

de mos

Jaargang 31
Juni 2015

ISSN 0169-1473

Een uitgave van het
Nederlands
Interdisciplinair
Demografisch
Instituut

Bulletin
over
Bevolking
en
Samenleving

6

NiDi

inhoud

- 1 **Geboortedaling in Rwanda: voorbeeld voor Sub-Saharisch Afrika?**
- 4 Nederlandse Demografiedag 2015
- 5 **Doorstuderen biedt bescherming op de arbeidsmarkt**
- 7 Tweede demografisch dividend lonkt
- 8 **Terugkeer van Joden naar Israël**



Foto: DFID UK Department for International Development's photostream/Flickr

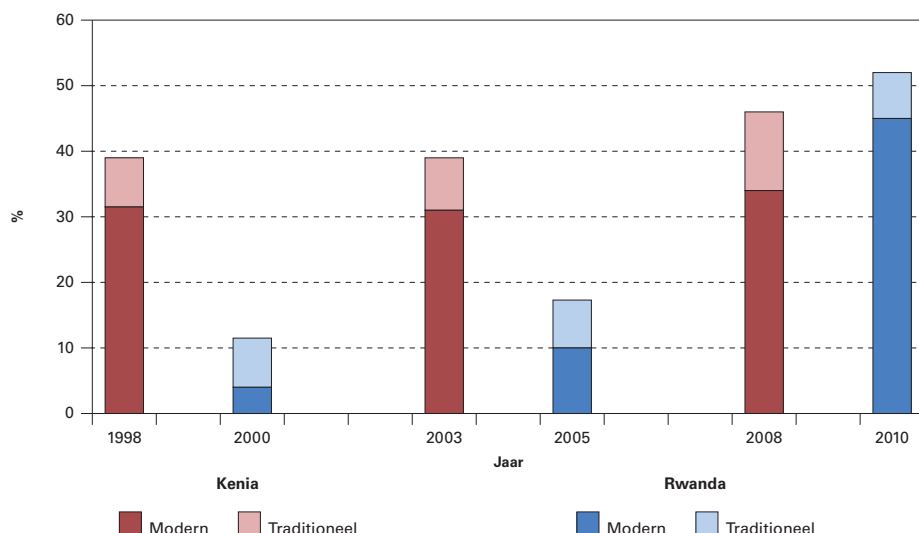
Geboortedaling in Rwanda: voorbeeld voor Sub-Saharisch Afrika?

DIEUDONNÉ MUHOZA, ANNELET BROEKHUIS
& PIETER HOOIMEIJER

De geboortedaling in Rwanda in de afgelopen tien jaar is fors te noemen. Van gemiddeld ruim 6 kinderen per vrouw naar 4,5 is een aanzienlijke stap die om een verklaring roept. In welke mate zijn economische en sociale factoren van belang geweest in deze daling en welke rol heeft de overheid hierbij gespeeld? Met voorzichtig optimisme kijken de auteurs naar de toekomst waarin deze daling volgens hen zal voortzetten.

Afrika – vooral Sub-Saharisch Afrika – is het werelddeel met de hoogste geboortecijfers. De bevolkingsgroei, momenteel 2,5 procent tegen 1 procent in de rest van de wereld, blijft daardoor ook de komende decennia onverminderd hoog. Naar verwachting zal voor het jaar 2100 de Afrikaanse bevolking toenemen van 1 miljard nu naar 3,5 miljard of meer. De geboortedaling in Sub-Saharisch Afrika is wel op gang gekomen, maar het tempo van de daling hapert. Rwanda voert, als een van de weinige landen in Afrika, een zeer actief beleid om de bevolkingsgroei terug te dringen. De regering van dit kleine en dichtbevolkte Afrikaanse land ziet de snelle bevolkingsgroei – 2,6 procent per jaar – als een hindernis voor armoedebestrijding en economische vooruitgang. In 2000 formuleerde de regering het terugdringen van die bevolkingsgroei als één van haar demografische beleidsprioriteiten. Kennelijk heeft dit beleid de gewenste gevolgen, want tussen 2005 en 2010 daalde het totaal vruchtbaarheidscijfer (TVC) van 6,1 kinderen per vrouw naar 4,5. Daarmee bereikte Rwanda hetzelfde geboorteniveau als buurland Kenia, één van de Afrikaanse voorlopers op het gebied van gezinsplanning waar de geboortedaling al meer dan 35 jaar geleden begon. Rwanda heeft Kenia zelfs gepasseerd in de mate van gebruik van moderne anticonceptie (figuur 1). Zal deze Rwandese geboortedaling zich in de toekomst doorzetten? En welke lessen kunnen we leren van Rwanda?

