

Tienerzwangerschappen in België 2010-2017



Foto: Omar Ram

AUTEURS: SILKE BRANTS (FARA) EN KATRIEN VERMEIRE (SENSOA)

Met dank aan prof. Jan Van Bavel en Marjolijn De Wilde voor hun gewaardeerde feedback.

Inhoud

1	Inleiding	3
1.1	Gebruikte databanken	4
1.2	Berekeningen.....	5
2	Evolutie en trends in tienerzwangerschappen	7
2.1	België	7
2.2	Vlaanderen	9
2.3	Wallonië	10
2.4	Brussel	10
2.5	Samenvattend.....	11
3	Internationaal perspectief	12
4	Bespreking	13
4.1	Seksuele activiteit bij jongeren	13
4.2	Anticonceptiegebruik.....	13
4.3	Maatschappelijke tendensen rond vruchtbaarheid en ouderschap	15
4.4	Kinderwens	15
5	Conclusies en aanbevelingen	16
5.1	Meer en beter onderzoek	17
5.2	Reliëf brengen in preventie en zorg	17
5.3	Blijvend inzetten op correct anticonceptie gebruik en anticonceptie op maat	18
5.4	Opletten voor verdere marginalisering tienerzwangerschap.....	18
6	Bronnen	19

1 Inleiding

Sinds 2007 kent het aantal tienermoeders in Vlaanderen een gestage daling. Wanneer het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie haar jaarlijks rapport over de geboortes in Vlaanderen uitbrengt, rapporteert de media enthousiast over het aantal tienermoeders dat opnieuw lager ligt dan het jaar voordien.

Hoewel we blij kunnen zijn met deze dalende trend, moet hier toch ook een kritische kanttekening geplaatst worden. Preventie en tienermoederschap/tienerzwangerschap, wordt vaak in één adem aangehaald. Maar waar willen we precies op inzetten wanneer we het hebben over preventie? En op welke manier komen we te weten of onze preventieve inspanningen vruchten afwerpen?

De laatste jaren wordt er steeds meer ingezet om onze jongeren te vormen tot zelfstandige, kritische en zelfredzame individuen, die bewuste keuzes maken in hun leven. Dat moet ook de insteek zijn wanneer het gaat over fertiliteit. We moeten hen de bouwstenen aanreiken om te beslissen of zij kinderen willen en wanneer, om zich te beschermen tegen ongewenste zwangerschappen, maar ook om na te denken over welke omkadering ze nodig hebben om het opvoeden van een kind tot een goed eind te kunnen brengen.

Het mag duidelijk zijn dat cijfers rond de daling van het aantal tienermoeders in Vlaanderen, onvoldoende aanknopingspunten bieden om te kijken of we hierin slagen. Wanneer we willen nadenken over wat er goed loopt in ons beleid rond jongeren en fertiliteit, of wat er voor verbetering vatbaar is, hebben we meer informatie nodig. Dan hebben we niet alleen cijfers nodig over de meisjes die voor hun 20^{ste} kozen voor het moederschap, maar ook over het aantal jongeren dat geconfronteerd wordt met een zwangerschap. Dan willen we weten hoe de keuze tot abortus zich verhoudt tot de keuze voor behoud, of er verschillen zijn tussen regio's, tussen leeftijdsgroepen, hoe het gaat met de ratio's en niet enkel met de absolute cijfers.

Het laatste rapport dat een dergelijk overzicht bood, dateert ondertussen van 2008 (Dewilde, 2008). Omwille van het uitblijven van de tweejaarlijkse rapporten van de Nationale evaluatiecommissie zwangerschapsafbreking, was het een tijdlang niet mogelijk om opnieuw een grondige analyse te maken. Met de publicatie van de abortuscijfers in 2020 tot 2017 wordt dit eindelijk terug mogelijk.

Dat is dan ook de insteek van dit dossier: een overzicht geven van de relevante cijfergegevens in verband met tienerzwangerschap tussen 2010¹ en 2017, met als doel zowel activiteiten gericht op preventie van ongeplande (en vooral ongewenste) tienerzwangerschappen, als de zorg voor jongeren die wel zwanger werden en kozen voor abortus of behoud, te onderbouwen en richting te geven. Hiertoe willen we ons in dit bescheiden rapport eveneens wagen aan voorzichtige interpretaties van de cijfers en mogelijke verklaringen voor de vastgestelde evoluties.

¹ De keuze voor 2010 heeft te maken met keuze voor de cijfers van Statbel (cf. Infra). Ze begonnen in 2010 immers met een nieuwe manier om de geboortes te registeren.

1.1 Gebruikte databanken

In Vlaanderen zijn er drie organisaties die gegevens verzamelen van het aantal geboortes: Kind en Gezin, het studiecentrum voor perinatale epidemiologie (SPE) en het Belgische statistiekbureau (Statbel).

Kind en Gezin gebruikt voor het verzamelen van de gegevens een elektronisch cliëntregistratiesysteem met de naam Mirage. Hier wordt iedere nieuwe geboorte of adoptie in Vlaanderen waar men weet van heeft in opgenomen. In die zin registreert Kind en Gezin niet enkel de vrouwen in het Rijksregister, maar ook kinderen geboren bij asielzoekers uit het wachtregister en onwettig in het land verblijvende vreemdelingen (Van Bavel & Nomes, 2016). Belangrijk om op te merken, is dat Mirage kinderen als teleenheid gebruikt en niet de moeders.

Het jaarlijks SPE rapport verzamelt de gegevens van de geboortes die plaatsvonden in 60 Vlaamse kraamklinieken, het UZ Brussel en een groot aantal thuisbevallingen in Vlaanderen. Sommige Vlaamse jongeren zullen allicht in ziekenhuizen buiten het Vlaamse gewest bevallen, net zoals jongeren uit andere gewesten en het buitenland ook in Vlaanderen bevallen.

Tot slot zijn er de cijfers van Statbel. Zij baseren zich op de aangifteformulieren voor geboorten bij de burgerlijke stand en het Rijksregister. Op die manier registreert Statbel alle levendgeborenen bij vrouwen die wettelijk in België verblijven. Mensen die illegaal in het land verblijven, worden in deze databank niet geregistreerd.

Dat leidt uiteraard tot verschillen in het aantal geboortes bij moeders onder de 20 jaar die geregistreerd worden. Onderstaande tabel (fig. 1) geeft een idee wat de grootteorde van deze verschillen kan zijn.

