**Vóór een Kansrijke Start in Zaanstad**

Eindrapport verkennend onderzoek naar Preventie Ongewenste Zwangerschap

**Rutgers**

Marianne Cense

Ursela van Dijk

Jenneke van Ditzhuijzen

**Pharos**

Marjolein Keij

Tessa van Loenen

In opdracht van: **Gemeente Zaanstad** 

Ambtelijke opdrachtgevers:

Christine Eggenkamp

Najat Benayad

September 2020

Financiering: ZonMw

Beste lezer,

In Zaanstad willen we gelijke kansen voor ieder kind. We zien dat achterstanden vaak van generatie op generatie overgaan. Als we die vicieuze cirkel écht willen doorbreken, moeten we veel meer doen aan preventie. We weten dat baby’s die in de eerste 1000 dagen vanaf de conceptie blootstaan aan stress, rook, slechte voeding, mishandeling of andere risicofactoren, daar een leven lang last van houden. Het zorgt ervoor dat kinderen zich fysiek en mentaal minder goed kunnen ontwikkelen en op jonge leeftijd al een achterstand opbouwen. Hoe eerder ouders in kwetsbare posities worden bereikt, hoe meer kinderen een goede start kunnen hebben. En dat begint al vóór de zwangerschap.

Mede daarom zijn we in Zaanstad in 2018 de coalitie Kansrijke Start gestart, met allerlei belangrijke partners uit het medisch- en het sociaal domein, met als doel; *Een veilige, gezonde en kansrijke start voor ieder Zaans kind.* De coalitie is begin 2020 uitgebreid met meer organisaties die werken met (hoog) risicogroepen zoals, verslavingszorg, jeugdbescherming, GGZ-instellingen, onderwijs, vluchtelingenwerk.

Samen willen we ervoor zorgen dat (kwetsbare) inwoners bewuster de keuze kunnen maken om al dan niet ouders te willen worden. Dat ze daartoe kunnen beschikken over de juiste kennis en vaardigheden rondom de zwangerschap en het ouderschap. Dat ze, als zij (nog) geen kind willen, zich goed weten te beschermen. Toegang tot de juiste bronnen van zorg en steun is daarbij cruciaal.

Onderling kennis delen, evalueren en ervaringen uitwisselen is daarbij een speerpunt. Het rapport dat voor u ligt is daarin een van de stappen die we zetten. Rutgers Kenniscentrum seksualiteit en Pharos expertisecentrum voor gezondheidsverschillen hebben 29 professionals en 21 inwoners geïnterviewd voor dit verkennende onderzoek naar de preventie van ongewenste/ongeplande zwangerschap. Deze verkenning brengt ons weer nieuwe inzichten, om een gezamenlijk plan te maken en door te pakken met de stappen die al zijn gezet.

Ieder kind wordt al tijdens de zwangerschap gevormd. Laten we nog meer en nog beter samenwerken om te voorkomen dat negatieve jeugdervaringen kinderen in hun ontwikkeling aantast, dat ze geen mentale of fysieke schade oplopen door een stressvolle omgeving. Dat is wat we met al onze partners verder gaan oppakken.

Want elk kind verdient een Kansrijke start!

Namens de Zaanse coalitie Kansrijke Start,

Met vriendelijke groet,

Wethouder Songül Mutluer

**Zaanse coalitie Kansrijke Start:**

* GGD Zaanstreek-Waterland
* Zaans Medisch Centrum
* Huisartsen Coöperatie Zaanstreek-Waterland
* Dock, Incluzio en SMD (Sociale Wijkteams)
* De kring van verloskundigen
* Kraamvogel, Kraamzus en Blije nest
* Brijder Jeugd Zaandam
* William Schrikker Groep (WSG)
* Prinsenstichting
* Odion
* Jeugdbescherming Regio Amsterdam (JBRA)
* Regiocollege Zaandam
* Vluchtelingenwerk
* Gemeente Zaanstad

Inhoudsopgave

[1. Aanleiding 3](#_Toc52354490)

[2. Korte beschrijving van het onderzoek 4](#_Toc52354491)

[3. Uitkomsten verkennend onderzoek 7](#_Toc52354492)

[3.1 Visies op ongewenst, onbedoeld en ongeplande zwangerschappen en wat zijn de gevolgen? 7](#_Toc52354493)

[3.1.1 Volgens inwoners 7](#_Toc52354494)

[3.1.2 Volgens professionals 13](#_Toc52354495)

[3.2 Kwetsbare groepen 19](#_Toc52354496)

[3.2.1 Om wie maken professionals zich zorgen 19](#_Toc52354497)

[3.2.2 Risicofactoren volgens professionals 22](#_Toc52354498)

[3.2.3 Beschermende factoren volgens de professionals 24](#_Toc52354499)

[3.3 Huidige situatie en verbeterpunten in Zaanstad 25](#_Toc52354500)

[4. Conclusies een aanbevelingen 36](#_Toc52354501)

1. Aanleiding

De gemeente Zaanstad heeft onlangs een startsubsidie gekregen van ZonMw om samen met alle lokale partners te verkennen wat er nodig is voor een effectievere preventie van ongewenste zwangerschappen. Het uiteindelijke doel is dat inwoners naar eigen tevredenheid keuzes kunnen maken of zij al dan niet zwanger willen worden en een kind willen krijgen. En als zij (nog) geen kind willen, over voldoende kennis en vaardigheden beschikken om zich goed te beschermen.

Bij verbetering van de lokale praktijk wil Zaanstad inzetten op een passend aanbod voor inwoners die kwetsbaar zijn voor een ongewenste zwangerschap en op verbetering van de integrale samenwerking.

Er is echter nu nog beperkt zicht op wat hiervoor nodig is. Om deze reden vindt er een verkennend onderzoek plaats dat wordt uitgevoerd door Rutgers, kenniscentrum seksualiteit en Pharos, expertisecentrum gezondheidsverschillen. Inwoners en professionals zijn bevraagd naar hun visie op de definitie van ongewenste zwangerschap, hoe de situatie waarin deze voorkomt eruit ziet en welke behoeften er zijn voor verbeteringen. Een deel van de inwoners en professionals woonden of werkten in een van de focuswijken (Poelenburg, Peldersveld, Zaandam Zuid, Rosmolenwijk Kogerveldwijk, Wormerveer) van Zaanstad of werden geworven op basis van kwetsbaarheid voor ongewenste zwangerschap.

Het primaire doel van het verkennende onderzoek is om kennis te leveren waarmee de gemeente Zaanstad met partners een onderbouwde aanvraag kan doen voor de volgende subsidieronde van ZonMw. Daarbij levert het ook op bredere schaal inzichten in hoe aangekeken wordt tegen het thema’s ongewenste zwangerschap, zelfbeschikking en wat er nodig is om hier een verbeterslag in te maken.

2. Korte beschrijving van het onderzoek

*Doelstelling en Onderzoeksvragen*

Het doel van dit verkennend onderzoek is om meer inzicht te krijgen in wat inwoners nodig hebbengezond en gelukkig zwanger te worden. Hiervoor worden twee groepen bevraagd: (a) professionals die mogelijk te maken hebben met cliënten met ongewenste zwangerschappen of hier een rol in zouden kunnen betekenen, en (b) inwoners uit de focuswijken in de gemeente Zaanstad, die cliënt zijn van de organisaties waar de geïnterviewde professionals werken.

Hier uit voortvloeiend zijn de volgende hoofd- en sub-vragen opgesteld.

Professionals: ***Wat is volgens professionals in de zorg, het onderwijs en in het publieke domein nodig om ongewenste zwangerschappen (nog beter) te voorkomen?***

*Sub-vragen:*

* Welke definities hanteren zij van ongewenste/onbedoelde/ongeplande zwangerschappen?
* Welke inwoners zijn kwetsbaar voor ongewenste zwangerschappen en wat zijn risico- en beschermende factoren?
* Wat gaat al goed in Zaanstad met betrekking tot preventie van ongewenste zwangerschappen?
* Wat zijn verbeterpunten in Zaanstad met betrekking tot preventie van ongewenste zwangerschappen?

Inwoners:

* Hoe kijken inwoners aan tegen ongewenste zwangerschap, anticonceptie en zelfbeschikking?
* Wat zijn hun ervaringen met ongewenste zwangerschappen?
* Wat zijn hun ervaringen met zorg en/of preventie?
* Welke mogelijke wensen en behoeften hebben inwoners aan ondersteuning hierbij?

*Methode*

Alle respondenten hebben een face-to-face dan wel telefonisch interview gehad aan de hand van een van te voren vastgestelde topiclijst. Alle gesprekken zijn opgenomen en uitgewerkt. Toestemming voor deelname aan het onderzoek is verkregen en geregistreerd op audio of per ondertekend formulier.

*Respondenten*

Professionals: In dit onderzoek verkenden we onder een brede groep professionals die betrokken zijn bij kwetsbare groepen in Zaanstad hoe hun aanpak er nu uit ziet en wat er beter kan in hun ogen. Per organisatie zochten we daarom contact met mensen die vanuit verschillende functies contact hebben met kwetsbare inwoners. Het gaat hier exclusief om mensen die in Zaanstad werkzaam zijn. Concreet gaat het om:

1. Professionals in de hulpverlening of sociale domein werkzaam met inwoners met complexe problematiek (denk aan verslavingszorg, zorg voor mensen met verstandelijke beperking, jeugdbescherming, straathoekwerk)
2. Professionals rondom jongeren op school (denk aan docenten MBO en V(S)O of verzuim coördinatoren, zorg coördinatoren)
3. Professionals uit de geboorte zorg, de eerstelijns medische zorg en het sociaal domein in de wijk die contact hebben met laaggeletterden/ mensen met migratie achtergrond en hen ontmoeten in “het normale leven” (denk aan huisarts, verloskundigen, kinderartsen, sociaal wijkteam, kraamzorg).

De werving van professionals verliep via het netwerk aangesloten bij Kansrijke Start en nieuwe partners die mede de aanvraag hebben ondertekend, geworven door de gemeente Zaanstad. In totaal zijn er 29 professionals geïnterviewd. Rutgers interviewde in totaal 18 professionals in categorie 1 en 2, te weten psychologen, seksuologen, preventiemedewerkers, orthopedagogen, gedragsdeskundigen, gezinsbegeleiders, jeugdbeschermers, jeugdzorgwerkers, casemanagers, straathoekwerkers, docenten, vertrouwenspersonen en school maatschappelijk werkers. Pharos interviewde in totaal 11 professionals uit categorie 3, waaronder huisartsen, verloskundigen, voorzorg verpleegkundigen, kinderartsen, kraamverzorgers en medewerkers van het sociaal wijkteam. Met Jeugdgezondheidszorg is verschillende malen contact geweest maar daar is het niet tot een interview gekomen. Voor een overzicht van de aantallen geïnterviewde professionals, zie Tabel 1.

*Tabel 1. Aantal geïnterviewde professionals per organisatie/groep*

|  |  |
| --- | --- |
| **Organisatie / groep** | **N** |
| *Verslavingszorg* |  |
| Brijder Verslavingszorg | 2 |
| *Zorg aan mensen met een beperking / (L)VB* |  |
| Stichting Odion | 1 |
| Prinsenstichting  | 2 |
| *Jeugdbescherming* |  |
| William Schrikker | 2 |
| Jeugdbescherming Amsterdam | 2 |
| *Jongerenwerk* |  |
| Jongerenloket | 1 |
| Straathoekwerk | 2 |
| *Onderwijs & GGD (preventie)* |  |
| Zuiderzeecollege VMBO | 1 |
| Regiocollege MBO | 2 |
| Bertrand Russell College Havo VWO | 2 |
| GGD Zaanstreek Waterland | 1 |
| *Eerste en tweedelijns medische zorg (Ph- cat 1)* |  |
| Huisartsen | 2 |
| Kinderartsen | 1 |
| *Geboortezorg (Ph- cat 2)* |  |
| Verloskundigen/ gynaecologie | 2 |
| Kraamverzorgers | 1 |
| *Sociaal domein (Ph- cat 3)* |  |
| Voorzorg verpleegkundigen | 1 |
| Jeugdteam | 1 |
| Medewerkers Sociaal Wijkteam | 2 |
| Fiom  | 1 |
| ***Totaal aantal geïnterviewde professionals*** | ***29*** |

Inwoners: Inwoners zijn een belangrijke onderzoeksgroep voor dit onderzoek, omdat zij aan kunnen geven wat ze op dit moment missen aan ondersteuning, of terugblikkend, wat hun ervaringen zijn geweest en wat hen eerder had kunnen helpen om een ongewenste zwangerschap te voorkomen. Ook zijn hierin positieve ervaringen meegenomen met formele en informele steunbronnen. Er is gericht geworven onder cliënten van de organisaties waarvan we weten dat er een verhoogde kans is op het meemaken van een ongewenste zwangerschap vanwege bepaalde kwetsbaarheden.:

1. Inwoners met complexe problematiek (verslaving, verstandelijke beperking of in beeld bij jeugdbescherming)
2. Studenten (V)MBO en scholieren VO (Havo-Vwo)
3. Laaggeletterde inwoners en inwoners met een migratie achtergrond die opgroeien in kwetsbare sociaal economische posities. Zowel eerste generatie als tweede generatie migranten zijn gesproken.
4. Sleutelpersonen. Deze personen hebben een actieve rol in de gemeenschap of begeleiden inwoners waarbij ze (ervarings-)kennis inzetten en optreden als (cultureel) vertaler. Ze spreken in de interviews zowel over hun eigen ervaring als vanuit hun rol als sleutelpersoon.

Deze inwoners zijn gericht geworven via de professionals of sleutelpersonen die zijn geïnterviewd, of via al lopende programma’s waarbij met inwoners wordt samen gewerkt zoals JOGG of via Pharos. Rutgers interviewde de inwoners uit categorie 1 en 2, Pharos die uit 3 en 4. Rutgers interviewde overwegend jongeren en jong volwassenen. Het doel was om zoveel mogelijk informatie op te halen over groepen inwoners waarvan de dilemma’s of delen van de dilemma’s niet in beeld zijn. In totaal zijn er 17 inwoners geïnterviewd en 4 sleutelpersonen. Zie Tabel 2 voor een overzicht van het aantal inwoners. Van de inwoners was het merendeel vrouw. In categorie 1 is één man geïnterviewd en in categorie 3 en 4 zijn twee mannen geïnterviewd. Pharos heeft alle respondenten op 4 na, in een face to face interview gesproken. Rutgers nam alle interviews telefonisch af.

*Tabel 2. Aantal geïnterviewde inwoners*

|  |  |
| --- | --- |
| **Subgroep** | **N** |
| *Hulpverlening* |  |
| Cliënten van straathoekwerk (inclusief 1 stagiaire) | 7 |
| Cliënten van William Schrikker | 1 |
| *Onderwijs* |  |
| Leerlingen Regiocollege MBO | 2 |
| Leerlingen van Zuiderzee college VMBO | 1 |
| Leerlingen Zaanlands Lyceum | 1 |
| *Laaggeletterde inwoners of inwoners met een migratie-achtergrond* |  |
| *Syrisch, Eritrees, Turks en Marokkaans* | *5* |
| *Sleutelpersonen (ervaringsdeskundigen via Vluchtelingenwerk, etc)* |  |
| *Nederlands, Somalisch, Syrisch, Turks* | *4* |
| ***Totaal aantal geïnterviewde inwoners*** | ***21*** |

*Reikwijdte van de verkenning*

Hoewel we een brede vertegenwoordiging van professionals en inwoners hebben gesproken, zijn er toch nog bepaalde groepen die we niet hebben weten te bereiken. Zo zijn we er om verscheidene redenen waaronder Corona niet in geslaagd om een interview te plannen met Jeugdartsen en Jeugdverpleegkundigen. Hierdoor is de reikwijdte van de verkenning beperkt. Daarnaast zijn er per subgroep onvoldoende respondenten gesproken om tot ‘verzadiging’ van een specifieke groep te komen in de analyses. Het was echter ook niet het doel van deze verkenning om diepte-inzicht te verkrijgen in de ervaringen van alle specifieke groepen; wij wilden een breed eerste overzicht krijgen van indrukken, beelden, ervaringen en behoeften. In een volgend stadium zouden de bevindingen uit deze verkenning verder getoetst en aangescherpt kunnen worden in een grotere groep professionals en andere stakeholders.

3. Uitkomsten verkennend onderzoek

3.1 Visies op ongewenst, onbedoeld en ongeplande zwangerschappen en wat zijn de gevolgen?

3.1.1 Volgens inwoners

Definities en ideeën over ongewenste zwangerschap

Er wordt door verschillende groepen inwoners verschillend gedacht over wanneer een zwangerschap ongewenst is. Volgens sommige inwoners, met name die met een migratieachtergrond, heeft dit vooral (en soms uitsluitend) te maken met ongewenste seksuele situaties zoals seks vóór of buiten het huwelijk of verkrachting, terwijl dit voor andere geïnterviewde inwoners eerder te maken heeft met de omstandigheden waarin een kind geboren wordt (bijvoorbeeld armoede, instabiele woonsituatie).

**Ongewenst vanwege ongewenste seks**

Door inwoners, veelal met een migratieachtergrond, worden twee situaties geschetst waarin je volgens hen kan spreken van ongewenste zwangerschap:

 a) in het geval van zwanger worden voor het huwelijk. Dit wordt door zowel inwoners als omgeving afgekeurd.

“Wel wordt voor het huwelijk zwanger raken gezien als een ongewenste zwangerschap door de omgeving. Het meisje heeft last van veel stigmatiseren. Ze gaat gebukt de zwangerschap door, ze verbergt zich letterlijk. Ook de familie zal veel doen om te voorkomen dat men er achter komt dat hun dochter zwanger is geworden. Bijvoorbeeld haar uithuwen, dit kan ook zijn met iemand van wie ze niet houdt. Ze zullen haar niet richting een abortus duwen omdat het leven heilig is, maar ze zal heel veel druk ervaren.” (PH17, vrouw, Eritrea)

Als een vrouw getrouwd is, dan wordt er eigenlijk niet meer gesproken van een ongewenste zwangerschap.

“In een relatie of huwelijk zal ze niet zeggen dat je ongewenst zwanger bent geraakt. Waarom ben je dan met hem samen? Ook al wilt ze de zwangerschap niet, dan zal ze dat niet zeggen. Er is een druk vanuit de mannen, zij willen soms geen kind op dat moment. Dan is het ongewenst omdat hij het niet wilt. Ze heeft weinig keuzes omdat ze dan kan het gevoel hebben dat ze het kind niet groot kan hebben. Ze kan dan denken ik kan het kindje niet houden. “(PH17, vrouw, Eritrea)

b) in het geval van zwanger worden na een verkrachting. Dit wordt expliciet genoemd door meerdere inwoners. Dit wordt ook door professionals genoemd als een ongewenste zwangerschap.

