

V L A A M S P A R L E M E N T



Zitting 2008-2009

3 april 2009

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

**– van mevrouw Helga Stevens en de heren Jan Peumans,
Geert Bourgeois, Mark Demesmaeker, Kris Van Dijck en Piet De Bruyn –**

betreffende het beleid ten aanzien van tienerzwangerschappen

TOELICHTING

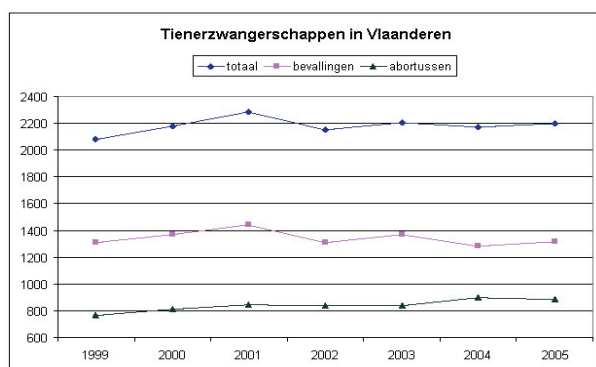
DAMES EN HEREN,

I. Tienerzwangerschappen bij Vlaamse meisjes in cijfers

1. In 2005 werden er ongeveer 2199 Vlaamse meisjes tussen 10 en 19 jaar zwanger (voldragen en geaborteerde zwangerschappen); 42 van hen waren jonger dan 15 jaar.

2. Als we dat aantal vergelijken met het totale aantal tienermeisjes, blijkt dat 1 op de 157 meisjes zwanger werd. Onder de 15 jaar werd 1 op de 4165 meisjes zwanger en boven de 15 jaar 1 op de 78.

3. Van 1999 tot 2002 was er een jaarlijkse stijging van het aantal zwangerschappen. Sinds 2002 schommelen de aantallen. 2001 blijft een recordjaar met 2289 tienerzwangerschappen. Het is niet duidelijk of het aantal in 2006 opnieuw zal dalen of stationair zal blijven.



4. Het aantal abortussen bij tieners vertoont een stijgende trend. De bevallingen in 2005 liggen na een stijgende trend op een zelfde niveau als in 1999.

5. Het percentage zwangere meisjes in Vlaanderen dat kiest voor abortus, steeg licht van 36,9% in 1999 naar 40,2% in 2005. Bij de meisjes onder de 15 jaar kiest de meerderheid voor abortus. De percentages schommelen van 61,9% tot 80%. Bij de meisjes boven de 15 jaar koos in 2005 45% voor abortus.

6. Het aantal bevallingen per 1000 vrouwelijke tieners schommelde in de jaren 2002-2005 rond 3,8 en het aantal abortussen per 1000 vrouwelijke tieners schommelde in die periode rond 2,5.

7. In de Vlaamse Gemeenschap werd in 2005 ongeveer 12% van de tienermoeders voor een tweede of

derde keer moeder. Dat percentage is vrij constant de voorbije tien jaar.

8. De meerderheid van de tieners die zwanger worden, is 18 jaar of ouder. Wel is het aandeel meisjes dat onder de 15 jaar zwanger werd, sterk gestegen. Het gaat echter om uiterst kleine getallen, respectievelijk 22 en 21 zwangerschappen in 1999 en 2000 en 49 en 42 in 2004 en in 2005.

9. Een Vlaams meisje heeft tijdens haar tienerjaren (10-19 jaar) 6,5% kans dat ze zwanger zal worden. Voor dat cijfer is er een foutenmarge, omdat er geen rekening kan worden gehouden met de hoeveelheid meisjes die tijdens hun adolescentie meermaals een abortus ondergaan of eenmaal voor abortus kiezen en een andere keer voor het ouderschap.

10. 3,1% van alle Vlaamse vrouwen die zwanger worden, is tiener. In 2005 was in 2% van alle bevallingen in Vlaanderen sprake van bevallingen bij tieners. Van alle vrouwen uit het Vlaamse Gewest die voor abortus kozen, was 12,7% jonger dan 20 jaar.

II. Tendensen voor de toekomst

In de recente dagbladders werden oorzaken van een mogelijke vervroegde menarche gepubliceerd: voeding en overgewicht, stress naar aanleiding van echtscheidingen en huiselijk geweld, aanmaak van feromonen bij aanwezigheid van stiefvaders, tot televisiekijken toe. Volgens onderzoekers in het kader van de Vlaamse groeistudie aan de VUB zou de gemiddelde leeftijd waarop de fysieke puberteit en de geslachtsrijpheid intreedt, de laatste vijftig jaar voor de Vlaamse kinderen niet meer zijn vervroegd. Bovendien zouden ook de uiterste grenzen (zeer vroeg en zeer laat intreden in de puberteit) naar elkaar toegroeien. Er zouden ook geen directe aanwijzingen zijn dat dat in de toekomst zou veranderen. We kijken evenwel uit naar de publicatie van de resultaten van de Vlaamse groeistudie (2002-2006) in 2008. Ook in Nederland liet een groeionderzoek van Dick Mul van de Rotterdamse Erasmus Universiteit zien dat de leeftijd waarop kinderen puber worden, sinds 1980 niet meer daalt.¹

Een tendens die wel kan worden bevestigd, is de vervroegde leeftijd waarop tieners seksueel actief

¹ NRC, 23/12/2000.

zijn. De leeftijd waarop de jongeren hun eerste keer beleven, namelijk ongeveer 15 jaar, lijkt de laatste tien jaar in Vlaanderen niet meer te dalen. Ook op de leeftijd van 17-18 jaar zien we een toename van het aantal seksueel actieve jongeren. In 2000 heeft op deze leeftijd 51% van de meisjes en 45% van de jongens ervaring met seks. In 2002 is dat respectievelijk 53% en 49%.² Een grotere maatschappelijke permissiviteit op seksueel vlak verklaart die ontwikkeling. Rekening houdend met deze bevinding moet de Vlaamse overheid de nodige alertheid aan de dag leggen om haar inspanningen op het vlak van de primaire en secundaire preventie van tienerzwangerschappen te verhogen.