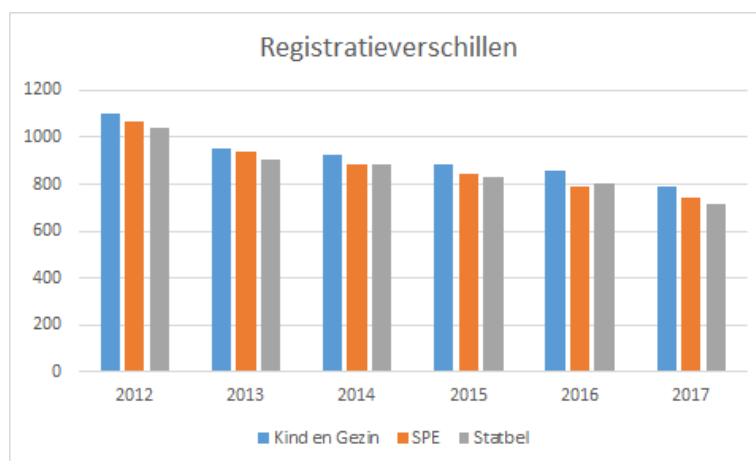


fig 1

Hoewel het ongetwijfeld interessant zou zijn om verder aan de slag te gaan met al dit cijfermateriaal én een analyse van de onderlinge verschillen (wat zeggen deze cijfers bijvoorbeeld over het aantal niet wettelijk geregistreerde tienermoeders?), valt dit buiten het bestek van dit rapport.

Wij hebben er in dit rapport voor gekozen om voor de verdere berekeningen gebruik te maken van de gegevens van Statbel. Het gebruik van deze gegevens laat toe om een vergelijking tussen de gewesten te maken², maar ook om te bekijken waar België zich bevindt ten opzichte van andere (Europese) landen. Daarnaast maken we ook van deze databank gebruik voor de bevolkingscijfers. Op die manier hopen we op de beste match tussen teller en noemer voor het berekenen van de leeftijdsspecifieke bevallingscijfers.

Het nadeel van het gebruik van Statbel, is dat er geen perfecte match is in de manier waarop de registratie van de geboortes en de abortussen gebeurt. Immers, voor deze laatste maken we gebruik van de tweejaarlijkse verslagen van de nationale commissie voor de evaluatie van de wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking, alsook door hen ons persoonlijk ter beschikking gestelde tabellen en gegevens³. Zij registeren de gegevens van alle vrouwen die in Belgische ziekenhuizen en abortuscentra een abortus lieten uitvoeren naar woonplaats. Hun gegevens omvatten dusdanig mensen die onwettig in het land verblijven (i.t.t. de cijfers van Statbel). Vrouwen woonachtig in het buitenland, worden apart geregistreerd.

1.2 Berekeningen

Tienerszwangerschap werd in dit rapport gedefinieerd als een zwangerschap bij een jonge vrouw onder de leeftijd van 20 jaar. Vanuit een hulpverleningsperspectief worden vaak andere leeftijdsgrenzen gehanteerd. Organisaties die zich richten tot jongeren en jonge ouders leggen de leeftijdsgrens vaak op 21 jaar of ouder. We kozen echter voor een afbakening tot 20 jaar omdat dit de meest courant gebruikte leeftijdscategorie is in wetenschappelijke publicaties en rapporten met betrekking tot tienerzwangerschap.

Vervolgens werden de tieners opgesplitst in leeftijdscategorieën van 10 tot 14 jaar, van 15 tot 17 jaar en tenslotte de meerderjarigen van 18 tot 19 jaar. Deze opsplitsing heeft als doel de verschillende zorgnoden van deze groepen in beeld te brengen en beleid gericht te kunnen afstemmen. Voor de globale vergelijkingen maken we gebruik van de categorie 15 tot 19-jarigen. Zij maken immers 98%⁴ van de moeders onder de 20 jaar uit. De 10 tot 14-jarigen - die vaak menarche nog niet bereikt hebben en nog niet seksueel actief zijn - meenemen in de berekeningen, zou de bevallings-, abortus- en zwangerschapscijfers erg naar beneden halen. Bovendien gebruiken internationale organisaties zoals

² Ook Brussel en Wallonië beschikken over databanken voor de geboortes op hun grondgebied. We kozen echter voor Statbel omwille van uniformiteit van de cijfers over de gewesten heen.

³ Wij vroegen op en verkregen voor de jaren 2010 tot 2017: het aantal abortussen opgesplitst naar leeftijd en provincie, de meest gebruikte voorbehoedsmiddelen en oorzaak van falen van anticonceptie naar leeftijd en provincie.

⁴ Dit percentage is relatief stabiel van 2010 tot 2017.

Unicef en de WHO, vaak dezelfde afbakening om de cijfers tussen de verschillende landen te kunnen vergelijken.

Tot slot is begripsverheldering aan de orde.

Het **bevallingscijfer** geeft aan hoeveel meisjes bevielen van een levend geboren kind. (aantal geboortes gedeeld door het aantal meisjes)

Het **abortuscijfer** geeft aan hoeveel meisjes een zwangerschapsafbreking lieten uitvoeren. (aantal abortussen gedeeld door het aantal meisjes)

Het **zwangerschapscijfer** is de som van het abortuscijfer, het bevallingscijfer en de hoeveelheid zwangerschappen die vermoedelijk eindigden in miskraam. Op basis van het Sexpertonderzoek waaruit blijkt dat 1 op 10 zwangerschappen eindigt in een miskraam (Buysse et al, 2013) maakten we gebruik van een miskraampercentage van 10%. (aantal geboortes + aantal abortussen + aantal miskramen gedeeld door het aantal meisjes)

De **abortusratio** laat zien hoe het aantal abortussen bij meisjes zich verhoudt tot het aantal meisjes dat beviel van een levend geboren kind. (aantal geboortes gedeeld door het aantal abortussen)

Het **abortuspercentage** verwijst dan weer naar het aantal abortussen per 100 zwangerschappen. (aantal abortussen gedeeld door het aantal zwangerschappen, vermenigvuldigd met honderd)

Wanneer deze cijfers in dit rapport gebruikt worden, wordt steeds duidelijk vermeld voor welke periode en voor welke leeftijdscategorie ze van toepassing zijn. Zoals eerder vermeld maakten we voor de bevolkingscijfers eveneens gebruik van de databanken van Statbel. Voor de berekening van de leeftijdsspecifieke cijfers voor een bepaald jaar, maakten we steeds gebruik van de bevolkingscijfers voor meisjes op 1 januari van het daaropvolgende jaar. Zo maakten we voor de 15 jarige meisjes in 2017 bijvoorbeeld gebruik van het aantal 15 jarige meisjes dat op 1 januari 2018 deel uitmaakte van de bevolking.