*“[Ongewenst is] alles wat bij ons terechtkomt. Er is ook een meisje dat het kind niet wil, omdat het ontstaan is uit een verkrachting. Die wil het kind niet.”(RU08, professional jeugdbescherming)*

**Ongewenst vanwege de omstandigheden waarin een kind zal opgroeien**

Inwoners spreken ook over zwangerschappen in zeer moeilijke situaties, maar deze worden lang niet altijd bestempeld als ongewenst, maar eerder als ongepland, of ze gaan gedurende de zwangerschap van ongewenst naar gewenst. Vooral wat betreft de eigen situatie zien zij zwangerschappen eerder als ongepland en niet als ongewenst, omdat er vaak wel degelijk een kinderwens is. Men is milder naar de eigen zwangerschap dan die van eventuele anderen. Als voorwaarden die nodig zijn om te kiezen voor een kind of een kind te kunnen laten opgroeien, worden vaak huisvesting, financiën, klaar zijn met school en een stabiele relatie genoemd.

“Maar ook als de economische voorwaarden er niet zijn dan is veel kinderen krijgen geen goed idee.” (PH15, man, Syrië)

*“Als je nog niet alles op een rijtje hebt, dus als je nog naar school gaat, als je nog bij je ouders woont, als je financieel nog niet alles op orde hebt etc. dan vind ik het geen goed moment om zwanger te worden. Ik vind ook dat je niet alleen voor je kindje moet kunnen zorgen, maar ook heel veel extra’s moet kunnen bieden. Bijvoorbeeld dat je kind ook op een sport kan en dat je leuke dingen voor hem kan kopen. Je bent ook maar één keer kind, je kunt het niet opnieuw doen.” (RU21, vrouw, 20 jaar, cliënt hulpverlening)*

Definities en ideeën over onbedoelde zwangerschap

Wanneer inwoners spreken over onbedoelde zwangerschap, is deze voor hen meestal wel gewenst, vooral wanneer het hun eigen situatie betreft. De geïnterviewde jongeren via straathoekwerk stellen allemaal dat ze graag (vroeg) kinderen willen, en dat lijkt ook de norm te zijn in hun omgeving, maar volgens velen zijn de omstandigheden op het moment nog niet optimaal. Sommige van deze jongeren nemen daarom maatregelen in de vorm van anticonceptie (waar zij overigens niet tevreden over zijn, waarover meer later in dit hoofdstuk). Een enkeling breekt de zwangerschap af. Anderen zijn zwanger of hebben een jong kind, ondanks de (in hun ogen) niet-ideale omstandigheden. Meerdere respondenten benoemen dat zij zelf graag de ongeplande zwangerschap wilden verwelkomen, maar dat de omgeving daar anders over dacht. Voor hen was het belangrijk dat zij in deze situatie zelf zeggenschap hadden. Het lijkt erop dat het krijgen van deze kinderen juist een daad van zelfbeschikking is voor deze vrouwen: er is zoveel voor hen bepaald in het leven, waar ze niks aan kunnen doen, en dit is hun eigen lichaam, dit mogen ze zelf beslissen.

“Ik wilde graag vroeg moeder worden, omdat ik niet wil dat het leeftijdsverschil tussen mij en mijn kind te groot is. […] Voor mij was het zeker niet ongewenst. Het was wel ongepland, maar echt hartstikke welkom, ik zie het leven echt als een zegen. Voor mensen uit mijn omgeving was het wel ongewenst dat ik zwanger raakte. Ik vind dat mensen zelf mogen beslissen over of zij kinderen krijgen of niet. Als vrouw draag je zelf je kind. Het is jouw lichaam en niemand heeft het recht om voor jou dingen te bepalen.” (RU19, vrouw, 21 jaar, cliënt hulpverlening)

Andersom is er ook een inwoner die ongepland zwanger raakte en voor een abortus koos, terwijl haar omgeving vond dat zij inmiddels wel de leeftijd heeft voor kinderen. Zij nam de term ‘ongewenst’ niet zelf in de mond, maar beschreef wel waarom zij ervoor koos om de zwangerschap af te breken. De onbedoelde zwangerschap drukte haar met de neus op de feiten; zij vond zelf dat haar situatie niet geschikt was om een kind in te krijgen, en kwam er hierdoor achter wat zij persoonlijk belangrijk vond.

“Toen ik zwanger was is mijn ex er vandoor gegaan en heeft toen een andere vriendin genomen. […] Dit was ook een hoofdreden waarom ik mijn kindje niet wilde houden. Ook omdat ik geen vaste woning had en ik had ook eigenlijk helemaal niemand om op terug te vallen. Dan kan je wel heel stoer zeggen: ik ga dit alleen doen, maar hoe dichterbij het komt, hoe harder de klap in je gezicht wordt.“ (RU22, vrouw, 24 jaar, cliënt hulpverlening)

Wanneer dan wél zwanger worden?

**Onder (relatief) goede omstandigheden**

Respondenten geven veelal aan dat ze liever zien dat omstandigheden ideaal zijn: financiën, huisvesting en de relatie op orde (een partner die blijft), school afgemaakt en liefst ook een baan. Vaak wordt ook genoemd dat je er mentaal aan toe moet zijn en dat er een veilige omgeving moet zijn voor een kind. Meerdere inwoners stellen dat een kind niets te kort moet komen en liefst geen tweedehands spullen krijgen, want het is maar één keer kind. Sommigen handelen daar dan ook naar, en stellen hun kinderwens nog even uit. Maar er zijn ook inwoners die aangeven dat ze in de praktijk misschien ook wel zullen afwijken van dat ideaal, en bijvoorbeeld niet heel zwaar tillen aan het belang van het afmaken van de school.

“Een goed moment is dat je volwassen bent, dus na de 23e rond je 25e vind ik persoonlijk. Je moet ook denken aan je financiën, als je dat niet goed bent. Dan kan het niet vind ik. Ook vind ik dat je klaar moet zijn met je studie. Je moet plannen en goede beslissingen nemen vind ik. Ik heb zo vaak gezien dat Somalische meisjes jong willen trouwen en kinderen krijgen, terwijl ze nog studeert of werkt. Het is zo moeilijk. Voor je kinderen krijgt moet je echt je planning op orde hebben.” (PH18, vrouw, Somalië)

“Eerlijk gezegd… ik ben niet iemand die zegt van, ik moet klaar zijn met de school of zo. […] Als ik m’n eigen woning heb, ik woon op mezelf, niet afhankelijk meer van m’n zus, en natuurlijk een partner – ik ga het niet alleen doen – waar ik vertrouwen in heb, dan kan het misschien gebeuren. Maar ja… het liefst ook gewoon na m’n HBO-studie, want dan heb ik meer tijd voor m’n kind. Maar ja, dan is er ook nog steeds werk. Dus ja... Ongeveer vier jaartjes. Dan denk ik wel dat het goed moet gaan. Dat ik dan wel een woning heb.” (RU26, vrouw, 22 jaar, cliënt hulpverlening)

**Wanneer de zwangerschap geïdealiseerd wordt of gezien als redding**

Geïnterviewde inwoners wensen op jongere leeftijd zwanger te raken, er is dikwijls sprake van een diepe kinderwens. Soms spelen barrières mee omdat hun leven nog niet ‘op orde’ is of omdat hun situatie moeilijk is.

”Ook al is er heel veel stress omheen. Ik denk pas als je een kind hebt, dan pas leer je wat echte liefde is. Want een relatie met een jongen is geen echte liefde. Je kan wel zeggen ‘dat is echte liefde, maar je weet niet van wie hij allemaal houdt. Maar jouw kind, dat jij draagt of gaat dragen, die gaat van je houden.” (RU25, vrouw, 22 jaar, cliënt hulpverlening)

 “Soms komt ook weleens de gedachte naar boven van ‘waarom kan het eigenlijk niet nu’. Ik leef ook maar één keer. Als ik nu nog vijf jaar wacht, heb ik vijf jaar minder met mijn kind, dan had mijn kindje ook al vijf kunnen zijn. Maar ik heb wel zelf de controle erover en ik kan het wel zelf bepalen. Ik denk wel dat niemand het nu eens zou zijn met mijn keuze en dat ze dan wel hun mening zouden geven.” (RU21, vrouw, 20 jaar, cliënt hulpverlening)

”Ik ben er helemaal klaar voor. Je moet het dan financieel goed hebben. Als je minder dan 5.000,- op je rekening hebt, moet je er niet aan denken. Het kind moet verwend worden. Alles krijgen wat z’n hartje begeert. Als ik hoor dat ze zwanger is als ik met haar het bed heb gedeeld, dan zou ik die negen maanden gebruiken. En tot de geboorte zoveel werken en verdienen. Het liefst met een woning en een caravan.“ (RU25, man, 20 jaar, cliënt hulpverlening)

Een van de respondenten geeft aan dat ze besloten heeft een kind te krijgen als redding, een manier om liefde te kunnen geven en krijgen, juist in een hele moeilijke situatie.

*[nadat mevrouw in verband met huiselijk geweld uit huis was gevlucht en door haar moeder was terug gestuurd] “Toen zei mijn man ”Zie je wel, zelfs je moeder geeft niet om je”. “Toen heb ik besloten, ik houd van het leven, ik wil geen zelfmoord plegen, maar hoe kan ik mijn liefde aan iemand geven. Toen heb ik besloten, ik wil een kind nemen.” (PH12, vrouw, Turkije)*

**Het hoort bij een huwelijk en sociale druk uit de omgeving**

Een aantal inwoners geeft aan dat kinderen krijgen onderdeel is van het huwelijk. Er ligt een grote verwachting dat na het huwelijk de kinderen snel zullen komen. De druk van omgeving, vaak van ouders en schoonouders, wordt als groot ervaren.

“In Syrië is het normaal dat je trouwt en dan kinderen krijgt. Als je trouwt dan woon je in het huis van je ouders. Of je kinderen krijgt is een zaak tussen man en vrouw. Maar voor opa’s en oma’s is het krijgen van een kleinkind enorm belangrijk. Zodra je bent getrouwd beginnen vader aan hun zoon, en moeders aan hun dochter te vragen: wanneer geef je mij een kleinkind. Een uitdrukking is: nog belangrijker dan je zoon, is de zoon van je zoon.” (PH16, man, Syrië)

**Zwanger worden en kinderen krijgen als onderdeel van de cultuur of religie**

Respondenten geven aan dat de normen-set over het krijgen van kinderen zowel in land van herkomst als in Nederland aan het veranderen is. Een trend is die van de norm van grote gezinnen (vaak in landelijke gebieden) naar de norm van kleinere gezinnen (in stedelijke gebieden). Die norm werkt verschillend uit op individuele gezinnen. Soms is de man degene die de gezinsgrootte bepaalt, soms is dat de vrouw.

“Niet vanuit de religie, maar wel vanuit onze cultuur is hij degene die bepaalt. Het geeft een bepaalde druk, verwachting van vrouwen. De helft van de vrouwen zou ik zeggen wil minder kinderen. Maar de ander helft is het eens met hun man. De vrouwen die kiezen voor minder kinderen, kijken ook naar geld, hun werk of studie. Maar de vrouwen die veel kinderen krijgen, willen de naam van de familie.” (PH18, vrouw, Somalië)

*“Mijn man wilde na de tweede al stoppen, de derde heb ik alleen bedacht.” [lacht] “Het was een verrassing voor hem.” (PH11, vrouw, Marokko)*

“Wij kunnen dat niet bepalen. Volgens het geloof ligt dit niet in onze handen. Ik geloof dat God bepaalt wanneer en of je een kindje krijgt. Maar dingen zoals we moeten eerst een huis hebben, kopen, voldoende geld hebben en zo.. Dat kun je ook later bereiken terwijl je een kind hebt. Maar je kunt niet voor altijd een kind krijgen. God bepaalt denk ik wanneer je een kindje krijgt.” (PH19, vrouw Eritrea)

Respondenten geven duidelijk aan dat hier verandering in zit:

“De nieuwe generatie willen niet meer zoveel kinderen. Ze kunnen alles zelf bepalen. De meeste van mijn familie en vrienden wonen nu in Europa. Ze kunnen zelf beslissen, dat kan zijn 2 of 4 kinderen. Ze blijven sowieso wel druk ervaren door de cultuur en religie maar ze kunnen nu echt veel meer hun eigen beslissing nemen.” (PH18, vrouw, Eritrea)

Ideeën over zelfbeschikking: zelf mogen bepalen ondanks de omgeving

Veel inwoners die zijn geïnterviewd, vinden dat ze zelf in grote mate kunnen bepalen wanneer ze een kind krijgen.

 “Ik woon natuurlijk ook nog thuis. Ik vind dat mijn moeder haar mening gewoon mag geven, ik snap ook dat ze het goed bedoelt, ik weet dat ze geen slechte bedoelingen heeft. Ik ben natuurlijk haar dochter en ze heeft het beste met mij voor. De manier waarop ze het bracht vond ik alleen niet fijn. Ik wil wel dat ze gewoon kan vertellen hoe ze over dingen denkt, maar niet dat ze me dingen gaat verbieden. Niemand bepaalt eigenlijk voor mij of ik wel of niet zwanger word/blijf. Dat doe ik echt helemaal zelf. Ook al was zij het er niet mee eens, ik heb mijn kind toch op de wereld gezet.” (RU19, vrouw, 21 jaar, cliënt hulpverlening)

Maar er zijn ook inwoners die stellen dat dit lang niet voor alle meiden geldt.

“[Heb je de indruk dat iedereen zelf kan bepalen wanneer ze een kind willen?] Nee. Want soms wil bijvoorbeeld die vader het niet. En soms wil die moeder het niet. Ja ik weet niet. Soms, soms kan je het gewoon niet bepalen. Gebeurt het gewoon. Of gaan… gebrainwasht…. Ja… Beïnvloed door de ander. En dan denken ze: Weet je wat, ik ga het gewoon doen. Want anders gaan mensen over me praten. Niet alle mensen, maar mensen die niet sterk staan in de eigen schoenen. Die gaan dan vaker naar andere mensen luisteren, bijvoorbeeld. En uiteindelijk als het kind er is, weten ze niet hoe ze d’r voor moeten zorgen.” (RU26, vrouw, 25 jaar, cliënt hulpverlening)

Ideeën over anticonceptie en abortus

**Wensen versus de praktijk bij anticonceptie-gebruik**

Er heersen zowel negatieve als positieve gedachten over anticonceptie. Soms is anticonceptie niet toegestaan vanuit religie of cultuur, dit kan zelfbeschikking in de weg staan. Maar er zijn manieren waarop je vanuit je geloof kan verantwoorden dat je aan anticonceptie doet, en soms speelt dit helemaal niet en gaan een traditioneel geloof en anticonceptie goed samen.

 *“Een kind is een geschenk van god, je mag geen anticonceptie gebruiken vanuit het orthodoxe geloof. Je mag geen abortus hebben en weghalen wat God je heeft gegeven. Natuurlijk gebruiken gelovigen ook anticonceptie, maar het mag eigenlijk niet. Ook gebruiken vrouwen geen anticonceptie nadat ze voldoende kinderen hebben gekregen. Ook dat is iets dat vanzelf stopt, bijvoorbeeld doordat ze te oud is geworden*.“ (PH17,Vrouw, Eritrea)

 “Anticonceptie is iets wat via de huisarts zou moeten lopen. Nu wisselen Syriërs veel uit met elkaar. Syriërs geven elkaar tips hierover. Maar die informatie is niet algemeen toepasbaar voor iedereen en sluit niet aan bij de persoonlijke verschillen.” (PH16, man, Syrië)

*Ik snap het niet. In de tijd van mijn moeder begrijp ik dat ze er “per ongeluk” al 11 had. Maar met de middelen die er nu zijn, is er geen kans op een ongeluk, dan moet het ophouden. […] Ja, maar het is ook tegen het geloof wanneer je kinderen krijgt die je niet goed verzorgt. Die je geen ruimte kan bieden, die je geen goed onderwijs kunt bieden.” (PH11, vrouw, Marokko)*

**Negatieve attituden tegenover anticonceptie**

Negatieve attituden komen soms voort uit verhalen van anderen of eigen ervaringen met anticonceptie. Er leven verhalen over bijwerkingen of schadelijke invloed van hormonen, die meisjes doen besluiten geen anticonceptie te gebruiken. Er is veel weerstand tegen hormonale anticonceptie.

“Ik denk nu wel na over wat je in je lichaam stopt. Zulke medicijnen kunnen toch niet goed zijn. De natuur heeft niet bepaald dat je met iemand naar bed gaat en er dan niets voor terugkrijgt. Je stopt dus iets in je lichaam en ik wil echt wel heel graag een kind, dus misschien moet ik nu maar stoppen met die anticonceptie. Het is heel onnatuurlijk, dus het kan toch niet goed zijn. Ook al zegt de huisarts dat het geen kwaad kan. Ik raakte af en toe in paniek over dat ik misschien straks geen kinderen meer kan krijgen.“ (RU21, vrouw, 20 jaar, cliënt hulpverlening)

“Eerlijk gezegd… 8 van de 10 vrienden bijvoorbeeld gebruiken het niet. Maar ik heb ook heel veel Surinaamse vrienden, of mensen die ik ken. En in Suriname ja… is een gezin hebben het leven, soort van of… dat is het. Dus heel veel anticonceptie gebruiken ze niet. Misschien wel eens condooms tegen ja.. soa’s. Maar ik denk niet heel veel mensen eigenlijk. En veel mensen hebben ook last van die anticonceptie. Want ja, het werkt niet altijd even goed.“ (RU26, vrouw, 22 jaar, cliënt hulpverlening)

“[Gebruik je anticonceptie?Het woord is niet bekend.] Daar ben ik niet van. Medicatie is niet goed. Ook al ben je ziek, dan gebruik je ook geen aspirine. Je pakt meer plezier als het zonder condoom is. Als andere mensen dat gebruiken, moeten die mensen zelf weten. Ik gebruik geen condoom.” (RU25, man, 20 jaar, cliënt hulpverlening)

Deze negatieve attituden zijn vaak de oorzaak voor het stoppen of het niet gebruiken. Regelmatig zijn ze gebaseerd op de eigen ervaringen.

“De pil ging gewoon niet met mijn lifestyle. Ik kan het gewoon niet onthouden iedere keer. Ik ben een onregelmatig persoon, dus… Dacht ik van nee. Ga ik iets anders proberen. En ik weet niet meer hoe je dat noemt, maar dat in je arm [implanon?] Ja zo heet het, die werkte niet voor me. Als ik bijvoorbeeld één week ongesteld moest zijn, ben ik drie weken ongesteld. En dat moet je ongeveer twee jaar of drie jaar inhouden. Maar ik had een jaar, anderhalf jaar last ervan. Gewoon iedere keer. En op een gegeven moment had ik zoiets van: Weet je wat? Het is genoeg. En toen heb ik ‘m er uit gehaald.” (RU26, vrouw, 22 jaar, cliënt hulpverlening)

**Positieve attituden tegenover anticonceptie**

Anderzijds zijn er ook enkele inwoners die wel tevreden zijn met anticonceptie. Deze zijn echter wel in de minderheid.

*“Ik vind anticonceptie wel een heel goed iets eigenlijk. […] Na de abortus hebben ze in het ziekenhuis een implanon voor in mijn arm voorgesteld, dan zit je gewoon goed voor drie jaar. Dat heb ik toen ook gedaan. Ik heb nergens meer last van en ik word ook niet meer ongesteld.” (RU22, vrouw, 24 jaar, cliënt hulpverlening)*

**Wantrouwen en ambivalentie tegen deskundig advies versus vertrouwen**

Inwoners hebben vaak het idee dat hulpverleners zwangerschap over het algemeen afkeuren, en iedereen aan de anticonceptie proberen te krijgen. Een enkeling met een verstandelijke beperking ervaart hierin enige drang.

