

De vraag om zwangerschapsafbreking bij allochtone vrouwen in Vlaanderen

Hans Neefs, Sara Vissers

Centrum voor medische sociologie en gezondheidsbeleid, K.U.Leuven

Samenvatting

In dit artikel wordt verslag uitgebracht van een registratieonderzoek dat peilde naar de etnische afkomst van de cliënten van Vlaamse abortuscentra. Het onderzoek geeft aan dat allochtone vrouwen een relatief groot aandeel in de totale populatie van abortuscliënten vertegenwoordigen. Verder kunnen er naar etnische afkomst verschillende profielen in de vraag naar zwangerschapsafbreking worden onderscheiden. De resultaten vormen een eerste belangrijke aanzet voor een meer doelgroepgerichte preventie en hulpverlening bij allochtone minderheden.¹

In 2003 werden in België 15.595 zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd (Nationale Commissie, 2004). Internationaal hoort België met een abortuscijfer van zo'n 7,9 per 1000 vrouwen tussen 15 en 44 jaar bij de landen met het laagste abortuscijfer en blijven we onder het abortuscijfer van 8,5 van buurland Nederland (cRZ, s.d.). Hiermee is echter de kous niet af. Het abortuscijfer is niet meer en niet minder dan een globaal cijfer dat de specifieke kenmerken van diverse subgroepen verhult. In de wet van 13 augustus 1990 houdende de oprichting van een commissie voor de evaluatie van de wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking werd een verplichte registratie door de behandelende arts voor elke uitge-

voerde zwangerschapsafbreking vastgelegd. Het officiële formulier registreert voor elke abortuscliënt de leeftijd, de burgerlijke staat, het aantal kinderen, de woonplaats, de ingeroepen noodsituatie om een abortus te vragen, het anticonceptiegebruik tijdens de cyclus van bevruchting en de methode van zwangerschapsafbreking. Deze gegevens zijn volgens onze mening te beperkt om doelgroepgerichte behandelingsfaciliteiten en de preventie van ongewenste zwangerschapspreventie te organiseren. Zo is er bijvoorbeeld in België over de nationaliteit en etnische afkomst van de abortuscliënten weinig geweten. In de laatste twejaarlijkse rapporten van de Nationale Commissie voor de evaluatie van de wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking (2002; 2004) – verder de Nationale Commissie genoemd – wordt nochtans door verschillende abortuscentra en ziekenhuisdiensten gewezen op de specifieke kenmerken van allochtone abortuscliënten op het vlak van hulpverlening en preventie (taalbarrières, gebrekkige kennis over anticonceptie, andere emotionele omgang met zwangerschapsafbreking, onzekere verblijfssituatie,...). Verder stellen de (Franstalige) Brusselse instellingen een gevoelige stijging vast van het aantal allochtone cliënten.

De landelijke abortusregistratie in Nederland geeft een duidelijker beeld over de etnische samenstelling van de abortuscliënten aangezien ook het geboorteland van de abortuscliënt (en van haar moeder) wordt geregistreerd (Rademakers, 2002). De informatie is echter wel ruw gecategoriseerd in de traditionele immigratielanden Suriname, Nederlandse Antillen, Turkije, Marokko en 'overige landen' die niet verder worden

H. Neefs, Assistent. Departement sociologie, Centrum voor medische sociologie en gezondheidsbeleid, K.U.Leuven. E. Van Evenstraat 2b, 3000 Leuven. E: hans.neefs@soc.kuleuven.ac.be

S. Vissers, Licentiaat sociologie. Departement sociologie, Centrum voor medische sociologie en gezondheidsbeleid, K.U.Leuven. E. Van Evenstraat 2b, 3000 Leuven. E: saravissers@yahoo.com
Wij willen het Dr. Willy Peerscentrum, Labyrint, Sierp-Dilemma, cevo Brussel, Kollektief Antikonceptie, Bourgogne Centrum, cevo Oostende bedanken voor hun medewerking aan het onderzoek.

¹ Dit onderzoek was slechts mogelijk door de inzet van de hulpverleners op de 'werkvloer' in de verschillende Vlaamse abortuscentra, en in het bijzonder van Lucie Van Crombrugge van het Kollektief Antikonceptie. Voor een meer uitgebreide bespreking van het onderzoek verwijzen we naar Vissers, S. (2004). Trends inzake de prevalentie van abortus bij autochtonen en allochtonen in Vlaanderen. Een onderzoek bij abortuscentra en gezondheidsprofessionals. Faculteit Sociale Wetenschappen, Departement Sociologie – Katholieke Universiteit Leuven.

Ontvangen: 16 november 2004 ; Geaccepteerd: 16 december 2004.

uitgesplitst. In 2003 hadden 61% van de abortuscliënten in Nederland een allochtone achtergrond wat wijst op een ruime oververtegenwoordiging van allochtonen onder abortuscliënten (Wijsen, 2004). De stijging van het aantal abortus in Nederland in de jaren 1990 kan voor een belangrijk deel worden toegeschreven aan de stijging van het aandeel allochtone abortuscliënten, wat deels te wijten is aan de toename van het aantal allochtone inwoners in Nederland (Rademakers, 2002). Deze stijging heeft zich vooralsnog niet duidelijk doorgezet na 2000 (Wijsen, 2004, Wijsen & Rademakers, 2003). In Nederland werd ook verder onderzoek verricht naar de achtergronden van anti-conceptiegebruik en zwangerschapsafbreking bij de belangrijkste allochtone subgroepen (zie onder meer Mouthaan et al, 1998, Mouthaan & De Neef 1992, Lamur et al., 1990, Sieval, 1985). Zoals gezegd zijn er in België geen algemene gegevens over abortus bij allochtonen beschikbaar. Demografisch onderzoek en focusgroep-onderzoek heeft enkel de huwelijksluiting, kinderplanning en het anticonceptioneel gedrag bij de 'traditionele' migrantengroepen van Marokkaanse en Turkse vrouwen in kaart gebracht (zie onder meer Lodewijckx, 1999; Schoenmaekers et al., 1998; Lodewijckx & Hendrickx, 1998; 1997; 1996).

