge vrouwen van Antilliaans-Nederlandse afkomst tussen 12 en 25 jaar maakt tijdens de eerste keer seks geen gebruik van anticonceptiemiddelen (Nicis Institute, 2010)
 - Het aantal abortussen is relatief hoog onder jongeren met een Antilliaanse of Surinaamse herkomst (Rutgers, 2018).
 - Meisjes van Surinaamse en Antilliaanse komaf kiezen er vaker voor om de zwangerschap af te breken dan autochtone meisjes (NJI, zonder jaartal). Echter laat onderzoek van Cense & Dalmijn (2016) zien dat Antilliaanse meiden er relatief vaak voor kiezen om de zwangerschap uit te dragen en het kindje te houden.
- Meiden met een Turkse of Marokkaanse achtergrond
 - Bij de eerste geslachtsgemeenschap beschermen Turkse en Marokkaanse jongeren zichzelf minder goed tegen zwangerschap en bij meisjes geldt dat ook voor de laatste sekspartner (Rutgers & Soa Aids Nederland, 2017).
 - Turkse en Marokkaanse meisjes praten minder vaak met hun ouders over seksualiteit. Ook bij vragen over seksualiteit gaan ze minder vaak naar familie of vrienden. De kennis over seks, soa's en anticonceptie is onder Turkse en Marokkaanse jongeren ook relatief laag (Rutgers & Soa Aids Nederland, 2017)
 - Meisjes met een Turkse en Marokkaanse achtergrond kiezen er vaker voor om de zwangerschap af te breken dan autochtone meisjes (NJI, zonder jaartal).

- Vrouwen die eerder een abortus hebben ondergaan
- Vrouwen veranderen na de eerste abortus bewust van anticonceptie, maar als de tijd verloopt gebruiken ze steeds minder betrouwbare - of inconsequenter – anticonceptiemethoden (Bolt & van der Heij, 2018).
- Het vinden van effectieve anticonceptie kan een worsteling zijn, begeleiding bij meer persoonlijk passende keuze voor anticonceptie is wenselijk (Bolt & van der Heij, 2018).
- De anticonceptievoorlichting in een abortuskliniek sluit niet aan bij iedere vrouw, vrouwen zijn vaak ook nog niet in staat om een weloverwogen keuze te maken (Bolt & van der Heij, 2018).
- Vrouwen hebben na de abortus vaak nog geen ruimte gehad voor bewustwording van hun gevoel: dit kan ervoor zorgen dat vrouwen minder actief en/of minder effectief een ongeplande zwangerschap proberen te voorkomen (Bolt & van der Heij, 2018).
- Ruim een derde van de vrouwen die een eerste abortus ondergaan komt terug voor een tweede. En daarvan komt een derde terug voor een derde ingreep, etc. (Bolt & van der Heij, 2018).
- Ongeveer een derde van alle vrouwen die een zwangerschap afbreken, heeft al eerder een abortus gehad (Jaarrapportage 2013 van de Wet afbreking zwangerschap in De Groot et al, 2015).
- **Jongeren die vaker nare dingen hebben meegemaakt thuis (zoals verwaarlozing, geweld of seksueel misbruik).**
 - Schokkende gebeurtenissen in jeugd, langdurig gepest worden, conflicten, geweld, verslavingen en psychische problematiek van de ouders kunnen leiden tot eenzaamheid, gebrek aan hechting en een laag zelfbeeld. Dit leidt vaak tot een vroegere seksuele start dan gemiddeld. Meiden gaan dan soms

een afhankelijkheidsrelatie aan met hun vriendje of komen in een ongelijkwaardige of gewelddadige relatie terecht. Hierdoor durven meisjes seks zonder condoom niet te weigeren of anticonceptie niet bespreekbaar te maken. Maar ook jongeren die opgroeien in een stabiel en liefdevol gezin kunnen risico lopen op tienerzwangerschap. Soms wordt gewoon slordig omgegaan met anticonceptie (Rutgers, 2018).

- **Laagopgeleide jongeren**

- Laagopgeleide jongeren gebruiken bij de eerste geslachtsgemeenschap iets vaker geen anticonceptie en minder vaak consequent anticonceptie met de laatste sekspartner (Rutgers & Soa Aids Nederland, 2017).
- Laagopgeleide jongeren hebben minder kennis over seks, soa's en anticonceptie en lijken minder toegang te hebben tot informatie (Rutgers & Soa Aids Nederland, 2017).
- Laagopgeleide jongeren gebruiken minder vaak het condoom en/of de pil (De Graaf et al., 2012) (in Cense & Dalmijn, 2016).

- **Vrouwen tussen de 25 en 39 jaar**

- Voor 2015 vonden de meeste zwangerschapsafbrekingen plaats bij vrouwen tussen de 20 en 25 jaar. In 2015 verschoof dit naar de leeftijdscategorie 25 tot 30 jaar. Ook in 2017 vonden de meeste zwangerschapsafbrekingen plaats bij vrouwen tussen de 25 en 30 jaar. In de leeftijdscategorieën 30 tot 35 jaar en 35 tot 40 jaar nam het aantal afbrekingen eveneens toe. Bij tweederde van de behandelde vrouwen was dit de eerste zwangerschapsafbreking. Bijna een kwart had eerder één zwangerschapsafbreking ondergaan. De overige vrouwen hadden twee of meer zwangerschapsafbrekingen ondergaan. Deze cijfers wijken in 2017 niet af van voorgaande jaren (<https://fom.nl/kennis-collectie/abortus/cijfers-en-feiten-0>: cijfers afkomstig uit Inspectie voor de Gezondheidszorg (2019).

- **Meisjes/meiden/jongeren met een (streng) religieuze achtergrond**

- Zeer christelijke en islamitische meisjes praten iets minder met hun ouders en vrienden over seksualiteit. De kennis over seks, soa's en anticonceptie is lager, vooral onder islamitische jongeren. Deze jongeren beschermen zichzelf minder goed tegen zwangerschap bij de eerste geslachtsgemeenschap en meisjes ook met de laatste sekspartner. Jongeren uit deze groepen gebruiken niet vaker of minder vaak condooms bij de eerste keer of met de laatste partner en ook in testgedrag zien we geen verschil (Rutgers & Soa Aids Nederland, 2017).
- Bij de eerste keer seks gebruikt meer dan 90% van de jongeren tussen de 12 en 25 jaar een vorm van anticonceptie. Met name zeer christelijke en Islamitische jongeren gebruikten bij de eerste keer geen anticonceptie (Rutgers, 2018 Bron: Seks onder je 25e, Rutgers en Soa Aids Nederland 2017).
- Meiden die opgroeien in een hechte (kerkelijke) gemeenschap hebben minder kennis over seks omdat zij moeilijk aan deze informatie komen. Zij gaan minder snel naar de huisarts voor vragen over (veilige) seks in hun gemeenschap. Zij gaan vaak minder snel naar de huisarts voor vragen over (veilige) seks in hun gemeenschap (Cense & Dalmijn, 2016)

Over onderstaande hoogrisicogroepen is in de literatuur informatie beschikbaar over risicofactoren voor een tienerzwangerschap:

- **Migranten, asielzoekers en statushouders**

- Meiden/vrouwen met een Surinaamse of Antilliaanse achtergrond
 - Surinaamse en Antilliaanse meiden benadrukken iets meer dat er thuis een taboe is op het praten over seksualiteit, dan autochtone meiden. Maar er zijn ook meiden die thuis wel over seks kunnen praten. Ook wordt gebrek aan een stabiel thuis iets vaker benoemd, door migratie en opnieuw moeten aarden in een geheel nieuwe omgeving. Om inzicht te krijgen in de mate waarin verschillende risicofactoren in de verschillende cultureel etnische groepen spelen, is kwantitatief onderzoek nodig (Cense & Dalmijn, 2016).
 - In sommige streken of bevolkingsgroepen is het normaal om jong moeder te worden. Dit is onder andere het geval bij Antillianen en in streng christelijke kringen als er tenminste sprake is van een huwelijk. De informele ondersteuning van jonge ouders is dan beter en de stigmatisering minder (in NJI, 2014).
 - Antilliaans-Nederlandse vrouwen staan relatief positief tegenover moederschap op jonge leeftijd. Het wordt door velen ervaren als lotsbestemming en is een wenkend alternatief voor meiden met weinig toekomstperspectief (Nicis Institute, 2010).
 - Daarnaast spelen een gebrek aan kennis, communicatie, en een warme gezinscontext een belangrijke rol in het hoge aantal tienerzwangerschappen binnen Antilliaans-Nederlandse gemeenschap. Ook is de drempel om hulp te zoeken hoog, en weten ze bovendien niet waar ze hulp kunnen vinden. Mede hierdoor wordt de problematiek vaak van generatie op generatie overgedragen. Een tienermoeder (en vader) komt zelf dikwijls uit een multiprobleemgezin en heeft veelal een (groot)moeder die zelf ook op jonge leeftijd zwanger (Koedijk et al., 2009 in Nicis Institute, 2010).
 - Jonge alleenstaande Antilliaans-Nederlandse moeders en jonge moeders hebben over het algemeen de school vroegtijdig verlaten en zijn afhankelijk van sociale voorzieningen (NiNsee (2006) in Nicis Institute, 2010).

- **Multiprobleemgezinnen**

- Tieners uit multiprobleemgezinnen.
 - Risicofactoren: een gebroken gezin, uithuisplaatsing, ouders met verslaving of psychiatrische problematiek, persoonlijkheidsproblematiek en hechtingsproblemen, schulden, huisvestingsproblemen, opvoedingsproblemen, spanningen met primaire opvoeders, en seksueel of huiselijk geweld (Rutgers, 2018; Cense & Dalmijn, 2016; (De Jong & Van der Aa, 2011 in Keinemans, 2010).
 - Conflicten, scheidingen, geweld, verslavingen en psychische problematiek van de ouders leiden tot eenzaamheid, gebrek aan hechting en een laag zelfbeeld. Dit leidt vaak tot een vroegere seksuele start dan gemiddeld. Meiden gaan dan soms een afhankelijkheidsrelatie aan met hun vriendje of komen in een ongelijkwaardige of gewelddadige relatie terecht. Hierdoor durven meisjes seks zonder condoom niet te weigeren of anticonceptie niet bespreekbaar te maken (Rutgers, 2018; Cense & Dalmijn, 2016).

Cluster 2

4. Welke preventieve interventies zijn er beschikbaar en wat weten we over het effect van deze interventies?

Voor hoogrisicogroepen¹² zijn er verschillende preventieve interventies beschikbaar. Voor een overzicht hiervan zie [bijlage 2](#). Hieronder staan de belangrijkste bevindingen beschreven per hoogrisicogroep.

- **Leerlingen van het (voortgezet) speciaal onderwijs.**
 - De interventies zijn niet altijd specifiek bedoeld voor leerlingen van het (voortgezet) speciaal onderwijs. Deze kunnen veelal ook in het reguliere onderwijs worden aangeboden.
- **Studenten van het MBO (specifiek niveau 1 en 2).**
 - De meeste interventies zijn geschikt voor mbo leerlingen in het algemeen en/of ook geschikt voor andere doelgroepen, zoals leerlingen van het vmbo.
- **Jongeren in de gesloten en open residentiële jeugdhulp.**
 - Één interventie is gericht op het risico van ongewenste zwangerschap, de overige interventies zijn breder gericht op het stellen van grenzen, het voorkomen van seksueel overschrijdend gedrag en/of het bevorderen van gezond seksueel gedrag.
- **Cliënten van de LVB sector.**
 - De interventies zijn veelal specifiek gericht op deze hoogrisicogroep.

- **Migranten, asielzoekers en statushouders.**

- Er zijn enkele interventies specifiek voor jongeren van Antilliaanse Afrikaanse afkomst en/of Turkse/Marokkaanse afkomst, evenals enkele websites en enkele brochures over anticonceptie/seksuele ontwikkeling in meerdere talen. Voor asielzoekers/statushouders informeren enkele interventies als onderdeel over seksuele en reproductieve gezondheid/seksuele en relationele vorming. Enkele interventies gaan specifiek en alleen over het thema relaties en seksualiteit.

- **Multiprobleemgezinnen.**

- Er is één interventie gevonden voor kwetsbare vrouwen met meervoudige problemen. Overigens is deze interventie ook geschikt voor andere doelgroepen, waaronder voor vrouwen met psychiatrische of verslavingsproblematiek, een verstandelijke beperking, en voor vrouwen die dakloos zijn.

- **Dak en thuislozen.**

- Er is één interventie gevonden voor kwetsbare vrouwen die dakloos zijn. Overigens is deze interventie ook geschikt voor andere doelgroepen, waaronder vrouwen met psychiatrische of verslavingsproblematiek, een verstandelijke beperking, en vrouwen die meervoudige problemen hebben.

Samengevat zijn de meeste van de preventieve interventies, met uitzondering van de interventies voor cliënten van de LVB-sector, niet in het bijzonder alleen bedoeld/ geschikt voor de desbetreffende hoogrisicogroep, maar ook geschikt voor andere groepen. Daarnaast is een deel van de interventies niet specifiek of uitsluitend gericht op de preventie van onbedoelde zwangerschap, maar bijvoorbeeld (ook) gericht op het voorkomen van seksueel overschrijdend gedrag/seksueel geweld, het versterken van weerbaarheid en/of het stimuleren van gezond seksueel gedrag.

¹² Er is gezocht naar interventies voor de hoogrisicogroepen die benoemd staan in de ZonMw-programmatekst: Onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap. Met kennis de praktijk verbeteren, namelijk: leerlingen van het (voortgezet) speciaal onderwijs; studenten van het mbo, niveau 1 en jongeren in de gesloten en open residentiële jeugdhulp; cliënten van de LVB-sector; migranten, asielzoekers en statushouders; multiprobleemgezinnen, dak- en thuislozen.

Naast preventieve interventies voor hoogrisicogroepen zijn er verschillende algemene preventieve interventies beschikbaar, waaronder voor het basis- en voortgezet onderwijs. Deze zijn meestal niet specifiek gericht zijn op hoogrisicogroepen. Veelal worden deze interventies landelijk gebruikt en zijn ze goed beschreven/onderbouwd, maar nog niet effectief gebleken. Ook zijn er verschillende preventieve interventies, trainingen en materialen voor professionals/ouders/sleutelfiguren beschikbaar. Voor een overzicht hiervan zie [bijlage 2](#).

De meeste preventieve interventies zijn nog niet effectief gebleken. Over de effecten van preventieve interventies in het algemeen, is er de volgende kennis:

Uit onderzoek is bekend dat effectieve programma's ter voorkoming van zwangerschap:

- Accurate informatie verschaffen over de risico's van seks zonder anticonceptie enerzijds en methoden om onbeschermd seks te voorkomen.
- Aandacht hebben voor de invloed van (social) media op seksueel gedrag en sterke, duidelijke en passende waarden geven om individuele en groepsnormen tegen onbeschermd seks te versterken.
- Voorbeelden geven van en oefenen met communicatie- en onderhandelingsvaardigheden.
- De waarden en normen in het programma afstemmen op de leeftijd en de persoonlijke ervaringen van de doelgroep. Dit maakt het gemakkelijker voor jongeren om kennis en vaardigheden te internaliseren.

(Bron: Kirby et al., 1994; Bongardt et al., 2009, NJI 2015. Gevonden via <https://www.jooz.nu/kennisbank/interventies-preventie-onbedoelde-zwangerschap/>).

En dat om onbedoelde zwangerschappen te voorkomen een mix aan strategieën wenselijk is van:

- Seksuele voorlichting.
- Aandacht voor kwetsbare groepen.
- Toegang tot anticonceptie.
- Goede hulp en advies bij anticonceptiekeuze.
- Inbedden in beleid.

Meer informatie hierover is te vinden via [deze link](#).

Uit onderzoek weten we dat het bij voorlichting gericht op het voorkomen van onbedoelde zwangerschap belangrijk is (Möhle, 2016):

- dat de voorlichtingsactiviteit is afgestemd op de doelgroep;
- er achter te komen welke overtuigingen de ontvanger koestert;
- dat de voorlichter de aandacht krijgt van de doelgroep door specifiek beeldmateriaal te gebruiken dat de doelgroep aanspreekt;
- dat de voorlichter over een inhoudelijke en methodische deskundigheid beschikt;
- dat de voorlichter inzicht en vaardigheid heeft op het gebied van de voorlichtingsmethodiek en strategie;
- om te weten hoe personen zich een attitude (houding) ten aanzien van bepaald gedrag vormen.

Meer informatie hierover is te vinden via [deze link](#).

