



Doel(groep) bereikt

Bevordering van de seksuele gezondheid tegen een culturele achtergrond

Een onderzoek in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

B. Frouws MSc
Drs. M.L. Hollander

Projectnummer: B3502

Zoetermeer, 28 januari 2009

De verantwoordelijkheid voor de inhoud berust bij Research voor Beleid. Het gebruik van cijfers en/of teksten als toelichting of ondersteuning in artikelen, scripties en boeken is toegestaan mits de bron duidelijk wordt vermeld. Vermenigvuldigen en/of openbaarmaking in welke vorm ook, alsmede opslag in een retrieval system, is uitsluitend toegestaan na schriftelijke toestemming van Research voor Beleid. Research voor Beleid aanvaardt geen aansprakelijkheid voor drukfouten en/of andere onvolkomenheden.

Voorwoord

Dit rapport beschrijft de resultaten van een kwalitatief onderzoek naar mogelijkheden om de seksuele gezondheid van allochtonen te bevorderen. Het onderzoek heeft tot doel succes- en faalfactoren van interventies gericht op de seksuele gezondheid van deze doelgroep te benoemen en aanbevelingen voor interventies te doen. Hierbij baseren we ons op de zienswijze en beleving van de doelgroep zelf en op de ervaring en expertise van professionals die nauw bij de doelgroep en/of bij de interventies betrokken zijn.

De hoofdrol in dit onderzoek is voor de jongens en meisjes en mannen en vrouwen van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse, Antilliaanse en Afrikaanse afkomst die in persoonlijke diepte-interviews eerlijk en open hebben verteld over hun beleving van seksualiteit. Daarnaast hebben professionals een belangrijke rol in het onderzoek gespeeld door hun zienswijze op succesvolle interventies en het bereiken van de doelgroep te geven.

Het onderzoek is uitgevoerd door een groot onderzoeksteam bestaande uit Bram Frouws, Martine van Ommeren, Sonja van der Kemp, Erika Ermens, Leonie Plas, Paul Poortvliet en Marieke Hollander (Research voor Beleid) en door Floor Volker (IPM).

Onze hartelijke dank gaat uit naar Fadma Bouchataoui en Mohammed Tarrahi voor hun inzet bij de organisatie en uitvoering van de interviews en hun inhoudelijke ondersteuning. Tenslotte bedanken wij alle personen die ons in een interview te woord hebben gestaan hartelijk voor hun waardevolle bijdrage.

*Marieke Hollander en Paul Poortvliet
Projectleiders Research voor Beleid*

Inhoudsopgave

1	Inleiding	7
1.1	Achtergrond	7
1.2	Probleemstelling, doelstelling en onderzoeksvragen	9
1.3	Onderzoeksmethode	11
1.4	Reikwijdte van het onderzoek	15
1.5	Leeswijzer	16
2	Theorie: Problematiek, Oorzaken en Interventies	17
2.1	Problemen met de seksuele gezondheid en determinanten	17
2.2	Interventies	20
2.3	Het proces van ontwikkeling en uitvoering van interventies	21
2.4	Het onderzoekskader	23
3	Seksuele gezondheid en beleving in de praktijk	25
3.1	Beschrijving van de doelgroep	25
3.2	Problemen met de seksuele gezondheid	26
3.3	Determinanten	28
3.4	Verschillen en overeenkomsten	40
3.5	Ten slotte	41
4	Interventies: succes- en faalfactoren	43
4.1	Overzicht van interventies	43
4.2	Succes- en faalfactoren van interventies	47
4.2.1	Inhoud en focus van de voorlichting	47
4.2.2	Doelgroep van de interventie	51
4.2.3	De vorm van de interventie: wie, waar en op welke manier?	53
4.2.4	Organisatie van interventies	59
4.3	Ten slotte	62
5	Conclusies en aanbevelingen voor interventies en beleid	63
5.1	Conclusies	63
5.2	Aanbevelingen	68
5.2.1	Aanbevelingen per type interventie	68
5.2.2	Algemene ingrediënten van interventies	70
5.2.3	Organisatie en proces van interventies	71
Bijlage 1	Interviews toepassingsmogelijkheden	73
Bijlage 2	Succes- en faalfactoren interventies	79
Bijlage 3	Overzicht interventies	81
Bijlage 4	Respondenten	85
Bijlage 5	Literatuurlijst	87

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Seksuele gezondheid is een ruim begrip dat zowel betrekking heeft op lichamelijke als op psychosociale aspecten van seksualiteit, zoals (het voorkómen van) geslachtsziekten en onbedoelde zwangerschappen, maar ook op een prettige beleving van seksualiteit waarbij geen sprake is van dwang.

Hoewel in het onderzoek 'Seks onder je 25^e' uit 2005 van de Rutgers Nisso Groep en Soa Aids Nederland wordt geconcludeerd dat het goed gaat met de seksuele gezondheid van jongeren in het algemeen¹ worden hier, en in andere onderzoeken, ook problemen op dit terrein geconstateerd. Zo concludeert het RIVM in de meest recente soa en hiv thermometer dat het aantal seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) onder bepaalde risicogroepen opnieuw is toegenomen². De trend van toename van het aantal seksueel overdraagbare aandoeningen doet zich al een aantal jaar voor. Vanwege de ernst van de aandoeningen is dit een verontrustende ontwikkeling.

Bepaalde groepen hebben meer dan gemiddeld kans op problemen met de seksuele gezondheid. Risicogroepen zijn bijvoorbeeld mannen die seks hebben met mannen en prostituees. Een andere risicogroep wordt gevormd door bepaalde groepen allochtonen. Dit geldt met name voor de grotere migrantengroepen³. De belangrijkste problemen zijn:

- tienerzwangerschappen onder Surinaamse en Antilliaanse meisjes
- onbedoelde zwangerschap onder Afrikaanse en Midden- en Zuid-Amerikaanse vrouwen
- soa's onder Surinaamse en Antilliaanse jongeren
- seksuele dwang onder allochtone jongeren.

Overheidsbeleid

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is verantwoordelijk voor het preventiebeleid in Nederland. Primair is preventie gericht op het voorkómen van ziekten. Het preventiebeleid richt zich onder andere op het bevorderen van de seksuele gezondheid door interventies te subsidiëren. Deze interventies hebben tot doel de bevolking voor te lichten over seksualiteit en daarmee het seksuele gedrag te beïnvloeden en de seksuele gezondheid te bevorderen. Een interventie kan van uiteenlopende aard zijn, zoals een voorlichtingsfolder, tv- of radiospot, een lespakket op school of voorlichting door een professional in de zorg.

¹ Graaf, H. de, Meijer, S., Poelman, J. en Vanwesenbeeck, I. Seks onder je 25^e. Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2005. Rutgers Nisso Groep en Soa Aids Nederland, 2005.

² Thermometer soa en hiv. Stand van zaken maart 2008. RIVM.

³ www.brancherapporten.minvws.nl

Integraal programma

In 2003 werd geconstateerd dat, ondanks de aanwezigheid van preventieprogramma's, er sprake was van een toename van het aantal soa's. Het ministerie verbond hieraan de conclusie dat de programma's niet effectief waren en signaleerde een aantal knelpunten die mogelijk ten grondslag lagen aan de ineffectiviteit van de interventies:

- Veel partijen hielden zich bezig met de preventie en er was sprake van zowel landelijke als lokale activiteiten die zich op het algemeen publiek en op specifieke doelgroepen richtten. Het beleid mistte hierdoor samenhang met het risico op overlap of lacunes.
- De preventieprogramma's waren niet voldoende op een groep toegesneden. Elke risicogroep vereist een andere aanpak en ook binnen een risicogroep, zoals allochtonen, moet onderscheid gemaakt worden naar groepen aan de hand van kenmerken als sekse en culturele achtergrond.
- De interventies werden niet goed in de praktijk gebracht. Volgens Soa Aids Nederland was de oorzaak hiervan dat bij het ontwikkelen van de interventies te weinig gelet werd op mensen of instellingen die de interventies moesten gaan uitvoeren en de omgeving waarin de interventies werden uitgevoerd. Ook lagen de prioriteiten van de uitvoerders niet altijd bij de implementatie van de interventie.

Het ministerie kondigde hierom een extra impuls aan in het bestrijden van seksueel overdraagbare aandoeningen¹. Deze bestond onder andere uit een integraal programma voor soa- en hiv-preventie, bestaande uit de verbetering van landelijke preventieprogramma's die ook daadwerkelijk geïmplementeerd zouden worden en uit verbetering van de sturing van de programma's waarbij per doelgroep één organisatie verantwoordelijk was voor een specifiek programma voor die doelgroep².

Seksuele gezondheid in brede zin

De volgende impuls in het landelijke preventiebeleid kwam naar aanleiding van het eerder genoemde rapport van de Rutgers Nisso Groep en Soa Aids Nederland over de seksuele gezondheid van jongeren. Hierop kondigde het ministerie van VWS maatregelen aan om de seksuele gezondheid in bredere zin te bevorderen. Het beleid diende zich, naast soa's, ook te richten op onbedoelde zwangerschap en seksueel geweld³.

De aangekondigde maatregelen bestonden uit het vastleggen van duidelijkere taken voor de gezondheidsbevorderende instellingen die de preventieprogramma's uitvoeren, het aanwijzen van ZonMw als coördinator in het veld en aanvullende seksualiteitshulpverlening.

Huidige standpunten

Het huidige overheidsbeleid benadrukt dat de preventie van problemen rondom seksuele gezondheid gericht moet worden op verschillende aspecten van seksuele gezondheid, dat de preventieprogramma's toegespitst moeten worden op een specifieke risicogroep en er meer aandacht moet worden besteed aan de implementatie van de programma's. De risicogroep allochtonen vraagt hierbij om extra aandacht omdat deze groep voorheen te weinig gewicht had in de preventieprogramma's en de implementatie van de programma's onder deze doelgroep op problemen stuit. In het laatste coalitieakkoord is vermeld dat goede sek-

¹ TK, vergaderjaar 2003-2004, 29 220-1. Kamerbrief seksueel overdraagbare aandoeningen (soa). Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 22 september 2003.

² TK Preventieplan soa en hiv in Nederland. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1 december 2004.

³ TK Seksuele gezondheid. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 30 november 2006.

suele voorlichting van belang is om ongewenste zwangerschappen te voorkomen. Daarbij wordt bijzondere aandacht gevraagd voor onder andere de allochtone doelgroep¹.

1.2 Probleemstelling, doelstelling en onderzoeksvragen

Probleemstelling

Vanwege de meer dan gemiddelde kans van bepaalde groepen allochtonen op problemen met de seksuele gezondheid en de afspraken die zijn gemaakt in het coalitieakkoord wil het ministerie van VWS de seksuele gezondheid van deze groepen verbeteren. Het ministerie heeft Research voor Beleid daarom onderzoek laten uitvoeren naar wat er leeft op het gebied van seksualiteit onder deze doelgroepen.

Aansluiting bij de beleving van de doelgroepen is van groot belang bij de ontwikkeling en uitvoering van effectieve interventies voor deze doelgroepen omdat de huidige interventies niet altijd voldoende aansluiten bij de leefwereld van de doelgroep (bijvoorbeeld qua kennis over, en houding ten opzichte van, seks), waardoor de doelgroep de kennis wel tot zich neemt maar er in de praktijk niets mee doet. Echter, aansluiting bij de belevingswereld van de doelgroepen is niet de enige voorwaarde voor het succes van de interventies. Zo maken gezondheidsbevorderende interventies niet of nauwelijks gebruik van intermediairen die toegang hebben tot de doelgroep allochtonen, omdat deze doelgroepen moeilijk te bereiken zijn. Een interventie kan qua opzet en inhoud nog zo goed aansluiten bij de belevingswereld van de doelgroep, indien de doelgroep niet wordt bereikt kan deze uiteraard niet effectief zijn.

Succesvolle interventies dienen dus aan te sluiten bij de belevingswereld van de doelgroep en dienen deze ook in voldoende mate te bereiken. Er zijn echter nog meer voorwaarden voor succes: aanwezigheid van draagvlak in het veld, voldoende kennis en ervaring bij uitvoerders en voldoende mensen, tijd en middelen om de interventie uit te voeren.

Doelstelling en onderzoeksvragen

Het doel van dit onderzoek is te komen tot aanbevelingen voor effectieve en praktisch uitvoerbare interventies ter bevordering van de seksuele gezondheid van allochtone risicogroepen. Omdat er, zoals hierboven toegelicht, verschillende redenen kunnen zijn dat interventies niet succesvol zijn (oftewel verschillende voorwaarden voor succes waar niet aan voldaan is), was een tweeledige insteek nodig:

- Enerzijds hebben we de seksuele belevingswereld van de doelgroep, de (culturele) oorzaken die ten grondslag liggen aan de problematiek en wijze waarop deze van invloed zijn op het succes van de interventies in kaart gebracht.
- Daarnaast hebben we de (meer algemene) succes- en faalfactoren van gezondheidsbevorderende interventies voor allochtone risicogroepen in kaart gebracht.

¹ Coalitieakkoord tussen de Tweede Kamerfracties van CDA, PvdA en ChristenUnie, 7 februari 2007. www.regering.nl.

De volgende onderzoeksvragen zijn uitgangspunt van het onderzoek geweest:

Uitwerken onderzoekskader

- Welke cultuurgebonden factoren spelen mogelijk een rol bij het slagen dan wel het falen van interventies?
- Welke succes- en faalfactoren in het ontwerp, de implementatie/uitvoering en het effect spelen mogelijk een rol bij het slagen dan wel het falen van interventies?

Visie, ervaring en beleving van betrokkenen¹

Ten aanzien van seksuele gezondheid:

- Wat zijn cultuurgebonden opvattingen en gedragingen (man-vrouw verhoudingen, opvattingen over seksualiteit, etc.), die een rol kunnen spelen bij het slagen dan wel het falen van de interventies?
- Hoe ziet het seksueel gedrag van de doelgroepen er uit en wat ligt hier aan ten grondslag?
- Wat is hun houding ten aanzien van seksuele gezondheid: welke problemen rondom seksuele gezondheid ervaart de doelgroep (niet)?

Ten aanzien van interventies t.b.v. seksuele gezondheid:

- Wat zijn cultuurgebonden factoren met betrekking tot het bereik van een interventie (mate waarin men openstaat voor voorlichting, gebruik media, etc.), die een rol kunnen spelen bij het slagen dan wel het falen van de interventies?
- Is er behoefte aan (andere) interventies ter voorkoming van seksuele problemen?
- Met welke interventies is men in aanraking geweest en hoe heeft men dit beleefd, heeft het effect gehad en waarom (niet)?
- Wat mist men in bestaande interventies/kan men tips geven voor verbetering, inhoudelijk maar ook ten aanzien van het bereiken van de doelgroep?

De praktijk van bestaande interventies

- Welke interventies zijn recent ontwikkeld ter bevordering van de seksuele gezondheid en voor welke doelgroepen?
- Wat is er bekend over in hoeverre deze interventies succesvol zijn geweest dan wel gefaald hebben?
- In hoeverre heeft het al dan niet rekening houden met cultuurgebonden factoren een rol gespeeld in het slagen dan wel het falen?
- Welke factoren in het proces (*ontwerp, implementatie/uitvoering, effect*) van de interventies zijn bepalend geweest voor het slagen dan wel het falen?

Overstijgend

- Gezien de praktijk van bestaande interventies en de visie van betrokkenen, op welke punten is het tot nu toe mis gegaan, waar is het juist goed gegaan, en hoe kan het beter?
- Op welke manier zijn deze conclusies toe te passen in bestaande interventieprogramma's?

Welke aanbevelingen zijn op basis van de onderzoeksresultaten te formuleren voor:

- Het aanpassen van huidige interventies ter bevordering van de seksuele gezondheid van verschillende allochtone doelgroepen?
- De ontwikkeling van nieuwe interventies ter bevordering van de seksuele gezondheid van verschillende allochtone doelgroepen?

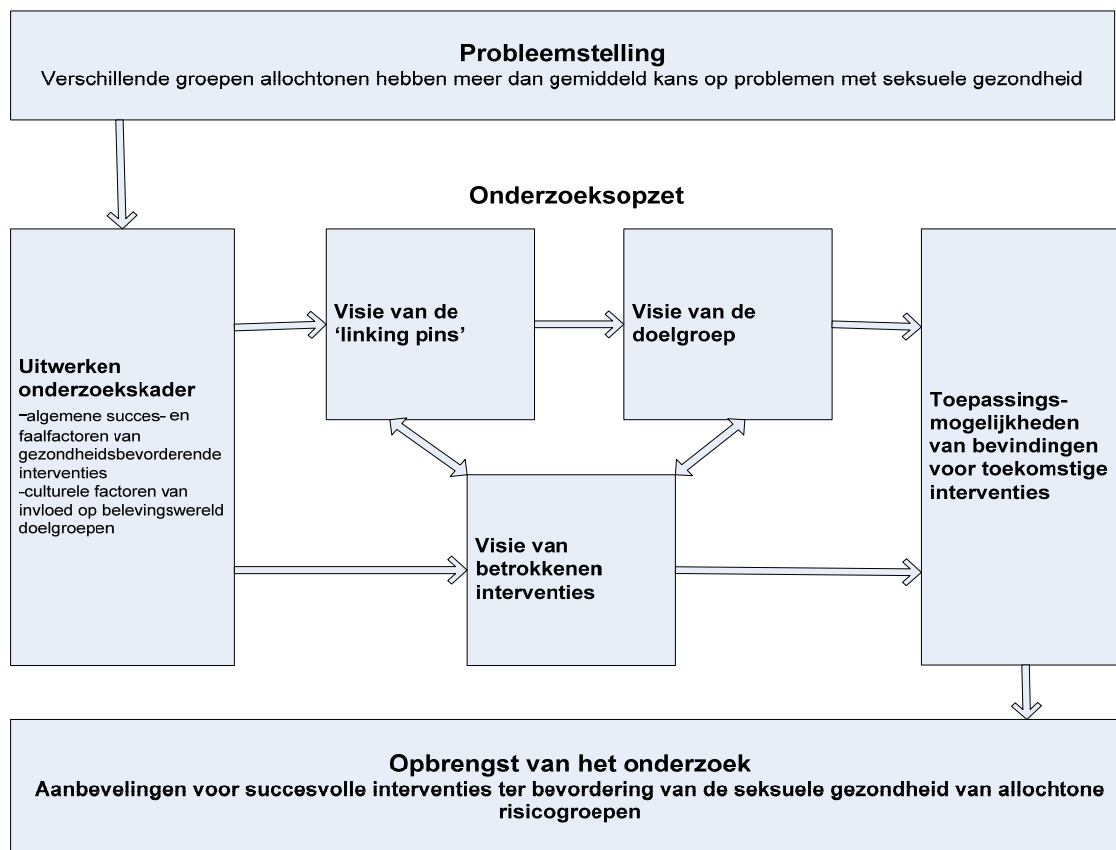
¹ Met 'betrokkenen' bedoelen we zowel de doelgroepen zelf als de 'linking pins'; personen die zeer nauw betrokken zijn bij de doelgroepen. Dit onderscheid wordt nader toegelicht in paragraaf 1.3.

1.3 Onderzoeksmethode

In het onderzoek zijn twee sporen bewandeld om te komen tot aanbevelingen voor succesvolle interventies ter bevordering van de seksuele gezondheid van allochtone risicogroepen. Het eerste spoor liep via de doelgroep zelf en de zogenaamde 'linking pins' (personen die de doelgroep goed kennen en het vertrouwen van de doelgroep hebben). Het tweede spoor liep via de interventies en de personen die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering/ ontwikkeling hiervan. Deze verschillende onderdelen van het onderzoek zijn gelijktijdig uitgevoerd. Op die manier konden bevindingen uit de ene fase direct worden gebruikt om vragen die in de andere fase gesteld werden nader toe te spitsen.

Hieronder staat de onderzoeksopzet schematisch weergegeven. In het vervolg van deze paragraaf geven we per onderdeel een nadere toelichting op de gebruikte onderzoeksmethode.

Figuur 1.1 Schematische weergave onderzoeksopzet



Uitwerken onderzoekskader: literatuuronderzoek en expertinterviews

Literatuuronderzoek

Het onderzoek is van start gegaan met een literatuuronderzoek. Daarbij hebben we ons in de eerste plaats verdiept in literatuur die inzicht biedt in culturele factoren van invloed op de belevingswereld van de doelgroepen.

Ten tweede hebben we literatuur over de theorie van (algemene) succes- en faalfactoren van gezondheidsbevorderende interventies bestudeerd. Deze factoren kunnen gelegen zijn in het ontwerp, de implementatie/uitvoering en het effect van de interventie.

Interviews met experts

De opgedane kennis uit de onderzoeksliteratuur over interventies en culturele factoren is aangevuld in interviews met twee experts, te weten met Prof. Dr. John de Wit, bijzonder hoogleraar 'Sociale psychologie van gezondheid en seksualiteit' aan de Universiteit Utrecht en met Prof. Dr. Herman Schaalma, hoogleraar aidspreventie aan de Universiteit Maastricht.

De resultaten van het literatuuronderzoek en de twee expert interviews hebben geleid tot een onderzoekskader. Het kader bevat wat in theorie de succes- en faalfactoren van gezondheidsbevorderende interventies zijn en de culturele kenmerken van de verschillende doelgroepen die van invloed kunnen zijn op de effectiviteit van de interventies. De resultaten van deze onderzoeksfase hebben als input gediend voor de ontwikkeling van de checklists ten behoeve van de interviews.

Visie van de linking pins

De 'linking pins' zijn personen die zelf niet direct tot de risicogroep behoren, maar wel het vertrouwen hebben van personen uit die risicogroep omdat ze daar beroepsmatig (of op vrijwillige basis) mee te maken hebben.

De 'linking pins' hadden twee functies in het onderzoek:

- Ten eerste zijn ze zelf respondent. Deze mensen kunnen, vanwege hun betrokkenheid bij maar toch ook afstand tot de doelgroep, veel nuttige informatie geven over achterliggende culturele factoren van invloed op belevingswereld van de doelgroepen, en over specifieke do's en don'ts van interventies gericht op deze doelgroepen.
- Ten tweede hebben deze personen geholpen de doelgroepen zelf te bereiken. Een persoon die al het vertrouwen heeft van de doelgroep kan de onderzoekers helpen toegang te krijgen tot de doelgroep en hen stimuleren hun medewerking te verlenen.

In de aanvankelijk opzet was voor de linking pins ook een rol weggelegd tijdens de uitvoering van de interviews, bijvoorbeeld bij het overbruggen van eventuele taal- en cultuurbarrières en het adviseren over hoe het best kan worden aangesloten op taalgebruik en omgangsvormen van de doelgroep in kwestie. In de uiteindelijke uitvoering is deze rol vervuld door telkens dezelfde twee personen die zeer goed bekend zijn met de taal en cultuur van de doelgroep, Mohammed Tarrahi en Fadma Bouchataoui, via wie daarnaast ook een deel van de werving van de respondenten uit de doelgroep is verlopen.

Interviews met 'linking pins'

Er zijn 9 interviews uitgevoerd met 'linking pins, verspreid over de verschillende doelgroepen. In bijlage 4 is een overzicht opgenomen van de geïnterviewde 'linking pins'. In het interview stonden de visie van de vertrouwenspersoon op de problematiek en de interventies centraal. Met welke culturele factoren moet je rekening houden bij de ontwikkeling en uit-

voering van gezondheidsbevorderende interventies voor deze doelgroep? Hoe benader je hen, door wie, waar en wanneer?

Ook is gesproken over aandachtspunten bij het interviewen van de doelgroep zelf in het kader van dit onderzoek.

Visie van betrokkenen bij interventies

Gelijktijdig met het uitvoeren van interviews met de 'linking pins' en de doelgroep onderzochten we de praktijk van huidige en uitgevoerde interventies ter bevordering van de seksuele gezondheid van allochtonen. Doel hiervan was inzicht te krijgen in waar het mis gaat en waar het goed gaat bij bestaande interventies.

Inventarisatie interventies en effecten

Bij aanvang van deze onderzoeksfase is een overzicht gemaakt van huidige en reeds uitgevoerde interventies ter bevordering van de seksuele gezondheid van allochtonen en (voor zover bekend) de effecten hiervan. Daarbij is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande literatuur en beschikbare overzichten.

Interviews met ontwikkelaars en uitvoerders

Vervolgens zijn er 12 telefonische en face-to-face interviews uitgevoerd met betrokkenen bij interventies, zoals personen werkzaam bij gezondheidsbevorderende instanties, die direct betrokken zijn bij de ontwikkeling dan wel implementatie of uitvoering van de interventies. Ook van deze respondenten is een overzicht opgenomen in bijlage 4. De gesprekken richtten zich met name op het vaststellen van welke elementen van de interventies bepalend zijn gebleken voor het succes dan wel het falen ervan.

Experts, 'linking pins' en betrokkenen bij interventies: de professionals

In de onderzoeksopzet is een duidelijk onderscheid gemaakt tussen experts, linking pins en betrokkenen (ontwikkelaars en uitvoerders) bij interventies. Omwille van de leesbaarheid spreken we in het vervolg over deze gehele groep als professionals. Bovendien is gedurende het onderzoek gebleken dat het onderscheid tussen deze groepen soms wat vervaagd is. We kiezen voor de term professionals omdat het bij zowel de experts als de 'linking pins' en betrokkenen bij de interventies om respondenten gaat die vanuit hun professe goed zicht hebben op de doelgroep, de problematiek en/of de interventies. Uit het overzicht in bijlage 4 van de 26 professionals (inclusief 3 interviews over de toepassingsmogelijkheden) die hebben deelgenomen aan dit onderzoek blijkt dat er veel verschillende perspectieven en invalshoeken betrokken zijn bij het onderzoek.

De doelgroep

Afbakening doelgroep

Dit onderzoek richtte zich op de groepen allochtonen waarbij zich de meeste problemen op het gebied van seksuele gezondheid voordoen. Dit betreft de vier grootste migrantengroepen in Nederland, namelijk Surinamers, Antillianen, Turken en Marokkanen, én de doelgroep van Afrikaanse afkomst.

Omdat met name jongeren een risicogroep vormen voor de in paragraaf 1.1 genoemde problemen (soa's, tienerzwangerschappen en seksuele dwang), hebben we ons primair gericht op jongeren vanaf 16 jaar tot ongeveer 25 jaar, met enkele respondenten ouder dan 25 (zie het overzicht in bijlage 4). We hebben gekozen voor een ondergrens van 16 jaar.

Daarnaast was het onderzoek gericht op het seksuele gedrag en de beleving van de respondenten zelf. Ondanks dat een aantal van de respondenten zelf al kinderen heeft, maken ouders als doelgroep geen onderdeel uit van het onderzoek. De visie van ouders zelf op de seksuele gezondheid van hun kinderen valt daarom het bereik van dit onderzoek en vergt aanvullend onderzoek. De rol van ouders is tijdens de interviews met professionals wel aan de orde gekomen.

Vorbereiding en organisatie van de interviews

Een belangrijk probleem dat het ministerie van VWS heeft geconstateerd is het slecht kunnen bereiken van met name de laagopgeleide doelgroep. Voor dit onderzoek was het van groot belang deze doelgroep wel te bereiken. Daar zijn we goed in geslaagd. De 40 respondenten zijn geworven via personen die het vertrouwen hebben van en toegang hebben tot de doelgroep. Daarbij is gelet op een spreiding van de respondenten naar doelgroep, geslacht en leeftijd. Ook zijn er zowel personen geïnterviewd die ervaringen hebben met problematiek op het gebied van seksuele gezondheid (soa, onbedoelde zwangerschap of seksuele dwang) als die dat niet hebben. In bijlage 4 is een overzicht opgenomen van de achtergrondkenmerken geslacht, leeftijd, etnische achtergrond en opleidingsniveau van de respondenten. In paragraaf 3.1 geven we een nadere, meer kwalitatieve beschrijving van de doelgroep. Onder de 40 respondenten is sprake van een goede spreiding naar achtergrondkenmerken, met uitzondering van opleidingsniveau.

- Er is gesproken met 23 mannen en 17 vrouwen
- De jongste respondent is 16, de oudste 34 en de gemiddelde leeftijd 20,5.
- Elke etnische groep (Marokkanen, Turken, Antillianen, Surinamers en 'Afrikanen') is vertegenwoordigd door tenminste 3 mannen en 3 vrouwen.

De groep respondenten is over het algemeen relatief laag opgeleid (de meerderheid heeft nog geen mbo-opleiding afgerond) en woonachtig in achterstandswijken. Dit zijn over het algemeen moeilijk te bereiken jongeren. Daarom is het van groot belang een sfeer van vertrouwen te creëren. In de eerste plaats hebben we hier voor gezorgd door duo-interviews uit te voeren, waarbij de onderzoeker werd ondersteund door een bekende van de taal en cultuur van de respondenten. Daarnaast had de onderzoeker in de meeste gevallen hetzelfde geslacht als de respondent en kwam de onderzoeker ook qua leeftijd zoveel mogelijk in de buurt van de respondent. Tijdens de voorbereiding op het interview zijn bovendien aandachtspunten besproken wat betreft taalgebruik en omgangsvormen die kenmerkend zijn voor de doelgroep. Op die manier is er voor gezorgd dat het interview daadwerkelijk zinvolle informatie oplevert en op een goede manier verloopt. Navraag na afloop van de interviews leert dat de respondenten de opzet en inhoud van de interviews als prettig hebben ervaren, wat ook blijkt uit het feit dat zij zonder uitzondering zeer open over het onderwerp spraken.

Inhoud van het interview

Het primaire doel van de interviews was het in kaart brengen van de seksuele belevingswereld, welke handvatten zal bieden voor effectieve interventies. Aan de hand van de vooraf opgestelde checklist is, onder andere, ingegaan op volgende onderwerpen:

- ervaringen en beleving: seksuele ervaringen en problemen met seksuele gezondheid
- verklaringen hiervoor/ideeën die hier aan ten grondslag liggen
- communicatie met partner en ouders
- ervaringen met en beleving van voorlichting (waar, hoe en door wie, was het effectief)
- bestaande interventies en ideeën voor succesvolle interventies.

Toepassingsmogelijkheden van bevindingen

De diverse inzichten die de verschillende onderzoeksfasen hebben opgeleverd bieden ons handvatten voor het formuleren van aandachtspunten (do's en don'ts) voor succesvolle interventies ter bevordering van de seksuele gezondheid van de verschillende doelgroepen. Om tot concrete, in de praktijk bruikbare, aanbevelingen te komen, zijn deze bevindingen tot slot besproken met drie professionals werkzaam bij Soa Aids Nederland, Centrum Gezond Leven en Forum.

Hierdoor hebben we de praktische toepassingsmogelijkheden van de bevindingen nader kunnen exploreren.

1.4 Reikwijdte van het onderzoek

Het onderzoek is kwalitatief van aard. De onderzoeksresultaten zoals gepresenteerd hebben betrekking op de 26 interviews met professionals en de 40 interviews met allochtone respondenten.

De hieruit volgende conclusies zijn niet zonder meer toepasbaar op allochtonen of allochtone jongeren in het algemeen. Het aantal respondenten dat we hebben gesproken is, zeker wanneer onderverdeeld naar etnische afkomst, te klein om de bevindingen te generaliseren naar de groep als geheel of naar subgroepen.

Een ander aandachtspunt is dat het betrekken van autochtonen geen deel uitmaakt van het onderzoek. We kunnen dan ook niet concluderen of en in welke mate de bevindingen anders zijn voor allochtonen dan voor autochtonen. De kwalitatieve benadering van dit onderzoek geeft echter wel een gedetailleerd en volledig beeld van de situatie van de betreffende respondenten. Daardoor hebben we veel inzicht gekregen in hun belevingswereld op het gebied van seksualiteit en in de door hen ervaren knelpunten en succesfactoren voor interventies. Hierdoor is het mogelijk gericht te kijken naar aanknopingspunten voor mogelijke verbetering van interventies.