Vanuit deze vaststellingen werd een exploratief onderzoek opgezet met de bedoeling om representatieve gegevens te verwerven over het (ongekende) aandeel en de samenstelling van de allochtone vrouwen in de totale populatie abortuscliënten in Vlaanderen. Bovendien wilden we inzicht verwerven in de verschillende profielen van zwangerschapsafbreking bij deze allochtone vrouwen.

Onderzoekspopulatie

Gegeven bovenvermelde doelstellingen werd een bevraging georganiseerd bij de 6 Vlaamse abortuscentra aangesloten bij de Centrale Coördinatie van Nederlandstalige Abortuscentra, en bij Labyrinth (Algemeen Centrumziekenhuis Antwerpen). Deze Nederlandstalige centra liggen geografisch verspreid over Vlaanderen: in Antwerpen (twee centra), Brussel-Hoofdstad (twee centra), Gent, Hasselt en Oostende. In totaal voerden de Nederlandstalige instellingen in België in 2003 zo'n 43% van de zwangerschapsafbrekingen uit terwijl 57% van de zwangerschapsafbrekingen in Franstalige instellingen werden uitgevoerd. Dit stemt overeen met de woonplaats van de abortuscliënten: 31,1% abortuscliënten woonden in Wallonië, 23,3% in Brussel-Hoofdstad en 43,2% in Vlaanderen (Nationale Commissie, 2004).

Dit onderzoek bereikte de overgrote meerderheid van de cliëntenpopulatie in Vlaanderen aangezien een

kleine berekening ons leert dat de 7 Nederlandstalige abortuscentra in 2003 ongeveer 86% van alle zwangerschapsafbrekingen uitvoerden (tegen 14% zwangerschapsafbrekingen in ziekenhuizen). Eén van de kleinste abortuscentra werkte niet mee aan het onderzoek maar daar staat tegenover dat de ziekenhuisdienst Labyrinth (Algemeen Centrumziekenhuis Antwerpen) met een aanzienlijk allochtoon abortuscliënteel mee in het onderzoek werd betrokken. De representativiteit van de onderzoekspopulatie blijkt verder uit haar quasi identieke verdeling naar leeftijd, burgerlijke staat en aantal kinderen in vergelijking met de gehele cliëntenpopulatie voor 2003 (zie Nationale Commissie, 2004). In totaal werden gedurende de periode van 15 september 2003 tot 15 februari 2004 2169 vragenlijsten ingevuld. Aan de vrouwen werd gegarandeerd dat de ingewonnen gegevens volledig anoniem zouden worden verwerkt waardoor geen enkele cliënt heeft geweigerd om mee te werken.

Vragenlijst

Gedurende een periode van vijf maanden werd voor elke zwangerschapsafbreking een beperkte bijkomende vragenlijst tijdens of na het intakegesprek door de hulpverleners van de abortuscentra ingevuld. Deze werd eventueel vervolledigd na het gesprek op de dag van de ingreep. Mogelijke vertekeningen ten gevolge van bijvoorbeeld een onsystematische selectie van respondenten in de abortuscentra werd vermeden doordat aan de abortuscentra werd gevraagd om voor alle (allochtone en autochtone) abortuscliënten de vragenlijst in te vullen.

De kritiek dat met deze werkwijze de hulpverlener in plaats van de cliënt zelf bevraagd wordt, is deels terecht maar moet worden genuanceerd. Zo wierp het alternatief om de cliënten zelf een vragenlijst te laten invullen belangrijke praktische problemen op, waarvan de belangrijkste taalbarrières - in dit onderzoek werden 88 verschillende nationaliteiten geteld - en een gebrek aan mankracht om de bevraging van de respondenten in de 7 instellingen te coördineren en te begeleiden. Een belangrijker argument was de exploratieve opzet van dit onderzoek, namelijk de verwerving van representatieve gegevens over de (allochtone) abortuscliënten in Vlaanderen door middel van een registratieonderzoek (zie ook Mouthaan, et al., 1998), waardoor een bevraging van de abortuscliënt zelf niet per se hoefde. In een uitgebreid survey-onderzoek dat het optreden van ongewenste zwangerschap wil verklaren aan de hand van gerapporteerde motivaties, attitudes, gedrag en sociale contextkenmerken is natuurlijk een bevraging van de cliënt zelf noodzakelijk.

De ontworpen vragenlijst behandelde een aantal

socio-demografische kenmerken van de abortuscliënt (leeftijd, burgerlijke staat, aantal kinderen en woonplaats), de nationaliteit, het geboorteland van de cliënt en van de ouders, de verblijfsduur in België, de huidige leef- en relationele situatie, de duur van de zwangerschap, eventueel eerdere zwangerschapsafbrekingen, de contactwijze met het abortuscentrum en de taal van het intakegesprek. Verder kwam het anticonceptioneel gedrag tijdens het voorafgaande jaar (en op het moment van de bevruchting), de oorzaken van de ongewenste zwangerschap, de redenen om geen anticonceptie te gebruiken en de ingeroepen noodsituatie aanbod. Sommige relevante vragen uit het officiële registratieformulier werden dus in de eigen vragenlijst overgenomen. Anderzijds werden 'gevoelige' vragen over het officiële verblijfsstatuut, inkomen of de godsdienst(ige betrokkenheid) van de cliënt op vraag van sommige abortuscentra achterwege gelaten. De vragenlijst moest best zo kort, eenvoudig en overzichtelijk mogelijk zijn zodat de hulpverlener gemotiveerd was deze in te vullen. Om de medewerking (en dus de kwaliteit van de data) van de hulpverleners te optimaliseren werd de volgende werkwijze gehanteerd. Ten eerste werd de vragenlijst ontwikkeld in overleg met de verschillende abortuscentra. Verder werd begin september 2003 in vier van de zeven abortuscentra een proefweek gehouden om de interpretatieve eenduidigheid van de vragen en de bijhorende antwoordcategorieën te testen. Daarenboven werd aan de betrokken hulpverleners van de centra een begeleidend document bezorgd met een gedetailleerde uitleg over de bedoeling van de vraag en de interpretatie van de antwoordcategorieën.

