



# Tienerzwangerschap bij meiden met een lichte verstandelijke beperking

## Inzicht in risicofactoren voor betere preventie

E. W. Dalmijn · J. van Lisdonk

Published online: 18 January 2017  
© Bohn Stafleu van Loghum 2017

**Samenvatting** In Nederland komt tienerzwangerschap relatief vaak voor bij laagopgeleide meiden. Tot deze groep worden ook meiden met een lichte verstandelijke beperking (LVB) gerekend. Wij onderzochten de aanloop naar en ervaring met tienerzwangerschap bij meiden met een LVB met als doel het verbeteren van preventie van ongeplande tienerzwangerschap.

In een kwalitatief onderzoek zijn factoren geïdentificeerd die bijdragen aan het ontstaan van een ongeplande zwangerschap bij meiden met een LVB en is gekeken naar de samenhang tussen deze factoren. In totaal zijn 18 meiden met een LVB geïnterviewd die voor hun 20e jaar zwanger zijn geweest.

Uit het onderzoek komt een aantal belangrijke risicofactoren naar voren. Zo spelen een (latente) kinderwens, een lage risico-inschatting, ontbrekende kennis, weinig steun van ouders, afhankelijkheid van mannen en niet passende voorlichting over veilige seks een rol bij het ontstaan van een zwangerschap bij meiden met een LVB. Vooral de combinatie van een (latente) kinderwens en het gebrek aan regie versterken elkaar in het niet of incorrect gebruiken van anticonceptie. Vanuit deze nieuwe inzichten zijn aanbevelingen geformuleerd voor het verbeteren van de preventie van ongeplande zwangerschap bij meiden met een LVB.

**Trefwoorden** tienerzwangerschap · lichte verstandelijke beperking · preventie

---

E. W. Dalmijn (✉)  
's-Hertogenbosch, Nederland  
edalmijn@fiom.nl

J. van Lisdonk  
Utrecht, Nederland

## Inleiding

Internationaal gezien kent Nederland een laag aantal tienerzwangerschappen per jaar, een kleine 5000 [1–3]. Dit zijn zwangerschappen bij vrouwen die jonger zijn dan 20 jaar. Tienerzwangerschappen komen relatief vaak voor bij laagopgeleide meiden. Zo krijgt in Nederland 2,3 % van de laagopgeleide meiden te maken met een ongeplande tienerzwangerschap, in vergelijking met 0,6 % van de hoogopgeleide meiden [4]. Op het gebied van seksuele gezondheid blijken laagopgeleide meiden meer risico's te lopen dan hoger opgeleide meiden. Zij gebruiken minder vaak anticonceptie bij zowel de eerste geslachtsgemeenschap als in het algemeen, en zij hebben meer sekspartners en minder kennis over veilige seks [4, 5]. Hierdoor lopen zij meer risico's op het meemaken van een ongeplande zwangerschap.

Tot de groep van laagopgeleide meiden behoren ook meiden met een lichte verstandelijke beperking (LVB). Internationaal onderzoek laat zien dat vrouwen met een verstandelijke beperking een groot risico lopen op het meemaken van een ongeplande zwangerschap. Uit een reviewstudie blijkt dat deze percentages in verschillende onderzoeken erg uiteen lopen en variëren van 3 % tot 60 % [6]. Ook in Nederland zijn hierover geen nauwkeurige cijfers beschikbaar, omdat in de registratie van tienerzwangerschappen en abortus niet wordt meegenomen of er sprake is van een verstandelijke beperking.