“Ik moest het ook, van de [hulpverleningsinstantie]. Ze wouden niet dat ik zwanger zou raken. [Interviewer: En dat vond je zelf wel of niet okee?] Nee, allerlei hormonen in mijn lichaam. Terwijl het niet eens nodig is. Ik heb het ook niet gebruikt hoor. Ik bepaal zelf wat ik wel of niet wil gebruiken.” (RU24, vrouw, 17 jaar, cliënt hulpverlening)

“Ik denk dat docenten en hulpverleners er ook wel anders over denken dan ik. Volgens mij adviseren zij gewoon iedereen om het [anticonceptie] wel te gebruiken, zodat ze niet ongewenst zwanger raken. Dan denk je niet aan wat er nú met diegene gebeurt, maar dan denk je alleen aan het voorkomen van wat er kán gaan gebeuren. Dat vind ik een beetje een sideways gedachte. Maar het moet wel gezegd worden, want er zijn genoeg mensen die de kennis niet hebben.” (RU20, vrouw, leeftijd onbekend, cliënt hulpverlening).

Verreweg de meeste geïnterviewde inwoners zien abortus niet als serieuze optie voor henzelf. Als je gemeenschap hebt, weet je dat dit de consequentie kan zijn. Abortus wordt niet serieus overwogen, ‘een kindje laat je niet weghalen’, of is niet geaccepteerd vanuit geloof of cultuur.

“Maar ik laat het komen, want als ik nu abortus doe, weet ik niet hoe ik me ga voelen. Ik ben gewoon bang dat ik daar spijt van krijg. Wie weet kan ik daarna geen kinderen meer krijgen, wie weet ben ik er over drie jaar niet meer, weet jij veel wat er gebeurt. Ik heb er wel heel lang over nagedacht. Maar ik heb altijd al gezegd, als ik een kind krijg, dan laat ik het zitten, omdat ik altijd al een kinderwens gehad heb. En omdat je nooit weet wat de toekomst met je doet. Dat heb ik ook wel van tevoren met mijn vriend besproken. Dan gaan we er gewoon alles aan doen om het te laten opgroeien. Je zit er misschien niet op te wachten, maar afstand doen is ook heel moeilijk, omdat je het dan niet gekend hebt.” (RU27, vrouw, 21 jaar, zwanger, cliënt hulpverlening)

**Weinig kennis over seksualiteit en anticonceptie**

Uit de interviews blijkt dat kennis over seksualiteit en anticonceptie vaak zeer beperkt is, en dat er soms mythes worden aangehangen, met name over hormonen. Er zijn inwoners die de term anticonceptie helemaal niet kennen. Ze weten wel van condooms, en gebruiken die ook met name tegen soa’s. Veel inwoners herinneren zich dan ook weinig tot niets van seksuele vormingslessen. Dat was vaak te weinig of niet op het juiste moment, en of kreeg bijvoorbeeld alleen in een biologieles kort aandacht. Men herinnert zich vaak wel de lacherige sfeer, en dat men er dan eigenlijk nog niet aan toe was. Eén respondent vond juist dat ze ontzettend veel seksuele voorlichting had gekregen. Destijds had ze hier geen behoefte aan, maar ze denkt toch dat door het consequent jaarlijks te herhalen, er dingen zijn blijven hangen waar zij nu profijt van heeft.

Respondenten geven soms aan dat ze onvoldoende wisten over anticonceptie toen ze zwanger werden. Anderen geven aan dat ze genoeg over seksualiteit en anticonceptie weten, dat ze die informatie voornamelijk van google/internet of van vriendinnen of thuis hebben gekregen. Een van de geïnterviewde jongens (15 jaar) geeft aan porno te hebben opgezocht om zichzelf voor te lichten. Uit de interviews blijkt dat de daadwerkelijke kennis echter vaak beperkt is.

“Het was niet mijn bedoeling om zwanger te raken. Maar ik weet van niets, wat je moet gebruiken. Welke soorten anticonceptie er zijn? Wat moet ik tegen dokter zeggen als ik er een wil. Waar kan je het halen? Waar je naar toe kunt gaan. Ik weet wel dat er anticonceptie bestaat, maar hoe en wat, weet ik niet. Ik hoorde wel over een anticonceptie via een prik. Maar waar je dat haalt en wat je zegt, wist ik helemaal niet.” (PH17, vrouw, Eritrea)

“Onder onze generatie is er echt een verschil te zien. Ze gebruiken de anticonceptie nadat ze getrouwd zijn. Ervoor mag niet van onze religie. Ik heb geen kennis over de zorg of anticonceptie zelf. Je hoort veel over anticonceptie. Dat vrouwen niet meer zwanger kunnen raken. Dat is mijn angst. Ik gebruik wel een natuurlijk manier van anticonceptie. Door me te onthouden van seks, op dagen dat ik dacht dat ik zwanger kon raken. Maar het was blijkbaar het moment voor mij, en ik raakte zwanger.” (PH19, vrouw, Eritrea)

De wens om meer te weten over anticonceptie en hoe daar aan te komen is, is door meerdere respondenten genoemd.

*“Ik had wel meer informatie gewild. Ik ben op een gegeven moment door die stemmingswisselingen gestopt met de prikpil. Toen ben ik echt heel lang niet ongesteld geworden, anderhalf of twee jaar ofzo. Ik wist niet dat dat kon gebeuren en ik schrok daar toen wel heel erg van. Als je niet ongesteld wordt, ovuleer je ook niet, en ik wist dat ik ooit wel kinderen wilde. In het begin vond ik het wel fijn om niet ongesteld te worden, maar het is wel iets natuurlijks en het hoort wel. Ik had dus wel meer informatie willen hebben over de periode nadat ik gestopt was met de prikpil. Meer nazorg van mijn huisarts. “(RU19, vrouw, 21 jaar, cliënt hulpverlening)*

“Ik wil de anticonceptie helemaal niet gebruiken. Als ik ook meer over weten, weet ik dat ik aan artsen iets kan vragen. Maar omdat ik bang ben, wil ik het niet gebruiken. Wel zou ik er meer informatie willen hebben en over willen leren.” (PH19, vrouw, Eritrea)

Deze citaten illustreren de bevinding dat de behoefte aan en noodzaak van meer informatie en betere kennis over anticonceptie heel groot is onder inwoners.

3.1.2 Volgens professionals

Definitie ongewenste, onbedoelde en ongeplande zwangerschap

Uit de interviews blijkt dat veel professionals de termen onbedoeld, ongepland en ongewenst vaak door elkaar gebruiken en de termen verschillend interpreteren. Velen hebben er wel ongeveer een idee bij, maar er is geen algemene overeenstemming over deze begrippen. Bovendien is het zo dat in veel gevallen een zwangerschap door een kwetsbare inwoner wel gewenst is, maar de professionals dat anders zien.

“Vanuit de professie bezien is het heel wat anders. Ik kan een kind ongewenst vinden terwijl ouders dat niet ongewenst vinden.” (PH06, professional geboortezorg)

**Ongewenst**

Duidelijk is dat een ongewenste zwangerschap gaat over niet-willen, maar de manier van interpreteren varieert. Sommige professionals uit de hulpverlening relateren het aan ongewenste seks, waarmee vooral seksueel geweld wordt bedoeld, anderen relateren het aan wilsbekwaamheid, weer anderen aan situaties waarin een zwangerschap niet gewenst is omdat deze niet stabiel is. Ook zijn er professionals die de term ongewenste zwangerschap interpreteren als een keuze om geen kind te willen, ook niet in de toekomst. Veelal zijn professionals zich bewust van het verschil tussen hun professionele blik en de visie van de cliënt.

“[Ongewenst is] dat je wel al zwanger bent maar dat absoluut niet wil zijn. Het heeft een element van willen. Want het kan ook zijn dat als je ongepland zwanger bent, dat je het kind wel wilt houden. Ongewenst is echt dat het niet past, dat je het niet wil.” (RU02, professional verslavingszorg)

“[Ongewenst is] Als je het echt niet wilt. Er is geen gevoel van ik wil dit nu of in de toekomst en gisteren ook niet.” (RU07, professional jeugdbescherming)

“[Ongewenst is] tegen iemands zin in. Ik denk hierbij ook dat het ongewenst gebeurd is, maar dat hoeft natuurlijk niet. Bij ongewenst gaat het om echt niet willen.” (RU04, professional (L)VB-zorg)

“[Ongewenst is] na een verkrachting. ” (RU11, vrouw, professional jongerenwerk)

“Daarbij denk ik eerst aan seksueel misbruik. Of wanneer er gevaar is voor de moeder of voor het kind. Maar het kan ook zijn dat er geen sprake is van een stabiele situatie.” (PH02, professional geboortezorg)

Voor veel professionals lijkt ongewenste zwangerschap geen statisch begrip, maar eerder een begrip op een continuüm. Ze zijn zich bewust dat het verschilt per perspectief en dat het kan veranderen met de tijd. Een zwangerschap kan zowel ongewenst als gewenst zijn, van ongewenst naar gewenst gaan en andersom. Afhankelijk van de achtergrond van de professional wordt ongewenst beredeneerd vanuit de ouders, bijvoorbeeld als de zwangerschap gevaarlijk is voor de moeder; of vanuit het kind, bijvoorbeeld als het kind niet kan opgroeien in een veilige omgeving. Een professional zou in staat moeten zijn om die verschillende perspectieven in te nemen en het verloop in de tijd ervan te overzien.

“Als kinderarts in het ongewenst wanneer een uit huis plaatsing van het kind nodig is. Waar veel professionals de term “ ongewenst” vanuit de ouders wordt benaderd, schuif ik de grens op naar het kind. Dus ongewenst is altijd vanuit het kind beredeneerd.” (PH03, medisch prof)

“Ongewenst voor mij als huisarts is wanneer vrouwen middelen gebruiken bijvoorbeeld, of wanneer de sociale situatie het niet toelaat bijvoorbeeld door gewelddadige relaties of bij herhaling in onveilige relaties terecht komen. Situaties waarin je je afvraagt gaat dit kind veilig op de wereld terecht komen. […..] Dat ongewenste zit in heel veel factoren.. In een ander geval kan het zijn dat het gewoon niet goed uitkomt op dat moment in het leven. Het opvallende vind ik van ongewenst dat dat voor iedereen anders is en dat iedereen een andere afweging maakt.” (PH01, medisch prof)

“Een cliënt heeft haar eigen proces, de definitie van de cliënt staat centraal dan is er dus eigenlijk ook geen verschil in perspectief. Maar soms moet ik wel slikken als hier een meisje komt bijvoorbeeld die veel te jong zijn om het praktisch te kunnen regelen. Bijvoorbeeld een meisje van 15 dan vraag ik met af: hoe zie je het voor je? Soms hebben ze een heel romantisch beeld van het hebben van een kindje. Maar ik zal dat nooit laten merken, ik stuur niet in het nemen van de beslissing [wel of niet abortus].” (PH20, sociaal domein)

Een van de professionals geeft aan dat er een taboe heerst om ongewenst zwanger zijn. Cliënten die zelf zwanger zijn, zullen dit zelf niet altijd als ongewenst benoemen.

“Ik zie ook wel dat er een groot taboe ligt op ongewenste zwangerschappen. Ik denk dat veel zwangeren het gevoel van ongewenste zwangerschap niet uitspreken. Daardoor zijn er mogelijk toch veel meer moeders die ongewenst zwanger zijn.” (PH5, sociaal domein)

**Ongepland en onbedoeld**

Over de term ongepland zijn meer professionals het eens dan ongewenst. Ook daar wordt soms gekeken naar de vrijwilligheid van de seks en of men wel of niet anticonceptie heeft gebruikt. De term onbedoeld wordt meestal gelijkgesteld aan ongepland, of als iets tussen ongepland en ongewenst in. De term onbedoeld is minder in zwang dan ongepland, en men heeft er een vager beeld bij.

“[Ongepland is] het was niet de bedoeling om zwanger te raken maar de moeder (vader) is wel blij met het kind ook al is ze jong. Onbedoeld is wanneer iemand onverantwoordelijk omgesprongen is met anticonceptie à la ‘het overkomt mij niet’.” (RU11, professional jongerenwerk)

“[Ongepland is:] Kinderen krijgen zit wellicht ooit in de planning, maar nu nog niet. […] Onbedoeld is geen term die binnen haar werk gebruikt wordt. Het klinkt wellicht wat minder veroordelend. Ongepland heeft de connotatie van ‘Kun je niet plannen? Je bent er toch zelf bij?’” (RU07, professional jeugdbescherming)

“Ongepland; dat is gewoon niet gepland en wel vrijwillig. Komt niet zo handig uit. Liever niet.” (RU01, professional verslavingszorg)

“Ongepland komt voor als iemand niet heeft nagedacht over anticonceptie of ideeën heeft die niet kloppen bij anticonceptie, bijvoorbeeld door het idee dat coitus interruptie veilig is wanneer mensen lang samen zijn, of geen advies heeft gekregen, of iemand raakt per ongeluk zwanger.” (PH01, medisch professional)

“Ongepland: niet weten wat anticonceptie is. Geen anticonceptie mogen of durven kopen bv vanwege een geloof. Niet weten hoe je zwanger wordt. 50 % van de mensen weet niet hoe je zwanger wordt.” (PH02, professional geboortezorg)

Definitieverschillen: perspectieven van professionals op gewenstheid van een zwangerschap

Veel professionals geven aan dat er vaak wél sprake van een kinderwens is bij kwetsbare/ jonge inwoners, ook al zeggen cliënten dit niet altijd, maar dat de zwangerschap dan wel ongepland/ onbedoeld is. Deze kinderwens wordt soms uitgesproken, maar is vaak stiekem of latent. De omgeving en/of professionals kunnen in die gevallen anders denken over de gewenstheid van een zwangerschap in de omstandigheden. Dit komt vaak voor in situaties met zeer kwetsbare populaties, zoals jongeren met een verstandelijke beperking. Dit zijn moeilijke situaties, die ethisch bewustzijn vragen over zelfbeschikking.

“Ze overziet niet dat ze straks drie kleine kinderen heeft, terwijl ze nu voor twee kinderen al niet kan zorgen. Soms gaan mensen net zo lang door met kinderen krijgen tot er eentje wel mag blijven, na uithuisplaatsingen van eerdere kinderen.” (RU06, professional jeugdbescherming)

“Het kan ook zijn dat iemand een diepe wens heeft om een kind te krijgen: dat het moederschap betekenis geeft aan hen en een rol in hun leven. Het gaat om een oergevoel van moeder zijn. Het kan zijn dat ze dit zelf niet uitspreken of zelfs zich er niet bewust van zijn. Dat ze zeggen: het is ongewenst of onbedoeld, maar dat een diepere oerwens hen heeft gedreven om toch zwanger te worden. ”. (PH03, medisch professional)

Ondanks dat professionals de situatie soms als ongewenst inschatten, wordt er ook geprobeerd om het eigen oordeel van de hulpverlener niet sturend te laten zijn. Professionals worden er mee geconfronteerd dat hun eigen morele oordeel hen soms in de weg zit, omdat ze bijvoorbeeld zien of denken dat de omstandigheden niet optimaal zijn of iemand nog te jong is.

“De cliënten willen het kindje wel. De bezwaren liggen bij mij. Ze vinden het heel moeilijk om hun eigen belangen aan de kant te zetten voor de kinderen. [Maar] wie ben ik om te bepalen wat goed of slecht is? “ (RU03, professional (L)VB-zorg)

“Ongewenst heeft voor mij een negatieve lading. We denken weleens: deze mevrouw had niet zwanger moeten worden. Maar ik vind het aan de zwangere zelf om te oordelen over of een zwangerschap gewenst of ongewenst is. Dus maak het onderscheid gewenst of ongewenst bij monde van de cliënt. Over de definitie heb ik mijn professionele beoordeling.” (PH04, professional geboortezorg)

“Dat vind ik soms lastig. Want bij sommige mensen is de zwangerschap ongepland en in dat soort gevallen probeer ik mijn morele oordeel weg te drukken. Soms vind ik mensen bijvoorbeeld te jong, had je niet 3 jaar kunnen wachten, maar als ik dan zie hoe mensen het toch samen oplossen dan gaat dat toch prima.“ (PH01, medisch professional)

Een verschil in opvattingen over wel of niet gewenst kan ook te maken hebben met culturele waarden en normen. Bijvoorbeeld het zwanger zijn voor het huwelijk. Dit werd ook door verschillende inwoners benoemd als een ongewenste zwangerschap, maar professionals zien dit anders.

“Bijvoorbeeld in een Turkse familie als je daar ongetrouwd ongepland zwanger wordt, dat is heel ongewenst. Dat gebeurt heel weinig. Het kan dat er dan in de familie oplossingen gevonden worden, daarin zijn er ook verschillen. Het is wel zo: Iedereen vindt er wat van en het hangt ook af van hoe de verhoudingen in de familie liggen en hoe de ouders betrokken zijn. Het kan dat een familie het goed opvangt maar het kan er ook voor zorgen dat een moeder er helemaal alleen voor komt te staan. Of in een Surinaamse cultuur, waar de omgeving het geen probleem vindt wanneer ouders jong kinderen krijgen, dan gaat de hele omgeving er ook anders mee om en dat maakt de situatie heel anders.” (PH01, medisch professional)

“In andere culturen is ongewenst bijvoorbeeld omdat seks voor het huwelijk niet mag. Als je dan toch zwanger wordt dan is dat ongewenst.” (PH09 professional Sociaal Domein)

**Zelfbeschikking**

Er werd zeer verschillend gedacht over of cliënten zelfbeschikking hadden. Dit had er ook mee te maken dat de term verschillend geïnterpreteerd kon worden. Sommige professionals zagen dit als het zelf kunnen besluiten of een zwangerschap wel of niet uitgedragen wordt, anderen dachten eerder aan het bewust en gepland zwanger worden, of juist aan het gebruik van of stoppen met anticonceptie. Wel gaat het steeds weer over de eigen regie over de voortplanting.

