

Zwangerschapsafbreking in België (1993-2005), Leuven : centrum voor Relatievorming en Zwangerschapsproblemen.

versie 01.09.2006

Johan van Bussel
centrum voor Relatievorming en Zwangerschapsproblemen
Kapucijnenvoer 35
3000 Leuven
tel: 016/33 69 54
fax: 016/33 69 44
e-mail: johan.vanbussel@med.kuleuven.be



Zwangerschapsafbreking in België (1993-2005)

Samenvatting

Achtergrond Sinds de goedkeuring van het wetsvoorstel Lallemand-Michiëlssens door het parlement (3 april 1990), is een zwangerschapsafbreking in België, onder bepaalde voorwaarden, niet meer strafbaar. In dit onderzoek wordt getracht het voorkomen van een zwangerschapsafbreking in België in kaart te brengen, en een profiel te schetsen bij wie en hoe die zwangerschapsafbreking wordt uitgevoerd. Tevens wordt een trendanalyse in tijd gemaakt.

Methoden De sociaaldemografische, psychosociale en medische gegevens betreffende de zwangerschapsafbreking in België die in dit onderzoek worden gebruikt, worden betrokken uit de (twee)jaarlijkse verslagen van de Nationale Commissie voor de Evaluatie van de Wet van 3 april 1990 betreffende de Zwangerschapsafbreking. Aanvullend wordt gebruikgemaakt van de (twee)jaarlijkse rapporten van de Nederlandse Landelijke Abortus Registratie, het jaarrapport Bevolking en huishoudens van de Federale Overheidsdienst Economie - Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie, Dienst Demografie, de jaarrapporten van het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie en de rapporten van het Office de la Naissance et de l'Enfance.

Resultaten In 2005 werd bij 17867 vrouwen, in België gedomicilieerd, de zwangerschap afgebroken. Ten opzichte van het voorlaatste registratiejaar (2004) betreft het een toename van 935 geregistreerde ingrepen, of 5.52% van dat registratiejaar. Uitgedrukt in een abortuscijfer, betreft het 8.56 (9.39, volgens instellingen) zwangerschapsafbrekingen per 1000 vrouwen in de vruchtbare leeftijd (15 tot 44 jaar). De abortusratio, het aantal zwangerschapsafbrekingen per 100 zwangerschappen, bedroeg 13.150% (14.42% volgens instellingen). Het abortuscijfer voor

het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (18.29) ligt duidelijk hoger dan dat van het Vlaamse (5.86) en Waalse (7.92) gewest. Doorheen de jaren is er een geleidelijke toename merkbaar in zowel het (geregistreerde) aantal ingrepen als het abortuscijfer en de abortusratio (uitgezonderd voor de leeftijdscategorie van 40 jaar en ouder, waar een afname geregistreerd werd).

De recentste gegevens (2005) schetsen de 'doorsnee' vrouw die de zwangerschap laat afbreken, als een ongehuwde vrouw van 27 jaar. Ongeveer de helft van de vrouwen heeft nog geen kind(eren). Persoonlijke redenen, relationele of familiale problemen en financiële of materiële redenen werden het frequentst als noodsituatie ingeroepen. Ruim vier op de tien vrouwen die in 2005 de zwangerschap lieten afbreken, gebruikten geen voorbehoedmiddel in de maand voor de zwangerschapsafbreking. Er is een stijgende trend van het aandeel vrouwen van 20 jaar en ouder dat geen voorbehoedmiddel gebruikte in de maand voor de afbreking.

Het afbreken van de zwangerschap is een voor de vrouw veilige ingreep die zelden medische complicaties met zich meebrengt. De ingreep gebeurt meestal ambulant en onder loco-regionale verdoving en, door het (licht) toenemend gebruik van Mifépristone, steeds vaker zonder verdoving.

Conclusie Ondanks het feit dat België tot de groep van landen behoort met de minst restrictieve wetgeving van de wereld, heeft het samen met de buurlanden Duitsland en Nederland het laagste abortuscijfer. Gezien de geleidelijke stijging van het (geregistreerde) aantal ingrepen, het abortuscijfer en de abortusratio, dringt een evaluatie en diversificatie van de structurele en eenmalige inspanningen om ongeplande zwangerschappen te voorkomen, zich op.

Limitaties De verzameling van de gegevens door de Nationale Commissie voor de Evaluatie van de Wet van 3 april 1990 betreffende de Zwangerschapsafbreking vertrekt niet vanuit een wetenschappelijke vraagstelling. De inhoud van het instrument dat voor de registratie gebruikt wordt, net als de rapportage van de verzamelde gegevens, is gekleurd en beperkt door de

politieke vraag- en doelstelling(en). Dit onderzoek is eveneens beperkt door het gebruik van de gepubliceerde gegevens en niet de ruwe data die door de commissie werd verzameld.

Headlines

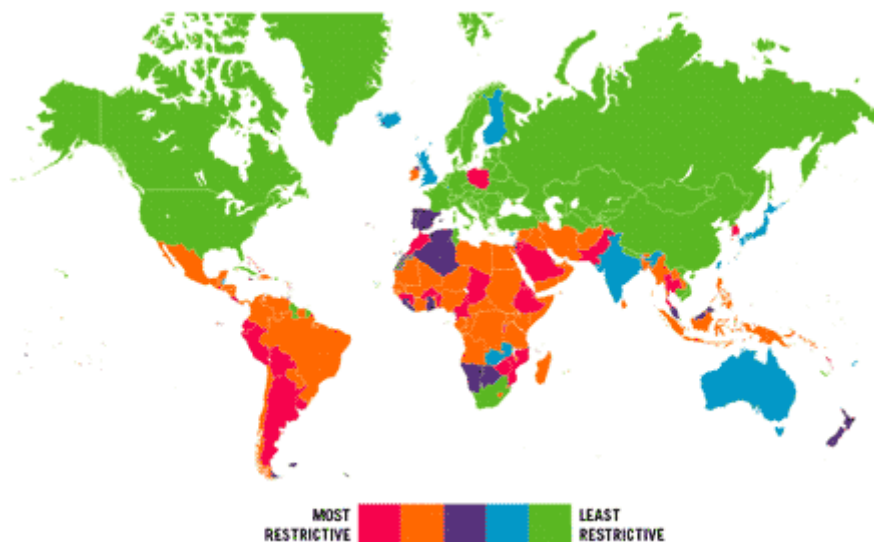
Zie pagina 60.

Achtergrond

Sinds de goedkeuring van het wetsvoorstel Lallemand-Michiëlssens door het parlement (3 april 1990), is een zwangerschapsafbreking in België, onder bepaalde voorwaarden, niet meer strafbaar. De wet, die een woelige ontstaansgeschiedenis kent, voorziet dat de ingreep tijdens de eerste twaalf weken van de zwangerschap geen misdrijf is indien de zwangere vrouw verklaart dat ze zich in een noodsituatie bevindt. De ingreep dient door een arts te worden uitgevoerd, onder medisch verantwoorde omstandigheden en in een instelling voor gezondheidszorg. De arts dient de vrouw over de medische risico's in te lichten en zich van de vaste wil van de vrouw te vergewissen. De arts of instelling is bovendien verplicht de verschillende opvangmogelijkheden voor het kind dat geboren zal worden, in herinnering te brengen. De wet bepaalt ook dat de ingreep ten vroegste zes dagen na de eerste consultatie mag worden uitgevoerd.

De wet op de zwangerschapsafbreking voorziet ook in de mogelijkheid om een zwangerschap van meer dan 12 weken af te breken indien het voltooiën van de zwangerschap een ernstig gevaar inhoudt voor de gezondheid van de vrouw of indien vaststaat dat het kind dat geboren zal worden, zal lijden aan een uiterst zware kwaal die als ongeneeslijk wordt erkend op het ogenblik van de diagnose. In dit geval dient het advies van een tweede arts te worden gevraagd.

De Belgische wet op de zwangerschapsafbreking, die geen omschrijving geeft van de begrippen "noodsituatie", "uiterst zware kwaal" en "medisch verantwoorde omstandigheden", en de vrouw autonoom het begrip noodsituatie invult, sluit aan bij de wetgeving van haar buurlanden en andere Europese (Denemarken, Italië, ...) en niet-Europese (Canada, Puerto Rico, ...) landen. België behoort zo tot de groep van landen met de minst restrictieve wetgeving van de wereld (Center for Reproductive Rights, 2005).



Figuur 1: Graad van restrictie in de internationale wetgeving betreffende zwangerschapsafbreking (Center for Reproductive Rights, 2005)

In dit onderzoek trachten we het voorkomen van een zwangerschapsafbreking in België in kaart te brengen en een profiel te schetsen bij wie en hoe die zwangerschapsafbreking wordt uitgevoerd. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van reeds bestaande en gepubliceerde gegevens van de Nationale Commissie voor de Evaluatie van de Wet van 3 april 1990 betreffende de Zwangerschapsafbreking. De cijfers hebben onder meer betrekking op kenmerken van de vrouwen die een zwangerschapsafbreking ondergaan (leeftijd, aantal kinderen, woonplaats, ...). Waar mogelijk zijn verschillende aspecten met elkaar in verband gebracht. Tevens werd een trendanalyse in tijd gemaakt.

Methoden

Zwangerschapsafbreking

De sociaaldemografische, psychosociale en medische gegevens betreffende de zwangerschapsafbreking in België die in dit onderzoek werden gebruikt, werden betrokken uit de (twee)jaarlijkse verslagen van de Nationale Commissie voor de Evaluatie van de Wet van 3 april 1990 betreffende de Zwangerschapsafbreking (1993, 1994, 1996, 1998, 2000, 2002, 2004, 2006). Sinds de wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking, geldt voor artsen die in België een zwangerschapsafbreking uitvoeren, de verplichting tot de registratie van deze medische ingreep. Deze registratie wordt georganiseerd door de Nationale Commissie voor de Evaluatie van de Wet van 3 april 1990 betreffende de Zwangerschapsafbreking die bij wet werd opgericht (Wet van 13 augustus 1990 houdende oprichting van een commissie voor de evaluatie van de wet van 3 april 1990 betreffende zwangerschapsafbreking). De commissie publiceert tweejaarlijks een verslag ten behoeve van het Parlement. Het betreft de beschrijving van de zogenoemde 'bruto' sociaaldemografische (leeftijd van de vrouw, burgerlijke staat, pariteit, woonplaats van de vrouw, instelling waar de zwangerschapsafbreking werd uitgevoerd), psychosociale (ingeroepen noodsituaties) en medische (meest gebruikte voorbehoedmiddel gedurende de laatste maand, oorzaak falen anticonceptie, methode van zwangerschapsafbreking, verdoving, opnameduur en verwickelingen) gegevens, en de onderlinge correlaties tussen een aantal van de brutogegevens.

De burgerlijke staat van de vrouw wordt geregistreerd aan de hand van de volgende lijst: ongehuwd, gehuwd, gescheiden of weduwe. Vermeldt dient te worden dat op basis van de burgerlijke stand het niet mogelijk is een juist beeld te vormen van de reële samenlevingsvorm van de vrouw. Met betrekking tot de woonplaats van de vrouw, werd voor de jaren 1993, 1994 en 1995 geen onderscheid gemaakt tussen Vlaams-Brabant, Waals-Brabant en Brussel-Hoofdstad. Vanaf 1996 werden de aantallen voor deze regio's afzonderlijk gepubliceerd. Voor de vrouwen die niet in België gedomicilieerd zijn, werd het werelddeel van afkomst geregistreerd.

De ingeroepen noodsituaties worden geregistreerd aan de hand van een lijst van 23 noodsituaties die in 6 categorieën werden onderverdeeld: lichamelijke of geestelijke gezondheid van de moeder of van het kind dat zal worden geboren, persoonlijke redenen, financiële of materiële redenen, relationele of familiale problemen, zwangerschap na verkrachting of incest, en politiek vluchteling. De vrouwen konden ook een andere noodsituatie opgeven die in de categorie 'andere redenen' werd opgenomen.

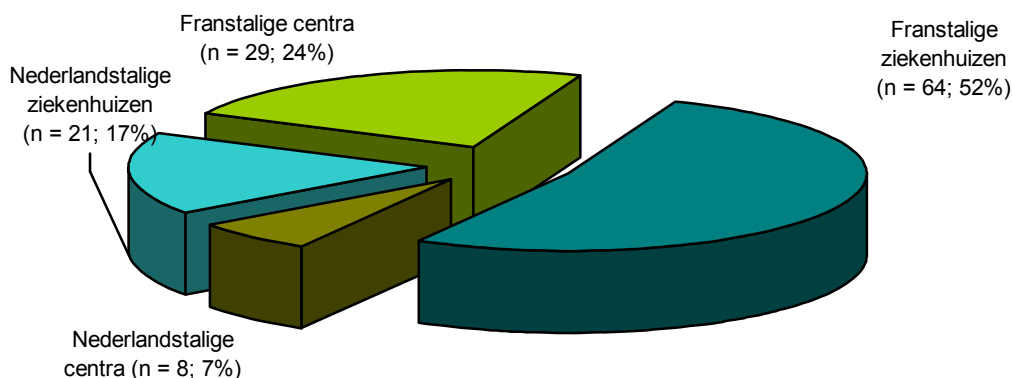
Het door de vrouw (of diens partner) meest gebruikte voorbehoedmiddel gedurende de maand voorafgaand aan de conceptie werd aan de hand van een lijst met methoden geregistreerd: geen methode, coïtus interruptus, periodieke onthouding, spermicide, pessarium, condoom, pil, prikpil, Intra Uterine Device (I.U.D.), sterilisatie man, sterilisatie vrouw, sterilisatie beiden, en andere. Vanaf 1996 werden de morning-afterpil en het hormonale implantaat aan deze lijst toegevoegd. De hormonale patch werd in 2004 aan deze lijst toegevoegd, in 2005 de vaginale ring en de Natural Family Planning (N.F.P.) -methode.

De oorzaak van het falen van de anticonceptie wordt als volgt, op grond van de verklaringen van de vrouw aan de arts, geregistreerd: geen anticonceptie toegepast, anticonceptie niet correct toegepast, gefaald, weet niet.

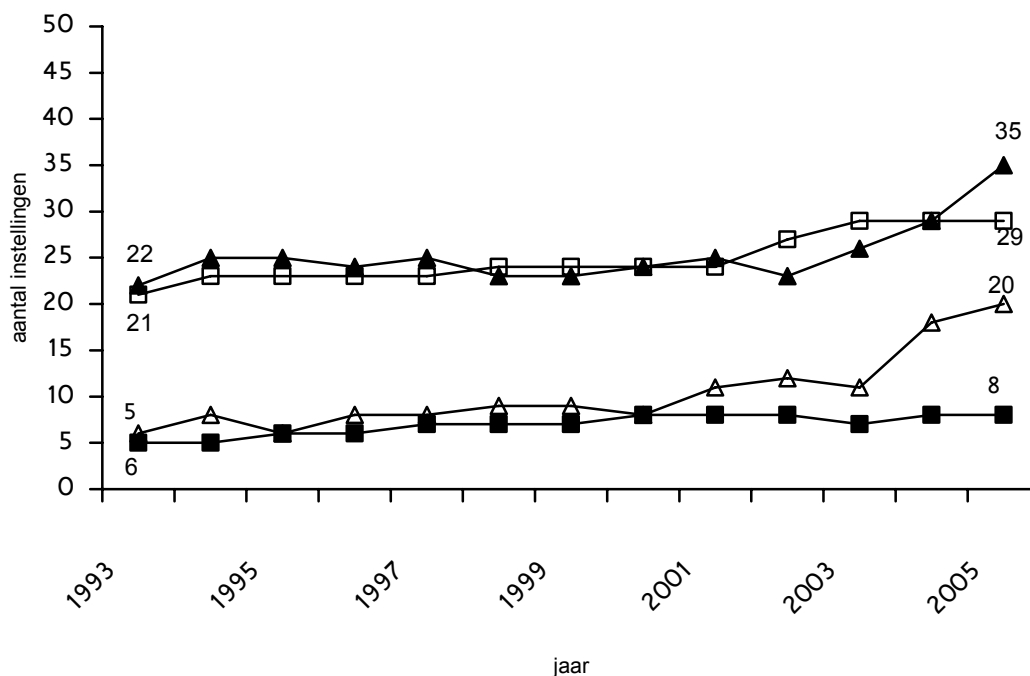
De volgende methoden van zwangerschapsafbreking werden door de uitvoerende centra en ziekenhuizen aan de hand van een lijst geregistreerd: vacuümaspiratie, curettage, prostaglandine, mifépristone, mifépristone en curettage, en andere methode. Mifépristone en de combinatie van mifépristone en curettage werden vanaf 2001 in de registratie opgenomen. De registratie voorziet vervolgens in een lijst met de volgende types van verdoving: geen, loco-regionaal, narcose en andere. De opnameduur werd volgens de volgende types geregistreerd: ambulantly, 24 uur of minder, en meer dan 24 uur. Ten slotte werden de verwickelingen aan de hand van de volgende lijst geregistreerd: geen, bloedverlies > 500 ml., perforatie, cervixscheur, andere.

In 2005 namen 37 centra en 55 ziekenhuizen aan de registratie deel. Opgesplitst naar taal (en regio) betreft het 8 Nederlandstalige centra, 20 Nederlandstalige ziekenhuizen, 29 Franstalige

centra en 64 Franstalige ziekenhuizen (Figuur 2). In het eerste referentiejaar 1993 namen 26 centra en 28 ziekenhuizen aan de registratie deel. Opgesplitst naar taal (en regio) betreft het 5 Nederlandstalige centra, 6 Nederlandstalige ziekenhuizen, 21 Franstalige centra en 22 Franstalige ziekenhuizen.



FIGUUR 2: Aantal registrerende instellingen naar taal en type (2005)

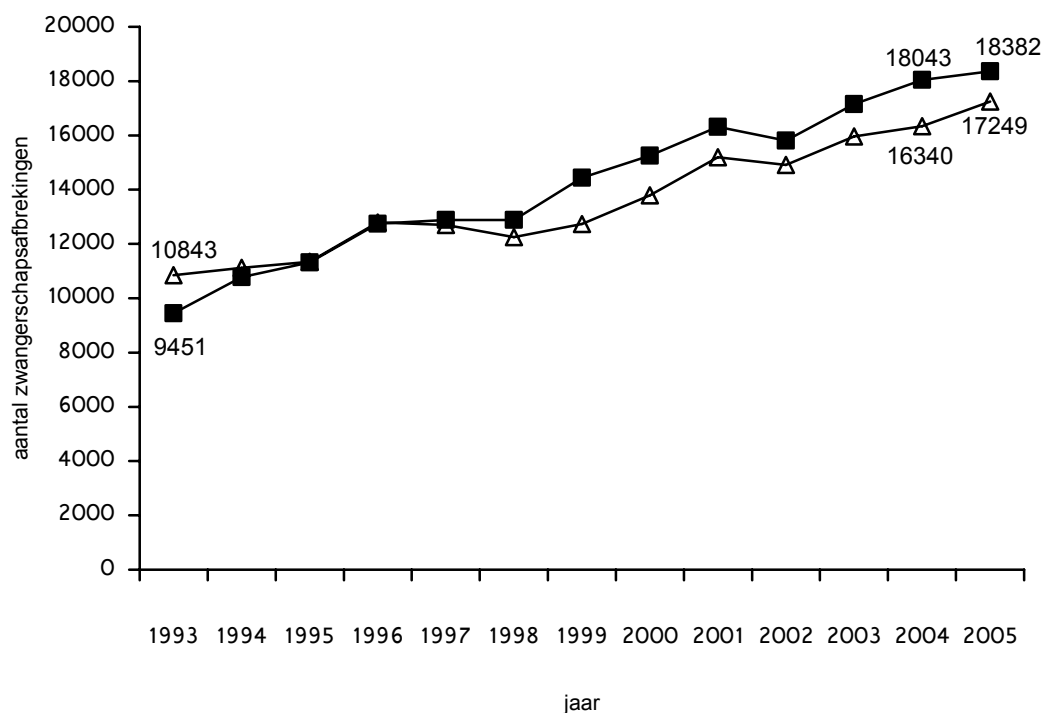


FIGUUR 3: Evolutie in het aantal registrerende instellingen naar taal en type (1993-2005)
 (Nederlandstalige centra (■), Nederlandstalige ziekenhuizen (△), Franstalige centra (□), Franstalige ziekenhuizen (▲))

Met betrekking tot de tweejaarlijkse verslagen van de Nationale Commissie voor de Evaluatie van de Wet van 3 april 1990 betreffende de Zwangerschapsafbreking, dient te worden opgemerkt dat na de afsluiting van een registratieperiode, de commissie nog laattijdige registraties ontvangt. Verder dient te worden vermeld dat de Jaarverslagen van de Instellingen voor Gezondheidszorg, die in de tweejaarlijkse verslagen aansluitend bij de resultaten van de ingezonden registratiedocumenten worden opgenomen, per referentiejaar, de totalen opgeven van de gegevens die de centra en ziekenhuizen in hun jaarlijks verslag hebben verwerkt. Deze aantallen stemmen zelden overeen met de cijfers die doormiddel van de registratiedocumenten door artsen worden geregistreerd (Van Crombrugge, 2002). Zo noteren de centra en ziekenhuizen voor de referentiejaren 2004 en 2005 respectievelijk 18043 en 18382 ingrepen. Voor deze periodes werden door de artsen respectievelijk 16340 en 17249 ingrepen geregistreerd (Tabel 1). Het substantiële verschil (n = 1703 (2004); n = 1133 (2005)), wordt niet in de verslagen van de Nationale Commissie toegelicht. Mogelijks bevatten de gegevens die door de instellingen worden geregistreerd, laattijdige registraties door de artsen. Het nettoverschil tussen de gegevens van de instellingen en de artsen blijft evenwel substantieel.