Er is sprake van een LVB wanneer het verstandelijk functioneren ligt tussen 50 en 70 (IQ) én wanneer er bijkomende problemen zijn rondom het sociale aanpassingsvermogen die voor het 18e levensjaar zijn begonnen [7]. In de Nederlandse praktijk worden mensen die zwakbegaafd zijn (IQ tussen 70 en 85) ook tot de groep LVB gerekend [8]. Een LVB kan zich uiten op verschillende gebieden (bijvoorbeeld cognitief, emoti-



oneel en sociaal) en er is veel variatie binnen de groep. Zo kunnen meiden met een LVB moeite hebben met het verwerken van informatie, het overzien van situaties en het herkennen en beheersen van emoties [9, 10]. Vaak hebben ze weinig zelfvertrouwen en ervaren zij weinig regie over hun eigen leven. Vervolgonderwijs is veelal niet haalbaar en hun toekomstperspectief is beperkt. Meiden met een LVB zien dit zelf niet goed in waardoor zij onrealistische ambities kunnen hebben [11]. Vaak worden meiden met een LVB door anderen overschat ondanks hun kwetsbaarheden [9, 12–14]. Zij ontvangen hierdoor niet altijd de steun die zij nodig hebben.

Uit het literatuuronderzoek van Goenee et al. blijkt dat er weinig bekend is over tienerzwangerschappen en specifieke risicofactoren en achtergronden bij meiden met een LVB [15]. Informatie hierover is nodig om preventie op deze doelgroep af te stemmen.

Door middel van kwalitatief onderzoek willen we inzicht krijgen in hoe preventie van ongeplande tienerzwangerschap bij meiden met een LVB kan worden verbeterd. Het onderzoek richt zich op beantwoor-

ding van de volgende vragen: Welke factoren dragen bij aan het ontstaan van een tienerzwangerschap bij meiden met een LVB? In welke combinaties komen deze factoren voor? Welke aanbevelingen gericht op preventie van ongeplande zwangerschap bij meiden met een LVB kunnen op basis van (de combinatie van) de factoren gemaakt worden?

## Methode

Aan de hand van semigestructureerde diepte-interviews met meiden met een LVB is de periode voorafgaand aan en tijdens hun zwangerschap in kaart gebracht. Voor het werven van meiden is de samenwerking gezocht met organisaties die gespecialiseerd zijn in het begeleiden van jongeren met een LVB, zoals praktijkscholen, moeder- en kindhuizen voor meiden met een LVB en organisaties die mensen met een beperking ondersteunen zoals MEE en 's Heerenloo. Professionals in deze organisaties hebben op basis van de definitie en praktijk bepaald of er bij meiden sprake was van een LVB. Naast een LVB, was van belang dat

**Figuur 1** Codeboom risicofactoren en beleving ontdekking zwangerschap bij meiden met een LVB.

<b>Factoren in aanloop naar zwangerschap</b>	<b>Positionering meiden met LVB</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• weinig ambitie</li> <li>• eigen gang gaan</li> <li>• snel volwassen geworden</li> <li>• teruggetrokken of rustig</li> <li>• eigen weg, tegendraads</li> </ul>
	<b>Achtergrondfactoren beschermend</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• warm thuis</li> <li>• seksuele vorming vanuit huis</li> <li>• goede info over anticonceptie van huisarts</li> <li>• eigen keuzes maken in liefde</li> </ul>
	<b>Achtergrond factoren risico verhogend</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• problemen in gezin</li> <li>• scheiding ouders</li> <li>• onveilig of conflicten thuis</li> <li>• alleenstaand ouder</li> <li>• uithuisplaatsing / bij familie wonen</li> <li>• psychiatrische problemen ouders</li> <li>• huiselijk geweld</li> <li>• alcoholisme of verslaving</li> <li>• verhuizingen en wisselingen in wonen</li> <li>• eigen problemen meisje</li> <li>• ervaring loverboy / fysiek geweld</li> <li>• slechte relatie moeder en/of vader</li> <li>• kinderwens</li> <li>• kind als oplossing zien voor eenzaamheid en slechte relatie</li> <li>• lage risico inschatting</li> <li>• gebrekkige seksuele opvoeding</li> <li>• gebrekkige voorlichting ouders en school</li> </ul>
	<b>Situationele factoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wel seks, geen relatie</li> <li>• al lang bij elkaar</li> <li>• vriend wil kind</li> <li>• slechte relatie vriend (geweld, drugs)</li> <li>• meerdere relaties met oudere mannen</li> <li>• afhankelijk van vriend</li> <li>• geen anticonceptie gebruikt</li> <li>• vroeg aan de pil vanwege menstruatie</li> <li>• pil niet goed slikken</li> <li>• condoom gescheurd</li> <li>• condoom niet fijn</li> <li>• weerstand tegen de pil</li> <li>• vriend wil geen condoom gebruiken</li> <li>• jong moederschap normaal in omgeving</li> </ul>
	<b>Beleving ontdekking zwangerschap</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gepland</li> <li>• onverwacht</li> <li>• positief</li> <li>• ambivalent</li> <li>• lichamelijke problemen</li> </ul>