Tenslotte is van belang te constateren dat dit onderzoek nadrukkelijk geen evaluatie is van bestaande interventies ter bevordering van de seksuele gezondheid. We doen dan ook geen uitspraken over de effectiviteit hiervan, tenzij effecten al in ander onderzoek zijn aangetoond. Wel geven we aan wat, gezien de determinanten van seksuele problematiek, de belevingswereld van de respondenten uit de doelgroep en de mening van professionals, succes- en faalfactoren zijn van interventies.

1.5 Leeswijzer

In dit rapport doen we verslag van de onderzoeksuitkomsten. Opmerking vooraf is dat waar we in de tekst spreken over bijvoorbeeld Marokkaanse of Antilliaanse respondenten Nederlandse respondenten van Marokkaanse of Antilliaanse afkomst worden bedoeld. Omwille van de leesbaarheid schrijven we dit echter niet telkens uit.

In hoofdstuk 2 beginnen we met de theorie en beschrijven we de problemen met de seksuele gezondheid, de determinanten hiervan en de succes- en faalfactoren van interventies op basis van de bevindingen uit het literatuuronderzoek en de interviews met twee hoogleraren.

Hoofdstuk 3 start met een beschrijving van doelgroep, essentieel voor een beter begrip van de belevingswereld van de respondenten. Vervolgens komen de problematiek en de determinanten hiervan aan bod, zowel vanuit het perspectief van de respondenten als van de professionals. Eventuele verschillen tussen deze perspectieven, evenals verschillen tussen etnische groepen en tussen mannen/jongens en vrouwen/meisjes worden uitgebreid beschreven. Door de tekst heen brengen citaten en korte illustraties van de belevingswereld van de respondenten de resultaten tot leven.

Hoofdstuk 4 geeft een overzicht van interventies die recent zijn ontwikkeld en uitgevoerd op het terrein van seksuele gezondheid. Daarna komen de succes- en faalfactoren van interventies aan bod. Deze factoren zijn gebaseerd op de determinanten die uit de interviews met de respondenten en professionals naar voren komen, op de voorkeuren ten aanzien van interventies die de doelgroep zelf uitspreekt en op succes- en faalfactoren van interventies die door professionals en experts zijn genoemd. Zo veel mogelijk slaan we hier een brug tussen de in hoofdstuk 3 beschreven (culturele) determinanten van problematiek en de ontwikkeling en uitvoering van interventies.

Op basis van bovenstaande komen we vervolgens in hoofdstuk 5 tot afgebakende conclusies en concrete aanbevelingen voor succesvolle interventies en de wijze waarop de doelgroep beter kan worden bereikt. Daarbij is zowel aandacht voor de inhoud, de doelgroep, de vorm en de organisatie van interventies.

Tot slot is er een vijftal bijlagen. In bijlage 1 beschrijven we de resultaten van de interviews over de toepassingsmogelijkheden waarin de bevindingen zijn voorgelegd aan een aantal experts. In bijlage 2, 3, 4 en 5 zijn achtereenvolgens een overzicht van succesfactoren en knelpunten van interventies die ter sprake kwamen tijdens de interviews, een overzicht van bestaande interventies op basis van de literatuur, een overzicht van de respondenten (doelgroep en professionals) en een literatuurlijst opgenomen.

2 Theorie: Problematiek, Oorzaken en Interventies

In dit tweede hoofdstuk beschrijven we de resultaten van literatuuronderzoek en twee expertinterviews met John de Wit, bijzonder hoogleraar Sociale psychologie van gezondheid en seksualiteit aan de Universiteit Utrecht en met Herman Schaalma, hoogleraar aidspreventie aan de Universiteit Maastricht. Het literatuuronderzoek en de interviews hadden tot doel vanuit wetenschappelijke perspectief zicht te krijgen op determinanten van problemen met seksuele gezondheid onder de doelgroep, op kenmerken van de doelgroep die een rol kunnen spelen bij de effectiviteit van interventies en op algemene kenmerken van het proces van ontwikkeling en uitvoering van interventies die bepalend kunnen zijn voor de effectiviteit.

De resultaten van deze onderzoeksfase komen samen in een onderzoekskader waarop de checklists voor de interviews met de doelgroep, linking pins en betrokkenen bij de interventies zijn gebaseerd. De resultaten van deze interviews beschrijven we in hoofdstuk 3 en 4.

2.1 Problemen met de seksuele gezondheid en determinanten

Zoals in de inleiding is genoemd hebben bepaalde groepen allochtonen meer dan gemiddeld kans op problemen met de seksuele gezondheid, zoals seksueel overdraagbare aandoeningen, ongewenste zwangerschappen en seksuele dwang. Ondanks interventies die gericht zijn op het verbeteren van de gezondheid, is geen afname van deze problematiek zichtbaar.

Effectiviteit van interventies wordt voor een belangrijk deel bepaald door de mate waarin de determinanten, factoren die een oorzaak zijn of een rol spelen bij het ontstaan van de problematiek, worden aangepakt. In onderstaande paragraaf beschrijven we welke determinanten uit de literatuur naar voren komen¹. Bij het in kaart brengen van deze determinanten ligt de focus op determinanten die kunnen verklaren dat de problematiek bij de allochtone groep vaker voorkomt dan bij autochtonen. Veel determinanten hebben daarom te maken met cultuur. De determinanten die uit het literatuuronderzoek naar voren zijn gekomen hebben we voorgelegd aan John de Wit en Herman Schaalma. Beiden herkennen de determinanten, maar de laatste benadrukt dat een nuancering op zijn plaats is. Veel van deze zaken spelen, weliswaar in iets mindere mate, ook bij autochtonen een rol en gelden bovendien maar in beperkte mate voor de gehele groep allochtonen.

Sociaal economische status

Wellicht nog meer dan de culturele achtergrond, is de sociaal economische status een goede voorspeller van problemen met seksuele gezondheid. Mensen met een lage opleiding en inkomen, hebben beperktere kennis en vaardigheden om zichzelf effectief te beschermen tegen problemen van verschillende aard, waaronder problemen op het gebied van seksualiteit. Het feit dat de problemen zich in Nederland meer dan gemiddeld voordoen bij allochtonen is

¹ Een overzicht van de geraadpleegde literatuur is opgenomen in bijlage 5.

niet alleen ingegeven door hun culturele achtergrond maar ook door hun sociaal economische status. Dit wordt bevestigd door Herman Schaalma die aangeeft dat veel normen, waarden en gebruiken worden bepaald door de subcultuur die losstaat van de oorspronkelijke cultuur.

Beperkte kennis en gebrek aan openheid

Kennis over seksualiteit en soa's is onder sommige groepen allochtonen relatief beperkt omdat er binnen bepaalde culturen niet openlijk wordt gesproken over seksualiteit. Dit is met name aan de orde als het gaat om seks voor het huwelijk. Omdat dit niet geaccepteerd wordt, wordt er niet over gesproken waardoor de kennis over seksualiteit en voorbehoedmiddelen beperkt is. Door de beperkte kennis wordt ineffectief omgegaan met de middelen. Dit komt in verschillende culturen voor maar is met name aan de orde bij Turken en Marokkanen. Surinamers en Antillianen praten doorgaans openlijker over seksualiteit. De link tussen kennis van en praten over seksualiteit is echter niet evident, omdat je ook heel goed kennis kunt vergaren zonder over seks te praten. Ook leidt meer kennis ook niet automatische tot gedragsverandering. Toch zijn beperkte kennis en gebrek aan openheid op zichzelf als determinant van problemen met de seksuele gezondheid te zien.

Misvattingen

Binnen sommige allochtone groepen is (in meerdere mate dan bij autochtonen) sprake van misvattingen ten aanzien van anticonceptie en de (kans op) zwangerschap. Zo denken sommige meisjes bijvoorbeeld dat je van de pil dik wordt, dat de pil depressief maakt, dat je door het gebruik van de pil onvruchtbaar of minder vruchtbaar wordt en dat je er hoofdpijn van krijgt. Het slikken van hormonen, het spiraaltje en condooms worden als 'onna-tuurlijk' gezien en daar zijn met name Antillianen en Surinamers zeer gevoelig voor. Bovendien leeft de misvatting dat de man het spiraaltje kan voelen. Door deze fabels en vooroordelen staan sommige mensen negatief ten opzichte van de middelen en gebruiken ze de middelen niet, minder of onnauwkeurig.

Betekenis moederschap en vaderschap

In bepaalde culturen is de betekenis van het moederschap en vaderschap dusdanig dat mensen minder geneigd zijn om het krijgen van kinderen te voorkomen. Dit is vooral aan de orde bij Antillianen en Surinamers. Voor een vrouw is vruchtbaarheid erg belangrijk, ze ontleent haar vrouwelijke identiteit voor een groot deel aan het moederschap en binnen de familie is er een groot respect voor moeders. Het hebben van een kind is binnen deze culturen belangrijker dan het hebben van een partner en het komt dan ook relatief vaak voor dat een kind alleen door de moeder wordt opgevoed.

Zeker als vrouwen op het gebied van scholing en werk weinig toekomstperspectief hebben, zien zij het hebben van een kind als goed alternatief. Door de (latente) kinderwens zijn ze minder geneigd maatregelen te nemen om een zwangerschap te voorkomen. Ook het vaderschap geniet grote status binnen deze culturen. Vruchtbaar zijn en dus de mogelijkheid hebben een vrouw zwanger te maken duidt op mannelijkheid.

Ongelijkwaardigheid in relaties

Ongelijkwaardigheid binnen relaties komt in allerlei culturen voor. Over het algemeen betekent deze ongelijkwaardigheid dat de man de baas is over de vrouw, ook op seksueel gebied. De ongelijkwaardigheid is van invloed op het voorkomen van zwangerschap en soa's. Met name mannen hebben soms een aversie tegen het gebruik van een condoom. Dit wordt

als onnatuurlijk beschouwd en zorgt voor verminderd gevoel tijdens de seks. Ook vanwege de ongelijkwaardige relatie is het is vaak de man die bepaalt dat geen condoom gebruikt wordt. De vrouw kan zich wel beschermen tegen een zwangerschap door het gebruik van de anticonceptiepil maar in mindere mate tegen soa's.

De ongelijkwaardigheid is daarnaast van invloed op het vóórkomen van seksuele dwang. Binnen alle culturen zijn vrouwen vaker dan mannen het slachtoffer van seksuele dwang. De ongelijkwaardigheid tussen mannen en vrouwen is met name bij Turken en Marokkanen sterker aanwezig dan bij autochtonen en is een belangrijke determinant van seksuele dwang. Overigens blijkt uit de literatuur dat ook jongens uit die cultuur relatief vaak slachtoffer zijn van seksuele dwang.

Locus of control, zelfredzaamheid en planmatig omgegaan met het leven

Mensen die denken dat zijzelf invloed kunnen uitoefenen op hun leven, zullen actief sturing geven aan hun leven. Wanneer je echter van mening bent dat het leven je overkomt en dat je geen invloed kunt uitoefenen op het verloop ervan, zul je ook niet proberen veranderingen in je leven aan te brengen of sturing te geven. Dit wordt binnen de psychologie aangeduid met de term 'locus of control'. Met name Surinaamse en Antilliaanse meisjes zouden meer dan gemiddeld een externe locus of control hebben, ze denken dat dingen hen overkomen en dat een zwangerschap of soa net zo goed het resultaat kan zijn van pech als van hun eigen gedrag. Om deze reden zijn ze minder geneigd secuur om te gaan met voorbehoedmiddelen.

Daarnaast is de mate waarin men planmatig omgaat met het leven van invloed op het vóórkomen van problemen. Uit onderzoek onder Antillianen en Surinamers bleek dat zij slechts in beperkte mate hun leven plannen en vooral het leven op zich af laten komen. Ze zien wel weer verder als zich een probleem of situatie voordoet en trachten het probleem of de situatie niet actief te vermijden.

Ten slotte is er bij bepaalde groepen allochtonen sprake van een verminderde zelfredzaamheid. Door een bepaald opvoedingsklimaat en beperkte ondersteuning bij de seksuele ontwikkeling ontwikkelen de jongeren niet de zelfredzaamheid om anticonceptie goed en consequent toe te passen. Ook dit is met name aan de orde in de Antilliaanse en Surinaamse gemeenschap.

Voorlopige conclusies determinanten van seksuele problemen onder allochtone risicogroepen

Bovenstaande beschouwing van (culturele) determinanten van problemen met de seksuele gezondheid hebben geleid tot de volgende voorlopige conclusies.

- Sociaal economische status en opleidingsniveau zijn goede voorspellers van problemen rondom seksualiteit. Hoe lager het opleidingsniveau en/of sociaal economische status, hoe meer kans op problemen met de seksuele gezondheid.
- Beperkte kennis en gebrek aan openheid over seksualiteit spelen bij sommige allochtone groepen een grotere rol dan bij autochtonen en zijn van invloed op een ineffectieve omgang met anticonceptie.
- Er is sprake van misvattingen omtrent seksualiteit die effectief gedrag t.a.v. anticonceptie belemmeren.
- Er is soms sprake van een negatieve attitude ten aanzien van anticonceptie (de pil is onnatuurlijk, het condoom voelt niet natuurlijk), wat leidt tot het ineffectief omgaan met anticonceptie.

- De visie op moederschap en vaderschap, met name bij Antillianen en Surinamers, leidt tot een ineffectieve omgang met anticonceptie (een kind benadrukt vruchtbaarheid, een kind is vanzelfsprekend en leuk, een partner is minder belangrijk dan een kind).
- Met name Antillianen en Surinamers plannen hun leven in mindere mate, waardoor ineffectief om wordt gegaan met anticonceptie.
- De opvatting dat je niet veel invloed hebt op je eigen leven zorgt voor een (in Nederlandse ogen) onverschillige houding.
- Bij Marokkanen en Turken speelt de taboe op seks een grote rol, waardoor kennis omtrent anticonceptie achter blijft. Bij Antillianen en Surinamers spelen opvattingen over moederschap/vaderschap en het niet planmatig omgaan met het eigen leven een grotere rol.

2.2 Interventies

Effectiviteit van interventies wordt, behalve door het al of niet aanpakken van de determinanten van de problematiek, ook bepaald door de mate waarin de doelgroep bereikt wordt. En het al of niet bereiken van de doelgroep wordt, net als de determinanten, voor een deel bepaald door (culturele) kenmerken van de doelgroep.

In deze paragraaf bespreken we enkele kenmerken van de doelgroep die van invloed zijn op het bereiken van de doelgroep, de bereidheid van de doelgroep om de voorlichting te ontvangen en op de inhoud van (effectieve) voorlichting. Ook deze bevindingen zijn gebaseerd op het literatuuronderzoek en voorgelegd aan de experts.

Toon en communicatie

In het algemeen verloopt westerse communicatie anders dan niet-westerse communicatie. Hier wordt niet altijd rekening mee gehouden in voorlichting. In niet-westerse culturen wordt minder direct over bepaalde zaken gesproken, er wordt bijvoorbeeld gesproken in de derde persoon en met behulp van voorbeelden worden zaken uitgelegd. Het is daarom zaak de communicatie hierop aan te passen door bijvoorbeeld met behulp van voorbeelden en op een minder directe manier zaken uit te leggen. Ook kan het helpen vragen te stellen in de derde persoon en is het mogelijk dat wanneer iemand in de derde persoon praat hij of zij in werkelijkheid over zichzelf praat.

Toetsen van begrip

De autoriteit van sommige professionals, vooral artsen, speelt nog meer dan in de westerse cultuur een rol in de communicatie. Dit kan leiden tot een ja-kliek cultuur waarbij het overkomt alsof de persoon alles snapt. Aan de voorlichter is het dus om zich er van te verzekeren dat de persoon de informatie daadwerkelijk begrijpt. Dit kan bijvoorbeeld door de patiënt zelf te laten vertellen wat er zojuist gezegd en afgesproken is.

Schriftelijk of persoonlijk

Binnen verschillende allochtone groepen is er minder dan bij autochtone Nederlanders sprake van een leescultuur. Schriftelijke voorlichting is daarom minder effectief.

In de Antilliaanse en Surinaamse gemeenschap is bijvoorbeeld het vertellen van verhalen een belangrijke culturele erfenis. Daar wordt in interventies op ingespeeld door bijvoorbeeld huiskamerbijeenkomsten te organiseren.

Aandacht voor voorlichting

De jongeren die uit een cultuur komen waarin het niet geaccepteerd is om seks te hebben en er over te praten, komen in tweestrijd wanneer ze in aanraking komen met seksuele voorlichting, bijvoorbeeld op school. Ze worden geacht geen seks te hebben, dus zouden ze niet naar de voorlichting mogen luisteren. Indien de jongere inderdaad niet seksueel actief is, komt het voor dat men zich afsluit voor de voorlichting omdat deze volgens henzelf niet relevant is. Wanneer het moment daar is dat de persoon seksueel actief wordt, ontbreekt vervolgens de juiste en volledige informatie om zichzelf en de ander te beschermen.

Inhoud van voorlichting

Vaak wordt bij voorlichting aandacht geschonken aan de meer 'technische' aspecten van zwangerschap en soa's. Het feit dat mensen uit verschillende culturen anders tegen seks aankijken en er misvattingen leven in bepaalde culturen is van invloed op de effectiviteit van deze technische voorlichting. Jongeren die van huis uit andere opvattingen meekrijgen voelen zich daardoor minder aangesproken door de voorlichting. Het zou goed zijn dit soort zaken te benoemen en uit te leggen hoe bepaalde culturele groepen aankijken tegen de aspecten en uit te leggen waarom de misvattingen niet juist zijn.

2.3 Het proces van ontwikkeling en uitvoering van interventies

Voor het in kaart brengen van aandachtspunten in het proces van ontwikkeling, implementatie en uitvoering van een interventie hebben we de experts hierover bevraagd en hebben we ons verdiept in literatuur over planningsmodellen.

Planmatige interventie

Herman Schaalma benadrukt het belang van 'theory en evidence based' interventies. In Nederland wordt dit ook wel planmatige preventie genoemd. Hiermee wordt bedoeld dat preventieprogramma's gebaseerd worden op uitkomsten van empirisch onderzoek, en theorieën over gedrag en gedragsverandering. Wat betreft het laatste moet gebruik worden gemaakt van bestaande modellen over waardoor gedrag bepaald wordt: opvattingen, attitudes, sociale omgeving, zelfvertrouwen en vaardigheden; aspecten die in de hiernavolgende hoofdstukken aan bod zullen komen.

Het ideale ontwikkelingsproces, ook wel 'intervention mapping' genoemd, van planmatige preventie bestaat uit 6 fasen¹. De eerste fase is gericht op een analyse van problemen, oorzaken en risicogroepen. De uitkomst daarvan wordt ook wel 'needs assessment' genoemd. In de tweede fase worden de specifieke preventiedoelen gedefinieerd, waarna de derde fase gericht is op het uitwerken van op wetenschappelijke theorieën gebaseerde preventieactiviteiten en materialen. In de vierde fase worden losse activiteiten en materialen gecombineerd tot een samenhangend programma. De laatste twee fasen ten slotte zijn gericht op het plannen en ontwikkelen van een strategie om het programma uit te voeren en op het plannen van zorgvuldige evaluatie.

¹ Schaalma, H. *Met de voeten in de klei*, Oratie uitgesproken aan de Faculteit der Psychologie van de Universiteit Maastricht, 2007.

Participatie

John de Wit en Herman Schaalma benadrukken beide het belang van participatie van zowel de doelgroep van de interventie als de mensen die de interventie uitvoeren in het proces van ontwikkelen en uitvoeren van interventies. Het is belangrijk om te investeren in het inzetten van vertegenwoordigers van de doelgroep en het samen met hen overleggen over en bedenken van interventies. Hierdoor ontstaat er een gevoel van 'community ownership' van het probleem. Het is niet voldoende alleen in de uitvoering met een vertegenwoordiger uit de doelgroep te werken. Er is al in de ontwikkelingsfase aandacht nodig voor 'diepe structure' factoren, zoals man-vrouw verhoudingen en bespreekbaarheid van seksualiteit. De voorlichting moet aansluiten op verschillende waarden en normen.

In aanvulling op het samenwerken met de doelgroep (bijvoorbeeld zelforganisaties) dienen ook experts een rol te hebben. Meer dan nu het geval is zouden zelforganisaties professionele ondersteuning moeten krijgen van bijvoorbeeld een universiteit en Soa Aids Nederland.

Elementen van het proces

Naast de aandachtspunten in het proces van ontwikkeling en uitvoering van interventies die door de experts zijn genoemd zijn enkele aanvullende elementen van dit proces naar voren gekomen uit modellen voor gedragsverandering. Er is er een aantal modellen die een kader bieden voor de planning, ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van interventies.

Een voorbeeld is de Preffi (Preventie Effectmanagement Instrument), dat met name elementen benoemt die een rol spelen in het ontwerp van een interventie. Dit is een kwaliteitsinstrument dat een systematische werkwijze ondersteunt en tot doel heeft de effectiviteit van gezondheidsbevorderende projecten te vergroten.

Elementen die te maken hebben met de implementatie en uitvoering van een interventie worden genoemd in een onderzoek dat in opdracht van ZonMW is uitgevoerd¹. In dit onderzoek is een checklist opgesteld met factoren waaraan een succesvolle interventie moet voldoen. Om te komen tot deze checklist maakten de onderzoekers gebruik van een groot aantal theorieën en modellen.

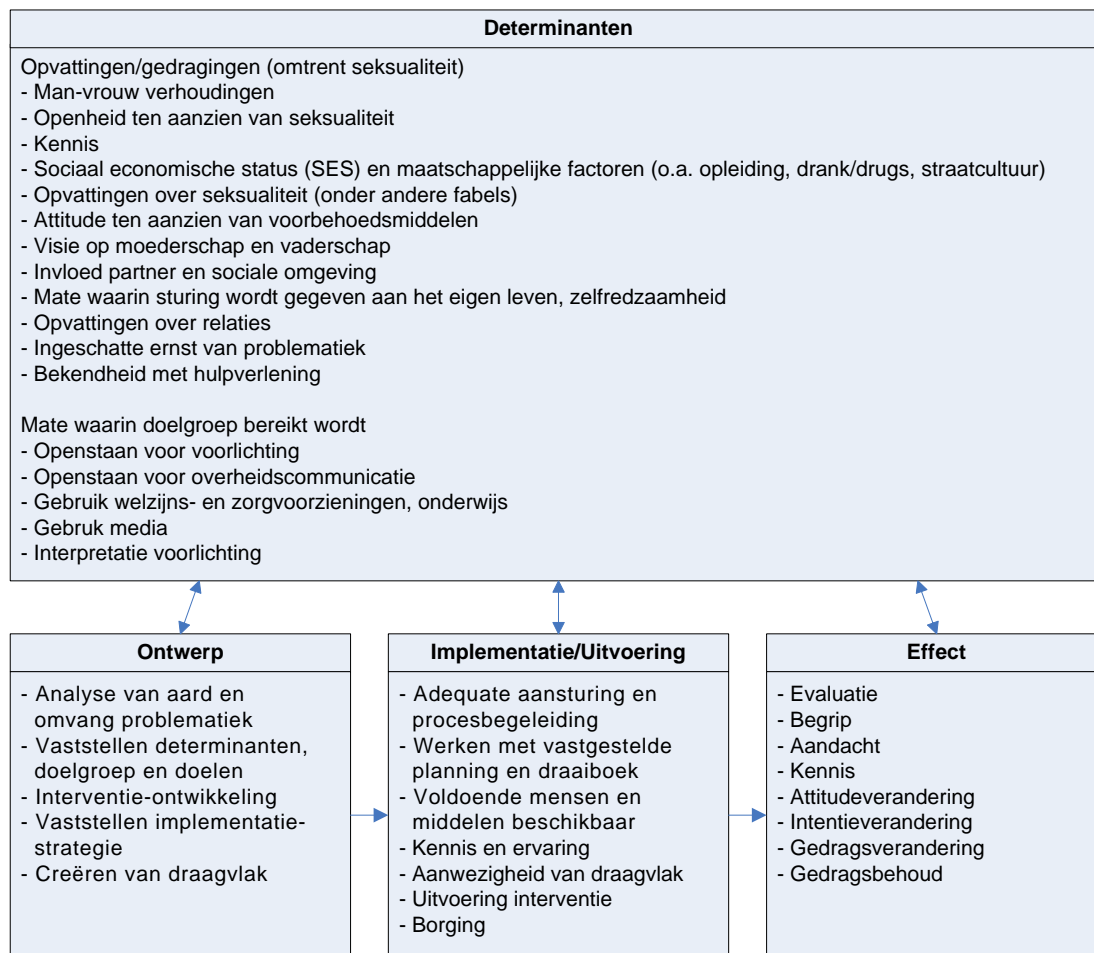
Ook het model van persuasieve communicatie van McGuire is een veel gebruikt model als het gaat om voorlichting. Het model laat een aantal fasen zien die mensen moeten doorlopen wil er sprake zijn van gedragsverandering- en behoud naar aanleiding van een boodschap. Volgens McGuire moet elke fase doorlopen worden wil voorlichting tot een stabiele gedragsverandering en dus tot het gewenste effect leiden.

¹ Cuijpers, P., Jonkers, R. en Keijsers, F.E.M. Leefstijlcampagne in Nederland. Analyse en aangrijpingspunten voor kwaliteitsverbetering. ZonMw, Den Haag, 2000.

2.4 Het onderzoekskader

Op basis van de bevindingen van het literatuuronderzoek en de interviews met experts hebben we een onderzoekskader opgesteld. Dit kader is weergegeven in figuur 2.1.

Figuur 2.1 Theoretisch kader



Het bovenste blok van dit kader gaat over kenmerken van de doelgroep, uitgesplitst naar determinanten van problematiek en naar kenmerken die van invloed zijn op de mate waarin de doelgroep door de interventie wordt bereikt. Daaronder zijn de kenmerken van een interventie weergegeven, waarbij kenmerken van het ontwerp, de implementatie/uitvoering en het effect worden onderscheiden.

Dit model is de basis geweest voor het opstellen van de checklists die we gebruikt hebben voor de interviews met de doelgroep en met professionals betrokken bij de doelgroep en/of bij interventies. De resultaten van deze interviews bespreken we in de volgende hoofdstukken.

3 Seksuele gezondheid en beleving in de praktijk

In dit hoofdstuk komen de problemen met de seksuele gezondheid en de oorzaken die daar aan ten grondslag liggen (de determinanten) aan bod. Dit hoofdstuk is gebaseerd op de uitgevoerde diepte-interviews met zowel de respondenten uit de doelgroep zelf als met de professionals. Wanneer relevant wordt onderscheid gemaakt tussen deze perspectieven. Zowel bij de beschrijving van de problematiek als bij de beschrijving van de determinanten bespreken we bovendien voortdurend eventuele verschillen en overeenkomsten tussen groepen met een verschillende etnische achtergrond en tussen mannen en vrouwen. Omdat dit thema echter een nadere beschouwing verdient gaan we hier in paragraaf 3.4 dieper op in.

3.1 Beschrijving van de doelgroep

In bijlage 4 is een overzicht opgenomen van de achtergrondkenmerken leeftijd, opleidingsniveau en etnische achtergrond van de respondenten uit de doelgroep. Hieronder gaan we dieper in op kenmerken van de respondenten.

Duidelijk is dat de respondenten, een enkele uitzondering daargelaten, relatief laag opgeleid zijn. Uit de interviews blijkt bovendien dat het veelal jongeren zijn die onder moeilijke omstandigheden zijn opgegroeid. Zo zijn er veel die zonder vader zijn opgegroeid, wonen de meeste van hen in achterstandswijken waar veel sociale problematiek heerst en heeft een enkeling een delinquent verleden.

Ervaringen met problematiek op het gebied van seksuele gezondheid

Binnen de groep respondenten die heeft deel genomen aan het onderzoek spreekt een aantal uit eigen ervaring over de seksuele problematiek. Van de 40 respondenten hebben er tien een soa gehad, enkelen van hen hebben zelfs meerdere keren een soa gehad. Daarnaast zijn vijf van de 23 vrouwen die we spraken in hun tienerjaren moeder geworden, hoewel dit niet altijd ongewenst is geweest.

Wel of geen problemen op het gebied van seksuele gezondheid

"Ik heb van mijn moeder geleerd dat mannen ook als maagd het huwelijk in moeten. Daar hou ik me aan en ik ben daar trots op". *jongen van Turkse afkomst.*

"Ik doe het altijd met condoom, mijn lichaam is een tempel". *jongen van Surinaamse afkomst.*

Niet alle respondenten die we spraken nemen veel risico's op het gebied van seksuele gezondheid. Er zijn ook respondenten die heel bewust en veilig met seks omgaan. Het is interessant te bezien wat de jongeren die ervaring hebben met problematiek op het gebied van seksuele gezondheid onderscheidt van de jongeren die hier geen ervaring mee hebben. Hoewel de kwalitatieve aard van het onderzoek en het relatief beperkte aantal respondenten het niet mogelijk maken hierover algemeen geldende uitspraken te doen, lijken de verschillen in hoe men met seks om gaat veel te maken te hebben met de opvoeding, zo blijkt ook uit het voorbeeld van de uitspraak hierboven. Deze jongen heeft geleerd respect te hebben voor vrouwen en geeft aan dat zijn medescholieren hem hiervoor respecteren. Ook spreken we

een jonge man van Afrikaanse komaf die zegt consequent condooms te gebruiken en verstandig met seks omgaat. Zelf schrijft hij dit toe aan zijn strenge opvoeding. Onder de respondenten zijn er ook enkele meisjes die aangeven wel alles te kunnen bespreken met hun moeder en broer en die een hele zekere en realistische houding uitstralen op het gebied van seksualiteit en relaties. Behalve opvoeding speelt volgens enkele professionals ook opleiding een grote rol. Dit heeft er ook mee te maken dat hoger opgeleiden vaak zekerder zijn en beter kunnen onderhandelen over hun gedrag. Daardoor zijn hoger opgeleiden in een relatie beter in staat zaken als condoomgebruik bespreekbaar te maken.

3.2 Problemen met de seksuele gezondheid

In hoofdstuk 2 is de problematiek op het gebied van de seksuele gezondheid zoals deze naar voren komt uit het literatuuronderzoek beschreven. In deze paragraaf beschrijven we de problemen met de seksuele gezondheid van de doelgroep zoals die blijkt uit de gesprekken met doelgroep en met de professionals.

Ongewenste en ongeplande zwangerschappen

We spraken een aantal jonge Antilliaanse en Surinaamse meisjes die al kinderen hebben. Naast hen kennen ook andere Antilliaanse en Surinaamse respondenten in hun naaste omgeving jonge meisjes van soms pas 14 jaar oud die een kind hebben. Deze meisjes weten soms niet wie de vader is. Ze willen graag een kindje en hebben met meerdere jongens onveilige seks. Wat betreft tienerzwangerschappen is er een duidelijk verschil tussen de Antilliaanse en Surinaamse meisjes enerzijds en de Turkse en Marokkaanse meisjes anderzijds. Onder Antilliaanse en Surinaamse meisjes komen (ongewenste) tienerzwangerschappen meer voor, zo blijkt uit de cijfers¹, een beeld dat door de interviews bevestigd wordt. Ook de manier waarop er gereageerd wordt op zwangerschap verschilt sterk tussen beide groepen meisjes. Waar Antilliaanse en Surinaamse meisjes het kind vaak houden, kan daar bij Turkse en Marokkaanse meisjes absoluut geen sprake van zijn en is abortus de enige mogelijkheid. Dit is echter niet iets waar gemakkelijk over gepraat wordt en vanuit de eerste hand zijn de Turkse en Marokkaanse meisjes die we spraken niet bekend met het gegeven dat abortus onder Turkse en Marokkaanse meisjes voorkomt. Toch blijkt uit de interviews met de professionals dat ook onder Turkse en Marokkaanse meisjes ongewenste (tiener)zwangerschappen en abortus voorkomen.

Het komt ook voor dat meisjes meerdere keren zwanger worden en meerdere keren abortus laten plegen, zo zeggen enkele professionals en recente cijfers van de Rutgers Nisso Groep² bevestigen dat dit onder allochtonen meer voor komt dan onder autochtonen. Eén van de geïnterviewde huisartsen zegt zelfs dat abortus een voorbehoedsmiddel lijkt te zijn geworden.