“Zeventig procent van de cliënten heeft wel zelfbeschikking. Zij kunnen zelf bepalen of ze een kinderwens hebben en zwanger willen worden. Of het een goede keuze is, is discutabel. Overzien is het moeilijkst voor ouders. […] Ik ben een vrouw, ik heb een leuke man dus we gaan kinderen maken, is vaak de redenatie. Het hoort zo. En deze vrouwen hebben natuurlijk net als andere vrouwen te maken met hormonen die maken dat ze kinderen willen. Ze denken niet aan financiën en of ze het kunnen. Wanneer je in de overweging meeneemt of mensen het voldoende kunnen overzien, dan heeft 20% echt zelfbeschikking. De rest niet.” (RU06, professional jeugdbescherming)

“Het is een ethisch dilemma. Professioneel en persoonlijk vind je ergens iets van. En moet je iemand tegen zichzelf beschermen. Als professional neem je dan de beslissing dat een cliënt een staafje geplaatst krijgt. Dat is best moeilijk. Het is heel precair. Omdat het van de persoon zelf is. Eigen lichaam. Eigen lijf. Ze hebben zelfbeschikkingsrecht. Het is beter om het gesprek te voeren dan iemand te dwingen tot anticonceptie. Het is nodig om mensen in hun kracht te zetten, bewust te maken. Om ze sterk genoeg te maken om een eigen keuze te maken. Daarbij hebben ze informatie nodig, ook om de gevolgen van hun keuze te overzien.” (RU07, professional (L)VB-zorg)

“Of er sprake is van zelfbeschikking? Nee, eigenlijk niet. Het is meestal dat het hen overkomt. Maar dat ze wel een kinderwens hebben. Dat ze gehoord hebben dat je van abortus minder vruchtbaar wordt en dat ze zich daarom niet laten aborteren. Er zijn weinig klanten hier die bewust denken: We gaan nu stoppen met de pil en we gaan ervoor om een kindje te krijgen. Wel bij de tweede gebeurt dit soms. Maar niet bij de eerste.” (RU12, professional jongerenwerk)

“Juridisch hebben ze zelfbeschikking. Al zetten ze twintig kinderen op de wereld. Wij proberen er alles aan te doen om dat in goede banen te leiden. Niet te belerend met een vingertje, want dan worden ze nog eerder zwanger. Sec sta ik er zo in: als jij een kind hebt dat uit huis is geplaatst, dan hoef jij niet nog een kind te krijgen. Ik heb nu kinderen van moeders die ik eerder begeleidde als cliënt. Ik doe dit werk nu zo lang dat ik de tweede generatie begeleid. Het is een herhaling van zetten.” (RU03, professional (L)VB-zorg)

Gebrek aan kennis over anticonceptie wordt genoemd als beperkende factor voor het echt daadwerkelijk hebben van zelfbeschikking of het kunnen plannen van een gezin.

“Daarin zijn natuurlijk ook grote verschillen. Bijvoorbeeld: 1e en 2e generatie geïsoleerde groepen hebben niet echt een keuze. Als ze de taal niet goed spreken dan hebben ze geen toegang tot informatie. Ze hebben geen kans om zich goed te verwoorden, en daarmee dan dus ook geen zelfbeschikking over zwanger worden. Je ziet een verschil met kwetsbare autochtone meiden die wel zelfbeschikking hebben maar niet de kennis die ze hebben inzetten om zwangerschappen te voorkomen.” (PH4 professional geboortezorg)

“Er zijn veel vrouwen en stellen met wie het gesprek over kinderwens (op school in hun jonge leven) en een op maat gesprek over anticonceptie niet gevoerd wordt. Dus dan is het de vraag of ze echt zelf beschikken over het plannen van een gezin en het krijgen van een kind. Ze volgen dan meer een eigen behoefte om hun leven in te vullen. Ik zie jonge meisjes die ongesteld worden en op hun 14e van de huisarts al de pil krijgen voorgeschreven. Ik vind dat geen zelfbeschikking want die meiden leren daardoor hun lichaam helemaal niet kennen. Die weten niet wat ze voelen, wat hun eigen hormonen met hun lichaam doen met hun humeur. Dan is het geen anticonceptie meer maar gewoon een medicijn tegen ongesteld zijn.” (PH06,professional geboortezorg)

“In sommige gevallen wordt benoemd dat cultuur of religie de keus rondom zelfbeschikking in de weg staat:

De vrouwen bij ons zijn al zwanger dus bekijken zelfbeschikking vanuit die situatie. We kaarten altijd aan dat een vrouw wettelijk zelfbeschikking heeft. Wij leggen altijd de Nederlandse visie uit: dat je als vrouw zelf je keuze mag maken en dat je anoniem kan beslissen of je een abortus wil bijvoorbeeld. Maar we zien ook dat dit in de praktijk niet zo werkt. Soms spelen culturele aspecten mee, bijvoorbeeld wanneer het een taboe is om ongehuwd zwanger te raken. En soms is abortus not done. Dan kan het zijn dat de omgeving of de culturele norm de doorslag geeft en dan is er geen sprake van zelfbeschikking.“ (PH20, sociaal domein)

Redenen voor kinderwens

De interviews met professionals bevestigen wat ook uit de interviews met de jongeren naar voren kwam: er is in deze kwetsbare groep vaak al vroeg een (geïdealiseerde) kinderwens, al dan niet stiekem. Professionals benoemen dat dit te maken heeft met liefde en erkenning. Veel van deze jongeren willen de onvoorwaardelijkheid van de liefde van een eigen kind, alsook de erkenning van hun rol als waardevol mens, namelijk een moeder die voor vol wordt aangezien.

“De meiden vinden het leuk: “Ik krijg een kindje”. Iets voor jezelf. Je bent niet meer alleen. Je bent zelf ook moeder. Het is statusverhogend. “Ze zien me voor vol aan.” Maar het hele stukje wat er bij komt kijken is best een opgave. Het is geen realistisch beeld. Dat ze het zo idealiseren is zorgelijk.” (RU09, professional jeugdbescherming)

“Word ik gezien? Wordt er van me gehouden? Als je die basisveiligheid hebt in jezelf dan hoef je dat niet buiten jezelf te zoeken. Dan gaat het ook minder vaak mis. Er zijn ook situaties waarbij iemand zwanger wordt om hem [de partner] aan zich te binden. Of zodat er eindelijk eens echt iemand van ze houdt, namelijk dat kindje.” (RU08, professional jeugdbescherming)

Ongewenste zwangerschappen kunnen ook gepland zijn, bijvoorbeeld wanneer de partner dit wil of wanneer vervulling voor het leven wordt gezocht.

“Ik ken ook echt vrouwen die hebben moeite met vier, en dan gaan ze toch voor de vijfde. [….] Sommige moeders zeggen afleiding te zoeken en het krijgen van een kind is die afleiding. Als moeders de taal niet spreken en ook geen werk hebben, en je hebt kinderen met veel problemen. Het leidt af van de problemen, het lijkt dan een oplossing, maar je zorgt voor nog een probleem.” (PH12, sleutelpersoon, Turks)

“Maar er zijn ook moeders die zeggen ongewenst zwanger te zijn geraakt. Ze zeggen dan bijvoorbeeld dat de pil niet werkte. Maar ze hebben dan een stiekeme wens, bijvoorbeeld om eindelijk iets voor zichzelf te hebben. Soms is dat een veel diepere laag, een dieper doel om … te kunnen voortbestaan.” (PH05, professional sociaal domein)

“Er zijn veel mensen (zowel hoog als laag opgeleid) die een kind nemen als vervulling van hun leven omdat ze een soort leegte voelen, vanuit het gebrek aan echte veilige relaties in hun eigen leven met hun eigen familie. Vrouwen die zelf slecht gehecht zijn, of een trauma hebben meegemaakt in hun leven, en dan een baby voor zichzelf willen. Die denken dat met een kind alles goed komt.” (PH06, professional geboortezorg)

Gevolgen van ongewenste zwangerschappen

Gevolgen van ongewenste zwangerschappen zijn er voor ouders maar ook voor kind. Professionals maken zich er erg zorgen om. Enkele gevolgen zijn:

1. **Gevaar voor het kind**

Er wordt gesproken over de situatie waarbij kinderen opgroeien in zeer onstabiele situaties, veelal waar ouders geen liefde kunnen geven aan het kindje en de ontwikkeling van het kind in de weg staat.

“Dat kan zijn gevaar voor het kind of een onstabiele situatie waarin het kind opgroeit. Dan is het gevolg dat een kind zich niet goed kan ontwikkelen.” (PH03, medisch professional)

“In de uiterste gevallen kan het zijn dat ouders hun kindje geen liefde geven en het zelfs verwaarlozen. Dan spreek je van kindermishandeling. Het kan ook zijn dat een moeder in een depressie raakt, of dat ze gewoon heel ongelukkig wordt. Het werkt dan 2 kanten op.” (PH5, professional sociaal domein)

1. **Moeders die er alleen voor komen te staan**

Ook gevaar voor de moeder wordt genoemd, bijvoorbeeld wanneer ze er alleen voor komt te staan, veel stress ervaart of in depressie raakt. Dit kan vervolgens weer zijn weerslag hebben op de hechting met en de ontwikkeling van het kindje.

“En een extreem geval als voor de omgeving/ de familie het kind niet gewenst is en voor de moeder wel, dan zien we ook wel dat in het ergste geval moeders er alleen voor komen te staan. Ze worden dan verstoten bijvoorbeeld.” (PH04, professional geboortezorg)

“Maar het kan ook betekenen gevaar voor de moeder. Dat zij er alleen voor komt te staan met een kind, of dat de situatie haar boven het hoofd groeit of dat ze psychische klachten krijgt.” (PH03, medisch professional)

1. **Kinderen die opgroeien in een stressvolle situatie**

Er is steeds meer bekend wat de invloed van langdurige stress is de (hersenen) ontwikkeling en gezondheid van het jonge kind met grote gevolgen voor het latere leven. Dit wordt ook als een belangrijk risico genoemd door de professionals als gevolg van ongewenste zwangerschap. Zowel tijdens de zwangerschap als erna kan er een stressvolle situatie ontstaan.

“Nou de eerste 1000 dagen zijn enorm belangrijk. Stress is niet goed voor een ongeboren kind. Heel veel mensen weten dit niet.” (PH08, professional sociaal domein)

“Wanneer er bovenmatig veel stress is, dan heeft dit negatieve gevolgen voor de groei en ontwikkeling van het kind. Bijvoorbeeld een laag geboortegewicht heeft invloed op de hersenontwikkeling en het immuunsysteem.” (PH09,sociaal domein)

*“Een slechte hechting van een kindje. Wanneer een moeder het echt niet eens is met de zwangerschap, kan ze het kindje niet geven wat ze nodig heeft, aandacht en liefde. Verwaarlozing. Vaak is hechting al moeilijk bij mensen met een verstandelijke beperking. Het is moeilijk voor hen om sensitief te reageren. Ze zien niet wat het kindje nodig heeft. Dit is sowieso al een aandachtspunt en helemaal als het kindje ongewenst is.” (RU06, professional jeugdbescherming)*

1. **Soms pakt het volgens professionals heel positief uit**

Professionals belichten ook dat ongewenst zwanger zijn voor moeders heel positief kan uitpakken. Enkele moeders vinden door de zwangerschap een nieuw doel in het leven, een duwtje om iets aan hun leven te veranderen.

“Er zijn wel echt meiden die er beter van worden. Het kind is dan een drijfveer waardoor ze iets van hun leven willen maken. Deze moeders hadden misschien beter eerst aan zichzelf moeten werken voordat ze moeder werden. Maar de zwangerschap doet hen dan ook de noodzaak daarvan inzien.” (PH05, professional sociaal domein)

“Je maakt er wat van. Soms zie je moeders die door een zwangerschap een enorme kracht ontwikkelen. Doordat ze een duidelijk doel hebben in hun leven lukt het hen ook hun problemen aan te pakken. Niemand wil dat zijn kind uit huis wordt geplaatst en ik vind het ook niet wenselijk dat een kind niet opgroeit bij de eigen ouders.” (PH09, professional sociaal domein)

**Onbekende gevolgen voor bepaalde groepen inwoners**Sommige groepen inwoners zijn slecht in beeld bij professionals (zie volgende hoofdstuk). Hierdoor is het voor professionals moeilijk in te schatten of en wat de impact en mogelijke gevolgen van ongewenste zwangerschappen zijn. Hoewel er wordt verwacht dat er mogelijke gevolgen zijn is het onbekend wat deze dan zijn. Over Bulgaarse vrouwen legt een huisarts uit dat deze vaak (soms wel 4 of 5 keer) vragen om een abortus. Dit stelt de huisarts voor een ethisch dilemma of ze nog wel een verwijzing wil geven. Er worden zorgen geuit over wat deze vrouwen zouden doen als ze geen verwijzing hiervoor zouden krijgen.

“Als daar [verwijzing tot abortus] geen gehoor aan wordt gegeven dan zoeken vrouwen soms een weg. Ik heb wel eens vermoed dat een patiënt naar een privé-abortuskliniek ging. Of misschien gaan ze naar Bulgarije om daar geholpen te worden. Mijn angst is dat vrouwen zelf aan de slag gaan. Met alle risico’s vandien. Ik vermoed ook dat sommige vrouwen een morning-afterpil nemen, mogelijk uit een illegale Bulgaarse medicijnwinkel, waarvan we als huisartsen hebben gehoord dat er twee zijn.” (PH10, medisch professional)

3.2 Kwetsbare groepen

3.2.1 Om wie maken professionals zich zorgen

De verschillende professionals van de verschillende organisaties noemen diverse groepen om wie zij zich zorgen maken. Ook zijn er verschillende groepen vrouwen niet in beeld bij professionals waar ze zich om die reden zorgen over maken. Op de vraag om wie zij zich zorgen maken, wordt ook vaak op een andere manier geantwoord. Men maakt zich bijvoorbeeld zorgen om mensen voor wie het onderwerp niet bespreekbaar is. Verder worden diverse risicofactoren genoemd.

**Vrouwen met een (licht) verstandelijke beperking**

Deze risicogroep wordt vaak genoemd. Er wordt benoemd dat deze vrouwen grotere kans hebben om seksueel misbruikt te worden, tegelijkertijd kunnen veel vrouwen met LVB de gevolgen van een zwangerschap niet overzien. Specifiek wordt de groep LVB vrouwen genoemd die nog thuis wonen, deze zijn weinig in beeld bij hulpverleners en het ontbreekt vaak aan begeleiding.

“Ze kunnen moeilijk overzien wat de gevolgen van een zwangerschap zijn. Ze raken overspoeld in onze maatschappij en zijn zo kwetsbaar. Juist de LVB doelgroep maakt zoveel meer kans op seksueel misbruik, blijkt uit onderzoek. Daarom heeft dit veel aandacht binnen het werk.” (RU07, professional jeugdhulpverlening)

“Er zijn jongeren met een minder begaafde achtergrond. Die naar de praktijkschool gaan. Met een cognitieve beperking. Voor hen vind ik het zorgelijk omdat ze echt niet overzien wat het gaat betekenen. En of ze goed voor hun kind kunnen zorgen.“(RU10, professional jongerenwerk)

“LVB-meiden zien er normaal uit, kunnen een scootertje rijden, net aan. Ze gaan actief op zoek naar relaties. Ze hebben veelal een gevoel van weinig zelfwaardering. Ze kunnen vaak net niet mee. Dus ze moeten mooie schoenen en kleding om te tonen dat ze mee tellen. In de puberteit komen ze erachter dat ze iets te bieden hebben. Ze zetten hun seksualiteit in om erkenning te genereren. Ze vertonen seksueel gedrag. Dus je kunt voorlichting geven tot je een ons weegt, maar in het weekend gaan ze weer naar huis. En daar merken ze wat werkt. Soms vindt een meisje het eng om naar Amsterdam te gaan. Maar ze merkt: “Ik krijg wel sigaretten. En ze krijgen wel een stijve piemel van me. Dus ze vinden me leuk.” Dus wij kunnen benoemen dat het niet verstandig is en dat je alleen seks moet hebben als je het alle twee wilt, maar dat zijn boodschappen waar zij in de praktijk niets mee kunnen.” (RU04, professional (L)VB-zorg)

“Ik maak me zorgen om mensen met LVB die thuiswonend zijn. Er is dan weinig hulpverlenerschap van buitenaf in een gezin. Of soms is iemand zelfs nog niet eens erkend als LVB. En dan ontbreekt ook de begeleiding. Zij zijn extra kwetsbaar. In hun thuissituatie gaat het vaak om ouders die ook licht verstandelijk beperkt zijn.” (RU05, professional (L)VB-zorg)

“Per definitie is hun handicap een risico. Vooral om dat het niet altijd zichtbaar is en de wereld er daardoor vanuit gaat dat ze alles kunnen begrijpen.” (RU03, professional (L)VB-zorg)

**Multiproblematiek**

Multiproblematiek wordt vaak genoemd, alsook hoe verschillende problemen elkaar kunnen versterken. Het gaat hier om een veelvoud aan problemen waardoor ze controle over het leven verliezen, bijvoorbeeld op het gebied van financiële situatie, huisvesting, verslaving en gebrek aan relaties. Dit is ook wel de Nu Niet Zwanger doelgroep.

“Als er geen geld is, krap behuisd, dan heeft dat ook invloed op de zwangerschap. De wat meer kwetsbare mensen, in het algemeen, die zijn hierop ook kwetsbaarder.” (R02, professional verslavingszorg)

“Een risico is als mensen geen slaapplek hebben. Dat ze in ruil voor een slaapplek iets terug doen en bij die persoon in bed kruipen. Of als de relatie met de eigen ouders slecht is, dat ze met seks liefde kopen. Wanneer mensen financieel of emotioneel afhankelijk zijn, maakt ze dat kwetsbaar.” (RU12, professional jongerenwerk)

“De liefde, iemand is hopeloos verliefd, leven in het moment, verslaving, psychische problemen, overleven, zwerven, geen sociaal netwerk, lagere intelligentie.” (RU11, professional jongerenwerk)

“Het begint bij de persoonlijke problematiek van iemand. Wanneer het een optelsom wordt van financiële problematiek, opleidingsniveau, culturele achtergrond naast een LVB-situatie dan is er een groot risico. En bij culturele achtergrond kan het gaan om bijvoorbeeld een Antilliaanse achtergrond die impact heeft op de situatie. Of een Islamitische achtergrond waarbij het doel is om een gezin te stichten om in de hemel te komen. Als mensen geen geld hebben, kunnen ze moeilijk anticonceptie regelen. De financiële problemen veroorzaken stress waardoor iemand ook de zaken minder goed kan regelen.” (RU07, professional jeugdbescherming)

“Voor mij zijn dat niet de groepen die kwetsbaar zijn omdat ze geen anticonceptie gebruiken en daar de voorlichting over mis lopen. Het gaat om groepen die in het algemeen weinig controle hebben over hun leven. Ze hebben weinig overzicht doordat ze problemen hebben met huisvesting of geld, of omdat ze gebrek hebben aan een steun-systeem. Daarom is het moeilijk om te zeggen om wie gaat het specifiek want het is een hele grote groep.” (PH01, medisch professional )

“Mensen die drugs gebruiken. Mensen met psychiatrische klachten zonder ziekte inzicht. En mensen die geen hulp willen. Mensen met weinig controle over een grote hoeveelheid aan problemen. ( financieel, huisvesting, werk en relaties). Als er geen huisvesting is dan is dat het grootste probleem” (PH03,medisch professional)

“Vrouwen die blij lijken met hun zwangerschap maar dit eigenlijk niet zijn. Er is bijvoorbeeld geen ruimte thuis om kinderen te krijgen (financieel, qua huisvesting, aandacht) , maar de verwachting is er van een groot gezin. Ze zijn sociaal gewenst blij, maar niet van binnen.” (PH04, professional geboortezorg)

“Om ouders die gebrek hebben aan inlevingsvermogen, en ouders met emotie regulatie problemen. Want om voor een baby te kunnen zorgen moet je je kunnen inleven in wat deze nodig heeft, en emotieregulatie is iets wat ouders hun kinderen moeten leren. Er zijn ouders die gebrek hebben aan het voelen van de emotie bij de ander en bij zichzelf. Als je je eigen emoties niet kan regulieren kan je dat ook je kindje niet leren” (PH05, professional Sociaal domein)

**Lage zelfredzaamheid en agency**

Ook meiden met lage ‘agency’ (autonomie, eigen regie) en lage zelfredzaamheid worden genoemd als kwetsbare groep, met name door onderwijsprofessionals. Het kan gaan om meiden die gepest zijn en een laag zelfbeeld hebben.

