

**TNO-rapport
2002.281**

**Jongeren, seksualiteit, preventie en hulpverlening
Een verkenning van de situatie in 2002**

Divisie Jeugd
Gorter gebouw
Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T 071 518 18 18
F 071 518 19 15
info-Jeugd@pg.tno.nl

Datum 28 oktober 2002

Auteur(s) T. Vogels
S.E. Buitendijk
J. Bruil
N.S. Dijkstra
T.G.W.M. Paulussen

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, foto-kopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belang-hebbenden is toegestaan.

© 2002 TNO

Auteurs:

T. Vogels

S.E. Buitendijk

J. Bruil

N.S. Dijkstra

T.G.W.M. Paulussen

Projectnummer

60297

ISBN-nummer

90-6743-955-X

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van € 28,- (incl. BTW) op postbankrekeningnummer 99.8899 ten name van TNO-PG te Leiden onder vermelding van bestelnummer PG/JGD/2002.281

Inhoudsopgave

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Inleiding | 5 |
| 1.1 | Aanleiding tot deze verkenning | 5 |
| 1.2 | Korte beschrijving van de vraagstelling en de gevolgde werkwijze | 5 |
| 2 | Abortussen en zwangerschappen bij tieners en jong volwassen vrouwen | 7 |
| 2.1 | Inleiding | 7 |
| 2.2 | Bronnen | 7 |
| 2.3 | Tienermoeders | 7 |
| 2.4 | Uitkomsten tienerzwangerschappen | 10 |
| 2.5 | Eerste vs. tweede generatie allochtonen | 12 |
| 2.6 | Zwangerschapsafbrekingen (inclusief overtijdbehandelingen) | 13 |
| 2.6.1 | Bronbeschrijving | 13 |
| 2.6.2 | Aantal abortussen | 13 |
| 2.6.3 | Aantal abortussen gerelateerd naar leeftijd en etniciteit | 14 |
| 2.6.4 | Zwangerschapsduur | 16 |
| 2.6.5 | Conclusies | 17 |
| 3 | Soa, risicogedrag en determinanten bij jongeren algemeen | 19 |
| 3.1 | Inleiding | 19 |
| 3.2 | Bronnen | 19 |
| 3.3 | Soa | 20 |
| 3.4 | Gedragsdeterminanten | 23 |
| 3.5 | Risicogedrag: vergelijking tussen gegevens van Jeugd en Seks 1995 en Genesis | 24 |
| 3.5.1 | Methode | 24 |
| 3.5.2 | Ervaring met geslachtsgemeenschap | 25 |
| 3.5.3 | Gebruik van de pil bij de eerste geslachtsgemeenschap | 27 |
| 3.5.4 | Condoomgebruik bij de eerste geslachtsgemeenschap | 27 |
| 3.5.5 | Double Dutch bij de eerste geslachtsgemeenschap | 27 |
| 3.6 | Een signalering | 28 |
| 3.7 | Conclusies | 28 |
| 4 | Jonge mannen die seks hebben met mannen | 31 |
| 4.1 | Inleiding | 31 |
| 4.2 | Gehanteerde bronnen | 31 |
| 4.3 | Seksueel overdraagbare aandoeningen | 32 |
| 4.4 | Risicogedrag | 32 |
| 4.5 | Conclusies | 34 |
| 5 | Asielzoekers | 37 |
| 5.1 | Bronnen | 37 |
| 5.2 | Incidentie/ prevalentie soa en hiv/aids | 37 |
| 5.2.1 | Registratie | 37 |
| 5.2.2 | Onderzoek | 38 |
| 5.3 | Abortussen en tienerzwangerschappen | 39 |
| 5.3.1 | Registratie | 39 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 5.3.2 | Onderzoek | 39 |
| 5.4 | Risicofactoren | 39 |
| 5.5 | Conclusies | 41 |
| 6 | Hulpvragen van jongeren ten aanzien van seksualiteit | 43 |
| 6.1 | Inleiding | 43 |
| 6.2 | Bronnen | 43 |
| 6.3 | Internet en e-mail | 43 |
| 6.4 | Telefonische hulpvragen | 44 |
| 6.5 | Hulpvragen bij hulpverlenende instanties | 48 |
| 6.6 | Interviews met enkele werkers in de seksuele hulpverlening | 52 |
| 6.7 | Conclusies | 54 |
| 7 | Overzicht stand van zaken in preventie | 57 |
| 7.1 | Inleiding | 57 |
| 7.2 | Gebruikte bronnen | 57 |
| 7.3 | In uitvoering | 57 |
| 7.3.1 | Algemeen | 57 |
| 7.3.2 | Projecten gericht op jongeren in het voortgezet onderwijs | 58 |
| 7.3.3 | Projecten gericht op jongeren in de marge | 60 |
| 7.3.4 | Strategieën gericht op jongeren in het uitgaanscircuit | 61 |
| 7.3.5 | Strategieën gericht op jongeren op vakantie | 61 |
| 7.3.6 | Overige activiteiten | 62 |
| 7.4 | In ontwikkeling | 62 |
| 7.4.1 | Projecten gericht op jongeren in de marge | 62 |
| 7.4.2 | Projecten gericht op vluchtelingenjongeren | 63 |
| 7.4.3 | Voorlichting via internet | 64 |
| 7.4.4 | Voorlichting via internet aan allochtonen | 64 |
| 7.5 | Voornemens | 64 |
| 7.5.1 | Algemeen | 64 |
| 7.5.2 | Projecten gericht op jongeren in het onderwijs | 64 |
| 7.5.3 | Projecten gericht op allochtonen | 65 |
| 7.5.4 | Projecten gericht op vluchtelingen | 65 |
| 7.5.5 | Projecten gericht op homoseksuele jongeren | 65 |
| 7.5.6 | Voorlichting via internet | 65 |
| 7.6 | Conclusies | 66 |
| 8 | Conclusies | 69 |
| 8.1 | Inleiding | 69 |
| 8.2 | Zwangerschappen en abortussen bij tieners en jonge vrouwen | 69 |
| 8.3 | Soa en seksueel gedrag bij jongeren | 70 |
| 8.4 | Jonge mannen die seks hebben met mannen (MSM) | 71 |
| 8.5 | Stand van zaken bij asielzoekers | 72 |
| 8.6 | Hulpvragen van jongeren | 73 |
| 8.7 | Stand van zaken in preventie en hulpverlening | 73 |

1 Inleiding

1.1 Aanleiding tot deze verkenning

In het voorjaar van 2002 werd TNO Preventie en Gezondheid (TNO-PG) door ZonMw benaderd met de vraag of het mogelijk zou zijn een snelle verkenning uit te voeren. Deze verkenning zou op korte termijn antwoord moeten geven op de vragen of uiteenlopende signalen op het vlak van seksualiteit bij jongeren zodanig ernstig waren dat een herbezinning op het beleid ten aanzien van preventie en hulpverlening aan de orde was. Deze verkenning zou in een paar maanden tijd uitgevoerd moeten worden.

Na een aantal besprekingen over het doel, de beperkingen en de werkwijze tussen TNO-PG en ZonMw werd de opdracht tot het uitvoeren van de verkenning door ZonMw aan TNO verstrekt.

Dit verslag biedt het resultaat van de uitgevoerde verkenningen. De onderzoekers hebben niet alle gegevens die zij aanvankelijk hoopten bij elkaar te kunnen brengen metterdaad weten te verzamelen. Niettemin biedt het rapport naar hun mening een behoorlijk overzicht van de stand van zaken betreffende Jongeren en seksualiteit, preventie en hulpverlening. En van de problemen daarin.

De in dit rapport gepresenteerde bevindingen en conclusies zijn grotendeels gebaseerd op het werk van anderen. Door aan het beging van elk hoofdstuk de geraadpleegde bronnen te noemen, hopen we dat voldoende duidelijk te maken. Niettemin komen de conclusies zoals hier geformuleerd uitsluitend en alleen voor rekening van TNO-PG.

De onderzoekers zijn vele mensen en instellingen in het veld zeer veel dank verschuldigd. Zelden hebben zij bij het (herhaald) lastig vallen van zeer veel uiteenlopende instellingen en personen zoveel enthousiasme en medewerking ontvangen als bij deze verkenning. Zeer velen waren van mening dat er duidelijke scheuren zichtbaar worden in praktijk en beleid betreffende zorgverlening en preventie op het gebied van jongeren en seksualiteit. Zij hoopten dat deze verkenning die scheuren overtuigend zichtbaar zou maken.

TNO-PG hoopt met dit rapport een globale schets van de ontwikkelingen en de stand van zaken te bieden. De schets is geenszins volledig en kan dat ook niet zijn, door de beperkingen van de beschikbare gegevens en de korte termijn waarop de verkenning beschikbaar moest zijn. Niettemin hopen wij dat het rapport aanleiding zal zijn tot vruchtbaar overleg met betrokkenen en (meer nog) tot actie op uiteenlopend terrein. Want na de uitgevoerde verkenning hebben ook de onderzoekers de indruk dat het bekende en relatief mooie panorama “Nederlandse jongeren en seksualiteit” ernstige scheuren en slijtagevlekken begint te vertonen.

1.2 Korte beschrijving van de vraagstelling en de gevolgde werkwijze

De volgende algemene vraagstelling lag aan de uitgevoerde verkenning ten grondslag:

A Zijn de signalen over (veranderingen in) seksueel risicogedrag en de aard en omvang van hulpvragen op het gebied van seksualiteit dusdanig dat ze leemtes dan wel gebrek aan effectiviteit in de zorg en /of preventie suggereren?

B Kunnen eventueel slecht of matig onderbouwde signalen nader aangevuld dan wel geverifieerd worden met gegevens uit andere bronnen?

De genoemde signalen hadden betrekking op:

- Toenemend aantal zwangerschappen en abortussen onder tieners;
- Toenemend basaal gebrek aan informatie betreffende seksualiteit;

- Toenemend aantal soa;
- Toename onveilig seksueel gedrag bij jongeren in het algemeen;
- Toename onveilig seksueel gedrag bij homoseksuele jongeren.

Met ZonMw werd afgesproken dat het onderzoek zich zou richten op de groep in de leeftijdsrange van 9 tot en met 25 jaar.

In het kader van de verkenning zou geen zelfstandige dataverzameling worden uitgevoerd, maar zouden (sterk uiteenlopende) bronnen geraadpleegd worden. In een eerste inventarisatie werd gekeken naar de aard van de informatie die de verschillende bronnen zouden kunnen geven en naar de mate waarin en de voorwaarden waaronder die bronnen ter beschikking gesteld zouden kunnen worden. Op basis van die eerste inventarisatie is met ZonMw overleg gepleegd over meer specifieke prioriteiten. De in de rapportage gehanteerde bronnen worden later naar thema in de desbetreffende hoofdstukken genoemd.

De aard van de bewerkingen die op het verzamelde materiaal zijn uitgevoerd varieert, afhankelijk van de aard van de verzamelde informatie. Artikelen en rapporten zijn kort samengevat beschreven. Een schets van uitgevoerde preventieve activiteiten is met deskundigen besproken om een indruk te krijgen van dekking van het uitgevoerde programma en aanwijzingen voor effectiviteit. Een poging om via chatrooms een indruk te krijgen van afnemend condoomgebruik is gestaakt omdat deze in de beperkte beschikbare tijd onvoldoende gegevens zou opleveren. Op twee dataverzamelingen rond 1995 en 2000 zijn kwantitatieve vergelijkingen uitgevoerd.

De resultaten van de verkenning worden hieronder in een aantal hoofdstukken gepresenteerd:

- Abortussen en zwangerschappen bij tieners en jong volwassen vrouwen;
- Soa, risicogedrag en determinanten jongeren algemeen;
- Soa en risicogedrag bij jonge mannen die seks hebben met mannen;
- Hulpvragen;
- Asielzoekers;
- Stand van zaken in preventie en hulpverlening bij jongeren.

Na afronding van het rapport en na bespreking daarvan met de opdrachtgever zijn delen van het rapport voorgelegd aan deskundigen op het terrein waarop dat deel betrekking had. Hun werd gevraagd de tekst in ieder geval op feitelijke onjuistheden te controleren. Allen die wij dit vroegen hebben hun medewerking verleend, ondanks de zeer korte termijn die wij hun voor die inspanning konden bieden. Velen hebben zelfs meer gedaan: ook andere delen bekeken, aanvullingen gesuggereerd en een aantal interpretaties gecorrigeerd en aangevuld.

Daarnaast hebben de onderzoekers nog een aantal aanvullende interviews gehouden met mensen werkzaam in de seksuele hulpverlening en bij telefonische hulpdiensten. Het doel daarvan was vooral nagaan of vanuit de praktijk van de seksuele hulpverlening aanwijzingen naar voren komen die het inzicht in de aard en achtergronden van de seksuele (on)gezondheid bij jongeren zou kunnen verbreden.

In deze versie zijn de correcties, de aanvullingen en de gegevens uit de interviews naar vermogen verwerkt.

Geen van de hoofdstukken kan volledigheid pretenderen. Gepresenteerd worden de naar de mening van de onderzoekers belangrijkste inhoudelijke bevindingen alsmede (per hoofdstuk) een aantal conclusies die daaraan verbonden kunnen worden.

Het laatste hoofdstuk (8) bevat een overzicht van de belangrijkste bevindingen, vragen en suggesties van de zijde van de onderzoekers.

2 Abortussen en zwangerschappen bij tieners en jong volwassen vrouwen

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt achtereenvolgens ingegaan op trends in het aantal geboortes bij jonge moeders, medische uitkomsten bij die geboortes, het verschil in geboortes tussen eerste en tweede generatie allochtone tieners en in abortuscijfers. Daar waar in dit rapport de term abortus wordt gebruikt, wordt bedoeld op abortus provocatus, tenzij uitdrukkelijk anders aangegeven

2.2 Bronnen

1. Rademakers J. Abortus in Nederland 1993-2000: jaarverslag van de landelijke abortusregistratie, met aanvulling. Heemstede: Stichting Samenwerkende Abortusklinieken Nederland, 2002
2. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Jaarrapportage 2001 van de Wet zwangerschapsafbreking. Den Haag: augustus 2002
3. Diverse CBS-gegevens
4. Gegevens uit een lopende studie van S Buitendijk en H Kateman: uitkomsten tienerzwangerschappen uit de LVR 1995-1999 (TNO-Preventie en Gezondheid en Stichting Perinatale Registratie Nederland, afgekort als TNO/SPNR)
5. Stichting Farmaceutische Kengetallen. Info geneesmiddelen <http://www.sfk.nl>
6. Pharmaceutisch Weekblad, div. edities

2.3 Tienermoeders

Tabel 2.1 Ontwikkeling aantal geboortes onder vrouwen <20 jaar (leeftijd op 31 dec.) (Bron: CBS)

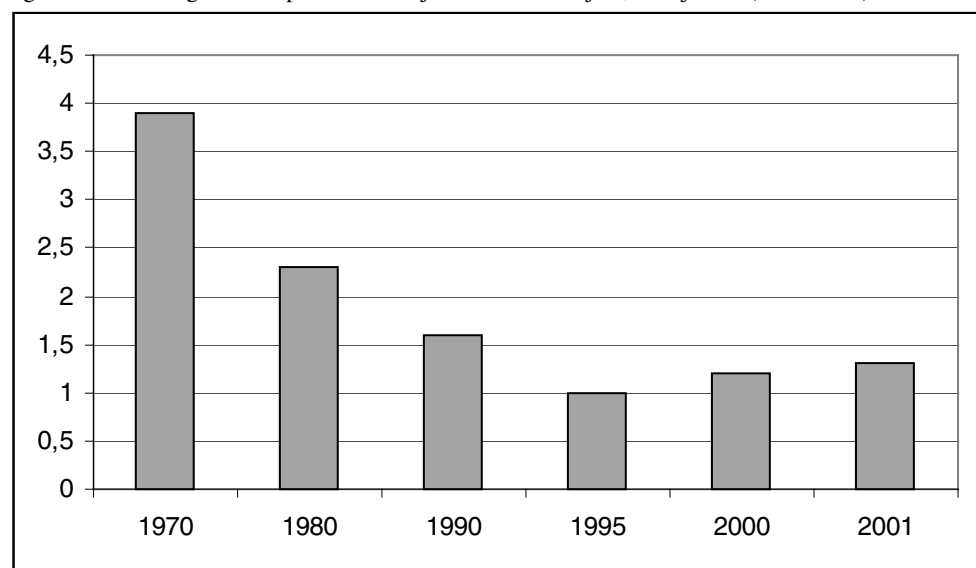
| Leeftijd | 1970 | 1980 | 1990 | 1995 | 2000 | 2001 |
|--------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| <18 | 1720 | 823 | 613 | 352 | 516 | 622 |
| 18 | 2848 | 1232 | 946 | 541 | 681 | 738 |
| 19 | 4671 | 2148 | 1699 | 1011 | 1306 | 1326 |
| Totaal | 9239 | 4203 | 3258 | 1904 | 2503 | 2686 |
| % <18 in totaal | 18,6 | 19,6 | 18,8 | 18,5 | 20,6 | 23,2 |
| 15-49 | 238912 | 181294 | 197965 | 190513 | 206619 | 202603 |
| % tienergeboortes van alle geboortes | 3,9 | 2,3 | 1,6 | 1,0 | 1,2 | 1,3 |

Sinds de jaren zestig en zeventig is het percentage geboortes onder tieners (vrouwen en meisjes van negentien jaar of jonger) sterk gaan dalen. Vond in 1970 nog bijna 4% van alle geboortes plaats bij een moeder onder de 20 jaar, in 1990 was dit nog maar 1%. Omgerekend naar het aantal meisjes van 15 tot en met 19 jaar dat jaarlijks een kind

krijgt is dit ongeveer 5 per duizend. Vergeleken met andere (Westerse) landen is dit een zeer laag percentage. In de VS bijvoorbeeld was het aantal meisjes per duizend dat jaarlijks een kind krijgt in het begin van de negentiger jaren 54. Waarschijnlijk heeft het lage percentage in Nederland te maken met de ruime beschikbaarheid van anticonceptie en de open, accepterende houding van de maatschappij ten opzichte van seksualiteit bij tieners.

Opvallend is echter dat de sterke daling die na 1970 is opgetreden, na het midden van de jaren negentig is verdwenen. Sindsdien is sprake van een duidelijke, jaarlijkse stijging. In 1995 was 1,0% van de bevallingen bij een tiener, in 2001 was dit 1,3%. Het promillage tieners (van 15 tot 19) dat jaarlijks een kind krijgt is inmiddels opgelopen van 5 in 1995 tot 6,9 in 2001. Nog steeds 'scoort' Nederland daarmee laag ten opzichte van andere landen, maar onze rol als gidsland staat duidelijk onder druk.

Figuur 2.1 Aantal geboortes per 1000 meisjes van 15 tot 19 jaar, naar jaartal (Bron: CBS)



Eveneens opvallend is de jaarlijkse stijging in het aandeel van de tieners onder de 18 jaar. In 1995 was dit 18,5% van alle tienergeboortes, in 2001 23,2%. Er zijn duidelijke etnische verschillen in prevalentie van tienerzwangerschappen. Het percentage geboortes is het hoogst onder tieners afkomstig van de Nederlandse Antillen: 29,7 per 1000 per jaar, ten opzichte van 3,2 per 1000 per jaar bij meisjes van Nederlandse afkomst. Daarnaast is er een relatie tussen etniciteit en leeftijd waarop de tieners hun kind krijgen: de bijdrage van meisjes onder de 18 aan het totaal percentage tienerzwangerschappen is het laagst in de groep Turkse en Marokkaanse meisjes. Bij hen krijgt ongeveer 1 op de 13 tienermoeders hun kind voor hun achttiende, bij Nederlandse tienermoeders en bij andere buitenlandse tienermoeders is dat ongeveer 1 op de 4. Hoe ouder de tieners, hoe groter de kans dat de geboorte echtelijk is. Bij 5% van de 16-jarige tieners was er getrouwd voor de geboorte van het kind. Dit gebeurde bij 28% van de 19-jarige tieners.

De groep met het hoogste risico is de Surinaamse en Antilliaanse groep. Zij hebben zowel een hoog tienerzwangerschappenpercentage, als een relatief hoog percentage van die zwangerschappen bij de jongste groep. De jongere tieners vormen de meest zorgelijke groep, zowel wat betreft de kans dat de zwangerschap ongewenst is (met alle sociale gevolgen van dien), als wat betreft de uitkomsten (zie onder). Turkse en Marokkaanse meisjes hebben weliswaar een hoger percentage zwangerschappen dan

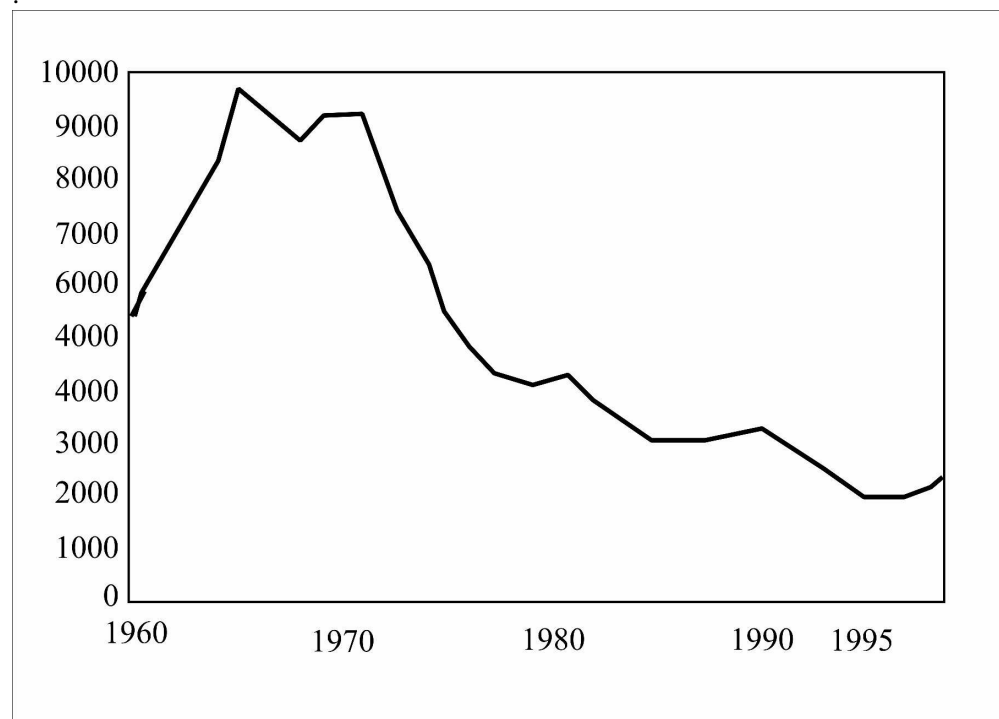
Nederlandse meisjes, maar hebben die vooral op 18- en 19-jarige leeftijd. Bij hen zal de zwangerschap waarschijnlijk vaker gewenst zijn en plaatsvinden binnen een huwelijk.

Tabel 2.2 Tienergeboortes naar herkomstgroepering (Bron: CBS)

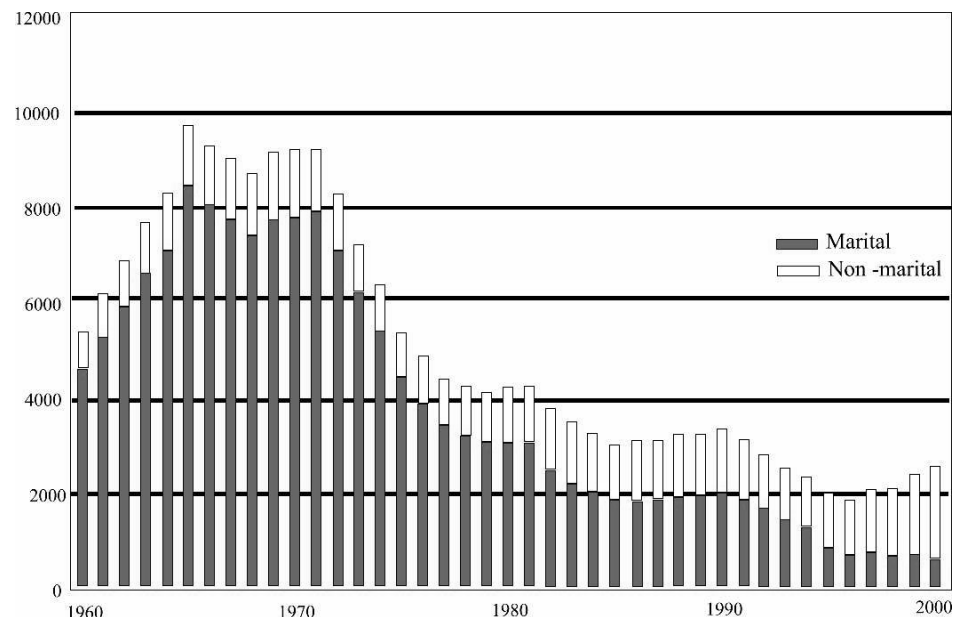
| | Autochtoon | Turkije | Marokko | N.Ant/ Aruba | Suriname | Totaal Niet-Westers |
|---------------------------------|------------|---------|---------|-----------------|----------|------------------------|
| <18 | 267 | 13 | 8 | 53 | 54 | 294 |
| 18+19 | 858 | 180 | 144 | 120 | 184 | 1000 |
| Totaal | 1125 | 193 | 152 | 173 | 238 | 1294 |
| % <18 in totaal | 23,7 | 6,7 | 5,3 | 30,6 | 22,7 | 22,7 |
| Totaal aantal meisjes 15-19* | 356002 | 13516 | 13662 | 5824 | 14151 | 67696 |
| Geboortes per 1000 meisjes | 3,2 | 14,3 | 11,1 | 29,7 | 16,8 | 19,1 |

* mid-year

Figuur 2.2 Aantal tienergeboortes per jaar (Bron CBS)



Figuur 2.3 Levendgeborenen bij vrouwen onder 20 jaar, gehuwd en ongehuwd



Ook in deze figuur is de jaarlijkse stijging na het midden van de negentiger jaren duidelijk zichtbaar. Het jaar 2001 is in deze figuur niet opgenomen, maar uit tabel 2.1 is te lezen dat ook in dit laatste peiljaar de stijging zich doorzet. De stijging vindt vooral plaats in het aantal buitenechtelijke geboortes en, zoals we uit tabel 2.1 hebben kunnen zien, in de groep relatief jonge tieners.