¹ De Graaf, H., Meijer, S. Poelman, J. Vanwesenbeeck, I. *Seks onder je 25, seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2005*, Rutgers Nisso Groep, 2005.

² Rutgers Nisso Groep, *Abortus in Nederland*, Cijfers en trends 2007, Factsheet 2008-1.

Seksueel overdraagbare aandoeningen

Zoals hierboven beschreven hebben 10 van de 40 respondenten uit de doelgroep zelf één of meerdere soa's gehad. Uiteraard is dit aantal niet te generaliseren naar de groep allochtonen als geheel. Zo heeft bijvoorbeeld een deel van de interviews plaatsgevonden bij de soa test bus in Rotterdam, er is dus expliciet gezocht naar jongeren met dergelijke problematiek. De meest voorkomende soa onder de respondenten is chlamydia. Tekenend voor het relatief lage kennisniveau van de respondenten is dat een aantal van hen wel zegt een soa te hebben gehad - en doorvragen leert dat ze weten wat daarmee wordt bedoeld - maar niet weet welke soa. Hoewel veel respondenten ervaring hebben met soa's, ofwel vanuit de eerste hand of in de directe omgeving, laat de bekendheid van soa's duidelijk te wensen over. De ernst van soa's wordt bovendien niet heel erg hoog ingeschat. Het idee leeft dat je er met een korte behandeling wel weer vanaf bent.

Enkele respondenten hebben meerdere keren een soa opgelopen. Wanneer de soa is op te lossen met een korte behandeling wordt deze als minder afschrikwekkend gezien door de respondenten en is men minder geneigd maatregelen te nemen om herhaling te voorkomen. Wanneer de gevolgen van een soa daarentegen duidelijk zichtbaar zijn geweest dan past men de volgende keer beter op. Belemmerend voor het leereffect door ervaringen van anderen blijkt ook dat respondenten het elkaar vaak niet vertellen wanneer ze een soa hebben. "Ik heb een soa van mijn ex, maar ik vertel het hem niet. Dat zoekt hij zelf maar uit" zo zegt een Antilliaans meisje.

Aids is voor veel respondenten uit de doelgroep een verhaal apart. "Je hebt soa's en je hebt aids". Geen van de respondenten kent iemand die aids of hiv heeft of heeft gehad. Over aids wordt vaak in bedekte termen gesproken, zoals 'de ziekte'. Anderen vertellen dat ze gehoord hebben over een ziekte die je kunt krijgen via seks en waar je dood aan kan gaan. Op de achtergrond speelt aids in de perceptie van het gevaar dat ze lopen wel een rol, maar de ingeschatte risico's zijn blijkbaar dusdanig laag dat het de respondenten er niet toe beweegt ook veilige seks te hebben, zoals blijkt uit de geschetste problemen met de seksuele gezondheid in hoofdstuk 1 en 2.

Seksuele dwang

Er is een onderscheid tussen wettelijke en psychologische definities van seksuele dwang¹. We zijn in de interviews geen duidelijke signalen tegen gekomen over seksuele dwang in wettelijke zin, waartoe fysiek geweld, aanranding en verkrachting behoren, bij de respondenten zelf, hoewel enkele meisjes dit wel in hun kennissenkring hebben meegemaakt. De psychologische definitie van dwang gaat uit van de beleving van het slachtoffer. Onder dwang wordt dan verstaan, 'iedere situatie waarin het slachtoffer niet het gevoel heeft te kunnen weigeren of zich aan de situatie te kunnen onttrekken'. Uit de interviews blijkt dat er absoluut sprake is van een zeer sterke beïnvloeding van vrouwen/meisjes door mannen/jongens. In psychologische zin kan er daarom wel sprake van seksuele dwang zijn. Sommigen van de jongens en mannen die we spraken maken hier bewust gebruik van.

¹ Rutgers Nisso Groep. *Seksuele gezondheid van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse Nederlanders*, mei 2008.

Ze zeggen precies te weten welke dingen ze moeten zeggen, wat ze moeten doen en welke cadeautjes ze moeten geven om 'een meisje in bed te krijgen'. In veel gevallen zijn de meisjes jonger en mede daardoor erg vatbaar voor dergelijke beïnvloeding. Ze hebben het gevoel dat ze liefde ontvangen van een jongen en dat ze daarom iets terug moeten doen. Als een jongen dan onveilige seks wil, doen de meisjes het maar, omdat ze zich verplicht voelen of "omdat ze bang zijn de jongen anders te verliezen", zo zeggen enkele respondenten. De professionals onderschrijven deze redenering. Het lijkt er op dat veel ondervraagde meisjes wel eens iets doen of hebben gedaan op seksueel gebied dat ze eigenlijk niet willen doen.

"Als een meisje nee zegt, maken ze grapjes. Nee is eigenlijk ja, je lacht zie je, je wil wel, je bedoelt eigenlijk ja, en dat blijven ze net zo lang zeggen tot een meisje toegeeft".

meisje van Ghanese afkomst.

Een andere vorm van seksuele dwang is chantage. Dit lijkt met name voor te komen bij Marokkaanse en Turkse meisjes, zo blijkt uit de interviews met respondenten en professionals. Wanneer de meisjes eenmaal iets seksueels hebben gedaan met een jongen, zijn er jongens die daar gebruik van maken door te dreigen dat ze verder vertellen wat een meisje gedaan heeft als ze niet doet wat hij zegt op seksueel gebied. Meisjes zijn daar erg angstig voor en hebben voor hun gevoel weinig andere keus dan mee te gaan in de wensen van die jongen. Deze problematiek hangt samen met een aantal oorzaken en determinanten (gebrek aan openheid, sociale controle, man-vrouw verhoudingen, gebrek aan weerbaarheid) waarover we in de volgende paragrafen uitgebreid komen te spreken.

3.3 Determinanten

Determinanten zijn factoren die de problematiek veroorzaken of hieraan bijdragen. In deze paragraaf beschrijven we de volgende determinanten van problematiek op het gebied van seksuele gezondheid:

- Levenshouding
- Seksuele belevingswereld
- Kennis
- Vaardigheden
- Opvoeding
- Man/vrouw verhoudingen
- Negatieve attitude ten aanzien van anticonceptie
- Sociaal economische en maatschappelijke factoren
- Kennis en houding ten aanzien van hulpverlening
- Perceptie van problematiek

Levenshouding

Er lijkt bij veel respondenten sprake van een losse levensstijl waarin het ervaren en het nemen van verantwoordelijkheid voor de eigen acties niet centraal staat. Bij een deel van de respondenten komt dit voort uit een laag zelfbeeld en een negatief toekomstbeeld. Zij hebben niet het gevoel dat het geluk voor hen is weggelegd en handelen hier naar door zichzelf en anderen disrespectvol te behandelen. Dit draagt bij aan een vaak achteloze houding ten aanzien van anticonceptie. Een deel van de respondenten verwoordt dit door te stellen "dat het ze allemaal niks interesseert". Ze hebben het gevoel dat ze hun leven toch

niet kunnen plannen en dat ze er weinig invloed op kunnen uitoefenen. Ze zien wel wat er gebeurt. Dit wordt ook wel een externe 'locus of control' genoemd. Bovendien hebben ze het gevoel dat hen toch niets overkomt. Zoals een Antilliaanse jongen zegt over het oplopen van soa's: "Soms heb je geluk, soms heb je geen geluk". Dit duidt erop dat veel respondenten een lage risicoperceptie hebben. We komen later nog te spreken over 'struisvogelpolitiek' door ouders, maar dit speelt ook bij de jongeren zelf.

De externe 'locus of control' geldt echter niet alleen voor diegenen met een negatief zelfbeeld. Ook voor respondenten die wel over de toekomst nadenken en positief in het leven staan geldt dat ze sterk 'in het hier en nu' leven en zich niet zoveel zorgen maken over morgen.

Seksuele belevingswereld

De seksuele belevingswereld van de doelgroep speelt een belangrijke rol in de oorzaken voor problemen met de seksuele gezondheid. Hoewel veel van onderstaande determinanten hier mee samenhangen kan deze belevingswereld gezien worden als oorzaak op zich. Om de seksuele belevingswereld te illustreren noemen we hieronder een aantal uitspraken van de respondenten. Hoewel zeker niet representatief voor de gehele groep allochtone jongeren, zijn de uitspraken wel illustratief voor hoe een deel van deze jongeren met seksualiteit omgaat.

"Meisjes die veel uitgaan ontmoeten een jongen, wisselen nummers uit en hebben na de eerste date meteen seks" **meisje van Ghanese afkomst.**

"Je streeft ernaar met zoveel mogelijk verschillende meiden naar bed te gaan of zoveel mogelijk verschillende nationaliteiten. Dat is een teken van mannelijkheid. Jongens delen ook wel eens vriendinnetjes" **jongen van Surinaamse afkomst.**

"Ik was 14, mijn vriend was 16. Hij was er al aan toe, ik nog niet. Ik wist niet eens wat ik deed maar ik gaf hem gewoon zijn zin" **meisje van Antilliaanse afkomst.**

Jong en actief

Wat opvalt is dat de respondenten, met uitzondering van de Turkse en Marokkaanse meisjes (waarover later meer) vaak al op jonge leeftijd seksueel actief zijn. Door een aantal respondenten en door professionals is gezegd dat de jongeren vaak al heel jong met seks beginnen, soms al voor hun tiende jaar.

Daarnaast zijn ze seksueel erg actief. De meeste van de respondenten hebben veel wisselende sekspartners. Seks is vaak erg vluchtig en vindt bijvoorbeeld ergens buiten plaats of bij iemand waar de ouders niet thuis zijn.

Het lijkt er op dat veel respondenten status verbinden aan hun seksuele activiteiten. Dit geldt zowel voor jongens als voor meisjes. Een soa consulent uit Rotterdam bevestigt dit. "Er heerst het idee dat hoe vroeger je begint, hoe meer seks je hebt, hoe meer status je vergaart." Ook veel geïnterviewde meisjes scheppen tegenover elkaar op over hoe veel en welke jongens 'ze hebben gehad' en zijn seksueel 'losbandig'.

Gevraagd naar deze seksuele 'losbandigheid' en eventuele gevaren geven met name de jongens aan te weten met wat voor meisje ze zich inlaten. De jongens vertellen dat ze goed kunnen inschatten of ze met een 'schoon en net' meisje te maken hebben en een Turkse jongen legt uit dat je een soa kunt ruiken. Als ze twijfelen dan vragen ze of een meisje het wel eens onveilig heeft gedaan en of ze zich heeft laten testen. Ze gaan er niet vanuit dat een meisje daar over zou liegen. Bovendien worden de risico's niet altijd erg hoog ingeschat. Een Kaapverdiaanse jongen zegt: "Op een pakje sigaretten staat roken is dodelijk. Maar iedereen weet dat je van één sigaret niet dood gaat. Met seks is het net zo."

Vreemdgaan

Vreemdgaan lijkt onder alle groepen die onderdeel uitmaken van dit onderzoek relatief veel voor te komen. Sommige meisjes accepteren het min of meer "omdat mannen nu eenmaal zo zijn". Omdat hun vriend onveilige seks heeft met anderen kunnen meisjes op deze manier een soa oplopen, ook al zijn ze zelf maar met één partner seksueel actief. Zo ziet een geïnterviewde huisarts uit Rotterdam veel Turkse vrouwen die een soa oplopen omdat hun mannen zijn vreemdgegaan. Overigens lijkt dit wel meer voor te komen onder Antillianen, zo blijkt uit de interviews met de doelgroep en de professionals.

Internet

Er zijn steeds meer signalen dat internet een belangrijke rol speelt bij de seksuele beleving en problematiek van jongeren. Verschillende respondenten wijzen op de rol die internet speelt. Zo leren jongeren elkaar 'kennen' via chatboxen, hyves of MSN en kan dit soms al snel leiden tot seksuele contacten. Dit past in het hierboven geschetste beeld van seksuele beleving en vluchtige seksuele contacten. Recent is door het Utrechtse samenwerkingsproject Pretty Woman ook al gewezen op het verschijnsel dat loverboys hun werkterrein hebben verlegd naar internet. Wat ook veel voorkomt is cyberseks, zo vertelt een Antilliaanse jonge vrouw. Voor jongens is dat ook een manier om meisjes over te halen. "Als ze zich op haar eigen kamer achter de computer al een keer heeft uitgetkleed voor de webcam kan hij haar makkelijker over halen om dat in het echt ook te doen".

Extremen

Tijdens het onderzoek zijn ook enkele uitpattingen op seksueel gebied aan de orde gekomen. Zo vertelt de functionaris gezondheidsbevordering van de GGD Utrecht over het fenomeen groepsseks, waarbij een meisje min of meer ter beschikking staat aan meerdere jongens. Vaak is een meisje verliefd geworden op één van de jongens, die haar vervolgens deelt met zijn vrienden. Vaak zijn dit weinig weerbare meisjes, bijvoorbeeld met een laag zelfbeeld en een laag opleidingsniveau. Dergelijke uitwassen houden nauw verband met de problematiek omtrent loverboys. Ook enkele respondenten spreken over dergelijke ervaringen met groepsseks. Een Surinaamse jonge man vertelt bijvoorbeeld over feestjes waar groepsseks plaatsvindt. Gezien de kwalitatieve aard van het onderzoek en het beperkte aantal respondenten is niet vast te stellen wat de omvang is van dergelijke uitwassen. Omdat deze signalen mogelijk wel illustratief zijn voor de seksuele beleving van een deel van de doelgroep kan het niet ontbreken in een beschrijving van de belevingswereld.

Kennis

"Ik heb vaak seks met jonge meisjes van 14 of 15. Daarvan kun je wel inschatten dat ze geen ziektes hebben. Dan beloof ik op tijd terug te trekken, maar op het moment zelf is het zo lekker, dan doe je dat natuurlijk niet". *jongen van Turkse afkomst.*

"Ik ben niet bang voor soa's, ik douche drie keer per dag". *jongen van Marokkaanse afkomst.*

Over het algemeen is de kennis van de respondenten over hoe je soa's kunt voorkomen of genezen onvoldoende en bovenstaande uitspraken geven dat doeltreffend weer. Dit wordt ook bevestigd door de professionals. Het gebrek aan kennis kan leiden tot bepaalde misvattingen. Zo komt het idee dat 'voor het zingen de kerk uit' preventief werkt tegen zowel zwangerschappen als soa's veel voor, met name binnen de Antilliaanse doelgroep. Een Antilliaanse vrouw vertelt dat ze besloten heeft dat voortaan ook te gaan doen omdat ze niet goed tegen de pil kan. Het 'voor het zingen de kerk uit' is overigens ook een middel dat jongens uit de diverse doelgroepen gebruiken om een meisje over te halen onveilige seks te hebben.

De term soa is bij de meeste respondenten wel bekend. Er zijn echter niet veel respondenten die uit zichzelf een aantal soa's kunnen benoemen. Wanneer respondenten soa's kennen, is chlamydia zonder uitzondering de bekendste. Overigens zijn de meisjes in dit onderzoek beter op de hoogte van de verschillende soa's dan de jongens.

Ondanks dat de kennis over soa's bij de respondenten te wensen over laat, is zonder uitzondering wel bekend dat je eigenlijk een condoom moet gebruiken. Zo vertelt een huisarts uit Rotterdam dat jongeren op het soa spreekuur vaak zeggen dat het condoom gescheurd is. Hoewel dit volgens deze arts in de praktijk meestal betekent dat ze geen condoom hebben gebruikt, weten ze dus wel degelijk dat ze eigenlijk een condoom zouden moeten gebruiken. Echter, duidelijk is dat deze kennis niet zonder meer tot het juiste gedrag leidt.

We spreken een jongen van Antilliaanse afkomst. Een jongen met een duidelijke visie op jongerenwerk. Hij gaat ook verstandig met seks om en toont desgevraagd dat hij altijd twee condooms op zak heeft. Maar wat als hij toch een keer geen condooms bij zich heeft en er doet zich 'een echt interessante mogelijkheid voor?' "Dan doe je het toch, zo'n kans krijg je niet iedere dag!...".

De vraag is dan ook in hoeverre het gebrek aan kennis op zich een oorzaak is voor de problematiek. Zelf wanneer de kennis voldoende is en er sprake is van een positieve gedragsintentie ten aanzien van veilige seks, leidt dit niet altijd tot het juiste gedrag. In die stap tussen intentie en gedrag lijkt het vaak fout te gaan en daarin spelen (een gebrek aan) bepaalde vaardigheden en de houding ten aanzien van seks mogelijk een grotere rol dan een gebrek aan kennis. Het gebrek aan kennis lijkt dan ook niet de belangrijkste determinant van risicovol gedrag en hoeft bovendien niet een direct gevolg van culturele factoren te zijn, maar heeft mogelijk eerder te maken met een laag opleidingsniveau.

Vaardigheden

Voldoende kennis leidt niet automatisch tot de juiste vaardigheden. Er zijn verschillende vormen van seksuele vaardigheden. Allereerst zijn er technische vaardigheden. Daarover lijken de meeste respondenten wel te beschikken, in de zin dat ze weten hoe ze een condoom moeten gebruiken of de anticonceptiepil moeten slikken. Gebrek aan technische vaardigheden lijkt dan ook geen belangrijke determinant voor de problematiek te zijn.

De problematiek heeft veel meer te maken met relationele vaardigheden. Daaronder vallen bijvoorbeeld de wijze waarop seks op een leuke en respectvolle manier bedreven wordt en de mate waarin jongens en meisjes over voldoende 'onderhandelingsvaardigheden' beschikken om binnen een (seksuele) relatie bepaalde zaken bespreekbaar te maken. Verschillende professionals, waaronder een seksuoloog, wijzen hier op.

"Seks is meestal zonder voorspel dan duwt de jongen je zo tegen de muur aan en heb je dus geen tijd om na te denken". *meisje van Kaapverdiaanse afkomst.*

Bovenstaand voorbeeld beschrijft een wijze van seks bedrijven waarin seks voor de man een eenzijdige actie betreft, waarin geen rekening wordt gehouden met de wensen van een vrouw. Daarin is bovendien geen enkele ruimte voor 'onderhandeling'. Deze relationele vaardigheden, of het gebrek daar aan, hangen samen met de man-vrouw verhoudingen, waarover later meer.

Opvoeding

In de seksuele en relationele vorming speelt opvoeding een belangrijke rol en in paragraaf 3.1 verwezen we hier al kort naar in het kader van verschillen tussen respondenten die op een risicovolle manier en respondenten die op een bewuste en veilige manier met seks omgaan. Zowel volgens de respondenten zelf als de professionals is er een groot gebrek aan openheid over seksualiteit binnen gezinnen. Een situatie waarin weinig openheid over seksualiteit is kan nog verergerd worden wanneer ouders ook weinig betrokkenheid bij hun kind tonen. Bij een aantal respondenten was dit het geval en dat waren de respondenten met de grootste problemen. Wanneer ouders wel betrokkenheid tonen maar er geen openheid over seksualiteit is uit zich dat vaak in abstracte waarschuwingen zoals "doe geen domme dingen" en "kijk uit met jongens".

Het gebrek aan openheid speelt het sterkst, maar zeker niet uitsluitend, binnen de Turkse en Marokkaanse gezinnen. Hieronder bespreken we eerst de situatie met betrekking tot Turkse en Marokkaanse respondenten, vervolgens komt het gebrek aan openheid onder Antillianen en Surinamers aan bod.

Openheid onder Turken en Marokkanen

De respondenten vertellen dat met de ouders absoluut niet over seks gepraat kan worden. Er wordt namelijk verwacht dat je geen seks hebt voor het huwelijk. "Praten met je kinderen over seks is als het ware toestemming geven voor seksueel gedrag", zo zegt één van de professionals. Wanneer kinderen seksueel niet actief zijn kunnen ze ook niks oplopen en hoef je ze dus nergens voor te waarschuwen, zo redeneren veel ouders. Enkele professionals betitelen dit als struisvogelpolitiek. Ouders sluiten hun ogen voor de werkelijkheid en willen niet zien dat hun eigen kinderen waarschijnlijk ook seksueel actief zijn. Een dochter die aan de ouders vertelt dat ze geen maagd meer is, dat is simpelweg ondenkbaar.

Wanneer ouders wel iets zeggen tegen hun kinderen over seksualiteit gebeurt dat vaak op een indirecte en waarschuwendende manier. Een Marokkaanse jongen vertelt dat zijn moeder thuis tegen hem zei: "Zorg dat jij een meisje geen dikke buik geeft", een duidelijk voorbeeld van betrokkenheid maar tegelijk weinig openheid over seksualiteit.

Thuis wordt er vaak gezamenlijk televisie gekeken. Wanneer er beelden op televisie komen waarin mensen intiem met elkaar zijn wordt er doorgaans onmiddellijk weggezapt. Door de ouders, maar even vaak door jongeren zelf die zich er ongemakkelijk bij voelen dergelijke beelden te bekijken in het bijzijn van hun ouders.

Omdat enkele van de recente of lopende campagne filmpjes ook gebruik maken van beelden waarin mensen intiem zijn met elkaar, heeft dit duidelijke implicaties voor de effectiviteit van interventies. In hoofdstuk 4 komen we hier op terug.

Het gebrek aan openheid speelt met name tussen ouders en kinderen een zeer grote rol. Meisjes onderling praten naar eigen zeggen vrij veel over seks. Een Marokkaans meisje vertelt dat vriendinnen onderling wel makkelijk en in details over seks praten. Hetzelfde geldt voor de jongens. Bovendien zeggen veel respondenten informatie te hebben gekregen van broers en zussen of andere familieleden zoals neven en nichten, in plaats van de ouders.

Sterker dan bij de Antilliaanse en Surinaamse meisjes, speelt bij de Turkse en Marokkaanse meisjes de taboe- en schaamtecultuur een rol. De Surinaamse en Antilliaanse meisjes die we spreken kunnen thuis meestal niet over seksualiteit praten, maar zijn tegenover ons erg openhartig en zijn allemaal seksueel actief. Geen van de Turkse en Marokkaanse meisjes die we spreken daarentegen zegt zelf seksueel actief te zijn. De meisjes zeggen wel vriendinnen of andere meisjes te kennen die verder gaan op het gebied van seks. Ook zegt één meisje bij de huisarts geweest te zijn voor de pil maar niet seksueel actief te zijn. Het is goed denkbaar dat de meisjes, vanwege de angst- en schaamtecultuur, niet durven toe te geven dat ze seks hebben. Dat een deel van de Turkse en Marokkaanse meisjes wel seksueel actief is, is duidelijk, zo blijkt uit interviews met professionals die zicht hebben op deze meisjes en uit de interviews met de jongens.

Het gebrek aan openheid over seks bij de Turkse en Marokkaanse jongeren heeft te maken met een zeer sterke ervaren sociale controle. Ook wordt met name de Marokkaanse gemeenschap omschreven als een 'roddelcultuur'. Er leeft het gevoel dat er maar iets hoeft te gebeuren of de hele gemeenschap weet het. Dit versterkt het gevoel van sociale controle en maakt meisjes en vrouwen angstig. Respondenten zijn vaak erg bang dat de dingen die ze gedaan hebben op seksueel gebied en die eigenlijk niet horen terecht komen bij diegenen die het niet mogen weten. Zowel de geïnterviewde jongeren als professionals wijzen op het belang van het behoud van het maagdenvlies voor Turkse en Marokkaanse meisjes. Enkele professionals, waaronder professionals met een Marokkaanse achtergrond, stellen dat vanwege het belang van het intact houden van het maagdenvlies orale en anale seks relatief veel voorkomt.

Religie

De respondenten en professionals is ook gevraagd naar de invloed van religie op hun gedrag en op de problemen met de seksuele gezondheid. Hoewel het voorschrift binnen de Islam als maagd het huwelijk in te gaan zowel van toepassing is op mannen als vrouwen, blijkt de invloed van dit voorschrift op het gedrag behoorlijk te verschillen tussen de onder-vraagde islamitische mannen en vrouwen. We spreken één Turkse jongen die zich hier aan houdt en in zijn gedrag speelt religie dus een duidelijke rol. Echter de andere mannelijke Turkse en Marokkaanse respondenten zijn eenduidig in hun reactie op de vraag naar de invloed van religie. Het speelt eigenlijk geen rol en het weerhoudt ze er niet van seksueel actief te zijn.

Voor vrouwen ligt het anders. De druk vanuit de religie om als maagd het huwelijk in te gaan is op meisjes sterker omdat de eer van de familie in sterkere mate verbonden is aan het kuis gedrag van meisjes dan van jongens, en dit wordt bevestigd in de interviews met islamitische meisjes. De maagdelijkheid moet bewezen worden tijdens de huwelijksnacht en dit weerhoudt veel islamitische meisjes ervan seksueel actief te zijn. Toch gaan de voorschriften en de werkelijkheid niet altijd hand in hand, zo zeggen respondenten en professionals. Er zijn ook (ongehuwde) Turkse en Marokkaanse meisjes die wel seksueel actief zijn. Met name voor meisjes en vrouwen lijkt religie daarom wel van invloed op zowel het seksueel gedrag als op de openheid over en de bespreekbaarheid van seksualiteit.

Enkele professionals stellen dat de Koran vrij expliciet is over seksualiteit, zeker in vergelijking met de Bijbel. Zo geeft de Koran gehuwde vrouwen het recht op seks binnen het huwelijk. Dat zou aanknopingspunten kunnen bieden voor interventies, ware het niet dat er over het algemeen alleen over seksualiteit gesproken kan worden binnen de context van het huwelijk. Dat weerhoudt ouders er vaak van openlijk met hun kinderen over het thema te spreken.

Openheid onder Antillianen en Surinamers

Vaak wordt het gebrek aan openheid gezien als specifiek toebehorend aan Turkse en Marokkaanse gezinnen of meer in het algemeen de islamitische gemeenschap. Toch speelt het gebrek aan openheid over seksualiteit binnen gezinnen in alle onderzochte etnische groepen een rol. Praten over seks met je ouders is ook in de Surinaamse cultuur 'not done'. Ook veel Antilliaanse moeders zien het geven van voorlichting over seks als het geven van toestemming. Opvallend is dat de Surinaamse en Antilliaanse meisjes en vrouwen die zelf moeder zijn en zeggen de seksuele voorlichting aan hun eigen kinderen goed en anders aan te willen pakken, dit in de praktijk toch niet doen omdat ze niet goed weten hoe ze met hun eigen kinderen over seks zouden moeten praten.

Vader of moeder?

Wanneer er wel met de ouders over seks gepraat wordt is bijna zonder uitzondering de moeder de aangewezen persoon. Zowel de jongens als meisjes geven aan met hun vader absoluut niet over seks te kunnen praten, ook niet in bedekte termen. Voor de Antilliaanse en Surinaamse geïnterviewde jongeren is dit vrij logisch aangezien ze bijna allemaal vrijwel geheel door de moeder zijn opgevoed en zijn opgegroeid in de afwezigheid van een vader. Maar het geldt ook voor de Turkse en Marokkaanse respondenten, ook al is er wel een vader aanwezig. In hoofdstuk 4 bespreken we de implicaties van deze duidelijke rolverdeling voor interventies gericht op de ouders.

Man-vrouw verhoudingen en weerbaarheid

"De man-vrouw verhoudingen zijn op scherp gezet door de westerse seksuele moraal. Het heeft meisjes angstiger en jongens vrijer gemaakt."

Peter Leusink, seksuoloog/huisarts.

Uit de gesprekken met de doelgroep blijkt dat jongens en mannen weinig respect hebben voor vrouwen en meisjes. Dit wordt ook bevestigd en benadrukt door de geïnterviewde professionals. In de beleving van veel allochtone jongens moeten vrouwen beschikbaar zijn voor seks. Over seks wordt niet onderhandeld of gesproken, het is iets wat je moet doen. Deze houding heeft invloed op het seksuele gedrag van deze jongeren. Wat vrouwen en meisjes willen is van ondergeschikt belang. Bij Turkse en Marokkaanse meisjes speelt mee dat ze niet hebben geleerd 'nee' te zeggen tegen een man en dat ze, zoals eerder al genoemd, makkelijk chantabel zijn. De ondervraagde Antilliaanse meiden beginnen vaak al op jonge leeftijd, wanneer ze eigenlijk voor zichzelf nog geen grenzen hebben afgebakend. De jongens zijn vaak ouder en hebben daardoor een haast natuurlijk overwicht.

Het beeld ontstaat dat veel meisjes uit de doelgroep, en zeker de jongere meisjes, niet sterk in hun schoenen staan en niet weerbaar zijn. Dit gebrek aan weerbaarheid is een duidelijke determinant van zowel soa's en ongewenste zwangerschappen als seksuele dwang. De meisjes kunnen hun grenzen niet goed aangeven. Daardoor geven ze vaak toe als jongens onveilig willen vrijen en tolereren ze vreemdgaan binnen een relatie. Ze zijn onzeker en doen heel veel om jongens bij zich te houden omdat ze bang zijn de aandacht van jongens te verliezen. De programmacoördinator seksuele en relationele vorming van de Rutger Nisso Groep stelt ook dat allochtone meisjes teveel anticiperen op de behoefte van jongens en zichzelf daardoor wegcijferen, maar ziet daarin wel overeenkomsten met laag opgeleide autochtone meisjes.

Bij Marokkaanse en Turkse jongeren speelt nog specifiek het verschil tussen wat jongens en meisjes mogen doen. Als een jongen vroeg seksueel actief is, is de reactie van de omgeving "het is een jongen, hij moet oefenen", terwijl dit bij meisjes de eer van de familie schaadt en het intact houden van het maagdenvlies zeer belangrijk is.

Wat betreft de problematiek van ongeplande zwangerschappen bij Antilliaanse en Surinaamse meisjes spelen de man-vrouw verhoudingen ook een duidelijke rol. Het is de machocultuur versus de moedercultuur en problemen ontstaan waar die twee elkaar raken, zo zegt één van de professionals. Veel Antilliaanse en Surinaamse jongens en meisjes zijn opgegroeid zonder vader en hebben een alleenstaande moeder als voorbeeld. De man is vaak weg en heeft soms ook meerdere vriendinnen. Tegelijkertijd wordt jong moederschap als heel normaal gezien door meisjes, vinden ze het leuk, ontlene ze er status aan en wordt een kind gezien als een 'geschenk van God'. De beeldvorming is niet realistisch zo zeggen enkele professionals. De minder positieve zijde is niet bekend en wordt onderdrukt.

Negatieve attitude ten aanzien van anticonceptie

Wat uit de gesprekken met de respondenten duidelijk naar voren komt en zeker bijdraagt aan een groot deel van de problematiek is een negatieve attitude ten aanzien van anticonceptie. Zowel de jongens als meisjes weten te vertellen dat met name de jongens liever

geen condoom gebruiken om de simpele reden dat het lekkerder is zonder condoom. Respondenten schrijven dit zelf ook toe aan lust.

Jongens zetten vaak hun overredingskracht in om meisjes ervan te overtuigen het zonder condoom te doen. Zoals eerder besproken ontbreekt het bij veel meisjes aan de weerbaarheid en zelfverzekerdheid om voet bij stuk te houden en te eisen dat er een condoom gebruikt wordt. Het zijn echter niet alleen jongens maar ook meisjes die negatief staan tegenover condoomgebruik, soms ingegeven door het idee dat "condooms toch scheuren".

Naast het feit dat jongens de seks lekkerder vinden zonder condoom, bestaan er ook nog enkele 'mythes' of misvattingen over condoomgebruik. Zo denkt een enkeling dat je geen orgasme kan bereiken wanneer je een condoom gebruikt, en vertelt een ander dat condooms te krap zijn voor hem. Ook ten aanzien van de pil heersen er negatieve ideeën. Zo denkt een aantal meisjes dat je dik wordt van de pil of dat je er ziek van wordt.

Verantwoordelijkheid voor anticonceptie

Naast een negatieve attitude ten aanzien van anticonceptie speelt ook het gevoel van verantwoordelijkheid voor anticonceptie een rol. Veel jongens schuiven deze verantwoordelijkheid vrij gemakkelijk af. Een jongen van Afrikaanse afkomst die kort geleden een soa heeft opgelopen verwoordt dit op illustratieve wijze: "Zij had moeten zeggen, moet je niks om doen, want als jongen denk je daar op dat moment niet aan".