*“Zonder te stigmatiseren.. het zijn doorgaans meisjes die weinig opvoeding en sturing hebben gekregen. Ze staan niet sterk in het leven omdat ze niet zo veel opvoeding hebben gehad. Niet helemaal weten wat je wil in het leven en geen duidelijk plan hebben. Wat bozig in het leven staan, want er is ze van alles aangedaan. De meiden die dat komen vertellen, dan verbaast het me niet. Ik zeg ook weleens tegen meiden die geen plan hebben: ‘nu ga je zeker moeder worden’.” (RU14, professional onderwijs)*

*“Er zijn wel jongeren waar ik me zorgen over maak, die moeilijk voor zichzelf opkomen. Meisjes. Die denken dat ze van alles moeten doen. En je ziet dat jongens precies weten bij wie ze een hand op de billen kunnen leggen, dat weten ze feilloos. Dat zijn de meisjes waar je je zorgen over maakt, die te makkelijk dingen doen waar ze later spijt van krijgen.” (RU16, professional onderwijs)*

*“Wat mij altijd opvalt, is dat het altijd de ‘brave’ meisjes zijn. Die gaan dan één keer met hun vriendje naar bed en dan is het vaak meteen raak. Meisjes waarvan je niet de indruk hebt, dat die al seksueel actief zijn. Het overvalt ze, of toch nog geen vaste relatie, maar wel heel erg verliefd op een jongen en dan toch toegeven en geen anticonceptie bij zich hebben, niet gebruiken en het thuis ook gewoon niet durven te vragen of te vertellen. […] Ja, de naïevere meisjes, ja. […] En wat ook opviel bij twee van die meisjes, die hadden ook echt een vriendje waarvan we dachten, die speelt nog met Lego ’s middags. Ik denk, en dat is misschien wel een soort hartenkreet, dat die programma’s bij die kinderen eigenlijk nog helemaal niet doorkomen.” (RU13, professional onderwijs)*

**Niet in beeld**

Er worden grote zorgen geuit over enkele groepen die niet bij professionals in beeld zijn. Dit zijn veelal groepen met een migratieachtergrond die de Nederlandse taal niet spreken of weinig in zorg komen of wantrouwend zijn richting organisaties of zorg. Soms vanwege een vluchtverleden of negatieve ervaringen met hulpverleners in het verleden. De grootste zorg is dat er geen beeld is van deze vrouwen, dat niet bekend is of en welke problemen er zijn en er niet goed bekend is hoe deze vrouwen te bereiken. Daarnaast geven professionals aan dat ze het moeilijk vinden om het gesprek met deze vrouwen over seksualiteit en anticonceptie te voeren, soms door eigen handelingsverlegenheid, soms doordat de vrouwen er niet over lijken te willen praten. Dit laatste kan ook een invulling van de professional zelf zijn.

“Mensen die in hun jeugd veel nare ervaringen opdeden met hulpverleners. Ze verachten organisaties en we betalen dan hier de tol voor het feit dat ze slechte ervaringen hebben met hulpverleners. Ze wantrouwen dan ook onze adviezen: we moeten dan heel erg zorgen dat we de relatie behouden.” (PH04, professional geboortezorg)

“Eritrese en Somalische gemeenschap heb ik slecht in beeld. Ze komen niet naar de huisarts[….] Een andere groep zijn de onverzekerden. Die komen alleen bij ons wanneer er een heel groot probleem is. En ook dan denk ik dat ze vaak niet komen omdat er vaak kosten zitten aan een vervolg : bv de kosten voor anticonceptie. Hoe groot deze groep is daar heb ik ook geen idee van.” (PH01, professional eerstelijnszorg)

“Bulgaarse mensen. Daarvan weten we dat ze jong kinderen krijgen en dat ze veel roken. Daarbij is er een grote taalbarrière, ze zijn vaak ontrouw in het nakomen van afspraken en het mijden van zorg.” PH03, professional geboortezorg)

“De minst toegankelijke groep zijn Bulgaarse gezinnen. In het land van herkomst krijgen vrouwen zoveel mogelijk en zo jong mogelijk kinderen. Dat patroon ziet ze ook bij de vrouwen in Zaandam.” (PH12, sleutelpersoon)

“Syrische en Somalische meisjes. Die spreek ik wel, maar ze zijn heel terughoudend wanneer ik over seksualiteit begin te praten. Ze kappen het gesprek af of ze zeggen ik regel het zelf wel.” (PH14, professional sociaal domein)

3.2.2 Risicofactoren volgens professionals

Hieronder een opsomming van enkele genoemde risicofactoren dat maakt dat volgens professionals vrouwen kwetsbaar worden voor een ongewenste zwangerschap.

**Wanneer het niet bespreekbaar is:**

Sommige professionals maken zich zorgen over mensen die leven in een context waarin seksualiteit en voortplanting geen bespreekbaar onderwerp is.

“(over Bulgaarse vrouwen die bij herhaling abortus plegen): De grootste risicofactoren zijn de sterk ingesleten tradities en overtuigingen over kinderen krijgen in combinatie met het feit dat de gemeenschap gesloten is waardoor echt en dieper contact en open gesprekken niet mogelijk lijken.” (PH01, professional eerstelijnszorg)

“Diegene die er niet open over durven praten. Want als je er met niemand over durft te spreken, wordt het alleen maar moeilijker, terwijl je er misschien op tijd bij moet zijn, als je een abortus wilt. Dat geldt ook voor ouders, als zij daar een duidelijke mening over hebben, dan heeft dat ook invloed op de openheid van jongeren..” (RU02, professional verslavingszorg)

“De bespreekbaarheid bepaalt de kwetsbaarheid. Er zijn ook wel gezinnen waarin het onderwerp te gemakkelijk besproken wordt. Dan zijn moeder en dochter vriendinnen en vertelt moeder van alles over zichzelf. Dat is dan weer te grenzeloos. Is ook weer kwetsbaar. […] Aspecten die een rol spelen: kennis, niveau. Als je seksualiteit niet bespreekbaar kunt maken. Als je niet met je kind over de toekomst praat. Als er op die manier overdracht van generatie op generatie komt.“(RU09, professional jeugdbescherming)

**Stapeling van sociaal en economische problemen**

Veel kenmerken in de omstandigheden waarin mensen leven, dragen direct bij aan een kwetsbaarheid om ongewenst zwanger te raken. Denk hierbij aan financiële problemen, middelengebruik, hoog stress niveau, huiselijk geweld. Juist de stapeling van deze problemen verhogen de kwetsbaarheid. Andersom zijn het de omstandigheden die de zwangerschap zelf kwetsbaar maken. Sommige hulpverleners kennen een hiërarchie.

“De grootste boosdoener is de financiële achtergrond. Als het financieel op orde is, is dat de basis en dan komt de rest ook wel goed. Met coaching en begeleiding.” (RU10, professional jongerenwerk)

“Wanneer iemand erg veel stress heeft, bv als gevolg van schulden, in combinatie met een voorbehoedmiddel waaraan gedacht moet worden zoals de pil.” (PH14, professional sociaal domein)

“Met name wanneer mensen dus niet het gevoel hebben dat ze controle hebben over hun leven als gevolg van een stapeling van problemen als: Gebrek aan sociale contacten. Slechte huisvesting. Geldproblemen.” (PH01, geboortezorg professional)

Mensen die middelen gebruiken, maken vaak minder verstandige keuzes, ze laten zich vaak leiden door het gebruik. Daarom ben je ook een risicogroep. Terwijl dat juist de mensen zijn die niet zwanger zouden moeten worden. Maar wel vooral de volwassenen. Vanwege het taboe dat ze het lastig vinden erover te praten.” (RU02, professional verslavingszorg)

“Er zijn veel dingen die je als professional niet ziet. Er is onvoldoende zicht op deze vrouwen die het slachtoffer zijn, niet weg kunnen en opnieuw zwanger zijn geraakt. De vraag is dan: hoe is het kindje verwekt? Als er sprake was van een verkrachting is het dubbel ongewenst.” (RU07, professional jeugdbescherming)

**Te weinig kennis van seksualiteit en anticonceptie**

Het hebben van weinig kennis over seksualiteit en anticonceptie wordt benoemd als belangrijke risicofactor voor ongewenste zwangerschap.

“Verkeerd gebruik van anticonceptie: er zijn vrouwen die bv eerst seks hebben en daarna de pil slikken. Vrouwen die dus wel een recept krijgen maar niet snappen hoe anticonceptie werkt. Een partner die geen condoom wil gebruiken komen we ook tegen.” (PH20, professional sociaal domein)

Voor mensen met name met een niet Nederlandse achtergrond, die de Nederlandse taal niet of niet genoeg machtig zijn is er een groot risico. Zij kunnen informatie die toegereikt wordt niet goed begrijpen. Professionals noemen dat er vaak van verkeerde informatie wordt uitgegaan.

“Een taalbarrière is een hele grote. Groepen die gevoelig zijn voor verkeerde informatie, bakerpraatjes, bijvoorbeeld dat borstvoeding beschermend zou zijn tegen zwanger worden. Ik denk dan aan Bulgaarse, Turkse groepen en Marokkaanse inwoners. Vrouwen zijn afhankelijk van hun man die vertaalt tijden het contact. Het bespreken van anticonceptie brengt dan ook ongemak met zich mee. Dus een open gesprek is lastig.” (PH04, professional geboortezorg)

**Normen en voorbeelden in de omgeving**

Sommige professionals benoemen dat tienerzwangerschap vaak overgaat van moeder op dochter (intergenerationele overdracht). Wanneer jonge meiden een tienermoeder als voorbeeld hebben in hun omgeving, draagt dat over het algemeen bij aan het normaliseren van tienermoederschap.

“Als je gaat doorvragen blijkt dat de moeder ook vaak vroeg zwanger geraakt. […]Bij de meiden op school is dat ook meer normaal, het kan je overkomen en dan is het zo. Bijvoorbeeld een zus die op haar 17e ook een baby’tje krijgt. De norm ligt er anders. Makkelijker omgaan met anticonceptie, en het is geen drama als het je overkomt.” (RU15, professional onderwijs)

“Soms heeft iemand vriendinnen met kinderen. En denkt dat zij dat ook wel kan. Dan speelt er een verlangen. Als ze zelf een probleemjeugd hebben gehad, geen fijne opvoeding, geen sterke band met de ouders, dan is een kind een manier om niet meer alleen te zijn.” (RU11, professional jongerenwerk)

**Ongedocumenteerden**

Vrouwen zonder verblijfstatus hebben geen of minder toegang tot zorg. Dit kan hun toegang tot anticonceptie, belemmeren wat hun meer risico geeft op ongewenste zwangerschap.

“Ongedocumenteerden die hebben geen huisarts en geen apotheek.” (PH20 sociaal domein)

**Handelen van de professional**

Soms kan het handelen van de professional een risicofactor zijn. Dit kan aan de houding van de professional liggen, door verschil in normen en waarden, of wanneer de professional de cliënt niet voldoende in beeld heeft.

“Risicofactoren zijn in de weerzin te schieten, het opgeheven vingertje, belerend te handelen, weg te houden van deze onderwerpen, geen ruimte te geven om dit gevoel ook te mogen voelen, waardoor mensen onder water raken, depressief, boos en heel gevoelig. Soms is het nodig wel te handelen. Anticonceptie is heel belangrijk.” (RU04, professional (L)VB-zorg)

“Wat ik persoonlijk leer van deze cases is dat het nodig is om je normen en waarden los te laten vanuit ons hulpverlenerschap. En dat het erom gaat om te luisteren wat de normen en waarden zijn van de cliënt en daar de aanpak op aan te passen in plaats van te proberen die normen en waarden om te buigen. We moeten heel persoonlijk kijken. Niet naar wat kan allemaal niet, maar naar wat mogelijk is. Kijken hoe je gehoor kunt geven aan iemands wensen. Wat heeft iemand nodig? Wat heeft het netwerk nodig? Om p die manier te kijken wat kan. Als samenleving en als organisatie valt hier nog wel wat winst te behalen.” (RU05, professional (L)VB-zorg)

“Waar ik me zorgen om maak is dat artsen niet goed weten wat voor vlees ze in de kuip hebben. Zo ken ik een arts die heeft meegewerkt aan een IVF-behandeling om de moeder zwanger te laten worden. Ze heeft licht verstandelijke problematiek. Ze heeft een verleden van hier tot Tokyo. Borderline. Dan weet je dat het mis gaat. De privacywetgeving maakt het er niet eenvoudiger op.” (RU03, professional (L)VB-zorg)

3.2.3 Beschermende factoren volgens de professionals

**Stabiel netwerk**

Als allerbelangrijkste beschermende factor wordt meestal een stabiel, steunend, en liefdevol netwerk genoemd. Dat kan ook bestaan uit goede professionals om diegene heen.

“Stabiel thuis, liefdevolle ouders die een hechte band hebben met hun kind, open communicatie, een goed sociaal netwerk (oom, tante, neef, nicht, vriendinnen).” (RU11, professional jongerenwerk)

“Een fijn netwerk helpt heel erg voor iemand. Dat ze er alleen voor staan, helpt helemaal niet.

En je merkt dat als iemand op school zit, dat ze de opleiding wel willen afronden. Terwijl als iemand geen dagbesteding heeft, is dat anders.” (RU12, professional jongerenwerk)

“Wanneer er iemand in de omgeving is die voldoende voorlichting kan geven. Die een vertrouwenspersoon is. Bijvoorbeeld een docent op school of iemand in de familie die stevig in de schoenen staat, die het verband ziet tussen actie en reactie, tussen oorzaak en gevolg. Wanneer de ouders die persoon kunnen vertrouwen en ook iets van deze persoon willen aannemen, dan is het kassa. Dat helpt enorm.” (RU07, professional jeugdbescherming)

“Het biedt bescherming wanneer iemand 24-uursbegeleiding heeft. Dan staat er continu iemand paraat om te helpen als dat nodig is. Als er vragen zijn. Geschoolde mensen kunnen een cliënt goed bijstaan.” (RU05, professional (L)VB-zorg)

“Een betrouwbaar netwerk om mensen heen. Geen vage kennissen maar een netwerk waar je echt op kan bouwen.” (PH05,professional sociaal domein)

**Kennis**

Een goede voorbereiding en kennis wordt ook belangrijk geacht. Met een goede voorbereiding wordt bedoeld dat het gesprek is gevoerd over kinderwens en wat de impact van het hebben van kind op je leven is en de juiste begeleiding krijgen.

“Hele goede voorbereiding: Wanneer er hele goede begeleiding is, dan kan een ongewenste zwangerschap een gewenste worden. Zowel verloskundige zorg, als praktische zorg en kraamzorg.” (PH04 geboortezorg professional

“Aan de ene kant een zekere mate van kennis. Aan de andere kant dat mensen het gevoel hebben dat je er wat mee kan. Dat je een bepaalde mate je eigen beslissingen kan nemen.” (PH01, medisch professional)

**Culturele overeenkomsten tussen professional en cliënt**

Als het gaat om dingen bespreekbaar maken, helpt het volgens professionals om een zorgverlener te hebben met een zelfde culturele achtergrond, iemand die weet heeft van de heersende normen en waarden binnen de cultuur van de cliënt.

“Wanneer een zorgverlener eenzelfde etniciteit heeft kan dat helpen. Of wanneer een oudere collega met veel ervaring de zorg doet.”(PH4 eerstelijns verloskundige)

* 1. Huidige situatie en verbeterpunten in Zaanstad

### 3.3.1 Wat gaat goed en wat kan beter volgens inwoners van Zaanstad?

**In het onderwijs**

Seksuele voorlichting op scholen wordt vaak wel gewaardeerd en belangrijk geacht, mits het passend en goed gegeven is. Als dat niet het geval is, dan bestaat het risico dat de voorlichting niet of zelfs averechts werkt.

Soms vinden respondenten dat de voorlichting onvoldoende is of niet op het juiste moment, te oppervlakkig of ze missen thema’s die in relatie staan tot seksuele voorlichting bijvoorbeeld over dat de keuze voor seks van beide kanten moet komen, hoe je als man de keuze van de vrouw respecteert. Ook vinden sommigen dat de informatie te veel gekleurd is en dat deze afwijkt van de eigen opvoedkundige norm.

*“Op een gegeven moment kwamen ze met een koffertje enzo. Maar er werd vaak een grap van gemaakt in de klas. Het werd niet serieus genomen. Op die leeftijd bedenk je niet wat er kan gebeuren. Ze hadden er wel dieper op in kunnen gaan. Want kinderen van 15 willen het allemaal wel gewoon weten. […] Je moet vroeg beginnen met seksuele voorlichting. Niet pas op het MBO, dat is te laat. Door zowel de ouders als de school.” (RU28, vrouw, 22 jaar, leerling)*

Uit de interviews met inwoners en professionals blijkt dat het aanbod in seksuele voorlichting per school sterk verschilt. Op de ene school doen ze mee aan veel programma’s als Lang Leve de Liefde en Gezonde School, op andere scholen is dit veel minder het geval. Ook is gebleken dat onder invloed van de Turkse gemeenschap op een school bepaalde lessen seksuele vorming zijn geschrapt. Een probleem lijkt zeker dat Islamitische ouders zich zorgen maken over de Nederlandse programma’s, met name dat seksuele voorlichting gemengd wordt gegeven en niet apart aan jongens en meisjes.

Tegelijkertijd blijkt ook uit de interviews dat het geloof ruimte biedt om seksualiteit en kinderen krijgen bespreekbaar te maken en dat er behoefte is aan anatomie-lessen. Ouders willen graag het gesprek voeren over de vrees die ze hebben voor een vrije seksuele moraal. Ze willen weten hoe ze daarmee kunnen omgaan en ze worden graag betrokken bij de inhoud en vorm van seksuele voorlichting in het onderwijs. Ze weten niet met wie en hoe ze hierover in gesprek kunnen.