In 2000 kregen ruim 2300 tienermeisjes een baby, terwijl 3900 een abortus lieten uitvoeren.

De stijging in het aantal geboortes kan niet verklaard worden door een daling in het aantal zwangerschappen dat wordt afgebroken (zie ook paragraaf 2.6) Het aantal abortussen onder tieners is immers ook sterk gestegen sinds de laatste peildatum van 1992. In 1990 hadden 4,0 per duizend meisjes in de leeftijd van 15 tot 19 jaar een abortus, in 2000 was dat 8,6.

Voorals treden er dus meer ongewenste zwangerschappen op sinds 1990. Het zwangerschapscijfer onder tieners is toegenomen van 8,6 per duizend per jaar in 1990 tot 14,1 per duizend per jaar in 2000.

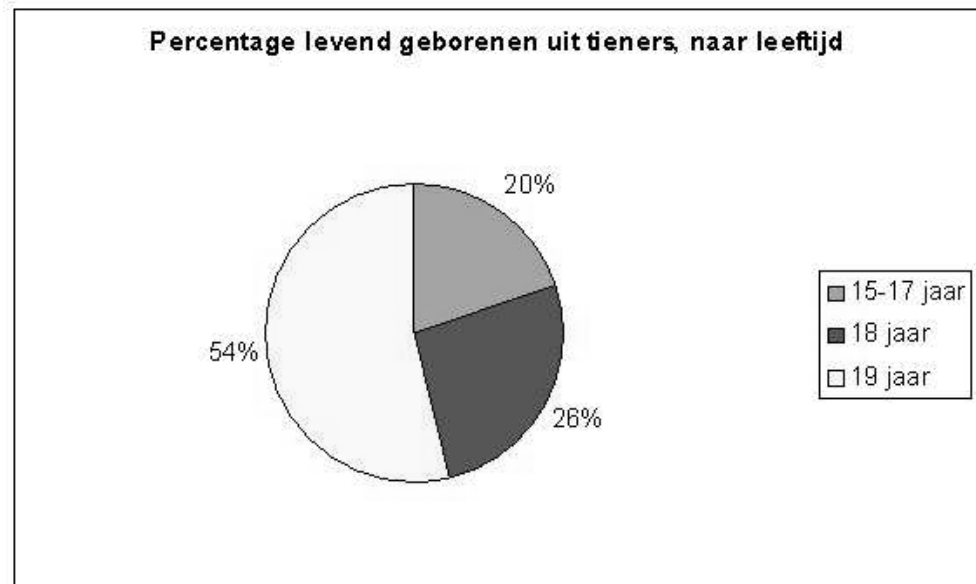
2.4 Uitkomsten tienerzwangerschappen

In deze paragraaf wordt nagegaan wat de uitkomsten zijn van tienerzwangerschappen. Gehanteerde uitkomstmaten zijn:

- vroeggeboorte: < 37 weken
- laag geboortegewicht: < 2500 gram
- klein voor zwangerschapsduur: < p10 van Kloostermantabel
- perinatale sterfte

De uitgevoerde analyses corrigeren voor effecten van herkomst (Nederlands, Mediterraan, Ander Europees, Creools, Aziatisch, Hindoeistaans, Overig). Figuur 2.4 geeft de samenstelling naar leeftijd van de in het onderzoek betrokken moeders. Ongeveer 80% van de tienermoeders is 18-19 jaar oud.

Figuur 2.4 Samenstelling naar leeftijd van de in het onderzoek naar uitkomst van zwangerschappen betrokken tienermoeders (Bron: TNO / SPRN)



Tabel 2.3 Kenmerken van de zwangerschap en bevalling, naar leeftijd van de moeder (Bron: TNO / SPRN)

| | 13-17 jaar n=2.068 | 18-19 jaar n=7.761 | 20-29 jaar n=341.080 |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| Allochtoon | 54 % | 56 % | 24 % |
| Multipara | 6 % | 10 % | 40 % |
| Thuis bevallen | 12 % | 17 % | 24 % |
| Uitdrijving \geq 1 uur | 15 % | 17 % | 36 % |
| Inleiding | 10 % | 12 % | 13 % |
| Primaire sectio | 3 % | 3 % | 5 % |
| Secundaire sectio | 8 % | 8 % | 13 % |
| Vacuüm/forceps | 12 % | 16 % | 27 % |
| Ruptuur | 21 % | 19 % | 19 % |
| Episiotomie | 33 % | 39 % | 49 % |

Tabel 2.4 bevat een aantal gegevens over negatieve uitkomsten bij zwangerschappen. Gepresenteerd worden aantallen en percentages van het totaal aantal geboortes in de leeftijdsgroep. De uitkomsten bij tienermoeders zijn vergeleken met die bij 20-29-jarige moeders. De uitkomsten van die vergelijking worden uitgedrukt in Odds Ratios (OR), die het relatieve risico op een negatieve uitkomst in vergelijking met de geboortes bij 20-29-jarige moeders aangeven.

In de groep tienermoeders zijn niet-autochtone vrouwen oververtegenwoordigd. Geboortes bij niet-autochtone vrouwen hebben vaker minder goede uitkomsten. Daarom is bij toetsing van de verschillen tussen tienermoeders en 20-29-jarigen ook gecorrigeerd voor etniciteit. Zowel gecorrigeerde als ongecorrigeerde OR's worden gepresenteerd.

Tabel 2.4 Aantallen, percentages en OR (gecorrigeerd en ongecorrigeerd voor etniciteit) in vergelijking met uitkomsten van zwangerschappen van 20-29-jarige moeders (Bron: TNO / SPRN)

| | | 13-17 jr | 18-19 jr | 20-29 jr |
|------------------------------|---------|----------|----------|----------|
| Vroeggeboorte | N | 207 | 684 | 16.647 |
| | % | 11,0 | 10,1 | 8,4 |
| | OR | 1,35* | 1,22 | |
| | OR corr | 1,36* | 1,27 | |
| Laag geboortegewicht | N | 194 | 664 | 15.064 |
| | % | 10,2 | 9,8 | 7,6 |
| | OR | 1,38* | 1,31* | |
| | OR corr | 1,30* | 1,30* | |
| Klein voor zwangerschapsduur | N | 224 | 829 | 18.881 |
| | % | 12,1 | 12,5 | 9,7 |
| | OR | 1,29* | 1,33* | |
| | OR corr | 1,13 | 1,21* | |
| Perinatale sterfte | N | 39 | 125 | 2.817 |
| | % | 2,0 | 1,8 | 1,4 |
| | OR | 1,45* | 1,30* | |
| | OR corr | 1,23 | 1,16 | |

* = significant.

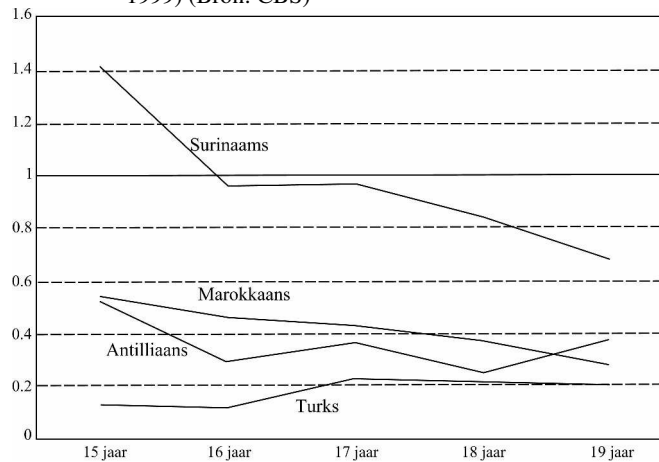
De conclusie is duidelijk: hoewel tieners makkelijker bevallen hebben ze slechtere zwangerschapsuitkomsten, ook na correctie voor etniciteit. Hun kinderen hebben een groter risico op vroeggeboorte, laag geboortegewicht en sterfte. De oorzaak daarvan kan met deze cijfers niet vastgesteld worden. Opvallend is wel dat dit geldt zowel in de groep jonge (13-17) als 'oudere' (18/19 jaar) tieners, waarbij de jongere tieners nog iets slechtere uitkomsten hebben dan de oudere. Waarschijnlijk is het dus niet alleen een biologisch fenomeen, maar spelen ook sociaal-culturele, sociaal-economische en/of gedragsmatige factoren een rol.

2.5 Eerste vs. tweede generatie allochtonen

Figuur 2.5 verschaft informatie over de verhouding van het aantal geboortes bij allochtone tieners van de tweede generatie en dat bij allochtone tieners van de eerste generatie. De gegevens worden uitgedrukt als een ratio van de promillages. Is die ratio groter dan 1, dan is het relatieve aantal geboortes bij de tweede generatie hoger. Bij een ratio die kleiner is dan 1, is het relatieve aantal geboortes uit de tweede generatie juist lager.

Naarmate allochtone vrouwen meer ingeburgerd zijn, gaat hun geboortecijfer omlaag. De tweede generatie gaat in anticonceptiegedrag meer lijken op autochtone vrouwen. Bij tieners uit Suriname is dat echter veel minder het geval dan bij Marokkaanse, Turkse en Antilliaanse tieners.

Figuur 2.5 Levendgeborenen per 1000 vrouwen, ratio tweede generatie versus eerste generatie (1995-1999) (Bron: CBS)



2.6 Zwangerschapsafbrekingen (inclusief overtijdbehandelingen)

2.6.1 Bronbeschrijving

Over de abortusregistratie dienen de volgende opmerkingen gemaakt te worden. In Nederland zijn 17 abortusklinieken, met in totaal 19 vergunningen in het kader van de Wet Afbreking Zwangerschappen (WAZ). 11 van deze klinieken hebben ook een aanvullende vergunning om tweede-trimesterbehandelingen uit te voeren. In 2000 hadden 110 ziekenhuizen een vergunning in het kader van de WAZ. Een deel daarvan verricht echter geen (19) of nauwelijks (26) zwangerschapsafbrekingen.

In 1974 startte Stimezo met het systematisch verzamelen van gegevens over zwangerschapsafbreking. De permanente registratie was een gezamenlijk project van alle abortusklinieken die op vrijwillige basis informatie verzamelden en voor analyse beschikbaar stelden aan Stimezo. Vanaf 1977 werden deze gegevens (twee)jaarlijks geanalyseerd en gepubliceerd. Met de invoering van de WAZ (1984) veranderden de aard, omvang en intensiteit van de registratie. De gegevens werden centraal verwerkt en opgeslagen. In 1993 gingen klinieken de registratie zelf beheren en overzichten produceren voor de inspectie. Pogingen om in 1993-1999 een centraal bestand op te bouwen mislukten. Bij de oprichting van STISAN was duidelijk dat men de abortusregistratie en de jaarlijkse analyse van gegevens als belangrijke functie zag en werd besloten om met ingang van 1 januari 2000 weer over te gaan tot centrale gegevensverzameling en het opbouwen van een jaarbestand. Over 1993 tot en met 1999 zouden de registratiegegevens eveneens bij elkaar worden gebracht. Wat betreft gegevens gerelateerd aan etniciteit dient rekening te worden gehouden met het feit dat voor 2000 het geboorteland van de vrouw gebruikt werd als enige indicatie voor haar etnische achtergrond. In navolging van het CBS is in 2000 niet alleen geboorteland van de vrouw maar ook van haar beide ouders gebruikt om etniciteit te bepalen. Dit leidt tot een hoger percentage allochtone abortuscliënten. Bij het vergelijken van de cijfers over de verschillende jaren moet daarmee rekening gehouden worden.

2.6.2 Aantal abortussen

Analyses van 1993-1999 zijn gebaseerd op de gegevens van de Geneeskundige Inspectie voor de Volksgezondheid en op de gegevens van 7 abortusklinieken (1993-1998) en 6 abortusklinieken (1999). Deze klinieken voerden ongeveer 37 tot 45% van de zwangerschapsafbrekingen uit bij in Nederland wonende vrouwen. De klinieken zijn

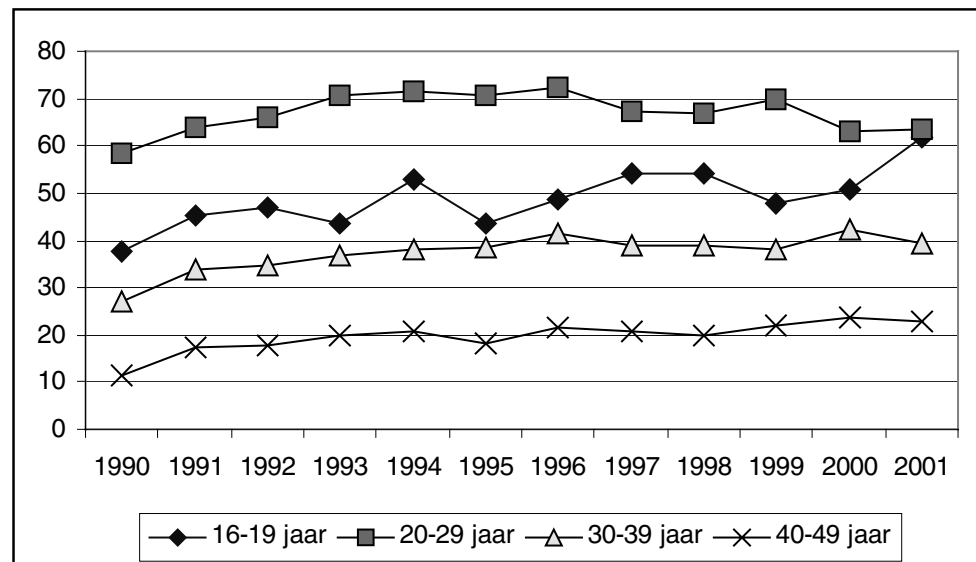
goed geografisch verspreid over Nederland. Wel gaat het hier vooral om klinieken waar eerste-trimesterbehandelingen worden uitgevoerd.

In 1990 lieten 5,2 per 1.000 vrouwen een abortus uitvoeren, anno 2000 8,0 per 1000 vrouwen. Mogelijke verklaringen die dr. Jany Rademakers in het STISAN-verslag geeft, zijn:

- Minder pilgebruik vanwege vermeende risico's;
- Daling sterilisaties;
- Toename van het aantal vrouwen dat geen enkele vorm van anticonceptie gebruikt;
- Problematisch (niet-effectief) anticonceptiegebruik bij allochtone vrouwen en tieners.

Een laatste verklaring zou kunnen zijn: een verbetering in de prenatale diagnostiek. Die laatste verklaring lijkt echter niet waarschijnlijk omdat er niet meer latere zwangerschapsafbrekingen zijn.

Figuur 2.6 Het percentage vrouwen dat de anticonceptiepil gebruikt, naar leeftijdsgroep en jaar (Bron: CBS)



Verminderd gebruik van de pil lijkt in ieder geval onder de 16- tot 19-jarigen geen waarschijnlijke verklaring. Diverse bronnen laten zien dat het pilgebruik in deze leeftijdsgroep sinds 1999 juist is gestegen. Deze toename wordt voornamelijk toegeschreven aan het feit dat meer vrouwen op jongere leeftijd met de pil beginnen (Pharmaceutisch Weekblad). Of deze stijging gelijke tred houdt met de (waarschijnlijke) stijging in het aantal vrouwen dat seks heeft, is vooralsnog niet duidelijk te maken. Mogelijk speelt bij deze groep wel problematisch gebruik een rol (vergeten, werking verminderd na braken etc.).

2.6.3 Aantal abortussen gerelateerd naar leeftijd en etniciteit

Het merendeel van de abortuscliënten is tussen de 20 en 35 jaar oud: tweederde van het totaal aantal behandelde vrouwen bevindt zich in deze leeftijdscategorie. De meest voorkomende leeftijd is 22 jaar. Bij de leeftijdsverdeling valt de toename van het aantal jongeren tot 20 jaar op: van 10,9% in 1992 tot 14,2% in 2000. Dit gaat samen met een stijging in het percentage tienergeboortes. Het aantal tienerzwangerschappen is dus aan het stijgen. Wanneer we het percentage jongeren extrapoleren naar het totale aantal behandelingen bij Nederlandse vrouwen, blijkt dat er in 2000 ongeveer 3.900 zwangerschapsafbrekingen werden uitgevoerd bij tieners. In 1992 ging het nog om ruim

2.100 behandelingen. Er is dus zowel sprake van een relatieve als van een absolute toename van het aantal abortussen bij tienermeisjes.

Tabel 2.5 Aandeel van de abortussen naar leeftijd van de vrouw (1992-2000) in %

| Leeftijd | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|-------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| T/m 14 jaar | 0,3 | 0,2 | 0,3 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,3 | 0,4 |
| 15-19 | 10,6 | 10,2 | 10,0 | 10,6 | 10,5 | 10,4 | 10,9 | 12 | 13,8 |
| 20-24 | 23,6 | 23,3 | 22,8 | 23,3 | 21,5 | 21,4 | 20,9 | 21,3 | 22,9 |

Tabel 2.6 Schatting aantal levend geboren kinderen, abortussen en zwangerschappen* per 1000 vrouwen, < 25 jaar, naar herkomst en leeftijdsgroep (Bron: CBS en gegevens uit STISAN Registratie)

| | geboren | abortus | zwangerschappen* | % abortus in zwangerschappen |
|-------------------------|---------|---------|------------------|---------------------------------|
| Tot en met 24 jr | | | | |
| Nederlands | | 14,3 | 1,7 | 16,1 |
| Turks | | 76,9 | 4,5 | 81,5 |
| Marokkaans | | 70,3 | 8,3 | 78,6 |
| Antilliaans | | 50,9 | 30,5 | 81,4 |
| Surinaams | | 39,8 | 17,6 | 57,5 |
| Jonger dan 17 | | | | |
| Nederlands | | 0,7 | 0,7 | 1,4 |
| Turks | | 1,0 | 0,4 | 1,4 |
| Marokkaans | | 0,0 | 1,3 | 1,3 |
| Antilliaans | | 6,4 | 7,9 | 14,3 |
| Surinaams | | 3,4 | 5,5 | 8,9 |
| Tussen 17-19 | | | | |
| Nederlands | | 4,7 | 1,8 | 6,5 |
| Turks | | 26,2 | 2,4 | 28,5 |
| Marokkaans | | 21,9 | 5,7 | 27,6 |
| Antilliaans | | 40,9 | 30,0 | 70,9 |
| Surinaams | | 22,8 | 17,5 | 40,3 |
| Tussen 20-24 | | | | |
| Nederlands | | 25,2 | 2,1 | 27,3 |
| Turks | | 128,8 | 7,0 | 135,8 |
| Marokkaans | | 123,6 | 12,4 | 136,0 |
| Antilliaans | | 70,9 | 38,1 | 109,0 |
| Surinaams | | 67,2 | 23,2 | 90,4 |

- exclusief spontane abortus / doodgeboren kinderen

Uit de STISAN-rapportage blijkt dat het percentage vrouwen bij wie een abortus plaatsvond en bij wie dat niet voor het eerst was, sinds 1992 duidelijk gestegen is: van 28% in 1992 naar 37% in 1999. De mate waarin een dergelijke recidive ook bij jonge vrouwen optreedt, kon in dit onderzoek niet worden vastgesteld.

Tabel 2.6 geeft een schatting van het aantal levend geboren kinderen en het aantal abortussen per 1.000 vrouwen, naar leeftijd en herkomst. Het gaat om een schatting: gegevens van de abortusregistratie en van het CBS werden gecombineerd en de manieren waarop leeftijd, respectievelijk herkomst werden vastgesteld, komen waarschijnlijk niet exact overeen.

2.6.4 Zwangerschapsduur

Wanneer vrouwen vroeg in de zwangerschap bij de kliniek komen, kan dat opgevat worden als een teken van een goed toegankelijke hulpverlening. Uit onderzoek blijkt bovendien dat een zwangerschapsafbreking in een vroeg stadium als minder belastend wordt ervaren door vrouwen zelf. In onderstaande tabellen wordt abortus naar zwangerschapsduur weergegeven, per etniciteit. De onderzoekers konden geen gegevens krijgen specifiek voor vrouwen onder de 25.

Tabel 2.7 Abortus naar herkomst en zwangerschapsduur in conceptieweken (2000) in % (Bron: STISAN-registratie)

| Herkomst | 0-6 weken | 6-10 weken | 11-14 weken | Later | |
|-------------|--------------|---------------|----------------|-------|-----|
| | % | % | % | % | % |
| Nederlands | 69.7 | 20.4 | 6.7 | 3.2 | 100 |
| Surinaams | 56.9 | 31.5 | 8.3 | 3.3 | 100 |
| Antilliaans | 57.2 | 32.6 | 6.6 | 3.6 | 100 |
| Turks | 66.7 | 22.8 | 7.2 | 3.3 | 100 |
| Marokkaans | 62.9 | 25.3 | 6.9 | 4.8 | 100 |
| Anders | 60.6 | 28.8 | 6.7 | 3.9 | 100 |

Om na te gaan wat de oorzaak is geweest van het ontstaan van deze zwangerschap, wordt in de abortusregistratie gevraagd naar de reden van falen van de anticonceptie. Ook hier konden geen gegevens specifiek voor vrouwen jonger dan 25 worden verkregen.

Tabel 2.8 Anticonceptiegebruik in het half jaar voorafgaand aan de abortus, naar land van herkomst (2000) in % (Bron: STISAN-registratie)

| Land | Pil | Condooms | C.I./P.O. | Overige anticonceptie | Geen |
|-------------|------|----------|-----------|-----------------------|------|
| | % | % | % | % | % |
| Nederlands | 30,1 | 35,8 | 10,9 | 9,1 | 14,1 |
| Surinaams | 37,7 | 24,6 | 3,5 | 4,5 | 29,7 |
| Antilliaans | 41,6 | 24,9 | 5,8 | 9,7 | 18,0 |
| Turks | 39,3 | 17,0 | 9,0 | 8,1 | 26,6 |
| Marokkaans | 41,6 | 17,2 | 5,1 | 6,4 | 29,7 |
| Anders | 25,7 | 26,7 | 12,6 | 8,6 | 26,4 |

In ongeveer een kwart van de gevallen werd geen anticonceptie toegepast. In meer dan de helft van de gevallen werd een in principe betrouwbaar anticonceptiemiddel (als pil en condoom) toegepast, zij het kennelijk niet adequaat. Er bestaat een opvallend verschil tussen Nederlandse en Antilliaanse vrouwen enerzijds en de andere groepen anderzijds. Nederlandse en Antilliaanse vrouwen hebben veel vaker wel een vorm van anticonceptie toegepast, maar kennelijk niet zodanig dat die ook de beoogde bescherming bood.

Nogmaals, de verstrekte cijfers hebben betrekking op alle geregistreerde abortussen en kunnen niet zonder meer worden gegeneraliseerd naar jongere vrouwen. Niettemin kan geconcludeerd worden dat voorlichting derhalve niet alleen het gebruik van pil en condoom dient te bevorderen, maar ook meer aandacht zou moeten besteden aan de vraag hoe die middelen goed kunnen worden toegepast. Ook alternatieven voor de pil zouden meer aandacht moeten krijgen.