Figuur 1. Percentage gebruikers van geboorteregeling in Kenia en Rwanda (vrouwen met partner)



Bronnen: Demographic Health Survey-rapporten, diverse jaren.

Eerste fase van geboortedaling

Aan een daling van het gemiddelde kindertal in gezinnen gaat een daling vooraf van het *gewenste* kindertal onder ouderparen. Ouders willen minder kinderen in vergelijking met voorgaande generaties door bijvoorbeeld verandering in de verhouding tussen de kosten en baten van het hebben van kinderen. Deze veranderingen zijn op hun beurt een gevolg van grotere economische en sociale veranderingen in de samenleving. Denk aan de overgang van een rurale agrarische naar een urbane samenleving waar de bevolking meer en meer werk vindt buiten de landbouw. Niet alleen economische factoren beïnvloeden hoe ouders aankijken tegen gezinsgrootte, maar ook sociale en culturele factoren hebben invloed op de waarden en normen met betrekking tot het voortplantingsgedrag.

Veranderingen in al die achterliggende factoren voltrekken zich niet op dezelfde wijze, en ook niet op het zelfde moment voor diverse sociale groepen binnen een land. Daardoor ontstaan er tijdens de eerste fase van het geboortedalingsproces in de regel grotere verschillen in zowel gewenst als in werkelijk kindertal tussen sociale groepen. Met andere woorden, ook al daalt het gewenste kindertal, niet elk ouderpaar is op dezelfde wijze bereid om het voortplantingsgedrag

aan te passen, bijvoorbeeld door gebruik van anticonceptie. Bovendien is anticonceptie niet voor elk ouderstel bereikbaar in een arm land met nog gebrekkige faciliteiten en gezondheidszorg.

Gewenst en werkelijk kindertal

Hoe denken Rwandezen en Kenianen nu over gezinsgrootte? In beide landen ligt, volgens de uitkomsten van de laatste *Demographic and Health Surveys* (DHS) het gewenste kindertal onder de vier (tabel 1). In Kenia is dit aantal (3,8) al heel lang stabiel. In Rwanda daarentegen daalde het van 4,9 in 2000 tot 3,3 kinderen in 2010. Het gewenste kindertal wordt gemeten door aan alle vrouwen zonder kinderen te vragen naar het gewenste aantal en aan vrouwen met kinderen te vragen hoeveel kinderen zij gekozen zouden hebben als zij opnieuw aan gezinsvorming konden beginnen. In beide landen ligt het gewenste kindertal lager dan het feitelijk gemeten kindertal (TVC). Hieruit mag niet worden geconcludeerd dat de laatste kinderen ongewenst zijn, alleen dat men achteraf minder kinderen als ideaal ziet.

Kijken we in meer detail naar het gewenste aantal in vergelijking tot het aantal levende kinderen van de moeders, dan signaleren we een opmerkelijk verschil tussen Rwanda en Kenia (figuur 2). In beide landen ligt het omslagpunt bij vier kinderen. In Rwanda vormt dit kindertal een scherpe scheidslijn. In dit land vinden al drie van de vier moeders met een gezin vanaf vijf of meer kinderen hun gezinsomvang te groot, in Kenia ligt dit aandeel behoorlijk lager – één op twee.

In Rwanda is de consensus onder vrouwen ook groter dan in Kenia: 3 tot 4 kinderen is voldoende voor de meeste moeders. Ook de cijfers in tabel 2 illustreren deze verschillen tussen de twee landen. Terwijl zich in Kenia verschillen voordoen in het gewenste kindertal naar bijvoorbeeld opleiding, economische positie en religie, zien we dit patroon niet terug in Rwanda.