“In de opvoeding is er schaamte over het bespreken van seksualiteit. De ouders hebben daarom angst en zorgen erover dat hun kinderen in de open samenleving beschadigd worden, dat ze verkeerde keuzes maken die het geloof niet goed keurt, en dat zij anders gaan denken dan de ouders (dat er een verschuiving plaatsvindt in normen en waarden) . Ouders willen niet dat kinderen (jongens en meisjes) een relatie krijgen voor het huwelijk. Daarom willen ouders graag weten wat de school wel en niet vertelt aan kinderen, hoe de lessen eruit zien. Ze willen graag dat ze een stem krijgen in het feit dat jongens en meisjes niet samen de voorlichting krijgen. “ (PH16, man, Syrië)

“Ik vind seksuele voorlichting wel goed. Maar ouders vinden dat echt moeilijk dat het gemengde groepen zijn. Een meisjes. Vrouw mag niet over dit soort dingen praten met jongens en mannen die niet uit het gezin komen of haar man zijn. Daarom weet ik dat gescheiden groepen beter werken bij ons cultuur. Dan doen ze echt mee. Ze krijgen van het geloof en cultuur en kinderen van huis uit mee. Je kan en mag niet in gemengde groepen hierover praten. Daarom zie je niet dat kinderen niet op school komen als ze weten dat het hierover gaat. Of ze praten niet mee als ze er wel zijn. “ (PH18, vrouw Somalisch)

*“Er wordt wel aan voorlichting gedaan maar vanuit de Turkse gemeenschap was hier veel commentaar op en is er bezwaar gemaakt. Hierdoor zijn er lessen geschrapt. Hierdoor veel onwetendheid over seksueel gebied en zwangerschap hoe dat nou zit en wat je je kan permitteren, ja dat viel wel op. Echt gebrek aan voorlichting.” (RU15, professional onderwijs)*

**Zorg/ hulpverlening**

Inwoners spreken regelmatig waardering uit voor de zorg of hulp die zij hebben ontvangen. Daarbij is belangrijk dat inwoners de oprechtheid en de oordeelloosheid van de begeleider voelen. Daarnaast frustreert het wanneer er problemen zijn met de toegankelijkheid van zorg en informatie. Bijvoorbeeld wanneer deze onvolledig is of onbegrijpelijk. De toegang tot informatie in verschillende vormen is een terugkerend benoemd probleem.

*“Ik heb het meeste gehad aan de hulp en ondersteuning van mijn vaste begeleidster van Straathoekwerk. Ik heb met haar heel veel gepraat over mijn situatie en wat ik op bepaalde momenten het beste kan doen. Zij wil dat ik doe waar ik mij het beste bij voel en dat ik me niet laat beïnvloeden door de mensen om mij heen. […] Zij was echt een luisterend oor en had altijd heel erg goed advies voor mij.” (RU22, vrouw, 24 jaar, cliënt jongerenwerk)*

*“Ik heb het toen heel lang voor mezelf gehouden. Ik vond het heel fijn dat Voorzorg en mijn huisarts onafhankelijke partijen zijn. Die staan echt buiten jouw situatie, dus voor mijn gevoel oordelen zij helemaal niet.” (RU19, vrouw, 21 jaar, cliënt jongerenwerk)*

De toegankelijkheid van de zorg is niet altijd optimaal. Zo wordt gezegd dat hulpverleners het vaak te druk hebben, waardoor inwoners geneigd zijn om te denken ‘laat maar’. Het bereiken van specifieke zorginstellingen is soms letterlijk ingewikkeld voor kwetsbare inwoners.

**Informatie over anticonceptie**

Wat betreft anticonceptiezorg, noemen alle inwoners ongeacht hun geloof of culturele achtergrond dat zij graag meer en betere informatie zouden willen op de plekken waar mensen als vanzelf komen en waar een professional kundig advies geeft, denk aan de huisarts, of aan de jeugdarts bij het consultatiebureau. Hoewel dit ook een landelijke taak is, benoemen we het hier ook, omdat het zo vaak en zo duidelijk in de interviews naar voren kwam. Er is behoefte aan uitgebreidere informatie en informatie in verschillende talen. Bijvoorbeeld over bijwerkingen en de gevolgen van pilgebruik. Ook wordt genoemd dat de follow-up en monitoring rond anticonceptie na een consult beter kan. En ook hier geldt dat bij het voorzien van informatie rekening gehouden moet worden met culturele opvattingen van de inwoners. Niet het bespreken van seksualiteit is het probleem voor inwoners (een veelgehoorde aanname ) maar de wijze waarop is belangrijk.

“Op het moment dat een jonge meid bij iemand komt en die zegt ‘je kan prima wisselen van anticonceptie’ denk ik dat er meer onderzoek gedaan mag worden naar de opties, ben je daar tevreden over en wat is je motivatie om te wisselen van anticonceptie. En ze heel duidelijk te maken wat dat soort hormonale dingen met je kunnen doen, en het ook te monitoren. […] Maar dat de huisarts belt en zegt: ‘joh, gaat alles wel goed, heb je ergens last van?’ Dat had ik prettig gevonden op die leeftijd en dat had me een hoop ellende bespaard.” (RU23, vrouw, 20 jaar, cliënt jongerenwerk)

Ook is er in sommige gevallen sprake van een taalbarrière voor sommigen vrouwen en mannen. Er wordt vanwege taal niet goed begrepen wat de mogelijkheden zijn als het gaat om anticonceptie.

“Ik heb niet echt iemand met wil ik kan praten. Taalbarrière is ook een probleem. Ik kan mij niet goed verstaanbaar maken, wat ik wil en wat mijn wensen zijn. Ook is het belangrijk dat degene die informatie geeft kundig is en mij kan helpen te begrijpen wat de voor en nadelen zijn van elke anticonceptie.” (PH17, vrouw, Eritrea)

“Ik weet niet waar ik informatie kunt vinden. Ik denk dat het fijn zou zijn als je met een groep hier allemaal iets over leert, je ervaringen deelt. Maar ook dat deskundigen kunnen vertellen wat de voor en nadelen zijn van elke AC. Hoe je het kunt gebruiken, wanneer, voor hoe lang. Een andere manier zou kunnen zijn dat je zelf het naleest via een folder of op een website. Maar iedereen hier is zo vol , met school en werk dat je daar vaak weinig tijd voor hebt of maakt. Ook denk ik dat het in eigen taal moet. Het is prettiger als mannen en vrouwen gescheiden kunnen worden tijdens de voorlichtingen.” (PH19, vrouw, Eritrea)

“Informatie op maat, op wat past bij ons gezin. Omdat een huisarts over betrouwbare informatie beschikt en ook een persoonlijk advies kan geven. Anders dan de informatie via vrienden of internet Dit kan niet omdat we de taal niet spreken en we dus niet direct met artsen kunnen spreken.” (PH16, man, Syrië)

**Gemeente en het bereiken van de inwoners die ondersteuning nodig hebben**

Inwoners hebben behoefte aan toegankelijke voorzieningen waar ze heen kunnen met vragen, en aan out-reachende (meer pro actieve) zorg. Bijvoorbeeld een Moeder-Kind huis, voor jonge moeders die niet meer thuis kunnen wonen bij hun ouders en ook niet in aanmerking komen voor urgentie een inloopplek waar je terecht kan met vragen. En inwoners zien ook dat sommige mede-inwoners onvoldoende worden bereikt met voorzieningen. Dan zijn het zwangere vrouwen met veel problemen, die niet voor hulp ergens aankloppen. Ook geven inwoners aan dat ze soms hulp willen, maar niet weten niet hoe ze hun problemen zichtbaar kunnen maken. Het gaat hierbij vooral om laaggeletterde personen of migranten. Voor deze groepen zou outreachende zorg belangrijk zijn volgens mede-inwoners en ook gemeenschapsgerichte aanpakken kunnen helpen.

“Er moet meer begeleiding komen vanuit het moeder-kind huis. Zaanstad heeft geen moeder-kind huis meer. Ik vind wel dat er meer middelen moeten zijn qua opvang voor jonge moeders. Als jij als moeder er gewoon wilt zijn voor je kind en je wilt je kind alle liefde geven die je hebt en je wilt er echt voor gaan, dan is er gewoon geen plek voor je. Je staat dan eigenlijk gewoon op straat. Ik ben echt van hot naar her gestuurd. Ik vroeg toen of ik niet naar Amsterdam of Haarlem kon, maar dat mocht niet omdat ik inwoner van Zaanstad ben. Er moet hier echt een alternatief voor komen en ook veel meer begeleiding.” (RU22, vrouw, 24 jaar, cliënt jongerenwerk)

“Ik zou graag iemand hier in de gemeente zien waar ik naartoe kan om over dit soort dingen te praten. Je kan wel naar bepaalde mensen als je al echt problemen hebt, maar er is niet iemand naar wie ik toe kan om gewoon vragen te stellen over dit soort onderwerpen. Dit is vooral echt belangrijk voor mensen zoals ik, bij wie het thuis echt een taboe is. Behalve wat je op school meekrijgt, weet je hier dan helemaal niets van. Ik zou zelf echt niet weten waar ik heen zou moeten hier in Zaanstad.” (RU21, vrouw, 20 jaar, cliënt jongerenwerk)

*“In de flat woont een Somalische vrouw, ik zie haar echt lijden met heel veel kinderen. En ze schreeuwt ook tegen de kinderen. Ik zie dat ze overal in haar eentje is. Het is teveel voor haar, dat is haar aan te zien. Het is te zien aan haar gezicht. Er is geen man betrokken en er is geen ondersteuning.” (PH11, vrouw, Marokkaans)*

### 3.3.2 Wat gaat goed en wat kan beter volgens professionals in Zaanstad

Bespreekbaar maken

Sommige professionals gaan het gesprek aan over onderwerpen als kinderwens, onbedoelde zwangerschap, anticonceptie en aanverwante onderwerpen, anderen doen dit veel minder, of ervaren handelingsverlegenheid. Er zijn mensen die dit gesprek al aan de voorkant voeren. Of iemand deze onderwerpen bespreekbaar maakt, hangt af van verschillende zaken, zoals rol en taakopvatting, ervaring en deskundigheid. Zowel huisartsen, verloskundigen, voorzorg, de gynaecoloog als mensen in de jeugdhulpverlening voeren vaak gesprekken over kinderwens, anticonceptie en seksualiteit. Wat opvalt is dat er verschillende (gespreks-)vaardigheden worden ingezet bij het bespreekbaar maken, waardoor er ook rekening gehouden kan worden met de behoefte van een individuele cliënt: men werkt op maat. Er zijn ook aspecten die beter kunnen. Zo wordt het onderwerp seksualiteit nog vaak vermeden door professionals. Het onderwerp zou ook vaker directer kunnen worden aangekaart, wordt in de interviews opgemerkt. Daarnaast is er handelingsverlegenheid, hoe praat je over seks en kinderen krijgen, en hoe doe je dat met alle groepen? Veel gehoord is de opmerking dat het belangrijk is om eerder in de levensloop het gesprek over kinderen krijgen en seksualiteit aan te gaan. En tot slot worden inwoners vaak overschat in de mate waarin ze hun lijf kennen of in hoeverre ze informatie daadwerkelijk kunnen omzetten tot handelen: denk aan het gebruik van anticonceptie.

**Bespreekbaar maken: wat gaat goed?**

Veel professionals zien het als hun taak om onderwerpen als kinderwens, onbedoelde zwangerschap, anticonceptie bespreekbaar te maken, en hierin een bewustwordingsproces op gang te brengen. Professionals die over het gesprek tevreden zijn vertellen over een ongedwongen manier met humor en met veel deskundigheid van zaken, ze voelen geen drempel voor het gesprek. Voor anderen heeft het te maken met een taakopvatting: het hoort gewoon bij hun werk: dat zie je vooral bij professionals wiens werk primair gaat over gezondheid en zwangerschap (VoorZorg, huisarts en verloskundigen). Sommigen zien de vertrouwensrelatie met een cliënt als voorwaarde om dit te kunnen doen. Niet voor iedereen voelt het bespreken van kinderwens en seksualiteit in een eerste contact comfortabel. Los van het feit of diegene zich zelf wel deskundige voelt. Soms leeft het gevoel dat het aan de tijd ontbreekt om tot een verdiepend gesprek te komen over kinderwens en anticonceptie. En het hangt ook af van de functie: Niet iedere professional is in de positie om hierover het gesprek te voeren, dat hangt af van de functie en het type contact. En tot slot is bereikbaarheid een belangrijk element. Er zijn inwoners die actief met een vraag komen en dus minder vatbaar lijken voor een ongewenste zwangerschap. Dat kan het gevoel geven van goede bereikbaarheid, terwijl niet duidelijk is of dat daadwerkelijk het geval is voor meer kwetsbare groepen.

*“Seksualiteit en het hele plaatje daaromheen willen we op de voorgrond laten treden. We bieden niet enkel bed-bad-brood. Seks is een onderdeel van het dagelijks leven. Zo ligt er bijvoorbeeld op elke koffietafel een Playboy. En ook andere magazines. Op die manier is het gemakkelijk om over een onderwerp te beginnen. Je kunt zo’n blad samen doorbladeren en vragen stellen. En met elkaar het gesprek aangaan. Door samen een tijdschrift door te bladeren kom je er achter wat de cliënt weet, welke woorden de cliënt gebruikt en daar kunnen je op voort bouwen. Ook wanneer er bijvoorbeeld baby’s op tv zijn, kun je daarover praten. Op die manier kan het continu een onderwerp van gesprek zijn en niet enkel tijdens seksuele voorlichting.” (RU05, professional (L)VB-zorg)*

*“Wanneer er sprake is van een onbedoelde zwangerschap ga ik het gesprek aan met de ouders. Ik kan de vrouw naar de huisarts sturen om te overleggen wat ze wil. Zeker wanneer abortus een optie is, is het lastig vanuit de positie van jeugdbeschermer om daar het gesprek over te voeren. Dan heb ik niet de juiste functie om het daarover te hebben. Daar voel ik me niet goed bij. Er is niet echt sprake van samenwerking op dit terrein. Er wordt wel over gesproken met hulpverleners, maar er wordt niet samengewerkt.” (RU06, professional jeugdbescherming)*

*Ze maakt seksualiteit bespreekbaar en stelt vragen als; heb je veilige seks en hoe denk je daarover?*

*Ze checkt zoveel mogelijk hoe de situatie in elkaar zit, als ze alle leefgebieden naloopt. Ze vraagt dan ook of iemand anticonceptie gebruikt en welke. Met humor geeft ze iemand een handvol condooms mee om zich te beschermen. Of maakt een grapje bij iemand die al een kind heeft dat ze een spiraal moet laten plaatsen omdat ze zo gemakkelijk zwanger raakt. Wanneer duidelijk is dat een cliënt (nog) niet weet wat ze met de zwangerschap aan moet, maakt de straathoekwerker lijstjes van voor- en nadelen samen met haar. (RU11, professional jongerenwerk)*

 *“Ik heb geen vaste lijn maar ik pas het aan op de moeder. Ik vraag altijd wat ze aan anticonceptie al hebben gebruikt, en wat ze prettig vonden en wat niet. Ik werk ook aan de bewustwording want vaak vind ik het niet verstandig om weer een kind te krijgen. Dus ik bespreek hun kinderwens en ik bespreek de tijd die tussen het krijgen van kinderen nodig is, ‘gezinsplanning’.” (PH05, professional sociaal domein)*

*“Officieel is het bespreken van anticonceptie een taak van de verloskundige. En er zijn verloskundigen die het heel graag ook zelf willen doen. Omdat ik goed in contact ben met mensen, kan ik het gesprek over anticonceptie ook goed voeren. Maar ik bespreek altijd met mensen: op de laatste dag dan gaat de verloskundige het met jou erover hebben. Dus bespreek het vast met je partner. En dan komt er soms al een gesprek, en dan kunnen we het daar over hebben. En ik heb het ook altijd over de relatie.”(PH06, geboortezorg professional)*

*“De laatste dag van de eerste week na de bevalling bespreken we bij alle cliënten anticonceptie. Op verzoek van vrouwen ga ik altijd in op vragen van vrouwen over anticonceptie. Dat kan dus ook in die 6 weken na de bevalling waarin ik vrouwen ook nog zie. Sinds 1 jaar kunnen wij als verloskundigen anticonceptie ook voorschrijven en (sommige collega’s) kunnen ook spiralen plaatsen.” (PH04, geboortezorg professional)*

**Bespreekbaar maken: wat kan beter?**

Meer, structureler, directiever en pro actiever in gesprek gaan

Het bespreekbaar maken van het thema wordt daarnaast ook door sommige professionals als verbeterpunt genoemd.

*“Het is belangrijk dat professionals het gewoon zeggen. Vanuit Jeugdbescherming wordt teveel met fluwelen handschoentjes gewerkt, maar het is nodig veel meer in gesprek te gaan. En het eigen referentiekader speelt daarbij een rol in hoe je dat wel of niet doet. Wat aan de voorkant bij vrijwillig handelen gebeurt, kun je ook doorzetten naar de jeugdbeschermingstak. Daar valt nog zoveel meer te behalen. Het zou mooi zijn om Nu Niet Zwanger door te vertalen naar jeugdzorgwerkers. Hen handvatten te bieden hoe je het constructieve gesprek voert en steunend kunt zijn aan de gezinnen. Op die manier is veel te voorkomen. Het gesprek voeren over: Wat kunnen wij inzetten naast de moeder? De zwangerschap biedt ook een nieuwe kans [voor gesprek]. Er zijn gewijzigde omstandigheden. Welke ondersteuning is nodig om het kind goed op te laten groeien? Wat heb jij als moeder en wat heeft je kind nodig om dit tot een goed einde te brengen?” (RU07, professional jeugdbescherming)*

*“Het is nodig het onderwerp seksualiteit meer bespreekbaar te maken. Meer aandacht te schenken.*

*Laat ik het zo zeggen. Ik doe dit werk best lang. Vroeger hadden we meer tijd. Tijd is best belangrijk. Om te investeren in contact. Het werk is veel zwaarder geworden. Er is veel meer bijgekomen, aan taken en verantwoordelijkheden. Waardoor je niet de tijd of aandacht kunt hebben voor gezinnen die je wilt hebben. Meer tijd [investeren] in contact met z’n meisje. Wie ze echt is. Die tijd ervaar ik nu niet. Maar dan kun je ook dieper gaan. Dan kun je andere gesprekken voeren. Er moet vertrouwen zijn. Heel jammer dat dat nu niet kan. Als we meer investeren en er meer tijd voor maken, dan kunnen we meer in de preventie bespreken.” (RU09, professional jeugdbescherming)*

*“Seksualiteit en kinderwens moeten standaard een onderdeel van de evaluatie zijn of van het plan. Het moeten onderwerpen van gesprek blijven. Nu komt het vaak pas aan de orde als het mis gaat. Reactief. Een goede manier om het gesprek te voeren is: aansluiten bij de kennis van de cliënt zelf, bij de woorden die de cliënt gebruikt. We overschatten cliënten vaak heel erg. Ook op basis van uitspraken die cliënten zelf doen. Dan kennen mensen termen en kunnen ze handelingen verrichten waardoor ze hoger ingeschat worden. Bijvoorbeeld tijdens het tonen van wervend en grensoverschrijdend gedrag. Maar dan hebben ze geen idee wat menstruatie is en wat dat betekent in je lijf. Kom regelmatig op het thema terug. En het is prima als dat in het begin spannend is, giechelig, rode oortjes. Maar het moet een normaal onderdeel worden.” (RU05, professional (L)VB-zorg)*

*“Mensen komen met name bij mij wanneer ze kleine problemen hebben. Het gaat om hele wisselende contacten. Ik heb een grote populatie Turkse patiënten. Die komen naar me toe voor voorlichting over anticonceptie bijvoorbeeld. Maar een deel van de inwoners zie je niet komen met die voorlichtings-vragen, die mis ik kan en heb ik nooit over anticonceptie gesproken.” (PH01, medisch professional)*

Eerder beginnen met in gesprek gaan over seksualiteit en kinderwens

Meermaals wordt bepleit dat het spreken over seksualiteit, ouderschap en kinderwens eerder zou moeten gebeuren dan nu vaak het geval lijkt te zijn, en niet pas wanneer er sprake is van een probleem. Op deze manier kun je ook eerder signaleren.