2 Evolutie en trends in tienerzwangerschappen

2.1 België

Tienerzwangerschap

In 2017 werden 3638 meisjes tussen 15 en 19 zwanger, dat zijn er 12 per 1.000 meisjes tussen 15 en 19 jaar. In 2010 waren dit nog 5996 meisjes, goed voor een verhouding van 19 op 1.000. Het aantal tienerzwangerschappen kent daarmee een daling van maar liefst 39% voor wat betreft de absolute aantallen. (fig. 2)

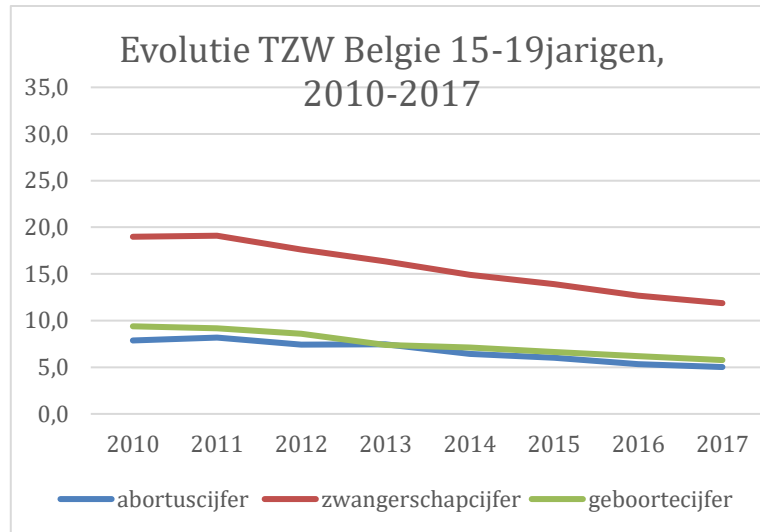


fig. 2

Het merendeel van de tienerzwangerschappen situeert zich bij de meerderjarigen. Zij vertegenwoordigen 68% van de zwangerschappen bij 15-19 jarigen. De daling zet zich in gelijke mate door tussen de 15-17 jarigen en de 18-19 jarigen. In 2010 werden er 31 op 1.000 meisjes tussen 18-19 jaar zwanger, in 2017 zijn dit er 20 op 1.000. Binnen de groep 15-17 jarigen treedt er een daling op van 10 op 1.000 meisjes in 2010 naar 6 op 1.000 in 2017. (fig. 3)

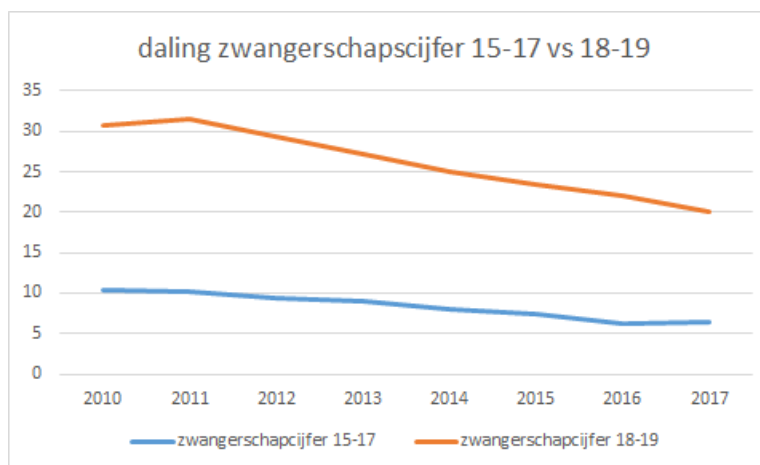


fig. 3

Uitkomst zwangerschap

In 2017 werden 1768 meisjes tussen de 15 en 19 jaar tienermoeder, dat zijn 6 per 1.000 meisjes tussen de 15 en de 19 jaar. In 2010 waren dit er nog 2965 of 9 per 1000. Het aantal tienermoeders kent daarmee een daling van maar liefst 40% voor wat betreft absolute aantallen.

In 2017 kozen er 1539 zwangere tieners in dezelfde leeftijdscategorie voor abortus. Dat zijn 5 per 1.000 meisjes tussen de 15 en de 19 jaar. In 2010 waren er dat nog 2486 of 8 per 1.000. Daarmee zitten we aan een daling van 38% in absolute aantallen.

Het merendeel van de zwangere meisjes kiest voor behoud van de zwangerschap. Indien we het abortuspercentage berekenen, zien we dat 42% van de zwangerschappen bij meisjes tussen 15 en 19 jaar eindigt in abortus.

Indien we kijken naar de evolutie over de jaren, zien we dat de abortusratio tussen de periode 2010-2013 toenam, om nadien weer te dalen. Enkel in 2013 bedraagt de abortusratio 1 wat wil zeggen dat er evenveel abortussen als geboortes zijn binnen de groep zwangere 15-19 jarigen (fig 4).

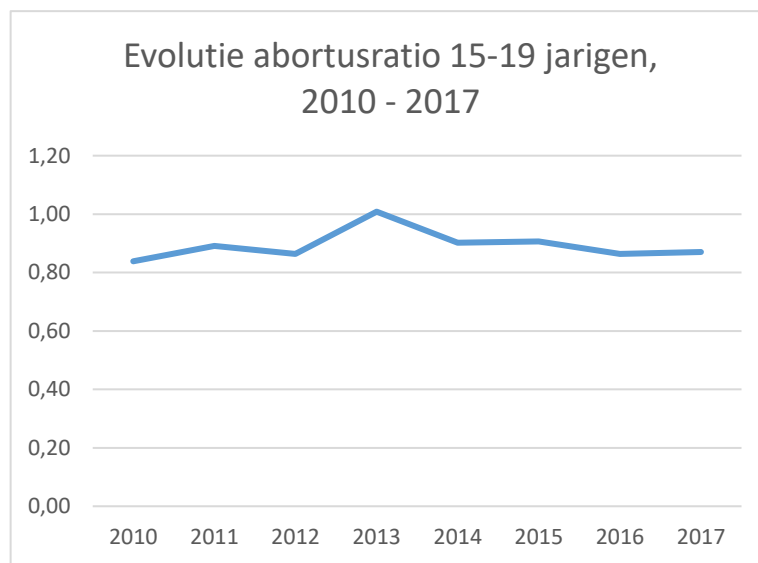


fig. 4

Er is wel een verschil naargelang de leeftijd: hoe jonger tieners zijn, hoe meer ze voor abortus kiezen en hoe ouder hoe meer ze opteren voor het moederschap. Het abortuspercentage is binnen de groep 10-14 jarigen 71%, in de groep 15-17 jarigen 53%, in de groep 18-19 jarigen 37%. Samenvattend kunnen we stellen dat bijna drie op vier jongeren tussen 10 en 14 die zwanger wordt, kiest voor abortus. Het merendeel van de zwangere tieners tussen 18 en 19 jaar, worden moeder. (fig 5)

