

# New Perspectives on reproductive choice

Participatieve studie naar de opvattingen, strategieën  
en behoeften van mensen met een vluchteling-  
achtergrond

December 2023



**datum**

december 2023

**Financier**

ZonMw (projectnummer 50-55400-98-308)  ZonMw

**auteurs**

Marianne Cense, Ramin Kawous, Charlotte Steuten, Sell (Selamawit) Teclemariam, Shishay Tecele, Abdikarim Mohamud, Ubah Halane, Tahmina Ashraf, Mohammad Jan Khateri, Rima AbouMoghdeb, Mustafa Khaled, Yordi Lassooy, Nour Saadi.

**uitvoering onderzoek**

Rutgers, Pharos, Cultuur in Harmonie, Voice of All Women, st. Himilo, St. Syrische Vrouwen Emmen.

**Fotografie voorkant**

William Fortunato

**copyright**

© Rutgers 2023

# New Perspectives on reproductive choice

Participatieve studie naar de opvattingen, strategieën  
en behoeften van mensen met een vluchteling-  
achtergrond

# inhoud

<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>6</b>
1.1 Aanleiding van dit onderzoek	6
1.2 Theoretische basis	6
1.3 Literatuurstudie	8
1.4 Leeswijzer	11
<b>2 Onderzoeksdesign</b>	<b>13</b>
2.1 Doelstelling	13
2.2 Onderzoeksvragen	13
2.3 Onderzoeksgroep	14
2.4 Onderzoeksdesign: participatieve aanpak	14
2.5 Dataverzameling	16
2.6 Analyse en validering	17
2.7 Ethische aspecten	18
2.8 Databeheer	19
<b>Deel I: Invloeden op reproductieve keuzes</b>	<b>20</b>
<b>3 Vertrekpunten: culturele ideologie en opvattingen over gender en seksualiteit in landen van herkomst</b>	<b>21</b>
3.1 Genderrollen en genderverhoudingen	21
3.2 Seksualiteit, huwelijk en gezinsvorming	23
3.3 Zwangerschap buiten het huwelijk en abortus	26
3.4 Betekenis van kinderen en gezinsgrootte	28
3.5 Gezinsplanning en anticonceptie	29
3.6 Conclusie	29
<b>4 De invloed van leven in Nederland</b>	<b>31</b>
4.1 Eerst een nieuw bestaan opbouwen	31
4.2 Voldoende tijd en geld nodig voor kinderen	32
4.3 Gemis van steun door familie bij opvoeding kinderen	32
4.4 Sociale norm rond opvoeden in Nederland	33
4.5 Genderverhoudingen verschuiven in Nederland	34
4.6 Veranderingen in leefstijl en prioriteiten bij jonge generatie	36
4.7 Conclusie	38
<b>5 De invloed van de familie en hoe mensen daarmee omgaan</b>	<b>40</b>
5.1 Familie verwachtingen	40
5.2 Op welke vlakken liggen er verwachtingen	42
5.3 Hoe worden verwachtingen geuit	46
5.4 Omgaan met familiedruk	47
5.5 Omgaan met een onbedoelde zwangerschap	52
5.6 Conclusie	55

## Deel II: Informatie, voorlichting en toegang tot anticonceptie 57

### 6 Voorlichting, informatie en communicatie over anticonceptie 58

---

6.1	Mate van kennis over anticonceptie	58
6.2	Van wie krijgt men de informatie	60
6.3	Communicatie tussen partners over anticonceptie	62
6.4	Communicatie over anticonceptie met anderen	63
6.5	Conclusie	64

### 7 Toegang tot anticonceptie en zorg 66

---

7.1	Mate van toegang	66
7.2	Welke anticonceptiemiddelen worden door mensen gebruikt	67
7.3	Omgang met huisarts	68
7.4	Praktijk van abortus	69
7.5	Conclusie	70

### 8 Wat is nodig voor een goede aansluiting door professionals 72

---

8.1	Bejegening	72
8.2	Door wie moet de zorg/voorlichting gegeven worden	77
8.3	Inhoud, vorm en toon van de voorlichting	79
8.4	Taal	84
8.5	Conclusie	86

## Deel III: Samenvatting, conclusies en aanbevelingen 88

### 9 Samenvatting, conclusies en aanbevelingen 89

---

9.1	Samenvatting en conclusies	89
9.2	Aanbevelingen	95
9.3	Reflectie op de onderzoeksmethode	99

### Bijlagen 104

Bijlage 1	Literatuur (noten)	105
Bijlage 2	Informatie over alle samenwerkings-organisaties, adviescommissie en het onderzoeksteam	108
Bijlage 3	Achtergrondinformatie over mensen uit Syrië, Somalië, Afghanistan en Eritrea die in Nederland verblijven	110
Bijlage 4	Topiclist focusgroepen	111
Bijlage 5	Topiclist interviews	114
Bijlage 6	Informatiebrief deelnemers	117

---

# Voorwoord

Dit onderzoek is in een samenwerking tussen veel mensen tot stand gekomen. Alle mensen die hebben meegewerkt zijn onmisbare schakels, om de verhalen op te halen waarop dit rapport is gebaseerd. Als eerste willen we alle deelnemers aan de interviews en de focusgroepen heel erg bedanken voor hun openhartigheid. Hun verhalen over hun opvattingen, hun leven in Nederland en de keuzes die ze gemaakt hebben rondom gezinsvorming zijn van onschatbare waarde voor dit onderzoek. De bereidheid om deze verhalen met ons te delen, is geheel te danken aan de inzet en professionaliteit van de co-onderzoekers en partnerorganisaties. In het gehele onderzoek, van opzet tot uitvoering, heeft het complete onderzoeksteam richting gegeven aan de koers die we zijn gegaan. Welke vragen kun je stellen? Hoe introduceer je dit onderzoek? Hoe houd je rekening met taboes? Welke subgroepen hebben we nodig om een beeld te krijgen van wat er allemaal speelt in de verschillende gemeenschappen? En hoe interpreteren we de resultaten? In het onderzoeksteam hebben we ons samen gebogen over dit soort vragen.

De adviescommissie heeft ons elk jaar van goede raad voorzien voor de opzet en uitvoering van het onderzoek. Veel dank daardoor! Tenslotte willen we Yodit Jacob bedanken, die de eerste twee jaar van het project vanuit Pharos betrokken was en samen met Marianne het onderzoek in de stijgers heeft gezet.

Namens het onderzoeksteam,  
Marianne Cense (Rutgers) en Ramin Kawous (Pharos)

# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding van dit onderzoek

Migranten met een vluchtelingenachtergrond lopen meer risico op ongewenste of onbedoelde zwangerschappen, door een gebrek aan toegang tot betrouwbare en begrijpelijke informatie, onvervulde behoeften aan anticonceptie, gebrek aan toegang tot diensten en onstabiele leefomstandigheden (1-4). De prevalentie van tienerzwangerschappen onder jonge vrouwelijke asielzoekers in Nederland is meer dan vijf keer zo hoog als onder Nederlandse tienermeisjes (1,2). Abortuscijfers liggen 1,5 keer hoger en het risico op moedersterfte is zelfs tien keer hoger, vooral onder Afrikaanse vrouwen (1,4,5). Adolescente vluchtelingen missen meer kennis over seksualiteit en reproductieve gezondheid in vergelijking met Nederlandse jongeren (6).

Deze verhoogde kwetsbaarheid is de reden waarom asielzoekers en vluchtelingen met een verblijfsvergunning als "hoog risicogroep" worden aangemerkt in de beleidsnota 'Zevenstappenplan' van het Nederlandse Ministerie van Volksgezondheid<sup>1</sup> (VWS, 2018). Anno 2023 verblijven in Nederland 54.800 mensen in asielcentra. Rond 75% van de nieuwe mensen met een vluchtelingachtergrond die in Nederland aankomen zijn jonger dan 35 jaar, dus aandacht voor hun seksuele en reproductieve gezondheid is van vitaal belang (3). Er zijn veel verschillen tussen mensen met een vluchtelingachtergrond die van invloed zijn op hun seksuele en reproductieve gezondheid, zoals hun religie, sociaaleconomische status, opleidingsniveau, culturele ideeën en normen met betrekking tot gezinsplanning, religieuze waarden met betrekking tot anticonceptie en abortus, gezondheidsgeletterdheid en hun leeftijd en huwelijks staat. Ook wat er gebeurt is in hun land van herkomst en tijdens de vlucht, waaronder soms traumatische gebeurtenissen zoals seksueel geweld en verlies van familie, zijn van invloed op hun weerbaarheid en hun gezondheid.

Nederlandse zorgverleners, maatschappelijk werkers en voorlichters missen vaak de competenties die nodig zijn om effectief verschillende vluchtelingengemeenschappen te bereiken en op een cultuur sensitieve manier in te spelen op hun behoefte aan informatie, voorlichting en diensten (3,5). Nederlandse gemeenten zijn verantwoordelijk voor de gezondheid en het welzijn van vluchtelingen met een verblijfsvergunning die in hun gemeente wonen. Kennis van en inzicht in de perspectieven en opvattingen over zwangerschap en gezinsplanning onder mensen met een vluchtelingachtergrond en nieuwe migranten ontbreken.

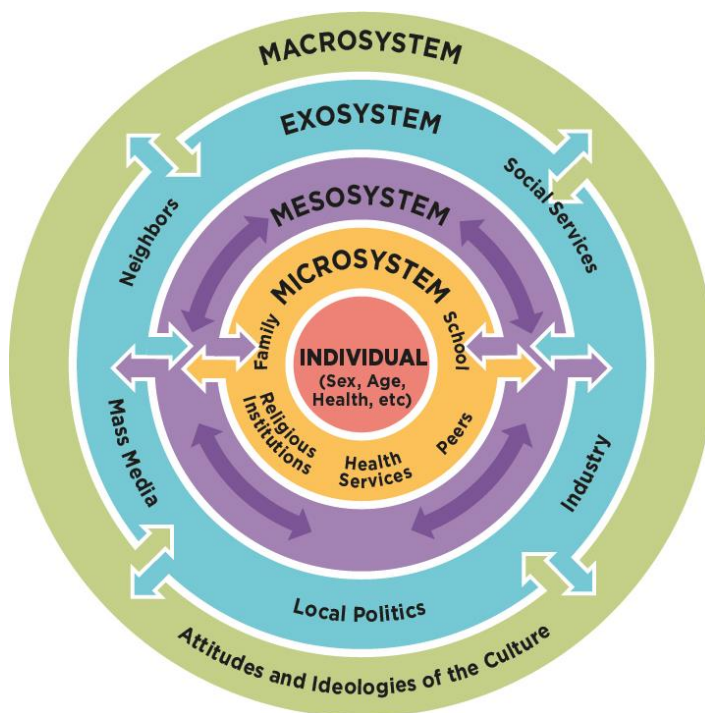
Dit onderzoek is erop gericht professionals en gemeenten te voorzien van nieuwe informatie en handvatten om met mensen met een vluchtelingachtergrond op cultuur sensitieve wijze in gesprek te gaan over gezinsplanning en reproductieve keuzes, zodat zij toegang krijgen tot de middelen die ze nodig hebben en meer keuzevrijheid ervaren.

## 1.2 Theoretische basis

De opvattingen en wensen van mensen ten aanzien van het aantal kinderen dat ze willen, zijn geen louter individuele aangelegenheden. Deze opvattingen en wensen worden beïnvloed door de waarden en sociale normen in de samenleving, maar ook door hun directe sociale omgeving, zoals de familie. In het sociaalecologische model van

<sup>1</sup> Onbedoelde (tiener)zwangerschappen. Een zevenstappenplan. VWS, 2018.

Bronfenbrenner (7), figuur 1, wordt zichtbaar hoe verschillende ringen van sociale en culturele invloeden doorwerken op de opvattingen en regie van individuen. De buitenste ring bevat de ideologie die heerst in de samenleving. De Nederlandse samenleving heeft een sterk liberale ideologie, gericht op individuele keuzevrijheid en controle over gezinsplanning. Van mensen wordt verwacht dat ze zelfstandig de afweging maken of ze wel of geen kinderen willen en zelf voor deze kinderen te zorgen. De sociale norm is om twee kinderen te krijgen. Drie kinderen kan nog, maar meer kinderen zal al snel tot vragen leiden. Deze individualistische, liberale ideologie is heel anders dan de collectivistische samenlevingen waar de migranten in dit onderzoek vandaan komen. Dit uit zich niet alleen in de overtuigingen van mensen, maar ook in wet- en regelgeving. De volgende ring, dichter bij het centrum, wordt gevormd door boodschappen en sociale normen die worden overgebracht door de massamedia, sociale diensten en het onderwijssysteem. Zo geven in Nederland bijvoorbeeld scholen en kinderopvang de sociale normen door, door bepaalde verwachtingen te hebben van ouders en opvattingen te hebben over de opvoeding van kinderen (zoals het bevorderen van zelfstandigheid). Rondom het individu in het centrum van het model beïnvloeden familie en vrienden het individu met sociale normen, gendernormen, familierollen en verwachtingen. De pijlen in het model geven de twee manieren aan waarop de niveaus op elkaar inwerken. Aan de ene kant beïnvloeden (beperken of mogelijk maken) structurele factoren de individuele mogelijkheden, maar aan de andere kant beïnvloeden individuen en sociale groepen het systeem.



**Figuur 1. Sociaalecologisch model van Bronfenbrenner (1992)**

### **Intersectioneel onderzoek**

In dit onderzoek werken we vanuit een intersectioneel perspectief, om het snijpunt van verschillende sociale posities op de ervaringen, strategieën en behoeften van mensen te analyseren. De theorie van intersectionaliteit suggereert dat - en probeert te onderzoeken hoe - verschillende biologische, sociale en culturele categorieën zoals geslacht, etnische achtergrond, klasse, vermogen, seksuele geaardheid, religie, opleiding, taal en andere identiteitsaspecten op meerdere en vaak gelijktijdige niveaus op elkaar inwerken, wat bijdraagt aan systematische onrechtvaardigheid en sociale ongelijkheid (8). Dit is ook zeer relevant voor deze studie, aangezien mensen met een vluchtelingenachtergrond hun

seksualiteit en reproductieve keuzes binnen verschillende sociale en morele contexten beleven. Deze contexten creëren verschillende uitdagingen voor jonge mannen en jonge vrouwen, jongeren met verschillende etnische en religieuze achtergronden en posities, seksuele meerderheden en minderheden, mensen uit hoge en lage sociale klassen. Kwetsbare leefomstandigheden (waaronder armoede, racisme en geweld etc.) waar asielzoekers en vluchtelingen mee te maken hebben, kunnen van invloed zijn op het wel of niet voorkomen van (ongewenste) zwangerschap en toegang tot anticonceptie en zorg rondom zwangerschap. We nemen de invloed van deze factoren mee in dit onderzoek, om een beter beeld te krijgen hoe diverse factoren op elkaar inwerken – en waar verbetering mogelijk is. Deze theoretische invalshoek heeft ook gevolgen voor de methodologie van het onderzoek (9,10) waarover in hoofdstuk 2.3 meer.

### **1.3 Literatuurstudie**

Wat weten we over gezinsplanning en het vóórkomen van onbedoelde zwangerschappen onder asielzoekers en vluchtelingen uit Somalië, Eritrea, Afghanistan en Syrië, die nu in Westerse landen wonen? Welke factoren hebben invloed op onbedoelde zwangerschappen? In deze paragraaf schetsen we wat bekend is uit internationale literatuur.

Voor dit literatuuronderzoek is aanvankelijk een omvangrijke hoeveelheid artikelen verzameld uit meerdere wetenschappelijke databasen. Vervolgens is een grondige screening uitgevoerd om duplicaten te verwijderen en artikelen uit te sluiten die niet voldeden aan vooraf bepaalde criteria. Een select aantal artikelen is nader beoordeeld op relevantie en kwaliteit, waarna een definitieve set studies is geïnccludeerd in dit literatuuronderzoek.

Van de geïnccludeerde studies is een groot deel uitgevoerd in de Verenigde Staten, gevolgd door een aantal landen in Scandinavië (Finland, Noorwegen, Zweden) en Australië. De meeste studies passen kwalitatieve methoden toe, veelal door middel van individuele en groepsinterviews. Een kleiner deel gebruikt kwantitatieve benaderingen. De studies focussen met name op deelnemers uit Somalië en Afghanistan, en in mindere mate op deelnemers uit Syrië en Eritrea. De meeste studies bevatten voornamelijk vrouwelijke deelnemers, terwijl slechts enkele studies zich richten op mannen. In grote lijnen behandelen deze studies de ervaringen en opvattingen van migranten uit Afghanistan, Somalië, Syrië of Eritrea ten aanzien van seksuele en reproductieve gezondheid in Westerse landen, variërend van gezinsplanning en anticonceptie tot culturele en religieuze factoren die hierop van invloed zijn.

Mensen met een vluchtelingenachtergrond in het Westen bevinden zich vaak op het kruispunt van culturele normen en verwachtingen (11,12). Deze dynamiek is bijzonder prominent wanneer het gaat om gezinsplanning en het gebruik van anticonceptie. Binnen veel gemeenschappen zijn familieverwachtingen diepgeworteld en sterk beïnvloed door tradities, religie en socio-economische omstandigheden. Deze verwachtingen kunnen variëren van het ideale aantal kinderen dat een koppel zou moeten hebben, tot de leeftijd waarop men zou moeten beginnen met het stichten van een gezin en standpunten over het gebruik van anticonceptie. Na migratie worden deze normen vaak uitgedaagd. De sociale en culturele context van het nieuwe land kan in contrast staan met die van het land van herkomst. Migranteng worden geconfronteerd met nieuwe sociale normen, economische realiteiten en een andere toegang tot gezondheidszorg en voorlichting. Het resultaat is een complex samenspel van traditionele waarden en de realiteiten van het leven in een nieuwe culturele setting.



Uit dit literatuuronderzoek blijkt dat veel mensen met een vluchtelingenachtergrond uit grote gezinnen komen en de voorkeur geven aan een groot gezin (11,13–16). Deze perceptie is diepgeworteld in sociale normen en verwachtingen (17), waarbij het hebben van veel kinderen vaak wordt geassocieerd met tekenen van vruchtbaarheid, mannelijkheid/vrouwelijkheid en een verhoogde status binnen de gemeenschap. Bovendien, in landen waar de economie traditioneel sterk leunt op de landbouw of op handmatige arbeid, wordt een groot gezin vaak gezien als een middel om economische stabiliteit te vergroten (11, 14, 15).

Kinderen worden in veel van deze culturen niet alleen gewaardeerd om praktische redenen, maar ook als symbolen van geluk en voorspoed. Voor migranten kan de wens om een groot gezin te stichten na de migratie voortkomen uit een behoefte om het gevoel van gemeenschap en ondersteuning te herstellen dat ze in hun land van herkomst mogelijk hebben verloren (17).

Studies laten zien dat na de migratie de voorkeur voor gezinsgrootte kan veranderen en de interesse van mensen in het gebruik van anticonceptie verhogen (18,19). De nieuwe omgeving en levensomstandigheden kunnen migranten bewuster maken van de voordelen van kleinere gezinnen. Mensen met een vluchtelingenachtergrond beschrijven dat een kleiner gezin partners de gelegenheid biedt voor meer persoonlijke tijd, wat kan bijdragen aan een diepere intimiteit (20). Daarnaast merken zij op dat met een beperkter aantal kinderen, ouders wellicht beter in staat zijn om elk kind voldoende middelen en aandacht te bieden. Ook zien ze in een kleiner gezin meer ruimte om zelf een opleiding te volgen of te werken (13).

Bovendien brengt migratie ook specifieke uitdagingen met zich mee voor grote gezinnen. Eenmaal gevestigd in een nieuw land, kunnen zij te maken krijgen met financiële spanningen, gebrek aan steun bij opvoeding en het gemis van een sterk familienetwerk dat ze in hun land van herkomst hadden (13,17). Hoewel de druk om een groot gezin te stichten in hun land van herkomst vaak sterk is, met name vanuit (schoon)families, kan deze verwachting na de migratie afzakken (17,21). Dit stelt veel vrouwen in staat om een grotere rol te spelen in hun beslissingen over gezinsplanning. Daardoor staan ze meer open voor een gesprek over, en het gebruik van, anticonceptie – iets dat voorheen taboe was door culturele of familiale normen (11, 15, 22, 23).

De mate van kennis over anticonceptie varieert sterk onder vluchtelinggroepen, vaak beïnvloed door hun vroegere ervaring en levensomstandigheden, toegang tot gezondheidszorg, voorlichting en onderwijs in hun land van herkomst. Uit diverse onderzoeken blijkt dat de meeste mensen hun eerste gedetailleerde informatie over anticonceptie na de migratie ontvangen, waar (zorg)professionals of vrienden de voornaamste bronnen van informatie zijn. Volgens een studie die zich richtte op de wensen en behoeften van vrouwen met betrekking tot seksuele en reproductieve gezondheid, zijn er enkele componenten die kunnen bijdragen aan een goede voorlichting. Deze omvatten interactieve groepsgesprekken, online en schriftelijke voorlichtingsmaterialen, en empathische zorg met voldoende tijd voor consultatie. Verder benadrukt de studie het belang van privacy en de voorkeur voor vrouwelijke zorgverleners, evenals de noodzaak om mannen actiever te betrekken bij deze thema's (24).

Ouders spelen ook een rol, hoewel hun comfort en openheid over het onderwerp sterk kunnen variëren, afhankelijk van hun culturele en religieuze overtuigingen over seksuele opvoeding. Binnen de relatie kan de communicatie over anticonceptie variëren van open gesprekken tot gevoelige onderwerpen die met voorzichtigheid worden benaderd. Buiten

het gezin kan de uitwisseling van informatie over anticonceptie ook plaatsvinden in vriendenkringen of gemeenschapsgroepen, waar ervaringen en kennis vaak worden gedeeld (25).

Uit diverse onderzoeken komt naar voren dat personen met een migratieachtergrond over het algemeen minder toegang hebben tot zorg, en specifiek tot anticonceptie, in vergelijking met de algemene bevolking. Deze beperkingen worden vaak veroorzaakt door factoren zoals taal en culturele barrières, onbekendheid met het gezondheidssysteem en financiële problemen (17, 26, 27). Meerdere studies laat zien dat het gebruik van anticonceptiemethoden onder migranten lager ligt dan bij de algemene bevolking (19, 26). Deze bevinding is in lijn met de observatie dat de kans op onbedoelde zwangerschap en een verhoogd aantal abortussen aanzienlijk groter is bij vluchtelingen vrouwen dan bij de algemene bevolking (19, 26, 28). Een studie uit Finland liet zien dat vrouwen van Somalische afkomst een hoger risico hebben op abortus dan vrouwen van Finse afkomst. De meeste vrouwen uit Somalië hadden vóór een abortus recentelijk een kind gekregen (29). Dit kan worden verklaard door factoren zoals culturele en religieuze opvattingen over anticonceptie en gezinsplanning, maar ook aan onvoldoende kennis over anticonceptie. Hoewel er een groeiende interesse is in orale anticonceptie en spiraaltjes na de migratie (26,28), blijft er een sterke voorkeur voor natuurlijke methoden zoals de "kalendermethode" (30), het "terugtrekken" en de "borstvoedingsmethode", die verwijst naar de natuurlijke onvruchtbaarheidsperiode tijdens borstvoeding (14). Deze natuurlijke methoden zijn over het algemeen sterk geassocieerd met een hoger risico op onbedoelde zwangerschap (13, 19, 24, 31, 32).

Het onderwerp anticonceptie roept veel zorgen op bij zowel mannen als vrouwen met een vluchtelingenachtergrond (33). Uit een aantal studies blijkt dat sommige van deze vrouwen de hormonale anticonceptiemethoden vermijden, voornamelijk uit vrees dat deze de vruchtbaarheid kunnen beïnvloeden (14, 15). Bovendien maken ze zich zorgen over diverse bijwerkingen, zoals gewichtstoename, onregelmatige of hevige bloedingen en de mogelijke effecten op vruchtbaarheid na het stoppen met de anticonceptie (14, 15). Er zijn ook zorgen over andere bijwerkingen zoals heuppijn en hartproblemen die worden toegeschreven aan het gebruik van anticonceptie (25). Vanuit het perspectief van zorgverleners is uitgebreide voorlichting cruciaal om deze vrouwen goed te informeren over gezinsplanning en anticonceptiekeuzes (30).

Religieuze overtuigingen spelen niet alleen een belangrijke rol in beslissingen rond gezinsplanning, maar ook in de keuze voor anticonceptie, zoals blijkt uit verschillende studies. Terwijl sommige vrouwen met een vluchtelingenachtergrond hun gebruik van anticonceptie onderbouwen vanuit hun religieuze overtuigingen, zijn er anderen die geloven dat anticonceptie in strijd is met hun religieuze waarden (13, 15, 23). Tot slot ondersteunen diverse studies de invloed van mannelijke partners op het anticonceptiegebruik en hoe dit invloed kan hebben op de (reproductieve) autonomie van vrouwen (13, 15, 19). Deze studies beschrijven ook dat het migratieproces genderrollen kan doen verschuiven. Dit heeft als positief resultaat dat mannelijke partners meer ondersteunend worden in de besluitvorming rondom anticonceptie (11, 15).

Uit verschillende studies blijkt dat communicatie een belangrijke factor is voor het bieden van goede (reproductieve) zorg aan vrouwen met een migratieachtergrond (16, 17, 34). Desondanks treden er vaak communicatieproblemen op. In sommige gevallen begrijpen vrouwen de uitleg van zorgverleners niet volledig, of hebben ze het gevoel dat ze niet de volledige informatie krijgen om een weloverwogen beslissing te nemen (16). Dergelijke communicatieproblemen kunnen leiden tot een verminderd vertrouwen in artsen.

Het inschakelen van tolken speelt een centrale rol in het verbeteren van de communicatie. Echter, zoals uit onderzoek naar voren komt, zijn tolken niet altijd beschikbaar, waardoor zorgverleners soms genoodzaakt zijn om familieleden in te schakelen voor vertaling (16, 35). Dit roept zorgen op over vertrouwelijkheid. Er bestaat namelijk een angst bij sommige vrouwen dat een tolk iemand zou kunnen zijn uit hun eigen gemeenschap, en daardoor gevoelige informatie zou kunnen lekken (36). Bovendien kan het geslacht van de tolk, evenals dat van de zorgverlener, een bepalende factor zijn voor hoe comfortabel vrouwen zich voelen bij het bespreken van intieme zaken zoals anticonceptie (34). Veel vrouwen hebben een sterke voorkeur voor een vrouwelijke zorgverlener.

Daarnaast benadrukken verschillende studies het voorkomen van racisme en discriminatie in reproductieve gezondheidszorgomgevingen (15, 17, 37, 38). Dit manifesteert zich onder andere in de vorm van oordelen en stigmatisering van vrouwen met grote gezinnen. Culturele misverstanden en vooroordelen, zoals het minder waarderen van grote gezinnen in sommige Westerse landen, kunnen de interactie negatief beïnvloeden (11). Sommige zorgverleners hebben verkeerde aannames over de autonomie en de keuzes van, in het bijzonder moslimvrouwen, wat soms resulteert in schadelijke en incorrecte veronderstellingen.

Ondanks de variërende focus van deze studies op verschillende aspecten van reproductieve gezondheid bij migranten, is er één gemeenschappelijke consensus: het belang van zorg die zowel persoonlijk als respectvol is voor iemands cultuur. Vooral binnen de gevoelige sfeer van reproductieve gezondheidszorg is een respectvolle en cultuur sensitieve benadering onmisbaar (15–17, 34, 37, 38).

## 1.4 Leeswijzer

In dit onderzoeksrapport beschrijven we de analyse van de interviews en focusgroepen. Het eerste deel van het rapport gaat over invloeden op reproductieve keuzes van mensen met een vluchtelingachtergrond. In het tweede deel gaat het over informatie, voorlichting en toegang tot anticonceptie. Tenslotte presenteren we in het derde deel een nieuw model dat weergeeft welke factoren invloed hebben op de regie die mensen met een vluchtelingachtergrond ervaren rondom reproductieve keuzes. Ook doen we gerichte aanbevelingen, zodat de geboden ondersteuning beter aansluit bij de behoeften van mensen met een vluchtelingachtergrond.

*Diversiteit in culturen en religieuze beleving.* In dit rapport wordt voor de leesbaarheid soms gesproken over een groep met een bepaalde culturele herkomst of religie. Tegelijkertijd is de diversiteit binnen de groepen heel groot. We hebben gepoogd geen enkelvoudig beeld te schetsen en steeds te specificeren hoe bijvoorbeeld religie een rol speelt op verschillende manieren. Mocht de tekst toch leiden tot een stereotype beeld over een bepaalde groep, dan willen we benadrukken dat de lezer steeds voor ogen moet houden dat ieder mens uniek is. De sociale context waarin iemand opgroeit heeft veel invloed op iemands opvattingen, maar daarnaast spelen levenservaringen mee en karakter, waardoor elk mens toch weer diens eigen weg gaat. Dat vraagt van de lezer, net als van professionals in de zorg, om telkens opnieuw met open blik naar een ander kijken, en niet te snel aannames doen, vanuit culturele of religieuze kaders.

*Diversiteit in gender en sekse.* In dit rapport wordt er veel over mannen en vrouwen gesproken. We geven daardoor een binair beeld van sekse en gender, terwijl niet iedereen zich in deze tweedeling kan herkennen. Toch hebben we ervoor gekozen, omdat de

onderzoeksgroep deze tweedeling hanteert en we geen afstand van hun verhalen willen creëren (door bijvoorbeeld te spreken van mensen met een baarmoeder in plaats van vrouwen). We willen echter benadrukken dat er ook mensen met een vluchtelingachtergrond zijn, die zich niet in deze binaire genderverdeling kunnen vinden.

Tenslotte, alle namen in dit rapport zijn pseudoniemen, vanwege de privacy van de deelnemers.

## 2 Onderzoeksdesign

### 2.1 Doelstelling

Dit onderzoek is gericht op het exploreren van de opvattingen, behoeften en strategieën van mensen met een vluchtelingenachtergrond, rond gezinsplanning, kinderwens en preventie van onbedoelde zwangerschappen. Het doel van dit onderzoek is om nieuwe kennis en inzichten aan te dragen voor beleidsmakers en professionals, zodat zij kunnen bijdragen aan het verbeteren van de reproductieve gezondheid van mensen met een vluchtelingachtergrond, inclusief het voorkomen van onbedoelde zwangerschappen. Dit vierjarig project New Perspectives omvat naast het onderzoek ook een traject om de bevindingen te vertalen naar gezondheidswerkers, instellingen en migrantenorganisaties, zodat zij met hun diensten nog beter kunnen aansluiten bij de behoeften en opvattingen van mensen met een vluchtelingachtergrond.

### 2.2 Onderzoeksvragen

Dit onderzoek gaat over de opvattingen, strategieën en behoeften van mensen met een vluchtelingachtergrond rondom reproductieve keuzes. Er zijn drie hoofdvragen die we in dit onderzoek willen beantwoorden, waar een aantal subvragen onder geformuleerd zijn:

1. Wat zijn **opvattingen** van vluchtelingen uit Syrië, Eritrea, Afghanistan en Somalië over hun seksuele en reproductieve keuzes, inclusief gezinsplanning, anticonceptie en omgang met (on)bedoelde zwangerschappen?
  - Welke waarden en discourses beïnvloeden de manier waarop mensen uit Syrië, Eritrea, Afghanistan en Somalië uiting geven aan hun opvattingen en behoeften?
2. Wat beïnvloedt de (mate van) regie die mensen met een vluchtelingachtergrond ervaren over hun reproductieve leven en hoe navigeren ze tussen verschillende verwachtingen en culturen (wat zijn hun **strategieën**)?
  - Hoe beïnvloeden gender en andere sociale normen de navigatieruimte voor verschillende subgroepen (verschillende leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, etc.) binnen de vier vluchtelingengroepen, met betrekking tot reproductieve keuze en (on)bedoelde zwangerschappen?
  - Hoe navigeren mensen uit Syrië, Eritrea, Afghanistan en Somalië de sociale, culturele en religieuze normen van hun gemeenschap en die van de Nederlandse samenleving bij het verkrijgen van controle over hun eigen seksuele en reproductieve gezondheid?
  - Wat was behulpzaam bij de beslissing om al dan niet een kind te krijgen, bij het voorkomen van een ongewenste zwangerschap, bij het verkrijgen van toegang tot diensten en informatie en in de steun van school of ouders/familie en/of leeftijdsgenoten?
3. Wat hebben mensen met een vluchtelingachtergrond nodig om meer regie te krijgen? (inclusief wat vraagt dat van Nederlandse zorgprofessionals) – **behoeften**.
  - Welke behoeften hebben mensen uit Syrië, Eritrea, Afghanistan en Somalië in relatie tot Nederlandse instellingen en hun eigen gemeenschappen met betrekking tot informatie en ondersteuning om hun seksuele en reproductieve gezondheid te versterken?
  - Hoe kunnen Nederlandse zorgprofessionals de strategieën van mensen uit Syrië, Eritrea, Afghanistan en Somalië versterken?

- Welke voorwaarden zijn belangrijk bij het leggen van contact tussen zorgverleners, voorlichters en mensen uit Syrië, Eritrea, Afghanistan en Somalië?

## 2.3 Onderzoeksgroep

In dit onderzoek willen we inzicht krijgen in opvattingen en behoeften, maar ook in de strategieën die mensen gebruiken om aan informatie te komen en wat voor hen werkt in relatie tot de dienstverleners. Te verwachten is dat groepen die langer in Nederland wonen, meer gebruik weten te maken van voorzieningen zoals informatie over anticonceptie. Daarom hebben we zowel relatieve nieuwkomers (minder dan vijf jaar in Nederland) als vluchtelingengroepen die al veel langer in Nederland zijn (minstens vijf jaar) in ons onderzoek betrokken. In het onderzoek richten we ons op vier verschillende groepen met een vluchtelingenachtergrond, afkomstig uit Syrië, Eritrea, Somalië en Afghanistan. De grootste twee groepen onder de nieuwkomers zijn afkomstig uit Syrië en Eritrea. In 2022 woonden bijna 126.260 Syriërs en 25.080 Eritreeërs in Nederland<sup>2</sup>. We namen daarnaast twee van de grotere groepen met een langere geschiedenis in Nederland mee, uit Somalië en Afghanistan. In 2022 woonden er 41.064 Somaliërs en 54.991 Afghanen in Nederland<sup>3</sup>. In bijlage 3 hebben we meer informatie opgenomen over de sociaal economische situatie, leeftijdsopbouw, religie en andere achtergrond kenmerken van de vier groepen.

## 2.4 Onderzoeksdesign: participatieve aanpak

Praten over reproductieve gezondheid en keuze, en (onbedoelde) zwangerschap is een gevoelig onderwerp, voor iedereen en al helemaal voor mensen die uit een samenleving komen waar praten over deze thema's taboe is. In het onderzoeksdesign hebben we daarom een aantal condities meegenomen, om dit onderzoek te doen slagen.

### **Participatief: samen met mensen met een vluchtelingenachtergrond**

Dit onderzoek is een samenwerking van zes organisaties, waaronder vier grassroots migrantenorganisaties en een onderzoeksteam van tien mensen, waarvan 9 mensen een vluchtelingenachtergrond hebben. De organisaties achter dit onderzoek zijn: Rutgers, Pharos, Voice of All Women, HIMILO, Cultuur in Harmonie en stichting Syrische Vrouwen Emmen (zie bijlage 2 voor meer informatie over de organisaties). Rutgers is de projectleider van het onderzoek. Twee onderzoekers van Rutgers en Pharos hebben samen het onderzoeksteam opgeleid en begeleid, de data geanalyseerd en het rapport geschreven. De vier migrantenorganisaties hebben in elke fase van het onderzoek advies gegeven en co-onderzoekers en deelnemers geworven voor de focusgroepen en interviews. Zij zullen ook in de implementatie van het onderzoek een grote rol spelen.

Daarnaast heeft een expertgroep van mensen met een vluchtelingenachtergrond advies gegeven over de opzet van het onderzoek, de werving en de vraagstelling in het eerste jaar van het project.

### **Onderzoeksteam**

In het onderzoeksteam werkten de onderzoekers van Rutgers en Pharos samen met acht co-onderzoekers met een vluchtelingenachtergrond. Aangezien elke vluchtelingengroep zijn eigen taal en cultuur heeft en dus ook hun eigen manier van omgaan met reproductieve gezondheid en zwangerschap, hebben we uit elke groep twee co-onderzoekers betrokken,

<sup>2</sup> Migratie uit Syrië en Syrische inwoners (Syriërs) in Nederland (bijgewerkt 2023!) | AlleCijfers.nl en Migratie uit Eritrea en Eritrese inwoners in Nederland (bijgewerkt 2023!) | AlleCijfers.nl

<sup>3</sup> Migratie uit Somalië en Somalische inwoners (Somaliërs) in Nederland (bijgewerkt 2023!) | AlleCijfers.nl en Migratie uit Afghanistan en Afghaanse inwoners (Afghanen) in Nederland (bijgewerkt 2023!) | AlleCijfers.nl

een man en een vrouw (zodat de interviews met mannen door een man en met vrouwen door een vrouw afgenomen konden worden). Uit gesprekken met de co-onderzoekers bleek deze seksspecifieke benadering voor de meeste groepen ook inderdaad wenselijk, alleen voor de Eritrese groep werd niet nodig gevonden en hebben beide co-onderzoekers zowel mannen als vrouwen geïnterviewd.

De co-onderzoekers hebben ervoor gezorgd dat we in dit onderzoek de deelnemers konden bereiken en doordat ze cultuursensitief zijn en begrip hebben voor de verhalen van de deelnemers (het insiders perspectief) heeft dit geleid tot grote diepgang in de interviews (39,40,41). De co-onderzoekers zijn de belangrijkste pijler van onze onderzoeksstrategie. Zij zijn bij elke fase van het onderzoek betrokken. Vanaf de start van het project is er gebouwd aan een duurzame relatie met het onderzoeksteam, waarin zowel co-onderzoekers als onderzoekers van Rutgers en Pharos zich welkom, betrokken en verbonden voelen.

### **Training en begeleiding**

Een intensieve training in het eerste jaar heeft gezorgd dat de co-onderzoekers kennis en vaardigheden opdeden die ze nodig hadden voor de uitvoering van het onderzoek. In de training en begeleiding van de co-onderzoekers was ook aandacht voor hun eigen attitudes ten aanzien van seksualiteit, gendernormen en reproductieve rechten, om te stimuleren dat zij zich bewust waren van hun eigen posities en in de interviews een ethische, professionele houding konden innemen als er verschillen in opvattingen waren.

Tegelijkertijd is de kennis en ervaring van de co-onderzoekers erg belangrijk geweest om cultuursensitieve onderzoeksinstrumenten te ontwikkelen (bijvoorbeeld over welke vragen je wel en niet kunt stellen en welke volgorde wenselijk is). In het onderzoeksteam is het eerste jaar een hechte band ontstaan, waarin ieders opvattingen, capaciteiten en verschillen worden gewaardeerd. De inhoudelijke inbreng van de co-onderzoekers was onmisbaar om dit onderzoek te kunnen doen. Tijdens de dataverzameling in het tweede projectjaar waren er om de twee maanden intervisiebijeenkomsten, waar de co-onderzoekers hun dilemma's bespraken en gezamenlijk naar oplossingen voor knelpunten werd gezocht.

Als randvoorwaarden voor deze prettige samenwerking gold natuurlijk dat de co-onderzoekers een contract als zzp'er met betaling tegen een normaal tarief, voor het werven van respondenten, het begeleiden van focusgroepen, het afnemen en transcriberen van de interviews, het interpreteren van de resultaten en het vertalen ervan naar de migrantengroepen. Ook in de implementatie van dit onderzoek zullen zij een belangrijke rol spelen, in de verspreiding en toepassing van de resultaten onder de professionals. Hetzelfde geldt voor de migrantenorganisaties, die zullen adviseren, werven en helpen bij het verspreiden van de onderzoeksresultaten.

### **Investeren in vertrouwen**

De onderzoeksperiode besloeg drie jaar, het vierde jaar is geheel ingericht om de resultaten te implementeren. Deze drie jaar tijd was om verschillende redenen nodig: we hebben het eerste jaar besteed aan de werving en opleiding van de co-onderzoekers, het opzetten van de adviescommissie en het verzamelen van input van de partners. Vanwege de taboes en gevoelige onderwerpen is tijd nodig voor het opbouwen van vertrouwen in alle samenwerkingsrelaties. Het is belangrijk om tijd te nemen om in deze samenwerking te investeren en vertrouwen op te bouwen tussen de verschillende organisaties, tussen de onderzoekers, de organisaties en de gemeenschappen die ze vertegenwoordigen.

## 2.5 Dataverzameling

Het onderzoek bestond uit twee rondes van dataverzameling:

### 1. Focusgroep Discussies (september 2021 - maart 2022)

De eerste dataverzameling bestond uit acht focusgroepen, met apart mannen en vrouwen van elk van de vier groepen. (zie tabel 1 voor een overzicht van de deelnemers). De focusgroepen werden door de partnerorganisaties georganiseerd en gefaciliteerd door twee onderzoekers, waarvan één onderzoeker dezelfde achtergrond had en de taal sprak van de deelnemers (op vlak van land van herkomst en geslacht). Door coronamaatregelen van dat moment waren we genoodzaakt om twee van de acht focusgroepen online te houden. De overige focusgroepen waren live, op de locatie van de partnerorganisatie. In de focusgroep werden de normen besproken die in de community gelden ten aanzien van trouwen, het aantal gewenste kinderen, anticonceptie, abortus en genderverhoudingen en werd ingegaan op verschillen tussen Nederland en het land van herkomst. Ook werd er geëxploreerd wat de achtergronden van een onbedoelde of ongewenste zwangerschap konden zijn en hoe daarmee omgegaan werd. Zie bijlage 4 voor de topiclijst van de focusgroepen. In de focusgroepen werden niet alleen normen en opvattingen gedeeld, maar ook persoonlijke voorbeelden gegeven. De focusgroepen zijn merendeels tweetalig gehouden en getranscribeerd in het Nederlands. De input van de focusgroepen is geanalyseerd en meegenomen in dit rapport. Daarnaast zijn ze gebruikt om de topiclijst voor de interviews te ontwikkelen.

**Tabel 1. Participanten van de focusgroepen naar geslacht en land van herkomst (n = 59).**

	Afghanistan	Eritrea	Somalië	Syrië	Totaal
Man	10	6	9	6	31
Vrouw	8	6	6	8	28
<b>Totaal</b>	<b>18</b>	<b>12</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>59</b>

### 2. Diepte-interviews (april 2022 - december 2022)

In de volgende fase zijn meer persoonlijke verhalen over reproductieve keuze en zwangerschap verzameld door middel van semigestructureerde interviews. Samen met de co-onderzoekers is de topiclijst ontwikkeld, om culturele gevoeligheid in de vraagstellingen te garanderen. De interviews hadden als topics: (1) familie achtergrond en eigen gezin, (2) kindereens, anticonceptie, keuzes, (3) gendernormen, (4) informatie en ondersteuning. Zie bijlage 5 voor de topiclijst van de interviews. Aangezien er veel diversiteit is onder migranten met een vluchtelingenachtergrond (in leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, religie, burgerlijke staat, seksuele geaardheid, enz.), hebben we 20 tot 30 interviews gehouden met elk van de vier groepen, wat resulteert in 118 interviews in totaal. In tabel 2 staat een overzicht van de kenmerken van de deelnemers aan de interviews.

De co-onderzoekers zijn vertrouwd met de taal van herkomst, waarin ze de interviews deden. Ook kennen ze de achtergrond en taboes waardoor ze op een begrijpelijke en passende manier hebben kunnen interviewen. In de intervisiebijeenkomsten kwam wel als knelpunt naar voren dat het soms lastig is om door te vragen, als er een cultureel taboe ligt. Dit kan moeilijker zijn voor een interviewer die geacht wordt de culturele codes te kennen, dan voor een witte interviewer. Ook kunnen deelnemers zich meer schamen tegenover iemand van de eigen gemeenschap, als het gaat over seks voor het huwelijk of onbedoelde zwangerschap. Daarom heeft een witte vrouwelijke antropologe, die vaker interviews doet met mensen met een vluchtelingenachtergrond, aanvullende interviews



gehouden met negen (meest) ongetrouwde jonge vrouwen (zie 9.3 voor een reflectie op de onderzoeksmethode).

**Tabel 2. Participanten van de interviews (n=118)**

	Afghanistan	Eritrea	Somalië	Syrië	Totaal
<b>Geslacht</b>					
Man	11	15	12	12	50
Vrouw	19	18	16	15	68
<b>Totaal</b>	<b>30</b>	<b>33</b>	<b>28</b>	<b>27</b>	<b>118</b>
<b>Leeftijd</b>					
0-20	2	0	0	1	3
20-30	11	19	6	13	49
30-40	6	7	12	7	32
40-50	4	2	6	4	16
50-60	4	4	3	2	13
60 +	3	1	1	0	5
<b>Totaal</b>	<b>30</b>	<b>33</b>	<b>28</b>	<b>27</b>	<b>118</b>
<b>Aantal kinderen</b>					
Geen	9	13	6	13	41
1 of 2 kinderen	4	10	7	8	29
3 of 4 kinderen	3	6	6	5	20
5 of meer kinderen	3	4	5	1	13
Onbekend	-	-	-	-	15
<b>Totaal</b>					<b>118</b>
<b>Huwelijkse staat</b>					
Getrouwd	18	16	19	14	67
Ongetrouwd	11	13	8	12	44
Gescheiden	0	1	0	1	2
Weduwe	1	0	1	0	2
Onbekend	-	-	-	-	3
<b>Totaal</b>					<b>118</b>
<b>Gemiddeld aantal jaren in Nederland (bereik)</b>					
	15 (1 - 28) jaar	7 (1.5 - 36) jaar	17 (1.5 - 30) jaar	5 (1 mnd - 11 jaar)	
<b>Herkomstomgeving (land herkomst)</b>					
Platteland	6	17	2	9	34
Stad	17	16	21	13	67

## 2.6 Analyse en validering

Onderzoekers van Rutgers en Pharos (de eerste drie auteurs van dit rapport) hebben de data geanalyseerd. Het analyseren van de interviews en focusgroepen vond in meerdere stappen plaats. De eerste stap was het letterlijk transcriberen van alle interviews en focusgroepen. De meeste interviews zijn door de co onderzoekers vertaald en uitgeschreven. Een aantal interviews en focusgroepen was in het Nederlands en zijn uitgetypt door een transcriptiebureau. De tweede stap bestond uit het coderen. Twee van de drie onderzoekers hebben de interviews gecodeerd, in het softwareprogramma voor kwalitatief onderzoek MaxQDA. Met de derde onderzoeker vond regelmatig overleg plaats

over de codeboom. De analyse is gedaan volgens de methode van de constante vergelijking (*Constant comparison analysis*), oorspronkelijk ontwikkeld door Glaser en Strauss, als basis voor Grounded Theory (42). Deze analyse kent drie fasen:

1. *Open coderen van teksten*: Toekennen van codes aan stukken tekst die een bepaalde betekenis hebben.
2. *Axiaal coderen*: Groeperen van codes in categorieën.
3. *Selectief coderen*: Thema's toekennen die de inhoud van de te onderscheiden categorieën weergeven.

De analyse is vervolgens voorgelegd op een bijeenkomst met het gehele onderzoeksteam, zodat de co-onderzoekers feedback konden geven. Dit leverde een aantal verdiepende vragen op, waarmee de onderzoekers opnieuw naar de data hebben gekeken (bijvoorbeeld in hoeverre bij weinig behoefte aan informatie over anticonceptie meespeelt of mensen wel weten waar ze naar zouden kunnen vragen en wat hun rechten zijn). Daarna zijn de onderzoekers het conceptrapport gaan schrijven. Het conceptrapport is vervolgens ook voorgelegd aan zowel de co-onderzoekers als de partners en de begeleidingscommissie, om na te gaan of de bevindingen herkenbaar zijn, of mensen inschatten dat ze representatief zijn voor de hele groep of slechts een selectie. Ook in de interpretatie van de onderzoeksresultaten is gevoeligheid voor taal en betekenis van groot belang. Daarom is het betrekken van de co-onderzoekers en de gemeenschappen bij de validatie een essentiële stap.