TABEL 1: Verschillen in registratie door instellingen en artsen (1996-2005)

	aantal geregistreerde zwangerschapsafbrekingen									
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Instelling	12750	12882	12891	14438	15252	16310	15804	17146	18043	18382
Artsen	12628	12666	11999	12734	13762	14775	14791	15595	16340	17249
Instelling - artsen	122	216	892	1704	1490	1535	1013	1551	1703	1133

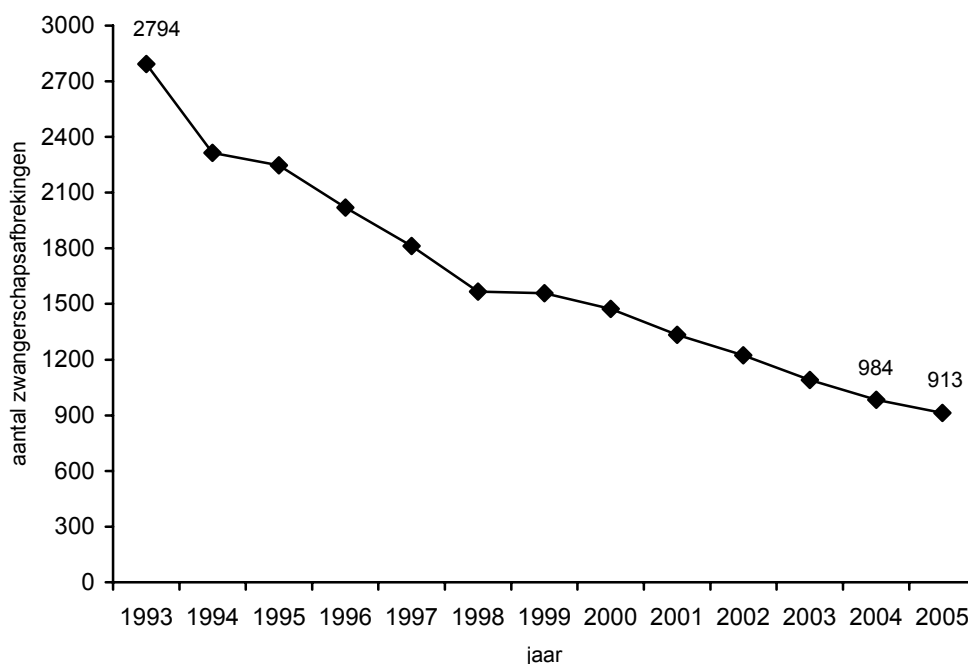


FIGUUR 4: Verschillen in registratie van zwangerschapsafbrekingen door artsen (△) en instellingen (■) (1993-2005)

Doordat de instellingen, in tegenstelling tot de artsen, geen specifieke gegevens van de ingrepen registreren, worden in dit onderzoek de gegevens van de artsen als uitgangspunt gehanteerd. Omwille van de substantiële verschillen, zal voor het nationale abortuscijfer en de nationale abortusratio tevens een alternatieve berekening, uitgaande van de gegevens geregistreerd door de instellingen, uitgevoerd worden.

Aanvullend op de gegevens betreffende de zwangerschapsafbreking in België, werd gebruikgemaakt van de (twee)jaarlijkse rapporten van de Nederlandse Landelijke Abortus Registratie (L.A.R.) (Rademakers 2002; Wijzen, Rademakers 2003; Wijzen 2004; Wijzen, van Lee 2005). Deze registratie van zwangerschapsafbrekingen in Nederland omvat de gegevens van 14 van de 16 centra voor zwangerschapsafbreking in Nederland (inclusief de centra aan de grens met België: Eindhoven, Goes en Maastricht. Uit de rapporten werden de aantallen Belgische vrouwen (in België woonachtig) die in Nederland een zwangerschapsafbreking lieten

uitvoeren, voor de periode 1993-2004, betrokken (Figuur 5). Voor het jaar 2005 werden nog geen gegevens gepubliceerd. Deze werden op vraag door de Nederlandse Inspectie voor Gezondheidszorg vrijgegeven. Opgemerkt dient te worden dat de publicaties van de Nederlandse Landelijke Abortus Registratie in de rapportage over de buitenlandse patiëntes, de verdeling naar leeftijd niet systematisch rapporteert. In het bijzonder dient te worden verwezen naar het aantal meisjes onder de 20 jaar (ruim 400) dat in bijvoorbeeld het jaar 2000 in Nederland de zwangerschap liet afbreken (Rademaekers, 2001). De leeftijdsspecifieke analyses in dit onderzoek zijn hierdoor beperkt.



FIGUUR 5: Evolutie aantal vrouwen gedomicilieerd in België en Luxemburg die in Nederland een zwangerschap lieten afbreken (1993 - 2005)

Samenstelling vrouwelijke bevolking en loop van de bevolking (geboorten) in België

Voor de berekening van de zogenaamde abortuscijfers en abortusratio's werden respectievelijk het aantal vrouwen in de leeftijdscategorie van 15-45 jaar en het aantal geboorten voor de jaren 1993-2005 uit het jaarrapport Bevolking en huishoudens van de Federale Overheidsdienst

Economie - Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie, Dienst Demografie (2006) betrokken.

Geboorten in België: maternale leeftijd bij bevalling

Voor de berekening van de abortusratio's per leeftijdscategorie werd de maternale leeftijd bij bevalling voor de jaren 1993-2005 betrokken uit de jaarrapporten van het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (S.P.E.) (Bekaert et al. 1994, 1995, 1996; Bekaert et al. 1997; Bekaert et al. 1998; Bekaert et al. 1999, 2000, 2001; Cammu et al. 2002; Cammu et al. 2003, 2004, 2005, 2006) en de rapporten van het Office de la Naissance et de l'Enfance (O.N.E., 2004, 2003). Voor de jaren 1993, 2004 en 2005 zijn geen rapporten van het O.N.E. beschikbaar. De gegevens met betrekking tot de maternale leeftijd bij de bevalling werden voor de jaren 2004 en 2005 door het O.N.E. op verzoek ter beschikking gesteld.

Met betrekking tot de geboortegegevens voor Vlaanderen, verschillen de totale aantallen zoals door de Federale Overheidsdienst Economie - Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie, Dienst Demografie (2006) geregistreerd, van de aantallen zoals door het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (Bekaert et al. 1997; Bekaert et al. 1998; Bekaert et al. 1999, 2000, 2001; Cammu et al. 2002; Cammu et al. 2003, 2004, 2005, 2006) geregistreerd (Willems 2001). Over de verschillen in totale aantallen tussen de Federale Overheidsdienst Economie - Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie, Dienst Demografie (2006) en het Office de la Naissance et de l'Enfance, zijn geen gegevens beschikbaar.

Statistische verwerking

Demografische standaardmaten met betrekking tot zwangerschapsafbreking zijn het abortuscijfer en de abortusratio. Het *abortuscijfer* is het aantal zwangerschapsafbrekingen per 1000 vrouwen in de reproductieve levensfase (15-44 jaar). De *abortusratio* is het aantal zwangerschapsafbrekingen per 100 zwangere vrouwen. Het aantal zwangere vrouwen wordt

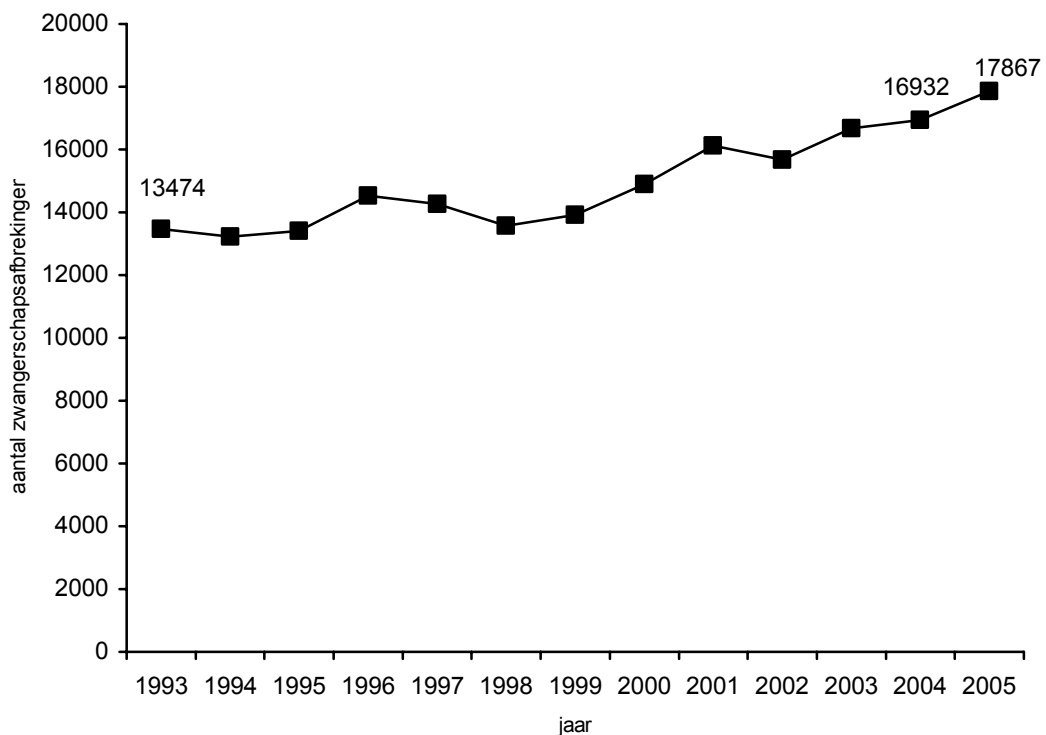
bekomen door de som van het aantal geregistreerde geboorten en het aantal geregistreerde zwangerschapsafbrekingen. Miskramen of doodgeboorte worden in deze ratio niet verrekend.

Voor het invoeren en de verwerking van de gegevens van de Nationale Commissie werd het statistisch softwarepakket SAS 9.1 (SAS Institute Inc., 2002) gebruikt. Chi-kwadraat testen werden gebruikt om associaties na te gaan in de verdeling van de brutogegevens binnen het recentste registratiejaar (2005). Cochran-Armitage Trend Testen werd gebruikt om longitudinale evoluties na te gaan in de gedichotomiseerde verdeling naar maternale leeftijd (<20 jaar vs. ≥ 20jaar; <40 jaar vs. ≥40 jaar), burgerlijke staat, aantal kinderen (0 vs. 1 of meer kinderen), woonplaats van de vrouw, instelling, ingeroepen noodsituaties, meest gebruikte voorbehoedmiddel gedurende de laatste maand (geen vs. wel), methode van zwangerschapsafbreking, verdoving (geen vs. wel), opnameduur (ambulant vs. niet ambulant) en verwickelingen (geen vs. wel).

Resultaten

Zwangerschapsafbreking: aantallen, cijfers en ratio's

In 2005 registreerden de artsen 17249 zwangerschapsafbrekingen. Daarvan werden 295 ingrepen uitgevoerd bij vrouwen die niet in België gedomicilieerd waren. Tevens werden in Nederland 913 zwangerschappen afgebroken van in België residerende vrouwen. Bijgevolg werd in 2005 bij 17867 vrouwen die in België woonden, de zwangerschap afgebroken. Ten opzichte van 2004 (n = 16932) is dit in absolute aantallen een toename van 935 (5.52%) ingrepen.

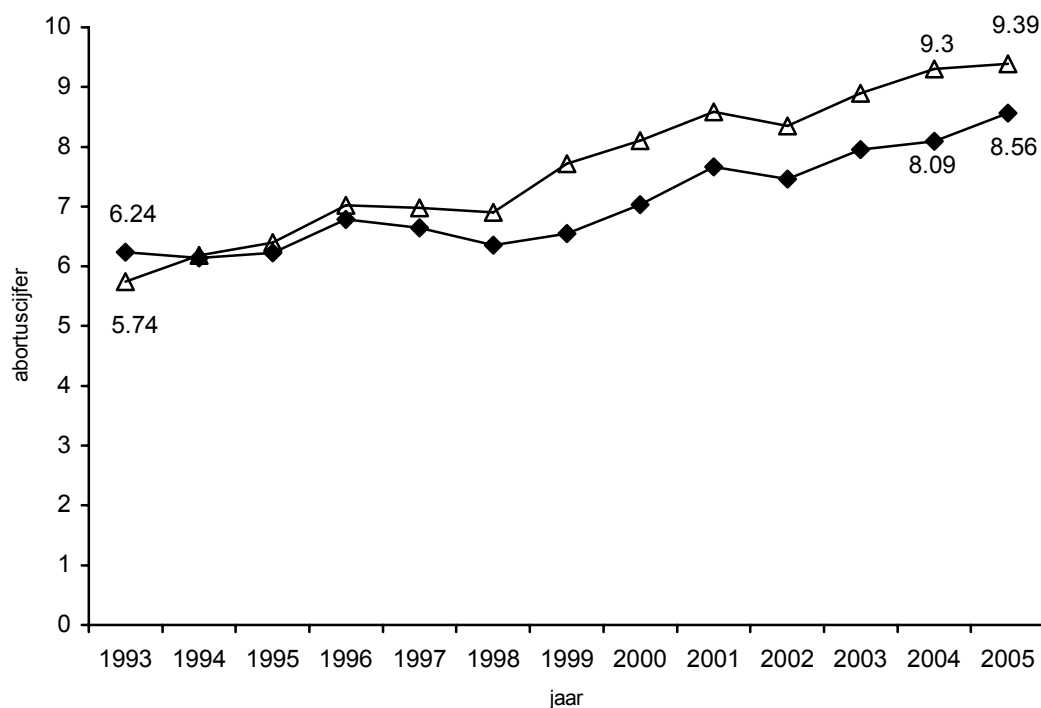


FIGUUR 6: Aantal geregistreerde zwangerschapsafbrekingen bij vrouwen gedomicilieerd in België (1993 – 2005)

De instellingen rapporteerden voor 2005 18382 ingrepen. Het betreft een toename van 339 ingrepen tegenover 2004 (n = 18043) of 1,87%

Nationaal abortuscijfer

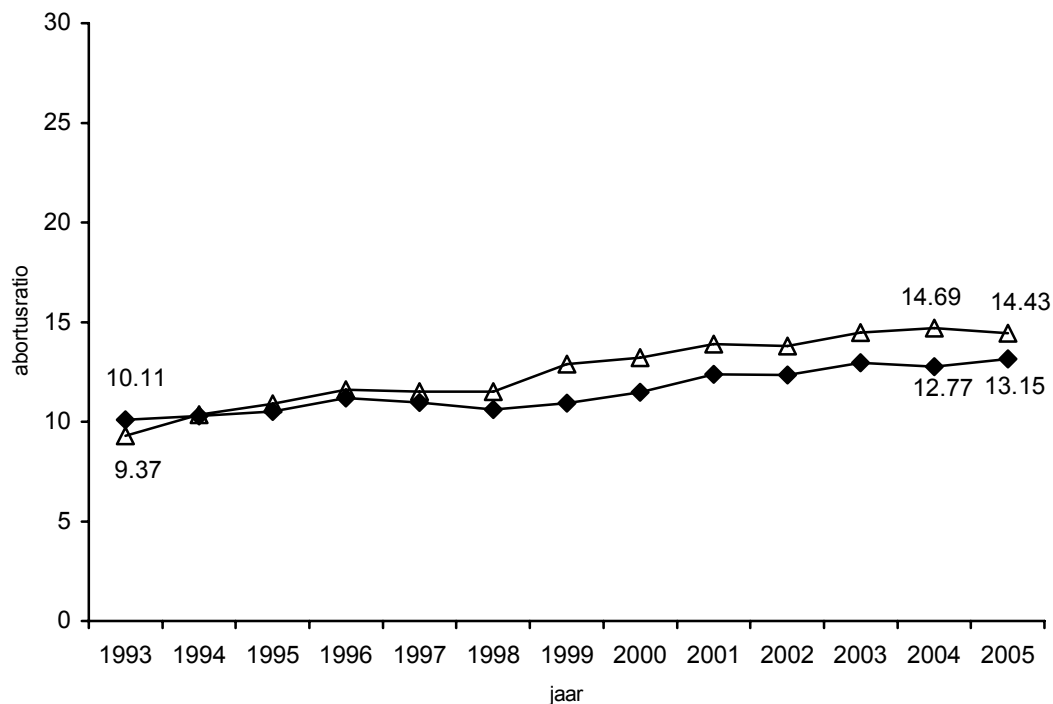
In 2005 werd bij 8.56 van elke 1000 vrouwen in de leeftijdsgroep van 15 tot 44 jaar een zwangerschap afgebroken. In 2004 was dit 8.09 en bij de start van de registratie (1993) ging het om 6.24 vrouwen van elke 1000 vrouwen in betreffende leeftijdsgroep.



FIGUUR 7: Aantal geregistreerde zwangerschapsafbrekingen bij vrouwen gedomicilieerd in België per 1.000 vrouwen in de leeftijdsgroep van 15 tot 44 jaar (1993 – 2005) (Registratie artsen ◆, registratie instellingen △)

Nationale abortusratio

In 2005 werd 13.15% (n = 17867) van het totale aantal zwangerschappen in België (n = 135316) afgebroken. In 2004 bedroeg de abortusratio voor België 12.77%. Bij het begin van de registratie (1993) werden 10.11 ingrepen per 100 zwangerschappen geregistreerd.



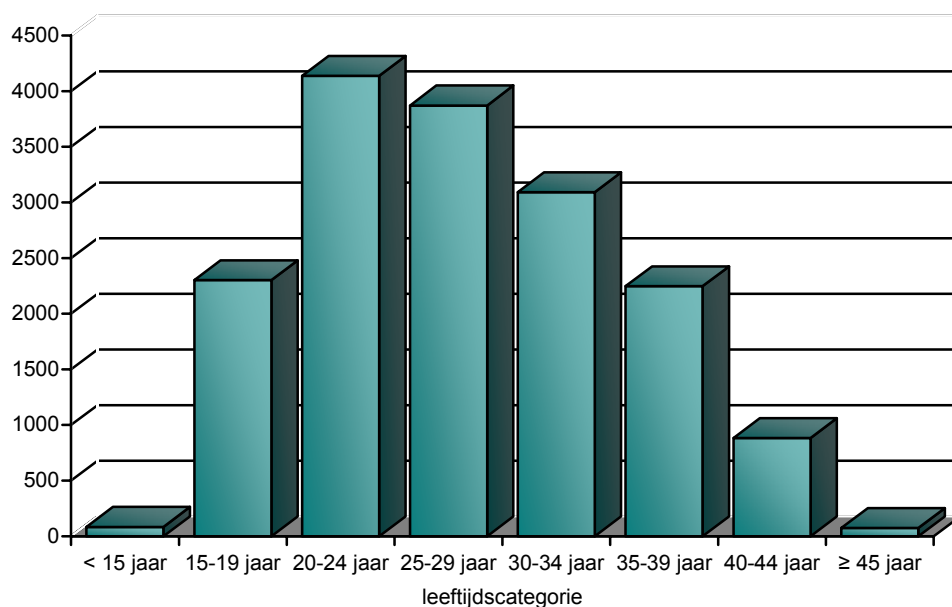
FIGUUR 8: Aantal geregistreerde zwangerschapsafbrekingen bij vrouwen gedomicilieerd in België per 100 zwangerschappen (1993 – 2005) (Registratie artsen ♦, registratie instellingen △)

Op basis van het door de instellingen geregistreerde aantal ingrepen werd een alternatieve berekening van het abortuscijfer en de abortusratio uitgevoerd. Deze berekening vertrekt van de premisse dat de gegevens van de instellingen de zogenaamde laattijdige registraties reeds omvat, en eenzelfde relatieve aandeel patiëntes omvat die niet in België gedomicilieerd zijn. Voor het jaar 2005 werd aldus een abortusratio van 14.43 en een abortuscijfer van 9.39 bekomen (Figuur 8).

Demografische Kenmerken

■ Leeftijd ■

De gemiddelde leeftijd van de vrouw die in 2005 de zwangerschap liet afbreken, is 27.44 jaar. In vergelijking met het eerste registratiejaar, 1993, is de gemiddelde leeftijd stabiel gebleven (27.4 jaar). Het grootste aantal zwangerschapsafbrekingen is terug te vinden in de leeftijdscategorie van 20 tot 24 jaar (n = 4139, 24.79%). Ook in de voorgaande jaren werden de meeste zwangerschapsafbrekingen in deze leeftijdscategorie geregistreerd.



FIGUUR 9: Aantal geregistreerde zwangerschapsafbrekingen bij vrouwen gedomicilieerd in België naar leeftijdsgroep (1993 – 2005)

In 2005 werden 2385 (14.29%) zwangerschapsafbrekingen geregistreerd bij meisjes jonger dan 20 jaar. In 2004 bedroeg het aantal geregistreerde zwangerschapsafbrekingen in deze leeftijdscategorie 2276 (14.21%) of 109 ingrepen minder dan 2005. In het eerste registratiejaar (1993) betrof het 1285 (12.44%) zwangerschapsafbrekingen.

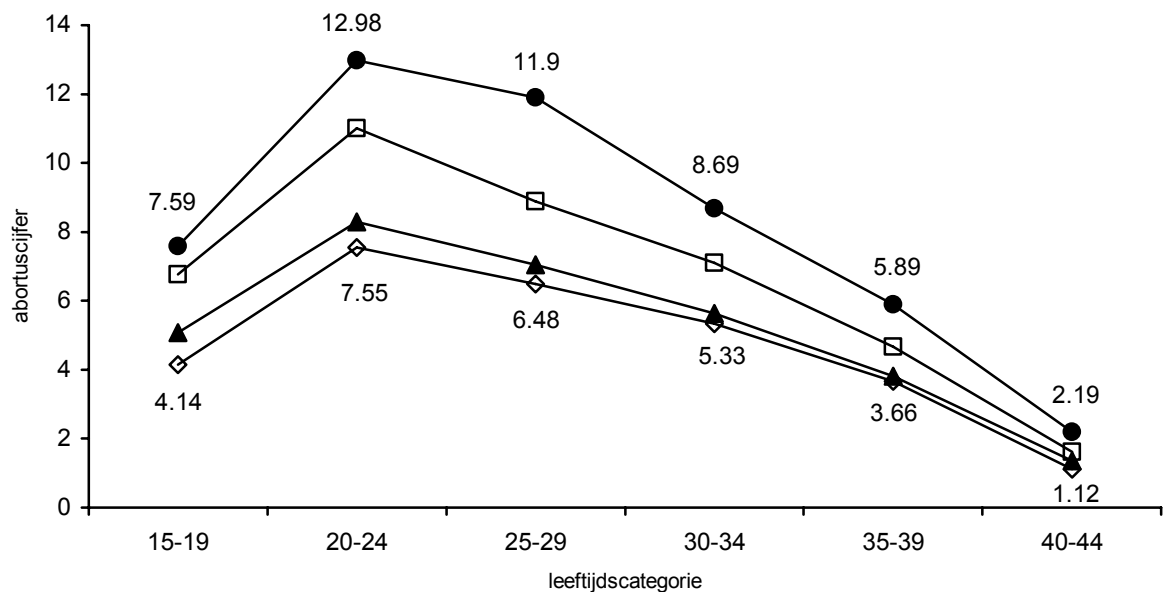
In de leeftijdscategorie van 40 jaar en ouder werden 956 (5.73%) zwangerschapsafbrekingen geregistreerd. In 2004 bedroeg het aantal geregistreerde zwangerschapsafbrekingen in deze leeftijdsgroep 890 (5.56%) ingrepen, of 66 (6.90%) minder dan 2005. In het eerste registratiejaar (1993) betrof het 425 (4.11%) zwangerschapsafbrekingen.

Voor elke leeftijdscategorie werd een abortuscijfer en een abortusratio berekend (Tabel 2). De hoogste abortuscijfers werden gevonden voor de bevolkingsgroep van 20 tot 24-jarige (n = 318785) en 25 tot 29-jarige vrouwen (n = 325588): respectievelijk 12.98 en 11.90 per 1000 vrouwen lieten in 2005 de zwangerschap afbreken.