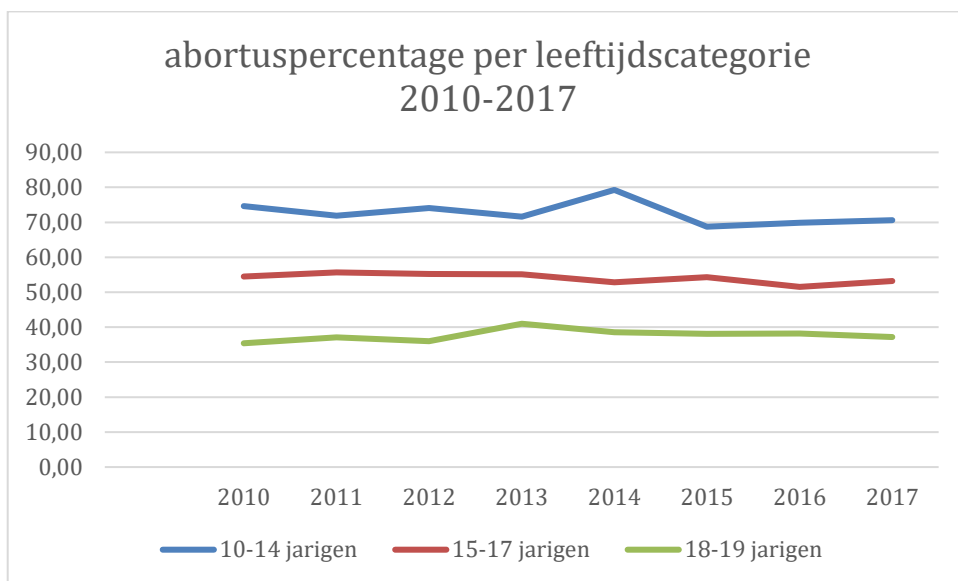


fig.5

2.2 Vlaanderen

In 2017 werden 1.500 meisjes tussen 15 en 19 zwanger, dit zijn er minder dan 10 per 1.000 meisjes tussen 15 en 19 jaar. Daarvan werden er 714 tienermoeder en kozen er 650 voor abortus. Dit komt neer op een abortuspercentage van 43%. Het aandeel van de groep 18-19 jarigen binnen het totaal aantal tienerzwangerschappen is 70%. Binnen de groep 18-19 jarigen is het abortuspercentage 39%.

In 2010 werden er nog 13.5 meisjes op 1.000 tussen 15 en 19 jaar zwanger, in 2017 is dit 9 op 1.000. Dit komt neer op een daling van 38% (in absolute aantallen). (fig 6)

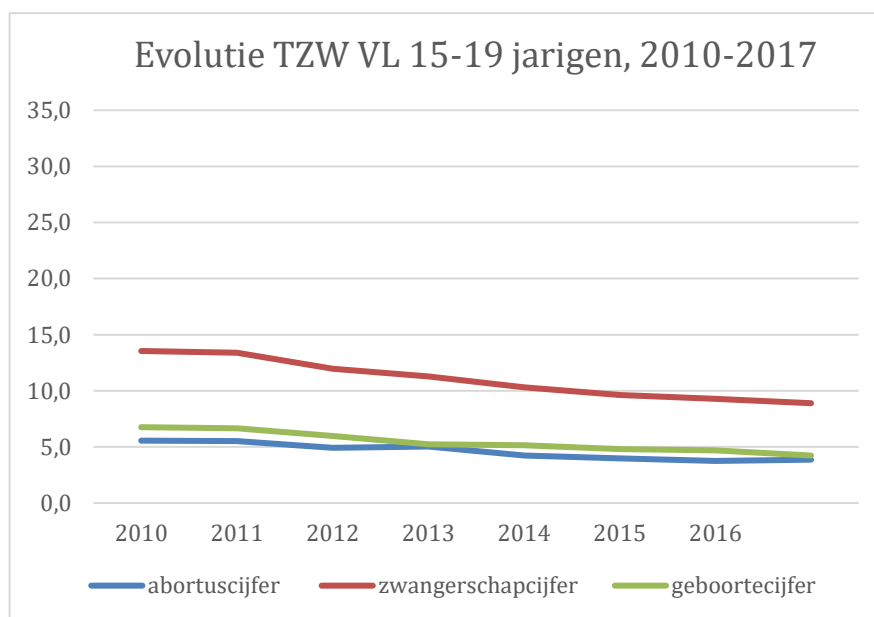


fig.6

2.3 Wallonië

In 2017 werden er in Wallonië 1.654 meisjes tussen 15 en 19 zwanger, dat zijn er 16 per 1.000 meisjes tussen 15 en 19 jaar. Daarvan werden er 865 tienermoeder en kozen er 639 voor abortus. Dit komt neer op een abortuspercentage van 39%.

Het aandeel van de groep 18-19 jarigen binnen het totaal aantal tienerzwangerschappen is 66%. Binnen de groep 18-19 jarigen is het abortuspercentage 32%.

In 2010 werden er nog 24 meisjes op 1.000 tussen 15 en 19 jaar zwanger, in 2017 is dit 16 op 1.000. Dit komt neer op een daling van 36% (in absolute aantallen). (fig 7)

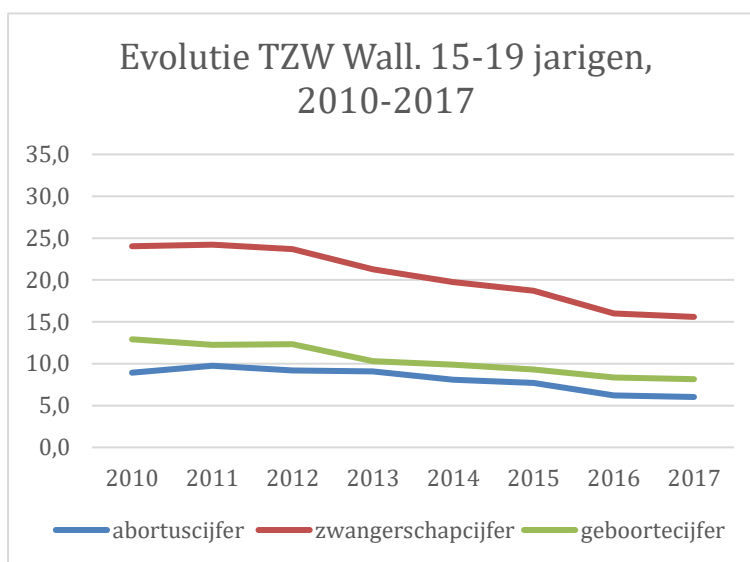


fig. 7

2.4 Brussel

In 2017 werden er in Brussel 483 meisjes tussen 15 en 19 zwanger, dat is 15 tieners per 1.000 meisjes tussen de 15 en 19 jaar. Daarvan werden er 189 tienermoeder en kozen er 250 voor abortus. Dit komt neer op een abortuspercentage van 52%.

Het aandeel van de groep 18-19 jarigen binnen het totaal aantal tienerzwangerschappen is 70%. Binnen de groep 18-19 jarigen is het abortuspercentage 49%.