*“Ik pleit ervoor om het over ouderschap te hebben, over of je jezelf ziet als vader of moeder, om er over te spreken of er een kinderwens is. En daar niet pas over te beginnen als iemand een relatie heeft. Maar om het als opvoedingspunt mee te nemen en een gedachtegang te laten plaats vinden. Dat die gevoelens erbij horen. Dat ze heel menselijk zijn. En dat dit niet ten koste hoeft te gaan van de zelfwaardering, maar dat mensen juist kunnen voelen dat dit erbij hoort. Op veel jongere leeftijd is positieve aandacht nodig om zich daarin te kunnen ontwikkelen. En daarmee bedoel ik niet dat ze dus allemaal ouders worden, maar dat ze kunnen voelen wat er is. Met ruimte voor rouw. Om de realiteit te zien. Eventueel over alternatieven na te denken. Als dit niet kan, wat kan dan wel? Als je het er niet over hebt, is het er niet.” (RU04, professional (L)VB-zorg)*

*“Hoe kun je eerder signaleren dat ze zwanger zijn? Omdat ze bijna allemaal abortus hadden gepleegd als het gekund had. Misschien dat de huisarts daar eerder naar kan vragen. Betere info tot wanneer een abortus nog mogelijk is. In feite is voorlichting het belangrijkste. Bij LVB gaat het dan om specifieke voorlichting. Je zou dan zelfs kunnen verplichten, dat mensen met hulp voorbehoedsmiddelen gebruiken.” (RU08, professional jeugdbescherming )*

*“We hebben als sociaal wijkteam deze jonge mensen (zonder kinderen maar kwetsbaar voor een ongewenste zwangerschap, zoals bezoekers aan het jongerenloket) helemaal niet in beeld. En ik heb ook geen echte rol in het voorkomen van ongewenste zwangerschappen. Dat maakt ook dat preventie heel erg lastig is. Ze gaan niet naar school, ze hebben geen werk, en zolang ze niet zwanger zijn weet ik niet hoe je ze zou kunnen vinden. Terwijl ze wel op andere plekken in beeld zijn. Bv bij het UWV of het jongerenloket. Daar komen ze eerder voor een inkomen bijstand of een Wajong uitkering.” (PH08, professional sociaal domein)*

Ook lijkt er bij sommige professionals sprake van handelingsverlegenheid te zijn.

*Ik denk wel dat er nog veel partners zijn bij wie handelingsverlegenheid een rol speelt in het bespreekbaar maken van seksualiteit en anticonceptie. (PH14, professionals sociaal domein)*

Kwetsbare groepen in beeld krijgen

Er zijn een aantal groepen genoemd die nog niet in beeld zijn, of waarvan de grootte niet bekend is, maar waar wel zorgen over zijn. Deze groepen komen in beeld via andere partners, bijvoorbeeld wanneer ze wel zwanger zijn of wanneer de problemen inmiddels heel groot zijn geworden. Ook maakt de aard van de problematiek (bv onverzekerd zijn) of dat wat wel zichtbaar is (bv heel veel kinderen in combinatie met armoede) dat er vermoedens zijn van kwetsbaarheden bij groepen. Die groepen zou je graag eerder in beeld wil hebben.

*Ten eerste dat we de dus de kwetsbare groep niet in beeld hebben (de groep die op enig moment in hun leven wel hulp nodig hebben maar tot het moment dat ze zwanger worden geen hulpvraag hebben). Ze hebben geen werk, geen school. We zien ze niet, en weten niet wie ze zijn. Ze hebben in de fase van lichte problemen vaak met name inkomens vraagstukken. Er is dus een fase voordat ze zwanger zijn waarop je wel je zou kunnen bedenken er is iets niet in de haak want waarom lukt het ze niet om een eigen inkomen te verwerven. (PH08, professional sociaal domein))*

*Eritrese en Somalische gemeenschap heb ik slecht in beeld. Ze komen niet naar de huisarts. Ik zie vaak de vrouwen, geen idee waar de mannen zijn. Ze verkeren volgens mij vaak in financieel lastige situaties. En ze hebben vaak veel kinderen. Ik vraag me dan af, hoe regel je dat allemaal. En vaak merk ik dat ze toch heel snel hulp regelen. (PH01, medisch professional)*

*Een andere groep zijn de onverzekerden. Die kome alleen bij ons wanneer er een heel groot probleem is. En ook dan denk ik dat ze vaak niet komen omdat er vaak kosten zitten aan een vervolg : bv de kosten voor anticonceptie. Hoe groot deze groep is daar heb ik ook geen idee van. (PH20, professional sociaal domein)*

Samenwerking

Over de samenwerking tussen organisaties wordt over het algemeen positief gesproken. Soms worden er wel punten ter verbetering gezien. Het MDO (mulit disciplinair overleg) Steunpunt Kwetsbare Zwangeren wordt door verschillende partijen genoemd als een route die het samenwerken eenvoudiger maakt.

“In de praktijk komt het voor dat iemand van het wijkteam samen met een gezin bij mij op het spreekuur komt. Dat ze bellen en vragen, kan jij nog wat vertellen over anticonceptie. En ook andersom wanneer er een thema in een gezin speelt waarvan ik denk, daar moet wat mee. En daar moet meer dan een kwartier aan besteed worden. Dan bel ik het wijkteam en dan kunnen zij bv de informatie geven of de informatie die ik heb gegeven nog eens herhalen.“ (PH01 professional eerstelijnszorg)

“Het is goed dat we nu een MDO kwetsbare zwangeren [Steunpunt Kwetsbare Zwangeren] hebben.” (PH2 geboortezorg professional)

“Het zorgpad is er, dat is goed. Al is het niet altijd flexibel genoeg en werkt het niet in alle situaties. Maar we kunnen wel advies vragen bijvoorbeeld aan Veilig Thuis. En hulp van VoorZorg en een Sociaal wijkteam en het ziekenhuis. We staan er niet alleen voor.”(PH04, professional geboortezorg)

“Vanuit de gemeente zijn er uren voor om actiever deel te nemen. Dus ik onderhoud de contacten. JGZ vliegen we in als het noodzakelijk is. Verloskundige, kinderarts. Dit gaat wel meer op procesniveau, casuïstiek wordt niet inhoudelijk besproken. We zorgen dat de lijnen goed lopen en partners op de hoogte zijn van elkaars betrokkenheid in een gezin. En ik heb een adviserende rol in casuïstiek en ik zorg ook dat de contacten gelegd worden, bijvoorbeeld over wat JGZ zou kunnen betekenen.” (PH05, professional sociaal domein)

Veel organisaties denken dat er samenwerkingsproblemen spelen, maar uit de interviews blijkt met name dat de verwachtingen ten aanzien van de samenwerking uiteen lopen. Het sociaal wijkteam geeft aan geen zicht en handelingskracht te hebben op kwetsbaren op het moment dat ze zwanger worden. De vrijwillige basis van hulp en het gebrek aan *outreachende* opdracht, of de eventuele misvattingen daarover lijken een rol te spelen. Daarnaast is het de vraag of de verwachtingen van de mogelijkheden van het sociaal wijkteam reëel zijn. Het levert frustratie op in de geboortezorg keten wanneer zij zwangeren treffen met een veelheid aan problemen. Geboortezorg professionals zien zich ineens voor een hoog risico situatie gesteld als er een kind op komst is. Gebrek aan kennis van de rol van andere partners, verwachtingen over het opschalen van zorg, en gebrek aan eenduidige taal en beleid spelen een rol. Daarnaast wordt bereikbaarheid van samenwerkingspartners als knelpunt genoemd maar ook de ondoorzichtigheid van de sociale kaart komt aan bod.

“Er is weinig zicht op hoe het veld van het sociaal domein werkt. We weten bijvoorbeeld niet of VoorZorg en JGZ met elkaar overlappen. Want VoorZorg zit in het MDO kwetsbare zwangeren [Steunpunt Kwetsbare Zwangeren] maar JGZ niet. In het sociale veld hebben we het vermoeden dat de verantwoordelijkheid voor preventie van zwangerschappen niet goed is belegd. Er zijn veel partners en veel overleggen. De communicatie verloopt vaak slecht. Het kost ons veel tijd om met partners de juiste link te leggen als we bv zorgen hebben.” (PH03 medisch professional)

*“Goede verdeling maken wie welke stukje oppakt. Zodat we dat van elkaar weten. En geen dingen laten liggen omdat we denken dat een ander dat wel doet.” (RU02, professional verslavingszorg)*

*“Ik weet niet wat er nu allemaal is. Dus daar valt iets te verbeteren. Dat we met elkaar om tafel gaan zitten, nu zit iedereen op zijn eigen eilandje. Kennis halen en delen. En dan kijken wat je in het regiocollege kunt doen. Goed contact met GGD zou goed zijn.” (RU14, professional onderwijs)*

*“Het is nodig om een zelfde taal te hebben. Dezelfde betekenis. Bedoelen we het zelfde? Goed om daarmee te beginnen. Wat is je visie? Als we die samen ontwikkelen voor de mensen met wie we als verschillende partners allemaal te maken hebben, is dat het begin. Tegen de tijd dat de jeugdbescherming in beeld komt is het leed al bijna geschied. Het is goed om op dit terrein binnen de schakels al eerder in te zetten. Bij samenwerking krijg je soms meerdere kapiteins op een schip. Mensen kunnen goed voor hun eigen organisatie opkomen. Maar wat is de gezamenlijke visie en missie? Om samen op te trekken. We zien allemaal wel dingen gebeuren. Op alle niveaus heb je hiermee te maken. Maar heb je het over hetzelfde? Soms verzand je in een discussie omdat je eerst uit moet zoeken of je hetzelfde bedoelt. We denken vaak wel te weten hoe het bij de andere organisatie gaat, zoals bij Veilig Thuis of het CJG, maar er zijn nuances.” (RU07, professional jeugdbescherming)*

*“Er zou meer samenwerking kunnen zijn. Met scholen bijvoorbeeld. Het zou mooi zijn om ook daar in te zetten op het voorkomen van onbedoelde zwangerschappen. Ook met de hulpverlening binnen gezinnen, in ons geval zijn dat ook collega’s van dezelfde organisatie. Maar dat is niet het geval in de hele regio. Ook de thuisondersteuning en ambulante begeleiders zouden we kunnen scholen in het oppikken van signalen, het doorspelen van signalen en vooral in het gesprek aan gaan.” (RU05, professional (L)VB-zorg)*

“We missen ook een proactieve houding, hoe wordt er actief gesproken met mensen, wat hangt er vast aan een gesprek (welke acties worden uitgezet en wordt er nagegaan of cliënten deze acties opvolgen) er wordt te laat op geschaald. Wij krijgen mensen hier met zoveel problemen die in het hulpverlenersveld wel bekend zijn dat we ons afvragen hoe deze mensen zwanger zijn geworden en waarom die problemen nog niet zijn opgelost.” (PH03, medisch professional)

“We merken ook dat soms anticonceptie (bijvoorbeeld implanon) die door ons is gestart door een andere zorgverlener weer gestopt of zelfs verwijderd wordt. Dan missen we het overleg met ons. Het lijkt dan of er bij de cliënt niet goed wordt doorgevraagd. We missen de samenwerking en onderlinge afstemming. En we hebben het idee dat het sociaal domein te weinig een beeld heeft van ons werk.” (PH2, geboortezorg professional)

“Ik merk dat er vanuit het sociaal wijkteam vaak geen lijn is met de verloskundige. Dan is een gezin bekend bij het sociaal wijkteam en dan geven ze dit niet door tijdens een zwangerschap aan de verloskundige of kraamzorg. Gevolg hiervan is dat verloskundigen heel veel sociale problematiek op hun bord krijgen.” (PH05, professional sociaal domein)

“Het sociaal wijkteam komt soms wel, als er problemen zijn, maar dat gaat helemaal om mij heen. Ik ben er dan wel, maar er is geen afstemming.”(PH06, geboortezorg professional)

Het sociaal wijkteam geeft ook aan dat samenwerken soms moeilijk is, met name door de vrijwillige basis waarop gezinnen naar sociale wijkteams komen.

“Een punt van aandacht is dat de vrijwillige basis van werken ook met zich mee brengt dat sommige gezinnen niet aankomen bij het sociaal wijkteam. Terwijl een medisch zorgverlener het wel nodig vindt dat iemand hulp krijgt. Er is geen opvolging van verwijzen.” (PH08, professional sociaal wijkteam)

Niet alle professionals zien veel onbedoelde zwangerschap in hun werk voorbij komen; dit hangt af van het type organisatie en werk, alsook het type contact met cliënten maar ook met de opdracht die de organisatie heeft. De professionals die er weinig mee te maken hebben, of er weinig zicht op hebben, weten ook niet altijd waar ze naar kunnen doorverwijzen.

*“Ik moet eerlijk zijn dat ik dat niet vaak meemaak. Als ik het meemaak, dan bespreek ik het met iemand en wat voor invloed het op iemand heeft en als iemand voor een abortus gaat, dat we impact daarvan bespreken. Natuurlijk vragen mensen ook advies en dat is natuurlijk heel lastig in zo’n situatie en dat doe ik dan ook niet. [Verwijs je iemand dan door?] Ik zou niet weten naar wie ik iemand zou moeten doorverwijzen. Ik was me niet bewust dat er onderzoek naar gedaan werd, dat mensen zich ermee bezig houden, maar het zit niet standaard in mijn hoofd. In therapeutisch contact komt het vast wel ter sprake, dan komen mensen er zelf mee, maar in sociaal maatschappelijk contact benoemen mensen het niet, terwijl daar ook veel kan helpen. Seksueel misbruik kom ik wel veel tegen. Daar vragen we naar bij mensen.” (RU01, professional verslavingszorg)*

Seksuele vorming op scholen

Veel respondenten noemen het onderwijs als plaats waar nog veel kansen liggen om seksualiteit en ouderschap bespreekbaar te maken, al voordat het aan de orde is. Het aanbod op verschillende scholen is echter zeer divers. Een probleem is ook dat de seksuele vormingsprogramma’s niet altijd aansluiten bij de verschillende culturele en religieuze groepen. Zo zijn er op een school lessen geschrapt vanwege bezwaren vanuit de Turkse gemeenschap. Meerdere respondenten opperen dat gescheiden voorlichting aan jongens en meisjes in verschillende moslimgemeenschappen beter geaccepteerd wordt. Conclusie; inwoners, onderwijs en hulpverlening zijn het erover eens dat er meer op preventie via het onderwijs ingezet moet worden..

“Dat er een taboe is op seksuele voorlichting in het onderwijs is een knelpunt. Ouders die dat weigeren krijg je niet op andere gedachten. Maar de kinderen zijn jong seksueel actief en meisjes worden ook steeds jonger ongesteld. Vaak met 10 jaar al. Dan is voorlichting zo belangrijk. We hebben in Nederland niet voor niets lage aantallen tienerzwangerschappen.” (PH10 medisch professional)

“In Nederland op school werd een programma “rode oortjes” , in het kader van seksuele voorlichting aangeboden. Kinderen vertelden dan aan hun ouders dat ze een condoom hadden moeten afrollen. Daar waren toen veel ouders heel boos over; die zeiden: hoe durven jullie als school dit aan onze kinderen voor te schotelen. Dat heeft sterk te maken met dat taboe. Je mag geen korte rokjes dragen, geen lippenstift. Je mag seks niet uitlokken. School heeft hier niets mee te maken vinden deze ouders. Hoe je kinderen krijgt dat leer je van je man, is de opvatting. Ouders hebben heel sterk de angst dat als kinderen voorlichting krijgen dat de school het ‘ erin stopt’ en dat kinderen juist op zoek gaan naar seks.” (PH12, sleutelpersoon)

*“Graag seksuele voorlichting niet alleen maar in de eerste klas en dan een klein beetje in de tweede klas. Ik zou dat echt in een doorlopende lijn en dat je op een gegeven moment als het stop bij biologie dat dan maatschappijleer het gaat overnemen in klas 3 en klas 4. Je zal het toch moeten blijven herhalen. En dan niet alleen het negatieve van seksualiteit, dat je zwanger kan worden, of dat je een SOA kan oplopen, maar ook juist de positieve.” (RU13, professional onderwijs)*

*“Er wordt wel aan voorlichting gedaan maar vanuit de Turkse gemeenschap was hier veel commentaar op en is er bezwaar gemaakt. Hierdoor zijn er lessen geschrapt. Hierdoor is er veel onwetendheid over seksueel gebied en zwangerschap hoe dat nou zit en wat je je kan permitteren, ja dat viel wel op. Echt een gebrek aan voorlichting.” (RU15, professional onderwijs)*

Er wordt door velen geopperd om ouders meer te betrekken bij het onderwijs over seksuele vorming, maar dat dat ingewikkeld blijkt om te organiseren in de praktijk. Zie ook de huisartsen die zien dit ook zo, kraamzorg noemt dit ook. Alle interviews overziend zou een combinatie van een community aanpak waarin ook betrokkenheid van ouders, met het onderwijs een oplossing kunnen zijn.

*“Wat ik heel graag zou willen, is ouders betrekken. Dat vind ik zo’n gemiste kans, want ouders zijn wel altijd heel betrokken bij de basisschool. En zodra kinderen bij ons over de drempel komen, is er nauwelijks contact. Dat vind ik gewoon zo jammer. Waar ik toch wel zie, dat ouders in deze een heel grote rol kunnen spelen. […] We kunnen nog wel wat hulp gebruiken met hoe krijg je ouders nou gemotiveerd, hoe krijg je ouders nou dat ze wel naar zo’n avond komen. Want we hebben soms echt heel leuke programma’s, maar ouders komen gewoon niet. En ik weet wel dat het heel moeilijk is en die hebben het ook druk, en die hebben nog kinderen op de basisschool en misschien moet je het op een andere manier doen, dan dat je ouders thuis of op school uitnodigt, maar dat je het via de moskee doet, of via andere organisaties, maar ik vind het heel moeilijk hoe bereik je ouders. Zit bij sommige ouders ook het taalprobleem.” (RU13, professional onderwijs)*

Structurele aanpak

Meerdere professionals benoemen dat ze een structurele aanpak willen zien, in plaats van verschillende projectmatige aanpakken.

*“Vaak merk je dat er tijdelijk een project is, dat ook daarna weer stopt. Het project Heft In Eigen Hand was er bijvoorbeeld. Dan gaat het geldkraantje dicht en is het er niet meer. Dat geldt ook voor het Tienermoederhuis. Zo heeft het zes jaar goed gedraaid. En dan wordt het gesloten. Het zou goed zijn om structurele aanpakken te hebben i.p.v. projectmatige. Ook nuttig is om één partij te hebben als een spin in het web. Zodat een situatie niet de ene keer hier en de andere keer daar belandt. En dat het niet afhankelijk is van de vraag of iemand aan de bel trekt.” (RU12, professional jongerenwerk)*

Mannen en jongens betrekken

Regelmatig wordt benoemd dat jongens en mannen vaak vergeten worden, of slechts een bijrol spelen, of vooral als ‘dader’ worden gezien en niet als toekomstig vader. Terwijl ook breed wordt erkend dat jongens en mannen juist cruciaal zijn waar het gaat om preventie van een ongewenste zwangerschap en ook in positieve zin kunnen bijdragen aan goed ouderschap: alleenstaand moederschap wordt immers als risico gezien op een ongewenste zwangerschap. Ook in de gesprekken met de verschillende mannelijke respondenten blijkt een grote betrokkenheid bij het thema zwangerschappen, het voorkomen van ongewenste zwangerschappen en dat zij hierop een sterke visie hebben .