meiden een zwangerschap hebben meegemaakt voor hun 20e jaar en niet langer dan 5 jaar geleden.

In totaal zijn 18 meiden in de leeftijd van 15 tot 23 jaar (gemiddeld 19 jaar) geïnterviewd. Drie meiden waren afkomstig uit Suriname en de Antillen, twee uit Noord-Afrika en de rest uit Nederland. De meiden zijn afkomstig uit zowel steden als dorpen verspreid over Nederland. Het overgrote deel heeft de zwangerschap uitgedragen en heeft een kind gekregen. Ondanks extra inspanningen om meiden te werven met ervaring met abortus zijn er slechts twee meiden geïnterviewd die een abortus hebben meegemaakt.

Alle interviews zijn getranscribeerd en vervolgens gecodeerd met behulp van een programma voor kwalitatieve data-analyse (MAXQDA). Twee onderzoekers hebben de interviews gecodeerd aan de hand van een opgestelde codeboom (fig. 1; [16]). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid was goed ( $\alpha > 85\%$ ).

Per interview is in kaart gebracht in welke combinatie risicofactoren voorkwamen in het betreffende verhaal. Vervolgens zijn alle verhalen naast elkaar gelegd om te zien wat de overlap was in de combinaties van risicofactoren.

## Resultaten

Uit de interviews met de meiden met een LVB komen verschillende factoren naar voren die een rol spelen bij het ontstaan van de zwangerschap.

### *Kennis ontbreekt, lage risico-inschatting zwangerschap*

Meiden blijken het risico op zwangerschap vaak laag in te schatten. Daarbij speelt ontbrekende kennis over juist anticonceptiegebruik, zwangerschap en een negatieve houding ten aanzien van anticonceptie een rol.

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

Veel meiden zijn ooit begonnen met de pil om hun menstruatie te regelen. Zodra zij seksueel actief worden, denken zij niet na over de andere functie van de pil en de risico's bij onzorgvuldig gebruik.

*“De pil was echt om mijn ongesteldheid te regelen. Het was echt niet voor, eh, om eh, niet zwanger te zijn.”*

Sommige van de meiden geven aan dat zij zich afzetten tegen hun ouders en omgeving en daardoor ook meer risico's opzochten met alcohol en seks. Meiden geven aan dat ze niet zelf op zoek gaan naar (online) informatie als ze weinig weten over anticonceptie en zwangerschap.

### *Kinderwens*

Een vaak terugkerende factor is een (latente) kinderwens. De wens om moeder te worden, speelt in veel verhalen een rol. Sommigen hadden een actieve kinderwens en zij gebruikten geen anticonceptie.

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

Voor veel meiden speelde een kinderwens op de achtergrond mee. Ze waren niet actief bezig om zwanger te worden maar deden ook weinig om een zwangerschap te voorkomen. Dat jong ouderschap voor sommigen in hun omgeving voorkwam droeg eraan bij dat meiden hier niet negatief tegenover stonden.

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

### *Steun ouders gemist – in beeld bij Jeugdzorg*

De gezinssituatie is ook van belang. Ondanks dat een groot deel van de meiden aangeeft uit een warm gezin te komen, hebben zij wel steun en begeleiding van hun ouders gemist.

