



© UN Photo/Eric Kanalestein

NC
DO

FEITEN OP EEN RIJ

SEKSUELE EN REPRODUCTIEVE GEZONDHEID EN RECHTEN

Edith van Ewijk en Annemarie van Elfrinkhof

Seksuele voorlichting, toegang tot anticonceptie en voorkomen van moedersterfte worden vaak als ‘vrouwenzaken’ gezien, maar ze gaan iedereen aan. Als vrouwen voorlichting krijgen over seksualiteit en anticonceptie dan vergroot dat niet alleen hun eigen kansen, maar stijgt de welvaart van hele gezinnen. Dit bevordert uiteindelijk de economie van een land. Tot die conclusie kwam Abiba Longwe, een onderzoeker uit Namibië, op basis van onderzoeksgegevens uit 26 Afrikaanse landen.¹ Voorlichting over en toegang tot anticonceptie zijn daarmee belangrijke voorwaarden voor ontwikkeling.

Wat zijn Seksuele en Reproductieve Gezondheid en Rechten?

Voorlichting over seksualiteit, toegang tot anticonceptie en gezondheidszorg tijdens zwangerschap en bevalling en bij seksueel

overdraagbare ziektes zoals HIV/Aids zijn samen ‘Seksuele en Reproductieve Gezondheid en Rechten’, afgekort SRGR. Het gaat er om dat mensen overal ter wereld het recht hebben op informatie over seksualiteit en anticonceptie, toegang tot gezondheidszorg, vrije partnerkeuze en zelf kunnen beslissen of en hoeveel kinderen ze willen. Het vrij zijn van mishandeling en het recht op leven horen ook tot deze universele rechten.² Voor minister Ploumen voor Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking is het thema SRGR één van haar topprioriteiten.³

Een gevoelig onderwerp

Onderwerpen op het terrein van SRGR liggen vaak gevoelig. Vooral binnen landen waar behoudende religieuze stromingen dominant zijn, zoals in Iran, hebben vrouwen niet dezelfde rechten als mannen en voelen politici

¹ Longwe, A.L.P. (2013). *Family planning, fertility reduction and economic development in Africa*, Radboud Universiteit Nijmegen. Zie ook <http://www.oneworld.nl/lezen/nieuws/rijker-en-wijzer-door-seksuele-voorlichting>.

² SRHR alliance (2012). *Feiten over SRGR, Seksuele en Reproductieve Gezondheid en Rechten*.

³ Ministerie van Buitenlandse Zaken (2013). *Wat de wereld verdient, een nieuwe agenda voor hulp, handel en investeringen*.

er vaak niets voor om concrete afspraken over de keuzevrijheid over seksuele gezondheid vast te leggen. In veel ontwikkelingslanden zoals Somalië rust er ook een taboe op seksuele gezondheidsthema's zoals de besnijdenis van meisjes. Nederland wordt op het gebied van SRGR als progressief gezien door lidstaten van de Verenigde Naties, maar ook in Nederland zijn gelijke seksuele rechten nog niet voor iedereen vanzelfsprekend. Zo komt huwelijksdwang en meisjesbesnijdenis onder sommige migranten groepen ook voor in Nederland.⁴