TABEL 2: Abortuscijfer en abortusratio bij vrouwen gedomicilieerd in België, naar leeftijdsgroep (2005)

	geregistreerde zwangerschaps- afbrekingen n	geboorten n	vrouwen leeftijdcat. n	abortus- cijfer ‰	abortus- ratio %
15-19 jaar	2301	2636	302986	7.59	47.50
20-24 jaar	4139	16704	318785	12.98	19.86
25-29 jaar	3873	39839	325588	11.90	8.86
30-34 jaar	3093	36264	355929	8.69	7.86
35-39 jaar	2248	14742	381393	5.89	13.23
> 40 jaar	882	3034	403202	2.19	22.52

Grafisch zet het leeftijdsspecifieke abortuscijfer zich uit in een positief scheve verdeling (Figuur 10). De scheefheid (*skewness*) van de abortuscijfer-curve is een constante sinds het eerste registratiejaar (1993). De (waarden van de) curven zijn sinds 1993 wel systematisch opgetrokken.



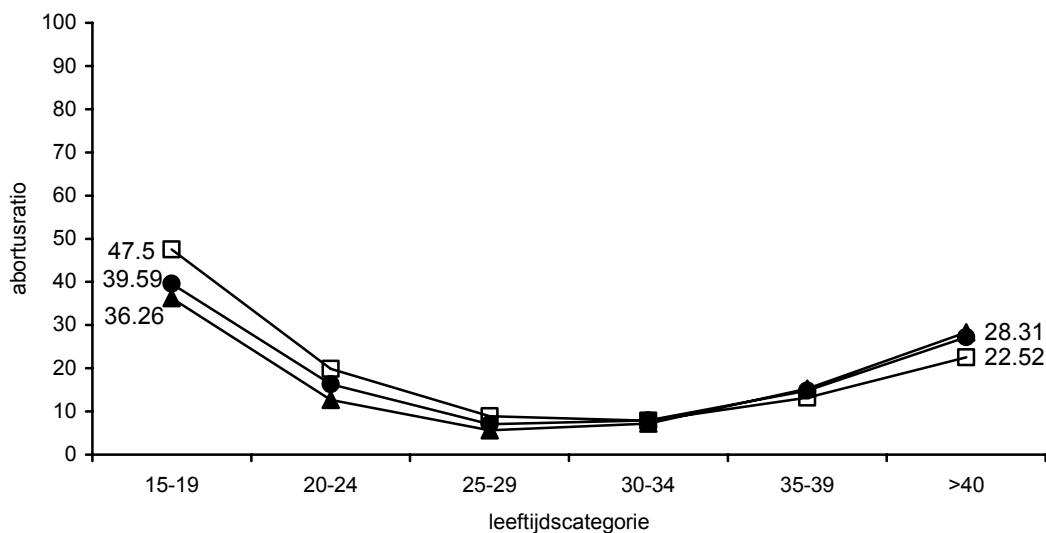
FIGUUR 10: Abortuscijfer bij vrouwen gedomicilieerd in België naar leeftijdsgroep (1993 ◇, 1995 ▲, 2000 □, 2005 ●).

De hoogste leeftijdsspecifieke abortusratio's werden gevonden voor de leeftijdscategorie van 15 tot 19-jarigen (47.50) en vrouwen van of ouder dan 40 jaar (22.52). Dit wil zeggen dat in het registratiejaar 2005, bijna de helft (47.50%; $n = 2301$) van het totaal aantal zwangere tienermeisjes ($n = 4937$) de zwangerschap liet afbreken. Binnen de leeftijdscategorie van 40 jaar en ouder, liet 22.52% ($n = 882$) van het totaal aantal zwangere vrouwen ($n = 3916$) de zwangerschap afbreken.

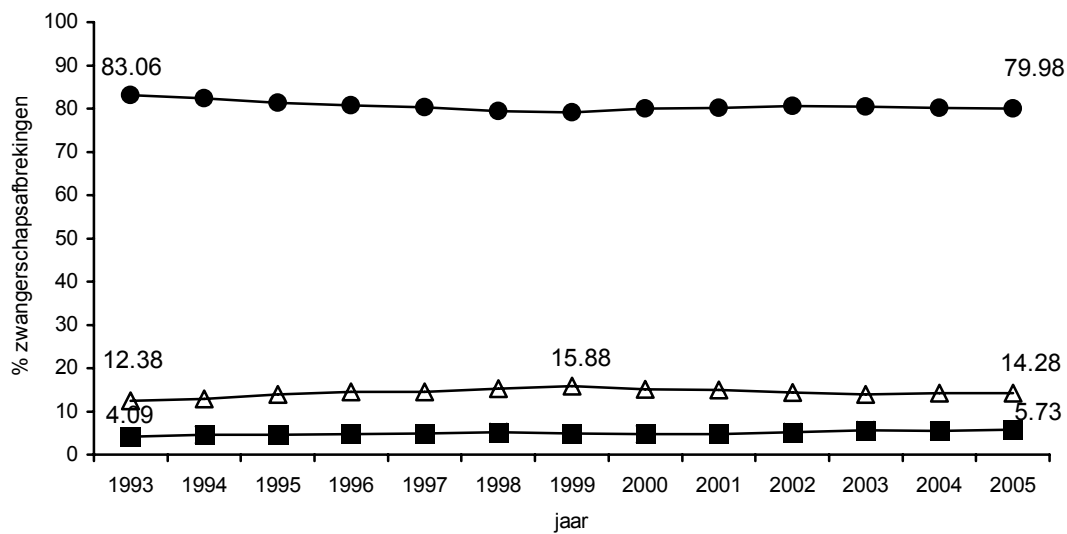
Grafisch zet de leeftijdsspecifieke abortusratio zich uit in een U-curve (Figuur 11). In vergelijking met de jaren 1995 en 2000, vertoont de curve voor het jaar 2005 een neerwaartse afbuiging van de rechterzijde, en een optrekken van de linkerzijde. De neerwaartse afbuiging kan verklaard worden doordat relatief meer zwangerschappen uitgedragen worden in de groep van vrouwen van of ouder dan 40 jaar (1995: 71.69%; 2000: 72.78%; 2005: 77.48%). In absolute cijfers is de stijging van het aantal uitgedragen zwangerschappen (1995: $n = 1223$; 2000: $n = 1666$; 2005: $n = 3034$) significant groter dan de stijging van het aantal zwangerschapsafbrekingen (1995: $n = 483$; 2000: $n = 623$; 2005: $n = 882$). Gecombineerd

resulteert dit in de leeftijdscategorie van 40 jaar en ouder, in een aanhoudende stijging in het totale absolute aantal zwangerschappen.

Het optrekken van de linkerzijde van de leeftijdspecifieke abortusratio-curve (Figuur 11) kan verklaard worden doordat in 2005, in vergelijking met de voorgaande jaren, meer zwangerschappen afgebroken werden in de leeftijdscategorie 15 tot 19 jaar (1995: 36.26; 2000: 39.59%; 2005: 47.50%). In absolute cijfers is de evolutie van het aantal uitgedragen zwangerschappen en het aantal zwangerschapsafbrekingen niet eenduidig te interpreteren (Tabel 3). Zoals hoger werd opgemerkt, dient rekening gehouden te worden met het gegeven dat, door de jaren heen, een substantieel aantal meisjes onder de 20 jaar de zwangerschap in Nederland heeft laten afbreken. De stijging van de abortusratio is mogelijks in werkelijkheid niet zo significant.



FIGUUR 11: Abortusratio bij vrouwen gedomicilieerd in België naar leeftijdsgroep (1995 ▲, 2000 ●, 2005 □)



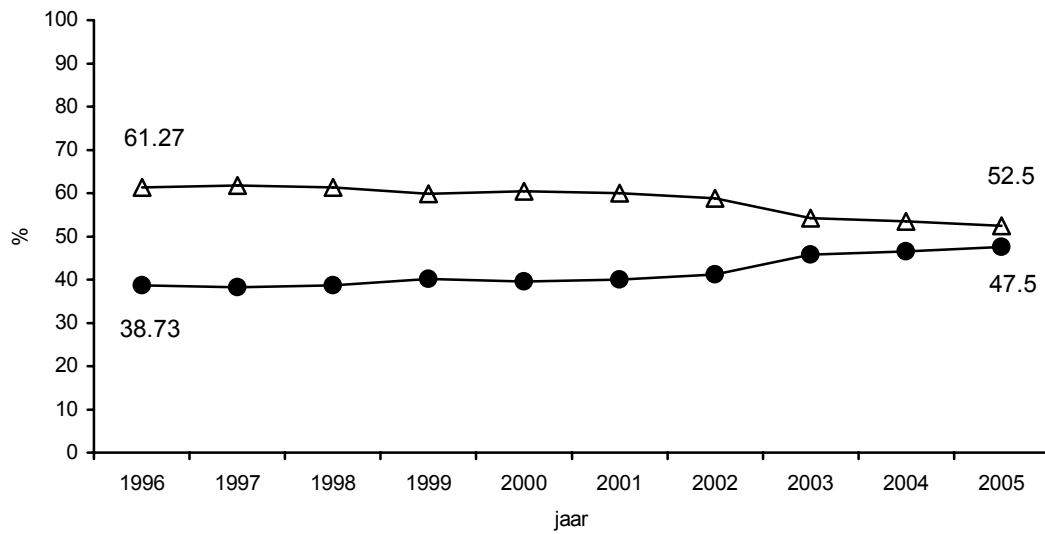
FIGUUR 12: Evolutie relatieve aandeel tienermeisjes (△), vrouwen van 20 tot 39 jaar (●) en vrouwen van 40 jaar en ouder (■), die in België de zwangerschap lieten afbreken (1996 - 2005)

TABEL 3: Tienerzwangerschappen in België (1996-2005)

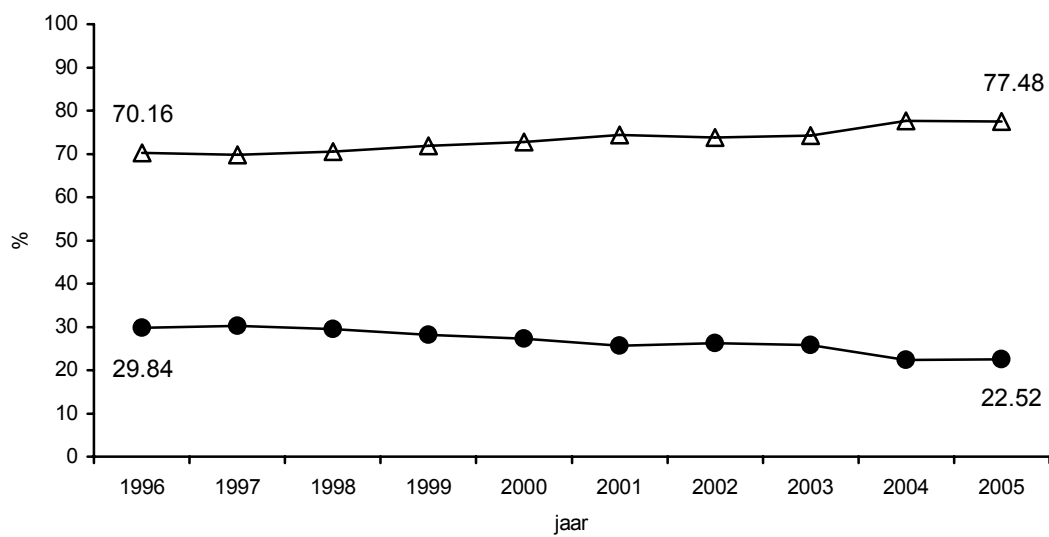
		registratiejaar									
		1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Geboorten	(n)	2890	2886	2919	3012	3177	3303	3027	2563	2615	2636
	(%)	61.27	61.72	61.35	59.83	60.41	59.93	58.79	54.24	53.47	52.50
Afbrekingen	(n)	1827	1790	1839	2022	2082	2208	2122	2162	2276	2385
	(%)	38.73	38.28	38.65	40.17	39.59	40.07	41.21	45.76	46.53	47.50
Zwangerschappen	(n)	4717	4676	4758	5034	5259	5511	5149	4725	4891	5021

TABEL 4: Zwangerschappen vrouwen van of ouder dan 40 jaar in België (1996-2005)

		registratiejaar									
		1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Geboorten	(n)	1298	1326	1402	1466	1666	1908	1967	2341	2889	3034
	(%)	70.16	69.75	70.59	71.79	72.78	74.41	73.75	74.29	77.56	77.48
Afbrekingen	(n)	552	575	584	576	623	656	700	810	836	882
	(%)	29.84	30.25	29.41	28.21	27.22	25.59	26.25	25.71	22.44	22.52
Zwangerschappen	(n)	1850	1901	1986	2042	2289	2564	2667	3151	3725	3916



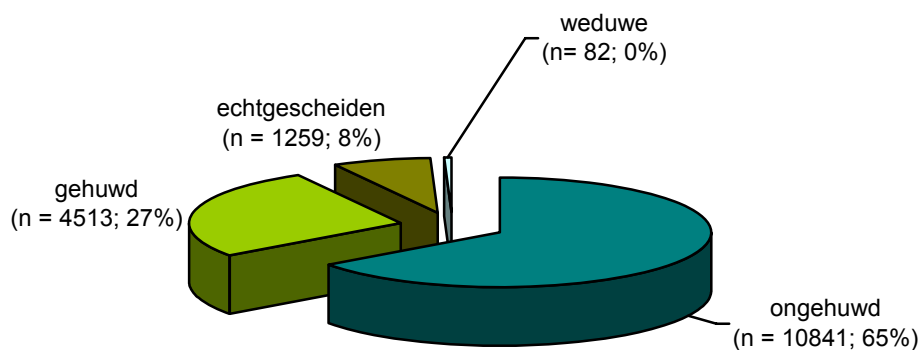
FIGUUR 13: Evolutie relatieve aandeel geboorten (△) en zwangerschapsafbrekingen (●) bij tienermeisjes in België (1996 - 2005)



FIGUUR 14: Evolutie relatieve aandeel geboorten (△) en zwangerschapsafbrekingen (●) bij vrouwen van of ouder dan 40 jaar in België (1996 - 2005)

■ Burgerlijke staat ■

Tweederde (n = 10841; 64.94%) van de vrouwen die in 2005 hun zwangerschap lieten afbreken, was ongehuwd; ruim een kwart was gehuwd (n = 4513; 27.03%) (Figuur 15).

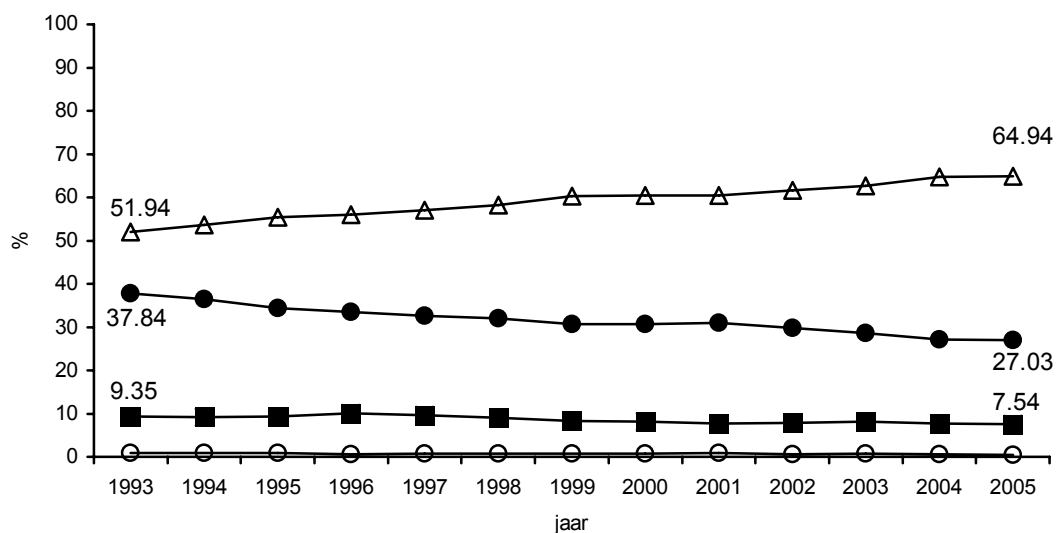


FIGUUR 15: Aantal geregistreerde zwangerschapsafbrekingen naar burgerlijke staat van de vrouw (2005)

Sinds het eerste registratiejaar (1993) is er binnen de groep van geregistreerde zwangerschapsafbrekingen, een duidelijk stijgende trend van het relatieve aandeel van ongehuwde vrouwen (1995: 55.41% 2000: 60.43%; 2005: 64.94%). Het aandeel gehuwde vrouwen neemt duidelijk af (1995: 34.36% 2000: 30.65%; 2005: 27.03%), het aandeel echtgescheiden vrouwen daalt licht (1995: 9.34% 2000: 8.19%; 2005: 7.54%) en het aandeel verweduwde vrouwen (1995: 0.88% 2000: 0.73%; 2005: 0.49%) blijft stabiel (Tabel 5; Figuur 16).

TABEL 5: Burgerlijke staat vrouwen zwangerschapsafbreking in België (1996-2005)

	registratiejaar									
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Gehuwd										
(n)	4215	4000	3842	3912	4216	4576	4398	4458	4332	4513
(%)	33.42	32.66	32.04	30.73	30.65	30.99	29.74	28.60	27.04	27.03
Ongehuwd										
(n)	7067	6987	6978	7677	8313	8922	9123	9758	10376	10841
(%)	56.03	57.05	58.18	60.30	60.43	60.42	61.69	62.60	64.76	64.94
Gescheiden										
(n)	1265	1178	1092	1056	1126	1140	1171	1261	1224	1259
(%)	10.03	9.62	9.11	8.29	8.19	7.72	7.92	8.09	7.64	7.54
Verweduwd										
(n)	67	82	81	86	101	129	96	110	90	82
(%)	0.53	0.67	0.68	0.68	0.73	0.87	0.65	0.71	0.56	0.49



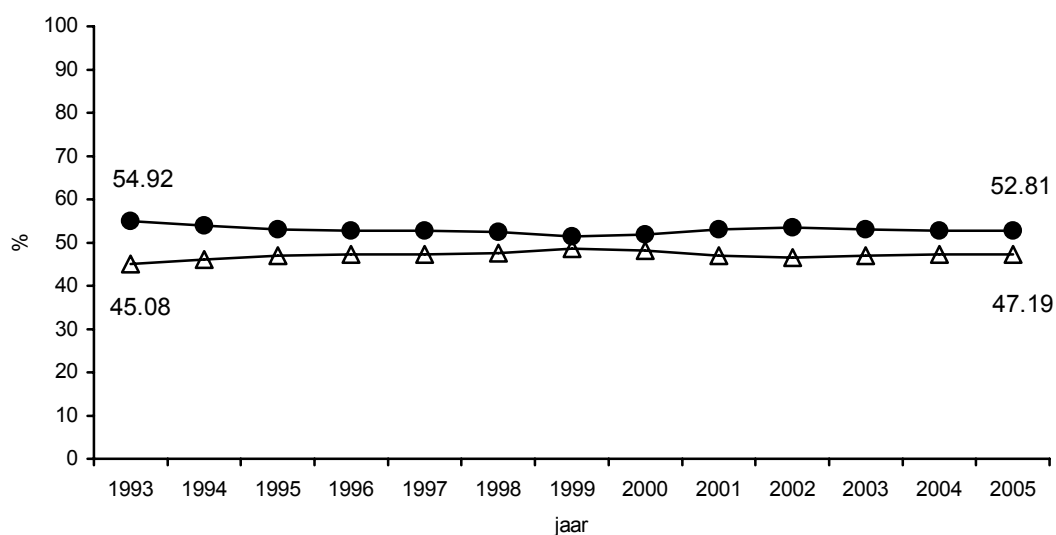
FIGUUR 16: Evolutie relatieve aandeel ongehuwde (Δ), gehuwde (\bullet), gescheiden (\blacksquare) en verweduwde vrouwen (\circ) die in België de zwangerschap lieten afbreken (1993 - 2005)

■ Aantal kinderen ■

Bijna de helft ($n = 7878$; 47.18%) van de vrouwen die in 2005 de zwangerschap lieten afbreken, was voorafgaand kinderloos. Sinds het eerste registratiejaar (1993) is er binnen de groep van geregistreerde zwangerschapsafbrekingen, een lichte stijgende trend ($Z = 2.1506$, $p = 0.03$) van het relatieve aandeel vrouwen met minstens 1 kind (1995: 52.98%; 2000: 51.81%; 2005: 52.81%) (Tabel 6, Figuur 17).

TABEL 6: Aantal kinderloze vrouwen en vrouwen met minstens 1 kind die de zwangerschap in België lieten afbreken (1996-2005)

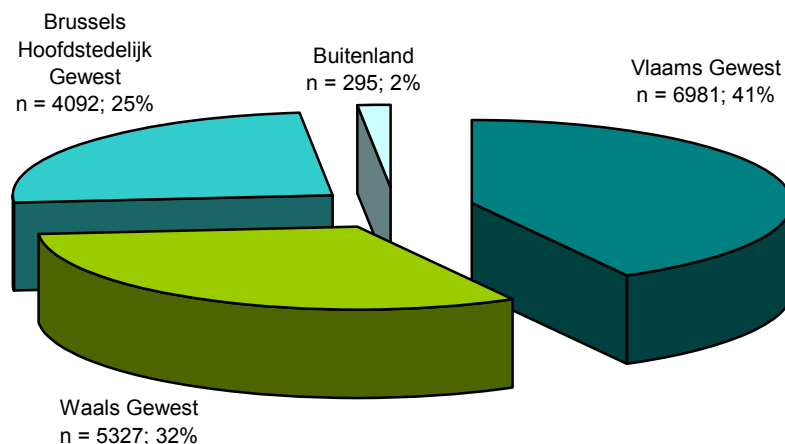
	registratiejaar									
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Kinderloos										
(n)	5960	5790	5697	6180	6630	6938	6885	7314	7578	7878
(%)	47.21	47.23	47.49	48.53	48.19	46.96	46.55	46.91	47.29	47.19
Minstens 1 kind										
(n)	6665	6469	6299	6554	7129	7835	7904	8279	8446	8817
(%)	52.79	52.77	52.51	51.47	51.81	53.04	53.45	53.09	52.71	52.81



FIGUUR 17: Evolutie relatieve aandeel vrouwen zonder kind (●) en vrouwen met minstens 1 kind (△) die in België de zwangerschap lieten afbreken (1993 - 2005)

■ **Woonplaats van de vrouw** ■

Van de vrouwen die in 2005 een zwangerschap lieten afbreken, woonden 6981 (41.81%) vrouwen in het Vlaams Gewest, 5327 vrouwen (31.91%) in het Waals Gewest en 4092 vrouwen (24.51%) in het Brussels-Hoofdstedelijk Gewest. Tweehonderd vijfennegentig (1.77%) vrouwen waren op het moment van de ingreep in het buitenland gedomicilieerd.