5. Wat is bekend over de inzet van ervaringsdeskundigen?

- Uit eerder onderzoek naar de stand van zaken met betrekking tot jong ouderschap in Nederland (Groot et al., 2015) is gebleken dat het belangrijk is om ervaringsdeskundigen te betrekken bij het verbeteren van de preventie, hulp en opvang. Tiernermoeders geven aan dat zij behoefte hadden aan ervaringsdeskundigheid tijdens het besluitvormingsproces en enkele jonge moeders geven zelf ook aan graag hun eigen ervaringen in te willen zetten voor andere jonge moeders (Boote, 2016).
- Er is enige kennis over (het effect van) de inzet van ervaringsdeskundigen, maar niet specifiek over de inzet van ervaringsdeskundigen ter voorkoming van onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap. Tot nu toe zijn er in Nederland vooral inventariserende en beschrijvende onderzoeken uitgevoerd, waaronder meta-analyses van de literatuur of evaluatieonderzoek. Lees meer over de belangrijkste conclusies uit deze onderzoeken, verdeeld in primaire preventie door middel van voorlichting, secundaire preventie via maatjescontact en tertiaire preventie door een ervaringsdeskundig begeleider, in Boote (2016).
- Lees meer over tips van ervaringsdeskundigen zelf over de inzet van ervaringsdeskundigheid in preventie en hulp aan (onbedoeld) zwangeren en (zeer) jonge ouders in Schelling & Huzen (2016).
- Lees meer over de inzet van ervaringsdeskundigheid op de website van JOOZ.
- Voorbeeld inzet ervaringsdeskundigheid (inclusief stappenplan inzet ervaringsdeskundigen): ExpEx-project.
- [Overzicht van opleidingsmogelijkheden ervaringsdeskundigen.](#)

6. Hoe ziet bij onbedoelde zwangerschap het keuzeproces eruit (om de zwangerschap wel of niet uit te dragen) en welke factoren spelen een rol bij het maken van keuzes? Met name aandacht voor goede voorbeelden.

De Leidraad Ongewenste Zwangerschap geeft inzicht in het keuzeproces bij onbedoelde zwangerschap. Fiom heeft deze, in samenwerking met de SeksHAG van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), opgezet. In de leidraad (PDF, 2016) zijn de stappen opgenomen die een huisarts bij de begeleiding van ongewenst zwangere vrouwen moet en kan zetten en waaraan gedacht moet worden.

Over factoren die een rol spelen bij het maken van keuzes is er kennis over algemene factoren. Deze kennis gaat met name over jonge ouders. Daarnaast is er specifieke kennis over enkele hoogrisicogroepen.

Algemene factoren die rol spelen bij het maken van keuzes:

- **Steun/invloed van partner**
 - Waar op jonge leeftijd de partners een marginale rol spelen in het keuzeproces rondom de ongeplande zwangerschap, soms zelfs niet op de hoogte zijn, is hun rol op oudere leeftijd groter of zelfs bepalend (Bolt & van der Heij, 2018).
 - Weinig (tiener)meiden krijgen steun bij het maken van de keuze om de zwangerschap af te breken of te voldragen. Ze maken de keuze uiteindelijk toch vaak zelf en alleen, ook al wordt er wel van veel kanten druk op hen uitgeoefend, in beide richtingen. Slechts enkele meiden laten zich echt overhalen tot een bepaalde keuze. De vriendjes van de meiden haken vaak snel af omdat zij het niet aan kunnen (Cense & Dalmijn, 2016).

- **Steun/invloed van ouders**

- De mate van steun van ouders is erg wisselend. Ouders die in eerste instantie negatief reageren op de keuze van het (tiener)meisje, draaien soms na een tijdje weer bij (Cense & Dalmijn, 2016).
 - Bij tienermoeders hebben hun partner, en vooral hun ouders, een stem als het gaat over het houden van het kind, maar het zwangere meisje neemt zelf de uiteindelijke beslissing (Van Berlo, Wijsen en Vanwesenbeeck 2005, Baart en Keinemans 2007 in NJI, 2014).
 - De band van jonge meisjes met hun ouders is sterk emotioneel geladen. Dat kan tot grote onzekerheid bij de aanstaande moeder leiden. De reactie van haar directe omgeving bepaalt dan ook voor een groot deel haar mentale gezondheid. De zwangerschap zorgt ervoor dat de bestaande verhoudingen met de familie op losse schroeven komen te staan. De relatie met de ouders kan er door verstevigd worden, maar ook afzakken of verdwijnen (Baart en Keinemans 2007 in NJI, 2014).
 - Bij jongens hangt de reactie van hun ouders af van de vraag of de zwangerschap gewenst of ongewenst is. Bij een gewenste zwangerschap zijn de reacties overwegend positief, bij een ongewenste zwangerschap reageren ouders verschillend. Vaak is de reactie bij een ongewenste zwangerschap negatief omdat ouders bang zijn dat hun zoon zijn jeugd vergooit. In een later stadium draaien vrijwel alle ouders bij en steunen ze de vader (Van Lier 2007 in NJI, 2014).
- **Ideeën over abortus**
 - Meiden kunnen abortus geen optie vinden, omdat zij dit zien als 'moord'. Daarnaast kunnen zij de behoefte voelen de foetus te beschermen. Het negatieve oordeel over abortus in de maatschappij maakt dat de route naar een

abortus voor meiden die onverwacht zwanger zijn, minder toegankelijk is dan gewenst. De keuze om het kind te houden is voor veel meiden geen positieve keuze voor een kind, maar een gevolg van het achterwege laten van ingrijpen in de zwangerschap. Geloof speelt hierin een rol, maar de opvatting 'abortus is moord' is veel breder gangbaar dan alleen onder religieuze groepen (Cense & Dalmijn, 2016).

- **Leeftijd, draagkracht en toekomstperspectief**

- Meiden die ervoor kiezen om de zwangerschap af te breken doen dit omdat zij nog zo jong zijn, het niet aankunnen en het gevoel hebben een kind weinig te kunnen bieden (Cense & Dalmijn, 2016).

Factoren specifiek voor hoogerisicogroepen

- **Migranten, asielzoekers en vluchtelingen**

- Asielzoekers en vluchtelingen:
 - Steun/invloed van partner/netwerk/familie.
 - Het informele sociale netwerk speelt een minimale rol bij het besluitvormingsproces.
 - Indien de partner aanwezig is bij het besluitvormingsgesprek is hij een steunende factor.
 - Familie is vaak niet op de hoogte van de zwangerschap. In enkele gevallen weet alleen de moeder ervan, waarbij zij veelal sturend in plaats van steunend is.
 - Ongewenst zwangere vrouwen hebben slechts in enkele gevallen steunende contacten.
 - Steun/invloed van professionals
 - Zorg- en welzijnsprofessionals spelen als onderdeel van het formele sociale netwerk een rol bij het besluitvormingsproces.
 - Bovenstaande punten zijn afkomstig uit een onderzoek van Fiom. Lees meer over aanbevelingen voor professionals in zorg en welzijn over de begelei-

ding aan ongewenst zwangere asielzoekers en vluchtelingen via (Fiom, geen jaartal).

- Meisjes/meiden met een Surinaamse of Antilliaanse achtergrond
 - Steun/invloed van omgeving
 - De opvattingen uit de sociaal culturele omgeving zijn doorgaans afkeurend ten aanzien van tienerzwangerschap, in tegenstelling tot wat veel beschreven is in de literatuur. Dit komt sterk tot uiting op het moment dat het meisje zwanger is en de omgeving teleurgesteld en boos reageert. Soms worden meiden onder druk gezet om voor een abortus te kiezen. Soms juist om het kind te houden, als de sociale omgeving principieel tegen abortus is. Volgens professionals is jong moederschap in de Antilliaanse gemeenschap niet ongewoon dus wordt dit ook wel geaccepteerd (Cense & Dalmijn, 2016).
 - Steun/invloed van professionals
- Professionals zien bij de begeleiding vooral veel autochtone meiden. Soms ook wel Turkse, Marokkaanse en Antilliaanse meiden en in enkele gevallen ook meiden die uit conflict gebieden naar Nederland zijn gekomen (bijvoorbeeld meiden uit Somalië en Eritrea). Hier is wel verschil te zien bij de verschillende vormen van begeleiding. Over het algemeen zien de professionals weinig allochtone meiden voor een besluitvormingsgesprek. Zij hebben het idee dat Turks, Marokkaanse en Antilliaanse meiden sneller in hun eigen kring een oplossing zoeken. Meiden met een strenge religieuze achtergrond of een situatie waar familie-eer een grote rol speelt, komen eerder voor begeleiding bij een (mogelijke) abortus (Cense & Dalmijn, 2016). Turkse/Marokkaanse meiden.
 - Steun/invloed van omgeving
 - Volgens professionals kan voor Turkse en Marokkaanse meiden een dubbele norm gelden waarbij seks voor het huwelijk een schande is maar abortus wel als een oplossing wordt gezien voor een zwangerschap in een ongetrouwde situatie (Cense & Dalmijn, 2016).
 - Steun/invloed van professionals

- Professionals zien bij de begeleiding vooral veel autochtone meiden. Soms ook wel Turkse, Marokkaanse en Antilliaanse meiden en in enkele gevallen ook meiden die uit conflict gebieden naar Nederland zijn gekomen (bijvoorbeeld meiden uit Somalië en Eritrea). Hier is wel verschil te zien bij de verschillende vormen van begeleiding. Over het algemeen zien de professionals weinig allochtone meiden voor een besluitvormingsgesprek. Zij hebben het idee dat Turks, Marokkaanse en Antilliaanse meiden sneller in hun eigen kring een oplossing zoeken. Meiden met een strenge religieuze achtergrond of een situatie waar familie-eer een grote rol speelt, komen eerder voor begeleiding bij een (mogelijke) abortus (Cense & Dalmijn, 2016).

- **Laagopgeleide meiden**

- Steun/invloed van ouders
 - Hoogopgeleide meiden betrekken volgens professionals vaker hun ouders bij de keuze. Laagopgeleide meiden houden daarentegen een abortus vaker geheim voor ouders. Dit kan te maken hebben met verschillende normen die er heersen omtrent abortus (Cense & Dalmijn, 2016).
- Ideeën over abortus
 - Laagopgeleide meiden kiezen meer uit hun gevoel en hoogopgeleide meiden kiezen meer vanuit hun verstand. Als meiden een eerste echo hebben gehad en het hartje hebben horen kloppen, is het moeilijk om voor abortus te kiezen (Cense & Dalmijn, 2016).

Overige bevindingen uit onderzoek over het keuzeproces bij onbedoelde zwangerschap:

- Voor tienermoeders is er een goed landelijk aanbod keuzebegeleiding bij onbedoelde zwangerschap, waarbinnen de specifieke expertise die deze begeleiding vraagt aanwezig is (De Groot et al, 2015).
- Abortusklinieken werken volgens richtlijnen en geven keuzevoorlichting en voorlichting over anticonceptiegebruik (De Groot et al, 2015).

- Bij lokale borging van keuzebegeleiding in de nu ontstane zorgstructuur (wijkteams), is deskundigheidsbevordering van professionals van belang om te zorgen voor de benodigde specifieke expertise (De Groot et al, 2015).

Cluster 3

7. Hoe ziet de begeleiding bij kwetsbaar (jong) ouderschap er (idealiter) uit? Welke factoren zijn van belang in de begeleiding van (jonge) kwetsbare ouders naar een stabiele situatie?

In verschillende studies staat informatie over ondersteuningsthema's die van belang zijn in de begeleiding van (jonge) kwetsbare ouders.¹³ In willekeurige volgorde zijn dit:

- Huisvesting
 - Keinemans et al., 2018; Hoogenboezem & Huzen, 2015; De Groot et al, 2015; NJI, 2014; Baart en Keinemans, 2007, Van Lier, 2002 in NJI, geen jaartal.
- Financiën
 - Keinemans et al., 2018; Hoogenboezem & Huzen, 2015; De Groot et al, 2015; NJI, 2014; NJI, geen jaartal.
- Onderwijs/werk
 - Keinemans et al., 2018; Hoogenboezem & Huzen, 2015; De Groot et al, 2015; NJI, 2014).
- Opvoeding/verzorging
 - Keinemans et al., 2018; De Groot et al, 2015; NJI, 2014; NJI, geen jaartal.
- Praktische steun met informatie en advies
 - De Groot et al, 2015.

- Sociaal netwerk/familie/vrienden
 - Keinemans et al., 2018; Möhle, 2016; De Groot et al, 2015, NJI, 2014, NJI, geen jaartal.
- Emotionele steun
 - De Groot et al, 2015.
- Veiligheid
 - De Groot et al., 2015; NJI, 2014.
- Hechting
 - De Groot et al, 2015, NJI, 2014.
- Seksuele voorlichting, anticonceptiegebruik en weerbaarheid
 - De Groot et al, 2015, NJI, 2014.
- Versterken sensitieve responsiviteit
 - De Groot et al, 2015.

Lees meer over bovenstaande thema's via onderstaande links:

- [De Groot et al., 2015](#)
- [Hoogenboezem & Huzen \(2015\)](#)
- [Keinemans et al. \(2018\)](#)
- [Möhle \(2016\)](#)
- [NJI \(2014\)](#)
- [NJI \(geen jaartal\)](#)

Keinemans et al. (2018) benoemen het thema levensinrichting als belangrijk ondersteuningsthema en Pronk (2011) benoemt in deze studie van Keinemans et al (2018) verschillende taken die verbonden zijn aan het jonge moederschap als belangrijk ondersteuningsthema. Beide gaan over de vraag hoe moeders hun leven in willen en kunnen richten, en wat voor moeder zij willen en kunnen zijn. Voor meer informatie hierover, zie [Keinemans et al. \(2018\)](#).

¹³ Er zijn diverse onderzoeken over de ondersteuningsbehoefte en risicofactoren van tienermoeders. Er is echter geen meta-analyse beschikbaar waarin de samenhang en de grootte van het belang van deze factoren is getoetst (De Groot et al, 2015).

Cense & Dalmijn (2016) geven aan dat zowel de (combinatie van) praktische vragen, als de meer complexe opgaven en taken waar moeders voor staan, maken dat jonge moeders hun nieuwe leven als zwaar kunnen ervaren (Cense & Dalmijn, 2016; Keinemans, 2010 in Keinemans et al., 2018) en hulp kunnen gebruiken bij het op de rit krijgen van dat nieuwe leven. Deze ervaren zwaarte leidt soms tot aanverwante zorgbehoeften. Cense en Dalmijn (2016) beschrijven dat moeders in een aantal gevallen kampen met postnatale depressies of overspannen raken. Ook kan er onder deze doelgroep sprake zijn van eenzaamheid. Bovendien kan met name de stapeling van praktische vragen zorgen voor 'opvoedstress' bij jonge ouders (de Groot, 2015) (in Keinemans et al., 2018). Voor meer informatie hierover, zie Keinemans et al., 2018.

Moeders en vaders die jonger zijn dan twintig blijken vaker problemen op verschillende leefgebieden te hebben (De Jong en Van der Aa 2011 in NJI, 2014). Dit geldt vooral voor tienermoeders en tienervaders die uit kansarme gezinnen komen (Baart en Keinemans 2010 in NJI, 2014). Jonge moeders vanaf 20 jaar redden zich meestal goed. Ze staan vaker met de biologische vader ingeschreven op een adres en hebben een opleiding op een hoger niveau gevolgd dan de moeders onder 20 jaar (Hoogenboezem & Huzen, 2015).

Over de begeleiding bij kwetsbaar (jong) ouderschap is de volgende informatie beschikbaar:

- Zwangere tieners die kiezen om de zwangerschap uit te dragen, kunnen daarbij online, telefonisch en face to face ondersteuning krijgen. Ook kunnen zwangere tieners en tienermoeders gebruikmaken van de reguliere lokale ambulante hulp. Lees meer over de omvang en toereikendheid van het aanbod in De Groot et al., 2015.
- Doordat er voor vaders minder hulp beschikbaar is dan voor tienermoeders, is de drempel om hulp te vragen voor hen groter (Raap & Van Coblijn, 2009 in

De Groot et al, 2015; NJI, 2014). Daarnaast vergeet de hulpverlening de vaders vaak (Louwerse, 2009 in NJI, zonder jaartal). Experts zijn van mening dat het aanbod meer op mannen moet worden afgestemd zodat die zich ook welkom voelen. Maar ze zeggen ook dat vaders zich meer moeten inspannen (Louwerse, 2009). Meer aandacht voor vaders kan wenselijk zijn, niet alleen omdat zij bij de opvoeding minder naar hulpverleners luisteren dan moeders, maar ook omdat mannen meer zorgtaken verrichten als ze beter in hun vel zitten (Pardoen, 2005 in NJI, zonder jaartal). In een publicatie van Schelling & Huzen (2016) vertelt een ervaringsdeskundige over het gebrek aan aandacht voor jongens en mannen in de hulpverlening bij onbedoelde zwangerschap en waarom hij vindt dat er meer aandacht voor de jonge (toekomstige) vaders moet komen.