III. Buitenlandse studies

In de literatuur staat België in vergelijking met onze buurlanden of -regio's bekend om de lage aantallen voldragen en bewust afgebroken tienerzwangerschappen. In 2001 publiceerde het Unicef Innocenti Research Center in Firenze een aantal internationaal vergelijkende statistieken.

Bij deze cijfers (in de tabel hiernaast) zijn twee opmerkingen te maken.

Enerzijds zijn deze veelbelovende cijfers voor België te danken aan een slechte registratie van het aantal zwangerschapsafbrekingen. De nationale commissie voor de evaluatie van de abortuswet kon echter slechts 12.622 zwangerschapsafbrekingen verwerken in leeftijdscohorten, terwijl er ten minste 12.750 abortussen in België werden uitgevoerd. Ook dat laatste cijfer is een zware onderschatting door de onderregistratie. Bovendien is het niet zeker dat de 2019 zwangerschapsafbrekingen van vrouwen, woonachtig in België en Luxemburg, die in Nederland in 1996 werden uitgevoerd, in de cijfers werden verwerkt. Daarnaast is de Belgische organisatie van het Nationaal Instituut voor de Statistiek een wetenschappelijke ramp.

Anderzijds scoort Vlaanderen jaar na jaar beter dan Wallonië en Brussel. In 2005 was 42% van de abortuscliënten afkomstig uit Vlaanderen, 32% uit Wallonië en 25% uit Brussel. De abortuscijfers waren in 2005 5,86 voor het Vlaamse Gewest, 7,92 voor het Waalse Gewest en 18,29 voor het Brusselse Hoofd-

stedelijke Gewest en de abortusratio's in hetzelfde jaar waren respectievelijk 9,85, 12,13 en 20,89.³

Aantal geboorten en zwangerschapsafbrekingen bij tieners per 1000 15- tot en met 19-jarigen in 1996⁴

	geboorten	abortussen	totaal
Japan	3,9	7,1	11,0
Nederland	7,7	3,9	11,6
Spanje	7,5	4,9	12,4
Italië	6,6	6,7	13,3
Griekenland	13,0	5,3	18,3
België	9,8	9,6	19,4
Duitsland	9,4	13,2	22,6
Finland	8,2	15,4	23,6
Frankrijk	7,7	17,7	25,4
Denemarken	13,6	18,3	31,9
Zweden	20,1	12,4	32,5
Noorwegen	13,6	18,3	31,9
Tsjechië	20,1	12,4	32,5
IJsland	21,5	20,6	42,1
Slowakije	30,5	13,1	43,6
Australië	20,1	23,9	44,0
Canada	22,3	22,1	44,4
VK	29,6	21,3	50,9
Nw-Zeeland	23,4	22,5	55,9
Hongarije	29,9	30,2	60,1
USA	55,6	30,2	85,8

De grote onderlinge verschillen in cijfers en ratio's binnen Europa en zelfs binnen de buurlanden, tonen aan dat omzichtig moet worden omgesprongen met het trekken van conclusies inzake de oorzaken van tienerzwangerschappen. Naast sociaaleconomische factoren spelen ongetwijfeld culturele factoren een

² Feiten en cijfers: jongeren en seksualiteit, SENSOA, juli 2005, p 2.

³ Definities:

- abortuscijfer: het aantal zwangerschapsafbrekingen per 1000 vrouwen in de vruchtbare leeftijd (15 tot 44 jaar);
- abortusratio: het aantal zwangerschapsafbrekingen per 1000 zwangerschappen.

J. VAN BUSSEL, *Rapport over 10 jaar zwangerschapsafbrekingen in België (1993-2005)*, CRZ, Leuven, p. 29.

⁴ *A league table of teenage births nations*, Innocenti Report Card, Issue nr. 3, July 2001, p 20.

belangrijke rol. Wetenschappelijke bevindingen in Engeland en Nederland kunnen niet zomaar worden getransponeerd naar Vlaanderen. Eigen onderzoek is nodig. De bevindingen in het buitenland blijven evenwel van grote waarde als toetssteen voor mogelijk onderzoek in de eigen regio. Daarom willen wij in het bijzonder kijken naar conclusies die zowel in het vertrouwde Nederland als in het Verenigd Koninkrijk worden getrokken, respectievelijk een van de beste leerlingen en de slechtste leerling van de Europese klas.

Aangezien het Verenigd Koninkrijk over de jaren heen hoge aantallen tienerzwangerschappen telt, vormt het een bijzonder interessant statistisch onderzoeksgebied voor het zoeken naar de causaliteit.

Tienerzwangerschappen in het Verenigd Koninkrijk worden in een recente, overzichtelijke overheidsuitgave geassocieerd met lage slaagcijfers op school, schoolmoeheid en absentisme, met culturele en etnische achtergronden, en met een verhoogde vraag naar vormen van gezondheidszorg. Daarnaast somt dezelfde overheidspublicatie een aantal factoren op die een verhoogde kans (kunnen) geven tot een tienerzwangerschap: mentale gezondheidsproblemen⁵; slachtoffer zijn geweest van seksueel misbruik⁶; laag verwachtingspatroon, geweld en pesten op school, weinig ouderlijke steun en huiselijk geweld; betrokkenheid bij criminaliteit; drank- en drugsmisbruik⁷. De hoogst voorspellende factor was zelf dochter zijn van een tienermoeder.⁸