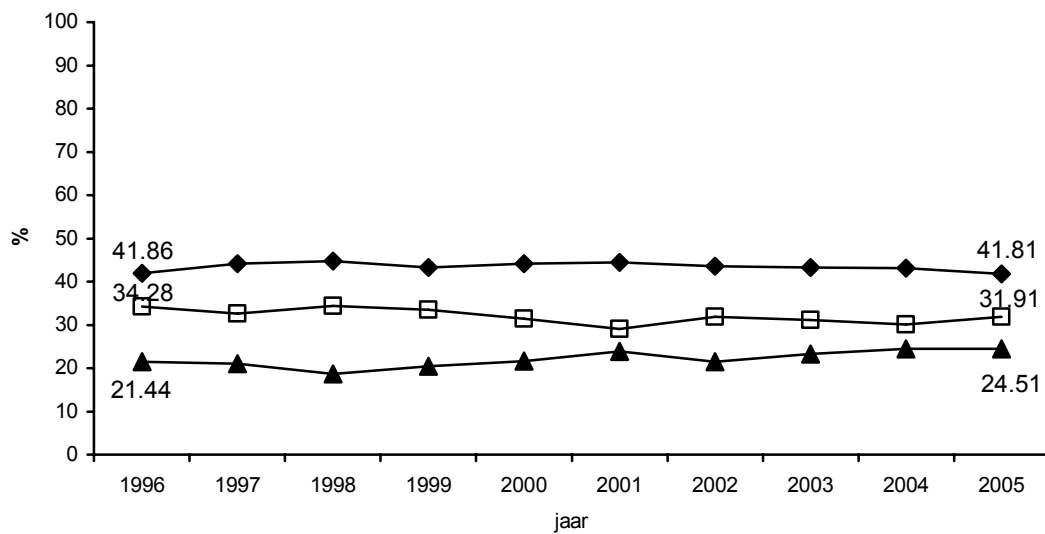


FIGUUR 17: Aantal geregistreerde zwangerschapsafbrekingen bij vrouwen gedomicilieerd in België naar domicilie (2005)

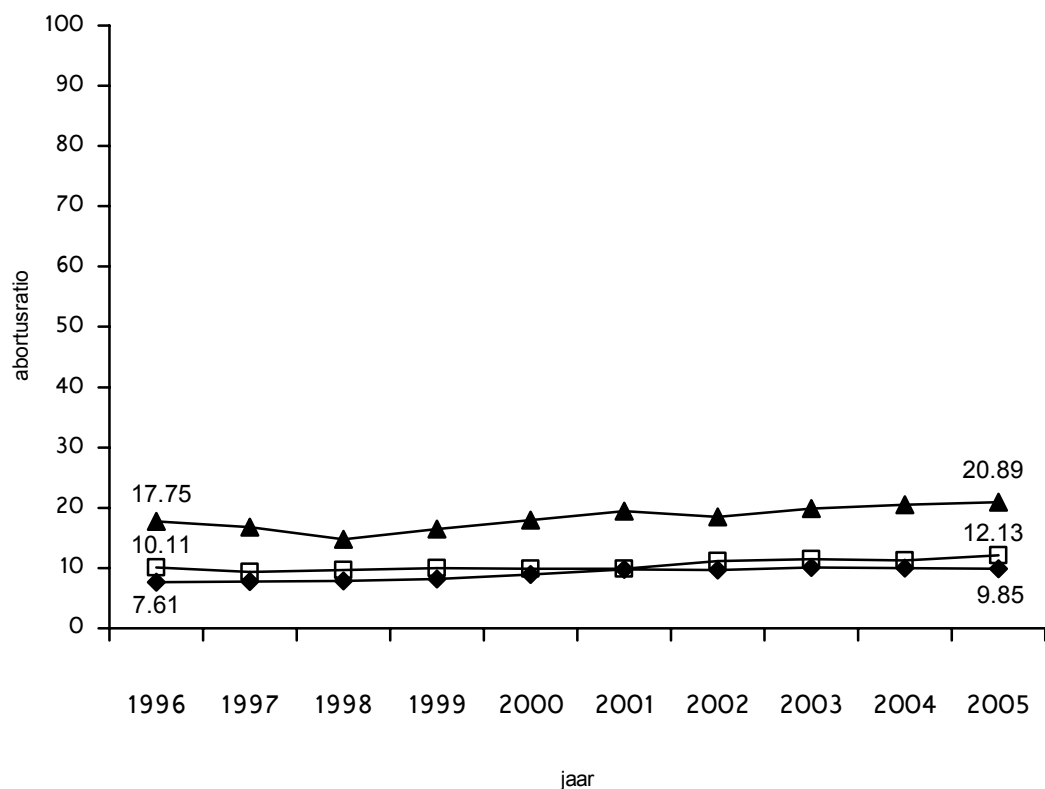
Voor het Vlaams, Waals en Brussels Hoofdstedelijk Gewest bedraagt het *abortuscijfer* (het niet-gecorrigeerde aantal afbrekingen per 1000 vrouwen (15-44 jaar)) in 2005 respectievelijk 5.86; 7.92 en 18.29. De *abortusratio* (het niet-gecorrigeerde aantal afbrekingen per 100 zwangerschappen) voor deze gewesten bedraagt, voor dezelfde periode, respectievelijk 9.85; 12.13 en 20.89.

Tabel 7: Regionale abortuscijfer en abortusratio (2005)

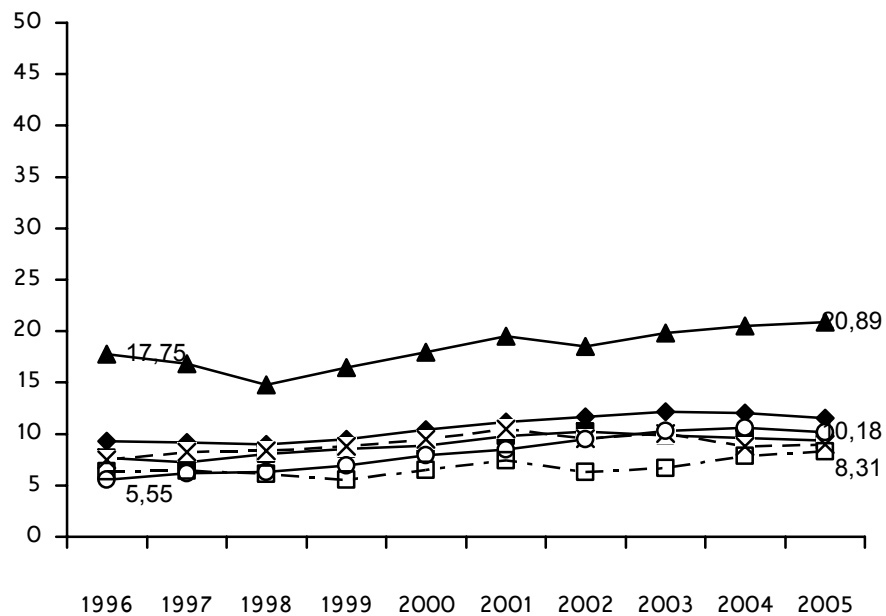
	zwangerschaps- afbrekingen	geboorten	vrouwen 15-44 jaar	aborts- cijfer	aborts- ratio
Vlaams Gewest	6981	63906	1191206	5.86	9.85
Waals Gewest	5327	38604	673002	7.92	12.13
Brussels-Hoofdstedelijk Gewest	4092	15492	223675	18.29	20.89



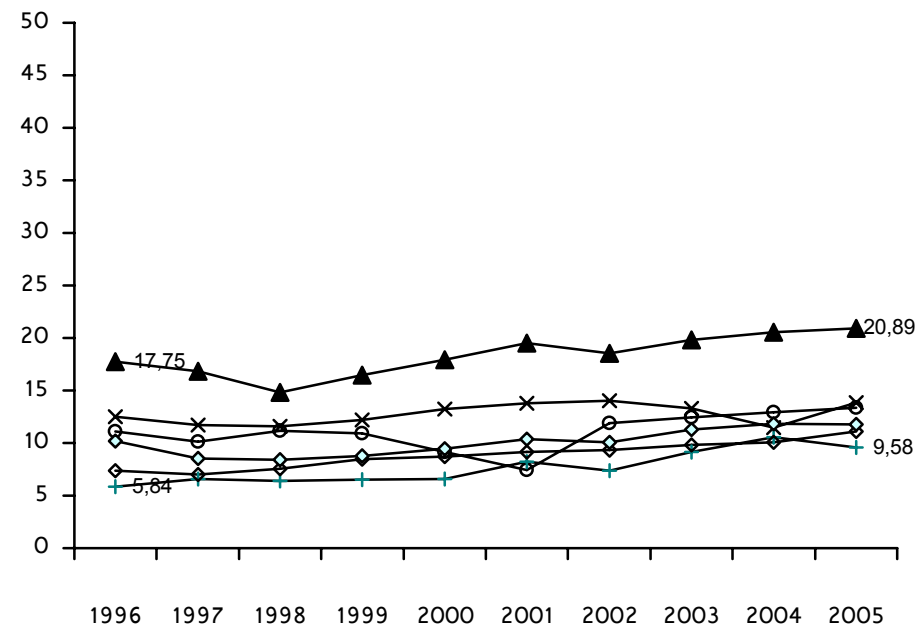
FIGUUR 19: Evolutie relatieve aandeel Vlaamse (◆) en Waalse (□) vrouwen en vrouwen uit het Brussels Hoofdstedelijk gewest (▲) die in België een zwangerschap lieten afbreken (1996 - 2005)



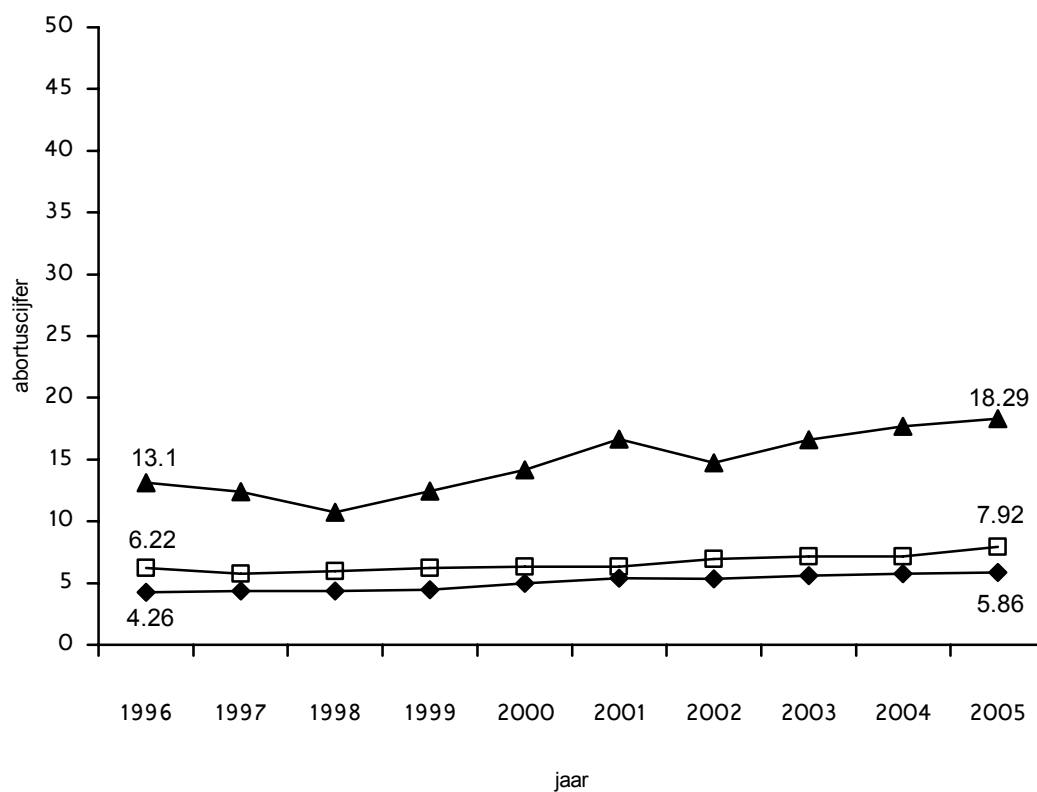
FIGUUR 20: Abortusratio bij vrouwen gedomicilieerd in het Vlaams (◆), Waals (□) en Brussels-Hoofdstedelijk Gewest (▲) (1996-2005)



FIGUUR 21: Abortusratio bij vrouwen gedomicilieerd in de Vlaamse provincies en het Brussels-Hoofdstedelijk Gewest (1996-2005)

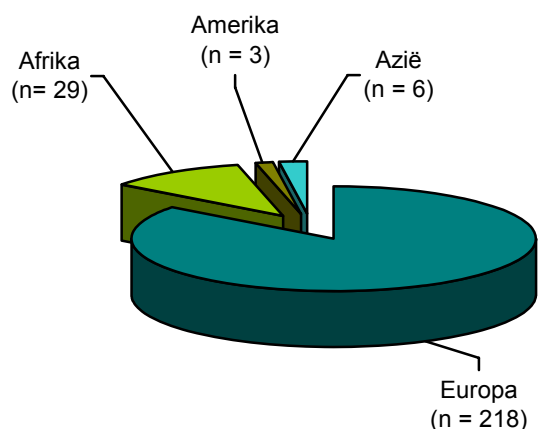


FIGUUR 22: Abortusratio bij vrouwen gedomicilieerd in de Waalse provincies en het Brussels-Hoofdstedelijk Gewest (1996-2005)



FIGUUR 23: Abortuscijfer bij vrouwen gedomicilieerd in het Vlaams (◆), Waals (□) en Brussels-Hoofdstedelijk Gewest (▲) (1996-2005)

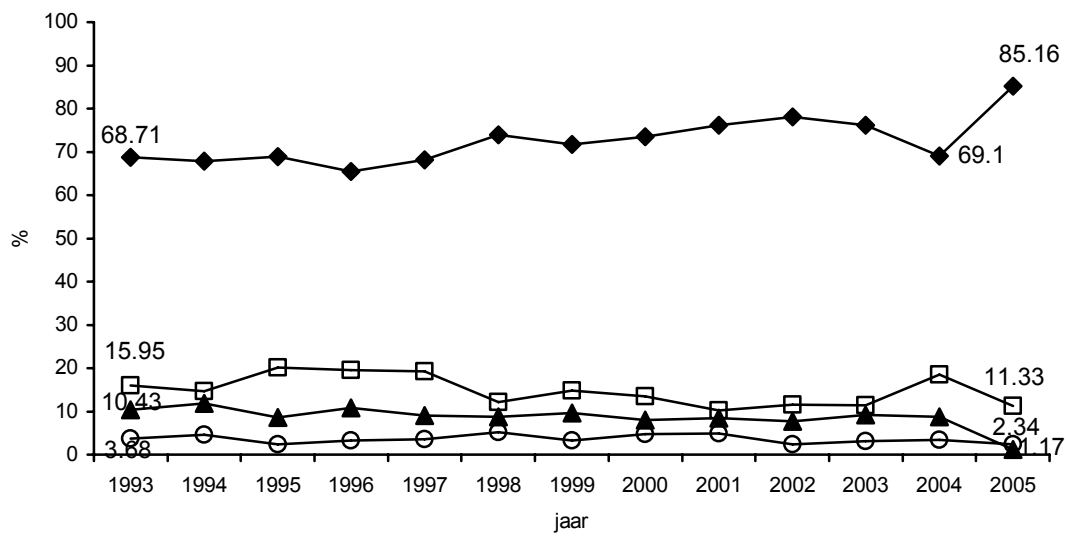
Van de vrouwen die in 2005 een zwangerschap lieten afbreken en die in dat jaar niet in België gedomicilieerd waren, woonden 218 vrouwen (85.16%) in Europa, 29 vrouwen (11.33%) in Afrika, 3 vrouwen (1.17%) in Amerika en 6 vrouwen in Azië (2.34%) (Figuur 24). Sinds 2004 is er binnen de groep van geregistreerde zwangerschapsafbrekingen, een bruske toename van het relatieve aandeel Europese vrouwen (2004: 69.10%; 2005: 85.16%) en een afname van het aandeel Afrikaanse (2004: 18.54%; 2005: 11.33%) en Amerikaanse (2004: 8.71%; 2005: 1.17%) vrouwen (Tabel 8, Figuur 25).



FIGUUR 24: Aantal zwangerschapsafbrekingen bij vrouwen die niet in België gedomicilieerd zijn, naar continent (2005)

TABEL 8: Zwangerschapsafbrekingen bij vrouwen die niet in België gedomicilieerd zijn, naar continent (1996-2005)

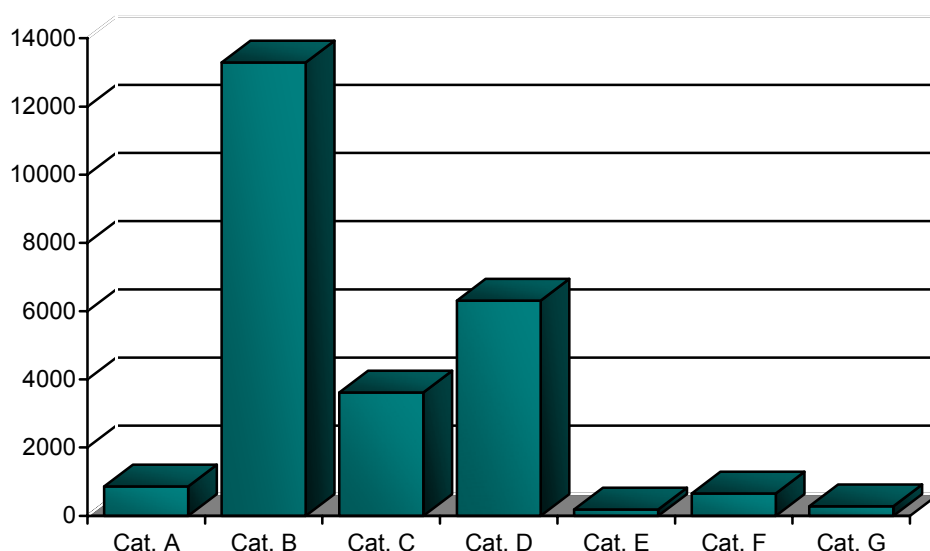
	registratiejaar									
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Europa	(n) 157	152	170	246	250	269	323	266	246	218
	(%) 65.42	68.16	73.91	71.72	73.53	76.20	78.02	76.22	69.10	85.16
Afrika	(n) 47	43	28	51	46	36	48	40	66	29
	(%) 19.58	19.28	12.17	14.87	13.53	10.20	11.59	11.46	18.54	11.33
Amerika	(n) 26	20	20	33	27	30	32	32	31	3
	(%) 10.83	8.97	8.70	9.62	7.94	8.50	7.73	9.17	8.71	1.17
Azië	(n) 8	8	12	11	16	17	10	11	12	6
	(%) 3.33	3.59	5.22	3.21	4.71	4.82	2.42	3.15	3.37	2.34
Oceanië	(n) 2	0	0	2	1	1	1	0	1	0
	(%) 0.83	0.00	0.00	0.58	0.29	0.28	0.24	0.00	0.28	0.00



FIGUUR 25: Evolutie relatieve aandeel Europese (◆), Afrikaanse (□), Amerikaanse (▲) en Aziatische (○) vrouwen die in België een zwangerschap lieten afbreken (1993 - 2005)

Ingeroepen noodsituaties

Persoonlijke redenen (n = 13291, 53.05%), relationele of familiale problemen (n = 6305, 25.17%) en financiële of materiële redenen (n = 3612, 14.42%) werden door de vrouwen die in 2005 een zwangerschap lieten afbreken, het frequentst als noodsituatie ingeroepen (Figuur 26). De lichamelijke of geestelijke gezondheid van de moeder of van het kind dat zal worden geboren (857, 3.42%), het statuut van politiek vluchteling (n = 648, 2.59%) en zwangerschap na verkrachting of incest (n = 185, 0.74%) werden minder frequent als noodsituatie geregistreerd (Figuur 26; Tabel 9).



FIGUUR 26: Aantal geregistreerde zwangerschapsafbrekingen bij vrouwen gedomicilieerd in België naar ingeroepen noodsituatie (2005) (CAT. A. Lichamelijke of geestelijke gezondheid van de moeder of van het kind; CAT. B. Persoonlijke redenen; CAT. C. Financiële of materiële redenen; CAT. D. Relationele of familiale problemen; CAT. E. Zwangerschap na verkrachting of incest; CAT. F. Politiek vluchteling; CAT. G. Andere)

TABEL 9: Detail ingeroepen motief tot zwangerschapsafbreking (2005)

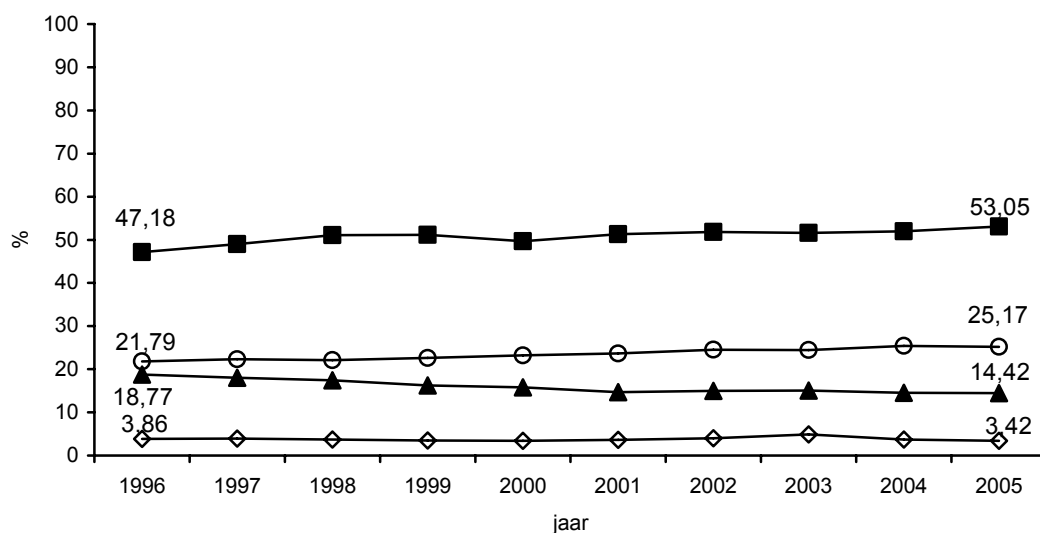
motief	n	%
Momenteel geen kinderwens (B.17)	3750	14,97
De vrouw voelt zich te jong (B.13)	2856	11,40
Voltooid gezin (B.18)	2800	11,18
Studente (B.15)	2198	8,77
Financiële redenen (C.20)	1955	7,80
Relatie onlangs verbroken (D.30)	1329	5,30
Partnerrelatiemoeilijkheden (D.35)	1278	5,10
Werksituatie (C.21)	1268	5,06
Te recente relatie (D.33)	1264	5,05
Alleenstaande vrouw (B.16)	1000	3,99
Partner aanvaardt de zwangerschap niet (D.31)	771	3,08
De vrouw voelt zich te oud (B.14)	687	2,74
Politiek vluchteling (F.50)	648	2,59
Occasionele relatie (D.32)	641	2,56
Buitenechtelijke relatie (D.34)	563	2,25
Lichamelijke problemen van de zwangere vrouw (A.00)	465	1,86
Woonsituatie (C.22)	389	1,55
Relatiemoeilijkheden met de omgeving (D.36)	334	1,33
Andere (G.99)	281	1,12
Lichamelijke problemen van het kind dat zal worden geboren (A.01)	271	1,08
Juridische problemen i.v.m. de echtscheiding (D.37)	125	0,50
Problemen van geestelijke gezondheid (A.02)	121	0,48
Verkrachting (E.40)	58	0,23
Incest (E.41)	2	0,01

Sinds het eerste registratiejaar (1993) is er binnen het totaal aantal geregistreerde zwangerschapsafbrekingen, een stijgende trend van het relatieve aandeel vrouwen dat persoonlijke redenen tot de afbreking van de zwangerschap inroept (1995: 42.77%; 2000: 49.67%; 2005: 53.05%) (Tabel 10; Figuur 27).