*“Als je jongens op hun verantwoordelijkheid wijst met “Jij wordt vader” doet dat meer. Zij willen zonder condoom neuken. Er zijn genoeg jonge vaders die graag een belangrijke rol willen vervullen. Ze willen het beter doen dan hun eigen vader, maar krijgen geen kans. Zij zouden betere rechten moeten krijgen qua omgangsregeling. Het kind wordt de dupe wanneer de moeder de vader weghoudt vanwege haar gebroken hart of gekwetstheid.” (RU11, professional jongerenwerk)*

*“En wat ik ook heel graag zou willen, is dat er ook begeleiding voor de vaders komt. Dat die uit de daderrol gehaald worden. Want voor die jongens is ook gewoon heel verdrietige en moeilijk. Bij twee van die meisjes mogen die vaders dat kindje niet zien. Die hebben geen enkel recht, of niets. Niet alleen de jongens, maar ook de ouders van die jongens. Die hebben ook een kleinkind. En die worden er helemaal buiten gelaten. De focus ligt helemaal op de moeders, maar vooral op de grootmoeder.” (RU13, professional onderwijs)*

“We zouden deze vaders op een andere manier moeten bereiken. Want ik zie dat deze vaders wel graag willen maar soms gewoon niet weten wat ze moeten doen, en dan uit onmacht dingen doen die de relatie met de moeder alleen maar meer kapot maakt.” (PH05, professional sociaal domein)

“Er zijn heel veel jongens in de wijk waar veel projecten zich richten op criminaliteit onder deze jongens. Ik denk dat je daar ook voorlichting aan zou moeten koppelen over respect voor vrouwen, het vaderschap, de verantwoordelijkheid voor anticonceptie. Ik vind dat nu teveel de nadruk ligt op het probleem van de criminaliteit.” (PH09, professional sociaal domein)

Deskundigheidsbevordering van professionals

Deskundigheidsbevordering wordt genoemd als oplossingsrichting, maar hierbij wordt ook aangetekend dat het niet zaligmakend is. Trainingen moeten niet worden ingezet als ‘quick-fix’. Bovendien zijn trainingen niet erg behulpzaam wanneer de professionals toch handelingsverlegen blijken in de praktijk.

*“Partners kunnen wel scholing willen, maar als je handelingsverlegen bent ga je daarna toch weer het gesprek in op een beheersmatige manier. Ik ken iemand die daarna aan een cliënt ging vragen: Ken je het verschil tussen jongens en meisjes? Hoe kan ik dat bij jou zien? Ze ging een soort toetsje afnemen in plaats van een gesprek voeren. Dan heeft een cliënt het idee dat-ie helemaal niks weet. We zoeken vaak een quick-fix. Maar een gastles is slechts een druppel.” (RU04, professional (L)VB-zorg)*

*“Ik denk dat het heel goed is om professionals zoals mij hier meer over te vertellen. Dat je weet waar je op moet letten. Dat je kan doorvragen over bepaalde dingen. Ik denk dat professionals er nog te weinig van weten, en dat het daarom ook niet naar voren komt. Je moet de sensoren aankrijgen. Dat hoeft niet heel intensief. Een middag met professionals zal al helpen.” (RU02, professional verslavingszorg)*

*“Het zou goed zijn om het thema meer ter sprake te laten komen. Ze heeft het hier nooit met collega’s over. Het komt ook niet ter sprake in casuïstiekbesprekingen. Een stukje bewustwording is nodig. Want het gebeurt wel dat een collega een telefoontje krijgt dat een cliënt zwanger is. En dat die collega zich dood schrikt. Want dit was niet de bedoeling. Maar er wordt niet besproken of je het zag aankomen. Of dat het voorkomen had kunnen worden. Waar zouden we met ons allen scherper op kunnen zijn? Zou het dan voorkomen zijn? Oog hebben voor vermoedens. Kun je iets doen om het te voorkomen.” (RU06, professional jeugdbescherming)*

Taalbarrières

Taal is meerdere malen, zowel door inwoners als door professionals, genoemd als struikelblok in het verlenen van goede zorg en hulpverlening met betrekking tot anticonceptie en zwangerschap. Door de taalbarrière lukt het niet om bepaalde groepen in beeld te krijgen. Het kan ook de overdracht van kennis over anticonceptie belemmeren Soms wordt er binnen zorg gebruik gemaakt van een tolkentelefoon maar in veel gevallen niet.

“Taal. Dat er geen oplossing is voor de taalbarrières waar we tegenaan lopen. De tolkentelefoon bijvoorbeeld, dat is niet goed geregeld.” (PH04, professional geboortezorg)

4. Conclusies een aanbevelingen

*Terminologie en perspectieven op onbedoelde en ongewenste zwangerschap*

Inwoners hebben uiteenlopende ideeën over ongewenste, ongeplande en onbedoelde zwangerschap, en die hangen samen met hun persoonlijke en sociaal maatschappelijke omstandigheden. De betekenis die gehecht wordt aan zwangerschap in minder wenselijke situaties lijkt diep ingebed in sociale en culturele normen. Daarnaast spelen de soms zeer belastende omstandigheden waarin sommige inwoners leven ook een rol bij onbedoelde zwangerschap. Voor sommigen is dit een reden om zwangerschap uit te stellen, maar voor anderen juist om de zwangerschap uit te dragen. Het lijkt erop dat het krijgen van een kind voor deze inwoners gezien wordt als een uitweg om een positieve draai aan hun leven te geven, waarin zij onvoorwaardelijke liefde ontvangen.

Er wordt door professionals vaak anders naar ongewenst of ongepland gekeken. Zij zien een onbedoelde zwangerschap vaker als ongewenst dan dat inwoners dit zien. Inwoners voelen dit en staan daardoor niet altijd open voor advies /begeleiding.

*Kwetsbare groepen*

Als meest kwetsbare groepen worden mensen met een LVB genoemd, en mensen met complexe multi-problematiek genoemd. Daarnaast worden groepen genoemd waarin het thema seksualiteit en onbedoelde zwangerschap minder bespreekbaar is, cliënten met een lage zelfredzaamheid en weinig ‘agency’ (eigen regie, autonomie), maar ook groepen die nu onvoldoende in beeld zijn, bijvoorbeeld vanwege een taalbarrière of vermeende culturele of religieuze barrières (genoemd worden inwoners met een Eritrese, Somalische, Syrische en Bulgaarse achtergrond).

*Impact van ongewenste zwangerschap en risico en beschermende factoren*

Een ongewenste zwangerschap kan stress veroorzaken, psychosociale problemen doen toenemen, bijdragen aan depressie of isolement. Dit kan invloed hebben op de gehechtheidsrelatie, het kan een gezonde sociaal - emotionele ontwikkeling van het kind in de weg staan. Een ongewenste zwangerschap kan ook zorgen voor een kantelpunt en een kans zijn om het leven op de rit te krijgen en verantwoordelijkheid te nemen voor een liefdevolle opvoeding van het kind.

De volgende factoren kunnen bijdragen aan het risico op een onbedoelde zwangerschap: het niet bespreekbaar zijn van zwangerschap of anticonceptie en seksualiteit, sterke sociale normen, dwang of drang, stapeling van belastende omstandigheden, weinig kennis en vaardigheden of beperkte agency, of een veroordelende houding van een professional. De volgende beschermende factoren kunnen bijdragen aan preventie van ongewenste zwangerschappen: een steunend netwerk, een stabiele partnerrelatie, juiste kennis over zwangerschap en anticonceptie en de Nederlandse taal goed of voldoendemachtig zijn.

*Huidige situatie en verbeterpunten*

Verschillende professionals zijn over het algemeen tevreden met het aanbod aan zorg rond onbedoelde zwangerschap, zoals multidisciplinaire overleggen, maar zij zien zeker ruimte voor verbetering. Ook inwoners zien verbeterpunten.

* **Preventie in het onderwijs**: seksuele en relationele vorming in het onderwijs wordt belangrijk gevonden, maar blijkt niet overal gegeven te worden, of te laat of te vroeg. Ook sluit het aanbod niet altijd aan bij de doelgroep; sommige inwoners geven aan dat ze het moeilijk vinden dat het onderwijs gemengd wordt gegeven, en er wordt soms door ouders bezwaar gemaakt tegen de lessen. Er lijkt wel behoefte te zijn om hierover meer in gesprek te gaan, om het aanbod beter te laten aansluiten bij diverse groepen.
* **Bespreekbaar maken van onbedoelde zwangerschap**: Inwoners en professionals waarderen het aanbod aan voorzieningen, vooral wanneer er oordeelloos en respectvol in gesprek wordt gegaan. Er is onder professionals veel expertise over het bespreekbaar maken van seksualiteit en zwangerschap, andere professionals geven aan dat er wel handelingsverlegenheid is. Het wordt dan ook als belangrijkste verbeterpunt genoemd door professionals: ze zien het graag als standaard onderdeel van de gesprekken, en zien graag dat het eerder aan bod komt, en niet pas nadat een zwangerschap een feit is.
* **Toegankelijkheid:** Wel vinden sommigen dat de toegankelijkheid van zorg en hulp soms beter kan, en dat kwetsbare groepen beter in beeld zouden moeten komen. Ook zouden mannen, jongens en jonge vaders meer betrokken kunnen worden bij preventie en zorg.
* **Structurele zorg/hulp:** Er blijft behoefte aan structurele praktische hulp aan jonge ouders, zoals in het Ouder-Kind huis werd geboden. Er zijn soms mooie projecten ingevoerd, die niet structureel blijven. Hierdoor wordt bepaalde gewenste zorg niet altijd voldoende geborgd.
* **Anticonceptie consult**: Er lijkt een grote behoefte aan kennis over anticonceptie, de bijwerkingen, en follow-up van het gebruik hiervan. Het valt op dat bij veel inwoners kennis ontbreekt.
* **Samenwerking**: Ten eerste vinden professionals de aanpak onvoldoende sluitend: men weet niet altijd wat andere organisaties wel of niet doen, en hoe elkaar snel te vinden. Ten tweede staan aannames over elkaars taakopvattingen de continuïteit in zorg in de weg.

**Aanbevelingen eerste stappen in de verbetering van de praktijk**

*Ontwikkeling verbeterplan*

Om tot een goed en breed gedragen verbeterplan te komen is het raadzaam om al in een vroege fase deze uitkomsten en vraagstukken te bespreken met een brede groep stakeholders en samenwerkingspartners. Hoewel in de verkenning een brede vertegenwoordiging van organisaties en inwoners is gesproken, was het niet mogelijk om alle visies en alle betrokken partijen te includeren. Ook zijn de bevindingen niet één op één te vertalen naar de praktijk. Om de bevindingen uit de verkenning te toetsen met het bredere veld en verder te ontwikkelen tot concrete en werkbare acties, is een brede en intensieve veldraadpleging gewenst.

*Samenwerking geboortezorg en sociaal domein*

Geboortezorg en sociaal domein zouden in de basis beter verbonden kunnen worden. Er is een spanning tussen de vrijwilligheid waarmee cliënten in het sociaal domein worden geholpen en de acute situatie die er ontstaat wanneer er een kind op komst is of is geboren wordt in een gezin waar veel problematiek speelt. De problemen van de volwassenen zijn dan een bedreiging voor de gezonde ontwikkeling van het kind. Sommige geboortezorg professionals waren verbaasd over de hoeveelheid aan onopgeloste problematiek bij hun meest kwetsbaarste cliënten en het gebrek aan hulp daarbij. Terwijl er in het sociaal domein vaak werd verteld dat men vraaggericht werkt en niet outreachend. Dat wil zeggen dat de vraag van de cliënt leidend is in de geboden begeleiding, en zorg niet pro-actief wordt ingezet. Verwijzingen bijvoorbeeld worden niet altijd opgevolgd door professionals. Met als gevolg dat er geen zich is op of een cliënt na een verwijzing daadwerkelijk hulp krijgt. Doordat partijen niet van elkaar weten dat de opdrachten verschillend zijn, komen de verwachtingen over elkaars rollen niet overeen met de realiteit. Sommige professionals weten niet wat de ander voor hen kan doen en welke grenzen daaraan zitten. Voor een verbeterde praktijk is het belangrijk dat aandacht wordt besteed aan het “elkaar leren kennen”. En dat er ruimte wordt ingebouwd om de verschillende taakopvattingen en visies, en om de achtergronden van elkaars werkwijzen te onderzoeken. Waarom houdt de ene organisatie de wens van de volwassen cliënt ten alle tijden centraal terwijl de ander sneller het belang van het ongeboren kind voorop stelt?

*Vertrouwen opbouwen en bruggen slaan: Oordeelloze benadering en taalgebruik*

Er moet aandacht komen voor het opbouwen van vertrouwen tussen inwoners in kwetsbare omstandigheden en professionals, om de zorg beter te laten aansluiten op de leefwereld van deze inwoners. Hierbij kan het helpen om het begrip ‘ongewenste zwangerschap’ te laten varen. ‘Ongewenst’ roept als begrip schaamte op bij verschillende inwoners (zowel jongeren als migranten groepen) als ook weerstand bij sommige professionals. Inwoners voelen het oordeel, wat afstand kan creëren. Door te praten over ‘kinderwens’, ‘ouderschap’ en het bevorderen van ‘een gezonde en gelukkige zwangerschap’, kan de hulpverleningsrelatie mogelijk verbeteren en kan er meer ‘bodem’ ontstaan voor gesprek over preventie van onbedoelde zwangerschappen.

Ook is het belangrijk om te onderzoeken hoe seksualiteit en zwangerschap bespreekbaar gemaakt kunnen worden in groepen waar dat nu minder bespreekbaar is. Het lijkt erop dat professionals soms aannemen dat mensen uit bepaalde culturele groepen niet open zouden staan voor anticonceptie counseling, terwijl uit interviews blijkt dat ze dit wel zijn. Het gesprek over natuurlijke anticonceptiemethoden kan in sommige groepen ook een aanknopingspunt bieden, om toch in gesprek te gaan en de eigen regie te vergroten.

*Preventie van een eerste zwangerschap: eerder beginnen?*

We hebben vaak gehoord dat het begint bij preventie; veel professionals zien kwetsbare inwoners pas als er al sprake is van een onbedoelde zwangerschap. Er is meer te doen aan de voorkant, stelt men. Onderzocht kan worden wat de mogelijkheden zijn vanuit de gemeente om met jongeren al eerder in gesprek te gaan over kinderwens en levensloop zodat jongeren zich al eerder een beeld kunnen vormen en bewuster keuzen leren maken. Dit gebeurt deels al in het onderwijs (voortgezet en middelbaar beroepsonderwijs) maar nog niet structureel of in voldoende mate, er blijken grote verschillen te zijn tussen scholen hoe omgegaan wordt met seksuele en relationele vorming (srv).

Ook lijken de srv lessen niet altijd aan te sluiten bij bepaalde doelgroepen, waardoor zij niet bereikt worden. Er zijn aanwijzingen dat het srv programma wordt aangepast of mogelijk geschrapt, onder druk van ouders en er zijn ouders die angsten hebben voor de invloed van die lessen op de seksuele moraal van hun kind. Onderzocht kan worden of er in samenspraak met ouders van verschillende groepen (zoals Turkse, Surinaamse, Syrische en Marokkaanse) gekomen kan worden tot een beter passend en meer structureel srv aanbod. Daarnaast kan dit ook op plekken waar kwetsbare jongeren komen die niet (meer) naar school gaan. Werk samen met professionals en inwoners uit hoe deze gesprekken er idealiter uitzien en wat hierin belangrijke vindplekken kunnen zijn.

*Mythes over anticonceptie, goede informatie*

Er blijken misvattingen te zijn rond bijwerkingen van (met name hormonale) anticonceptie, en vrouwen kiezen er vaker voor om ermee te stoppen of niet te beginnen. De pil past niet altijd bij de levensstijl van inwoners in kwetsbare situaties, en ze willen vaak geen ‘hormonen in hun lijf’ en al helemaal geen spiralen. Er is een grote behoefte aan meer en betere informatie, en bovenal aan goed gesprek en contact hierover. Ook is behoefte aan follow-up na het starten van anticonceptie, zodat vrouwen begeleid worden in een eventuele overstap naar een ander middel. Onderzocht kan worden hoe dit gerealiseerd kan worden binnen de huidige eerstelijnszorg, en wie daarvoor de aangewezen partij kan zijn. Er wordt vaak gewezen naar de huisarts, maar de vraag is of dit voor alle groepen de enige en beste oplossing is.

*Deskundigheid*

Verschillende professionals gaan uitgebreid in gesprek met inwoners over anticonceptie en geboorte en gezinsplanning. Sommigen zijn zeer bedreven in het begeleiden bij het maken van keuzes voor anticonceptie of het al of niet afbreken van een zwangerschap. Maak gebruik van de deskundigheid die aanwezig is onder professionals. Er zijn verschillende vaak specifieke professionals (VoorZorg, Fiom, Zorg aan mensen met een verstandelijk beperking) die ervaren zijn in de gespreksvoering over levensloopplanning, kinderwens, besluitvorming rond zwangerschap, ouderschap en anticonceptie. Hier kunnen andere partijen van leren.

*Aandacht voor specifieke groepen en verder onderzoek*

Uit de verkenning komt duidelijk naar voren dat er groepen zijn die niet bij professionals in beeld zijn maar waar wel zorgen over zijn: het is belangrijk om dieper te onderzoeken wat er speelt bij deze groepen voor een verbeterde preventie. Er is bijvoorbeeld meer zicht gewenst op de problematiek van Bulgaarse gezinnen die meermalig een abortus laten uitvoeren en hoe deze inwoners beter en eerder bereikt en ondersteund kunnen worden bij preventie van een ongewenste zwangerschap. Er zijn professionals die moeite hebben met het gegeven dat sommige vrouwen vaker een abortus hebben, en die geneigd zijn om een vrouw dan niet meer door te verwijzen naar een abortuskliniek. Ook Eritrese en Somalische en ongedocumenteerden zijn groepen waar nog te weinig over bekend is. Er zijn gezinnen die in informele gesprekken aangeven dat ze voldoende kinderen hebben maar waar vrouwen toch opnieuw zwanger worden. Professionals geven aan dat zij meer willen weten over hoe er gedacht wordt over het krijgen van kinderen en sommigen zouden concretere handvatten willen voor de gespreksvoering, bijvoorbeeld bij gezinnen waarvan het vermoeden is de religie een sterke rol speelt of bij wie de taal en cultuur ver afstaan van de leefwereld van de professional zelf. Uit de interviews blijkt wel dat er bij deze groepen inwoners grote kennisbehoefte is rond anticonceptie.

*Ga niet uit van aannames over culturele groepen*

Professionals zijn soms handelingsverlegen en hebben de aanname dat seksualiteit en anticonceptie taboe onderwerpen zijn voor sommige culturele groepen. Uit de verkenning blijkt dit niet altijd terecht en er zijn mogelijkheden zijn om het gesprek hierover aan te gaan.