## 2.7 Ethische aspecten

We hebben een aantal stappen genomen om te waarborgen dat dit onderzoek de ethische richtlijnen voor goed onderzoek volgt, in overeenstemming met de gedragscode van Rutgers en de leidraad voor ethische overwegingen bij het plannen en beoordelen van onderzoeken naar seksuele en reproductieve gezondheid (WHO 2018). Hieronder valt onder andere vrijwillige deelname, waarborgen tegen onthulling van de identiteit van deelnemers en respect voor deelnemers. We hebben het onderzoek ethisch laten toetsen door de Ethische Commissie van de Universiteit Utrecht<sup>4</sup> en goedkeuring gekregen. Hieruit kwam ook naar voren dat Medisch Ethische Toetsing (WMO) niet nodig was gezien de aard van het onderzoek. Om te zorgen dat het onderzoek de deelnemers op geen enkele manier kon schaden, zijn de volgende ethische richtlijnen gevolgd:

- **Leeftijd/kwetsbaarheid**: deelnemers zijn tenminste 16 jaar oud.
- **Consent**: (1) Deelnemers worden geïnformeerd over het doel en de publicatie van het onderzoek; (2) deelnemers wordt expliciet om toestemming gevraagd (informed consent); (3) tijdens het proces van dataverzameling (focusgroepen of interviewen), worden deelnemers geïnformeerd dat ze zich op elk moment kunnen terugtrekken en worden ze aangespoord om zich uit te spreken als ze iets niet willen vertellen of zich ongemakkelijk voelen.
- **Respectvolle, veilige ruimte**: alle interviewers zijn bekwaam in het creëren van een veilige omgeving, in respectvol en niet-oordelend luisteren, en in het op een juiste manier omgaan met emoties.
- **Nazorg**: we zorgen voor korte lijnen met organisaties waar mensen terecht kunnen als ze aanvullend hulp of informatie zoeken.
- **Anonimiteit**: de gegevens werden gecodeerd en opgeslagen onder fictieve namen. Bij elke vorm van schriftelijke of mondelinge verslaglegging wordt de grootst mogelijke zorgvuldigheid betracht om ervoor te zorgen dat citaten niet herleidbaar waren tot een specifieke persoon.

<sup>4</sup> Ethics Committee of the Faculty of Social and Behavioural Sciences of Utrecht University, filenumber 21-0384

- **Extra kwetsbaarheid ongedocumenteerden:** gezien de kwetsbare positie van ongedocumenteerden en asielzoekers zonder status zullen we zeer zorgvuldig omgaan met de verzameling van data en disseminatie hiervan. De meeste deelnemers hadden wel een (tijdelijke) verblijfsvergunning. Er zal op geen enkele manier druk of dwang uitgeoefend worden op respondenten voor deelname.
- **Zorg voor co-onderzoekers:** In het project nemen we ook het welzijn van de co-onderzoekers zeer serieus. Zij krijgen gerichte informatie en begeleiding bij het omgaan met lastige situaties en confrontatie met emoties en problemen bij het doen van interviews en begeleiding van focusgroepen. Hiertoe organiseren Rutgers en Pharos intervisie voor de co-onderzoekers en een vast samenwerkingsmaatje.

## 2.8 Databeheer

We hebben een datamanagement plan opgesteld, in samenwerking met de Universiteit Utrecht.

Zoals ZonMw vraagt, zullen we kijken of het mogelijk is om de data van het onderzoek deelbaar te maken, zodat anderen onze bevindingen kunnen verifiëren of de gegevens kunnen hergebruiken om andere onderzoeksvragen te beantwoorden. Daartoe zullen we ervoor zorgen dat onze gegevens vindbaar, toegankelijk, interoperabel en herbruikbaar (FAIR) zijn en de ZonMw-richtlijnen voor het beheer van onderzoeksgegevens volgen. Tegelijkertijd zullen wij heel nauwkeurig omgaan met de vertrouwelijkheid van de data om de privacy van de deelnemers te waarborgen. Dit betekent dat we geen transcripten van interviews kunnen delen, omdat deze te herleiden zijn naar deelnemers. Zodra er een vraag komt van een onderzoeker naar de data, zullen we kijken wat we wel kunnen delen aan informatie.



### **3 Vertrekpunten: culturele ideologie en opvattingen over gender en seksualiteit in landen van herkomst**

*Elke familie heeft verwachtingen over kinderen krijgen, maar ook gewoon verwachtingen voor jou als vrouw zijnde. De verwachtingen zijn dat je je netjes, gedisciplineerd en respectvol opstelt ten aanzien van je familie en ze koste wat het kost geen schaamte brengt. Ze verwachten dat je trouwt met een man die uit een goede familie komt en een goede naam heeft, het liefst uit je eigen regio of stad. En dat jullie daarna kinderen krijgen, hoe meer, hoe beter over het algemeen. Een vrouw met kinderen is een vrouw die respect en status krijgt van haar netwerk en omgeving. Haar familie zal trots op haar zijn als ze haar leven op die manier leeft. Het is onze cultuur..(Yordanos, Eritrese vrouw, 37 jaar, 2 jaar in NL, getrouwd, 3 kinderen).*

Culturele ideologie is enorm bepalend voor de normen en waarden die er in een land zijn met betrekking tot gender en seksualiteit. De cultuur heeft een diepgaande invloed op percepties en houdingen van individuen binnen de gemeenschap en is vormend voor hun wereldbeeld, hun gedrag en hun relaties met anderen, zoals ook in hoofdstuk 1 in het model van Bronfenbrenner beschreven (7). In dit hoofdstuk beschrijven we de culturele ideologie rondom gender, seksualiteit en gezinsvorming die te horen is in de verhalen van de deelnemers. Opvattingen betreft seksualiteit, huwelijk en gezinsvorming variëren tussen landen, maar ook binnen een land is er vaak verschil tussen regio's, tussen stad en platteland en tussen bevolkingsgroepen. Mensen worden gevormd door deze opvattingen via opvoeding, onderwijs, religie en sociale interactie. Uit het onderzoek (en ook uit literatuur) komt naar voren dat er diverse overeenkomsten zijn tussen de ideologie in de vier landen, maar ook verschillen.

Hoewel er duidelijk patronen te identificeren zijn, is het van groot belang te benadrukken dat binnen iedere samenleving culturele diversiteit is. Binnen regio's, etnische groepen, religieuze gemeenschappen en individuen zijn veel variaties en het is niet mogelijk om conclusies te trekken over de gehele bevolking van deze landen. Culturele ideologie is complex en gelaagd en wordt door een breed scala aan factoren beïnvloed. In dit onderzoek hebben we maar een beperkt aantal deelnemers gesproken. Bovendien representeren zij een groep van de bevolking die is gevlucht. Dit is een specifieke groep binnen een bevolking, die om verschillende redenen hun land hebben verlaten. Mensen met meer (financiële) middelen en mogelijkheden hebben een grotere kans om succesvol te migreren. Met hun ervaringen kunnen zij een unieke inkijk geven in de ideologie en situatie in hun land van herkomst, maar deze kunnen niet noodzakelijkerwijs worden beschouwd als een volledige weerspiegeling van opvattingen in deze landen.

#### **3.1 Genderrollen en genderverhoudingen**

Genderrollen en genderverhoudingen zijn diepgeworteld in religieuze en culturele ideologieën, die de basis vormen voor de overtuigingen, normen en waarden binnen een samenleving. Deze ideologieën beïnvloeden verschillende aspecten van het leven, zoals het onderwijs, de arbeidsmarkt, de politiek en vooral ook het gezinsleven. Ze bepalen de verwachtingen en gedragingen met betrekking tot gender en dienen als voorbeeld voor de relaties tussen mannen en vrouwen. In alle vier landen die in dit onderzoek zijn betrokken,

is een duidelijke genderrolverdeling in de samenleving te zien. Uit de ervaringen van veel deelnemers blijkt dat mannen vaak als kostwinners worden gezien, terwijl van vrouwen wordt verwacht dat ze voor de kinderen zorgen en huishoudelijke taken zoals wassen, boodschappen doen en koken op zich nemen. Deze verschillende rollen worden zoveel mogelijk gescheiden gehouden.

*De Somalische cultuur kent termen leiders en volgers. Mannen zijn leiders en vrouwen zijn volgers. Als er probleem is binnen de familie of binnen de gemeenschap, komen mannen bij elkaar om een oplossing te bedenken dat is ook de verwachting. Vrouwen hebben hierin geen actieve rol. Daarentegen, als er een feestelijke bijeenkomst georganiseerd moet worden, zoals een bruiloft of een geboortefeest, dan is de verwachting dat vrouwen alles organiseren. Mannen zijn hier te gast. Met andere woorden alles wat buiten het huis gebeurt, is de man de aangewezen persoon en alles wat binnen het huis geregeld moet worden is de vrouw verantwoordelijk voor.” (Said, Somalische man, 55 jaar, 10 jaar in NL, getrouwd, 12 kinderen).*

Het gebrek aan, of beperkte mogelijkheid tot, opleiding bij vrouwen draagt bij aan het feit dat het voor hen moeilijk is om een baan te vinden. Uit interviews blijkt ook dat het harde werk dat op het platteland wordt verwacht, vaak als werk wordt beschouwd dat uitsluitend geschikt is voor mannen. Mannen worden als primaire kostwinners gezien. Daarnaast werd vaak genoemd dat mannen een leidende rol hebben binnen het gezin en de besluitvorming over belangrijke zaken in handen hebben. Ook binnen de gemeenschap bekleden mannen vaak een belangrijke positie: “In de meeste gezinnen in Somalië is de man de baas. Hij neemt belangrijke beslissingen, soms in overleg met de moeder en vaak niet. Als er iets niet goed gaat binnen het gezin wordt de man aangesproken en niet de vrouw.” (Safi, Somalische man, 33 jaar, 15 jaar in NL, getrouwd, 3 kinderen).

De strikte rolverdeling kan op verschillende manieren worden geïnterpreteerd. Sommige deelnemers geven aan dat het op een prettige manier duidelijkheid biedt; zowel op individueel niveau als binnen de gemeenschap weet iedereen wat zij van elkaar kunnen verwachten. “Er is gelijkheid in de Nederlandse samenleving. In de Afghaanse samenleving kan dit ook wel zo zijn, maar dat hangt af van je klasse en ook naar of je opgeleid bent of niet. Een vrouw in Nederland vindt het niet vanzelfsprekend dat zij de thee moet brengen. Ze gaan meer uit van wie dan kan. In de Afghaanse gemeenschap is het al duidelijk wie wat gaat doen. Je hebt dan ook minder communicatie nodig.” (Ghatera, Afghaanse vrouw, 33 jaar, 17 jaar in NL, ongetrouwd, geen kinderen). Echter, vaak leidt deze rolverdeling er ook toe dat vrouwen zich in een gemarginaliseerde positie bevinden. Zij ervaren beperkte bewegingsvrijheid en dienen striktere regels na te leven. “Ik denk dat er een heel groot verschil is tussen Nederland en Syrië, hier hebben de vrouwen het recht om te kiezen of ze kinderen willen of niet, willen trouwen of niet, maar Syrië zijn altijd de mannen die dit soort dingen bepalen.” (Nasreen, Syrische vrouw, 43 jaar, 6 jaar in NL, gescheiden, geen kinderen). Daarom concluderen sommige deelnemers dat een duidelijke taakverdeling best goed kan werken, mits het past bij hoe je zelf in het leven staat: “Het is ook niet zozeer iets slechts, ik vind wel dat we een mooie cultuur hebben en achter elke norm zit ook wel een idee. Als je het zo bekijkt, is het ook wel iets moois dat de man de ‘provider’ is en de vrouw juist de zorgdrager, alleen moet het wel passen in wat jij zelf wilt in het leven.” (Haben, Eritrese man, 28 jaar, geboren in NL, ongetrouwd, geen kinderen).

Mannen genieten over het algemeen meer rechten, privileges en vrijheden. Dit geldt niet alleen in relationele verhoudingen, maar ook binnen gezinnen, waar zonen vaak meer vrijheid hebben dan dochters. Naast de arbeidsverdeling, speelt er ook een druk op vrouwen om zich moreel zedelijk te gedragen. “Vrouwen moeten hun man respecteren en

mannen moeten hun vrouw liefhebben. Ze moeten loyaal zijn naar elkaar. Vrouwen moeten schoon zijn en respectabele kleding dragen.” (Dehab, Somalische vrouw, 28 jaar, 7 jaar in NL, getrouwd, 3 kinderen). Vrouwen worden geacht kuisheid strikter te handhaven en altijd respectvol te zijn naar anderen, terwijl zij liefde moeten tonen aan hun echtgenoten. Het wordt van hen verwacht dat zij zich netjes gedragen en passend kleden, en ook de manier van interactie volgt bepaalde verwachtingen. Ook worden vrouwen vaak geconfronteerd met beperkte bewegingsvrijheid, waarbij ze bijvoorbeeld minder laat buiten mogen zijn dan mannen en zich niet alleen op straat mogen begeven.

Maar deze genderrollen zijn niet onveranderlijk. Ze kunnen veranderen onder invloed van veranderende sociale, politieke en economische omstandigheden, zowel in de landen van herkomst als in de diaspora. In sommige gevallen kunnen vrouwen bijvoorbeeld de rol van kostwinner op zich nemen, vooral wanneer de man niet in staat is om voor het gezin te zorgen. Ook binnen gemeenschappen is er diversiteit, afhankelijk van factoren zoals sociale klasse, leeftijd en opleidingsniveau. Een voorbeeld waarbij genderrollen over de tijd zijn veranderd is de huidige politieke situatie in Afghanistan. Door de machtsovername van de Taliban wordt de vrijheid die vrouwen eerst hadden drastisch ingeperkt. “Een man kan in Afghanistan studeren. De vrouwen moeten thuisblijven. Nu vooral vanwege de Taliban situatie.” (Selai, Afghaanse vrouw, 30 jaar, 2 jaar in NL, getrouwd, 3 kinderen).

Daarnaast is geografische achtergrond van een individu, zoals of zij zijn opgegroeid op het platteland of in de stad, bepalend voor de mate waarin gendernormen van invloed zijn. Zo geven deelnemers die zijn opgegroeid in een hoogopgeleid, ruimdenkend gezin waar veel ruimte was voor ambitie bijvoorbeeld vaak aan dat er geen tot weinig onderscheid werd gemaakt tussen jongens en meisjes. De verhoudingen tussen mannen en vrouwen zijn ook sterk afhankelijk van maritale status, gehuwde vrouwen hebben doorgaans meer vrijheid, status en zeggenschap dan ongehuwde vrouwen. “Voor ongetrouwde vrouwen is het moeilijker. Zij mogen niet met mannen praten. Voor een ongetrouwde vrouw is het wat strenger dan voor een getrouwde vrouw.” (Berhane, Eritrese man, 38 jaar, 7 jaar in NL, getrouwd, 2 kinderen).

Uit de verhalen van deelnemers komt naar voren dat genderrollen- en verhoudingen een diepgaande invloed hebben op de identiteit, het gedrag en de levenservaringen van zowel mannen als vrouwen.

## **3.2 Seksualiteit, huwelijk en gezinsvorming**

### **Seksualiteit: taboes**

Er zijn sterke overeenkomsten tussen Syrië, Eritrea, Somalië en Afghanistan in opvattingen over seksualiteit, het huwelijk en gezinsvorming. Seksualiteit wordt vaak als een privé onderwerp gezien, waar niet openlijk over gesproken dient te worden met je omgeving. Dit is een reflectie van de diepgewortelde culturele en religieuze overtuigingen die seksualiteit als een intieme en persoonlijke kwestie beschouwen, die alleen binnen het huwelijk wordt geuit. Maar ook binnen het huwelijk heerst er een zwijgzame cultuur rondom seksualiteit. Dit gedrag komt voort uit eigen overtuigingen – gebaseerd op culturele en religieuze ideologieën - maar ook uit angst voor roddel binnen de gemeenschap. “Al had je wel de mogelijkheid om met vriendinnen af te spreken, dan spraken we hier ook niet over want onderling heerst er ook schaamte om over dat soort thema’s te praten met vriendinnen. Je bent bang dat ze je zullen veroordelen of dat ze het bij anderen terecht komt.” (Timnit, Eritrese vrouw, 53 jaar, 26 jaar in NL, gescheiden, drie kinderen).

Vrouwen bevinden zich in een kwetsbaardere positie dan mannen, hun imago is sneller aangetast en seksuele normen en waarden zijn voor hen anders. Vrouwen en meisjes dragen een verantwoordelijkheid voor het hooghouden van de familie eer en moeten oppassen voor roddel. In de focusgroep van Somalische mannen worden dit duidelijk benoemd: “Kijk, zij krijgt een slechte reputatie en ook haar familie. Die slechte reputatie gaat nooit weg en het kan gebeuren dat ze nooit echt zal trouwen, ze blijft gewoon zo. Maar de man is gewoon man. Op het moment dat hij een vrouw zwanger maakt, een paar dagen praten de mensen: ‘O, hij heeft dit en dit gedaan’ en dan is het gewoon klaar.” (FGD Somalische mannen) Er is daarom strenge controle op hun seksualiteit vanuit mannelijke familieleden. Meisjes worden sneller veroordeeld als zij seksueel actief zijn voor het huwelijk en maagdelijkheid wordt voor meisjes beschouwd als een vereiste voor het vinden van een huwelijkspartner. “Dus ja, als dat bijvoorbeeld rondgaat in de Afghaanse gemeenschap, dan word je ook gewoon als een slet gezien.” (Latifa, Afghaanse vrouw, 25 jaar, geboren in Nederland, ongetrouwd, geen kinderen).

Tenslotte wordt ook de omgang met seksuele diversiteit sterk beïnvloed door culturele normen en waarden. Over het algemeen heerst in deze landen de opvatting dat afwijken van de heteroseksuele norm niet wordt geaccepteerd. Ondanks dat er groeiend bewustzijn, openlijkheid en erkenning is ten opzichte van seksuele diversiteit, blijft het een onderwerp waar een taboe op rust.

### **Huwelijk**

Het huwelijk wordt gezien als een cruciale stap in het proces van volwassen worden en een voorwaarde voor het starten van een gezin. Het belang van het huwelijk is groot in alle vier de gemeenschappen en overall is deze diepgewortelde traditie sterk verbonden met religieuze en culturele normen. “Ook is de norm dat je trouwt, want een ongetrouwde vrouw is niet respectabel in onze gemeenschap. Dat is een groot verschil met de gemeenschap van Nederland.” (Zahra, Eritrese vrouw, 52 jaar, 2 jaar in NL, getrouwd, 13 kinderen).

Het huwelijk dient niet enkel als verbintenis tussen twee individuen, maar ook als verbintenis tussen twee families. Dit heeft als doel om politieke en economische allianties te smeden en sociale status te verhogen. Hoe het huwelijk tot stand komt is sterk afhankelijk van een aantal factoren, zoals geografische regio (stad of platteland), sociale status en opleidingsniveau. Zo wordt onder laagopgeleiden mensen en in landelijke gebieden het huwelijk nog vaker gearrangeerd door familie. Hierbij ligt de voorkeur op een huwelijkspartner binnen dezelfde etnische en sociale groep of dezelfde familie. “Mijn huwelijk was niet mijn eigen keuze. Zoals dat in mijn tijd voorkwam. Mijn vader had dit voor mij geregeld en dat was met een neef van mij (van tante en oom). Het hoort gewoon dat ouders of familie hun kinderen laten trouwen.” (Muna, Somalische vrouw, 46 jaar, 14 jaar in NL, getrouwd, 4 kinderen).

Een gearrangeerd huwelijk is echter lang niet altijd de norm en met de loop der tijd vinden er veranderingen plaats in deze opvattingen. Er zijn steeds meer mensen die streven naar gendergelijkheid, individuele keuzevrijheid en de mogelijkheid om liefde als basis voor het huwelijk te laten gelden. Het wordt vaak wel nog van grote waarde gezien dat een huwelijkspartner uit dezelfde gemeenschap komt. Een groot deel van de deelnemers gaf aan dat er ook vaak een middenweg wordt gevonden; hierbij is het huwelijk uit eigen keuze maar is er ondersteuning en/of goedkeuring van de ouders of andere familieleden. Ook al is er geen verplichting of gearrangeerd huwelijk, er wordt wel vaak druk uitgeoefend van ouders en familie op kinderen om te trouwen. Deelnemers uit alle groepen geven aan druk te voelen vanuit hun omgeving. Hoe deze druk zich uit is afhankelijk van de familie;



bijvoorbeeld door er herhaaldelijk naar te vragen, door grapjes te maken over de zoektocht naar een huwelijkspartner of door op subtiele wijze een voorstel voor een geschikte kandidaat te doen. “Allereerst trouw je bij ons onder druk van je ouders, niet omdat dit je eigen wens is.” (FGD Eritrese vrouwen). Ook hoe mensen met de druk om gaan varieert per deelnemer. Sommige deelnemers geven aan weinig beïnvloed te worden door druk vanuit familie en altijd kun eigen keuzes te blijven maken. Anderen voelen geen ruimte voor vrijheid en zien geen andere optie dan aan de verwachtingen van familie te voldoen.

*Ik begrijp mijn familie, het is een mooie wens en verwachting om te hopen voor je kind, maar ze weten ook dat de keuze bij mij ligt. Als je uit een klein dorp komt, kan het wel zo zijn dat je ouders dat bepalen of je richting zo'n huwelijk duwen maar waar ik vandaan kom kan je niemand daartoe dwingen of beïnvloeden. Als ik niet wil, is er geen enkele sociale controle sterk genoeg om mij daartoe te bewegen, snap je wat ik bedoel. (Zahra, Eritrese vrouw, 53 jaar, 2 jaar in NL, getrouwd, 13 kinderen).*

Richtlijnen voor de geschikte leeftijd/moment in je leven om te trouwen zijn ook vastgelegd in culturele ideologie. In veel van de gemeenschappen is er de verwachting dat je vroeg trouwt, zodat het de mogelijkheid biedt om vroeg aan kinderen te beginnen en een groot gezin te vormen, voor meisjes vaak op een leeftijd tussen de 12 en 18 jaar, zoals in de focusgroep met Syrische mannen wordt besproken:

*Toen ik zeventien was ben ik getrouwd. Mijn vrouw was toen veertien, want de gewoonte in Aleppo is dat de ouders hun kinderen motiveren, vooral het eerste kind, om vroeg te trouwen. Dat is de traditie van de familie. Vooral als het eerste kind een man is, dan motiveert de hele familie hem om snel te trouwen. Dat is niet alleen mijn mening, maar ook van de omgeving. (FGD Syrische mannen).*

Er is echter steeds meer een shift in deze leeftijd. Zelfstandigheid is een eis en het wordt steeds belangrijker geacht om eerst een studie af te maken en wat ervaring op te doen in de wereld voordat je aan een huwelijk begint. Veel deelnemers geven aan dat zij 25 een mooie leeftijd vinden om te trouwen, met een schommeling tussen de 23 en 28 jaar als ideale leeftijd. In ieder geval niet voor de leeftijd van 20 jaar, wat vroeger vaak het geval was. Het wordt ook meerdere keren benoemd dat het sterk afhankelijk is van de manier waarop je bent opgevoed; als je ouders je met veel zelfstandigheid op jonge leeftijd hebben grootgebracht, ben je er eerder klaar voor om te trouwen. Bovendien blijkt uit verhalen dat huwelijken onder deelnemers van het platteland zich op jongere leeftijd voltrekken dan onder deelnemers afkomstig uit de stad.

### **Gezinsvorming**

Het krijgen van kinderen is een van de belangrijkste doelen van het huwelijk en wordt gezien als een zegen en een plicht, waarbij het krijgen van een zoon doorgaans voorkeur heeft over het krijgen van een dochter vanuit de familie en gemeenschap. Al vertellen sommige deelnemers dat ze in Nederland juist de ruimte voelen om anders met dochters en zonen om te gaan, zoals de Syrische Manal: “Ik ga niet dezelfde fouten herhalen. Ik ga proberen om alle vrijheid voor mijn meisjes te bieden. Ik ga mijn meisjes de kans geven om onafhankelijk op te groeien, en hun keuzes te gaan maken, en natuurlijk hun studie te gaan afmaken.” (31 jaar, 6 jaar in NL, getrouwd, 3 kinderen).

Het merendeel van de deelnemers geeft aan dat, naast dat er vanuit de gemeenschap sterk de verwachting is, kinderen krijgen voor hen heel belangrijk is en dat zij nooit getwijfeld hebben over hun kinderwens. “Bij Somalische cultuur, het hoort gewoon bij om meteen bij

de huwelijk kinderen te krijgen. Je wordt verwacht om kinderen te baren. Zo zit het in Somalische cultuur in elkaar. Het is normaal. De volgorde is; ik ga trouwen, ik word huisvrouw en ik krijg kinderen." (Dunia, Somalische vrouw, 44 jaar, 21 jaar in NL, getrouwd, 5 kinderen).

Veel deelnemers verklaren dit doordat in deze gemeenschappen grote waarde wordt gehecht aan familie-eer en continuïteit. Zonen worden beschouwd als degene die de familienaam voort kan zetten en verantwoordelijk is voor het hooghouden van de sociale status en eer. "Ik denk dat dat te maken heeft met: mijn zoon kan mij makkelijker opvolgen, een zoon is fysiek sterker, een zoon dus hij kan meer voor mij betekenen. Ja, het zijn ook de ouders, ik wil niet zeggen de vader, maar het is ook soms de moeder, hoor, die zelf aan, zo'n "verkeerde" mentaliteit vastzitten, waardoor ze denken: o jee, ik heb een dochter, ze is dus kwetsbaar, haar kan alles overkomen." (Latifa, Afghaanse vrouw, 25 jaar, geboren in Nederland, ongetrouwd, geen kinderen). Een andere reden hiervoor is dat zonen meer financiële ondersteuning kunnen bieden dan dochters. Bovendien heerst vaak de opvatting dat meisjes meer bescherming nodig hebben en kwetsbaarder zijn dan jongens.

Het hebben van kinderen is een vanzelfsprekende verwachting die dient om de tradities, familienaam en erfgoed door te geven aan opvolgende generaties. "In onze gemeenschap en cultuur is de traditie om veel kinderen te krijgen. Om de familienaam hoog te houden is het dus belangrijk om de familienaam door te geven, door meer kinderen te krijgen." (FGD Eritrese mannen). Wederom is het belangrijk om op te merken dat er binnen deze landen en (religieuze) gemeenschappen variaties en individuele interpretaties bestaan. Er zijn sterk wisselende opvattingen over gezinsvorming. Ondanks grote druk en verwachtingen rondom het krijgen van kinderen, is er het besef dat het krijgen van kinderen iets is waar je geen invloed op kan uitoefenen. Veel deelnemers geven aan dat kinderen een geschenk zijn van God waar je dankbaar voor moet zijn, maar waar je niet vanuit kan gaan. Het volgende citaat laat dit mooi zien: "Nee, ik heb nooit een druk van mijn familie ervaren over het krijgen van kinderen. Zij geloven net als ik dat kinderen krijgen niet iets is waar je invloed op kan uitoefenen." (Ridwan, Somalische man, 38 jaar, 21 jaar in NL, getrouwd, 4 kinderen).

### **3.3 Zwangerschap buiten het huwelijk en abortus**

Het huwelijk als voorwaarde voor het krijgen van kinderen is een diepgewortelde verwachting en vanzelfsprekendheid binnen de religieuze en culturele context in de vier landen van herkomst. Wanneer een zwangerschap zich voordoet in een context waarin geen huwelijk is voltrokken, wordt dit over het algemeen als onacceptabel beschouwd, vertellen veel deelnemers. Het is een zonde. Er rust een taboe op waardoor er weinig openheid is om erover te praten. "Ik denk dat een beetje in het algemeen in de cultuur wel zit dat: je hoort gewoon geen kinderen te krijgen buiten een huwelijk." (Samrawit, Eritrese vrouw, 30 jaar, geboren in NL, ongetrouwd, geen kinderen). Zwanger zijn of het hebben van een kind buiten het huwelijk kan leiden tot sociale afwijzing, vernedering en stigmatisering van zowel de vrouw als het ongeboort kind. In sommige gevallen kunnen zij verstoten worden uit de gemeenschap of er kan sprake zijn van eengerelateerd geweld. "Bij ongewenste zwangerschappen staat de vrouw er regelmatig alleen voor, een ongetrouwde vrouw zal in het geheim het kind weghalen of als het een zwangerschap is en de partner het toelaat, zal zij snel in het huwelijksbootje stappen om de schade te beperken. In onze gemeenschap wordt er neergekeken op vrouwen die ongetrouwd bijvoorbeeld kinderen krijgen, ze wordt gezien als een slechte vrouw." (Timnit, Eritrese vrouw, 53 jaar, 24 jaar in NL, gescheiden, drie kinderen).

Deze opvattingen komen voort uit culturele en religieuze normen die sterke nadruk leggen op kuisheid en maagdelijkheid. Seksuele terughoudendheid is hiervoor een vereiste, wat ook reflecteert in het stigma en taboe dat rust op het bespreken van seksualiteit. Het verliezen van maagdelijkheid wordt gezien als een bedreiging voor sociale status en familie eer. “Maagdelijkheid speelt bij ons cultuur een heel grote rol en bij de meisjes kan je sneller detecteren, dan bij de jongens.” (Farhan, Afghaanse man, 23 jaar, geboren in Nederland, ongetrouwd, geen kinderen).

Ook dit aspect is verstrengeld met genderongelijkheid; voor vrouwen zijn de gevolgen groter, mede doordat maagdelijkheid als ‘meetbaar’ wordt beschouwd bij meisjes. Meisjes worden snel bestempeld als slet als zij zich niet volgens de regels gedragen. “Want als je zwanger raakt en je bent niet getrouwd, dan word je al helemaal uitgescholden. Dat kan niet in onze cultuur. Ook niet in ons geloof. Het is haram.” (Iema, Afghaanse vrouw, 45 jaar, 27 jaar in Nederland, getrouwd, twee kinderen).

### **Omgaan met de consequenties van ongewenste zwangerschap**

Hoe belangrijk deze waarden zijn en wat de consequenties zijn, is verschillend per gemeenschap en is afhankelijk van meerdere factoren. Ten eerste zijn de opvattingen over abortus van invloed op de keuze die mensen kunnen maken. Vanuit de religie en culturele ideologie zijn er veel bezwaren tegen abortus. Volgens de islam en het christendom wordt abortus sterk afgekeurd. Veel mensen geven aan dat wanneer een kind door God wordt geschonken, je dat dient te accepteren. Het wordt vaak benoemd dat abortus een erg moeilijk te bespreken onderwerp is. “Abortus is iets wat eigenlijk niet zou moeten bestaan. Zolang je op aarde bent, is het iets wat zwaar weegt op je geweten en zodra je in het hiernamaals bent, is het iets waarvoor je wordt veroordeeld. Kort gezegd, betekent het je einde.” (FGD Eritrese vrouwen).

Naast de opvattingen over abortus, is ook de toegang tot betrouwbare gezondheidszorg om een abortus te faciliteren van invloed. Vanwege het grote stigma en taboe dat rust op een voorhuwelijks zwangerschap en abortus is er vaak een beperkte beschikbaarheid van veilige en legale mogelijkheden om een abortus te laten uitvoeren. Mensen worden dan gedwongen zich naar onveilige, illegale abortusmogelijkheden te wenden, wat grote risico's met zich meebrengt voor de gezondheid van vrouwen. “Er zijn veel vrouwen die hun leven verliezen tijdens een illegale abortus. Een ongewenste zwangerschap wordt niet geaccepteerd door hun familie. Zij vluchten dan van hun thuis en betalen geld voor illegale abortus. Vervolgens komen ze dan voor veel problemen te staan en zelfs voor de dood. In dit soort situaties is het beter om abortus uit te voeren in zorginstellingen, waar professionals de kennis en vaardigheden hebben om abortus uit te voeren.” (Afwerki, Eritrese man, 40 jaar, 6 jaar in NL, getrouwd, zes kinderen).

Als het gaat om zwangerschap buiten het huwelijk, komen mensen dus in een lastig parket terecht, als aan de ene kant abortus ondenkbaar is en aan de andere kant een kind opvoeden buiten een huwelijk zeer onwenselijk is. Tijdens de focusgroep met Somalische mannen werd verteld dat het gebruikelijk is dat er snel een huwelijk wordt geregeld tussen de man en de vrouw in dit soort situaties, met als doel om de familie-eer te redden. Een andere optie is om het kind door iemand anders op te laten voeden. Tijdens de interviews met mensen uit Eritrea kwam naar voren dat zwangerschap buiten het huwelijk onacceptabel geacht wordt, maar dat abortus plegen een nog grotere zonde is. De uiteindelijke voorkeur ligt dan toch bij het houden en het accepteren van het kind. Dit is opmerkelijk in vergelijking met de andere drie landen (Somalië, Afghanistan, Syrië), waarbij er meer acceptatie is voor abortus dan voor een kind buiten het huwelijk. Zo werd er in de

focusgroep van Eritrese mannen gezegd dat: “het kan gebeuren dat ze natuurlijk zwanger raakt. Als dat gebeurt, dan is dat zo en moet je dat accepteren want zo erg is dat niet. Je kunt dan geen abortus plegen want dat is nog een grotere zonde.” (FGD Eritrese mannen). In de focusgroep van Syrische mannen werd daarentegen benoemd: “De enige manier om het schandaal te voorkomen is abortus te plegen. Deze status accepteert de maatschappij abortus meer dan dat ze het kind zonder vader accepteren.” (FGD Syrische mannen).

### **3.4 Betekenis van kinderen en gezinsgrootte**

Door bijna alle deelnemers werd gezegd dat zij enorm veel waarde hechten aan het krijgen van kinderen. Kinderen vormen een bron van vreugde en rijkdom en worden gezien als zegen, die je krijgt van God. “Kinderen krijgen is een zegen en als je veel kinderen krijgt, is dat rijkdom. Dat warme en liefdevolle gevoel die wij thuis hadden als gezin, wil ik hier ook met mijn gezin hebben.” (Rahel, Eritrese vrouw, 29 jaar, 7 jaar in NL, getrouwd, 2 kinderen).

Er is ook een verantwoordelijkheidsgevoel rondom het krijgen van kinderen dat gevoed wordt door verbondenheid met en loyaliteit aan de familie en de gemeenschap. Zoals eerder al genoemd zijn kinderen een manier om de familienaam- en eer in stand te houden en continuïteit te bieden. Het wordt niet gezien als optie om te besluiten dat je geen kinderen wil. “Het was niet alleen iets om mijn man gelukkig te maken, maar ook om de familienaam groot te maken. Een vrouw die veel kinderen baart, krijgt daarvoor respect en wordt gezien als een goede vrouw. Als je bijvoorbeeld maar één of twee kinderen krijgt, hebben mensen medelijden met je of zien ze dat als iets slechts.” (Zahra, Eritrese vrouw, 52 jaar, 2 jaar in NL, getrouwd, 13 kinderen).

Er zijn ook opvattingen over het ideale aantal kinderen. In veel gemeenschappen wordt van je verwacht dat je veel kinderen krijgt, hoe meer hoe beter. De redenatie is vaak dat ieder kind met zijn eigen zegeningen komt en een belangrijke waarde met zich meebrengt. Echter, er is wel een aantal factoren die invloed hebben op het aantal kinderen dat men wil. Jongere generaties zijn van mening dat het soms beter is om je te beperken tot 2 tot 4 kinderen, om ieder kind zo veel mogelijk aandacht te kunnen geven. Ook is het sterk afhankelijk van de omstandigheden waarin een gezin zich bevindt; of er twee ouders zijn en de aanwezigheid van een hechte familie die zorg voor de kinderen kan opvangen.

Naast culturele en religieuze normen en waarden die bepalen of en hoeveel kinderen het ideaalbeeld zijn, zijn er een aantal praktische aspecten die invloed hebben. Kinderen worden gezien als sociale (en financiële) zekerheid voor de oude dag en een leven zonder kinderen wordt als eenzaam ervaren. Het wordt van kinderen verwacht dat zij voor hun ouders en oudere familieleden zorgen als deze ouder zijn, mantelzorg is vanzelfsprekend. Een van de redenen dat veel kinderen de norm zijn is dat kinderen vroeg zelfstandig zijn in de vier landen van herkomst. Kinderen voeden elkaar op en bovendien is er veel steun van familie en de gemeenschap bij het opvoeden van kinderen. Bovendien is er vaak sprake van oorlog en hongersnood. Dit zijn factoren die invloed hebben op de overlevingskansen van kinderen en vooral deelnemers uit Somalië en Afghanistan gaven aan dat dit voor veel mensen redenen zijn om veel kinderen te willen. “In Somalië verkeren mensen in een andere situatie. Naast normen en waarden zijn er ook praktische situaties die ertoe leiden dat je veel kinderen moet hebben, zoals ouderdomszekerheid, er bestaat een kans dat de helft van de kinderen zullen gaan overlijden vanwege oorlog en aanhoudende droogte.” (Said, Somalische man, 55 jaar, 10 jaar in NL, getrouwd, 12 kinderen). In Syrië lijkt de oorlog er juist voor te zorgen dat mensen (nog) geen kinderen willen. Enkele Syrische deelnemers verwoordden dat ze in Nederland pas zijn gaan denken aan kinderen, omdat

het in het land van herkomst te onveilig was om kinderen te laten opgroeien. Samira is als jonge vrouw van 23 met haar man vanuit Syrië naar Nederland gekomen. Inmiddels is ze 27 en heeft ze in Nederland één kind gekregen. Ze vertelde: “Toen ik in Syrië was, dacht ik nooit aan het krijgen van kinderen, vooral in de oorlogssituaties. Maar hier in Nederland is de situatie anders. Stabiliteit en veiligheid speelt een rol bij onze beslissing om kinderen te krijgen.” (Samira, Syrische vrouw, 27 jaar, 4 jaar in NL, getrouwd, 1 kind).

### **3.5 Gezinsplanning en anticonceptie**

Over het algemeen wordt het krijgen van kinderen gezien als iets dat je niet moet of kan plannen. Er is veelal de opvatting dat je het krijgen van kinderen niet mag beperken, vanuit religie. Gezinsplanning wordt gezien als iets dat ingaat tegen de natuur en het krijgen van kinderen is iets waar je geen invloed op uit hoort te oefenen.

Er zijn gemengde opvattingen over het gebruik van anticonceptie. Enerzijds is er de overtuiging dat anticonceptie in gaat tegen het geloof, dat het een zonde is: “Nee, we hadden geen planning. Het was onze intentie om veel kinderen te krijgen. Daarnaast, gezinsplanning staat haaks tegenover onze cultuur en geloof. We hebben niet nagedacht over de toekomst van de kinderen. We hebben het aan God overgelaten.” (Ilhan, Somalische man, 47 jaar, 16 jaar in NL, getrouwd, 4 kinderen). Anderzijds zijn er meerdere deelnemers die aangeven dat anticonceptie niet door de islam verboden wordt, mits er een goede reden is voor het gebruik ervan (dit kan bijvoorbeeld zijn dat je in de omstandigheden verkeert om voor je kinderen te zorgen, dat de kinderen niet te snel na elkaar komen omdat dit schadelijk is voor de gezondheid van de moeder etc.).

Zorgen over gezondheidsrisico's en invloed op vruchtbaarheid spelen ook een rol. Er heerst de algemene overtuiging dat anticonceptie gevaarlijke risico's en bijwerkingen voor de vrouw met zich mee kan brengen, wat een grote beperking is voor het gebruik ervan. “Kijk, die anticonceptie, ik heb gehoord dat ze bepaalde bijwerkingen hebben. Sommige hebben nare bijwerkingen, hoor je dan in verhalen. Dus wij zijn daar ook een beetje voorzichtig, als ik eerlijk moet zijn. Stel je voor dat vrouwen misschien kanker kunnen krijgen door anticonceptie. Dat hoor je ook, zulke verhalen. Dus dat doen we niet...” (FGD Somalische mannen).

Er zijn wisselende normen over wat de juiste hoeveelheid tijd is tussen kinderen en of dat iets is wat je moet plannen. Veel deelnemers geven aan dat ze twee tot vier jaar tussen twee kinderen geschikt vinden. De opvatting is enerzijds dat een te korte pauze tussen twee kinderen niet bevorderlijk is voor de gezondheid van de moeder en dat het een grote last kan zijn voor het ouderschap. Anderzijds is de opvatting dat er niet te veel tijd tussen de geboorte van twee kinderen moet zitten, zodat ze met elkaar kunnen spelen en een hechte band kunnen opbouwen. “Ik denk dat 3-4 jaar beter is. Ze kunnen voor elkaar zorgen en met elkaar spelen dan. Als het meer dan vier jaar wordt, dan kunnen de kinderen niet meer samen spelen. Bovendien ben je dan bezig met zorgen voor je kinderen voor een hele lange tijd.” (Dehab, Eritrese vrouw, 28 jaar, 7 jaar in NL, getrouwd, 3 kinderen).

### **3.6 Conclusie**

Er is veel variatie in opvattingen tussen landen, gemeenschappen, families en individuen. Dit onderzoek biedt slechts beperkt inzicht in de culturele ideologie van deze vier landen en is geen weerspiegeling van de gehele bevolking. Maar er komen wel overeenkomsten

naar voren tussen de opvattingen van mensen uit Somalië, Afghanistan, Syrië en Eritrea. Religieuze normen en waarden spelen een belangrijke rol in het vormgeven van het leven. Het huwelijk wordt gezien als een essentiële voorwaarde voor een goed leven, en het krijgen van kinderen wordt gezien als een vanzelfsprekend gevolg daarop. Er heerst binnen de gemeenschap bijna altijd de verwachting dat men op jonge leeftijd trouwt en veel kinderen krijgt. Dit draagt bij aan de status en eer van de familie en wordt gezien als manier om persoonlijk geluk te bevorderen. Het plannen van kinderen wordt doorgaans aan God overgelaten en ieder kind wordt beschouwd als een zegen. Echter, jonge mensen uit de huidige generatie denken bewuster na over de verantwoordelijkheden die komen met kinderen. Zij hebben vaker een voorkeur voor minder kinderen. Er is ook een verschil in opvattingen tussen mensen uit rurale en stedelijke gebieden. De ideologie in steden is doorgaans progressiever.

Seksualiteit en abortus zijn taboeonderwerpen waar niet openlijk over gesproken wordt. Abortus wordt beschouwd als een zonde, maar het krijgen van een kind buiten het huwelijk wordt ook afgekeurd. Wat bij een ongewenste zwangerschap (dit betekent vaak een zwangerschap buiten het huwelijk) als beste keuze wordt beschouwd, verschilt per gemeenschap.

## 4 De invloed van leven in Nederland

*Er is een Somalische uitdrukking: “breng zoveel mogelijk kinderen op de aarde, hun toekomst ligt in handen van God”. In Somalië werd vaak niet gepland en niet erover gesproken. Hier in Nederland of Europa dwingen de omstandigheden je om keuzes te maken. Kinderen zijn duur. Huisvesting, scholing, buitenactiviteiten. (Ilhan, Somalische man, 47 jaar, 16 jaar in NL, getrouwd, 4 kinderen).*

Uit de interviews komt naar voren dat niet alleen sociale normen en opvattingen in de gemeenschap een rol spelen in de wensen en reproductieve keuzes van mensen met een vluchtelingachtergrond, maar ook allerlei andere factoren. Veel van deze factoren hebben te maken met de mogelijkheden en beperkingen in het leven van vluchtelingen in Nederland. De overgang van het land van herkomst naar Nederland betekent een overgang naar een samenleving waarin andere sociale normen gelden over opvoeding en gewenste gezinsgrootte, maar het betekent ook dat er veel verandert in praktische zin. In dit hoofdstuk beschrijven we welke elementen van het leven in Nederland invloed hebben op de wensen van mensen met een vluchtelingachtergrond ten aanzien van kinderen.

### 4.1 Eerst een nieuw bestaan opbouwen

Mensen met een vluchtelingachtergrond hebben in de eerste jaren in Nederland te maken met veel onzekerheid, rond het al dan niet verkrijgen van een verblijfsvergunning, rond gezinshereniging, het aanleren van een nieuwe taal en inburgering en het vinden van een huis en werk. Deelnemers geven aan dat het veel energie kost om een nieuw leven op te bouwen in Nederland, wat ook direct doorwerkt in hun kinderwens. Tegeisti kreeg haar eerste kind nadat ze net in Nederland aangekomen was. De combinatie van de zorg voor haar kind met alle stappen die inburgering in Nederland vroegen was zwaar. Ze heeft bewust gewacht met een volgend kind tot ze beter geland was in Nederland: “Toen we onze eerste kind kregen, was het heel zwaar voor ons omdat we ook nog nieuw waren en niet gewend waren aan de gebruiken hier. We waren alleen maar bezig met dingen regelen voor onze zoon en tegelijkertijd moesten we allebei naar de taalschool, stage lopen en we wilden allebei ook een opleiding volgen. Hierdoor hebben we ook bewust even gewacht met nog een kindje krijgen, tot we iets sterker in onze schoenen stonden.” (Tegeisti, Eritrese vrouw, 29 jaar, 7 jaar in NL, getrouwd, 2 kinderen).

Naast de moeite die het kost om in een nieuw land praktisch je leven op orde te krijgen, krijgen veel mensen met een vluchtelingachtergrond ook te maken met een enorm cultuurverschil tussen hun land van herkomst en Nederland. Veel mensen met een vluchtelingachtergrond komen uit een collectivistische cultuur, waarin mensen meer voor elkaar en voor elkaars kinderen zorgen. Nederland heeft daarentegen een individualistische cultuur, waarin iedereen geacht wordt zelfstandig voor jezelf en je kind(eren) te zorgen. Dit betekent dat je sociaal en emotioneel meer alleen staat in Nederland, maar ook financieel. Nieuwkomers hebben het vaak financieel niet breed, wat meespeelt in hoeveel kinderen ze kunnen onderhouden. Kiros kwam als jonge man uit Eritrea naar Nederland. Het viel hem op dat landgenoten in Nederland veel minder kinderen kregen dan in Eritrea. Hij reflecteert dat de individualistische cultuur in Nederland het veel lastiger maakt om kinderen groot te brengen. En je moet hard werken en veel geld verdienen om hier iets van je leven te maken, daar moet je energie in steken.

*Voordat mijn moeder naar Nederland kwam, heb ik hier een paar jaar alleen geleefd en het viel mij op hoeveel mensen uit onze gemeenschap, na twee of drie kinderen al geen kinderen meer kregen. Niet omdat zij geen kinderen wilden maar omdat het leven hier gewoon anders is, het is zwaar om hier te wonen als je uit een andere cultuur komt met hele andere gewoonten. Wij zijn gewend om met weinig te leven, naast onze families te wonen, onze burens zien wij als familie. We helpen elkaar in moeilijke tijden en hebben niet de verplichtingen die je hier in Nederland hebt. Om hier succesvol te zijn, moet je hard werken en veel geld verdienen anders kan je hier geen leven opbouwen. (Kiros, Eritrese man, 21 jaar, 5 jaar in NL, ongetrouwd, geen kinderen).*

## **4.2 Voldoende tijd en geld nodig voor kinderen**

Deelnemers geven aan dat je niet meer kinderen zou moeten willen, dan waar je voor kunt zorgen. En juist op het vlak van zorg zijn de omstandigheden heel anders in Nederland dan in het land van herkomst, zowel wat het vraagt als wat er voorhanden is. Eén van de opvallende verschillen tussen leven in Nederland en in het land van herkomst is dat het opvoeden van kinderen hier meer tijd en geld vraagt dan in het land van herkomst. Farhan, een Afghaanse man van 23 die in Nederland geboren is, legde uit hoe dat komt: “Hier in Nederland is het duurder om veel kinderen te hebben. Klinkt gek, maar in Afghanistan is het veel goedkoper. Bijvoorbeeld hier moet je kinderen naar de school brengen omdat hier leerplicht geldt, maar in Afghanistan bepaal je zelf of je je kinderen wel of niet voor school wilt aanmelden.” (Farhan, Afghaanse man, 23 jaar, in NL geboren, ongetrouwd, geen kinderen).

Armoede en kleine huizen vormen een beperking voor het aantal kinderen dat mensen willen. Zo benoemde de jonge Afghaanse vrouw Fariha dat haar ouders grote moeite hadden om rond te komen en dat dat een reden was om niet meer kinderen te krijgen: “De grootste reden is natuurlijk gewoon een klein huis of een te laag inkomen. Ja, bij ons is dat vooral, een te laag inkomen. Mijn vader werkt niet en mijn moeder heeft een minimum inkomen. En een tijdje werkten ze beiden niet, dus toen was het heel zwaar.” (Fariha, Afghaanse vrouw, 19, ongetrouwd, geen kinderen). In de focusgroep met Afghaanse mannen werd dit onderwerp ook besproken. De aanwezige mannen waren unaniem dat je in Nederland niet teveel kinderen kunt grootbrengen. Een deelnemer verwoordde zijn problemen om zijn vier kinderen te onderhouden: “Je moet kinderen wel verzorgen en een thuis geven. Het kost te veel tijd en vrouwen werken, mannen werken. Mensen in mijn familie hebben er allemaal drie of twee [kinderen]. Dat is moeilijk, je moet zorgen, het kost geld, tijd. Dat is moeilijk, vier kinderen.”

## **4.3 Gemis van steun door familie bij opvoeding kinderen**

Veel deelnemers noemen de afwezigheid van familie hier als beperking voor het aantal kinderen dat ze willen. In het land van herkomst helpt de familie elkaar in het zorgen voor kinderen. Hier in Nederland is dat sociale netwerk er niet en komt alles op de schouders van de ouders terecht. Rahwa heeft als alleenstaande moeder de zorg voor haar kind. Ze woont nu zes jaar in Nederland. Ze mist de steun van haar familie: “Het is heel moeilijk om hier een kind op te voeden, als je geen familie bij je hebt en je nog niet weet hoe alles hier werkt.” (Rahwa, Eritrese vrouw, 23 jaar, 6 jaar in NL, ongetrouwd, 1 kind).