Vrouwen met minstens 1 kind halen vaker gezondheidsproblemen en materiële en financiële problemen als noodsituatie aan, kinderloze vrouwen vaker persoonlijke en relationele problemen ($\chi^2 = 226.64$, $df = 6$, $p < .0001$) (Tabel 11).

TABEL 10: Ingeroepen motieven van vrouwen die in België een zwangerschap lieten afbreken (1996 - 2005)

	registratiejaar									
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Gezondheid van de moeder of van het kind dat zal worden geboren	(n) 887	860	760	768	785	886	961	1210	895	857
(%)	3.86	3.95	3.67	3.49	3.38	3.62	4.03	4.88	3.71	3.42
Persoonlijke redenen	(n) 10855	10662	10581	11265	11525	12543	12363	12788	12520	13291
(%)	47.18	49.03	51.07	51.18	49.67	51.32	51.78	51.62	51.96	53.05
Financiële of materiële redenen	(n) 4318	3921	3605	3579	3667	3580	3572	3732	3504	3612
(%)	18.77	18.03	17.40	16.26	15.80	14.65	14.96	15.07	14.54	14.42
Relationele of familiale problemen	(n) 5013	4855	4582	4971	5382	5777	5863	6057	6131	6305
(%)	21.79	22.32	22.11	22.59	23.19	23.63	24.56	24.45	25.44	25.17
Zwangerschap na verkrachting of incest	(n) 244	193	238	173	229	242	220	251	210	185
(%)	1.06	0.89	1.15	0.79	0.99	0.99	0.92	1.01	0.87	0.74
Politiek vluchteling	(n) 315	299	246	373	545	632	695	632	670	648
(%)	1.37	1.37	1.19	1.69	2.35	2.59	2.91	2.55	2.78	2.59



FIGUUR 27: Evolutie relatieve aandeel ingeroepen motieven van vrouwen die in België een zwangerschap lieten afbreken (1996 - 2005) (Persoonlijke redenen ■, relationele of familiale problemen ○, financiële of materiële redenen ▲ en gezondheid van de moeder of van het kind dat zal worden geboren ◇)

TABEL 11: Ingeroepen motieven naar aantal kinderen (2005)

	0 kinderen		≥ 1 kinder(en)		statistics
	n	%	n	%	
Gezondheid	287	2.33	661	5.16	$\chi^2 = 226.64$, $df = 6$, $p < .0001$
Persoonlijke noodsituatie	6700	54.30	6591	51.46	
Materiële noodsituatie	1582	12.82	2030	15.85	
Relationele problemen	3310	26.83	2995	23.39	
Verkrachting/incest	39	0.32	21	0.16	
Politiek vluchteling	284	2.30	364	2.84	
Andere	136	1.10	145	1.13	

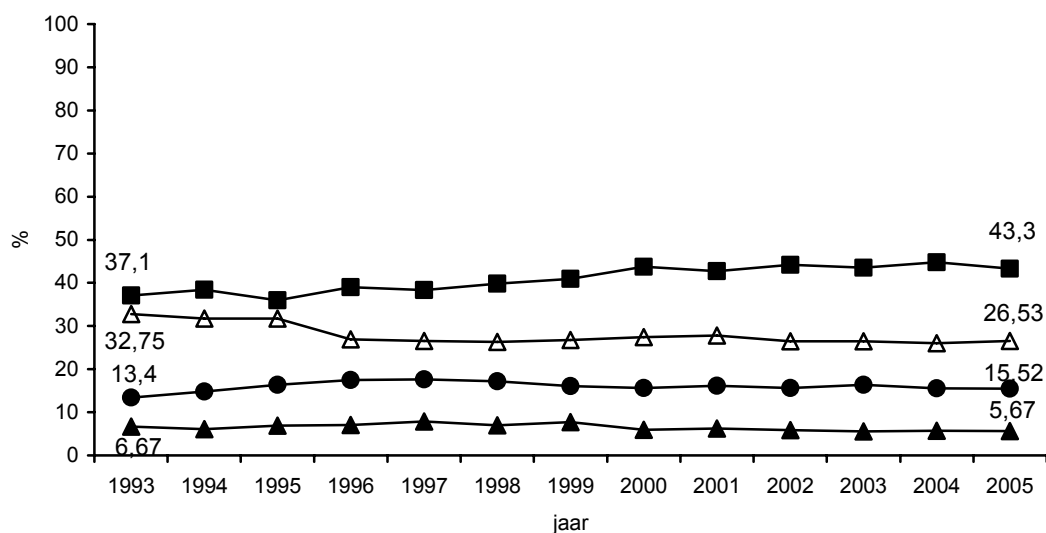
Gebruik voorbehoedmiddel

Ruim vier op de tien vrouwen (43.30%, $n = 7230$) die in 2005 de zwangerschap lieten afbreken, gebruikten geen voorbehoedmiddel in de maand voor de zwangerschapsafbreking. De voorbehoedmiddelen die het vaakst geregistreerd werden zijn: de pil (26.53%, $n = 4429$), het condoom (15.52%, $n = 2592$) en periodieke onthouding (5.67%, $n = 947$). Nieuwere methoden, zoals de vaginale hormonale ring (0.72, $n = 172$) en de hormonale pleister (0.68%, $n = 113$) werden minder vaak geregistreerd.

Sinds het begin van de registratie (1993) is er een duidelijke toename in het relatieve aandeel van de vrouwen die geen voorbehoedmiddel gebruikten in de maand die de afbreking voorafging (1995: 35.97%; 2000: 43.75%; 2005: 43.30%) (Tabel 12, Figuur 28). Het aandeel van de pil is duidelijk afgenomen (1995: 31.70%; 2000: 27.41%; 2005: 26.53%), het aandeel van de periodieke onthouding licht (1995: 6.92%; 2000: 5.92%; 2005: 5.67%).

TABEL 12: Gebruikt voorbehoedmiddel van vrouwen die in België een zwangerschap lieten afbreken (1996 - 2005)

	registratiejaar									
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Geen voorbehoedmiddel										
(n)	4915	4691	4774	5208	6019	6313	6532	6789	7168	7230
(%)	38.98	38.29	39.84	40.91	43.75	42.73	44.16	43.54	44.74	43.30
Pil										
(n)	3396	3251	3153	3405	3772	4105	3912	4130	4168	4429
(%)	26.93	26.54	26.31	26.75	27.41	27.79	26.45	26.48	26.02	26.53
Condoom										
(n)	2210	2160	2057	2048	2149	2390	2315	2553	2495	2592
(%)	17.53	17.63	17.17	16.09	15.62	16.18	15.65	16.37	15.57	15.52
Periodieke onthouding										
(n)	892	965	831	979	814	918	866	867	910	947
(%)	7.07	7.88	6.94	7.69	5.92	6.21	5.86	5.56	5.68	5.67



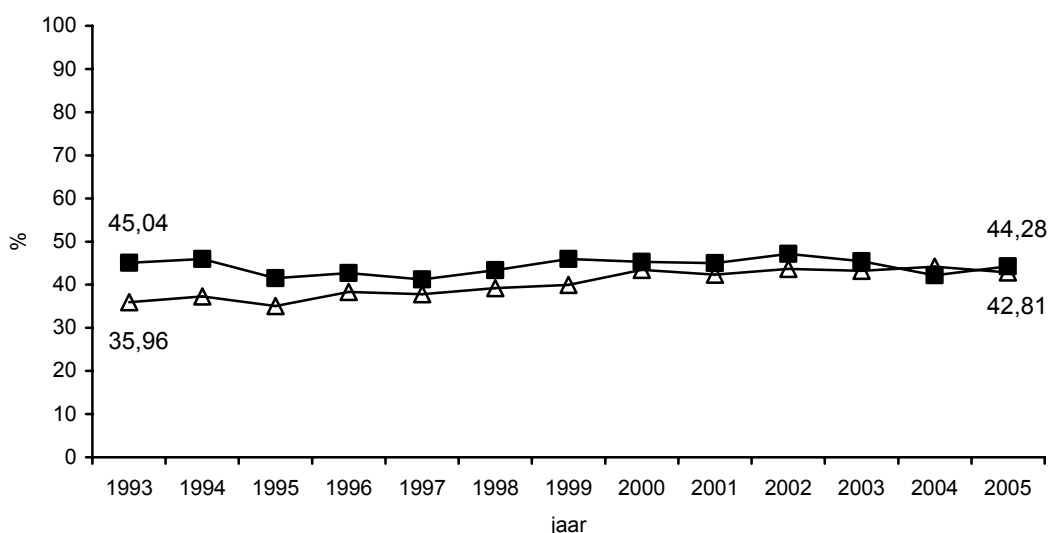
FIGUUR 28: Evolutie relatieve aandeel voorbehoedmiddelen gebruikt voor het afbreken van de zwangerschap (1993 - 2005) (geen voorbehoedmiddel ■, pil △, condoom ● en periodieke onthouding ▲)

Meer vrouwen uit de leeftijdscategorie ouder dan 19 jaar gebruikten een voorbehoedmiddel in de maand voor de afbreking ($\chi^2 = 4794.90$, $df = 1$, $p < .0001$) (Tabel 13). Echter, binnen deze leeftijdscategorie is het relatieve aandeel vrouwen dat geen voorbehoedmiddel gebruikte in de maand voor de afbreking in stijgende zin geëvolueerd (1995 = 35.08%; 2000 = 43.46%; . 2005

= 42.81%) (Figuur 29). In de leeftijdscategorie jonger dan 20 jaar is het aandeel dat geen voorbehoedmiddel gebruikte, redelijk stabiel gebleven.

TABEL 13: Gebruik voorbehoedmiddel maand voor zwangerschapsafbreking naar leeftijdscategorie (2005)

	-20 jaar		≥20 jaar		statistics
	n	%	n	%	
Geen voorbehoedmiddel	1056	44.28	6126	42.81	$\chi^2 = 4794.90, df = 1, p < .0001$
Wel voorbehoedmiddel	1329	55.72	8183	57.19	



FIGUUR 29: Evolutie relatieve aandeel vrouwen (-20 jaar vs. ≥20 jaar) die geen voorbehoedmiddel gebruikten in de maand die het afbreken van de zwangerschap voorafging (1993 - 2005) (-20 jaar ■, ≥ 20 jaar △)

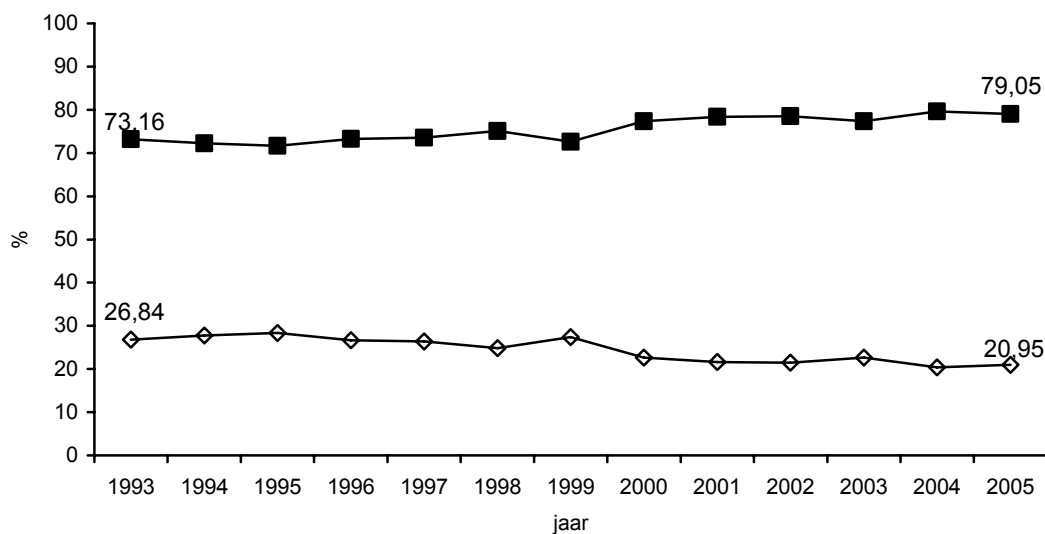
Medische aspecten betreffende de zwangerschapsafbreking

Ruim driekwart (79.05%, n = 13198) van de in 2005 geregistreerde zwangerschapsafbrekingen, werden in een centrum voor zwangerschapsafbreking uitgevoerd. Sinds het eerste registratiejaar (1993) is er binnen het totaal aantal geregistreerde zwangerschapsafbrekingen,

een stijgende trend van het relatieve aandeel zwangerschapsafbrekingen in een centrum (1995: 71,65%; 2000: 77,33%; 2005: 79,05%) (Tabel 14, Figuur 29).

TABEL 14: Type instelling waar de zwangerschapsafbreking werd uitgevoerd (1996 - 2005)

	registratiejaar									
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Centrum										
(n)	9255	9025	9014	9242	10642	11582	11620	12060	12755	13198
(%)	73.29	73.58	75.12	72.58	77.33	78.39	78.56	77.33	79.60	79.05
Ziekenhuis										
(n)	3370	3232	2984	3491	3120	3193	3171	3535	3269	3497
(%)	26.69	26.35	24.87	27.41	22.67	21.61	21.44	22.67	20.40	20.95

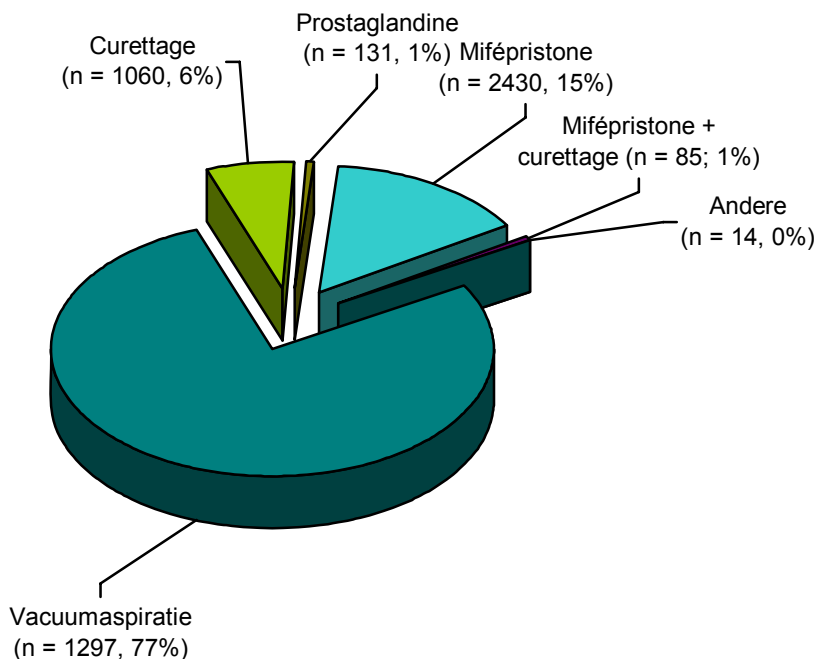


FIGUUR 30: Evolutie relatieve aandeel zwangerschapsafbrekingen in Belgische ziekenhuizen (◇) en centra voor zwangerschapsafbreking (■) (1993 - 2005)

■ Methode van zwangerschapsafbreking ■

In 2005 werden driekwart van de geregistreerde zwangerschapsafbrekingen doormiddel van vacuümaspiratie (n = 1297, 77.71%) uitgevoerd (Tabel 11). Een zwangerschapsafbreking doormiddel van Mifépristone werd 2430 (14.56%) maal geregistreerd. Minder gebruikte

methoden zijn: curettage (n = 1060, 6.35%), prostaglandine (n = 131, 0.78%) en Mifépristone gecombineerd met curettage (n = 85, 0.51%).

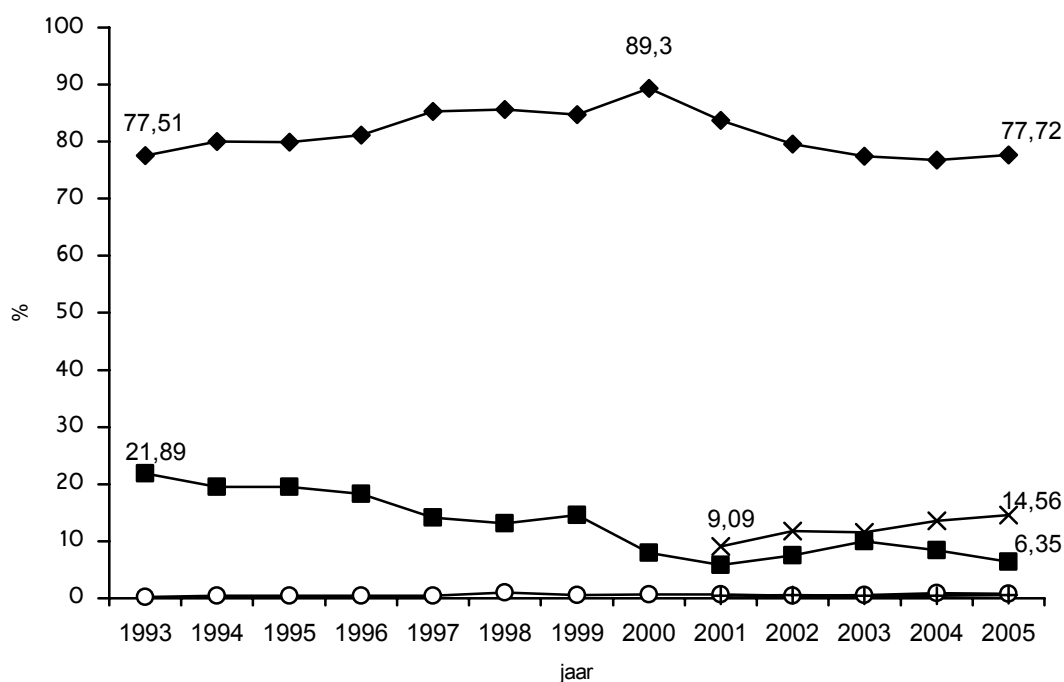


FIGUUR 31: Methoden van zwangerschapsafbreking (2005)

Het relatieve aandeel zwangerschapsafbrekingen doormiddel van curettage is sinds het begin van de registratie (1993) duidelijk afgenomen (1995: 19.54%; 2000: 7.95%; 2005: 6.35%) (Tabel 15, Figuur 32). Het gebruik van vacuümaspiratie steeg tot het jaar 2000 (89.30%), waarna het afnam tot 77.72%. Sinds de introductie van Mifépristone in 2001 is er binnen het totaal aantal geregistreerde zwangerschapsafbrekingen, een licht stijgende trend van het relatieve aandeel zwangerschapsafbrekingen doormiddel van Mifépristone (2001: 9.09%; 2005: 14.56%).

TABEL 15: Methode van zwangerschapsafbreking (1996 - 2005)

	registratiejaar									
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Vacuümaspiratie										
(n)	10247	10457	10275	10788	12281	12372	11762	12065	12286	12974
(%)	81.20	85.31	85.68	84.74	89.30	83.78	79.53	77.39	76.75	77.72
Curettagage										
(n)	2309	1729	1581	1859	1093	868	1116	1550	1343	1060
(%)	18.30	14.11	13.18	14.60	7.95	5.88	7.55	9.94	8.39	6.35
Prostaglandine										
(n)	59	56	118	76	88	97	71	85	137	131
(%)	0.47	0.46	0.98	0.60	0.64	0.66	0.48	0.55	0.86	0.78
Mifépristone										
(n)						1343	1743	1794	2175	2430
(%)						9.09	11.79	11.51	13.59	14.56
Mifépristone + curettagage										
(n)						73	84	65	64	85
(%)						0.49	0.57	0.42	0.40	0.51



FIGUUR 32: Evolutie aandeel toegepaste methode van zwangerschapsafbreking (1993 - 2005) (vacuümaspiratie ◆ curettagage ■, Mifépristone ×, prostaglandines ○, Mifépristone + curettagage +)

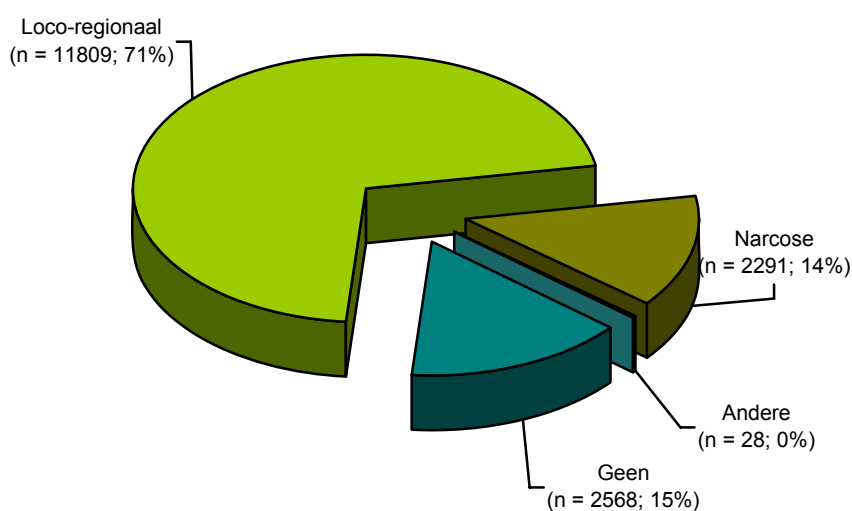
Ziekenhuizen gebruiken vaker curettage, prostaglandine en Mifépristone om de zwangerschap af te breken, terwijl centra vaker vacuümaspiratie gebruiken ($\chi^2 = 3416.66$, $df = 5$, $p < .0001$) (Tabel 16).