- De meeste steun hebben jonge ouders van hun directe netwerk. Tienermoeders die steun van hun ouders krijgen omschrijven deze als onmisbaar en bijzonder. Ze geven aan dat ze hun zwangerschap en moederschap veel zwaarder zouden vinden zonder de steun van hun omgeving (Keinemans, 2010). Dat geldt vooral voor de moeder (Keinemans 2010) en de ouders van de biologische vader, met name de schoonmoeder. Ouders helpen met allerlei problemen zoals opvang, ondersteuning, advies, oppassen en meeleven (Baart en Keinemans 2007). Keinemans (2010) toont dat goede steun uit informele netwerken, en dan vooral van de moeders, cruciaal is voor tienermoeders. Toch kan deze hulp ook te ver doorschieten. Soms bemoeien ouders zich te veel met de opvoeding en nemen ze taken over. Schoonmoeders blijken de grootste bron van spanning te zijn (De Rijck 2008). De tienerouders hebben vooral advies en mentale ondersteuning nodig. Verbondenheid en onvoorwaardelijke steun, betrokkenheid, acceptatie en nabijheid maken een ouder onmisbaar voor een jonge moeder (Baart en Keinemans 2007; Keinemans 2011 in NJI, 2014).

- Over het algemeen ervaren jonge ouders hun vrienden als ondersteunend. Vrienden accepteren een zwangerschap vaak sneller dan familie (Van Lier 2007). Toch wordt steun van de familie meer gewaardeerd dan die van vrienden, omdat de steun van familie onvoorwaardelijk is en die van vrienden niet (Baart en Keinemans 2007 in NJI, 2014).
- Social media kunnen ondersteunend zijn omdat via dit medium gemakkelijk mensen te vinden zijn die je om raad en advies kunt vragen (Keinemans et al., 2018).

Over hoe de begeleiding bij kwetsbaar (jong) ouderschap er idealiter uit ziet is de volgende informatie beschikbaar:

- Jonge ouders hebben vooral behoefte aan concrete praktische hulp (De Groot et al, 2015; Van Lier, 2002). Jongens maken zich minder zorgen over de opvoeding en meer zorgen over praktische zaken. Jonge vaders staan stil bij vragen als: ‘Wat als het kind niet wil eten of slapen?’ Ze zorgen tijdens de zwangerschap voor praktische zaken als school, werk, huisvesting en eventueel een omgangsregeling. Op die manier proberen zij bij te dragen aan de opvoeding van het kind en erbij betrokken te zijn (Van Lier, 2007 in NJI, zonder jaartal). Voor meer informatie over de betrokkenheid van vaders en de inhoud van het vaderschap, zie **Keinemans (2010)**.
- De hulpvragen die jonge moeders formuleren zijn vaak concreet en zichtbaar. De achterliggende behoeften en verlangens zijn echter niet gemakkelijk waar te nemen. Daarom moet er niet alleen aandacht zijn voor praktische thema's, maar ook voor de complexe wereld die erachter schuilgaat (Baart & Keinemans, 2007 in NJI). Vaak ligt achter de praktische vraag een achterliggende hulpbehoefte. (Zeer) jonge moeders vinden het lastig om deze achterliggende vraag te benoemen (Hoogenboezem & Huzen, 2015).

- Wanneer moeders zich met reguliere vragen op het gebied van opvoeding en verzorging tot hulpverleners wenden, dan lijkt het de belangrijkste rol van een hulpverlener dat hij (of zij) laat merken dat vragen en onzekerheden horen bij de opvoeding van kinderen. Normaliseren is, zoals sommige hulpverleners aangeven, wellicht nog wel de belangrijkste taak (Keinemans et al., 2018).
- Als de veiligheid van de kinderen in het geding is, moet er worden ingegrepen, maar ook dat is niet anders dan voor moeders die niet zo jong meer zijn. Ten aanzien van formele hulpverlening vragen moeders echter niet altijd om hulp, ook niet als het wel hard nodig is. Dat kan verschillende redenen hebben. Ze hebben door hun eigen psychische problemen of geringere verstandelijke vermogens, of door hun verslaving niet in de gaten dat ze het niet aankunnen, of zijn juist bang dat hun kind wordt afgepakt. In die gevallen moet een hulpverlenende instantie outreachend aan de slag en goed in kunnen schatten of opvoeden door de ouder nog haalbaar is en begeleiding naar ‘goed genoeg ouderschap’ zin heeft (Keinemans et al., 2018).
- Tiernermoeders willen graag dat jonge vaders bij de opvoeding betrokken zijn. Veel jongens hebben een oprechte betrokkenheid bij de opvoeding van hun kind (Van Lier 2007; Raap & Van Coblijn 2009 in NJI, 2014).

In de literatuur komt naar voren dat onderstaande groepen extra begeleiding/hulp nodig hebben bij kwetsbaar (jong) ouderschap:

- Moeders die ongepland zwanger zijn (Hoogenboezem & Huzen, 2015).
- Moeders die weinig mensen hebben om op terug te vallen (Hoogenboezem & Huzen, 2015).
- Alleenstaande minderjarige asielzoekers (AMAs) en illegale jonge moeders (Portaal Fiom 2010 in NJI, 2014).

- (Aanstaande) (tiener) moeders met een (licht) verstandelijke of lichamelijke beperking: (De Groot et al, 2015; Hoogenboezem & Huzen, 2015).
- (Aanstaande) tienermoeders met ernstige gedragsproblemen (De Groot et al, 2015).
- (Aanstaande) tienermoeders met ernstige psychische problemen (De Groot et al, 2015).

Als het gaat om factoren die van belang zijn in de begeleiding van kwetsbare (jonge) ouders is er in de literatuur kennis over de volgende (subgroepen van) hoogrisicogroepen:

- **Migranten, asielzoekers en vluchtelingen**

- Antilliaans-Nederlandse jongeren
 - Antilliaanse Nederlanders hechten grote waarde aan respect voor het (jonge) moederschap. Voor hulpverleners is het belangrijk om dat respect te tonen en een band op te bouwen. Voor jonge hulpverleners is dat soms lastiger (Fiom, 2010).
 - Ondanks dat veel jonge moeders al het een en ander hebben meegemaakt, gehard zijn door het leven en vaak wantrouwend zijn tegen instanties waar ze in het verleden mee te maken hebben gehad, is het belangrijk de kracht van deze vrouwen zo snel mogelijk te (h)erkennen. Deze kracht is de basis voor effectieve hulpverlening (Fiom, 2010).
 - Het jonge ouderschap en alleenstaand ouderschap wordt niet altijd als een probleem gezien. Focus daarom op de hulpvraag. Omdat veel Antilliaans-Nederlandse jonge moeders nog erg jong zijn en dikwijls hun schoolcarrière vroegtijdig beëindigen, missen ze vaak basale vaardigheden. De ondersteuning zou zich daarom vooral moeten richten op het vinden van de weg in de Nederlandse samenleving, zelfredzaamheid en het leren opvoeden. Een van de problemen waar jonge moeders tegenaan lopen is het vinden van huisvesting. In tegenstelling tot andere probleemgroepen hebben ze geen recht op voorrang bij sociale huurwoningen. Hierdoor belandt een deel van de Antilliaans-Nederlandse jonge moeders op straat (Fiom, 2010).

- Werken vanuit het sociale systeem. Betrek ook de vader en andere 'gezinsleden'. Families zijn in Antilliaans Nederlandse huishoudens vaak breder dan het gezin. Er bestaat veel gedeeld ouderschap en kinderen worden mede opgevoed door oma's en tantes (Fiom, 2010).

- **Eritrese vrouwen**

- De vrouwen zagen de vader van hun kind als een belangrijke steunfactor bij hun zwangerschap. Ondanks de aarzeling van veel vrouwen om de vaders in beeld te brengen bij de professionals, bleken die echter achter de schermen erg betrokken te zijn bij het kindje. Naast de vader bleken ook de (Nederlandse) contactpersonen van de vrouwen een belangrijke bron van steun te zijn. Het kon dan gaan om een buurvrouw, een maatschappelijk begeleider van VWN of een (taal)maatje. Maar zelfs deze contactpersoon kwam soms niet in aanraking met de man van wie de vrouw zwanger was geworden en met wie zij een stabiele (lat)relatie had (Jacob, 2018).

- **Cliënten van de LVB-sector**

- Meiden met een LVB
 - Professionals zien dat begeleiding in het keuzeprocess 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 (Lisdonk et al, 2016).
 - Hieronder enkele aanbevelingen gericht op preventie van ongeplande zwangerschap evenals begeleiding en hulpverlening tijdens en na tienerzwangerschap bij meiden met een licht verstandelijke beperking:
 - Aandacht voor realistisch toekomstperspectief
 - Aandacht voor seksualiteit, (timing) kinderwens en anticonceptie

- Herhaling van informatie en doorlopende aandacht
- Contact onderling
- Online kanalen en internet
- Inzet van ervaringsdeskundigen
- Lees meer over deze aanbevelingen in [Lisdonk et al. \(2016\)](#).

In de literatuur is onderstaande kennis beschikbaar over werkzame elementen/factoren in de begeleiding van jonge moeders:

- Uit internationale literatuur blijkt dat huisbezoeken, school gerelateerde programma's en opvoedingsprogramma's effectief zijn in de behandeling van jonge moeders. Lees hier meer over in [Oudhof et al. \(2013\)](#).
- Doorgaans wordt er onderscheid gemaakt tussen algemeen werkzame factoren en specifiek werkzame factoren. Algemeen werkzame factoren betreffen de ingrediënten van de hulp die tot het resultaat bijdragen ongeacht de soort behandeling en doelgroep (Van Yperen, 2003). Klik [hier](#) voor een overzicht van algemeen werkzame factoren en specifieke elementen die van belang zijn in begeleiding van jonge moeders.
- Seitz en Apfel (1999) beschrijven in Möhle (2016) de volgende werkzame ingrediënten: de doelen worden onderschreven door de cliënt (aansluiten bij motivatie cliënt); er is persoonlijke zorg en aandacht (kwaliteit relatie cliënt-behandelaar); school lijkt een goede locatie te zijn voor het bieden van hulp aan (aanstaande) jonge moeders (kwaliteit relatie cliënt-behandelaar) (Möhle, 2016). Lees meer over bovenstaande en andere werkzame elementen in [Möhle \(2016\)](#).

8. Sluiten interventies voldoende aan bij hoogerisicogroepen, worden zij bereikt en wat zijn daarbij werkzame elementen?

In de literatuur is er kennis beschikbaar over het bereik van onderstaande (subgroepen van) hoogerisicogroepen:

- **Jongeren in de open en gesloten residentiële jeugdhulp**
 - Meiden uit de gesloten jeugdzorg worden niet altijd bereikt met preventieve voorlichting. Deze doelgroep vraagt om hun eigen afgestemde benadering (De Groot et al, 2015).
- **Cliënten van de LVB-sector**
 - Meiden met een licht verstandelijke beperking (LVB) worden niet altijd bereikt met preventieve voorlichting. Deze doelgroep vraagt om hun eigen afgestemde benadering (De Groot et al, 2015).
- **Migranten, asielzoekers en vluchtelingen**
 - Nieuwkomers en vluchtelingen
 - Worden niet altijd bereikt met preventieve voorlichting. Deze doelgroep vraagt hun eigen afgestemde benadering (De Groot et al, 2015).
 - Bestaande methodes sluiten onvoldoende aan bij het (taal)niveau en de specifieke achtergrond van vluchtelingen. Zelfs als het voorlichtingsmateriaal speciaal voor migranten is ontwikkeld, is het vaak te verbaal en houdt het onvoldoende rekening met het gemiddeld lage kennisniveau over seksualiteit. Bovendien is het voor sommige jongeren te expliciet. Het ontbreekt aan een speelse manier en aan werkvormen die jongeren uitdagen om met hun eigen verhalen te komen. Daarnaast bestaat er geen of onvoldoende aandacht voor de specifieke situatie van vluchtelingenjongeren¹⁴ en andere nieuwkomers die net in Nederland zijn: opvang- en onderwijs-

¹⁴ Met de term vluchtelingenjongeren worden zowel jonge asielzoekers als jongeren met een verblijfstitel bedoeld (van Nieuwenhuijzen & Tuk, 2002).

situatie, gebrekkig sociaal netwerk, cultuurschok et cetera. Er is behoefte aan methoden met aandacht voor de sociale aspecten van relatievorming en seksualiteit: hoe maak ik contact, wat mag wel en wat niet binnen een relatie, hoe ga ik om met door cultuurverschil bepaalde tegenstrijdige boodschappen (van Nieuwenhuijzen & Tuk, 2002).

- Ondanks de vele zorgen die zij hebben over hun achtergebleven familie, asielprocedure en toekomstperspectieven, vinden veel vluchtelingenjongeren relaties en seksualiteit een belangrijk onderwerp. Ze willen er graag meer over weten en ervaringen met elkaar uitwisselen (Höppener & Visser 1999 in van Nieuwenhuijzen & Tuk, 2002). In deze interesse verschillen ze niet veel van Nederlandse leeftijdgenoten, maar wel voelen ze zich er, in Nederland aangekomen, meestal erg onzeker over. De nieuwe omgeving waarin zij wonen veronderstelt op dit terrein kennis en vaardigheden die zij meestal niet of onvoldoende van huis uit hebben meegekregen. Kennis over seksualiteit wordt in de Nederlandse samenleving noodzakelijk geacht om zelfstandig te kunnen beslissen. In bepaalde herkomstlanden van vluchtelingenjongeren en andere nieuwkomers is dergelijke kennis niet noodzakelijk, bijvoorbeeld omdat vrouwen en mannen gescheiden van elkaar leven. Als jongens en meisjes niet met elkaar in contact komen, wordt seksuele voorlichting niet belangrijk gevonden. Voorlichting vindt daarom pas vlak voor het huwelijk plaats (van Nieuwenhuijzen & Tuk, 2002).
- (Eritrese) vrouwen zagen de vader van hun kind als een belangrijke steunfactor bij hun zwangerschap. Ondanks de aarzeling van veel vrouwen om de vaders in beeld te brengen bij de professionals, bleken die echter achter de schermen erg betrokken te zijn bij het kindje. Naast de vader bleken ook de (Nederlandse) contactpersonen van de vrouwen een belangrijke bron van steun te zijn. Het kon dan gaan om een buurvrouw, een maatschappelijk begeleider van VWN of een (taal)maatje. Maar zelfs deze contactpersoon kwam soms niet in aanraking met de man van wie de vrouw zwanger was geworden en met wie zij een stabiele (lat)relatie had (Jacob, 2018).
- Antilliaans-Nederlandse jongeren
 - Meiden met een Surinaamse of Antililaanse achtergrond worden niet altijd bereikt met preventieve voorlichting. Deze doelgroep vraagt hun eigen afgestemde benadering (De Groot et al, 2015).
 - De Antilliaans-Nederlandse doelgroep, en de jongeren in het bijzonder, zijn zelden te bereiken via schriftelijk voorlichtingsmateriaal (Nicis Institute, 2010).
 - Professionals in instellingen hebben niet altijd de specifieke vaardigheden die nodig zijn om de problematiek van de Antilliaans-Nederlandse doelgroep adequaat aan te pakken (Nicis Institute, 2010).
 - Scholen kunnen goede samenwerkingspartners zijn in het bereiken van de doelgroep en het bespreekbaar maken van onderwerpen. Echter blijkt het geven van klassikale voorlichting vaak lastig, omdat docenten zich bezwaard kunnen voelen of de juiste vaardigheden missen om jongeren te bereiken (Nicis Institute, 2010).
 - Niet zelden hebben jonge ouders in het verleden als veelvuldig contact gehad met verschillende hulpverleningsinstanties en daarbinnen met verschillende hulpverleners. Vaak met weinig resultaat. Daardoor kan de houding naar hulpverleners argwanend zijn (Nicis Institute, 2010).
 - Lees meer over het bereik van de Antilliaans-Nederlandse doelgroep via deze [link](#).
- Marokkanen, Turken en streng christelijken:
 - Vooral bij Afrikanen, Chinezen, Marokkanen, Turken en streng christelijken kan seks voor het huwelijk, en zeker ongehuwd moederschap, gevoelig liggen. Verondersteld wordt dat jongeren uit deze groepen minder vaak gebruikmaken van de beschikbare hulp (in NJI, 2014). Welke drempels er voor deze groepen liggen is niet onderzocht. Wel wordt verondersteld dat zij minder vaak gebruikmaken van de beschikbare hulp. Het normaliseren van tienermoederschap is daarom van belang (Van Lier, 2002 in NJI, geen jaartal).

Er is informatie beschikbaar over werkzame elementen in het bereiken van onderstaande hoogrisicogroepen:

- **Cliënten van de LVB-sector**

- Meiden met een LVB:
 - Aanbevelingen voor specifieke thema's in seksuele voorlichting voor deze groep (Lisdonk et al., 2016).
 - Lichaamsbeleving, hoe werkt het lichaam en hoe is een zwangerschap te herkennen.
 - Bij bespreking van kinderwens ook aandacht voor benodigde ouder-schapscompetenties, randvoorwaarden voor ouderschap, timing en mogelijk uitstel van de kinderwens.
 - Relationale 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.
 - Aanbevelingen voor de wijze van voorlichting en tools (Lisdonk et al., 2016)
 - Naast voorlichting rond het 14/15e jaar, is herhaling op 16/17-jarige leeftijd nuttig, waarbij de boodschappen dienen aan te sluiten bij de ontwikkelings-fase 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 praktijkon-derwijs/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.
 - Lees via deze [link](#) ook over aandachtspunten voor reguliere professio-nals, huisartsen en praktijkondersteuners, psychosociale hulpverlening, lokaal beleid en kennisuitwisseling.