*“Dat komt omdat ik, laat maar zeggen, de manier waarop ik ben opgevoed thuis, dat was een beetje roekeloos, vond ik zelf, weet je. Ik had wel alles wat ik nodig had als meisje, maar er was geen structuur.”*

Problemen thuis kunnen een rol spelen. Een scheiding of persoonlijke problemen van ouders leidde soms tot emotionele verwaarlozing, verstoorde relaties en in enkele gevallen zelfs tot uithuisplaatsing van het meisje en broers en zussen. Sommige meiden zijn in beeld bij Jeugdzorg of andere hulpverlening vanwege hun kwetsbaarheid of onveilige thuissituatie.

### *Geen goede informatie over seks*

In de seksuele opvoeding van de meiden blijkt ondersteuning en voorlichting op het gebied van seksualiteit en relaties minimaal of niet passend. Meiden zeggen dat zij op school vaak wel seksuele voorlichting hebben gehad, maar dat dit vaak eenmalig was en zij er weinig van hebben onthouden. Ze misten ook informatie over zwangerschap en ouderschap.

*“Op school hebben we wel eens een boekje gehad over seksuele dingen en alles. Volgens mij met uitleg. Ik zat nooit op te letten in de les, dus ik weet niet precies meer hoe en, eh wat.”*

Van ouders kregen ze vaak wel de boodschap om het veilig te doen, maar praktische uitleg over hoe je

dan veilige seks hebt en begeleiding bij anticonceptiegebruik bleef vaak uit.

### *Afhankelijkheid in relaties met mannen*

Bij de geïnterviewde meiden ontstonden zwangerschappen zowel in langdurende als kortdurende relaties. De kortdurende relaties blijken niet altijd monogaam en gaan in enkele gevallen gepaard met geweld. Uit de verhalen blijkt dat de langdurige relaties vaker standhouden tijdens en na de zwangerschap. Hierbij zijn de partners vaak (iets) ouder dan de meiden zelf. Bij een oudere partner speelt een kinderwens vanaf zijn kant soms ook een rol.

Kenmerkend is dat deze meiden vaak ver gaan om de relatie te behouden. Ze gaan mee in wat de jongen of man wil, ook als ze dit niet fijn vinden of niet willen.

*“Mijn vriend speelde wel de baas. Ja, dat was niet leuk, maar ik deed het eigenlijk toch, omdat ik best wel veel van hem hield.”*

### *Combinaties van factoren*

De verschillende risicofactoren die hebben bijgedragen aan het ontstaan van de zwangerschap komen in combinaties voor. Uit de verhalen van de meiden met een LVB blijkt dat er een lijn is te zien in welke factoren vaak samen voorkomen. Er zijn vier combinaties van factoren te identificeren die veelvuldig voorkomen. De factor gezinssituatie vormt hierbij het uitgangspunt. Hieronder worden deze vier combinaties beschreven die vooraf gingen aan het ontstaan van de zwangerschap.

#### **Combinatie 1**

In de eerste combinatie dragen de factoren vroeg aan de pil gaan, een lage risico-inschatting, ervaring met een loverboy en/of een relatie met een oudere man eraan bij dat meiden die uit een warm gezin komen de pil onjuist gebruiken. De bijkomende factor van het hebben van een kinderwens kan maken dat meiden bewust geen anticonceptie gebruiken.

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

#### **Combinatie 2**

Bij meiden die een slechte relatie met ouders hebben, speelt de combinatie van emotionele verwaar-

lozing en veel aandacht voor hun vriend een rol bij het onjuist pilgebruik. Ook in deze combinatie draagt een (latente) kinderwens er aan bij dat meiden bewust geen anticonceptie gebruiken.