Abortus en land van herkomst

Van de bevraagde abortuscliënten heeft 27,5% een andere dan Belgische nationaliteit en geeft 30,8% een ander geboorteland aan. Wanneer ook de tweede generatie allochtone vrouwen erbij wordt genomen – dit zijn de vrouwen van wie minstens één ouder in het buitenland is geboren, dan stijgt hun aandeel naar zo'n 39%. In dit onderzoek werd de definitie van 'allochtonen' van het Nederlandse CBS gebruikt waarbij niet alleen het geboorteland van de persoon in kwestie maar ook dat van de ouders werd bevraagd. Zo is het mogelijk om een onderscheid te maken tussen eerste (zelf geboren in het buitenland) en tweede generatie allochtonen (één van de ouders geboren in het buitenland). Het is zo dat het totale aandeel allochtonen in de Belgische bevolking niet volledig gekend is aangezien in de Belgische volkstelling geen gegevens over het geboorteland van de ouders wordt verzameld. Op basis van de volkstelling van 1991 had 7% van de bevolking in Vlaanderen en 36,3% in Brussel bij de geboorte

een niet-Belgische nationaliteit of een ander geboorteland (Eggerickx, T. et al., 1999). Een vergelijking van deze partiële gegevens met de onderzoeksresultaten leidt tot de conclusie dat allochtone vrouwen in de onderzoekspopulatie van abortuscliënten oververtegenwoordigd zijn.

De allochtone vrouwen vermelden als land van herkomst:

- de landen van Subsahara Afrika (22,8%) met als meest voorkomende landen Congo, Soedan, Sierra Leone en Ghana;
- de Midden- en Oost-Europese landen (21,6%) met als belangrijkste landen Polen, Bulgarije, Roemenië, ex-Joegoslavië, Oekraïne en Rusland;
- de 'traditionele' emigratielanden Turkije en Marokko (respectievelijk 7,7% en 13,2%);
- de landen van het Midden- en Verre Oosten (13,0%), voornamelijk India, China en Iran;
- de 'Westerse landen' (9,2%) die zowel de EU-landen als Zwitserland en de Verenigde Staten omvatten;
- de Latijns-Amerikaanse of Noord-Afrikaanse landen met uitzondering van Marokko (respectievelijk 2,8% en 0,9%)

Verder heeft 8,8% een 'gemengde' herkomst waarbij één ouder in België en één ouder in het buitenland geboren is. In het merendeel van de gevallen is de buitenlandse vader of moeder inwoner van de Europese Unie. Net als in Nederland zijn de vrouwen uit de traditionele migratielanden een minderheid onder de allochtone abortuscliënten. Bijna 4 op 5 allochtone cliënten behoren tot de eerste generatie, een meerderheid (54,2%) daarvan is afkomstig uit Oost-Europa of Subsahara Afrika. Bij de allochtonen van de tweede generatie zijn Marokko en Turkije de belangrijkste landen van herkomst, het gaat hier om de 'traditionele' migratielanden waaruit vanaf eind jaren 1950 naar België werd gemigreerd. Opmerkelijk is de korte verblijfsduur in België van een groot aantal cliënten. Bijna 1 op 3 cliënten uit Oost-Europa, 1 op 4 cliënten uit Subsahara Afrika en het Midden- en Verre Oosten verblijft minder dan één jaar in Vlaanderen en respectievelijk 80,3%, 77,9% en 71,4% woont reeds maximaal vijf jaar in België. Dit betekent dat de allochtone vraag om zwangerschapsafbreking grotendeels een functie is van recente migratiebewegingen. In wat volgt worden de socio-demografische kenmerken, de leefsituatie en het anticonceptiegedrag van de allochtone vrouwen uit de verschillende regio's van herkomst vergeleken en worden diverse profielen afgebakend. Hiertoe werden de vastgestelde verschillen met behulp van een Chi²-toets op hun statistische significantie getest. Hoge Chi²-waarden en kleine *p*-waarden (<0,05) geven aan dat de vastgestelde verschillen niet aan toeval

Tabel 1: Socio-demografische kenmerken en aantal eerdere zwangerschapsafbrekingen naar regio van herkomst (in %)*

Regio van herkomst	België	Westerse landen	Turkije	Marokko	Midden- en Oost-Europa	Midden- en Verre Oosten	Subsahara Afrika	Gemengde afkomst	Totaal
Leeftijd (Chi ² =87.41; p<.0001)									
19 jaar of jonger	16,13	9,21	8,06	11,11	5,17	1,90	15,22	23,61	13,89
20-24	21,56	26,32	24,19	27,71	24,71	24,76	32,61	31,94	23,93
25-29	19,75	19,74	22,58	32,41	28,16	26,67	25,54	15,28	21,93
30-34	20,30	21,05	27,42	18,52	20,11	25,71	17,93	15,28	20,32
35 en meer	22,27	23,68	17,74	10,19	21,84	20,95	8,70	13,89	19,93
N (100%)	(1271)	(76)	(62)	(108)	(174)	(105)	(184)	(72)	(2052)
Leefsituatie (Chi ² =223.17; p<.0001)									
Zelfstandig	29,26	36,84	7,94	44,04	26,55	22,43	49,47	26,39	30,81
Bij ouders	23,17	15,79	15,87	17,43	11,86	2,80	10,11	36,11	19,86
Met partner	43,82	44,74	73,02	34,86	53,67	62,62	22,34	33,33	43,76
Andere	3,21	2,63	3,17	3,67	7,91	12,15	18,09	4,17	5,57
N (100%)	(1278)	(76)	(63)	(109)	(177)	(107)	(188)	(72)	(2070)
Relationele situatie (Chi ² =38.42; p<0.001)									
Vaste partner	79,09	77,63	95,24	78,90	82,95	87,85	67,91	87,32	79,72
Geen partner	15,74	15,79	4,76	17,43	11,93	9,53	21,39	8,45	15,03
Wisselende/meerdere partners	5,17	6,58	0,00	3,67	5,11	2,80	10,70	4,23	5,25
N (100%)	(1277)	(76)	(63)	(109)	(176)	(107)	(187)	(71)	(2066)
Burgelijke staat (Chi ² = 154.21; p<.0001)									
Ongehuwd	63,71	67,11	35,48	52,34	41,86	43,40	83,24	73,24	61,50
Gehuwd	24,72	19,74	62,90	31,78	47,09	50,00	10,81	21,13	27,97
Andere	11,57	13,61	1,61	15,89	11,05	6,60	5,95	5,63	10,53
N (100%)	(1262)	(76)	(62)	(107)	(172)	(106)	(185)	(71)	(2041)
Aantal kinderen (Chi ² = 69.05; p<.0001)									
Geen	48,66	51,32	33,87	49,54	29,89	33,64	56,76	63,89	47,24
1	20,28	7,89	16,13	23,85	24,14	23,36	21,62	16,67	20,65
2 of meer	31,05	40,79	50,00	26,61	45,98	42,99	21,62	19,44	32,10
N (100%)	(1272)	(76)	(62)	(109)	(174)	(107)	(185)	(72)	(2057)
Eerdere zwangerschapsafbrekingen (Chi ² =180.91; p<.0001)									
Geen	78,06	68,00	70,97	62,39	46,86	66,04	47,06	73,24	70,40
1	17,24	24,00	24,19	24,77	26,86	25,47	34,22	15,49	20,82
2 of meer	4,70	8,00	4,84	12,84	26,29	8,49	18,72	11,27	8,78
N (100%)	(1276)	(75)	(62)	(109)	(175)	(106)	(187)	(71)	(2061)