In het Verenigd Koninkrijk vindt men dus vooral verhoogde kansen op tienerzwangerschappen bij tie-

nermeisjes in problematische opvoedingssituaties. De associatie tussen jeugdcriminaliteit en tienerouderschap werd slechts in één studie teruggevonden. De geboortecohorte van 1958 in het Verenigd Koninkrijk toonde aan dat zowel jongens als meisjes die in aanraking waren gekomen met de politie dubbel zoveel kans maakten om tienerouder te worden.⁹

De Nederlandse overheid vertoont op haar beurt sinds 2000 een hernieuwde interesse in tienerzwangerschappen, temeer door het feit dat in een periode van desinteresse het aantal abortussen tussen 1995 en 2001-2002 steeg van 4 op 1000 naar 10 op 1000 tieners. De nieuwe abortusregistratie noteert onder meer het geboorteland van de vrouw die om een zwangerschapsonderbreking verzoekt, evenals het geboorteland van haar ouders. Ook daar zien we sterke cultureel-etnische factoren met grote verschillen tussen de eerste en de tweede generatie meisjes. Daarnaast noteert men het aantal zwangerschapsonderbrekingen die de vrouw eerder heeft ondergaan. Onderzoek toont er ook de aanwezigheid van gewenste zwangerschappen aan.

Recent – op 22 september 2008 – maakte psychiater in opleiding, Sannie Hamerlynck, van het VU medisch centrum in Amsterdam naar aanleiding van haar promotie haar onderzoeksresultaten bekend: “Eén op de vijf tienermeisjes in justitiële jeugdinrichtingen is zwanger geweest. Bijna allemaal hebben ze last van ernstige psychiatrische stoornissen. Toch doen de inrichtingen onvoldoende om deze problemen aan te pakken en te voorkomen. Vooral voor meisjes die strafrechtelijke delicten hebben gepleegd, ziet de toekomst er somber uit”, en verder: “Bij de meisjes die ik tussen 2002 en 2004 heb onderzocht, zijn alle zwangerschappen afgebroken. Kortgeleden is de helft van deze meisjes opnieuw geïnterviewd. Gezien de manier waarop ze met anticonceptie omgaan, is de kans groot dat ze daadwerkelijk tienermoeders worden”¹⁰.

Hamerlynck onderzocht 216 tienermeisjes van 12 tot en met 18 jaar in Nederlandse justitiële jeugdinrichtingen, evenals 55 meisjes die in een jeugdinrichting

⁵ S. MASKEY, Teenage pregnancy: doubts, uncertainties and psychiatric disorders, *Journal of Royal Society of Medicine*, 1991.

⁶ De onderzoekers schrijven dit toe aan een minderwaardigheidsgevoel en een laag zelfvertrouwen om weerwerk te kunnen bieden aan de druk om seks te hebben, zelfs jaren na het oorspronkelijk misbruik. R. MICHAEL, J. GAGNON et al, *Sex in America*, Little Brown and Co, Boston, 1994.

⁷ K. REDGRAVE and M. LIMMER, ‘It makes you more up for it.’ School aged young people’s perspectives on alcohol and sexual health, *Rochdale Pregnancy Strategy*, Rochdale, 2005.

Alcohol & teenage pregnancy, Alcohol Concern, London, 2002.

⁸ *Teenage pregnancy next steps: guidance for local authorities and primary care trusts on effective delivery of local strategies*, Department for Education and Skills (DfES), 2006, pp 1-4.

⁹ J. HOBcraft, *Intergenerational and life-course transmission of social exclusion: influences of childhood poverty, family disruption and contact with the police*, London School of Economics and Political Science (LSE), CASE paper 15, 1998.

¹⁰ *De Volkskrant*, 23/09/2008.

in België zaten.¹¹ 20% zit vast voor strafrechtelijke delicten. 80% van die tienermeisjes is opgesloten met een civielrechtelijke maatregel wegens probleemgedrag zoals zwerven, weglopen of prostitutie. Bijna 85% van de onderzochte meisjes heeft een of meer traumatische gebeurtenissen meegemaakt, zoals seksueel misbruik of mishandeling. Veel van hen vertonen seksueel risicogedrag, zoals vrijen zonder anticonceptie en seksueel contact onder invloed van alcohol en drugs.¹²

Met andere woorden, zowel de Engelse overheid als Nederlandse wetenschappers sommen een aantal risicofactoren op die bij tienermeisjes kunnen leiden tot verhoogde kansen op tienerzwangerschappen en die wij in Vlaanderen zouden terugvinden in de privé- en de gemeenschapsinstellingen van de bijzondere jeugdzorg, zowel bij de meisjes die een als misdrijf omschreven feit (MOF) hebben gepleegd, als bij meisjes die wegens een problematische opvoedingssituatie (POS) zijn geplaatst, evenals bij meisjes met psychiatrische stoornissen of met een drank- en/of een drugsverslaving die door een gebrekkige federale financiering en/of door plaatsgebrek alsnog werden geplaatst in een Vlaamse instelling van de bijzondere jeugdzorg.

De aangehaalde redenen voor een preventiebeleid ten aanzien van tienerzwangerschappen zijn in het Verenigd Koninkrijk en Nederland identiek. Naast sociaaleconomische redenen, vinden we motieven van volksgezondheid, welzijnszorg en vooral geestelijke gezondheidszorg:¹³

- de maatschappelijke en psychosociale perspectieven zijn voor tienermoeders minder gunstig. Ze maken bijvoorbeeld vaker hun school niet af, zijn vaker afhankelijk van een uitkering, hebben minder kans op de relatemarkt en lijken vaker ook depressief te zijn dan vrouwen die op oudere leeftijd een kind krijgen;¹⁴

¹¹ S. HAMERLYNCK, *Girls in juvenile justice institutions: psychopathology and sexual risk behavior*, 2008.