**Voorbeeldverhaal.** *Mijn ouders hadden weinig aandacht voor mij en nog steeds niet. Toen ik klein was, was er niet iemand die even naar mijn schoolwerk keek of voor mij zorgde. En dat was eigenlijk toch wel een leegte wat heel lang in mij heeft geleefd. Ik ging altijd mijn eigen weg en toen kreeg ik een relatie met mijn vriend. Ja en dat was toen heel anders en erg fijn. Ik had eerder al een relatie en seks gehad. Ik had de pil geprobeerd maar mijn lichaam werd er groter van en dat vond ik niet fijn. Dus toen was ik ermee gestopt. Met mijn nieuwe vriend was ik in één keer zwanger. We wilden wel kinderen maar toen het echt gebeurde, was het wel schrikken.*

#### **Combinatie 3**

In de situatie waarbij meiden een problematische thuissituatie kennen met geweld en psychische problemen, spelen een uithuisplaatsing, emotionele verwaarlozing en persoonlijke problemen van het meisje in combinatie met gerichtheid op hun vriend en een kinderwens een rol bij het niet goed gebruiken van anticonceptie. In enkele gevallen speelt bij het ontstaan van de zwangerschap ook mee dat er geen anticonceptie mag worden gebruikt.

**Voorbeeldverhaal.** *Op mijn twaalfde ben ik uit huis geplaatst, weg van mijn moeder en ben ik bij mijn tante gaan wonen. Dat was wel fijn maar je mist toch je eigen echte thuis wat er nooit was. Ik wilde heel graag gewoon een kindje opvoeden en gewoon de liefde geven die ik nooit van mijn eigen moeder heb gehad. Toen heb ik in één keer besloten te stoppen met de pil.*

#### **Combinatie 4**

Vergelijkbaar is de laatste combinatie van factoren. In deze combinatie dragen een uithuisplaatsing, het afzetten tegen haar omgeving, een relatie met een oudere man, een kinderwens en een lage risico-inschatting er aan bij dat meiden uit een situatie met gescheiden ouders of een alleenstaand ouder geen anticonceptie gebruiken of hier onzorgvuldig mee om gaan.

**Voorbeeldverhaal.** *Met mijn vader: daar heb ik geen contact mee. En mijn moeder was alleen na de scheiding met twee kinderen. En ze moest veel werken dus toen ben ik gaan helpen. Eigenlijk deed ik bijna alles in huis. Mijn moeder ging soms wel stappen en ik ging ook mee. Dus ja, toen eh, ben ik ook gaan drinken en dat soort dingen. Toen ben ik meer mijn eigen ding gaan doen. Ja, laat ik het zo zeggen: ik ben vrij snel volwassen geworden. Ik kreeg relaties met oudere mannen en toen ik 14 was ontmoette ik mijn vriend, hij was toen 25 jaar. Maar wij eh, ja, we wilden wel graag kinderen, zeg maar. Ik was 14 en dat was wel nog te vroeg. Maar*

*toen ik zestien werd, ja, toen wilden we graag kinderen. Het was niet echt gepland, maar ik vergat best vaak de pil.*

## Discussie

Uit de verhalen van meiden met een LVB blijkt dat op persoonlijke niveau gebrekkige kennis over seks, een lage risico-inschatting en een (latente) kinderwens belangrijke factoren zijn bij het ontstaan van een ongeplande zwangerschap. Ook omgevingsfactoren spelen een rol, zoals gebrekkige steun van ouders, problemen thuis, beperkte seksuele voorlichting en afhankelijkheid in relaties met mannen.

Verschillende combinaties van factoren blijken vaak voor te komen bij meiden met een LVB die zwanger worden. Duidelijk is dat sommige factoren in meerdere combinaties voorkomen. Zo springt de (latente) kinderwens bij meiden met een LVB er uit. Deze speelt bijna altijd een rol in het niet goed of helemaal niet gebruiken van anticonceptie. De geïnterviewde meiden staan over het algemeen positief tegenover hun zwangerschap. Ze zijn veelal niet actief bezig met het voorkomen van een zwangerschap. Andere factoren die voorkomen in meerdere combinaties zijn de afhankelijkheid van mannen in relaties, de beperkte weerbaarheid van deze meiden en het niet zelf kunnen aansturen op goed gebruik van anticonceptie. Meiden sturen hierin niet actief maar laten alles op zich af komen. Zo ook een zwangerschap. Een weinig steunende persoonlijke omgeving is soms een bijkomende risicofactor. Een laatste belangrijke factor die in veel verhalen voorkomt, is het gebrek aan passende voorlichting over relaties en seks. In de voorlichting op school of van ouders wordt vaak voorbij gegaan aan hun wens om moeder te worden.