- **Migranten, asielzoekers en vluchtelingen**

- Vluchtelingenjongeren
 - Willen vluchtelingenjongeren hetzelfde kennisniveau bereiken als Neder-landse jongeren, dan zullen zij op seksueel gebied intensief voorgelicht moeten worden. Over de wijze waarop dit het best kan gebeuren, is in Nederland nog nauwelijks getoetste kennis voorhanden. De groep is zeer heterogeen: leeftijd, religie, opleiding, leefsituatie, culturele achtergrond en kennis van de Nederlandse taal verschillen. Bestaande voorlichtings-methoden, ook die voor allochtone jongeren die lang in Nederland wonen, zijn volgens docenten en begeleiders voor deze jongeren beperkt of niet bruikbaar. De meest genoemde handicap is het taalprobleem. Maar zelfs als seksuele voorlichting met tolken in de eigen taal gegeven wordt, kan ze haar doel voorbij schieten omdat jongeren er om verschillende redenen nog niet aan toe kunnen zijn:
 - De cultuurschok en/of psychische problemen die veel jongeren in de beginperiode ervaren kunnen belemmerend werken op voorlichting. De jongere heeft immers wel iets anders aan het hoofd;
 - De jongere kan zich nog te jong voelen. Net als bij Nederlandse jongeren kan het moment waarop jongeren interesse krijgen in seksualiteit, erg verschillen;
 - De jongere kan er vanwege zijn religieuze opvattingen van overtuigd zijn dat hij de aangeboden informatie niet nodig heeft (van Nieuwenhuijzen & Tuk, 2002).

- Dat pleit ervoor om seksuele voorlichting op meerdere momenten te geven; ook Nederlandse jongeren krijgen de voorlichting gedurende een lange tijds-spanne aangereikt. De invloed van taal- en cultuurhindernissen blijft ook als jongeren langer in Nederland wonen groot. Om deze invloed te verkleinen moet naar vormen van voorlichting gezocht worden die minder verbaal zijn en de deelnemers de mogelijkheid van cultuuruitwisseling bieden (van Nieuwenhuijzen & Tuk, 2002).
- Antilliaans-Nederlandse jongeren
 - De aanpak zou zich moeten richten op enerzijds het voorkomen van ongewenste zwangerschappen door vroegtijdige voorlichting en anderzijds het creëren van een stabiele leefsituatie voor jonge ouders (Nicis Institute, 2010).
 - De inzet van succesvolle jonge vrouwen uit de Antilliaans-Nederlandse gemeenschap die andere keuzes hebben gemaakt dan het jonge moederschap, kan een preventieve werking hebben (Nicis Institute, 2010).
 - Zowel generieke als specifieke benaderingen zijn nodig (Nicis Institute, 2010).
 - Zowel in de ontwikkeling van interventies als de uitvoering ervan kunnen zelforganisaties grote meerwaarde hebben (Nicis Institute, 2010).
 - Voor een effectieve aanpak is het cruciaal dat alle direct betrokken partijen rond Antilliaans-Nederlandse jonge moeders op lokaal niveau overleggen (Nicis Institute, 2010).
 - Één centraal informatie- en aanmeldpunt waar Antilliaans-Nederlandse meisjes en jonge vrouwen die zwanger zijn of reeds een kind hebben terecht kunnen voor al hun vragen, behoeften en problemen is wenselijk.
 - Een goede manier van integraal werken is de inzet van een case-manager of gezinscoach (Nicis Institute, 2010).
 - Naast betere seksuele voorlichting is een goede informatievoorziening omtrent psychologische en sociale hulp aan jonge moeders en Antilliaans-Nederlandse meisjes en jonge vrouwen in het algemeen belangrijk. Nog altijd bestaat een taboe op het zoeken van (psychische) ondersteuning binnen de Antilliaanse gemeenschap. Ook krijgen veel jongeren van hun ouders of omgeving onjuiste of gebrekkige informatie over de mogelijkheden voor hulp in Nederland (Nicis Institute, 2010).
- Voor het bereiken van de doelgroep kan het goed zijn aansluiting te zoeken bij activiteiten, evenementen of kanalen die zich richten op Antilliaans-Nederlandse jongeren of allochtone groepen in het algemeen, of bij wijkgerichte programma's. Mondelinge voorlichting kan ook effectief zijn (Nicis Institute, 2010).
- Bij Antilliaanse en Surinaamse doelgroepen wordt vaak gebruik gemaakt van groepsvoorlichting door middel van gesprekken, zoals huiskamerbijeenkomsten, praatgroepen en kringgesprekken op scholen. Participatie van de doelgroep is daarbij erg belangrijk, Antilliaans-Nederlandse jongeren moeten het verhaal zelf vertellen en onderling bepraten. Een deskundige die even komt vertellen hoe het moet, wordt niet gehoord. Daarnaast is het belangrijk om een groepsvoorlichting geen eenmalige bijeenkomst te laten zijn. Bij herhaalde bijeenkomsten in kleine kring ontstaat vertrouwen en openheid (Nicis Institute, 2010).
- Grote groepen dienen vermeden te worden en indien de kwestie gevoelig is kunnen mannen en vrouwen het best gescheiden discussiëren (Nicis Institute, 2010).
- Een goede manier om onderwerpen als relaties, seks en ouderschap bespreekbaar te maken en op speelse wijze informatie te geven, is ze te verwerken in theater of muziek (Nicis Institute, 2010).
- Voor onderwijsprofessionals kan aanvullende training of het inschakelen van externe professionals helpen. Interactief werken in kleine, specifieke groepen in plaats van in een grote klas geniet de voorkeur. Dit schakelt een deel van de groepsdruk uit en stelt jongeren in staat meer open te zijn (Nicis Institute, 2010).
- Deskundigen met dezelfde culturele achtergrond kunnen effectiever en sneller de doelgroep bereiken dan deskundigen die deze culturele bagage niet hebben, maar de inzet van een professional met een Antilliaans-Nederlandse achtergrond is geen randvoorwaarde voor het effectief hulpverleners aan deze doelgroep. Voor alle hulpverleners geldt dat zij zich bewust moeten zijn van de cultuurspecifieke kenmerken die in deze groep een sterke rol spelen. Zo doen instellingen die veel met Antilliaans-Nederlandse meiden te maken hebben er goed aan minimaal één hulpverlener met wortels in de gemeenschap aan te trekken. Vooral bij het zetten van een stap over de drempel kan dit helpen (Nicis Institute, 2010).

- Voor het slagen van de hulpverlening is het belangrijk dat de hulpverlener actief aan een band bouwt en 'respect verdient' voor zijn of haar professionaliteit. Tegelijkertijd moet de hulpverlening laagdrempelig zijn. Zeker bij de doelgroep Antilliaans-Nederlands jonge moeders is het belangrijk dat professionals meer 'outreaching werken' (en niet van achter hun bureau) en zelf jonge ouders benaderen (Nicis Institute, 2010).
- Als we het aantal tienerzwangerschappen structureel willen terugdringen en de leefsituatie van jonge Antilliaans Nederlandse ouders willen verbeteren, is het belangrijk dat traditionele rolpatronen tussen de seksen ter discussie komen te staan (Nicis Institute, 2010).
- Het bespreekbaar maken van seksualiteit op jonge leeftijd heeft meer effect als er een link wordt gemaakt met de opvoedingsstructuur. Door niet alleen de school het werk te laten doen, maar ook de ouder en zelfs tantes bij de voorlichting te betrekken komt de informatie beter over. Maar als er grote problemen zijn in het gezin waarin Antilliaans Nederlandse meiden opgroeien, kan dit juist belemmerend werken (Nicis Institute, 2010).
- Werk samen met organisaties die specifieke kennis van de doelgroep hebben (Nicis Institute, 2010).
- Lees via deze [link](#) meer over bovenstaande werkzame elementen.
- Eritrese vrouwen
 - Belemmeringen die Eritrese vrouwen en professionals in de geboortezorg ervaren.
 - Vragen stellen
 - Taalproblemen
 - Gezondheidsvaardigheden
 - Verwachtingen in de geboortezorg
 - Verloskundige en huisarts
 - Kraamtijd
 - Behoeftte aan ondersteuning
 - Aanbevelingen voor zorgverleners
 - Bied seksuele voorlichting die verder gaat dan informatie over (anti) conceptie en het voorkomen van soa's. Besteed bij jonge Eritrese vrouwen ook aandacht aan het beleven van veilige en prettige seksuele ervaringen en relaties, met de nadruk op het vergroten van hun weerbaarheid (Jacob, 2018).
 - Bied gemakkelijk te begrijpen voorlichting aan over vgv en de gevolgen ervan, over de reproductieve gezondheid en over de opvoeding (Jacob, 2018).
 - Probeer vaders beter in beeld te krijgen door te investeren in een vertrouwensband en goed uit te leggen aan de moeders waarom informatie over de vader belangrijk is. Probeer Nederlandse contactpersonen ook beter in beeld te krijgen, zodat zij empowered en eventueel ondersteund kunnen worden (Jacob, 2018).
 - Zet indien nodig een professionele tolk in bij de communicatie en leg goed uit hoe de geheimhoudingsplicht werkt en waarom er soms veel vragen worden gesteld (Jacob, 2018).
 - Vergroot de eigen deskundigheid, bijvoorbeeld op het gebied van vgv, cultuursensitief werken, interculturele communicatie en sociaal-culturele achtergrond (Jacob, 2018).
 - Bied aanvullende ondersteuning aan zwangere vrouwen en jonge moeders, bijvoorbeeld met behulp van interventies als Stevig Ouderschap en VoorZorg (Jacob, 2018).
 - Heb aandacht voor het psychisch welzijn van vrouwen die ongepland zwanger zijn geworden (Jacob, 2018).
 - Lees meer over bovenstaande via [deze link](#).
- **Meisjes/vrouwen die eerder een abortus hebben ondergaan.**
 - Bolt & van der Heij (2018) benoemen de volgende aandachtspunten bij het opstellen van verbeterpunten ter preventie van herhaalde ongewenste zwangerschappen:
 - Aanvullend op de voorlichting in de abortuskliniek of het ziekenhuis persoonlijke anticonceptiebegeleiding na een eerste abortus op meerdere momenten of levensfasen, bijvoorbeeld door een huisarts.
 - Zwaartepunt leggen bij vrouwen die relatief jong (onder de 20 jaar) kiezen voor een abortus.

- Na een abortus dient naast kennisoverdracht over anticonceptie, ook aandacht te zijn voor bewustwording en zelfreflectie.
- Bij anticonceptiecounseling na een abortus door medisch personeel in het ziekenhuis, in de abortuskliniek of door een huisarts, is het aan te raden om aandacht te hebben voor de persoonlijke beleving van anticonceptie en de worsteling met anticonceptie die vrouwen kunnen ervaren.
- Toegang tot psychosociale begeleiding na een abortus beschikbaar en laagdrempelig maken, bijvoorbeeld door middel van de online hulp bij abortusverwerking.

Samenvattend wijzen de resultaten van het onderzoek van Bolt & van der Heij (2018) erop dat psychosociale begeleiding na een abortus zou kunnen bijdragen aan de preventie van een herhaalde ongewenste zwangerschap. Het is volgens hen aan te bevelen dat bewustwording en zelfreflectie een belangrijke rol spelen in deze begeleiding, zoals de bewustwording van wat het persoonlijk betekent om een ongewenste zwangerschap mee te maken en de afstemming van anticonceptiemethoden op de behoeften en beleving van de vrouwen in meerdere fases in hun leven (Bolt & van der Heij, 2018). Lees hier meer over via [deze link](#).

9. Wie zijn er in een regio betrokken bij de preventie en aanpak van onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap en welke uitdagingen ervaren zij in deze samenwerking?

In de literatuur is onderstaande informatie beschikbaar over wie er in een regio betrokken zijn bij de preventie en aanpak van onbedoelde zwangerschap.¹⁵

Voorlichting seksuele gezondheid

- **Het onderwijs**

- Het onderwijs heeft een belangrijke taak in de voorlichting over seksuele gezondheid en seksuele diversiteit. Het betreft de kerndoelen 38 en 41 voor het basisonderwijs, de kerndoelen 53 en 57 voor het speciaal onderwijs en kerndoel 34 en 43 voor de onderbouw van het voortgezet onderwijs (Bijsterveldt-Vliegthart, 2011). Schoolbesturen zijn verplicht om de kerndoelen aan te bieden, maar zij zijn vrij in de invulling ervan. Toezicht van de Onderwijsinspectie op deze kerndoelen is risico gestuurd. Dit betekent dat aanvullende inspectie pas aan de orde is, als er signalen zijn dat een school niet aan de kerndoelen voldoet. Tot nu toe is dat niet voorgekomen (De Groot et al, 2015).

Voorlichting aan (onbedoeld) zwangere tieners

- **Instanties die keuzevoorlichting en keuzebegeleiding aanbieden.**

- Tieners die zwanger raken, staan voor de keuze om de zwangerschap uit te dragen of af te breken. De mogelijkheden tot het afbreken van de zwanger-

¹⁵ De meeste informatie is afkomstig uit een publicatie waarvoor de inventarisatie is uitgevoerd in de tweede helft van 2014. Sinds 1 januari 2015 kan er veel veranderd zijn door de decentralisaties van de jeugdzorg en de AWBZ.

schap hangen samen met het wettelijk kader en de behandelingen. Bij het maken van deze keuze kunnen tieners gebruik maken van voorlichting en begeleiding (De Groot et al, 2015).

- Er worden in het werkveld verschillende definities gehanteerd voor de keuzevoorlichting en keuzebegeleiding die aan onbedoeld zwangere tieners wordt gegeven bij het maken van een weloverwogen besluit over het uitdragen of het afbreken van de zwangerschap, of het afstaan ter adoptie. In deze inventarisatie hanteren we de volgende omschrijvingen:
 - Keuzevoorlichting: bewuste en doelgerichte communicatie waardoor de tiener informatie kan verkrijgen, verwerken en toepassen over de keuzemogelijkheden bij een onbedoelde zwangerschap. Vormen van voorlichting zijn: informeren, adviseren en aanraden (Stalenhoef, 2009).
 - Keuzebegeleiding: een proces, met als doel het vermogen te vergroten van de vrouw om haar situatie te overzien en te beoordelen, opties te evalueren en op basis van informatie een beslissing te nemen. Uitgangspunt is dat de hulpverlener niet de eigen opvatting over het bestaan van een noodsituatie opdringt aan de vrouw maar bereid is samen met haar te zoeken naar een voor haar passende oplossing. Keuzebegeleiding onderscheidt zich van keuzevoorlichting, doordat de begeleiding bestaat uit ambulant uitgevoerde gesprekken (en mogelijk andere activiteiten) die plaatsvinden dicht bij de sociale omgeving van de cliënt, en wordt uitgevoerd door één hulpverlener die werkt volgens de multidisciplinaire richtlijn “Begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen” (Koekkoek, 2011 in de Groot et al, 2015).
- Zwangerschapsafbreking is in Nederland geregeld bij de Wet afbreking zwangerschap (Wafz, 1984) waarin voorschriften zijn opgenomen die ten doel hebben de kwaliteit van de medische behandeling en een zorgvuldige besluitvorming te waarborgen. Een ziekenhuis of abortuskliniek moet over een vergunning beschikken om zwangerschappen te mogen afbreken (De Groot et al, 2015).

- Er zijn verschillende soorten behandelingen: morning-aftermethoden, overtijdbehandeling, eerste trimester zwangerschapsafbreking, tweede trimester zwangerschapsafbreking. Lees hier meer over in [De Groot et al. \(2015\)](#).
- Er geldt een bedenktijd van vijf dagen voor vrouwen die hun zwangerschap willen afbreken. Een zwangerschap mag niet eerder worden afgebroken dan op de zesde dag nadat de vrouw een arts heeft bezocht en daarbij haar voorstellen met hem heeft besproken. De bedenktijd geldt niet voor de overtijdbehandeling (Wafz, 1984 in De Groot et al, 2015).
- **Abortusklinieken en ziekenhuizen**
 - Vrouwen/meisjes kunnen met hun abortusverzoek rechtstreeks naar de kliniek of het ziekenhuis gaan, of zich laten verwijzen. Lees hier meer over in [De Groot et al. \(2015\)](#).

Ambulante hulp aan (aanstaande) tiener-/jonge moeders

Tienermoeders kunnen gebruikmaken van het reguliere aanbod van organisaties die hulp en begeleiding bieden: Jeugdgezondheidszorg, CJG (niet in alle gemeenten aanwezig) en Jeugdzorg. Deze organisaties hebben geen specifieke gerichtheid op tienermoeders, met enkele lokale uitzonderingen (de Groot et al, 2015).