* In deze tabel zijn de 30 vrouwen (1,42% van de totale populatie) die uit een Latijns-Amerikaans land of een Noord-Afrikaans land met uitzondering van Marokko komen omwille van hun kleine aantal weggelaten.

kunnen te wijten zijn en worden in de tabellen of in de tekst meegeven.

Profielen in de vraag naar zwangerschapsafbreking

Socio-demografische kenmerken

Tabel 1 geeft aan dat de abortuscliënten uit de onderscheiden regio's van afkomst significant met elkaar verschillen op het vlak van leeftijd, leefsituatie, relationele situatie, burgerlijke staat, aantal kinderen en eerdere zwangerschapsafbrekingen. We zetten een aantal belangrijke vaststellingen op een rijtje.

De grootste groep vrouwen (66,5%) is tussen de 20 en 35 jaar oud. Een relatief grote groep tieners vinden we terug bij de Belgische, Marokkaanse en Subsahara Afrikaanse vrouwen, en de vrouwen met een ge-

mengde afkomst; de vrouwen uit 'Westerse' landen, Turkije, Midden- en Oost-Europa en het Midden- en Verre Oosten zijn gemiddeld genomen wat ouder. De vrouwen uit België of uit de 'Westerse' landen zijn meestal ongehuwd terwijl een meerderheid van de Turkse vrouwen gehuwd is (62,9%), net als ongeveer 1 op 2 vrouwen uit Midden- en Oost-Europa of het Midden- en Verre Oosten. Deze vrouwen hebben meer dan de andere groepen een vaste relatie en wonen met een vaste partner samen (leefsituatie en relationele situatie). Opvallend is verder de grote groep vrouwen uit Subsahara Afrika en Marokko die zelfstandig woont.

De verschillen binnen de groep allochtone abortuscliënten worden duidelijker wanneer het kinderaantal in rekening wordt gebracht. Zo'n twee op drie Turkse vrouwen, vrouwen uit Midden- en Oost-Europa en het

Tabel 2. Anticonceptiegebruik in het laatste jaar voor de zwangerschapsafbreking naar regio van herkomst (in %)*

	Pil	Iud**	Condoom	c.i./ p.o.***	Andere methoden	geen anticonceptie	N
België (autochtoon)	40,46	1,84	24,60	11,46	3,69	20,83	(1248)
'Westerse' landen	41,67	1,39	29,83	5,56	2,78	30,56	(76)
Turkije	52,46	1,64	8,20	6,56	1,64	29,51	(61)
Marokko	46,73	1,87	10,28	4,67	1,87	36,45	(107)
Midden- en Oost- Europa	22,42	3,03	12,12	9,70	1,82	53,33	(165)
Midden- en Verre Oosten	23,00	3,00	20,00	13,00	1,00	43,00	(100)
West- Midden- en Oost- Afrika	28,80	3,80	22,28	3,80	1,09	45,11	(184)
Gemengde herkomst	40,00	0,00	30,00	12,86	2,86	22,86	(70)
	Chi ² = 45.83 p<.0001	n.s.	Chi ² = 32.62 p<.0001	Chi ² =18.18 p< 0.05	n.s.	Chi ² =126.13 p<.0001	(2007)
Totale populatie %	37,77	2,09	21,92	10,01	2,94	28,35	(2007)
Totale autochtone populatie %	40,46	1,84	24,60	11,46	3,69	20,83	(1248)
1ste generatie allochtonen %	30,31	3,03	17,34	7,74	1,35	43,27	(594)
2de generatie allochtonen %	44,85	0,61	18,18	7,27	3,03	31,52	(165)
	Chi ² =22.11 p<.0001	n.s.	Chi ² =13.86 p<0.01	Chi ² = 7.66 p<0.05	Chi ² =7.72 p<0.05	Chi ² =100.59 p<.0001	

* In de bevraging van anticonceptiegebruik kon men meerdere antwoorden geven, neem bijvoorbeeld een vrouw die tijdens het voorbije jaar het condoom gebruikte én periodieke onthouding toepaste. In deze tabel zijn de 30 vrouwen (1,42% van de totale populatie) die uit een Latijns-Amerikaans land of een Noord-Afrikaans land met uitzondering van Marokko komen omwille van hun kleine aantal weggelaten.