In 2010 werden er nog 33 meisjes op 1.000 tussen 15 en 19 jaar zwanger, in 2017 is dit 15 op 1.000. Dit komt neer op een opmerkelijke daling van 51% (in absolute aantallen). (fig 8)

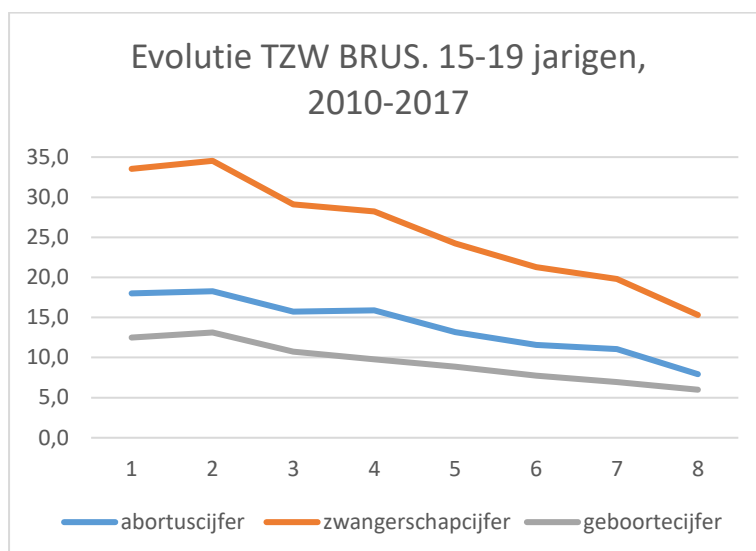


fig. 8

2.5 Samenvattend

- In 2017 werden in België 12 op 1.000 meisjes tussen 15 en 19 jaar zwanger. Ten opzichte van 2010 zien we een daling van het aantal tienerzwangerschappen met maar liefst 39% voor wat betreft de absolute aantallen.
- Het merendeel van de tienerzwangerschappen situeert zich in België bij de meerderjarigen. Zij vertegenwoordigen 68% van de zwangerschappen bij 15-19 jarigen.
- Het merendeel van de zwangere tienermeisjes in België kiest voor behoud van de zwangerschap. Er is wel een verschil naargelang de leeftijd: bijna drie op vier jongeren tussen 10 en 14 die zwanger wordt kiest voor abortus, en het merendeel van de tieners tussen 18 en 19 jaar die zwanger worden, wordt tienermoeder.
- Wallonië en Brussel hebben hogere zwangerschapscijfers dan Vlaanderen. De daling van het aantal tienerzwangerschappen tussen 2010 – 2017 is het sterkst in Brussel. In Brussel zien we het hoogste abortuspercentage (52%), Wallonië kent het laagste abortuspercentage (39%). Vlaanderen valt met een percentage van 43% tussen Brussel en Wallonië.

3 Internationaal perspectief

Wegens gebrek aan databanken die een overzicht geven van het aantal tienerzwangerschappen op mondiaal of Europees niveau, kunnen we helaas geen uitspraken doen over hoe België zich verhoudt ten aanzien van andere landen. Een vergelijking is wel mogelijk als het gaat om het aantal tienermoeders. Zoals blijkt uit onderstaande tabel op basis van gegevens van Eurostat⁵, behoort België in 2017 bij de top 10 van Europese landen met laagste aantal tienermoeders; in 2% van alle geboorten is de ouder een tienermoeder. Het is vooral in Oost-Europa dat er hoge aantallen zijn; daar is in meer dan 10% van alle geboorten de ouder een tienermoeder (fig. 9).

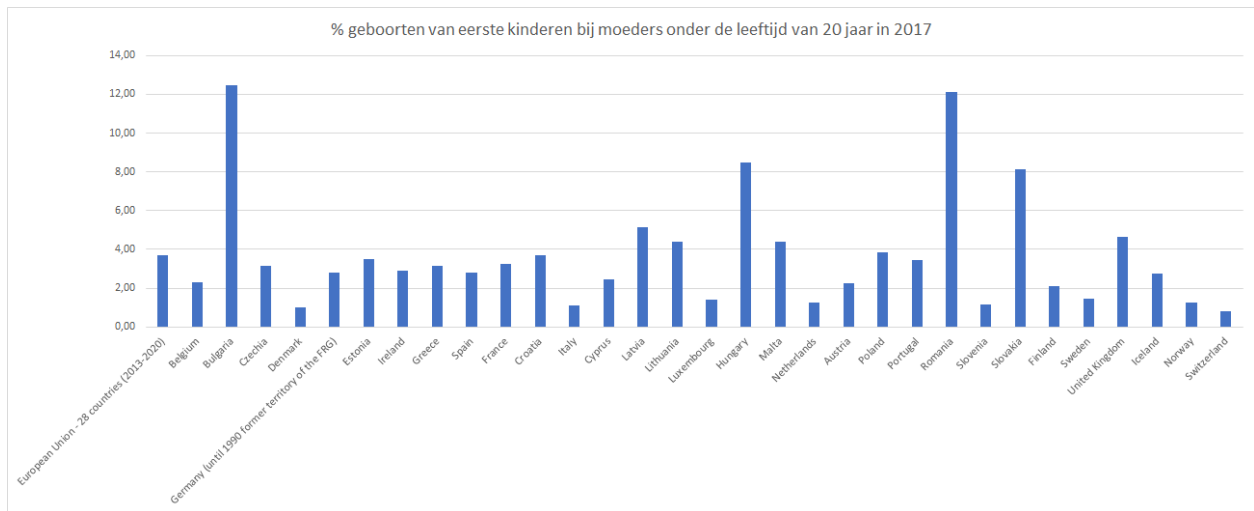


fig.9

⁵ Data geraadpleegd op : Bron: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?query=BOOKMARK_DS-055370_QID_-3C704C25_UID_-3F171EB0&layout=AGE,L,X,0;GEO,L,Y,0;TIME,C,Z,0;ORD_BRTH,L,Z,1;UNIT,L,Z,2;INDICATORS,C,Z,3;&zSelection=DS-055370UNIT,NR;DS-055370INDICATORS,OBS_FLAG;DS-055370ORD_BRTH,1;DS-055370TIME,2015;&rankName1=UNIT_1_2_-1_2&rankName2=INDICATORS_1_2_-1_2&rankName3=ORD-BRTH_1_2_-1_2&rankName4=TIME_1_0_0_0&rankName5=AGE_1_2_0_0&rankName6=GEO_1_2_0_1&rStp=&cStp=&rDCh=&cDCh=&rDM=true&cDM=true&footnes=false&empty=false&wai=false&time_mode=ROLLING&time_most_recent=true&lang=EN&cfo=%23%23%23%2C%23%23%23.%23%23%23

4 Bespreking

In wat voorafging, gaven we een overzicht van de belangrijkste cijfers in verband met tienerzwangerschappen in de afgelopen 10 jaar. Duidelijke trends tekenden zich af. In dit laatste deel proberen we mogelijke verklaringen aan te reiken voor het beeld dat de cijfers laten zien, zowel voor wat betreft de verschillen tussen de leeftijdsgroepen, als voor de voortschrijdende, dalende trend. De complexiteit en de veelheid aan factoren die de prevalentie kunnen verklaren is binnen onderzoek echter moeilijk eenduidig in beeld te brengen. Door het ontbreken van longitudinale cohortstudies, kunnen er bovendien geen sluitende uitspraken gedaan worden over causale verbanden. De bespreking die volgt zal bijgevolg nooit volledig zijn, maar hoopt een zinvolle richtingaanwijzer te zijn voor verder onderzoek.