2.6.5 *Conclusies*

De daling in het percentage tienerzwangerschappen die sinds de zestiger jaren in Nederland zichtbaar was en waar we terecht trots op waren, is sinds een jaar of 5 à 6 omgezet in een gestage stijging. De stijging lijkt deels te verklaren door het aandeel van de Antilliaanse en Surinaamse meisjes. Echter, ook bij de autochtone groep loopt het percentage tienerzwangerschappen op. Zorgelijk is dat het aandeel van jonge tieners (onder de 18 jaar) groter wordt. Het is dus niet zo dat meer vrouwen op jongere leeftijd hun kinderen plannen en dat de stijging te verklaren valt uit bijvoorbeeld een stijgend aandeel van geplande zwangerschappen bij Turkse of Marokkaanse meisjes. Een extra probleem is dat de uitkomsten van tienerzwangerschappen slechter zijn dan die bij oudere vrouwen, ook nadat rekening is gehouden met etnische achtergrond. Waarschijnlijk is dit niet alleen een fysiek/medisch probleem, maar spelen ook sociale en culturele factoren een grote rol. Dit betekent overigens niet dat de sociale factoren niet verbeteren wanneer een tiener de zwangerschap weet uit te stellen. Een deel van de negatieve sociale factoren kan verdwijnen wanneer dezelfde vrouw niet op tienerleeftijd, maar later een kind krijgt.

Het aantal geboortes onder tienermoeders stijgt. Het abortuspercentage onder tieners stijgt eveneens. Dit betekent dat het zwangerschapspercentage onder tieners stijgt. Het is dus niet zo dat het hogere geboortecijfer te verklaren valt uit een lager abortuspercentage.

Hoewel uit deze cijfers niet valt af te leiden wat de oorzaak van de stijging in tienerzwangerschappen is, kunnen we ons toch niet aan de indruk onttrekken dat er sprake is van een structureel probleem. Een deel van de stijging is wellicht te verklaren uit toegenomen immigratie van Antilliaanse meisjes in de afgelopen periode. Wellicht zal het anticonceptiegedrag van deze groep veranderen naarmate ze langer in Nederland zijn. Het lijkt echter niet te verwachten dat de stijging 'vanzelf' weer overgaat of dat een daling zich spontaan zal inzetten. Eerder hebben we de indruk dat er sprake is geweest van verwaarlozing van het probleem en van de preventieve maatregelen die noodzakelijk zijn om het probleem klein te houden, juist omdat het in Nederland zo voorbeeldig liep. Onzes inziens moet op korte termijn onderzoek worden gedaan om in kaart te brengen wat er fout gaat in het anticonceptiegedrag van bepaalde groepen tieners en moeten vervolgens maatregelen worden ontworpen om met name aan die groepen voorlichting en zorg op maat te kunnen bieden. De zorg zou zich vooral moeten richten op voorkómen van een ongewenste zwangerschap en in tweede instantie op het tijdig aanbieden van de mogelijkheid tot abortus. Wellicht is het daarnaast zaak om methoden te ontwikkelen om het anticonceptiegedrag van alle tieners in Nederland te verbeteren. Actief overheidsbeleid lijkt daarbij onontbeerlijk

3 Soa, risicogedrag en determinanten bij jongeren algemeen

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een aantal gegevens gepresenteerd over (trends in) de prevalentie/incidentie van soa bij jongeren en risicogedrag. De onderzoekers zijn er vooralsnog niet in geslaagd mogelijkheden te vinden voor een serieuze vergelijking over de tijd van gegevens over relevante gedragsdeterminanten. We beperken ons daarom tot een paar algemene opmerkingen daarover.

3.2 Bronnen

1. Bakker FC, Sandfort TGM. Veilig vrijen en condoomgebruik bij jongeren en jong-volwassenen: stand van zaken September 2001 en ontwikkelingen sinds April 1987. Utrecht: NISSO, 2001
2. Durex. Global Sex Survey 1997 Nederland. S.I. s.a.
3. Durex Global Sex Survey 1998 Nederland. S.I., s.a.
4. Durex Global Sex Survey 1999 Nederland: a youth perspective. Leerdam: LRC, s.a.
5. Durex Sex Survey 2001 Nederland: survey naar seksuele houding en gedrag. Leerdam: SSL Healthcare Nederland, s.a.
6. Vroome EMM de, Keesmaat J, Sandfort TGM. Vervolg vrij veilig campagnes: alternatieve appels om condoomgebruik te stimuleren. Utrecht: NISSO, 1999
7. GG&GD Amsterdam. Geslachtsziektenbestrijding, jaarverslag 1997
8. GG&GD Amsterdam. Geslachtsziektenbestrijding, jaarverslag 1998
9. GG&GD Amsterdam. Geslachtsziektenbestrijding, jaarverslag 2000
10. GG&GD Amsterdam. SOA-polikliniek, jaarverslag 2001
11. Fulpen MM van, Bakker F, Breeman L, Vanwesenbeeck WMA. VMBO Scholieren: seksualiteit & seksuele voorlichting. Utrecht/Leiden: Rutgers NISSO Groep, 2002
12. Bergh MYW von, Sandfort TGM. Literatuuronderzoek naar determinanten van veilig vrijgedrag. Utrecht: NISSO/Universiteit van Utrecht, 2001
13. Laar MJW van de, Duynhoven YTHP van, Beuker RJ, Rijlaarsdam J. soa en aids in Nederland, anno 2000. RIVM Bilthoven: RIVM, 2001. RIVM rapport 441500 011
14. Laar MJW van de, Haks K, Coenen AJ, Registratie van soa en hiv consulten bij GGD'en en SOA-poliklinieken, jaarverslag 2001, Bilthoven: RIVM, 2002
15. Rijksvoorlichtingsdienst/DTC, Campagne 'Veilig Vrijen 2001'. Tracking Eindrapportage. Week 19 t/m 31, 2001. Den Haag: Rijksvoorlichtingsdienst/DTC, 2001
16. RIVM, aanvullende gegevens uit de soa registratie
17. Dataset Jeugd en Seks 95, TNO & NISSO
18. Dataset Genesisproject, ter beschikking gesteld door het NISSO
19. Vragenlijsten Determinantenonderzoek Lang Leve de Liefde, Schaalma
20. Fulpen, M. van, Bakker, F., Breeman, L., Poelman, J., Schaalma, H. & Vanwesenbeeck, I. (2002). Vmbo scholieren, seksualiteit en seksuele voorlichting. Een onderzoek naar seksualiteit en seksuele risico's bij vmbo

scholieren en de effectiviteit van voorlichting met de vernieuwde versie van het lespakket “Lang leve de liefde”, Utrecht: Rutgers NISSO Groep

3.3 Soa

Het RIVM publiceerde onlangs nieuwe gegevens uit de lopende soa-registratie bij GGD'en en 2 soa-poliklinieken. Uit die registratie bleek een duidelijke toename van het aantal consulten en van het aantal geconstateerde infecties in de algemene populatie. Die toename, aldus het RIVM, is voor een deel te verklaren uit factoren als een verbeterde registratie, maar zou ook wijzen op een reële toename in de incidentie.

Opvallend is wel dat het totaal aantal consulten in de periode 1990 tot 2001 sterker is gestegen dan het aantal soa-diagnoses, onder andere door een toename in het aantal consulten vanwege een hiv-testverzoek, maar ook door een wisselende (toegenomen) deelname van GGD'en aan de registratie. Trends worden hierdoor moeilijk vast te stellen. In het jaarverslag van de soa-poliklinieken van de GG&GD Amsterdam wordt in 2001 vermeld dat zij de toestroom van het aantal patiënten niet meer konden verwerken en beperkingen hebben aangebracht in de (inloop)sprekuren. Of dat elders ook het geval is, is de onderzoekers niet bekend.

Uit het jaarverslag 2001 van de soa-registratie blijkt dat van de 20.136 uitgevoerde tests op soa en/of hiv er 7.252 betrekking hadden op jongeren tot en met 24 jaar. Dat is 36%. Bij hen werden 2.113 infecties vastgesteld, waaronder 1.003 gevallen van gonorrhoe, chlamydia en vroege syfilis.

Van deze drie is chlamydia de meest geregistreerde soa in de totale populatie, maar ook bij jongeren tot en met 24 jaar en dan vooral bij jonge vrouwen. Syfilis komt veel minder voor en heeft dan in ten minste de helft van de gevallen te maken met prostitutie. Chlamydia komt veel vaker voor bij vrouwen dan bij mannen, althans wordt bij vrouwen vaker geregistreerd. Herhaald zij dat het hier gaat om geregistreerde cases; over de werkelijke prevalentie zijn geen cijfers bekend.

Bij gonorrhoe valt het grote aantal gevallen bij personen afkomstig uit Suriname, de Antillen en Aruba op. Syfilis komt relatief vaak voor bij de groep Oost-Europa, Sub-Sahara en overigen. Bij chlamydia valt het relatief grote aandeel van autochtone Nederlanders herkomst op, evenals de hoge aantallen bij Surinamers en Antillianen. De reden hiervoor kan uiteenlopen: seksuele netwerken en verschillen in intrinsieke gevoeligheid voor chlamydia zouden een rol kunnen spelen, evenals verschillen in (effectief) bereik van de recente chlamydiacampagnes.

Tabel 3.1 In 2001 gediagnosticeerde gevallen van gonorrhoe, syfilis en chlamydia bij jongeren jonger dan 25 (Bron: RIVM)

| | Diagnose (soa) gegevens 2001 (leeftijd t/m 24 jaar) | | | |
|----------------------------|---|-----------------------|-----------------|------------------|
| | Gonorrhoe | Syfilis (prim&sec) | Chlamydia | Totaal |
| Geslacht | | | | |
| Man | 113 53,8% | 7 58,3% | 232 29,4% | 352 34,9% |
| Vrouw | 95 45,2% | 5 41,7% | 551 69,9% | 651 64,5% |
| Onbekend | 2 1,0% | 0 0,0% | 5 0,6% | 7 0,7% |
| Relatie prostitutie | | | | |
| Geen relatie | 172 81,9% | 6 50,0% | 650 82,5% | 828 82,0% |
| Prostitue(e) | 11 5,2% | 4 33,3% | 45 5,7% | 60 5,9% |
| Prostituant(e) | 13 6,2% | 0 0,0% | 10 1,3% | 23 2,3% |
| Onbekend | 14 6,7% | 2 16,7 | 83 10,5 | 99 9,8% |
| Land van herkomst | | | | |
| Nederland | 107 50,9% | 2 16,7% | 534 67,8% | 643 63,7% |
| Turkije | 4 1,9% | 0 0,0% | 9 1,1% | 13 1,3% |
| Marokko | 8 3,8% | 1 8,3% | 13 1,6% | 22 2,2% |
| Surin./Antil./Aruba | 55 26,2% | 1 8,3% | 98 12,4% | 154 15,2% |
| Sub-Sahara Afrika | 1 0,5% | 3 25,0% | 14 1,8% | 18 1,8% |
| Oost-Europa | 3 1,4% | 3 33,3% | 21 2,7% | 28 2,8% |
| Overig | 19 9,0% | 0 0,0% | 49 6,2% | 68 6,7% |
| Onbekend | 13 6,2% | 1 8,3% | 50 6,3% | 64 6,3% |
| Totaal | 210 100% | 12 100% | 788 100% | 1010 100% |

Percentages in verticale richting per variabele berekend

De in deze groepen meest voorkomende soa is chlamydia. Ook gonorrhoe, herpes genitalis en genitale wratten komen vaak voor (tabel 3.2). Vrouwen in deze leeftijdsgroep worden vaker getest dan mannen. Bij de jongens in de leeftijdsgroep van 15 tot en met 19 is het percentage negatieve uitslagen groter.

Tabel 3.3 presenteert het aantal bij jongens en meisjes geregistreerde soa als percentage van het totaal aantal bij mannen respectievelijk vrouwen geregistreerde gevallen. Het aandeel van de jongens van 15 tot en met 19 in het totaal aantal bij mannen geregistreerde gevallen is relatief gering. Het aandeel van de meisjes in die leeftijdsgroep is aanzienlijk: zo wordt 31% van alle gonorrhoegevallen en 26% van alle chlamydiagevallen bij vrouwen gevonden in de leeftijdsgroep van 15 en 19.

In de leeftijdsgroep van 20 tot 24 worden deze verschillen tussen jongens en meisjes geringer, maar bij alle aandoeningen is het aandeel van de meisjes van die leeftijdsgroep groter dan dat van de jongens.

Trendgegevens in gediagnosticeerde gevallen van gonorrhoe, syfilis en chlamydia bij jongeren jonger dan 25 konden helaas niet worden verkregen.

Tabel 3.2 Bij jongeren in 2001 geregistreerde soa, naar leeftijdsgroep, absolute aantallen en als percentage van het totaal aantal in die leeftijdsgroep geregistreerde gevallen (Bron: RIVM)

| | 15/19 | | 20/24 | | |
|---------------------|-------|-----|-------|-----|------|
| | N | % | N | % | |
| Mannen | | | | | |
| Gonorrhoe | 13 | 17% | 100 | 21% | 401 |
| Syf (primair & sec) | 1 | 1% | 6 | 1% | 71 |
| Chlamydia | 30 | 39% | 202 | 41% | 696 |
| Herpes gen. | 5 | 6% | 16 | 3% | 126 |
| Genitale wratten | 9 | 12% | 86 | 18% | 496 |
| Overig | 18 | 23% | 73 | 15% | 650 |
| Hiv+ | 1 | 1% | 4 | 1% | 45 |
| | 77 | | 487 | | 2485 |
| Proportie NIHIL | 78% | | 75% | | |
| Vrouwen | | | | | |
| Gonorrhoe | 43 | 8% | 52 | 5% | 138 |
| Syf (primair & sec) | 3 | 1% | 2 | 0% | 23 |
| Chlamydia | 225 | 40% | 321 | 33% | 867 |
| Herpes gen. | 20 | 4% | 41 | 4% | 144 |
| Genitale wratten | 48 | 9% | 123 | 13% | 345 |
| Overig | 216 | 39% | 437 | 45% | 1520 |
| Hiv+ | 1 | 0% | 5 | 1% | 15 |
| | 556 | | 981 | | 3052 |
| Proportie NIHIL | 62% | | 73% | | |

Tabel 3.3 Bij jongeren in 2001 geregisteerde soa, naar leeftijdsgroep, absolute aantallen en als percentage van het totaal aantal bij mannen resp. vrouwen geregisteerde gevallen (Bron: RIVM)

| | 15-19 | | 20-24 | |
|---------------------|-------|-----|-------|-----|
| | N | % | N | % |
| Mannen | | | | |
| Gonorroë | 13 | 3% | 100 | 25% |
| Syf (primair & sec) | 1 | 1% | 6 | 8% |
| Chlamydia | 30 | 4% | 202 | 29% |
| Herpes gen. | 5 | 4% | 16 | 13% |
| Genitale wratten | 9 | 2% | 86 | 17% |
| Overig | 18 | 3% | 73 | 11% |
| Hiv+ | 1 | 2% | 4 | 9% |
| Vrouwen | | | | |
| Gonorroë | 43 | 31% | 52 | 38% |
| Syf (primair & sec) | 3 | 13% | 2 | 9% |
| Chlamydia | 225 | 26% | 321 | 37% |
| Herpes gen. | 20 | 14% | 41 | 28% |
| Genitale wratten | 48 | 14% | 123 | 36% |
| Overig | 216 | 14% | 437 | 29% |
| Hiv+ | 1 | 7% | 5 | 33% |

3.4 Gedragsdeterminanten

De onderzoekers hebben in het kader van de uitgevoerde verkenning geen mogelijkheid gevonden om na te gaan of er sprake is van duidelijke verschuivingen in relevante gedragsdeterminanten. De oorzaak daarvan is dat de grotere onderzoeken onder jongeren de operationalisatie van deze gegevens op sterk uiteenlopende wijze hebben opgezet. Ook de methoden van steekproeftrekking, dataverzameling en databehandeling lopen uiteen. Wel zijn tussen de betrokken onderzoekers afspraken gemaakt om na te gaan of er op termijn toch nog een vergelijking opgezet kan worden. Herhalingsonderzoeken die wel een meer consistente operationalisatie hadden, hadden relatief weinig jongeren in de beoogde leeftijdsgroep in hun steekproeven.

Een paar opmerkingen van algemene strekking kunnen wel gemaakt worden.

Vrijwel alle onderzoeken naar gedragsdeterminanten betreffende seksualiteit in Nederland zijn crosssectioneel van opzet. In samenhang daarmee zijn ook vrijwel altijd determinanten van gedrag onderzocht en is nauwelijks aandacht besteed aan determinanten van gedragsverandering. Daarnaast zijn gevonden correlaties te gemakkelijk vertaald naar een oorzakelijk verband. Onvoldoende aandacht is besteed aan het feit dat gedrag ook bepalend is voor cognitieve en emotionele aspecten, zoals onder andere blijkt uit de grote veranderingen die intenties ondergaan op het moment dat seks meer is dan iets waar je alleen aan denkt of van droomt. Crosssectionele onderzoeken naar gedragsdeterminanten kunnen eveneens tot ernstige fouten in de conclusies (en dus tot potentieel verkeerde interventies) leiden. In eerder crosssectioneel onderzoek naar roken en alcoholgebruik leek de rol van ouders vrijwel irrelevant en die van peers buitengewoon doorslaggevend. In een enige tijd geleden uitgevoerd longitudinaal onderzoek bleek de rol van ouders veel groter en die van leeftijdsgenoten veel minder groot, wanneer het ging om predictie van toekomstig gedrag.

Wij pleiten daarom voor meer mogelijkheden voor longitudinaal onderzoek op dit terrein en voor een hernieuwde aandacht voor de rol van ouders als het gaat om determinanten van (veranderingen in) seksueel gedrag.

3.5 Riskant gedrag: vergelijking tussen gegevens van Jeugd en Seks 1995 en Genesis

3.5.1 Methode

Jeugd en Seks 1995 verzamelde gegevens uit een random steekproef van scholen en daarbinnen van klassen gestratificeerd naar type en leerjaar. Genesis verzamelde gegevens onder scholen voor vmbo die hebben meegedaan aan een langer durend evaluatieonderzoek. Daarbij werd gefocust op leerjaar 2. De gegevens van Jeugd en Seks 95 werden verzameld in het najaar van 1994; die van Genesis omtrent 2000.

Uit J&S 95 zijn de leerlingen op het toenmalige vbo en mavo geselecteerd; uit Genesis de leerlingen op vmbo en mavo. Met name in Genesis was er slechts een zeer beperkt aantal leerlingen ouder dan 17. Daarom is ook een selectie toegepast op leeftijd. Alleen leerlingen jonger dan 18 zijn in de volgende analyses meegenomen.

Gegevens omtrent kennis en gedragsdeterminanten kunnen niet gemakkelijk vergeleken worden, gegeven het feit dat de desbetreffende vragen in de twee onderzoeken sterk uiteenlopen.

Gegevens omtrent een aantal risicogedragingen kunnen iets beter vergeleken worden. Dat betreft dan met name ervaring met geslachtsgemeenschap, pil- en condoomgebruik bij de eerste keer en Double Dutch, het gecombineerd gebruik van pil en condoom. Bij die vergelijking moeten wel een aantal voorbehouden gemaakt worden.

Overwogen is om ook gegevens betreffende condoom- en pilgebruik bij de laatste partner, alsmede betreffende het totaal aantal seksuele partners in de vergelijking mee te nemen. Om methodologische redenen (verwacht groot effect van verschillen in de behandeling van ontbrekende gegevens bij doorverwijzingsvragen) moest (helaas) worden besloten daarvan af te zien.

De operationalisaties van de items komen niet exact overeen. Gepresenteerd worden echter percentages leerlingen die in beide onderzoeken uitdrukkelijk aangeven het desbetreffende gedrag verricht te hebben, berekend op het totaal aantal personen dat in aanmerking komt, dus inclusief 'weet niet' e.d. Leerlingen met ontbrekende antwoorden of met antwoorden als 'weet niet' worden in de categorie 'zegt niet ... gedaan te hebben' geplaatst.

De behandeling van ontbrekende antwoorden is in beide onderzoeken verschillend. In J&S 95 is behalve een visuele inspectie van de betrouwbaarheid van de antwoorden ook een kwantitatieve inspectie uitgevoerd, gebaseerd op het aantal vervolgvragen dat niet werd ingevuld. In Genesis is dit volgens de onderzoekers niet op die manier gedaan.

Tot slot moet erop gewezen worden dat de opbouw van de vragenlijsten sterk verschilde, net als de context waarin het onderzoek aan de leerlingen werd gepresenteerd.

De gemiddelde leeftijd was in beide datasets identiek, maar de verdeling naar leeftijd vertoonde statistisch significante verschillen, net als de verdeling naar sekse en afkomst. Al deze gegevens hangen nauw samen met seksueel gedrag. Daarom zijn de gegevens uit J&S 95 zodanig gewogen dat de verdeling naar deze achtergrondkenmerken gelijk werd aan die van Genesis. De gepresenteerde percentages over pil- en condoomgebruik zijn gebaseerd op die gewogen gegevens.

Om misverstanden te voorkomen zij uitdrukkelijk gesteld dat door de toegepaste selectie en weging de gepresenteerde percentages niet geïnterpreteerd mogen worden als indicaties van wat in beide onderzoeksgroepen gevonden werd. Het gaat om een

selectie van leerlingen uit beide onderzoeken, die ‘kunstmatig’ vergelijkbaar gemaakt zijn.

De percentages worden telkens gepresenteerd voor het totaal en naar sekse, leeftijdsgroep en herkomst. Bij dat laatste gegeven wordt een (te) simpele classificatie gehanteerd: Nederlands en West-Europees vs. niet-West-Europees. Gegeven de aantallen is een verdere nuancering niet goed mogelijk. Dat betekent wel dat die vergelijking met grote voorzichtigheid gelezen moet worden. Ook bij een niet statistisch significant toetsingsresultaat is het heel wel denkbaar dat bij specifieke subgroepen wel degelijk relevante verschillen aan de orde zijn. Bij eventueel te vinden statistisch significante verschillen kan de oorzaak liggen in gedragsveranderingen in dezelfde culturele groep, maar ook aan een andere samenstelling van de groep.

Verschillen tussen beide jaren zijn getoetst met logistische regressie. Toetsing op gewogen gegevens wordt afgeraden. Daarom zijn bij toetsing ongewogen gegevens gebruikt. Om te voorkomen dat verschillen die in feite toe te schrijven zijn aan de verschillen in verdeling naar sekse, leerjaar en herkomst, toegeschreven zouden worden aan het verschil in meetmoment, is in die logistische regressies niet alleen het meetmoment als factor meegenomen, maar ook sekse, leeftijd en herkomst. Bij toetsing is een significantieniveau van 0,05 gehanteerd.

De toetsingsresultaten bij de verschillende subgroepen moeten overigens met enige terughoudendheid geïnterpreteerd worden. De verschillende subgroepen variëren in omvang, en in groepen met een grotere omvang kan gemakkelijker statistische significantie bereikt worden dan in kleine groepen.

De mediane leeftijd voor ervaring met geslachtsgemeenschap en/of anale gemeenschap kon niet goed berekend worden door het geringe aantal oudere leerlingen. Daarom is niet de leeftijd berekend waarop de helft van de leerlingen ervaring heeft, maar de ‘tertiële’ leeftijd, dat wil zeggen die (geïntrapoleerde) leeftijd waarop 33,3% van de leerlingen ervaring heeft. Deze berekening is gebaseerd op de gewogen gegevens.

Tabel 3.4 Samenstelling groepen van in de vergelijking betrokken leerlingen (ongewogen gegevens)

| | J&S 1995 | Genesis |
|--------------------------|----------|---------|
| | % | % |
| Jongen | 56,6 | 47,4 |
| Meisje | 43,6 | 52,6 |
| 11-13 jaar | 29,5 | 21,8 |
| 14-15 jaar | 50,9 | 70,7 |
| 16-17 jaar | 19,7 | 7,5 |
| Nederlands/West-Europees | 82,2 | 75,0 |
| Niet-West-Europees | 17,8 | 25,0 |
| n= | 2629 | 1115 |

3.5.2 *Ervaring met geslachtsgemeenschap*

In Tabel 3.5 staan de percentages leerlingen die ervaring zeiden te hebben met geslachtsgemeenschap en/of anale gemeenschap, voor het totaal en naar sekse, leeftijdsgroep en herkomst.

Het verschil in de percentages leerlingen met ervaring is statistisch significant. De toename lijkt zich vooral voorgedaan te hebben bij jongens van West-Europese afkomst, jonger dan 16.