** Intra-uteriene middelen; *** coïtus interruptus/periodieke onthouding.

Midden- en Verre Oosten hebben al kinderen (en respectievelijk 50,0%, 46,0 % en 43,0% heeft al minstens 2 kinderen) wanneer zij bij een abortuscentrum aankloppen. De Nederlandse registratiecijfers bevestigen dat de Turkse abortuscliënt vaak een getrouwde vrouw met kinderen is die met een zwangerschapsafbreking het kindertal wil inperken (Wijsen, 2004; Rademakers, 2002). De vrouwen uit Midden- en Oost-Europa vertonen een gelijkaardig profiel met het belangrijke verschil dat zij beduidend meer al één of meerdere zwangerschapsafbrekingen achter de rug hebben. De vrouwen uit Subsahara Afrika en Marokko doen in de eerste plaats een beroep op het abortuscentrum om het moederschap uit te stellen; zij hebben vaak geen kinderen, zijn vaak ongehuwd en hebben minder een vaste partner dan de andere groepen allochtone vrouwen. Hierbij dient opgemerkt dat meer dan de helft van de Subsahara Afrikaanse vrouwen reeds een eerdere zwangerschapsafbreking achter de rug heeft.

Anticonceptioneel gedrag en de vraag naar zwangerschapsafbreking

Naar onze mening geeft het anticonceptiegebruik van het voorafgaande jaar een beter inzicht in het gewoontelijke anticonceptiegedrag van de abortuscliënt dan het anticonceptiegebruik tijdens de cyclus van bevruchting, zoals gevraagd wordt in het officiële registratieformulier. Het laatste jaar werd door 20,8% van de

Belgische vrouwen, 43,3% van de 1ste generatie en 31,5% van de 2de generatie allochtone vrouwen geen enkele vorm van anticonceptie toegepast. Vooral de vrouwen uit Midden- en Oost-Europa, Subsahara Afrika en het Midden- en Verre Oosten pasten het voorbije jaar minder anticonceptie toe (zie tabel 2).

De vrouwen die geen anticonceptief gedrag op het moment van de bevruchting hebben gesteld, geven hiervoor praktische drempels aan zoals de prijs van anticonceptie (12,4%), het niet beschikken over een arts of geneeskundig voorschrift (11,8%) en lichamelijke problemen ten gevolge van anticonceptiegebruik (15,0%)². Verder is de afwezigheid van anticonceptiegebruik ook te wijten aan een gebrekkige kennis over anticonceptie (15,4%), de overtuiging dat men op het moment van de bevruchting onvruchtbaar was (14,9%), dat het om een eerste of onverwacht seksueel contact ging (7,4%), of was er sprake van een ambivalente kinderwens (7,4%). De hoge prijs was vooral een belangrijke drempel (Chi²=55.60; p<.0001) voor de nieuwkomers uit Midden- en Oost-Europa (27,7%) en Subsahara Afrika (21,1%). Eén op drie van deze vrouwen (evenals bij de vrouwen uit het Midden- en Verre Oosten) (Chi²=89.06; p<.0001) kampten met een gebrekkige kennis. Een moeilijke toegang tot een arts of een geneeskundig voorschrift vormde vooral een probleem voor tieners en in mindere mate de twintigers (Chi²= 26.26; p<.0005), en verder voor één op vier

² Hierbij moet worden opgemerkt dat deze resultaten vooral een indicatieve waarde hebben. In zo'n 12,9% van de gevallen werden nog andere redenen aangegeven dan deze die vermeld stonden op het antwoordblad, wat er wellicht op wijst dat een betere precodering mogelijk was. Bovendien was er sprake van een aanzienlijke item non-respons op deze vraag (21,8%).

Marokkaanse vrouwen die geen anticonceptie hebben gebruikt.

Tot slot wordt de zwangerschapsafbreking door vrouwen gemotiveerd omwille van persoonlijke redenen (men voelt zich te jong of te oud, men is alleenstaande, men heeft geen kinderwens, men vindt het gezin voltooit) (71,3%), relationele of familiale redenen (relatieproblemen, geen 'vaste' relatie, problemen met de partner, einde van relatie,...) (23,9%), financiële of materiële redenen (13,8%) en om redenen van gezondheid van moeder of kind (5,3%). Opvallend is dat een slechte financiële en materiële situatie ($\chi^2=27.8723$; $p<0.0002$) of een precair administratief statuut als vreemdelinge (χ^2 niet betrouwbaar omwille van groot aantal categorieën met hele kleine aantallen) vooral door vrouwen uit Subsahara Afrika (respectievelijk 20,0% en 17,2%) werden ingeroepen en in mindere mate door de vrouwen uit Oost-Europa (respectievelijk 17,75% en 15,4%). Marokkaanse vrouwen (41,0%) roepen beduidend meer dan gemiddeld familiale of relationele problemen in ($\chi^2=28.5190$; $p<0.0002$).

Doelgroepen voor preventie

Op het vlak van de preventie van ongewenste zwangerschap stelt artikel 2 § 5 van de wet van 3 april 1990 dat de arts of hulpverlener de abortuscliënten over anticonceptie moet voorlichten. Dit is niet evident wanneer het om een bijzonder heterogeen allochtoon publiek gaat. Dat is het nog minder wanneer de voorlichting zich buiten de muren van het abortuscentrum afspeelt. We bakenen hieronder op basis van de resultaten verschillende doelgroepen af. Vooraf moeten hierbij twee belangrijke kanttekeningen worden gemaakt.