Per gemeente verschilt hoe het aanbod rondom jonge moeders is vormgegeven. Denk bijvoorbeeld aan de omvang van het aanbod (De Groot et al., 2015) en aan wel of geen specifiek aanbod (De Groot et al, 2015; Keinemans et al., 2018). Kleinere gemeenten brengen de preventieactiviteiten op dit thema vaker onder in bestaande beleidsprogramma's, zoals 'Opvoedingsondersteuning', 'Kwetsbare jeugd' en 'Publieke gezondheid'. De opvang en begeleiding van tienerouders valt binnen de gemeenten onder het prestatieveld 'Maatschappelijke opvang of maatschappelijke ondersteuning' (Rutgers, 2018).

Keinemans et al. (2018) benoemen een aantal leemtes in het zorgaanbod voor jonge moeders:

- Wachtlijsten voor/gebrek aan huisvesting, en meer specifiek, het gebrek aan begeleide woonvormen.
- Wachtlijsten voor psychische ondersteuning.
- Een gebrek aan geld om zorg te bekostigen.
- Traagheid en bureaucratie in het organiseren van zorg
- De toegang tot zorg in een andere dan eigen gemeente wordt bemoeilijkt door verschillende factoren.
- Zelfredzame moeder en jonge vaders, met lichtere of enkelvoudige vragen, vallen soms sneller tussen wal en schip dan specifieke en complexe doelgroepen.
- (Te) sterke nadruk op zelfredzaamheid en kostenbeperking heeft positieve, maar ook negatieve gevolgen.
- Lees hier meer over in [Keinemans et al. \(2018\)](#).

Als het gaat om uitdagingen voor bovenstaande partijen is volgens Keinemans et al. (2018) angst en wantrouwen bij jonge moeders een uitdaging voor het reguliere aanbod van organisaties die hulp en begeleiding bieden. Moeders hebben een sterke bewijsdrang en angst dat hun kind onder toezicht wordt geplaatst (zie ook Keinemans, 2010). Bovendien hebben ze soms negatieve ervaringen met hulpverlening, waardoor de drempel hoog is om gebruik te maken van zorg. Projecten die speciaal op deze doelgroep gericht zijn, lijken beter in staat om met dit wantrouwen om te gaan dan algemene voorzieningen. Zij investeren vooral in de relaties met jonge moeders, en proberen 'laagdrempelig' en 'outreaching' te werken. Ook projecten die niet direct op opvoeding zijn gericht vinden gemakkelijker een ingang bij de moeders (Keinemans et al., 2018).

In verschillende studies is informatie beschikbaar over uitdagingen voor gemeenten in het ondersteunen van jonge ouders:

Rutgers (2018) beschrijft dat er vaak veel zorg en ondersteuning nodig is bij jong ouderschap. Dit resulteert volgens hen in de volgende lasten voor gemeenten:

- Druk op hulpaanbod en dienstverlening.
- Druk op gemeentelijke financiële middelen.
- Minder participatie en productiviteit.
- Probleemverschuiving naar volgende generatie (herhaling op langere termijn).

JOOZ omschrijft voor gemeenten de volgende uitdagingen als het gaat om beleid rondom (kwetsbaar) jong ouderschap:

- Voldoende en betaalbare huisvesting. Al dan niet met ondersteuning voor gezinnen van jonge ouders.
- Toereikende financiën, aansluiten van financiële regelingen en goede schuldhulp.
- Ontschotten van beleid.
- (Ervaringsdeskundigheid) in wijkteams.
- Voldoende preventie gericht op groepen met een verhoogd risico op onbedoelde zwangerschap.
- Door aan deze uitdagingen te werken, vergroten gemeente de zelfstandigheid van kwetsbare jonge ouders. Als dat integraal gebeurt, dan kan dat de gemeente flinke kostenbesparingen opleveren.

- Deze **handreiking** voor gemeenten geeft praktische handvatten rondom deze uitdagingen. Er worden oplossingsrichtingen gegeven en verschillende goede praktijkvoorbeelden beschreven. Ervaringsdeskundigen, Taskforce JOOZ, professionals, uitvoeringsorganisaties en gemeenten hebben zich ingezet voor deze handreiking.

In studies van Keinemans et al. (2018) en De Groot et al. (2015) worden de volgende uitdagingen genoemd:

- Het vinden en organiseren van zorg en praktische voorzieningen is erg complex en vergt veel regelwerk. Voor de moeders is het zorgaanbod onoverzichtelijk en ontoegankelijk, met name voor groepen zoals nieuwe arbeidsmigranten of meiden met een licht verstandelijke beperking (Keinemans et al., 2018). Of tienermoeders het hulpaanbod goed kunnen vinden, verschilt per gemeente (De Groot et al., 2015).
- (Ambulante) hulpverleners, die werken in wijk-/buurtteams, kunnen jonge moeders niet altijd op hun rechten en plichten ten aanzien van financiële regelingen wijzen en hen daardoor niet altijd afdoende ondersteunen bij het zoeken en aanvragen daarvan (Keinemans et al., 2018).
- Ook voor gemeenten en instellingen zelf is het landelijke en lokale hulpaanbod niet altijd duidelijk (De Groot et al., 2015).
- In diverse gemeenten verloopt de samenwerking met wijk-/buurtteams niet vlekkeloos, met name omdat deze teams in een aantal regio's een belangrijke rol hebben gekregen in indicatiestellingen voor zorg, daarmee een belangrijke poortwachter zijn tot het zorgaanbod en die toegang soms verhinderen. Redenen voor het afwijzen van een zorgvraag door poortwachters zijn te vinden via deze **link**.

- Veel van bovenstaande informatie gaat over jonge moeders (tot en met 23 jaar). Hieraan ligt de veronderstelling ten grondslag dat deze groep specifieke zorgvragen heeft, die afwijken van de zorgvragen van oudere moeders. Keinemans et al. (2018) vonden aanwijzingen voor en tegen deze veronderstelling. Lees hier meer over via deze **link**.

Keinemans et al. (2018) doen verschillende aanbevelingen als het gaat om samenwerking ten aanzien van drempels tot het zorgaanbod en knelpunten in de aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod van jonge moeders:

- Stimuleer interregionale samenwerking.
- Verlaag drempels tot zorg en regelingen.
- Overvraag het informele netwerk niet en biedt een relationeel zorgaanbod
- Voorzie in materiële en praktische basisbehoeften ten aanzien van huisvesting, financiën en scholing.
- Lees hier meer over via deze **link**.

Tot slot zijn er verschillende goede voorbeelden van samenwerking rond onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap:

- In achterstandswijken worden relatief meer baby's te vroeg of met een te laag gewicht geboren. De gezondheidsproblemen in achterstandswijken worden veroorzaakt door geldzorgen, ongezonde voeding en rookverslaving, en blijken al voor de geboorte hun sporen na te laten. In Den Haag schrok men vooral van de significant hoge babysterfte ten opzichte van andere grote steden. Sinds 2012 heeft de gemeente de babysterfte omlaag weten te brengen door intensieve samenwerking tussen de GGD, huisartsen, verloskundigen, gynaecologen en consultatiebureaus. Voorlichting over anticonceptie maakt onderdeel uit van de aanpak. Daarvoor zoekt de GGD bijvoorbeeld ouders op in de Schil-

derswijk. Terwijl de kinderen in de gymzaal taekwondo krijgen, krijgen de moeders in de kleedkamer voorlichting over anticonceptie, met de anticonceptiekoffer van Rutgers. Het merendeel is buiten Nederland geboren. Sommigen gebruiken nooit anticonceptie, anderen hebben er zelfs nog nooit van gehoord. Ook doktersassistenten zijn actief in de Haagse Schilderswijk. Enkele keren per jaar organiseren zij voorlichtingsbijeenkomsten over anticonceptie voor jonge migranten. Vaak worden dan misvattingen en mispercepties wegnomen, worden er persoonlijke vragen gesteld en ervaringen uitgewisseld (Rutgers, 2018).

- Regionale Consortia Zwangerschap en geboorte. Een regionaal consortium is een samenwerkingsverband tussen ketenpartners in de geboortezorg in een bepaalde regio van Nederland. Betrokken zijn partijen uit de praktijk, het onderwijs, onderzoek en beleid. Leden zijn onder andere verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen, kraamzorgorganisaties, hogescholen, universiteit, ROSSen, GGD, gemeenten, bureau's Jeugdzorg en centra voor jeugd en gezin. Binnen de consortia staat samenwerking en kennisontwikkeling centraal. Vanuit een regionaal consortium kan ook verbinding met het sociaal domein worden gemaakt. Ga naar het [overzicht van alle regionale consortia](#).
- Zorgpad tienermoeders Groningen. Voor de Gemeente Groningen zijn zorgpaden opgesteld voor de zorg rond kwetsbare zwangeren, waaronder tienermoeders. De zorgpaden zijn opgesteld als aanvulling op de Handreiking Kwetsbare zwangeren, die door het consortium Zwangerschap en geboorte Noord-Nederland in samenwerking met diverse zorgverleners uit Noord-Nederland is ontwikkeld. Bekijk de [zorgpaden voor kwetsbare zwangeren](#).
- Sociale kaart tienerzwangerschappen en jong ouderschap. Het Fries Netwerk Tienermoeders heeft een sociale kaart ontwikkeld voor de zorg voor (zeer)

jonge zwangeren. Hierin komt het zorg- en hulpaanbod van onder andere de kraamzorg, verloskundigen en het sociaal domein samen. Samenwerking komt op verschillende manieren tot uiting. Zo streven alle kraamzorgorganisaties er naar dat er speciaal bij jonge ouders één en dezelfde kraamverzorgende de gehele kraamperiode aanwezig is. Kraamzus organiseert samen met de verloskundigen Dochter en Zoon en met verloskundigen Bonnehûs elke 3 maanden inloopochtenden en middagen voor jonge zwangeren. Welzijn Centraal, het ontmoetingscentrum en de JGZ zijn hier bij betrokken. Bekijk de [sociale kaart tienerzwangerschappen en jong ouderschap](#).

- Kansrijke Start Zuid-Limburg. In de regio Zuid-Limburg hebben de 16 gemeenten de handen ineengeslagen om een meerjarig antwoord te formuleren op de achterstanden in gezondheid en participatie. Meer informatie over deze aanpak is [hier](#) te vinden.

Samenvatting interventies, praktijkvoorbeelden en materialen rond onbedoelde/ongewenste/ong geplande zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap¹⁶

Deze bijlage is een overzicht van interventies, praktijkvoorbeelden en materialen rond onbedoelde, ongewenste en ongeplande zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap. Het eerste deel is een overzicht van interventies rond de preventie van onbedoelde, ongewenste en ongeplande zwangerschap. Het tweede deel is een overzicht van interventies rond kwetsbaar (jong) ouderschap. Beide stukken zijn opgedeeld in 1) interventies, praktijkvoorbeelden en materialen specifiek voor hoogrisicogroepen, 2) interventies, praktijkvoorbeelden en materialen niet specifiek voor hoogrisicogroepen¹⁷ en 3) interventies, praktijkvoorbeelden en materialen voor professionals en ouders. Bij interventies die zijn opgenomen in databanken is weergegeven in welke databanken deze zijn opgenomen¹⁸. Bij de praktijkvoorbeelden en materialen geven we aan waar deze te vinden zijn of waar hierover meer informatie te vinden is.

Specifiek voor hoogrisicogroepen¹⁹

Interventies (opgenomen in databank(en))²⁰

Leerlingen van het (voortgezet) speciaal onderwijs

- Wat doe jij? ... Wensen en grenzen in de liefde (Loketgezondleven)

Studenten van het mbo, niveau 1 en 2²¹

- Les(s) & More (Loketgezondleven)
- Lang leve de liefde (mbo) (Loketgezondleven)
- Wat doe jij? ... Wensen en grenzen in de liefde (Loketgezondleven)
- Begrijp me goed (Loketgezondleven, NJI)
- Test je leefstijl (Loketgezondleven, Gezonde school)
- Peereducatieprogramma Love & Sens(e)uality (Loketgezondleven, Gezonde school)

Jongeren in de gesloten en open residentiële jeugdhulp

- Make a move! (Loketgezondleven, NJI, Gezonde school, aanbod Rutgers)
- Een solide basis voor de toekomst (NJI, erkenning inmiddels verlopen)
- EVA-Zahir (Movisie)
- Asja (NJI)
- Merel van Groningen project (Movisie)

¹⁶ Een deel van de interventies is niet specifiek of uitsluitend gericht op de preventie van onbedoelde zwangerschap. Deze interventies richten zich meer op mogelijke risicofactoren voor een onbedoelde zwangerschap, zoals seksueel overschrijdend gedrag/seksueel geweld, weerbaarheid en/of gezond seksueel gedrag. Hier is in dit overzicht geen onderscheid in gemaakt.

¹⁷ Voor deze interventies, praktijkvoorbeelden en materialen is omwille van de focus van deze studie (hoogrisicogroepen) geen overzicht gemaakt van de doelgroep waarop deze interventies, praktijkvoorbeelden en materialen zich richten.

¹⁸ De QuickScan vond plaats in maart 2019. Dit kan betekenen dat interventies inmiddels niet meer in de desbetreffende databanken staan of dat er interventies bij zijn gekomen die niet in dit overzicht zijn opgenomen.

¹⁹ Het gaat hier om de hoogrisicogroepen zoals benoemd in de ZonMw-programmatekst: *Onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap. Met kennis de praktijk verbeteren*, namelijk: leerlingen van het (voortgezet) speciaal onderwijs; studenten van het mbo, niveau 1 en 2; jongeren in de gesloten sector en open residentiële jeugdhulp; cliënten van de lvb-sector; migranten, asielzoekers en statushouders; multiprobleemgezinnen, dak- en thuislozen. Als een hoogrisicogroep niet genoemd staat, zijn er geen interventies voor gevonden.

²⁰ Er is gezocht in de volgende databanken: Loketgezondleven, NJI, Gezonde school, NCJ, Movisie, Vilans.

²¹ Geschikt voor, maar in de meeste gevallen niet exclusief bedoeld voor niveau 1 en 2.

Cliënten van de LVB-sector

- Vriendschap, verkering, vrijen en kinderwens (Loketgezondleven, Movisie, Vilans)
- Girls Talk + (Loketgezondleven, NJI, Vilans)
- Je lijf, je Lief! (Loketgezondleven, NJI, Movisie)
- Samen misbruik de baas (Movisie, Vilans)

Migranten, asielzoekers en statushouders

- Loveensex.nl (Loketgezondleven, NJI)
- Cursus vrouw en gezondheid (Loketgezondleven)

Interventies en praktijkvoorbeelden (niet opgenomen in databank(en))

Leerlingen van het (voortgezet) speciaal onderwijs

- Lespakket Jongens. Een mannen-onder-elkaar lespakket voor het v(s)o (Kenniskbank school en veiligheid)
- Lesprogramma 'Groeien en leven' (aanbod Siriz)
- Lesprogramma 'Seks, liefde en dan...' (aanbod Siriz)
- Super Woman (aanbod Youth for Christ)
- Lang leve de liefde (vso) (aanbod Rutgers)

Studenten van het mbo, niveau 1 en 2

- Lang leve de liefde (mbo entree niveau 1) (aanbod Rutgers)
- Lesprogramma 'Voor je kiezen' (aanbod Siriz)
- Interactieve theaterworkshop: Grenzen; omgaan met seksuele intimidatie (Kenniskbank school en veiligheid)
- Workshops Sexmatters (Kenniskbank school en veiligheid)
- Gastlessen Onbedoeld zwanger, wat nu? (aanbod Fiom)
- Voorlichting Nietofwelzwanger door verloskundigen (aanbod KNOV)

Jongeren in de gesloten en open residentiele jeugdhulp

- Super Woman (aanbod Youth for Christ)

Cliënten van de LVB-sector

- Verliefd en zo... (Kenniskbank school en veiligheid)
- Nu niet Zwanger (aanbod Rutgers)
- Make a move +! (Kennisplein gehandicaptensector)
- Toolkit Kinderwens en ouderschap bij mensen met een verstandelijke beperking (Kennisplein gehandicaptensector, aanbod Rutgers)
- Oefenpop en babyroute (MEE Tilburg)

Migranten, asielzoekers en statushouders

- Be A Man! Liefde, relaties en seks: wat is OK? (Kenniskbank school en veiligheid)
- Welkom op school -docentenboek, Mentormethode voor nieuwkomers, ook over seksualiteit (Kenniskbank school en veiligheid, aanbod Rutgers, aanbod Pharos)
- Wijzer in de liefde, handleiding voor seksuele voorlichting aan nieuwkomers (aanbod Rutgers en Pharos)
- Bijvoorbeeld de liefde. Forumtheater bij voorlichting en educatie aan vluchtelingenjongeren (aanbod Pharos)

Multiprobleemgezinnen

- Nu niet Zwanger (aanbod Rutgers)

Dak- en thuislozen

- Nu niet Zwanger (aanbod Rutgers)

Materialen

- Studenten van het mbo, niveau 1 en 2
- Begrijp me goed?! USB-stick (aanbod Rutgers)
- Spel: Rond je seksualiteit (aanbod Rutgers)
- Spel: Love is all around (aanbod Rutgers)