TABEL 16: Methode van zwangerschapsafbreking naar type instelling (2005)

	ziekenhuis		centrum		statistics
	n	%	n	%	
Vacuümaspiratie	1864	53.30	11111	84.19	$\chi^2 = 3416.66$, $df = 5$, $p < .0001$
Curettage	884	25.28	176	1.33	
Prostaglandine	112	3.20	19	0.14	
Mifépristone	553	15.81	1877	14.22	
Mifépristone + curettage	70	2.00	15	0.11	
Andere	14	0.40	0	0.00	

■ Verdoving ■

Ruim tweederde ($n = 11809$, 70,73%) van de zwangerschapsafbrekingen werd onder loco-regionale verdoving uitgevoerd. Dertien procent ($n = 2291$) van de ingrepen werd onder narcose uitgevoerd. Bij vijftien procent ($n = 2568$) van de ingrepen werd geen verdoving toegediend.

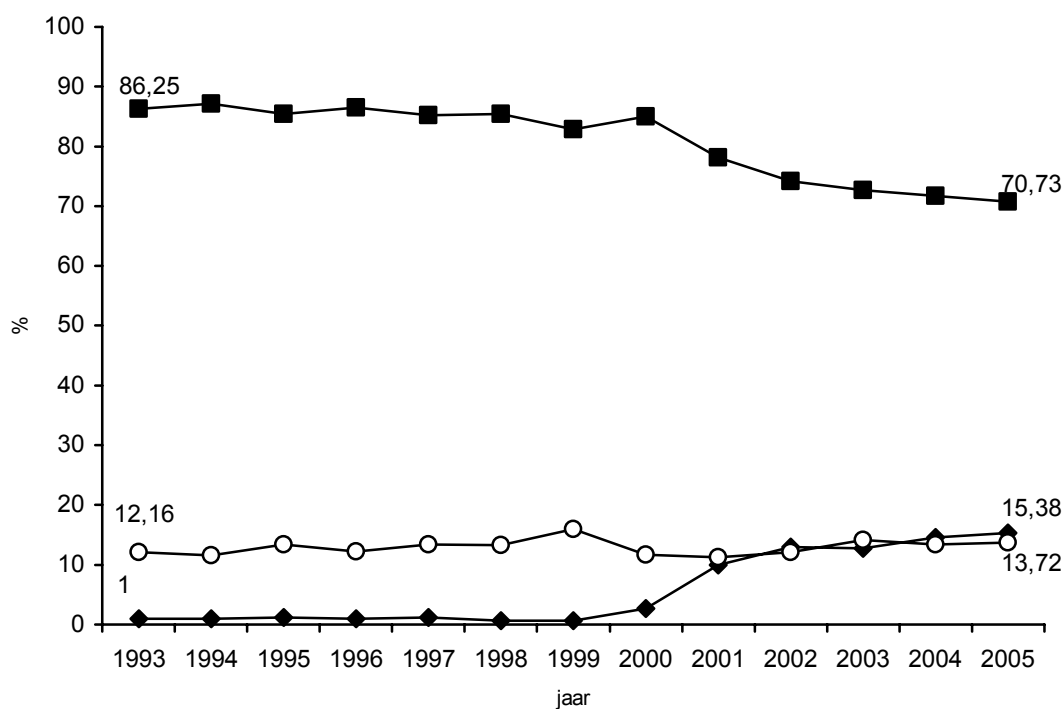


FIGUUR 33: Type van verdoving bij zwangerschapsafbreking (2005)

Sinds het eerste registratiejaar (1993) is er binnen het totaal aantal geregistreerde zwangerschapsafbrekingen, een dalende trend van het relatieve aandeel zwangerschapsafbrekingen onder loco-regionale verdoving (1995: 85.39%; 2000: 85.02%; 2005: 70.73%) (Tabel 17, Figuur 34). De daling is het duidelijkst waar te nemen vanaf 2001, het introductiejaar van Mifépristone. Vanaf 2001 is er een duidelijke stijging van het aandeel zwangerschapsafbrekingen zonder verdoving (1995: 1.14%; 2000: 2.68%; 2005: 15.38%).

TABEL 17: Type verdoving bij zwangerschapsafbreking (1996 - 2005)

	registratiejaar									
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Geen verdoving										
(n)	125	148	72	80	369	1474	1917	1986	2338	2568
(%)	0.99	1.21	0.60	0.63	2.68	9.98	12.96	12.74	14.59	15.38
Loco-regionale verdoving										
(n)	10919	10448	10246	10548	11696	11536	10968	11335	11491	11809
(%)	86.49	85.23	85.43	82.84	85.02	78.09	74.16	72.71	71.72	70.73
Narcose										
(n)	1537	1638	1593	2027	1613	1661	1796	2212	2153	2291
(%)	12.18	13.36	13.28	15.92	11.72	11.24	12.14	14.19	13.44	13.72



FIGUUR 34: Evolutie aandeel toegepaste type van verdoving bij zwangerschapsafbreking (1993 - 2005) (Loco-regionaal ■, narcose ○, geen ◆)

Zwangerschapsafbrekingen doormiddel van prostaglandines en Mifépristone gebeuren significant minder onder verdoving (loco-regionaal + narcose) ($\chi^2 = 14880.68$, $df = 3$, $p < .0001$) (Tabel 18). Dat beide methoden frequenter in ziekenhuizen worden toegepast (Tabel 16), kan verklaren dat ziekenhuizen minder zwangerschapsafbrekingen onder verdoving (loco-regionaal + narcose) uitvoeren ($\chi^2 = 9284.30$, $df = 3$, $p < .0001$) (Tabel 19). Ziekenhuizen doen een zwangerschapsafbreking vaker onder narcose (Tabel 19), vermoedelijk door het grotere aandeel curettages (Tabel 16).

TABEL 18: Verdoving naar methode zwangerschapsafbreking (2005)

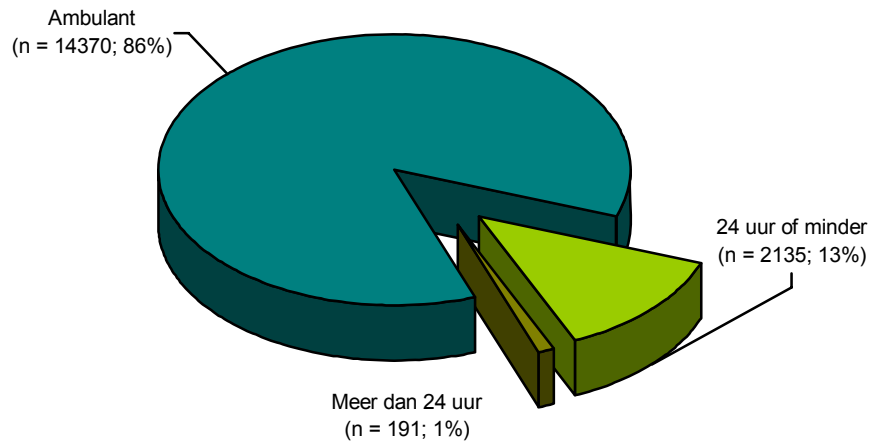
	verdoving		geen verdoving		statistics
	n	%	n	%	
Vacuümaspiratie	12888	99.34	86	0.66	$\chi^2 = 14880.68$, $df = 3$, $p < .0001$
Curettagage	1021	96.32	39	3.68	
Prostaglandine	54	42.86	72	57.14	
Mifépristone	71	2.92	2359	97.08	

Tabel 19: Type verdoving naar instelling (2005)

	ziekenhuis		centrum		statistics
	n	%	n	%	
Geen	606	17.32	1962	14.86	$\chi^2 = 9284.30$, $df = 3$, $p < .0001$
Loco-regionaal	694	19.84	11116	84.22	
Narcose	2181	62.35	110	0.83	
Andere	17	0.49	11	0.08	

■ Opnameduur ■

De meeste zwangerschapsafbrekingen die in 2005 werden uitgevoerd, gebeurden ambulante (n = 14370, 86.07%). Vrouwen dienden in mindere mate 24 uur of minder (n = 2135, 12.79%) in het centrum of ziekenhuis te blijven. De vrouwen werd zelden langer dan 24 uur (n = 191, 1.14%) in het centrum of ziekenhuis gehouden (Figuur 35).

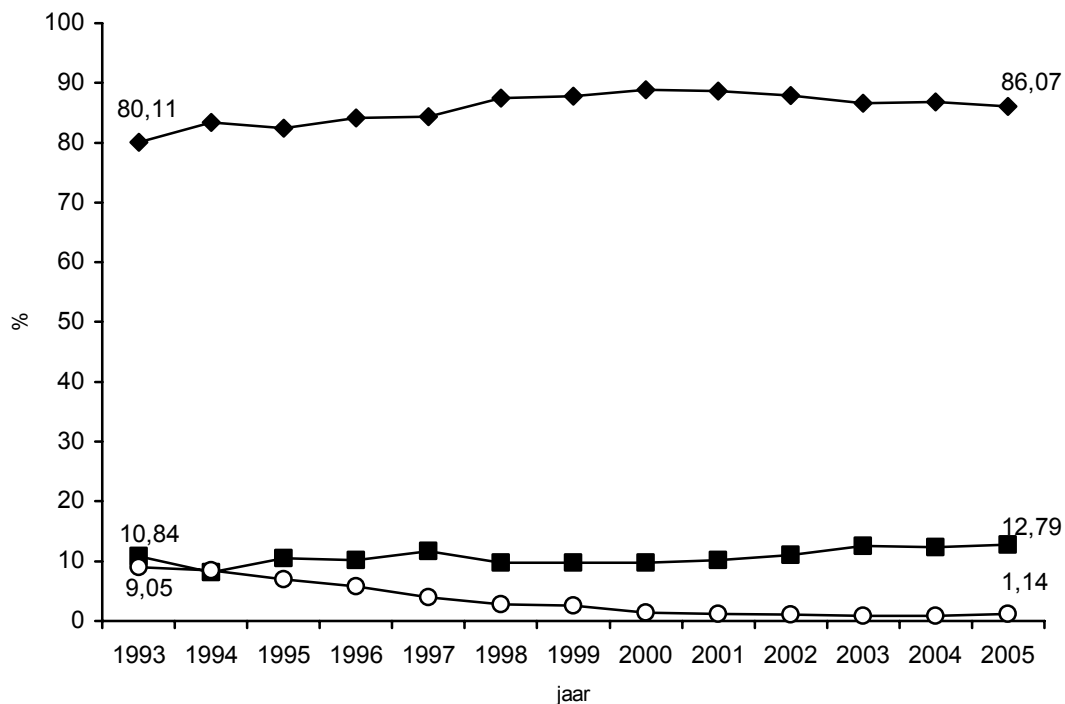


FIGUUR 35: Opnameduur bij zwangerschapsafbreking (2005)

Sinds het eerste registratiejaar (1993) is er binnen het totaal aantal geregistreerde zwangerschapsafbrekingen, een dalende trend van het relatieve aandeel zwangerschapsafbrekingen met een opnameduur van meer dan 24 uur (1995: 7.02%; 2000: 1.37%; 2005: 1.14%) (Tabel 20, Figuur 36).

TABEL 20: Opnameduur bij zwangerschapsafbreking (1996 - 2005)

	registratiejaar									
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Ambulant										
(n)	10617	10339	10486	11177	12224	13091	13001	13503	13912	14370
(%)	84.10	84.34	87.42	87.77	88.85	88.62	87.90	86.60	86.83	86.07
Minder dan 24 uur										
(n)	1280	1436	1176	1235	1345	1506	1626	1950	1977	2135
(%)	10.14	11.71	9.80	9.70	9.78	10.19	10.99	12.51	12.34	12.79
Meer dan 24 uur										
(n)	727	484	333	322	189	175	163	139	134	191
(%)	5.76	3.95	2.78	2.53	1.37	1.18	1.10	0.89	0.84	1.14



FIGUUR 36: Evolutie opnameduur bij zwangerschapsafbreking (1993 - 2005) (ambulant ♦, 24 uur of minder ■, meer dan 24 uur ○).

In 2005 waren er in de centra significant meer ambulante zwangerschapsafbrekingen en zwangerschapsafbrekingen met een opnameduur van 24 uur of minder ($\chi^2 = 9715.10$, $df = 2$, $p < .0001$) (Tabel 20). Zwangerschapsafbrekingen met een opnameduur van meer dan 24 uur kwamen frequenter voor in ziekenhuizen.

TABEL 20: Opnameduur naar instelling (2005)

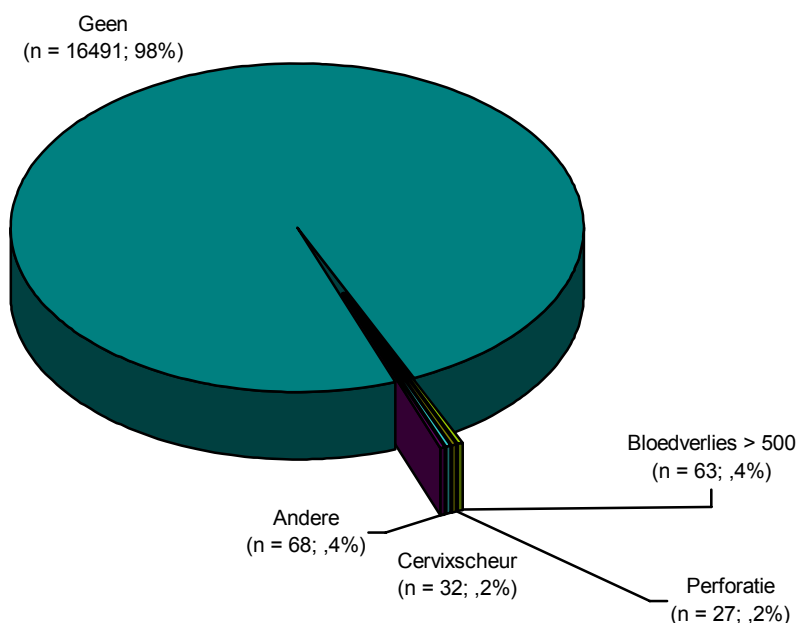
	ziekenhuis		centrum		statistics
	n	%	n	%	
Ambulant	1216	34.76	13155	99.67	$\chi^2 = 9715.10$, $df = 2$, $p < .0001$
24 uur of minder	2096	59.92	39	0.30	
Meer dan 24 uur	186	5.32	5	0.04	

TABEL 21: Methode van zwangerschapsafbreking naar opnameduur (2005)

	ambulant		meer dan 24 uur		statistics
	n	%	n	%	
Vacuümaspiratie	1175	49.08	34	1.42	$\chi^2 = 593.56$, $df = 4$, $p < .0001$
Curettagage	336	31.70	61	5.75	
Prostaglandine	59	45.04	47	35.88	
Mifépristone	2193	90.25	29	1.19	
Mifépristone + curettage	26	30.59	9	10.59	

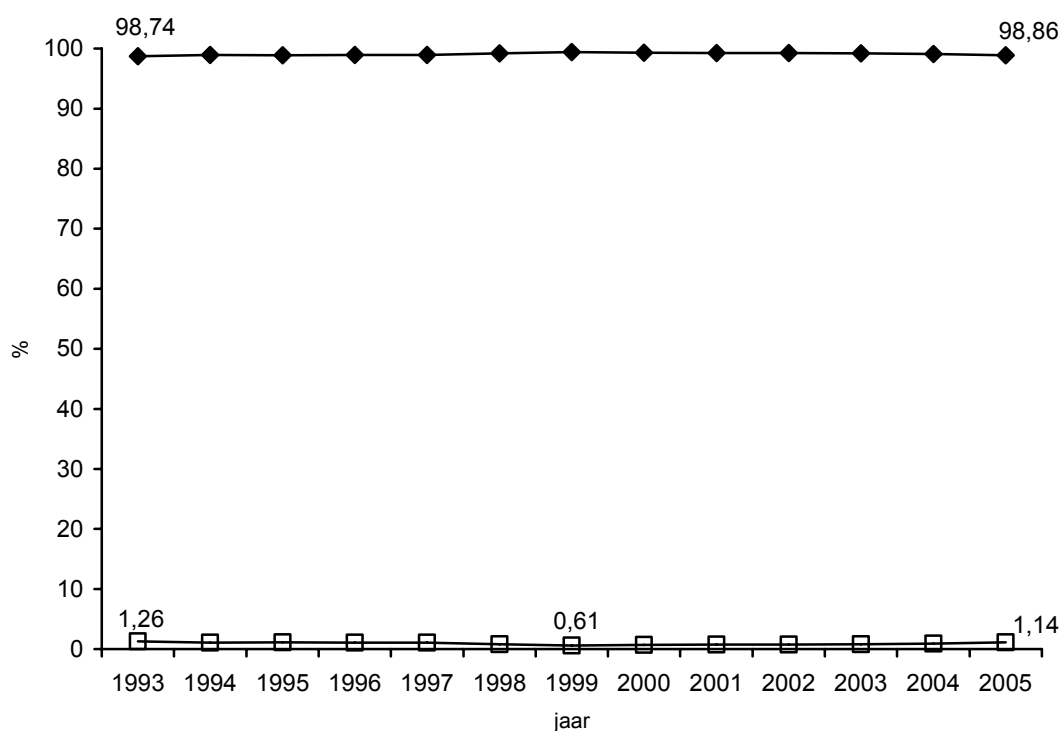
■ **Verwikkelingen** ■

Nagenoeg alle ingrepen zijn vrij van verwikkelingen (n = 16491, 98.86%) (Figuur 37). Bloedverlies van meer dan 500 ml. (n = 63, 0.38%), perforatie (n = 27, 0.16%) en het scheuren van de cervix (n = 32, 0.19%) zijn zeldzaam. Andere verwikkelingen (n = 68, 0.41%) zijn: retentie van de placenta; vaginale reactie; stress; hemorragie; braken, misselijkheid; chlamydia; fibromen; hyperthermie; sepsis; allergie waarschijnlijk aan methergine.



FIGUUR 37: Verwikkelingen bij zwangerschapsafbreking (2005)

Sinds het eerste registratiejaar (1993) is het relatieve aandeel zwangerschapsafbrekingen met een verwikkeling, redelijk stabiel gebleven (1995: 1.11%; 2000: 1.37%; 2005: 1.14%) (Tabel 20, Figuur 37). Tot het jaar 1999 neemt het geringe aandeel verwikkelingen af tot 0.61%, daarna is er een gelijdelijke stijging tot het oorspronkelijke niveau (1.14%).



FIGUUR 37: Evolutie verwikkelingen bij zwangerschapsafbreking (1993 - 2005)

De zwangerschapsafbreking doormiddel van een curettage gaat vaker met verwikkelingen gepaard dan de andere methoden van zwangerschapsafbreking ($\chi^2 = 86.92$, $df = 4$, $p < .0001$) (Tabel 22). Dat deze methode vooral in ziekenhuizen toegepast wordt, kan mogelijks het grotere aantal verwikkelingen in de ziekenhuizen verklaren ($\chi^2 = 115.17$, $df = 4$, $p < .0001$) (Tabel 23).

TABEL 22: Verwickelingen naar methode van zwangerschapsafbreking (2005)

	verwickelingen		geen verwickelingen		statistics
	n	%	n	%	
Vacuümaspiratie	104	0.80	12856	99.20	$\chi^2 = 86.92$, df = 4, p < .0001
Curettagage	38	3.58	1022	96.42	
Prostaglandine	3	2.29	128	97.71	
Mifépristone	41	1.69	2388	98.31	
Mifépristone + curettagage	4	4.71	81	95.29	

Tabel 23: Verwickelingen naar instelling (2005)

	ziekenhuis		centrum		statistics
	n	%	n	%	
Geen verwickelingen	3400	97.20	13092	99.30	$\chi^2 = 115.17$, df = 4, p < .0001
Bloedverlies > 500 ml	34	0.97	29	0.22	
Perforatie	13	0.37	14	0.11	
Cervixscheur	21	0.60	11	0.08	
Andere	30	0.86	38	0.29	

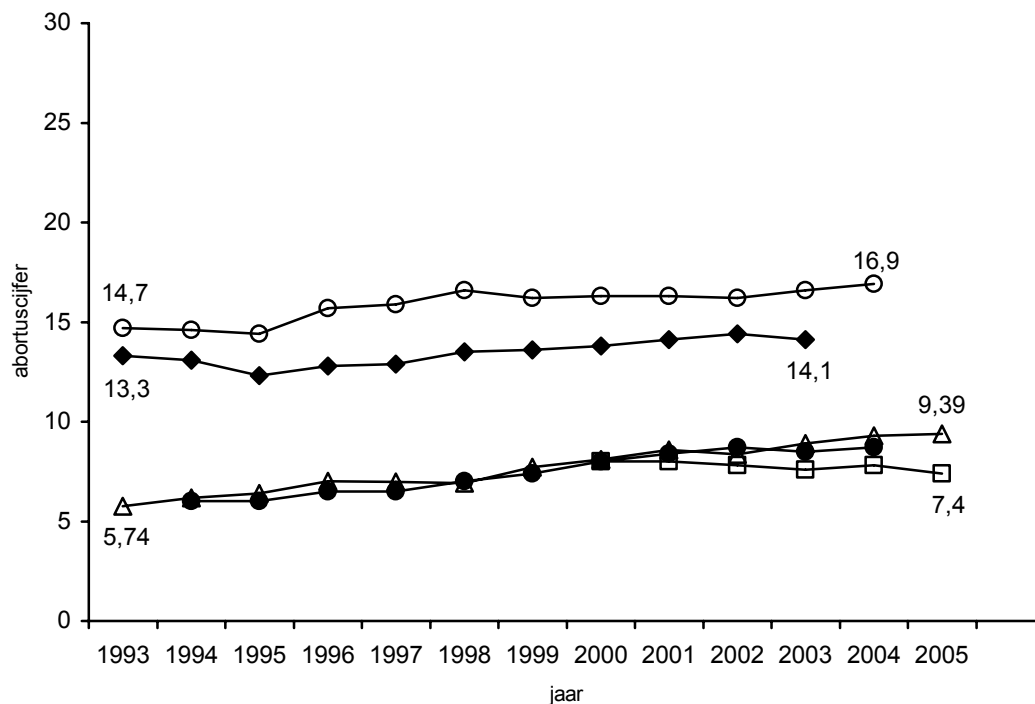
Discussie

In dit onderzoek werd een analyse uitgevoerd van de (twee)jaarlijkse verslagen van de Nationale Commissie voor de Evaluatie van de Wet van 3 april 1990 betreffende de Zwangerschapsafbreking. Doel van dit onderzoek is inzicht te krijgen hoe vaak zwangerschapsafbreking bij vrouwen woonachtig in België voorkomt en bij wie. Tevens werd nagegaan of evoluties doorheen de tijd waar te nemen zijn.