Ten eerste doet een snelle afbakening van zogenaamde 'risicogroepen' geen recht aan het complexe fenomeen van anticonceptioneel gedrag. De ongeplande realisatie van het zwangerschapsrisico is niet enkel toe te schrijven aan een ambivalente kinderwens, een individueel gebrek aan kennis of praktische vaardigheden, of een incorrecte perceptie. Anticonceptie speelt zich af in een 'sociale ruimte' waarbij kenmerken van het sociaal traject van de vrouw (haar seksuele en relationele biografie, haar professionele status en onderwijscarrière,...), het interactiemoment en de seksuele relatie (kenmerken seksueel contact, relatie en partner, interactiedynamiek tussen partners,...), en de sociale context (normen en verwachtingen van de 'nabije omgeving', migratiesituatie, gender- en socio-economische ongelijkheden, drempels tot de toegang van gezondheidsvoorzieningen,...) een belangrijke rol spelen (zie bijv. Bajos et al. 2002; Delor & Hubert, 2000;

Neefs, 2004). Bovendien zijn deze sociale factoren opnieuw van belang op het moment dat de vrouw (en de partner) beslissen om de zwangerschap al dan niet af te breken. Op basis van verder onderzoek kan een matrix van factoren worden opgesteld die groeps-specifieke situaties van 'vatbaarheid' voor ongeplande en ongewenste zwangerschap bij allochtone vrouwen aangeven (zie Delor & Hubert, 2000). Met uitzondering van het kwalitatieve onderzoek bij Marokkaanse vrouwen (Hendrickx & Lodewijckx, 1997; Lodewijckx & Hendrickx, 1998, 1996) is er in Vlaanderen voor zover wij weten geen onderzoek verricht naar de ervaringen van allochtone vrouwen met anticonceptie.

Ten tweede zijn de in dit onderzoek afgebakende groepen naar regio van afkomst allesbehalve cultureel homogeen. Een afbakening naar etnische afkomst wordt in dit onderzoeksveld bovendien (te?) makkelijk in culturele termen geduid. Turki et al. (2002) waarschuwen bijvoorbeeld op basis van hun onderzoek voor een snelle verklaring die geen of gebrekkige anticonceptie bij Magrebinse vrouwen terugbrengt op het feit dat ze met contrasterende culturele voorschriften op het vlak van huwelijk en seksualiteit worden geconfronteerd. De positionering van de vrouw ten aanzien van het gezinsmodel van de cultuur van herkomst en dat van het gastland hangt immers af van een complex samenspel van factoren zoals haar persoonlijke appreciatie, haar relatie met de partner en familie, en haar mogelijkheden van participatie aan onderwijs, het beroepsleven en verenigingsleven. Anderzijds vormen bij deze allochtone groepen de culturele voorschriften van het land van herkomst wel een rem op de verspreiding van anticonceptie in situaties van buiten- of voorhuwelijkse seks, maar ook bij specifieke autochtone groepen belemmeren man/vrouwongelijkheden de toegang tot anticonceptie (Turki et al., 2002).

De nieuwkomers

Een eerste belangrijke doelgroep voor de preventie van ongewenste zwangerschap zijn de allochtone vrouwen die nog niet lang in België verblijven. Zo'n 70,1% van de allochtone vrouwen die voor zwangerschapsafbreking kiezen, leeft minder dan vijf jaar in België. Deze vrouwen komen hoofdzakelijk uit Subsahara Afrika (22,8% van allochtone abortuscliënten), Midden- en Oost-Europa (21,6%), het Midden- en Verre Oosten (13,0%). Deze nieuwkomers kampen meer dan de andere vrouwen met een gebrekkige kennis over anticonceptie en de hoge prijs van anticonceptiva, en pasten het voorbije jaar beduidend minder anticonceptie toe. Het profiel van de Afrikaanse nieuwkomers verschilt echter sterk van dat van de vrouwen uit Midden- en Oost-Europa (en het Midden- en Verre Oos-

ten). De Afrikaanse vrouwen zijn doorgaans jong en meer op zichzelf aangewezen, terwijl de Midden- en Oost-Europese vrouwen meestal een (huwelijks)-partner en kinderen hebben. Voor de eersten betekent zwangerschapsafbreking in de eerste plaats een uitstel van moederschap, terwijl de tweede groep eerder een verdere gezinsuitbreiding wil voorkomen. Vooral de vrouwen uit Midden- en Oost-Europa rapporteren een laag anticonceptioneel gedrag en een hoge herhaalde vraag om zwangerschapsafbreking (zie tabel 1). Dit wordt door de hulpverleners verklaard door een andere houding die de vrouwen uit de landen van de voormalige Sovjet-Unie en van Midden- en Oost-Europa ten aanzien van abortus zouden aannemen, men spreekt in dit kader ook wel van een 'abortuscultuur' (Thomas, 1997). Nochtans spelen voor nieuwkomers een onvoldoende taalkennis, een gebrekkige kennis over moderne anticonceptiemiddelen, een moeilijke toegang tot zorg en anticonceptiva een belangrijke rol. Mouthaan et al. (1998) stellen bijvoorbeeld vast dat de problemen die voortvloeien uit een onzekere verblijfsituatie en slechte sociaal-economische levensomstandigheden bij asielzoekers en illegalen zwangerschapspreventie in de schaduw stellen. Telkens 15 tot 20% van de ondervraagde vrouwen uit Midden- en Oost-Europa en Subsahara Afrika riepen een onzeker verblijfsstatuut en financiële en materiële problemen als noodsituatie in wanneer zij een beroep deden op het abortuscentrum. Dit alles suggereert dat een minimum-scenario voor preventie bij deze nieuwkomers bestaat uit een laagdrempelige en degelijke informatie over anticonceptie, een gratis verstrekking van anticonceptiemiddelen via specifieke kanalen (grootstedelijke en gezondheidscentra, welzijnsorganisaties, migrantenorganisaties,...), en een laagdrempelige toegang tot noodanticonceptie als alternatief voor abortus.