Ook als er wel familie in Nederland woont, dragen ze een stuk minder bij aan de zorg voor kinderen dan in het land van herkomst. Dat ligt niet aan de mensen, vertelde Ajmal, een



Afghaanse man van 26 die al 23 jaar in Nederland woont, maar aan wat het leven in Nederland vraagt van mensen:

*Het verschil ligt niet zozeer aan de familieleden of mensen die hier in Nederland wonen of in het land van herkomst, maar aan de situaties. De situatie in het land van herkomst is helemaal anders dan de situatie hier. In het land van herkomst is het gemakkelijker juist om meerdere kinderen te krijgen, omdat je daar een betere opvangnet van de familieleden hebt. Hier, heb je wel familieleden, maar in Nederland wonen is heel hectisch. Iedereen is bezig met eigen dingetjes, en daardoor het niet makkelijk om de kinderen van de anderen op te vangen. Dus dat maakt het lastig om hier meer kinderen te krijgen, dan in Afghanistan. Het is vooral situatie gebonden. (Ajmal, Afghaanse man, 26 jaar, 23 jaar in NL, ongetrouwd, geen kinderen).*

In de focusgroep met Somalische mannen kwam het verschil in sociale steun van de familie in de opvoeding veel naar voren. Hoe je samen leeft is heel verschillend: in één groot huis in Somalië of allemaal verspreid in kleine huizen in Nederland. En de opvoeding van kinderen in Nederland vraagt meer geld en aandacht, ervoeren de deelnemers. Dat maakt dat je vooruit moet kijken en een toekomstplanning moet maken hoeveel kinderen je je kunt veroorloven, wat in Somalië niet gebruikelijk is:

*Als je in Somalië woont, dan is het heel normaal om veel kinderen te krijgen, dus je hebt overal hulp en steun. Iedereen heeft gewoon familie. Ik bedoel: je zus, de kinderen van je broer, de hele familie woont in Somalië bijvoorbeeld in een groot huis. Iedereen geeft aandacht aan jouw kinderen, maar als je in Nederland woont, iedereen heeft echt een bepaalde taak. Je moet je kinderen naar school brengen, sporten, diverse activiteiten, veel afspraken en je vrouw spreekt niet de Nederlandse taal, of andersom, ja, dan word je gek. Dus je moet echt een plan maken, je moet goed denken over de toekomst van je kinderen en kinderen kosten echt veel geld. Ik denk op de manier dat als je in Europa woont, dan moet je echt denken aan plannen.*

#### **4.4 Sociale norm rond opvoeden in Nederland**

Naast de praktische kant van het opvoeden van kinderen in Nederland, zoals hierboven beschreven, speelt ook de sociale norm over de aandacht en tijd die van ouders gevraagd wordt in Nederland, een belangrijke rol. In de Nederlandse samenleving gelden hoge verwachtingen van ouders, bijvoorbeeld dat ze hun kinderen intensief begeleiden naar school en daarbuiten. In de focusgroep van Eritrese vrouwen verwoordt één van de deelnemers dat haar advies aan jonge vrouwen is om niet meer dan twee of drie kinderen te krijgen: “Neee, ze moeten niet meer dan twee of drie kinderen krijgen! Meer dan dat is hier echt moeilijk, je moet ze zelf naar school brengen en weer ophalen. Je kunt hierdoor zelf minder naar school en minder werken. Hier kun je niet veel kinderen krijgen, dat is echt te zwaar. Het is hier niet hetzelfde als in ons land.”

Waar in Eritrea het gezegde rondgaat: “een kind voedt zichzelf op”, is dat in Nederland wel anders. De Eritrese Timnit gaf een toelichting op het gezegde: “Zij zijn van mening dat zoals jij volwassen wordt of ouder wordt dat jouw kind ook gewoon met jou ouder wordt. Deze gezegde houdt in dat kinderen opvoeden makkelijk is en dat daar geen hogere wiskunde voor nodig is.” Deelnemers geven aan dat in Nederland meer verplichtingen en

verwachtingen gelden ten aanzien van ouders. In de focusgroep met Eritrese mannen lichtte een deelnemer dit verschil toe:

*De manier van leven hier is rondom je kinderen gebouwd. Je leeft voor je kind en voor zijn/haar toekomst. Je bent alleen daar mee bezig en om je kind een goede toekomst te geven. Ik heb bijvoorbeeld vier kinderen, ik moet ze allemaal bezig houden en ieder jaar van alle kinderen hun verjaardagen vieren. Elk kind wil zijn verjaardag weer (ergens) anders vieren, je bent als ouder constant met je kinderen bezig. Medische zaken, maar ook bij alle kinderen op de scholen op gesprek komen. In Eritrea is het een stuk makkelijker en vrijblijvend. In Eritrea ben je vrij, je ouders helpen je. Als je ze aanmeldt voor school gaan ze met de buurtkinderen samen naar school en komen ze gezamenlijk terug naar huis. Hier ben je verplicht ze naar een kinderopvang te brengen, dan haal je ze weer op en uiteindelijk moeten ze weer naar de kinderopvang, als je werkt of studeert. Het voelt als een grote gevangenis. (FGD Eritrese mannen)*

Meerdere deelnemers geven aan dat hun ideeën op opvoeding veranderd zijn ten opzichte van het land van herkomst. Aria is een Afghaanse vrouw van 60 die al 25 jaar in Nederland woont en zes kinderen heeft opgevoed. Ze signaleerde dat de verschillende opvattingen over de opvoeding van kinderen invloed hebben op het aantal kinderen dat mensen krijgen: “Er is veel verschil in denken. In Afghanistan denken ze je moet zoveel mogelijk kinderen maken en het liefst allemaal zonen. Mensen hier in NL zijn meer bewust. Ze weten dat je niet teveel kinderen moet baren. In Afghanistan denkt men niet zoveel over de opvoeding. De kinderen groeien op straat op.” (Aria, 60 jaar, 25 jaar in NL, getrouwd, 6 kinderen).

Verschillende deelnemers geven aan dat ze andere keuzes hebben gemaakt in het aantal kinderen dat ze kregen, sinds ze in Nederland zijn. Dat heeft aan de ene kant te maken met de eisen die gesteld worden aan opvoeders, zoals Muna, een Somalische vrouw die al 14 jaar in Nederland woont, verwoordde: “Ik wou ook tien kinderen krijgen, maar toen ik naar Nederland kwam, met twee kinderen zonder vader, zag ik dat heel moeilijk was om meer kinderen hier op te voeden. Hier hebben kinderen meer nodig, zoals naar school brengen, activiteiten, zelfs buiten spelen moet ik mee. Na vier kinderen heb ik mijn gedachten veranderd.” (Muna, Somalische vrouw, 46 jaar, 14 jaar in NL, getrouwd, 4 kinderen). Daarnaast speelde een eigen verschuiving in opvattingen bij diverse mensen mee, zoals naar voren komt in de reflectie van Omar:

*Een gemiddeld gezin in Nederland bestaat uit 2 tot 4 kinderen, terwijl in Somalië een gemiddeld gezin 7 tot 10 kinderen heeft. In Nederland hebben gezinnen minder bemoeienissen van de familie ze zijn individualistisch ingesteld, terwijl in Somalië groeps cultuur belangrijk is om te kunnen overleven. In Nederland is kwaliteit belangrijker dan kwantiteit. In Somalië is omgekeerd. Ik ben nu van mening dat kwaliteit belangrijker is dan kwantiteit. Ik zie in mijn omgeving hoe moeilijk het is om kinderen groot te brengen en goede opvoeding te geven. Mijn voorkeur gaat uit naar minder kinderen, zodat ik elke kind de nodige aandacht kan geven. En ook financieel goed kan onderhouden. (Omar, Somalische man, 42 jaar, 13 jaar in NL, getrouwd, kinderen).*

## **4.5 Genderverhoudingen verschuiven in Nederland**

Eén van de opvallendste verschillen tussen Nederland en hun land van herkomst dat door veel deelnemers genoemd wordt, is dat er in Nederland meer gendergelijkheid is en

vrouwen meer eigen keuzes kunnen maken. De Eritreeër Fitsum is in Nederland geboren. Hij reflecteerde op de verschillen in genderverhoudingen tussen Eritrea en Nederland:

*De normen en waarden verschillen zeker in het algemeen al, maar ook als het gaat om de verwachtingen van mannen en vrouwen. In de Nederlandse samenleving kan een vrouw gaan en staan waar ze wil, er is geen standaard verwachting van haar dat zij het huishouden runt of zoveel kinderen moet krijgen. Ze maakt haar eigen beslissingen ongeacht wat haar omgeving daarvan vindt. Onze gemeenschap is wat dat betreft hechter, er wordt meer gedacht vanuit het collectief en beslissingen worden samen genomen. (Fitsum, 30 jaar, in Nederland geboren, getrouwd, twee kinderen).*

De rechten van vrouwen en de meer individualistische cultuur, waarin iedereen gestimuleerd wordt om eigen keuzes te maken heeft invloed op de keuzes die vrouwen kunnen maken rondom gezinsplanning. Ghatera vergelijkt de levens van twee nichten van haar, de één in Amsterdam, de andere in Afghanistan: "Mijn nicht in Afghanistan zal meer luisteren naar haar man en andere familieleden. Daar wordt het alleen maar sterker dat vrouwen thuis moeten blijven en kinderen krijgen. Mijn nicht in Amsterdam bespreekt alles met haar man. Ook wat zij wel en niet deelt met haar ouders, is hier anders." (Ghatera, Afghaanse vrouw, 33 jaar, 17 jaar in NL, ongetrouwd, geen kinderen).

De meeste deelnemers geven aan dat ze zelf veranderd zijn in hun denken over genderrollen en gendergelijkheid, sinds ze in Nederland wonen. Ilhan: "Ik ben veel in veranderd, ik ben flexibeler geworden over omgang met de kinderen en ik heb ook andere inzicht gekregen over aantal zaken zoals omgaan met vrouwen." (Ilhan, Somalische man, 47 jaar, 16 jaar in NL, getrouwd, 4 kinderen). Atal is nu 18 jaar in Nederland. Hij beschreef: "Mensen die hier in Nederland wonen, zijn geïntegreerd en zij hebben de Nederlandse waarden en normen eigen gemaakt. Het gedachtengoed van mensen die hier wonen is meer open-minded en ze beslissen over het algemeen zelf, met wie ze willen trouwen en wanneer enzovoort." (Atal, Afghaanse man, 35 jaar, 18 jaar in NL, getrouwd, kinderen). Sommige deelnemers geven aan dat ze juist moeite hebben met de positie van vrouwen in Nederland. Samir is begin twintig. Hij is nu zeven jaar in Nederland. Hij benoemde dat vrouwen in Nederland meer te zeggen hebben dan mannen en dat hem dit erg stoort:

*Ik zie dat mannen en vrouwen hun rechten gelijk moeten nemen. Soms zie ik dat de Nederlandse samenleving te ver gaat in het toekennen van rechten aan vrouwen, en in veel gevallen krijgen mannen hun rechten niet zoals zij. Ik zie bijvoorbeeld vaak in supermarkten een man met boodschappentassen en een vrouw die afrekent. Als ik een afspraakje wil maken met iemand die ik wil bezoeken, zegt hij dat ik zijn vrouw of partner moet vragen omdat zij degene is die de beslissing neemt. Ik constateer dat dit niet prettig is. (Samir, Syrische man, begin twintig, 7 jaar in NL, ongetrouwd, geen kinderen).*

Veel deelnemers benoemen als belangrijk verschil met het land van herkomst dat vrouwen in Nederland ook werken en dat partners samen voor de kinderen zorgen. Amin is een jonge Somalische man van 27 jaar, getrouwd met kinderen, die al 16 jaar in Nederland woont. Hij beschreef het verschil zonder daar een oordeel aan te koppelen: "In de Nederlandse samenleving doen vrouwen en mannen zowel werk (inkomen) en zorgtaken samen. In de Somalische cultuur is anders. Vrouwen zijn vaak thuis en mannen werken vaker."

Maar niet alle deelnemers zien dat het levens binnenshuis mee verandert met de sociale normen rond gender gelijkheid die in Nederland gelden. De genderrollen tussen partners zijn niet ineens gelijkwaardig na migratie, vertellen verschillende vrouwen. De Somalische Muna is 14 jaar in Nederland. Ze ziet wel dat er meer communicatie is over het gewenste aantal kinderen tussen partners, dan in Somalië, maar signaleert dat de zorg voor kinderen toch vooral bij vrouwen blijft liggen. De Afghaanse Golaleï is 41 jaar en daarvan zes jaar in Nederland. Ze is getrouwd en heeft twee kinderen. Ze werkt buitenshuis en ervaart dat de taakverdeling binnenshuis nog scheef is. Ze verzuchtte dat Afghaanse mannen minder denken vanuit gelijkwaardigheid dan Nederlandse mannen.

*Ik denk qua als het gaat om de openheid over dus: wil ik nu wel kinderen of wil ik geen kinderen? Dat dat wat meer is, dat dat meer oké is of meer gewoon normaal is. Maar qua verwachtingen als het gaat om: wat wordt verwacht van een vrouw en een man en wanneer ze dan uiteindelijk een kind krijgen, dat dat bijna weer hetzelfde is. Dat het gewoon vanzelfsprekend is, zij zorgt toch voor het kind en dan niet de man de thuiszittende vader wordt en dat de vrouw gaat werken. (Muna, Somalische vrouw, 46 jaar, 14 jaar in Nederland, getrouwd, 4 kinderen).*

*Mijn man is wel heel anders dan een Nederlandse man. De takenverdeling is nog steeds wel scheef. Er is geen sprake van 50/50. De vrouw doet meer. Ze zullen nooit 100% net als Nederlandse mannen worden. Nederlandse mannen in het algemeen weten hun taken. Ze zien vrouwen niet als iemand minder. Ze geven meer rechten aan een vrouw en respecteren hun rechten. Ze snappen gelijkwaardigheid. Een Afghaanse man kan dit minder goed. (Golaleï, 41 jaar, 6 jaar in NL, getrouwd, twee kinderen).*

Veel deelnemers uit de tweede generatie maken de vergelijking tussen hoe ze zelf zijn opgegroeid en hoe hun ouders zijn opgevoed. Zij geven aan dat binnen hun gezin geen onderscheid gemaakt wordt tussen jongens en meisjes, terwijl dat bij hun ouders wel zo was. Opvallend is wel dat ondanks deze verschuiving er ook hardnekkige overtuigingen zijn over verschillende rollen van mannen en vrouwen, voortkomend uit traditionele normen en waarden. Zo vertelt Farah, een jonge Somalische vrouw die in Nederland is opgegroeid:

*De persoon met wie ik verloofd was, er was wel een keer dat we een gesprek daarover hadden en in het begin leek het allemaal heel begripvol, et cetera, maar toen kwam er opeens een keer ter sprake dat we het over kinderen hadden, bijvoorbeeld, en dat hij dan aangaf dat het eigenlijk helemaal niet handig is als een vrouw dan ook fulltime werkt als ze kinderen wil krijgen, zeg maar. Dus dan merk je wel dat jongeren dan in het begin aangeven dat ze heel open zijn, dat ze denken: hé, leuk, een vrouw die werkt en daarna, als het erop aankomt, dat ze toch andere normen of tenminste, ja, die oudere normen aanhouden. (Farah, Somalische vrouw, 28 jaar, geboren in NL, ongetrouwd, geen kinderen).*

## **4.6 Veranderingen in leefstijl en prioriteiten bij jonge generatie**

Een factor van heel andere aard is dat de Nederlandse samenleving ook andere mogelijkheden biedt dan sommige landen van herkomst. In Nederland krijgen jonge mensen met een vluchtelingachtergrond kansen om zich te ontwikkelen, om bijvoorbeeld een opleiding te volgen of interessant werk te vinden. En daardoor ligt trouwen en kinderen krijgen op vroege leeftijd niet meer voor de hand. Kiros is een jonge Eritrese man van 21 jaar, ongetrouwd, zonder kinderen. Hij is vijf jaar in Nederland. Hij beschreef dat zijn leven

in Nederland er echt anders uitziet dan als hij in Eritrea was gebleven, waar hij op deze leeftijd waarschijnlijk al een gezin zou hebben:

*Het grootste verschil ligt in wat er van je wordt verwacht als persoon zijnde, zelfs zonder kinderen. Op mijn leeftijd is het normaal hier, om gewoon druk te zijn met je studie, je bijbaan en leuke dingen te doen met vrienden. Er is tijd om jezelf te ontwikkelen en een stevige basis op te bouwen voor je toekomst. In Eritrea zou ik nu dienstplicht hebben afgerond, vroegtijdig zijn gestopt met school en omdat daar weinig mogelijkheden zijn om je ontwikkelen bijvoorbeeld met een studie volgen, is het automatisch tijd om te trouwen en een gezin te stichten. Tuurlijk is het ook een deel van onze cultuur en tradities, maar daarnaast heeft het ook te maken met de leefomstandigheden daar. Net als dat wij hier ons ook weer aanpassen aan de leefomstandigheden van Nederland. (Kiros, Eritrese man, 21 jaar, 5 jaar in NL, ongetrouwd, geen kinderen).*

De afweging om nog een tijd te wachten voor je aan kinderen begint, komt ook voort uit een gevoel van verantwoordelijkheid, waarin de norm rond de opvoeding van kinderen weerspiegeld wordt. Je moet een stabiel persoon zijn en je leven op orde hebben. In deze verhalen klinkt een mengsel van een eigen wens om tijd te hebben voor eigen ontwikkeling en een diep gevoelde wens kinderen een betere start te geven dan ze zelf hebben gehad. Nahom is een jonge Eritrese man van 23 die tegen de wens van zijn familie in wil wachten met kinderen:

*De reden dat ik nu niet naar hun luister en hun verwachtingen niet kan waar maken is omdat ik weet in wat voor levensomstandigheden ik momenteel leef. Ik wil niet nu een kind krijgen en hem hetzelfde lot geven als ik heb gehad, mijn lichaam is wel hier maar mijn hoofd is ergens anders. Ik wil wachtten zodat ik mijn leven kan verbeteren, ik mij kan voorbereiden op kinderen krijgen en mijn kinderen de opvoeding geven zoals kinderen in Nederland krijgen. Ik ben er nu gewoon nog niet klaar voor, ik ben 23 jaar op dit moment. Binnenkort wordt ik 24, in Eritrea zou dit de leeftijd zijn waarop ik misschien al wel getrouwd zou zijn met een kind maar hier is het wel anders. Wellicht dat ik over ongeveer zes jaar aan kinderen wil beginnen, dan ben ik bijna dertig. Dat lijkt me een betere tijd om kinderen te krijgen, hopelijk ben ik dan ook iets stabiel. (Nahom, Eritrese man, 23 jaar, 5 jaar in NL, ongetrouwd, geen kinderen).*

Fiyori is een jonge Eritrese vrouw die wel getrouwd is, maar nog wil wachten met kinderen. Ze is in Nederland geboren en heeft een universitaire opleiding: "Ik denk gewoon altijd van: het is gewoon best wel een verantwoordelijkheid en dat wil ik gewoon graag goed doen. Dus ik wil dat niet doen als ik het gevoel heb dat ik niet honderd procent daarin kan geven. Ik zou ook gewoon op persoonlijk vlak nog willen ontwikkelen voordat ik een kind op de wereld zet, weet je wel." (Fiyori, Eritrese vrouw, 25 jaar, geboren in NL, getrouwd, geen kinderen). Naast hun eigen ontwikkeling beschrijven ook veel jonge deelnemers dat het belangrijk is om als stel tijd samen door te brengen en een stevige basis te hebben, voor je samen aan kinderen begint. Zala is een Afghaanse vrouw van 30 jaar, die al vanaf haar 3<sup>e</sup> in Nederland woont. Ze is getrouwd en is zwanger van haar tweede kind. Ze vertelde dat ze bewust gewacht heeft met het krijgen van kinderen tot ze zich er klaar voor voelde en ze als stel ook een tijd samen waren en genoten hadden van het vrije leven: "Want het is natuurlijk belangrijk dat je allebei erachter staat om een kind te nemen en toen ik klaar was met mijn opleiding, toen voelde ik me ook klaar, omdat we dan dus bijna vijf jaar van elkaar hebben genoten, leuke vakanties hebben gehad, leuke uitjes, kinderloze dingen allemaal

hebben gedaan en dat ik mezelf ook oud genoeg vond, dat ik dacht van: nu voel ik me er klaar voor. Een beetje dat verantwoordelijkheidsgevoel.” (Zala, Afghaanse vrouw, 30 jaar, 27 jaar in NL, getrouwd, 1 kind en zwanger van de tweede).

Ook in de focusgroep van Somalische vrouwen is er overeenstemming dat je beter wat later kinderen kan krijgen, omdat je dan zelf verder ontwikkeld bent en beter voor kinderen kunt zorgen. Ze stellen dat je als mens eerst tijd nodig hebt om je eigen binnenwereld te leren kennen en ontwikkelen, voordat je aandacht kunt hebben voor de buitenwereld:

*Zeg maar, fysiek en hormonaal, hè, dan ben je wel een beetje ontwikkeld. En qua hormonen, want je ziet op jonge leeftijd dat jij zelf ook niet weet wat in je lichaam gaande is en zo. Wanneer je binnen bezig bent, dan kun je buiten niet zoveel aan. En wanneer je binnen wel ontwikkeld bent, dan buiten kun je het wel aan qua ervaringen en je emoties. Dan kun je wel zeggen van: ‘Oké, ik ben vandaag zo en zo, dit wil ik niet.’ Dan heb je een eigen mening, eigen gevoelens kun je ook herkennen aan de anderen. Dus dat is buitenwereld en binnenwereld, dat zijn niet twee dingen die samen kunnen.*

Opvallend is dat niet alleen de inhoud van wat jongeren uit de tweede generatie willen veel overeenkomsten vertoont met andere jongeren in de Nederlandse samenleving, ook in hun taalgebruik weerklinkt de invloed van westerse discoursen rond gezinsplanning. De tweede generatie heeft het over ‘kinderen nemen’ en ‘een kind op de wereld zetten’, waar deelnemers die niet in Nederland zijn opgegroeid eerder praten in termen van ‘kinderen krijgen’ en er vaak achteraan zeggen dat dit aan God/Allah is. Tegelijkertijd hoor je ook verhalen van de jonge generatie waarin een grote loyaliteit naar hun familie en gemeenschap weerklinkt.

## **4.7 Conclusie**

Het leven in Nederland biedt nieuwe kansen maar geeft ook beperkingen, die van invloed zijn op de reproductieve keuzes. Als mensen net in Nederland aankomen, krijgen ze vaak eerst te maken met een (soms langdurige) fase van onzekerheid rond verblijf en gezinshereniging. Bovendien kost het veel energie om een nieuw leven op te bouwen, de taal te leren, een huis en werk te vinden. Nederland heeft ook een meer individualistischer cultuur dan de meeste landen van herkomst, waardoor mensen minder sociale steun ervaren dan ze gewend zijn. Dit maakt dat het verzorgen van kinderen een hele opgave erbij is, die mensen, als dat kan, graag uitstellen.

Het opvoeden van kinderen in Nederland vraagt veel aandacht, tijd en geld. Er zijn in Nederland hoge verwachtingen van ouders, in hoe je je kind begeleidt en wat kinderen nodig hebben. Dit is heel anders dan in het land van herkomst, waar kinderen “zichzelf opvoeden” (Eritrees gezegde). Huizen zijn in Nederland klein en duur, en families leven niet bij elkaar. Als er wel familie in Nederland woont, kun je daar minder een beroep op doen dan in het land van herkomst, omdat ze het druk hebben met hun eigen leven (zoals iedereen in Nederland). Zonder steun van de familie komt er meer op de ouders neer. Dit maakt dat veel mensen hun oorspronkelijke plannen (moeten) bijstellen, en geen acht of tien kinderen willen, maar liever twee of drie kinderen krijgen.

Het leven in Nederland biedt ook mogelijkheden, op vlak van gender gelijkheid en kans op opleiding, ontwikkeling en werk, die maken dat jongeren langer wachten om te trouwen en kinderen te krijgen en dat vrouwen meer zeggenschap krijgen over het aantal kinderen dat ze krijgen. In de verhalen van jongeren die in Nederland zijn geboren of als jong kind naar

Nederland kwamen, weerklinken wensen rondom eigen ontwikkeling, opleiding, liefdesrelaties en kinderen die veel overeenkomsten hebben met die van Nederlandse jongeren zonder migratieachtergrond. Tegelijkertijd voelen ze zich wel heel loyaal aan hun familie en gemeenschap.

## 5 De invloed van de familie en hoe mensen daarmee omgaan

*Ik heb genoeg kinderen. Ik vind het jammer dat mijn familie niet tevreden is met het aantal kinderen. Mensen zeggen, waarom krijg je niet meer kinderen, jij doet zoals Europeanen [anticonceptie gebruiken]. In het begin zei ik, ja het komt goed en zo kom je een jaar of twee verder. Elke keer als ik hierover een gesprek voer, zeg ik dan, In sha Allaah het komt. Ze leggen heel veel druk op jou. Het is niet fijn, maar zij bedoelen het goed. (Muna, Somalische vrouw, 46 jaar, 14 jaar in Nederland, getrouwd, 4 kinderen).*

In Afghanistan, Somalië, Eritrea en Syrië ervaren veel mensen een grote verbondenheid met hun familie. De culturen zijn minder individualistisch dan de Nederlandse cultuur, er ligt meer nadruk op ieders sociale rol in de gemeenschap en op gezamenlijkheid. Het is heel normaal dat mensen in de familie voor elkaar zorgen en samen voor de kinderen zorgen (zie ook 4.3). In veel families is het ook normaal dat de familie meedenkt en meebeslist over de richting die iemands leven neemt, bijvoorbeeld rondom partnerkeuze en de opvoeding van kinderen. Ook als de fysieke afstand groter wordt, doordat iemand naar Nederland migreert, blijven de verwachtingen en meningen van de familie rondom trouwen en het krijgen van kinderen heel belangrijk. Tegelijkertijd is het leven van mensen met een vluchtelingachtergrond in Nederland heel anders geworden, zoals we in hoofdstuk 4 beschreven, waardoor er meer spanning komt te staan op het waarmaken van de verwachtingen van de familie. In dit hoofdstuk beschrijven we welke verwachtingen families zoal hebben, hoe ze die verwachtingen uiten en hoe de mensen die we gesproken hebben omgaan met deze verwachtingen. Ook beschrijven we hoe mensen omgaan met een onbedoelde zwangerschap en welke rol de familie daarin speelt. Deze inzichten kunnen helpen om beter te begrijpen welke keuzes mensen maken.

### 5.1 Familie verwachtingen

In veel gemeenschappen geldt de norm dat elk mens hoort te trouwen en daarna vanzelfsprekend kinderen krijgt. “Bij ons is het zo van: oké, als je gaat trouwen, dan krijg je kinderen”, vertelde de Eritrese Fiyori. Fiyori is in Nederland geboren. Ze is getrouwd, maar wil nog een tijd wachten tot ze kinderen krijgt. Ze ervaart dat ze haar keuze steeds opnieuw moet verdedigen naar de familie en gebruikt haar studie als reden zodat ze niet teveel de confrontatie aan hoeft te gaan.

*Vooraf bij gatherings, dus als we bij elkaar komen, etentjes, feestjes, gelegenheden. Ja, ik vind dat eigenlijk vrij brutaal, want je weet helemaal niet wat er speelt. Weet je, voor hetzelfde geld wil ik het wel heel graag, maar lukt het gewoon niet en als iemand dan elke keer aan je vraagt: ‘Waar blijven die kinderen’, dan is dat best wel confronterend, denk ik. Maar om dat dan zo te zeggen tegen iemand die vijftig- of zestigplus is, dat is ook weer een beetje hoge drempel van: ja, hoe ga ik dat zeggen zonder dat ik gelijk respectloos overkom? Dus het is eigenlijk gewoon een beetje weglachen. Maar het is meestal inderdaad bij gelegenheden en wanneer ze me zien of wanneer ze me spreken. Maar hoewel ik nu wel merk dat dat minder wordt, omdat als ik zeg: ‘Ja, ik ben nog aan het studeren’, dan is het ook wel van: ‘O ja, ja, zit ook wel wat in. Als je aan het studeren bent, dat is niet*



*echt heel handig met een baby erbij.’ (Fiyori, 25 jaar, in NL geboren, getrouwd, geen kinderen).*

De mate waarin een familie nadruk legt op de gewenste timing en het aantal kinderen is heel verschillend. Veel deelnemers vertelden dat ouders vaak benadrukken dat ze op tijd moeten trouwen en dat ze veel kleinkinderen verwachten. Ook na migratie blijft de invloed van de familie groot. In de focusgroep van Eritrese vrouwen vertelde een deelnemster:

*Het is mijn ervaring dat mijn ouders altijd invloed willen uitoefenen op mijn gezinsplanning. Ik heb namelijk twee kinderen en altijd als ik mijn ouders telefonisch spreek is bijna het eerste wat ze zeggen: hallo, ga je niet meer kinderen maken? Soms word je er bijna onzeker van of als je ze net spreekt stel je snel een andere vraag om het onderwerp te omzeilen. Zelfs al zijn ze op afstand en wonen ze in Eritrea, willen ze invloed uitoefenen en laten ze je niet met rust.*

Ook mannen ervaren de druk vanuit de familie. Adnan is een Syrische man van eind dertig. Hij is getrouwd en heeft 3 kinderen. Hij woont zeven jaar in Nederland. Hij benoemde hoe zijn schoonmoeder zich blijft bemoeien met het aantal kinderen dat ze hebben: “De moeder van mijn vrouw adviseert ons om veel kinderen te krijgen. Als de baby een jongen is, zegt ze dat we een broer voor hem moeten hebben en als de baby een meisje is, zegt ze dat we een zus moeten hebben, enzovoort.” (Adnan, Syrische man, eind 30, 7 jaar in NL, getrouwd, 3 kinderen). De grote invloed van (schoon)moeders komt in veel verhalen terug. In sommige gevallen blijft het niet bij vragen of advies, maar wordt er grote druk uitgeoefend. Marwa is een Afghaanse vrouw van 52 jaar. Ze is jong getrouwd en heeft op jonge leeftijd kinderen gekregen. Ze vertelde dat haar schoonmoeder daar veel druk op zette en dat haar man toen gezwicht is: “De moeder van mijn man heeft gedwongen dat we het eerste kind krijgen. Mijn man wilde dat niet. Mijn man voelde zich niet zo veilig in Afghanistan. Hij wilde in een ander land wonen. Hij had geen kinderwens. Het eerste kind was de wens van zijn moeder. *Niet ook jouw wens?* Ik was te jong. Ik was bezig met naar school gaan.” (Marwa, 52 jaar, 24 jaar in NL, getrouwd, 4 kinderen).

Er zijn ook ouders die stappen ondernemen, als er niet naar hen geluisterd wordt. Almaz is een Eritrese vrouw van 52 jaar, die tien kinderen kreeg in Eritrea en nu 4 jaar in Nederland is. Ze legde uit waarom de ouders van beide kanten zoveel invloed hadden op het aantal kinderen dat ze kreeg: “Ja natuurlijk, de ouders van beide koppels hebben grote invloed op je keuze. Als je ze niet accepteert, proberen sommige ouders een scheiding te regelen van het koppel.” (Almaz, Eritrese vrouw, 52 jaar, 4 jaar in NL, getrouwd, 10 kinderen). Wel of niet voldoen aan de verwachtingen van ouders heeft effect op de relatie tussen partners. Mihret is een Eritrese vrouw van 45 jaar met vier kinderen. Ze vertelde dat ze graag haar respect betoonde aan de ouders van beide kanten en dat een verstoorde relatie met (schoon)ouders ook zou doorwerken op haar relatie met haar partner: “Ik had respect voor mijn ouders aan beide kanten. Ik wilde graag gehoorzamen en hun wensen en behoeften accepteren. Als je je ouders niet accepteert of respecteert, dan is het ook moeilijk om verder te gaan als partner. Ouders hebben een grote invloed op je relatie met je man.” (Mihret, 45 jaar, 4 jaar in NL, getrouwd, 4 kinderen).

Aan de andere kant zijn er ook deelnemers die helemaal geen druk ervaren vanuit de familie. Ze ervaren dat de familie het beste voor hen wil en daar hoort in hun ogen trouwen en kinderen bij, maar er wordt geen druk op hen uitgeoefend.

*Mijn ouders hadden denk ik wel verwachtingen maar zeiden altijd alleen dat ik mijn tijd mocht nemen en dat Allah de juiste man voor mij op mijn pad zou brengen, waarmee ik een mooie familie zou stichtten. Ik heb veel gebeden verricht zodat ik zou weten of hij de man was waar ik mijn leven mee zou delen en na zo veel jaar zijn we nog steeds gelukkig samen. Ik voelde ook geen druk om snel weg te gaan maar had wel het gevoel omdat ik de oudste dochter ben, dat ik het voorbeeld ben voor mijn jongere zusjes en broertjes. (Rahel, Eritrese vrouw, 34 jaar, 5 jaar in NL, getrouwd, 6 kinderen).*

Een aantal jongere deelnemers ervaren juist aanmoediging om te studeren en hun eigen keuzes te maken. Samrawit is een Eritrese vrouw van 30, in Nederland geboren, die niet getrouwd is en geen kinderen heeft. Zij vertelde "Ik denk in die zin dat mijn ouders minder traditioneel zijn. Die hadden ook zoiets van: ga lekker studeren, ga eerst je eigen dingen doen en, eh, het komt vanzelf wel. Dus ik heb die druk nooit zo gevoeld."

### **Familieverwachtingen ervaren als sociale steun**

Voor de ervaring van de deelnemers speelt naast *de mate waarin* de familie zich bemoeit met hun gezinsvorming, ook mee of diegene zich wel of niet kan vinden in het pad dat de familie voor zich ziet. Als de wensen van de familie parallel lopen met de wensen van iemand zelf, wordt het doorgaans niet als druk ervaren, maar als sociale steun. Zoals de nog ongetrouwde jonge Afghaanse Farhan van 23 jaar vertelde: "Ik ben eigenlijk eens met mijn ouders, dat wanneer ik getrouwd ben, om zo snel mogelijk kinderen te krijgen. Dat hebben we via onze opvoeding zo meekregen om jong te trouwen en jong vader te zijn. En omdat ik ze hierover met ze eens ben, heb ik geen last van hun verwachtingen." Ook de Somalische Ilhan vertelde dat zijn wensen en die van de familie helemaal overeen kwamen en dat het daarom geen spanningen gaf: "We wilden zelf meer kinderen krijgen en onze familie wilde ook graag dat we meer kinderen zouden krijgen. Als de vrouw na een jaar geen kinderen krijgt, werd er gevraagd of er iets aan de hand was. Ik vond het normaal. Dit geldt voor elke familie." (Ilhan, Somalische man, 47 jaar, 16 jaar in NL, getrouwd, 4 kinderen). Sommige deelnemers geven ook aan dat het een goed gevoel geeft als je familie trots op je is, als je aan de verwachtingen voldaan hebt en een duidelijke plek hebt verworven in de familie. Dus als er verwachtingen worden geuit over hoeveel kinderen je gaat krijgen, kan dat ook het gevoel geven dat je welkom bent. Selai, een getrouwde Afghaanse vrouw van 30, vertelde: "Ik werd heel blij. Ik vond het leuk dat zij hun verwachtingen uitten."

## **5.2 Op welke vlakken liggen er verwachtingen**

De familie kan verwachtingen hebben op verschillende vlakken. In de verhalen van de deelnemers komen vier aspecten naar voren: (1) dát er kinderen komen, (2) wanneer er kinderen komen, (3) hoeveel kinderen er komen en (4) het geslacht van kinderen. Hieronder lichten we ze toe.

### **Er moeten kinderen komen**

Omdat het voor de familie in het land van herkomst zo vanzelfsprekend is dat je kinderen krijgt, is er vaak weinig begrip voor mensen die dat niet willen of nog niet willen. Firas, een Syrische man van begin veertig, heeft inmiddels 5 kinderen. Hij beschreef dat hij liever had willen wachten met kinderen en eerst een tijd met zijn vrouw had willen doorbrengen, maar dat de familiedruk erg groot was. Om geen verstoorde relatie met zijn ouders te krijgen, hebben ze vrij direct na het trouwen al hun eerste kind gekregen en werden het er vijf in plaats van vier.

*Ik had het plan om maximaal vier kinderen te krijgen, rekening houdend met het tijdsverschil tussen elk kind en het andere, zodat elk kind zijn recht op onderwijs zou hebben. In de samenleving waar ik vandaan kom, is het wijdverbreide idee dat een getrouwd stel meteen kinderen moet krijgen, zodat ze niet onvruchtbaar zouden zijn. Daarom werd mijn vrouw na drie maanden van ons huwelijk zwanger. Ik hoopte zelf een jaar of twee van mijn leven met mijn vrouw te kunnen genieten nadat we getrouwd waren, maar de druk van de ouders om ons heen deed ons nadenken over het krijgen van kinderen. Hoe zullen mensen je zien? Ben je onvruchtbaar omdat je nog niet bevallen bent? Na al deze opmerkingen besloot ik om ons eerste kind te krijgen, omdat ik niet wilde dat mijn ouders boos op me zouden worden of vijandig tegenover ons zouden staan. (Firas, Syrische man, begin 40, 8 jaar in NL, getrouwd, 5 kinderen).*

Bij Golalei kwam de druk om snel kinderen te krijgen van haar schoonouders. Golalei is 41 jaar en heeft twee kinderen. Ze vertelde dat het in haar schoonfamilie onbespreekbaar was als ze geen kinderen zou willen. Haar schoonmoeder had grote invloed op haar man. Haar man was gehoorzaam aan zijn moeder. Nu ze in Nederland wonen, heeft haar schoonmoeder minder invloed op haar man.

*Nee, we konden niet zeggen dat we geen kinderen wilden. Mijn schoonmoeder zou mijn hoofd opeten. De familie van mijn man wilde per se een zoon, want mijn schoonmoeder had zelf ook één zoon. Ze wilde een kleinzoon erbij. Mijn schoonouders zeiden je eerste kind moet een zoon zijn. Mijn schoonmoeder wilde de naam van haar overleden man aan mijn zoon geven. Ik wilde dit niet. Maar uit respect hebben we het toch gedaan. Ik vind dit niet leuk, maar uit respect zei ik niks. Ik hield veel van mijn man en zei geen nee tegen hem. Hij zei mijn moeder wil dat dit de naam van onze zoon wordt dus we moeten dat gaan doen uit respect. Daar heb ik niks over gezegd uit respect voor ouderen maar ook omdat ik mijn man niet kwijt wilde. Mijn schoonmoeder had veel invloed op hem. Mijn man was toen niet open minded. Hij was jong, een jaartje ouder dan ik. Als mijn schoonmoeder iets wilde dan zei mijn man altijd ja tegen haar. Ik wilde geen problemen met hem en accepteerde daarom alles. Hij had geen eigen mening. Hier hebben we geen problemen, omdat mijn man ouder is en wijzer en zijn moeder is er niet in Nederland om invloed uit te oefenen op hem. (Golalei, Afghaanse vrouw, 41 jaar, 6 jaar in NL, getrouwd, 2 kinderen).*

Natuurlijk zijn er ook mensen die wel kinderen zouden willen, maar bij wie het niet lukt. Vanuit sommige families wordt er dan op aangedrongen dat de man hertrouwt, zodat hij met een andere vrouw wel kinderen kan krijgen. Niet alle mannen gaan mee in deze druk vanuit de familie. Zo vertelde Rashid, een Afghaanse man van 60 jaar hoe hij de druk van de familie weerstond en bij zijn vrouw bleef:

*In de ogen van sommige familieleden ben ik een bangerd of een loser, die bang is van zijn vrouw. Zij begrijpen niet dat ik niet voor een tweede vrouw ga om van die vrouw kinderen te krijgen. Maar dat is tegen mijn principes. Ik kan niet met het leven van anderen spelen, om alleen hiervoor met iemand te trouwen en diegene elders achter te laten. Ik weet dat in Afghanistan armoede heerst en er zijn mensen die daar naartoe gaan en met heel jonge meisjes trouwen. Dat is respectloos en barbaars. (Rashid, 60 jaar, 28 jaar in NL, getrouwd, geen kinderen).*

Ook als een stel wel al kinderen heeft, kan de familie aandringen op een tweede vrouw, zodat er meer kinderen komen. Dit overkwam Breshna, een Afghaanse vrouw van 47 jaar met vijf kinderen, die al 27 jaar in Nederland is. Ze vertelde dat ze eerst in Afghanistan uitgehuwelijkt was aan haar eerste man en met hem twee kinderen kreeg. Ze is van hem gescheiden en daarna getrouwd met haar huidige man, met wie ze nog drie kinderen kreeg. Toch heeft haar schoonfamilie voor haar huidige man een tweede, jonge vrouw geregeld, waar hij ook nog vijf kinderen mee heeft.

*Ik werd uitgehuwelijkt op mijn 17<sup>e</sup> en op mijn 18<sup>e</sup> had ik mijn eerste kind. Ik wist van niks, mijn dochter werd geboren. Ik werd geslagen door mijn man. Ik werd depressief en slikte anti-depressie pillen. Toen mijn tweede kind 4 jaar oud was, ben ik gaan scheiden van mijn ex man. Ik ben daarna weer getrouwd met iemand, waarmee ik drie zonen heb nu. Mijn huidige schoonmoeder bemoeit zich over kinderen. In Nederland besluiten mensen of ze kind willen, wanneer en hoeveel. In Afghanistan is er dwang. Als het dochter is, dan willen ze dat je doorgaat totdat je een zoon hebt. Mijn schoonmoeder zegt dat het in haar familie belangrijk is dat je veel kinderen hebt. Ik zeg tegen hun dat ik geen kinderen meer kan krijgen. Ik gebruik anticonceptie, mijn man weet het niet. Mijn huidige man is getrouwd met een andere vrouw in Afghanistan. Mijn schoonfamilie besloot een nieuwe vrouw te kopen in Afghanistan voor hem. Hij heeft 5 kinderen met haar sinds 2016. Die vrouw is 26 jaar oud nu. Ze was 16 toen ze moest trouwen met hem. (Breshna, 47 jaar, 27 jaar in NL, getrouwd, 5 kinderen).*

#### **Meteen kinderen na het trouwen**

Veel deelnemers vertellen dat hun familie in het land van herkomst ervan uitgaat dat ze direct na hun huwelijk een kind krijgen. Bij het uitblijven van zwangerschap wordt vooral aan de reproductieve gezondheid van de vrouw getwijfeld, niet zo snel aan de vruchtbaarheid van de man. Anas reflecteert hierop: “Ze verwachten dat je gelijk kinderen krijgt. Na paar maanden als je vrouw niet zwanger is, wordt er gelijk erover gesproken.. Niet alleen door je familie, maar ook je vrienden, kennissen. Soms wordt er gezegd ‘is er wellicht iets aan de hand met je vrouw’ alsof alleen door de vrouw kinderen worden verwerkt.” (Anas, Somalische man, 60 jaar, 23 jaar in NL, getrouwd, 1 kind).

Als het te lang duurt, wordt soms dringend geadviseerd om medisch onderzoek te laten verrichten of naar een traditionele dokter te gaan. Said, een Somalische man van 55, vertelde hoe hij worstelde met de druk die vrouwen in de familie op zijn vrouw uitoefende. Hij heeft zich verzet tegen de behandeling die de traditionele dokter voorstond:

*In de Somalische cultuur is de verwachting dat je in de eerste jaar een kind krijgt. Als de vrouw boven 20 is en ze raakt in de eerste jaar niet zwanger, wordt gelijk een oorzaak gezocht. Ik heb meegemaakt met mijn eerste vrouw. Ze was de eerste twee jaar niet zwanger, zonder dat we tegenhielden. Na drie jaar kwam het eerste kind. Daarna werd zij anderhalf jaar niet zwanger. Zij ging toen naar een dokter om te kijken of er een oorzaak is. De dokter kon geen oorzaak vinden. Een traditionele dokter heeft geadviseerd om uitwendig op de buik te laten aanstippen met een hete spijkerkop. Ik heb toen geweigerd. De reden dat mijn vrouw naar de verschillende dokters ging was, omdat alle vrouwen in haar omgeving: familie, vrienden en kennissen ermee gingen bemoeiden. (Said, Somalische man, 55 jaar, 10 jaar in NL, getrouwd, 12 kinderen).*

## **Méér kinderen**

Omdat mensen in de landen van herkomst vaak veel kinderen krijgen, is dat in de meeste families de verwachting, ook als je in Nederland woont. Wanneer het volgende kind komt, is een veelbesproken onderwerp waar telkens naar gevraagd wordt, zowel bij mannen als bij vrouwen. Zo vertelde Bashir, een Somalische man met twee kinderen, hoe hij door de familie onder druk werd gezet om te trouwen en daarna om meer kinderen te krijgen:

*Mijn familie heeft mij onderdruk gezet om te gaan trouwen. Ze wilden dat ik kinderen kreeg, met name mijn moeder. Ik kreeg vaak te horen van mijn moeder "ik wil je kinderen zien". Het hoort bij de Somalische cultuur. Bijna elke gesprek wordt je gevraagd ben je getrouwd? Heb je kinderen? Uiteindelijk ben ik indirect gedwongen om te gaan trouwen zonder goed erover na te denken, alleen om van het gezeur af te komen. De meeste voorkomende vragen in de gesprekken met mijn familie gaan over kinderen. Vragen zoals: komen er geen kinderen meer? Is je vrouw zwanger? Wanneer komt het derde kind? Waarom ga je niet met andere vrouw trouwen om meer kinderen te krijgen?. Ze verwachten van mij dat ik veel kinderen krijg. Ik ben het niet eens met hun verwachtingen. Wie gaat mij straks helpen met het opvoeden van de kinderen? Niemand. Waar ze het omgaat is alleen het getal verder niets. Hij heeft 10 kinderen en zij heeft 12 kinderen. Sommige familieleden denken dat je rijkdom afhangt hoeveel kinderen je hebt. Ik zie het anders en moet ze vaak teleurstellen. (Bashir, 60 jaar, 14 jaar in NL, getrouwd, 2 kinderen).*

De druk op het krijgen van méér kinderen komt veel terug in de verhalen van de deelnemers. Ook Rana, een Syrische vrouw van 28 met twee zoons, maakte dit mee. Ze vertelde dat de fysieke afstand wel helpt, om minder druk van de familie te ervaren:

*In Nederland zijn gezinnen vrij om kinderen te krijgen of niet, meestal heeft het krijgen van kinderen te maken met het vermogen om een kind op te voeden en in zijn basisbehoeften te voorzien. In Syrië en vooral binnen de gemeenschap waar ik woonde, was het krijgen van kinderen verplicht na het huwelijk en vaak als er 3 of 4 jaar zijn verstreken en ze niet weer zwanger zijn geworden begint de druk om kinderen te krijgen opnieuw. Het is alsof de vrouw altijd wordt gedwongen om kinderen te krijgen. Het helpt ons dat wij hier in Nederland wonen, heel ver van de druk van onze familie en samenleving. (Rana, Syrische vrouw, 28 jaar, 6 jaar in NL, getrouwd, 2 kinderen).*

## **Liever jongens dan meisjes**

In sommige families, met name uit Afghanistan en Syrië, ligt er veel nadruk op het krijgen van zonen. Dochters worden minder hoog gewaardeerd. Vrouwen die druk ervaren om zoons te krijgen, geven aan dat ze daar wel onder lijden. "Die vervelende druk zijn om jongens te krijgen is een volledige minachting voor de omstandigheden van het gezin en een gebrek aan aandacht voor de gevoelens van de moeder", vertelde Rana (Syrische vrouw, 28 jaar, 6 jaar in NL, getrouwd, 2 kinderen). In de focusgroep van Syrische vrouwen kwam het ook ter sprake. De vrouwen waren het erover eens dat de schoonmoeder en de moeder van de vrouw (pas) tevreden zullen zijn als de familie twee of drie jongens erbij heeft. De jongens tellen, niet de meisjes. Als er twee of drie jongens zijn, wordt hun bemoeizucht minder. Manal, een Syrische vrouw van 31 met 3 dochters, vertelde hoe vervelend ze de druk vindt dat er zoons moeten komen: "Er zijn verwachtingen vanuit mijn familie maar niet vanuit de familie van mijn man. De verwachtingen vanuit mijn familie zijn dat ik moet jongens hebben, omdat ik alleen maar meisjes heb bevallen. Deze

verwachtingen zijn zo vervelend. Ik probeer het te negeren.” (Manal, Syrische vrouw, 31 jaar, 6 jaar in NL, getrouwd, 3 kinderen).

Ook in sommige Afghaanse families ligt veel nadruk op het krijgen van zonen. Firuza is 48 en heeft twee dochters. Ze vertelde: “In de Afghaanse cultuur is het belangrijk dat je zonen hebt. Familie van mijn man heeft het vaker over gehad. Ze zeggen dan ‘twee meisjes zijn toch wel weinig’ en ‘waarom wil je geen kinderen meer’, dit hoor ik vaak.” (Firuza, Afghaanse vrouw, 48 jaar, 21 jaar in NL, getrouwd, 2 kinderen).