4.1 Seksuele activiteit bij jongeren

De studie Jongeren en Gezondheid geeft betrouwbare en representatieve cijfers over de seksuele activiteit van jongeren in Vlaanderen. Deze studie maakt deel uit van de internationale Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) studie, uitgevoerd onder toezicht van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO)⁶. De laatste data dateren van 2018. Hieruit blijkt dat in 2018 minder dan de helft van de Vlaamse jongeren op de leeftijd van 17-18 jaar ervaring heeft met geslachtsgemeenschap: 46% van de jongens en 41% van de meisjes. Op 15-16 jarige leeftijd zegt 16% van de jongens en 15% van de meisjes ervaring te hebben met geslachtsgemeenschap. In de jongste groep (13-14 jaar) geeft 5% van de jongens en 3% van de meisjes aan al ervaring te hebben (Dierckens, 2019).

Ten opzichte van 2014 daalt de groep van 17 tot 18 jarige meisjes die ervaring heeft met penetratieseks met een opvallende 11%. Voor de jongens en meisjes uit de andere leeftijdsgroepen treden er geen significante evoluties op.

Met de nodige omzichtigheid kunnen we stellen dat de daling in seksuele activiteit bij 17-18 jarige meisjes tussen 2014 en 2018 een impact heeft op de daling van het aantal tienerzwangerschappen in deze periode.

4.2 Anticonceptiegebruik

België doet het goed op vlak van anticonceptie. Niet voor niets scoorde ons land in 2019 een eerste plaats in de 'European Contraception Atlas'⁷. Deze atlas sorteert 46 Europese landen op het gebied van toegang tot moderne anticonceptie. België dankt zijn eerste plaats onder meer aan de

⁶ In Vlaanderen wordt deze studie uitgevoerd door de onderzoeksgroep Gezondheidsbevordering van de vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg aan de Universiteit Gent met steun van de Vlaamse overheid, Agentschap Zorg en Gezondheid

⁷ www.contracceptioninfo.eu

terugbetalingsmaatregelen vanuit de overheid voor jongeren.

Sinds 2004 voorziet de federale overheid immers een verhoogde terugbetaling⁸ van anticonceptiemiddelen voor jongeren (tot 21 jaar)⁹. Hierdoor werden enkele pillen van de tweede en derde generatie gratis. Ook de (klassieke) noodpil kost sindsdien minder dan 1€. In 2013 werd deze maatregel structureel en werden ook spiralen gratis voor jongeren <21 jaar.

Naast het mogelijk maken van betaalbare anticonceptie, wordt er door middel van de eindtermen van de eerste graad van het secundair onderwijs door de overheid ook ingezet op kennisverstrekking over voortplanting en middelen om de zwangerschap te regelen¹⁰.

Wat de impact van al deze maatregelen is op het anticonceptiegebruik van jongeren, is iets moeilijker af te leiden. We beschikken wel over verschillende bronnen die het gebruik in kaart proberen te brengen. De studie 'Jongeren en Gezondheid' geeft een overzicht van het anticonceptiegebruik bij Vlaamse jongeren in het secundair onderwijs (13-18 jaar) (Dierckens, 2019). De Gezondheidsenquête rapporteert over het anticonceptiegebruik bij seksueel actieve 15-19 jarige Belgische jongeren (Charafeddine et al., 2018). Daarnaast zijn er ook de verkoopcijfers van Belgische apotheken aangeleverd en geanalyseerd door de Algemene Pharmaceutische Bond (APB, 2016) (APB, 2018) (APB, 2020).

Volgens de Gezondheidsenquête (2018) gebruikte 89% van de 15-19 jarige meisjes (of hun partner) in de afgelopen 12 maanden een anticonceptiemiddel. Jongeren gebruiken, naast het condoom, vooral de anticonceptiepil als voorbehoedsmiddel (Charafeddine et al., 2018).

Uit de studie 'Jongeren en Gezondheid' blijkt dat in 2018 rond de 90% van de 13- tot 18-jarige Vlaamse jongeren aangeeft een voorbehoedsmiddel te hebben gebruikt bij het laatste seksueel contact (vooral pil en condoom). De 10% die aangeeft niets te hebben gebruikt, bevindt zich voornamelijk in de jongere leeftijdscategorie (Dierckens, 2019). Mogelijks gebeurt seks voor hen eerder onverwacht, waardoor er minder anticonceptie wordt gebruikt. De in verhouding hoge abortuspercentages die we doorheen de jaren zien in de groep 10 tot 14-jarigen, zou kunnen verklaard worden doordat zij in een minder stabiele relatie zitten, zich niet klaar voelen/zijn voor het ouderschap of meer druk ervaren vanuit hun omgeving bij een zwangerschap.

De analyses van de verkoopcijfers laat dan weer een verdubbeling zien van de anticonceptieverkoop aan 15-tot 21-jarigen tussen 2004 en 2015 (APB, 2016). Ook in de data van de Gezondheidsenquête zien we een stijging van het anticonceptiegebruik bij 15-19 jarigen tussen 2004 en 2013. Tussen 2014 en 2018 treedt er dan weer een daling op (Charafeddine et al., 2018)¹¹.

⁸ Deze tegemoetkoming komt bovenop de klassieke tegemoetkoming van de verplichte ziekteverzekering (verzekering voor geneeskundige verzorging)

⁹ KB 24/3/2004

¹⁰ Zowel in de vroegere eindtermen als in de vernieuwde eindtermen.

¹¹ Gezien de kleine steekproef jongeren <20 jaar is het niet zeker of deze verschillen doorheen de jaren statistisch significant zijn en moeten we voorzichtig zijn om deze te veralgemenen naar de algemene groep jongeren.

De studie 'Jongeren en Gezondheid' toont tussen 2014 en 2018 geen significante verschillen wat betreft het anticonceptiegebruik bij jongeren. Wel blijkt er tussen 2014 en 2018 een opvallende toename te zijn in het gebruik van andere¹² anticonceptiemiddelen dan de pil en het condoom . (Dierckens, 2019).

Om het verband te leggen tussen anticonceptiegebruik en de daling van het aantal tienerzwangerschappen tussen 2010 en 2017, beschikken we helaas niet over de (representatieve) bronnen die deze periode exact coveren. Met de nodige omzichtigheid kunnen we echter stellen dat de toename in anticonceptiegebruik tussen 2004 en 2015, mogelijks onder invloed van de terugbetalingsregeling, een impact heeft op de daling van het aantal tienerzwangerschappen in deze periode.