SRGR in de millenniumdoelen

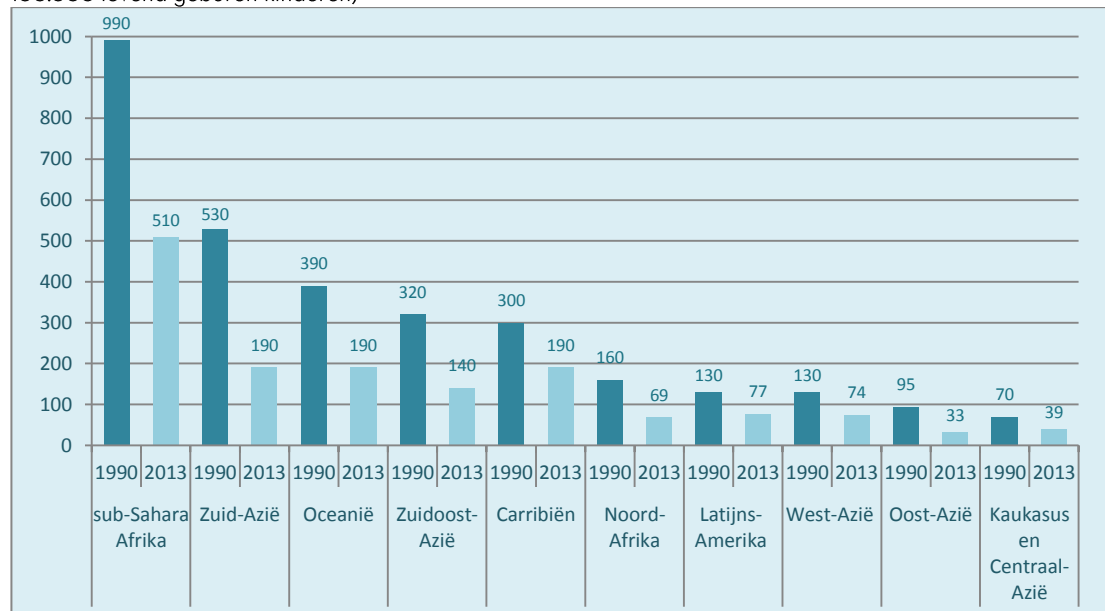
Om wereldwijd armoede aan te pakken hebben de Verenigde Naties in 2000 de millenniumdoelen vastgesteld die in 2015 gehaald moeten zijn. Millenniumdoel 5 gaat over de SRGR-onderwerpen moedersterfte en universele toegang tot reproductieve gezondheid. Er is afgesproken dat de moedersterfte in 2015 met driekwart moet zijn afgenomen ten opzichte van het peiljaar 1990 en dat iedereen toegang heeft tot voorlichting en gezondheidszorg rond seksualiteit. Ook hebben drie andere millenniumdoelen nauwe raakvlakken met SRGR. In millenniumdoel 3 staat gelijkheid tussen mannen en vrouwen centraal en is vastgelegd dat in 2015 net zoveel meisjes als

jongens naar school gaan, millenniumdoel 4 richt zich op het terugbrengen van kindersterfte en in millenniumdoel 6 gaat het om de bestrijding van dodelijke ziektes zoals HIV/Aids. Deze factsheet belicht vooral millenniumdoel 5.⁵

Millenniumdoel 5: moedersterfte, de cijfers

Het terugdringen van moedersterfte is één van de 'zorgenkindjes' onder de millenniumdoelen. Het ziet er namelijk niet naar uit dat het doel van een afname van 75 procent in 2015 wordt behaald.⁶ De cijfers: in 1990 overleden 380 per 100.000 vrouwen aan complicaties tijdens hun zwangerschap of bevalling. In 2013 was dat cijfer teruggebracht naar 210 per 100.000 vrouwen. Dat is een afname van 45 procent. Wel een indrukwekkende daling, maar er overlijden nog steeds veel vrouwen tijdens hun zwangerschap of bevalling. De moedersterfte is vooral in ontwikkelingslanden hoog, waar maar liefst 14 keer zoveel vrouwen sterven als gevolg van een zwangerschap dan in ontwikkelde landen. Zoals figuur 1 laat zien sterven in sub-Sahara Afrika de meeste vrouwen tijdens hun zwangerschap of bevalling. In 2013 overleden er 510 per 100.000 vrouwen; dat is 62 procent van de moedersterfte wereldwijd.

Figuur 1. Moedersterfte per regio in 1990 en 2013 (aantal overleden moeders in de leeftijdsgroep 15-49 per 100.000 levend geboren kinderen)



Bron: United Nations (2014). Millennium Development Goals Report 2014.