Cliënten van de LVB-sector

- Toolkit ‘Kinderen, waar kies ik voor’ (aanbod ASV, Kennisplein gehandicap-tensector)
- Bordspel Boys R Us (aanbod Rutgers)
- Bordspel Girl’s Talk (aanbod Rutgers)

Migranten, asielzoekers en statushouders

- Website: Liefde, seks en islam, online voorlichting aan jongeren van Marok-kaanse afkomst (Loketgezondleven)
- Film: Just Like U. Surinaamse, Antilliaanse en Afrikaanse jongeren vertellen over seksualiteit (Kennisbank school en veiligheid, aanbod Rutgers)
- Brochure: Seksuele ontwikkeling van kinderen 0-18 (Arabisch) (aanbod Rutgers)
- Brochure: Seksuele ontwikkeling van kinderen 0-18 (Turks) (aanbod Rutgers)
- Brochures over anticonceptie in meerdere talen: Arabisch, Armeens, Chinees, Dari, Engels, Farsi, Frans, Russisch, Somalisch & Tygrinia (aanbod Rutgers)
- Website: Zanzu.nl (aanbod Rutgers)
- Promokaartje Zanzu.nl (aanbod Rutgers)
- Website: <http://www.geentaboes.marokko.nl> (aanbod Rutgers)
- Website: [Geentaboes.hababam.nl](http://www.geentaboes.hababam.nl) (aanbod Rutgers)
- Website: [Lovensex.kitatin.com](http://www.lovensex.kitatin.com) (aanbod Rutgers)

Voor professionals/ouders:

Interventies (opgenomen in databank(en))

Leerlingen van het (voortgezet) speciaal onderwijs

- Training Seksuele vorming in het (v)so (aanbod Rutgers)

Migranten, asielzoekers en statushouders

- Soa’s, seksualiteit en islam; sensitiviteitstraining voor moslim sleutelfiguren (Loketgezondleven)

Jongeren in de gesloten en open residentiele jeugdhulp

- Veilig Vrijen en Seksualiteit voor het Jeugdwelzijnswerk (Loketgezondleven: niet meer beschikbaar)
- Veiligheid in de residentiele jeugdzorg (Movisie)

Interventies en praktijkvoorbeelden (niet opgenomen in databank(en))

Studenten van het mbo, niveau 1 en 2

- E-learning | Girls’ Talk Special: Anticonceptie en kindervens (aanbod Rutgers, Gezonde school)

Jongeren in de gesloten en open residentiele jeugdhulp

- Voorlichtingspakket Veilig Vrijen & Seks (aanbod SOA Aids Nederland)
- E-learning | Girls’ Talk Special: Anticonceptie en kindervens (aanbod Rutgers, Gezonde school)

Cliënten van de LVB-sector

- Girls Talk + (eendaagse training) (aanbod Rutgers)
- Meeting Exclusief voor Girls’ Talk (+) & Make a Move (+) Counselors (aanbod Rutgers)

- Bespreekbaar maken van seksualiteit bij mensen met een verstandelijke beperking (aanbod Rutgers)
- Bijscholing Keuzehulp voor vrouwen met een LVB (aanbod Fiom)

Materialen

Studenten van het mbo, niveau 1 en 2

- Folder: Voorkomen zwangerschap en schooluitval op het mbo (aanbod Fiom)

Jongeren in de gesloten en open residentiële jeugdhulp

- Handleiding Individuele counseling kinderwens en anticonceptie voor kwetsbare jongeren (aanbod Rutgers)

Cliënten van de LVB-sector

- Informatie: Seksuele opvoeding van kinderen met een beperking 0-18 jaar (aanbod Rutgers)
- Digitale koffer: Praten over kinderwens bij jongeren met een verstandelijke beperking (aanbod ASVZ)
- Richtlijn Kinderwens en ouderschap van mensen met een verstandelijke beperking (Kennisplein Gehandicaptensector):
- Advies gezondheidsraad anticonceptie bij verstandelijke handicap (Kennisplein Gehandicaptensector)
- E-learning Kijk op kinderwens (Kennisplein Gehandicaptensector):
- Boek: 'Ze zeggen dat we het niet kunnen'. Over kinderwens en verstandelijke beperking (Kennisplein Gehandicaptensector)

Migranten, asielzoekers en statushouders

- Boekje: Zwijgen is zonde (aanbod Rutgers)
- Boekje: Jongeren, seks en islam. Verkenning onder jeugd van Turks/Marokkaanse afkomst (Kennisbank school en veiligheid, Soa Aids Nederland)

Niet specifiek voor hoogrisicogroepen

Interventies (opgenomen in databank(en))

- Girls Talk (Loketgezondleven, NJI, NCJ, Movisie, Gezonde School)
- Bordspel SeCZ TaLK; praten over relaties en seks voor jongeren met een chronische aandoening of beperking (Loketgezondleven, NJI, Vilans, aanbod Rutgers).
- 'Pas op de grens' (Movisie)
- Julia (Loketgezondleven, NJI, Movisie).
- Romeo (Loketgezondleven, NJI, Movisie).
- Pretty Woman (via literatuurscan)
- Girl's choice. Wensen en grenzen in intimiteit (Loketgezondleven, NJI, Gezonde school, aanbod Rutgers)
- Boys R Us (Loketgezondleven, NJI, Kennisbank school en veiligheid, aanbod Rutgers)
- 'Ik ben van mij' (Movisie)
- Kriebels in je buik (Loketgezondleven, NJI, NCJ, aanbod Rutgers, Gezonde School)
- Leskatern Relaties & Seksualiteit (NCJ, NJI, aanbod Rutgers)
- Veiligwijs (Kennisbank school en veiligheid, Loketgezondleven)
- Lang leve de liefde (bovenbouw) (Loketgezondleven, NJI)
- Lang leve de liefde. Jij en de Media (Loketgezondleven)
- Lesbrieff Seksuele Diversiteit (Loketgezondleven, aanbod Rutgers)
- Liefde is...voor meisjes (Loketgezondleven, NJI, Gezonde School)
- Lang leve de liefde onderbouw (Loketgezondleven, NJI, Gezonde School)
- Levensvaardigheden (Loketgezondleven, NJI)

- Benzies & Batchies - Ik hou van mij (Loketgezondleven, Kennisbank school en veiligheid)
- Can you fix it? (seksuele weerbaarheid) (Loketgezondleven, NJI, NCJ, Movisie, Gezonde School)
- Verhalen voor onder je kussen (Loketgezondleven, aanbod Rutgers)
- Spel Oké?! (Kennisbank school en veiligheid, Movisie)
- Kijk! Mijn leven (Loketgezondleven, Gezonde school)
- Stay in Love (Movisie, Loketgezondleven)
- Beloved (Loketgezondleven)
- Living Loving (Loketgezondleven)

Interventies en praktijkvoorbeelden (niet opgenomen in databank(en))

- Landelijke campagne: Week van de Lentekriebels (Kennisbank school en veiligheid, aanbod Rutgers)
- Tienerwijs (Kennisbank school en veiligheid)
- Wonderlijk gemaakt. Christelijke methode voor seksuele vorming in het basis-onderwijs (Kennisbank school en veiligheid)
- Lang leve de Liefde - Jij en de Media (vmbo) leerlingmagazine (aanbod Rutgers)
- Respect (Kennisbank school en veiligheid)
- Stimuleringscampagne: Week van de liefde (aanbod Rutgers, Kennisbank school en veiligheid)
- Online... weet wat je doet! E-lespakket (Kennisbank school en veiligheid)
- Lovegames 16+, over seksualiteit, relaties en weerbaarheid (Kennisbank school en veiligheid)
- Lesprogramma 'Kind blijven of kind krijgen' (aanbod Siriz)
- Maatwerklessen (aanbod Siriz)

- Lang leve de Liefde - Jij en de Media (vmbo) handleiding + online beeldmateriaal (aanbod Rutgers)
- Toolkit L.O.V.E. Online. Special bij Lang Leve de Liefde voor het vmbo (Kennisbank school en veiligheid, aanbod Soa Aids Nederland)
- Toolbox Jong Vader (aanbod centrum 1622)
- Toolbox Jong Moeder (aanbod centrum 1622, in ontwikkeling)
- Abortus buddies (aanbod De Bovengrondse)
- Lang leve de liefde (bovenbouw praktijkonderwijs en VMBO) (aanbod Soa Aids Nederland)

Materialen

- Brochure: Seksualiteitsbeleid of struisvogelpolitiek? (aanbod Rutgers)
- Puberkwartet (aanbod Rutgers)
- Boek: Ik vind jou lief (aanbod Rutgers)
- Brochure: Boyz (aanbod Rutgers)
- Brochure: Pubergids: Wat je wilt weten over de puberteit (2018) (aanbod Rutgers)
- Boek: Het Puberboek (aanbod Rutgers)
- Boek: Ben jij ook op mij? (aanbod Rutgers)
- Website <https://anticonceptievoorjou.nl/>
- Folder: De morning-after pil na onveilige seks. Folder over noodanticonceptie (aanbod Rutgers)
- Uitvouwfolder anticonceptie voor jou (aanbod Rutgers)
- Folder: Net bevallen, welke anticonceptie past bij je? (aanbod Rutgers)
- Magazine: You are Totally Sexy Minimagazine voor jongeren (aanbod Rutgers)
- Mobiele app voor anticonceptiecounseling (WHO).

Voor professionals/ouders

Interventies (opgenomen in databank(en))

- Opgroeien met liefde. Handleiding voor het begeleiden van ouders bij de seksuele opvoeding (Loketgezondleven, NJI, aanbod Rutgers)
- Vlaggensysteem (Loketgezondleven, NJI, NCJ, Movisie)
- Juf, doet u ook aan seks? (Loketgezondleven, NJI, aanbod Rutgers)
- Let's talk (Kennisbank school en veiligheid, NJI (erkenning inmiddels verlopen), aanbod Rutgers)

Interventies en praktijkvoorbeelden (niet opgenomen in databank(en))

- Lesprogramma 'Onbedoeld zwanger in de beroepspraktijk' (aanbod Siriz)
- Lesprogramma 'Met je kind in gesprek over seks' (aanbod Siriz)
- Lesprogramma 'Pre-pubers en seksualiteit' (aanbod Siriz)
- Girls Talk (eendaagse en tweedaagse training) (aanbod Rutgers)
- Make a move – een of tweedaagse training (aanbod Rutgers)
- Kriebels op school (aanbod Rutgers, NJI, Kennisbank school en veiligheid, Gezonde School)
- Training LEFgozers (aanbod Rutgers)
- Incompany training relationele en seksuele vorming basisonderwijs (aanbod Rutgers)
- Training Lentekriebels in het basisonderwijs (aanbod Rutgers)
- Training Opgroeien met liefde (aanbod Rutgers)
- Klachten over seksueel gedrag. Training voor vertrouwenspersonen (Kennisbank school en veiligheid)

- Begrijp me goed!?! Over misverstanden tussen jongeren bij flirten, daten en verkering (dvd en handreiking) (Kennisbank school en veiligheid)
- Handleiding Individuele counseling kinderwens en anticonceptie voor kwetsbare jongeren (aanbod Rutgers)
- Training ongewenste zwangerschap voor verloskundigen (aanbod Fiom)
- Training ongewenste zwangerschap voor abortusartsen (aanbod Fiom)
- Bijscholing keuzehulp voor vrouwen met een LVB (aanbod Siriz, voor Siriz verpleegkundigen)
- Training en workshop ongewenste zwangerschap (aanbod Fiom)

Materialen

- Praktijkverhaal: Werken aan seksuele integriteit bij leerlingen, hoe doe je dat? (Kennisbank school en veiligheid)
- Informatie: Ronselpraktijken rond scholen (Kennisbank school en veiligheid)
- Folder: 'Preventiemateriaal mensenhandel/loverboyproblematiek' (Kennisbank school en veiligheid)
- Informatie: Seksuele integriteit in de Week Tegen Pesten 2018 (Kennisbank school en veiligheid)
- Praatposter: Waar begin je? Poster met handreiking. Praatposter voor lerarenteams (Kennisbank school en veiligheid)
- Praktische adviezen en verdere verdiepende informatie over seksuele integriteit in het onderwijs (Kennisbank school en veiligheid)
- Publicatie: seks op school. Werken aan seksuele integriteit in het onderwijs (Kennisbank school en veiligheid)
- Praktische adviezen en verdere verdiepende informatie over seksuele diversiteit in het onderwijs (Kennisbank school en veiligheid)

- Boekje: Waar begin je? Gesprekken met leerlingen en leraren over respect voor seksuele diversiteit op school (Kenniskbank school en veiligheid)
- Handleiding 'Je hebt makkelijk praten' (Kenniskbank school en veiligheid)
- Informatie over seksueel misbruik en ontucht (Kenniskbank school en veiligheid)
- Informatie over Grooming (Kenniskbank school en veiligheid)
- Informatie over Sexting en shame-sexting (Kenniskbank school en veiligheid)
- Informatie over seksueel gedrag van leerlingen in het primair onderwijs (Kenniskbank school en veiligheid)
- Handleiding: Over seks gesproken (aanbod Rutgers)
- Brochure, handleiding, koffer en promokaartjes 'Anticonceptie voor jou' Rutgers (aanbod Rutgers)
- Spel: Gedragen Gedrag (Kenniskbank school en veiligheid)
- Spel: Gedragen gedrag (po) (Kenniskbank school en veiligheid)
- Boek: Seksuele ontwikkeling. Methodiek voor pedagogische begeleiding in de kinderopvang en in het basisonderwijs (Kenniskbank school en veiligheid)
- Brochure: Samen betrappt op het toilet (Kenniskbank school en veiligheid)
- Brochure: Jongens en seks (aanbod Rutgers)
- Brochure (voor ouders): Seksuele ontwikkeling van kinderen 0-6 jaar (aanbod Rutgers)
- Brochure (voor ouders) Seksuele ontwikkeling van kinderen 6-9 jaar (aanbod Rutgers)
- Brochure: Puber in huis! Seksuele opvoeding van kinderen 9-15 jaar (aanbod Rutgers)
- Boek: Kleine mensen, grote gevoelens (aanbod Rutgers)
- Website: opvoeden.nl
- Checklist loverboyproblematiek voor gemeenten (NJI)
- Workshop sexting en grooming. Sexting: experimenteer- of probleemgedrag? (aanbod Rutgers)
- Training Ongewenste Zwangerschap voor Verloskundigen (aanbod Fiom)
- Training Ongewenste Zwangerschap voor Abortusartsen (aanbod Fiom)
- E-learning anticonceptie en kindervens voor doktersassistenten en verpleegkundigen (aanbod Rutgers)

Interventies, praktijkvoorbeelden en materialen kwetsbaar (jong) ouderschap

Specifiek voor hoogrisicogroepen²²

Interventies (opgenomen in databank(en)²³)

Jongeren in de gesloten en open residentiële jeugdhulp

- Tijd voor Toontje (NJI, Movisie)
- Oranjestraal-aanpak (Movisie)

Cliënten van de LVB-sector

- HouVast, stut en steun voor gezinnen van ouders met een LVB (NJI)

Migranten, asielzoekers en statushouders

- Coach je kind (Loketgezondleven, NJI)
- Mind-spring: opvoedingsondersteuning (Loketgezondleven)

Multiprobleemgezinnen

- ReSet (NJI, NCJ)
- Gezin Centraal (NJI)
- Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (IAG) (NJI)
- Bemoeizorg in de Jeugdgezondheidszorg (Loketgezondleven, NJI, NCJ)
- Families First (NJI, Movisie)

Interventies en praktijkvoorbeelden (niet opgenomen in databank(en))

Cliënten van de LVB-sector

- VIPP-SD voor moeders met een verstandelijke beperking (Kennisplein gehandicaptensector)
- Geboortezorg Eigenwijs: gespecialiseerd in de begeleiding van de groep 'kwetsbare' zwangeren en ouders. De kraamverzorgenden hebben meer kennis en expertise van de doelgroepen (zeer) jonge ouders, mensen met een licht verstandelijke beperking of een psychiatrische ondersteuningsvraag (JOOZ)
- Oefenpop en babyroute (MEE Tilburg)

Materialen

Migranten, asielzoekers en statushouders

- Voorlichtingsfilmmpjes over hoe je baby veilig slaapt (aanbod Pharos)

Cliënten van de LVB-sector

- Folders over vriendschap, liefde, kindwens en ouderschap voor mensen met een verstandelijke beperking (Kennisplein gehandicaptensector)
- Praktijkverhaal over Helena, moeder met een verstandelijke beperking (Kennisplein gehandicaptensector)

²² Het gaat hier om de hoogrisicogroepen zoals benoemd in de ZonMw-programmatekst: *Onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap. Met kennis de praktijk verbeteren*, namelijk: leerlingen van het (voortgezet) speciaal onderwijs; studenten van het mbo, niveau 1 en 2; jongeren in de gesloten sector en open residentiële jeugdhulp; cliënten van de lvb-sector; migranten, asielzoekers en statushouders; multiprobleemgezinnen, dak- en thuislozen. Als een hoogrisicogroep niet genoemd staat, zijn er geen interventies voor gevonden.