Het voorkomen van zwangerschapsafbreking

Het recentste jaarverslag (2006) meldt dat in 2005 bij 17867 vrouwen die in België woonden, de zwangerschap afgebroken werd. Ten opzichte van het voorlaatste registratiejaar (2004) betreft het een toename van 935 geregistreerde ingrepen, of 5.52% van dat registratiejaar. Uitgedrukt in een abortuscijfer, betreft het 8.56 zwangerschapsafbrekingen per 1000 vrouwen in de vruchtbare leeftijd (15 tot 44 jaar). De abortusratio, het aantal zwangerschapsafbrekingen per 100 zwangerschappen, bedroeg 13.15%. Een alternatieve berekening op basis van de gegevens door de instellingen geregistreerd resulteert in een abortuscijfer en abortusratio van respectievelijk 9.39 en 14.42.

Doorheen de jaren is er een geleidelijke toename merkbaar in zowel het (geregistreerde) aantal ingrepen als het abortuscijfer en de abortusratio. Rekeninghoudend met het voorbehoud betreffende de representativiteit van de cijfers, kan worden opgemerkt dat het nationaal abortuscijfer (en de evolutie van deze demografische standaardmaat doorheen de tijd) vergelijkbaar is met dat van de buurlanden Nederland (8.7; Wijsen & van Lee, 2005) en Duitsland (7.4; Statistisches Bundesamt Deutschland, 2006) (Figuur 39). Samen voeren deze landen de rangschikking aan van de internationale abortuscijfers (Boonstra et al., 2006; Henshaw et al. 1999a), een rangschikking in opgaande orde. Twee andere buurlanden, Frankrijk en Engeland kennen een hoger abortuscijfer, respectievelijk 14.1 (Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques, 2005) en 17.8 (Government Statistical Service for the Department of Health, 2005).



FIGUUR 39: Evolutie van het nationaal abortuscijfer van België (△ = instellingen), Duitsland (□), Engeland (○), Frankrijk (◆) en Nederland (●) (1993-2005)

Niettegenstaande het lage nationale abortuscijfer, dient te worden gewezen op regionale verschillen. Zo ligt het abortuscijfer voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (18.29) duidelijk hoger dan dat van het Vlaamse (5.86) en Waalse (7.92) gewest. Instellingen binnen het Brussels Hoofdstedelijk Gewest melden in hun verslag het grote aandeel patientes van vreemde origine, al dan niet in het bezit van de Belgische nationaliteit, en vluchtelingen. Uit de registratie door artsen kan dit niet afgeleidt worden gezien enkel de woonplaats van de vrouw bevraagd wordt en niet de origine van de vrouw (haar ouders). Analoog met Nederland (51% vrouwen van allochtone origine) wijst onderzoek (Vissers, 2004) uit dat een substantieel deel van de patiëntes woonachtig in het Vlaamse en Brusselse gewest, van allochtone origine is. Algemeen wordt deze populatie inzake seksuele en reproductieve gezondheid als een kwetsbare groep beschouwd (Wijzen & van Lee, 2005; van Enk et al., 1999).

Het aantal zwangerschapsafbrekingen (en de daaruit afgeleide demografische standaardmaten) mag niet zomaar gelijkgesteld worden met het moeilijker kwantificeerbare aantal ongewenste zwangerschappen. Zo berekenden Finer en Henshaw (2006) dat van de ongeplande zwangerschappen in de VS (zo'n 49% van het totale aantal zwangerschappen, inclusief miskramen) slechts 48% door een medische interventie wordt afgebroken. Verschillende andere meetbare en onmeetbare indicatoren vervolledigen dus het totaalbeeld. Eén ervan betreft het gebruik van de noodpil (het werkzame bestanddeel is levonorgestrel, een progestageen, gecommmercialiseerd onder de naam Norlevo®). Norlevo® werd in september 2000 in België geïntroduceerd en is sinds mei 2001 voorschrijfvrij verkrijgbaar. Vanaf mei 2004 wordt de noodpil voor meisjes jonger dan 21 jaar volledig terugbetaald. Distributiecijfers geven voor het jaar 2005 een maandelijkse verkoop van 10000 tot 14000 doses (Aptitudes, 2006). Het betreft de verkoop aan de verdelers van de noodpil, welke niet gelijkgesteld kan worden aan de rechtstreekse verkoop aan de gebruiker (de zgn. 'over-the-counter'-verkoop). Een andere, minder significante, indicator van het aantal ongeplande en/of ongewenste zwangerschappen, betreft het aantal kinderen in België geboren en door de ouder(s) voor adoptie afgestaan. Voor de jaren 2004 en 2005 betrof het respectievelijk 25 en 21 kinderen (Kind en Gezin, 2006).

Ondanks het feit dat België tot de groep van landen behoort met de minst restrictieve wetgeving van de wereld (Center for Reproductive Rights, 2005), staat het dus samen met Duitsland en Nederland bovenaan in het overzicht van (in opgaande orde van) nationale abortuscijfers (Boonstra et al., 2006). Opvallend in dit overzicht is dat de abortuscijfers van landen waar zwangerschapsafbreking illegaal is, vaak veel hoger zijn dan in de landen waar de ingreep legaal is. Het aanbod en de toegang tot contraceptie, relationele en seksuele voorlichting en de beschikbaarheid van informatie over de preventie van ongeplande zwangenschap, kunnen deze verschillen deels verklaren, net als een algemene kennis van de reproductieve fysiologie en de kennis over de verschillende contraceptieve methoden. Andere factoren die mogelijk een rol spelen, maar moeilijk aan te tonen zijn, zijn het verschil in culturele normen of religieuze waarden en de sociale verhoudingen tussen man en vrouw (Delbanco et al., 1997).

Psychosociale karakteristieken van de vrouw

De recentste gegevens (2005) schetsen de 'doorsnee' vrouw die de zwangerschap laat afbreken, als een ongehuwde vrouw van 27 jaar. Ongeveer de helft van de vrouwen heeft nog geen kind(eren). Het geschetste profiel komt overeen met dat van 'de' vrouw die in Nederland de zwangerschap laat afbreken (Wijsen & van Lee, 2005).

De meeste zwangerschapsafbrekingen worden uitgevoerd bij vrouwen tussen 20 en 29 jaar, en vóór de leeftijd van 25 jaar in het bijzonder. Daartegenover staat dat de gemiddelde leeftijd van de primipare moeder in Vlaanderen 28 jaar bedraagt (Cammu et al., 2006). Demografisch lijkt de leeftijdspecifieke verdeling binnen de populatie van vrouwen die de zwangerschap laten afbreken, overeen te stemmen met de 'uitstelbeweging' van het krijgen van het eerste kind (Schoenmaeckers, 2003) en het feit dat 20- tot 24-jarigen een meer uitgesproken voorkeur hebben om binnen hun leeftijdscategorie kinderloos te blijven (Van Peer, 2002). Een bevestiging hiervan ligt in de noodsituaties die door de vrouwen worden ingeroepen. "Momenteel geen kinderwens" en "de vrouw voelt zich te jong" zijn immers de twee vaakst geregistreerde motieven tot de afbreking van de zwangerschap.

Ongeveer 15% van de door artsen geregistreerde ingrepen, betrof een meisje jonger dan 20 jaar, wat vergelijkbaar is met Nederland (Wijsen & van Lee, 2005). Het Belgische abortuscijfer kent na de daling in 2001 (van 7.18 in 2000 naar 6.98) een geleidelijke toename tot 7.59 (2005). Bijna de helft van de zwangerschappen (47.50%) in deze leeftijdscategorie wordt afgebroken. In Nederland ligt de abortusratio duidelijk hoger (61.4%) (Wijsen & van Lee, 2005) terwijl het aandeel zwangere Engelse meisjes onder de 20 jaar dat voor een afbreking van de zwangerschap kiest, dan weer lager ligt (40%) (Office for National Statistics, 2006).

De andere uiterste leeftijdscategorie (40 jaar en ouder) vertegenwoordigt zo'n 6% van het aantal ingrepen. De positief scheve verdeling van het leeftijdsspecifieke abortuscijfer komt overeen met de verdeling in landen als Nederland (Wijsen & van Lee, 2005), Frankrijk (Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques, 2005), Duitsland (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2006), Engeland (Government Statistical Service for the Department of Health, 2005) en de Verenigde Staten van Amerika (VS) (Finer & Henshaw, 2006). Deze

specifieke verdeling wordt niet alleen door de (al dan niet aanwezige) kinderwens bepaald, maar ook door de vruchtbaarheid (van de vrouw) die met de toenemende leeftijd afneemt. In dit opzicht is er in België een opvallende leeftijdspecifieke trend, namelijk de relatieve toename van de voldragen zwangerschappen in de groep van vrouwen van of ouder dan 40 jaar. In deze leeftijdscategorie nemen zowel het aantal afbrekingen als geboorten in absolute cijfers toe. De stijging van het aantal uitgedragen zwangerschappen is evenwel duidelijk groter. Een mogelijke oorzaak betreft de toename van het aantal zwangerschappen via medisch begeleide bevruchting als gevolg van het Koninklijk Besluit dat sinds 1 juli 2003 de terugbetaling van de laboratoriumkosten voor IVF en ICSI (met een life time maximum van zes cycli) regelt. In Nederland, waar twee cycli worden terugbetaald, is een dergelijke afname van de abortusratio in de oudste leeftijdscategorie niet waar te nemen (Wijsen & van Lee, 2005).

Veranderingen in het vruchtbaarheidsgedrag hebben niet alleen betrekking op de timing van de vruchtbaarheid (de leeftijd waarop moeders kinderen krijgen), maar ook op de graad of het niveau van de vruchtbaarheid (het totaal kindertal of de afstamming) (Schoenmaecker, 2003). Een recent onderzoek in Vlaanderen (Van Peer, 2005) wees uit dat het ideale gezin voor vrouwen uit gemiddeld 2.31 kinderen bestaat en dat vrouwen ook werkelijk 2 kinderen voor zichzelf wensen - een voorkeur die over de leeftijden (20 tot 50 jaar) heen vrij stabiel is, al wensen 25- tot 29-jarigen iets minderen kinderen. Van bij de start van de registratie bedroeg het aandeel vrouwen met reeds 1 of 2 kinderen dat de zwangerschap liet afbreken, driekwart van de groep vrouwen die op het moment van de afbreking reeds een kind hadden. Dit aandeel is doorheen de jaren licht toegenomen tot 77,79%, wat vergelijkbaar is met Nederland (Wijsen & van Lee, 2005).

Ruim tweederde van de vrouwen die in 2005 hun zwangerschap in België lieten afbreken, was ongehuwd; een kwart was gehuwd. In Nederland (Wijsen & van Lee, 2005) en Engeland (Government Statistical Service for the Department of Health, 2005) is er een gelijkaardige verdeling van gehuwden en ongehuwden. Sinds het begin van de registratie is er in België een duidelijk stijgende trend van het relatieve aandeel van ongehuwde vrouwen. Dit hoeft evenwel

niet te verbazen gezien sinds de jaren negentig in de algemene populatie eveneens een trend tot het ongehuwd (al dan niet gescheiden) samenwonen bestaat (Corijn, 2004).

Heel wat vrouwen die in 2005 de zwangerschap lieten afbreken, gebruikten geen voorbehoedmiddel in de maand voor de zwangerschapsafbreking. In Nederland ligt het percentage vrouwen dat geen voorbehoedmiddel gebruikte lager (Wijsen & van Lee, 2005), al wordt er een andere duur gehanteerd, namelijk de 6 maanden die de zwangerschapsafbreking voorafgaan. Opmerkelijk in de Belgische registratie, is de duidelijke toename van het relatieve aandeel vrouwen dat geen voorbehoedmiddel gebruikte. Bovendien is deze trend het duidelijkst bij vrouwen ouder dan 19 jaar. In de leeftijdscategorie jonger dan 20 jaar is het aandeel dat geen voorbehoedmiddel gebruikte, redelijk stabiel gebleven.

Medische aspecten van de ingreep

Ruim driekwart van de zwangerschapsafbrekingen gebeurt doormiddel van een vacuümaspiratie, wat vergelijkbaar is met Engeland (Government Statistical Service for the Department of Health, 2005). Deze methode verliest, net als de curettage, sinds 2001, licht terrein ten voordele van de medicamenteuze zwangerschapsafbreking doormiddel van Mifépristone (in België onder de naam Myfégene®), een synthetisch steroïde. In vergelijking met Nederland (5.6%; Wijsen & van Lee, 2005) worden zwangerschappen in België (14.56%) en Engeland (13%; Government Statistical Service for the Department of Health, 2005) vaker doormiddel van Mifépristone afgebroken. In Frankrijk, waar Mifépristone (onder de code RU-486) ontwikkeld werd, ligt de medicamenteuze zwangerschapsafbreking (voornamelijk Mifépristone) duidelijk hoger (38%; Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques, 2005). Dat het gebruik van Mifépristone eerder bescheiden is kan te maken hebben met de beperkte amenorroeduur (9 weken) waarvoor deze methode geïndiceerd is, gecombineerd met de door de wet verplichte bedenktijd van 6 kalenderdagen. In Nederland, waar Mifépristone dus relatief minder gebruikt wordt, hebben de uitvoerende artsen een

voorbehoud bij het gebruik van Mifépristone wegens de complicaties en de omslachtigheid ervan (Kleiverda, 2006, Nederlands Genootschap van Abortusartsen, 2003). Artsen stellen dat als aan de vrouw beide methoden worden uitgelegd, zij meestal kiezen voor een korte en, door verdoving minder pijnlijke, vacuümaspiratie (Hanewald, 2006; van den Bergh, 2006; Willems, 2006).

Het afbreken van de zwangerschap is een voor de vrouw veilige ingreep die zelden medische verwickelingen met zich meebrengt. De ingreep gebeurt meestal ambulantly en onder loco-regionale verdoving en, door het (licht) toenemend gebruik van Mifépristone, steeds vaker zonder verdoving. In vergelijking met Nederland (Wijsen & van Lee, 2005), worden er in België meer zwangerschapsafbrekingen zonder verdoving (15.38% vs. 0.2%) en minder onder narcose (13.72% vs. 39.2%) uitgevoerd.

Het grootste deel van de zwangerschapsafbrekingen in België werd door Nederlandstalige en Franstalige centra voor zwangerschapsafbreking geregistreerd. Centra en ziekenhuizen verschillen van elkaar op verschillende punten. Ziekenhuizen gebruiken vaker curettage, prostaglandine en Mifépristone om de zwangerschap af te breken, terwijl centra vaker vacuümaspiratie gebruiken. Omdat het afbreken van de zwangerschap doormiddel van prostaglandines en Mifépristone vaker zonder verdoving gebeurt, gebeurt een zwangerschapsafbreking in een ziekenhuis vaker zonder verdoving. Ziekenhuizen doen een zwangerschapsafbreking wel vaker onder narcose, waarschijnlijk door het grotere aandeel curettages. Eenzelfde logica geldt voor het verschil in opnameduur: doordat het gebruik van curettage en prostaglandines met een langere opnameduur geassocieerd zijn (Stubblefield et al., 2004), is zwangerschapsafbreking in een ziekenhuis met een langere opnameduur geassocieerd.

De verschillen tussen centra en ziekenhuizen inzake methode, opnameduur, verwickelingen en verdoving, kunnen op basis van de beschikbare jaarverslagen moeilijk oorzakelijk geïnterpreteerd worden. Mogelijks hebben de verschillen te maken met de complexiteit van de

medische situatie waarmee de vrouw zich aandient. In deze hypothese worden ziekenhuizen meer dan centra geconfronteerd met ernstigere zwangerschapstoestanden (bijvoorbeeld vergevorderde zwangerschap, of vrouwen met een medische voorgeschiedenis).

Maatschappelijke beschouwing

Het juridisch mogelijk maken van een zwangerschapsafbreking beantwoordde aan verschillende maatschappelijke evoluties (opvattingen over de positie van de ongeboren vrucht, positie van de vrouw) en medische urgenties (onveilige en clandestiene –uitgevoerd door niet artsen- zwangerschapsafbrekingen). Gelijktijdig groeide ook het belang om ongeplande zwangerschappen te voorkomen. In België zijn er de laatste jaren dan ook verschillende in het oog springende initiatieven genomen om het aantal ongeplande zwangerschappen terug te dringen. Sommige daarvan zijn expliciet gericht op het voorkomen van tienerzwangerschap: de (gedeeltelijke) terugbetaling van voorbehoedmiddelen en het voorschrijfvrij verkrijgen van de noodpil voor meisjes van <21 jaar, de verspreiding van bijna anderhalf miljoen condooms, grootse informatiecampagnes op tv, radio, gedrukte pers en internet (Laura, Veilig genieten, ...). Andere initiatieven spelen eerder indirect op het thema ongeplande zwangerschap in ('Praat over Seks', de tentoonstellingen 'Goede minnaars' en 'k Zag twee beren'). Gezien de geleidelijke stijging van het (geregistreerde) aantal ingrepen, het abortuscijfer en de abortusratio, dringt een evaluatie en diversificatie van de structurele en eenmalige inspanningen om ongeplande zwangerschappen te voorkomen, zich op.

Volgens Vanmechelen en Dehaene (2004) dient de overheid inzake ongeplande zwangerschap zowel de kennis over de voortplanting (bij jongeren en volwassenen) te promoten, gekoppeld aan het toegankelijk maken van contraceptie, alsook de zorg voor de ongeplande zwangerschappen te organiseren. Ook in de perceptie van het ruime publiek is het immers belangrijk dat de overheid zich zichtbaar associeert met beide kanten. De aantrekkelijkheid van een betrokkenheid bij campagnes die mediageniek zijn leidt tot een eenzijdige nadruk op de

preventie en riskeert op termijn de solidariteit met vrouwen en hun partners (al dan niet tieners) die ongepland zwanger raken te ondermijnen (Vanmechelen & Dehaene, 2004).

Anderzijds komt daarbij dat mediaboodschappen per definitie de inhoud reduceren. Ongeplande zwangerschap wordt vaak in een adem genoemd met soa's, als een risico verbonden aan seksuele activiteit. Daardoor ontstaat een beeldvorming van zwangerschap - en tienerzwangerschap in het bijzonder – als een gezondheidsprobleem. Echter, een zwangerschap op zich is geen gezondheidsprobleem. Wel kan een zwangerschap in moeilijke omstandigheden aanleiding geven tot (geestelijke) gezondheidsprobleem. Gezien seksualiteit tot een domein behoort waarmee mensen niet enkel rationeel omgaan – en dit is bij uitstek het geval voor tieners – zal er altijd een faalpercentage zijn. Wanneer de preventie faalt, hoeft het meisje of de vrouw niet gestigmatiseerd te worden. Dan is er een gevarieerd aanbod van hulp of steun mogelijk – zowel voor de keuze waarvoor ze staat als voor de verwerking van die keuze. Ook met deze bekommernis voor de toekomstige gezondheid van wie met een ongeplande zwangerschap geconfronteerd wordt, moet de overheid zich zichtbaar associëren, wil ze de reële gezondheidsproblemen voorkomen.

Limitaties

Dit onderzoek naar het voorkomen van de zwangerschapsafbreking in België, en het profiel van de vrouw die de zwangerschap laat afbreken, heeft een aantal beperkingen. Een eerste beperking betreft het statuut van de gegevensverzameling. De registratie valt immers onder een door de wet aan de arts en de instelling opgelegde verplichting in een (van) bij aanvang geladen context. Hiernaar wordt verwezen om een vermoeden van onderrapportering te verklaren, en de gegevens als een ondergrens te interpreteren. De toename van het aantal zwangerschapsafbrekingen wordt daarom vaak verklaard als een toename in de registratie (wegens maatschappelijke ontlading van de ingreep en een betere kennis van de artsen en instelling betreffende de wetgeving), eerder dan een werkelijke toename van het aantal

ingrepen. In die zin kan ook de toename van het aantal registrerende instellingen tweevoudig worden geïnterpreteerd: of de instellingen starten met het uitvoeren van de ingreep, of ze starten met het registreren van de ingreep. Gezien de huidige maatschappelijke context kan aangenomen worden dat de twee processen tegengesteld evolueren: een afname van het niet-registreren en een toename van het aantal instellingen en artsen die de ingreep uitvoeren. In die zin kan worden opgemerkt dat de demografische maten (en hun evolutie) voor België, die van (enkele) buurlanden benaderen.

Het statuut van de registratie beperkt ook de wetenschappelijke pretenties van dit onderzoek op inhoudelijk niveau. De registratie vertrekt immers niet vanuit een wetenschappelijke vraagstelling, maar vanuit een politieke. De inhoud van het instrument dat voor de registratie gebruikt wordt, net als de rapportage van de verzamelde gegevens, beide door de wetgever vastgelegd, zijn daardoor gekleurd en beperkt door de politieke vraag- en doelstelling(en). Hierdoor worden relevante gegevens betreffende de zwangere vrouw en de afbreking van de zwangerschap (origine vrouw (haar ouders), werkelijke samenlevingsvorm, zwangerschapsduur, aantal eerdere zwangerschappen, aantal eerdere zwangerschapsafbreking, ...) niet verzameld. Dit onderzoek is bovendien beperkt door het gebruik van de gepubliceerde gegevens in plaats van de door de commissie verzamelde ruwe data. Zoals eerder werd aangegeven, ontvangt de Nationale Commissie voor de Evaluatie van de Wet van 3 april 1990 betreffende de Zwangerschapsafbreking, na de afsluiting van een registratieperiode nog laattijdige registraties. Het aantal laattijdige registraties wordt wel als correctie in het verslag opgenomen, doch enkel het aantal ingrepen. Dit wil zeggen dat de informatie die laattijdig werd ingezonden inhoudelijk niet werd gepubliceerd. Bovendien bestaat er een onderregistratie van de artsen in vergelijking met de instellingen, ook na correctie voor de laattijdige registraties door artsen. Als gevolg hiervan dienen de resultaten van dit onderzoek te worden geïnterpreteerd onder de premisse dat de niet-gerapporteerde ingrepen, qua distributie van haar karakteristieken, niet afwijken van de gerapporteerde ingrepen.

Voor de in Nederland uitgevoerde ingrepen bij vrouwen gedomicilieerd in België, doet dit onderzoek een beroep op aantallen gepubliceerd binnen het kader van de Nederlandse

Landelijke Abortus Registratie. Deze rapporteert eerder beknopt over de buitenlandse patiëntes waardoor er bijvoorbeeld geen systematische rapportage is over de verdeling naar leeftijd van de Belgische patiëntes. De leeftijdsspecifieke analyses in dit onderzoek zijn hierdoor beperkt. Gegeven de duidelijke afname van het aantal in België gedomicilieerde vrouwen dat in Nederland de zwangerschap laat afbreken, neemt de impact van deze bias af.

Het gebruik van de gepubliceerde gegevens beperkt tevens het statistisch instrumentarium en bijgevolg de interpretatie van de gegevens.