Millenniumdoel 5: hoe te bereiken?

Moedersterfte kan terug gebracht worden door goede gezondheidszorg. Daarnaast is het

geven van voorlichting over en het toegang hebben tot voorbehoedsmiddelen belangrijk. Voorbehoedsmiddelen voorkomen

⁴ Exterkate, M. (2013). *Female genital mutilation in the Netherlands: Prevalence, incidence and determinants*. Utrecht, The Netherlands: Pharos

⁵ United Nations (2014). *The Millennium Development Goals Report 2014*.

⁶ Veel landen hebben geen bevolkingsregister. De data is verzameld met behulp van enquêtes.

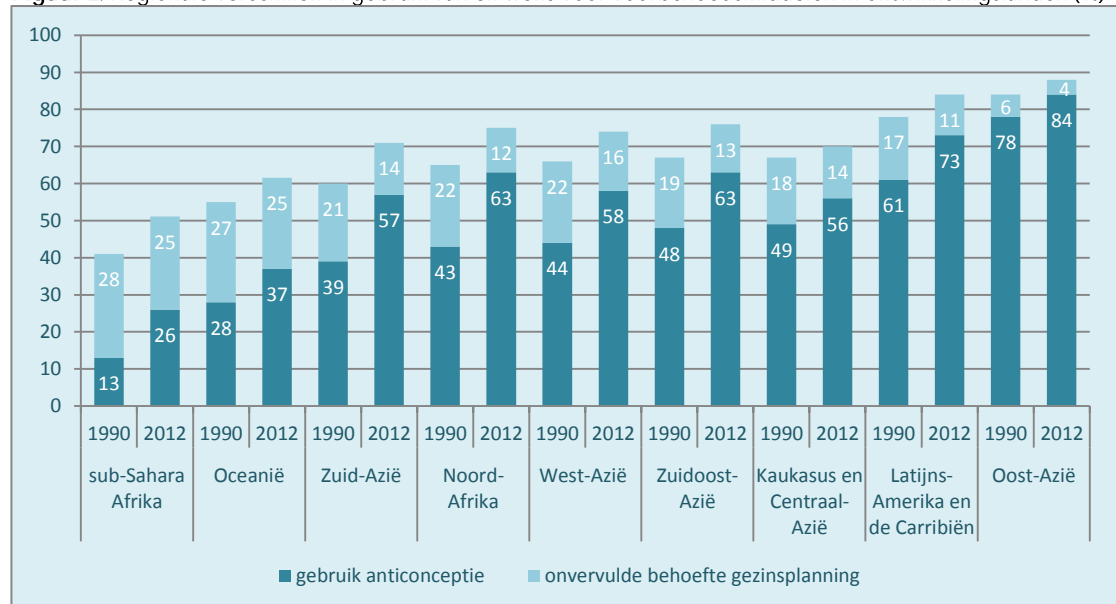
ongewenste zwangerschappen en geven vrouwen én mannen de mogelijkheid de geboorten van kinderen beter te plannen. Hierdoor is het eenvoudiger voor vrouwen om bijvoorbeeld zorg en werk te combineren.⁷ Ook is goede verloskundige zorg essentieel bij het tegen gaan van moedersterfte. De Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) schrijft voor dat vrouwen tijdens hun zwangerschap tenminste vier keer een medische controle zouden moeten ondergaan. Hierdoor kunnen belangrijke doodsoorzaken zoals bloedingen, infecties en hoge bloeddruk voorkomen worden of op tijd worden behandeld.