Sommige gevonden risicofactoren komen overeen met die voor de groep laagopgeleide meiden, zoals lage risicoperceptie, ontbrekende kennis en weinig steun in het gezin. Ook bij laagopgeleide meiden kan gebrek aan regie voorkomen, maar dit komt veelal door chaotische situaties waarin zij zich bevinden en niet door een beperking [17].

De inzichten in risicofactoren en in veel voorkomende combinaties van risicofactoren die leiden tot het ontstaan van een ongeplande zwangerschap bij meiden met een LVB, bieden concrete aanknopingspunten voor het verbeteren van preventie. De preventie bestaat momenteel uit reguliere lessen seksuele voorlichting op school welke niet zijn afgestemd op deze doelgroep [18]. Allereerst is het belangrijk dat seksuele voorlichting gefaseerd wordt aangeboden, waarbij onderwerpen steeds aansluiten bij de seksuele ontwikkeling van meiden met een LVB. Naast anticonceptie, dient er ook aandacht te zijn voor wat er bij zwangerschap en ouderschap komt kijken. Herhaling van informatie is cruciaal, zodat het kan beklijven bij de meiden met een LVB. Het is belangrijk om ruimte te bieden voor een actieve en latente kinder-

wens, zodat kan worden stilgestaan bij goede timing van het starten van een gezin en wat belangrijke randvoorwaarden zijn. Het gaat niet om het wegnemen van een eventuele kinderwens, maar om het wegnemen van een onrealistisch romantisch beeld van het hebben van een kind.

Op de tweede plaats is alleen voorlichting op school niet genoeg. Voor professionals in de jeugdzorg, jeugdgezondheidszorg, pleegzorg of andere geestelijke gezondheidszorg die met meiden met een LVB in aanraking komen, ligt er ook een taak om meiden te begeleiden op het gebied van seksuele gezondheid, inclusief seksuele voorlichting en familie planning. Ook heeft de huisarts een belangrijke rol in het voorlichten over anticonceptie, het monitoren voor welk doel de anticonceptie wordt gebruikt en het voorschrijven van anticonceptie passend bij het doel. Hier is zeker winst te behalen.

In de voorlichting en begeleiding rondom relaties en seks is het belangrijk om de directe omgeving van de meiden met een LVB te betrekken. Ouders kunnen namelijk gebrekkige kennis en vaardigheden hebben om adequate begeleiding te bieden.

Ten slotte is vergroting van de weerbaarheid van de meiden met een LVB belangrijk, zowel in het algemeen als specifiek in hun relaties met mannen.

Wat betreft de generaliseerbaarheid van de resultaten van dit onderzoek dient enige voorzichtigheid in acht te worden genomen. De groep geïnterviewde meiden is qua diversiteit en spreiding in Nederland redelijk representatief voor de grote groep meiden met een LVB. Echter alle geïnterviewde meiden zijn bereikt via zorg- of onderwijsprofessionals. Meiden die niet met deze professionals in aanraking komen, zijn dus buiten beeld gebleven. Daarnaast hadden slechts twee meiden ervaring met een abortus. Dit kan mede verklaren dat een kinderwens als belangrijke factor naar boven kwam in dit onderzoek. De gebruikte methode van interviews met open vragen kan voor meiden met een LVB lastig zijn. Er is echter geen overtuigend bewijs gevonden dat mensen met een LVB niet goed in staat zijn om in open antwoorden eerdere ervaringen te beschrijven [19]. Chronologie en verbanden leggen is voor hen echter wel lastig [11]. Hier is rekening mee gehouden in de opzet en uitvoering van de interviews.