²³ Loketgezondleven, NJI, Gezonde school, NCJ, Movisie, Vilans.

Voor professionals/ouders:

Interventies (opgenomen in databank(en))

Migranten, asielzoekers en statushouders

- Vluchtelingenkind in de klas (Loketgezondleven)

Materialen

Cliënten van de LVB-sector

- Goed genoeg opvoederschap – ouders met een LVB handreiking voor ondersteuning van ouders met een verstandelijke Beperking (Kennislein Gehandicaptensector).
- Handreiking NVAVG. Kinderwens en anticonceptie bij verstandelijke beperking (aanbod NVAVG).
- Boekje over hechting en basisveiligheid (Kennislein Gehandicaptensector)
- Informatie over de ondersteuning van ouders met een LVB (Kennislein gehandicaptensector)
- Richtlijn Kinderwens en ouderschap van mensen met een verstandelijke beperking (Kennislein Gehandicaptensector)
- Tips om als hulpverlener de ondersteuningsbereidheid van ouders met een verstandelijke beperking te stimuleren (Kennislein Gehandicaptensector)
- Succes- en risicofactoren voor ouders met een verstandelijke beperking (factoren in gezin, factoren in beleid en factoren in hulpverlening en netwerk). Deze omstandigheden kunnen bepalen of deze ouders in staat zijn om hun kinderen op te voeden (Kennislein Gehandicaptensector)
- Goed genoeg ouderschap: 'Eindrapport Samenspel van factoren (rapport over hoe goed mensen met een verstandelijke beperking ouder kunnen zijn (Kennislein Gehandicaptensector)

- Rapport kinderen van ouders met een verstandelijke beperking (Kennislein Gehandicaptensector)
- Artikel over de discussie over ouderschap door mensen met een verstandelijke beperking in Nederland (Kennislein Gehandicaptensector):
- Link naar informatie uit het proefschrift van Marieke Meppelder, waarin naar voren komt dat een goede relatie met een hulpverlener cruciaal is bij ouders met een licht verstandelijke beperking (Kennislein Gehandicaptensector)
- Website: www.sien.nl

Niet specifiek voor hoogrisicogroepen

Interventies (opgenomen in databank(en))

- Ouder-baby interventie (Loketgezondleven, NJI)
- KopOpOuders: online cursus voor opvoedondersteuning van ouders met psychische en/of verslavingsproblemen (Loketgezondleven, NJI)
- MIM (moeders informeren moeders) (Loketgezondleven, NJI)
- Stevig ouderschap (Loketgezondleven, NJI, NCJ)
- VoorZorg (Loketgezondleven, NJI, NCJ, Movisie)
- Een kindje krijgen (Loketgezondleven, NJI)
- MeMoSa (Movisie)
- Zwanger, bevallen, een kind (Loketgezondleven, NJI, NCJ)
- CenteringPregnancy (Loketgezondleven, NCJ)
- SamenStarten (Loketgezondleven, NJI, NCJ)
- Negen maanden niet (Loketgezondleven, NJI)
- Roken? Niet Waar De Kleine Bij Is! (Loketgezondleven, NJI, NCJ)
- Gordon-training: Effectief communiceren met kinderen (Loketgezondleven,

- Ouderkracht (Loketgezondleven, NJI, NCJ)
- Shantala Babymassage Individueel (Loketgezondleven, NCJ, NJI)
- Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD) (NJI, NCJ)
- Pleegouder – pleegkind interventie (NJI, NCJ)
- Kortdurende Video-Hometraining (K-VHT) in gezinnen met jonge kinderen (NJI, NCJ)
- Opvoeden & Zo (Loketgezondleven, NJI, NCJ)
- Home-Start (NJI)
- Video-hometraining (VHT) in gezinnen met kinderen in de basisschoolleeftijd (NJI, NCJ)
- Spel aan huis (Loketgezondleven, NJI)
- Incredible Years (basis) (NJI)
- Signs of Safety (NJI, NCJ, Movisie)
- Caring dads (Movisie)
- Multifocus (Movisie)
- KopOpOuders: online cursus voor opvoedondersteuning van ouders met psychische en/of verslavingsproblemen (Loketgezondleven, NJI)
- MBT Child in mind (aanbod Sterk Huis)

Interventies en praktijkvoorbeelden (niet opgenomen in databank(en))

- VoorZorg-Verder (aanbod NCJ, in ontwikkeling)
- MeeleefGezin (Stichting MeeleefGezin)
- Het begint bij mij (Stichting HetBegintBijMij)
- Opvoedparty (Lunamare)
- Moederbabygroep in Utrecht Overvecht (aanbod Pharos)
- Moeders van Rotterdam (Bureau Frontlijn)
- Droommoeders (aanbod Trajekt)
- Veilige Start (regio Zuid-Oost Brabant)
- Stevige start (gemeente Rotterdam)
- Het KINGS (Kind IN Gezond Systeem)- programma (Accare)
- Empowerment course voor jonge (kwetsbare) ouders (geen link)
- Intensieve gezinstraumabehandeling (geen link)
- Maatschappelijke businesscase Huisvesting zeer jonge ouders (JOOZ)
- Mijn baby en ik (GGZ Rivierduinen)
- Ervaringsdeskundigen pleiten voor een app waarin de juiste en gewenste informatie over ongeplande zwangerschap gemakkelijk en overzichtelijk terug te vinden is en voor online communities op Facebook en Whatsapp voor en door (toekomstige) jonge vaders en moeders die met onbedoelde zwangerschap te maken krijgen (Schelling & Huzen, 2016).

Materialen

- Website: tiernermoeders.nl
- Tool: website: www.zwangerwatnu.nl
- Folder Zwanger wat nu? Informatie over besluitvorming en verwerking (aanbod Fiom, ook beschikbaar in het Engels).
- Interviewbundel 'Niet gepland, toch gewenst' (Stichting me & society)

Voor professionals/ouders

Interventies (opgenomen in databank(en))

- GIZ-methodiek (Loketgezondleven, NJI, NCJ)
- Safe You Safe Me (SYSM) (Loketgezondleven, NJI)

Interventies en praktijkvoorbeelden (niet opgenomen in databank(en))

- Training werken met jong ouderschap (JOOZ)
- Training gehechtheid en sensitiviteit (JOOZ)

Materialen

- Leidraad Ongewenste Zwangerschap (aanbod Fiom)
- Praktische informatie voor aanstaande jonge ouders en opa's en oma's (aanbod Fiom)
- Richtlijn Preventie schooluitval (aanbod Fiom)

Bijlage 3

Deelnemende organisaties expertbijeenkomst 'Onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap' op vrijdag 14 juni 2019

- AEF
- AllthatChas Research Consultant
- Amsterdam UMC, locatie AMC
- CPZ
- FIOM
- Kenniscentrum LVB
- KNOV
- NGvA
- NJI
- RIVM (Gezonde School)
- Rutgers
- Siriz
- Sterk Huis
- Timon
- TNO
- Van Ditzhuijzen Research
- VNG
- VWS
- Verwey-Jonker Instituut
- ZonMw

Onderstaande partijen waren uitgenodigd voor de expertbijeenkomst, maar konden niet aanwezig zijn.

- Ervaringsdeskundigen
- Jeugdzorg Nederland
- NHG
- Nivel
- Onderzoekster met expertise migranten, asielzoekers
- Pharos
- Project HP4All van het Erasmus MC
- Project Nu Niet Zwanger
- POP poli
- Zorgverzekeraar CZ

- GGD GHOR
- JOOZ
- Lectorenplatform kwetsbare (aanstaande) gezinnen met jonge kinderen.
- Regionale consortia Zwangerschap en geboorte.

De laatstgenoemde vier partijen is de mogelijkheid geboden om te reageren op de voorbereidende stukken en/of bronnenlijst, omdat zij al nauw betrokken waren bij en/of bezig waren met een vergelijkbaar traject.

Beschrijving bronnen literatuurlijst

- Bolt, S. & Heij, A. van der (2018). Herhaalde abortus. Een kwalitatief onderzoek onder vrouwen die meerdere keren een abortus hebben gehad en psychosociale klachten ervaren: <https://fiom.nl/sites/default/files/onderzoeksverslag-herhaalde-abortus.pdf>.

De ideeën die deze vrouwen hebben over een abortus en over de preventie van ongewenste zwangerschappen zijn bestudeerd door de persoonlijke verhalen van vijf vrouwen te analyseren. Daarnaast zijn de intakeformulieren geanalyseerd van 70 vrouwen die ervaringen hebben met 2 of meer abortussen die zich hebben aangemeld bij de online module Abortusverwerking van Fiom.

- Boote, M. (2016). Ervaringsdeskundigheid op weg naar een effectieve inzet: <https://www.expex.nl/wp-content/uploads/2016/08/2105DEINZETVANERVARINGSDESKUNDIGHEID-opwegnaareffectiviteit.pdf>.

Verkennde inventarisatie naar de effectiviteit van het inzetten van ervaringsdeskundigen. Overzicht van de belangrijkste conclusies uit recent en voornamelijk Nederlands onderzoek hiernaar. Het document geeft een omschrijving van de veelgebruikte begrippen ervaring, ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid. Daarnaast wordt er terug gekeken in de tijd, hoe ervaringsdeskundigheid zich in verschillende sectoren heeft ontwikkeld en welke rol effectiviteit hierin gespeeld heeft, en naar onderzoek naar het effect van ervaringsdeskundigheid in voorlichting, maatjescontact en hulpverlening. Op basis hiervan worden aanbevelingen gedaan voor organisaties die projecten willen opzetten en onderbouwen voor en met ervaringsdeskundigen.

- Cense, M. & Dalmijn, E. (2016). In één klap volwassen. Over tienerzwangerschap. Utrecht: Rutgers: <https://fiom.nl/sites/default/files/in-een-klap-volwassen-cense-en-dalmijn-2016.pdf>.

In dit kwalitatieve onderzoek gaat het om het perspectief van meiden zelf. Om hen uit te nodigen hun levensverhaal met te delen, zijn face-to-face diepte interviews van één tot twee uur gehouden met 46 meiden die voor hun 20ste ongepland zwanger raakten en nu niet ouder dan 26 jaar zijn. Een selectiecriteria was dat meiden de zwangerschap niet meer dan 5 à 6 jaar geleden hadden meegemaakt zodat zij hier nog gemakkelijk op kunnen terugblikken. Het gaat om zowel meiden die de zwangerschap hebben uitgedragen als meiden die de zwangerschap hebben laten afbreken.

De interviews boden inzicht in wat er aan de zwangerschap vooraf ging, hoe ze de zwangerschap beleefden, de keuze maakten voor afbreken of uitdragen van de zwangerschap en hoe hun leven na het afbreken of uitdragen van de zwangerschap verder ging. Specifiek doel van dit onderzoek was om scenario's in kaart te brengen, 'routes' die voorafgaan aan tienerzwangerschap, om hier met preventie beter op aan te kunnen sluiten. Hiertoe zijn de meiden gevraagd hun levensloop te tekenen. Deze narratieve techniek, de 'levenslijn' (lifeline), is een hulpmiddel om inzicht te krijgen in de relationele en seksuele levensloop van de meiden en andere relevante gebeurtenissen in hun leven. De levenslijn helpt de respondent om zich gebeurtenissen uit het verleden te herinneren en helpt de interviewer om de informatie te ordenen in de tijd en zicht te krijgen op het hele verhaal van de respondent (Berney & Blane, 1997). Daarnaast levert dit onderzoek nieuwe inzichten over de belemmeringen en ondersteuning die meiden ervaren bij verwerking van een abortus of het herinrichten van hun leven als jonge moeder.

In de onderzoeksgroep van 46 meiden zaten 15 meiden die (ook) een abortus hadden meegemaakt. De groep was etnisch divers. Vanwege de hogere tienerzwangerschaps-cijfers onder Surinaamse en Antilliaanse meiden, is specifieke aandacht besteed in

de vertegenwoordiging van deze groep in dit onderzoek om te kunnen nagaan of in hun levensverhalen andere factoren en scenario's een rol spelen. Twaalf van de 46 meiden waren van Surinaamse of Antilliaanse afkomst, vijf meiden hadden een andere niet-westerse etnische afkomst. De werving van meiden uit verschillende etnisch/culturele groepen heeft wel opgeleverd dat er meer informatie is over de Surinaamse en Antilliaanse groep, maar in de onderzoeksgroep zaten geen meiden van Turkse of Marokkaanse achtergrond.

Daarnaast zijn semi-gestructureerde interviews gehouden met professionals die tienermeiden die zwanger zijn begeleiden bij het maken van een keuze en het vervolgtraject van het uitdragen of afbreken van de zwangerschap om meer inzicht te krijgen in de sociale normen van familie en leeftijdsgenoten waar de meiden mee te maken krijgen en ter check van de gevonden scenario's.

- Dalmijn, E.W. en Lisdonk, J. van (2017). Tienerzwangerschap bij meiden met een lichte verstandelijke beperking. Opgevraagd op 26 maart 2019 via <https://link.springer.com/article/10.1007/s12452-016-0091-5>.

De resultaten zijn gebaseerd op face-to-face diepte interviews met 18 meiden met een lvb (met IQ tussen 50-85) die voor hun 20e jaar zwanger zijn geweest. Het ging om 13 meiden met een Nederlandse achtergrond, 1 met een Surinaamse achtergrond, 1 met een Antilliaanse achtergrond, 1 met een Arubaanse achtergrond, 1 met een Irakese achtergrond en 1 met een Marokkaanse achtergrond. Twee van hen hebben ervaring met een miskraam, en twee anderen hebben ervaring met een abortus (een van hen heeft ook ervaring met een buitenbaarmoederlijke zwangerschap). Een inclusiecriteria 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.

Binnen de groep mensen met een lvb is er veel variatie in emotionele, cognitieve en sociale vaardigheden en capaciteiten. 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.

Om niet alleen op individueel niveau te kijken, maar ook naar de bredere omgeving, werden tevens 17 professionals werkzaam in de preventie van zwangerschap en/of in de begeleiding aan zwangere meiden met een lvb geïnterviewd. Deze semi-gestructureerde 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.

- Fiom (zonder jaartal). Ongewenste zwangerschap bij asielzoekers en vluchtelingen. Opgevraagd op 26 maart 2019 via: <https://fiom.nl/kenniscollectie/ongewenste-zwangerschap/onderzoeken/ongewenste-zwangerschap-asielzoekers-en>.

Het doel van dit onderzoek is inzicht geven in de wijze waarop het formele en informele sociale netwerk van asielzoekers en vluchtelingen een rol spelen bij het besluitvormingsproces bij een ongewenste zwangerschap. De resultaten zijn gebaseerd op 13 interviews met zorg- en welzijnsprofessionals. Deze professionals zijn allen betrokken bij de hulpverlening aan ongewenst zwangere vrouwen en zijn werkzaam bij organisaties zoals Fiom, verloskundigenpraktijken, het Gezondheidscentrum Asielzoekers (GCA), ziekenhuizen en instellingen gericht op huisvesting.

- Fiom (2016). Factsheet Ongewenste zwangerschappen 2016: <https://fiom.nl/sites/default/files/fiom-factheet-ongewenste-zwangerschap-2016.pdf>.

Factsheet op basis van verschillende bronnen: Jaarrapportage 2016 van de Wet afbreking zwangerschap Inspectie Gezondheidszorg & Jeugd, 2018; Landelijke Afstand Ter Adoptie Registratie (LATAR) 2015-2017. Fiom, 2018; Seks onder je 25e/Leefstijlmonitor: Rutgers/Soa Aids Nederland i.s.m. RIVM, 2017; Seksuele Gezondheid in Nederland/Leefstijlmonitor: Rutgers i.s.m. RIVM, 2017; StatLine. CBS, 2017.

- Gesel, S. & Dijk, L. van (2010). Jonge vaders. Een kwalitatief onderzoek naar de achtergrond en rol van jongens bij ongeplande zwangerschappen. Rutgers Nisso Groep : <https://fiom.nl/sites/default/files/jonge-vaders-rutgers-2010.pdf>.

Het onderzoek Jonge Vaders is een exploratief en kwalitatief onderzoek naar de rol en achtergrond van jongens die betrokken waren bij een onbedoelde zwangerschap. Het geeft inzicht in hoe 19 jongens terugkijken op de periode voorafgaand aan het ontstaan van de zwangerschap en het besluitvormingsproces over een eventuele abortus. De respondenten zijn benaderd via hulpverleningsinstanties die betrokken zijn bij tienermoeders en -vaders en onderwijsinstellingen. In de diepte-interviews werd met de jongens gesproken over de periode vóór de conceptie. De gesprekken waren gericht op het klimaat in het oorsprongsgezin, de vaderfiguur, het toekomstperspectief, de verkregen seksuele voorlichting, de relatie met de moeder van het kind, het anticonceptiegedrag, het besluitvormingsproces over abortus en de ervaring met en houding ten opzichte van hulpverlening.