Voorlichting

In de meeste ontwikkelingslanden gebruiken meer dan de helft van de getrouwde vrouwen of vrouwen met een relatie een vorm van ‘gezinsplanning’. Gezinsplanning is het

gebruik van voorbehoedsmiddelen om zwangerschap uit te stellen of te voorkomen. Figuur 2 laat zien dat de behoefte aan toegang tot voorbehoedsmiddelen groter is dan het aanbod. Het aantal vrouwen dat voorbehoedsmiddelen in ontwikkelingslanden gebruikte steeg van 52 naar 63 procent tussen 1990 en 2012. Sub-Sahara Afrika heeft een relatief laag anticonceptiegebruik (26%). Een groot aantal vrouwen in deze regio (25%) geeft aan wel gebruik te willen maken van een vorm van gezinsplanning als zij hier toegang tot zouden hebben. Er is ook goed nieuws; het gebruik van voorbehoedsmiddelen is in deze regio sinds 1990 verdubbeld. Wereldwijd leidt de onvervulde behoefte tot gezinsplanning tot 75 miljoen ongewenste geboorten waarvan naar schatting de helft in (onveilige) abortussen eindigt.⁸

Figuur 2. Regionale verschillen in gebruik van en wens voor voorbehoedsmiddelen in ontwikkelingslanden (%)



Bron: United Nations (2014). Millennium Development Goals Report 2014.

Verloskundige zorg

In ontwikkelingslanden is het percentage vrouwen dat onder deskundige hulp bevalt, gestegen van 56 procent in 1990 tot 68 procent in 2012. Het percentage vrouwen in ontwikkelingslanden dat minstens één keer gedurende de zwangerschap door een arts of verloskundige wordt onderzocht, is flink gestegen, van 65 procent in 1990 tot 83 procent in 2012. De cijfers voor de vier aanbevolen controles liggen een stuk lager; iets meer dan de helft van de zwangere vrouwen in ontwikkelingslanden ontving deze controles. Er is dus zeker vooruitgang, maar er zijn wel grote verschillen tussen de steden en

het platteland. Van de 40 miljoen geboorten die niet door deskundigen werden begeleid, vonden er 32 miljoen op het platteland plaats.

SRGR in de nieuwe agenda

Er wordt hard gewerkt aan nieuwe afspraken voor ontwikkeling; de zogenaamde post-2015 agenda. In mei 2013 kwam het High Level Panel van de Verenigde Naties (VN) met een voorstel voor nieuwe doelen waaronder: ‘Zorg voor de versterking van meisjes en vrouwen en bereik gendergelijkheid’. Het Panel stelt dat gelijke rechten voor mannen en vrouwen bijdragen aan een betere welzijnspositie van

⁷ Longwe, A.L.P. (2013). *Family planning, fertility reduction and economic development in Africa*, Radboud Universiteit Nijmegen.

⁸ Van Nimwegen, N. (2014). *Er blijft behoefte aan gezinsplanning*, Demos jaargang 30 nummer 7; Glasier, A., A.M. Gülmezoglu, G.P. Schmid, C. Garcia Moreno, P. F.A. Van Look (2006). *Sexual and Reproductive Health 1, Sexual and reproductive health: a matter of life and death*, Lancet 2006; 368: 1595–607.

het hele gezin en dat deze gelijkheid noodzakelijk is voor economische groei van een land. Daarnaast zijn SRGR doelstellingen opgenomen onder doel 4 'verzekeren van gezonde levens voor iedereen'.⁹ Ook de Open Working Group van de VN die een aantal duurzame ontwikkelingsdoelen heeft opgesteld komt met vergelijkbare doelen.¹⁰ De doelen liggen

echter nog niet vast. Eind 2014 brengt de secretaris-generaal van de VN Ban Ki-moon een rapport uit waarna nog een jaar onderhandeld gaat worden. Pas in september 2015 wordt een nieuwe internationale agenda voor duurzaamheid en armoedebestrijding vastgesteld.¹¹