Headlines

1. In 2005 werd bij 17867 vrouwen, in België gedomicilieerd, de zwangerschap afgebroken. Ten opzichte van het voorlaatste registratiejaar (2004) betreft het een toename van 935 geregistreerde ingrepen, of 5.52% van dat registratiejaar (abortuscijfer = 8.59 [9.39, instellingen] zwangerschapsafbrekingen per 1000 vrouwen in de vruchtbare leeftijd (15 tot 44 jaar), abortusratio = 13.15 [14.42, instellingen] zwangerschapsafbrekingen per 100 zwangerschappen)
2. Het abortuscijfer voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (18.29) ligt duidelijk hoger dan dat van het Vlaamse (5.86) en Waalse (7.92) gewest
3. Samen met de buurlanden Duitsland en Nederland heeft België het laagste (betrouwbare) abortuscijfer ter wereld
4. De 'doorsnee' vrouw die de zwangerschap laat afbreken, is een ongehuwde vrouw van 27 jaar. Ongeveer de helft van de vrouwen heeft nog geen kind(eren)
5. 2385 meisjes jonger dan 20 jaar lieten de zwangerschap afbreken (14.29% van het totale aantal zwangerschapsafbrekingen), een stijging van 109 ingrepen in vergelijking met het voorgaande registratiejaar (2004, n = 2276). 2636 meisjes jonger dan 20 jaar droegen de zwangerschap uit, een stijging van 21 ingrepen in vergelijking met het voorgaande registratiejaar (2004, n = 2615)
6. Stijgende trend van het uitdragen van de zwangerschap in de groep van vrouwen van of ouder dan 40 jaar
7. Persoonlijke redenen, relationele of familiale problemen en financiële of materiële redenen werden het frequentst als noodsituatie ingeroepen
8. Ruim vier op de tien vrouwen die in 2005 de zwangerschap lieten afbreken, gebruikten geen voorbehoedmiddel in de maand voor de zwangerschapsafbreking. Er is een stijgende trend van het aandeel vrouwen van 20 en ouder dat geen voorbehoedmiddel gebruikte in de maand voor de afbreking

9. Het afbreken van de zwangerschap is een voor de vrouw veilige ingreep die zelden medische verwikkelingen met zich meebrengt
10. De ingreep gebeurt meestal ambulantly en onder loco-regionale verdoving en, door het (licht) toenemend gebruik van Mifépristone, steeds vaker zonder verdoving
11. Ziekenhuizen gebruiken vaker curettage, prostaglandine en Mifépristone om de zwangerschap af te breken, terwijl centra vaker vacuümaspiratie gebruiken. De opnameduur, het type van verdoving en het aantal en de aard van verwikkelingen zijn geassocieerd met de methode van zwangerschapsafbreking

Referenties

- Aptitudes (2006) Norlevo maandelijkse verkoop, Brussel: Aptitudes.
- Beghin D., C. Cueppens, C.Lucet (2006) Interruption volontaire de grossesse, in Beghin D., C. Cueppens, C.Lucet, S.Ndamè, G.Masuy-Stroobant, A.Sasse, D. Piette, *Adolescentes: sexualité et santé de la reproduction. Etat des lieux en Wallonie et à Bruxelles*, Brussel.
- Bekaert A., G. Martens, H. Devlieger (1994) *Perinatale activiteiten in Vlaanderen 1993*. Brussel: Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie.
- Bekaert A., G. Martens, H. Devlieger (1995) *Perinatale activiteiten in Vlaanderen 1994*. Brussel: Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie.
- Bekaert A., G. Martens, H. Devlieger (1996) *Perinatale activiteiten in Vlaanderen 1995*. Brussel: Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie.
- Bekaert A., G. Martens, H. Devlieger (1997) *Perinatale activiteiten in Vlaanderen 1996*. Brussel: Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie.
- Bekaert A., G. Martens, H. Devlieger, J.J. Amy (1998) *Perinatale activiteiten in Vlaanderen 1997*. Brussel: Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie.
- Bekaert A., G. Martens, H. Devlieger, J.J. Amy, P. Defoort, H. Cammu (1999) *Perinatale activiteiten in Vlaanderen 1998*. Brussel: Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie.
- Bekaert A., G. Martens, H. Devlieger, J.J. Amy, P. Defoort, H. Cammu (2000) *Perinatale activiteiten in Vlaanderen 1999*. Brussel: Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie.
- Bekaert A., G. Martens, H. Devlieger, J.J. Amy, P. Defoort, H. Cammu (2001) *Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2000*. Brussel: Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie.
- Boonstra H. D., R. B. Gold, C. L. Richards, L.. B. Finer (2006) *Abortion in Women's Lives*, New York : Alan Guttmacher Institute.
- Cammu H., G. Martens, A. Bekaert, H. Devlieger, P. Defoort, (2002) *Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2001*. Brussel: Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie.
- Cammu H., G. Martens, K. De Coen, C. Van Mol, P. Defoort, (2003) *Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2002*. Brussel: Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie.

- Cammu H., G. Martens, K. De Coen, C. Van Mol, P. Defoort, (2004) Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2003. Brussel: Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie.
- Cammu H., G. Martens, K. De Coen, C. Van Mol, P. Defoort, (2005) Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2004. Brussel: Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie.
- Cammu H., G. Martens, K. De Coen, C. Van Mol, P. Defoort, (2006) Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2005. Brussel: Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie.
- Center for Reproductive Rights (2005) The World's Abortion Laws, New York: Center for Reproductive Rights.
- Corijn M. (2004) Ongehuwd en gehuwd samenwonen in België. Feiten en opvattingen vanuit een sociaal-demografisch perspectief, CBGS-Werkdocumenten, nr. 8, Brussel: Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie.
- Delbanco S, J. Lundy, T. Hoff, M. Parker, M. Smith (1997) Public knowledge and perception about unplanned pregnancy and contraception in three countries, *International Family Planning Perspectives*, 29(2):70–75.
- Demarest S., J. Van der Heyden, L. Gisle, J. Buziarsist, P.J. Miermans, F. Sartor, H. Van Oyen, J.Tafforeau (2002) Gezondheidsenquête door middel van Interview, België, 2001, IPH/EPI REPORTS N° 2002 - 25, Brussel : Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Afdeling Epidemiologie.
- Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (2005), Les interruptions volontaires de grossesse en 2003, *Etudes et Résultats*, n 431, Parijs: Documentation Francaise.
- Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (2004), Les interruptions volontaires de grossesse en 2002, *Etudes et Résultats*, n 348, Parijs: Documentation Francaise.
- Federale Overheidsdienst Economie - Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie, Dienst Demografie (2006) Bevolking en huishoudens. Totale en Belgische bevolking op 1 januari 2005, Brussel.

- Federale Overheidsdienst Economie - Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie, Dienst Demografie (2006) Bevolking en huishoudens. Loop van de bevolking, Brussel.
- Finer L., S. Henshaw (2006), Disparities in Rates of Unintended Pregnancy In the United States, 1994 and 2001, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38(2), 90–96.
- Government Statistical Service for the Department of Health (2005) Abortion statistics, England and Wales: 2004, *Statistical Bulletin* 2005/11, Londen.
- Hanewald P. (2006) Vroege medicamenteuze zwangerschapsafbreking: goede, maar in Nederland weinig gebruikte methode. Ingezonden reactie, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150(25), 1424-2425.
- Henshaw S., S. Singh, T. Haas (1999a) The Incidence of Abortion Worldwide, *International Family Planning Perspectives*, 25(Supplement), S30–S38.
- Henshaw S., S. Singh, T. Haas (1999b) Recent Trends in Abortion Rates Worldwide, *International Family Planning Perspectives*, 25(1), 44–48.
- Kind en Gezin (2006) Kind in Vlaanderen 2005, Brussel: Kind en gezin.
- Kleiverda G. (2006) Vroege medicamenteuze zwangerschapsafbreking: goede, maar in Nederland weinig gebruikte methode, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150(14), 766-769.
- Matteson K., J. Peipert, J. Allsworth, M. Phipps, C. Redding (2006) Unplanned Pregnancy. Does Past Experience Influence the Use of a Contraceptive Method? *Obstetrics and Gynecology*, 107 (1), 121-127.
- Nationale Commissie voor de Evaluatie van de Wet van 3 april 1990 betreffende de Zwangerschapsafbreking (2006) Verslag ten behoeve van het Parlement. 1 januari 2004 – 31 december 2005, 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.

- 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 (2000) Verslag ten behoeve van het Parlement. 1 januari 1998 – 31 december 1999, Brussel.
- Nationale Commissie voor de Evaluatie van de Wet van 3 april 1990 betreffende de Zwangerschapsafbreking (1998) Verslag ten behoeve van het Parlement. 1 januari 1996 – 31 december 1997, Brussel.
- Nationale Commissie voor de Evaluatie van de Wet van 3 april 1990 betreffende de Zwangerschapsafbreking (1996) Verslag ten behoeve van het Parlement. 1 januari 1994 – 31 december 1995, Brussel.
- Nationale Commissie voor de Evaluatie van de Wet van 3 april 1990 betreffende de Zwangerschapsafbreking (1994) Verslag ten behoeve van het Parlement. 1 januari 1993 – 31 december 1993, Brussel.
- Nationale Commissie voor de Evaluatie van de Wet van 3 april 1990 betreffende de Zwangerschapsafbreking (1993) Tussentijds verslag ten behoeve van het Parlement. 1 oktober 1992 – 31 december 1992, Brussel.
- Nederlands Genootschap van Abortusartsen (2003) Handboek Abortushulpverlening, Elektronische versie geraadpleegd op 20.08.2006 <http://www.ngva.net/>.
- Office de la Naissance et de l'Enfance (2004), Banque de Données Medico-Sociales de l'O.N.E. Dossier spécial: Allaitement. Rapport 2004, Brussel: Office de la Naissance et de l'Enfance.
- Office de la Naissance et de l'Enfance (2003), Banque de Données Medico-Sociales de l'O.N.E. Dossier spécial: Mères adolescentes. Rapport 2002-2003, Brussel: Office de la Naissance et de l'Enfance.
- Office for National Statistics (2006), Conception in England and Wales, 2004, Health Statistics Quarterly No 29.

- Pinter B. (2002) Medico-legal aspects of abortion in Europe, *The European journal of contraception & reproductive health care*, 7(1):15-19.
- Rademakers J. (2002) Abortus in Nederland 1993-2000, Jaarverslag van de landelijke abortusregistratie, Heemstede: Stichting Samenwerkende Abortusklinieken Nederland.
- Ruytjens K. (2002) Abortus in België 2000-2001. Leuven : centrum voor Relatievorming en Zwangerschapsproblemen.
- Ruytjens K. (2004) Abortus in België 2002-2003. Een analyse van de gegevens. Leuven : centrum voor Relatievorming en Zwangerschapsproblemen.
- SAS Institute Inc. (2002) SAS Software Version 9.1 of the SAS System for Windows. In. 9.1 edn. Cary NC: SAS Institute Inc.
- Schoenmaeckers R. (2003) Schets van de vruchtbaarheid in Vlaanderen, 1996-2002, Uit het onderzoek, geraadpleegd op 1 augustus 2006, www.cbgs.be, Brussel: Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie.
- Statistisches Bundesamt Deutschland (2006), Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland 2000 bis 2005 nach dem Alter der Frauen und Quote je 10.000 Frauen der Altersgruppe, geraadpleegd op 20 aug. 2006, <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab17.htm>.
- Stuart M., M. van der Wal, W. Schilthuis (2002) Geboorten en abortussen bij Amsterdamse tienermeisjes naar etnische herkomst, 1996-1998, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 146(6), 263-267.
- Stubblefield P., S. Carr-Ellis, L. Borgatta (2004) Methods for Induced Abortion, *Obstetrics and Gynecology*, 104:174–85.
- Van Crombrugge L., S. Janssens (2002) Erkenning van de kwaliteit. Kroniek van abortus, in *Jaarboek 2003 Seksualiteit. Relaties. Geboorteregeling*, Gent: Centrum voor Geboorteregeling en Seksuele Opvoeding, 179-186.
- van den Bergh J. (2006) Vroege medicamenteuze zwangerschapsafbreking: goede, maar in Nederland weinig gebruikte methode. Ingezonden reactie, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150(25), 1425.

- van Enk J., W. Gorissen, A. van Enk (1999) Tienerzwangerschappen naar etniciteit in Nederland, 1990-1993, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 143(9), 465-471.
- van Kooten M., W. van Berlo, I. Vanweesenbeeck (2003) Psychosociale gevolgen van abortus. een overzicht van de literatuur. TNG-studies nr. 6, Delft: Eburon.
- Vanmechelen B., T. Dehaene (2004) De illusie van gratis anticonceptie, *Zijaanzicht*, 4 (2), p1.
- Van Peer L. (2005), Vlamingen en hun kindwens, *Uit het onderzoek, geraadpleegd op 1 augustus 2006*, www.cbgs.be, Brussel: Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie.
- Van Peer L. (2002), Kinderen krijgen: minder en later... Een greep uit het onderzoek over uitstel van ouderschap in Vlaanderen en enkele Europese landen, *Uit het onderzoek, geraadpleegd op 1 augustus 2006*, www.cbgs.be, Brussel: Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie.
- Visser M., A. Janssen, M. Enschedé, A. Willems, T. te Braake, K. Harmsen, E. Smets, J. de Haes, J. Gevers (2005) *Evaluatie Wet afbreking zwangerschap*, Den Haag : ZorgOnderzoek Nederland Medische Wetenschappen.
- Vissers S. (2004) Trends inzake de prevalentie van abortus bij autochtonen en allochtonen in Vlaanderen: een onderzoek bij abortuscentra en gezondheidsprofessionals, onuitgegeven licentiaatsverhandeling, Leuven: Katholieke Universiteit Leuven, Faculteit sociale wetenschappen. Departement Sociologie.
- Wijzen C. (2004) *Abortus in Nederland 2003, Jaarverslag van de landelijke abortusregistratie, RNG-rapport*, Delft: Eburon.
- Wijzen C., J. Rademakers (2003) *Abortus in Nederland 2001-2002, Jaarverslag van de landelijke abortusregistratie, RNG-serie nr. 5*, Delft: Eburon.
- Wijzen C., L. van Lee (2005) *Abortus in Nederland 2004, Jaarverslag van de landelijke abortusregistratie, RNG-rapport*, Utrecht.
- Willems F. (2006) Vroege medicamenteuze zwangerschapsafbreking: goede, maar in Nederland weinig gebruikte methode. Ingezonden reactie, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150(25), 1425-1426.
- Willems, P. (2001) *Geboorten in Vlaanderen, de databronnen*, <http://www.cbgs.be>, Bijdragen onderzoek - Bevolking, Brussel: 14 juni 2001.

Figuren

- FIGUUR 1 Graad van restrictie in de internationale wetgeving betreffende zwangerschapsafbreking
- FIGUUR 2 Aantal registrerende instellingen naar taal en type (2005)
- FIGUUR 3 Evolutie in het aantal registrerende instellingen naar taal en type (1993-2005)
- FIGUUR 4 Verschillen in registratie van zwangerschapsafbrekingen door artsen en instellingen (1993-2005)
- FIGUUR 5 Evolutie aantal vrouwen gedomicilieerd in België en Luxemburg die in Nederland een zwangerschap lieten afbreken (1993 - 2005)
- FIGUUR 6 Aantal geregistreerde zwangerschapsafbrekingen bij vrouwen gedomicilieerd in België (1993 – 2005)
- FIGUUR 7 Aantal geregistreerde zwangerschapsafbrekingen bij vrouwen gedomicilieerd in België per 1.000 vrouwen in de leeftijdsgroep van 15 tot 44 jaar (1993 – 2005)
- FIGUUR 8 Aantal geregistreerde zwangerschapsafbrekingen bij vrouwen gedomicilieerd in België per 100 zwangerschappen (1993 – 2005)
- FIGUUR 9 Aantal geregistreerde zwangerschapsafbrekingen bij vrouwen gedomicilieerd in België naar leeftijdsgroep (1993 – 2005)
- FIGUUR 10 Abortuscijfer bij vrouwen gedomicilieerd in België naar leeftijdsgroep (1995, 2000, 2005)
- FIGUUR 11 Abortusratio bij vrouwen gedomicilieerd in België naar leeftijdsgroep (1995, 2000, 2005)
- FIGUUR 12 Evolutie relatieve aandeel tienermeisjes, vrouwen van 20 tot 39 jaar en vrouwen van 40 jaar en ouder, die in België de zwangerschap lieten afbreken (1996 – 2005)
- FIGUUR 13 Evolutie relatieve aandeel geboorten en zwangerschapsafbrekingen bij tienermeisjes in België (1996 - 2005)
- FIGUUR 14 Evolutie relatieve aandeel geboorten en zwangerschapsafbrekingen bij vrouwen van of ouder dan 40 jaar in België (1996 - 2005)
- FIGUUR 15 Aantal geregistreerde zwangerschapsafbrekingen naar burgerlijke staat van de vrouw (2005)
- FIGUUR 16 Evolutie relatieve aandeel ongehuwde, gehuwde, gescheiden en verweduwde vrouwen die in België de zwangerschap lieten afbreken (1993 - 2005)
- FIGUUR 17 Evolutie relatieve aandeel vrouwen zonder kind en vrouwen met

minstens 1 kind die in België de zwangerschap lieten afbreken (1993 - 2005)

- FIGUUR 18 Aantal geregistreerde zwangerschapsafbrekingen bij vrouwen gedomicilieerd in België naar domicile (2005)
- FIGUUR 19 Evolutie relatieve aandeel Vlaamse en Waalse vrouwen en vrouwen uit het Brussels Hoofdstedelijk gewest die in België een zwangerschap lieten afbreken (1996 - 2005)
- FIGUUR 20 Abortusratio bij vrouwen gedomicilieerd in het Vlaams, Waals en Brussels-Hoofdstedelijk Gewest (1996-2005)
- FIGUUR 21 Abortusratio bij vrouwen gedomicilieerd in de Vlaamse provincies en het Brussels-Hoofdstedelijk Gewest (1996-2005)
- FIGUUR 22 Abortusratio bij vrouwen gedomicilieerd in de Waalse provincies en het Brussels-Hoofdstedelijk Gewest (1996-2005)
- FIGUUR 23 Abortuscijfer bij vrouwen gedomicilieerd in het Vlaams, Waals en Brussels-Hoofdstedelijk Gewest (1996-2005)
- FIGUUR 24 Aantal zwangerschapsafbrekingen bij vrouwen die niet in België gedomicilieerd zijn, naar continent (2005)
- FIGUUR 25 Evolutie relatieve aandeel Europese, Afrikaanse, Amerikaanse en Aziatische vrouwen die in België een zwangerschap lieten afbreken (1993 - 2005)
- FIGUUR 26 Aantal geregistreerde zwangerschapsafbrekingen bij vrouwen gedomicilieerd in België naar ingeroepen noodsituatie (2005)
- FIGUUR 27 Evolutie relatieve aandeel ingeroepen motieven van vrouwen die in België een zwangerschap lieten afbreken (1996 - 2005)
- FIGUUR 28 Evolutie relatieve aandeel voorbehoedmiddelen gebruikt voor het afbreken van de zwangerschap (1993 - 2005)
- FIGUUR 29 Evolutie relatieve aandeel vrouwen (<20 jaar vs. ≥20 jaar) die geen voorbehoedmiddel gebruikten in de maand die het afbreken van de zwangerschap voorafging (1993 - 2005)
- FIGUUR 30 Evolutie relatieve aandeel zwangerschapsafbrekingen in Belgische ziekenhuizen en centra voor zwangerschapsafbreking (1993 - 2005)
- FIGUUR 31 Methoden van zwangerschapsafbreking (2005)
- FIGUUR 32 Evolutie aandeel toegepaste methode van zwangerschapsafbreking (1993 - 2005)
- FIGUUR 33 Type van verdoving bij zwangerschapsafbreking (2005)
- FIGUUR 34 Evolutie aandeel toegepaste type van verdoving bij

	zwangerschapsafbreking (1993 - 2005)
FIGUUR 35	Oponameduur bij zwangerschapsafbreking (2005)
FIGUUR 36	Evolutie oponameduur bij zwangerschapsafbreking (1993 - 2005)
FIGUUR 37	Verwikkelingen bij zwangerschapsafbreking (2005)
FIGUUR 38	Evolutie verwikkelingen bij zwangerschapsafbreking (1993 - 2005)
FIGUUR 39	Evolutie van het nationaal abortuscijfer van België, Duitsland, Engeland, Frankrijk en Nederland (1993-2005)

Tabellen

TABEL 1	Verschillen in registratie door instellingen en artsen (1996-2005).
TABEL 2	Abortuscijfer en abortusratio bij vrouwen gedomicilieerd in België, naar leeftijdsgroep (2005)
TABEL 3	Tienerzwangerschappen in België (1996-2005)
TABEL 4	Zwangerschappen vrouwen van of ouder dan 40 jaar in België (1996-2005)
TABEL 5	Burgerlijke staat vrouwen zwangerschapsafbreking in België (1996-2005)
TABEL 6	Aantal kinderloze vrouwen en vrouwen met minstens 1 kind die de zwangerschap in België lieten afbreken (1996-2005)
TABEL 7	Regionale abortuscijfer en abortusratio (2005)
TABEL 8	Zwangerschapsafbrekingen bij vrouwen die niet in België gedomicilieerd zijn, naar continent (1996-2005)
TABEL 9	Detail ingeroepen motief tot zwangerschapsafbreking (2005)
TABEL 10	Ingeroepen motieven van vrouwen die in België een zwangerschap lieten afbreken (1996 - 2005)
TABEL 11	Ingeroepen motieven naar aantal kinderen (2005)
TABEL 12	Gebruikt voorbehoedmiddel van vrouwen die in België een zwangerschap lieten afbreken (1996 - 2005)
TABEL 13	Gebruik voorbehoedmiddel maand voor zwangerschapsafbreking naar leeftijdscategorie (2005)
TABEL 14	Type instelling waar de zwangerschapsafbreking werd uitgevoerd (1996 - 2005)
TABEL 15	Methode van zwangerschapsafbreking (1996 - 2005)

TABEL 16	Methode van zwangerschapsafbreking naar type instelling (2005)
TABEL 17	Type verdoving bij zwangerschapsafbreking (1996 - 2005)
TABEL 18	Verdoving naar methode zwangerschapsafbreking (2005)
TABEL 19	Type verdoving naar instelling (2005)
TABEL 20	Oponameduur bij zwangerschapsafbreking (1996 - 2005)
TABEL 21	Methode van zwangerschapsafbreking naar oponameduur (2005)
TABEL 22	Verwikkelingen naar methode van zwangerschapsafbreking (2005)
TABEL 23	Verwikkelingen naar instelling (2005)

Erratum

Deze versie van het rapport includeerde de laattijdige registraties voor de jaren 2004 en 2005. Deze waren nog niet beschikbaar bij het schrijven van de vorige versie. De demografische maten werden aangepast.