De gevestigde allochtonen

Eén op vijf allochtone abortuscliënten heeft een Turkse of Marokkaanse achtergrond. Ondanks hun gemeenschappelijke moslimachtergrond verschillen de Turkse en (vooral de 2de generatie) Marokkaanse vrouwen sterk van elkaar. De tweede generatie Marokkaanse vrouwen zijn bijzonder jong - 13,56% is tiener - wat in de buurt komt van het aandeel tieners bij de Belgische vrouwen (16,13%), ze zijn vaak ongehuwd, leven nog thuis of wonen zelfstandig en roepen vaak relationele problemen (40,0%) voor hun vraag om zwangerschapsafbreking in. De Turkse abortuscliënt is daarentegen meestal getrouwd, woont met de partner samen en heeft vaak al kinderen. In Belgisch demografisch onderzoek worden tussen de Marokkaanse en Turkse vrouwen verschillen op het vlak van huwelijksluiting

en gezinsplanning vastgesteld. Zo zouden jonge Marokkaanse vrouwen in België meer dan de jonge Turkse vrouwen in de richting van een 'westers' gezinsmodel (hogere leeftijd van huwelijk, uitstel van kinderen, beperking van aantal kinderen) evolueren (Schoenmaekers, Lodewijckx & Gadeyne, 1998). Met enig voorbehoud (!) lezen we deze evolutie af in de verschillende profielen van de Turkse en Marokkaanse abortuscliënten.

Het is alleszins zo dat de Turkse en Marokkaanse abortuscliënten zich onderscheiden van de andere allochtone vrouwen door een hoger anticonceptiegebruik (vooral de pil), en dat vooral de 2de generatie met moderne anticonceptiemiddelen vertrouwd is. Omgekeerd betekent dit dat een ineffectief pilgebruik veel meer bij deze vrouwen aan de basis ligt van een ongewenste zwangerschap wat wijst op een onvoldoende praktische kennis over pilgebruik en/of cultureel bepaalde voorstellingen die leiden tot onsystematisch anticonceptioneel gedrag. Het gebruik van moderne anticonceptiemiddelen hangt bij Turkse en Marokkaanse vrouwen vooralsnog sterk af van de huwelijksstatus van de vrouw waardoor informatie over en het gebruik van anticonceptiemiddelen een voorrecht van gehuwde vrouwen is. De onderzoeksliteratuur geeft aan dat voor ongehuwde meisjes de toegang tot adequate info bemoeilijkt wordt door het verbod op voorhuwelijkse seks binnen het islamgeloof, het ideaal van maagdelijkheid en de taboesfeer rond seksuele thema's binnen het gezin (Lodewijckx & Hendrickx, 1998; Mouthaan, et al., 1992). De Marokkaanse en Turkse respondenten rapporteren in dit onderzoek meer een gebrekkige kennis over anticonceptie en een moeilijkere toegang tot een arts (of een voorschrift) dan de Belgische respondenten. Preventie betekent voor deze groep in de eerste plaats een betere toegang tot anticonceptiva en informatieverstrekking over de praktische aspecten van anticonceptie, en verder een cultureel aangepaste seksuele voorlichting voor de 1ste en 2de generatie meisjes (via school, allochtone vrouwennetwerken,...).

Autochtone jongeren

Ook de autochtone jongeren (37,7% is jonger dan 25 jaar) vormen een specifieke doelgroep voor preventie. De tieners onderscheiden zich van de twintigers door minder pilgebruik (één op vier in plaats van één op drie) en meer condoomgebruik (één op drie in plaats van één op vijf). Dit betekent dat ineffectief condoomgebruik bij de tienercliënten veel voorkomt wat de noodzaak van praktische kennis over condoomgebruik en de promotie van een dubbele beschermingsstrategie tegen zwangerschap én soa in het licht stelt. Durand et al. (2002) pleiten meer algemeen voor de promotie

van een anticonceptie 'op maat' waarbij jongeren worden voorgelicht over de voor- en nadelen van de verschillende anticonceptiemethoden en de pil niet langer voorgesteld wordt als hét anticonceptiemiddel voor jonge meisjes, een specifieke voorlichting over anticonceptie voor jongens, een betere informatie over en beschikbaarheid van noodanticonceptie, en een algemene politiek die de maatschappelijke aanvaarding van jeugdig seksueel gedrag bevordert.

Besluit

Uit dit onderzoek blijkt dat zo'n 4 op 10 abortuscliënten in Vlaanderen van allochtone afkomst is. De grootste groep allochtone vrouwen zijn 'nieuwkomers'; zij verblijven sinds kort in België en komen voornamelijk uit landen van Subsahara Afrika, Midden- en Oost-Europa en Azië. Eén op vijf allochtone vrouwen komen uit de traditionele immigratielanden Marokko en Turkije. Dit betekent dat de allochtone vraag naar abortus in Vlaanderen in belangrijke mate een functie is van recente internationale migratiebewegingen. Naargelang de regio van herkomst kunnen verschillende profielen en dus verschillende doelgroepen voor preventie worden onderscheiden. De nieuwkomers kenmerken zich door een relatief laag gebruik van anticonceptie, de moeilijkheden die hun recente immigratie in Vlaanderen met zich meebrengen en wellicht een aantal cultuurspecifieke factoren. Deze nieuwkomers doen een beroep op zwangerschapsonderbreking om het moederschap uit te stellen (vooral bij vrouwen uit Subsahara Afrika) of het kinderaantal in te perken (vooral bij vrouwen uit Midden- en Oost-Europa en Midden- en Verre Oosten). Bij de Turkse en Marokkaanse vrouwen ligt de oorzaak van hun ongewenste zwangerschap in de eerste plaats bij een gefaalde anticonceptie. De Turkse vrouwen hanteren zwangerschapsafbreking als een ultieme rem op een verdere gezinsuitbreiding terwijl de Marokkaanse cliënten vooral het moment van gezinsvorming willen uitstellen.

In deze bijdrage zijn de mogelijkheden en beperkingen van het registratieonderzoek bij abortuscliënten reeds aan bod gekomen. We willen er nogmaals op wijzen dat dit registratieonderzoek een globaal kader vormt voor verder doelgroepgericht en kwalitatief onderzoek dat een doelgroepgerichte preventie en bijzondere hulpverleningsfaciliteiten (tolken, counseling, sociale hulpverlening, ...) moet mogelijk maken. Zoniet blijven de aanbevelingen (zoals in dit artikel het geval is) bijzonder algemeen. Over de achtergrond en beweegredenen van het ineffectief geboorteregelend gedrag van de diverse groepen van allochtone vrouwen is op dit moment (te) weinig geweten. De syste-

matische bevraging van nationaliteit en etnische afkomst in het officiële registratieformulier zou natuurlijk al een eerste belangrijke stap zijn zodat op langere termijn de evoluties in de instroom van allochtone abortuscliënten in kaart kunnen worden gebracht.