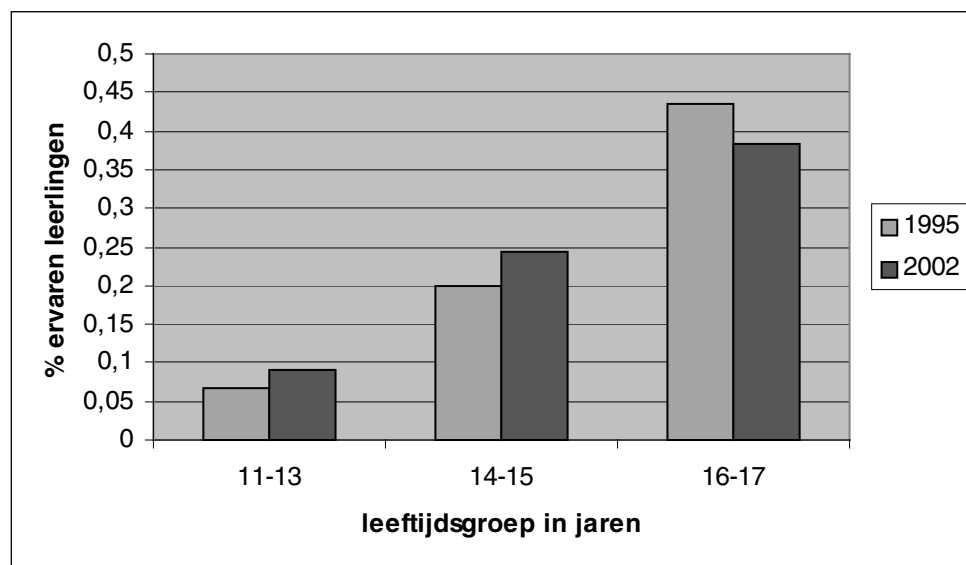
Figuur 3.1 geeft de verdeling naar leeftijdsgroepen. De tertiele leeftijd voor ervaring met geslachtsgemeenschap en/of anale gemeenschap was in 1995 voor deze leerlingen 16,0 jaar; bij deze selectie van Genesis-leerlingen is die 15,6. Dit suggereert een duidelijke daling van de tertiele leeftijd. Echter, de berekende tertiele leeftijden zijn gebaseerd op de gevonden percentages ervaren leerlingen van 15 en 16 jaar. Deze percentages dienen beschouwd te worden als puntschattingen, met een zeker betrouwbaarheidsinterval. De 95% betrouwbaarheidsintervallen in beide onderzoeken overlappen elkaar voor beide leeftijdsjaren (15 jaar: J&S tussen 21 en 28%, Genesis tussen 27 en 38%; 16 jaar: J&S tussen 37 en 48%, Genesis tussen 25 en 47%). De significante verschillen in de jongste leeftijdsgroepen suggereren niettemin een daling van de leeftijd waarop men met seks begint. Hoe groot die daling is, kan echter niet met voldoende zekerheid vastgesteld worden.

Tabel 3.5 Percentage leerlingen met ervaring met geslachtsgemeenschap en/of anale gemeenschap; percentages gebaseerd op gewogen gegevens; toetsingsresultaten op basis van ongewogen gegevens

| | J&S 1995 | | Genesis 2001 | | Significantie ¹ |
|--------------------|----------|------|--------------|------|----------------------------|
| | n | % | n | % | |
| Totaal | 476 | 18,1 | 239 | 22,2 | * |
| Jongens | 251 | 20,2 | 132 | 26,2 | ** |
| Meisjes | 224 | 16,2 | 107 | 18,7 | ns |
| 11-13 | 25 | 4,4 | 21 | 9,1 | ** |
| 14-15 | 377 | 20,3 | 187 | 24,5 | * |
| 16-17 | 74 | 37,4 | 31 | 38,3 | ns |
| West-Europees | 310 | 15,7 | 162 | 19,9 | ** |
| Niet-West-Europees | 166 | 25,2 | 77 | 29,5 | ns |

1: ns = niet statistisch significant; * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

Figuur 3.1 Percentage vmbo-leerlingen met ervaring met geslachtsgemeenschap en/of anale gemeenschap in Jeugd en Seks 1995 en Genesis 2001 (gewogen gegevens)



3.5.3 *Gebruik van de pil bij de eerste geslachtsgemeenschap*

Tabel 3.6 toont de gegevens over het pilgebruik bij de eerste geslachtsgemeenschap. De percentages in deze en de volgende tabellen zijn berekend op de totale aantallen leerlingen met ervaring met gemeenschap, zoals vermeld in tabel 4.2. In de selectie van Jeugd en Seks 95 werd een percentage van 21% gevonden; in Genesis 23%. Dat verschil is niet statistisch significant. Dat geldt ook voor de soms (schijnbaar) grote verschillen in de verschillende subcategorieën van vmbo-leerlingen. Alleen bij leerlingen van buiten West-Europa is het verschil wel statistisch significant. Het zou dan bijna gaan om meer dan een verdrievoudiging.

3.5.4 *Condoomgebruik bij de eerste geslachtsgemeenschap*

Tabel 3.7 presenteert de percentages vmbo-leerlingen in beide onderzoeken die zeggen bij de eerste geslachtsgemeenschap een condoom gebruikt te hebben. In J&S 95 zei 59% van de geselecteerde leerlingen de eerste keer een condoom gebruikt te hebben; in Genesis was dat 69%. Dit verschil is statistisch significant. Het verschil bij de jongens, ten gunste van Genesis, is statistisch significant, net als bij de 14-15-jarigen en bij de groep leerlingen van buiten West-Europa.

3.5.5 *Double Dutch bij de eerste geslachtsgemeenschap*

Tabel 3.8 geeft de percentages leerlingen die zeiden bij de eerste geslachtsgemeenschap zowel de pil als het condoom gebruikt te hebben. De percentages in beide onderzoeken zijn bijna identiek. Samenhangend met het hogere percentage pilgebruikers in de niet-West-Europese leerlingen, is in deze groep ook het percentage Double Dutch in Genesis statistisch significant hoger.

Tabel 3.6 Percentage ervaren leerlingen dat zegt de eerste keer de pil gebruikt te hebben; percentages gebaseerd op gewogen gegevens; toetsingsresultaten op basis van ongewogen gegevens

| | J&S 1995 | Genesis 2001 | Significantie ¹ |
|--------------------|----------|--------------|----------------------------|
| | % | % | |
| Totaal | 20,8 | 23,0 | ns |
| Jongens | 18,3 | 23,5 | ns |
| Meisjes | 24,0 | 22,4 | ns |
| 11-13 | 4,0 | 23,8 | ns |
| 14-15 | 21,2 | 22,5 | ns |
| 16-17 | 25,7 | 25,8 | ns |
| West Europees | 29,6 | 21,1 | ns |
| Niet-West-Europees | 6,0 | 22,1 | ** |
| n=± | 476 | 239 | |

1 ns = niet statistisch significant; * = p<.05; ** = p<.01; *** = p<.001

Tabel 3.7 Percentage ervaren leerlingen dat zegt de eerste keer een condoom gebruikt te hebben; percentages gebaseerd op gewogen gegevens; toetsingsresultaten op basis van ongewogen gegevens

| | J&S 1995 | Genesis 2001 | Significantie ¹ |
|--------------------|----------|--------------|----------------------------|
| | % | % | |
| Totaal | 58,6 | 69,0 | * |
| Jongens | 54,4 | 68,9 | * |
| Meisjes | 63,1 | 69,2 | ns |
| 11-13 | 44,0 | 57,1 | ns |
| 14-15 | 59,4 | 71,1 | * |
| 16-17 | 60,8 | 64,5 | ns |
| West-Europees | 67,4 | 70,4 | ns |
| Niet-West-Europees | 42,8 | 66,2 | ** |
| n=± | 476 | 239 | |

1 ns = niet statistisch significant; * = p<.05; ** = p<.01; *** = p<.001

Tabel 3.8 Percentage ervaren leerlingen dat zegt de eerste keer zowel de pil als een condoom gebruikt te hebben; percentages gebaseerd op gewogen gegevens; toetsingsresultaten op basis van ongewogen gegevens

| | J&S 1995 | Genesis 2001 | Significantie ¹ |
|--------------------|----------|--------------|----------------------------|
| | % | % | |
| Totaal | 18,3 | 18,8 | ns |
| Jongens | 15,9 | 21,2 | ns |
| Meisjes | 21,3 | 15,9 | ns |
| 11-13 | 4,0 | 14,3 | ns |
| 14-15 | 18,9 | 18,7 | ns |
| 16-17 | 20,3 | 22,6 | ns |
| West-Europees | 24,8 | 19,8 | ns |
| Niet-West-Europees | 6,0 | 16,9 | * |
| n=± | 476 | 239 | |

1 ns = niet statistisch significant; * = p<.05; ** = p<.01; *** = p<.001

3.6 Een signalering

In een van de gesprekken die wij voerden met iemand van een telefonische hulpdienst kwam het signaal naar voren dat er momenteel veel (meer?) jongeren zouden zijn die biseksuele contacten hebben. Ons zijn daarvan verder geen indicaties bekend, maar als het waar is, zou dat betekenen dat er links gelegd worden met seksuele netwerken.

3.7 Conclusies

Jongeren in de leeftijdsgroep van 15 tot en met 24 jaar nemen een belangrijk deel van de in Nederland geconstateerde soa voor hun rekening. Zij dienen daarom als een

primaire doelgroep in de soa-preventie beschouwd te worden. Dat geldt voor meisjes nog sterker dan voor jongens, gegeven de relatief hoge (geregistreerde) prevalentie bij meisjes van 15 tot en met 19 jaar.

Tegelijkertijd dient men zich af te vragen wat de oorzaak is van het grote verschil op dit punt tussen jongens en meisjes in de leeftijdsgroep tussen 15 en 19. In deze leeftijdsgroep hebben volgens Jeugd en Seks 95 (17) meer meisjes ervaring met geslachtsgemeenschap dan jongens en hebben zij ook oudere partners. Hoewel dit in recenter onderzoek (1) niet zonder meer werd teruggevonden, zou dit kunnen leiden tot een hogere prevalentie van soa. Tegelijkertijd kan niet worden uitgesloten dat meisjes zich sneller tot een arts wenden. Als zij de pil gebruiken hebben ze sowieso al vaker contact met een arts. De chlamydiacampagne heeft met name vrouwen aansprekende argumenten gehanteerd. Dat zou kunnen betekenen dat de verschillen tussen jongens en meisjes voor een deel ook veroorzaakt worden door het feit dat soa bij jongens minder vaak gedetecteerd worden. Als men ervan uitgaat dat de meeste contacten heteroseksueel van aard zijn én dat het meestal gaat om contacten waarbij niet meer dan twee personen direct betrokken zijn, dan betekenen hoge prevalentiecijfers bij meisjes dat er ook behoorlijk wat besmette mannen rondlopen. Jongens moeten daarom in preventiecampagnes evenzeer aangesproken worden als meisjes. Een reductie van het aantal besmettingen bij meisjes is noodzakelijkerwijs tijdelijk, indien niet ook het aantal besmette mannen wordt teruggebracht.

De stijging in het aantal geregistreerde soa kan niet zonder meer beschouwd worden als een bewijs van een stijging van de prevalentie. Het RIVM gaat ervan uit dat er niettemin sprake is van een feitelijke stijging in de populatie. Los van de vraag of er sprake is van een feitelijke stijging, laten de cijfers hoe dan ook zien dat de situatie ernstig is, ernstiger ook dan een paar jaar geleden werd aangenomen.

Over veranderingen in determinanten van gedrag en van gedragsveranderingen kan vooralsnog weinig met stelligheid geconcludeerd worden. Wel willen de onderzoekers met nadruk pleiten voor longitudinaal onderzoek en voor hernieuwde aandacht voor de rol van ouders voor de seksuele ontwikkeling van hun kinderen.

In de inleiding werden reeds een aantal voorbehouden gemaakt ten aanzien van de vergelijkbaarheid van de gegevens: de afwijkende operationalisatie en de andere behandeling van ontbrekende en/of onduidelijke gegevens. Mogelijk nog belangrijker is de vraag in hoeverre de gegevens uit 2000 beschouwd kunnen worden als afkomstig uit een representatieve steekproef van scholen en leerlingen. Anders dan J&S 95 was Genesis eerst en vooral een voormeting ten behoeve van een evaluatieonderzoek van een uit te voeren interventie. Dat leidt tot de veronderstelling dat de betreffende scholen seksualiteit een belangrijk onderwerp vinden, belangrijker waarschijnlijk dan de gemiddelde Nederlandse school. Of dat bij de Genesis-scholen ook gepaard is gegaan met feitelijke seksuele voorlichting voordat zij aan het project gingen participeren is niet duidelijk. Er is echter inmiddels voldoende onderzoek geweest dat aangeeft dat seksuele voorlichting op scholen in ieder geval niet leidt tot een hogere seksuele activiteit bij leerlingen. Effecten op gedragsdeterminanten zijn in eerste instantie waarschijnlijk ook groter dan effecten op condoom- en pilgebruik. Effecten op gedragsdeterminanten zijn in deze analyse niet meegenomen. Vooralsnog gaan we er daarom van uit dat de gemaakte vergelijking enig zicht geeft op mogelijke veranderingen sinds 1995.

Het percentage leerlingen dat ervaring heeft met geslachtsgemeenschap zou dan toegenomen zijn. Die toename heeft zich vooral voorgedaan bij jongens, bij leerlingen van West-Europese afkomst en bij de leerlingen jonger dan 16. De leeftijd waarop één derde van de leerlingen ervaring met geslachtsgemeenschap heeft, lijkt gedaald.

Het condoomgebruik bij de eerste geslachtsgemeenschap lijkt gestegen te zijn. Die stijging zien we het sterkst bij jongens, bij 14- en 15-jarigen en bij de leerlingen van

niet-West-Europese afkomst. Bij het gebruik van de pil bij de eerste geslachts-gemeenschap zien we alleen bij de leerlingen van niet-West-Europese afkomst een stijging. Uitdrukkelijk zij erop gewezen dat deze gegevens niet wijzen op een algemene daling van pilgebruik bij deze groep. Dit ondanks het feit dat de Stichting Farmaceutische Kengetallen recentelijk een daling van het pilgebruik in Nederland meldde. Het ging daarbij om een daling sinds begin 2002. In 2001 meldde dezelfde stichting nog dat de leeftijd waarop tieners de pil gingen gebruiken daalde; in de leeftijdscategorie tot 20 jaar zou het pilgebruik ten opzichte van het jaar 2000 met 5% zijn gestegen.

Double Dutch is in de groep in zijn geheel zeker niet populairder geworden. Alleen bij de leerlingen van niet-West-Europese afkomst is sprake van een hoger percentage.

De gemaakte vergelijking suggereert dat de proportie die de eerste keer onveilig vrijt zeker niet is afgenomen. Echter, het aantal leerlingen dat geslachts-gemeenschap heeft lijkt toegenomen. Dat betekent dat het absolute aantal dat onveilig vrijt ook kan zijn toegenomen.

De stijging van het aantal zwangerschappen bij tieners en de waarschijnlijke stijging van het aantal soa bij die groep lijken daarom strijdig met a) de conclusie uit de vergelijking van Jeugd en Seks 95 en Genesis 2000 en b) het tot in 2001 stijgend pilgebruik bij deze groep, maar zijn dat in werkelijkheid niet. Daarbij speelt ook het volgende mee: tussen 1990 en 1995 bleek er sprake van een opzienbarende stijging van het aantal partners met wie men seks heeft. Dat betekent dat de kans op besmetting groter wordt, ondanks een ten minste even grote mate van veilig vrijen bij de eerste geslachts-gemeenschap. Het is immers bekend dat wanneer seks een vaster onderdeel van de leefstijl wordt, condooms uit het zicht verdwijnen.

Het percentage leerlingen dat zegt ervaring met geslachts-gemeenschap te hebben, is sterker gestegen dan het aantal leerlingen dat zegt de pil gebruikt te hebben. Dat kan een deel van de verklaring van het aantal tienerzwangerschappen zijn. Daarnaast kunnen ook andere factoren een rol spelen. Zo zou de periode tussen eerste geslachts-gemeenschap en pilgebruik langer geworden kunnen zijn. Verder suggereren de beschrijvingen van de verschillende preventieprojecten weinig specifieke aandacht voor anticonceptie en verantwoord pilgebruik, factoren die als verklaringen voor het stijgende aantal zwangerschappen en abortussen worden gesuggereerd.

In zijn algemeenheid dient tot slot gezegd te worden dat het materiaal op basis waarvan duidelijke uitspraken over ontwikkelingen van seksueel gedrag en onderliggende factoren gedaan kunnen worden, zeer beperkt is. Seksualiteit is een belangrijk aspect van het leven in deze leeftijdsgroep, met potentieel grote consequenties op het vlak van welzijn, gezondheid, zorg en (niet onwaarschijnlijk) ook met niet onaanzienlijke financiële consequenties. Een goede monitoring van de ontwikkelingen op dit terrein is daarom noodzakelijk. Mogelijk kan dat in het kader van een algemeen monitor-onderzoek. Echter, onderzoek naar seksueel gedrag stelt specifieke methodologische en kwantitatieve eisen, zoals evidente vertrouwelijke behandeling van verstrekte gegevens en grote aantallen respondenten. Wil het onderzoek relevante gegevens voor GVO opleveren, dan blijken ook omvangrijke vragenlijsten noodzakelijk te zijn. Het is heel wel mogelijk dat aan dergelijke eisen in een standaardmonitor niet voldaan kan worden. Het opzetten van een seksuologische monitor dient derhalve overwogen te worden. Daarin zouden verschillende instituten moeten samenwerken. Alleen dan kan de periodieke beschikbaarheid van goede en vergelijkbare gegevens over dit belangrijke onderwerp gerealiseerd worden.

4 Jonge mannen die seks hebben met mannen

4.1 Inleiding

In deze paragraaf wordt voor mannen die seks hebben met mannen de afkorting MSM gehanteerd. Daarbij gaat het om mannen die zich zelf uitdrukkelijk homo of bi noemen, maar ook om mannen die dat niet doen. In deze paragraaf wordt geen strakke leeftijdsgrens gehanteerd om jonge mannen af te scheiden van oudere mannen. In veel publicaties worden grenzen gehanteerd van 30 en ouder of 35 en ouder. Bij die wisselende definities sluiten we ons (noodgedwongen) aan.

Er zijn relatief weinig harde gegevens om gedrag en gedragsdeterminanten van MSM van nu te vergelijken met die van 5 of 10 jaar geleden. Niettemin zijn er wel degelijk verschillende publicaties die aantonen dat er verontrustende ontwikkelingen gaande zijn.

De onderzoekers zijn in het kader van de verkenning niet in staat geweest een beeld te schetsen van de stand van zaken in preventie en hulpverlening aan jonge MSM.

4.2 Gehanteerde bronnen

1. Coutinho RA. [The advances of hiv in the Netherlands: indications but still no definite answers] NTVG 2002, 23;146(12):567-70
2. Dukers NH, Goudsmit J, de Wit JB, Prins M, Weverling GJ, Coutinho RA., Sexual risk behaviour relates to the virological and immunological improvements during highly active antiretroviral therapy in hiv-1 infection. *Commun Dis Public Health* 1999;2(1):43-46
3. Davidovich U, Wit, JBF, Stroebe W, Assessing sexual risk behaviour of young gay men in primary relationships: the incorporation of negotiated safety and negotiated safety compliance. *aids* 2000 14:701 – 706
4. Davidovich U, Wit, JB de, Albrecht N, Geskus R, Stroebe W, Coutinho R, Increase in the share of steady partners as a source of hiv infection: 1 17 year study of seroconversion among gay men, *aids* 2000 6;15 (10): 1308-8
5. Dukers NHTM, Spaargaren J, Dukers NHTM, Spaargaren J, Geskus RB, Beijnen J, Coutinho RA en Fennema JSA. hiv incidence on the increase among homosexual men attending an Amsterdam sexually transmitted disease clinic: using a novel approach for detecting recent infections. *aids* 2002;16 (10): 19-24
6. Fennema JS, Cairo I, Coutinho RA. Substantial increase in gonorrhea and syphilis among clients of Amsterdam Sexually Transmitted Diseases Clinic. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000 Mar 25;144(13):602-3
7. Fennema JS, Cairo I, Spaargaren J, Dukers NH, Coutinho RA. Syphilis epidemic and an increase of the number of hiv infections among homosexual men attending the Amsterdam venereal disease clinic. *Ned Tijdschr Geneesk* 2002 Mar 30;146(13):633-5
8. Griensven GJ van, Bergh HS van den, Jansen M, Wit JB de, Keet IP. Hiv infection and risky sexual behavior in a new cohort of young homosexual men in Amsterdam, 1995-1996, *Ned Tijdschr Geneesk* 1997; 41(47):2293-6
9. Hogeweg JA, Hospers HJ. Monitoronderzoek 2000, Maastricht: Capaciteitsgroep Experimentele Psychologie, 2000
10. Hospers HJ, Hogeweg JA, Harterink P. E-dating onderzoek 2002, Samenvatting eerste resultaten, webpublicatie 2002

11. Elford J, Bolding G, Sherr L. High-risk sexual behaviour increases among London gay men between 1998 and 2001: what is the role of hiv optimism? *aids* 2002;16:1537-1544
12. Elford J, Bolding G, Sherr L. Seeking sex on the Internet and sexual risk behaviour among gay men using London gyms. *aids* 2001;15:1409-1415
13. Laar MJW van de, Haks, K, Coenen AJJ. Registratie van soa en hiv consulten bij GG-en en SOA-poliklinieken, jaarverslag 2001. Bilthoven: RIVM, 2002. RIVM rapport 441500014/2002
14. SOA Polikliniek GG&GD Amsterdam. Jaarverslagen 1997 – 2001
15. Stolte IHG, Dukers NHTM, Wit JBD de, Fennema JSA, Coutinho RA. Increase in sexually transmitted infections among homosexual men in Amsterdam in relation to HAART. *Sexs Transm Inf* 2001; 77:184-186
16. Wit JB de, Griensven GJ van de. Time from safer to unsafe sexual behaviour among homosexual men, *aids* 1994; 8(1): 123-6

4.3 Seksueel overdraagbare aandoeningen

Diverse publicaties tonen aan dat de toename van soa bij MSM, ongeacht leeftijd, sterker is dan in de heteroseksuele bevolkingsgroep (1, 5, 6, 7, 13, 14). De meeste aanwijzingen daarvoor komen uit Amsterdam, maar het gaat waarschijnlijk om een landelijke ontwikkeling (1, 14). Bij syfilis zou het vooral gaan om oudere MSM (>35 jaar), bij gonorroe daarentegen vooral om jonge MSM. De stijging van anale gonorroe is sterker dan die van gonorroe in het algemeen. Dat geldt ook voor infectieuze syfilis in vergelijking met syfilis in het algemeen. Ook de toename van syfilis in Amsterdam komt vooral voor rekening van MSM. Dukers meldt dat de incidentie van hiv in een cohort MSM aan het stijgen is (5).

Landelijke gegevens konden tot dusver niet worden verkregen.

Het RIVM (mondelijke mededeling) signaleert bovendien op dit moment het ontstaan van een paar plaatselijke 'epidemieën' van soa onder MSM in o.a. Rotterdam, Den Haag en Groningen.

Veranderingen in anale gonorroe houden rechtstreeks verband met het gebruik van condooms bij anale seks. Een toename in anale gonorroe wijst derhalve op een toename van het aantal keren dat men zonder condooms (passief) anale seks bedrijft.

Een crosssectioneel onderzoek in Londen (9) suggereert dat een en ander geen verband zou houden met optimisme over aids. Nederlands cohortonderzoek toont echter aan dat sinds HAART (highly active antiretroviral therapy) beschikbaar kwam, het aantal infecties met soa toenam, evenals vormen van riskant gedrag (2, 15). Een van onze informanten wijst ook op methodologische tekortkomingen in het Londense onderzoek en stelt dat Nederlandse gegevens wel degelijk een causaal verband aantonen.

4.4 Risicogedrag

Een onderzoek in 1996 liet zien dat risicogedrag beslist geen uitzondering is. Van alle respondenten (bezoekers van het Amsterdamse uitgaanscircuit, gemiddelde leeftijd 25 jaar) had 38% in de afgelopen 6 maanden onveilige seks gehad (8). Mogelijk zou dat percentage elders in Nederland wat lager liggen. Het aantal ruigere gelegenheden is in Amsterdam immers groter dan elders. Dat is echter geen reden om te veronderstellen dat die cijfers alleen voor MSM in Amsterdam gelden. Immers, het Amsterdamse uitgaanscircuit wordt door veel MSM uit andere delen van Nederland al dan niet regelmatig bezocht.

Bezoekers van het uitgaanscircuit zijn natuurlijk geen aselechte steekproef uit de populatie van MSM, maar de uitgaanswereld is voor veel mannen de belangrijkste plek waar zij partners vinden (9, 10).