*Mijn eerste kind was een dochter. Toen ik dochter kreeg als eerst wilde mijn schoonmoeder dat ik snel weer zwanger zou worden, zodat ik een zoon kon krijgen. Aan het begin toen ik pas getrouwd was, na zes maanden hadden we nog geen kind omdat we het zelf niet wilden. Maar mijn schoonmoeder ging veel aandringen. Ik moest toen wel zwanger worden door haar. Ze was ook ziek, dus ze wilde haar kleinkind zien voordat ze zou overleden. Gelukkig heeft ze hun allemaal gezien en ze is pas veel later gestorven. (Aria, Afghaanse vrouw, 60 jaar, 25 jaar in NL, getrouwd, 6 kinderen).*

### 5.3 Hoe worden verwachtingen geuit

De verwachtingen vanuit de familie komen vooral tot uiting in de (vele) vragen die gesteld worden. Veel deelnemers geven voorbeelden van hoe de gesprekken verlopen, telefonisch dan wel op familiebijeenkomsten en ontmoetingen. Doorgaans worden de vragen heel direct geformuleerd: “Als we dan bij familie op vakantie waren, werd er wel altijd gevraagd: ‘Waar is de rest?’ Dus: ‘Waar zijn de andere kinderen?’”, vertelt Fiyori, een Eritrese vrouw van 25 jaar die in Nederland opgroeide met één broer en haar ouders. Ook Faisal, een Syrische man van begin 40, kan erover meepraten. Hij is ongetrouwd en krijgt daar veel opmerkingen en vragen over: “Absoluut, dit is dagelijkse praat... ”Ik zou je graag als bruidegom willen zien, wanneer ga je trouwen?” Yasmin is een Somalische vrouw met vijf kinderen. Zij vertelde hoe ze elke keer als ze familie zag vragen kreeg: “Willen jullie geen kinderen? Of iedere keer: ben je zwanger, wanneer ben je zwanger? Ga je er nog meer nemen? Bij de eerste al: ‘O, willen jullie er nog meer?’ Tussen de tweede en derde zit vier jaar, dus elke keer: ‘O, zijn jullie al gestopt met twee? Moet je niet door? Jullie zijn jong, doorgaan, hè?’ “(Yasmin, Somalische vrouw, 37 jaar, 20 jaar in NL, getrouwd, 5 kinderen). En ook in Afghaanse families is het een veelbesproken thema. Adiba is zelf nog niet getrouwd en zij ziet hoe het haar zus vergaat, die net getrouwd is. Ook krijgt ze zelf al de hele tijd de vraag wanneer ze gaat trouwen.

*Mijn oudste zus is net getrouwd en ik merk wel dat de gemeenschap gelijk denkt wanneer komt het eerste kind. Als het eerste kind er is, dan denken ze wanneer komt het tweede kind. Als het tweede kind er is en ze zijn allebei meisjes, dan denkt men wanneer komt er een zoon? Dus op die manier houdt het eigenlijk nooit op. Mijn ouders vragen de hele tijd aan ons allemaal, het begint met wanneer ga je trouwen? Ze hebben wel altijd een mening. We leven in een wereld waarin je echt moet nadenken over kindwens en familie planning. Je leven moet stabiel zijn, je kan niet zomaar aan een kind beginnen. (Adiba, Afghaanse vrouw, 29 jaar, 23 jaar in NL, ongetrouwd, geen kinderen).*

De vragen worden zowel aan vrouwen als aan mannen gesteld. Omar vertelt dat de verwachtingen direct en indirect geuit worden en dat hij er last van had: “De familie verwacht dat je snel kinderen krijgt. Ze uiten het op een directe en indirecte manier. Direct zoals ‘is je vrouw zwanger of is een kind onderweg?’. Indirect zoals komt een uitnodiging

voor een geboorte feest. Ik vond persoonlijk niet leuk met al die vragen, omdat het iets betreft wat je zelf niet in handen hebt.” (Omar, Somalische man, 42 jaar, 11 jaar in NL, getrouwd, kinderen).

Soms worden de vragen in grapjes verpakt, maar is voor iedereen wel duidelijk dat er een serieuze ondertoon in zit. Trhas is een Eritrese vrouw van 29 die nog niet getrouwd is. Ze vertelde hoe daar in de familie vaak schertsend mee om gegaan wordt, waar ze dan maar over meelacht, terwijl het haar eigenlijk pijn doet: “Ik zag laatst een oom, die zei: ‘Wat zijn jullie aan het doen? Ja, ga dan trouwen en dan nodig je me uit.’ Ik zei: ‘Ja, prima, is goed.’ (lacht) Dus ja, daar kon ik wel gewoon om lachen, maar ik dacht van: ja, alsof je daar zelf niet bij stilstaat, weet je, dat je dat niet wilt, maar je moet wel gewoon de juiste partner vinden.” (Trhas, Eritrese vrouw, 29 jaar, geboren in NL, ongetrouwd, geen kinderen).

Sommige deelnemers krijgen te maken met ronduit negatieve opmerkingen. Extra pijnlijk, als zwanger worden niet lukte, terwijl iemand het zelf graag wilde. Of als het gaat over andere dingen waar je geen invloed op uit kunt oefenen, zoals het krijgen van een zoon. Breshna is een vrouw van 47 die op jonge leeftijd in Afghanistan uitgehuwelijkt werd. Ze kreeg twee dochters en daar werd door de schoonfamilie op zeer onvriendelijke manier op gereageerd: “Mijn schoonouders van mijn eerste man pestten mij. Mijn schoonmoeder en zelfs mijn schoonbroers. Ze gaven mij veel sneren. Ze zeiden waarom kan jij geen zonen krijgen, je krijgt alleen maar dochters. Ik durfde niks tegen mijn schoonfamilie te zeggen. Ik accepteerde de sneren. Als ik weerwoord zou geven, dan zouden ze mij slaan.” (Breshna, 47 jaar, 27 jaar in NL, getrouwd, 5 kinderen).

## 5.4 Omgaan met familiedruk

De aanhoudende vragen roepen bij veel deelnemers gevoelens op van ongemak. Zo beschreef Fiyori, een jonge Eritrese vrouw van 25 jaar die getrouwd is maar nog geen kinderen wil, dat de druk vanuit haar familie doorwerkt op haar gemoedsrust:

*Nou, ik voel me heel erg opgejaagd, moet ik zeggen, want ik was er eigenlijk zelf niet zo mee bezig en nu als heel veel mensen tegen je zeggen: ‘Je moet opschieten, straks word je oud, dan kan het niet meer’, dan ga je je een beetje zorgen maken, terwijl ik eigenlijk denk van: het is eigenlijk niet iets waar je je druk om moet hoeven maken. Ik bedoel: als het komt, dan komt het en als het niet komt, dan komt het niet, weet je. .” (Fiyori, Eritrese vrouw, 25 jaar, geboren in NL, getrouwd, geen kinderen).*

Ook Lemlem, een ongetrouwde Eritrese vrouw van 26, die al 20 jaar in Nederland woont, heeft last van de waarschuwingen van familie in het land van herkomst. Ze ervaart dat er weinig begrip is voor haar leven hier in Nederland.

*Ik vind het soms lastig omdat zij uit een andere tijd en generatie komen. In Eritrea is het normaal als je op jonge leeftijd kinderen krijgt maar in Nederland is het niet zoals daar. Ik begrijp het van hun kant maar zelf heb ik ook ambities en dromen. Soms is het lastig omdat je op familiefeestjes of bijeenkomsten, vaak dit soort opmerkingen en ‘grapjes’ krijgt. Of dat ze bijvoorbeeld zeggen; dat je tijd bijna om is of de tijd snel gaat als vrouw zijnde, en dat het anders is voor een man want die kan zijn leven lang kinderen maken. Ik mis soms vanuit hun het begrip voor het leven dat wij hier leiden en dat je ook je persoonlijke doelen wilt nastreven. (Lemlem, Eritrese vrouw, 26 jaar, 20 jaar in NL, ongetrouwd, geen kinderen).*

De vanzelfsprekendheid dat je jong trouwt en kinderen krijgt, wordt door sommige deelnemers ook pijnlijk of irritant gevonden, bijvoorbeeld omdat iemand geen partner kan vinden, geen kinderen wil, er medische redenen zijn waardoor zwanger worden niet lukt of omdat iemand niet heteroseksueel is en dus ook niet past in het geschetste plaatje. Yasmin is een getrouwde Somalische vrouw van 37 met vijf kinderen. Ze verzet zich tegen de vragen die maar gesteld worden aan iedereen:

*In mijn gemeenschap is het misschien heel normaal, maar ik zou de vraag niet iedere keer willen horen of ik zou zeggen: laat iedereen in zijn eigen waarde, respecteer het, je weet niet wat iemand in zijn leven meemaakt of zijn lichaam. Misschien kan diegene ze niet krijgen, misschien zijn ze ergens mee bezig, misschien willen ze niet en staan ze er niet open voor. Dus het is heel pijnlijk en heel frustrerend en irritant als je elke keer de vraag krijgt van: wil je? Wanneer krijg je? Jullie moeten ervoor gaan. In mijn geval doet het me niet zo heel veel, maar stel je voor dat iemand misschien geen kinderen kan krijgen of misschien wel met medische dingen bezig is om kinderen te krijgen, dan is dat niet fijn om zo'n vraag iedere keer te horen. Dus ja, dat is pijnlijk. (Yasmin, Somalische vrouw, 37 jaar, 20 jaar in NL, getrouwd, 5 kinderen).*

Sommige deelnemers spreken mensen uit de familie ook aan op de nadruk die er ligt op trouwen en kinderen krijgen. Trhas, een ongetrouwde Eritrese vrouw van 29:

*Op een gegeven moment zeggen ze ook van: 'Ga een gezin stichten of ga trouwen', en soms vind ik dat wel slecht, want misschien is iemand gay, maar is de community daar niet alert op of niet gevoelig voor en dan kan je iemand daar heel erg mee kwetsen. Dus soms spreek ik me daar ook wel over uit van: als iemand gelukkig is, dan is dat het belangrijkste en dan moeten we niet van buitenaf zeggen van: 'O ja, wanneer ga je trouwen?' en zo. (Trhas, Eritrese vrouw, 29 jaar, geboren in NL, ongetrouwd, geen kinderen).*

De loyaliteit die mensen voelen aan hun ouders en breder aan de familie maakt het zwaar om niet aan de verwachtingen te voldoen. Haben is een Eritrese man van 28, in Nederland geboren. Hij is niet getrouwd en heeft geen kinderen. Hij vertelde hoe moeilijk het is om zijn moeder teleur te stellen:

*Ze hebben de verwachting dat ik binnen nu en een aantal jaar getrouwd ben en kinderen krijg. Vooral vanuit mijn moeder ervaar ik die druk om haar tevreden te stellen, ze zegt ook vaak dat ze mij graag wilt zien trouwen en wilt zien met mijn eigen gezin voordat zij er niet meer is. Ik vind het soms lastig omdat ik weet dat ik hier zelf nog niet de drang voor voel of de behoefte heb, maar haar tegelijkertijd ook niet wil teleurstellen. Ik beseft mij dat mijn leeftijd haar aanleiding geeft om deze verwachtingen te uiten maar ik vind het ook belangrijk om te doen waar ik gelukkig van word en op dit moment is het voor mij niet het juiste moment om te settelen en een gezin te stichten. Mijn moeder is ook al iets ouder, ze wordt dit jaar 68 en vanwege haar leeftijd denk ik dat ze bang is om mijn kinderen niet meer mee te maken.. (Haben, Eritrese man, 28 jaar, in NL geboren, ongetrouwd, geen kinderen).*

### **Een eigen koers gaan**

Ook al is de druk vaak groot, zoals hierboven duidelijk wordt, toch geven de meeste deelnemers aan dat ze hun eigen keuzes maken rond timing en aantal kinderen. Veelal maken ze die keuze samen met hun partner (zie ook 6.5). Farah, een getrouwde Syrische



vrouw van 30 met twee kinderen, vertelde: "Mijn man en ik hebben besloten dat kinderen krijgen is een zaak van ons, de familie mag verwachtingen hebben, wij gaan doen wat wij willen." Dit komt in alle vier de groepen veel naar voren. Het is duidelijk gemakkelijker om deze koers te volgen als je aan de meeste verwachtingen voldoet en een goede sociale positie in de familie hebt. Andere factoren die bijdragen aan de regie die mensen ervaren zijn:

- niet (financieel of anderszins) afhankelijk zijn van de familie. Miriam (Eritrese vrouw, 22 jaar, 4 jaar in NL, getrouwd, 2 kinderen): "Als je werkt en genoeg geld verdient om te leven, kun je je eigen beslissingen maken."
- als de familie niet in Nederland woont.
- een plan hebben dat je kunt uitleggen. Elen (Eritrese vrouw, 31 jaar, 5 jaar in NL getrouwd, 3 kinderen): "Als je een duidelijk plan hebt wanneer en hoeveel kinderen je wilt, is het gemakkelijk om je familie/ouders te overtuigen en kunnen ze je plan of keuze accepteren."
- je kennis en zelfvertrouwen vergroten. Firuza (Afghaanse vrouw, 48 jaar, 21 jaar in NL, getrouwd, 2 kinderen): "Mijn kennis. Het heeft ook met opleidingsniveau te maken. Je eigen karakter. Ik deed het bewust. Ik heb genoeg informatie. Het was niet anderen zeggen en jij doet het. Ik heb een hoge opleiding gedaan in Afghanistan. Ik heb ook een karakter dat anderen voor mij niet alles kunnen bepalen. Ik kan wel volgen en meegaan, maar niet dat anderen voor mij alles bepalen."
- de ruimte die het leven in Nederland biedt. Farah: "Ja ik ben veranderd, ik ben vrij en ik kan mijn keuzes maken, geen religieuze verplichtingen meer."

Ismail is een Somalische man die getrouwd is en zes kinderen heeft. Hij heeft er last van dat zijn moeder niet snapt dat hij niet voor meer kinderen kan zorgen in Nederland. Ze kijken anders tegen de verantwoordelijkheid voor kinderen aan (zie hoofdstuk 3). "Mijn moeder zegt vaak "is je vrouw in verwachting"? Ze bedoelen het goed, maar we houden ons aan onze planning. Soms heb ik discussie erover met mijn moeder. Ik probeer haar de situatie uit te leggen. Dat hier in Nederland moeilijk en soms onverantwoord is om veel kinderen te krijgen. Dat we daardoor hebben besloten om kinderen te beperken. Mijn moeder begrijpt dat niet. Ze zegt "Zorg ervoor dat je veel kinderen krijgt en laat hun toekomst aan GOD over". (Ismail, Somalische man, 43 jaar, 13 jaar in NL, getrouwd, 6 kinderen). Yasmin geeft aan dat ze met haar man samen beslist hoeveel kinderen er komen. Ze geeft een paar voorbeelden van hoe ze met humor op de vragen en opmerkingen reageert:

*Ik kijk gewoon met mijn man van: wat willen wij, hoe willen wij het en wat past er in ons gezin, in ons leven? En als ik daar gelukkig van word, dan doen we dat gewoon en wat anderen...wij respecteren iedereen, maar het gaat om jou. Maar ik denk dat als wij langer hadden gewacht, kinderen langer hadden uitgesteld of zo, dan had misschien wel de vraag gekomen van: wanneer gaan jullie beginnen met kinderen, waarom krijgen jullie geen kinderen? Zulke dingen. Maar ik trek me er niet heel veel van aan en als het me echt te veel wordt of irriteert, dan zeg ik: 'Mensen, willen jullie ermee ophouden?' Ik durf dat wel gewoon te zeggen. Of mensen zeggen soms van: 'Jullie moeten meer kinderen nemen', dan zeg ik: 'Kom je me helpen met opvoeden?' (lacht) 'Willen jullie oppassen?' of: 'Gaan jullie het dan negen maanden dragen en bevallen?' Dus het is wel makkelijk gezegd, maar het is anders om gedaan te krijgen. Dus ik ben niet op mijn mondje gevallen, ik zeg er gewoon wel wat van. Ik bijt terug. (Yasmin, Somalische vrouw, 37 jaar, 20 jaar in NL, getrouwd, 5 kinderen).*

Veel deelnemers vertellen dat ze begrip hebben voor de verwachtingen en de goede bedoelingen erachter zien. Dit nemen ze mee in hoe ze erop reageren. Osama is een jonge Eritrese man van 23, hij is vijf jaar in Nederland. Hij reageert vol begrip op de verwachtingen, maar laat zich niet overtuigen:

*Ik begrijp mijn familie, het is een mooie wens en verwachting om te hopen voor je kind, maar ze weten ook dat de keuze bij mij ligt. Als je uit een klein dorp komt, kan het wel zo zijn dat je ouders dat bepalen of je richting zo'n huwelijk duwen, maar waar ik vandaan kom kan je niemand daartoe dwingen of beïnvloeden. Als ik niet wil, is er geen enkele sociale controle sterk genoeg om mij daartoe te bewegen, snap je wat ik bedoel. Ik ga er ook wel goed mee om, want ik weet dat hun verwachtingen vanuit goede intenties komen. Het is vanuit goede bedoelingen en de wens om te zien hoe ik mijn familie ga stichten, maar de realiteit is dat ik zelf weet wat voor een leven ik leef. Het is voor mij gewoon niet het juiste moment.*

Jonge vrouwen en mannen die in Nederland zijn opgegroeid, vinden het meer vanzelfsprekend dat ze zelf hun keuzes maken. Ze maken hun familie duidelijk dat ze zelf bepalen wanneer het de tijd is voor een kind en hier geen advies bij nodig hebben. Zala is een Afghaanse vrouw van 30 die zwanger is van haar tweede kind. Ze vertelde hoe er steeds naar kinderen gerefereerd wordt in de familie en dat haar man wel geneigd was mee te buigen met de druk, maar ze hem heeft doen inzien dat ze hun eigen koers moesten gaan:

*[Het komt ter sprake] op bezoekjes of gewoon soms uit het niets. Of dat iemand toevallig zwanger was of een kind had en dan zo van: 'Kijk, die heeft een kind' of als je dan een kind in je armen nam van: 'O, het staat je goed.' Zeg maar, zo. Maar in het begin irriteerde ik me daaraan, maar op een gegeven moment trok ik me er niets van aan, dacht ik bij mezelf: ik bepaal zelf wel wanneer ik met de Pil stop of wanneer ik gewoon echt een kind wil. En in het begin, door een beetje dat geroezemoes van anderen, wilde mijn man ook een kind... Ik zei tegen hem: 'Ja, maar dan stop ik met mijn Hbo, maar dan moet je ook niet verwachten dat ik dan ga werken of studeren, want daar heb ik dan ook geen zin in.' Ook omdat ik me gewoon jong voelde. Maar hij snapte het, ik heb gewoon mijn opleiding afgemaakt en bijna een jaar later ben ik dus zwanger geworden.*

### **Subtiel navigeren om escalatie te vermijden**

Goede familierelaties zijn erg belangrijk. De confrontatie met de vele vragen en opmerkingen plaatst mensen daarom voor een lastige opgave, om de sfeer goed te houden. Grapjes zijn een manier om voor jezelf op te komen zonder de ander te kwetsen. Als het gaat om een ouder iemand die je respect wilt betonen, of iemand die je graag mag, gebruiken veel deelnemers humor om uit de situatie te komen zonder direct antwoord te geven op de vragen. Hamza is een jonge Somalische man van 22, ongetrouwd en zonder kinderen. Hij vertelde dat hij verschillend reageert op de aanhoudende vragen of hij niet eens gaat trouwen, vanuit verschillende familieleden, afhankelijk van de band die hij met ze heeft:

*Dat hangt af per persoon. Dus als het de ene oom is of tante met wie je een goede band hebt, dan word je niet boos, dan kan je gewoon zeggen: 'Komt wel goed' of 'ga jij maar iemand voor me vinden.' Dan maak je gewoon zo'n grapje en dan kijken we wel. En als het iemand is waar je geen goed band mee hebt, ja, die neem je gewoon niet serieus, dan zeg je gewoon: 'Dat gaat je niks aan.' (Hamza, Somalische man, 22 jaar, ongetrouwd, geen kinderen).*

Om conflicten tegen te gaan, besteden veel mensen veel tijd en aandacht om uitleg te geven van hun situatie in Nederland. Lemlem is een Eritrese vrouw van 26, ongetrouwd, zonder kinderen. Ze ondervond dat het lastig was om ze te laten begrijpen hoe haar situatie is:

*Ik vind het moeilijk omdat ik weet dat mijn familie er veel waarde aan hecht [aan kinderen] maar probeer ze wel duidelijk te maken dat nu geen goede tijd voor mij is. Daarnaast probeer ik vergelijkingen te maken met hun jeugd daar en hoe de maatschappij hier werkt. Ondanks dat ze weten dat het lastiger is om in Nederland bijvoorbeeld een groot gezin te hebben, blijven de verwachtingen komen vanuit hen. Ik wil ze ook niet teleurstellen maar het is voor hun bijna ondenkbaar dat je niet direct kinderen wilt.*

Meerdere deelnemers vertellen dat ze voor het al dan niet krijgen van kinderen verwijzen naar God, om daarmee minder de druk te voelen. Bashir is een Somalische man met twee kinderen. "Ten opzicht van mijn moeder zeg ik altijd "ik heb het niet in handen. God bepaalt wanneer en hoeveel" Dat is voor haar een bevredigend antwoord. Ik wil geen oneindig discussie vooral met mijn moeder." (Bashir, 60 jaar, 14 jaar in NL, getrouwd, 2 kinderen). Seema is een ongetrouwde Afghaanse vrouw van 32, zonder kinderen. Zij vertelde dat ze er vertrouwen in heeft dat haar ouders begrip zullen hebben, uiteindelijk: "Als het serieus wordt, dan denk ik wel dat ik aan mijn ouders kan uitleggen waarom ik wel of niet kinderen wil. Zij zullen aan het begin tegen strubbelen maar daarna gaan zij wel zich erbij neerleggen. Mijn broers zouden begripvol zijn. Zij zeggen: kijk, het is jouw leven. Met ouders is het moeilijker, maar zij komen er wel. Daar heb ik vertrouwen in." (Seema, 32 jaar, 28 jaar in NL, ongetrouwd, geen kinderen).

In sommige gevallen gaat het vermijden van escalatie en conflict zo ver dat iemand later spijt heeft van diens keuzes, of bijvoorbeeld lang in een onveilige relatie blijft. Timnit is een gescheiden Eritrese vrouw van 53 met drie kinderen. Ze werd mishandeld door haar man, maar haar familie had er geen begrip voor dat ze wilde scheiden. Ze is daardoor langer bij hem gebleven dan goed voor haar was, maar heeft uiteindelijk wel gekozen voor een scheiding.

*Zij waren van mening dat ik ondanks mijn problemen in mijn huwelijk nog steeds met mijn toenmalige partner had moeten blijven. De reden hierachter is omdat het in mijn cultuur een schande is om te scheiden van jouw partner dus ondanks dat hij geen goede man was voor mij en mij zowel fysiek als mentaal mishandelde, hadden zij de verwachting dat ik toch bij hem zou blijven. Omdat dit voor hen belangrijk is om de familienaam hoog te houden. Ook vertelde ze mij dat het normaal was om in het huwelijk problemen te ervaren en dat het belangrijk is om geduld voor elkaar te hebben. [...] Ik vond het lastig maar wist ook tegelijkertijd dat zij het niet slecht bedoelde en vanuit culturele en gelovige overwegingen het belang van kinderen krijgen bleven herhalen aan mij en mijn gezinsleden. Mijn moeder heeft negen kinderen gekregen en kwam uit een gezin van vijf. Daar is het niet meer als normaal om veel kinderen te krijgen. Ik vond de verwachtingen rondom mijn huwelijk het meest lastig om mee om te gaan omdat ik wist dat mijn familie schade aanbracht door die keuze te maken. Het heeft er zelfs voor gezorgd dat ik langer in een onveilige en slechte relatie bleef om mijn familie niet teleur te stellen. Ik ervaarde een enorme druk om toch met mijn partner te blijven, ondanks dat hij slecht was voor mij en mijn kind. Ik kon daar in het begin niet eerlijk met hun*

over praten omdat zij een andere opvatting hadden. (Timnit, Eritrese vrouw, 53 jaar, 26 jaar in NL, gescheiden, drie kinderen).

## 5.5 Omgaan met een onbedoelde zwangerschap

In de onderzoeksgroep waarmee individuele interviews zijn gehouden, 118 mensen, hebben 20 mensen in het interview aangegeven dat ze zelf ervaring hebben met één of meerdere onbedoelde zwangerschappen (15 vrouwen en 5 mannen). Hun verhalen zijn de basis voor deze paragraaf. Deze onbedoelde zwangerschappen leidden zowel tot abortus (in negen gevallen) als tot het uitdragen van de zwangerschap (in vijftien gevallen). In hoofdstuk 3 staat al beschreven welke normen er gelden ten aanzien van onbedoelde zwangerschappen. Als een vrouw zwanger wordt zonder getrouwd te zijn, is dat in de meeste gemeenschappen een groot probleem. Er is één goede oplossing en dat is snel trouwen. De andere twee opties, een ongehuwde moeder worden en een abortus worden als problematisch gezien. Onbedoeld zwanger worden binnen het huwelijk is voor de familie minder problematisch, maar voor de vrouw en man in kwestie natuurlijk ook een probleem, zeker als abortus niet geaccepteerd wordt of niet veilig is. Hieronder staan de verschillende verhalen vanuit de deelnemers.

### Ongetrouwd zwanger: snel trouwen

Een aantal deelnemers is snel getrouwd toen bleek dat de vrouw zwanger was. In hun verhalen klinkt door dat ze met een goed gevoel terugkijken op die beslissing. Fessehaye is een Eritrese man van 40. Hij vertelde: “We hadden een onverwachte zwangerschap voordat we trouwden en we hebben besloten om een plotselinge verlovingsceremonie te houden om het conflict met haar ouders te vermijden. We hebben toen ons eerste kind gekregen.”(Fessehaye, Eritrese man, 40 jaar, 6 jaar in NL, getrouwd, 3 kinderen). Yordanos is een Eritrese vrouw van 37. Zij vertelde hoeveel geluk ze had dat haar man ook verliefd op haar was en met haar wilde trouwen. Anders had ze erg in de problemen kunnen komen met haar familie. Maar een abortus was voor haar ondenkbaar geweest:

*Wij besloten te trouwen toen we erachter kwamen dat ik onverwacht zwanger was geraakt. Ik was toen 18 jaar oud en hij was een aantal jaar ouder als ik. Hij is toen bij mijn familie geweest met zijn familie om mijn hand te vragen, na de goedkeuring van mijn familie zijn we getrouwd en hebben we een groot feest gegeven ter ere van ons huwelijk. Het maakt een groot verschil of je als getrouwde vrouw of ongetrouwde vrouw zwanger raakt. Ik heb geluk gehad, we waren beide verliefd en hij stond er ook voor open om met mij te trouwen, als dat niet zo was dan had ik er denk ik alleen voor gestaan. In onze gemeenschap is dat echt iets beschamends, niet alleen voor jezelf of je kind, maar echt voor je hele familie. Ze zullen je zien als vies en een smet op de familienaam, zolang je niet getrouwd bent, hoor je ook geen kinderen te krijgen. Als het per ongeluk gebeurt zoals bij mij, moet je of snel trouwen of je familie komt erachter, met alle gevolgen die daarbij horen... Problemen met je familie, ze kunnen je verstoppen en op straat zetten. De man kan zeggen dat het niet van hem is en jou achterlaten met je kind. Je hebt gewoon weinig rechten als je niet getrouwd bent, zelfs als hij het kind wel ‘erkend’ jij blijft slecht in iedereen zijn ogen. Mijn eerste zwangerschap was onverwachts, maar uiteindelijk niet ongewild omdat ik toen ook direct trouwde met mijn partner. Omdat ik geen anticonceptie gebruikte, is het helaas zo gebeurt maar uiteindelijk is het goed gekomen. Het is een grote zonde om een abortus te ondergaan, je kan liever het kind op de wereld zetten en het ter adoptie afstaan dan een abortus ondergaan. Iedereen weet dat zoiets echt niet kan in onze cultuur en in het geloof is het ook absoluut verboden. Zelfs al was mijn man geen goede man voor mij, ik*

*ben blij dat ik mijn kinderen op de wereld heb gezet. Kinderen zijn een geschenk van God, als je je kind weghaalt is het directe gevolg dat je niet naar het Paradijs gaat. Het is niet voor niets één van de grootste zondes die je kunt begaan. (Yordanos, Eritrese vrouw, 37 jaar, 2 jaar in NL, getrouwd, 3 kinderen).*

### **Ongetrouwd zwanger: abortus**

Een aantal deelnemers heeft wel voor een abortus gekozen. Dit waren geen gemakkelijke beslissingen en deelnemers reflecteerden op hun innerlijke strijd en op eenzaamheid doordat ze het niet kunnen vertellen aan de mensen om hen heen. Soms is er wel één familielid dat op de hoogte is en steun verleent, zoals een zus, een nicht of een moeder. Lemlem is een ongetrouwde Eritrese vrouw van 26. Ze vertelde dat haar nicht meeging, maar het haar erg verdriet deed dat ze het haar moeder niet kon vertellen:

*Ik vond het een moeilijke beslissing en heb me een hele tijd schuldig gevoeld. Mijn nicht is toen met mij meegegaan om mij te steunen. Het feit dat ik het mijn moeder niet kon vertellen maakte het voor mij erger omdat zij ook degene is die regelmatig de opmerkingen maakt over wanneer ik nou eens met kinderen ga beginnen, dit zorgde ervoor dat ik hier extra verdriet door ervaarde en het moeilijk vond om het te accepteren. Ik wilde het ook snel achter de rug hebben en niet volledig beseffen dat ik ook echt ongewenst zwanger was geraakt.. (Lemlem, Eritrese vrouw, 26 jaar, 20 jaar in NL, ongetrouwd, geen kinderen).*

Ook Haben, een ongetrouwde Eritrese man van 28 heeft zijn ervaringen met ongewenste zwangerschappen niet aan zijn familie verteld. Hij schaamt zich en voelt zich teleurgesteld in zichzelf. De beslissing voor de abortus heeft hij beide keren samen met zijn toenmalige vriendin gemaakt.

*De eerste keer schrok ik enorm. Ik had al een hele lange tijd een relatie met haar en ik wist niet goed hoe ik er mee om moest gaan. We vonden beide eigenlijk dat we nog te jong waren om al ouders te worden. Het was voor ons beide echt lastig, juist omdat we al een langere tijd een relatie hadden maar het eigenlijk helemaal niet goed ging tussen ons. Ik was onzeker en wist dat ik haar en het kind op dat moment niets te bieden zou hebben. Uiteindelijk besloten we samen om het weg te laten halen, ondanks dat het tegen al mijn principes inging.*

*In het begin wilde ik het er met niemand over hebben, ik schaamde me ook omdat ik het voor de tweede keer meemaakte en was gewoon echt teleurgesteld in mijzelf. Mijn familie kon ik het niet mee bespreken, zij zouden woest zijn als ze weten wat er is gebeurd. Vooral in onze cultuur is abortus echt iets ergs, de teleurstelling en schaamte zou enorm zijn. Eén van de grootste zondes, die je kunt begaan heb ik twee keer gehad.. (Haben, Eritrese man, 28 jaar, in NL geboren, ongetrouwd, geen kinderen).*

### **Ongetrouwd zwanger: alleen een kind krijgen**

Ook deelnemers die ervoor kozen om de zwangerschap uit te dragen en een kind te krijgen, reflecteerden dat het zwaar was om de zwangerschap aan hun familie te vertellen. Rahwa is een Eritrese vrouw van 23. Ze kwam zes jaar geleden naar Nederland en raakte vrij snel zwanger.

*Het was heel zwaar in het begin, vooral mentaal zat ik er eigenlijk helemaal doorheen. Ik was gestopt met school en had alleen maar stress omdat ik zat te*

wachtten tot mijn 18<sup>e</sup> op een eigen woonruimte. Ik voelde me een mislukking, alsof ik direct mijn leven hier had weggegooid. Mijn ouders zeiden in het begin altijd, maak je school daar eerst af en zodra je voor jezelf kan zorgen en op je eigen benen kan staan, kan je gaan trouwen en aan kinderen beginnen. Ik was nog maar net een half jaar in Nederland en was net een maandje begonnen op de ISK toen ik erachter kwam dat ik in verwachting was. Ik vond het ook echt moeilijk om aan hun te vertellen, omdat ik wist dat ik ze zou teleurstellen. Ze hadden de verwachting dat ik mijn kansen zou aangrijpen hier en mij volledig zou focussen op school en de taal leren. Dat ik hier echt eerst op mijn eigen benen zou staan en op zijn minst de taal had geleerd voor ik al verantwoordelijkheid moest nemen voor mijzelf en een baby. Toen ik het ze vertelde namen ze het zichzelf kwalijk, mijn vader zei dat hij ons te jong weg had laten gaan maar dat hij had gehoopt dat het allemaal goed zou komen.

Na verloop van tijd waren ze wel aan het idee gewend geraakt en werden ze enthousiast. Als ik belde vertelden ze mij babynamen die ze hadden bedacht en vertelde mijn moeder hoe het voor haar was toen ze haar eerste kind kreeg. Ik begon ook het positieve ervan in te zien en besepte dat we uiteindelijk wel een huisje zouden krijgen voor ons zelf. Ik en mijn vriend zijn uiteindelijk verloofd voor de geboorte van onze dochter en zijn gelukkig nog steeds samen. Ik denk dat dat hun ook enigszins gerust stelde, omdat ze wisten dat ik het niet helemaal alleen hoefde te doen. ." (Rahwa, Eritrese vrouw, 23 jaar, 6 jaar in NL, ongetrouwd, 1 kind).

Ook in andere verhalen komt naar voren dat de eerste schrikreactie van de familie kan veranderen in steun. Zebiba is een Eritrese vrouw van 42 jaar. Ze heeft twee kinderen en had de hoop te trouwen met hun vader, maar dat is niet gebeurd. Ze kreeg gelukkig steun van haar familie.

Toen ik onverwachts zwanger raakte van destijds mijn vriendje, wist ik ook niet goed hoe ik het moest aanpakken. We waren kort verloofd en hadden ook het idee om te trouwen maar uiteindelijk is dat niet doorgegaan. Hij kreeg de mogelijkheid om naar het buitenland te gaan en heeft toen daarvoor gekozen, de bedoeling was dat als hij een stabiele basis had opgebouwd dat wij ook zouden gaan. Uiteindelijk bleef ik achter met onze zoon en heb ik lange tijd met mijn familie samengewoond. We hielden langere tijd contact en hij was inmiddels in Duitsland gaan wonen. Hij kwam na een paar jaar zelfs terug naar Eritrea, tot die tijd had ik ook de hoop dat hij als vader van mijn kind, ons allen zou herenigen. Ik kreeg nog een kind van hem en hoorde na een paar jaar niet veel meer van hem. Ik was er kapot van, ik had nu twee kinderen van hem en de hoop dat we samen onze kinderen zouden opvoeden was helemaal weg. Ik was nog jong en was alleenstaande moeder geworden van twee kinderen, zonder inkomen of eigen huis. Ik heb mij in die tijd erg hopeloos en alleen gevoeld, gelukkig was mijn familie er wel voor mij en voor mijn kinderen anders had ik het niet gered. Ze zien het als een grote schande die je toebrengt aan je familie, om dat te herstellen of om het te verbergen zijn er ook genoeg families die alle contacten met hun kinderen om deze reden verbreken. Ik was ook bang dat mijn familie mij niet meer onder ogen wilde komen en dat ze alle banden met mij zouden verbreken. Ik heb er zelfs aan gedacht om zelf weg te gaan maar omdat mijn ouders al wat ouder waren, wilde ik hun dat niet aandoen. Gelukkig hadden ze begrip voor mijn situatie en vooral toen ik na jaren wachtten ook nog erachter kwam dat mijn partner verder zou gaan met iemand anders, was mijn moeder mijn grootste steun in die tijd.

*Ik was nog jong en had niet de kennis die ik nu heb, ik heb geen spijt maar had met de kennis die ik nu heb wel dingen anders aangepakt. (Zebiba, Eritrese vrouw, 42 jaar, 2 jaar in NL, ongetrouwd, 2 kinderen).*

### **Getrouwd en ongewenst zwanger**

Verschillende vrouwen vertelden dat ze na een aantal kinderen niet meer zwanger wilden worden. Toen dit toch gebeurde, kozen sommigen voor abortus. Eén van hen vertelde: “Ja, ik heb twee onverwachte zwangerschappen gehad. De eerste keer was het moeilijk afbreken omdat ik gemengde gevoelens had tussen wel of niet zwanger willen blijven en dan doorgaan met de zwangerschap. Bij de tweede onverwachte zwangerschap was het duidelijk, en makkelijk voor mij om beslissing te nemen tot abortus. Ik werd geholpen door mijn tante die werkt als gynaecoloog. Zij gaf mij de juiste adviezen.” (Bayan, Syrische vrouw, 35 jaar, 2 jaar in NL, getrouwd, 3 kinderen). Een andere Syrische vrouw, Nasreen, vertelde dat haar abortus zeer geheim moest blijven en ze dit met helemaal niemand deelde, zelfs niet met haar man. “Ik werd onbedoeld zwanger omdat de relatie tussen mij en mijn man erg slecht was en die ervaring maakte me geestesziek, en op basis van mijn wens en het advies van mijn psychiater heb ik een abortus laten uitvoeren. Alles gebeurde in het geheim. Niemand wist dat ik was zwanger, zelfs mijn ex niet en mijn familie niet.” (Nasreen, Syrische vrouw, 43 jaar, 6 jaar in NL, gescheiden, geen kinderen).

Voor anderen was abortus geen optie, omdat het vanuit hun religie niet was toegestaan. Breshna is een Afghaanse vrouw van eind veertig met vijf kinderen. Ze is moslim en vertelde: “Ja, twee keer [een ongewenste zwangerschap meegemaakt]. Niemand hielp mij. Ik had veel depressie. Ik at veel depressie pillen. Ik wilde een abortus plegen met de tweeling. Maar ik deed het niet uiteindelijk. Ik ben gelovig. Ik wou dat ik abortus had gepleegd, toen ik dat wilde. Het is heel zwaar.” (Breshna, 47 jaar, 27 jaar in NL, getrouwd, 5 kinderen). Rahma is een vrouw van 65 met 7 kinderen. Zij reflecteerde dat het ook te maken had met een tekort aan informatie en communicatie: “Mijn kinderen verschillen ieder 3 jaar. De laatste wilde ik helemaal niet. Het is gewoon gebeurd. Het was een zonde om abortus te plegen. Dus dat deed ik niet. Tegenwoordig is iedereen slim geworden. In die tijd waren mensen niet zo slim. Mensen praatten niet met elkaar over zulke onderwerpen. Mensen hadden ook niet zoveel informatie.” (Rahma, 65 jaar, 19 jaar in NL, getrouwd, 7 kinderen).

## **5.6 Conclusie**

Vanuit de meeste families van migranten uit Somalië, Eritrea, Syrië en Afghanistan gelden duidelijke wensen en verwachtingen over het krijgen van kinderen. Naast de norm dat mensen eerst getrouwd moeten zijn, voor er kinderen komen (zie hoofdstuk 3) gaat het erom (1) dát er kinderen komen, (2) dat het niet te lang duurt na het huwelijk voor er kinderen komen, (3) dat er genoeg/veel kinderen komen en (4) dat er zonen geboren worden. Deze verwachtingen wordt vaak heel direct en aanhoudend geuit in de vragen die gesteld worden en de grapjes die worden gemaakt. Veel deelnemers geven aan dat ze dit vervelend vinden en dat ze zich erdoor onder druk gezet voelen. Sommige deelnemers hebben dat niet. Als hun eigen wensen parallel lopen aan die van de familie, kunnen mensen het ook als bekrachtiging ervaren van hun plek in de familie. De strategieën van mensen om om te gaan met familiedruk lopen uiteen. Sommige mensen geven eraan toe en bewegen mee met wat er verwacht wordt. De meeste deelnemers in ons onderzoek vertelden echter dat ze - met hun partner – zelf de keuze maken hoeveel kinderen ze willen, en zich daarin niet door de familie laten leiden. Het helpt daarbij als je (financieel) niet afhankelijk bent van de familie, als ze niet in Nederland wonen, als je een duidelijk

plan hebt dat je kunt uitleggen en als je goede informatie hebt en sterk in je schoenen staat. Veel mensen besteden veel tijd om uit te leggen waarom ze in Nederland minder kinderen willen dan in de familie in het land van herkomst wordt verwacht. De uitleg die ze geven wordt lang niet altijd begrepen en dat geeft frustraties. Om de familierelaties goed te houden reageren veel mensen met humor of afleiding op de vragen en opmerkingen en gaan directe confrontaties uit de weg. Een paar deelnemers gaven aan dat ze de confrontatie wel aangaan en ook ter discussie stellen dat die vele vragen niet aangenaam zijn – ook omdat je niet weet wat er bij iemand speelt.

Uit de ervaringen van mensen die te maken kregen met een onbedoelde zwangerschap komt naar voren dat de familie een belangrijke rol speelt in de koers die mensen gaan. Omdat ongehuwd moederschap een schande over de familie zou brengen en abortus in veel families ook niet goedgekeurd wordt, is snel trouwen de enige optie waarmee de familie in zal stemmen. Als iemand toch voor een abortus kiest, houdt diegene het vaak stil voor de familie, wat eenzaamheid geeft. De weg om een kind te krijgen zonder te trouwen kan, ook al is de schok in de familie eerst groot, uiteindelijk ook leiden tot acceptatie en steun van de familie. Onbedoelde zwangerschappen kunnen ook plaatsvinden binnen het huwelijk. In die gevallen hebben deelnemers het minder over de familie, en heeft de keuze voor het uitdragen dan wel beëindigen van de zwangerschap te maken met religie (of abortus toegestaan is) en individuele afwegingen zoals gezondheid en de tevredenheid over de relatie met de partner.



## **Deel II: Informatie, voorlichting en toegang tot anticonceptie**

## 6 Voorlichting, informatie en communicatie over anticonceptie

*Ja, ik had een plan om kinderen te krijgen. Ik wilde rustig aan doen en het onderwijs afronden, maar de zwangerschap kwam plotseling tot stand door onvoldoende informatie over het gebruik van anticonceptiva. (Reda, Syrische vrouw, 27 jaar, 5 jaar in NL, getrouwd, 1 kind).*

Uit de interviews komt naar voren dat er veel variatie is in kennis over anticonceptie tussen de deelnemers. De mate van kennis die er is, evenals de behoefte om nieuwe kennis te vergaren wordt bepaald door veel verschillende factoren. Religie en cultuur spelen een rol maar ook socio-demografische kenmerken zoals opleidingsniveau, mate van geletterdheid en leeftijd zijn belangrijk. Bij veel van de deelnemers is er vanuit religieus standpunt een afkeer tegen het gebruik van anticonceptie. Ook wie betrokken wordt bij besluitvorming en uit welke bronnen de informatie wordt geput varieert. In dit hoofdstuk zullen we dieper in gaan op de voorlichting, informatie en communicatie over anticonceptie.

### 6.1 Mate van kennis over anticonceptie

Geletterdheid is één van de factoren die grote invloed blijkt te hebben op de toegankelijkheid tot informatie. Door de taalbarrière is informatie vaak moeilijk te begrijpen. Een grote hoeveelheid nieuwe informatie kan overweldigend zijn. Zo vertelde Nahom, een Eritrese jongeman van 23 jaar die ongeveer 5 jaar geleden naar Nederland kwam: “Er was wel een tolk aanwezig maar het was te veel informatie voor 1 of 2 dagen. Voor ik naar Nederland kwam heb ik nooit informatie gekregen. Zulke voorlichtingen of informatie wordt bij ons gewoon niet gegeven dus het was gewoon erg nieuw voor mij.” (Nahom, Eritrese man, 23 jaar, 5 jaar in NL, ongetrouwd, geen kinderen).

Naast individuele ervaringen en socio-demografische kenmerken spelen ook bredere sociale, culturele en religieuze factoren een rol. Een groot deel van de deelnemers gaf aan geen behoefte te hebben aan (nieuwe/meer) informatie over anticonceptie. Eén van de redenen die ze hiervoor gaven, was dat ze al voldoende kennis hadden over dit onderwerp. Anderen gaven aan op dit moment geen informatie nodig te hebben, maar wel te weten waar ze terecht kunnen als deze behoefte zich voordoet. Religie en de ermee samenhangende overtuigingen beïnvloedt de behoefte aan (kennis over) anticonceptie. “Ik heb geen kennis of ideeën over anticonceptie en zwangerschap voorkomen. Kinderen zijn een gift van GOD. Het is een schande en taboe om over dit soort dingen te praten.” (Mihret, Eritrese vrouw, 45 jaar, 3 jaar in NL, getrouwd, 4 kinderen).

Een aantal respondenten benadrukt juist het belang van voldoende kennis over anticonceptie. Kiros, een jonge Eritrese man, zei bijvoorbeeld: “Algemene kennis erover krijgen is wel voor iedereen noodzakelijk, zelfs als het niet voor mijzelf is kan ik als het nodig is iemand anders informeren erover.” (Kiros, Eritrese man, 23 jaar, 5 jaar in NL, ongetrouwd, geen kinderen). Daarnaast beschreef Yordanos, een Eritrese vrouw, de volgende situatie, waarin zij graag meer informatie had gewild over anticonceptie om meer zeggenschap over haar lichaam te verkrijgen.

*Daarnaast had ik ook geen kennis van anticonceptie of andere manieren om zwangerschap te voorkomen dus die keuze werd eigenlijk voor mij gemaakt. Mijn*

*man wilde wel graag veel kinderen en toen ik na onze tweede zoon eigenlijk geen kinderen meer wilde, bleef hij aandringen op nog een kind. De keuze eigenlijk lag meer bij mijn partner dan bij mij, als het aan mij lag was het bij mijn twee zoons gebleven. (...) Als ik goede voorlichting had gehad over bijvoorbeeld anticonceptiemiddelen en het was daar net zo toegankelijk als hier in Nederland, dan had ik het desnoods stiekem genomen zodat ik een derde zwangerschap kon voorkomen. In ons land is het niet gebruikelijk en er wordt zeker niet open over gesproken, waardoor het lastiger is om aan de juiste informatie of middelen te komen. (Yordanos, Eritrese vrouw, 37 jaar, 2 jaar in NL, getrouwd, 3 kinderen).*

Er lijkt grote variëteit als het gaat over de aanwezige kennis vanuit de verschillende landen van herkomst. Sommige deelnemers geven aan dat zij in hun land van herkomst al voldoende informatie gekregen hebben over zaken als familieplanning, anticonceptie en seksuele voorlichting. Deze voorlichting wordt soms vanuit school aangeboden, maar lang niet altijd. Sommige ouders zien het als hun verantwoordelijkheid om over dit soort dingen te praten met hun kinderen. Andere deelnemers daarentegen gaven aan dat deze informatievoorziening in het land van herkomst zeer beperkt is. Dit heeft vaak te maken met de taboe en schaamte rondom deze onderwerpen. Er is vaak verschil tussen mensen van platteland en stedelingen.

### **Onjuiste informatie en misvattingen**

In de verhalen van de deelnemers komen enkele misvattingen over de risico's van anticonceptie naar voren. Eén veelgehoord misvatting is dat anticonceptie zou kunnen leiden tot onvruchtbaarheid en dat het gebruik ervan ernstige gezondheidsproblemen kan veroorzaken. Een Eritrese vrouw deelde een ervaring van haar dochter met de huisarts, die het heersende wantrouwen over anticonceptiegebruik illustreert:

*Mijn oudste dochter had een tijdje erg last van haar menstruatie en wij waren toen bij de huisarts geweest voor haar klachten. Ze viel soms flauw van de pijn en had hele pijnlijke krampen. De huisarts zei dat ze ook anticonceptie kon nemen om te klachten tegen te gaan en wilde dit aan haar voorschrijven, maar dat had ik liever niet. Het is toch gek dat ze dat zo snel voorschrijven aan een kind, vooral omdat ik ook hoorde van mijn vriendin dat zij andere vrouwen kent die erdoor onvruchtbaar zijn geworden. Ik begrijp nog steeds niet hoe dat zo makkelijk wordt voorgeschreven, als ik echt geloofde dat het haar zou helpen zou ik het wel toelaten maar eigenlijk mag het ook niet van ons geloof. Gelukkig gaat het nu beter met haar en zijn de extreme krampen gestopt.” (Rahel, Eritrese vrouw, 34 jaar, 5 jaar in NL, getrouwd, 6 kinderen).*

Bovendien is een veelgenoemd argument dat gebruik van anticonceptie wordt verboden vanuit religie: “Ik denk ook dat het verboden is in het geloof omdat je nooit weet wat voor gevolgen het later voor je kan hebben, voor je gezondheid of voor je vruchtbaarheid. Dit speelt voor mij ook een grote rol, waardoor ik er ook nooit voor zou kiezen om anticonceptie te nemen.” (Tegeisti, Eritrese vrouw, 29 jaar, 7 jaar in NL, getrouwd, 2 kinderen).