¹² *De Volkskrant*, 23/09/2008. *De Standaard*, 23/09/2008, blz. 16. *De Morgen*, 23/09/2008, blz. 10.

¹³ *Teenage pregnancy...* op. cit., p 8.

¹⁴ *Teenage pregnancy...* op. cit., p 8: “teenage mothers have 3 times the rate of post-natal depression of older mothers and a higher risk of poor mental health for 3 years after the birth.”

W. VAN BERLO, C. WIJSEN en I. VAN WESEN-BEECK, *Gebreken aan regie. Een kwalitatief onderzoek naar de achtergronden van tienerzwangerschappen*, Rutgers Nisso Groep, 2005, p 6.

- alhoewel een bevalling bij een tiener makkelijker verloopt dan bij oudere vrouwen, is onder tieners de kans op perinatale sterfte, vroegtijdige geboorten en laag geboortegewicht hoger dan bij volwassen vrouwen;¹⁵
- uit diverse onderzoeken blijkt dat jonge vrouwen bij een abortus meer risico lopen op nadelige psychische gevolgen dan oudere vrouwen.¹⁶

IV. Behoeftte aan onderzoek in Vlaanderen

De weinige onderzoeken die zijdelings de tienermoeders in Vlaanderen behandelen, gaan heel vaak uit van de verkeerde premisse. Het feit dat tienermoeders het vaak moeilijk hebben om de eindjes aan elkaar te knopen, zorgt nogal eens voor verkeerde hypothesen. In vele wetenschappelijke artikels worden vergelijkingen gemaakt tussen tienermoeders en ‘oudere’ moeders. In de meeste gevallen hangen die artikels een negatief beeld op van de toekomst van een tienermoeder en haar kind. Het gaat steeds om studies waarbij de situatie van tienermoeders vergeleken wordt met de situatie van tieners die geen moeder zijn of van moeders die het krijgen van hun eerste kind hebben uitgesteld. De controlegroepen blijken echter niet vergelijkbaar te zijn met de tienermoeders, waardoor de bevindingen van de onderzoeken relatief zijn.

Uit de studies komt naar voren dat tienermoeders meer risico lopen om:

- hun opleiding niet af te maken en geen diploma te behalen;
- in armoede terecht te komen en te leven van een uitkering;
- vele mislukte relaties mee te maken;
- gezondheidsproblemen te krijgen;
- problemen te krijgen met de opvoeding van hun kind.

¹⁵ T. VOGELS, S.E. BUITENDIJK, J. BRUIL, N.S. DIJKSTRA en T.G.W.M. PAULUSSEN, *Jongeren, seksualiteit, preventie en hulpverlening. Een verkenning van de situatie in 2002*, TNO Preventie en Gezondheid, 2002.

¹⁶ M. VAN KOOTEN, W. VAN BERLO en I. VAN WESEN-BEECK, *Psychosociale gevolgen van abortus. Een overzicht van de literatuur*, RNG-studies nr. 6, Delft, Eburon, 2003.

Een tienerzwangerschap veroorzaakt op zich geen armoede. De verminderde kansen die de meisjes al tekenden vóór hun zwangerschap zijn integendeel de oorzaak van het moederschap (ongepand of juist heel gewenst). Zwangerschappen komen echter niet meer voor bij meisjes uit kansarme milieus dan bij meisjes uit kansrijke milieus. Wel gaan beide groepen anders met een zwangerschap om: in kringen waar de opleidings- en ontwikkelingskansen van het meisje hoog liggen, kiest men vaker voor een abortus. Een kind doorkruist daar allerlei toekomstplannen, terwijl een kind in een kansarm milieu vaak gezien wordt als een belofte voor een nieuwe toekomst.

Ondanks de enorme individuele en maatschappelijke gevolgen van tienerzwangerschappen, van abortussen bij tienermeisjes en van abortussen in het algemeen is er in Vlaanderen weinig echt waardevol onderzoek gebeurd om te komen tot een doelgroepenbeleid of een 'evidence based' preventiebeleid. In Vlaanderen vormt één studie daarop de grote uitzondering. Een studente in de sociologie, Sara Vissers, peilde naar Nederlands model naar de etnische afkomst van vrouwen die een zwangerschapsonderbreking ondergingen over een periode van vijf maanden (15 september 2003-15 februari 2004) voor zes van de zeven Vlaamse abortuscentra en één ziekenhuisdienst waar zwangerschapsafbrekingen werden uitgevoerd, met een kleine greep uit de profielen:

“De grootste groep vrouwen (66,5%) is tussen 20 en 35 jaar oud. Een relatief grote groep tieners vinden we terug bij de Belgische, Marokkaanse en Sub-Sahara Afrikaanse vrouwen, en de vrouwen met een gemengde afkomst; de vrouwen uit ‘westerse’ landen, Turkije, Midden- en Oost-Europa en het Midden-Oosten en het Verre Oosten zijn gemiddeld wat ouder. (...)”¹⁷

Het is duidelijk, maar misschien kan het voor het beleid beter nog eens worden herhaald dat een preventiecampagne ten aanzien van ongewenste zwangerschappen bij tieners met een verscheiden culturele achtergrond een andere invalshoek en aanpak vergt dan een preventiecampagne ten aanzien van volwassen westerse vrouwen. Als nog eens mocht blijken, zoals buitenlandse studies suggereren, dat zich binnen de eerste groep een concentratie voordoet bij tieners in de bijzondere jeugdzorg, met andere woorden

in de nabijheid van dezelfde subsidiërende of inrichtende overheid, kan met weinig extra middelen een meer gerichte campagne worden gevoerd ten aanzien van deze subgroep.