- Groot, R. de, Hoogenboezem, G., Huzen, J., Lier, L. van, Staalduinen, I. van (2015). Voorlichting, hulp en opvang aan tienermoeders in beeld: <https://www.jooz.nu/wp-content/uploads/2017/08/voorlichting-hulp-en-opvang-aan-tienermoeders-in-beeld-l-jso-l-vws.pdf>.

Inventarisatie naar landelijk en provinciaal werkende organisaties op basis van literatuur, sociale kaarten en internetresearch. Door middel van telefonische interviews is bij de organisaties nagegaan of de informatie klopt, en de informatie is zo nodig aangevuld. In totaal zijn er 105 landelijke organisaties benaderd, waarvan met 70 organisaties de informatie in interviews is afgestemd. In deze interviews zijn 69 interventies gecontroleerd.

Het aanbod van zes gemeenten is in kaart gebracht door bij de gemeente en lokale CJG, BJZ en GGD na te vragen of in deze gemeente een specifiek aanbod is in voorlichting, keuzebegeleiding, ambulante hulp en opvang voor tienermoeders. Als er specifieke interventies voor tienermoeders beschikbaar waren, dan zijn deze lokale initiatieven ook benaderd. In totaal zijn er 47 lokale organisaties benaderd, waarvan het aanbod met 34 organisaties is afgestemd. Ondanks alle inspanningen om met deze inventarisatie zoveel mogelijk organisaties op de 'foto' te krijgen, pretendeert deze inventarisatie niet volledig te zijn. Binnen de scope van het onderzoek, de beschikbare tijd en middelen was dit ook onmogelijk. Wel is getracht om met deze inventarisatie een representatief beeld van de huidige situatie te geven.

De inventarisatie is kwantitatief en kwalitatief geanalyseerd. Hieruit kwam een aantal opvallende punten naar voren. Deze opvallende punten zijn tijdens zes focusgroep-bijeenkomsten voorgelegd aan zowel professionals (3) als cliënten van ambulante hulp en opvang (3). De bundeling van opvallende punten is tijdens een expertmeeting voorgelegd aan experts.

- Hoogenboezem, G. & Huzen, J. (2015). Clientprofiel Siriz Opvang. Onderzoek naar cliëntkenmerken en begeleidingsbehoeften van jonge moeders. Gouda: JSO: <https://www.jooz.nu/wp-content/uploads/2017/08/onderzoek-naar-kenmerken-en-begeleidingsbehoeften-van-jonge-moeders-in-de-opvang-siriz-jso.pdf>

Het onderzoek omvat 17 interviews met (oud)bewoners van Siriz opvang, Siriz begeleid wonen en Siriz gezinsopvang. Ook zijn er gesprekken gevoerd met acht teamleden en met samenwerkingspartners. Daarnaast is een dossierstudie gedaan (afgesloten casussen in 2013-2014; N=20). De resultaten zijn getoetst aan relevante literatuur (jonge moeders, hechtingstheorie, ontwikkelingspsychologie, traumatheorie en theorie van Maslow).

In deze publicatie hanteren we de term jonge moeders, als er sprake is van moeders tot en met 23 jaar. Incidenteel wordt de term tienermoeder gebruikt. Het gaat dan specifiek om moeders die jonger zijn dan 20 jaar.

- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2019). Jaarrapportage 2017 van de Wet afbreking zwangerschap. Utrecht: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: <https://www.igj.nl/documenten/rapporten/2019/02/07/jaarrapportage-wet-afbreking-zwangerschap-wafz-2017>.

Ziekenhuizen en abortusklinieken met een Wafz-Vergunning leveren de gegevens over de verrichte zwangerschapsafbrekingen volgens een Modelformulier, geanonimiseerd en geaggregeerd aan bij de inspectie. De inspectie brengt alle, door ziekenhuizen en klinieken aangeleverde, gegevens samen in een database en maakt op basis daarvan analyses. Ieder jaar brengt de inspectie daarover een jaarrapportage uit.

- Jacob, Y. (2018). Eritrese vrouwen in de geboortezorg. Utrecht: Pharos: https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2018/10/eritrese_vrouwen_in_de_geboortezorg-rapport-pharos.pdf.

In totaal hebben twaalf vrouwen deelgenomen aan deze verkenning. De jongste vrouw was 19 en de oudste 35 jaar. Bij elke vrouw is er een vragenlijst en een semigestructureerd interview afgenomen. Alle vrouwen waren zwanger en zijn bevallen in 2017. Werving van de respondenten is in eerste instantie gegaan via een vrouwelijke Eritrese sleutelpersoon en vervolgens met de *snowball*-methode.

In totaal hebben achttien mannen deelgenomen aan deze verkenning, namelijk drie focusgroepen van elk zes mannen. De deelnemers aan de eerste FGD waren voornamelijk vrijgezelle mannen (van 18 - 23 jaar), terwijl aan de tweede FGD voornamelijk mannen (van 24 - 34 jaar) met een relatie deelnamen, van wie de meesten nog geen vader waren. De laatste focusgroep bestond vooral uit getrouwde mannelijke deelnemers (van 35 - 55 jaar), die ook vader waren. Door respondenten van dezelfde leeftijd samen deel te laten nemen aan een FGD konden we dieper ingaan op onderwerpen die aansluiten bij de belevingswereld van respondenten. Werving van de mannen is gegaan via een mannelijke Eritrese sleutelpersoon met een breed netwerk onder mannelijke Eritrese nieuwkomers.

- Keinemans, J.C. (2010). Eervol jong moederschap. Een studie naar de leefwereld van adolescente moeders: https://pure.uvt.nl/ws/portalfiles/portal/1298925/Proefschrift_Sabrina_Keinemans_190111.pdf.

Proefschrift over jong moederschap. Gebaseerd op 29 levensverhalen van jonge moeders (geplaatst op een tienermoedersite: tienermoeders.nl), de ervaringen van 28 jonge moeders (geplaatst op een online forum) en 12 interviews met jonge moeders. Onder jonge moeders worden vrouwen die voor of tijdens hun 20e levensjaar een zwangerschap hebben doorlopen gerekend. Ook vrouwen die in hun tienerjaren een miskraam of vroeggeboorte hebben gehad en oudere moeders die ten tijde van het onderzoek bijvoorbeeld 25 jaar waren en een kind (of kinderen) op de basisschool hadden werden in het eerste deel van het onderzoek betrokken. Later werden de selectiecriteria voor respondenten aangescherpt. Nieuwe respondenten moesten: moeder zijn (zwangeren en meisjes die een miskraam hebben gehad werden als gezegd uitgesloten); niet ouder dan 20 zijn geweest tijdens hun eerste zwangerschap, meer precies, de moeder moest 20 of jonger zijn, tijdens haar eerste bevalling; minimaal een half jaar geleden bevallen zijn van hun eerste kind; maximaal twee jaar geleden bevallen zijn van hun eerste kind. 70%

van de periode waarin vrouwen moeder zijn, moesten ze ook echt een jonge moeder zijn en niet ouder zijn dan 19 jaar. De derde en vierde eis garanderen dat de respondenten recente ervaring hebben met het jonge moederschap. De laatste eis zorgt ervoor, dat de respondenten in ieder geval het grootste deel van het moederschap ook tijdens hun tienerjaren beleefden. Daarmee werd getracht te voorkomen dat er respondenten in de onderzoeksgroep terecht komen, die weinig recente ervaring hadden met het moederen gedurende de adolescentie. Overigens is het in verband met een geringe respons niet gelukt om aan de laatste eis te voldoen bij de selectie van nieuwe respondenten (vandaar dat de tweede eis gehandhaafd). De onderzoeksgroep bestond uiteindelijk voornamelijk uit autochtone jonge moeders.

- Keinemans, S., Kanne, M. & Genugten, W. van (2018). Alles draait ineens om. Een onderzoek naar de zorgvraag van (zeer) jonge moeders en de afstemming met het zorgaanbod. Kenniscentrum Sociale Innovatie, Hogeschool Utrecht: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/01/01/alles-draait-ineens-om>.

Om een goed beeld te krijgen van zorgvragen en zorgaanbod is in het kader van dit onderzoek in diverse Nederlandse gemeenten gesproken met jonge moeders en hulpverleners. In totaal vonden individuele gesprekken plaats met 28 jonge moeders, waarvan twee moeders nog in verwachting waren van hun eerste kind, en waarbij in twee gevallen ook de biologische vader van het kind aanwezig was bij het gesprek. Daarnaast zijn zes moeders gesproken tijdens een focusgroep. Ook werden 32 hulpverleners bij het onderzoek betrokken: zij namen deel aan diverse focusgroepen of individuele gesprekken.

- Lisdonk, J. van, Dalmijn, E., Cense, M. (2016). 'Gewoon gezellig, met zo'n buik'. Tienerzwangerschap bij meiden met een lichtverstandelijke beperking. Rutgers en Fiom: 2016: <https://fiom.nl/sites/default/files/gewoon-gezellig-met-zon-buik.pdf>.

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. 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 inclusiecriteria 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. 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. Van hen hadden 13 een Nederlandse achtergrond. Vijf meiden waren respectievelijk Surinaams, Antilliaans, Marokkaans, Irakees en Arubaans. 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.

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.

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. Er kan tevens niets worden gezegd over verschillen tussen meiden op basis van kenmerken zoals leeftijd van de eerste zwangerschap, etniciteit en religie. 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.

- Nicis Institute (2010). Antilliaans-Nederlandse jonge moeders in beeld. Wegwijzer voor en door gemeenten. Den Haag.

Deze handleiding kwam tot stand aan de hand van de door Nicis Institute georganiseerde themasessie Antilliaans-Nederlandse tienermoeders van 25 november 2009. Aan de themasessie namen dertig mensen deel. Medewerkers van gemeenten, kennisorganisaties en instanties gingen met elkaar in gesprek over de (preventieve) aanpak en begeleiding van jonge moeders. Zij deelden achtergronden, praktijkervaringen en wetenschappelijke inzichten met elkaar en trokken gezamenlijk een aantal conclusies. Daarnaast bevat de handleiding ook inzichten uit de literatuur.

- Möhle, M. (2016). Theoretische Onderbouwing effectieve begeleiding (zeer) jonge ouders: <https://www.jooz.nu/wp-content/uploads/2017/08/siriz-theoretische-onderbouwing-effectieve-begeleiding-aan-zeer-jonge-ouders.pdf>.

Beschrijving van de visie en onderbouwing van de methodiek van het leef-/leerhuis van Siriz. Bevat onder meer een beschrijving van werkzame elementen in de begeleiding van jonge (aanstaande) moeders en vaders.

- Nieuwenhuijzen, I. van & Tuk, B. (2002). De liefde. Forumtheater bij voorlichting en educatie aan vluchtelingenjongeren. Utrecht: Pharos: https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2019/01/bijvoorbeeld_de_liefde-Pharos.pdf.

Boek over forumtheater als middel bij gezondheidsvoorlichting en educatie aan vluchtelingenjongeren.

- NJI (2014). Tienerouders over hulp aan jonge moeders en vaders: <https://fom.nl/sites/default/files/files/Tienerouders-over-hulp-aan-jonge-moeders-en-vaders.pdf>.

Dossier met wetenschappelijk gevalideerde kennis over tienerouders.

- NJI (geen jaartal). Dossier jonge ouders. <https://fom.nl/sites/default/files/files/DossierjongeoudersNJI1.pdf>.

Dossier met wetenschappelijk gevalideerde kennis over de omstandigheden en leefgebieden van jonge ouders in Nederland. Dit dossier gaat in op de gevolgen van het jonge ouderschap voor de kinderen en voor de opvoeding.

- Rutgers (2018). Preventie loont! Tips voor gemeentelijke preventie onbedoelde (tiener) zwangerschap: <https://www.rutgers.nl/sites/rutgersnl/files/PDF/Brochure%20Preventie%20loont%21%20DEF.pdf>.

Brochure gebaseerd op verschillende in deze bronnenlijst voorkomende onderzoeken.

- Oudhof, M., Zoon, M. & Steege, M. van der. (2013). Wat werkt bij jonge moeders? Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut: <https://www.jooz.nu/wp-content/uploads/2017/08/nji-dossier-wat-werkt-bij-jonge-moeders.pdf>.

In dit document worden effectieve ingrediënten voor hulp aan (aanstaande) jonge moeders en bestaande effectieve programma's voor deze doelgroep beschreven. De benodigde kennis is verkregen door middel van een uitgebreide literatuursearch. In verschillende internationale databanken, als PsychINFO en Social Care alsmede nationale databanken en de Databank Effectieve Jeugdinterventies, is gezocht naar overzichtsstudies die de effecten meten van interventies voor jonge moeders. Het huidige document is gebaseerd op meta-analyses, literatuurreviews en effectstudies naar diverse programma's. De studies in de meta-analyses bestonden niet enkel uit jonge moeders als doelgroep, maar bevatten wel studies waarbij jonge moeders de doelgroep vormden. De gevonden literatuur is grotendeels onderzoek uit de Verenigde Staten.

- Rutgers en Soa Aids Nederland (2017). Belangrijkste conclusies Seks onder je 25e 2017: <http://seksonderje25e.nl/files/uploads/Seks%20onder%20je%2025e%20Samenvatting.pdf>.

Seks onder je 25e 2017 is een grootschalig representatief onderzoek naar de seksuele gezondheid van jongeren van 12 tot 25 jaar in Nederland. In 2005 deden bijna 5000 jongeren voor de eerste keer mee aan een dergelijk onderzoek (De Graaf, Meijer, Poelman & Vanwesenbeeck, 2005). In 2012 waren dit bijna 8000 jongeren (De Graaf, Kruijer, Van Acker & Meijer, 2012). In 2017 hebben 15 van de 25 GGD'en gebruik gemaakt van de mogelijkheid om zicht te krijgen op de seksuele gezondheid van jongeren in hun eigen regio met een opgehoogde steekproef. Mede dankzij deze regionale ophogingen hebben 20.500 jongeren een digitale vragenlijst ingevuld met vragen over een breed scala van aan seksualiteit gerelateerde thema's. Jongeren werden zowel via scholen voor voortgezet onderwijs als via een door het CBS getrokken steekproef uit de Basisregistratie Personen (BRP) geworven. De steekproef is representatief voor de populatie jongeren van 12 tot 25 jaar in Nederland.

- Rutgers en Soa Aids Nederland (2018). Kerncijfers leefstijlmonitor seksuele gezondheid 2017: https://www.rutgers.nl/sites/rutgersnl/files/PDF-Onderzoek/Leefstijlmonitor_Seksuele_Gezondheid_2017_DEF.pdf.

De cijfers hebben betrekking op 3.839 mannen en 4.022 vrouwen van 16 tot en met 85 jaar. Het betreft een representatieve groep voor de totale Nederlandse bevolking.

- Schelling, F. & Huzen, J. (2016). Inzet van ervaringsdeskundigheid bij preventie en hulp aan (onbedoeld) zwangeren en (zeer) jonge ouders: https://www.jooz.nu/wp-content/uploads/2017/06/magazine_ervaringsdeskundigheid_jooz_sept_2016.pdf.

Magazine waarin de ervaringen van acht jonge ouders worden beschreven. Het magazine bevat verhalen, ideeën en tips van ervaringsdeskundigen om (de effecten van) de inzet van ervaringsdeskundigen te vergroten en is bevat ook inzichten uit de literatuur.

Colofon

Opdrachtgever

Auteurs

Omslag

Foto

Uitgave

ZonMw

A. Jansma, MSc.

Dr. F.E.P.L. Sondeijker

Ontwerppartners, Breda

Westend61 GmbH | Arman Zhenikeyev

Verwey-Jonker Instituut

Kromme Nieuwegracht 6

3512 HG Utrecht

T (030) 230 07 99

E secr@verwey-jonker.nl

I www.verwey-jonker.nl

De publicatie kan gedownload worden via onze website:

<http://www.verwey-jonker.nl>.

ISBN 978-90-5830-963-1

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht 2019.

Het auteursrecht van deze publicatie berust bij het Verwey-Jonker Instituut. Gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld.

The copyright of this publication rests with the Verwey-Jonker Institute. Partial reproduction of the text is allowed, on condition that the source is mentioned.

In opdracht van ZonMw voerde het Verwey-Jonker Instituut in het voorjaar van 2019 een kennissynthese uit in het kader van de ontwikkeling van het ZonMw programma 'Onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap'. Dit programma is gericht op preventie van, en ondersteuning en zorg bij onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap. Hierbij is er specifieke aandacht voor hoogerisicogroepen zoals onder andere leerlingen van het (voortgezet) speciaal onderwijs; studenten van het mbo, niveau 1 en 2; jongeren in de gesloten en open residentiële jeugdhulp; cliënten van de LVB-sector; migranten, asielzoekers en statushouders; multiprobleemgezinnen, dak- en thuislozen. Wij constateren dat er een aantal kennislacunes zijn rond deze thematiek. In dit rapport doen we een voorzet voor een prioritering van thema's voor de twee lijnen van het ZonMw programma: de programmaliijn Onderzoek en de programmaliijn Praktijkverbetering.