Sociaal economische en maatschappelijke factoren

In de interviews is een aantal sociaal economische en maatschappelijke factoren genoemd die ten grondslag liggen aan de problematiek.

Meervoudige problematiek

De seksuele problematiek waarmee de respondenten uit de doelgroep te maken hebben staat niet op zichzelf. Vaak is er sprake van een heel pakket aan problemen. Veel respondenten vallen voortijdig uit in het onderwijs, hebben geen werk, kampen met financiële problemen en met drank- en drugsmisbruik.

Er lijkt vaak sprake van een algehele situatie van slechte levensomstandigheden en weinig toekomstmogelijkheden. De respondenten hebben vaak ook weinig te doen en vervelen zich. Opvallend is dat seks zelfs bijna als substituut gezien wordt voor crimineel gedrag. Ook enkele professionals wijzen op deze situatie waarin respondenten niks te doen hebben en daarom seksueel erg actief zijn.

"We hebben niks te doen, dus gaan we maar op zoek naar meisjes, anders krijgen we weer problemen met de politie". ***jongen van Antilliaanse afkomst***

Seksualisering van de maatschappij

Veel respondenten wijzen op de invloed van de seksualisering van de maatschappij. Er is te veel seks op televisie en te veel seks in het straatbeeld. In combinatie met het feit dat respondenten voor hun gevoel niks anders te doen hebben, leidt dit ertoe dat ze op zoek gaan naar seks. Ook enkele professionals wijzen op het feit dat in de seksualisering van de maatschappij een oorzaak schuilt voor de problematiek. Turkse en Marokkaanse respondenten hebben daardoor het idee gekregen dat ze hetzelfde moeten doen als Nederlanders op gebied van seks. "Tegen alle sekspromotie in de samenleving is geen condoomcampagne opgewassen", zo verwoordt een Marokkaanse jonge man het.

Drank en drugs

Drugs- en drankgebruik verdient een aparte vermelding. Veel van de respondenten vertellen dat ze sterk onder invloed waren op momenten dat ze onveilige seks hadden. Soms weten ze het zich niet eens meer te herinneren. Dit geldt zeker voor jonge meisjes die zich inlaten met oudere jongens. Zeker in combinatie met gebrek aan ervaring leidt drank- en drugsgebruik tot een extra risico op onveilige of ongewenste seks.

Opleiding

De respondenten uit doelgroep zijn bijna zonder uitzondering laag opgeleid. Het opleidingsniveau is een mogelijke determinant voor seksuele problemen. Professionals wijzen er op dat hoger opgeleiden vaak zekerder zijn en beter kunnen onderhandelen over hun gedrag. Daardoor zijn hoger opgeleiden in een relatie beter in staat zaken als condoomgebruik bespreekbaar te maken. Voor lager opgeleiden is dit vaak moeilijker.

Leven in verschillende culturen

Interessant is ook te bezien hoe de respondenten hun cultuur ervaren ten opzichte van de Nederlandse cultuur. De mate waarin de respondenten zich Nederlander voelen verschilt per persoon. Sommigen staan zeer afwijzend tegen over Nederland en Nederlanders, anderen voelen zich juist Nederlander of echt multicultureel. Dat kan implicaties hebben voor het ontwikkelen van interventies. Respondenten die duidelijk afwijzend staan tegenover Nederland en Nederlanders zijn mogelijk moeilijker te bereiken wanneer autochtone Nederlanders de 'hoofdrol' spelen in interventies, in welke rol dan ook. In hoofdstuk 4 gaan we hier verder op in.

Enkele professionals geven aan dat met name Marokkaanse jongeren moeite kunnen hebben met het leven in twee gescheiden werelden. "Thuis is het gewoon tanden poetsen, douchen, slapen, wakker worden en naar buiten" zegt een Marokkaanse jongen. Wanneer jongeren dit gevoel hebben kunnen ze thuis waarschijnlijk niet makkelijk terecht wanneer ze problemen ervaren op het gebied van seksuele gezondheid. Het verschil tussen de thuis-situatie en de wereld daarbuiten is groot. Dit geldt voor de rol die sommige jongeren in de twee werelden spelen – thuis de braafste dochter of zoon, buiten een meisje met seksuele ervaringen of een jongen die seksueel zeer actief is – maar ook voor de opvattingen die jongeren van huis uit mee krijgen. Thuis leren ze dat seks verboden en vies is. Op school wordt, naar verhouding, expliciete voorlichting gegeven over hoe je een condoom omdoet. Gevolg kan zijn dat jongeren denken dat de informatie niet op hen van toepassing is of dat ze het niet aannemen omdat thuis een andere moraal wordt geleerd.

Culturele versus sociaal economische factoren?

De beschrijving van de oorzaken tot dusver laat zien dat, hoewel een gedeelte van de determinanten is te herleiden tot culturele factoren, cultuur niet alles bepalend is. De sociaal economische klasse waarin deze jongeren zich bewegen lijkt ook een grote rol te spelen. Interessant in dit licht is te bezien in hoeverre de seksuele gezondheid van autochtone jongeren in vergelijkbare situaties die zich bewegen in vergelijkbare groepen, bestaande uit jongeren van verschillende etnische afkomst, afwijkt van de seksuele gezondheid van allochtone jongeren. Met andere woorden: in hoeverre zijn sociaal-economische status en de sociale omgeving een belangrijkere determinant dan afkomst?

Veel van de respondenten uit de doelgroep zeggen dat er niet zozeer sprake is van culturele factoren die met etnische afkomst te maken hebben, maar dat er sprake is van een subcultuur, een straatcultuur waarin zich jongeren bewegen met een verschillende etnische achtergrond. Als gevolg daarvan nemen de jongeren veel gedragingen van elkaar over, wat ook gebeurt op seksueel gebied. Verschillende experts kunnen dit bevestigen. Waarden, normen en gebruiken worden voor een belangrijk deel ook bepaald door de subcultuur. De vraag is bovendien in hoeverre er bij de tweede en derde generatie nog echt over een afgebakende Turkse, Marokkaanse of Surinaamse cultuur gesproken kan worden. De programmacoördinator seksuele en relationele vorming van de Rutgers Nisso Groep voegt hier aan toe dat allochtone jongeren afwijkend gedrag omtrent seksualiteit vertonen, door hun vaak gemarginaliseerde positie in de Nederlandse maatschappij en niet zozeer door culturele factoren. Tot slot geeft de programmaleider etnische minderheden van Soa Aids Nederland aan dat problematiek van allochtonen vaak niet door culturele factoren kan worden verklaard, maar dat er sprake is van socio-economische bagage.

Vaak is er sprake van een combinatie van bovenstaande factoren. Het verkeren in een bepaalde vriendenkring of afkomstig zijn uit een bepaalde wijk, betekent, hoe invloedrijk de omgeving ook is, echter niet vanzelfsprekend dat iemand met dezelfde problematiek te maken krijgt. Illustratief voorbeeld, ook genoemd in paragraaf 3.1, is een jongen met een Afrikaanse achtergrond die is opgegroeid in een wijk waar veel sociale problematiek speelt en behoort tot een vriendengroep waarbinnen een aantal jongens zeer losbandig omgaat met seks. Zelf zegt hij echter zeer consequent te zijn in het gebruik van condooms en heeft hij alleen seksueel contact gehad met vaste relaties. Naar eigen zeggen heeft dit te maken met zijn strenge opvoeding.

Ondanks de belangrijke invloed van sociaal-economische en maatschappelijke factoren, vertoont een aantal van de in dit hoofdstuk beschreven oorzaken, zoals man-vrouw verhoudingen en openheid, wel degelijk samenhang met culturele factoren. Ook het feit dat er op een aantal vlakken duidelijke verschillen bestaan tussen verschillende etnische groepen duidt op de mogelijke rol die culturele factoren spelen in het ontstaan van de problematiek. In paragraaf 3.4 gaan we dieper in op deze verschillen, maar ook op de overeenkomsten.

Kennis over en houding ten aanzien van hulpverlening

Wanneer een beroep gedaan moet worden op de hulpverlening betekent dit natuurlijk vaak dat er al een probleem is. Toch speelt kennis over en houding ten aanzien van hulpverlening ook een rol in de preventie van problemen. Wanneer jongeren denken een soa te hebben is het belangrijk dat ze snel weten waar ze terecht kunnen voor een test en eventuele behandeling. Zeker gezien het feit dat de respondenten seksueel erg actief zijn en niet zelden onveilige seks hebben is dit vanuit het oogpunt van het tegengaan van verdere ver-

spreiding van groot belang. Uit de interviews blijkt dat veel respondenten niet goed weten waar ze terecht kunnen voor een test. Dit speelt met name bij de jongens. De meisjes zijn over het algemeen beter op de hoogte. Maar weinig jongens komen uit zichzelf uit op de naam GGD, hoewel ze soms wel op de hoogte zijn van een dergelijke instelling. Veel respondenten geven aan in eerste instantie aan te kloppen bij familie (broers of zussen) en vrienden of zelf op zoek te gaan op internet wanneer het vermoeden bestaat dat ze een soa hebben.

Naast het feit dat jongeren uit de doelgroep niet altijd op de hoogte zijn van de juiste kanalen voor hulpverlening speelt een zekere angst om naar een hulpverlener toe te gaan ook een rol. Veel respondenten zijn bang om naar de huisarts te gaan omdat je daar je ouders tegen kan komen of omdat ze vrezen dat de huisarts niet discreet omgaat met hun anonimiteit. Ook zijn ze bang voor hoge kosten of voor de mogelijkheid dat hun ouders de rekening tegen komen. Dit speelt met name bij de Turkse en Marokkaanse respondenten en wordt bevestigd door de professionals. Tot slot schrijven veel jongeren het feit dat ze zich niet laten testen op soa's zelf toe aan laksheid en aan het feit dat 'het ze allemaal niet zo veel interesseert'.

De onbekendheid met de juiste kanalen en de angst voor of passiviteit ten aanzien van hulpverlening spelen in zekere zin dus ook een rol in de oorzaken van de problematiek. Dit omdat respondenten mogelijk te lang blijven rondlopen met soa's, met alle gevolgen voor de gezondheid en verdere verspreiding van dien. In hoofdstuk 4 komen we hier in het kader van de interventies op terug.

Perceptie van problematiek

Tot slot kan ook de perceptie van de problematiek een belangrijke rol spelen. Niet altijd worden problemen waarover wordt gesproken door de betrokkenen zelf als zodanig ervaren. Dat is ook hier de vraag. In hoeverre zien de jongeren zelf de problematiek eigenlijk als probleem? Wanneer ze het niet als een probleem zien draagt dat natuurlijk inherent bij aan het ontstaan van problemen, want waarom zouden ze er dan iets aan veranderen? Uit de interviews met de respondenten en professionals blijkt dat de jongeren veel van de problemen niet altijd als een echt probleem zien.

Dit speelt heel duidelijk bij de tienerzwangerschappen die veel voorkomen onder Antilliaanse en, in iets mindere mate, Surinaamse meisjes. Het lijkt er op dat ze het vaak niet erg vinden om jong een kind te krijgen, nog vaker vinden ze het zelfs leuk. "Zwanger zijn is hip onder jonge meisjes van 16; Ze denken aan leuke rokjes en kleertjes voor de baby" zegt een jonge vrouw. Velen beseffen maar nauwelijks wat de consequenties zijn. Wat hierin ook meespeelt is het voorbeeld dat veel jonge meisjes van huis uit meekrijgen. Ze zijn vaak opgevoed door een alleenstaande moeder. Bijkomend probleem is ook dat meisjes en vrouwen het niet laten merken wanneer ze het wel als probleem ervaren en er ongelukkig door zijn of zich beperkt voelen. "Het is in de Antilliaanse cultuur immers 'not done' om ongelukkig te zijn" zo zegt één van de professionals, werkzaam op het gebied van veiligheid bij de gemeente Rotterdam.

Wat ook voorkomt is dat het probleem simpelweg wordt afgeschoven naar een ander. Op de vraag wat hij zou doen na onveilige seks met een meisje dat de pil niet blijkt te gebruiken, antwoordt een Turkse jongen: "Dat is haar probleem, maar als ik goed met haar kan opschieten ga ik de volgende dag wel mee om een morning-after pil te halen."

Ook de ernst van soa's wordt door de respondenten niet heel hoog ingeschat. Soa blijkt voor de respondenten een zeer abstract begrip, dat geassocieerd wordt met jeuk of afscheiding. Maar wat een soa precies met je gezondheid doet of hoe ernstig het is, dat weet men niet. Zo zijn weinig respondenten er bijvoorbeeld van op de hoogte dat Chlamydia onvruchtbaarheid tot gevolg kan hebben. Onder enkele respondenten leeft het idee dat 'je met een paar pilletjes weer van een soa af bent'. Dit beeld wordt door de professionals bevestigd.

3.4 Verschillen en overeenkomsten

Etniciteit en geslacht

In dit hoofdstuk zijn wanneer daar duidelijk sprake van is de verschillen tussen de etnische groepen en tussen jongens en meisjes aan bod gekomen. Hoewel het niet mogelijk is de bevindingen te generaliseren naar algemeen geldende verschillen tussen groepen, spelen bepaalde determinanten bij de ene etnische groep een grotere rol dan bij de andere. Zo speelt het gebrek aan openheid en de taboe- en schaamtecultuur een sterkere rol bij Turkse en Marokkaanse jongeren dan bij Antilliaanse en Surinaamse jongeren.

Toch blijkt ook dat de verschillen tussen de groepen soms vervagen. Zoals eerder beschreven stellen veel respondenten en professionals vast dat er niet zozeer sprake is van culturele factoren, maar dat er sprake is van een subcultuur, een straatcultuur waarin zich respondenten bewegen met een verschillende etnische achtergrond. Eerder is daarom al de vraag opgeworpen in hoeverre autochtonen uit een vergelijkbaar sociaal economisch milieu verschillen van de allochtonen uit deze doelgroep.

Het vervagen van de verschillen tussen groepen lijkt met name te spelen bij jongens en speelt minder sterk bij meisjes. Gebleken is dat tussen Marokkaanse en Turkse meisjes enerzijds en Antilliaanse en Surinaamse meisjes anderzijds duidelijke verschillen bestaan, bijvoorbeeld met betrekking tot de visie op moederschap, seksuele activiteit en openheid over seks. Deze verschillen hebben een duidelijke culturele achtergrond: met name bij moslimmeisjes speelt de taboe- en schaamtecultuur een grote rol en het feit dat zij niet geacht worden seksueel actief te zijn. Het lijkt er op dat culturele factoren die te maken hebben met afkomst meer spelen bij vrouwen en meisjes dan bij mannen en jongens, die meer beïnvloed lijken te worden door hun 'vrienden op straat'.

3.5 Ten slotte

In dit hoofdstuk is getracht de seksuele belevingswereld van de doelgroep te beschrijven. Daarbij zijn de seksuele problematiek en de determinanten daarvan uitgebreid aan bod gekomen. Wat duidelijk blijkt en in de tekst doorlopend naar voren komt is dat er veel verbanden bestaan tussen de verschillende oorzaken. Het is dan ook niet mogelijk eenduidig aan te wijzen welke oorzaken in welke mate tot welke problematiek leiden. Veel vaker is er sprake van een samenspel van verscheidene oorzaken. Zo spelen opleidingsniveau, sociaal economische status, relationele en seksuele vaardigheden en het kennisniveau een belangrijke rol. Deze factoren hangen met elkaar samen maar zijn ook elk afzonderlijk als determinant van problematiek op het gebied van seksuele gezondheid te zien. Datzelfde geldt voor man-vrouw verhoudingen, gebrek aan openheid en een taboe- en schaamtecultuur. Binnen dit samenspel van oorzaken en problematiek varieert de invloed van cultuur. Soms speelt dit een marginale rol en lijkt de problematiek sterker samen te hangen met de sociaal economische status. Dan weer treedt cultuur sterker op de voorgrond, zoals bij de openheid binnen gezinnen of de man-vrouw verhoudingen.

4 Interventies: succes- en faalfactoren

In dit hoofdstuk gaan we in op de bestaande interventies gericht op de bevordering van seksuele gezondheid van allochtonen. Allereerst beschrijven we kort de interventies die recent zijn ontwikkeld en uitgevoerd op dit terrein. Vervolgens komen de succes- en faalfactoren van interventies aan bod. Deze factoren zijn gebaseerd op de determinanten die uit de interviews met jongeren en professionals naar voren komen, op de voorkeuren ten aanzien van interventies die de doelgroep zelf uitspreekt en op succes- en faalfactoren van interventies die door professionals en experts zijn genoemd. Zo veel mogelijk slaan we een brug tussen de in hoofdstuk 3 beschreven (culturele) determinanten van problematiek en de ontwikkeling en uitvoering van interventies en waar relevant leggen we een link tussen deze factoren en de bestaande interventies. Dit hoofdstuk bevat echter geen toetsing van de bestaande interventies aan de succes- en faalfactoren. Omdat het onderzoek niet tot doel heeft gehad de effecten van bestaande interventies te evalueren, kunnen we hier geen uitspraken over doen.

4.1 Overzicht van interventies

Gedurende het onderzoek hebben we een overzicht samengesteld van bestaande interventies gericht op de bevordering van seksuele gezondheid van allochtonen. Allereerst hebben we ons hierbij gebaseerd op rapporten over en overzichten van bestaande interventies. Voor dit onderzoek hebben we ons, in overleg met de opdrachtgever, toegespitst op interventies die aan de volgende kenmerken voldoen:

- De doelgroep van de interventies betreft (nadrukkelijk ook) Surinamers, Antillianen, Turken, Marokkanen, Afrikanen en/of Midden- en Zuid-Amerikanen. De interventies zijn niet (alleen) gericht op asielzoekers of illegalen.
- De interventie richt zich op primaire en niet alleen op secundaire preventie.
- De interventie richt zich op het voorkomen van ongewenste/ongepande zwangerschap, tienerzwangerschap, soa's en/of seksuele dwang. De interventie richt zich niet (alleen) op huiselijk geweld, kwesties als uithuwelijking/partnerkeuze, loverboys of specifiek op slachtoffers of daders van seksuele dwang.
- De interventie is na 2000 ontwikkeld en/of uitgevoerd.

In het vervolg van het onderzoek is het overzicht telkens aangevuld als we in de interviews met de professionals op nieuwe interventies werden gewezen. Desondanks verwachten we niet dat ons overzicht uitputtend is.

Het uiteindelijke overzicht van interventies dat in dit onderzoek is opgesteld is opgenomen in bijlage 3. Per interventie worden hierin verschillende kenmerken benoemd, zoals thema en doelgroep. Hieronder bespreken we de meest opvallende bevindingen naar aanleiding van dit overzicht en de literatuur over interventies.

Thema

Van de 38 interventies zijn er:

- 15 uitsluitend gericht op soa/hiv.
- 3 gericht op soa en zwangerschap.
- 1 gericht op zwangerschap.
- 1 gericht op seksuele voorlichting door ouders.
- 16 gericht op thema's zoals seksuele empowerment, communicatie, relationele vaardigheden, taboe doorbreking en respectvol gedrag.

Van twee interventies is het thema niet bekend. Het algemene beeld is dat er relatief veel interventies op soa's en hiv gericht zijn, al dan niet in combinatie met zwangerschappen. De laatste 16 interventies richten zich niet direct op seksuele problematiek, maar hebben een bredere insteek die erop gericht lijkt te zijn determinanten van problemen met de seksuele gezondheid aan te pakken.

Organisaties

Verschillende organisaties en instellingen houden zich bezig met het bevorderen van de seksuele gezondheid van allochtonen. Van de 38 interventies worden er:

- 18 uitgevoerd door een GGD
- 3 uitgevoerd door een GGD in samenwerking met een landelijke organisatie en/of universiteit
- 7 uitgevoerd door een landelijke organisatie, zoals Soa Aids Nederland of de Rutgers Nisso Groep.
- 1 uitgevoerd door een universiteit, te weten de Universiteit Maastricht.
- 9 uitgevoerd op lokaal niveau door zelforganisaties of lokale organisaties.

Duidelijk is dat de GGD-en wat betreft de uitvoering van deze 38 interventies een dominante positie innemen. Zelforganisaties en lokale organisaties zijn ook relatief actief op dit terrein. Naar verwachting geeft het overzicht een onderschatting van de rol van deze organisaties omdat hun activiteiten vaak niet goed gedocumenteerd worden.

Vorm

Zoals blijkt uit het overzicht zijn de gebruikte interventiemethoden divers. De volgende vormen komen voor.

- Groepsvoorlichting: Bijvoorbeeld voor Surinaamse, Antilliaanse en Arubaanse mannen en vrouwen bij de mensen thuis, ofwel volgens het 'Tupperware model'. Deze vorm wordt vaak uitgevoerd door Voorlichters Eigen Taal en Cultuur (VETC).
- Lesprogramma's voor scholen / jongerencentra. Onderwerpen die hierbij aan bod komen zijn onder andere anticonceptie, seksuele relatievorming en weerbaarheid. Belangrijk om aan te merken is dat deze vorm over het algemeen niet cultuurspecifiek is.
- Voorlichting bij evenementen en manifestaties: Een veel voorkomende vorm is het uitdelen van condooms en flyers bij evenementen zoals het Zomercarnaval in Rotterdam of het Dunya festival.
- Dialoog via internetcommunities: Een voorbeeld zijn fora discussies over seksualiteit op een website zoals maroc.nl.
- Websites: Hieronder vallen zowel landelijke websites als websites van afzonderlijke GGD-en. Deze websites zijn niet cultuurspecifiek.
- Theatervoorstellingen: Interventies in de vorm van theater voorstellingen richten zich over het algemeen vooral op onderwerpen zoals weerbaarheid en vaardigheden.

- **Spel:** Het spelen van een spel kan ook onderdeel uitmaken van voorlichting. Het doel hiervan is vaak het op een luchtige manier bespreekbaar maken van het onderwerp seksualiteit en het oefenen van bepaalde vaardigheden.
- **Massamediaal:** Tot slot is massamediale voorlichting, bestaande uit bijvoorbeeld folders, posters, tv-spotjes en radioprogramma's een veel voorkomende vorm. Daarbij kan ook gebruik gemaakt worden van specifieke zenders en omroepen gericht op allochtone doelgroepen

Interventies kunnen ook bestaan uit meer randvoorwaardelijke omgevingsbeïnvloeding. Daarbij valt te denken aan de aanwezigheid van condoomautomaten in de horeca. Een ander voorbeeld van een interventie is het standaard plaatsen van een spiraaltje na een abortus.

Doelgroep

In het overzicht is ook opgenomen op welke doelgroep de interventies zijn gericht.

Van de 38 interventies zijn er:

- 6 gericht op Antillianen en Surinamers
- 2 gericht op Antillianen, Surinamers en Sub-sahara Afrikanen
- 4 gericht op Sub-sahara Afrikanen
- 2 gericht op Turken en Marokkanen
- 1 gericht op Kaapverdianen
- 23 gericht op een multiculturele groep

Opvallend is dat de meeste interventies niet gericht zijn op een nader gespecificeerde doelgroep allochtonen. Wanneer dit wel gebeurt ligt de focus vaak op Antillianen en Surinamers en in mindere mate op Sub-sahara Afrikanen. Slechts een enkele interventie is specifiek gericht op Turken en Marokkanen. Dit is opvallend en zou te maken kunnen hebben met het taboe op seksualiteit binnen deze culturen, waardoor organisaties mogelijk minder geneigd zijn interventies voor deze doelgroep te ontwikkelen.

Effectiviteit

Uit het overzicht blijkt dat er bij 5 interventies een effectevaluatie heeft plaatsgevonden. Daarbij zijn effecten vastgesteld op aspecten zoals kennis, attitude en bewustzijn. Bij één interventie zijn effecten vastgesteld op de intentie tot het bij zich dragen van condooms en alleen bij Uma Tori zijn effecten vastgesteld op gedrag (condoomgebruik). Dat er weinig effectevaluaties hebben plaatsgevonden heeft deels te maken met het feit dat een groot deel van de interventies nog loopt. Bij sommige van deze interventies wordt nog een effectevaluatie uitgevoerd. Bij 4 afgeronde interventies is geen effectevaluatie uitgevoerd.

Ervaring van de doelgroep met interventies

De respondenten uit de doelgroep zelf zijn maar weinig in aanraking geweest met interventies. Wanneer men wel ervaring heeft met interventies is dat vooral met tv-campagnes of met voorlichting op school. De respondenten kunnen zich daar over het algemeen niet veel van herinneren en zeggen er niet veel van te hebben opgestoken.

Conclusies over kenmerken van bestaande interventies

Samengevat zijn op basis van de bestudeerde literatuur (zie Kocken et al., 2007; Vrolings et al., 2006; Felten et al., 2007) en het overzicht van bestaande interventies de volgende, algemene conclusies geformuleerd:

Doelgroep

- Weinig lespakketten rond seksuele gezondheid besteden specifieke aandacht aan allochtone jongeren.
- Interventies met betrekking tot seksuele gezondheid richten zich met name op Antilliaanse, Arubaanse en Surinaamse jongeren en, in mindere mate, op sub-sahara Afrikaanse jongeren. Weinig interventies zijn specifiek gericht op Turkse en Marokkaanse jongeren.

Thema

- Lespakketten rond seksuele gezondheid concentreren zich vooral op soa en hiv. Onderwerpen als ongewenste zwangerschap en het voorkomen van tienerzwangerschap komen relatief weinig aan de orde, evenals het onderwerp grensoverschrijdend gedrag.
- Interventies rond seksuele weerbaarheid worden soms breder getrokken naar weerbaarheid in algemene zin om de negatieve lading te verminderen, waardoor ze niet meer als zodanig herkenbaar zijn.

Vorm van de interventies

- Intermediairs die interventies uitvoeren, bijvoorbeeld leraren of jongerenwerkers, beschikken niet altijd over de kennis en vaardigheden om de interventie te vertalen naar verschillende allochtone doelgroepen.

Effectiviteit

- Duurzame en planmatige implementatie van interventies is een knelpunt. Interventies zijn veelal eenmalig en/of blijven beperkt tot één locatie.
- De effectiviteit van veel interventies is niet vastgesteld. Niet alle interventies worden (op effect) geëvalueerd. De kwaliteit van de evaluaties is bovendien veelal niet voldoende om tot 'harde' uitspraken te komen over het effect van de gepleegde inspanningen en/of de factoren die het optreden van effecten of het uitblijven daarvan kunnen verklaren. Voor zover evaluaties worden uitgevoerd zijn dit interventies van landelijke organisaties of GGD-en.

Op basis van de kenmerken van bestaande interventies zijn we in de interviews op zoek gegaan naar de succes- en faalfactoren van interventies aan de hand van volgende aspecten:

Hoe moet voorlichting vorm gegeven worden? Massamediaal, via groepsvoorlichting of individueel, middels spel of theater of via internet?

Wie moet de boodschap overbrengen? Artsen of hulpverleners, ouders, leerkrachten of andere intermediairs zoals VETC-ers of leeftijdsgenoten?

Wat moet de boodschap en de toon van de boodschap zijn? Het vergroten van kennis, het aanleren van vaardigheden, insteken op culturele aspecten zoals het vergroten van openheid of het doorbreken van taboe, confronteren of shockeren?

In de volgende paragraaf geven we op basis van de visie van de professionals en de beleavingswereld van de doelgroep antwoord op deze vragen.

4.2 Succes- en faalfactoren van interventies

Deze paragraaf is ingedeeld naar thematische aspecten van interventies. Zodoende komen achtereenvolgens de inhoud en focus van de voorlichting, de doelgroep, de vorm (wie, waar en op welke manier) en organisatorische aspecten van interventies aan bod. We baseren ons in deze paragraaf op determinanten die uit de interviews met jongeren en professionals naar voren komen, op de wensen die de doelgroep zelf uitspreekt en op succes- en faalfactoren van interventies die door professionals en experts zijn genoemd.

4.2.1 Inhoud en focus van de voorlichting

Hieronder richten we ons op de inhoud en focus van de interventies. Waarop moet volgens de respondenten uit de doelgroep zelf en de professionals de inhoudelijke focus van interventies komen te liggen en wat moet de boodschap zijn?

Kennisvergroting

In hoofdstuk 3 is de gebrekkige kennis van jongeren uit de doelgroep als een oorzaak voor de seksuele problematiek benoemd. Met name de kennis over soa's laat veel te wensen over. De respondenten kennen maar weinig soa's en ook de eventueel ernstige gevolgen van soa's, zoals de mogelijkheid dat vrouwen onvruchtbaar worden door Chlamydia zijn vaak niet bekend. Ook zijn veel respondenten niet goed op de hoogte van instanties waar ze terecht kunnen bij eventuele problemen. Het kennisverhogend aspect van interventies ten aanzien van soa's is dan ook blijvend van belang.

Ook van belang is dat de doelgroep beter op de hoogte is van waar men met problemen terecht kan. In hoofdstuk 3 is geconstateerd dat jongeren lang niet altijd weten waar ze zich kunnen laten testen of wat ze moeten doen wanneer ze denken een soa te hebben. Echter, het niet gebruik maken van hulpverlening heeft niet alleen te maken met een gebrek aan kennis van de juiste instellingen. Het heeft ook te maken met angst en laksheid. Daar komen we in paragraaf 4.2.3., de vorm van interventies, nog op terug.

Mentaliteitsverandering

Echter uit de interviews met de doelgroep en professionals is ook naar voren gekomen dat het gebrek aan kennis niet allesbepalend voor het uiteindelijke gedrag is. Hoewel het goed is als het vergroten van kennis onderdeel blijft van interventies, ligt daar niet de crux. Voor de gewenste gedragsverandering is veel meer een mentaliteitsverandering gewenst. Daarbij hangt bovendien veel samen met de in hoofdstuk 3 beschreven determinanten zoals man-vrouw verhoudingen en een negatieve attitude ten aanzien van condoomgebruik (zie ook de box hieronder). In eerste instantie is met name een mentaliteitsverandering bij jongens van belang. Ze weten dat ze een condoom zouden moeten gebruiken en ze weten hoe ze een condoom moeten gebruiken. Maar voor het uiteindelijk gebruiken van een condoom zijn andere vaardigheden vereist dan enkel technische vaardigheden. Aspecten die aan bod zouden kunnen komen en aansluiten bij de gewenste mentaliteitsverandering zijn bijvoorbeeld dat jongens leren dat het niet erg is om je erectie te verliezen, dat jongens zichzelf of anderen niet als een 'loser' zien wanneer er een condoom gebruikt wordt en dat het juist stoer is om respectvol met een meisje om te gaan.

Het stimuleren van condoomgebruik kan op een speelse manier worden vormgegeven zodat de voorlichting goed aansluit bij de belevingswereld van jongeren. Hieronder noemen we hiervan twee voorbeelden:

Seksuoloog Peter Leusink geeft als suggestie een soort wedstrijd uit te schrijven.

Voor jongens: verzin de 10 beste smoezen om een meisje over te halen het zonder condoom te doen.

Voor meisjes: verzin de 10 beste tips om een jongen over te halen het wel met condoom te doen. Op die manier gaan jongeren mogelijk reflecteren op hun eigen gedrag en worden de perspectieven van jongens en meisjes dichterbij elkaar gebracht.

Een andere suggestie komt van de soa verpleegkundige en jongerenvoorlichter van de GGD Rotterdam. Veel jongens ervaren het als een probleem dat ze te vroeg een orgasme bereiken. Tegelijkertijd vertellen ze dat ze het met condoom minder lekker vinden en niet goed kunnen klaarkomen. De boodschap van een campagne gericht op jongens zou kunnen zijn dat je het langer kunt volhouden door een condoom te gebruiken.