4.3 Maatschappelijke tendensen rond vruchtbaarheid en ouderschap

De leeftijd waarop Belgische en Vlaamse moeders hun eerste kind krijgen, stijgt jaar na jaar. In 2010 lag de leeftijd bij het eerste kind voor de Belgische moeders op 28,2 in 2016 was dit 28,9¹³. In 2018 was de gemiddelde leeftijd waarop een Vlaamse moeder haar eerste kind kreeg 29,1 jaar, terwijl dat in 1987 nog 25.7 jaar was (SPE, jaarverslag 2018).

Niet enkel stijgt de leeftijd bij het eerste kind, vandaag de dag liggen de vruchtbaarheidscijfers het hoogst bij vrouwen tussen de 30-35 jaar. Sinds 2013 ligt de vruchtbaarheid bij 35- tot 40-jarigen hoger dan bij de 20-25-jarigen. Er zijn minder mama's onder de 20 jaar, dan moeders boven de 40. In 2018 was 1 op 87 vrouwen die een kind kregen in Vlaanderen immers jonger dan 20. 1 op 32 vrouwen, was ouder dan 40. Jongeren die voor hun 20ste een kind krijgen, wijken dus steeds verder af van de norm (Kind in Vlaanderen, 2019).

Onze jongeren groeien op met boodschappen rond wat een acceptabele leeftijd is voor een éérste kind en waar een goede ouder idealiter aan voldoet (vast werk, stabiele relatie, financiële zekerheid, persoonlijk ontwikkelingsstraject doorlopen,...). Het is dus niet ondenkbaar dat het voortdurend opschuiven van de leeftijd waarop men voor het eerst moeder wordt, een rol speelt in de daling van het aantal tienerzwangerschappen.

4.4 Kinderwens

Binnen de leeftijdsgroepen, merken we duidelijke verschillen in de abortusratio. Bij de jongste groep kiest een hoog percentage voor abortus in vergelijking met de andere leeftijdsgroepen. Dit doet vermoeden dat de zwangerschappen in deze leeftijdscategorie vaker onbedoeld waren en als ongewenst worden ervaren. De gegevens in verband met anticonceptiegebruik (cf. supra) versterken

¹² Er wordt niet gevraagd naar welke middelen dan gebruikt worden

¹³ <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/geboorten-en- vruchtbaarheid#figures> geraadpleegd september 2020

dit vermoeden: de helft van de zwangere 10 tot 14-jarigen die kiezen voor abortus geeft aan niets gebruikt te hebben, bij de 15-19 jarigen is dit 45%.

Naarmate de leeftijd toeneemt, merken we niet enkel een stijging van het aantal zwangerschappen, maar ook een stijging van het percentage jongeren dat kiest voor behoud van de zwangerschap. In 2017 koos net niet de helft van de 15-17 jarigen en iets meer dan 60 procent van de 18 tot 19 jarigen die zwanger werden ervoor om moeder te worden. Hoe moeten we dit begrijpen?

Logischerwijs wordt het met de stijgende leeftijd ook haalbaarder om voor behoud van de zwangerschap te kiezen. Jongeren moeten nog minder lang studeren, of zijn al gestart met werken. Ze hebben meer sociale en emotionele vaardigheden, zijn zelfredzamer en ervaren mogelijk ook meer steun uit de omgeving voor hun keuze om mama te worden dan de jongste leeftijdsgroepen. Toch is er mogelijk meer aan de hand.

Een hypothese die het verschil tussen de leeftijdsgroepen verder verklaart, is dat niet al de zwangerschappen bij de 15 tot 19-jarigen volledig ongepland waren. Sommige jongeren koesteren ambivalente gevoelens ten opzichte van het hebben van kinderen. Dat wil zeggen dat zij misschien de nadelen wel zien van een kind krijgen op deze leeftijd, maar dat het idee om moeder te worden ook niet meteen onaantrekkelijk is. Onderzoek (Finlay, 1996) heeft aangetoond dat een ambigue kinderwens de kans op een zwangerschap verdubbelt en hetzelfde effect kan hebben als een uitgesproken kinderwens. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat een ambivalente kinderwens gelinkt is aan inconsequent gebruik van anticonceptie (Finlay 1996, Weed, Nicholson & Farri, 2015).

5 Conclusies en aanbevelingen

In 2001 hechtte de Interministeriële Conferentie Gezondheidszorg zijn goedkeuring aan een nota over jongeren en anticonceptie, die was opgesteld door een expertgroep. De nota bevatte diverse beleidsaanbevelingen op zowel het federale als het regionale niveau, om het aantal ongeplande zwangerschappen bij tieners terug te dringen.

Sindsdien werden er in België heel wat inspanningen geleverd die zijn vruchten lijken af te werpen. Na grondige analyse kunnen we eindelijk bevestigen dat de daling in het aantal tienermoeders die we al enkele jaren konden vaststellen, niet wordt gecompenseerd door een stijging in het aantal abortussen bij jongeren. Er worden minder jongeren zwanger.

Desalniettemin kan het nooit kwaad om te bekijken hoe we ons kunnen verbeteren. Deze aanbevelingen zijn niet enkel geschreven met beleidsmakers indachtig. Iedereen die met jongeren werkt of een rol als vertrouwenspersoon heeft, kan een rol opnemen in preventie van ongewenste zwangerschappen.

5.1 Meer en beter onderzoek

Het zal de oplettende lezer niet ontgaan zijn dan in dit rapport enkel voorzichtige en tentatieve uitspraken te vinden zijn. Het beschikbare bronmateriaal laat immers niet toe om duidelijke verbanden en harde conclusies te trekken.

Willen we meer zicht krijgen op hoe we verdere preventieve maatregelen vorm kunnen geven, of hoe we jongeren die zwanger worden beter kunnen ondersteunen hebben we extra informatie nodig. Welk socio-economisch profiel hebben deze jongeren? Zitten ze nog op school? Hoe zit het met culturele achtergrond? Hoe zit het met seksuele ervaring in deze doelgroep? Hoe gaan zij om met anticonceptie?

Daarnaast mogen we niet vergeten dat er achter de cijfers reële jongeren schuilgaan. Wie zijn de jongeren die zwanger worden voor hun 20ste? Hoe gaat het met hen? Welke risicofactoren en scenario's gingen er vooraf aan hun zwangerschap? Wat beïnvloedt hun beslissing tot abortus of behoud? Welke zorgnoden hebben zij nadat er een keuze werd gemaakt?

Willen we het onze jongeren mogelijk maken om bewuste keuzes te maken inzake hun fertiliteit en hun toekomstkansen maximaliseren wanneer een zwangerschap op hun pad komt, is er zowel meer kwantitatief als kwalitatief onderzoek naar de doelgroep nodig.

Met de zwangerschapscijfers bij de 15 tot 19-jarigen bijna dubbel zo hoog in Wallonië en Brussel als in Vlaanderen en een abortuspercentage dat enkel in Brussel de 50% overstijgt, kan verder onderzoek over deze verschillen inzichten bieden in verklaringen hiervoor.