Het Monitoronderzoek 2000 vond vooral plaats onder bezoekers van banen en homogelegenheden, verspreid over Nederland en in regio's met een uitgebreide, middelmatige en een beperkte homo-infrastructuur. De bevindingen laten zien dat 7% de laatste 6 maanden geen seks met partners had gehad; 38% had uitsluitend seks met losse partners, 19% uitsluitend met een vaste partner en 35% met losse en met een vaste partner. Bij jonge MSM (jonger dan 31) waren die percentages respectievelijk 11%, 30%, 23% en 36%. Bij jongeren ligt het percentage dat (ook) seks had met een losse partner dus wat lager.

Meer dan de helft van de mannen gaf aan dat zij het afgelopen halve jaar een vaste partner hadden (jonge MSM: 59%). Van de mannen met een vaste partner had 65% anale seks gehad in het laatste halve jaar. Van hen had 74% niet altijd een condoom gebruikt. In het begin van de relatie gebeurde dat vaak wel, maar na verloop van tijd was men daarmee gestopt. Bijna drie kwart van de respondenten had in de afgelopen 6 maanden (ook) seks gehad met een of meer losse partners. Onder jonge MSM (jonger dan 31) was dat iets minder: 66%. Het gemiddeld aantal losse partners bedroeg 14,6, (mediaan 6). Bijna de helft van de betrokken respondenten gaf aan ook anale seks te hebben gehad, waarvan één derde niet altijd een condoom had gebruikt. Bij homoseksuele jongeren was dat vrijwel gelijk aan wat bij homoseksuele ouderen werd gevonden; bij biseksuele jongeren beduidend meer dan bij biseksuele ouderen (40% vs. 18%).

Bij alle genoemde onderzoeken zou de meerderheid toch geen risicogedrag vertonen. De periode waarover dat wordt uitgevraagd is echter vaak beperkt. Een wat ouder onderzoek (16) in een longitudinaal cohort liet echter zien dat na 88 maanden bijna 9 van de 10 onderzochte MSM die aanvankelijk waren ingedeeld in de groep 'veilig' toch onveilige seks hadden bedreven. Een jonge leeftijd was in dat onderzoek een van de factoren die met een kortere relapse-periode was geassocieerd.

Onbeschermde anale seks in een vaste relatie, met goede afspraken over veilige seks bij mogelijke losse contacten, wordt vaak als veilig gezien. Echter, die afspraken blijken nogal eens niet echt nageleefd te worden (19). Bij jonge MSM is de vaste relatie als bron van hiv-besmetting dan ook belangrijker aan het worden (4).

Het internet is een relatief nieuwe manier om sekspartners te vinden. Weliswaar waren er een jaar of tien geleden ook al een paar mogelijkheden om via de pc contacten te leggen (zoals Videotext), maar men mag veronderstellen dat het gebruik daarvan nooit zo wijdverbreid was als dat van internet nu, via homosekssites en chatkanalen. Van de jonge MSM die meededen aan het Monitoronderzoek 2000 zei 13% dat zij (ook) sekspartners vonden via het internet. Dat lijkt beperkt, maar het is aannemelijk dat het in werkelijkheid landelijk om zeer grote aantallen gaat. Het E-dating project (10) verzamelde gegevens door een vragenlijst op een enkele internetchatsite te zetten. In 26 dagen werden daar ruim 5.000 ingevulde vragenlijsten ontvangen. 24% van de deelnemers chatte dagelijks; bijna 40% twee of drie keer per week. Nadrukkelijk zij erop gewezen dat er naast de desbetreffende site veel andere mogelijkheden zijn tot chatten, zowel op normale sites als via IRC-servers. Het gaat hier om internationale kanalen, maar ook om kanalen die specifiek op Nederlandse MSM gericht zijn, zoals gay.nl, gaydate.nl, gayfuck.nl en gaysm.nl.

Ongeveer de helft van de respondenten van het E-dating onderzoek bestond uit mannen jonger dan 31. Van alle respondenten zou 88% wel eens een echte ontmoeting hebben gehad met iemand die men al chattend had ontmoet. Gemiddeld zouden deze mannen vijf à zes ontmoetingen hebben gehad. Bijna 90% van de mensen bij wie het tot een

ontmoeting met een chatpartner was gekomen, had daarbij ook seks gehad. Bij één derde zou dat gaan om een ontmoeting in de eigen regio, maar bij een bijna even grote groep heeft men er een reis van 20 kilometer of meer voor over.

Van het desbetreffende project is tot dusver alleen een zeer voorlopige samenvatting beschikbaar (10). Wat betreft veilige seks wordt alleen gerapporteerd dat de gegevens er op lijken te wijzen dat zij niet sterk afwijken van die van de 'normale homoscene'. Daarmee worden waarschijnlijk de gegevens van de Monitor 2000 bedoeld. Toch zetten de gepresenteerde gegevens aan tot denken: het lijkt niet onwaarschijnlijk dat internet de mogelijkheden tot het leggen van contacten vergemakkelijkt. Die contacten leiden ook tot daadwerkelijke seks. Dat zou kunnen betekenen dat méér MSM méér seksuele contacten met méér partners krijgen. Zelfs wanneer van het totaal aantal contacten een even grote proportie veilig zou blijven, zou dat betekenen dat er een ontwikkeling gaande is naar een groter aantal onveilige seksuele contacten.

Jongeren maken meer gebruik van internet dan ouderen. Homoseksueel georiënteerde jongeren moeten vaak ettelijke drempels over voordat zij naar homogelegenheden durven en willen gaan. Internet zou daarom met name voor hen een aantrekkelijke mogelijkheid kunnen zijn om homoseksuele contacten te leggen, aanvankelijk virtueel maar later waarschijnlijk voor een deel ook daadwerkelijk. Als die veronderstelling juist is, zou er sprake kunnen zijn van een daling van de leeftijd waarop men homoseksuele contacten krijgt.

De gegevens zetten om nog een reden aan tot nadenken. Contacten op internet zijn niet beperkt in afstand. Wanneer het tot daadwerkelijke contacten komt, blijkt voor een aanzienlijke groep afstand ook geen bezwaar te vormen. MSM gaan sowieso al relatief vaak uit buiten de eigen regio (9); via internet zou het aantal seksuele contacten buiten de regio extra kunnen toenemen. Dat zou dan kunnen leiden tot een nog hechtere verbinding tussen homoseksuele netwerken en dus tot een snellere verspreiding van soa over Nederland. Plaatselijke epidemieën zouden dan niet lang plaatselijk blijven.

Een van onze informanten wees er terecht op dat internet ook andere effecten zou kunnen hebben. Een toenemend aantal contacten via e-dating zou gepaard kunnen gaan met een afnemend aantal contacten in darkrooms en op banen, en dan zou het aantal contacten niet hoeven te stijgen. Echter ook in dat geval is er reden tot enige zorg. Wanneer het via e-dating tot seks komt, vindt dat meestal thuis plaats en thuis blijken meer risico's te worden genomen dan in openbare of semi-openbare gelegenheden.

Verder is het waarschijnlijk dat bij contacten via e-dating meer 'partner-matching' plaats vindt dan bij contacten op banen en darkrooms. Met andere woorden: waarschijnlijk vindt meer afstemming plaats in bijvoorbeeld seksuele voorkeuren en mogelijk ook op hiv-status. Barebacking (anale seks zonder condoom) is in een aantal chatrooms op internet bijvoorbeeld een uitdrukkelijk en hot topic, en waarschijnlijk komen daar voornamelijk mannen op af die zich daartoe aangetrokken voelen. Voor zover dat het geval is zou het tot gevolg hebben dat er geen aaneenknoping van seksuele netwerken plaatsvindt, maar juist een verder segregatie. Soa zouden zich dan juist niet sneller algemeen verspreiden, maar in bepaalde netwerken tot explosieve groei kunnen komen.

4.5 Conclusies

De geregistreerde incidentie van soa onder MSM neemt toe. Deels specifiek onder jonge MSM, deels meer onder oudere MSM. Voor zover men ervan uit mag gaan dat seksuele contacten tussen oudere en jongere MSM voorkomen, vormt ook een toenemende prevalentie van soa onder oudere MSM een bedreiging voor jongere MSM.

Het RIVM veronderstelt dat een deel van de geregistreerde toename in soa in zijn algemeenheid verklaard kan worden door een verbeterde registratie. Zeker bij MSM komt daar mogelijk nog een tweede factor bij: een (door de onderzoekers verondersteld) groeiend besef dat vroeg testen op een mogelijke hiv-besmetting en de daar eventueel op volgende behandeling de kansen op een langer voortdurende gezondheid sterk vergroot. Dat zou mogelijkerwijze een deel van de sterke groei van het aantal soa-consulten en soa-diagnoses kunnen verklaren. Gegevens om deze veronderstelling te beargumenteren of te ontkrachten zijn de onderzoekers echter niet tegengekomen. De door Dukers gesignaleerde stijging van het aantal hiv+gevallen in het Homocohort kan echter niet aan dergelijke versturende factoren worden toegeschreven.

Zelfs wanneer dergelijke versturende factoren een belangrijke rol zouden spelen in de stijging van het aantal geregistreerde soa, is het toenemend aantal geregistreerde soa-cases verontrustend. De veronderstelling zou immers betekenen dat de gevallen er vroeger weliswaar ook waren, maar niet gezien werden.

Er zijn geen harde gegevens gevonden op basis waarvan het condoomgebruik nu vergeleken kan worden met het condoomgebruik van 5 of 10 jaar geleden. Echter, de sterke stijging van het aantal anale soa kan beschouwd worden als een bewijs dat condoomgebruik afneemt of dat condoomgebruik in riskante situaties afneemt.

De onderzoekers hechten eraan om erop te wijzen dat vrijwel alle mensen die de homoscene enigszins kennen, professioneel of persoonlijk, en bij wie zij informeerden over condoomgebruik, ervan overtuigd waren dat het vrijen zonder condoom toenam. "Het is alsof er nooit aids geweest is", aldus een van hen.

Condooms worden relatief vaak, maar lang niet altijd, gebruikt bij anaal contact met losse contacten. Binnen relaties lijkt men er meer op te vertrouwen dat condooms niet nodig zijn. Dat vertrouwen is, zo blijkt, lang niet altijd terecht.

Het internet lijkt voor MSM een belangrijke dating-plaats. De effecten daarvan kunnen niet goed overzien worden. Niet uit te sluiten is dat het aantal seksuele contacten onder invloed van de mogelijkheden die internet biedt, toegenomen is en in de toekomst nog verder zal stijgen. Zelfs wanneer de proportie veilige contacten gelijk blijft, zou dit leiden tot een groter absoluut aantal niet-veilige contacten. Die ontwikkeling zou zich met name voor kunnen doen onder homoseksueel georiënteerde jongeren en kunnen leiden tot een daling van de leeftijd waarop men met homoseksuele contacten begint.

Onder invloed van internet zou tevens een verdichting en aaneenknoping van homoseksuele netwerken kunnen ontstaan. De kans op een snelle verspreiding over Nederland neemt dan sterk toe. Als de veronderstelling dat internet vooral voor jongere homoseksuelen aantrekkelijk is, juist is, zou dat ook betekenen dat jongere MSM meer in bestaande netwerken betrokken zullen raken en dat zij (nog) vaker risico's op besmetting lopen.

Internet kan ook andere effecten hebben op het seksueel gedrag en op de verspreiding van soa onder MSM. Als het waar is dat er bij seksuele contacten meer partner-matching plaatsvindt, zou het niet hoeven te leiden tot een algemene stijging van soa, maar juist van een sterke groei binnen specifieke netwerken. Verder zou e-dating gepaard kunnen gaan met een vermindering van contacten in darkrooms en banen. Echter, omdat e-dating contacten vaker thuis plaats vinden, is het waarschijnlijk dat ook dan de risico's toenemen.

Geen van de gepresenteerde onderzoeken kan representativiteit claimen. Bij onderzoek onder MSM is dat de facto eigenlijk nooit mogelijk, omdat de populatie in de praktijk niet afgebakend kan worden. De benadering van MSM is alleen mogelijk door mannen aan te spreken die zich, daadwerkelijk of virtueel, als zodanig manifesteren. Homoseksueel georiënteerde mannen die thuis achter de gordijnen blijven, zullen vrijwel nooit in onderzoek betrokken kunnen worden. De gepresenteerde cijfers over

seksuele contacten, condoomgebruik en dergelijke kunnen daarom niet geïnterpreteerd worden als schattingen van wat zich in de populatie afspeelt. Diverse onderzoeken (met name 9 en 10) laten echter zien dat grote aantallen MSM riskant seksueel gedrag vertonen.

Echter, los van de vraag naar effecten van het internet, los ook van de vraag of risicogedrag toeneemt of niet, één ding staat vast: de risico's op besmetting zijn groter geworden, alleen al door het feit dat er sprake is van een toename in het aantal soa bij MSM.

Gezien het feit dat de problemen bij jonge MSM pregnant aanwezig zijn, is het te betreuren dat de onderzoekers de stand van zaken in hulpverlening en preventie aan jonge MSM niet hebben kunnen schetsen. Er zijn allerlei signalen dat het in ieder geval op een aantal fronten, zoals voorlichting op scholen, allesbehalve goed gaat. Nadere aandacht is hier zeker op zijn plaats.

5 Asielzoekers

5.1 Bronnen

1. Jak LG. Soa bij Asielzoekers. Inhoudelijk verslag van de Management & Beleidsstage in het kader van de Opleiding Sociale Geneeskunde, tak Algemene Gezondheidszorg. Utrecht: NSPH, 2001
2. Bakker D de, Weide M, Delnoij D. Huisartsenzorg aan asielzoekers, naar een monitoringsysteem. Utrecht, NIVEL, 2002
3. Azghoughi M, Azoughar D, Rezvanmehr S. Oriënterend onderzoek naar de problematiek rondom soa/hiv-bestrijding bij Asielzoekers en AMA's in de provincie Groningen. GGD Sectie SOA/aids, 2001
4. Poot A. Alleenstaande Minderjarige asielzoekers en zwangerschap. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, Scriptie Opleiding Jeugdgezondheidszorg, 2001
5. Vries LE de, Bakker RH, Burgerhof JGM. Abortus provocatus onder asielzoekers. TSG 1999;77 (6): 341-7
6. Vries, LE de. 'Dokter ik heb zo'n buikpijn': asielzoekers en abortus. Phaxx 2, 2000
7. Kavelaars MAT. Haalbaarheidsstudie naar seksuele voorlichting en vorming in internationale schakelklassen, 2002

Over de preventie en hulpverlening aan jonge asielzoekers op het gebied van seksualiteit is relatief weinig bekend. Er zijn weinig bronnen waaruit geput kan worden. Jak (2001) heeft een uitgebreide inventarisatie gedaan naar wat bekend is op het gebied van soa bij asielzoekers. Onderstaande beschrijving van de stand van zaken is met name op dit rapport gebaseerd.

5.2 Incidentie/ prevalentie soa en hiv/aids

Jak (2001) concludeert in haar rapport dat er op dit moment geen gegevens beschikbaar zijn over soa bij asielzoekers: dat betreft zowel gegevens over prevalentie als over seksueel en ander risicogedrag.

5.2.1 Registratie

Binnen de gangbare reguliere soa-surveillancesystemen (zoals soa-poliklinieken, GGD'en en ISIS (lab)) worden de gegevens van de asielzoekers, als daar al naar verwezen wordt, opgenomen in het geheel en zijn dan niet meer terug te vinden (Jak, 2001). Bij de Provinciale Ent Administraties zouden de screeningsuitslagen van de groep zwangere asielzoeksters te traceren zijn op basis van adresgegevens, maar het systeem is daar niet op afgestemd. De betreffende registratie was in 2000 ook nog relatief nieuw en op dat moment nog geenszins compleet (Vogels, 2001). Bij sommige Streeklaboratoria zouden de uitslagen op naam van de aanvrager uit het systeem gehaald kunnen worden. Dit heeft alleen zin voor de centra waar de hulpverlener (huisarts/eventueel verloskundige) de zorg verleent vanuit het centrum en niet extern, en de hulpverlener ook daadwerkelijk de centrumcode gebruikt op het laboratorium-formulier en niet de eigen code. Voor deze laatste systemen geldt dat alleen de uitslagen, geslacht en geboortedatum gekoppeld zijn aan de gegevens. Het specifieke

nummer van de Ziekte Regeling Asielzoekers (ZRA) biedt geen ingang voor gegevensverzameling (Jak, 2001).

Tot 1999 werden de infectieziekten (inclusief soa) door de centra bij de COA gemeld. Hiervoor bestond een registratieformulier infectieziekten. Niet alle centra rapporteerden, en bij de centra die wel registreerden was er een grote onderrapportage. Momenteel zijn deze meldingen gestopt (Jak, 2001).

Tabel 5.1 Overzicht van de aantal gemelde soa bij de COA, gesommeerd over de jaren 1996, 1997, 1998 en 1999, naar regio van herkomst. (Bron: COA in Jak, 2001)

| Soa | Afrika | Azië | Midden-Oosten | Oost-Europa | Totaal |
|----------------------|--------|------|---------------|-------------|--------|
| Aids | 21 | | | | 21 |
| Hiv | 32 | | 1 | | 33 |
| Hepatitis B (sympt.) | 28 | 14 | 17 | 10 | 69 |
| Hepatitis B (serol.) | 5 | | 4 | 2 | 11 |
| Syphilis prim./sec. | 13 | 1 | 3 | 18 | 35 |
| Syphilis congenita | 1 | | 1 | | 2 |
| Gonorrhoe | 11 | 1 | 9 | | 21 |
| Chlamydiasis | 12 | 3 | 11 | 3 | 29 |
| Gardnerella | | | | 1 | 1 |
| Condyloma Acuminata | 2 | | | | 2 |
| Herpes genitalis | 1 | | | | 1 |
| Totaal | | | | | 279 |

Binnen de MOA wordt geregistreerd in een papieren dossier volgens de POR-methode. POR staat voor Probleem geOriënteerd Registreren. Dit systeem is momenteel ongeschikt voor onderzoek naar soa of zwangerschappen, gezien de onbetrouwbaarheid van de ingevulde gegevens en het feit dat de MOA geen onderzoekstool heeft op het computersysteem waarin de medische kaart wordt ingevoerd. Bovendien wordt deze kaart pas ingevoerd als de asielzoeker het centrum verlaat (Jak 2001).

5.2.2 Onderzoek

Uit een onderzoek van het NIVEL naar de huisartsenzorg aan asielzoekers blijkt dat in de top 20 van de meest voorkomende diagnoses bij asielzoekers op het huisartsensprek uur, 'candidiasis urogenitale' op de zevende plaats staat. Van de contactredenen staat 'pijnlijke mictie' op plaats 9, 'vaginale afscheiding' op plaats 13 en 'andere symptomen en klachten vagina' op plaats 18. Uit een contactregistratie van de huisartsen gedurende drie weken bleek dat van de asielzoekerspopulatie die bij de huisarts komt 17,5% tussen de 15 en 24 jaar is (de Bakker e.a. 2000). Er werden in drie weken bij tien centra 847 bezoeken geregistreerd, waarvan 148 door jongeren tussen de 15 en 24 jaar. De gegevens bieden niet de mogelijkheid om veranderingen in de tijd weer te geven.

Uit een onderzoek gedaan door de GGD Groningen in 2000 naar de knelpunten in de soa- bestrijding bij asielzoekers en alleenstaande minderjarige asielzoekers (AMA's) in de provincie Groningen, komt naar voren dat daar een toename is van het aantal asielzoekers met hiv (Azghoughi e.a. 2001). Uit achtergrondgegevens over nieuwe hiv-besmettingen op basis van de gegevens van de aidspoliklinieken van het Academisch Ziekenhuis Groningen en het Medisch Centrum Leeuwarden blijkt dat 30% van de nieuwe hiv-besmettingen in 2000 is gevonden bij (zwangere) asielzoekers en dat dit percentage in 2001 is opgelopen tot 60%. Verder zijn in Nederland enkele cijfers

bekend uit kleinschalige onderzoeken, gedaan in het kader van een scriptie, of uit zorg of interesse. Deze zijn verder niet in dit overzicht betrokken.

5.3 Abortussen en tienerzwangerschappen

5.3.1 Registratie

Met betrekking tot de algemene registratie van abortussen en tienerzwangerschappen wordt verwezen naar hoofdstuk 2. Over de specifieke registratie van abortussen en tienerzwangerschappen bij asielzoekers kan aangesloten worden bij wat bekend is over de registratie van soa bij asielzoekers (zie boven).

5.3.2 Onderzoek

In twee publicaties wordt ingegaan op abortussen en tienerzwangerschappen onder asielzoekers. De Vries (1999) heeft bij de centrale databank van het Centraal orgaan Opvang Asielzoekers (COA) meer dan zeventuizend medische dossiers onderzocht. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat onder asielzoeksters het abortuscijfer 60 op duizend per jaar was, terwijl dat voor alle Nederlandse vrouwen 6 op duizend per jaar was. Van de 7.450 vrouwen hadden er 336 een abortus provocatus ondergaan. Van de 336 vrouwen die een abortus hebben ondergaan was 43 procent zwanger bij aankomst in een opvangcentrum (OC), de overige 191 zijn gedurende het verblijf in de opvang voor asielzoekers in Nederland zwanger geraakt. De gemiddelde leeftijd van de vrouwen die abortus hebben ondergaan is 26,1 jaar; 46% behoorde tot de leeftijdsgroep 20 tot 30 jaar.

Opmerkelijk is dat veel ongewenste zwangerschappen samenvallen met de overgang van een opvangcentrum (OC) naar een asielzoekerscentrum (AZC) of van het ene AZC naar het andere (de Vries, 1999, 2000).

Uit het onderzoek van Poot (2001) naar ongewenste zwangerschappen onder AMA's komt naar voren dat er bij AMA's veel tienerzwangerschappen voorkomen. Poot heeft onderzoek gedaan onder 106 zwangere AMA's én daarbij de periode 1994-1997 (49 AMA's) en 1998-1999 (57 AMA's) vergeleken. Dit onderzoek wees uit dat er een toename is van zwangerschap bij aankomst in Nederland. In de periode 1994-1997 waren 19 meisjes van de 49 zwangere meisjes zwanger bij aankomst in Nederland, in de periode 1998-1999 waren dat er 48 van de 57 (38,8% -> 84,2%). Dit geldt vooral voor het aantal meisjes uit China (26,5% -> 61,4%). Seksueel misbruik als reden van de zwangerschap is toegenomen van 26,7% tot 66,6%. In de periode 1998-1999 vond dit seksueel misbruik bij de grootste groep (37%) plaats in eigen land en bij 30% op doorreis, met name bij Chinese meisjes. In de periode 1998-1999 is 28% van de zwangere AMA-meisjes op het OC verwezen voor een abortus provocatus, voornamelijk in de eerste drie maanden van de zwangerschap. In de periode 1994-1997 is een veel groter percentage van de zwangere AMA-meisjes verwezen voor een abortus provocatus (67%), vooral in de eerste twee maanden van de zwangerschap. Een van de redenen voor dit grote verschil is dat er in de periode 1998-1999 meer meisjes met een vergevorderde zwangerschap waren waarbij abortus niet meer mogelijk was (Poot, 2001).

5.4 Risicofactoren

Er zijn vele aanwijzingen dat asielzoekers een kwetsbare groep vormen met betrekking tot soa. Risicofactoren die van toepassing zijn op asielzoekers zijn o.a. een lage sociaal-

economische positie, migratie en machtsverschillen. Daarnaast noemt Jak (2001) nog een groot aantal risicoverhogende omstandigheden met betrekking tot soa:

- In veel landen van herkomst bestaat nauwelijks soa-bestrijding.
- Door de oorlogssituatie kan de gezondheidszorg dusdanig ontregeld zijn dat goede behandeling niet of nauwelijks mogelijk is geweest.
- Door slechte of onvolledige behandeling moet rekening gehouden worden met resistentie tegen antibiotica.
- Door de afwezigheid van routinematige controle van bloed moet rekening gehouden worden met overdracht van hiv en hepatitis B door bloedtransfusie. Daarnaast kan overdracht hebben plaatsgevonden door het gebruik van niet-steriele materialen tijdens medische ingrepen.
- Een (groot) deel van de asielzoekers is afkomstig uit landen waar hiv/aids en hepatitis B endemisch zijn.
- Met name vrouwen kunnen tijdens de vlucht, gevangenschap of razzia seksueel geweld hebben meegemaakt. Maar ook bij mannen is, bijvoorbeeld tijdens gevangenschap, vaak sprake geweest van seksueel geweld en marteling (risico bloed-bloedcontact). Bij een onderzoek onder 40 medische dossiers van asielzoekers kwam het item 'sociale problemen t.g.v. aanranding/geweld' 12 keer op de probleemlijst voor (Bakker e.a., 2000).
- Bepaalde culturele gebruiken kunnen gezien worden als risicohandeling of risicobeïnvloedende factor waardoor een soa kan zijn opgelopen. Voorbeelden hiervan zijn bloedbroederschap, initiatierituelen door bloed of sperma, scherpe kruiden in de vagina en kralen onder de voorhuid.
- Het veelal langdurig verblijf in de centra maakt dat seksualiteit en daarmee onder andere soa een thema is.
- Veel gezinnen zijn uiteengereten, nieuwe seksuele relaties kunnen ontstaan in centra.
- De samenstelling van de groep vluchtelingen vertoont een relatieve oververtegenwoordiging van alleenstaande jonge mannen.
- Vluchtelingen weten niet goed hoe de gezondheidszorg in Nederland werkt, in het algemeen en op het gebied van soa in het bijzonder.
- De confrontatie met de algemene voorlichtingscampagnes over soa en veilig vrijen, en met andere seksuele normen roept vragen op bij vluchtelingen.
- Door communicatieproblemen door taal en cultuurverschillen tussen de hulpverlener en de asielzoeker is het bespreekbaar maken van seksualiteit en soa moeilijk
- Er zijn verschillen in verklaringsmodellen van gezondheid en ziekte tussen autochtone hulpverleners en migrantenpatiënten. Dit bemoeilijkt de communicatie en zorg.