Een tweede belangrijk aspect van de mentaliteitsverandering bij jongens en mannen is dat er op een respectvollere manier met meisjes en vrouwen om moet worden gegaan. Dit is in hoofdstuk 3 aan de orde gekomen in het kader van de man-vrouw verhoudingen. Bij een deel van de respondenten leeft het idee dat vrouwen beschikbaar moeten zijn voor seks en wordt geen tot weinig rekening gehouden met de wensen van vrouwen. Een interventie die hier op een goede manier op inspeelt is de internetsite www.hoehetmoet.nl. Deze website laat primair filmpjes zien over 'hoe je seks moet hebben'. Daar komen enorm veel jongeren, waaronder veel jongens (een moeilijk bereikbare groep) op af. De filmpjes geven mee dat je seks leuk kunt maken voor allebei, je de ander met respect kunt behandelen en dat je veilig moet vrijen.

Weerbaarheid van meisjes

De respondenten uit de doelgroep en professionals wijzen bijna zonder uitzondering op het belang van het vergroten van de weerbaarheid van meisjes. Het is moeilijk te zeggen of gebrek aan weerbaarheid en zekerheid bij meisjes te maken heeft met de allochtone achtergrond van de doelgroep. Verschillende professionals wijzen erop dat het meer te maken heeft met een laag opleidingsniveau en een lage sociaal economische status. Hoe dan ook speelt, zoals eerder geconstateerd, het probleem van gebrek aan weerbaarheid duidelijk een rol bij Antilliaanse, Surinaamse, Turkse en Marokkaanse meisjes. Bij die eerste twee groepen speelt mee dat ze vaak op jonge leeftijd al beginnen met seks, wanneer ze eigenlijk nog geen grenzen hebben afgebakend. Bij de laatste twee groepen speelt onder meer mee dat ze niet hebben geleerd 'nee' te zeggen tegen een man, en dat ze makkelijk chantabel zijn.

Op dit thema valt voor interventies dus veel winst te halen. Belangrijk is om al vroeg te beginnen met voorlichting aan meisjes. Meisjes moeten condoomgebruik durven aan te kaarten. Ze moeten durven eisen dat er een condoom gebruikt wordt en niet bang zijn dat dit eventueel wantrouwen naar de jongen uitstraalt. Dit vereist met name bepaalde vaardigheden op het gebied van onderhandelen en communiceren met elkaar over seks. Zoals in hoofdstuk 3 geconstateerd is dit voor laagopgeleide jongeren vaak moeilijker dan voor hoger opgeleide jongeren en schuilt in het opleidingsniveau en de sociaal economische status dan ook vaak een oorzaak van seksuele problematiek. Toch is het erg belangrijk dat jongeren deze vaardigheden leren, omdat ze dan ook leren hun grenzen aan te geven. Het 'onderhandelen' over seks hoeft niet direct heel zwaar aangezet te worden. Het kan zich in

eerste instantie ook richten op het leren praten met elkaar over wat je graag wilt en over wat je lekker vindt. Seksuoloog Peter Leusink past dit toe in zijn internet consults¹, waarbij hij vaak de vraag krijgt hoe bepaalde seksuele handelingen uitgevoerd moeten worden. Zijn antwoord daarop is steevast, vraag het aan de ander.

Brede focus

Uit de interviews komt naar voren dat interventies in het ideale geval een brede focus hebben. Het draait behalve om kennis en technische vaardigheden, duidelijk ook om een mentaliteitsverandering, om sociale vaardigheden en om weerbaarheid. Belangrijk is dat jongeren zichzelf en het andere geslacht leren kennen en zelfverzekerd worden. Dan leren ze ook beter om hun grenzen aan te geven. Bovendien is het van belang dat de nadruk niet alleen ligt op bijvoorbeeld soa maar ook op ongewenste zwangerschappen, seksualiteit en relaties, kortom, seksuele gezondheid in brede zin. Daarbij kan ook aandacht zijn voor andere aspecten die te maken hebben met de levensstijl van de doelgroep en samenhangen met de problemen op het gebied van seksuele gezondheid, zoals het drank- en drugsgebruik, in hoofdstuk 3 benoemd als een van de determinanten.

De toon van interventies

Het is van belang bij de ontwikkeling van interventies, naast te bedenken wat men wil vertellen ook rekening te houden met wat de doelgroep wil horen. Veel jongeren zeggen dat ze bij voorlichting op school niet hebben opgelet. Ze zien het als "één van de vele saaie lessen" waarbij maar weinig leerlingen komen opdagen. Belangrijk is daarom wat op dat moment voor de doelgroep interessant is, daarop aan te sluiten en de boodschap zo te 'verpakken' dat het ook echt interessant wordt.

Daarnaast blijkt uit de interviews met de respondenten dat de boodschap niet belerend moet zijn. Dat slaat niet aan omdat de doelgroep zich al snel afsluit voor belerende voorlichting. Een succesvol voorbeeld van een interventie waar veel jongeren op af komen en die hier rekening mee houdt is de op de vorige pagina genoemde website www.hoehetmoet.nl.

Confronteren of shockeren?

Bijna alle respondenten uit de doelgroep, zowel jongens/mannen als meisjes/vrouwen, en ook enkele professionals geven aan dat de inhoud van interventies 'confronterend' zou moeten zijn. Met de term 'confronterend' wordt meestal bedoeld op een persoonlijk en serieus verhaal over iemands eigen ervaringen met soa's, aids of ongewenste zwangerschappen. Een dergelijke boodschap kan zeer confronterend zijn, met name wanneer het verhaal van iemand uit de eigen doelgroep komt. In de volgende paragraaf gaan we verder in op de vraag wie de boodschap zou moeten brengen.

Belangrijk aandachtspunt is het onderscheid tussen confronteren enerzijds en het tonen van expliciete seksuele beelden anderzijds. De respondenten die aangeven behoefte te hebben aan een confronterende boodschap bedoelen (juist) niet dat deze expliciete (seksuele of schokkende) beelden moet bevatten, maar dat veeleer de toon hard en serieus moet zijn. Wanneer er gebruik wordt gemaakt van voorlichtingsfilmpjes hoeven deze dus zeker niet per definitie 'braaf' te zijn. Onterecht wordt soms de indruk gewekt dat met name voor Turkse en Marokkaanse jongeren de filmpjes heel soft moeten zijn. Dit klopt, volgens de doelgroep zelf, in zoverre dat er beter geen expliciete seksuele beelden getoond kunnen worden van mensen die intiem zijn met elkaar. In dat geval grijpt men in veel Turkse en

¹ Via de websites www.hoehetmoet.nl en www.seksualiteit.nl

Marokkaanse gezinnen naar de afstandsbediening en heeft het filmpje dus niet het gewenste effect. Maar dat betekent niet dat de toon niet hard, serieus en confronterend mag zijn. Het is belangrijk dat gewezen wordt op de ernstige gevolgen en het feit dat het iemand zoals zij zelf kan overkomen.

Juist het feit dat veel Nederlandse filmpjes ietwat luchtig en komisch zijn slaat niet aan bij deze doelgroep. Vrijwel unaniem pleiten de respondenten ervoor dat de filmpjes serieus en confronterend zijn en het persoonlijke verhaal vertellen van iemand die zelf negatieve ervaringen heeft opgedaan.

Deze roep om een confronterende boodschap is niet toebehouden aan een enkele etnische groep. In het evaluatie rapport over 'Amor I Salú' van GGD Rotterdam en omstreken bijvoorbeeld stellen de auteurs ook dat er vanuit de Antilliaanse gemeenschap wordt gevraagd om confronterende voorlichting over de gevolgen van soa en aids¹. De voorlichting zou harder moeten zijn om mensen wakker te schudden.

Hoewel een vergelijking met autochtonen geen deel uitmaakt van het onderzoek, lijkt zich wat betreft bovenstaande wel een verschil voor te doen tussen autochtone en allochtone jongeren. Voor autochtone jongeren, zo zeggen enkele professionals, mogen de filmpjes best expliciet zijn, met een komische ondertoon.

Sommigen, zowel respondenten uit de doelgroep als professionals, gaan nog een stapje verder en geven aan dat de boodschap shockerend moet zijn, bijvoorbeeld door foto's van soa's te laten zien. Een Antilliaanse jongen doet de suggestie op de wc's van alle uitgaansgelegenheden foto's op te hangen van soa's. Op het moment dat jongeren en mannen de keuze moeten maken wel of geen condoom te gebruiken zullen die foto's door het hoofd flitsen.

Het effect van shockeren wordt echter, ook in de wetenschap, zeer in twijfel in getrokken. Het zou bijvoorbeeld het taboe op soa's verder kunnen vergroten. Immers, als iedereen weet hoe een bepaalde soa eruit ziet durf je daar al helemaal niet meer voor uit te komen. Ook enkele professionals stellen dat het voor deze problematiek niet effectief is om mensen angstig te maken en dat het effect van shockeren maar van zeer korte duur is. Een volledige analyse van dit punt valt echter buiten het bereik van dit onderzoek. Onder de respondenten, zowel doelgroep als professionals, geeft een meerderheid de voorkeur aan confronteren boven shockeren.

Het land van herkomst

Verschillende professionals wijzen op het belang van het aansluiten van interventies op wat er in het land van herkomst gebeurt. Enkele professionals met een Marokkaanse achtergrond stellen dat men in Marokko vrij open is over seksualiteit en verder is op het gebied van voorlichting die goed aansluit bij de belevingswereld van de doelgroep. Mogelijk kan men met interventies in Nederland een voorbeeld nemen aan de wijze waarop in het land van herkomst wordt omgegaan met seksualiteit zodat ook hier de interventies beter aansluiting vinden bij de doelgroep.

Overigens wijzen verschillende professionals vanuit de Marokkaanse, Antilliaanse en Kaapverdiaanse gemeenschap erop dat veel in Nederland wonende allochtonen met enige regelmaat naar het land van herkomst toe gaan en daar onveilige seks hebben. Het zou goed als

¹ GGD Rotterdam, *Amor i salú: Het Rotterdamse community project ter bevordering van de seksuele gezondheid van Antillianen en Arubanen*, 2003.

interventies specifiek gericht op een bepaalde etnische groep hier rekening mee houden, door bijvoorbeeld kort voor de zomer hiervoor te waarschuwen via campagnes.

4.2.2 Doelgroep van de interventie

Differentiatie naar doelgroep – leeftijd, geslacht en etniciteit

Het verdient aanbeveling interventies gedifferentieerd naar verschillende kenmerken vorm te geven. Relevante onderscheidende kenmerken zijn leeftijd, geslacht en opleidingsniveau.

Zoals geconstateerd in hoofdstuk 3 zijn de jongeren uit de doelgroep vaak al op zeer jonge leeftijd seksueel actief. Belangrijk is daarom dat voorlichting tijdig begint. Zowel de professionals als de jongeren stellen dat er al rond het tiende levensjaar begonnen moet worden met seksuele voorlichting. Differentiatie naar leeftijd is daarbij erg belangrijk, zodat interventies aansluiten bij de beleavingswereld die hoort bij de levensfase van jongeren. De beleavingswereld van 14-jarigen is anders dan die van 16-jarigen. Op 16-jarige leeftijd hebben veel jongeren uit de doelgroep al seks gehad, zo blijkt uit de interviews, op 14-jarige leeftijd geldt dit voor veel minder kinderen. Op 10-jarige leeftijd kan bijvoorbeeld begonnen worden met informatie over hoe het lichaam werkt en hoe het lichaam van het andere geslacht werkt. Dit ook in verband met het gebrek aan kennis over het lichaam van het andere geslacht bij bijvoorbeeld jonge Marokkaanse jongens, zoals enkele professionals opmerken. Op wat latere leeftijd kan er meer aandacht komen voor seks en vervolgens voor het hebben van respect voor elkaar, voor communicatie binnen relaties en voor weerbaarheid van met name meisjes. Een programma dat hier goed op aansluit is Lang Leve de Liefde van Soa Aids Nederland, een lespakket over veilig vrijen, relaties en seksualiteit voor het vmbo. Daarbij komen ook onderwerpen zoals kwetsbaarheid, onzekerheid en gelijkwaardigheid aan bod. Bovendien is er aandacht voor culturele diversiteit en verschillen tussen jongens en meisjes.

In paragraaf 3.4 zijn verschillen in de determinanten van seksuele gezondheid tussen jongens en meisjes besproken. Geconstateerd werd bijvoorbeeld dat bij meisjes schaamte een grotere rol speelt dan bij jongens en dat meisjes onvoldoende weerbaar zijn. Ook in de voorgaande paragraaf constateerden we dat er in interventies met name bij meisjes aandacht moet zijn voor weerbaarheid en bij jongens bijvoorbeeld voor de negatieve houding ten aanzien van condoomgebruik en het respectvol omgaan met meisjes. Daaruit volgt dat interventies voor jongens en meisjes het beste apart ontwikkeld en uitgevoerd kunnen worden en veel professionals en respondenten uit de doelgroep zelf sluiten zich hierbij aan. Zeker wanneer een interventie om een bepaalde interactie vraagt is het verstandig met jongens en meisjes apart te werken. Met jongens erbij zullen met name meisjes niet snel open over hun ervaringen spreken. We komen hier in het kader van groepsvoorlichting in paragraaf 4.2.3 ook nog over te spreken.

Tot slot kan het nuttig zijn voorlichting aan te passen aan de doelgroep wat betreft etnische achtergrond. Met name tussen Marokkanen/Turken enerzijds en Antilliaanen/Surinamers anderzijds bestaat een aantal verschillen, zoals blijkt uit hoofdstuk 3 en nader besproken is in paragraaf 3.4. Een voorbeeld is de wijze van communiceren. Verschillende Marokkaanse professionals wijzen op het feit dat Marokkanen gewend zijn op een meer indirecte wijze te communiceren. Marokkanen gaan in een conversatie vaak via een omweg op het doel af. Het aanpassen van interventies aan de etnische groep zal in de praktijk echter niet altijd haalbaar zijn. Wanneer voorlichting bijvoorbeeld plaats vindt op

een school is het alleen al vanuit ethisch oogpunt niet wenselijk een klas op te splitsen langs etnische lijnen.

In de volgende paragrafen komen we nog een aantal keren terug op het aanpassen van interventies aan specifieke etnische groepen.

Interventies gericht op ouders

Het gebrek aan openheid over seksualiteit binnen allochtone gezinnen, met name tussen ouders en kinderen, is in hoofdstuk 3 benoemd als determinant van problemen op het gebied van seksuele gezondheid. Hoewel de visie van ouders zelf op de seksuele gezondheid van hun kinderen geen onderdeel uitmaakte van dit onderzoek, en onderstaande dus vooral gebaseerd is op de interviews met professionals, zou het daarom goed zijn als interventies ook gericht worden op de ouders aangezien deze tot op een bepaalde leeftijd een belangrijke rol kunnen spelen in de seksuele voorlichting aan en vorming van jongeren. Algemeen aangenomen wordt dat kinderen met name voor het twaalfde jaar nog erg beïnvloed worden door hun ouders. Vanaf die leeftijd worden echter zogenaamde 'peers' steeds belangrijker in de ontwikkeling van jongeren¹, waarover in paragraaf 4.2.3 meer. Daarom kan het met name bij ouders met jonge kinderen een meerwaarde hebben de interventie op de ouders te richten met het doel het taboe op seksualiteit dat binnen gezinnen heerst te verminderen. Voorbeelden van interventies gericht op ouders zijn 'Je kids, seksualiteit en opvoeding' van de GGD Amsterdam en de cursus 'Seksualiteit, omgaan met je lichaam' van Dona Daria, gericht op vrouwen waarbij de nadruk ligt op kennis over hoe het lichaam in elkaar zit en het leren praten met partner en kinderen over seksualiteit. De cursus speelt bovendien in op vragen vanuit de doelgroep en werkt met deelnemers die aan elkaar gewend zijn.

In hoofdstuk 3 is ook aan bod gekomen dat wanneer er binnen allochtone gezinnen gesproken wordt met ouders over seksualiteit, dit vrijwel altijd met de moeder is. Daarom is het erg belangrijk vooral de moeders te betrekken bij interventies, zodat zij meer dan nu onderwerpen omtrent seksualiteit bespreekbaar kunnen maken. Een enkele professional voegt daar aan toe dat er juist ook een belangrijke rol is weggelegd voor vaders. Marokkaanse vaders zien veel meer van wat er buiten gebeurt en weten daardoor beter wat er speelt onder jongeren. In Marokkaanse gezinnen is de moeder 'de Minister van Binnenlandse Zaken' en de vader de 'Minister van Buitenlandse Zaken' zoals de functionaris gezondheidsbevordering van de GGD in Utrecht het beschrijft. Op een indirecte manier kan een Marokkaanse vader al veel doen, bijvoorbeeld door een condoom neer te leggen op het bureau van zijn zoon zonder er verder iets over te zeggen. Dergelijke kleine stappen kunnen zeer waardevol zijn in het stap voor stap creëren van meer openheid over seksualiteit binnen allochtone gezinnen.

¹ Shaffer, D.R. Developmental Psychology. Wadsworth Group, 2002.

4.2.3 De vorm van de interventie: wie, waar en op welke manier?

In deze paragraaf beschrijven we de visie van professionals en respondenten uit de doelgroep op de vorm van de interventies. Door wie moet de boodschap worden gebracht, op welke manier en op welke locatie?

'Peer education'

"Via de jongeren help je de jongeren". *Jongeren van Antilliaanse afkomst.*

Vrijwel zonder uitzondering stellen de geïnterviewde jongeren dat voorlichting en interventies dienen plaats te vinden door jongeren zelf, zogenaamde 'peer education'. De professionals bevestigen dit in meerderheid. De jongeren zullen de boodschap eerder aannemen van iemand die dicht bij ze staat, omdat ze zich daar beter mee kunnen identificeren. Het is belangrijk dat de persoon die de interventie uitvoert in zoveel mogelijk opzichten (stijl, toon, taalgebruik, kleding) aansluit bij de belevingswereld van de jongeren. De jongeren vertrouwen iemand sneller met wie ze zich kunnen identificeren, en vertrouwen is van essentieel belang voor het accepteren van de boodschap en dus voor de effectiviteit van de interventie.

De uitvoerder van de interventie is bij voorkeur niet alleen jong maar ook iemand uit de eigen doelgroep. Dat impliceert, zoals ook in de vorige paragraaf benoemd is, dat interventies voor verschillende etnische groepen mogelijk effectiever zijn als ze gescheiden plaatsvinden. Het inzetten van jongeren met verschillende etnische achtergronden voor interventies vereist op organisatorisch vlak de inzet van organisaties die werken met jongeren en zich richten op bepaalde etnische groepen. In paragraaf 4.2.4 komen we hier op terug. Het is overigens wel de vraag in hoeverre de uitvoerder echt iemand uit dezelfde etnische groep moet zijn. Veel geïnterviewde jongeren geven namelijk zelf aan dat ze zich bewegen in gemixte etnische groepen die dezelfde taal spreken en dat het meer om de straatcultuur gaat. Mogelijkerwijs is dat laatste voor de identificatie belangrijker dan het hebben van dezelfde etnische achtergrond. Belangrijker lijkt het dat wanneer er gewerkt wordt met 'peer education', die 'peer' van allochtone afkomst is. Met name een aantal Marokkaanse en Turkse respondenten is heel duidelijk over het feit dat interventies door autochtonen, in welke vorm dan ook (voorlichting voor een groep, campagne filmpjes), niet aanslaan. Voor de Antilliaanse en Surinaamse respondenten lijkt dit minder sterk te gelden.

Vaak wordt aan bovenstaande nog toegevoegd dat het belangrijk is dat de uitvoerder van de interventie een persoonlijk verhaal vertelt en een 'ervaringsdeskundige' is. Dat wil zeggen, ervaring heeft met de problematiek. Dit sluit aan bij het verhaal over confronteren. Zoals genoemd in hoofdstuk 3 hebben veel respondenten een lage risicoperceptie. Het is daarom belangrijk dat de doelgroep de problematiek op zichzelf betreft en inziet dat het ze ook kan overkomen. Dat zou kunnen door confrontatie en 'peer education'. Een jonge vrouw van Afrikaanse afkomst zegt hierover: "Ik dacht altijd dat soa alleen bij oudere mensen voorkwamen. Je denkt niet dat je zo iets kan krijgen als je 13 of 14 bent. Als ik zie dat een jong iemand het heeft gehad, dan pas geloof ik dat ik het ook kan krijgen".

Een professional voegt aan bovenstaande toe dat het goed is te werken met een succesvol iemand, die vanuit een zelfde problematieke situatie als de doelgroep is opgeklimmen. Dan werk je met een rolmodel waaraan men zich kan optrekken, Een succesvol voorbeeld kan de jongeren op hun trots aanspreken en duidelijk maken dat het juist niet stoer is wat ze doen.

Er zijn wel enkele kanttekeningen bij 'peer education' te maken. Zo zeggen sommige professionals dat als het echt iemand is uit de eigen groep deze persoon juist aan status verliest doordat hij zich boven de groep stelt. Bovendien kunnen er zelfs als iemand dicht bij de groep staat de-identificatie processen op gang komen. Men sluit zich af voor de boodschap door de boodschapper als behorende tot een andere groep te zien. Met betrekking tot de praktische implementatie is het bovendien de vraag of je jongeren uit de doelgroep vindt die bereid zijn in openbaarheid over hun ervaringen te spreken. Dit laatste lijkt met name binnen de Turkse en Marokkaanse gemeenschap een probleem.

Ondanks deze kanttekeningen en mogelijke knelpunten in de praktische implementatie wijzen bijna alle jongeren en professionals op het belang van het werken met mensen en jongeren uit de eigen doelgroep. Een interventie die dit succesvol lijkt toe te passen is ROsafe van de GGD Rotterdam waarbij ROC-leerlingen de hoofdrol spelen in filmpjes gemaakt door studenten grafisch ontwerp.

VETC

Over de methode van het werken met voorlichters eigen taal en cultuur (VETC-ers) zijn de professionals kritisch. Er wordt niet altijd voldoende aandacht gegeven aan de expertise van VETC-ers. Enkele professionals stellen dat de methode mogelijk wel werkt voor de eerste generatie allochtonen, maar dat de methode minder geschikt lijkt voor allochtone jongeren van de tweede generatie die zijn opgegroeid in Nederland omdat de voorlichters vaak niet de juiste typen personen zijn om jongeren goed te bereiken. Daarnaast zijn er twijfels over of de methode werkt voor het thema seksuele gezondheid.

De school

Jongeren komen niet snel uit zichzelf af op voorlichting over seksuele gezondheid. Ze zijn daarom het beste te benaderen daar waar ze toch al zijn. De school is hiervoor bij uitstek geschikt, maar de klas is dat mogelijk niet. De effectiviteit van voorlichting in de klas op school is afhankelijk van de vorm. Wanneer het gaat om het eenzijdig overbrengen van informatie is de samenstelling van de groep van minder belang, maar juist wanneer het de bedoeling is echt met de jongeren te werken en er interactie dient plaats te vinden, zijn er grote bedenkingen door respondenten geuit bij gemengde voorlichting op school. Jongeren zijn, zeker in het bijzijn van het andere geslacht, niet snel geneigd openlijk over hun seksuele ervaringen te spreken. Meisjes zijn bang om als 'sletje' gezien te worden en jongens gaan stoer doen. "In de klas ga je je mening niet geven of vragen te stellen want dan gaat iedereen meteen rare dingen denken" zo zegt een meisje. Op scholen en onder jongeren, en zeker binnen de Marokkaanse gemeenschap heerst een sterke 'roddelcultuur', zo geven geïnterviewde Marokkanen aan. Dit in combinatie met de sterke sociale controle binnen sommige gemeenschappen zorgt ervoor dat jongeren niet open en eerlijk kunnen zijn. Daarnaast kan er al snel een sfeer van giechelen en stoer doen ontstaan. Beter is het daarom te werken met jongens en meisjes apart, zoals ook genoemd in paragraaf 4.2.2. Het is echter niet zo dat interventies op scholen of in klassen per definitie niet goed werken. Er zijn ook voorbeelden van succesvolle interventies op scholen, zoals het eerder genoemde

Lang Leve de Liefde van Soa Aids Nederland, waarbij veel aandacht is voor verschillen tussen jongens en meisjes en culturele diversiteit. Een ander voorbeeld is ROsafe, een project van de GGD Rotterdam. Daarbij gaat het om het bereiken van laagopgeleide jongeren op school, met speciaal op hen gerichte materialen waarbij een combinatie van klassikaal, individueel en massamediaal (website) wordt gehanteerd.

Er zijn overigens ook signalen dat interventies juist gericht zouden moeten zijn op jongens en meisjes samen. Dit omdat jongens en meisjes elkaar dan beter leren begrijpen, ze met elkaar in discussie kunnen en kennis kunnen nemen van elkaars belevingswereld. Mogelijk is daarom een combinatie van gemengde en niet-gemengde voorlichting effectief. Gezien de verschillen kan het effectief zijn om te werken met verschillende groepen op basis van etnische afkomst. Uit praktische en ethische overwegingen is dit op scholen echter geen haalbare kaart, maar buiten de scholen om bestaan hiervoor, bijvoorbeeld via zelforganisaties (zie paragraaf 4.2.4), wel mogelijkheden. Hoewel praktisch moeilijk vorm te geven kan het in veel gevallen goed zijn persoonlijke gesprekken aan te gaan met jongeren. Dat neemt in ieder geval een stuk stoer doen en schaamte weg.

Los van bovenstaande kanttekeningen bij klassikale voorlichting is de docent als boodschapper mogelijk niet geschikt. Dit heeft niet zozeer te maken met de functie docent op zich, als wel met het feit dat niet iedere docent over de juiste vaardigheden beschikt om seksuele voorlichting te geven, zeker wanneer het om een groep relatief moeilijke jongeren gaat. Docenten kunnen zich er zelf ook ongemakkelijk bij voelen en juist een afstand scheppen tot hun leerlingen. Interventies gericht op seksuele gezondheid zouden daarom alleen moeten worden opgenomen in het takenpakket van een docent indien deze aanvullende training heeft gehad. Hierbij speelt ook het onderscheid tussen de school als locatie en de school als organisatie een rol. Als locatie kan de school geschikt zijn omdat het een plaats is waar de jongeren toch al bij elkaar zijn. Als organisatie in de zin dat scholen en docenten zelf verantwoordelijk zijn voor interventies is de school mogelijk minder geschikt. Een andere belemmering voor de uitvoering van interventies op scholen is dat scholen vrij zijn om te bepalen hoeveel prioriteit ze aan het onderwerp seksuele gezondheid geven. Betrokken overheden zouden kunnen kijken naar de mogelijkheden om seksuele gezondheid een vastere plaats in het curriculum van scholen te geven.

Sommige jongeren opperen de mogelijkheid van het maken van werkstukken op school als een goed middel van voorlichting. Dan gaan jongeren zelf op zoek naar informatie en verdiepen ze zich erin. Naast dat jongeren de informatie dan dieper verwerken in vergelijking met passieve verwerving van informatie, leren ze op die manier waar de juiste informatie is te vinden. Informatie die, zo zeggen ze, goed van pas kan komen wanneer je zelf in de problemen komt.

Groepsvoorlichting

Hierboven is een vorm van groepsvoorlichting besproken, namelijk klassikale voorlichting. Over groepsvoorlichting in het algemeen bestaan zeer uiteenlopende meningen en visies, maar duidelijk is wel dat er veel haken en ogen aan zitten. In groepen is het moeilijk open en eerlijk te zijn over seksualiteit. Daarvoor moet er eerst sprake zijn van een vertrouwensband en dat vereist een lang traject. Eenmalige groepsvoorlichting heeft daarom weinig effect. Groepen kunnen het beste met enige regelmaat bij elkaar komen teneinde deze vertrouwensband te creëren. Wanneer er in groepen wordt gewerkt is het belangrijk dat deze niet te groot zijn, jongens en meisjes apart zijn, men elkaar vertrouwt en er altijd

ruimte is voor individuele vragen, zo stellen de geïnterviewde professionals. Zeker in de Marokkaanse en Turkse groepen is er, zoals genoemd in hoofdstuk 3, sprake van een sterke sociale controle en is men erg bang voor roddelen wat groepsvoorlichting nog verder bemoeilijkt. Daarnaast bestaat in groepen altijd het gevaar dat enkele 'gangmakers' het groepsproces op een negatieve manier overheersen.

Interventies die uitsluitend bestaan uit groepsvoorlichting zijn daarom af te raden. Wel geven veel respondenten uit de doelgroep aan dat een groepsdiscussie onderdeel zou kunnen zijn van interventies zodat jongens en meisjes elkaars visie kunnen horen.

Gebedsplaatsen en religieuze leiders

Als mogelijke locatie voor interventies worden ook gebedsplaatsen genoemd. Dit ook omdat je de doelgroep daar moet zien bereiken waar ze toch al zijn en de moskee en bijvoorbeeld migrantenkerken kunnen daarin een belangrijk rol spelen. Wat betreft de moskee hebben veel professionals en jongeren zelf daar wel bedenkingen bij, omdat juist veel van de moeilijk bereikbare Turkse en Marokkaanse jongeren niet in de moskee komen. Mogelijk is de moskee daarom geschikter voor het creëren van bewustwording bij en het geven van voorlichting aan ouders. Hoe dan ook is de verwachting dat van de imam wel echt iets zou worden aangenomen. Eén van de professionals noemt het voorbeeld van een imam in Utrecht die in de moskee het thema vreemdgaan heeft behandeld. De Koran is bovendien, zoals eerder vermeld, vrij expliciet over seksualiteit (binnen het huwelijk). Dit biedt mogelijk aanknopingspunten voor het behandelen van het thema seksuele gezondheid in de moskee. Een kanttekening is dat het thema seksualiteit binnen religies vaak alleen binnen de context van het huwelijk besproken kan worden. Dit maakt het voor religieuze leiders moeilijk het onderwerp bespreekbaar te maken binnen de muren van een gebedsplaats. Religieuze leiders kunnen mogelijk wel worden ingezet tijdens het ontwikkelingsproces van interventies.

De programmaleider etnische minderheden van Soa Aids Nederland kijkt wat betreft de aanknopingspunten die religies bieden voor interventies naar 'good practices' in andere landen en neemt deze over. Een voorbeeld is 'Positive Muslims' afkomstig uit Zuid-Afrika. Deze organisatie steunt islamitische mensen met hiv. Ze geven trainingen in het bespreekbaar maken van het onderwerp omdat dit een groot taboe is onder moslims in Zuid-Afrika. Soa Aids Nederland heeft hen uitgenodigd ook in Nederland trainingen te komen geven. Bij het bespreekbaar maken van de onderwerpen op een voor moslims aanvaardbare wijze worden ook religieuze leiders betrokken. Dit gebeurt onder meer door gebruik te maken van teksten in de Koran. Voor de christelijke gemeenschap bestaat een vergelijkbaar initiatief, waarbij religieuze leiders gestimuleerd worden rolmodel te worden in de strijd tegen aids. Dergelijke goede praktijken wat betreft het betrekken van religieuze leiders kunnen mogelijk ook in Nederland op grotere schaal geïmplementeerd worden.

De soa bus

In hoofdstuk 3 is als determinant genoemd het feit dat jongeren uit de doelgroep de hulpverlening en de instellingen waar ze zich kunnen laten testen om verscheidene redenen niet goed weten te vinden. Wat betreft interventies biedt dit ook aanknopingspunten. Het is belangrijk dat jongeren op tijd aan de bel trekken, uiteraard voor de eigen gezondheid maar ook om verdere verspreiding van soa's tegen te gaan. Een interventie die hieraan bij kan dragen is de soa bus in Rotterdam, een initiatief van Sense, centrum voor seksuele gezondheid. Hoewel dit een vorm van secundaire preventie is, gaan er van een dergelijk initiatief ook primaire preventieve effecten uit. Een deel van de interviews heeft plaats gevonden bij deze soa bus. De respondenten vinden het prettig dat de bus naar hen toe komt. Velen lo-

pen namelijk al langer rond met het idee zich te laten testen op een soa. Om verschillende redenen komt het daar vaak niet van. Ze weten niet waar ze terecht kunnen voor een test, de drempel om naar de huisarts of de GGD te gaan is te groot, ze zijn bang hun ouders tegen te komen bij de huisarts, ze zijn bang voor hoge kosten of voor het feit dat hun ouders misschien de rekening tegen kunnen komen of het ontbreekt ze aan daadkracht. Het testen gebeurt 's avonds, wanneer veel jongeren uit de doelgroep op straat rond hangen en hun ouders binnen zijn. Ze hoeven er weinig actie voor te ondernemen want de bus komt naar hen toe. Bovendien is het anoniem en gratis. De kans dat de ouders erachter komen is dus erg klein, wat maakt dat veel jongeren zich laten testen.