5.2 Reliëf brengen in preventie en zorg

De daling van de tienerzwangerschappen zet zich door in alle leeftijdscategorieën en in alle gewesten. Toch laten de cijfers een gedifferentieerd beeld zien. De verdere aanpak van preventie en zorg vertoont dus idealiter dezelfde differentiatie.

Zo moet er op basis van de leeftijdscategorieën een onderscheid gemaakt worden.

Dit rapport heeft aangetoond dat drie op de vier zwangerschappen bij 10 tot 14-jarigen eindigt in abortus. Het aandeel jongeren dat geen anticonceptie gebruikt, is het hoogst in deze groep. Ervaringen uit de hulpverlening leert dat toegang tot anticonceptie voor deze groep niet altijd evident is. Schaamte om deze aan te kopen en om het gesprek met ouders en/of huisarts aan te gaan hierover, speelt hierbij zeker een rol. Ook overvallen worden door de eerste keer, het niet bespreekbaar durven stellen van anticonceptie met de partner en soms ook gewoon een gebrek aan kennis, zijn factoren die ongewenste zwangerschap verder in de hand werken. Daar moeten we dus verder op inzetten (cf. Infa).

Voor de 15 tot 17-jarigen dient het aanbeveling om de kennisoverdracht rond fertiliteit en anticonceptie die zich nu bij de leerdoelen in de eerste graad bevindt, te herhalen. We weten immers

dat jongeren deze kennis pas oppikken op het moment dat deze voor hen relevant aanvoelt. Daarnaast hopen we te hebben aangetoond dat preventie die zich enkel focust op anticonceptie niet voldoende is voor de jongeren die ambivalentie ervaren omtrent het krijgen van een kind. Het gesprek aangaan omtrent kinderwens werpt hier wellicht meer vruchten af. Vanuit de ambivalentie ontstaan er misschien wel semi-geplande zwangerschappen, maar deze worden niet altijd als welkom ervaren op het moment dat ze zich aandienen. Kinderwens bij jongeren hoeft niet persé problematisch te zijn, maar is idealiter wel een bewuste en omkaderde keuze.

Ook bij de 18-19-jarigen is inzetten op het bespreekbaar maken van kinderwens aanbevolen. Daarnaast moeten we ook durven nadenken hoe we deze jongeren het best bereiken. Veel maatregelen rond zorg en preventie focussen zich op minderjarige jongeren of vinden plaats in een schoolse context. Op deze manier lopen we misschien net de grootste categorie mis.

5.3 Blijvend inzetten op correct anticonceptie gebruik en anticonceptie op maat

Uit de besproken data (cf.infra) blijkt dat de pil en het condoom de meest gebruikte middelen zijn door jongeren. De vraag is of dit ook de meest geschikte middelen zijn? De betrouwbaarheid van deze middelen hangt heel sterk samen met het correct gebruik ervan. Dit correct gebruik is niet altijd gemakkelijk voor vrouwen en mannen. Dit blijkt ook uit de gegevens van de Nationale Evaluatiecommissie: indien een anticonceptiemiddel werd gebruikt, is dit voor 2017 bij de 10 tot 14-jarigen in de eerste plaats een condoom (37%) en de pil (10%); bij de 15 tot 19-jarigen de pil (28%) en het condoom op de tweede plaats (19%).

Het is belangrijk dat jongeren de verschillende mogelijkheden kennen en begeleid worden in een keuze voor een middel dat het best bij hen en hun levensstijl past.

In dit kader willen we dan ook pleiten voor de anonimisering van dokterskosten (derdebetalersregeling). De terugbetaling van een doktersbezoek is raadpleegbaar in het terugbetalingsoverzicht van de ouders. Jongeren moeten dus kiezen tussen de volle pot betalen of hopen dat hun ouders het terugbetalingsoverzicht niet nakijken. Voor sommige jongeren is dit een drempel om naar de arts te stappen.

5.4 Opletten voor verdere marginalisering tienerzwangerschap

Het behoeft niet veel uitleg dat hoe minder jongeren zwanger worden, hoe groter het gevoel van schaamte wanneer je wel (per ongeluk) zwanger raakte. Het ervaren van schaamte is een weinig helpende emotie in het zoeken naar hulp en ondersteuning.

Zoals eerder aangehaald leven er in onze maatschappij duidelijke verwachtingen rond ouderschap (cf. Supra). Omwille van hun leeftijdsfase kunnen jonge ouders per definitie niet aan deze verwachtingen voldoen. Op die manier lopen ze het risico op verdere marginalisering en mede als gevolg daarvan op een negatief effect op hun ontwikkelingskansen.

6 Bronnen

Algemene Pharmaceutische Bond (APB), 2016. Intern werkdocument 'Contraceptiva 2004-2015' APB Statistics – Kristien De Bruyn

Algemeen Pharmaceutische Bond (APB), oktober 2018. Anticonceptie in de apotheek, Apothekersblad – Wouter Hamelinck.

Algemeen Pharmaceutische Bond (APB), augustus 2020. Intern document– Wouter Hamelinck

Buyse, Ann, Enzlin, P., Lievens, J., T'Sjoen, G., Van Houtte, M., Vermeersch, H., Dewaele, A., et al. (2013). *Sexpert: basisgegevens van de survey naar seksuele gezondheid in Vlaanderen*. Gent: Academia Press.

Charafeddine, R. et al (2018). *Gezondheidsenquête 2018: Seksuele gezondheid. Te raadplegen op* https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/RH_NL_2018.pdf

Dewilde (2008). *Onderzoeksnota: tienerzwangerschappen in België in cijfers van 1996 tot 2005*. Tijdschrift voor sociologie, 89-103.

Dierckens, M., De Clercq, B. & Deforche B. (2019). *Studie Jongeren en Gezondheid, Deel 4: gezondheidsgedrag – Seksuele gezondheid en relaties [Factsheet]*. Opgehaald van: https://www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be/wordpress/wp-content/uploads/2019/09/HBSC201718_Factsheet_seksualiteit.pdf

Finlay, A. (1996). *Teenage pregnancy, romantic love and social science: an uneasy relationship*. in James, V. & Gabe, J. *Health and the sociology of emotion*, Sociology of health and illness monograph, Blackwell, 79-96.

Kind en Gezin. (2020). *Kind in Vlaanderen 2019*.

Van Bavel, J. & Nomes, E. (2016), *De recente evoluties van de vruchtbaarheid in het Vlaamse Gewest: 2014-2015*. Opgehaald van: <https://www.kindengezin.be/img/rapportvruchtbaarheid-2014.pdf>

Weed, K., Nickolson, J.S. & Farris J.R. (2015). *Teen pregnancy and parenting. Rethinking the myths and misperceptions*. Londen en New York: Routledge Taylor & Francis Group.

Cammu, H., Martens, E., De Coen, K., Defoort, P. (2008). *Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2007*. Brussel: SPE. (en volgende jaren) geraadpleegd via: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/belangrijkste-trends-in-geboorte-en-bevalling>



fara

SENSOA



Vlaamse
overheid