Wat zijn nu de verbanden tussen demografische, sociaal-economische en sociaal-culturele variabelen? En wat is de kloof tussen het gewenste en feitelijke aantal kinderen van moeders met een vaste partner en met minimaal twee kinderen? Bij de analyse is ook gekeken naar de interactie tussen sociaal-economische variabelen en religie. De analyses bevestigen het bovengeschetste beeld. In Kenia ligt het gewenste kindertal van de rijkere en goed opgeleide bevolkingsgroepen dichter bij het traditionele vervangingsniveau van 2,1 kinderen per vrouw, ongeacht religieuze achtergrond, terwijl arme, ongeschoolde groepen, vooral binnen de moslimgemeenschap, een voorkeur voor grote gezinnen hebben. Het goed opgeleide deel van de bevolking is bovendien in staat via gezinsplanning het kindertal ook daadwerkelijk te beperken. In Rwanda daarentegen, wensen arme ongeschoolde vrouwen gemiddeld een bijna even groot kindertal als rijkere, goed opgeleide vrouwen. De religieuze achtergrond speelt hierbij een veel minder differentiërende rol. De kloof tussen het gewenste en het werkelijke kindertal geldt in Rwanda voor alle onderscheiden groepen.

Tabel 1. Demografische kerncijfers voor Kenia en Rwanda (jaar van onderzoek DHS)

Demografische kerncijfers	Kenia	Rwanda
Totaal vruchtbaarheidscijfer	4,6 (2008/9) 4,9 (2003) 4,7 (1998)	4,6 (2010) 6,1 (2005) 5,8 (2000)
Gewenst kindertal*	3,8 (2008/9) 3,9 (2003) 3,8 (1995)	3,3 (2010) 4,3 (2005) 4,9 (2000)
Gebruik anticonceptie **	46% (2008/9)	52% (2010)

* Alle gehuwde vrouwen.

** Gebruik tijdens het DHS onder niet-zwangere vrouwen.

Bronnen: DHS-rapporten; Muhoza (2014).

Dezelfde statistische analyse voor Rwanda in het jaar 2005 gaf in hoofdzaak dezelfde uitkomsten als in 2010: een algemeen geldende voorkeur voor een lager kindertal dan het werkelijke aantal en geen statistische aanwijzing voor verschillen tussen sociale groepen. Het gemiddeld kindertal was in 2005 echter nog aanzienlijk hoger met gemiddeld 6 kinderen per vrouw tegen 4,5 kinderen vijf jaar later. Tussen 2005 en 2010 is in Rwanda zowel de bereidheid om anticonceptiemiddelen te gebruiken als de bereikbaarheid (in termen van betaalbaarheid en beschikbaarheid) ervan zeer sterk gestegen, dit laatste als gevolg van het gevoerde overheidsbeleid. Hoe ziet dat beleid er uit?

Aanpak gezondheidszorg Rwanda

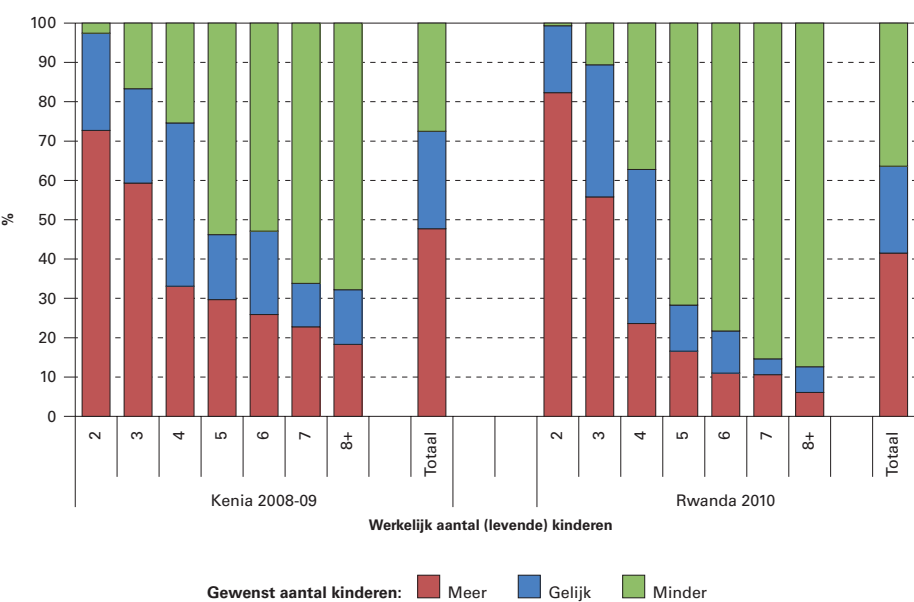
Sinds 2006 is het stimuleren van gezinsplanning een belangrijk onderdeel van het overheidsbeleid op het terrein van de gezondheidszorg. Rwanda heeft gekozen voor een zogenoemd *community based* gezondheidszorgsysteem. Aan dit systeem zijn een simpele ziektekostenverzekering en toegang tot gezinsplanningsfaciliteiten gekoppeld. De overgrote meerderheid van de Rwandezers is intussen via dit systeem verzekerd van basisgezondheidszorg.