De soa bus lijkt een veelbelovend initiatief dat bij kan dragen aan het tegengaan van verdere verspreiding van soa's. Daarnaast creëert het bewustwording met betrekking tot veilig vrijen bij degenen die zich laten testen en besef dat een soa test geen pijn doet, waardoor men zich in de toekomst eerder zal laten testen.

Buurthuizen

Enkele professionals noemen buurthuizen (of jongerencentra) als goede locatie voor interventies. Dit ook vanuit het idee dat mensen uit de doelgroep daar bereikt moet worden waar ze al zijn. Gesteld wordt bijvoorbeeld dat vrouwen in vergelijking met mannen beter bereikbaar zijn in buurthuizen dan in de moskee. Eén van de geïnterviewde professionals betrokken bij Sense, vertelt dat in Gouda gestart is met een wekelijks Sense spreekuur in een jongerencentrum. De jongeren hebben hier zelf om gevraagd. Sense probeert daarmee een laagdrempelige voorziening voor het verbeteren van de seksuele gezondheid te bieden. Tijdens het spreekuur kunnen cliënten binnenlopen voor een gesprek, lichamelijk en aanvullend onderzoek, behandeladviezen, doorverwijzing en recepten. Ook dit is een vorm van secundaire preventie, maar net als de soa bus kan een dergelijk spreekuur ook als primaire preventie werken.

Interventies inbedden in andere activiteiten

Een veel gedane suggestie is het inbedden van interventies in andere activiteiten. Eén van de professionals werkzaam bij de gemeente Rotterdam op het gebied van Antillianen problematiek heeft hiervoor een concept ontwikkeld waarbij fondsen worden verstrekt aan zelforganisaties die een bepaalde activiteit of evenement organiseren. Als tegenprestatie voor verstrekte middelen wordt dan gevraagd om wat ruimte voor een interventie gericht op seksuele gezondheid of andere problematiek. Het idee is dat je de doelgroep moet bereiken daar waar ze toch al zijn en daar waar ze zich thuis voelen. Jongeren komen niet gemakkelijk ergens op af als daar het label seksuele voorlichting op is geplakt. Daarom kan het goed zijn de interventies in te bedden in leuke activiteiten, maar ook in de bestaande infrastructuur van wijkgerichte programma's. Wat hiermee samenhangt is de eerdere gedane constatering dat de problematiek omtrent de seksuele gezondheid niet op zichzelf staat. Vaak gaat dit gepaard met veel andere problematiek. Interventies gericht op de seksuele gezondheid zouden daarom een plaats kunnen krijgen binnen andere bestaande interventies op wijkniveau. Daarbij geldt wel de kanttekening dat wanneer dit te regelmatig gebeurt de doelgroep uiteindelijk ook niet meer op andere activiteiten afkomt omdat het telkens weer over problemen op het gebied van seksuele gezondheid gaat.

Onder het inbedden in andere activiteiten valt ook het opzoeken van bepaalde scènes. In Amsterdam gebeurt dit bijvoorbeeld door het opzoeken van de comedy scene (Safe Sex Comedy). Er wordt aangesloten bij bestaande comedy shows en het wordt georganiseerd door jongeren zelf, met ondersteuning van de GGD. In lijn met eerdere aanknopingspunten

voor interventies, worden de jongeren hier dus duidelijk betrokken bij de interventie en wordt aangesloten bij de belevingswereld van jongeren. Ook het opzoeken van de rapscene is hier een goed voorbeeld van en wordt door enkele jongeren als suggestie meegegeven.

Herhaling

Volgens veel professionals is herhaling het adagium. Een eenmalige interventie heeft weinig zin en blijft niet hangen bij de doelgroep. Zoals in hoofdstuk 3 geconstateerd heeft veel van de problematiek te maken met de seksuele belevingswereld en het bijbehorende gedrag van deze doelgroep. Daar iets aan veranderen vereist een totale mentaliteitsverandering. Op het moment dat jongeren bepaalde 'keuzes' moeten maken, zoals wel of niet een condoom gebruiken, moeten de jongeren ervan doordrongen zijn dat ze een condoom zouden moeten gebruiken. Het teweeg brengen van veranderingen in de mentaliteit en het bewustzijn van jongeren is een kwestie van de lange adem en dat vereist een lange looptijd van interventies.

Media

Over het nut van massamediale tv spotjes voor voorlichting over seksuele gezondheid aan allochtonen zijn de meningen verdeeld. De respondenten uit de doelgroep zien er over het algemeen weinig in. De professionals zien er meer in, mits de juiste kanalen worden gebruikt. Hoewel de respondenten aangeven wel vrij veel naar BNN te kijken, wordt er over het algemeen niet naar de publieke omroep gekeken. Betere kanalen zijn TMF, MTV en eventueel specifiek voor islamitische jongeren, de NMO en de NIO.

Wat betreft inhoud lijken veel van de huidige tv campagnes niet aan te slaan bij de respondenten uit de doelgroep. Het is soms te luchtig en grappig, maar soms ook te grof in de zin van expliciete beelden waarin mensen intiem met elkaar zijn. Daardoor sluit het niet aan bij allochtone jongeren. Zoals eerder beschreven geven zij zelf aan dat de boodschap harder, explicieter en serieuzer moet zijn, maar zonder daarbij grof te zijn of expliciete of intieme beelden te tonen. Dit laatste met name in verband met het wegzappen binnen Turkse en Marokkaanse gezinnen en met de schaamtegevoelens van jongeren.

Het valt buiten het bereik van dit onderzoek om in te gaan op hoe nuttig tv campagnes zijn en hoe groot de invloed op gedrag is. Naast dat dit moeilijk te meten is, kunnen massamediale campagnes ook effect hebben op andere aspecten (kennis, bekendheid websites, verkrijgen van maatschappelijk draagvlak) die indirect effect kunnen hebben op gedrag. Duidelijk knelpunt van massamediale campagnes is dat deze niet op maat zijn te maken voor alle groepen in de samenleving. Daardoor zijn met name voor een moeilijk te bereiken groep als jonge, laagopgeleide allochtonen weinig effecten te verwachten.

Veel professionals en respondenten wijzen erop gebruik te maken van internet, bijvoorbeeld via Youtube, MSN en Hyves, zeker omdat jongeren elkaar via de laatste twee kanalen vaak ontmoeten. Een nadeel van internet is wel dat mensen informatie alleen tegenkomen wanneer ze er zelf naar op zoek gaan. Voor Hyves en MSN geldt echter dat jongeren het hoe dan ook gebruiken en de informatie zodoende ook naar hen toe kan komen.

4.2.4 Organisatie van interventies

De rol van de doelgroep en zelforganisaties

Door veel professionals wordt benadrukt dat het een belangrijke succesfactor is om de doelgroep van de interventie zelf te betrekken bij ontwikkeling en/of uitvoering van de interventie. De doelgroep wordt vaak betrokken door in de uitvoering een rol te geven aan vrijwilligersorganisaties, ofwel zelforganisaties.

Veel professionals geven aan dat het goed is zelforganisaties zoveel mogelijk te betrekken bij interventies. Het is een naar verwachting goede manier om de doelgroep cultuurspecifiek te benaderen. Deze organisaties staan vaak dicht bij de doelgroep waardoor ze het vertrouwen hebben en zicht hebben op de determinanten van gedrag. Een voordeel is verder dat zelforganisaties in de uitvoering van een interventie kunnen aansluiten op de specifieke lokale situatie en problematiek. Onder professionals bestaat veel consensus over het feit dat lokale, kleinschalige initiatieven een grote kans van slagen hebben. Ook omdat zelforganisaties vaak gericht zijn op een bepaalde etnische groep en werken met mensen uit diezelfde groep bieden zelforganisaties mogelijkheden voor maatwerk gericht op een specifieke doelgroep.

De vraag is in hoeverre de vrijwilligers uit de doelgroep, behalve bij de uitvoering, ook een rol zouden moeten hebben bij de ontwikkeling van interventies. Niet duidelijk is in hoeverre er bij zelforganisaties behoefte is aan voorlichtingspakketten die landelijk worden aangeboden. Een alternatief is de organisaties zelf de interventies te laten ontwikkelen. Met andere woorden, een bottum-up in plaats van top down methode bij ontwikkeling van interventies. Deze aanpak heeft bijvoorbeeld de GGD-Groningen gebruikt, die de ontwikkeling en uitvoering van interventies in het kader van het programma 'Amor i Salu' in handen heeft gegeven van Antilliaanse vrijwilligers. De GGD bewaakt hierbij de randvoorwaarden en geeft trainingen. Deze aanpak is succesvol gebleken.

Een belangrijk aandachtspunt bij het betrekken van zelforganisaties is dat deze organisaties vaak niet professioneel zijn. Het ontbreekt bijvoorbeeld aan de professionele vaardigheden die nodig zijn om een goede projectaanvraag op te stellen. Bovendien leunen zelforganisaties veelal op vrijwilligers, die niet altijd de juiste training hebben gehad en capabel genoeg zijn om zulke gevoelige onderwerpen met jongeren te bespreken. Veel vrijwilligersorganisaties hebben daarnaast te maken met een snel wisselende personele bezetting, waardoor een snel verloop van kennis en vaardigheden ontstaat. Dit brengt risico's met zich mee voor de kwaliteit van interventies. Professionele ondersteuning bij ontwikkeling en uitvoering, bij het indienen van een subsidieaanvraag en bij evaluatie van interventies is daarom erg belangrijk. Een succesfactor voor interventies lijkt daarom samenwerking van zelforganisaties met grote organisaties met veel expertise en ervaring, zoals de GGD-en, Soa Aids Nederland en de Rutgers Nisso Groep. Op verschillende plaatsen vindt dergelijke samenwerking al plaats. Zo voert de GGD Amsterdam het verbredingstraject hiv/soa uit, wat gericht is op doelgroep-participatie en waarbij wordt samengewerkt met zelforganisaties.

Waar ook rekening mee dient te worden gehouden is dat niet elke zelforganisatie iets zal willen doen met het onderwerp seksuele gezondheid en dat de aandacht voor dit onderwerp mogelijk van tijdelijke aard is. Maar hier kan een gemeente wel invloed op uitoefenen. Enkele professionals geven aan dat wanneer zelforganisaties voor financiering afhankelijk zijn van de gemeente, dit de gemeente ook in staat stelt eisen te stellen aan de inhoudelijke activiteiten van een organisatie.

Samengevat gaan er veel stemmen op om vrijwilligers uit de doelgroep c.q. zelforganisaties, in samenwerking met professionele organisaties met veel ervaring en expertise, een belangrijke rol te geven bij de ontwikkeling en uitvoering van interventies in de vorm van kleinschalige, lokale initiatieven. Omdat hier nog wel wat haken en ogen aan zitten is voor een nadere invulling van de rol van zelforganisaties mogelijk aanvullend onderzoek wenselijk. Dit om meer zicht te krijgen op wat de zelforganisaties op dit moment al precies doen, wat de wensen en mogelijkheden van deze organisaties zijn, welke zelforganisaties mogelijk een rol kunnen spelen bij interventies en hoe de samenwerking met andere organisaties vorm gegeven kan worden.

Professionele ondersteuning door de GGD

Hierboven is al gewezen op het belang van professionele ondersteuning van zelforganisaties die met het thema seksuele gezondheid aan de slag gaan. Volgens een aantal professionals is de GGD de aangewezen instelling om deze ondersteuning te bieden en de kwaliteit van interventies te bewaken. Subsidie-aanvragen voor interventies van bijvoorbeeld zelforganisaties kunnen ingediend worden bij de GGD, welke vervolgens ondersteuning kan bieden bij de verdere ontwikkeling en uitvoering. Daarvoor dient de GGD, naar eigen zeggen van één GGD, interventie aanvragen wel serieuzer in overweging te nemen, en dat vereist her en der een mentaliteitsverandering.

Behalve inhoudelijke en professionele ondersteuning zou het goed zijn als de GGD ook de financiële ondersteuning kan bieden aan zelforganisaties. Een dergelijke rol kan echter alleen worden uitgevoerd wanneer de GGD hiervoor over voldoende middelen beschikt om lokale initiatieven te financieren en op professionele wijze te ondersteunen.

Centrale regie

Er is volgens veel professionals sprake van versnippering in kennis over en uitvoering van interventies. Daarom zou het goed als de centrale regie bij één landelijke instelling wordt ondergebracht. Op dit moment weten veel organisaties niet precies van elkaar waar ze mee bezig zijn, zo constateert een aantal professionals. Bovendien wordt er te thematisch gewerkt. Zo richt Soa Aids NL zich in de ervaring van een aantal professionals te zeer alleen op soa en aids terwijl de problemen zich vaak voordoen op meerdere terreinen (ongewenste zwangerschappen, seksualiteit, relationele vaardigheden). Het zou goed zijn als de focus van interventies daarom meer komt te liggen op seksuele gezondheid in brede zin.

Wanneer de centrale regie en de verantwoordelijkheid voor het thema worden ondergebracht bij één landelijke instelling komt er meer zicht op goede praktijken. Die instelling kan deze kennis bundelen en uitdragen zodat bij lokale ontwikkeling en uitvoering van interventies gebruik kan worden gemaakt van expertise die eerder en elders is opgedaan. Bewezen effectieve interventies kunnen vervolgens breder geïmplementeerd worden.

Naast een centrale, landelijke regie is het wel van belang dat interventies aansluiten bij de lokale praktijk en dat de doelgroep een rol heeft bij de ontwikkeling van interventies. Met name zelforganisaties staan vaak dicht bij de doelgroep en kunnen aansluiten bij de lokale situatie en problematiek. Voor het vormen van een brug tussen één landelijke instelling die verantwoordelijk is voor het thema seksuele gezondheid in brede zin en bijvoorbeeld de zelforganisaties op lokaal niveau is de GGD volgens veel professionals een voor de hand liggende partij, daarbij gebruik makend van de inhoudelijke expertise en professionaliteit bij bijvoorbeeld Soa Aids Nederland en de Rutgers Nisso Groep.

Effectieve en structurele interventies

De effectiviteit van interventies wordt in het algemeen onvoldoende geëvalueerd. Vaak is dan ook onbekend welke interventies succesvol zijn geweest en daarom wellicht voortgezet moeten worden. Voor voortzetting van interventies is bovendien vaak geen budget, omdat subsidies maar voor een beperkte periode worden toegekend en er vaak meer subsidie is voor ontwikkeling dan voor implementatie. Zoals eerder benadrukt draait het bij veel interventies om de lange adem en is een langere looptijd gewenst voor het boeken van aansprekende resultaten. Nu is het vaak het geval dat, zo zeggen de betrokkenen bij interventies, ook wanneer is aangetoond dat een interventie succesvol is geweest, er toch geen budget beschikbaar is voor voortzetting van de interventie.

Sterke en zwakke punten van verschillende organisaties: een overzicht

Aan het slot van deze paragraaf geven we in tabelvorm een overzicht van de sterke en zwakke punten van verschillende organisaties bij het geven van voorlichting over seksuele gezondheid aan allochtone jongeren. Veel van deze punten zijn in bovenstaande tekst al aan bod gekomen. Deze tabel is gebaseerd op de interviews met de professionals, waaronder de linking pins, de experts en de uitvoerders van interventies (zie paragraaf 1.3 voor het onderscheid tussen de verschillende typen professionals).

	Sterke punten	Zwakke punten
Soa Aids Nederland	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inhoudelijke deskundigheid soa, aids ▪ Aandacht voor evidence based werken ▪ Steeds meer samenwerking met andere partijen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Teveel gericht op één thema (soa)
Rutgers Nisso Groep	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inhoudelijke deskundigheid seksualiteit ▪ Aandacht voor evidence based werken 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grote afstand tot doelgroep ▪ Weinig specifieke aandacht voor allochtone doelgroepen ▪ Afhankelijk van uitvoering programma's door intermediairen (docenten / jongerenwerkers); weinig allochtone intermediairs
GGD-en	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inhoudelijke deskundigheid soa / preventie ▪ Goede naam bij doelgroepen ▪ Lokaal/regionaal georganiseerd 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verschillen tussen GGD-en (in aanpak en affiniteit met allochtone doelgroepen) ▪ Onvoldoende uitwisseling ervaringen tussen GGD-en ▪ Nadruk op VETC, waarmee vooral de oudere Turkse en Marokkaanse doelgroep wordt bereikt.
Zelforganisaties/vrijwilligers	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dichtbij de doelgroepen, weten wat er leeft ▪ Goede kennis van cultuur en bereikbaarheid doelgroep ▪ Goed bereik onder de doelgroep ▪ Laagdrempelig ▪ Lokaal georganiseerd 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Onvoldoende professionaliteit / deskundigheid ▪ Beperkte verantwoording van werkwijze / resultaten ▪ Aandacht voor seksuele gezondheid mogelijk van korte duur, geen prioriteit
Scholen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groot bereik onder jongeren ▪ Door jongeren zelf gezien als belangrijke bron van informatie ▪ Laagdrempelig ▪ Face-to-face contact 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aandacht voor seksuele gezondheid is afhankelijk van prioriteiten van de school ▪ Kwaliteit van de voorlichting is afhankelijk van vaardigheden van individuele docenten
Jongerenwerk/buurthuizen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Door allochtone jongeren gezien als belangrijke bron van informatie ▪ Laagdrempelig ▪ Face-to-face contact 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aandacht voor seksuele gezondheid is afhankelijk van prioriteiten van de organisatie ▪ Kwaliteit van de voorlichting is afhankelijk van vaardigheden van individuele jongerenwerkers
Sense	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inhoudelijke deskundigheid soa ▪ Face-to-face contact 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jongeren moeten er zelf naartoe gaan ▪ Bereiken jongeren vrij laat (als ze al seksueel actief zijn/problemen ervaren)

4.3 Ten slotte

In de voorgaande twee hoofdstukken is zeer uitgebreid in kaart gebracht hoe de seksuele belevingswereld van de jongeren eruit ziet, welke seksuele problematiek er speelt, hoe dit door jongeren ervaren wordt en welke (culturele) determinanten hier aan ten grondslag liggen, en welke aanknopingspunten dit oplevert voor interventies ter bevordering van de seksuele gezondheid van jongeren. Dit alles op kwalitatieve wijze beschreven en gezien vanuit de jongeren zelf en vanuit een groot aantal professionals met zicht op de doelgroep, de problematiek en de interventies. Zoveel als mogelijk is daarbij geprobeerd bruggen te slaan tussen de benoemde determinanten van de problematiek en de interventies.

In het volgende hoofdstuk bundelen we de resultaten en komen we tot afgebakende conclusies en concrete aanbevelingen voor interventies.

5 Conclusies en aanbevelingen voor interventies en beleid

In dit hoofdstuk bundelen we de resultaten uit de voorgaande hoofdstukken en komen we tot conclusies en aanbevelingen voor interventies.

Onze conclusies en aanbevelingen zijn gebaseerd op de determinanten die uit de interviews met jongeren en professionals naar voren komen, op de wensen die de doelgroep zelf uitsprekt en op succes- en faalfactoren van interventies die door professionals en experts zijn genoemd. De aanbevelingen zijn niet gebaseerd op een uitputtende evaluatie van alles wat er de laatste jaren gebeurd is op het gebied van interventies en de effectiviteit hiervan. We kunnen daarom niet bij alle aanbevelingen aangeven in welke mate deze op grotere of op kleinere schaal al in de praktijk worden toegepast.

In de eerste paragraaf bespreken we de belangrijkste conclusies ten aanzien van de determinanten die ten grondslag liggen aan problemen met de seksuele gezondheid en de conclusies ten aanzien van succes- en faalfactoren van interventies. In de tweede paragraaf ten slotte komen we tot concrete aanbevelingen voor interventies. Hierbij verwijzen we ter illustratie naar bestaande interventies die als goede voorbeelden te zien zijn.

5.1 Conclusies

Determinanten

Samengevat liggen de volgende, deels cultureel bepaalde, determinanten ten grondslag aan problemen met de seksuele gezondheid:

Levenshouding

Bij een deel van doelgroep is sprake van een losse levensstijl waarin het ervaren en het nemen van verantwoordelijkheid voor de eigen acties niet centraal staat. Vaak heeft dit te maken met een laag zelfbeeld en een negatief toekomstbeeld. Daarnaast hebben velen een sterk 'externe locus of control', ze hebben het gevoel dat ze hun leven niet kunnen plannen en zien wel wat er gebeurt. Samen met een laag ingeschatte risicoperceptie draagt dit bij aan een vaak achteloze houding ten aanzien van anticonceptie.

Actief, vluchtig en onveilig

De seksuele belevingswereld speelt een belangrijk rol in de problemen met de seksuele gezondheid. Een deel van de doelgroep is, vaak al op jonge leeftijd, seksueel erg actief en heeft relatief veel vluchtige seksuele contacten. Vanwege een veelal negatieve attitude ten aanzien van anticonceptie, zowel bij mannen als vrouwen, kan dit leiden tot problemen met de seksuele gezondheid. Deze negatieve attitude is ingegeven door het idee dat seks minder prettig is met condoom, misvattingen over anticonceptie (condooms scheuren, van de pil wordt je dik) en laksheid. Daarnaast komt vreemdgaan binnen de doelgroep relatief veel voor en leidt de seksuele losbandigheid in enkele gevallen zelfs tot extreme seksuele uitpattingen.

Onvoldoende kennis en gebrekkige relationele vaardigheden

Over het algemeen is de kennis over hoe je soa's kunt voorkomen of genezen onvoldoende. Toch is vaak wel bekend dat er eigenlijk een condoom gebruikt moet worden. Duidelijk is echter dat deze kennis niet zonder meer tot het juiste gedrag leidt. De problematiek ontstaat eerder door zaken zoals de seksuele mentaliteit, gebrek aan weerbaarheid en gebrekkige vaardigheden. Wat betreft de vaardigheden gaat het daarbij niet om technische seksuele vaardigheden maar met name om een gebrek aan relationele vaardigheden die te maken hebben met een prettige beleving van seks, met een respectvolle manier van met elkaar omgaan en met de onderhandelingsvaardigheden om wensen en grenzen binnen een seksuele relatie bespreekbaar te maken.

Opvoeding

Opvoeding speelt een belangrijke rol in de seksuele en relationele vorming. Daarbij is openheid over seksualiteit en betrokkenheid van ouders bij hun kinderen van belang. Bij de allochtone doelgroep is vaak sprake van een gebrek aan openheid over seksualiteit binnen gezinnen. Met name tussen ouders en kinderen is seksualiteit niet bespreekbaar. Dit speelt het sterkst bij Turkse en Marokkaanse jongeren, vanwege de taboe- en schaamtecultuur, een sterke sociale controle en een 'roddelcultuur' binnen die gemeenschappen. Toch is seksualiteit ook tussen Antilliaanse en Surinaamse ouders en kinderen over het algemeen een moeilijk bespreekbaar onderwerp.

Binnen de islamitische doelgroep is de religie met name voor meisjes en vrouwen van invloed op zowel het seksueel gedrag als de openheid over en bespreekbaarheid van seksualiteit.

Man-vrouw verhoudingen en weerbaarheid

In de man-vrouw verhoudingen schuilt ook een belangrijke oorzaak voor de problematiek. Veel geïnterviewde jongens en mannen uit de doelgroep hebben weinig respect voor vrouwen. Veel vrouwen en meisjes uit de doelgroep zijn bovendien niet weerbaar genoeg. Antilliaanse meisjes beginnen vaak al op jonge leeftijd met seks wanneer ze nog geen grenzen hebben afgebakend. De jongens zijn vaak ouder en hebben mede daardoor een haast natuurlijk overwicht. Bij Turkse en Marokkaanse meisjes en jonge vrouwen speelt mee dat ze chantabel zijn omdat ze bang zijn dat informatie over hun seksuele gedrag bij de familie terecht komt. Ook in de problematiek van ongewenste tienerzwangerschappen onder Antilliaanse en Surinaamse meisjes spelen de man-vrouw verhoudingen binnen die gemeenschap, ook wel de machocultuur versus de moedercultuur genoemd, een rol. Wat ook mee speelt is dat veel jongeren zelf ook een alleenstaande moeder als voorbeeld hebben.

Sociaal-economische status

Wellicht nog meer dan cultureel bepaalde determinanten spelen sociaal economische en maatschappelijke factoren een belangrijke rol. Een groot deel van de respondenten uit de doelgroep is relatief laag opgeleid en ervaart ook problemen op andere gebieden zoals werk, drank en drugsgebruik en het opgroeien in een achterstandswijk. Meer dan de cultuur van de ouders speelt de subcultuur, de straatcultuur waarbinnen zich jongeren met een verschillende etnische achtergrond bewegen, een grote rol bij de geïnterviewde jongeren. De vraag is dan ook in hoeverre de seksuele gezondheid van allochtonen afwijkt van de seksuele gezondheid van autochtonen uit een vergelijkbaar sociaal economisch milieu. Er is namelijk ook een deel van de respondenten uit de doelgroep dat op een heel andere en meer gewetensvolle manier met seksualiteit omgaat, waarbij met name de opvoeding een grote rol lijkt te spelen.

Kennis over en houding ten aanzien van hulpverlening

De kennis over en houding ten aanzien van hulpverlening is ook van invloed op de problematiek, mede vanuit het oogpunt van het tegengaan van verdere verspreiding door een vroegtijdige constatering van een soa. De doelgroep weet niet altijd waar ze terecht kunnen voor een test of bij problemen. Daarnaast is er sprake van een zekere angst om naar een hulpverlener toe te gaan.

Perceptie van problematiek

Duidelijk is dat de problemen met de seksuele gezondheid niet altijd daadwerkelijk als probleem worden ervaren door de doelgroep. Dit is het geval bij de tienerzwangerschappen onder Antilliaanse en Surinaamse meisjes maar ook bij soa's waarvan de ernst van het probleem vaak niet heel hoog wordt ingeschat.

De rol van afkomst en geslacht

Bepaalde determinanten spelen bij de ene etnische groep een grotere rol dan bij de andere. Dit geldt bijvoorbeeld voor het gebrek aan openheid en de taboe- en schaamtecultuur waarvan meer sprake is bij Turken en Marokkanen dan bij Antillianen en Surinamers. Toch blijkt ook dat de verschillen tussen groepen soms vervagen, wat te maken heeft met de eerder genoemde subcultuur en met sociaal economische en maatschappelijke factoren. Dit speelt echter sterker bij mannen en jongens dan bij vrouwen en meisjes. Bij vrouwen en meisjes zijn culturele factoren die te maken hebben met de afkomst van grotere invloed dan bij jongens, blijkens de verschillen tussen Marokkaanse en Turkse meisjes enerzijds en Antilliaanse en Surinaamse meisjes anderzijds met betrekking tot bijvoorbeeld de visie op moederschap, seksuele activiteit en openheid over seks.

Interventies

Algemene kenmerken van recent ontwikkelde interventies

Bij de recent ontwikkelde interventies valt op dat er relatief veel gericht zijn op soa's, al dan niet in combinatie met zwangerschappen. Daarnaast zijn veel interventies gericht op determinanten van problemen met de seksuele gezondheid zoals weerbaarheid, communicatie en relationele vaardigheden. Veel van de recent ontwikkelde interventies zijn gericht op een niet nader gespecificeerde, multiculturele groep. In dat opzicht wordt er relatief weinig rekening gehouden met cultuurgebonden factoren. Wanneer interventies gericht zijn op een specifieke groep is dit overwegend de Antilliaanse en Surinaamse groep en zelden de Turkse en Marokkaanse groep.

Wat betreft de uitvoering nemen de GGD-en in de praktijk van bestaande interventies een dominante positie in.

Effectiviteit van interventies

Over de mate waarin interventies succesvol zijn geweest is vaak weinig bekend. Bij het merendeel van de recent ontwikkelde interventies ontbreekt een effect evaluatie. De kwaliteit van de evaluaties is bovendien veelal niet voldoende om tot 'harde' uitspraken te komen over het effect van de gepleegde inspanningen en/of de factoren die het optreden van effecten of het uitblijven daarvan kunnen verklaren. Daar waar effecten worden vastgesteld gaat het om effecten op kennis en intentie en niet op gedrag. Dit vormt een mogelijke belemmering voor een bredere implementatie van succesvolle interventies. Daarnaast is er

vaak geen budget voor voortzetting van interventies na het ontwikkelingsproces. Dit terwijl voor het boeken van aansprekende resultaten vaak een langere looptijd vereist is.

Ervaring van de doelgroep met interventies

De respondenten uit de doelgroep zelf zijn maar weinig in aanraking geweest met interventies. Wanneer men wel ervaring heeft met interventies is dat vooral met tv-campagnes of met voorlichting op school. De respondenten kunnen zich daar over het algemeen niet veel van herinneren en zeggen er niet veel van te hebben opgestoken.

Succesfactoren interventies

Met betrekking tot de inhoud, vorm, doelgroep en het proces en de organisatie van interventies zijn de volgende factoren die bijdragen aan effectieve interventies te identificeren:

Inhoud en focus

- Het is belangrijk de kennis over soa's en de kennis ten aanzien van hulpverleningskanalen te vergroten.
- Hoewel het kennisverhogend aspect van interventies blijvend aandacht verdient, is het goed wanneer juist ook zaken als sociale en relationele vaardigheden, communicatie, respect voor elkaar en weerbaarheid aan bod komen. Dat vraagt om een brede focus, met bovendien aandacht voor seksuele gezondheid in brede zin (soa, ongewenste zwangerschappen, seksualiteit) en andere levensstijl aspecten zoals drank- en drugsgebruik.
- Het is van belang de negatieve attitude ten aanzien van condoomgebruik te veranderen. Naast dat dit een mentaliteitsverandering bij mannen en jongens vereist moet daarvoor ook de weerbaarheid van vrouwen en meisjes vergroot worden.
- Interventies zouden een persoonlijke en serieuze boodschap moeten hebben. Duidelijke faalfactoren voor deze doelgroep zijn een te luchtige en komische boodschap of, met name voor de Turkse en Marokkaanse doelgroep, expliciete, seksuele beelden. Belangrijk is dat de toon van interventies het voor de doelgroep interessant maakt en niet beledigend is.

Doelgroep

- Het zou goed zijn interventies zoveel mogelijk te differentiëren naar doelgroep, wat betreft leeftijd, geslacht en etniciteit. Daarbij hoort ook het jong beginnen met voorlichting omdat de doelgroep op jonge leeftijd al seksueel actief is. Veel interventies kunnen bovendien het beste apart ontwikkeld en uitgevoerd worden voor jongens en meisjes. Interventies gericht op een specifiek etnische groep kunnen bijvoorbeeld rekening houden met verschillen in de wijze van communiceren of specifieke determinanten die een rol spelen bij de betreffende groep. Dit alles houdt verband met het belang van het aansluiten bij de belevingswereld van de doelgroep.
- Het gebrek aan openheid over seksualiteit is een belangrijke determinant van problemen met de seksuele gezondheid. Daarom zou het goed zijn als interventies ook op ouders gericht zijn, zodat seksualiteit binnen gezinnen bespreekbaar wordt.