De onderzoeksresultaten kwamen naar aanleiding van een vraag om uitleg van mevrouw Vera Jans aan minister Inge Vervotte reeds (gedeeltelijk) aan bod in de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van het Vlaams Parlement. Kort daarvoor had minister Marino Keulen de spreekwoordelijke hand uitgereikt naar Vlaams Parlementslid Vera Jans om voorlichting over anticonceptie op te nemen in de cursussen maatschappelijke oriëntatie van de inburgeringstrajecten, met evenwel de vermelding dat dit overigens al gebeurde (persmededeling van vrijdag 16 februari 2007). Onder de vrouwelijke nieuwkomers werd toen reeds de Idrisskoffer gratis verdeeld door artsen, onthaalbureaus, asielcentra en Centra Algemeen Welzijnswerk (caw) als gevolg van een zeer vruchtbare samenwerking tussen het International Centre for Reproductive Health, de onthaalbureaus van Oost-Vlaanderen en Brussel en Sensoa.

Met andere woorden: noch het maatschappelijk werkveld, noch de beleidsmakers hadden wetenschappelijke, statistisch onderbouwde bewijzen nodig om de reële behoefte aan een preventiebeleid inzake seksuele gezondheid en welzijn voor allochtone vrouwen correct aan te voelen en om initiatieven ter zake te nemen.

Een schriller contrast kon de eerste indiener van dit voorstel van resolutie met haar eigen vraag voor een gericht preventiebeleid ten aanzien van tienermeisjes in de bijzondere jeugdzorg niet ondervinden. Een eerste schriftelijke vraag aan de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin vertolkte de signalen uit het onderwijs over een aantal zwangerschappen die ontstonden tijdens een verblijf in een privé-instelling voor bijzondere jeugdzorg (categorie 1: begeleidings-tehuis) en die de vraagsteller door een rondvraag in de sector waren bevestigd¹⁸. Het antwoord van de minister was ronduit ontwijkend: “Er zijn geen plannen om een bevraging voor deze cijfers te organiseren. Er zijn geen indicaties die er op wijzen dat er een bijzondere correlatie zou bestaan tussen het optreden van tienerzwangerschappen en het verblijf in voorzieningen van de bijzondere jeugdbijstand”. De vraag

¹⁷ S. VISSERS, *Trends inzake de prevalentie van abortus bij allochtonen in Vlaanderen: een onderzoek bij abortuscentra en gezondheidsprofessionals*, Katholieke Universiteit Leuven, 2004, 139 p.

¹⁸ *Bulletin van vragen en antwoorden*, Vlaams Parlement, nr. 4, januari 2008, blz. 237-240.

werd mondeling in de commissie herhaald, maar het antwoord op de vraag voor een specifiek preventiebeleid voor tienerzwangerschappen leidde tot de volgende uitspraak: “dat het niet evident is om op basis van het aantal meisjes dat zwanger is bij hun opname in een gemeenschapsinstelling, generaliserende uitspraken te doen over een mogelijke correlatie, laat staan een causaliteit die aan licht zou komen tussen zwangerschap en een verblijf in een voorziening. Het aanvoelen van de interveniënten laat een covariabiliteit vermoeden. (...) Voorts wordt er een relatief intensief structureel overleg gehouden met de sector. Dit zeer specifieke thema werd niet aangekaart als een probleempunt. Ik wil het onderwerp wel agenderen op een volgend structureel kabinetsoverleg, maar probleemsignalen binnen de voorzieningen van de bijzondere jeugdbijstand zijn er niet”.¹⁹

De auteur van deze parlementaire vragen en van dit voorstel van resolutie kan enkel besluiten dat er enerzijds in de agentschappen Jongerenwelzijn en Kind & Gezin te weinig expertise met betrekking tot relatievorming en zwangerschapsproblemen aanwezig is om te onderkennen dat die problemen zich meer concentreren in de bijzondere jeugdzorg dan dat die problemen elders voorkomen en anderzijds dat dit enkel het gevolg kan zijn van het feit dat er te weinig signalen van het werkveld naar het beleid doorsijpelen.

V. Behoeftte aan preventie

Preventie kan men onderverdelen in drie onderdelen:

- primaire preventie, gericht op het voorkomen van een probleem;
- secundaire preventie, gericht op het begeleiden van het probleem, zodat dit in de beste omstandigheden verloopt;
- tertiaire preventie, gericht op het vermijden dat dit probleem zich herhaalt bij de betrokken personen.

Het huidige beleid ten aanzien van tienerzwangerschappen focust zich voornamelijk op de primaire preventie, zowel op het federale niveau als op het niveau van de Vlaamse Gemeenschap.

De voormalige federale minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken, de heer Rudy Demotte, lanceerde zonder overleg met de Vlaamse Gemeenschap een eigen preventiebeleid rond voorbehoedsmiddelen, de terugbetaling door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) van middelen tegen ongewenste zwangerschappen en de 3000 abortussen per jaar bij jongeren tussen 13 en 21 jaar. In 2004 en 2005 stelde hij daarvoor de website www.laura.be, die intussen niet meer bestaat, en 250.000 gratis condooms ter beschikking. In november 2006 stak minister Demotte een tandje bij met een nieuwe preventiecampagne. Er werden 100.000 voorlichtingsboekjes van 52 pagina's verspreid onder ouders van 13-jarigen. 90% van het boekje gaat over de terugbetaling van voorbehoedsmiddelen, over hoeveel die kosten en waar men ze kan krijgen. Het aantal gratis uit te delen 'lauracondooms' werd verhoogd van 250.000 tot 750.000. Ze werden verdeeld door de centra voor gezinsplanning in Wallonië en Brussel en door Sensoa in Vlaanderen. Daarnaast kregen ook de ziekenfondsen een belangrijke stock voor gerichte acties voor jongeren.

Een veel gehoorde kritiek op de federale campagne was dat het veel weg had van een commercieel initiatief van producenten en verdelers van voorbehoedsmiddelen.