Echter, het is belangrijk om te benadrukken dat hoewel religieuze voorschriften anticonceptie kunnen verbieden, dit lang niet altijd een beperking vormt voor mensen om het te gebruiken. In de context van een moderne samenleving spelen andere overwegingen een rol. In de focusgroep van Somalische vrouwen klinkt: “Maar als je een goede reden hebt van: ik ben met de studie bezig en ik wil twee jaar later een kind, en ik

ben getrouwd, ik kan me niet voorstellen dat religie het je verbiedt.” Bovendien kunnen consequenties van het niet gebruiken van anticonceptie groter zijn dan het belang van het naleven van deze voorschriften. “Persoonlijk mag je er natuurlijk voor kiezen om het niet te gebruiken, maar iedereen gebruikt anticonceptiemiddelen. Ook in Eritrea gebruiken mensen anticonceptiemiddelen. Wat ik hiermee wil zeggen is, leg geen druk op jezelf vanwege het geloof. Het geloof verbiedt een hele hoop dingen maar dat wil niet zeggen dat wij onszelf niet moeten beschermen tegen bijvoorbeeld ziektes. Vanuit religie is bijna alles een zonde dus als je het vanuit religieus oogpunt bekijkt wordt ook alles zwaarder.” (FGD Eritrese mannen).

Dat er soms sprake is van onvoldoende of onjuiste informatie werd bevestigd door Timnit, een Eritrese vrouw van 53 jaar (26 jaar in NL, gescheiden, drie kinderen), die vertelde dat ze vroeger niet wist hoe ze anticonceptiepillen moest innemen en dat ze daarom alleen een pil slikte op de dagen dat ze seks had. Tenslotte is er soms onvoldoende kennis over waar anticonceptie verkrijgbaar is. De meeste respondenten gaven aan wel te weten waar zij bijvoorbeeld condooms kunnen krijgen maar twijfelen vaak over de beschikbaarheid van andere vormen van anticonceptie.

Ook leeftijd en generatie zijn belangrijke factoren die de toegang tot kennis beïnvloeden. Uit de interviews komt naar voren dat onder een aanzienlijk deel van de nieuwkomers een gebrek is aan informatie over waar en hoe anticonceptie te verkrijgen, wat een barrière kan vormen voor het gebruik ervan. “Ik denk dat het voor iemand zoals mij die hier is opgegroeid makkelijk is om aan informatie te komen maar dat het voor de huidige groep die zich net vestigt in Nederland een stuk lastiger is om hieraan te komen. Niet omdat anticonceptie niet vrij verkrijgbaar is of zozeer toegankelijk, maar omdat het als een taboe wordt beschouwd om zulke zaken te bespreken.” (Lemlem, Eritrese vrouw, 26 jaar, 20 jaar in NL, niet getrouwd, geen kinderen).

### **Meer kennis leidt tot andere afwegingen**

Sommige deelnemers vertellen dat ze nu andere afwegingen maken, doordat ze meer kennis hebben over anticonceptie en over hoe een zwangerschap de gezondheid van de moeder beïnvloed. Ze kiezen er nu meer bewust voor dat er een periode van twee of drie jaar tussen zwangerschappen zit, zoals Anas uit Somalië toelicht: “Mijn familie in Nederland en in Europa heeft meer kennis over hoe belangrijk het is om gezinsplanning te hebben. Het is ook goed voor de gezondheid van de moeder. De familie in Somalië vinden het hebben van meer kinderen zo belangrijk dat er vaak elk jaar een kind komt.” (Anas, Somalische man, 60 jaar, 23 jaar in NL, getrouwd, 1 kind).

Bovendien speelt ervaringskennis een rol. Mensen leren van de keuzes die ze maken en komen er soms na een of twee zwangerschappen achter dat ze langer hadden willen wachten of meer tijd zouden willen tussen het krijgen van twee kinderen, bijvoorbeeld omdat het opvoeden van kinderen in Nederland meer eisen stelt dan in het land van herkomst. “Als ik had geweten wat ik vandaag weet, hadden we andere keuzes gemaakt. Bijvoorbeeld dat we de eerste 2 jaar geen kinderen zouden krijgen. Elkaar goed leren kennen en kijken of we er klaar voor zijn om kinderen te krijgen.” (Safi, Somalische man, 33 jaar, 15 jaar in NL, getrouwd, 3 kinderen).

## **6.2 Van wie krijgt men de informatie**

### **Ouders**

Een deel van de deelnemers gaf aan dat ouders verantwoordelijk zijn voor de seksuele opvoeding van kinderen. Sommige deelnemers vertelden dat de generatie hierbij een

belangrijke factor is; tegenwoordig is er meer openheid binnen het gezin en hebben kinderen meer vrijheid om zelf beslissingen te maken. Uit de interviews komt naar voren dat de meeste ouders inderdaad een rol voor zichzelf zien bij het bespreekbaar maken van seksualiteit en anticonceptie. Wat opvalt is dat moeders daarin over het algemeen een grotere rol vervullen dan vaders. Veel vrouwen gaven aan informatie te hebben gekregen van hun moeder. Hoewel deze informatie soms waardevol was, werd het vaak als onvoldoende beschouwd. Een groot deel van de participanten geeft aan ook behoefte te hebben aan informatie van een specialist of een betrouwbare organisatie. "Mijn moeder sprak er wel over, maar ik zou het geen voorlichting noemen. Vanaf ongeveer mijn 17<sup>e</sup> begon ze weleens over zulke onderwerpen te praten, maar dat was ook wel ongemakkelijk soms." (Lemlem, Eritrese vrouw, 26 jaar, 20 jaar in NL, ongetrouwd, geen kinderen).

Welke vorm deze communicatie tussen ouders en kinderen aanneemt is divers. Sommige ouders benaderen het onderwerp open en maken bewust plaats voor dialoog. Binnen andere gezinnen heerst er ongemakkelijkheid en wordt het door ouders met terughoudendheid benaderd. Ook gendernormen spelen hierin een rol: "Nou, ik heb een zoon van achttien jaar, dus wat betreft informatie geven, ik geef helemaal geen informatie. Ik zeg, eh... eh, ja (lacht). Aan de ene kant: ik durf het niet, ik heb zoiets van: hij is een jongen, nou, een man, hè. Dus eh, daarbij heb ik zo van: ik geef meer de verantwoordelijkheid aan zijn vader". (FGD Somalische vrouwen). Er is soms ook duidelijke scheiding tussen de rol van de vader en de moeder in seksuele opvoeding: "Als de kinderen de puberleeftijd bereiken is de vader verantwoordelijk voor de jongens en de moeder voor de meisjes". (Fuad, Somalische man, 28 jaar, 12 jaar in NL, getrouwd, twee kinderen).

Sommige respondenten gaven aan dat zij door hun ouders wel werden gewaarschuwd voor de risico's van seksuele activiteit en bijgebracht over sociale normen rondom seksualiteit, maar geen voorlichting kregen over anticonceptie. Het voorkomen van schande voor de familie-eer is hiervoor een belangrijke drijfveer.

*Mij is heel vaak verteld door mijn moeder en mijn oma, niet echt seksuele voorlichting, maar meer voorlichting van: 'Kijk uit, jongens kunnen zo zijn, hè, jongens kunnen misbruik maken van je naam, jongens kunnen puur uit lustgevoel even bepaalde dingen van jou vragen en jij denkt van: o, dit is de man van mijn dromen, en dan laten ze je gaan. Dan hebben ze hun lust gekregen en dan is het doe.' Op zo'n manier heb ik dan wel voorlichting gekregen, maar niet natuurlijk over echt het seksuele gebied wat je op de scholen krijgt. Niet op zo'n manier. (Zala, Afghaanse vrouw, 30 jaar, 27 jaar in NL, getrouwd, 1 kind en zwanger).*

### **Middelbare school**

Veel respondenten benoemen de middelbare school als de plaats waar ze kennis maakten met seksuele voorlichting en informatie over anticonceptie. Dit geldt voor zowel de deelnemers die in Nederland naar school zijn gegaan als de deelnemers die hun schooltijd hebben doorgebracht in een ander land. Er lijkt veel variatie te zijn tussen de inhoud en kwaliteit van deze voorlichting. De 28-jarige Haben beschrijft dat hij zijn kennis uit verschillende bronnen heeft gehaald: "Ik heb regelmatig vroeger informatie hierover gekregen. Ik heb seksuele voorlichting gehad en informatie over anticonceptie op school gehad. Daarnaast heb je het natuurlijk ook weleens met vrienden over zulke onderwerpen, ik ben nu op een leeftijd waarop veel van mijn vrienden voor de eerste keer vader worden dus het is een thema wat ook bij ons leeft." (Haben, Eritrese man, 28 jaar, in NL geboren,

ongetrouwd, geen kinderen). Ook vrienden en leeftijdsgenoten blijken een bron van informatie.

### **Professionals en zorginstellingen**

Professionele zorgverleners zoals de huisarts en/of de verloskundige zijn een bron van informatie wanneer het gaat om directe adviezen en hulp bij familieplanning en keuze voor anticonceptie. Het vertrouwen in de huisarts is groot en deze wordt gezien als professionele en meest betrouwbare bron van informatie. “Ja wij hebben hier ruimvoldoende informatie van de professional gekregen. Na ons derde kind, zijn we speciaal hiervoor met de artsen en verloskundigen hebben gesproken en alle benodigde informatie van ze ontvangen.” (Fawad, Afghaanse man, 66 jaar, 15 jaar in NL, getrouwd en kinderen).

Verschillende respondenten benoemen dat zij tijdens hun verblijf in het AZC zijn voorzien van informatie door medewerkers van het COA. Echter, zoals beschreven door Nahom, een man uit Eritrea (23 jaar, 5 jaar in NL, ongetrouwd, geen kinderen) was deze informatie voor hem – en mensen in zijn omgeving – moeilijk te begrijpen en heeft hij er nagenoeg niets van onthouden. Dit voorbeeld benadrukt het belang om bewust te zijn van de begrijpelijkheid en toegankelijkheid van de informatie die verstrekt wordt door de GGD, COA, huisartsen en andere zorg verlenende instanties. Door barrières in onder andere taal en cultuur is er een reële kans dat informatie niet juist overkomt of begrepen wordt. Bovendien staat de open en progressieve houding tegenover het bespreken van seksualiteit in Nederland in scherp contrast met sommige andere culturen waarin onderwerpen als seksualiteit en anticonceptie vaak als taboe worden beschouwd en waar open gesprekken hierover vermeden worden. Uit de interviews blijkt dat het voor veel mensen een uitdaging is hoe ze hier mee om moeten gaan. “In Nederland is de omgang over het algemeen heel direct, wat je ziet is wat je krijgt terwijl dat in veel buitenlandse culturen helemaal niet zo werkt. Voor ons is familie heel belangrijk of in ieder geval, mensen die onze normen en achtergrond begrijpen. Het is ook de manier hoe je wordt aangesproken, het helpt om rustig te praten en niet iemand iets op te leggen door je houding of manier van praten.” (Haben, Eritrese man, 28 jaar, geboren in NL, ongetrouwd, geen kinderen).

### **Het internet als informatiebron**

Tenslotte is het internet een toegankelijke bron van informatie voor velen. In sommige gevallen wordt aanvullende ondersteuning gezocht bij zorgprofessionals zoals huisartsen, verloskundigen of de GGD, maar meestal alleen wanneer hier een directe aanleiding voor is, of bijvoorbeeld na een zwangerschap. “Nee, ik heb nog nooit hulp gevraagd aan een zorgverlener. Ik probeer informatie te krijgen van YouTube en Google. Maar als ik echt hulp nodig zou hebben met familie planning dan kan ik een huisarts raadplegen.” (Bemnet, Eritrese man, 24 jaar, 7 jaar in NL, ongetrouwd, geen kinderen).

## **6.3 Communicatie tussen partners over anticonceptie**

De overgrote meerderheid van de deelnemers gaf aan met hun partner open over anticonceptie te kunnen praten en dat dit ook gebeurt. Niettemin wordt opgemerkt dat deze openheid is veranderd in de loop der jaren en dat het niet altijd zo was. Tijdens de focus groep met Somalische vrouwen werd er het volgende over gezegd: “Ik denk in deze generatie wel. Ik denk iedereen die nu hier in deze kamer zit, dat er wel communicatie is tussen de partners als er een kinderwens is. Maar de generatie hiervoor, dus van mijn ouders, ik denk niet dat dat werd gedaan. En ik vind het wel heel belangrijk dat er echt gesproken wordt, dat de vrouw haar wensen geeft en dat de man ook zijn wensen geeft

van: hoeveel zou je willen en wanneer zou je willen beginnen?" (FGD Somalische vrouwen).

Binnen sommige relaties is de communicatie over deze onderwerpen echter lastiger. Ook wordt er gesuggereerd dat ongelijke genderverhoudingen en religie van invloed kunnen zijn op barrières voor de communicatie over seksualiteit. "Als moslima is het moeilijk om over anticonceptie te praten met je partner. Onze religie staat het niet toe om anticonceptie te gebruiken. Ik denk dat als je partner kennis heeft over anticonceptie dat het dan makkelijker zou zijn om er samen over te praten." (Elen, Eritrese vrouw, 31 jaar, 5 jaar in NL, getrouwd, 3 kinderen).

*... zijn wensen maakte hij wel kenbaar en ik deed mijn best om aan zijn verwachtingen te voldoen. Als de man kinderen wil dan is dat normaal en niet per se iets waar je het uitgebreid over hebt met je partner omdat de norm is dat je in het huwelijk hier voortplant. Ook vanuit onze religie is het belangrijk om veel kinderen te krijgen, dus als dit de wens is van God dan krijg je deze. Ik wilde mijn man vooral gelukkig maken en doen wat er van mij verwacht werd. (Zahra, Eritrese vrouw, 52 jaar, 3 jaar in NL, getrouwd, 13 kinderen).*

Bovendien gaf een deel van de respondenten aan dat de verantwoordelijkheid voor anticonceptie voornamelijk bij de vrouw ligt. Omdat zij degene is die de gevolgen draagt wordt ook de besluitvorming bij haar gelegd. "De keuze voor anticonceptie ligt meer bij de vrouw dan bij de man denk ik ook. Als een vrouw niet zwanger wil worden kan ze het nemen, omdat ik niet zwanger kan worden heb ik geen baat bij anticonceptie". (Kiros, Eritrese man, 21 jaar, 5 jaar in NL, ongetrouwd, geen kinderen). Echter, er waren ook geluiden dat er juist behoefte is aan meer informatie over anticonceptie voor mannen: "Ja het is makkelijk om te regelen, ik vind dat er meer moet zijn over anticonceptie voor mannen dan voor vrouwen. Want volgens mijn kennis gebruiken mannen alleen condooms als ze seks zouden hebben met een andere vrouw dan hun vrouwen." (Nasreen, Syrische vrouw, 43 jaar, 6 jaar in NL, gescheiden, geen kinderen).

## **6.4 Communicatie over anticonceptie met anderen**

### **Familieleden als raadgevers**

Communicatie over anticonceptie vindt niet alleen tussen partners plaats, maar omvat interacties met een breed scala aan mensen en instellingen. Soms blijft de communicatie juist binnen de grenzen van de familie. Moeders, tantes en zussen zijn voor veel vrouwelijke deelnemers belangrijke raadgevers als het om seksualiteit en anticonceptie gaat. Daarnaast worden vrienden vaak genoemd als hulp om te raadplegen maar ook als ervaringsdeskundigen als het gaat om het vragen van advies over anticonceptie. "Ik kan erover praten met mijn man en met goede vrienden, maar niet met mijn ouders. Waarom niet? Ouders verwachten bijna altijd dat je meer kinderen krijgt. Praten over anticonceptie is taboe en ze zullen het niet accepteren." (Almaz, Eritrese vrouw, 52 jaar, 4 jaar in NL, getrouwd, 10 kinderen).

Bovendien kwam tijdens verschillende gesprekken naar voren dat sociale en religieuze factoren een rol spelen bij de communicatie over anticonceptie en seksualiteit met anderen. Deze onderwerpen worden als privé beschouwd en het stellen van vragen of delen van persoonlijke ervaringen wordt hierdoor beperkt. De mogelijkheid is er, maar het is vaak vanuit eigen voorkeur dat mensen niet met anderen in gesprek gaan. "De rest van

mijn familie niet. Ik heb er geen behoefte aan om kinderwensen met andere familieleden te bespreken.” (Fuad, Somalische man, 28 jaar, 12 jaar in NL, getrouwd, twee kinderen).

Seksualiteit en anticonceptie zijn over het algemeen taboeonderwerpen in de vier betrokken landen. Omdat familie-eer en -status vaak erg belangrijk zijn in deze gemeenschappen zijn mensen terughoudend in het praten over anticonceptie uit angst dat het de familie eer aantast. Dit maakt duidelijk dat er behoefte is aan cultuursensitieve zorg die rekening houdt met heersende taboes, normen en waarden rondom seksualiteit en anticonceptie binnen deze gemeenschappen. In de focusgroep van Eritrese vrouwen wordt seksuele voorlichting in Nederland vergeleken met Eritrea: “Op school wordt daar ook niet zo over gepraat [in Eritrea], terwijl hier in Nederland krijgen jongeren op school voorlichting en zelfs condooms mee naar huis. Op de leeftijd van mijn kinderen, wist ik echt niet wat een condoom was. Ik kon er ook niet over praten, laat staan als ik met condooms gezien zou zijn. Dat zou een hele gevaarlijke situatie veroorzaken tussen mij en mijn ouders.” (FGD Eritrese vrouwen).

### **Voorkeur voor iemand die buiten de familie staat**

Hoewel familie en vrienden belangrijk zijn in het uitwisselen van ervaringen en het stellen van laagdrempelige vragen, wordt de huisarts door veel deelnemers gezien als een primaire bron van betrouwbare informatie over anticonceptie. Deze speelt dan ook een belangrijke rol in de besluitvorming. Echter, de communicatie met zorgverleners wordt soms belemmerd door taal- en cultuurbarrières. Muna uit Somalië vertelt over haar eerste ervaringen met de huisarts in Nederland en hoe de taal een barrière vormde: "Toen ik de eerste keer probeerde te zoeken, was het heel moeilijk. Ik kende de Nederlandse taal niet. Toch ben ik naar de huisarts gegaan om informatie te krijgen. Het was moeilijk om al die informatie te begrijpen" (Muna, Somalische vrouw, 46 jaar, 14 jaar in Nederland, getrouwd, 4 kinderen). Door een taalbarrière kunnen belangrijke details gerelateerd aan seksualiteit en anticonceptie verloren gaan of kan er miscommunicatie ontstaan. Dit zal verder worden toegelicht in hoofdstuk 8.

Ouders en familie kunnen een belangrijke rol spelen in het verstrekken van informatie en het begeleiden van de seksuele opvoeding waarbij ze invloed hebben op het vormgeven van attitudes en gedragingen van hun kinderen ten aanzien van seksualiteit en anticonceptie. Echter, zij worden vaak niet meegenomen in besluitvorming van hun kinderen. Er wordt voorkeur gegeven aan iemand die buiten de familie staat, een zorgprofessional zoals de huisarts die betrouwbare informatie kan bieden en op een objectieve manier kan ondersteunen in de besluitvorming. Het is binnen de samenlevingen waar de respondenten vandaan komen gebruikelijk dat bij gesprekken over deze onderwerpen mannen en vrouwen gescheiden zijn. Vrouwen keren zich binnen de familie vaak naar moeders, zussen en tantes en mannen naar de mannen uit hun omgeving. Dit genderonderscheid uit zich ook in contact met zorgverleners. Vanuit culturele en religieuze overtuigingen is er de verwachting dat vrouwen niet door mannelijke hulpverleners worden voorgelicht of behandeld, en vice versa.

## **6.5 Conclusie**

Uit de interviews blijkt dat de mate van kennis over anticonceptie sterk wisselt per persoon. Deze kennis – en in hoeverre mensen open staan voor nieuwe informatie- is afhankelijk van waar mensen vandaan komen (in sommige landen is er seksuele vorming op school, in andere niet, in steden is er soms meer informatie dan op het platteland). Bovendien zijn individuele ervaringen en overtuigingen en bredere sociale, culturele en religieuze factoren van invloed. Jongere generaties zijn vaak beter geïnformeerd en mensen met een hoger



opleidingsniveau en betere geletterdheid vinden het gemakkelijker om informatie te begrijpen. Daarnaast zijn mensen over het algemeen terughoudend in het aangeven dat zij iets niet begrepen hebben of behoefte hebben aan meer kennis. Religieuze voorschriften weerhouden strenggelovigen er vaak van om anticonceptie te gebruiken of zichzelf hierover te informeren.

Informatie over anticonceptie wordt verkregen uit verschillende bronnen, variërend van persoonlijke relaties tot professionele zorgverleners en online bronnen; de bronnen van informatie zijn niet altijd betrouwbaar, toegankelijk of begrijpelijk, wat kan leiden tot misvattingen, onzekerheden en barrières voor het gebruik van anticonceptie. Seksuele voorlichting op school en van ouders blijkt voor veel mensen heel belangrijk in de kennismaking met seksuele gezondheid, maar de informatie die hier wordt verstrekt is vaak beperkt en heeft aanvulling op latere leeftijd.

Communicatie over anticonceptie tussen partners en het nemen van gezamenlijke beslissingen wordt door veel deelnemers gezien als belangrijk aspect van een goede relatie. Openheid hierover naar de buitenwereld daarentegen is vaak beperkter. Hoewel er wel gesprekken plaatsvinden met familieleden en vrienden, wordt seksualiteit en anticonceptie veelal gezien als iets wat in eerste instantie binnen de grenzen van een relatie hoort te blijven. Aanvullend daarop wordt vaak gebruik gemaakt van professionele diensten zoals de huisarts, GGD en verloskundigen. Al deze interacties spelen op een eigen manier een belangrijke rol bij het vormgeven van kennis, attitudes en gedrag met betrekking tot anticonceptie.

## 7 Toegang tot anticonceptie en zorg

*Via je huisarts kan je alles regelen en zij zullen je de juiste adviezen geven. Hier gaat het via de arts en niet zoals Afghanistan, waar de apotheken die dingen zonder voorschriften verkopen en er is ook geen controle of garantie dat dat goede producten zijn.” (Arash, Afghaanse man, 30 jaar, 2 jaar in NL, ongetrouwd, geen kinderen).*

Deelnemers aan het onderzoek geven een heel wisselend beeld van de toegankelijkheid van anticonceptie en veilige abortus in Nederland. Dit wordt beïnvloed door verschillende factoren zoals culturele normen, taalbarrières, kennis van het Nederlandse zorgsysteem en persoonlijke attitudes ten opzichte van anticonceptie en abortus. In hoofdstuk 6 hebben we beschreven hoe de kennis over anticonceptie is, waar mensen hun informatie vandaan halen en in welke mate hierover gepraat wordt tussen partners en de buitenwereld. In dit hoofdstuk zullen we dieper ingaan op welke anticonceptie door mensen gebruikt wordt en hoe de toegankelijkheid hiertoe wordt ervaren.

### 7.1 Mate van toegang

Tijdens de interviews werden de deelnemers gevraagd naar hun perspectief op de toegang tot anticonceptie in Nederland. Eén van de dingen die opviel was dat veel deelnemers vertelden hoe gemakkelijk het in Nederland is om aan anticonceptie te komen. Er werden veel verschillende zorgverleners en toegangsmogelijkheden voor anticonceptie genoemd. Een groot deel van de deelnemers geeft aan dat zij – ook al hebben zij er zelf (nog) geen gebruik van gemaakt – wel op de hoogte zijn van waar zij terecht kunnen voor anticonceptie. Tegelijkertijd klopt de informatie die ze geven niet altijd. Zo is anticonceptie in Nederland niet direct bij de apotheek te verkrijgen, wat door deelnemers soms wel werd aangenomen - en in hun land van herkomst wel het geval was. In Nederland moet je eerst naar de huisarts. Soms werd door deelnemers ook de vergelijking gemaakt met het land van herkomst, waar de toegang tot anticonceptie over het algemeen als minder makkelijk en/of minder betrouwbaar wordt ervaren. Umayma uit Somalië merkte op dat er in haar herkomstland minder prioriteit ligt op het gebruik van anticonceptie: "Ja, het is gewoon een arm land waar je alleen maar over primaire behoeften gaat nadenken en niet over beschermers of wat dan ook." (Umayma, Somalische vrouw, 32 jaar, 15 jaar in NL, getrouwd en kinderen). Het feit dat mensen zijn opgegroeid in een cultuur waar anticonceptiegebruik niet de norm is, kan leiden tot een minder vanzelfsprekende houding ten opzichte van anticonceptie in Nederland. Bovendien spelen economische factoren soms een rol, kosten van anticonceptie kan mensen ervan weerhouden om ze te gebruiken.

Taal en communicatie met zorgverleners spelen ook een belangrijke rol in de toegang tot anticonceptie. Medische termen en instructies in een taal die iemand niet volledig beheerst maken het begrip en gebruik van anticonceptie moeilijk. Dit kan leiden tot misverstanden, verkeerd gebruik en eventueel tot ongewenste zwangerschap. Ook tijdens interactie met de zorgverlener vormt de taalbarrière een uitdaging. Hierdoor kunnen mensen hun vragen, zorgen of behoeften niet altijd goed overbrengen wat kan leiden tot onduidelijkheid in zorgverstrekking. De Somalische Said vertelde: "De meeste ouders van onze gemeenschap zijn laaggeletterd of analfabeet. Dat betekent dat ze niet kunnen lezen en vaak moeite hebben met de Nederlandse taal. Het zou fijn zijn dat ze informatie in hun

moedertaal kunnen krijgen.” (Said, Somalische man, 55 jaar, 10 jaar in NL, getrouwd, 12 kinderen).

Een aantal mensen merkte ook op dat zij geen idee hadden via welke weg ze anticonceptie kunnen regelen, of hier pas achter kwamen na (de eerste) zwangerschap. Zoals de Somalische Muna: “Toen ik hier kwam, wist ik het natuurlijk niet. Pas na mijn eerst zwangerschap, ben ik erachter gekomen dat er zoveel middelen zijn.” (Muna, Somalische vrouw, 44 jaar, 24 jaar in NL, getrouwd, 4 kinderen). Bovendien speelt schaamte rondom gebruik van anticonceptie vaak een rol. Vanuit de culturele en religieuze voorschriften uit het land van herkomst is er de verwachting dat je geen voorbehoedsmiddelen gebruikt. Deze opvattingen en verwachtingen blijven in de gemeenschap hun invloed hebben. Vooral onder de Eritrese mannen kwam duidelijk naar voren dat er schaamte heerst rondom het kopen en het gebruik van anticonceptie, zoals in de volgende passages wordt beschreven: “Voor mannen is het eenvoudiger, tegenwoordig kan je condoms overal halen. Zowel hier als in ons land gebruiken mannen dit wel, maar wel met schaamte. Het is niet zo open in gebruik en misschien krijgt de ander er rare gedachten door als je als man zijnde ‘voorbereid’ naar een vrouw gaat. Ik heb dit regelmatig gehoord en denk dat dit ook een reden is waarom sommige helemaal geen anticonceptie gebruiken.” (Mehari, Eritrese man, 56 jaar, 36 jaar in NL, getrouwd, 1 kind).

## **7.2 Welke anticonceptiemiddelen worden door mensen gebruikt**

Door een groot deel van de deelnemers wordt het gebruik van condoms als voorkeursmethode voor anticonceptie genoemd. Niettemin wordt vaak benadrukt dat bij deze methode de verantwoordelijkheid bij de man ligt en dat dit het voor vrouwen soms lastig kan maken omdat zij afhankelijk zijn van de man – mits zij geen andere vormen van anticonceptie gebruiken. Hoewel kennis van anticonceptiemiddelen bij een aantal deelnemers beperkt blijft tot condoms, werd ook de anticonceptiepil genoemd als veelgebruikte methode. Toch zijn er vaak twijfels rond hormonale methoden zoals de pil of spiraal. Samrawit, een jonge vrouw uit Eritrea, verwoordde haar weerstand als volgt: “want ik ben zelf heel erg tegen hormonen binnenkrijgen, dus in anticonceptie wordt er veel gerommeld met hormonen”. Zorgen over bijwerkingen van hormonale anticonceptie spelen een rol bij de keuze voor anticonceptiemethoden. Ook in de keuze voor condoms klinkt soms wantrouwen ten aanzien van andere anticonceptiemiddelen: “Ik gebruik een condoom omdat het veilig is. En het heeft geen bijwerkingen. Het is veilig voor beide partijen. Ik denk dat spiraaltjes en anticonceptiepillen niet 100% veilig zijn.” (Rami, Syrische man, 23 jaar, 3 maanden in NL, ongetrouwd, geen kinderen).

Ook wordt het niet gebruiken van anticonceptie door sommige deelnemers gerelateerd aan religie. In de focusgroep met Eritrese mannen werd gezegd: “Er zijn ook zaken die vanuit ons geloof niet mogen of zelfs verboden zijn. Als ik het goed heb zijn de pil en bijvoorbeeld de prikpil verboden vanuit onze geloofsovertuiging.” (FGD Eritrese mannen). Binnen de islamitische cultuur en religie wordt seks buiten het huwelijk over het algemeen sterk ontmoedigd, zo niet verboden. Dit betekent dat ongehuwde mensen in deze gemeenschappen geen anticonceptie nodig hebben of gebruiken, omdat ze niet seksueel actief zouden moeten zijn volgens hun culturele en religieuze normen. Het is waarschijnlijk dat dit leidt tot een lagere vraag naar - en gebruik van - anticonceptie onder ongehuwden binnen deze groep. Daarnaast ligt er vaak een sterke nadruk op het krijgen van kinderen binnen het huwelijk, wat ook kan leiden tot een verminderd gebruik van anticonceptie onder gehuwde koppels.

Onder deelnemers uit alle gemeenschappen werd ook de coitus interruptus methode genoemd als voorbehoedsmiddel, in Nederland bekend als 'voor het zingen de kerk uit'. Hoewel deze methode niet tegen de religieuze voorschriften in gaat en daardoor de voorkeur zou hebben, wordt door de deelnemers wel aangegeven dat het lastig is om de veiligheid te waarborgen bij gebruik van deze methode. Opvallend is dat deze methode eigenlijk alleen door mannen werd benoemd. In de focus groepen met Eritrese mannen werd er het volgende over gezegd: "Daarnaast hebben we bij biologie geleerd dat 'withdrawal' ook een vorm van anticonceptie is die je kunt toepassen. Dit is voor een man een optie als hij dit bij zichzelf kan controleren. Dit is niet een veilige methode en ook niet iets wat ik zou adviseren. Het belangrijkste is om het advies van je huisarts op te volgen als het gaat om anticonceptie en of dat nu de pil is of iets anders, om je te houden aan de voorschriften" (FGD Eritrese mannen).

*Eén van de dingen waar ik achter ben gekomen als vrijwilliger is bijvoorbeeld: heel veel vrouwen in hun vlucht naar weg van daar en naar een nieuw leven, nemen zeg maar, zo'n... prikpil. Dat heel veel vrouwen die hebben genomen uit angst dat ze onderweg verkracht zouden worden of dan gingen ze er al bijna van uit eigenlijk dat dat kan gebeuren en dan in ieder geval niet zwanger zouden raken. Dus zij weten wel, ik denk dat de meeste vrouwen echt wel weten dat er wel wat dingen zijn en hoe het ongeveer zit. Maar ik denk dat er wel wat persoonlijke vragen zijn van: hé, dat ene werkt wel voor mij of dat andere werkt niet voor me of ik word er ziek van of ik kom ervan aan. Dat daar heel veel persoonlijke vragen op zitten en dat ze daar wel wat meer over willen praten, maar dan heb je wel nodig dat je het ook een beetje in je eigen taal kwijt kunt. Ik denk dat dat wel een belangrijk aspect is. (Samrawit, Eritrese vrouw, 30 jaar, geboren in Nederland, ongetrouwd, geen kinderen).*

### 7.3 Omgang met huisarts

Het vertrouwen in de huisarts, en zorgprofessionals in het algemeen, is groot. De huisarts wordt door veel deelnemers gezien als primaire en meest directe contactpersoon wanneer er zij een gezondheidsprobleem hebben. In de focusgroep van Eritrese vrouwen werd geuit: "Als zoiets je overkomt [on geplande zwangerschap] is de eerste en eigenlijk enige persoon waar je advies moet vragen je huisarts. Je gaat dus naar je huisarts." Dit indiceert dat de huisarts een cruciale rol speelt in het geven van advies en informatie over anticonceptie en seksuele gezondheid. Een aantal deelnemers geeft aan dat de taalbarrière een grote uitdaging vormt tijdens huisartsconsulten. "De taalbarrière is een groot probleem. Het zou beter zijn als de huisarts een tolk zou gebruiken." (Eyob, Eritrese man, 21 jaar, 6 jaar in NL, ongetrouwd, geen kinderen). Meerdere ervaringen laten zien dat het leidt tot terughoudendheid om zorg op te zoeken en zelfs wantrouwen in het Nederlandse zorgsysteem.

*Ik voel me daarin soms onbegrepen omdat er vaak werd gezegd dat ik iemand moet regelen die voor mij kan vertalen. Toen ik een keer niemand kon vragen, deed de dokter niet eens de moeite en stuurde hij mij naar huis met een brief waarop de diagnose in het Nederlands stond. Hij zei: kijk maar als het lukt met Google translate en dan maken we volgende week een nieuwe afspraak. Ik voelde me totaal niet serieus genomen en ben daar echt verdrietig om geweest. Het zorgt ervoor dat je ook niet snel naar de dokter gaat als er iets speelt omdat je bang bent dat ze je weer niet serieus nemen. Het is gelukkig niet altijd zo maar het maakt je wel terughoudend snap je.. (Tegeisti, Eritrese vrouw, 29 jaar, 7 jaar in NL, getrouwd, 2 kinderen).*

Ook de cultuurbarrière vormt soms een uitdaging in het leveren van zorg met betrekking tot anticonceptie en seksualiteit. In Nederland is over het algemeen meer openheid over seksualiteit dan in de anderen landen. Dit levert situaties op waarbij mensen zich onbegrepen en niet goed geholpen voelen, zoals bij Tegeisti : “Sommige adviezen passen niet bij onze cultuur, sommige dingen passen gewoon niet bij ons. Ik ga nooit terug naar huis met een goed gevoel dat ik echt ben geholpen.” (Tegeisti, Eritrese vrouw, 29 jaar, 7 jaar in NL, getrouwd, 2 kinderen). Daarnaast speelt het geslacht van de huisarts een rol in de mate van comfort bij het bespreken van anticonceptie en abortus. Sommige vrouwelijke deelnemers geven aan zich meer op hun gemak te voelen bij een vrouwelijke huisarts. Ook mannen geven aan dat zij de voorkeur geven aan een vrouwelijke huisarts voor hun echtgenote.

Vooraf vanuit vrouwelijke Afghaanse deelnemers is er veel schaamte om dit soort onderwerpen met de huisarts te bespreken. Bij Eritrese vrouwen is juist het bespreken van dit soort onderwerpen met vriendinnen en familie lastig, zij geven de voorkeur aan een gesprek hierover met de huisarts: “Er is ook sprake van schaamte, vooral als de huisarts een man is. Onze huisarts is een man. Ik heb weleens aangevraagd om een vrouw. Ik schaamde me. Het was heel moeilijk voor me om dit te vragen. Ik schaamde me heel erg. Ik voelde mij niet comfortabel bij hem omdat hij een man is. Hij is wel aardig, maar een man is een man.” (Sahar, Afghaanse vrouw, 24 jaar, 3 jaar in NL, getrouwd, 2 kinderen).

## 7.4 Praktijk van abortus

Er is vanuit religieuze en culturele overtuigingen in deze vier gemeenschappen veel weerstand tegen abortus. Ondanks deze weerstand, zijn er in de interviews verschillende voorbeelden genoemd waarin mensen toch voor een abortus hebben gekozen. Dit laat zien dat er in de praktijk, vaak uit noodzaak, soms anders wordt gehandeld dan hoe er over wordt gedacht, zoals in hoofdstuk 6 beschreven werd. Hoewel abortus over het algemeen in geen van de vier gemeenschappen geaccepteerd wordt, is er verschil op te merken hoe met een ongewenste zwangerschap omgegaan wordt. Zo zal in Eritrea een kind dat voor het huwelijk verwekt is eerder geaccepteerd worden, omdat abortus als een grotere zonde beschouwd wordt, werd in de focusgroep met Eritrese mannen verteld: “Als het gaat om abortus, is er binnen onze gemeenschap geen begrip of acceptatie voor dit onderwerp. We zeggen ook niet dat het niet gebeurt binnen de gemeenschap, maar het is over het algemeen verboden en onacceptabel. Het gebeurt zeker en wij kunnen niet zeggen dat het onder de Eritrese bevolking nooit gebeurt maar het feit blijft dat het verboden is. Binnen onze gemeenschap is het absoluut onacceptabel.” In tegenstelling tot de Eritrese gemeenschap is er in de andere landen juist meer acceptatie van abortus dan voor een kind buiten het huwelijk.

De veroordeling van abortus maakt het voor mensen die hiermee te maken krijgen moeilijk om sociale steun te vinden. Een Eritrese vrouw vertelde over haar eigen ervaring: “Het is iets wat onvergeeflijk is vanuit religieus en cultureel oogpunt en er wordt zwaar op neergekeken in mijn gemeenschap. Dit zorgde ervoor dat ik het niet met anderen wilde delen..” (Lemlem, Eritrese vrouw, 26 jaar, 20 jaar in NL, ongetrouwd, geen kinderen). Een aantal deelnemers vertelde over hun ervaringen met illegale/geheime abortus, die het gevaar van onveilige abortuspraktijken in sommige landen benadrukken. Zo vertelt een jonge vrouw uit Eritrea het volgende:

*Mijn toenmalige vriend heeft het aan mensen in zijn omgeving gevraagd en stuurde mij daarheen. Je weet ook dat je een risico loopt als je een abortus laat doen*

*gezien ze meestal geen medische achtergrond hebben, komen de meeste vrouwen te overlijden na zoiets. (...) Het is een enorm taboe om zwanger te raken terwijl je thuis woont bij je ouders, daarnaast was onze relatie ook een taboe omdat wij verschillende religies hadden. Het kind houden was daarom geen optie voor ons, ik zou er alleen voor staan want mijn ouders zouden het absoluut niet accepteren. Dat zou betekenen dat ze mij op straat zouden gooien, want voor hun is een goede naam één van de belangrijkste dingen die er is. Ik had er ook dood aan kunnen gaan maar door de druk van buitenaf, was dit voor mij en hem de enige uitkomst. (Timnit, Eritrese vrouw, 53 jaar, 26 jaar in NL, gescheiden, drie kinderen).*

Wat ook naar voren komt is dat vrouwen er vaak alleen voor staan tijdens het proces van keuzes maken en het ondergaan van een abortus. Vanwege het grote taboe op abortus is er weinig steun vanuit familie en de gemeenschap voor vrouwen die ongewenst zwanger worden. Een aantal vrouwelijke deelnemers geeft aan dat zij wel zouden weten waar ze in Nederland naar toe kunnen voor een abortus, maar bang zijn voor de gevolgen hiervan. Ze voelen geen steun vanuit de omgeving en zijn bang voor uitsluiting. Daarom hebben ze het niemand verteld.

*Het besluit op zich was al lastig maar het was ook zwaar omdat ik er voor mijn gevoel alleen voor stond. Mijn vriend destijds maakte al vrij snel duidelijk dat hij geen interesse had om vader te worden en dat hij daar nog niet klaar voor was. Ik durfde het ook niet met mijn familie te delen want een abortus is natuurlijk een vrij groot ding in mijn cultuur en ik was bang voor afkeuring vanuit mijn familie. Zelf was ik er ook niet aan toe om al moeder te worden.. (Lemlem, Eritrese vrouw, 26 jaar, 20 jaar in NL, ongetrouwd, geen kinderen).*

### **Goede ervaringen met Nederlandse abortuszorg**

De deelnemers die ervaring hebben met abortuszorg in Nederland hebben zijn hier allen positief over. Zij gaven aan veel ondersteuning en nazorg vanuit hulpverleners te hebben ontvangen. "Ik was op een ongeschikte moment zwanger, tijdens mijn eerste stappen in Nederland. Ik moest de taal leren, studeren, werk zoeken, daarom heb ik besloten om niet door te gaan met de zwangerschap. Mijn verloskundige en mijn huisarts hebben mij geholpen en gesteund. Volledige medische zorg, volledige aandacht en volledige steun geboden." (Farah, Syrische vrouw, 30 jaar, 6 jaar in NL, getrouwd, 2 kinderen).

De kennis over hoe je een abortus in Nederland kunt krijgen, varieert onder de deelnemers. Niet iedereen was op de hoogte van de huidige wetgeving in Nederland rondom abortus: "Ik weet niet welke wetten er hiervoor gelden in Nederland, maar recent zag ik hier nog iets over in het nieuws. Dat was een nieuwsartikel over een protest met betrekking tot dit onderwerp. Is het hier in Nederland toegestaan of verboden om een abortus te plegen, wie kan mij hier antwoord op geven?" (FGD Eritrese mannen). Als mensen niet op de hoogte zijn van de mogelijkheden rondom abortus in Nederland, kan dit er toe leiden dat de toegang hiertoe belemmerd wordt.

## **7.5 Conclusie**

In Nederland worden verschillende uitdagingen ervaren die de toegang tot anticonceptie beperken, zoals taalbarrières, misvattingen, onvoldoende informatie, taboe rond seksualiteit en tekort aan financiële middelen. Ondanks deze barrières vertellen deelnemers aan dit onderzoek dat de toegang tot anticonceptie en zorg over het algemeen gemakkelijk is. Mensen gaven aan dat ze weten waar ze terecht kunnen voor

anticonceptie, maar soms klopte hun informatie niet. Condooms en de anticonceptiepil worden het meest gebruikt. Ondanks wantrouwen, schaamte en afweer tegen anticonceptiegebruik, zijn er veel mensen die kiezen voor bescherming tegen onbedoelde zwangerschap.

Bovendien geven veel mensen aan dat zij – indien nodig – niet aarzelen om ondersteuning te zoeken bij hun huisarts. De huisarts wordt dan ook vaak gezien als eerste en meest directe bron waarop mensen zich richten. Echter, ervaringen met huisarts en andere zorgverleners zijn niet altijd positief. Een taalbarrière staat goede zorg vaak in de weg en doordat tolken niet standaard ingeschakeld worden ontstaan er soms misverstanden en gaan mensen met een gevoel van onbegrip weer naar huis. Daarnaast liggen de verwachtingen van zorgverlener en ontvanger niet altijd op een lijn door cultuurverschillen. Adviezen die door Nederlandse zorgverleners worden gegeven sluiten niet altijd aan bij de normen en waarden van de deelnemers.

## 8 Wat is nodig voor een goede aansluiting door professionals

*Ik denk dat schaamte, taboe eromheen meespeelt. Belangrijk dat het een open sfeer is. Mensen moeten wel durven om vragen te stellen. Wel een professional neerzetten die weet waar hij het over heeft, die ook vragen kan beantwoorden. En ook een vertaler of iemand die de taal spreekt om toch de informatie goed te kunnen overbrengen. Het is geen makkelijk onderwerp. (Yasmin, Somalische vrouw, 37 jaar, 20 jaar in NL, getrouwd, 5 kinderen).*

### 8.1 Bejegening

Het meest genoemde aandachtspunt betreft de manier waarop zorgverleners mensen met een vluchtelingachtergrond bejegenen tijdens het bieden van informatie en zorg met betrekking tot seksualiteit en reproductieve keuzes. Veel deelnemers kaarten aan dat er veel verbetering mogelijk is in de houding van de Nederlandse zorgverleners. De Syriër Omer geeft een voorbeeld: “Dan kijkt de dokter soms naar je en zegt hij, omdat je uit het Midden-Oosten komt, dat je graag veel kinderen hebt, maar je geeft er niet om om voor ze te zorgen. Ik vind dat ongepast.” (Omer, Syrische man, 40 jaar, 8 jaar in NL, getrouwd, 5 kinderen).

*Het is moeilijk om zo te benoemen wat voor fouten er worden gemaakt, het is gewoon het gevoel wat je krijgt omdat iemand je niet begrijpt of voor je gevoel niet kan helpen zoals jij wilt. Misschien is het omdat ze niet weten hoe ze met ons om moeten gaan of onze achtergrond niet kennen, maar ik heb liever dat ze vragen wat ik fijn vind dan zonder te praten iets te doen. Vooral omdat ze weten dat je de taal nog niet goed begrijpt, kunnen Nederlandse artsen soms heel bot en kortaf doen als ze je helpen. Zelfs als je hen niet begrijpt, zie je het aan de houding en de manier waarop ze je te woord staan. (Rahel, Eritrese vrouw, 34 jaar, 5 jaar in NL, getrouwd, 6 kinderen).*

#### Vertrouwen opbouwen

Vertrouwen werd als belangrijkste eis voor een goede interactie genoemd, er moet een vertrouwensrelatie zijn tussen de zorgverlener en degene die de voorlichting of zorg ontvangt. “Belangrijkste is het vertrouwen. Als ik de professionals niet kan vertrouwen, zal ik ook niks vertellen.” (Ilhan, Somalische man, 47 jaar, 16 jaar in NL, getrouwd, 4 kinderen). Een aantal deelnemers vertelden dat zij eerst niet openhartig durfden te zijn tegenover de huisarts. Door schaamte en taboe rondom seksualiteit en anticonceptie ervaren mensen terughoudendheid in het delen van persoonlijke ervaringen en het stellen van vragen. Ismail: “Ik zie in mijn omgeving dat Somalische gezinnen informatie hard nodig hebben en niet durven te vragen. Het zou helpen dat ze informatie in een vertrouwde omgeving krijgen.” (Ismail, Somalische man, 43 jaar, 13 jaar in NL, getrouwd, 6 kinderen). Veel mensen zijn bang voor roddel of ze zijn bang dat hun informatie gedeeld wordt met familie of met mensen uit de gemeenschap. De 19 jarige Fariha vertelde hoe opgelucht ze was toen ze hoorde dat de huisarts een geheimhoudingsplicht had.

*Toen ik erachter kwam van: oké, vanaf mijn zestiende ben ik op gezondheidsgebied zelf verantwoordelijk en mogen mijn ouders ook niks meer weten, pas toen ik echt zag dat het wettelijk verplicht was, kon ik mijn huisarts vertrouwen. Ik was heel gelukkig. Ik dacht van: oké, dus nu kan ik als ik echt een*



*probleem heb, omdat ik ook seksueel actief was bijvoorbeeld, kan ik gewoon naar de huisarts en daar mijn vragen stellen. Ja, in plaats van te Googelen. (Fariha, Afghaanse vrouw, 19 jaar, geboren in NL, ongetrouwd, geen kinderen).*

De situatie in het land van herkomst werd aangehaald als factor die vertrouwen in zorgverleners kan beïnvloeden. Oorlog en andere traumatische ervaringen kunnen ook maken dat iemand meer moeite heeft om onbekenden te vertrouwen. “Ze moeten eerst letten op het niveau van de Nederlandse taal om misverstanden te voorkomen. Empathie, begrip, warm onthaal, en rekening houdend met de achtergrond van de Syrische mensen.” (Heba, Syrische vrouw, 37 jaar, 6 jaar in NL, getrouwd, 2 kinderen). Het is belangrijk dat niet alleen de culturele normen en waarden meegenomen worden in een gesprek door een professional, maar dat er ook aandacht is voor de psychologische en emotionele impact van een vluchtervaring.

### **Houdt rekening met taboes en gevoelens van schaamte en eer**

De deelnemers geven bijna allemaal aan dat praten over anticonceptie en seksualiteit niet gemakkelijk is, door het taboe dat erop ligt in de familie en gemeenschap. Omdat veel Nederlandse zorgverleners hier veel directer en opener over praten, kunnen mensen zich onbegrepen en onveilig voelen. Rahwa: “Ze moeten er rekening mee houden dat wij uit een andere cultuur komen, waar veel van deze onderwerpen een taboe zijn om te bespreken. Zelfs al hebben mensen hulp nodig, durven ze niet snel aan de bel te trekken, omdat we nooit hebben geleerd om hier open over te zijn.” (Rahwa, Eritrese vrouw, 23 jaar, 6 jaar in NL, ongetrouwd, 1 kind). Vaak gaat het over de schaamte van vrouwen, maar sommige deelnemers benadrukken dat het mannen ook veel moeite kost op open te spreken over gezinsplanning en anticonceptie, door eergevoelens: “Vrouwen schamen zich. Bij mannen speelt eer een rol. Het is cultureel. Ze vinden het onderwerp niet leuk om te bespreken. Het is echt taboe voor hen. Je moet dus bij mannen extra voorzichtig zijn met dit onderwerp. Er moet genoeg vertrouwen zijn.” (Golalei, Afghaanse vrouw, 41 jaar, 6 jaar in NL, getrouwd, 2 kinderen).