Literatuur

- Bajos, N., Ferrand, M., & Hassoun D. (2002). Au risque de l'échec: La contraception au quotidien. In N. Bajos et al. (Red.), *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues* (pp. 33-78). Paris: Inserm.
- cRZ (s.d.). *Abortus in België: 2002 en 2003*. cRZ-rapport. Leuven.
- Delor, F., & Hubert, M. (2000). Revisiting the concept of 'vulnerability'. *Social Science & Medicine*, 50, 1557-1570.
- Durand, S., Ferrand, M., & Hassoun D. (2002). Accès à la contraception et recours à l'IVG chez les jeunes femmes. In N. Bajos et al. (Red.), *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues* (pp. 249-302). Paris: Inserm.
- Eggerickx, T., Kesteloot, C., Poulain, M., et al. (1999). *De allochtone bevolking in België. Algemene volks- en woningtelling op 1 maart 1991*. Monografieën nr. 3. Brussel: Nationaal Instituut voor de Statistiek.
- Hendrickx, K., & Lodewijckx, L. (1997). *Natuurlijk moet je iets doen om niet zwanger te worden! Marokkaanse vrouwen in Vlaanderen en Brussel*. Antwerpen: WVH.
- Lamur, H., Makhan, B., Morsink, M., & Reubsat, H. (1990). *Caribische vrouwen en anticonceptie in Nederland*. Delft: Eburon.
- Lodewijckx, E. (1999). Anticonceptie en (on)gewenstheid van de zwangerschappen. In R.C. Schoenmaeckers & M. Callens (Red.), *Gezinsvorming in Brussel. Resultaten van de "Fertility and Family Survey" (FFS) in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest*. Leuven-Apeldoorn: Garant.
- Lodewijckx, E., & Hendrickx, K. (1998). Visies van ongetrouwde tweede generatie Marokkaanse jongeren op huwelijk, partnerkeuze en seksualiteit. In R. Van Der Erf, A. Kuijsten, P. Raumaekers & R.C. Schoenmaeckers (Red.), *Tussen twee culturen. Naturalisatie en integratie in Nederland en Vlaanderen*. Bevolking en Gezin, 27, 87-125.
- Lodewijckx, L., & Hendrickx, K. (1996). "Alleen al de angst om de pil te vergeten maakt mij ziek." Een kwalitatief onderzoek bij Marokkaanse vrouwen. *Bevolking en Gezin*, 25, 61-86.
- Mouthaan, I., de Neef, M., & Rademakers, J. (1998). *Abortus in multicultureel Nederland*. NISSO Studies, nr. 21. Delft: Eburon.
- Mouthaan, I., & de Neef, M. (1992). *Een Marokkaanse vrouw regelt dat zelf! Geboorteregeling, Anticonceptie en seksualiteit bij Marokkaanse vrouwen in Nederland*. NISSO Studies, nr. 13. Delft: Eburon.
- Nationale commissie voor de evaluatie van de wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking (2002). *Verslag ten behoeve van het parlement 1 januari 2000 – 31 december 2001*. Brussel.

- Nationale commissie voor de evaluatie van de wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking (2004). *Verslag ten behoeve van het parlement 1 januari 2002 – 31 december 2003*. Brussel.
- Neefs, H. (2004). Van individuele beslissers tot risico-managers. Een sociaal-wetenschappelijk perspectief op hiv-preventie bij jongeren. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 28, 14-21.
- Rademakers, J. (2002). *Abortus in Nederland 1993-2000. Jaarverslag van de landelijke abortusregistratie*. Heemstede: StiSAN.
- Schoenmaeckers, R.C., Lodewijckx, E., & Gadeyne, S. (1998). Vruchtbaarheid bij Turkse en Marokkaanse vrouwen in België: resultaten van de volkstellingen. In R. Van Der Erf, A. Kuijsten, P. Raumaekers & R.C. Schoenmaeckers (Red.), *Tussen twee culturen. Naturalisatie en integratie in Nederland en Vlaanderen. Bevolking en Gezin*, 27, 127-154.
- Sieval, Z. (1985). *Anticonceptie: bevrijding of bedreiging? Verslag van een onderzoek onder 73 Turkse migrantenvrouwen in Nederland, aangaande anticonceptie en abortus provocatus*. Den Haag: Stimezo.
- Thomas, L. (1997). Werken aan een beter Rusland. De strijd tegen de abortuscultuur. In CGSO, *Jaarboek seksualiteit relaties en geboorteregeling* (pp 115-124). Gent: CGSO.
- Turki, R., Ferrand, M., & Bajos, N. (2002). Femmes migrantes ou issues de l'immigration maghrébine: Rapport spécifique à la contraception. In N. Bajos & M. Ferrant (Red.), *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues* (pp.303-336). Paris : Inserm.
- Vissers, S. (2004). *Trends inzake de prevalentie van abortus bij autochtonen en allochtonen in Vlaanderen. Een onderzoek bij abortuscentra en gezondheidsprofessionals*. Leuven: Faculteit Sociale Wetenschappen, Departement Sociologie – Katholieke Universiteit Leuven.
- Wijsen, C. (2004). *Jaarverslag landelijke abortus registratie 2003*. RNG-rapport juni 2004. Heemstede: StiSAN.
- Wijsen, C., & Rademakers, J. (2003). *Abortus in Nederland 2001-2002. Verslag van de Landelijke abortusregistratie*. RNG Studies nr.5. Delft: Eburon

Abstract

An exploratory research into the demand for abortion among foreign women in Flanders

In this article, the results of a registration research among the clientele in Flemish abortion centers are discussed with respect to the ethnic background of the clients. The results reveal that foreign women account for a considerable part in the total population of women seeking abortion. Different profiles in their demand for abortion can be distinguished according to their country of origin. The results give a first view on the ethnic minorities that should be addressed by target group prevention and sexual health services.