Ook de Vlaamse preventie legt haar klemtoon op seksuele voorlichting, zowel gericht tegen ongewenste zwangerschappen als tegen seksueel overdraagbare aandoeningen. Zo had de minister van Jeugd een eigen campagne met drie boekjes, per leeftijdscategorie, telkens vergezeld van een website. De minister van Welzijn investeert vooral in de voorlichtingsprogramma's van Sensoa en in de vzw's PasOp en GH@pro voor de specifieke doelgroep van sekswerkers in Oost- en West-Vlaanderen en in de stad Antwerpen.

Deze voorlichting is uiterst noodzakelijk maar zal het aantal tienerzwangerschappen niet wezenlijk doen dalen.²⁰ In een artikel van de Huisarts Nu verwijzen een CLB-arts en twee huisartsen naar vier buitenlandse reviews of evaluaties van verschillende studies waaruit blijkt dat de impact van seksuele voorlichtingsprogramma's beperkt is tot zelfs nihil is. Een van deze evaluatieonderzoeken stelt op basis van vier goede Randomised Clinical Trials (RCT's) dat er wel positieve uitkomsten zijn op kennisniveau, maar geen gedragsverandering bij jongeren wordt aangetoond.

¹⁹ *Verslag commissievergadering*, C 152 – WEL 14, 26 februari 2008, blz. 17-19.

²⁰ M. NYS, L. PEREMANS en P. VAN ROYEN, CLB-artsen en de preventie van tienerzwangerschappen. De knelpunten, *Huisarts nu*, nr.34 (2), maart 2005, pp 85-87.

De secundaire preventie situeert zich volledig op het Vlaamse niveau met de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB), de Centra voor Integratie Gezinszorg (CIG) en het Centrum voor Relatievorming en Zwangerschapsproblemen (cRZ).

De CLB's

De opdrachten van de CLB's liggen voornamelijk op een ander vlak. Bovendien brengen de CLB's elementen aan voor een niet optimaal functioneren met betrekking tot deze opdracht.

In het laatste verslag ten behoeve van de Kamer en de Senaat van de Nationale commissie voor de evaluatie van de wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking wijzen de Nederlandstalige voorlichtingsdiensten op onder meer de volgende problemen:

“Een centrum wijst op de juridische onduidelijkheid in verband met doorverwijzingen van ongewenste zwangere tieners door schooldirecties en CLB-artsen. De wet betreffende de zwangerschapsafbreking maakt geen onderscheid in beslissingsbevoegdheid op basis van de leeftijd van de ‘aanvraagster’. De minderjarige ongewenst zwangere vrouw die oordelingsbekwaam is, kan autonoom beslissen tot abortus zonder dat ouders of voogd geconsulteerd moeten worden door de inrichting voor gezondheidszorg waartoe ze zich gewend heeft. In 2004 werd dit centrum geconfronteerd met onduidelijkheid ervaren door schooldirecties en CLB-artsen in geval van ongewenst zwangere tieners. Moeten dergelijke zorgvragen voorgelegd worden aan de ouders voor toestemming?

De taken van de CLB's worden geregeld via decreten van de Vlaamse Gemeenschap, namelijk het decreet van 1 december 1998 betreffende de Centra voor Leerlingenbegeleiding (BS 10 april 1999) en het decreet van 7 mei 2004 betreffende de rechtspositie van de minderjarige in de integrale jeugdhulp (BS 4 oktober 2004). Dit centrum stelt rechtsonderzekerheid vast tussen enerzijds het zelfbeschikkingsrecht door de wet van 3 april 1990 aan minderjarigen toegekend en anderzijds de meldingsplicht naar ouders toe door CLB's en schooldirecties. Dit gaf aanleiding tot overleg tussen de bezorgde schooldirectie en CLB-artsen enerzijds en het centrum anderzijds om de zorg voor en de privacy van de minderjarige zo optimaal mogelijk te blijven verzekeren. Het centrum pleit voor duidelijker richtlijnen voor de schooldirecties en leerlingenbegeleiders. Als er inderdaad een tegenstelling zou zijn tussen de federale wetgeving en de boven-

vermelde decreten ziet het centrum daarin een taak voor de Nationale Evaluatiecommissie om dit aan de betrokken overheden te signaleren.

Hetzelfde centrum verwijst naar de bespreking in Huisarts Nu van maart 2005 van de studie uitgevoerd door Nys, Peeremans en Van Royen ‘CLB-artsen en de preventie van tienerzwangerschappen – De knelpunten’.²¹

In dit laatste artikel in de Huisarts Nu bevroegden de drie auteurs 24 CLB-artsen.²² De CLB-artsen meenden dat leerlingen hun schoolarts niet meer kennen. Ook van de kant van de artsen en de leerkrachten wordt een gesprek over lichaamsbeleving als moeilijk ervaren. De angst voor schending van het beroepsgeheim en de kostprijs van het consult werden beschouwd als belangrijke knelpunten in de doorverwijzing. De CLB-artsen vonden de noodpil soms te duur. Zij meenden overigens dat apothekers in hun afleveringstaak schoolgaande jongeren onvoldoende privacy en begeleiding boden.

De CIG's

Van de zes Centra voor Integratie Gezinszorg hebben er slechts twee een afdeling voor tienermoeders. Dat zijn het CIG Ten Anker in Klemskerke met een afzonderlijke afdeling voor tienermeisjes in Oostende en het CIG De Merode in Kasterlee met elk een capaciteit van acht plaatsen. De andere CIG's richten zich eerder occasioneel tot tienermoeders. Door de lange wachtlijsten kunnen de meisjes slechts op het einde van de zwangerschap of pas na de bevalling worden opgenomen. We zien ook een langere verblijfsduur van tienermoeders, van meer dan drie jaar.