Door de lading van de thema's ervaren mensen het als zware onderwerpen, waar ze liever van wegblijven. Dit komt zowel terug in verhalen van deelnemers uit Syrië, Eritrea, Afghanistan als Somalië. De oudere generatie heeft er het meest moeite mee: “Veel mensen schamen zich om het hierover te hebben en knikken gewoon ja om het er verder niet over te hebben. In traditionele Eritrese huishoudens wordt er niet vrij gesproken over deze thema's, dus het is dan ook zwaar om het er met zorgverleners over te hebben.” (Fitsum, Eritrese man, 30 jaar, geboren in NL, getrouwd, 2 kinderen). De schaamte vraagt van een zorgverlener een sensitieve aanpak. De Somalische Ismahan noemt dat een gevoelsantenne: “Dus de gevoelsantenne die je hebt als de persoon zelf uit de gemeenschap, dan weet je precies: hier kan ik het over hebben, maar hier moet ik misschien een verhaaltje eromheen bouwen om ervoor te zorgen dat ze het begrijpen, maar ook zich niet aangevallen voelen of dat er wordt gezegd: o, je hebt nu iets gedaan wat niet hoort. Dus die gevoelsantenne, dat mist een beetje.” (Ismahan, Somalische vrouw, 31 jaar, 23 jaar in NL, getrouwd, 1 kind). Dit laat zien dat in de ervaring van sommige deelnemers deze gevoelsantenne voor wat wel en niet gepast is om te bespreken vaak afwezig is bij Nederlandse zorgverleners.

### **Tijd en aandacht**

De Nederlandse zorg is efficiënt ingericht, waardoor er weinig tijd beschikbaar gemaakt wordt om een inleidend gesprek te voeren met mensen. “Na meer dan 4 jaar in ziekenhuizen in Nederland te hebben gewerkt, kan ik zeggen dat de meeste problemen voortkomen uit niet genoeg tijd geven en niet goed luisteren naar vluchtelingen patiënten.”

(Nahed, Syrische vrouw, 25 jaar, 11 jaar in NL, ongetrouwd, geen kinderen). Het is ook belangrijk dat een zorgverlener aangeeft dat diegene begrijpt dat het een gevoelig thema kan zijn, waarover iemand misschien met moeite praat en dat iemand later terug kan komen om vragen te stellen.

*Ik zou het fijn vinden om het op een rustige manier te horen, van iemand die begrijpt dat het voor mij lastig is om daar vragen over te stellen of krijgen. Het maakt mij ook niet uit of het een man is of vrouw die het verteld, zolang hij of zij maar de tijd neemt om het rustig uit te leggen. Misschien zelfs dat je het later terug kunt lezen en nog een mogelijkheid krijgt om je vragen erover te stellen.. (Zebiba, Eritrese vrouw, 42 jaar, 2 jaar in NL, ongetrouwd, 2 kinderen).*

Vooraf voor nieuwkomers die nog maar een paar jaar in Nederland zijn, is het belangrijk genoeg tijd te maken. Niet alleen vanwege taalproblemen, maar ook omdat mensen nog niet gewend zijn aan het Nederlands zorgsysteem en de oplossingsgerichte, directe aanpak van Nederlandse zorgverleners. Een zorgrelatie met wederzijds vertrouwen opbouwen vraagt dan meer tijd.

*Voor mensen die hier lang wonen zijn er geen taboes. Zij realiseren zich dat zij in Europa wonen en hier gelden die normen en manier van doen. En dat alles ervoor bedoeld is om hen en het eventuele kind te helpen. Maar voor mensen die net in Nederland zijn en nog niet geïntegreerd zijn, kan dit moeilijk zijn. Zij moeten veel uitgebreider informatie krijgen, over de mogelijkheden en welke voordelen [medische] behandelingen voor de kind en moeder kan hebben en daarna over te gaan naar de behandeling. Misschien handig dat de professionals van tevoren vraagt, hoelang diegene in Nederland woont en als dat niet lang is, om daar rekening mee te houden en meer uitleg te geven, zelfs voor de zaken die vanzelfsprekend lijken. (Nasir, Afghaanse man, 58 jaar, 23 jaar in NL, getrouwd, kinderen).*

Naast uitleg is ook tijd en aandacht nodig om te luisteren naar de cliënt. Safia raadt zorgverleners aan om niet alleen te horen wat iemand zegt, maar ook goed te kijken naar iemands lichaamstaal.

*Maar dat je ook de mening hoort hoe iemand er al zelf over denkt. Dat vind ik wel belangrijk om te kijken van, als jij bij mij komt, stel: je bent bij een praktijkverpleegkundige en je komt gewoon informatie vragen, dan vraag ik wel van: wat is de reden, waarvoor, kan ik iets voor je doen? Weet je, niet alleen hoe iemand praat, maar ook hoe iemand erbij zit in een gesprek. Je kunt ook heel veel fysiek, uit iemands mimiek halen van: zit die wel prettig bij dit gesprek? En vragen van: oké, in hoeverre iemand informatie wil en in stukjes, niet in één keer heel veel informatie, want mensen onthouden niet alles in één keer. (Safia, Somalische vrouw, 34 jaar, 23 jaar in NL, gescheiden, 1 kind).*

### **Wel echt behoefte aan informatie**

Hoewel mensen soms niet altijd op eigen initiatief vragen stellen of aangeven dat zij meer informatie nodig hebben, komt uit ons onderzoek naar voren dat veel mensen met een vluchtelingachtergrond wel degelijk meer informatie willen. Mits het op zo'n manier wordt gegeven dat mensen ernaar kunnen luisteren zonder zich te veel te schamen en er geduld en begrip is voor de barrières die mensen moeten overwinnen om een vraag te stellen. Kiros is een jonge Eritrese man van 21 jaar, die 5 jaar in Nederland is. Hij reflecteerde:

*Ze denken dat wij niet willen leren of denken dat wij het niet nodig hebben.. Dat is niet zo, we willen graag leren en we willen graag weten wat goed is voor ons en onze gezondheid. Het is alleen de manier waarop, ik heb sinds ik hier woon ook veel geleerd en heb mij meer open gesteld. Ik heb geleerd hoe ik met mensen kan praten en kan vertellen wat ik nodig heb, alleen sommige onderwerpen blijven gewoon moeilijk. We kunnen niet 1,2,3, alles vergeten waar we mee zijn opgegroeid en net als Nederlanders zijn. (Kiros, Eritrese man, 21 jaar, 5 jaar in NL, ongetrouwd, geen kinderen).*

Niet alleen jonge mensen en nieuwkomers hebben overigens behoefte aan informatie, ook mensen boven de dertig en mensen die al langer in Nederland zijn. Zo reflecteerde Timnit, een Eritrese vrouw van begin vijftig die al 26 jaar in Nederland woont, dat ze veel behoefte had aan informatie over anticonceptie toen ze jong was, maar nu eigenlijk nog steeds goede informatie wil over seksuele gezondheid:

*100% had ik behoefte gehad daaraan [voorlichting over anticonceptie] vooral toen ik jong was, maar ook toen ik net in Nederland kwam wonen en eigenlijk nog steeds. Het is juist goed om informatie te krijgen over je keuze voor het gebruik van anticonceptie en om goed geïnformeerd te zijn over alles wat jou kan overkomen. Met familie zou het moeilijk zijn om hierover te hebben vanwege het taboe dat er rondom dit soort thema's heerst maar als er een veilige sfeer gecreëerd kan worden zou dat natuurlijk ook fijn zijn, maar ook vanuit een professional had ik daar zeer zeker behoefte aan gehad. (Timnit, Eritrese vrouw, 53 jaar, 26 jaar in NL, gescheiden, drie kinderen).*

### **Respectvolle en zorgvuldige bejegening**

Daarnaast uiten sommige deelnemers dat zij soms op een neerbuigende of betuttelende manier benaderd worden, wat hen kwetst en het gevoel geeft dat de zorgverlener hen dom vindt. Dit versterkt vanzelfsprekend de afstand die mensen ervaren en hun terughoudendheid om vragen te stellen en open over hun ervaringen te praten. Veel mensen geven aan dat er vanuit de gemeenschap behoefte is dat dit soort onderwerpen met veel empathie, geduld en inleving benaderd worden.

*Ik denk dat ze [zorgverleners] voornamelijk moeten opletten dat ze niet neerbuigend overkomen, want ik heb wel vaak gemerkt dat als ik een voorlichting krijg, bijvoorbeeld van een Nederlandse man of vrouw, dat ze het idee hebben, ze hebben een superieur idee dat ze het beter weten en dat ze mij gaan onderwijzen hoe het hoort. Dus ik denk de communicatie, is belangrijk en hoe je de boodschap overbrengt ook. Daar moeten ze voornamelijk op letten en niet met een attitude komen van: ik weet het en jullie weten niks en ik ga jullie onderwijzen. (Hamza, Somalische man, 22 jaar, geboren in NL, ongetrouwd, geen kinderen).*

*Ook moeten ze respectvol blijven in hun woordkeuze en mensen niet het gevoel geven dat ze dom zijn. Onwetendheid en dom zijn namelijk twee verschillende dingen. Als je ergens onwetend over bent is het goed om uitleg te krijgen in 'algemene' zin, zodat het niet voelt alsof het over jou gaat. Rekening houdend met de taboes, de onderwerpen aanstippen en geduld hebben zodat de ander vertrouwd voelt om zijn/haar verhaal te delen. (Timnit, Eritrese vrouw, 53 jaar, 26 jaar in NL, gescheiden, drie kinderen).*

Een onderdeel van een respectvolle bejegening is om elk mens als een uniek individu te zien en niet louter als representant van een groep. Want er zijn erg veel verschillen binnen elke groep. Zo stelde Zarmina: “De meeste Afghanen ervaren het als taboe [praten over anticonceptie], maar velen ook niet.” (Zarmina, Afghaanse vrouw, 25 jaar, 2 jaar in NL, getrouwd, geen kinderen). De Somalische Safia adviseert daarom: “Verwacht niet dat elk mens of elke jonge vrouw die hier woont in Nederland hetzelfde is, hetzelfde opgevoed is, dezelfde leeftijd of maatschappelijke factoren die een rol spelen, blijf er wel voor open staan, vragen stellen. Een luisterend oor bieden.” (Safia, Somalische vrouw, 34 jaar, 23 jaar in NL, gescheiden, 1 kind).

### **Geef mensen niet het gevoel dat ze moeten veranderen**

Een aantal deelnemers heeft het gevoel gekregen dat Nederlandse zorgverleners mensen met een vluchtelingachtergrond proberen over te halen om te leven volgens Nederlandse waarden en met opvattingen en verwachtingen die in Nederland de norm zijn. Het gaat bijvoorbeeld over aantal kinderen, manier van opvoeden en gebruik van anticonceptie. Mensen vinden het belangrijk dat ze op een open manier en zonder vooroordelen benaderd worden en dat er ruimte is voor hun eigen overtuigingen.

*Soms geven ze ons het gevoel dat er geen ruimte is voor onze cultuur en dat zorgt voor wantrouwen. Ze moeten ons niet het gevoel geven dat ze ons willen veranderen, ik denk dat veel mensen uit onze gemeenschap dat ook zo ervaren. Als het bijvoorbeeld gaat over anticonceptie, denken mensen ja ze willen niet dat we kinderen krijgen. Terwijl het daarnaast ook verboden is in onze religie, het zijn soms meerdere dingen waar geen rekening mee wordt gehouden. Het is moeilijk om uit te leggen. (Kiros, Eritrese man, 21 jaar, 5 jaar in NL, ongetrouwd, geen kinderen).*

Mensen voelen zich door zorgverleners soms in een bepaalde richting gedrukt en advies wordt gegeven volgens de Nederlandse verwachtingen, zonder in acht te nemen dat mensen zijn opgevoed met andere normen en waarden.

*Allereerst is het fout als ze ons sturen richting zaken, die niet horen bij onze cultuur en religie, zoals als het gaat om abortus. Ik zeg dit niet alleen omdat ik tegen abortus ben, maar ook omdat ik denk dat er geen juiste nazorg is voor vrouwen van onze gemeenschap die dat ondergaan. Ze leven de rest van hun leven met een groot schuldgevoel, wellicht zelfs een depressie en omdat het zo'n taboe onderwerp is kunnen ze er met niemand over praten. Dat moet je toch ook niet willen als hulpverlener, ondanks dat een ieder het recht heeft zijn eigen keuzes te maken. (Osama, Eritrese man, 23 jaar, 5 jaar in NL, ongetrouwd, geen kinderen).*

### **Tevreden over professionals**

Daarnaast zijn er ook deelnemers die juist aangeven dat ze heel tevreden zijn over hoe zorgprofessionals met hen omgaan in de informatievoorziening en hulpverlening rondom seksualiteit in Nederland. Zij zijn tevreden en hebben waardering voor de Nederlandse zorg. Abdel: “In de afgelopen 2 jaar dat ik in Nederland woon, merk ik dat de Nederlandse zorg professionals en medewerkers heel goed getraind zijn en zich heel professioneel opstellen. Zij hebben veel kennis, nemen ze de tijd voor de patiënt enzovoort.” (Abdel, Afghaanse man, 40 jaar, 2 jaar in NL, getrouwd, kinderen). Ook vertellen deelnemers dat de zorg voor mensen met een vluchtelingachtergrond in Nederland beter is dan in andere Europese landen. “Ten opzichte van andere Europese landen is Nederland een fijn en warm land. Er zitten ook genoeg warme en liefdevolle hulpverleners tussen die moeite doen om je wel te begrijpen, al is het met handen en voeten. Er zijn er genoeg die ons wel

met open armen proberen te ontvangen, dat is anders als je naar Duitsland, Frankrijk of België gaat.” (Osama, Eritrese man, 23 jaar, 5 jaar in NL, ongetrouwd, geen kinderen).

De professionaliteit van de zorg wordt geroemd en gewaardeerd, maar ook de warmte. Rahwa, een jonge Eritrese vrouw die vrij snel na aankomst in Nederland zwanger raakte, vertelde dat de hulpverleners als familie voelden, en dat is een groot compliment:

*Als ik zo terugdenk zijn alle hulpverleners waar ik contact mee had echt goed voor ons geweest. De begeleiders op de groep waren allemaal lieve Nederlandse vrouwen, ze waren als familie voor ons. Ze hebben mij met alles geholpen ook toen ik mijn huisje kreeg. Ze hadden bijna alle babyspullen al zelfs voor mij verzameld en me laten zien en uitgelegd wat ik allemaal moest weten. Ik heb daarin geen negatieve ervaringen gehad als ik eerlijk mag zijn. Ze hebben zelfs meer voor ons gedaan, dan ze hadden moeten doen.*

## 8.2 Door wie moet de zorg/voorlichting gegeven worden

Onder de deelnemers spelen verschillende behoeften rondom van wie en hoe ze voorlichting krijgen. Daarom luidde het advies van de Somalische Leyla: “Vraag alstublieft van te voren aan de leden wat zij zelf fijn vinden. Hoe de professionals aan deze doelgroepen informatie kunnen uitbrengen.” (Leyla, Somalische vrouw, 35 jaar, 23 jaar in NL, getrouwd, 3 kinderen). Hieronder volgen een aantal aspecten die daarbij belangrijk zijn om te checken.

### Professional met kennis van culturele achtergrond

Uit de interviews komt naar voren dat er behoefte is aan informatie vanuit een professional. Een deskundige arts of andere zorgverlener die gepast advies kan geven. Tegelijkertijd is het belangrijk dat iemand ook kennis heeft van de culturele en religieuze achtergrond die iemand meedraagt. De Somalische Hasna, 25 jaar en in Nederland geboren, verwoordde kernachtig: “Rekening houden en begrip tonen dat er een ander referentiekader is. En zo oordeelvrij mogelijk het gesprek aangaan. Binnen de islam is de stelregel geen geslachtsgemeenschap voor het huwelijk. Hier begrip voor hebben.” (Hasna, Somalische vrouw, 25 jaar, geboren in NL, ongetrouwd, geen kinderen). Veel deelnemers zijn van mening dat iemand met dezelfde culturele achtergrond, of iemand die kennis heeft van de cultuur en voorgeschiedenis kan zich beter verplaatsen in de gevoeligheden, de taboes en de manier waarop er wel of niet over een thema gesproken kan worden. Een combinatie van een zorgverlener en een sleutelpersoon of cultuurverbinder is daarvoor bijvoorbeeld een optie. Iemand uit de eigen gemeenschap kan helpen om te verduidelijken wat een zorgverlener bedoelt en wat er verwacht wordt, doordat iemand snapt wat niet vanzelfsprekend is. Zebiba: “Iemand die ook dieper kan uitleggen en met het verschil met Nederland. Ik mis dat ook soms, hier weet ik nog niet goed wat ik moet verwachten of wat er van mij wordt verwacht. Het voelt ook soms gehaast bijvoorbeeld als je een afspraak hebt, waardoor je niet de mogelijkheid voelt om iets verder te vragen.” (Zebiba, Eritrese vrouw, 42 jaar, 2 jaar in NL, ongetrouwd, 2 kinderen). Het is belangrijk dat de professional in staat is om de informatie op een manier over te brengen die door mensen met een vluchtelingachtergrond uit Afghanistan, Syrië, Somalië en Eritrea als veilig en respectvol wordt ervaren. Dit betekent dat voorlichters en zorgverleners opgeleid moeten zijn om op cultuursensitieve manier te werken en dat er in de opleiding ook aandacht moet zijn voor communicatie over sensitieve topics, zoals seksualiteit. “Ik ben van mening dat elk professional dat een cursus communicatie moet volgen, die ook onderwerpen behandelt zoals hoe communiceer je met mensen met verschillende culturele achtergronden. Ik heb

het gevoel dat er nu vaak sprake is van miscommunicatie omdat zij niet weten hoe zij iets moeten aanpakken.” (Seema, Afghaanse vrouw, 32 jaar, 28 jaar in NL, ongetrouwd, geen kinderen).

Sommige deelnemers zouden het liefst met een voorlichter of arts uit het eigen land spreken. Bashir:” Ze moeten rekening houden met het geloof. Het liefst voorlichters met dezelfde achtergrond. Het zou fijn zijn als er diversiteit is, binnen de professionals. Dit zou veel problemen verhelpen. Als er een arts is uit Afghanistan of Somalië, zou hij of zij makkelijk kunnen begrijpen over gevoeligheden.” (Bashir, Somalische man, 60 jaar, 14 jaar in NL, getrouwd, 2 kinderen).

### **Zorgverlener/voorlichter van zelfde geslacht**

Naast de kennis over cultuur, komt ook het gewenste geslacht van de zorgverlener veel terug in de wensen van deelnemers. Veel deelnemers geven aan dat zij de voorkeur hebben dat voorlichting over anticonceptie, seksualiteit en reproductieve zorg wordt gegeven door iemand van hetzelfde geslacht. Het wordt vaak als ongepast beschouwd om dit soort onderwerpen met iemand van het andere geslacht te bespreken. “Ik geloof dat het beter is dat mannelijke professionals aan mannen en de vrouwelijke professionals aan vrouwen voorlichtingen geven. Andersom is ongemakkelijk en past niet goed in het Afghaanse manier van omgang.”(Atal, Afghaanse man, 35 jaar, 18 jaar in NL, getrouwd, kinderen). Het gaat er niet om dat vrouwelijke professionals als minderwaardig zouden worden gezien, benadrukte Farhan, maar “beter man door een man, en vrouw door een vrouw. Wij mannen voelen zich beter dan een man begrepen. Niet dat vrouwen minderwaardig zijn, maar wij denken dat mannen ons beter begrijpen.” (Farhan, Afghaanse man, 23 jaar, geboren in NL, ongetrouwd, geen kinderen). Veel vrouwelijke deelnemers uitten een sterke voorkeur voor een vrouwelijke arts of voorlichter en ook een vrouwelijke tolk. Aisha: “Het is goed om voorlichting te krijgen. Ik ben analfabeet, ik weet niet zo goed wat ik moet zeggen. Als ik met een dokter in contact kom, dan wil ik graag een vrouw. Als de tolk een man is, dan schaam ik me heel erg. Ik kan niet spreken dan. Ik schaam mij heel erg voor Afghaanse mannen.” (Aisha, Afghaanse vrouw, 40 jaar, 4 jaar in NL, getrouwd, 4 kinderen).

Kunnen praten met een zorgverlener van hetzelfde geslacht zorgt ervoor dat de informatie en zorg toegankelijker is, het verlaagt de drempel om over anticonceptie te praten. Halima: “Houd het gescheiden, want geen vrouw zou praten bij een man. Dus vrouwen apart, mannen apart en dan bij de vrouwen een vrouwelijke arts, want dat is meer toegankelijk voor ze, zou ik zeggen, en laagdrempelig.” (Halima, Somalische vrouw, 34 jaar, 30 jaar in NL, ongetrouwd, geen kinderen). Ook wordt het als teken van respect opgevat. Zoals Essam vertelt, het gaat om het respecteren van privacy van vrouwen: “Ten eerste zou ik erop willen wijzen dat vrouwen in onze oosterse samenlevingen een zeer grote mate van privacy hebben. Het krijgen van kinderen en alles wat daarmee verband houdt, moet door vrouwelijke artsen worden aangepakt.” (Essam, Syrische man, eind twintig, 1 jaar in NL, ongetrouwd, geen kinderen).

### **Liever naar specialist**

Met name mensen met een vluchtelingachtergrond uit Syrië hebben klachten over de toegankelijkheid van de Nederlandse gezondheidszorg. In Syrië zijn mensen gewend dat je direct naar een specialist kan, terwijl in Nederland de huisarts de poortwachter is naar de specialistische zorg. Zeker voor zwangere vrouwen is dit een obstakel en geeft dit gevoelens van onveiligheid. In de Syrische vrouwengroep zijn de aanwezige vrouwen het eens:

*Ze zoekt een gespecialiseerde arts, dus een gynaecoloog, niet met de huisarts, want hij doet veel voordat hij haar verwijst naar een professionele dokter. Dus dat is verloren tijd. Want in Syrië gaan we direct naar de gynaecoloog en wij krijgen snel onze dienstverlening. Als je het vergelijkt met Syrië, daar is alles goedkoop en alles is sneller. Vrouwen voelen zich hier niet veilig en de informatie is niet genoeg, wij zijn niet in goede handen en dat maakt hen altijd onder stress, vooral voor de zwangere vrouwen.*

Ook een verloskundige is voor Syriërs een onbekend fenomeen. Zo beschrijft Sabah: “De fouten zijn: als Syriërs waren we gewend om onze zwangerschap op te volgen met een arts, maar in Nederland wordt het gedaan door een verloskundige, dus ik heb veel geworsteld.” (Sabah, Syrische vrouw, 48 jaar, 7 jaar in NL, getrouwd, 4 kinderen).

### **8.3 Inhoud, vorm en toon van de voorlichting**

#### **Niet te direct en niet te persoonlijk**

Bijna alle deelnemers waren het erover eens dat informatie over seksualiteit en anticonceptie niet te direct gebracht moet worden. Het gesprek over seksualiteit en anticonceptie moet voorzichtig benaderd worden, vanwege het taboe en de schaamte die gepaard gaan met deze onderwerpen. “Heb je seks voor het huwelijk? Zulke dingen. Ik denk dat sommigen dat misschien wel hebben gehad, maar dat het dan moeilijk is om te beantwoorden uit schaamte, bang zijn dat het dan toch wel bekend wordt gemaakt, ondanks dat je aangeeft: het blijft anoniem. Zulke dingen. Ik denk dat het soms met echt een omweg erheen moet geleid worden en niet zo bij bepaalde dingen direct...je voelt het soms misschien ook aan.” (Zala, Afghaanse vrouw, 30 jaar, 27 jaar in NL, getrouwd, 1 kind en zwanger). In Nederland is er vaak de gewoonte om heel direct naar persoonlijke zaken te vragen of te zeggen waar het op staat. Echter, vanuit culturele normen en waarden zijn mensen dit vaak niet gewend en wordt dit ook niet gewaardeerd.

*Ze zijn veel te direct.. Als ik een Nederlandse dokter als voorbeeld neem, de dokter heeft hier alles geleerd vanuit zijn studie en boeken. Omdat de dokter hier is opgegroeid met vrijheid [zonder taboes] praat hij heel normaal over alles wat hij uit dat boek of op school heeft geleerd. Geen enkel thema is te beladen voor hem en hij bespreekt die thema's dus ook net zo open weer met patiënten. Voor ons is dat veel te open, dus wij accepteren het niet. Als we een beladen onderwerp bespreken, dan pakken we het een beetje in en gebruiken we minder directe benamingen bijvoorbeeld. (Mohammed, Eritrese man, 21 jaar, 4 jaar in NL, ongetrouwd, geen kinderen).*

Het is meer respectvol om in het algemeen over sensitieve onderwerpen te praten, dan vooronderstellingen te doen over de aanwezige mensen of te directe vragen te stellen. De toon waarop een voorlichter of zorgverlener informatie geeft is heel belangrijk. Ismahan legt uit:

*Een beetje zo algemeen houden in zin van: wij willen jullie gewoon informatie geven hierover en dat is niet omdat jij, jij of jij dit hebt gehad of hebt gedaan, maar dit is gewoon informatie die wij met jullie willen delen. Gewoon voor de toekomst, dus dat het niet zo opleggend wordt. Ja, van: wij gaan jullie nu iets leren dat jullie niet weten of zo, dat soort toon is niet goed. Ik zou dat zelf niet zo doen. Dat komt best wel veel voor als er informatie wordt gegeven aan kwetsbare doelgroepen, dat*

*het gewoon bijna overkomt van: wij weten het wel beter, terwijl dat niet zo is. (Ismahan, Somalische vrouw, 31 jaar, 23 jaar in NL, getrouwd, 1 kind).*

### **Geen te bloot of schokkend beeldmateriaal**

Ook beeldmateriaal dat in seksuele voorlichting gebruikt wordt, is soms te direct en te bloot. Daardoor haken deelnemers af of krijgt de voorlichting een zware lading. Zo herinnerde Kiros zich:

*De eerste keer op school vond ik wel zwaar (heftig), we kregen na de voorlichting gelijk condooms mee naar huis en ze lieten heel veel plaatjes zien. Ik vond de informatie die wij op school kregen te veel voor op één dag. De hele klas klapte dicht nadat we foto's te zien kregen van geslachtsdelen met ziektes, zo iets had ik nog nooit gezien. Het past niet bij ons om op die manier informatie te krijgen, wij zijn niet zo opgegroeid en hebben alleen meegekregen dat je daar niet over praat. Ook de onderwerpen waren te veel, vooral als je daarover nooit voorlichting hebt gehad. De helft van de jongens liepen direct de klas uit en de andere helft zat daar, maar luisterde niet meer echt naar de voorlichting.. (Kiros, Eritrese man, 21 jaar, 5 jaar in NL, ongetrouwd, geen kinderen).*

Ook Muna heeft ervaring met te expliciete voorlichting. Al geeft ze aan dat ze er nu geen problemen meer mee heeft, nu ze veertien jaar in Nederland is, maar juist voor nieuwkomers moet je daar voorzichtig mee zijn, waarschuwt ze. "Tegenwoordig vind ik het belangrijk om alle informatie te krijgen. Niets is taboe voor mij. Maar ik kan me voorstellen dat nieuwe vluchtelingen zich net zo voelen zoals ik me voelde. Misschien is het voor hen goed om meer als verhalen te vertellen. Zij moeten ook opletten dat ze geen plaatjes met lichaamsdelen laten zien, daar zijn ze heel erg gevoelig voor."

### **Aandacht besteden aan cultuur en religie**

Een veelgehoorde klacht over Nederlandse voorlichters en zorgverleners is dat ze te weinig rekening houden met cultuurverschillen en met religieuze gevoeligheden. Naast het algehele gevoel dat mensen zich onvoldoende gezien en begrepen voelen, gaat het ook soms om hele concrete voorbeelden van waar professionals rekening moeten houden. Hieronder volgen een paar voorbeelden uit verhalen van deelnemers:

- **Houdt er rekening mee dat praten over seks ongepast is en stel de vraag waar iemand zich prettig bij voelt:**  
"Er moet ook rekening gehouden worden met onze culturele en religieuze verschillen, bijvoorbeeld een islamitische vrouw geef je geen hand omdat het bekend is dat het in haar religie niet gepast is. In onze cultuur is het niet gepast om over seks te praten omdat het een taboe onderwerp is, we praten er misschien wel over maar gebruiken verzachtende woorden, als je begrijpt wat ik bedoel. Het is en blijft natuurlijk moeilijk, onze culturen verschillen in grote opzichten van elkaar maar door ook gewoon de vraag te stellen waar iemand zich prettig bij voelt, denk ik al dat er veel verbetering mogelijk is." (Haben, Eritrese man, 28 jaar, in NL geboren, ongetrouwd, geen kinderen).
- **Vanuit het geloof mag het besproken, maar vanuit de cultuur is het belangrijk om voorzichtig te zijn:**  
"Sommige onderwerpen worden niet heel veel besproken, denk ik, in onze gemeenschap. Op zich, dat is niet helemaal vanuit het geloof, want vanuit het geloof zijn er wel, is het juist belangrijk om die dingen te bespreken. Er zijn ook heel veel overleveringen en bronnen waarin dat gewoon besproken mag worden. Dus ik denk



dat het een beetje een cultuur is dat het, ja, het wordt een beetje gezien als bedgeheimen, dus dat bespreek je niet met anderen, dat is persoonlijk voor die man en die vrouw die dan getrouwd zijn. Dus ik denk dat het wel goed is om het te bespreken, maar wel een beetje voorzichtigheid op bepaalde onderwerpen. Dus dat daar wel rekening mee wordt gehouden”. (Farah, Somalische vrouw, 28 jaar, geboren in NL, ongetrouwd, geen kinderen).

- **Vraag in het gesprek naar iemands religie en leg dan eventueel uit hoe de religieuze regels zijn:**

“Ik zou gewoon dus eerst informatie geven over anticonceptie en daarna zou ik als het om abortus bijvoorbeeld gaat, dat ik wel vraag van: dit is informatie over abortus en ik zal dan ook vragen naar de religie. Dus dan kan je niet direct ervan uitgaan dat diegene moslim is. En als diegene dan zegt: ‘Ik ben moslim’, dan kan je ook gelijk de regels toelichten. Dan kan je zeggen van: abortus is dus wel volgens de islam toegestaan als je dat binnen dat aantal weken doet en deze regels en dit en dat. Ja, ik denk dat dat wel handiger is, dat je dat gewoon niet direct gewoon zo vraagt, maar wel, ja, in het gesprek.” (Latifa, Afghaanse vrouw, 25 jaar, geboren in NL, ongetrouwd, geen kinderen).

- **Vraag een sleutelpersoon die hetzelfde geloof praktiseert om uit te leggen dat het vanuit het geloof wel is toegestaan om met professionals te praten over seksualiteit en anticonceptie:**

“De meesten van ons [Somaliërs] zijn moslim, dus ik zou zeggen ook iemand die het geloof praktiseert om te zeggen dat het niet een taboe is om erover te praten met een huisarts of een professional, want ze zijn daarvoor eigenlijk, om je te helpen en te ondersteunen. Ik denk dat dat het makkelijker maakt. Vanuit het geloof denken ze van: ik kan er niet over praten, ik schaam me ervoor en als je dan gewoon iemand hebt die heeft gestudeerd, die er wat meer over weet en daarbij is en het ook uitlegt, dan denk ik wel dat het iets makkelijker zal zijn voor vrouwen om die stap te zetten.” (Halima, Somalische vrouw, 34 jaar, 30 jaar in NL, ongetrouwd, geen kinderen).

- **Ga open het gesprek aan en vermijd al te directe vragen:**

“Ga met open mind-set naar binnen. Begrijp dat deze mensen van een andere cultuur komen en misschien ligt hun gelukkig-zijn nog steeds aan de cultuur. Voor de rest als je taboe thema’s zoals seks hebt, moet je niet in directe vorm praten, dat kan iemand verkeerd opvatten.” (Farhan, Afghaanse man, 23 jaar, geboren in NL, ongetrouwd, geen kinderen).

### **Stapsgewijs opbouwen**

Deelnemers vertellen dat de informatie die ze kregen over seksuele gezondheid en anticonceptie in hun eerste tijd in Nederland vaak overdonderend was. Het was teveel informatie tegelijk en soms was informatie schokkend. Tegeisti: “Vooral het accepteren, soms wordt er iets gezegd wat je hoofd gewoon niet kan accepteren. Het is van belang dat het op een rustige manier wordt uitgelegd en je de ruimte krijgt om te bedenken of het bij jou en jouw situatie past.” Maar ook was er nog onvoldoende vertrouwen opgebouwd, waardoor de boodschap al snel anders geïnterpreteerd wordt. Rashid, een Afghaanse man van 60 jaar die al meer dan twintig jaar in Nederland woont, geeft daarom het volgende advies:

*Voor Afghanen die pas in Nederland wonen, denk ik dat het belangrijk is dat de professionals eerst de basis gaan uitleggen. Zij moeten een soort instructies voor*

*dummy's geven om ze van de gevaren van sommige medicatie of behandelingen op de hoogte te brengen. Als de professionals meteen aan de oplossing beginnen [voorlichting over anticonceptie], dan zullen sommige Afghanen de professional in kwestie wantrouwen. Er zijn wat misverstanden. Bijvoorbeeld 'misschien wil de Nederlandse arts niet dat wij kinderen krijgen.' Terwijl wij weten dat hier de professionals willen de bevolking op de best mogelijk manier helpen en zorg dragen voor een gezond volk. (Rashid, 60 jaar, 28 jaar in NL, getrouwd, geen kinderen).*

Ook is het belangrijk enig inzicht te hebben in de mate waarin mensen in het land van herkomst kennis hebben opgedaan over hun lichaam, over voortplanting en seksualiteit. Tariq, een hoogopgeleide Afghaanse man van 32 die nu twee jaar in Nederland is, vertelde dat veel mensen in Afghanistan nauwelijks informatie krijgen, waardoor bijvoorbeeld meisjes erg kunnen schrikken als ze ongesteld worden. Een voorlichter moet aansluiten bij dit basisniveau en daar starten.

*Ik denk dat in onze maatschappij heel veel mensen geen toegang tot goede zorg hebben en ook geen toegang tot informatie. En wanneer zij met lichamelijke veranderingen te maken krijgen, worden ze gechoqueerd. Bijvoorbeeld veel meisjes zullen schrikken, wanneer zij voor het eerst ongesteld raken, omdat niemand daarover praat en zij nooit informatie daarover kregen. Dus het is handig om goed te kijken, met welke categorie mensen zij te maken hebben en soms bij de basale dingen beginnen en die eerst uitleggen en dan verder met andere thema's. (Tariq, Afghaanse man, 32 jaar, 2 jaar in NL, getrouwd, kinderen).*

Als mensen nog maar net in Nederland zijn, speelt ook mee dat ze heel veel zaken aan hun hoofd hebben. Meerdere deelnemers vertellen dat in het begin alleen hun lichaam in Nederland was, maar hun geest nog niet. Hun hoofd zit vol met onzekerheid over de toekomst, ervaringen tijdens hun vlucht, het achterlaten van hun familie en wat er daarvoor al gebeurd is in het land van herkomst. Trauma's kunnen hier ook een rol in spelen. In de focusgroep met Eritrese vrouwen wordt benoemd dat het opdoen van nieuwe kennis soms achterloopt bij het opdoen van nieuwe ervaringen, zoals een relatie en kinderen krijgen:

*Hetgeen wat je hebt meegenomen [kennis], is iets wat niet gelijk als je hier komt opeens meer wordt. Het kost tijd om je aan je omgeving aan te passen en je kennis te vergroten. Vooral als je hier snel aan een relatie, kinderen en dat soort zaken begint, weerhoudt je jezelf ervan bepaalde kennis eerst op te doen die je nodig hebt. Als je die kennis nog niet bezit, dan is het alleen je lichaam die van de ene plek naar de andere plek is gekomen en je hoofd (kennis) is niet ontwikkeld naar je omgeving.*

Omdat er veel informatie overgebracht moet worden en mensen soms maar weinig informatie tegelijk verwerken, is het belangrijk herhaaldelijk voorlichting te geven en het niet bij één keer te laten: "Geef ze vooral veel informatie, als ik terug denk aan mijzelf was het voor mij ook goed geweest om er alsnog meerdere keren voorlichting over te krijgen ondanks dat ik het ook lastig vond om over zulke onderwerpen na te denken of te praten." (Rahwa, Eritrese vrouw, 23 jaar, 6 jaar in NL, ongetrouwd, 1 kind). Door informatie stapsgewijs te geven, kan ook beter afgestemd worden hoe informatie aankomt. Bovendien vraagt de sensitiviteit van de onderwerpen om veel zorgvuldigheid. Het gaat dus niet louter om het geven van informatie, maar om het aangaan van een dialoog, waarin er telkens afgestemd wordt hoe iets besproken kan worden. Bijvoorbeeld omdat er een sterke samenhang is tussen seksualiteit en de religieuze beleving van mensen.

*Er moet langzaam worden gesproken over dat soort onderwerpen. Er moet rekening worden gehouden met de achtergrond en religies van onze gemeenschap. Binnen onze gemeenschap geldt dat namelijk wel, mensen hebben respect voor elkaars religie en praktiseren het geloof. Ze gaan bijv. naar de kerk en het allerbelangrijkste ze hebben godsvrees. Hier gelooft men in zichzelf, maar daar gelooft men in God en dat is het enige waar de meeste op bouwen. (Mohammed, Eritrese man, 21 jaar, 4 jaar in NL, ongetrouwd, geen kinderen).*

### **Wel of niet in een groep voorlichten**

Omdat er veel schaamte rond deze onderwerpen zit, is groepsvoorlichting niet voor de hand liggend. Deelnemers kunnen bang zijn dat er informatie wordt doorgepraat of te verlegen zijn om echt deel te nemen. Zeker bij nieuwkomers die net in Nederland zijn is het niet de beste aanpak: "Ja, het ligt er ook een beetje aan of ze hier zijn geboren of dat ze net zijn gevlucht. Ik denk dat als ze net zijn gevlucht, dat misschien 1-op-1 toch beter is, want als je én niemand kent en toch die angst van: o, straks kent dat meisje toch die en die en zo." (Fariha, Afghaanse vrouw, 19 jaar, in NL geboren, ongetrouwd, geen kinderen). Tegelijkertijd kan een groep ook onderling herkenning bieden en empowerment. Er zijn dan een paar zaken om aan te denken. Een aantal deelnemers geeft zelf voorlichting en ze hebben concrete tips. Het eerste is om de tijd te nemen om een veilige sfeer te creëren en onderling vertrouwen te laten ontstaan. "Je moet eerst een vertrouwensband opbouwen, het kost tijd, je moet eerst even elkaar leren kennen. En ook als je iets in een groepssetting doet, eerst even een aantal andere thema's bespreken." (Trhas, Eritrese vrouw, 29 jaar, geboren in NL, ongetrouwd, geen kinderen). Ten tweede moet je als begeleider goede afspraken maken met de groep over vertrouwelijkheid en je goed realiseren dat er onderling wantrouwen kan zijn. "Dat je je wel bewust bent dat mensen elkaar niet altijd vertrouwen om bepaalde vragen te stellen of ervaringen te delen. Dat je dat wel in acht neemt." (Trhas, Eritrese vrouw, 29 jaar, geboren in NL, ongetrouwd, geen kinderen). Ten derde is het belangrijk dat je heel zorgvuldig met omtrekkende bewegingen naar het gevoelige onderwerp toe beweegt. Umayma, een Somalische vrouw van 32 jaar, is vanaf haar 17<sup>e</sup> in Nederland. Zij vertelde hoe zij dat zelf aanpakt; dat het rond sensitieve onderwerpen zoals anticonceptie en seksuele gezondheid nodig is om eerst te zorgen dat iedereen in de groep meedoet en zich op zijn of haar gemak voelt. Je moet voorkómen dat je als voorlichter aan het woord bent en de rest luistert, want dan gaan mensen daarna niet meer praten. Praten over seksualiteit en anticonceptie vraagt veel meer inleidende en omleidende bewegingen dan andere onderwerpen. Het helpt als je als voorlichter uit dezelfde culturele gemeenschap komt of er in elk geval veel van weet, want dan kun je gemakkelijker aansluiten en aanvoelen hoe je bij de onderwerpen kunt komen waar je heen wilt.

*Echt meedoen heb je nodig, zeg maar. Niet: ik kom iets vertellen. Ja, dat idee, meteen hun dingen zijn eigenlijk omgeschakeld van: wat wil ze nu vertellen? En dan is het klaar, 50 procent is vervallen. Dus het enige is: ja, ik wil ook iets van de cultuur leren, ik wil iets van jullie en dan zeg ik: 'O ja, weet je wat het mooiste is van onze cultuur?' en blablabla. Ja, ik doe altijd, omleiden, zeg maar, en heel lang voordat het, en iedereen het woord geven en blablabla. En daarna, aan het einde zeg ik: oké, nu ben ik aan de beurt (lacht). Maar iemand moet echt meedoen, zeg maar, meedoen met de cultuur en niet...voor gevoelige dingen, hè, voor de rest doen we gewoon normaal. We hebben wel gewoon normale dialogen, dat politie of voorwerpen komen waardoor iemand het prima vindt om over te hebben. Dat kan je wel als onderwerp en dan de hele avond doorgaan en lekker kletsen, eten. Maar zulke dingen, o my goodness, het is wel echt voorzichtig, want meteen...die avond*

*of krijg je (lacht) de label, nooit meer terug of krijg je de label: o, interessant, o ja, dat is wel wat ze zegt, het is wel waar, hè, ja, is goed, het is wel goed om te weten en dan word je gelaten en vergeten, zeg maar. Maar als dat niet gebeurt, dan betekent het dat jouw programma niet geslaagd is. Dus het is wel handig dat iemand een beetje in de cultuur meedoet of iets ervan weet in ieder geval en iets kan benoemen en herkennen ook. (Umayma, 32 jaar, 15 jaar in NL, getrouwd, kinderen).*

## 8.4 Taal

Taal is cruciaal om met elkaar te kunnen communiceren. Nieuwkomers die de Nederlandse taal nog niet goed spreken, zullen behoefte hebben aan een vertaler om gebruik te kunnen maken van de informatie en diensten van zorgverleners. Hamza stelt dat dit de eerste voorwaarde is: "Ik denk dat ze echt heel veel, alles wat met medisch of voorlichting te maken heeft, heeft echt met taalbarrières te maken, ja, als diegene jouw boodschap niet begrijpt, ja, dan houdt het op." (Hamza, Somalische man, 22 jaar, ongetrouwd, geen kinderen). Taalproblemen maken mensen ook afhankelijk van anderen. Soms gaan zorgverleners ervan uit dat iemand zelf een vertaler meeneemt. Dat kan extra belemmerend werken om over anticonceptie of zwangerschap te beginnen als er familieleden of bekenden tolken. Zahra is een analfabete vrouw die twee jaar in Nederland is. Ze vertelde:

*Ik vind het ook belangrijk dat er een tolk aanwezig is, zelf vind ik het heel moeilijk en ook zwaar dat als ik bijvoorbeeld naar de dokter ga er geen tolk wordt gebeld en dat ik zelf iemand moet vragen om met mij mee te komen. Omdat mijn zoon goed Nederlands spreekt ben ik genooddaakt om hem mee te nemen waardoor ik bijvoorbeeld niet al mijn klachten op tafel durf te leggen, ik schaam mij om alles te bespreken. Het lukt niet altijd om een vrouw mee te nemen die voor mij kan vertalen en sommige dingen hoor je niet te bespreken met een man. Daar wordt geen rekening mee gehouden als je naar een dokter of ziekenhuis gaat, sommige dingen wil je niet naast andere bespreken maar je bent afhankelijk vanwege de taalbarrière. (Zahra, Eritrese vrouw, 52 jaar, 2 jaar in NL, getrouwd, 13 kinderen).*

Het werken met professionele tolken door zorgverleners wordt door deelnemers meer gewaardeerd. Anas: "Ze moeten een professionele tolk inschakelen om zeker te zijn dat je je patiënt goed begrijpt." (Anas, Somalische man, 60 jaar, 23 jaar in NL, getrouwd, 1 kind). Ook bij voorlichting zou een professionele, cultuursensitieve tolk een toevoeging zijn.

*Een voorlichting bijvoorbeeld zou fijn zijn in een groep waar een tolk ook bij kan zijn, zodat hij/zij ons het goed kan uitleggen. In het Nederlands wordt het moeilijk, want dan kan je wellicht niet alles begrijpen. De tolk moet het dan goed vertalen voor ons zodat het voor ons duidelijk wordt. Iemand moet sociaal en toegankelijk kunnen zijn, niet te oud en je kunnen begrijpen. Ook moet diegene niet gelijk moeilijke vragen stellen maar wel interesse tonen in wie jij bent en waar je vandaan komt, zodat je langzaam naar dat onderwerp kan gaan en diegene zich op zijn gemak voelt om dit te horen. (Nahom, Eritrese man, 23 jaar, 5 jaar in NL, ongetrouwd, geen kinderen).*

Er zijn ook ervaringen dat sommige tolken het lastig vinden om sensitieve thema's te vertalen. Fitsum's ervaring met een tolk tijdens voorlichting maakt duidelijk hoe belangrijk het is om een voorgesprek te hebben met een tolk zodat je weet dat deze tolk durft te

praten over anticonceptie, abortus en seksualiteit en dat diegene respectvol omgaat met vragen in de groep:

*Ik heb weleens meegemaakt tijdens een voorlichting dat er een oudere Eritrese vrouw kwam vertalen tijdens een voorlichting en dat zij zelf heel ongemakkelijk werd van de onderwerpen die er besproken moesten worden en zij dus niet 'letterlijk' vertaalde wat er werd gezegd door de voorlichter. Ook werd er een vraag gesteld, waarop zij heel bot antwoord gaf en indirect haar verbazing uitsprak over de vraag. De rest van de voorlichting durfde niemand meer vragen te stellen omdat die tolk in kwestie totaal geen open houding had en geen rekening hield met de achtergrond van de groep. Het is dus niet echt een taal-dingetje, maar ook echt spreek je de taal van de groep. Voelen ze zich comfortabel bij diegene, je hebt mensen ertussen die zelf moeite hebben met die onderwerpen en daar alleen staan omdat ze toevallig Tigrinya spreken. Dat lijkt me ook niet de bedoeling.. (Fitsum, Eritrese man, 30 jaar, in Nederland geboren, getrouwd, twee kinderen).*

### **Toegankelijke informatie in eigen taal**

Naast de letterlijke taal waarin informatie wordt gegeven, gaat het ook om eenvoudig te begrijpen taal, want "de meeste ouders van onze gemeenschap zijn laaggeletterd of analfabeet." (Said, Somalische man, 55 jaar, 9 jaar in NL, getrouwd, 12 kinderen).

*Er moet rekening worden gehouden met de taal, voornamelijk dat iemand goed kan vertalen waar het onderwerp over gaat maar dit op een toegankelijke manier doet. Dit is belangrijk zodat je dan de vrijheid hebt om normaal met hen te praten over alles en je open kunt stellen. Als ik naar de dokter ga, gebeurt het ook regelmatig dat ik mijn klachten niet kan of durf te bespreken. Meestal vermijd je zulke thema's daardoor omdat je het grootste deel toch niet begrijpt, omdat het niet op een rustige manier wordt besproken. (Nahom, Eritrese man, 23 jaar, 5 jaar in NL, ongetrouwd, geen kinderen).*

Taalbarrières leiden er ook toe dat mensen zorg gaan mijden. "Ook wordt er weinig rekening gehouden met onze cultuur, dit zorgt er ook voor dat ik een belemmering voel om bijvoorbeeld naar een doktersafspraak te gaan en dat ik pas ga als ik echt goed ziek ben. Dan komt de dokter op huisbezoek en vraag ik een kennis om voor mij te vertalen." (Zahra, Eritrese vrouw, 52 jaar, 3 jaar in NL, getrouwd, 13 kinderen).

### **Opletten of iemand het echt begrijpt**

Ook wordt het punt van het begrijpen van informatie aangestipt. Door een aantal deelnemers wordt benoemd dat het in hun gemeenschap de gewoonte is om het niet aan te geven als iets niet begrepen wordt. Uit respect voor diegene die iets vertelt, wordt er geknikt. Het is niet gebruikelijk om vragen te stellen of om tegen een zorgverlener in te gaan. Dit resulteert erin dat mensen dan met vragen of onbegrip weer naar huis gaan na een doktersafspraak: "Mensen uit onze gemeenschap, knikken daarnaast ook nog altijd ja terwijl ze er niks van hebben begrepen. Het zijn er maar weinig die eerlijk zeggen dat ze het niet hebben begrepen of die de arts nog vragen stellen." (Osama, Eritrese man, 23 jaar, 5 jaar in NL, ongetrouwd, geen kinderen). Sommige deelnemers vertellen dat de tijdsdruk ook maakt dat ze geen vragen durven stellen. Ze hebben tijd en vertrouwen nodig en gaan via een aantal omwegen naar een beladen onderwerp.