De vorm

- Met betrekking tot het aansluiten bij de belevingswereld van de doelgroep vormt 'peer education' voor vrijwel alle betrokkenen een duidelijke succesfactor. Het is belangrijk dat de persoon die de interventie uitvoert in zoveel mogelijk opzichten (leeftijd, achtergrond) dicht bij de doelgroep staat.
- De school is als locatie bij uitstek geschikt voor interventies omdat je de doelgroep daar moet zien te bereiken waar ze toch al zijn. Echter niet iedere docent is geschikt om seksuele voorlichting te geven en een klassikale methode met jongens en meisjes samen is mogelijk niet effectief vanwege schaamte, stoer doen en sociale controle.
- Groepsvoorlichting kan effectief zijn, maar er zitten veel haken en ogen aan. Er dient sprake te zijn van een vertrouwensband tussen de deelnemers. Anders is het voor de deelnemers moeilijk om open en eerlijk over seksualiteit te praten.
- Gebedshuizen (moskeeën, migrantenkerken) als locatie voor interventies en het betrekken van religieuze leiders bij interventies bieden mogelijkheden. Dergelijke initiatieven sluiten goed aan bij de belevingswereld (bijvoorbeeld de Koran gebruiken als aanleiding om het over respect en verantwoordelijkheid te hebben en zo op een voor moslims acceptabele wijze over seksualiteit te kunnen praten) en gebruiken kanalen waarmee (een gedeelte van) de doelgroep goed te bereiken is. Kanttekening is dat het thema seksualiteit binnen religies vaak alleen bespreekbaar is binnen de context van het huwelijk, wat het voor religieuze leiders moeilijk maakt hierover te spreken.
- De doelgroep weet de hulpverlening en instellingen waar ze zich kunnen laten testen niet altijd goed te vinden. Het is daarom goed de doelgroep zelf op te zoeken. Dit kan bijvoorbeeld door middel van een soa test bus in de wijk. Dit draagt bij aan het tegengaan van verdere verspreiding van soa's en creëert bewustwording met betrekking tot veilig vrijen.
- Het is mogelijk succesvol om interventies in te bedden in de wijkgerichte programma's. Dit kan door interventies onderdeel te laten uitmaken van bestaande activiteiten in een wijk of door gebruik te maken van buurthuizen voor interventies.
- Wat betreft massamediale interventies is het belangrijk gebruik te maken van de juiste kanalen. Voor de doelgroep allochtonen is dat over het algemeen niet de publieke omroep, maar eerder kanalen zoals TMF en MTV. Daarnaast zou het goed zijn gebruik te maken van kanalen specifiek gericht op bepaalde groepen (zoals de NMO en NIO) omdat dit interventies toegesneden op een bepaalde etnische groep mogelijk maakt. Ook het gebruik van internet, met name hyves, Youtube en MSN en het gebruik van specifieke radiozenders voor jongeren (zoals FunX in Rotterdam) sluiten goed aan bij de doelgroep.
- Herhaling is van groot belang. Een eenmalige interventie is weinig effectief in het te weeg brengen van een mentaliteitsverandering bij de doelgroep.

Organisatie

- Een belangrijke succesfactor is het betrekken van doelgroep zelf bij ontwikkeling en uitvoering van interventies. Een goede wijze waarop dit kan is door zelforganisaties of vrijwilligers uit de doelgroep te betrekken bij het bedenken en uitvoeren van interventies. Kanttekeningen hierbij zijn wel dat deze organisaties vaak onvoldoende professioneel zijn. Voor het succes van interventies is daarom een intensieve samenwerking tussen zelforganisaties en professionele instellingen die beschikken over expertise en ervaring van belang.
- Vaak is er te weinig aandacht en/of te weinig budget om interventies grondig op effecten te evalueren. Het vaker en beter evalueren van interventies is daarom een aandachtspunt. Het is belangrijker te investeren in kennis over de effectiviteit van bestaande interventies dan in de ontwikkeling van telkens weer nieuwe interventies.
- Er is sprake van veel versnippering in kennis over en uitvoering van interventies. Dat vraagt om meer centrale regie, zodat er meer zicht komt op goede praktijken op lokaal niveau die bij bewezen effectiviteit vervolgens breder geïmplementeerd kunnen worden. Het zou goed zijn als de centrale regie bij één partij komt te liggen.

5.2 Aanbevelingen

In deze slotparagraaf formuleren we op basis van de onderzoeksresultaten enkele concrete aanbevelingen voor interventies ter bevordering van de seksuele gezondheid. Achtereenvolgens komen aan bod aanbevelingen ten aanzien van:

- Verschillende typen interventies
- De algemene ingrediënten van interventies
- De organisatie van interventies

5.2.1 Aanbevelingen per type interventie

De verschillende interventies die we in dit onderzoek zijn tegengekomen hebben we ondergebracht in onderstaande vijf hoofdgroepen. Per hoofdgroep doen we enkele concrete aanbevelingen.

Interventies op scholen

Scholen zijn bij uitstek geschikt voor de uitvoering van interventies omdat de moeilijk bereikbare doelgroep juist daar te bereiken is. Het is daarom aan te bevelen interventies gericht op allochtone jongeren uit te voeren op scholen.

Er zijn echter belemmeringen voor de uitvoering van interventies op scholen, zo stelt een aantal professionals. Zo zijn scholen vrij te bepalen hoeveel prioriteit ze aan het onderwerp geven. Het is daarom aan te bevelen dat door de betrokken overheden wordt gekeken naar mogelijkheden om seksuele gezondheid een vastere plaats in het curriculum van scholen te geven.

Wat betreft de praktische uitvoering is het van belang dat de persoon die de interventies uitvoert dicht bij de doelgroep staat. Niet altijd is de docent hiervoor de meest geschikte

persoon. Daarnaast is aan te bevelen om, behalve klassikaal met jongens en meisjes samen, ook buiten de klas om met jongens en meisjes apart te werken, zodat jongeren open, eerlijk en op een interactieve manier met het onderwerp bezig kunnen zijn. Verder is een brede focus van belang waarbij behalve aandacht voor kennisvergroting ook aandacht is voor attitude en relationele vaardigheden. Goede voorbeelden van interventies op scholen zijn Lang Leve de Liefde van Soa Aids Nederland en ROsafe van de GGD Rotterdam.

Interventies gericht op ouders

Behalve interventies gericht op de jongeren is het aan te bevelen een meer indirecte benadering te hanteren, namelijk via de ouders. Dit omdat het gebrek aan openheid over seksualiteit binnen allochtone gezinnen een belangrijke determinant is van problemen met de seksuele gezondheid. De opvoeding speelt een cruciale rol in hoe de jongeren met seksualiteit omgaan. Het richten van interventies op de ouders kan het taboe op seksualiteit binnen gezinnen verminderen. Voorbeelden van interventies gericht op ouders zijn 'Je kids, seksualiteit en opvoeding' van de GGD Amsterdam en de cursus 'Seksualiteit, omgaan met je lichaam' van Dona Daria. Ook de methode van Uma Tori van de Universiteit Maastricht, kleine groepsbijeenkomsten bij mensen thuis, kan geschikt zijn voor interventies gericht op ouders. Verder kan de bespreekbaarheid van het onderwerp voor ouders makkelijker worden indien religieuze leiders of leiderfiguren in de gemeenschap een stap in die richting zouden doen.

Wijkgerichte programma's

Het verdient aanbeveling dat interventies zoveel mogelijk worden opgenomen in wijkgerichte programma's. Daarbij zijn verschillende vormen denkbaar. Een mogelijkheid is het inbedden van interventies in bestaande activiteiten of evenementen in de wijk. Op die manier is de doelgroep makkelijker te bereiken dan wanneer een interventie enkel gericht is op seksuele gezondheid. Daarnaast zijn buurthuizen en jongerencentra goede locaties voor interventies. Een voorbeeld daarvan is het spreekuur dat Sense is gestart in een jongeren-centrum in Gouda. Dit zorgt voor een laagdrempelige voorziening, waardoor het bereik van een interventie toeneemt.

Massamediale interventies

Wat betreft massamediale interventies is het belangrijk dat gebruik wordt gemaakt van de juiste kanalen. Dat zijn met name TMF, MTV en de omroepen specifiek gericht op een bepaalde groep zoals de NMO en de NIO.

Massamediale campagnes moeten vooral gezien worden als ondersteunend voor andere, meer directe interventies. Dit omdat de directe effecten op een moeilijk bereikbare groep zoals jonge laagopgeleide allochtonen relatief beperkt zijn. De doelen van massamediale campagnes moeten vooral zijn het vergroten van kennis, bewust worden van risico's en het vergroten van bekendheid van bijvoorbeeld websites.

Naast televisie is het aan te bevelen gebruik te maken van internet als medium voor massamediale interventies. Met name Hyves, Youtube en MSN bieden aanknopingspunten omdat de doelgroep over het algemeen actief is op die kanalen.

Interventies via hulpverlening

De doelgroep weet de hulpverlening en de instellingen waar ze zich kunnen laten testen vaak niet goed te vinden. Vanuit het oogpunt van het tegengaan van verspreiding van soa's en het creëren van bewustwording is het aan te bevelen dat interventies ook gekoppeld worden aan de hulpverlening. De soa test bus van Sense in Rotterdam is in dit opzicht een goed voorbeeld waarbij de doelgroep zelf wordt opgezocht. Daarnaast heeft een arts binnen veel allochtone groepen een hoog aanzien. Het vormgeven van interventies vanuit een meer medische invalshoek kan zodoende het bereik van interventies vergroten.

5.2.2 Algemene ingrediënten van interventies

Hieronder bespreken we de aanbevelingen met betrekking tot de inhoudelijke elementen van interventies. Deze aanbevelingen gelden voor alle bovengenoemde typen interventies.

Serieuze boodschap

Interventies gericht op allochtonen zijn effectief wanneer de boodschap serieus en persoonlijk is en nadrukkelijk niet komisch en luchtig. Het is daarom aan te bevelen een harde en soms confronterende boodschap te hanteren die de doelgroep wakker schudt. Daarbij is het belangrijk het onderscheid tussen confronteren enerzijds en expliciete, intieme beelden in bijvoorbeeld voorlichtingsfilms in het oog te houden. Dat laatste werkt met name bij de Turkse en Marokkaanse doelgroep juist niet. Daarnaast dient de toon van de interventie niet belerend te zijn en de interesse te wekken van de doelgroep.

Differentiatie

Het is belangrijk interventies zoveel mogelijk gedifferentieerd naar de doelgroep vorm te geven. Dit geldt allereerst voor leeftijd. Het is aan te bevelen zoveel mogelijk aan te sluiten bij de belevingswereld die hoort bij een bepaalde levensfase. Aansluitend is het belangrijk tijdig te beginnen met voorlichting omdat de doelgroep op relatief jonge leeftijd seksueel actief wordt. Daarnaast is het goed wanneer interventies voor mannen en vrouwen apart ontwikkeld en uitgevoerd worden, zeker wanneer een bepaalde mate van interactie is vereist. Tot slot is het aan te bevelen interventies af te stemmen op specifieke etnische groepen, zodat rekening gehouden kan worden met culturele factoren zoals de manier van communiceren en de achterliggende determinanten. Kanttekening bij differentiatie is wel dat dit niet voor alle hierboven beschreven typen interventies mogelijk is.

Dichtbij de doelgroep

De doelgroep wordt het beste bereikt wanneer de doelgroep zelf betrokken is bij de interventie. Het verdient dan ook sterke aanbeveling gebruik te maken van 'peer education'. De doelgroep neemt namelijk eerder iets aan wanneer de boodschap gebracht wordt door iemand die dicht bij hen staat wat betreft leeftijd, etnische achtergrond en taalgebruik. Daarmee kan men zich beter identificeren en er ontstaat vertrouwen.

Brede focus

In verschillende opzichten is een brede focus van belang. Er is geconstateerd dat juist zaken zoals de seksuele mentaliteit, het respectvol omgaan met vrouwen door mannen en de weerbaarheid van meisjes een belangrijke rol spelen in de problemen met de seksuele gezondheid. Het is belangrijk dat een mentaliteitsverandering plaatsvindt. Het is daarom aan te bevelen dat interventies hier nadrukkelijk op inspelen, door aandacht te besteden aan

weerbaarheid, empowerment, communicatie, respect en relationele vaardigheden. De meer technische vaardigheden en de kennis zijn hierbij van minder belang.

Daarnaast is het goed wanneer de nadruk niet alleen ligt op bijvoorbeeld soa maar ook op ongewenste zwangerschappen, seksualiteit en relaties, kortom, seksuele gezondheid in brede zin.

Tot slot kan er bij een brede focus ook aandacht zijn voor andere aspecten die te maken hebben met de levensstijl van de doelgroep en samenhangen met de problemen op het gebied van seksuele gezondheid, zoals het drank- en drugsgebruik.

5.2.3 Organisatie en proces van interventies

Tot slot komen we tot aanbevelingen voor de wijze waarop de organisatie en het proces van interventies ter bevordering van de seksuele gezondheid van allochtonen het beste kan plaatsvinden.

Centrale regie en investeren in kennis

Er is sprake van versnippering in kennis over en uitvoering van interventies. Dat vraagt om centrale regie. Het is aan te bevelen het probleemeigenaarschap voor het thema seksuele gezondheid in brede zin bij één landelijke organisatie onder te brengen. Deze organisatie heeft grofweg drie functies: ten eerste het ontwikkelen van 'evidence- en theory-based' interventies, ten tweede het verzamelen van voorbeelden van goede praktijken op lokaal niveau en ten derde het uitdragen van deze kennis en expertise. Op deze manier kan bevorderd worden dat er meer kennis en ervaringen worden uitgewisseld tussen ontwikkelaars en uitvoerders van interventies en meer zicht komt op goede praktijken op lokaal niveau die bij bewezen effectiviteit vervolgens breder geïmplementeerd kunnen worden.

Daarvoor is wel een meer intensieve monitoring en evaluatie van interventies nodig. Bewezen effectieve interventies kunnen dan, meer dan nu, breder en landelijk voortgezet en geïmplementeerd worden. De ontwikkeling van telkens weer nieuwe interventies is weinig zinvol als er niet wordt geïnvesteerd in het verkrijgen en uitdragen van kennis over de effectiviteit van bestaande interventies.

Een aandachtspunt is verder dat de 'centrale regisseur' niet te ver afstaat van de doelgroep van de interventies, en de doelgroep van de interventie betreft bij de ontwikkeling hiervan. Inzicht in determinanten van gedrag en problematiek van de doelgroep zijn namelijk essentieel voor het effect van een interventie.

Aansluiting op de lokale praktijk: de rol van de doelgroep en van de GGD

Voor het aansluiten van een op centraal niveau ontwikkelde 'evidence- en theory-based' interventie op de lokale praktijk, is het van belang dat lokale partijen zorg dragen voor verdere ontwikkeling en uitvoering van de interventies. Geschikte partijen zijn de GGD en de doelgroep zelf, bijvoorbeeld vrijwilligers verenigd in een zelforganisatie. Met name zelforganisaties staan veelal dicht bij de doelgroep en kunnen aansluiten op de lokale situatie en problematiek. Ze zijn bovendien vaak gericht op een bepaalde etnische groep waardoor ze de interventie goed op de specifieke doelgroep kunnen laten aansluiten. Belangrijk aandachtspunt is echter dat bij zelforganisaties mogelijk de professionaliteit ontbreekt. Het is daarom aan te bevelen dat er vanuit een professionele organisatie, bijvoorbeeld de GGD, ondersteuning plaatsvindt van zelforganisaties, zodat de kwaliteit van interventies bewaakt wordt. De GGD kan zodoende een brug vormen tussen de hierboven beschreven centrale regie van één landelijke instelling en de zelforganisaties op lokaal niveau.

Bijlage 1 Interviews toepassingsmogelijkheden

De in hoofdstuk 5 beschreven conclusies van het onderzoek zijn in de laatste fase van het onderzoek besproken met een drietal organisaties: Soa Aids Nederland, het Centrum Gezond Leven en Forum. Hierdoor hebben we de conclusies direct kunnen toetsen in het veld en de praktische toepassingsmogelijkheden van de bevindingen nader kunnen exploreren. Deze resultaten zijn gebruikt bij het opstellen van concrete aanbevelingen in hoofdstuk 5 van dit rapport. In deze bijlage geven we per organisatie de resultaten uit de interviews.

Soa Aids Nederland

Inhoud en focus

Alle interventies voor jongeren van Soa Aids Nederland zijn gericht op het bevorderen en/of handhaven van een goede seksuele gezondheid. Interventies worden planmatig ontwikkeld aan de hand van Intervention Mapping. Dit is een planningsmodel voor de ontwikkeling van (seksuele) voorlichtingsprogramma's. Het gebruik van dit model garandeert niet alleen het systematisch toepassen van onderzoeksgegevens en theorie over gedrag en gedragsverandering bij programmaontwikkeling, maar ook een optimale afstemming van voorlichtingsprogramma's op jongeren en de context (bv de attitude en vaardigheden van de voorlichters) door een actieve participatie van jongeren, voorlichters en andere belanghebbenden. Daarnaast leent Intervention Mapping zich goed voor de ontwikkeling van cultuursensitieve interventies.

Wat betreft differentiatie naar doelgroep onderschrijft Soa Aids Nederland dat het beginnen met voorlichting op jonge leeftijd een belangrijk aandachtspunt is. Naast het aansluiten bij leeftijd is het belangrijk in programma's aandacht te besteden aan gender en culturele diversiteit en specifieke thema's van groepen jongeren van verschillende etnische achtergrond. In de praktische toepassing van interventies houdt Soa Aids Nederland hier rekening mee door in verschillende materialen gebruik te maken van personen uit verschillende culturen met wie jongeren zich wat betreft normen, waarden, ervaringen, risicogedrag e.d. kunnen identificeren.

Soa Aids Nederland sluit zich aan bij de huidige wetenschappelijke inzichten met betrekking tot shockerende of angstaanjagende voorlichting. Ze benadrukt dat theoretische en empirische evidentie laat zien dat angstaanjagende voorlichting niet effectief is. Angst motiveert mensen weliswaar om die angst weg te nemen, maar betekent meestal niet een keuze voor veiliger gedrag. Mensen hebben dan juist de neiging defensief gedrag te gaan vertonen. Confronteren daarentegen, door met een persoonlijke boodschap mensen te wijzen op de risico's, heeft te maken met risicoperceptie en wordt in veel interventies al toegepast. Een confronterende boodschap mag echter nooit worden gegeven zonder mensen een alternatief of uitvoerbare oplossing te bieden.

Vorm

Peer education kwam uit de interviews naar voren als een duidelijke aanbeveling voor interventies. Bij deze methodiek heeft Soa Aids Nederland veel twijfels. Jongeren hebben zelf vaak te weinig autoriteit om dingen van elkaar aan te nemen. Ook is er onvoldoende evidentie voor effectiviteit. Hiernaast is peer education een zeer dure vorm van voorlichting en komt de continuïteit nogal eens in gevaar. Soa Aids Nederland is van mening dat het be-

trekken van (vertegenwoordigers van) de doelgroep bij de ontwikkeling en uitvoering van de interventie een positieve werking heeft bij het realiseren van veranderdoelstellingen. In verschillende interventies zijn jongeren zelf actief betrokken bij de ontwikkeling en uitvoering. Soa Aids Nederland onderschrijft dat de school de uitgelezen setting is voor interventies. Veel jongeren en een aantal professionals in dit onderzoek hebben aangegeven dat de docent niet zonder meer geschikt is als boodschapper van interventies. Soa Aids Nederland gaat er echter van uit dat docenten die dagelijks contact hebben met leerlingen en bevoegd zijn kennis over te dragen en vaardigheden aan te leren in principe geschikt zijn om relationele en seksuele voorlichting te geven. Het is daarbij wel van belang dat docenten, zo nodig, worden getraind om de voorlichtings-interventie uit te voeren. Ter voorbereiding op de uitvoering van de lessen Lang leve de liefde zijn er de laatste jaren ongeveer 1000 docenten door daarvoor opgeleide GGD-professionals getraind.

Organisatie

In de conclusies zijn enkele kanttekeningen gezet bij de mogelijke rol van zelforganisaties bij interventies die bij de praktische implementatie van belang zijn. Soa Aids Nederland onderkent dat het belangrijk is (vertegenwoordigers van) de doelgroep, bijvoorbeeld via zelforganisaties te betrekken bij de ontwikkeling en eventueel uitvoering van interventies. De ontwikkeling van de subsite islam en seksualiteit op de communitywebsite maroc.nl is bijvoorbeeld ontwikkeld in nauwe samenwerking met betrokkenen van de website maroc.nl. Dat ging in zijn algemeenheid goed, omdat taken en verantwoordelijkheden helder waren. In de praktijk blijkt echter nogal eens dat zelforganisaties vaak slecht georganiseerd zijn, de bezetting wisselt frequent en training van medewerkers heeft daarom relatief weinig rendement. Samenwerking met zelforganisaties verloopt vaak stroef omdat afspraken slecht (kunnen) worden nagekomen. Dit heeft dan meestal te maken met het feit dat zelforganisatie veelal door vrijwilligers worden gedreven.

Een belangrijke bevinding voor de toepassing van interventies die Soa Aids Nederland onderschrijft is dat centrale regie door een landelijke partij van belang is. Op regionaal niveau, bij de implementatie van interventies, speelt de GGD een cruciale rol, maar niet alle GGD-en zijn even actief.

Aandachtspunt is dat het nu nog vaak voorkomt dat een landelijke campagne door een lokale partij wordt aangepast en op een andere wijze wordt uitgevoerd, zonder voorbereidings- of implementatietraject. Of er worden interventies uitgevoerd waarvan totaal niet bekend is welke effecten die hebben. Om dat te voorkomen moet in een vroeger stadium worden samengewerkt met regionale en lokale organisaties. Een inventarisatie van best practices op het gebied van interventies is van belang zodat die informatie kan worden meegenomen in landelijke interventies. Ook dat vraagt om een partij die landelijk het overzicht bewaakt.

Heel belangrijk is dat er meer nadruk komt op het voortzetten van goede praktijken en het breder implementeren van bewezen goede interventies. Te vaak speelt het gebrek aan budget om dit goed te kunnen waarborgen een rol, waardoor kennis verloren gaat.

De effectiviteit van landelijke interventies wordt echter wel degelijk geëvalueerd. Soa Aids Nederland werkt daarvoor veel samen met de Universiteiten van Maastricht en Utrecht.

Meer in algemene zin stelt Soa Aids Nederland dat veel van de bevindingen ten aanzien van interventies al in de praktijk worden gebracht en dat er de laatste jaren veel positieve ont-

wikkelingen zijn geweest. Soa Aids Nederland geeft een aantal voorbeelden van dergelijke interventies die aansluiten bij de bevindingen van het onderzoek.

- Er zijn pilots geweest met online interventies, waarbij onder andere vragen gesteld konden worden over seks aan imams en professionals, op websites zoals maroc.nl en verschillende Turkse en Antilliaanse websites. Vanaf januari vindt een doorstart van enkele van deze pilots plaats.
- In samenwerking met vertegenwoordigers uit de doelgroep verzorgt Soa Aids Nederland workshops rond het thema Jongeren, seks en islam. Inmiddels hebben honderden intermediairs zoals GGD professionals en docenten een workshop gevolgd.
- De interventie *Lang leve de liefde* (een lespakket over relaties en seksuele gezondheid voor het vmbo) die al ca 15 jaar loopt, is recent gecertificeerd door het Centrum Gezond Leven als effectief. Uit onderzoek is bekend dat lessen met dit pakket positieve effecten hebben bij jongeren op kennis, houding en vaardigheden met betrekking tot gezond seksueel gedrag. In Amsterdam gebruikt 70 procent en landelijk 60 procent van de VMBO-scholen deze interventie nu. Momenteel wordt er onderzoek gedaan (een 'need assessment') naar de belangrijkste punten waarop wijzigingen moeten worden aangebracht ten opzichte van de versie van 2001.
- *Lang leve de liefde* wordt nu ook aangepast voor andere doelgroepen zoals jongeren vanaf de brugklas, HAVO en VWO jongeren en jongeren van het praktijkonderwijs. In samenwerking met de GGD Rotterdam wordt er een interventie voor jongeren op ROC's ontwikkeld, een groep jongeren die volgens Soa Aids Nederland nu nog onvoldoende bereikt wordt.

Centrum Gezond Leven

Inhoud en focus

Man-vrouw verhoudingen en ongelijkwaardigheid in relaties als determinanten van problemen met de seksuele gezondheid worden duidelijk herkend. Sociale weerbaarheid van meisjes is dan ook een zeer belangrijk onderwerp, maar wat betreft de inhoud van interventies is het wel van belang ook jongens aan bod te laten komen. Duidelijk is dat een focus op mentaliteitsverandering en sociale vaardigheden zeer belangrijk is.

Het gebrek aan openheid en bespreekbaarheid binnen gezinnen is ook een belangrijke determinant. Het Centrum Gezond Leven vraagt zich echter wel af in hoeverre het zinvol is hier veel tijd aan te besteden, gezien de verhouding tussen de inspanning die dit vereist en de mogelijke opbrengst. Een praktische oplossing is wellicht het in te passen in andere interventies, zonder de insteek seksuele gezondheid.

Andere bevindingen ten aanzien van de aard en inhoud van interventies die het Centrum Gezond Leven onderschrijft zijn de keuze voor confronteren in plaats van shockeren, differentiatie naar doelgroep en het jong beginnen met voorlichting.

Vorm

Het Centrum Gezond Leven erkent de mogelijke knelpunten van groepsvoorlichting, omdat het moeilijk is de doelgroep daarbij te betrekken. Wat betreft de school als locatie voor interventies wordt aangetekend dat vmbo scholen al veel problemen hebben waar ze aandacht aan moeten besteden. Daarom is het begrijpelijk dat het onderwerp seksuele gezondheid niet altijd prioriteit krijgt. Een bredere insteek op weerbaarheid maakt het voor docenten wellicht wel makkelijker met het thema aan de slag te gaan. Toch is de school als organisatie mogelijk niet heel geschikt.

Wat betreft het bereiken van jongeren ziet het Centrum Gezond Leven veel mogelijkheden in kanalen zoals hyves, msn en sms.

Het Centrum Gezond Leven sluit zich aan bij de bevindingen met betrekking tot 'peer education'. De effectiviteit daarvan is wetenschappelijk aangetoond. Mogelijk kan er binnen een standaardmethode gevarieerd worden voor verschillende doelgroepen om zo beter aan te sluiten bij de doelgroep.

Organisatie

Wat betreft de rol van zelforganisaties maakt ook het Centrum Gezond Leven kanttekeningen. Het is de vraag of je iedere organisatie een moet kans geven, of dat er enkele goede initiatieven uitgelicht, doorontwikkeld en verder verspreid moeten worden. Dat laatste leidt waarschijnlijk tot meer kwaliteit, maar kan mogelijk wel weer ten koste gaan van innovatie. Heel belangrijk is, aansluitend bij de conclusies, dat er een landelijke organisatie betrokken wordt zodat de continuïteit gewaarborgd wordt en successen verankerd worden. Het is moeilijk sturing geven aan zelforganisaties die op eigen kracht initiatieven willen ontplooiën, maar wanneer deze organisaties subsidies aanvragen kunnen er ook eisen gesteld worden.

GGD-en zouden decentrale regie kunnen voeren Dit geldt waarschijnlijk vooral voor de GGD-en in de grote steden. Bij andere GGD-en in kleinere steden is dit met het huidige taakpakket en formatie niet mogelijk omdat ze daar niet de expertise en capaciteit voor hebben. Het Centrum Gezond Leven onderschrijft echter wel de bevinding dat het ontbreekt aan centrale regie. Voor centrale regie is een andere partij nodig, bijvoorbeeld de Rutgers Nisso Groep, maar daar zijn vaak geen middelen voor. In dit kader mist het Centrum Gezond Leven ook een instituut dat goede initiatieven implementeert.

Het Centrum Gezond Leven zou naar eigen zeggen een regierol kunnen spelen in het bij elkaar brengen van vraag en aanbod en het certificeren van interventies. Het Centrum Gezond Leven werkt aan een beoordelingssysteem voor leefstijlinterventies, waarbij een onafhankelijke commissie interventies beoordeelt op kwaliteit en theoretische onderbouwing. Op het gebied van seksuele gezondheid heeft het Centrum Gezond Leven twee interventies beoordeeld: Lang leve de liefde (in theorie effectief) en Girls talk (in eerste instantie afgewezen, is nu opnieuw ingediend met betere onderbouwing). Er blijken maar weinig interventies te voldoen aan de vereisten voor de beoordeling 'in theorie effectief'. Daarom is men bezig met het inbouwen van een tussenstap, waarvoor minimaal een handleiding, een methodiekbeschrijving en een procesevaluatie beschikbaar moeten zijn. Een dergelijke rol in de certificering van interventies gericht op seksuele gezondheid zou het Centrum Gezond Leven kunnen vervullen. Maar een inhoudelijke, centrale regierol is eerder weggelegd voor een organisatie zoals de Rutgers Nisso Groep.

Tot slot meldt het Centrum Gezond Leven dat er vaak meer geld beschikbaar is voor ontwikkeling van interventies dan voor implementatie. Daarom zou het goed zijn als er meer wordt ingezet op het vaststellen van effectiviteit en implementatie van datgene waarvan bekend is dat het effectief is.

FORUM, instituut voor multiculturele ontwikkeling

Inhoud en focus

FORUM sluit zich duidelijk aan bij het punt van confronterende voorlichting en bevestigt dat voorlichting serieus moet zijn en niet humoristisch. FORUM pleit ervoor dit ook met afschrikwekkende, shockerende beelden te doen. In de communicatie naar de doelgroep is het van belang te differentiëren. Dat kan bij uitstek door gebruik te maken van kanalen zoals de Nederlandse Moslim Omroep, de Nederlandse Islamitische Omroep, Organisatie Hindoe Media en plaatselijke migrantenomroepen. Er moet volop gebruik gemaakt worden van doelgroep-specifieke media zoals bladen, radio, tv-zenders en websites. Het is niet duur en een manier om rechtstreeks in de huiskamers van de doelgroep te komen.

Vorm

Het onder de aandacht brengen van seksuele gezondheid gebeurt bij voorkeur door middel van individuele gesprekken. Daarbij is het belangrijk hoe het wordt verpakt. Als voorbeeld geeft FORUM aan dat als het gaat om huiselijk geweld, waarbij de allochtone man betrokken is, je hem zou kunnen aanspreken op hoe hij met zijn vrouw/gezin omgaat, maar als het gaat om zijn dochter en in dit geval om seksuele gezondheid bij haar, dan is zo'n man zeer bereidwillig om te luisteren en naar oplossingen toe te handelen. Dit is een ingang om meer bewustzijn te creëren en sluit aan bij de aanbeveling in hoofdstuk 4 dat bij sommige groepen een meer indirecte manier van communiceren meer aanspreekt.

FORUM erkent dat 'peer education' een goede vorm is, maar dat vraagt wel veel van degenen die voorlicht. Hij of zij moet een goed voorbeeld zijn en serieus met het onderwerp omgaan. Wanneer gewerkt wordt met een professional hoeft dat niet noodzakelijk een allochtoon te zijn. Het gaat er veeleer om dat het een open persoon is, die bekend is met de doelgroepen, die relaties legt en zorgt voor structureel en goed bereik.

Wat betreft voorlichting op scholen maakt FORUM de kanttekening dat scholen al heel veel op zich af zien komen en nooit alles kunnen oppakken. Wel is het belangrijk dat scholen ook op het thema seksuele gezondheid een veilige situatie op school creëren.

Organisatie

De GGD, gezondheidscentra en aanverwante relevante organisaties zijn volgens FORUM de meest geëigende regisseurs van interventies. Vooral als deze organisaties een gemeenschap benaderen wordt dat zeker serieus genomen, wat ook te maken heeft met de uitstraling en status van een arts/verpleegkundige. Vanuit welzijn/buurtwerk is het zeer van belang dat de doelgroep goed doorverwezen wordt naar bovengenoemde organisaties. Verder moet je de gemeenschap mede-eigenaar van het probleem maken. Dat kan, in lijn met het beschrevene onder inhoud en focus, door de gemeenschap te confronteren met cijfers.