Box 1. Meisjesbesnijdenis

Meisjesbesnijdenissen komen voor in Afrika, maar ook in Azië en het Midden-Oosten. Het aantal meisjes dat in een land besneden wordt, varieert van één procent van de meisjes in Oeganda tot 98 procent van de meisjes in Somalië.¹² In veel landen waar meisjesbesnijdenissen voorkomen is het een gewoonte of traditie die hoort bij de overgang van meisje naar vrouw. De besnijdenis van vrouwen zorgt vaak voor grote gezondheidsproblemen en is daarom niet te vergelijken met jongensbesnijdenis. Unicef geeft aan dat door onderwijs (voorlichting) en welvaart de kans dat een meisje besneden is kan afnemen. Onder andere doordat kennis over schadelijke gevolgen voor de gezondheid breder bekend is en doordat hoger opgeleide vrouwen hun dochters er niet langer aan blootstellen.¹³

Box 2. Tienerzwangerschappen

Van de jonge vrouwen in ontwikkelingslanden wordt 19 procent voor haar achttiende jaar zwanger. Behalve door (gedwongen) kindhuwelijken, zijn deze tienerzwangerschappen het gevolg van armoede, (seksueel) geweld en het ontbreken van seksuele voorlichting. Tienerzwangerschappen verkleinen de kansen van meisjes. Vrouwen die later kinderen krijgen en langer onderwijs kunnen volgen hebben meer kans op een betere baan en daarmee een betere financiële positie. Uiteindelijk kan dit ook de economische ontwikkeling van een land vergroten.¹⁴ In Burundi maakt bijvoorbeeld 27 procent van de meisjes de basisschool niet af. Als ze dat wel zouden doen, dan zou dit gedurende hun leven een gezamenlijk inkomen opleveren dat gelijk staat aan 25 procent van het Bruto Nationale Product (BNP) per jaar van Burundi. Voor Kenia en Oeganda gaat het om 20 procent en 13 procent van het jaarlijkse BNP. Zouden Burundese meisjes ook nog de middelbare school afmaken dan zou dat bij elkaar een bedrag opleveren dat gelijk staat aan het BNP van Burundi voor een heel jaar.¹⁵ Zwangerschap op jonge leeftijd is ook slecht voor de gezondheid van het meisje; het lichaam is in vele gevallen eigenlijk nog niet volgroeid om een zwangerschap en bevalling goed te doorstaan wat allerlei complicaties met zich mee kan brengen. In ontwikkelingslanden zijn zwangerschap en de bevalling de voornaamste redenen voor de sterfte onder tienermeisjes.¹⁶ Het geboortecijfer van tienermoeders in ontwikkelingslanden daalde van 64 geboorten per 1000 vrouwen in 1990 naar 54 per 1000 in 2011. Het cijfer was in sub-Sahara Afrika een stuk hoger dan in andere regio's; het daalde hier van 123 naar 117 per 1000 vrouwen.¹⁷

⁹ United Nations (2013). *A new global partnership: eradicate poverty and transform economies through sustainable development*.

¹⁰ <http://sustainabledevelopment.un.org/focussdgs.html>

¹¹ NCDO (2013). *Nieuwe afspraken over armoedebestrijding en duurzaamheid, feiten op een rij*, http://www.ncdo.nl/sites/default/files/factsheet%20post%202015%20agenda_0.pdf#overlay-context=2015-nieuwe-afspraken

¹² United Nations Children's Fund (2013). *Female genital mutilation/cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change*. New York, NY: UNICEF.

¹³ United Nations Children's Fund (2013). *Female genital mutilation/cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change*. New York, NY: UNICEF.

¹⁴ United Nations Population Fund (2013). *Motherhood in childhood. Facing the Challenge of adolescent pregnancy. State of the world population 2013*; <http://www.oneworld.nl/lezen/interview/meisjes-naar-school-economie-de-lift>.

¹⁵ Chaaban, J. Cunningham, W. (2011). *Measuring the economic gain of investing in girls. The girl effect dividend*. The World Bank.

¹⁶ United Nations Population Fund (2013). *Motherhood in childhood. Facing the Challenge of adolescent pregnancy. State of the world population 2013*; <http://www.oneworld.nl/lezen/interview/meisjes-naar-school-economie-de-lift>.

¹⁷ United Nations (2014). *The Millennium Development Goals Report 2014*.