*Ze gaan er vaak vanuit dat je begrijpt wat ze bedoelen, ik persoonlijk vind dit heel moeilijk omdat ik niet durf te zeggen dat ik iets niet heb begrepen. Als je naar de*

*dokter gaat, wil je dat hij de tijd voor je neemt, zodat je kan vertellen waar je last van hebt. Het lukt mij niet om dat in 5 minuten te doen en vooral niet als het iets is waar ik mij voor schaam of wat ik moeilijk vind om te delen. Als ze begrijpen waar wij vandaan komen, kunnen ze ook begrijpen dat wij niet zo direct zijn opgevoed. (Tegeisti, Eritrese vrouw, 29 jaar, 7 jaar in NL, getrouwd, 2 kinderen).*

*Een grote fout die ik regelmatig mee heb gemaakt en nog steeds meemaak is dat Nederlandse professionals heel direct zijn, ze geven je niet de tijd om de informatie op te nemen of het goed te begrijpen. Ze moeten rustig praten en de tijd voor ons nemen, het gebeurt vaak dat ik niks heb begrepen en gewoon naar huis ga. Wat ik ook lastig vind is dat ze me het gevoel geven dat ik dom ben, omdat ik de taal nog niet machtig ben. (Yordanos, Eritrese vrouw, 37 jaar, 2 jaar in NL, getrouwd, 3 kinderen).*

## **8.5 Conclusie**

Omdat praten over seksualiteit, gezinsplanning en anticonceptie gevoelige thema's zijn voor veel mensen, is het heel belangrijk dat een professional tijd en aandacht besteed aan het opbouwen van een vertrouwensband, waarin iemand zich veilig voelt. Belangrijkste aspect hierin is de bejegening door de professional. Voelt iemand zich gerespecteerd? Is er begrip voor schaamtegevoelens en voor terughoudendheid om te praten over seksuele en reproductieve gezondheid? Vooral voor nieuwkomers die nog maar kort in Nederland zijn, is het belangrijk genoeg tijd te maken. Niet alleen vanwege taalproblemen, maar ook omdat mensen nog niet gewend zijn aan de oplossingsgerichte, directe aanpak van Nederlandse zorgverleners en hierdoor afschrikt kunnen worden. Ook al zullen mensen niet vaak zelf vragen durven stellen, toch blijkt uit ons onderzoek wel dat ze behoefte hebben aan informatie en uitleg. Sommige deelnemers hebben de ervaring dat Nederlandse zorgverleners hen op een neerbuigende of betuttelende manier benaderen, wat kwetst en het gevoel geeft dat de zorgverlener hen dom vindt. Ook gaat het soms mis omdat een zorgverlener een stereotype beeld heeft van een groep en niet doorvraagt en luistert naar de persoon zelf. Tenslotte krijgen mensen met een vluchtelingachtergrond soms het gevoel dat zorgverleners hen willen veranderen richting Nederlandse normen en dat zorgverleners een oordeel over hen hebben, bijvoorbeeld over grote gezinnen. Daarnaast zijn er ook deelnemers die juist aangeven dat ze heel tevreden zijn over hoe zorgprofessionals met hen omgaan in de informatievoorziening en hulpverlening rondom seksualiteit in Nederland. Mensen vinden het belangrijk dat ze op een open manier en zonder vooroordelen benaderd worden en dat er ruimte is voor hun eigen overtuigingen.

Deelnemers geven aan dat ze behoefte hebben aan zorgverleners met kennis van verschillende culturele achtergronden en taboes, en goede voelsprietten rondom het benaderen van gevoelige thema's. Samenwerken met sleutelpersonen of cultuurverbinders kan helpen om deze brug te slaan. Daarnaast willen veel mensen graag geholpen worden door iemand van hetzelfde geslacht, omdat dit minder schaamte geeft om het over seksualiteit en reproductieve gezondheid te hebben. De Syrische deelnemers zouden graag direct naar de specialist kunnen, zoals ze in hun land gewend waren. Ze ervaren de huisarts en de verloskundige als drempels naar de zorg die ze eigenlijk willen rondom een bevalling.

In de gewenste aanpak en toon van voorlichting en begeleiding wordt veel genoemd dat het minder direct moet dan Nederlandse professionals gewend zijn. Het is meer respectvol om in het algemeen over sensitieve onderwerpen te praten, dan vooronderstellingen te doen over de aanwezige mensen of te directe vragen te stellen. De toon waarop een

voorlichter of zorgverlener informatie geeft is heel belangrijk. Een stapsgewijze benadering, waarin de informatie langzaam opgebouwd wordt, kan voorkomen dat deelnemers zich overvallen voelen. Ook de taal van een gesprek verdient aandacht. Als er getolkt wordt door familieleden, bemoeilijkt dit een gesprek over anticonceptie (en breder, alle gevoelige onderwerpen). Professionele tolken verdienen de voorkeur, waarbij het ook belangrijk is dat ze comfortabel zijn in het bespreken van seksualiteit en reproductieve gezondheid. Naast de taal, is het belangrijk dat zorgverleners in begrijpelijke taal spreken, gebruik maken van herhaling en vaak checken of iemand het echt begrepen heeft.

## **Deel III: Samenvatting, conclusies en aanbevelingen**



## 9 Samenvatting, conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk geven we de rode draad uit het onderzoek weer en trekken we conclusies, door onze bevindingen te vergelijken met kennis uit de internationale literatuur. We introduceren een nieuw model over reproductieve keuzes van mensen met een vluchtelingachtergrond, waarin we de verschillende factoren plaatsen die invloed hebben op deze keuzes. Vervolgens komen we met concrete aanbevelingen om de regie van mensen over hun reproductieve keuzes te vergroten. Tenslotte reflecteren we op de onderzoeksmethode: op de opbrengst, de uitdagingen en onze leerervaringen.

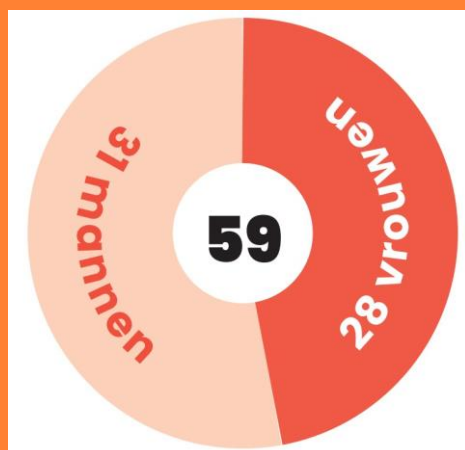
### 9.1 Samenvatting en conclusies

Dit onderzoek gaat over de opvattingen, strategieën en behoeften van mensen met een vluchtelingachtergrond rondom reproductieve keuzes. Er zijn drie hoofdvragen die we in dit onderzoek beantwoorden:

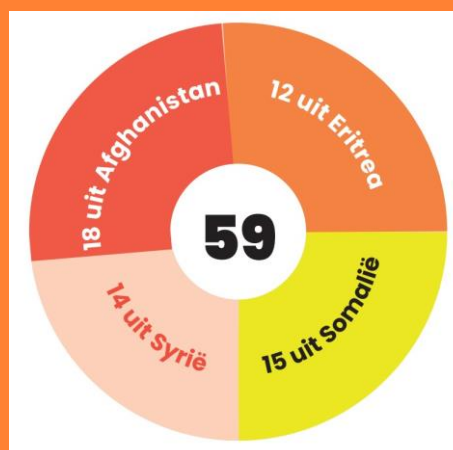
1. Wat zijn opvattingen van mensen met een vluchtelingachtergrond uit Syrië, Eritrea, Afghanistan en Somalië over hun seksuele en reproductieve keuzes, inclusief gezinsplanning, anticonceptie en omgang met (on)bedoelde zwangerschappen?
2. Wat beïnvloedt de (mate van) regie die mensen met een vluchtelingachtergrond ervaren over hun reproductieve leven en hoe navigeren ze tussen verschillende verwachtingen en culturen (wat zijn hun strategieën)?
3. Wat hebben mensen met een vluchtelingachtergrond nodig om meer regie te krijgen? (inclusief wat vraagt dat van Nederlandse zorgprofessionals).

#### Onderzoeksgroep

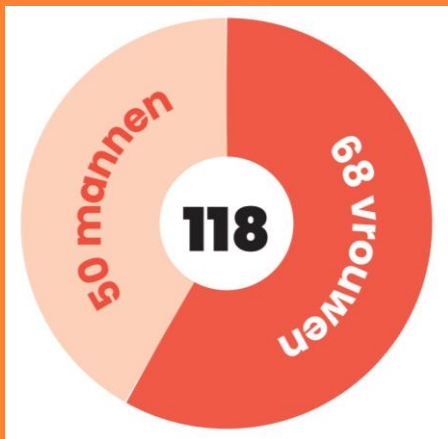
Het onderzoek richt zich op vier verschillende gemeenschappen. Relatieve nieuwkomers uit Syrië en Eritrea, en groepen die al veel langer in Nederland zijn, uit Afghanistan en Somalië. We hebben acht focusgroepen gehouden met mannen en vrouwen, met in totaal 59 mensen. Daarnaast hebben we 118 individuele interviews gehouden.



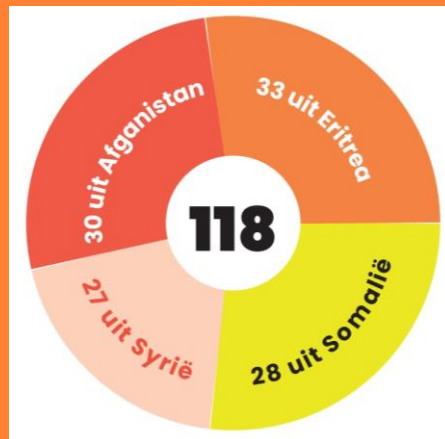
Figuur 2. Geslacht focusgroepdeelnemers



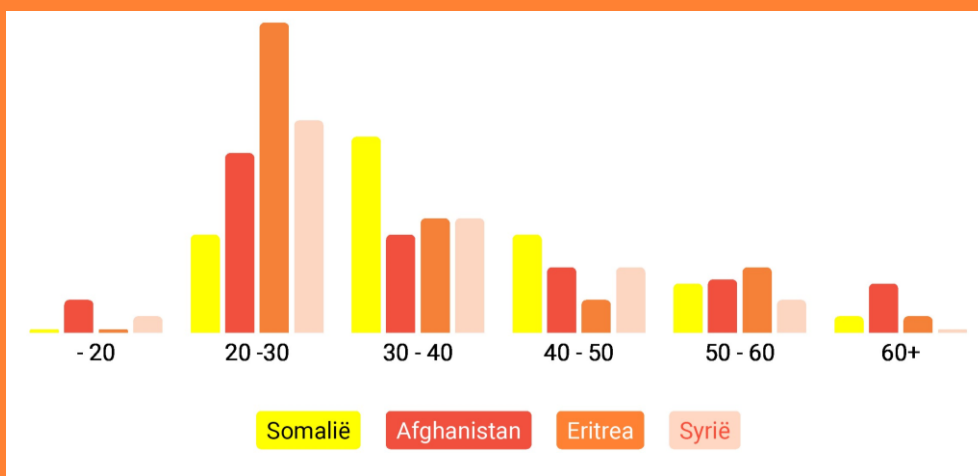
Figuur 3. Land van herkomst focusgroepdeelnemers



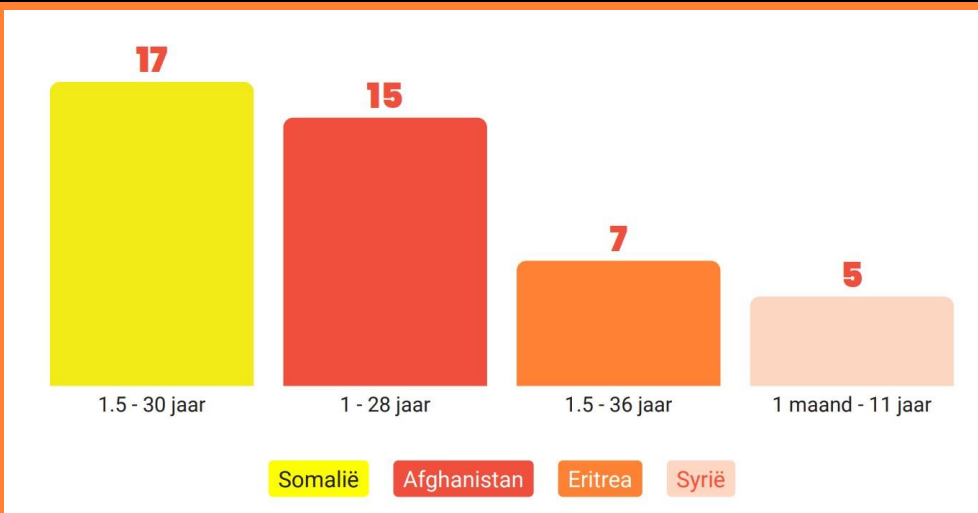
Figuur 4. Geslacht interviewdeelnemers



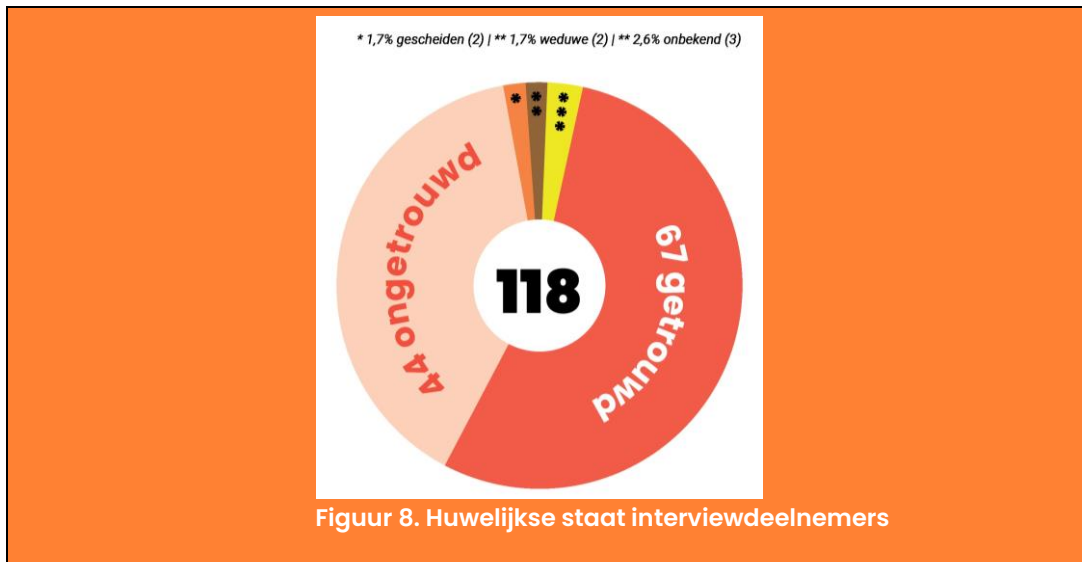
Figuur 5. Land van herkomst interviewdeelnemers



Figuur 6. Leeftijd per land van herkomst interviewdeelnemers



Figuur 7. Gemiddeld aantal jaar in NL van interviewdeelnemers met variatie



### Opvattingen over reproductieve keuzes en gezinsplanning

In onze analyse van de opvattingen van mensen met een vluchtelingachtergrond valt op dat deze ten dele bepaald worden door culturele en religieuze waarden, maar ook door praktische overwegingen en veiligheid, zowel in het land van herkomst als in Nederland. In het land van herkomst geldt vaak dat grote gezinnen de voorkeur hebben en mensen geacht worden op jonge leeftijd te trouwen. Het huwelijk wordt gezien als een essentiële voorwaarde voor een goed leven en het krijgen van kinderen is daarop een vanzelfsprekend gevolg. Kinderen zijn van grote waarde voor de familie, ze verhogen de sociale status. Kinderen worden ook gezien als een zegen, als een gift van God/Allah. Maar er zijn ook praktische redenen om veel kinderen te willen. In veel landen is het vanzelfsprekend dat kinderen voor hun ouders zorgen als ze oud zijn, kinderen zijn dus de ouderdomsvoorziening. Bovendien kunnen mensen er door allerlei redenen niet op rekenen dat al hun kinderen zullen blijven leven (bijvoorbeeld door de oorlog, door ziektes en door ecologische rampen), wat grote gezinnen in de hand werkt. Oorlogen en onrusten spelen een grote rol, want als er veel mensen doodgaan, is het belangrijk dat de familie voort blijft bestaan. "Voorals je ziet hoeveel mensen wij kwijtraken door oorlog en problemen in ons land.. Ik ben ook veel familieleden verloren, waaronder drie van mijn broers. Ik voel me verantwoordelijk om mijn gezin uit te breiden zodat zij niet voor niets zijn gegaan." (Tegeisti, Eritrese vrouw, 29 jaar, 7 jaar in NL, getrouwd, 2 kinderen).

Onze bevindingen worden ook in internationale studies weerspiegeld. Het huwelijk en het krijgen van veel kinderen wordt over het algemeen beschouwd als belangrijk voor een goed leven, waarbij kinderen worden gezien als een zegen of 'gift'. De literatuur benadrukt ook de pragmatische redenen voor het willen van veel kinderen, zoals de verwachting van zorg op oudere leeftijd en de onzekerheid over het overleven van kinderen door risico's zoals oorlog en ziekte. Daarnaast kan voor migranten de wens voor een groot gezin na migratie voortkomen uit een verlangen om een verloren gemeenschap en steun te herstellen (11,13–17).

Het leven in Nederland heeft vervolgens grote invloed op de wensen die mensen met een vluchtelingachtergrond hebben ten aanzien van het aantal kinderen. Ook hierbij spelen zowel overtuigingen als praktische overwegingen een rol. Als mensen net in Nederland aankomen, krijgen ze vaak eerst te maken met een (soms langdurige) fase van onzekerheid rond verblijf en gezinshereniging. Bovendien kost het veel energie om een nieuw leven op te bouwen, de taal te leren, een huis en werk te vinden. Nederland heeft

ook een meer individualistischer cultuur dan de meeste landen van herkomst, waardoor mensen minder sociale steun ervaren dan ze gewend zijn. Dit maakt dat het verzorgen van kinderen een hele opgave is die mensen - als dat kan - graag uitstellen. Het opvoeden van kinderen vraagt in Nederland meer aandacht, tijd en geld dan in het land van herkomst. De afwezigheid van familie maakt dat er meer op de schouders van de ouders terecht komt. Bovendien maken allerlei instanties jonge ouders duidelijk dat er in Nederland een culturele opvoednormen gelden over hoe je je kind opvoed, begeleid en wat kinderen nodig hebben. Dit is vaak heel anders dan in het land van herkomst, waar kinderen "zichzelf opvoeden" (Eritrees gezegde).

*Wat wij hier denken is gewoon: ja, een kind kost gewoon heel veel geld, dus ik kan er niet tien hebben, want dat kan ik gewoon niet betalen. En daar denken ze van: elk kind brengt zijn eigen zegeningen mee, of dat nou in bezittingen is of geld of in andere vormen van zegeningen, dat het dan uiteindelijk op die manier wel goedkomt. Dus dat er meer op die manier naar gekeken wordt dan naar het hele aspect van: oké, maar hoe ga ik dat doen, weet je, ik heb zes kinderen, hoe ga ik daarvoor zorgen, hoe ga ik dat allemaal bekostigen? Hoe ga ik ervoor zorgen dat ze allemaal de juiste opleiding krijgen? Hoe ga ik ervoor zorgen dat ze zich allemaal gewaarborgd en veilig voelen? Het is daar gewoon heel anders. (Fiyori, Eritrese vrouw, 25 jaar, in NL geboren, getrouwd, geen kinderen).*

De combinatie van praktische factoren en verschillende culturele normen tussen het land van herkomst en Nederland, maakt dat veel mensen hun oorspronkelijke plannen (moeten) bijstellen, en geen acht of tien kinderen meer willen, maar liever twee of drie kinderen krijgen. Zoals ook in andere studies naar voren komt, biedt het leven in Nederland niet alleen uitdagingen maar ook kansen, zoals toegang tot opleiding en werk. Leven in Nederland bevordert gelijke kansen voor vrouwen, wat resulteert in een verschuiving waarbij vrouwen meer zeggenschap krijgen over gezinsplanning en jongeren geneigd zijn langer te wachten met trouwen en kinderen krijgen, een dynamiek die de traditionele gezinsstructuren en -planning beïnvloedt (13,17,21).

De bevindingen over de invloed van het leven in Nederland op de kinderwensen van mensen met een vluchtelingachtergrond, waarbij zowel culturele overtuigingen als praktische overwegingen een rol spelen, vinden parallellen in internationale studies. Deze studies belichten hoe migratie de voorkeur voor gezinsgrootte kan veranderen en de openheid voor anticonceptiegebruik kan vergroten, mede door een bewustwording van de voordelen van kleinere gezinnen (18,19). Zowel internationaal als in onze studie worden financiële spanningen, gebrek aan opvoedingsondersteuning en het verlies van een sterk familienetwerk na migratie als uitdagingen voor grote gezinnen benoemd (13,17). De afname van de druk om een groot gezin te stichten en de toegenomen rol van vrouwen in beslissingen over gezinsplanning na migratie zijn eveneens gemeenschappelijke thema's (17,21).

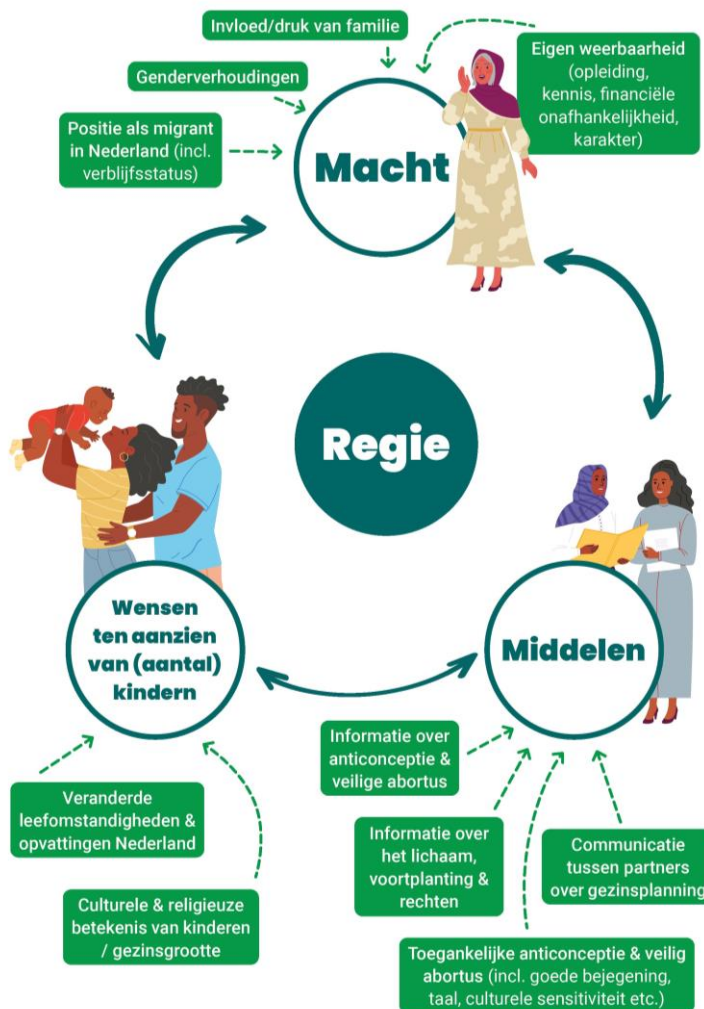
### **Regie over reproductieve keuzes**

Het doel van dit onderzoek is om in kaart te brengen wat ervoor nodig is opdat mensen met een vluchtelingachtergrond meer regie krijgen over hun reproductieve leven, dus over of, wanneer en hoeveel kinderen ze krijgen. Veel deelnemers aan dit onderzoek hebben aangegeven dat het aantal kinderen dat je krijgt niet aan jou is, maar aan God/Allah. Nadenken over of, wanneer en hoeveel kinderen je wilt, is dus niet vanzelfsprekend. Zo zegt de Eritrese Zebiba:

*Het is ook niet gebruikelijk om te zeggen 'ik wil zoveel kinderen krijgen'. Je accepteert wat God je geeft, als dat twee kinderen zijn of als dat acht kinderen zijn, je accepteert het. In de meeste families zie je ook dat mensen gewoon kinderen krijgen en hoe meer, hoe beter. Vooral in onze gemeenschap en waar wij vandaan komen is dat iets waar wij trots op zijn en waar het als iets goeds wordt gezien om veel kinderen te baren. Ik hou ook echt van kinderen en had er graag meer gewild maar het heeft helaas niet zo mogen zijn, ondanks alles ben ik blij dat ik mijn zoons heb. (Zebiba, Eritrese vrouw, 42 jaar, 2 jaar in NL, ongetrouwd, 2 kinderen).*

Echter, doordat de leefomstandigheden in Nederland maken dat veel mensen minder kinderen willen, wordt voor hen een bepaalde vorm van gezinsplanning wenselijk. Ook in internationale studies komt de wil van God/Allah vaak naar voren een belangrijke factor bij beslissingen over gezinsgrootte en timing van zwangerschap (43, 44). Hoewel mensen wel een duidelijke voorkeur uitspreken voor het plannen van geboorten in de migratiecontext, geven ze ook aan geen controle te ervaren over zwangerschap en het aantal kinderen.

Uit dit onderzoek komen een aantal factoren naar voren die invloed hebben op de mate van regie die mensen ervaren. Het gaat bij regie om het kunnen waarmaken van je wensen, en daartoe heb je macht/invloed nodig en middelen. In figuur 9 staat een weergave van de factoren die van invloed zijn op de wensen, de macht en de middelen die mensen hebben.



**Figuur 9. Factoren die van invloed zijn op regie over reproductieve keuzes**

De invloeden op de wensen zijn hierboven beschreven. Als het gaat om macht om die wensen tot werkelijkheid te maken, speelt de positie die iemand heeft in de Nederlandse samenleving een rol. Heeft iemand een verblijfsvergunning? Kan iemand een nieuw bestaan opbouwen, de taal leren, een huis en werk vinden? Een sociaal netwerk opbouwen? En weet iemand de weg in Nederland als het gaat om toegang tot anticonceptie en durft iemand daarover te praten met een huisarts? Deze basis is belangrijk om meer invloed te ervaren op je leven.

De genderverhoudingen in de community en in de Nederlandse samenleving, maar ook in de familie spelen een rol omdat dit invloed heeft op de ruimte die vrouwen ervaren om keuzes te maken rondom het aantal kinderen dat ze willen, om een opleiding te volgen en te werken en economisch zelfstandig te zijn. Dit maakt hen weerbaarder tegen druk vanuit de familie. In de verhalen van deelnemers komt terug dat veel van hen druk van de familie ervaren om vrij jong te trouwen en (veel) kinderen te krijgen. Sommige deelnemers vinden het niet erg dat de familie zulke duidelijke verwachtingen heeft, omdat het overeen komt met wat ze zelf wensen. Anderen hebben er veel last van en voelen zich opgejaagd of onder druk gezet. Om de relaties met familie niet te beschadigen reageren veel mensen met grapjes of afleiding en proberen ze uit te leggen dat het leven in Nederland andere omstandigheden geeft, dan het land van herkomst. De weerbaarheid van individuele mensen om hun weg te gaan te midden van de verschillende culturele normen en verwachtingen hangt samen met hun (financiële) onafhankelijkheid, hun opleiding en geletterdheid, en hun karakter.

Een vergelijkbare dynamiek komt naar voren in andere studies onder migranten, waarbij niet alleen de culturele voorkeur voor grote gezinnen werd onderkend, maar ook een verschuiving in houding ten opzichte van genderverhoudingen zichtbaar was. In de migratiecontext, ondanks aanhoudende sociale druk voor grote gezinnen, worden culturele normen door migranten heroverwogen en soms aangepast aan de nieuwe realiteit (45, 46).

### **Middelen**

Uit het onderzoek komt naar voren dat de mate van kennis over anticonceptie sterk wisselt per persoon. Deze kennis – en in hoeverre mensen open staan voor nieuwe informatie - is onder andere afhankelijk van waar mensen vandaan komen. In sommige landen is er seksuele vorming op school, in andere niet. In steden is er soms meer informatie en een opener klimaat dan op het platteland. Jongeren zijn vaak beter geïnformeerd dan ouderen. Mensen met een hoger opleidingsniveau en betere geletterdheid vinden het gemakkelijker om informatie te vinden en te begrijpen. Daarnaast zijn mensen over het algemeen terughoudend in het aangeven dat zij iets niet begrepen hebben of behoefte hebben aan meer kennis.

Communicatie over anticonceptie tussen partners en het nemen van gezamenlijke beslissingen wordt door veel deelnemers gezien als een belangrijk aspect van een goede relatie. Openheid hierover naar de buitenwereld is vaak beperkter. Hoewel er wel gesprekken plaatsvinden met familieleden en vrienden, worden seksualiteit en anticonceptie gezien als iets wat in eerste instantie binnen de grenzen van een relatie hoort te blijven. Aanvullend daarop wordt vaak gebruik gemaakt van professionele diensten zoals de huisarts, GGD en verloskundigen. In Nederland worden verschillende uitdagingen ervaren die de toegang tot anticonceptie beperken, zoals taalbarrières en onvoldoende informatie. Ondanks deze barrières zeggen de meeste mensen dat ze weten waar ze terecht kunnen voor anticonceptie en dat ze het gebruiken, vooral condooms en de anticonceptiepil. De huisarts wordt vaak gezien als eerste en meest directe informatiebron. Echter, ervaringen met de huisarts en andere zorgverleners zijn niet altijd positief. Een

taalbarrière staat goede zorg vaak in de weg en doordat tolken niet standaard betrokken worden ontstaan er soms misverstanden. Ook speelt het geslacht van de huisarts een rol in de mate van comfort bij het bespreken van anticonceptie en abortus. Veel vrouwelijke deelnemers geven aan zich meer op hun gemak te voelen bij een vrouwelijke huisarts. Omdat praten over seksualiteit, gezinsplanning en anticonceptie gevoelige thema's zijn voor veel mensen, is het heel belangrijk dat een professional tijd en aandacht besteedt aan het opbouwen van een vertrouwensband, waarin iemand zich veilig voelt. Sommige deelnemers hebben de ervaring dat Nederlandse zorgverleners hen op een neerbuigende of betuttelende manier benaderen, wat kwetst en het gevoel geeft dat de zorgverlener hen dom vindt. Ook gaat het soms mis omdat een zorgverlener een stereotype beeld heeft van een groep en niet doorvraagt en luistert naar de persoon zelf. Tenslotte krijgen mensen met een vluchteling achtergrond soms het gevoel dat zorgverleners hen willen veranderen richting Nederlandse normen en dat zorgverleners een oordeel over hen hebben, bijvoorbeeld over grote gezinnen.

*Ook moeten ze respectvol blijven in hun woordkeuze en mensen niet het gevoel geven dat ze dom zijn. Onwetendheid en dom zijn namelijk twee verschillende dingen. Als je ergens onwetend over bent is het goed om uitleg te krijgen in 'algemene' zin, zodat het niet voelt alsof het over jou gaat. Rekening houdend met de taboes, de onderwerpen aanstippen en geduld hebben zodat de ander zich vertrouwd voelt om zijn/haar verhaal te delen. (Timnit, Eritrese vrouw, 53 jaar, 26 jaar in Nederland, gescheiden, drie kinderen).*

Om toegang te hebben tot informatie en tot passende anticonceptie en indien nodig tot veilige abortus, is het daarom van belang dat Nederlandse zorgverleners en voorlichters investeren in een vertrouwensband en voldoende tijd en aandacht hebben. Het belangrijkste punt voor deze vertrouwensband is de bejegening door zorgverleners.

Verschillende internationale studies onderstrepen dat de kennis over anticonceptie zowel binnen als tussen groepen varieert, vaak beïnvloed door eerdere ervaringen, levensomstandigheden, en toegang tot seksuele gezondheidszorg, voorlichting en onderwijs in het land van herkomst. Deze onderzoeken laten zien dat de meerderheid van mensen met een vluchtelingachtergrond hun eerste gedetailleerde informatie over anticonceptie pas na migratie ontvangt, waarbij (zorg)professionals en vrienden doorgaans de belangrijkste informatiebronnen zijn (17, 24-27).

## 9.2 Aanbevelingen

Het model over reproductieve keuzes (figuur 9) maakt zichtbaar dat er verschillende factoren zijn die een rol spelen in de reproductieve keuzes die mensen met een vluchtelingachtergrond kunnen maken. Het gaat aan de ene kant over overtuigingen en waarden en normen rondom kindwens en seksualiteit. Maar aan de andere kant spelen er veel andere factoren een rol, zoals beschikbare informatie en toegang tot anticonceptie, maar ook de sociale positie van mensen met een vluchtelingachtergrond in de Nederlandse samenleving en genderverhoudingen. Als we de reproductieve keuzevrijheid van mensen met een vluchtelingachtergrond willen vergroten, zijn er dus veranderingen op diverse niveaus nodig. Hieronder worden de aanbevelingen weergegeven in de ringen van het model van Bronfenbrenner (paragraaf 1.2, p. 7).

## Maatschappelijk niveau: ideologie en beleid

### *Positie van asielzoekers en statushouders*

De sociale positie van mensen met een vluchtelingachtergrond in Nederland heeft invloed op de mogelijkheden om in te burgeren, de taal te leren en hun weg te vinden in Nederland, óók richting de gezondheidszorg en toegang tot anticonceptie. Met name de lange onzekerheid en het lange wachten in asielcentra ondermijnt de weerbaarheid van mensen. Maar ook de knelpunten in de doorstroming van statushouders naar een eigen huis, een baan, en een nieuw sociaal netwerk werken belemmerend. De invloed van het verharde politieke klimaat rondom migratie werkt door in de ontvangst van nieuwkomers en in hun mogelijkheden om snel te aarden in Nederland. Ook institutioneel racisme en gevoelens van superioriteit bij Nederlanders werpen drempels op om volledig deel te kunnen nemen aan de samenleving. In dit onderzoek komt naar voren dat een opleiding, werk en financiële onafhankelijkheid bijdragen aan de mogelijkheden van mensen – en van vrouwen in het bijzonder - om hun eigen reproductieve keuzes te maken.

### *Culturele normen rond opvoeding en gezin*

In Nederland gelden diverse culturele normen rondom opvoeding en gezin. Het geboortecijfer in Nederland is 1,5. Grote gezinnen zijn een uitzondering. Er heerst een brede overtuiging dat kinderen veel aandacht en begeleiding van hun ouders nodig hebben en dat ouders heel bewust moeten afwegen voor hoeveel kinderen ze deze optimale zorg kunnen leveren. Een zwangerschap hoort gepland en weloverwogen te zijn, zodat de omstandigheden waarin een kind opgroeit zo goed mogelijk zijn. Deze normen worden weerspiegeld in beleid van organisaties, zoals in de timing van advies rondom anticonceptie (meteen na de bevalling of na een abortus), proactieve counseling over kinderwens (bijvoorbeeld in Nu Niet Zwanger), en in de zorg die consultatiebureaus en centra voor jeugd en gezin bieden. Omdat deze culturele normen onuitgesproken zijn, zijn veel professionals in de zorg zich niet bewust dat ze normatief kijken naar grote gezinnen en naar mensen die geen anticonceptie gebruiken. Maar voor de mensen die afwijken van het gangbare beeld zijn deze normen wel voelbaar. Veel mensen met een vluchtelingachtergrond hebben van huis uit hele andere normen meegekregen, zoals de norm dat je veel kinderen hoort te krijgen, dat je elk kind hoort te verwelkomen als een zegen en dat God/Allah bepaalt of er een kind komt. De vanzelfsprekendheden van professionals met een Nederlandse achtergrond werken door in de bejegening van mensen met een vluchtelingachtergrond en in de gesprekken die ze aangaan. Bewustzijn van je eigen normen helpt om ze niet als vanzelfsprekend te beschouwen – en te presenteren – maar open te staan voor meerdere normen en perspectieven en hier een open gesprek over aan te gaan.

## **Organisaties voor preventie en zorg, onderwijs en andere voorzieningen**

Bij het verstrekken van informatie over anticonceptie en reproductieve gezondheid, evenals bij het leveren van reproductieve zorg, zijn verschillende organisaties betrokken. Uit dit onderzoek komen veel aanbevelingen voor een cultuursensitieve benadering (zie ook hoofdstuk 8 voor een uitgebreide behandeling hiervan). Hieronder volgen de aanbevelingen in het kort:

### *Randvoorwaarden voor cultuursensitieve benadering*

Organisaties kunnen bijdragen aan cultuursensitieve zorg door een aantal randvoorwaarden te realiseren op beleidsniveau. Dit gaat om:

- Het faciliteren van het **gebruik van tolken**, als standaardpraktijk wanneer iemand niet goed Nederlands spreekt. Met een check op de deskundigheid en vertrouwdsheid van de tolk om te praten over anticonceptie en seksualiteit zonder oordeel.
- Waarborgen dat (zorg) professionals **voldoende tijd** vrij kunnen maken voor gesprekken. Bijvoorbeeld door dubbele consulttijden in te plannen.



- Zorgen dat (zorg)professionals **deskundigheidsbevordering ontvangen** gericht op het opbouwen van vertrouwen, het ontwikkelen van begrip voor diversiteit in beleving, en het rekening houden met de invloed van religie en familie op kinderwens, seksualiteit, anticonceptie enz.
- Het voeren van **personeelsbeleid** dat gericht is op representatie van mensen met diverse achtergronden als afspiegeling van Nederlandse samenleving.
- Samenwerking mogelijk maken met **sleutelpersonen** uit herkomstgroepen
- Als team samen nadenken over **een stapsgewijze** opbouw van (voorlichtings)gesprekken en samenwerking zoeken met organisaties met aanvullende deskundigheid waar nodig.
- Zorgen dat er een **goede sociale kaart** is van organisaties die ook cultuurinclusief werken en zorg voor een warme overdracht bij aanvullende expertise of zorg.

#### *Culturele sensitiviteit in interacties*

Wat uit ons onderzoek naar voren kwam als meest belangrijke aandachtspunt voor zorgverleners, waarop zij de zorg voor mensen uit Syrië, Afghanistan, Somalië en Eritrea in Nederland kunnen verbeteren was de bejegening. Het is aannemelijk dat dit aandachtspunt eveneens geldt voor andere vluchtelingengroepen. Mensen vinden het belangrijk dat ze zonder vooroordelen benaderd worden, dat ze gezien en gerespecteerd worden, waarbij niet alleen oog is voor hun overtuigingen maar ook de wisselende contexten waarin ze leven. Hoe kan een professional daaraan bijdragen?

- **Vertrouwen en veilige sfeer.** Het is belangrijk dat mensen zich comfortabel voelen, voordat je het gesprek start over seksualiteit, gezinsplanning of anticonceptie. Besteed aandacht aan een veilige sfeer en bouw het gesprek rustig op. Toon empathie en begrip en probeer het gesprek niet in een bepaalde richting te duwen.
- **Culturele sensitiviteit.** Toon belangstelling en respect voor de culturele achtergrond van de mensen waarmee je in contact bent. Het is belangrijk om jezelf te informeren over mogelijke taboes en gevoeligheden, maar ga het gesprek vooral open aan, want iedere familie is weer anders en de context waarin iemand nu leeft speelt ook een grote rol. Alleen diegene tegenover je kan vertellen hoe het voor hem/haar is.
- **Geef uitleg.** Leg uit hoe de gezondheidszorg georganiseerd is in Nederland en vertel wat jouw functie is (bijvoorbeeld verloskundigen zijn er niet in alle landen en de huisarts heeft in Nederland een poortwachter functie naar de ziekenhuiszorg, die in veel landen veel directer toegankelijk is). Leg uit dat je geheimhoudingsplicht hebt en dat iemand vrijuit kan praten, zonder dat de familie het hoort. Leg ook uit waarom je bepaalde vragen stelt, zodat de persoon tegenover je de context begrijpt en zich meer op zijn gemak voelt bij het delen van zijn of haar ervaringen en perspectief.
- **Neem de tijd.** Houd er rekening mee dat mensen soms een heel ander soort omgang en zorg gewend zijn. Er komt in Nederland veel op nieuwkomers af en de taalbarrière maakt communicatie met een zorgverlener moeilijk. Wees geduldig, let ook op non-verbale signalen en ga er niet vanuit dat mensen iets direct begrijpen – ook al knikken mensen. Laat mensen zelf informatie samen vatten of terug vertellen om te checken of ze de informatie hebben begrepen. Laat ook weten dat ze altijd met vragen terecht kunnen.
- **Laagdrempelige taal.** Er is vaak sprake van een taalbarrière. Daarom is het verstandig om medisch jargon en ingewikkeld taalgebruik te vermijden. Schakel een tolk in om tijdens medische consulten te ondersteunen en check van tevoren of de tolk ook ervaring heeft met het voeren van gesprekken over gevoelige onderwerpen, zoals anticonceptie. Zet ook Zanzu.nl in als tool, je kunt dan twee talen naast elkaar zetten op het scherm over anticonceptie of zwangerschap. Ze kunnen ook thuis deze informatie bekijken voordat er een vervolg gesprek plaatsvindt. Ze kunnen zelf dan eerder een goed geïnformeerde keuze maken.

- **Respecteer religieuze overtuigingen.** Houdt er rekening mee dat religie heel belangrijk is voor veel mensen uit Afghanistan, Syrië, Eritrea en Somalië en dat religie door iedereen anders beleefd wordt. Dit geldt ook voor veel vluchtelingen uit andere landen.
- **Geslacht van artsen.** Geef mensen de mogelijkheid te kiezen voor een arts of zorgverlener van hetzelfde geslacht, zeker als het gaat om consult over anticonceptie, kinderwens, seksualiteit of begeleiding bij zwangerschap.

#### *Seksuele voorlichting en seksuele vorming op school*

Deelnemers vertellen dat de informatie die ze kregen over seksuele gezondheid en anticonceptie in hun eerste tijd in Nederland vaak overdonderend was. Het was teveel informatie tegelijk en soms was informatie schokkend. Om dit te voorkomen, zijn er een aantal concrete aanbevelingen voor docenten en voorlichters (naast de aanbevelingen die hierboven al staan voor cultuur sensitieve interacties):

- **Wees niet te direct.** Begin niet direct met seksualiteit of anticonceptie, het thema gezinsplanning kan ook wantrouwen oproepen (“hoezo mag ik geen kinderen krijgen”). Kies in eerste instantie voor een veilig onderwerp, bijvoorbeeld toekomst van het gezin, of gezondheid, relaties en dan pas seksualiteit, vraag ook waar mensen zelf behoefte aan hebben. Of vraag eens wat hun beelden zijn bij jongeren, relaties en seksualiteit in Nederland en hoe dit is in land van herkomst. Het is respectvoller om in het algemeen over sensitieve onderwerpen te praten, dan vooronderstellingen te doen over de aanwezige mensen of te directe persoonsgerichte vragen te stellen. De toon waarop een voorlichter of zorgverlener informatie geeft is heel belangrijk. Een stapsgewijze benadering, waarin de informatie langzaam opgebouwd wordt, kan voorkomen dat deelnemers zich overvallen voelen.
- **Gebruik geen expliciet beeldmateriaal.** Visuele middelen kunnen heel erg helpend zijn in voorlichting, maar te expliciete foto's van blote lichamen hebben een tegenoverliggend effect. Werk liever met tekeningen dan foto's en zorg dat het cultuursensitieve beelden zijn. Zanzu.nl heeft cultuursensitieve afbeeldingen die niet pornografisch zijn. Deze worden door vluchtelingen als waardevol gezien.
- **Ga het gesprek aan in plaats van te zenden.** Door een dialoog aan te gaan, kun je beter aansluiten bij de basiskennis die iemand heeft (of die juist ontbreekt) en kun je beter aanvoelen waar taboes liggen. Stel vragen over hoe het thuis was en vertel hoe het hier in Nederland is etc. Benoem ook waar overeenkomsten zijn.
- **Houdt rekening met stressvolle leefomstandigheden.** Er kan van alles aan de hand zijn in iemands leven waardoor het moeilijk is om zich te concentreren op nieuwe informatie. Als mensen ergens erg mee zitten, willen ze daar eerst een oplossing of advies voordat ze écht gaan luisteren naar de informatie die voorlichters willen overbrengen. Een open houding voor de vragen waar iemand mee rondloopt, helpt ook om iemands leven beter te begrijpen en vertrouwen op te bouwen. Zorg ook voor herhaling van informatie en check of iemand ermee uit de voeten kan.
- **Terughoudend met groepsvoorlichting.** Houd rekening met de schaamte rond deze onderwerpen. In een gemengde groep kan men zich ongemakkelijk voelen en schaamte ervaren. Hierdoor kan informatie langs iemand heen gaan. Bovendien kunnen deelnemers bang zijn dat persoonlijke informatie wordt doorverteld. Houd ook rekening met veiligheid, kies voor aparte mannen en vrouwen groepen in dezelfde leeftijd, bijv. jonge ongehuwden in een aparte groep naast gehuwden. Maak ook duidelijk wat ze kunnen verwachten van een voorlichting. Sommige mensen zijn niet gewend over seksualiteit te spreken en hebben ook nog geen taal ontwikkeld over seksualiteit, houd hier rekening mee. Dit geldt zeker voor nieuwkomers die net in Nederland zijn.

- **Samenwerken met sleutelpersonen** of cultuurverbinders kan helpen om taal- en cultuurverschillen te overbruggen.
- Denk ook seksuele en relationele vorming in **internationale schakelklassen**. Deze kinderen en jongeren hebben vaak nog geen seksuele voorlichting gehad in eigen herkomstland. Dat betekent dat een docent of voorlichter eerst aandacht aan de basis moet besteden, aan de kennis van het menselijk lichaam bijvoorbeeld.
- Heb ook aandacht voor **ouders** uit vluchtelingenlanden, ze zijn vaak zelf nog niet vertrouwd met een rol in seksuele opvoeding of denken hier anders over. Heb oog voor de zorgen en vragen van deze ouders.

### **Gemeenschappen en families**

#### *Doorbreken van taboes en bespreken sociale normen*

Uit dit onderzoek komt naar voren dat mensen met een vluchtelingachtergrond zich soms belemmerd voelen door de sociale normen en verwachtingen die hun familie en de gemeenschap hebben ten aanzien van het aantal en de timing van kinderen. Deze sociale druk kan ook voortduren als de familie niet in Nederland woont, doordat er duidelijke verwachtingen geuit worden in elk contact. Ook kunnen culturele gewoontes en patronen kwetsend zijn, zoals het blijven vragen naar een (volgende) zwangerschap of huwelijksplannen, of het aandringen op het zoeken naar een andere vrouw als iemand onvruchtbaar is. Ook de sociale normen rondom gender - wanneer ben je in de ogen van de gemeenschap een goede man of vrouw - kunnen mensen als dwingend ervaren. Daarnaast spelen taboes om over seksualiteit en anticonceptie te praten. Door het doorbreken van het taboe om te praten kan seksualiteit en anticonceptie bespreekbaarder worden, waardoor mensen minder schroom ervaren om informatie en sociale steun te zoeken.

Een interne dialoog en verandering binnen de gemeenschappen kan ertoe bijdragen dat mensen die in Nederland keuzes (willen) maken die afwijken van de sociale normen in de landen van herkomst meer ruimte en begrip ervaren in hun gemeenschap en familie. Het is daarom belangrijk om vanuit zelforganisaties handvatten te bieden aan mensen in hun gemeenschappen om seksualiteit en anticonceptie bespreekbaar te maken, misvattingen weg te nemen en de dialoog te bevorderen zonder conflicten of ruzies in families.

#### *Meer stem krijgen in lobby, onderzoek en uitvoering*

Zoals dit onderzoek ook laat zien, is de participatie van de mensen om wie het gaat, van erg groot belang om inzicht te krijgen in verschillende perspectieven, kennis en overtuigingen, en wederzijds begrip te versterken. Het is daarom ook een aanbeveling aan beleidsmakers, onderzoekers én zorgpartijen om mensen met een vluchtelingenachtergrond te betrekken in acties die over hen gaat, of dit nu over lobby, onderzoek of de ontwikkeling van producten en processen in voorlichting en zorg gaat. Een goede representatie bevordert niet alleen de kwaliteit van het werk, maar ook de inbedding in en acceptatie door de gemeenschappen. Tahmina Ashraf, directeur van Voice of All Women: "Ik denk dat er nog een wereld valt te winnen met dit onderwerp. Er is veel werk in de gemeenschappen die wij representeren en een participatieve en intersectionele werkwijze is dé manier om te werk te gaan met taboeonderwerpen in de gemeenschappen in kwestie."

## **9.3 Reflectie op de onderzoeksmethode**

New Perspectives is uitgevoerd in een samenwerking tussen Rutgers, Pharos, Cultuur in Harmonie, HIMILO, Voice of All Women en st. Syrische Vrouwen Emmen. Het onderzoeksteam bestond uit twee onderzoekers van Rutgers en Pharos en acht co-onderzoekers met een vluchtelingenachtergrond. Hieronder beschrijven we de opbrengsten van deze aanpak en de uitdagingen. Deze zijn gebaseerd op inzichten van

alle leden van het onderzoeksteam. De kern van de zaak verwoordt Abdikarim Mohamud (co-onderzoeker): “De doelgroep waar het over gaat, die stond centraal. Dus in plaats van dat er óver hen gesproken werd, werd er mét hun gesproken. Dat zij ook hun gedachten op een laagdrempelige manier konden uiten, dat vond ik belangrijk.”