Wat zijn de kenmerken van dit gezondheidszorgsysteem? Om draagvlak te creëren voor gezinsplanning zijn eerst discussies gestart op regeringsniveau en in het parlement, waarin veel (50%) vrouwelijke volksvertegenwoordigers zitten. Daarna is via inschakeling van regionale en lokale leiders het onderwerp bespreekbaar gemaakt in de dorpen. Deze aanpak om op dorpsniveau onderwerpen als gezinsplanning en toegang tot (reproductieve) gezondheidszorg te bespreken en de uitvoering in handen te geven van drie lokale gezondheidswerkers heeft het gebruik van de opgezette voorzieningen bevorderd. Hoewel niet in alle gebieden de toegang tot deze voorzieningen in dezelfde mate is verbeterd, is toch op het terrein van bereikbaarheid van anticonceptie veel vooruitgang geboekt. Het gevolg is dat effectieve gezinsplanning wordt toegepast door moeders uit brede lagen van de bevolking, ook door arme vrouwen op het platteland. De voorkeur van Rwandese vrouwen gaat daarbij vooral uit naar de prikpil. Het percentage gebruiksters van moderne anticonceptie met een vaste partner steeg licht tussen 2000 en 2005 van 4 naar 10 procent. Maar in 2010 paste al één op de twee vrouwen een anticonceptiemethode toe; 45 procent gebruikte een moderne, effectieve methode en 7 procent een traditionele.

Toekomstverwachting Rwanda

Zal het toepassen van gezinsplanning in Rwanda doorzetten en zullen de jongere ouderparen het houden bij een gezinsgrootte van twee of drie kinderen? Een aantal ontwikkelingen ondersteunt een voorzichtig bevestigend antwoord op deze vraag. Allereerst laten de uitkomsten van de volkstelling in 2012 een voortgang van de daling van het totaal vruchtbaarheidscijfer zien (tot 4,3 kinderen). Bovendien ambiëren mannen in Rwanda – in tegenstelling tot elders in Sub-Saharisch Afrika, zoals in Kenia – gemiddeld een lager kindertal dan hun vrouwen. Het verschil is

Figuur 2. Percentage vrouwen met twee of meer kinderen naar werkelijk en gewenst aantal kinderen in Kenia en Rwanda



Bron: Muhoza (2014).

miniem voor vaders en moeders met kleine gezinnen, maar loopt op tot ruim één kind voor ouderparen met minimaal zes kinderen. Uit veel onderzoek blijkt dat voor een effectieve gezinsplanning de houding van beide ouders ten opzichte van het gewenste kindertal van essentieel belang is. De normen van de Rwandese mannen lijken een verdere geboortedaling (voorlopig) in ieder geval niet in de weg te staan.

Ook het verschil in het gewenste kindertal tussen jonge en oudere vrouwen in Rwanda kan duiden op een voortgaande daling. De jongste vrouwen (tot 25 jaar) zeggen gemiddeld minder dan drie kinderen te willen. Het verschil in gewenst kindertal tussen de jongste en oudste moeders is in Rwanda in 2010 groter dan in de periode daarvoor. Ook willen de Rwandese jonge vrouwen gemiddeld minder kinderen dan hun leeftijdsgenoten in Kenia die nog een kindertal van 3,5 ambiëren.