²¹ Nationale commissie voor de evaluatie van de wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking. Verslag ten behoeve van het parlement (1 januari 2004 - 31 december 2005), Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers en Senaat, 26 september 2006, nr. 2690/001 (Kamer) of nr. 3-1849 (Senaat), pp 58-59.

²² M. NYS, L. PEREMANS en P. VAN ROYEN, CLB-artsen en de preventie van tienerzwangerschappen. De knelpunten, *Huisarts nu*, nr.34 (2), maart 2005, pp 85-87.

De verwerking van de 53 aanvragen voor opname in 2007 in het CIG De Merode:		
	(N)	(%)
Opnamen CIG		
CIG Merode	5	9,43%
CIG Ten Anker	5	9,43%
CIG Tamar	1	1,89%
<i>totaal opnamen CIG</i>	11	20,75%
wachttijdst CIG De Merode		
studiowerking	1	1,89%
begeleidingsgroep	13	24,53%
<i>totaal wachtlijst</i>	14	26,42%
andere		
abortus	1	1,89%
miskraam	2	3,77%
pleeggezin	3	5,66%
residentiële instellingen	2	3,77%
familie	10	18,87%
ambulante begeleiding	8	15,09%
onbekend	2	3,77%
<i>totaal andere</i>	28	52,83%
<i>totaal</i>	53	100,00%

Het cRZ

Het centrum voor Relatievorming en Zwangerschapsproblemen heeft een luistertelefoon voor ongeplande zwangerschappen. De hulplijn richt zich in de eerste plaats tot de vrouwen zelf, maar biedt ook aan de omgeving (partner, ouders, leerkrachten enzovoort) informatie en ondersteuning. Als er professionele hulp nodig is, wordt er gericht doorverwezen. Daarnaast biedt het centrum nazorg, zowel voor tienermeisjes die verwerkingsproblemen hebben na een abortus, als voor tienermoeders (in spe) en hun kinderen.

Een specifiek hulpaanbod dat in de tertiaire preventie op het vlak van tienerzwangerschappen moet voorzien, is als dusdanig moeilijk te organiseren.

In het laatste verslag ten behoeve van de Kamer en de Senaat van de Nationale commissie voor de evaluatie van de wet van 3 april 1990 betreffende de zwanger-

schapsafbreking vatte een Franstalig abortuscentrum het als volgt samen: “De kwaliteit van het onthaal en de begeleiding is in elk geval een goed preventiemiddel voor toekomstige ongewenste zwangerschappen en latere psychologische moeilijkheden die hieruit voortvloeien.”²³

Zowel bij voldragen als bij afgebroken zwangerschappen zien we tienermeisjes terugvallen in dezelfde problematiek. Dit gegeven is evenwel een indicator om te bepalen of het primaire en het secundaire preventiebeleid werkt of moet worden bijgesteld.

Zoals reeds gesteld werd, werd in 2005 ongeveer 12% van de tienermoeders in de Vlaamse Gemeenschap voor een tweede of een derde keer moeder. Dat percentage is de voorbije tien jaar vrij constant.

Wat abortus betreft, zijn er enkel cijfers beschikbaar van Belgische en Luxemburgse vrouwen die in een Nederlands centrum een abortus hebben laten uitvoeren zonder leeftijdspecifieke gegevens van die groep.

Aantal eerdere abortussen in Nederland van vrouwen uit België en Luxemburg in %			
	2006	2005	2004
0	72,7%	74,2%	74,1%
1	21,9%	21,5%	21,1%
2	3,8%	3,1%	3,9%
3+	1,5%	1,1%	0,9%
Onbekend	0,0%	0,0%	
Totaal (n)	785	832	869

Die Belgische en Luxemburgse vrouwen vertegenwoordigen respectievelijk 4,82% in 2004 en 4,53% in 2005 van het totale aantal zwangerschapsafbrekingen bij Belgische (en Luxemburgse) vrouwen in België en in Nederland. De vraag is of die kleine 5% in Nederland representatief is voor alle vrouwen die een zwangerschapsafbreking hebben laten uitvoeren. Het antwoord is nee, aangezien de abortuscijfers en abortusratio's tussen de vrouwen die gevestigd zijn in het Vlaamse, het Waalse of het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest al sterk uiteenlopen.

Er is slechts één studie uitgevoerd in Vlaanderen die meer inzicht kan geven in het aantal vrouwen die een

²³ Nationale commissie voor de evaluatie van de wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking. Verslag ten behoeve van het parlement (1 januari 2004-31 december 2005), Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers en Senaat, 26 september 2006, nr. 2690/001 (Kamer) of nr. 3-1849 (Senaat), p 69.

herhaalde zwangerschapsafbreking hebben ondergaan. De resultaten zijn gepubliceerd in het Tijdschrift voor Seksuologie.²⁴

Eerdere zwangerschapsafbrekingen naar regio van herkomst				
	0	1	2+	N (100%)
België	78,06	17,24	4,70	(1276)
Westerse landen	68,00	24,00	8,00	(75)
Turkije	70,97	24,19	4,84	(62)
Marokko	62,39	24,77	12,84	(109)
Midden- en Oost-Europa	46,86	26,86	26,29	(175)
Midden- en Verre Oosten	66,04	25,47	8,49	(106)
Sub-Sahara Afrika	47,06	34,22	18,72	(187)
Gemengde afkomst	73,24	15,49	11,27	(71)
Totaal	70,24	20,82	8,78	(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 aantallen weggelaten.

VI. De vergeten groep: de tienervaders

Een vaak vergeten groep in de literatuur, maar ook in de hulpverlening, is de groep van de tienervaders. Met tienervaders wordt niet noodzakelijk de partner van het meisje dat zwanger wordt, bedoeld (dat kan immers ook een volwassen man zijn), maar wel de jongen (jonger dan 20 jaar) die een zwangerschap heeft veroorzaakt, onafhankelijk van de uitkomst van deze zwangerschap.