### **Opbrengsten participatieve aanpak**

- *Bereiken van de onderzoeksgroep*  
Zonder deze participatieve aanpak was dit onderzoek niet mogelijk geweest. Dankzij de inzet van de zelforganisaties en co-onderzoekers waren mensen met een vluchtelingachtergrond bereid deel te nemen aan het onderzoek. We hebben veel mensen uit de vier gemeenschappen diepgaand gesproken, met de beoogde diversiteit in de onderzoeksgroep op vlak van sekse, leeftijd, opleidingsniveau, religie, regio's van herkomst, getrouwd/ongetrouwd en stad/platteland. Yordi Lassooy (Cultuur in Harmonie): “Dit onderzoek is een co creatie van twee instanties die al lang bestaan en heel veel ervaring hebben in onderzoek en de migrantengemeenschap, waar veel kennis zit die vaak niet serieus genomen wordt. Vaak gaat het alleen om korte samenwerking die niet echt tot een duurzame samenwerking leidt. Deze twee werelden komen in dit onderzoek mooi samen.”
- *Ook mannen bereikt*  
Het meeste onderzoek over kindervens, anticonceptie en gezinsplanning richt zich alleen op vrouwen. In dit onderzoek is de stem van mannen een grote meerwaarde, omdat we nu ook meer inzicht hebben in hoe mannen denken over gezinsplanning. Doordat de helft van de onderzoeksgroep uit mannen bestaat is het gelukt ook veel mannen uit de gemeenschappen te spreken. Abdikarim Mohamud: “Wat mij verbaasde is dat de mannen openlijk spraken over gevoelige onderwerpen. Het was geen enkel probleem.”
- *Onderzoeksresultaten afgestemd op de gemeenschappen*  
Door de samenwerking met het hele onderzoeksteam zijn de onderzoeksresultaten en aanbevelingen afgestemd op de echte behoeften en context van de gemeenschappen. Sell Teclemariam (co-onderzoeker): “Het meest belangrijke wat ik heb gedaan, is eigenlijk vrij simpel: eerlijk zijn. Ik deel dezelfde achtergrond en zelfs als dat in sommige gevallen niet helemaal overeenkwam, vertelde ik de respondenten eerlijk hoe belangrijk ik dit onderzoek persoonlijk vind en welke impact zij hebben op hun eigen toekomstige hulpverlening en die van anderen in onze gemeenschap. Het is zo krachtig dat we kunnen zeggen dat er nu niet over ons wordt gesproken, maar juist met ons. Dit is ook het onderscheidende karakter van dit onderzoek. In veel gevallen zie ik dat beleid wordt opgesteld zonder daadwerkelijke betrokkenheid van de mensen waar het om draait. Er wordt wel over hen gesproken, maar er wordt niet met hen gesproken. Dit gebrek aan directe betrokkenheid leidt tot beleid dat niet goed aansluit bij de behoeften en ervaringen van de betrokken gemeenschappen. Het is daarom van groot belang om actief te luisteren naar de stemmen van de mensen die worden beïnvloed door het beleid en om hun inbreng serieus te nemen. Dit draagt bij aan meer effectieve en inclusieve beleidsvorming.”
- *Cultuur sensitieve onderzoeksinstrumenten*  
De kennis en ervaring van de co-onderzoekers heeft ervoor gezorgd dat we cultuur sensitieve onderzoeksinstrumenten hebben ontwikkeld (bijvoorbeeld over welke vragen je wel en niet kunt stellen en welke volgorde wenselijk is). Ubah Halane (co-onderzoeker): “In het begin waren de vragen niet goed geformuleerd, veel te bot, te direct naar mijn gevoel. Maar na een paar keer veranderen en erover praten, werden de vragen aangepast. In het begin dacht ik ‘ik durf die vragen niet te stellen aan andere vrouwen’. Maar dat is goed gekomen.”

- *Goede analyse van onderzoeksgroep*  
We hebben samen vooraf een goede analyse gemaakt wie we binnen de onderzoeksgroep moesten betrekken om een goed beeld te krijgen van verschillende belevingen (bijvoorbeeld door te zorgen voor representatie van mensen die getrouwd én ongetrouwd zijn, uit verschillende regio's in het land van herkomst, verschillende generaties en van verschillende religies).
- *Cultuur sensitieve benadering van deelnemers*  
Door de benadering van de co-onderzoekers hadden deelnemers voldoende vertrouwen om mee te doen aan het onderzoek. Deelnemers voelden zich begrepen en gezien. Doordat de co-onderzoekers cultuursensitief zijn en begrip hebben voor de verhalen van de deelnemers (het insiders perspectief) heeft dit geleid tot grote diepgang in de interviews. Rima AbouMoghdeb (co-onderzoeker): “De Syrische vrouwen die ik gesproken heb, denken niet zoals Nederlanders, maar ook niet zoals mensen in Syrië. De vrouwen willen graag kinderen, ze willen een familie, maar het leven in Nederland geeft heel veel vragen. Ze zijn vaak alleen hier zonder hun familie. Ze denken hoe kunnen mijn kinderen hier opgroeien? Ze denken, moet ik werken? Ze zijn bang, wat gaat er met mijn kinderen gebeuren, als ik ziek word, bijvoorbeeld. Het leven in Nederland is moeilijk. Tegelijkertijd willen ze voor hun kinderen wel een grote familie, om hen te beschermen.”
- *Interviews in eigen taal*  
Deelnemers konden zich uiten in eigen taal. Daardoor waren mensen meer op hun gemak en konden ze zich ook beter uiten. Mustafa Khaled (co-onderzoeker): “De interviews werden afgenomen in de moedertaal van de deelnemers, wat comfortabel was en de deelnemers voelden zich vrij en konden gemakkelijk spreken.”

#### **Randvoorwaarden**

- *Intensieve training*  
Een intensieve training in het eerste jaar heeft gezorgd dat de co-onderzoekers kennis en vaardigheden opdeden, die ze nodig hadden voor de uitvoering van de dataverzameling. In de training en begeleiding van de co-onderzoekers was ook aandacht voor hun eigen attitudes ten aanzien van seksualiteit, gendernormen en reproductieve rechten. Shishay Tecele (co-onderzoeker): “De samenwerking is een sterke kant van dit onderzoek. Wij hebben goede communicatie en wij helpen elkaar. Wij hadden ook genoeg bijeenkomsten over de interviews, hoe kunnen wij vragen stellen. De begeleiding was heel goed.”
- *Begeleiding*  
Tijdens de dataverzameling in het tweede projectjaar waren er om de twee maanden intervisiebijeenkomsten, waar de co-onderzoekers hun dilemma's bespraken en gezamenlijk naar oplossingen voor knelpunten werd gezocht. Ubah Halane (co-onderzoeker): “Sterk punt vond ik de begeleiding die we hebben ontvangen. Ik heb daar heel veel aan gehad. Even gebeld worden hoe het is gegaan, een check of je genoeg mensen hebt om te interviewen. Dat vond ik een sterk punt van de samenwerking, je stond er niet alleen voor.”
- *Blijvende samenwerking door het hele project*  
Ook bij de implementatie van dit onderzoek zullen zij een belangrijke rol spelen, in de verspreiding en toepassing van de resultaten onder de professionals. Sell Teclmariam (co-onderzoeker): “Een positief aspect was de sterke investering aan het begin in het team van co-onderzoekers. Tegelijkertijd werd er echt geluisterd naar de diverse input die ons team leverde. Terwijl we als team groeiden, was er voldoende ruimte om onze

visie en ideeën te delen, met name gebaseerd op onze expertise en achtergrond met nieuwkomers.”

- *Betaling*  
De co-onderzoekers waren in dienst als zzp'er gedurende het onderzoek, tegen een normaal tarief.

### **Dilemma's en afwegingen**

- *Kennis en reflectie nodig om goed deel te kunnen nemen*  
De taalbarrière is niet de enige barrière om deel te nemen aan onderzoek. Dit onderzoek wil in kaart brengen welke overtuigingen mensen hebben over kinderpensioen en anticonceptie, hoe mensen hun huidige situatie beleven en welke uitdagingen ze tegenkomen om hun wensen te realiseren. Dit zijn geen gemakkelijke vragen om over te praten, niet alleen vanwege taal en taboes, maar ook omdat dit soort vragen een bepaalde mate van reflectie vraagt, en openheid hierover. Sommige mensen die nog maar kort in Nederland zijn, zijn niet gewend om hun mening te geven of te reflecteren op wat er gebeurt. Dan is het lastig om deel te nemen aan een interview. Deelnemers zullen dan eerder algemene antwoorden geven, over leefregels in het land van herkomst of benadrukken dat ze dankbaar zijn dat ze in Nederland zijn. Om deze mensen echt te horen, zou een intensiever traject nodig zijn, waarin je als onderzoeker een tijd met mensen meeleeft, zoals etnografisch onderzoek. Shishay Teclé (co-onderzoeker): “De zwakke kant van het onderzoek is dat sommige deelnemers minder kennis hebben, om een echt duidelijk antwoord te kunnen geven. Ik heb nieuwkomers benaderd om mee te doen, maar zij hebben minder kennis over het zorgsysteem en over de normen in Nederland en ook over hun eigen normen en waarden, het is een beetje lastig.”
- *Voor- en nadelen van het insiders en outsiders perspectief van interviewers*  
Bijna alle interviews (109) zijn gedaan door de acht co-onderzoekers. De gemeenschappelijke taal en culturele aansluiting zorgden ervoor dat de deelnemers zich op hun gemak voelden, er gemakkelijker wederzijds begrip ontstond over de context waarin iemand leeft en er minder risico was dat een interviewer ongepast of ongevoelig over kwam. Het enige nadeel van dit insiders perspectief kan zijn dat deelnemers zich geremd voelen om zich uit te spreken tegen iemand van hun eigen gemeenschap, en dat interviewers het lastiger kunnen vinden om door te vragen, als het gevoelige thema's betreft. In de meeste interviews waren deelnemers heel openhartig, maar in een aantal interviews bleef het bij korte antwoorden. Ook bleven sommige mensen meer praten over hoe het hoort, dan hoe het voor hen zelf was (zie ook de opmerking hierboven). In ons onderzoek was één bepaalde groep extra gevoelig voor remmingen om zich te uiten en dat waren jonge ongetrouwde vrouwen, omdat de culturele norm rond maagdelijkheid en kuisheid belemmerend kan werken op de openheid in een interview. Daarom hebben we aanvullend op de interviews door de co-onderzoekers een witte antropologe, Karin Wesselink, gevraagd om 9 interviews met jonge vrouwen te doen. Zij had reeds veel ervaring met het interviewen van mensen met een vluchtelingachtergrond. In deze interviews valt op dat de vrouwen meer uitleg geven over welke verwachtingen hun familie heeft en wat dit met hen doet. Ze uiten meer kritische geluiden over bijvoorbeeld het continue vragen naar huwelijk en zwangerschap. Ook gaan de vrouwen meer in op daten en datingapps die ze gebruiken. Deze interviews geven dus aanvullende informatie. Tegelijkertijd konden deze interviews alleen plaatsvinden met jonge vrouwen die voldoende Nederlands of Engels spraken, dus dat was een beperking. Een andere beperking is dat in één geval een deelnemer achteraf aangaf zich niet gerespecteerd te voelen in haar culturele

gevoeligheden en haar bijdrage te willen terugtrekken. Haar interview is niet meegenomen in de dataverzameling.

De conclusie is dat mensen verschillende verhalen over zichzelf vertellen aan iemand met een zelfde achtergrond en met Nederlandse achtergrond. Dit is niet vreemd, een interview is een gesprek, waarbij mensen op elkaar afstemmen, waar ieder checkt wat voor iemand je tegenover je hebt, wat diegene weet, verwacht, begrijpt of hoe iemand oordeelt. Mensen laten dus verschillende kanten van zichzelf zien, aan verschillende interviewers. Voor ons onderzoek is het heel waardevol dat we beide soorten interviews hebben. Ze vullen elkaar aan. Het is wel een afweging om in volgend onderzoek de deelnemers steeds de keuze te bieden door wie ze geïnterviewd willen worden, zodat ze zelf regie hebben bij wie ze zich op hun gemak voelen, zeker als het over sensitieve onderwerpen gaat.

### **Vervolgonderzoek**

New Perspectives heeft veel inzichten opgeleverd. Tegelijkertijd komen er ook nieuwe vragen op. Eén van beperkingen van New Perspectives is dat we met interviews en focusgroepen hebben gewerkt en de deelnemers maar één keer geïnterviewd hebben. Voor sommige mensen kan dit een beperking zijn, omdat het opbouwen van vertrouwen meer dan één gesprek vraagt, of omdat het tijd kost om zelf te reflecteren op de vragen. Bovendien, zoals hierboven ook beschreven staat, vraagt een interview een bepaalde manier van denken en verwoorden van een eigen visie, die niet voor elke deelnemer vanzelfsprekend is. Daarnaast hebben we in New Perspectives de beleving van mensen met een vluchtelingachtergrond onderzocht, maar niet de beleving van professionals of wat er daadwerkelijk in hun onderlinge interacties gebeurt. Observatie van interacties tussen client en zorgverlener kan bijvoorbeeld aanvullend inzicht geven in de mate van aansluiting en wat bevorderend en belemmerend werkt in contact. In de toekomst is vervolgonderzoek zinvol op meerdere vlakken, waaronder:

- *Etnografisch onderzoek naar het verloop van interacties*  
Participatieve observatie (door bijvoorbeeld een periode mee te lopen in een huisartspraktijk of op een AZC tijdens voorlichting) kan inzicht geven in wat bevorderend en belemmerend werkt in voorlichting en counseling rond anticonceptie en seksuele gezondheid.
- *Aandacht voor andere groepen vluchtelingen*  
In New Perspectives hebben we onderzoek gedaan onder mensen met een vluchtelingachtergrond uit Somalië, Syrië, Afghanistan en Eritrea. Er zijn natuurlijk in Nederland ook mensen die gevlucht zijn uit andere herkomstlanden, zoals Oekraïne, Iran, Jemen en Turkije. Om inzicht te krijgen in hun opvattingen en behoeften rond reproductieve gezondheid, is onderzoek nodig waarin zij vertegenwoordigd zijn.
- *Verschuivingen in generaties*  
Uit New Perspectives komt het beeld naar voren dat de tweede generatie meer kennis heeft en beter de weg weet in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem. Ook zijn hun opvattingen aan het veranderen, bijvoorbeeld rond de timing van een eerste kind; waar de culturele norm is dat er snel na het huwelijk een kind komt, uiten zij meer de behoefte om eerst een paar jaar samen met hun partner te zijn. Tegelijkertijd is hun loyaliteit aan hun ouders en familie groot. In New Perspectives was deze groep, de tweede generatie, vrij klein. Vervolgonderzoek onder jonge mensen in de tweede generatie kan meer inzicht bieden in hun behoeften en de manier waarop ze omgaan met verschillende culturele verwachtingen.

# Bijlagen

1. Literatuur (noten)
2. Informatie over alle samenwerkingspartners
3. Achtergrondinformatie over mensen uit Syrië, Somalië, Afghanistan en Eritrea die in Nederland verblijven
4. Topiclist focusgroepen
5. Topiclist interviews
6. Informatiebrief deelnemers



## Bijlage 1 Literatuur (noten)

1. Goosen, S. (2014). *A safe and healthy future? Epidemiological studies on the health of asylum seekers and refugees in the Netherlands*. Amsterdam: AMC, Universiteit van Amsterdam/GGD Nederland.
2. Groot, R. de, Hoogenboezem, G. Huzen, J. Lier, L. van, Staalduinen, I. van (2015). *Voorlichting, hulp en opvang aan tienermoeders in beeld*. Gouda: JSO
3. Haker, F. Muijsenbergh, M. van den, Torensma, M. Berkum, M. van, Smulders, E. Looman, B. Wieringen, J. van, Bloemen, E. Bokhoven, R. van (2015). *Kennissynthese gezondheid van nieuw-komende vluchtelingen en indicaties voor zorg, preventie en ondersteuning*. Utrecht: Pharos
4. Twisk, D. & Wijsen, C. (2016). *Landelijke abortusregistratie 2015*. Rutgers, Utrecht
5. Goosen, S., Uitenbroek, D., Wijsen, C., & Stronks, K. (2009). Induced abortions and teenage births among asylum seekers in The Netherlands: analysis of national surveillance data. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(7), 528-533.
6. Engelhard D., Graaf H. de, Poelman J. & Tuk B. (2007). Het is vies als twee jongens met elkaar vrijen; Seksuele gezondheid van 'overig niet-westerse' jongeren. uit: Engelhard, D. *Met kennis van feiten*. Utrecht: Stichting Pharos.
7. Bronfenbrenner, U. (2005). "Ecological systems theory (1992)". In U. Bronfenbrenner (Ed.), *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development* (pp. 106-173). Thousand Oaks, CA, : Sage Publications Ltd.
8. Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics, University of Chicago *Legal Forum*: Vol. 1989, Article 8.
9. Auerswald, C.L., Pitta, A.A. & Mirzazadeh, A. (2017) Research with disadvantaged, vulnerable and/or marginalized adolescents. *Innocenti Research Briefs 2017-06*. Methods: Conducting research with adolescents in low- and middle-income countries, no. 4, UNICEF – Innocenti, Florence, 2017.
10. Lushey, C.J. & Munro, E.R. (2015). Participatory peer research methodology: An effective method for obtaining young people's perspectives on transitions from care to adulthood? *Qualitative Social Work*, 14(4), 522–537.
11. Royer, P., Jackson, B., Olson, L., Grainger, E. & Turok, D. (2015) "In Africa there was no family planning, every year you just give birth": A qualitative analysis of contraceptive knowledge, attitudes and practices among African refugee women after resettlement. *Int J Gynecol Obstet* 131:E387.
12. Baird, M.B. (2012). Well-being in refugee women experiencing cultural transition. *Advances in Nursing Science* 35(3):249–63.
13. Russo, A., Lewis, B., Ali, R., Abed, A., Russell, G. & Luchters, S. (2020) Family planning and Afghan refugee women and men living in Melbourne, Australia: new opportunities and transcultural tensions. *Cult Health Sex* 22:937–53.
14. Agbemenu, K., Volpe, E.M., Dyer, E. (2018). Reproductive health decision-making among US-dwelling Somali Bantu refugee women: A qualitative study. *J Clin Nurs* 27:3355–62.
15. Degni, F., Koivusilta, L. & Ojanlatva, A. (2006). Attitudes towards and perceptions about contraceptive use among married refugee women of Somali descent living in Finland. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 11:190–6.
16. Pavlish, C.L., Noor, S. & Brandt, J. (2010) Somali immigrant women and the American health care system: discordant beliefs, divergent expectations, and silent worries. *Soc Sci Med* 71:353–61.

17. Allotey, P., Manderson, L., Baho, S. & Demian, L. (2004) Reproductive Health for Resettling Refugee and Migrant Women? *Health issues* 78: 12-17.
18. Degni, F., Mazengo, C., Vaskilampi, T. & Essen, B. (2008). Religious beliefs prevailing among Somali men living in Finland regarding the use of the condom by men and that of other forms of contraception by women. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 13: 298–303.
19. Gele, A.A., Musse, F.K. & Qureshi, S. (2019). Unmet needs for contraception: A comparative study among Somali immigrant women in Oslo and their original population in Mogadishu, Somalia. *PLoS One* 14: e0220783.
20. Connor, J.J., Hunt, S., Finsaas, M., Ciesinski, A., Ahmed, A. & Robinson, B.B. (2016). Sexual Health Care, Sexual Behaviors and Functioning, and Female Genital Cutting: Perspectives From Somali Women Living in the United States. *J Sex Res* 53:346–59.
21. Metusela, C., Ussher, J., Perz, J., Hawkey, A., Morrow, M., Narchal, R. et al. (2017) 'In My Culture, We Don't Know Anything About That': Sexual and Reproductive Health of Migrant and Refugee Women. *Int J Behav Med* 24: 836–45.
22. Royer, P.A., Olson, L.M., Jackson, B., Weber, L.S., Gawron, L., Sanders, J.N., et al. (2020). 'In Africa, There Was No Family Planning. Every Year You Just Give Birth': Family Planning Knowledge, Attitudes, and Practices Among Somali and Congolese Refugee Women After Resettlement to the United States. *Qual Health Res* 30: 391–408.
23. Degni, F., Suominen, S.B., El Ansari, W., Vehvilainen-Julkunen, K., Essen, B.(2014). Reproductive and maternity health care services in Finland: perceptions and experiences of Somali-born immigrant women. *Ethn Health* 19:348–66.
24. Hawkey, A.J., Ussher, J.M. & Perz, J. (2021). What do women want? Migrant and refugee women's preferences for the delivery of sexual and reproductive healthcare and information. *Ethn Health* 1–19.
25. Rogers, C. & Earnest, J. (2014). A cross-generational study of contraception and reproductive health among Sudanese and Eritrean women in Brisbane, Australia. *Health Care Women Int* 35: 334–56.
26. Kurth E, Jaeger FN, Zemp E, Tschudin S, Bischoff A. Reproductive health care for asylum-seeking women - A challenge for health professionals. *BMC Public Health*. 2010;10.
27. Cignacco E, Zu Sayn-Wittgenstein F, Sénac C, Hurni A, Wyssmüller D, Grand-Guillaume-Perrenoud JA, et al. Sexual and reproductive healthcare for women asylum seekers in Switzerland: A multi-method evaluation. *BMC Health Serv Res*. 2018 Sep 14;18(1).
28. Raben LAD, Van Den Muijsenbergh METC. Inequity in contraceptive care between refugees and other migrant women?: A retrospective study in Dutch general practice. *Fam Pract*. 2018 Jul 23;35(4):468–74.
29. Heino AE, Gissler M, Malin M, Väisänen H. Induced abortions by woman's country of origin in Finland 2001–2014. *Scand J Public Health*. 2020 Feb 1;48(1):88–95.
30. Royer P, Weber L, Jenkins A, Sanders J, Gawron L, Turok D. Family planning knowledge and contraceptive use among resettled african refugee women. *Contraception [Internet]*. 2016;94(4):423–4.
31. Inci MG, Kutschke N, Nasser S, Alavi S, Abels I, Kurmeyer C, et al. Unmet family planning needs among female refugees and asylum seekers in Germany - is free access to family planning services enough? Results of a cross-sectional study. *Reprod Health [Internet]*. 2020;17(1 LB-32727500):115.
32. Gele AA, Musse FK, Shrestha M, Qureshi S. Barriers and facilitators to contraceptive use among Somali immigrant women in Oslo: A qualitative study. *PLoS One [Internet]*. 2020;15(3 LB-32155181):e0229916.

33. Omar B, Larsson EC, Calza S, Osman F. Perceptions of family planning among some Somali men living in Sweden: A phenomenographic study. *Sex Reprod Healthc [Internet]*. 2022;32:100732.
34. Gurnah K, Khoshnood K, Bradley E, Yuan C. Lost in translation: reproductive health care experiences of Somali Bantu women in Hartford, Connecticut. *J Midwifery Womens Health [Internet]*. 2011;56(4 LB-21733104):340–6.
35. Degni F, Suominen S, Essen B, El Ansari W, Vehvilainen-Julkunen K. Communication and cultural issues in providing reproductive health care to immigrant women: health care providers' experiences in meeting the needs of. *J Immigr Minor Health [Internet]*. 2012;14(2 LB-21465142):330–43.
36. McMichael C, Gifford S. 'It is Good to Know Now. Before it's Too Late'": Promoting Sexual Health Literacy Amongst Resettled Young People With Refugee Backgrounds'. *Sex Cult*. 2009;13(4):218–36.
37. Gebreyesus T, Gottlieb N, Sultan Z, Ghebreghiabher HM, Tol W, Winch PJ, et al. Barriers to contraceptive careseeking: the experience of Eritrean asylum-seeking women in Israel. *Ethn Health [Internet]*. 2020;25(2 LB-29284285):255–72.
38. Banke-Thomas A, Agbemenu K, Johnson-Agbakwu C. Factors Associated with Access to Maternal and Reproductive Health Care among Somali Refugee Women Resettled in Ohio, United States: A Cross-Sectional Survey. *J Immigr Minor Health [Internet]*. 2019;21(5 LB-30206769):946–53.
39. Devotta, K., Woodhall-Melnik, J., Pedersen, C. et al. (2016). Enriching qualitative research by engaging peer interviewers: A case study. *Qualitative Research*, 16(6), 661–680.
40. Porter, G. (2016). Reflections on co-investigation through peer research with young people and older people in sub-Saharan Africa. *Qualitative Research*, 16(3), 293–304
41. Burke, E. Le May, A. Kébé, F. Flink, I. Reeuwijk, M. van (2018). Experiences of being, and working with, young people with disabilities as peer researchers in Senegal: The impact on data quality, analysis, and well-being. *Qualitative Social Work*, 0(0), 1–18.
42. Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (2nd ed.). Sage Publications, Inc.
43. Zhang, Y., McCoy, E.E., Scego, R. et al. (2020). A Qualitative Exploration of Somali Refugee Women's Experiences with Family Planning in the U.S.. *J Immigrant Minority Health* 22, 66–73.
44. Cox, C.M., Ahmed, F., Mitchell, A., Ganey, A., Kahin, A. & Kahin, A. (2019). Decision Making and Communication About Child Spacing Among Somali Couples in Minnesota. *Perspect Sex Reprod Health*. 51(2):63-69.
45. Dadoo, F. (1998). Men matter: additive and interactive gendered preferences and reproductive behavior in Kenya. *Demography* 35(2):229–42.
46. Oyediran, K.A., Ishola, G.P., Feyisetan, B.J. (2002). Factors affecting ever-married men's contraceptive knowledge and use in Nigeria. *J Biosoc Sci* 34(4):497–510.

## **Bijlage 2 Informatie over alle samenwerkingsorganisaties, adviescommissie en het onderzoeksteam**

### **Samenwerkende organisaties in dit onderzoek**

#### **Rutgers**

Rutgers is het Nederlandse expertisecentrum voor seksualiteit. Rutgers werkt nationaal en internationaal, samen met partners, aan de verbetering van seksuele rechten, toegang tot voorlichting en informatie over seksualiteit, toegang tot anticonceptie en veilige abortussen en preventie van seksueel geweld. Rutgers doet dit door onderzoek, training en advies, lobby en informatievoorziening. [Rutgers – Seksuele gezondheid en rechten voor iedereen](#)

#### **Pharos**

Pharos is gericht op het terugdringen van gezondheidsverschillen. Pharos ondersteunt zorgprofessionals en gemeenten met kennis en handelingsperspectieven op het gebied van gezondheid en migranten. Pharos heeft veel expertise in het toegankelijk maken van de zorg voor mensen die laaggeletterd zijn en in het werken met sleutelpersonen.

[Gezondheid en kwaliteit van zorg voor iedereen - Pharos](#)

#### **Cultuur in Harmonie (CiH)**

CiH is een organisatie die de kloof tussen verschillende culturen wil dichten om zo te komen tot een multiculturele samenleving. Zij adviseren gemeenten, professionals en mensen met een vluchtelingachtergrond zelf over interculturele vraagstukken. Hun team bestaat uit deskundigen met een vluchtelingenachtergrond, voornamelijk uit Eritrea, Ethiopië, Syrië en het Midden-Oosten. [Home | Cultuur in Harmonie](#)

#### **Stichting Himilo**

Stichting Himilo wil de maatschappelijke positie van Somalische migranten in Nederland verbeteren. Zij verlenen diensten aan de Somalische gemeenschap in Nederland op sociaal, juridisch en cultureel gebied. Onlangs publiceerden zij een onderzoek naar zwangerschap en gezinsplanning onder Somalische vrouwen. [Stichting HIMILO - Hoop in de toekomst](#)

#### **Voice of all women (VOAW)**

VOAW is een grass root organisatie in Rotterdam die in 2010 is opgericht door een paar Afghaanse vrouwen. De organisatie streeft naar gelijke rechten voor vrouwen en ze trainen vrouwen met een vluchtelingenachtergrond in empowerment en zelfredzaamheid. Bij de opstart gericht op vrouwen uit Afghanistan, maar inmiddels bereiken ze ook vrouwen met een andere culturele achtergrond, waaronder vrouwen uit Syrië, Somalië en Eritrea. [Voice Of All Women – Leave No Woman Behind](#)

#### **Stichting Syrische Vrouwen Emmen**

Stichting Syrische Vrouwen Emmen is een kleine non-profit organisatie. Hun doel is om mensen met een vluchtelingachtergrond te ondersteunen door deel te nemen aan lokale initiatieven, om netwerken van mensen met een vluchtelingachtergrond te versterken en door sterke banden te creëren tussen Syrische en Nederlandse gemeenschappen.

[Syrische Vrouwengroep Emmen | Facebook](#)

## **Onderzoeksteam**

Marianne Cense – projectleider vanuit Rutgers

Ramin Kawous – literatuurstudie en vanaf 2023 medeprojectleider vanuit Pharos

Yodit Jacob – 2021 en 2022 medeprojectleider vanuit Pharos

Sell Tecleriam – co-onderzoeker

Shishay Tecele – co-onderzoeker

Abdikarim Mohamud – co-onderzoeker

Ubah Halane – co-onderzoeker

Tahmina Ashraf – co-onderzoeker

Mohammad Jan Khateri – co-onderzoeker

Rima AbouMoghdeb – co-onderzoeker

Mustafa Khaled – co-onderzoeker

Met bijdragen van:

Charlotte Steuten – literatuurstudie, coderen en meeschrijven aan onderzoeksrapport

Karin Wesselink – interviews

## **Adviescommissie**

- Hilde Bakker, Movisie
- Prof. Sawitri Saharso, Universiteit van Humanistiek
- Ineke van der Vlugt, Rutgers
- Inge Goorts, Pharos
- Dieuwke Ottens, verloskundige
- Yordi Lassooy, Cultuur in Harmonie
- Jamila Talai, Voice of All Women
- Nour Saadi, St Syrische vrouwen Emmen

## **Bijlage 3 Achtergrondinformatie over mensen uit Syrië, Somalië, Afghanistan en Eritrea die in Nederland verblijven**

### **Aantal mensen en verdeling in gender en leeftijd**

In het totaal wonen bijna 248.000 personen afkomstig uit Afghanistan, Eritrea, Somalië en Syrië in Nederland (peildatum 1 januari 2022). Van deze groep was 134.000 man (ruim 54%) en 113.000 vrouw. Syriërs vormen de grootste groep in Nederland met 126.000 personen, en binnen deze groep zijn er meer mannen (bijna 71.000) dan vrouwen (56.000). In totaal zijn er ongeveer 56.000 personen van deze totale groep in Nederland geboren. Van deze groep vormen personen van Syrische afkomst de grootste subgroep met bijna 18.000 mensen die in Nederland geboren zijn. Zij worden respectievelijk gevolgd door ongeveer 16.600 Afghanen, circa 16.400 Somaliërs en ruwweg 4.000 Eritreeërs. Deze cijfers laten zien dat de meeste mensen in deze groep in Nederland jong zijn: 40% is 20 jaar of jonger. Daarentegen is er maar een kleine groep, 11%, die 50 jaar of ouder is.

### **Religie**

Hoewel er geen recente cijfers beschikbaar zijn, blijkt uit verschillende rapporten dat het merendeel van de Eritrese mensen in Nederland het Eritrees-orthodoxe geloof aanhangt. Somaliërs en Afghanen zijn overwegend moslim, en ook onder Syriërs vormen moslims een aanzienlijke meerderheid.

# Bijlage 4 Topiclist focusgroepen

## 1. INLEIDING

Welkom en hartelijk dank dat jullie deelnemen.

A. Uitleg wie we zijn en wat we komen doen

- Marianne / Rutgers of Yodit/Pharos
- En co onderzoeker

We gaan eerst kort vertellen waar het onderzoek over gaat.

In dit onderzoek willen we meer horen over de opvattingen van mensen die als vluchteling naar Nederland zijn gekomen, uit Afghanistan, Syrië, Eritrea en Somalië. We willen meer weten over hoe mensen keuzes maken rondom zwangerschap en kinderen.

Iedereen in Nederland heeft recht op goede zorg, zoals begeleiding bij zwangerschap en geboorte, maar ook anticonceptie om zwangerschap te voorkómen, en veilige abortus als een zwangerschap ongewenst is. We weten dat de zorg niet altijd goed aansluit bij wat mensen met een vluchtelingachtergrond nodig hebben. Daarom doen we dit onderzoek, zodat we beter weten wat mensen kan ondersteunen.

- Co onderzoeker of partner organisatie legt uit waarom hij/zij/hen meedoen aan het onderzoek en waarom het belangrijk is voor de gemeenschap. (bijv. Wij zien onszelf als cultuurverbinders. Wij willen meer inzicht krijgen in problemen in onze gemeenschap, én we doen mee om de kwaliteit van het onderzoek te vergroten.)

In dit onderzoek gaan acht co onderzoekers met een zelfde migratieachtergrond interviews houden met meer dan honderd mannen en vrouwen van verschillende leeftijden en achtergronden om te horen hoe ze denken over zwangerschap en anticonceptie.

B. Wat kunnen jullie verwachten van dit gesprek?

We gaan vragen stellen hoe jullie gemeenschap om gaat met kinderwens en gezinsplanning. We willen graag weten hoe er gedacht wordt, welke sociale normen belangrijk zijn en welke behoeften mensen hebben. Het gaat in dit gesprek niet over uw eigen ervaring. U hoeft dus niets te vertellen over uw eigen leven. We hebben jullie hier gevraagd als vertegenwoordigers van de [Afghaanse/Eritrese/Somalische/Syrische] gemeenschap.

Alles blijft anoniem, we garanderen dat niets dat naar buiten gaat, herleidbaar zal zijn naar iemand.

C. Geeft u toestemming?

Om aandachtig naar jullie te kunnen luisteren, willen we het gesprek graag opnemen met de spraakrecorder op mijn telefoon. Op deze manier hoeven we niet mee te schrijven. Zijn jullie daarmee akkoord?

Hebben jullie vragen vooraf?

D. Laatste check

Hebben jullie het consent formulier al ingevuld? Zou je dat anders nu willen doen? Opnamen gestart?

## FOCUSGROEP GESPREK

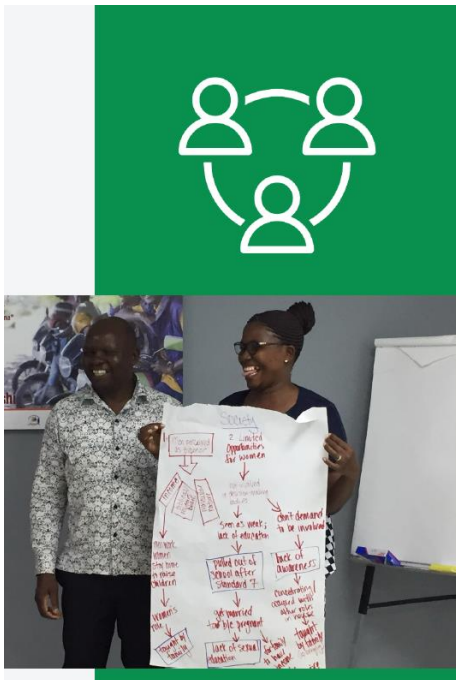
### Deel 1: normen

1. Op welke leeftijd is het goed om te trouwen? En waarom?
2. Hoe ziet een droomgezin eruit? Hoeveel kinderen zijn ideaal?
3. Wordt er tussen man en vrouw gesproken over kinderwens / gezinsplanning?
4. Zijn er andere mensen (in de familie of daarbuiten) die daar invloed op hebben?
5. Zijn er omstandigheden die meegewogen worden in beslissingen rond wel of geen kind krijgen?
6. Hoe word er in de gemeenschap naar gekeken: wanneer is het goed om een kind te krijgen / wanneer niet?
7. Wordt er anders naar gezinsplanning gekeken in Nederland dan in het land van herkomst?
8. Welke anticonceptie is goed om te/ mag je gebruiken?
9. Als je niet getrouwd bent, en wel zwanger..?
10. Hoe wordt er over abortus gedacht?
11. Zijn er verschillende opvattingen binnen de gemeenschap?
12. Wat zijn lastig bespreekbare thema's in de gemeenschap rond gezinsplanning?
13. Hoe komen mensen aan informatie?

### Pauze

### Deel 2: Wat als het mis gaat

5 WHY oefening verdieping normen rond ongewenste/ongeplande zwangerschap:



#### GROUP WORK BREAKOUT ACTIVITY I – FIVE WHYS

### Five Whys

1. In your group, select one of the behaviors of interest from the case study and ask, 'why does this happen'.
2. For each explanation that emerges, ask 'why again' five times, diving deeper into each explanation given (you'll do this for each first 'why' you listed).
3. For all the factors that emerged, circle any that are norms-focused.
4. Once selected, have a discussion of each of the circle's norms-focused factors. Why do these happen? Are there positive or negative sanctions for complying?



## AFSLUITING

**Zijn we nog dingen vergeten? Heb je nog iets waarvan je denkt; dat zou je moeten vragen of moeten weten?**

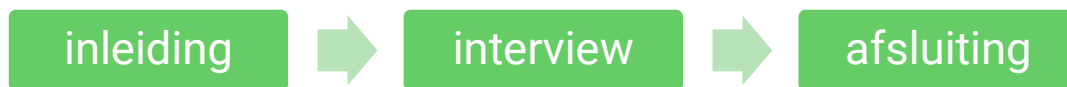
Dank voor het gesprek. Indien nodig, doorverwijzen voor nazorg, (sociale kaart bij de hand)

Bon van 15 euro.

(Email)adres opschrijven als iemand informatie wil ontvangen over resultaten.

# Bijlage 5 Topiclist interviews

Het interview bestaat uit drie delen:



## 1. INLEIDING

Welkom en hartelijk dank voor je/uw deelname. Fijn dat u/je tijd voor dit interview wilt maken.

A. uitleg wie je bent en wat je komt doen

- Ik ben [eigen naam]. Ik heb je naam gekregen van [naam zelforganisatie].
- Ik zal eerst kort vertellen waar het onderzoek over gaat:  
In dit onderzoek willen we meer horen over de opvattingen van mensen die als vluchteling naar Nederland zijn gekomen, uit Afghanistan, Syrië, Eritrea en Somalië. We willen meer weten over hoe mensen keuzes maken rondom zwangerschap en kinderen.  
Iedereen in Nederland heeft recht op goede zorg, zoals begeleiding bij zwangerschap en geboorte, maar ook anticonceptie om zwangerschap te voorkómen, en veilige abortus als een zwangerschap ongewenst is. We weten dat de zorg niet altijd goed aansluit bij wat mensen met een vluchtelingachtergrond nodig hebben. Daarom doen we dit onderzoek, zodat we beter weten wat mensen kan ondersteunen.  
In dit onderzoek gaan acht co onderzoekers met een zelfde migratieachtergrond interviews houden met meer dan honderd mannen en vrouwen van verschillende leeftijden en achtergronden om te horen hoe ze denken over zwangerschap en anticonceptie.

B. Wat kun je/u verwachten in dit interview?

Ik ga vragen stellen over hoe mensen in jouw/uw familie denken over het krijgen van kinderen, over de normen die er zijn en over wat jij /u daarvan vindt. Het gaat dus steeds om jouw verhaal en jouw mening, er is geen goed en geen fout. Ik vind het belangrijk dat u weet dat:

- Als je/u dat wilt, kunnen we een pauze nemen. Geef dat vooral aan.
- Het staat je/u altijd vrij om geen antwoord te geven.
- Alles blijft anoniem, we garanderen dat niets dat naar buiten gaat, of herleidbaar zal zijn naar jou. Dit staat ook in de informatie die je/u vooraf gekregen heeft.

C. Geeft je/u toestemming?

Om aandachtig naar je/u te kunnen luisteren, wil ik graag het gesprek opnemen met de spraakrecorder op mijn telefoon. Op deze manier hoef ik niet mee te schrijven en kan ik ons interview later uit werken. Is dat OK voor je/u?

Heb je vragen vooraf?

D. Laatste check

Heb je/u het consent formulier al ingevuld? Zou je/u dat anders nu willen doen?

## 2. INTERVIEW

### Blok 1. Familie achtergrond en eigen gezin

**1. Hoe ben je opgegroeid?**

- Waar ben je opgegroeid?
- Uit wat voor gezin kom je? Broers/zussen?
- Hoe zou je je opvoeding beschrijven?

**2. Hoe lang ben je in Nederland?**

**3. Ben je getrouwd?**

Kun je me wat meer vertellen hoe jouw huwelijk tot stand kwam? Ben je tevreden over hoe het gegaan is?

**4. Heb je een kind of kinderen?**

Zo ja; hoeveel kinderen

### Blok 2. Kinderwens, anticonceptie, keuzes

Ik ga nu een paar vragen stellen over het krijgen van kinderen.

**5. Heb / had je een plan over het krijgen van kinderen? Wanneer/of je dat wil en hoeveel?**

**6. Heb je het gevoel dat de familie verwachtingen van je heeft, rond het krijgen van kinderen?** (doorvragen: wat voor verwachtingen?)

**7. Hoe worden die verwachtingen geuit?**

**8. Wat vind je van die verwachtingen? Hoe ga jij om met de verwachtingen van de familie, rond het krijgen van kinderen?**

**9. Heb je het gevoel dat jij (en je partner) zelf kunnen bepalen of/hoeveel kinderen jullie krijgen?** (zo ja: wat helpt daarbij? Zo nee, waarom niet?)

**10. Kun je hier met je partner (*man/vrouw*) over praten?**

**11. Kan je hierover praten met andere mensen in de familie?** (doorvragen: Met wie? Zou je dat willen bespreken?)

**12. Is er verschil tussen jouw familieleden hier in Nederland en familie in het land van herkomst (of in vroeger en nu als iedereen nu hier woont), in hoe familieleden denken over het krijgen van kinderen?**

**13. Wat maakt het anders hier in Nederland?**

### Blok 3. Gender normen

**14. Wat voor verwachtingen of normen zijn er in jouw familie / gemeenschap over hoe mannen en vrouwen zich moeten gedragen?**

- Hoe krijg jij zelf met die normen te maken?
- Gelden die normen voor iedereen in de familie? Maakt het uit of je in Nederland opgroeit of in het land van herkomst? Maakt het uit of je getrouwd bent of niet?
- Heb je het gevoel dat deze normen heel anders zijn dan wat er in de Nederlandse samenleving verwacht wordt van mannen en vrouwen?

- Hoe ga jij met die normen in de familie en in Nederland, om?
  - Ben je daarin veranderd, de afgelopen jaren? En zo ja, hoe ben je veranderd en waardoor? Vertel eens..
15. **Hoe voed je je kinderen op, op het vlak van seksualiteit, partnerkeuze en kinderwens?** Wat wens je je kinderen toe? Is dit verschillend voor meisjes en jongens?
16. **Is dit anders dan hoe je zelf opgevoed bent? Wat heeft jou hierin veranderd?**

#### **BLOK 4. Ondersteuning**

17. **Heb je weleens informatie gekregen of opgezocht over hoe je je tegen een zwangerschap kunt beschermen of het kunt uitstellen?**  
(doorvragen: Van wie / waar? Sloot de informatie aan bij wat je nodig had? Wat zou er beter kunnen?)
18. **Je kunt een zwangerschap uitstellen door bijvoorbeeld de pil te slikken of een spiraaltje te laten plaatsen. Sommige mensen gebruiken ook condooms. Al die middelen samen noem je anticonceptie. Weet je hoe je in Nederland aan anticonceptie kunt komen?**  
(doorvragen: Is het gemakkelijk of moeilijk om te regelen? Wat zou er beter kunnen?)
19. **Heb je behoefte (gehad) aan begeleiding / ondersteuning bij de keuze voor of het gebruik van anticonceptie?**  
(doorvragen: Van familie of van een professional: een huisarts, een gynaecoloog, of iemand uit hun eigen communitie, anderszins en waarom)
20. **Heb je weleens te maken gehad met een onverwachte zwangerschap?** Kun je vertellen hoe dat voor je was? Wie had je toen kunnen ondersteunen, en hoe?
21. **Als je ongewenst zwanger zou zijn, weet je dan waar je hulp kunt krijgen? Hoe kijk je zelf aan tegen abortus?** Hoe heb je de informatie en de zorg toen ervaren? Zijn er dingen die beter hadden gekund?
22. **Als een huisarts of een verloskundige over kinderwens, zwangerschap, ongewenste zwangerschap en anticonceptie zou willen praten met vrouwen / mannen van jouw gemeenschap, waar moet iemand dan op letten?**
23. **Kun je beschrijven hoe jouw ervaring met een huisarts of andere zorgverlener was, rond anticonceptie of (onbedoelde) zwangerschap?** Hoe heb je deze steun ervaren en wat kan hierin beter? (Doorvragen: hoe ze iemand aanspreken? Kennis die ze hebben? Vooroordelen/ stereotype beelden? Omgaan met religie?)
24. **Waar moeten artsen en voorlichters rekening mee houden als ze over deze onderwerpen willen praten?** (doorvragen: Toegankelijkheid, taboes, normen?)

#### **3. Afsluiting**

**Zijn we nog dingen vergeten? Heb je nog iets waarvan je denkt; dat zou je moeten vragen of moeten weten?**

Dank voor het interview. Indien nodig, doorverwijzen voor nazorg, (sociale kaart bij de hand)

Bon van 15 euro.

(Email)adres opschrijven als iemand informatie wil ontvangen over resultaten of mee zou willen doen in toekomst met follow up van het onderzoek.

# Bijlage 6 Informatiebrief deelnemers



## **Informatie over deelname aan een interview voor New Perspectives**

Geachte heer/mevrouw,

Wij vragen u om mee te doen aan een wetenschappelijke studie.

U beslist zelf of u mee wilt doen.

Rutgers, Pharos, Cultuur in Harmonie, HIMILO, Voice of all Women en Stichting Syrische Vrijwilligers /stichting Syrische vrouwen Emmen organiseren samen deze studie.

### **1. Waarom is deze studie belangrijk?**

Het krijgen van kinderen is belangrijk voor veel mensen. Om goed voor de kinderen te kunnen zorgen, willen veel mensen niet teveel kinderen. Of ze willen pas kinderen als ze een verblijfsstatus hebben. Vluchtelingen in Nederland hebben goede informatie nodig om te kunnen regelen wanneer ze een kind krijgen. Zodat niemand in de problemen komt door een onbedoelde zwangerschap. Dat betekent ook dat Nederlandse dokters en voorlichters goed moeten weten wat vluchtelingen willen weten. En hoe en met wie ze hierover willen praten. Daarom doen we dit onderzoek. Om aan Nederlandse dokters en voorlichters te kunnen vertellen hoe ze beter aan kunnen sluiten bij wat vluchtelingen nodig hebben.

We gaan praten met meer dan 100 mensen. Al die levensverhalen leren ons te begrijpen hoe mensen denken, wat ze willen, wat ze nodig hebben. Daarom praten we in deze studie met mensen zoals u.

### **2. Wat moet u doen als u meedoet?**

Als u meedoet, gaat [voornaam onderzoeker] u vragen stellen. Zij/hij stelt u vragen over uw opvattingen en ervaringen.

Dit gesprek duurt ongeveer een uur. Het gesprek kan bij u thuis, in een buurtcentrum of bij de partnerorganisatie, waar u wilt.

We nemen het gesprek graag op. Dan kan de onderzoeker beter naar u luisteren.

### **3. Als u niet wilt meedoen of wilt stoppen met het onderzoek**

U kiest zelf of u meedoet. U kunt ook altijd stoppen als u niet meer mee wilt doen.

### **4. Geheim**

Alles wat u vertelt blijft geheim. Uw naam komt niet bij de opname. De opname krijgt een nummer. De opnames worden nooit openbaar gemaakt en kunnen niet voor juridische doeleinden gebruikt worden.

Het gesprek wordt gebruikt voor deze wetenschappelijke studie en mogelijk voor vervolgstudies. De opnames worden bewaard door Rutgers, op een beveiligde plek.

### **5. Wat betekent deelname voor u?**

U krijgt in het gesprek de ruimte om te vertellen wat u belangrijk vindt. Op die manier kunt u mee richting geven aan de uitkomsten van het onderzoek.

Als dank voor uw inzet, ontvangt u van ons een cadeaubon van 15 euro.

#### **6. Als u klachten heeft**

Als u niet tevreden bent over hoe u behandeld bent of andere klachten heeft, neemt u dan vooral contact met ons op. U kunt de projectleider van het onderzoek bellen (Marianne Cense: 06 34474452, of u kunt een mail sturen aan [complaintscommission@rutgers.nl](mailto:complaintscommission@rutgers.nl). We nemen uw klachten zeer serieus.

#### **7. En nu?**

[voornaam onderzoeker] appt of belt om een afspraak te maken voor het interview.

**Wij hopen dat u mee wilt doen met deze studie!**