De Vries beschrijft de volgende risicofactoren voor ongewenste zwangerschappen en abortussen, die zij baseert op haar dossieronderzoek: het land van herkomst, de burgerlijke staat, leeftijd, aantal kinderen, religieuze en culturele opvattingen over anticonceptie en seksualiteitgebonden onderwerpen, de kwetsbare positie van asielzoeksters, gebrek aan informatie over anticonceptie en onvoldoende medische zorg en begeleiding. Daarnaast zijn asielzoeksters niet bekend met in Nederland bestaande voorzieningen en hulpverlening op het gebied van seksualiteit en geboorteregeling, is er sprake van onveiligheid in OC's en AZC's en sprake van seksueel machtsmisbruik en seksueel geweld. Volgens Poot (2001) groeit de groep AMA-meisjes die zwanger zijn ten gevolge van seksueel geweld. Ook opvangcentra in Nederland zijn niet altijd veilig. De signalen van seksueel geweld en onveiligheid nemen toe. Een vertegenwoordigster van de Stichting Vast, een opvanghuis voor uit OC's en AZC's gevluchte en uitgedoemde vluchtelingenvrouwen en hun kinderen, gaf in Phaxx 2000 aan dat zij

schat dat van de tien opgevangen kinderen er acht zijn verwekt door verkrachting. Het geweld dat vrouwen in het land van herkomst hebben meegemaakt, gaat ook door tijdens de vlucht; ook in de OC's en AZC's worden de vrouwen belaagd en geïntimideerd. Het gevoel van onveiligheid wordt versterkt door de angst voor vrouwenhandelaren. Vooral alleenstaande jonge vrouwen zijn daar bang voor. Uit een mondelinge mededeling van een vertegenwoordiger van Pharos blijkt dat er op verschillende plaatsen in het land hiermee ervaringen zijn. In auto's in de nabijheid van AZC's en OC's wachten mannen de jonge vrouwen op. Zij komen o.a. in de prostitutie terecht.

Voor veel asielzoekers geldt dat er een taboe rust op seksualiteit (De Vries, 2000). Met betrekking tot het gebruik van anticonceptie blijkt dat veel vrouwen niet openlijk over anticonceptie en over zwangerschap durven te praten. Daarnaast bestaat er een groot wantrouwen bij veel vrouwen jegens alles en iedereen, en is er vaak sprake van stress en bestaansonzekerheid. Dat alles leidt tot ineffectief gebruik van alle vormen van anticonceptie. Op basis van het dossieronderzoek heeft De Vries achterhaald dat maar liefst 65 procent van de vrouwen niet tevreden is over het gebruikte anticonceptiemiddel. Het door de arts voorgeschreven middel, de pil, komt vaak niet overeen met het middel waaraan zij zelf de voorkeur geven. Bovendien wordt de pil niet altijd op de juiste manier gebruikt. Onvolledige en onjuiste voorlichting over gebruik en bijwerkingen zijn hieraan debet. Verder hechten veel vrouwen waarde aan bewezen vruchtbaarheid.

Uit een onderzoek van het NISSO uit 1999 blijkt dat veel vluchtelingenjongeren en andere nieuwkomers een geringe kennis van zaken hebben over voortplanting en (anti)conceptie, door een gebrek aan seksuele voorlichting. In Nederland wordt zelfstandig en assertief gedrag (ook op het gebied van seksualiteit en relaties) van hen verwacht. Niet alle jongeren zijn daartoe direct in staat. Met name de AMA's zitten in een kwetsbare en afhankelijke positie. Hun sociale netwerk is op korte en op langere termijn vaak beperkt qua omvang. In tegenstelling tot jongeren met familie, gaan zij eerder seksuele contacten aan. Een en ander maakt dat vluchtelingenjongeren en andere nieuwkomers onvoldoende toegerust zijn om op het terrein van seksualiteit zelfstandig te kunnen functioneren (Kavelaars, 2002)

Het seksuele welbevinden van vluchtelingenjongeren kan positief worden beïnvloed met adequate seksuele voorlichting. Intermediairs geven aan grote behoefte te hebben aan methodieken om seksualiteit met vluchtelingenjongeren beter bespreekbaar te maken. Vluchtelingenjongeren laten blijken dat zij in een levensfase zitten waarbij (eigen) seksualiteit een belangrijk thema is waarover zij meer willen uitwisselen en willen weten (Kavelaars, 2002).

5.5 Conclusies

Er zijn weinig gegevens bekend over de prevalentie van soa bij asielzoekers. Registratie van soa bij asielzoekers is niet voorhanden. Over (ongewenste) zwangerschappen dateren de laatste cijfers uit de periode 1998-1999 (onderzoek Poot). Uit de onderzoeken over (ongewenste) zwangerschappen blijkt dat het aantal abortussen hoger ligt dan bij Nederlandse vrouwen (De Vries, 1999).

Asielzoekers, en in het bijzonder AMA's, zijn een zeer kwetsbare groep waar het gaat om soa en (ongewenste) zwangerschappen, evenals seksueel geweld en intimidatie (zie *Risicofactoren* hierboven).

De rapporten van Azghoughi et al (2001) en van Jak (2001) laten zien dat er grote leemtes bestaan in de registratie van soa en in voorlichting. De oorzaken daarvan zijn velerlei: taalproblemen, veel verschillende culturen met verschillende taboes op het

gebied van seksualiteit, problemen in de organisatie en de bezetting van de medewerkers van de MOA. De Stichting SOA-Bestrijding heeft naar aanleiding van deze en andere rapporten een project opgezet dat streeft naar een integrale aanpak van registratie, preventie en hulpverlening op het gebied van soa.

Bij asielzoekers en zeker bij jonge asielzoekers liggen de problemen niet alleen op het gebied van soa-bestrijding. Hoge abortuscijfers en vele, ten minste voor een deel overtuigende, verhalen over vormen van ongewenste seks laten dat zien.

Op dit moment vertoont het aantal nieuwe asielzoekers een dalende lijn. De consequenties daarvan voor preventie en begeleiding op het gebied van seksualiteit kunnen nu niet worden overzien. De op dit moment in Nederland verblijvende groep zal echter, hoe dan ook, de nodige aandacht blijven vergen.

Een deel van de asielzoekers verdwijnt na (of reeds voor) een negatieve beslissing over de asielaanvraag in de illegaliteit. Zij kunnen tot op zekere hoogte toegang krijgen tot medische voorzieningen, maar zijn vrijwel onbereikbaar voor preventieve activiteiten.

6 Hulpvragen van jongeren ten aanzien van seksualiteit

6.1 Inleiding

De hulpverlening aan jongeren op het gebied van seksualiteit is divers. De aard van de hulpverlening hangt samen met de hulpvraag van de jongere. Hulpvragen kunnen variëren van basale kennisvragen tot vragen om concrete hulp, bijvoorbeeld bij ongewenste zwangerschap. De aard van de hulpvraag bepaalt in zekere zin ook de wijze waarop de vraag wordt gesteld. Wanneer het gaat om basale kennisvragen of informatievragen wordt vermoedelijk steeds meer gebruik gemaakt van internet. Maar ook de diverse hulp telefoons worden hiervoor gebruikt, zoals de Kindertelefoon, SOS hulpdiensten en de telefonische hulpdienst van de Stichting Korrelatie. Voor de meer concrete hulp komen jongeren onder andere terecht bij de Rutgershuizen, de huisarts, Fiom en VBOK.

6.2 Bronnen

1. Vroege JA. Registratie seksuologisch hulpverlening 2000. Utrecht: NISSO, 2001
2. Vroege JA. LOPS-Registratie 1997-1999. Utrecht: LOPS/NISSO, 1998-2001
3. Rutgers NISSO Groep. Jaarverslag 2001
4. Jaarverslagen Fiom 1998 – 2001
5. Jaarverslagen Landelijk Overleg Kindertelefoons 1999-2000
6. Internet VBOK
7. Jaarverslag Stichting SOA-Bestrijding. Jaarverslag 2001
8. Gesprekken met vertegenwoordigers van telefonische hulplijnen

6.3 Internet en e-mail

Er zijn veel internetsites waar jongeren vragen kunnen stellen over seksualiteit. De opzet van de verschillende internetsites is zeer divers, variërend van sites gericht op bepaalde (sub)groepen (jongeren, Marokkanen, homoseksuele mannen en vrouwen) tot sites gericht op een bepaald onderwerp (gezondheid, welzijn, seksualiteit). Het uitgangspunt van waaruit de internetsite is opgezet bepaalt voor een groot deel hoe het onderwerp seksualiteit wordt behandeld. Internetsites verschillen ook in de wijze waarop de informatie beschikbaar wordt gesteld. Er zijn interactieve sites waarbij de jongeren vragen kunnen stellen aan een 'deskundige' of een panel, of waar ze zelf met elkaar kunnen 'chatten'. In het laatste geval geven jongeren die de site bezoeken elkaar antwoord op vragen die worden gesteld. Daarnaast bestaan er internetpagina's waarop veel informatie te vinden is maar die geen interactief karakter hebben. Ten slotte zijn er pagina's die beide functies verenigen (informatie geven en vragen beantwoorden).

Er bestaat nog weinig duidelijkheid over het informatiezoekgedrag van jongeren via internetpagina's. Hoeveel jongeren de sites bezoeken, wie die jongeren zijn (qua leeftijd, achtergrond), wat de kwaliteit van de informatie is, in hoeverre jongeren vinden wat ze willen weten, over dit alles is nog weinig bekend.

Uit gesprekken met de Rutgers NISSO Groep en Korrelatie komt naar voren dat het aantal vragen dat via e-mail wordt gesteld toeneemt. De reden hiervan is waarschijnlijk dat het anoniemer is dan een telefonische hulpvraag stellen.

Gezien de toename van het gebruik van internet bij het zoeken naar informatie is onderzoek naar het informatiezoekgedrag van jongeren en het informatieaanbod aan te bevelen.

Instanties als de Rutgers NISSO Groep en de Stichting SOA-Bestrijding proberen meer zicht te krijgen op wie zij bereiken via internet. De Rutgers NISSO Groep heeft begin november in samenwerking met BreakOut, een jongerentijdschrift, een website gestart, waarbij jongeren via een informatieboom antwoord krijgen op de vragen die ze hebben. Volgend jaar gaat de Stichting SOA-Bestrijding een interactieve internetpagina starten en evalueren.

Tabel 6.1 Een aantal websites naar type onderwerp en soort informatie (de tabel geeft een beeld, is geen volledig overzicht)

| Aard van de site | Gericht op jongeren | Gericht op gezondheid/welzijn | Gericht op bepaalde groepen |
|---|----------------------|--|------------------------------|
| Informatie | | sjn.nl/16ofzo jip.org soa.nl ggd.nl rutgers.nl | zoenenenzo.nl homoseks.nl |
| Deskundige of panel | | seksualiteit.nl | |
| Chatten/ forum | leerlingen.liefde.nl | sjn.nl/dwink | |
| Informatie /deskundige of panel | | netdokter.nl | |
| Informatie en chatten/ forum | | | maroc.nl jongpositief.nl |
| Informatie en deskundige/ panel en chatten/ forum | sexwoordenboek.nl | | |

6.4 Telefonische hulpvragen

Internet neemt duidelijk toe in populariteit; daarnaast wordt er voor het verkrijgen van informatie over (problemen rond) seksualiteit nog steeds veel gebruik gemaakt van telefonische hulpdiensten en informatielijnen. Dit aandeel neemt echter wel af, deels ten gunste van vragen die dikwijls bij dezelfde hulddiensten via e-mail worden gesteld. Het is echter niet mogelijk een goed beeld te geven van hulpvragen die door jongeren worden gesteld, omdat de registratie bij de verschillende telefonische hulpdiensten over het algemeen vrij globaal is.

De telefonische hulpdiensten die veel worden geraadpleegd over vragen rondom seksualiteit zijn de informatielijn van de voormalige Rutgers Stichting, de telefonische hulpverlening van de Stichting Korrelatie, de Kindertelefoon en de Aids/Soa-ijflijn.

Deze organisaties houden allemaal een registratie bij van het aantal telefonische contacten en de onderwerpen waarover gebeld wordt. Gezien het globale karakter van de registratie (waarbij veelal geen leeftijd wordt genoteerd of hooguit de leeftijd wordt geschat) is het niet mogelijk een goed beeld te geven van het aantal hulpvragen dat door jongeren worden gesteld. Op basis van gesprekken met mensen die werkzaam zijn bij de eerder genoemde instellingen is het wel mogelijk iets dieper in te gaan op de soorten vragen die jongeren in het algemeen stellen.

Korrelatie heeft sinds augustus 2000 de hulpverlening met betrekking tot de telefoonlijn van de Rutgers Stichting op zich genomen. Recentelijk meldde Korrelatie een sterke

stijging van het aantal vragen van jongeren over seksualiteit. Desgevraagd schreef men die stijging echter geheel toe aan de overname door Korrelatie van de Rutgers-telefoon. In 2000 ontving Korrelatie via de Rutgers Stichting telefoonlijn 4.168 vragen. In 2001 kreeg Korrelatie meer dan 10.000 vragen over seksualiteit en daaraan gerelateerde onderwerpen. Dit aantal ligt overigens beduidend onder het aantal telefoontjes dat de Rutgers-telefoon vroeger te verwerken kreeg. De telefonische gesprekken met de St. Korrelatie gingen vooral over voorbehoedsmiddelen (25%) en (vermoeden van) zwangerschap (16%), maar ook over seksuele problemen, abortus en de morning-afterpil. Uit het jaarverslag van de Stichting Korrelatie van 2001 blijkt dat dit soort vragen vooral afkomstig is van jongeren, ondanks alle informatie die voor hen voorhanden is. Het gaat dan vaak om persoonlijke vragen waarop zij een persoonlijk antwoord willen, liever van een onbekende dan van vader, moeder of de huisarts (Jaarverslag Korrelatie, 2001).

Uit aanvullende gesprekken in het kader van dit onderzoek met de Rutgers NISSO Groep en Korrelatie blijkt dat de meeste vragen van vooral jonge jongeren (11- tot 17-jarigen) gaan over het lijf. Basale biologische, anatomische en fysiologische kennis ontbreekt veelal. Er bestaat bij jongeren veel onzekerheid over wat er gebeurt met hun lijf en geslachtskenmerken. Vragen van oudere jongeren (14/15 tot 20 jaar en ouder) gaan veelal over anticonceptie, relaties en contact maken. Tevens zijn er steeds terugkerende vragen over seksueel misbruik. De meest gestelde vragen bij de groep oudere jongeren gaan over gescheurde condooms en over het gebruik van de pil (bezorgdheid, pil vergeten). Veel vragenstellers hebben geen idee hoe de pil werkt. Daarnaast gaat een relatief groot aantal vragen over het verkrijgen van de morning-afterpil en (onbeschermd) vrijen. Er worden veel vragen gesteld over de gevolgen die (onbeschermd) vrijen, pijpen, beffen en vingeren kunnen hebben voor zwangerschap en soa; hieruit valt op te maken dat basale kennis over vrijen en de mogelijke gevolgen daarvan bij de bellers ontbreekt. Als gevolg daarvan leeft veel angst en bezorgdheid bij degenen die bellen. Vaak heeft dit te maken met de klok en de klepel. Men hoort, ziet en leest van alles op televisie en internet over seks, maar de feitelijke kennis ontbreekt. De rol van ouders is vaak beperkt. Bij de gesprekspartners bestaat het idee dat het niet goed gaat met de seksuele voorlichting op scholen.

Het soort vragen dat de afgelopen jaren is gesteld is niet veranderd. De toename van abortus, tienerzwangerschappen en soa en eventuele bezorgdheid hieromtrent is dan ook niet terug te zien in de vragen die worden gesteld. Dit kan te maken hebben met de groep jongeren die bereikt wordt. Waarschijnlijk zijn dat niet de jongeren die zich het meeste zorgen moeten maken. Hierover is echter nog weinig bekend.

Indien nodig verwijzen de medewerkers van Korrelatie naar de meest geschikte vorm van hulpverlening, zoals een Rutgershuis, de Fiom, de SOA-Aids infolijn, of toch weer de huisarts (uit jaarverslag 2001, Korrelatie).

Tabel 6.2 Gespreksonderwerpen bij telefoon St. Korrelatie (betreft alle gesprekken, niet alleen die van jongeren)

| | Gesprekken | E-mails | Totaal | |
|---|------------|---------|--------|------|
| | N | N | N | % |
| Voorbehoedsmiddelen | 2.622 | -- | 2.622 | 25,0 |
| Vermoeden zwangerschap | 1.699 | 41 | 1.740 | 16,6 |
| Seksuele problemen (in de relatiesfeer) | 995 | 51 | 1.046 | 10,0 |
| Geslachtsziekten | 976 | 14 | 990 | 9,4 |
| Abortus | 808 | 9 | 817 | 7,8 |
| Morning-afterpil | 561 | 1 | 562 | 5,3 |
| Seksuele stoornissen | 375 | 37 | 412 | 3,9 |
| Gynaecologische klachten | 312 | -- | 312 | 3,0 |
| Aids | 251 | 6 | 257 | 2,4 |
| Fertiliteitsproblemen | 109 | 13 | 122 | 1,2 |
| Miskraam/vroeggeboorte | 14 | 3 | 17 | 0,1 |
| Overige zwangerschap/ seksualiteit | 1.039 | 60 | 1.099 | 10,5 |
| Overige urinewegen /geslachtsorganen | 458 | 45 | 503 | 4,8 |
| Totaal | 10.219 | 280 | 10.499 | 100 |

Tabel 6.3 Type hulp/dienstverlening bij telefoon St. Korrelatie

| | N | % |
|-----------------------------------|--------|------|
| Inhoudelijke informatie | 6.925 | 65,9 |
| Informatie over zorgvoorzieningen | 1.513 | 14,5 |
| Advies | 996 | 9,5 |
| Voorlichtingsmateriaal | 324 | 3,0 |
| Specifieke adresinformatie | 294 | 2,9 |
| Overige informatie | 111 | 1,0 |
| Probleemverheldering | 104 | 1,0 |
| Begeleiding | 79 | 0,8 |
| Informatie over hulpverlening | 64 | 0,6 |
| Ondersteuning | 42 | 0,4 |
| Mening geven | 20 | 0,2 |
| Luisterend oor | 16 | 0,2 |
| Consult | 11 | 0,1 |
| Totaal | 10.499 | 100 |

In 2001 is er 33.377 keer naar de Aids Soa Infolijn gebeld (inclusief mensen die de voice respons hebben geraadpleegd). Met 15.127 personen (exclusief fake-gesprekken) is gesproken met een medewerker van de infolijn. Van de live respons vragen heeft 39% betrekking gehad op andere soa dan hiv/aids (jaarverslag Stichting SOA-Bestrijding, 2001). Cijfers uit voorgaande jaren bleken niet beschikbaar.

De Kindertelefoon geeft sinds 1979 informatie, advies en hulp aan kinderen van 8 tot 18 jaar. De grootste groep bellers is tussen 8 en 15 jaar oud. De laatste jaren ziet men bij de Kindertelefoon een daling van het aantal telefoontjes van ongeveer 8% per jaar. In 1998 werd de Kindertelefoon 137.491 gebeld, in 1999 was dat 126.632, in 2000 hebben de kindertelefoons gezamenlijk 117.092 gesprekken gevoerd en in 2001 waren dat rond de 112.000 gesprekken. Oorzaken voor de daling kunnen liggen in een verminderde

publiciteit, het gebruik van de mobiele telefoon door veel jongeren ouder dan 12 jaar (Met de mobiele telefoon was de Kindertelefoon tot voor kort niet bereikbaar. Inmiddels is dit wel mogelijk, maar niet gratis zoals het normale nummer) en wellicht ook het gebruik van internet. Tot nu toe beantwoordt de Kindertelefoon nog geen vragen per e-mail. Wel wordt geëxperimenteerd met chatten, waarbij de beller en medewerker van de Kindertelefoon via hun pc's on line met elkaar kunnen praten of jongeren onderling met elkaar kunnen chatten onder het toezicht van een medewerker van de Kindertelefoon. De internetpagina van de Kindertelefoon wordt vaak bezocht.

In 2001 gingen 23.000 van de 112.000 gesprekken die door alle vestigingen van de Kindertelefoon werden gevoerd over seksualiteit. Dit is ongeveer gelijk aan het aandeel gesprekken over dit onderwerp in voorgaande jaren. Volgens mensen die wij bij de Kindertelefoon spraken, is het aandeel van vragen over seksualiteit altijd groot geweest en zou er geen sprake zijn van een echte toename.

De landelijke tendens is ook zichtbaar bij de Amsterdamse vestiging van de Kindertelefoon. Van Amsterdam zijn cijfers bekend over aantallen gesprekken over seksualiteit uitgesplitst naar onderwerp over de afgelopen 3 jaar en over 2002 tot en met oktober (zie tabel 6.4). De meeste vragen die over seksualiteit worden gesteld, zijn informatieve vragen en dit aandeel neemt zelfs nog toe. Uit een onderzoek dat dit jaar is gehouden tussen mei en november blijkt dat 73% van de gesprekken over seksualiteit informatieve vragen betreffen en 15% ondersteunende vragen. Het grootste deel van de jongeren belt omdat ze nieuwsgierig zijn, een ander relatief groot deel belt vanwege onzekerheid. Uit een gesprek met medewerkers van de Amsterdamse Kindertelefoon blijkt dat jongere kinderen (tussen de 8 en 12 jaar) met name 'technische' vragen stellen over de werking van het lijf en over zoenen, beffen, neuken, vrijen en dergelijke. Niet omdat ze er actief mee bezig zijn, maar uit nieuwsgierigheid: ze willen weten wat het is. Door de jongeren tussen 13 en 15 jaar worden meer vragen gesteld die te maken hebben met relaties.

Tabel 6.4 Aantal gesprekken over seksualiteit bij de Kindertelefoon in Amsterdam, uitgesplitst naar onderwerp

| | 1999 | | 2000 | | 2001 | | Jan/ okt 2002 | |
|----------------------------------|-------|------|-------|------|------|------|---------------------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Vrijen | 500 | 23,5 | 631 | 33,0 | 653 | 40,4 | 576 | 36,8 |
| Neuken/geslachts- gemeenschap | 455 | 21,4 | 481 | 25,2 | 366 | 22,7 | 383 | 24,5 |
| Voorbehoed- middelen | 134 | 6,3 | 125 | 6,5 | 108 | 6,7 | 129 | 8,2 |
| Zwangerschap (angst voor) | 227 | 10,7 | 191 | 10,0 | 206 | 12,8 | 156 | 10,0 |
| Seks met familie, kennissen | 107 | 5,0 | 101 | 5,3 | 46 | 2,8 | 45 | 2,9 |
| Zelfbevrediging | 429 | 20,1 | 259 | 13,6 | 170 | 10,5 | 192 | 12,3 |
| Parafilie | 76 | 3,6 | 57 | 3,0 | 30 | 1,9 | 32 | 2,0 |
| Anders | 202 | 9,5 | 65 | 3,4 | 36 | 2,2 | 53 | 3,4 |
| Totaal seksualiteit | 2130 | | 1910 | | 1615 | | 1566 | |
| Totaal alle onderwerpen | 13716 | | 10857 | | 8858 | | 8839 | |

In de categorie vragen over zwangerschap blijkt het vaak te gaan om ondersteuning: ik ben met mijn vriendje naar bed geweest, word niet ongesteld, wat moet ik doen. Bij vragen over voorbehoedsmiddelen gaat het vaak over informatievragen als hoe moet je een condoom omdoen. De Kindertelefoon wordt relatief weinig gebeld over pilgebruik (13 van de 80 gesprekken in de categorie voorbehoedsmiddelen in het onderzoek). Bij vragen over neuken en vrijen moet over het algemeen veel uitgelegd worden. In de categorie 'vrijen' (257 in de verslaperiode) blijkt dat veel vragen gaan over zoenen (92), pijpen (59) en beffen (42). Jongere kinderen willen in de regel weten hoe het moet. Bij oudere jongeren kan het meer dan alleen een informatievraag zijn. Ze hebben bijvoorbeeld iemand op het oog met wie ze het willen doen, of ze hebben een seksuele ervaring gehad en willen het daarover hebben. Hoe het komt dat er zoveel informatievragen worden gesteld is niet bekend. Medewerkers van de Kindertelefoon vermoeden dat er weliswaar veel informatie verkrijgbaar is, maar dat deze niet actief aan kinderen wordt aangeboden, in de (onjuiste) veronderstelling dat deze informatie bij jongeren wel bekend is.