Hoe is het voor een jongen van nog geen twintig om te weten te komen dat zijn (tijdelijke) partner zwanger is? Hoe neemt hij deel aan de beslissingsgesprekken over de zwangerschap? Hoe is het voor hem om een – al dan niet zelfgekozen – abortus te verwerken? Hoe kan hij – als de zwangerschap uitgedragen wordt – een relatie opbouwen met het kind? Wil hij dat ook?

Tienervaders hebben in het algemeen een slecht imago. Als er voor de moeder al een vorm van medelijden en begrip bestaat, dan is dat voor de vader meestal niet of veel minder het geval. Men verwijt hem zijn onverantwoord gedrag. Hij wordt dan ook vaak zo snel mogelijk buitenspel gezet, bijvoorbeeld door de ouders van het meisje. Ook in de hulpverlening wordt meestal weinig tijd vrijgemaakt voor de tienervader. Dikwijls zoekt het meisje hulp en steunt men haar in het beslissingsproces. Men informeert naar de vader, maar men geeft hem, om de zelfstandigheid van het meisje te waarborgen, vaak geen stem in het proces. Men gaat er vanuit dat de vader er toch niets mee te maken wil hebben.

Helga STEVENS

Jan PEUMANS

Geert BOURGEOIS

Mark DEMESMAEKER

Kris VAN DIJCK

Piet DE BRUYN

²⁴ H. NEEFS en S. VISSERS, De vraag om zwangerschapsafbreking bij allochtone vrouwen in Vlaanderen, *Tijdschrift voor Seksuologie*, 2005, nr. 29, pp 88-96.

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

Het Vlaams Parlement,

– gelet op:

- 1° het feit dat, ondanks de inspanningen van de federale staat op het vlak van de terugbetaling door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) van de pil als voorbehoedsmiddel en door de verspreiding van condooms, het aantal abortussen bij jongeren niet daalt;
- 2° het feit dat de huidige preventie van tienerzwangerschappen en abortussen bij tienermoeders voornamelijk primaire preventie is, die bestaat in het geven van seksuele voorlichting of het gratis of goedkoper ter beschikking stellen van voorbehoedsmiddelen, terwijl de actoren op het terrein wijzen op het bestaan van zwangerschappen die door de tienermoeders gewenst zijn;
- 3° het feit dat er te weinig cijfergegevens beschikbaar zijn over voldragen en bewust afgebroken tienerzwangerschappen bij Vlaamse jongeren om een profiel te kunnen maken van de tienermoeders of van tienermeisjes die kiezen voor een zwangerschapsafbreking, om tot een doelgroepenbeleid te komen;
- 4° het feit dat er totaal geen gegevens beschikbaar zijn over tienervaders;
- 5° het feit dat geen enkel begeleidingsprogramma zich richt tot de potentiële tienervaders die plotseling worden geconfronteerd met de zwangerschap bij hun (seksuele) partner;
- 6° het feit dat de wachtlijsten voor tienermoeders bij de Centra voor Integrale Gezinszorg te lang zijn, zodat vele potentiële kandidaten voor een opname niet of zeer laat worden opgevangen;
- 7° het feit dat de gegevens van Belgische en Luxemburgse vrouwen die in Nederland een zwangerschapsafbreking hebben ondergaan, aantonen dat ten minste een op vier van die vrouwen reeds eerder een of meer zwangerschapsonderbreking(en) heeft ondergaan; wat erop wijst dat in België, en daarvan afgeleid

vermoedelijk ook in Vlaanderen, de tertiaire preventie faalt;

– overwegende dat:

- 1° abortus op zich geen gezondheidsprobleem is, maar wel aanleiding kan geven tot geestelijke gezondheidsproblemen;
- 2° buitenlandse studies aanwijzen dat de kansen op negatieve gevolgen na een abortus toenemen naarmate de leeftijd jonger is op het tijdstip van de ingreep;
- 3° zwangere tieners die in de bijzondere jeugdzorg zitten of hebben gezeten, te kampen hebben met een ongegronde angst voor een mogelijke plaatsing van hun kind;
- 4° wegens hun ongegronde angst voor een mogelijke plaatsing door onder meer Kind & Gezin, die moeders geen beroep doen of minder een beroep doen op de hulpverlening van Kind & Gezin;
- 5° stress bij de moeder tijdens de zwangerschap zeer negatieve gevolgen kan hebben voor de latere ontwikkeling van het kind;
- 6° een zeldzame buitenlandse studie wijst op een causaliteit, zo niet op een belangrijke correlatie, tussen in aanraking komen met de politie of het gerecht enerzijds en tienervaderschap en -moederschap anderzijds;

– vraagt de Vlaamse Regering:

- 1° meer onderzoek te laten verrichten naar tienerzwangerschappen voor het opstellen van profielen van tienermoeders en tienervaders;
- 2° een proefproject op te zetten voor de begeleiding van tienervaders;
- 3° de financiële middelen voor de formatie van de Centra voor Integrale Gezinszorg te verhogen tot op het niveau van de formatie in de bijzondere jeugdzorg en de nodige middelen te verstrekken voor de uitbreiding van de capaciteit;
- 4° het doelgroepenbeleid ter preventie van zwangerschappen verder te versterken voor de tie-

nermeisjes met bepaalde cultureel-etnische achtergronden;

- 5° een doelgroepenbeleid ter preventie van zwangerschappen op te zetten voor tienermeisjes uit de bijzondere jeugdzorg en/of tienermeisjes.

Helga STEVENS

Jan PEUMANS

Geert BOURGEOIS

Mark DEMESMAEKER

Kris VAN DIJCK

Piet DE BRUYN