Tabel 2. Gemiddeld gewenst aantal kinderen naar opleiding, economische positie en religie in Kenia en Rwanda						
	Kenia 2008/9		Rwanda 2005		Rwanda 2010	
	Christenen	Moslims	Christenen	Moslims	Christenen	Moslims
Landelijk gemiddelde	4.3		4.4		3.6	
Opleiding						
Geen	5.9	8.3	4.7	4.0	4.0	4.0
Basis school niet voltooid	4.1	5.6	4.4	3.9	3.6	3.2
Basis school voltooid	3.7	5.1	4.2	4.4	3.5	3.1
Vervolg onderwijs	3.2	3.9	3.8	3.7	3.5	3.5
Economische positie						
Zeer laag	4.9	8.3	4.5	5.0	3.6	3.4
Laag	4.0	7.4	4.5	4.3	3.7	3.6
Midden	4.0	5.9	4.5	4.4	3.6	2.6
Hoog	3.6	5.4	4.4	3.9	3.8	4.0
Zeer hoog	3.1	4.5	4.1	3.7	3.5	3.2
Totaal per religie	3.8	6.7	4.4	3.9	3.6	3.4
Bron: Muhoza (2014).						



Foto: Gates Foundation/Flickr



Nederlandse Demografiedag 2015

De Nederlandse Vereniging voor Demografie (NVD) organiseert op woensdag **25 november 2015** in het Academieggebouw van de Universiteit Utrecht voor de achtste keer de Nederlandse Demografiedag. Op de Demografiedag 2015 worden de meest recente onderzoeksbevindingen gepresenteerd op het brede en interdisciplinaire terrein van bevolkingsvraagstukken.

Keynote speaker is Dr. Tomáš Sobotka van het Vienna Institute of Demography (Wittgenstein Centre for Demography and Global Human Capital), met zijn presentatie 'European fertility: continuity and reversals'.

Naast het plenaire deel bestaat de dag uit enkele rondes van zowel Nederlands- als Engelstalige parallelle sessies en een postersessie. Tot 14 augustus kunnen abstracts worden ingediend via de website: <http://www.nvdemografie.nl>.

Tevens is er de mogelijkheid voor studenten om mee te dingen naar de scriptieprijs van €500, uitgelooft door het NIDI en de NVD. Hiervoor kunnen tot 30 september masterscripts worden ingediend, die in de afgelopen twee jaar zijn afgerond (demografiedag@gmail.com). Daarnaast dingen onderzoekers die een poster presenteren mee naar de NVD Poster Award van €100.

De achtste Nederlandse Demografiedag begint om 09:00 u en wordt aan het einde van de middag afgesloten met een borrel. Voor meer informatie en registratie, surf u naar <http://www.nvdemografie.nl>.

Ten tweede heeft Rwanda zeer positieve resultaten laten zien op het terrein van de zogenaamde Millennium Ontwikkelingsdoelen van de Verenigde Naties. Vooral het terugdringen van de zuigelingensterfte, waarvan het gestelde doel al vóór 2015 werd bereikt, zal effectieve gezinsplanning gunstig beïnvloeden. Bij hoge zuigelingen- en kindersterfte zijn ouders immers minder bereid hun kindertal klein te houden gezien het risico om een kind te verliezen. Positief is ook dat Rwandezenaars geen uitgesproken voorkeur hebben voor zonen. De goede resultaten op het gebied van het onderwijs kunnen eveneens aan verdere uitbreiding van gezinsplanning bijdragen. Er bestaat immers een verband tussen kennis over, acceptatie en gebruik van anticonceptie en de mate van scholing. Als de groei van het aantal geschoolde ouders doorzet zal dit naar verwachting een verdere geboortedaling door effectievere gezinsplanning stimuleren.