6.5 Hulpvragen bij hulpverlenende instanties

Zoals in de inleiding reeds aangegeven richten de hulpvragen bij hulpverlenende instanties zich meer op concrete hulp en minder op alleen informatievoorziening. Hulpverlenende instanties die zich bezig houden met hulpverlening op het gebied van seksualiteit zijn onder andere de Rutgers Stichting, Fiom, VBOK en huisartsen.

Tot begin 2002 werd een groot deel van de hulpverlening rondom seksualiteit uitgevoerd door de Rutgers Stichting. De Rutgers Stichting kent twee vormen van hulpverlening: medische hulpverlening (MH) en seksuologische hulpverlening (SH). De medische hulpverlening vindt over het algemeen plaats door een arts of verpleegkundige. In 2000 hebben 9.396 nieuwe cliënten een of meerdere medisch consulten gehad. Van hen was gemiddeld ruim 26% jonger dan 20 jaar, 40% niet in Nederland geboren (in Amsterdam, Den Haag, Rotterdam). Bij 50% ging het om vragen over geboorteregeling. In 2001 is het aantal nieuwe cliënten gestegen tot 9.685, waarvan 16% jonger was dan 20 jaar (jaarverslag Rutgers NISSO Groep 2001). Het totaal aantal consulten bedroeg 16.482 in 2000 en 13.264 in 2001. Hoewel het aantal nieuwe cliënten in 2001 dus steeg, was de productie in 2001 beduidend lager dan in 2000. Dit is te verklaren door de ontwikkelingen binnen de Rutgers Stichting die zich vooral in 2001 voltrokken.

De meeste medische hulpvragen hadden betrekking op de morning-afterpil, de pil, vrouwelijke geslachtsorganen vrouw, uitstrijkjes, soa bij vrouwen en abortus. De medisch hulpverlening kenmerkt zich door een kortdurend contact, zowel in aantal contacten als duur van het consult.

De seksuologische hulpverlening (SH) wordt gegeven door psychologen/seksuologen. Over het algemeen vinden er meerdere consulten per cliënt plaats. Met betrekking tot de seksuologische hulpverlening van de Rutgers Stichting zijn cijfers over nieuwe cliënten bekend over de laatste twee maanden van 1999 en over 2000. Eind 1999 werd door de SH-teams van de Rutgers Stichting voor het eerst gebruik gemaakt van het nieuwe registratiesysteem.

Tabel 6.5 Top 15 hulpvragen medische hulpverlening Rutgers Stichting 2001

| | % |
|--------------------------|-----|
| Morning-afterpil | 14% |
| Pil | 13% |
| Geslachtsorganen vrouw | 8% |
| Uitstrijkje | 7% |
| Soa vrouw | 7% |
| Abortus | 6% |
| Aids | 6% |
| Spiraal (levonorgestrel) | 5% |
| Soa man | 4% |
| Spiraal (koper) | 4% |
| Zwangerschap | 4% |
| Pessarium | 4% |
| Seksuele problemen man | 3% |
| Seksuele problemen vrouw | 3% |
| Anticonceptieadvies | 2% |

Uit de 'receptieadministratie' van de Rutgers Stichting blijkt dat zich in 1999 1.508 nieuwe cliënten hebben gemeld bij de SH-teams. Een jaar later zijn dat er 1.326. Van deze 1.326 zijn 1.191 nieuwe cliënten ingevoerd in het registratiesysteem. Uit deze registratie over 2000 blijkt dat 2% van de cliënten met wie in 2000 het eerste gesprek plaatsvond, tussen de 10 en 19 jaar oud was en 36% van de nieuwe cliënten tussen de 20 en 29 jaar oud was (Vroege, 2001). Over 1999 zijn deze cijfers niet bekend.

In het jaarverslag van 2001 worden ook aantallen consulten en aantal nieuwe cliënten genoemd over 2001; het gaat hier echter om ruwe tellingen en niet om analyses van de registraties zoals in 2000. Gezien de ontwikkelingen die de Rutgers Stichting in 2001 doormaakte, worden de cijfers over dit jaar buiten beschouwing gelaten. Door de publiciteit rondom het verdwijnen van de Rutgershuizen hebben minder mensen zich gemeld. Bovendien moet de betrouwbaarheid van de registraties in twijfel getrokken worden vanwege de onrust onder het personeel over de ontwikkelingen binnen de organisatie (mondelinge mededeling J. Vroege, 2002).

Hoewel de Rutgers Stichting als landelijke organisatie per 1 januari 2002 ophield te bestaan, wordt haar medisch-seksuologische hulpverlening voortgezet. In zeven steden (Amsterdam, Arnhem, Den Haag, Rotterdam, Eindhoven, Goes en Groningen) ontwikkelen plaatselijke abortusklinieken zich tot centra voor seksualiteit, anticonceptie en abortus. In Utrecht zet Geboorteregeling West-Nederland de hulpverlening van de Rutgers Stichting voort bij de Fiom.

Zowel mannen als vrouwen kunnen nu onder één dak terecht voor advies, hulp en begeleiding op medisch, psychologisch en sociaal gebied, bijvoorbeeld voor het verkrijgen van recepten voor anticonceptie- en morning-afterpil, soa-, hiv- en zwangerschapstesten, hulp bij ongewenste zwangerschap en het laten uitvoeren van abortus en seksuologische therapieën. De nieuwe centra voor seksuologische hulpverlening kunnen een efficiëntere interne afstemming en snellere doorverwijzing bieden, mede dankzij de aanwezigheid van multidisciplinaire teams, bestaande uit artsen, seksuologen, verpleegkundigen en maatschappelijk werkers.

De effecten van deze wijzigingen op de feitelijke hulpverlening aan jongeren kunnen nu nog niet worden vastgesteld. Vermoedelijk zal de bekendheid van de nieuwe instellingen voornamelijk achterblijven bij die van de oude Rutgers Stichting. Informanten spraken van een duidelijke daling van het aantal hulpvragen, maar soms ook van een recente stijging daarin. Een goede PR lijkt echter noodzakelijk.

Al vanaf 1996 wordt door de Poliklinieken Seksuologie van de Academische Ziekenhuizen een registratie bijgehouden van de seksuologische hulpverlening door de Academische Ziekenhuizen. De (hoofd)problemen van de patiënten richten zich met name op seksueel verlangen, seksuele opwinding, orgasme en seksuele-pijnproblemen. In 1997 werd met 1.364 mensen een eerste gesprek gehouden; van hen was 3% jonger dan 20 jaar en 30% tussen de 20 en 30 jaar. In 1998 vonden 1.678 eerste gesprekken plaats, waarvan opnieuw 3% bij jongeren tot 20 jaar en 29% bij mensen tussen de 20 en 30 jaar. Het jaar daarop (1999) werd 1.604 keer een eerste gesprek gehouden, 2% daarvan met jongeren tussen 10 en 19 jaar en 28% met mensen tussen 20 en 29 jaar. In 2000 vonden 1698 eerste gesprekken plaats, waarvan 4% met jongeren tussen de 10 en 19 jaar en 28% met 20 tot 29-jarigen. (LOPS-registraties). Uit deze cijfers blijkt dat zowel het totaal aantal nieuwe consulten als het aandeel consulten voor jongeren nagenoeg ongewijzigd is gebleven tussen 1997 en 2000 (zie tabel).

Tabel 6.6 Aantal nieuwe consulten door de Poliklinieken Seksuologie van de Academische Ziekenhuizen

| | Eerste gesprek | % < 20 jaar | % 20-30 jaar |
|------|----------------|-------------|--------------|
| 1997 | 1364 | 3 | 30 |
| 1998 | 1678 | 3 | 29 |
| 1999 | 1604 | 2 | 28 |
| 2000 | 1698 | 4 | 28 |

De Stichting Ambulante Fiom richtte zich vanaf de oprichting (1930) op de 'ongetrouwde moeder'. De doelgroep is in de loop van de jaren verbreed. De Fiom kenmerkt zich door vier met elkaar samenhangende kerntaken: hulpverlening, preventie, expertiseoverdracht en voorlichting/onderzoek/ontwikkeling. De Fiom werkt op een aantal aandachtsgebieden: zwangerschap en ongewenste kinderloosheid, afstand, adoptie, zoekacties en seksueel/huiselijk geweld (jaarverslag 2001). Voor het huidige onderzoek zijn cijfers vanaf 1998 opgevraagd. De cijfers van 1998 en 1999 betreffen nieuwe aanmeldingen. In 2000 is overgegaan op een nieuw registratiesysteem, waarbij de totale hulpverlening wordt geregistreerd (dus ook cliënten die zich in het jaar daarvoor hadden aangemeld en zijn overgegaan naar respectievelijk 2000 en 2001). In 1998 meldden zich 968 nieuwe hulpverleningscliënten bij de Fiom-bureaus, in 1999 waren dat er 1.111. Deze aantallen zijn niet uitgesplitst naar leeftijdscategorieën. De hulpvragen zijn verdeeld over de volgende categorieën:

Tabel 6.7 Categorieën in hulpvragen bij Fiom, 1998 en 1999

| | 1998 | 1999 |
|---------------------------|-------------|-------------|
| (Ongewenste) zwangerschap | 43,4% (421) | 49,8% (553) |
| Besluitvorming abortus | 41,9% (406) | 33,8% (376) |
| Ongewenste kinderloosheid | 14,7% (141) | 16,4% (182) |

Hulpverlening werd geboden in de vorm van individuele, systeem- en groepshulpverlening. In de abortushulpverlening was in 1998 een toename van 26% ten opzichte van 1997 te constateren. Op het terrein van zwangerschap werden in 1998 15 groepen gestart. In 1999 is een actiever beleid gevoerd om tienermoeders te attenderen op het hulpaanbod van de Fiom. Voor de categorieën zwangere vrouwen en jonge moeders werd respectievelijk vijfmaal en achtmaal groepswerk aangeboden en uitgevoerd. Het totaal aantal deelnemers bedroeg 124.

In 1998 ontving Fiom 1527 verzoeken om informatie op het gebied van zwangerschap, in 1999 waren dit er ruim 2200 (jaarverslagen Fiom 1998, 1999).

In 2000 hebben 1.470 cliënten (1.259 vrouwen en 211 mannen) deelgenomen aan hulpverlening bij de Fiom-bureaus, in 2001 waren dat er 1.631 (1.326 vrouwen en 305 mannen). De hulpvragen zijn als volgt verdeeld:

Tabel 6.8 Categorieën in hulpvragen bij Fiom, 2000 en 2001

| | 2000 | 2001 |
|--------------------------------------|-------------|-------------|
| (Ongewenste) zwangerschap | 33,7% (495) | 33,1% (540) |
| Besluitvorming en verwerking abortus | 44,2% (650) | 41,9% (683) |
| Ongewenste kinderloosheid | 15,2% (224) | 18,1% (295) |
| Overig | 6,9% (101) | 6,9% (112) |

De Fiom meldt in haar jaarverslagen dat zowel 2000 als 2001 een stijging te zien geven van tienermoeders/jonge moeders die hun zwangerschap uitdragen. In 2000 is op verschillende plaatsen in het land specifiek voorlichting gegeven aan medewerkers van Opvangcentra Asielzoekers over hoe te verwijzen of te helpen bij ongewenste zwangerschap. Folders zijn vertaald in het Engels en Frans. De Fiom signaleert een toename van hulpvragen rond abortusbesluitvorming. In 2001 is een toename te zien van jonge asielzoeksters en illegale jonge vrouwen binnen de hulpverlening.

Naast de Fiom is ook de VBOK actief op het gebied van hulpverlening aan (jonge) zwangeren en moeders. De hoofddoelstelling van de VBOK is “een maximale bijdrage te leveren aan het respect voor en de bescherming van het ongeboren kind, vanaf de conceptie”. Hulp wordt verleend aan vrouwen die door een onverwachte zwangerschap in een noodsituatie zijn geraakt. Ook vrouwen die problemen hebben met de verwerking van een abortus of miskraam en ouders die een kind met een handicap verwachten worden begeleid. Het aantal intensieve begeleidingen door de VBOK is in het jaar 2000 gestegen. Het aantal kortdurende contacten is beduidend minder geworden: de gratis hulplijn moest vanwege telefoonterreur worden beëindigd. Ongeveer 25% van de VBOK-cliënten was allochtoon en grotendeels afkomstig uit Suriname, de Nederlandse Antillen, Marokko en Turkije. De VBOK-sprekuren worden steeds drukker bezocht en ook het VBOK-huis te Gouda voorziet steeds meer in een behoefte (informatie van internetsite VBOK). Verdere cijfers zijn tot dusver niet verkregen van de VBOK.

Regionaal zijn er ook organisaties actief op het gebied van hulpverlening en preventie. Deze organisaties richten zich vaak met name op het bieden van hulp aan (aanstaande) jonge moeders op gebieden als huisvesting, financiële zaken, opleiding, werk en alles wat te maken heeft met de Nederlandse wet- en regelgeving. Jonge moeders kunnen hier ook terecht voor ontspanning en er worden cursussen aangeboden. In een gesprek met een vertegenwoordigster van Steady, een informatie- en expertisecentrum voor jonge moeders in Rotterdam, kwam naar voren dat de hulpvraag vaak praktisch van aard is. In de periode januari tot september 2002 zijn er 515 hulpvragen binnengekomen bij Steady. Er is een toename zichtbaar van het aantal hulpvragen. Mogelijke oorzaken hiervoor zijn de toename van het aantal jonge meisjes dat zwanger raakt, publiciteit en de daardoor groeiende bekendheid. Over de achtergrond van de meisjes is niet veel te zeggen. Steady registreert bewust geen gegevens over bijvoorbeeld geboorteland en opleidingsniveau. De hulpverlening richt zich op alle ‘jonge meiden’ die niet zelf de capaciteiten hebben om volledig op eigen kracht de dingen te doen die ze moeten doen. Wel is er een zichtbare toename van meiden die vanuit de Antillen naar Nederland komen. Zij zijn op de Antillen zwanger geraakt en komen hierheen voor het opbouwen van een betere situatie. Veel meiden die bij Steady komen hebben inmiddels besloten de zwangerschap door te zetten. In gesprekken die met de meiden worden gevoerd, komt

naar voren dat de zwangerschappen vaak niet bewust zijn gepland: vaak gaat het om slordig pilgebruik. En dat is veelal een gevolg van het niet precies weten hoe de pil werkt. Het kennisniveau omtrent veiligheid van voorbehoedsmiddelen en het juiste gebruik ervan is laag, zelfs bij meiden die al kinderen hebben. Meiden die geen pil gebruiken, geven vaak aan dat het condoom gescheurd is, echter in het vervolg van het gesprek blijkt dan regelmatig dat er geen voorbehoedsmiddelen aanwezig waren. Veel meiden hebben moeite met het emotionele deel, zoals op het juiste moment nee zeggen. Bewustwording van eigen wensen en gevoelens en assertiviteit vormen belangrijke problemen bij deze groep.

Landelijke cijfers over hulpverlening door de huisarts zijn momenteel niet voorhanden. De cijfers van de Nationale Studie 2 komen in de loop van dit jaar beschikbaar. Cijfers over de hulpvragen op regionaal niveau zijn wel verkrijgbaar. Huisartsengeneeskunde van het Leids Universitair Medisch Centrum registreert van een aantal huisartsen de verrichtingen op ICPC-code. Uit de jaarlijkse rapportages zijn cijfers te verkrijgen over de algemene populatie. Bij het uitsplitsen van de registratie naar de leeftijd van 9 tot 25 jaar bleek echter dat er zo weinig diagnoses per 1000 patiënten gevonden werden, dat hieruit verder weinig is af te leiden.

Uit een onderzoek van de Rutgers NISSO Groep en de Universiteit van Maastricht blijkt dat veel jongeren de huisarts een goede bron voor informatie over seksualiteit vinden, vooral over veilig vrijen, zwangerschap en lichamelijke gezondheid. Uit gesprekken met hulpverleners daarentegen bleek dat veel van de jongeren met wie zij te maken hebben niet naar hun huisartsen durven. Dat lijkt strijdig, maar is het waarschijnlijk niet. In het algemeen zal de huisarts waarschijnlijk een goede bron van informatie kunnen zijn; echter voor jongeren die kampen met ernstige problemen (die gepaard gaan met schaamtegevoelens) kan juist de bekendheid van de huisarts met en bij het eigen gezin een te hoge drempel vormen.

Uit de gesprekken met zowel medewerkers van telefonische hulpdiensten als hulpverleners kwam naar voren dat het erop lijkt dat de informatie die huisartsen geven m.b.t. het pilgebruik beperkt is. Meiden die de pil gebruiken weten niet voldoende over de werking van de pil en het gebruik ervan. De Rutgers NISSO Groep is bezig met een onderzoek naar de rol van de huisarts bij hulp en informatievoorziening aan jongeren ten aanzien van anticonceptie en seksueel overdraagbare aandoeningen. De resultaten van dit onderzoek worden in 2003 verwacht.

6.6 Interviews met enkele werkers in de seksuele hulpverlening

In de interviews werd gewezen op een verschuiving van de aard van de problemen sinds de jaren zestig/zeventig. De generatie tieners uit die tijd werd voornamelijk bestookt met de boodschap er vooral voor te zorgen niet zwanger te worden. De boodschap voor de huidige generatie luidt vooral het voorkómen van ziekte (soa/hiv). Met name de komst van hiv heeft de aandacht voor anticonceptie naar de achtergrond gedrukt. Dit is verder versterkt door de afbraak van de (laagdrempelige) hulpverlening en counseling rondom anticonceptiegebruik. En dat terwijl er tegelijkertijd een tekort aan huisartsen is gaan ontstaan. Het gevolg is dat nauwelijks nog een beroep gedaan kan worden op persoonlijke begeleiding bij het gebruik van anticonceptie. Voor een meisje is het weliswaar niet moeilijk om aan de pil te komen, maar in tegenstelling tot vroegere jaren wordt de pil doorgaans verstrekt op recept zonder verder consult. Ook vinden bij pilgebruik nauwelijks nog controlebezoeken aan de huisarts plaats. En dat terwijl steeds weer blijkt dat het (consequent) gebruik van de pil niet eenvoudig is.

Een vergelijkbaar tekort wordt gesignaleerd rond de abortushulpverlening. Na een abortus is er standaard nog één follow-up consult. De ervaring leert dat dat tekort schiet

en bovendien niet het goede moment is om toekomstig anticonceptiegebruik goed te kunnen bespreken. De hulpverleners hebben de indruk dat voor zover jongeren worden bereikt, het in nagenoeg alle gevallen nog uitsluitend gaat om groepsvoorlichting, waaronder ook de massamediale voorlichting wordt gerekend. De voor effectief anticonceptiegebruik noodzakelijk geachte individuele counseling wordt in de praktijk nauwelijks nog afdoende geboden.

Meer aandacht voor de follow-up na een abortus is te meer belangrijk omdat het ten minste voor een deel gaat om meisjes die hun leven vaak zelf nauwelijks in de hand hebben. Zij laten gebeuren wat er gebeurt, met name ook in hun relaties met partners. Een simpel advies over anticonceptie is bij hen onvoldoende.

Verder bestaat het vermoeden dat het groeiend aantal abortussen deels ook een gevolg is van een in de tijd verlaagde perceptie van de kans op zwangerschap en een groeiende angst voor onvruchtbaarheid. Tiener worden in toenemende mate geconfronteerd met berichtgeving over vrouwen die problemen hebben met de vruchtbaarheid; zoals bij verhalen rondom IVF-behandelingen en de mogelijke onvruchtbaarheid na een chlamydia-infectie. Het gebruik van alternatieven voor de pil of het condoom heeft onder die angst voor onvruchtbaarheid te leiden. Dit lijkt inmiddels in mindere mate te gelden voor het spiraaltje. Dit lijkt met name enig terrein te herwinnen onder vrouwen tussen de 20 en 30 jaar die na jaren pilgebruik het spiraaltje als een praktisch alternatief zijn gaan zien. De morning-afterpil blijft daarentegen gebukt gaan onder een negatief imago, ondanks dat de kwaliteit van de huidige generatie morning-afterpillen aanmerkelijk verbeterd is ten opzichte van die van vroegere jaren. De beschikbaarheid is naar de mening van verschillende gesprekspartners te beperkt, met name in het weekend, als men een beroep moet doen op vervangende huisarts(endiensten). Overwogen zou kunnen worden om de verkoop van de morning-afterpil bij de drogist vrij te geven.

Volgens de hulpverleners zou het raadzaam zijn om nadrukkelijk meerdere alternatieven voor de pil als anticonceptiemiddel naar voren te schuiven, zoals het spiraaltje of de morning-afterpil in combinatie met het condoom. Voorwaarde voor een effectieve promotie van met name de morning-afterpil is dan wel dat deze in principe beschikbaar moet kunnen zijn op het moment dat het nodig is. In de huidige situatie moet men zich daarvoor in het weekend wenden tot de huisartsenpost. Het vermoeden bestaat dat dat een te hoge drempel is, die derhalve moet worden weggenomen.

Een van de geïnterviewde hulpverleners achtte de problemen op het gebied van de anticonceptie groter dan die op het gebied van tienerzwangerschappen of de soa/hiv-bestrijding. Tienerzwangerschappen leiden weliswaar tot grote maatschappelijke verontwaardiging en zorg, maar er zullen altijd tieners blijven die om wat voor reden dan ook graag een kind wensen. Ook baart de soa/hiv-bestrijding minder zorgen dan de anticonceptie zolang, zoals momenteel het geval is, het aantal jonge mensen dat zich voor een test aanmeldt de beschikbare testcapaciteit overschrijdt.

Concluderend pleiten de hulpverleners met name voor een verbetering van het anticonceptiegebruik door (1) een vergroting van de capaciteit voor laagdrempelige individuele counseling en (2) het bieden van zoveel mogelijk alternatieve vormen van anticonceptie. Het laatste kan niet zonder het eerste; individuele counseling biedt de mogelijkheid tot correctie van mogelijke misvattingen over voor- en nadelen van de beschikbare alternatieven. Daarnaast kan een overwogen keuze gemaakt worden voor het middel dat het beste aansluit op de individuele wensen/omstandigheden. Die counseling is des te belangrijker omdat het volgens verschillende gesprekspartners vaak gaat om weinig assertieve meisjes, die geneigd zijn veel dingen op hun beloop te laten.

Ten slotte wijzen de hulpverleners nog op de noodzaak om anticonceptie en veilig vrijen niet uitsluitend te benaderen vanuit het perspectief van ziektepreventie. De

boodschap moet zijn dat seks iets is waar je met je partner plezier aan kunt beleven, want alleen dan ontstaat er voldoende openheid en vertrouwen voor overleg over beschermende maatregelen. Of zoals een van de geïnterviewden stelde: “Het is al moeilijk genoeg om in staat van opwinding je kop er bij te houden. Seks omgeven met doem en verderfenis biedt daarvoor al helemaal geen ruimte.”

6.7 Conclusies

Voorzieningen die anoniem geraadpleegd kunnen worden, blijven een belangrijke functie vervullen. Dat kan o.a. worden afgeleid uit het groeiende aantal internetsites waar men terecht kan voor informatie over seksualiteit. Over de aard en kwaliteit van de daar geboden informatie kan overigens geen beeld worden verkregen. Daarnaast blijven ook de telefonische hulpdiensten voorzien in een belangrijke behoefte, hoewel een deel van de telefonische hulpvragen verschuift naar vragen via e-mail. De grote toename van het aantal contacten bij de telefoonlijn van Korrelatie zal volledig moeten worden toegeschreven aan de overname van de telefoonlijn van de Rutgers Stichting. De meest gestelde vragen bij telefonische hulpdiensten of via e-mail van jongere kinderen hebben betrekking op het lijf. Bij oudere jongeren gaan de vragen over (het gebruik van) voorbehoedsmiddelen en relaties en contact maken. Het soort vragen is de afgelopen jaren niet veranderd. De indruk bestaat dat basale kennis ontbreekt. Informatie over pilgebruik is voor veel meiden onduidelijk. Hulpverleners onderschrijven dit en zij zien dat als een groot probleem

Helaas is het niet mogelijk gebleken een goede indruk te krijgen van de rol van huisartsen. Het is aannemelijk dat zij door veel mensen gezien worden als een belangrijke toegang voor antwoorden op vragen of hulpverlening op het gebied van seksualiteit. In hoeverre dit kanaal ook feitelijk wordt benut blijft voorsnog buiten beeld. Bij verschillende informanten bestond de indruk dat de informatievoorziening door de huisarts ten aanzien van pilgebruik (te) beperkt is. Hulpverleners zijn bang dat de pilverstrekking door de huisarts, vooral door de overbelasting van deze groep, te zeer verworden is tot het simpel uitschrijven van een recept. Met huisartsen zou nagegaan moeten worden of de standaarden betreffende pilverstrekking, zeker ten aanzien van jonge meisjes, aanpassing behoeven.