Ondanks deze aandachtspunten biedt dit onderzoek nieuwe inzichten welke goede aanknopingspunten bieden voor verbetering van de preventie van ongeplande zwangerschappen bij meiden met een LVB.

Het volledige onderzoeksrapport 'Gewoon gezellig, met zo'n buik.' Tienerzwangerschap bij meiden met een lichte verstandelijke beperking is te downloaden via [www.fiom.nl](http://www.fiom.nl) en [www.rutgers.nl](http://www.rutgers.nl).

## Literatuur

1. Centraal Bureau voor Statistiek. Steeds minder tienermoeders 2016. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/14/steeds-minder-tienermoeders>.
2. Hehenkamp L, Wijsen C. Landelijke abortusregistratie 2015. Utrecht: Rutgers; 2016.
3. Inspectie voor gezondheidszorg. Jaarrapportage Wet afbreking zwangerschap. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2015.
4. Graaf H de, Kruijer H, Acker J van, Meijer S. Seks onder je 25ste: Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2012. Delft: Eburon; 2012.
5. Berlo W van, Wijsen C van, Vanwezenbeeck I. Een gebrek aan regie. Een kwalitatief onderzoek naar de achtergronden van tienerzwangerschappen. Utrecht: Rutgers Nisso Groep; 2005.
6. Servais L. Sexual health care in persons with intellectual disabilities. *Ment Retard Dev Disabil.* 2006;12:48–56.
7. AAIDD A Hoc Committee on Terminology and Classification. *Intellectual Disability*, 11e druk. Washington DC: AAIDD; 2010.
8. Zoon M. Kenmerken en oorzaken van een licht verstandelijke beperking. Utrecht: NJi; 2013.
9. Lange M de. Position paper LVB-jongeren. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut; 2013.
10. Jahoda A, Pownall J. Sexual understanding, sources of information and social networks: The reports of young people with intellectual disabilities and their non-disabled peers. *J Intellect Disabil Res.* 2014;58:430–41. doi:10.1111/jir.12040.
11. Beer Y de. De kleine gids: Mensen met een licht verstandelijke beperking. Deventer: Kluwer; 2011.
12. Greeven H. Rapportage onderzoek naar jongeren met een licht verstandelijke beperking. Gouda: JSO; 2014.
13. Berlo W van, Haas S de, Oosen N, Vav Dijk L, Brants L van, Tonnon S, Storms O. Beperkt weerbaar: Een onderzoek naar seksueel geweld bij mensen met een lichamelijke, zintuigelijke of verstandelijke beperking. Utrecht: Rutgers/MOVISIE; 2011.
14. Kok G, Maasen R, Maaskant M, Curfs L. Zorgverleners over seksualiteit van mensen met een verstandelijke beperking; een kwalitatief onderzoek. *Tijdschr Seksuol.* 2009;33(3):199–206.
15. Goenee M, Zenderen K van, Santen L van. Programmeringsstudie Preventie Tienerzwangerschappen & Abortus. Utrecht: Rutgers; 2014.
16. Baarda D, De Goede M, Teunissen J. Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff; 2005.
17. Cense M, Dalmijn EW. In één klap volwassen. Over tienerzwangerschap. Utrecht: Rutgers; 2016.
18. Löfgren-Mårtenson L. 'I want to do right!' A pilot study of Swedish seks education and young people with intellectual disabilities. *Sex Disabil.* 2012;30:209–25.
19. Brown DA, Lewis NL, Lamb ME, Stephens E. The influence of delay and severity of intellectual disability on event memory in children. *J Consulting Clin Psych.* 2012;80(5):829–41.

**E. Dalmijn**, ontwikkelingspsycholoog, projectmanager bij Fiom

**J. van Lisdonk**, cultureel antropoloog, onderzoeker bij Rutgers