De genoemde organisaties moeten volgens FORUM wel veel meer dan nu netwerken opbouwen en verbindingen aangaan. Er zijn veel groepen, zoals zelforganisaties (waaronder vrouwen, jongeren en intussen drie allochtone artsenverenigingen), die gemobiliseerd kunnen worden. Er moeten veel meer interventies komen die zijn toegespitst op de doelgroepen en dat vraagt een verschuiving in de werkwijze van de GGD. FORUM geeft ter illustratie aan dat inmiddels 40 procent van de jongeren in Utrecht allochtoon is, maar dat de GGD nog steeds op zoek is naar manieren om deze groep te bereiken. Hier zouden bovengenoemde organisaties vooral bij het nadenken over en het ontwikkelen van de projecten al

in de beginfase de doelgroep moeten inschakelen. Het is van belang dat organisaties zoals FORUM Centra voor Maatschappelijke Ontwikkeling/steunfunctie instellingen, zelforganisaties en/of de gemeenschap eerder betrokken worden bij de ontwikkeling van interventies. De mate waarin dit al gebeurt verschilt per gemeente. In de grote steden is een gedifferentieerde aanpak wat meer ingebed en wordt ook meer samengewerkt. Professionals in de zorg zouden getraind moeten worden in het bewust maken van netwerken en het benutten van de, vaak grote, bereidheid bij zelforganisaties om mee te werken. De financiering zou volgens FORUM op een meer evenredige manier moeten plaatsvinden. Wanneer 40 procent van de doelgroep allochtoon is, zou ook 40 procent van de (financiële) inzet gericht moeten zijn op het bereiken van deze groep.

De aanbevelingen ten aanzien van structurele en effectieve interventies vormen volgens FORUM één van de hoofdpunten. Er dient een verschuiving plaats te vinden van een ad hoc en projectmatige aanpak naar een structurele oplossing voor een structureel probleem.

Bijlage 2 Succes- en faalfactoren interventies

Interventies	Organisatie	Succesfactoren	Knelpunten
Amor i Salu Groningen	GGD Groningen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Het werken met vrijwilligers uit de doelgroep die het vertrouwen hebben. Zij zorgen ervoor dat het aansluit op de belevingswereld van de doelgroep. 'Witte mensen' worden vaak niet voldoende vertrouwd. 'Allochtonen hebben het gevoel dat de Nederlanders ze op de vingers tikken'. Dit roept weerstand op. ■ De sfeer oproepen dat seks leuk is. Het wordt niet te zwaar gemaakt, maar seks wordt wel bespreekbaar gemaakt. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Het werken met mensen uit de eigen doelgroep kan de uitvoering bemoeilijken, omdat er soms weerstanden binnen die groep boven tafel komen over zaken als homoseksualiteit en prostitutie, die voor autochtonen veel meer bespreekbaar zijn. ■ Weinig professionals, zoals verpleegkundigen, zijn afkomstig uit de doelgroep. Het is belangrijk dat deze mensen er zijn omdat die makkelijker het vertrouwen van de doelgroep krijgen, en vertrouwen is essentieel. ■ Doordat de meeste vrijwilligers uit één kerkgemeenschap afkomstig zijn, is er te weinig diversiteit en worden sommige subgroepen, zoals multiprobleem gezinnen, niet bereikt.
Je kids, seksualiteit en opvoeding Jongeren in Control: Safe Sex Comedy Jongeren in Control; Doing IT Safe Verbredingstraject hiv / soa	GGD Amsterdam	<ul style="list-style-type: none"> ■ Uitgangspunt is het voorkomen van problemen. ■ Laagdrempeligheid, je open stellen voor de doelgroep. Je moet laten zien dat je met jongeren samen iets doet en vervolgens is mond op mond reclame heel belangrijk. Als jongeren langskomen moet je iets kunnen bieden. Het is niet altijd mogelijk geld ter beschikking te stellen, maar bijvoorbeeld wel expertise, hulp bij aanscherpen van de plannen, het trainen van jongeren. ■ Het betrekken van de doelgroep bij het bepalen van de onderwerpen en de aanpak. Niet pas bij de pretest. ■ Samenwerking met zelforganisaties, die zelf activiteiten kunnen uitvoeren. Hen op de hoogte stellen van de problemen binnen hun doelgroep en vervolgens vragen hoe ze het samen kunnen oplossen. ■ Als je iets wilt bereiken rond hiv/soa, moet je het hele spectrum van seksuele gezondheid behandelen en ook de bespreekbaarheid in het gezin aanpakken. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Er is weinig geld beschikbaar voor implementatie. ■ Veel financiering vindt plaats per jaar, dat is te kort om een project goed van de grond te krijgen.
ROsafe	GGD Rotterdam	<ul style="list-style-type: none"> ■ Samenwerken met de jongeren (bij ontwikkelen filmpjes, website, bij pretesten). Zij weten wat er speelt. ■ Interactiviteit van de les (filmpjes, quiz, ingaan op vragen), omdat veel van de jongeren laaggeconcentreerd en laagtalig zijn. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ De voorlichting past niet binnen het curriculum van het ROC. Het is daarom lastig om het in de lesroosters in te passen.
Dialogo met internetcommunities over maagdelijkheid, homoseksualiteit en weerbaarheid	RNG, JGB advies, Marokko media		<ul style="list-style-type: none"> ■ Dat het probleem vanuit de voorlichters wordt gedefinieerd en door de jongeren niet wordt gedeeld.
Girls' talk	RNG	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aandacht besteden aan empowerment, weerbaarheid (grenzen stellen, wensen duidelijk maken), naast kennis over seks. ■ Voorlichting in kleine groepen, dit biedt mogelijkheid voor discussie en het oefenen van vaardigheden. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Uitgebreide lespakketten zijn minder laagdrempelig in de toepassing. ■ Het is moeilijk om voorlichting in kleine groepen in te passen in bestaande structuren op scholen. ■ Seksuele gezondheid is een lastig onderwerp voor professionals. Hun eigen verlegenheid speelt juist ook bij allochtone groepen. Met name seksuele dwang is voor intermediairs een zeer moeilijk onderwerp. ■ Allochtonen zijn vooralsnog schaars als intermediairs in professionele organisaties. ■ Er is een tekort aan audiovisueel materiaal, waarin men zich herkent.

Interventies	Organisatie	Succesfactoren	Knelpunten
Cursus seksualiteit, omgaan met je lichaam Voorlichting op scholen	Dona Daria, Centrum voor Vrouwen en Emancipatie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laaggeletterden bereik je niet schriftelijk of via de media, dat moet door er over te praten in (klein) groepsverband. ▪ Als organisatie je niet teveel als expert opstellen. ▪ Jongens en meiden moeten zowel samen als afzonderlijk worden aangesproken (afhankelijk van het onderwerp). ▪ Het gebruik van beeldmateriaal. ▪ Het creëren van een vertrouwensband door bijeenkomsten op verschillende thema's. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Het blijkt moeilijk te zijn meer mannen te betrekken bij de activiteiten. De activiteiten zijn onvoldoende concreet en ze willen niet dat iemand hen vertelt wat ze moeten doen. ▪ Bezuinigingen op het volwassenenwerk in de buurt wordt wegbezuinigd leiden ertoe dat er minder ingangen zijn voor het bereiken van volwassenen. ▪ Seksualiteit is een moeilijk onderwerp, je moet er moeite voor doen om mensen erbij te betrekken. ▪ Beschikbaarheid van goed beeldmateriaal.
Kaapverdiaanse avond Voorlichting op scholen	Stichting Intercambios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Samenwerking met bestaande organisaties (GGD mbt soa / hiv, woningbouwvereniging), met veel kennis, ervaring en netwerk ▪ Flexibiliteit in aanpak (bijv. met een spel) ▪ Informatie herhalen, anders beklijft het niet ▪ Betrekken van doelgroep bij de voorlichting ▪ Koppelen van de voorlichting aan de situatie in Kaapverdië 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beschikbare tijd i.v.m. het werken met vrijwilligers, waardoor niet alle vragen naar voorlichting gehonoreerd kunnen worden.
Woman Thou Art Loosed	Stichting Vital Aid Foundation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laagdrempeligheid ▪ Binnen eigen groep / vertrouwen ▪ Betrekken van pastoors 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Niet-structurele financiering ▪ Ingewikkelde problematiek van de doelgroep wat betreft illegaliteit, prostitutie, mensenhandelaren.
Voorlichting en uitdelen van condooms in koffieshops en theehuizen; bespreken van thema vreemdgaan in de moskee	GGD Utrecht	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laagdrempelig ▪ Doelgroep betrekken en bereiken in eigen omgeving ▪ Betrekken van religieuze leiders 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Werken met VETC vaak niet geschikt voor jongeren
'kitchen tea party's, vergelijkbaar met de Uma Tori methode (bijeenkomst met vrouwen, en soms ook mannen, die plaatsvindt in eigen sociale systeem waarbij gepraat wordt over seksuele gezondheid)	Soa Aids Nederland, programma etnische minderheden	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Binnen eigen sociale systeem, aansluiten bij belevingswereld ▪ Professionals aanwezig om advies en medische informatie te geven ▪ Mogelijkheid tot uitnodigen religieuze leiders 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beperkt bereik (20-40 vrouwen per bijeenkomst)

Bijlage 3 Overzicht interventies

Toelichting op het interventie-overzicht:

- De grijs gemarkeerde interventies zijn de (met name landelijke) interventies die niet specifiek zijn gericht op allochtone jongeren, maar die door de geïnterviewde professionals genoemd zijn als interventies die ook van belang zijn voor allochtone jongeren en waar bij de ontwikkeling ook aandacht is besteed aan culturele diversiteit.
- Indien informatie niet beschikbaar is uit de literatuur en/of de in het kader van het onderzoek gehouden interviews is dit in het overzicht weergegeven met een (-)
- In de kolom 'effectevaluatie' is weergegeven of een evaluatie van de effecten van de interventie op de doelgroep op individueel niveau heeft plaatsgevonden (zoals effecten op kennis, attitude, intentie en gedrag). Verschillende interventies lopen nog, bij sommige van deze interventies wordt een effectonderzoek uitgevoerd.

Landelijke organisaties									
Titel	Thema	Methode	Doelgroep	Periode	Status	Organisatie	Regio	Effect-evaluatie	Bron
Taboedoorbreking onder etnische minderheden	taboedoorbreking	massamediaal, groeps-voorlichting	Antilliaanse/Arubaanse, Surinaamse, Kaapverdi-aanse en diverse (sub-Sahara) Afrikaanse gemeenschappen	2008-2009	lopend	GGD Amsterdam, GGD Groningen, GGD Rotterdam e.o. en Soa Aids Nederland.	landelijk	-	8, 9
Planmatige ontwikkeling en effectevaluatie van een curriculum gericht op de preventie van seksuele risico's bij leerlingen van het ROC	soa, veilig vrijen	Lessen op school	ROC deelnemers	start in 2009	lopend	GGD Rotterdam, RNG, Soa Aids Nederland, EUR, UM, BNN	Rotterdam	-	2
Aanpassen lespakket Relaties en Seksualiteit in het basisonderwijs op gebruik in multiculturele klassen	relaties en seksualiteit	lespakket	basisonderwijs	-	lopend	NIGZ, RNG, Forum, NCB, Pharos, GGD Nederland, SOANL, NAMIO, landelijke onderwijsinstututen, regionale en lokale organisaties	landelijk	-	2, 4
Dialog met internetcommunities over maagdelijkheid, homoseksualiteit en weerbaarheid	seksuele moraal	website, game	Nederlandse jongeren (16-25 jaar) met een Turkse, Marokkaanse en Hindoestaanse achtergrond	juli 2006 - mei 2008	lopend	RNG, JGB advies, Marokko media	landelijk	-	6
Girls' Choice	onbedoelde / ongewenste zwangerschappen	spel	vo / andere locaties; (laagopgeleide) meiden vanaf 10 jaar	2005-heden	lopend	RNG	landelijk	-	4, 6
Girls' talk	seksuele empowerment	acht bijeenkomsten	heteroseksuele meiden in de leeftijd 14-18 jaar met laag opleidingsniveau en verschillende etnische achtergronden (nl, Surinaams, Antilliaans, Afrikaans en Turks of Marokkaans)	2004-heden	lopend	RNG en Transact (Movisie)	landelijk	Ja	5, 6
Jouw leven, jouw keus	seksuele weerbaarheid	training, bijeenkomsten	Kwetsbare meiden (16 tot 21 jaar) in reïntegratietrajecten	juli 2006 - juli 2008	lopend	RNG, OCTRA en partners	landelijk	-	6
Lang leve de liefde	gezonde en veilige seksuele ontwikkeling	lespakket	VMBO-leerlingen	-	lopend	Soa Aids Nederland	landelijk	-	1, 4
Programma etnische minderheden, diverse activiteiten Soa Aids Nederland	soa	peer educators, congres, evenementen etc.	Multicultureel	2006-heden	lopend	Soa Aids Nederland	landelijk	-	9
Uma Tori	controle over eigen gezondheid, aangaan en onderhouden van een gezonde seksuele relatie	vijf kleine groepsbijeenkomsten, VETC	Antilliaanse, Arubaanse en Afro-Surinaamse vrouwen in de leeftijd van 17 tot 45 jaar	2001-2005	afgerond	Universiteit Maastricht	-	Ja, effecten vastgesteld op kennis, attitude, bewustzijn risico's, communicatie, gedrag (condoomgebruik)	3
Deelname aan parade Zomercarnaval	soa, condoomgebruik	evenement	bezoekers zomercarnaval	2008	lopend	Soa Aids Nederland, GGD Rotterdam	Rotterdam	-	9

GGD-en									
Titel	Thema	Methode	Doelgroep	Periode	Status	Organisatie	Regio	Effect-evaluatie	Bron
Aanbod doen aan Antilliaanse Verenigingen	-	-	Antillianen	-	-	GGD Zuid-Holland West	-	-	2
Aids voorlichting aan Franstalige sub-sahara Afrikanen	kennis over hiv / aids	groepsvoorlichting (3 bijeenkomsten)	Franstalige Sub-sahara Afrikanen in Den Haag, zowel jongeren als echt-paren	2004-2005	afgerond	Gemeente Den Haag (GGD)	Den Haag	Nee	3
Amor i Salu Groningen	veilig vrijen / condoomgebruik (kennis, sociale norm, eigen effectiviteit, bespreekbaarheid)	posters, folders, groepsvoorlichting, theater, radio, voorlichting	Antilliaanse en Arubaanse bevolking van Groningen	2004-2010	lopend	GGD Groningen	Groningen	Ja, effecten vastgesteld op ervaren sociale norm. Geen effect op intentie condoomgebruik en kennis.	3, 6
Amor i Salu Rotterdam	condoom en pilgebruik; soa en vroegtijdige zwangerschappen	massamediaal, groepsvoorlichting, individuele voorlichting op locatie	Antillianen en Arubanen	2000-2001	afgerond	GGD Rotterdam	Rotterdam	Ja, effecten vastgesteld op ervaren dreiging, niet op gedrag.	1, 3
Coffeeshops en theehuizen Utrecht e.o.	veilig vrijen, soa / aids	VETC	Marokkaanse en Turkse migranten in theehuizen	1999-?	lopend	GGD Utrecht	Utrecht e.o.	Nee	3
Groepsvoorlichting aan kansarme jongeren in niet-schoolse setting	-	Groepsvoorlichting	Kansarme jongeren	-	lopend	GGD Rotterdam	Rotterdam	-	2
Groepsvoorlichting soa / veilig vrijen / seksualiteit aan risicogroepen jongeren: speciaal onderwijs, lage SES, allochtone jongeren	soa, veilig vrijen, seksualiteit	Groepsvoorlichting	Allochtone jongeren	-	-	GGD Zeeland (i.s.m. JIP, CAD, Hogeschool Zeeland, Omroep Zeeland, regionale dag- en weekbladen, scholen)	Zeeland	-	2
Het gezonde ROC	hiv / soa	Gezonde school methode	ROC deelnemers	apr 2006 - mrt 2010	lopend	GGD Rotterdam	Rotterdam	Loopt	8, 10
Je kids, seksualiteit en opvoeding	verhogen communicatievaardigheden, bespreekbaarheid seksualiteit	hoorspel, radioprogramma's, workshops	Ouders en opvoeders, tantes en ooms en andere significante familieleden of kennissen in de oudere generatie uit de Afro-Surinaamse, Caribische en Afrikaanse families in Amsterdam.	2003-2004, loopt nog in aangepaste vorm	lopend	GGD Amsterdam	Amsterdam	Nee	3
Jongeren in Control: Safe Sex Comedy	soa, seksuele gezondheid	comedy show	Jongeren uit de urban scene in Amsterdam	-	lopend	GGD Amsterdam	Amsterdam	Loopt	12
Jongeren in Control: Doing IT Safe	veilig vrijen	Optredens op verschillende locaties, website, uitdelen goodiebags bij feesten, workshop op Wereld Aids Dag	Deze multiculturele populatie bestaat vooral uit jongeren afkomstig uit Suriname, Nederlandse Antillen en Aruba, Ghana, Marokko en Nederland.	2004-2005	afgerond	GGD Amsterdam	Amsterdam	Nee	3

GGD-en									
Titel	Thema	Methode	Doelgroep	Periode	Status	Organisatie	Regio	Effect-evaluatie	Bron
Planmatige ontwikkeling van HIV/SOA preventie methodieken voor heteroseksuele migrantenmannen tussen de 16 en 40 jaar	veilig vrijen / condoomgebruik	Caribische mannen: open kaart spelen (spel), Turkse en Marokkaanse mannen: "ongetrouwde mannen en gezondheid 16+", twee groepsbijeenkomsten (met rolmodellen, spel, voorlichting, condoomdemonstratie)	mannen met een Moslim-achtergrond en mannen met een Caribische achtergrond	2003-2005	afgerond	GGD Rotterdam	Rotterdam	Ja, (kleine) effecten vastgesteld op kennis en intentie tot het bij zich dragen van condooms.	3
Project Kleurrijk Samenspel	reproductieve gezondheid (anticonceptie, abortus, soa)	Ontwikkelen van een samenhangend preventie- en zorgaanbod	Multicultureel (15-45 jaar)	mei 2005- mei 2009	lopend	GGD Fryslân, Partoer (Centrum voor Maatschappelijke Ontwikkeling en Thuiszorg het Friese Land	Friesland	-	2
ROsafe	soa, veilig vrijen	Lessen op school; soa-spreekuur	ROC deelnemers	2006-2010	lopend	GGD Rotterdam	Rotterdam	Loopt	11
Safe sex party Antilliaanse jongeren	veilig vrijen, testen op soa	voetbaltoernooi (voorlichtingsstand, uitdelen condooms), Safe sex party (voorlichtingsstand, toneelvoorstelling, folders etc.), voorlichtingslessen	Antilliaanse jongeren in Den Helder	2002-2003	afgerond	GGD Kop van Noord-Holland	Den Helder	Nee	3
Uma Tori / Man Tori	anticonceptie, soa	groepsvoorlichting volgens tupperwaremodel door Vetc-voorlichters	Afro-Surinaamse, Antilliaanse en Arubaanse vrouwen cq mannen in de leeftijd van 17-55 jaar	-	lopend	GGD Rotterdam	Rotterdam	-	10
Verbreidingstraject hiv / soa	soa	Doelgroep-participatie	Afrikaanse, Antilliaanse en Surinaamse jongeren	2003-heden	lopend	GGD Amsterdam	Amsterdam	-	12
Voorlichting aan Afrikanen Utrecht e.o.	veilig vrijen; soa / aids	voorlichting op locatie	Afrikanen	1999- ?	-	GGD Utrecht	Utrecht e.o.	Nee	3

Lokale organisaties / zelforganisaties									
Titel	Thema	Methode	Doelgroep	Periode	Status	Organisatie	Regio	Effect-evaluatie	Bron
Cursus seksualiteit, omgaan met je lichaam	seksuele gezondheid, bespreekbaarheid	Groepsvoorlichting	Turks, Marokkaans, Suri-naams, Kaapverdiaans, Hindoestaans	sinds enkele jaren	lopend	Dona Daria, Centrum voor Vrouwen en Emancipatie	Rotterdam	Nee	
Diverse materialen en activiteiten AFAPAC	hiv / soa	focusgroepdiscussies, trainingen, forums, telefoongesprekken (hotline), radio en tv programma's, toneelstukken, conferenties, workshops	Sub-sahara Afrikanen die in Nederland woonachtig zijn	2004-2008	lopend	AFAPAC	-	Nee	3
Hoe geef ik seksuele voorlichting aan mijn kind?	seksuele voorlichting	cursus van twee keer een uur	moeders (multicultureel)	2008	lopend	Stichting SAJ, SONOR (opbouwwerk)	Rotterdam	-	
Quality talks	weerbaarheid	training	kansarme Caraïbische jongeren	sept 2006 - mrt 2008	lopend	Stichting Boeng	Amsterdam Zuid-Oost, Rotterdam	-	6, 7
Regenboogproject	weerbaarheid, lo-verboys	cursus	Marokkaanse meisjes 12-18 en hun moeders	2002-2005	afgerond	Stichting Divers (welzijns-onderneming) en Palet	Den Bosch	-	6
Respect Man!	respectvol gedrag	voorlichting, training	jongens van Antilliaanse, Marokkaanse en Nederlandse afkomst	2006-heden	lopend	Scala, expertisecentrum voor emancipatie en participatie	Rotterdam	-	6
Stichting Intercambios	veilig vrijen / hiv / aids	workshops, lessen, Kaapverdiaanse avonden	Kaapverdiaanse jongeren in Rotterdam	2005-heden	lopend	Stichting Intercambios	Rotterdam	Nee	
Verbeteren seksuele weerbaarheid en bewustzijn van jongens en meisjes	weerbaarheid	training	jongeren in Amsterdam Zuid-Oost	juni 2006 - dec 2007	afgerond	Women@Work	Amsterdam Zuid-Oost	-	6, 7
Woman Thou Art Loosed	weerbaarheid	workshop	Afrikaanse vrouwen en meisjes in Nederland	sept 2006 - sept. 2008	lopend	Stichting Vital Aid Foundation	Den Haag	Nee	6

Bronnen:

1. Programma Aidsbestrijding Allochtonen 2003-2005. NIGZ, Woerden, 2002.
2. Meijer S, H de Graaf, I Vanwesenbeeck, J Poelman. Seks onder je 25°. Actieplan Participatie in onderzoek en actie. Soa Aids Nederland, Rutgers Nisso Groep, 2005.
3. Vrolings E, R Gelissen, R Jonkers, H Schaalma. SOA en HIV/AIDS-preventie onder etnische minderheden in Nederland. Een kritische analyse van 'best practices' vanuit een evidence-based perspectief. ResCon, Universiteit Maastricht, Haarlem, 2006.
4. Kocken P, S Weber, N Bakkema, A van Dorst, N van Kesteren, K Wiefferink. Een inventarisatie van seksuele gezondheidsbevorderingsinterventies voor de jeugd van 10 tot 21 jaar. TNO Kwaliteit van leven, Leiden, 2007.
5. Felten H, K Janssens, E Kok, M van Middelaar. Methodieken seksueel geweld: hulpverlening en preventie. Movisie, Utrecht, 2007.
6. www.emancipatieweb.nl Gesubsidieerde projecten rechten en veiligheid 2006
7. www.aidsfonds.nl
8. www.soaids-professionals.nl
9. www.ggd.rotterdam.nl
10. interview GGD Rotterdam
11. interview GGD Amsterdam

Bijlage 4 Respondenten

Tabel B3.1 Overzicht respondenten doelgroep

Nr.	Geslacht	Leeftijd	Etnische achtergrond	Opleidingsniveau
1	V	18	Marokko	volgt een mbo-opleiding
2	V	20	Marokko	volgt een mbo-opleiding
3	V	22	Marokko	volgt een mbo-opleiding
4	M	23	Marokko	mbo
5	M	24	Marokko	volgt een mbo-opleiding
6	M	24	Marokko	mbo
7	M	18	Marokko	volgt een mbo-opleiding
8	M	21	Marokko	volgt een mbo-opleiding
9	V	20	Turkije	volgt een mbo-opleiding
10	V	20	Turkije	volgt een mbo-opleiding
11	V	19	Turkije	volgt een mbo-opleiding
12	M	23	Turkije	volgt een mbo-opleiding
13	M	18	Turkije	volgt een mbo-opleiding
14	M	16	Turkije	volgt een vmbo-opleiding
15	V	18	Antillen	geen startkwalificatie
16	V	18	Antillen	volgt een mbo-opleiding
17	V	20	Antillen	mbo
18	V	34	Antillen	volgt een mbo-opleiding
19	V	24	Antillen	volgt een mbo-opleiding
20	M	19	Antillen	volgt een mbo-opleiding
21	M	21	Antillen	geen startkwalificatie
22	M	17	Antillen	volgt een mbo-opleiding
23	M	18	Antillen	volgt een mbo-opleiding
24	M	18	Antillen	volgt een mbo-opleiding
25	M	20	Antillen	geen startkwalificatie
26	M	21	Antillen	geen startkwalificatie
27	M	17	Antillen	volgt een mbo-opleiding
28	V	22	Suriname	volgt een mbo-opleiding
29	V	27	Suriname	volgt een mbo-opleiding
30	V	19	Suriname	volgt een mbo-opleiding
31	M	21	Suriname	volgt een mbo-opleiding
32	M	22	Suriname	volgt een mbo-opleiding
33	M	23	Suriname	volgt een mbo-opleiding
34	V	23	Ghana	volgt een mbo-opleiding
35	V	16	Ghana	volgt een mbo-opleiding
36	V	27	Kaapverdië	mbo
37	M	16	Kaapverdië	volgt een mbo-opleiding
38	M	23	Eritrea	volgt een hbo-opleiding
39	M	28	Congo	mbo
40	M	18	Irak	volgt een mbo-opleiding

Onderstaande tabel toont een overzicht van de geïnterviewde professionals. Alleen van de respondenten die daar nadrukkelijk toestemming voor hebben gegeven staan de namen weergegeven.

Tabel B3.2 Overzicht professionals

Organisatie	Functie	Naam
Universiteit Utrecht	Bijzonder hoogleraar 'Sociale psychologie van gezondheid en seksualiteit'	John de Wit
Universiteit Maastricht	Hoogleraar aidspreventie	Herman Schaalma
Groene Hart Ziekenhuis Gouda, verbonden aan Sense en verschillende websites	Seksuoloog/huisarts	Peter Leusink
Soa Aids Nederland	Programmaleider etnische minderheden	-
Soa Aids Nederland	Programmaleider jongeren	Jos Poelman
Rutgers Nisso Groep	Programmacoördinator seksuele en relationele vorming	-
Centrum Gezond Leven	Werkplaatsleider certificering	-
Forum	Programmaleider Service Centrum Integratie	Radj Ramcharan
GGD Amsterdam	Functionaris gezondheidsbevordering	-
GGD Utrecht	Functionaris gezondheidsbevordering	Hamid Ouali
GGD Rotterdam	Onderzoeker afdeling infectieziektebestrijding	-
GGD Groningen	Teamleider seksuele gezondheid	-
Dona Daria, Centrum voor vrouwen en emancipatie	Directeur	-
Sense, centrum voor seksuele gezondheid	Verpleegkundige	-
Stichting Intercambios International	Vrijwilliger	-
Vital Aid Foundation Den Haag	Executive director	-
www.hoehetmoet.nl	Regisseur/eindredacteur	-
GZ Zuiderkroon Rotterdam	Soa consulent	-
GZ zuiderkroon Rotterdam	Huisarts	-
Gemeente Rotterdam	Regisseur Antillianen	-
Politie Gouda	Beleidsmedewerker	-
Jeugdformaat Den Haag	Hulpverlener	-
Stichting MIE	Oprichter	-
Gemeente Rotterdam	Beleidsmedewerker	-
Sonor	Senior opbouwwerker	-
Gemeente Rotterdam/bureau Moed	Beleidsadviseur/trainer	-

Bijlage 5 Literatuurlijst

- Berlo, van W., Wijsen, L., Vanwesenbeeck, I. Gebrek aan regie. Een kwalitatief onderzoek naar de achtergronden van tienerzwangerschappen. Rutgers Nisso Groep Utrecht, 2005.
- Bouman E&E Development/Centrum Media en Gezondheid. Kwaliteitsdeterminantenmodel landelijke leefstijlcampagnes. Bouman, Tijd voor Kwaliteit. Kwaliteitstraject Leefstijlcampagnes, 2006.
- Coalitieakkoord tussen de Tweede Kamerfracties van CDA, PvdA en ChristenUnie, 7 februari 2007.
- Cuelenaere, B., de Bruin, G., Chotkowski, M. Evaluatie projecten subsidieregeling Emancipatie projecten. ECORYS, Rotterdam, 2008.
- Cuijpers, P., Jonkers, R. en Keijsers, F.E.M. Leefstijlcampagne in Nederland. Analyse en aangrijpingspunten voor kwaliteitsverbetering. ZonMw, Den Haag, 2000.
- Felten, H. Janssens, K., Kok, E., van Middelaar, M. Methodieken seksueel geweld: hulpverlening en preventie. Movisie, Utrecht, 2007.
- Gezondheidsraad. 'Plan de Campagne. Bevordering van gezond gedrag door massamediale voorlichting', 2006.
- GGD Rotterdam, Amor i salú: Het Rotterdamse community project ter bevordering van de seksuele gezondheid van Antillianen en Arubanen, 2003.
- Graaf, H. de, Meijer, S., Poelman, J. en Vanwesenbeeck, I. Seks onder je 25^e. Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2005. Rutgers Nisso Groep en Soa Aids Nederland, 2005.
- Haas, de S., de Graaf, H., Kuyper, L., Bakker, F. Seksuele gezondheid van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse Nederlanders, Rutgers Nisso Groep, Utrecht, 2008.
- Kocken, P., Weber, S., Bekkema, N., van Dorst, A., van Kesteren N., Wiefferink, K. Een inventarisatie van seksuele gezondheidsbevorderingsinterventies voor de jeugd van 10 tot 21 jaar. TNO Kwaliteit van leven, Leiden, 2007.
- Mouthaan, I., de Neef, M. OVERZICHT VAN MATERIALEN. Supplement bij het rapport 'Geboorteregeling bij allochtone vrouwen. Inventarisatie en screening van bestaand voorlichtingsmateriaal'. NISSO, Utrecht, 2000.
- Mouthaan, I., de Neef, M., Rademakers, J. Geboorteregeling bij allochtone vrouwen. Inventarisatie en screening van bestaand voorlichtingsmateriaal. NISSO, Utrecht, 1999.

- Mouthaan I., de Neef M., Rademakers J. Abortus in multicultureel Nederland. Informatie voor verwijzers en behandelaars. NISSO, Utrecht, 1998.
- NIGZ. Programma Aidsbestrijding Allochtonen 2003-2005, Woerden, 2002.
- RIVM. Thermometer soa en hiv. Stand van zaken, maart 2008.
- Rutgers Nisso Groep, Abortus in Nederland, Cijfers en trends 2007, Factsheet 2008-1.
- Schaalma, H. Met de voeten in de klei, Oratie uitgesproken aan de Faculteit der Psychologie van de Universiteit Maastricht, 2007.
- Shaffer, D.R. Developmental Psychology. Wadsworth Group, 2002
- TK, vergaderjaar 2003-2004, 29 220-1. Kamerbrief seksueel overdraagbare aandoeningen (soa). Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 22 september 2003.
- TK Preventieplan soa en hiv in Nederland. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1 december 2004.
- TK Seksuele gezondheid. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 30 november 2006.
- Volker, F. Oorzaken van ongewenste zwangerschap bij Antilliaanse en Surinaamse tiener meisjes in Nederland, doctoraalscriptie Algemene Sociale Wetenschappen, Utrecht, 2003.
- Von Bergh, M., Sandfort, G. Veilig vrijen en condoomgebruik bij Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse jongeren en jong volwassenen, Nisso/Universiteit Utrecht, 2000.
- Vrolings, E., Gelissen, R., Jonkers, R., Schaalma, H. Soa en hiv/aids-preventie onder etnische minderheden in Nederland. Een kritische analyse van 'best practices' vanuit een evidence-based perspectief. ResCon, Universiteit Maastricht, Haarlem, 2006.
- Wijzen, C., van Lee, L. Kind van twee werelden. Een kwalitatief onderzoek naar de achtergronden van zwangerschappen bij allochtone tieners, Rutgers Nisso Groep, Utrecht, 2006.
- ZonMw. Leefstijlcampagnes in Nederland. Analyse en aangrijpingspunten voor kwaliteitsverbetering. Den Haag: ZonMw, 2000.

Research voor Beleid
Bredewater 26
Postbus 602
2700 MG Zoetermeer
tel: 079 32 22 222
fax: 079 32 22 212
e-mail: info@research.nl
www.research.nl