Ten derde is de grote betrokkenheid van de overheid bij gezinsplanning van belang. De financiering van het gevoerde beleid, mede mogelijk gemaakt door donorhulp, is echter nog niet duurzaam. De bijdragen van de burgers dekken niet de kosten van de zorg. De sterke afhankelijkheid van dit overheidsbeleid en de bekostiging ervan via buitenlandse donoren houden het risico in dat de beschikbaarheid van effectieve anticonceptie kan haperen en als gevolg daarvan de geboortedaling zal stagneren. Dit blijkt uit de ontwikkelingen in Kenia. Kenia was het eerste Afrikaanse land met een expliciet en succesvol bevolkingsbeleid. Via uitbreiding van het aantal publieke en private faciliteiten voor gezondheidszorg voor moeder en kind werd voorlichting gegeven over gezinsplanning. De gestage economische groei, de verbeterde kennis over geboorteregulering en de toegenomen toegang tot anticonceptiemiddelen zorgden in Kenia voor een gestage groei van het gebruik van deze middelen. Na 1998 is de groei echter afgezwakt (figuur 1). Redenen hiervoor zijn problemen met de voorziening van anticonceptiemiddelen en een verschuiving van aandacht voor gezinsplanning naar bestrijding en preventie van hiv en aids in het overheidsbeleid en in programma's van donoren.

Rwanda als lichtend voorbeeld?

Kunnen we concluderen dat de ontwikkelingen en de aanpak van het bevolkingsbeleid in Rwanda een voorbeeld zouden kunnen zijn voor andere landen in Sub-Saharisch Afrika? Het antwoord is zowel nee als ja.

Nee, omdat Rwanda geen doorsnee Afrikaans land is. De opmerkelijke daling van het gewenste kindertal en het feitelijke geboorteniveau staan grotendeels los van de sociaal-economische ontwikkeling die elders in de wereld (ook in Kenia) samenging en gaat met demografische modernisering. Het opmerkelijke gebrek aan differentiatie ten aanzien van zowel gewenste kindertal als de vraag naar geboorteregeling naar opleidingsniveau, religie en sociaal-economische positie kan in Rwanda vooral in verband worden gebracht met het probleem van de extreme schaarste aan land en de hoge bevolkingsdruk op natuurlijke hulpbronnen. Het hebben van veel kinderen wordt door brede lagen van de Rwandese bevolking als een last ervaren. Deze situatie wordt wel aangeduid met 'Malthusiaanse' armoede. Onder deze omstandigheden valt het gevoerde bevolkingsbeleid al snel in 'vruchtbare aarde'.

Het antwoord is ja, omdat Rwanda een voorbeeld voor andere landen kan zijn als het gaat om de integrale aanpak van bevolkings- en gezondheidszorgbeleid. Er is eerst ingezet op verhoging van het politieke draagvlak op alle overheidsniveaus, daarna op bewustwording onder de bevolking en verhoging van de toegang tot gezondheidszorg en moderne anticonceptie. De *community based* (dorpsgerichte) aanpak hiervan en het stimuleren van discussie over beleid en uitvoering ervan op gemeenschapsbijeenkomsten schept bewustwording en draagvlak voor lokale en nationale problemen én mogelijke oplossingen daarvoor. En daar kunnen andere landen in de regio zeker van leren.

Deze bijdrage is gebaseerd op resultaten van het onderzoek *Breaking the Cycle: reproductive health and poverty decline in Rwanda* van de Nationale Universiteit van Rwanda en de Universiteit Utrecht, gefinancierd door NWO en de Hewlett Foundation.

Dieudonné Muhoza, University of Rwanda,
e-mail: D.N.Muhoza@ur.ac.rw

Annelet Broekhuis, Universiteit Utrecht,
e-mail: E.J.A.Harts@uu.nl

Pieter Hooimeijer, Universiteit Utrecht,
e-mail: P.Hooimeijer@uu.nl

LITERATUUR:

- Habimana Kabano, I., A. Broekhuis en P. Hooimeijer (2013), Fertility decline in Rwanda: is gender preference in the way? *International Journal of Population Research*, 2013, pp. 1-9.
- Muhoza, D.N. (2014), *Excess Fertility and Family Planning in Rwanda. Understanding the shift to a high contraceptive prevalence country*. Proefschrift. Universiteit Utrecht, Faculteit Geowetenschappen.