Het aantal nieuwe cliënten dat zich voor hulpverlening meldt bij o.a. de Fiom, de Rutgers Stichting en de Poliklinieken Seksuologie van de academische ziekenhuizen, lijkt te stijgen. De reorganisatie bij de Rutgers Stichting heeft evenwel geleid tot een vermindering van het aantal contactmomenten per cliënt. Opmerkelijk gegeven is verder de toename die Fiom meldt van het aantal voldragen zwangerschappen bij jonge moeders.

De toegankelijkheid van de hulpdiensten zou de laatste jaren overigens belemmerd kunnen zijn vanwege de reorganisaties bij m.n. de Rutgers Stichting. Het is waarschijnlijk dat deze veranderingen hebben geleid tot een verminderde bekendheid bij grote publieksgroepen met de instellingen waartoe men zich in de nieuwe situatie kan wenden voor hulpverlening bij problemen op het gebied van seksualiteit. Een goede PR lijkt derhalve geboden.

Zelfs bij een goede naamsbekendheid van de bestaande voorzieningen moet geconstateerd worden dat het aantal beschikbare voorzieningen in Nederland beperkt is. Voor jongeren in de wat hogere leeftijdsgroepen is dat wellicht minder een bezwaar; zij hebben geld om te reizen en zullen dat ook gemakkelijker doen. Of de afstand tussen woonplaats en de vestigingsplaats van de bestaande voorzieningen ook voor jongeren in de laagste leeftijdsgroepen geen probleem vormt, wagen de onderzoekers te betwijfelen. Ook relatief jonge adolescenten hebben seks. Waarschijnlijk hebben steeds meer van

hen seks – en zij hebben zeker ook vragen over en problemen met seks. Sommigen zullen deze met een huisarts kunnen bespreken, maar de huisarts kan, juist door zijn of haar relaties met het gezin, voor jongeren een te hoge drempel vormen. Overwogen zou daarom moeten worden of er mogelijkheden bestaan om een dichter netwerk van voorzieningen te creëren, bijvoorbeeld door samenwerking tussen de bestaande voorzieningen en GGD'en. Daarbij zou ook overwogen moeten worden of ten behoeve van preventie en individuele counseling een proactieve benadering onderdeel van het totale aanbod zou kunnen vormen, bijvoorbeeld in de vorm van een spreekuur op of in samenwerking met scholen voor voortgezet onderwijs en/of contactmomenten met de jeugdarts in de adolescentie.

Met huisartsen zou nagegaan moeten worden of de standaarden betreffende pilverstrekking, zeker ten aanzien van jonge meisjes, aanpassing behoeven.

7 Overzicht stand van zaken in preventie

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de preventieactiviteiten beschreven die betrekking hebben op jongeren en seksualiteit. De preventiewerkzaamheden zijn grotendeels in kaart gebracht door de “Stuurgroep Jongeren, Aids, SOA en Seksualiteit”. In deze Stuurgroep hebben zitting: Stichting Aids Fonds, Stichting SOA-Bestrijding, NIGZ, Rutgers NISSO Groep en Schorerstichting.

In onderstaand overzicht zijn deze en aanvullende activiteiten beschreven aan de hand van de volgende indeling:

- Activiteiten in uitvoering
- Activiteiten in ontwikkeling
- Voorgenomen activiteiten

Voor de ‘activiteiten in uitvoering’ is geïnventariseerd in hoeverre deze activiteiten effectief gebleken zijn en hoe het staat met de implementatie. Voor enkele activiteiten wordt ook nog een toekomstvisie gepresenteerd.

7.2 Gebruikte bronnen

1. Stuurgroep Jongeren aids soa en Seksualiteit. Basisdocument voor de landelijke aids/soa-voorlichting en preventie gericht op jongeren 2001-2002. Utrecht: Stichting Aids Fonds; Stichting SOA-Bestrijding; NIGZ; Rutgers NISSO Groep; Schorerstichting, 2002
2. Stuurgroep Jongeren Aids soa en Seksualiteit. Landelijk programma aids/soa-voorlichting en -preventie voor jongeren, werkplan 2001-2002. Utrecht: NIGZ; Rutgers NISSO Groep; Stichting SOA-Bestrijding; Schorerstichting, 2000
3. Stichting SOA-Bestrijding. Jaarverslag 2001
4. Schorerstichting Jaarprogramma 2002
5. Fulpen M van, Bakker F, Breeman L, Poelman J, Schaalma H, Vanwesenbeeck I. vmbo scholieren, seksualiteit en seksuele vorming: een effectonderzoek naar de vernieuwde versie van het lespakket 'Lang leve de liefde' Utrecht: Rutgers NISSO Groep, 2002

7.3 In uitvoering

7.3.1 Algemeen

7.3.1.1 Vrij veilig campagne

Beschrijving: In opdracht van het Ministerie van VWS voert de Stichting SOA-Bestrijding de Vrij Veilig Campagne uit. Doelen van de campagne zijn: het op de maatschappelijke agenda houden van de onderwerpen soa en veilig vrijen, en het onderhouden en vergroten van de betrokkenheid van het algemene publiek bij het onderwerp veilig vrijen, zodat er draagvlak ontstaat voor doelgroepspecifieke en regionale voorlichting. De vakantiecampagne voor jongeren is ondergebracht in deze algemene campagne.

Effectiviteit: Sinds de start in 1987 wordt door de Rutgers NISSO Groep onderzoek gedaan naar kennis, houding en gedrag op het gebied van veilig vrijen en condoomgebruik. Uit het laatste monitoringonderzoek (2001) blijkt dat het percentage 15-35-jarigen dat zegt altijd condooms te hebben gebruikt met losse partners met ruim 20% is afgenomen tot 57%. Volgens mondelinge mededeling van de Stichting SOA-Bestrijding is het in 2002 weer toegenomen tot 69%. Verder blijkt dat de intentie tot condoomgebruik, de sociale norm en attituden ten opzichte van condoomgebruik en risicoperceptie onveranderd groot zijn (jaarverslag Stichting SOA-Bestrijding 2001). Opgemerkt moet wel worden dat deze metingen niet beschouwd kunnen worden als effectmeting van de Vrij Veilig Campagne.

Implementatie: Bereik en waardering van de campagne worden gemeten in het tracking-onderzoek, dat verplicht is voor alle Postbus 51-campagnes. Daaruit is gebleken dat in de laatste week van de campagneperiode (in 2001) 95% van de doelgroep 15- tot 30-jarigen een van de voorgelegde uitingen herkent. De campagne wordt positief beoordeeld, uitgedrukt in een rapportcijfer met een 7,4 (jaarverslag Stichting SOA-Bestrijding 2001). Bij jongeren is het ook de meest gewaardeerde voorlichtings-campagne van alle campagnes die op deze manier gevolgd worden. De campagne slaagt erin om zeer hoge aantallen materialen te verspreiden. Daarbij gaat het onder andere om condooms, paspoorten en dergelijke.

7.3.2 *Projecten gericht op jongeren in het voortgezet onderwijs*

7.3.2.1 *Lang leve de liefde*

Beschrijving: Lang Leve de Liefde is een lespakket over veilig vrijen, relaties en seksualiteit voor de basisvorming binnen het vmbo. Het is in 1993 ontwikkeld door de Stichting SOA-Bestrijding, in samenwerking met het toenmalige Landelijk Centrum GVO (nu NIGZ) en de Universiteit Maastricht. Het lespakket is in 2001 herzien, waarbij de informatie is geactualiseerd en er meer aandacht is gekomen voor culturele diversiteit en verschillen tussen jongens en meisjes. Het herziene lespakket is gericht op jongeren in leerjaar 2 en 3 van het vmbo.

Effectiviteit: Zowel het lespakket uit 1993 als het herziene lespakket uit 2001 zijn geëvalueerd op effectiviteit. Het onderzoek naar het oorspronkelijke lespakket is destijds uitgevoerd door de Universiteit Maastricht. In beide gevallen betrof het een gecontroleerd experiment. De effectevaluatie van het herziene lespakket is uitgevoerd door de Rutgers NISSO Groep. Uit eerste analyses blijkt dat met herziene versie van het lespakket vergelijkbare effecten kunnen worden bereikt als met de oorspronkelijke versie. In beide studies zijn met name positieve effecten op het niveau van gedrags-determinanten te vinden; veranderingen op gedragsniveau konden niet of slechts zeer beperkt worden aangetoond. Uit het onlangs verschenen onderzoek van de Rutgers NISSO Groep onder 900 scholieren van klas 2 en 3 van het vmbo die les hebben gehad met het pakket, blijkt dat bijna 90% van de scholieren het lesmateriaal leuk, leerzaam en herkenbaar vindt. Voordat de lessen plaatsvonden, durfde 64% van de scholieren condooms te kopen en had 26% daadwerkelijk ooit condooms gekocht. Na de lessen durft 73% van de scholieren condooms te kopen en heeft 34% ze daadwerkelijk gekocht. Ook het aantal scholieren dat condooms bij zich heeft (een belangrijke voorwaarde voor condoomgebruik), is toegenomen. Voor de lessen droeg drie op de tien leerlingen een condoom bij zich. Na de lessen is dat vier op de tien leerlingen. Het voornemen om condooms te gebruiken is eveneens versterkt na de lessen. Andere positieve effecten zijn dat de lessen ervoor zorgen dat jongens en meisjes zich beter in staat voelen om grenzen en wensen op het gebied van seksualiteit aan te geven. De scholieren hebben meer kennis over seksualiteit en zijn zich bewuster van de risico's

die ze lopen op infectie met soa/hiv en ongewenste zwangerschap. Hun tolerantie ten aanzien van mensen met hiv is toegenomen, ze hebben een positievere houding ten aanzien van homoseksualiteit en zijn opener gaan denken over rolpatronen van jongens en meisjes die bij seksualiteit een rol spelen.

Implementatie: Het herziene lespakket is op scholen ingevoerd aan de hand van een systematisch ontworpen implementatiestrategie. Stichting SOA-Bestrijding, NIGZ, GGD Nederland en TNO Preventie en Gezondheid hebben gezamenlijk een trainings- en begeleidingsaanbod ontwikkeld voor GGD'en en scholen. De landelijke organisaties trainen en begeleiden de GGD'en, die op hun beurt de werving, training en begeleiding van de scholen op zich nemen. Deze implementatiestrategie is uitgevoerd in het kader van het zgn. SLIM-project (Systematische landelijke implementatie van het lespakket "Lang Leve de Liefde"). In totaal hebben meer dan de helft van de GGD'en en ongeveer 275 docenten meegedaan aan het SLIM-project. Uit het door TNO-PG uitgevoerde implementatieonderzoek kwam naar voren dat GGD'en enthousiast zijn over het lespakket en de voorgestane werkwijze met scholen. De trainingen werden goed bezocht door docenten, en docenten waren ook zeer tevreden over de overige geboden begeleidingsactiviteiten. Deze begeleidingsaanpak heeft ertoe bijgedragen dat docenten positieve verwachtingen ontwikkelden over de haalbaarheid van de leerdoelen van het lespakket en over de reacties en steun van collega's en leerlingen. Daarbij achten begeleide docenten zich nadien bekwaamer dan niet-begeleide docenten om de verschillende lesactiviteiten uit te voeren. Dit alles leidt ertoe dat begeleide docenten het lespakket beter invoerden op school en als gevolg een grotere leerwinst bij hun leerlingen bereikten dan niet-begeleide docenten. De waardering van het lespakket door docenten is in het algemeen groot. De praktische bruikbaarheid van het pakket wordt hoog geacht. De docenten zijn bovendien zeer positief over de mate waarin het lespakket aansluit bij de ervaringen en de belevingswereld van leerlingen.

In 2001 zijn 65.000 leerlingenboekjes van het lespakket Lang Leve de Liefde verspreid. Deze zijn met name gebruikt door docenten die deelnamen aan het onderzoek

Toekomst: Om de implementatie van het lespakket ook op grotere schaal veilig te stellen is het nodig om het SLIM-project te continueren. Indien de ondersteuning van de landelijke organisaties wegvalt is de kans groot dat de GGD'en en docenten hun aandacht voor het lespakket verliezen. Gezien het feit dat het een effectieve preventieve aanpak betreft waarbij een goede implementatiestructuur reeds voor handen is, is blijvende aandacht gewenst. De in de eerste leerjaren gegeven voorlichting moet in de hogere leerjaren een vervolg krijgen, afhankelijk van onder meer kennis en feitelijke ervaring van de leerlingen. Zonder gerichte follow-up van een eenmalige serie van zes lessen mag niet zonder meer verwacht worden dat de bereikte effecten als vanzelf beklijven. Hierover zijn de Stichting SOA-Bestrijding, NIGZ, GGD Nederland en TNO-PG nog in onderhandeling met het Ministerie van VWS.

7.3.2.2 *Safe Sex Files*

Beschrijving: Safe Sex Files is een cd-rom voor het studiehuis (bovenbouw van havo/vwo). De cd-rom bouwt voort op de ervaring met Lang Leve de Liefde, en richt zich op gedragsdeterminanten maar ook op kennis; op die manier past het bij de eindtermen voor het vak Biologie. De cd-rom is te gebruiken bij biologie en algemene natuurwetenschappen. De cd-rom is een uitgave van de Stichting SOA-Bestrijding (2001) en is ontwikkeld in samenwerking met leerlingen en docenten.

Effectiviteit: Er heeft geen effectevaluatie plaatsgevonden.

Implementatie: de implementatie volgt in grote lijnen die van het pakket Lang Leve de Liefde, maar is veel minder intensief. GGD-medewerkers worden getraind om op hun beurt leerkrachten te trainen. Inmiddels heeft ongeveer de helft van de GGD'en reeds

trainingen verzorgd. Het gestelde doel is dat alle leerlingen die biologie of algemene natuurwetenschappen volgen in de bovenbouw een eigen cd-rom krijgen, waarmee zij ook buiten de lessen aan de slag kunnen. De cd-rom wordt wel veel aangeschaft door scholen, maar de doelstelling is nog lang niet gehaald. De oorzaken hiervoor zijn niet bekend. Mogelijke knelpunten zijn de randvoorwaarden voor gebruik van de cd-rom (aanwezigheid van computers) en de kosten (5 euro voor één exemplaar, 4 euro bij afname van meerdere cd-roms tegelijkertijd (mondelinge mededeling Jos Poelman)). Een laatste knelpunt dient niet onvermeld te blijven: weerstanden bij leerkrachten.
Toekomst: De huidige verspreiding van Safe Sex Files wordt voortgezet.

7.3.2.3 *Grenzeloos verliefd:*

Beschrijving: Grenzeloos verliefd is een lespakket voor multiculturele klassen met jongeren van 14-18 jaar. Dit lespakket is een uitgave van NIGZ in samenwerking met de GGD Rotterdam.

Effectiviteit: Voor zover bekend is er geen onderzoek gedaan naar de effectiviteit van het lespakket.

Implementatie: De indruk bestaat dat het lespakket niet veel wordt gebruikt. Aangezien de herziene versie van Lang Leve de Liefde ook gericht is op multicultureel samengestelde klassen, de inhoud uitgebreider en de aanschafprijs lager is, bestaat het idee dat Grenzeloos verliefd hiervan veel concurrentie ondervindt.

7.3.2.4 *Codename Future*

Beschrijving: Codename Future is gericht op actieve deelname van jongeren aan het oplossen van problemen inzake veilig vrijen. De Stichting SOA-Bestrijding participeert in dit ontwikkelingsproject, dat beoogt maatschappelijke bewustwording en activering van jongeren te bevorderen. Jongeren bedenken onder begeleiding van een docent oplossingen voor maatschappelijke thema's (o.a. aids, soa en veilig vrijen) die uitvoerbaar zijn in hun directe omgeving en geënt zijn op hun eigen wensen en behoeften.

Effectiviteit: Er is weinig bekend over de effectiviteit van deze methode

Implementatie: Het project krijgt steeds meer een plek in het onderwijs. In 2001 hebben 750 leerlingen gekozen voor het thema aids, soa en veilig vrijen. De uitstraling is breder: leerlingen zetten projecten op en geven presentaties van hun werkzaamheden.

Toekomst: De stichting SOA-Bestrijding beraadt zich op blijvende deelname aan Codename Future. De aantallen leerlingen die bereikt worden middels deze methode zijn gering. Bovendien wil de Stichting SOA-Bestrijding steeds meer overgaan op echte jongerenparticipatie, dat wil zeggen: jongeren betrekken bij het beleid. Op dit moment worden jongeren ingezet bij het ontwikkelen van een meerjarenplan.

7.3.2.5 *De jongens en de meisjes, voorheen: Lavinia*

Voorlichting via een theatervoorstelling vooral gericht op leerlingen in het voorbereidend beroepsonderwijs. De voorstelling is geëvalueerd, maar de resultaten daarvan konden niet meer in dit rapport verwerkt worden.

7.3.3 *Projecten gericht op jongeren in de marge*

7.3.3.1 *Ja, ik wil ... veilig vrijen en Seks, vertel mij wat*

Beschrijving: Voor lager opgeleide jongeren in de buitenschoolse setting is het pakket 'Ja, ik wil ... veilig vrijen' ontwikkeld (Stichting SOA-Bestrijding in nauwe samenwerking met diverse andere instellingen en functionarissen (NIZW, jeugdconsulenten, jongerenwerkers, jongeren etc.)). Dit pakket kan als basis worden

aangeboden aan jongeren. Een eventueel vervolg hierop is het werkboek 'Seks, vertel mij wat' (Rutgers Consult). De projecten worden gegeven in buurt- en clubhuizen. Jongerenwerkers die nog geen of weinig ervaring hebben met het geven van voorlichting over veilig vrijen, worden trainingen aangeboden. Deze trainingen worden georganiseerd door de Stichting SOA-Bestrijding en in nauwe samenwerking met regionale GGD'en opgezet en uitgevoerd. In buurthuizen worden veel materialen verspreid (stripboekjes, krasloten).

Effectiviteit: Er is geen kennis over de effectiviteit van de beide pakketten.

Implementatie: De Stichting SOA-Bestrijding was voornemens in 2001 te onderzoeken in hoeverre het pakket 'Ja, ik wil ... veilig vrijen' bekend is in het jeugdwerkwijk en in hoeverre het gebruikt wordt. Dit onderzoek heeft niet plaatsgevonden. In 2001 zijn twee trainingen gegeven rond het pakket 'Ja, ik wil ... veilig vrijen' voor 35 deelnemers (jaarverslag Stichting SOA-Bestrijding 2001). Het is moeilijk om mensen in het jongerenwerk te bereiken. Dit heeft te maken met de decentrale structuur van het jongerenwerk, met het grote verloop van jongerenwerkers en de moeilijke bereikbaarheid van de jongeren zelf. Een systematische aanpak is wenselijk maar niet eenvoudig te bereiken (mondelinge mededeling Jos Poelman). Probleem is ook dat het op buurthuizen vaak ontbreekt aan enig beleid voor dit onderwerp en dat de meeste aandacht daar uitgaat naar beheersbaarheid.

Over de implementatie van 'Seks, vertel mij wat' is weinig bekend. Gezien de ontwikkelingen bij Rutgers Consult is de kans groot dat hieraan geen aandacht meer wordt besteed.

7.3.4 *Strategieën gericht op jongeren in het uitgaanscircuit*

Beschrijving: Voor jongeren in het uitgaanscircuit zijn allerlei materialen ontwikkeld die de boodschap veilig vrijen over moeten brengen. Te denken valt aan infomaterialen (bierviltjes, drive-inshows,) en het digitale spel Rubber race.

De ondersteuning door Stichting SOA-Bestrijding van GGD'en bij het organiseren van activiteiten in het uitgaanscircuit, vooral daar waar allochtone jongeren komen, is stopgezet. In 2000 is voor GGD'en een draaiboek ontwikkeld voor het opzetten van voorlichtingsactiviteiten in het uitgaanscircuit. Daarnaast is een folder ontwikkeld voor eigenaren van uitgaansgelegenheden over de aanschaf van een condoomautomaat.

Effectiviteit: Over het effect van de gebruikte strategieën die zich richten op jongeren in het uitgaanscircuit is niets bekend.

Implementatie: Van de bierviltjes zijn in 2001 40.000 exemplaren verspreid (jaarverslag Stichting SOA-Bestrijding 2001). In hoeverre die bierviltjes jongeren bereiken is niet aan te geven, evenmin als het effect daarvan. Er zijn geen cijfers bekend over de verspreiding van de boodschappen die zich richten op de jongeren. Ook over de verspreiding van de folder voor eigenaren van uitgaansgelegenheden zijn geen cijfers beschikbaar, evenals niet bekend is in hoeverre het internetspel gespeeld wordt.

Het draaiboek voor GGD'en is onder alle GGD'en verspreid. In hoeverre het draaiboek ook daadwerkelijk wordt gebruikt is niet bekend. Er is een kleinschalig effectonderzoek gedaan door de Rutgers NISSO Groep. De resultaten daarvan konden in dit verslag niet meer verwerkt worden.

7.3.5 *Strategieën gericht op jongeren op vakantie*

7.3.5.1 *De vakantiecampagne*

Beschrijving: De vakantiecampagne van de Stichting SOA-Bestrijding is geïntegreerd in de massamediale Vrij Veilig Campagne (zie aldaar). Voor jongeren die op vakantie gaan is een paspoort ontwikkeld, dat jongeren aanspoort zich al voor hun vakantie voor

te bereiden op een eventuele vrijpartij. In 2001 heeft de Stichting SOA-Bestrijding een experimentele actie ondernomen in de vorm van een “inscriptparticipatie” in de tv-serie Costa!. Deze serie over vakantieeliefdes en kortstondige relaties werd uitgezonden tussen oktober en december 2001. Voor intermediairs zijn de volgende materialen beschikbaar: voor GGD'en is een draaiboek beschikbaar en er is een lesbrief voor docenten, een folder over condoomautomaten voor campinghouders en informatiematerialen voor reisorganisaties.

Effectiviteit: Omdat de vakantiecampagne onderdeel is van de breder opgezette Vrij Veilig Campagne, is over de specifieke effectiviteit van de vakantiecampagne weinig bekend (zie onder Vrij Veilig Campagne). De Universiteit van Maastricht heeft in samenwerking met de Stichting SOA-Bestrijding onderzoek gedaan naar het effect en de waardering van voorlichting via tv-drama. Het blijkt dat het moeilijk is de boodschap ‘veilig vrijen’ in een soapserie te verwerken. Voorwaarde is dat je vroegtijdig bij het scriptschrijven betrokken moet zijn. De rapportage over dit onderzoek verschijnt in 2002. Het paspoort wordt momenteel geëvalueerd. Een duidelijk effect van de campagne is dat zij elk jaar opnieuw erg veel extra media-aandacht genereert.

Implementatie: Het paspoort is in 2001 in een oplage van meer dan 100.000 exemplaren verspreid via diverse kanalen, zoals scholen, jongeren informatie punten (JIP's), drogisterijen, kledingzaken en jongerenfestivals (jaarverslag Stichting SOA-Bestrijding 2001). Het paspoort is in vrij korte tijd erg populair geworden. In hoeverre het paspoort ook echt gelezen en gebruikt wordt is niet bekend.

De serie Costa! werd door veel mensen bekeken. Ruim een half miljoen mensen heeft minstens één aflevering gezien, waaronder zo'n 100.000 jongeren tussen de 13 en 19 jaar (jaarrapport Stichting SOA-Bestrijding 2001).

7.3.6 *Overige activiteiten*

7.3.6.1 *Samen leven*

Samen leven staat voor ondersteuning door het NIGZ van GGD'en op het gebied van seksuele en relationele vorming. In 2001 is de ondersteuningsbehoefte van GGD'en onderzocht. In het kader van Samen leven worden themabijeenkomsten gehouden en is een methodiekboek uitgegeven. Over de implementatie hiervan zijn geen gegevens bekend. Over de aard en het aantal ondersteunings- en voorlichtingsactiviteiten die Samen leven-netwerken in de regio genereren is ook niets bekend.

7.3.6.2 *Landelijk netwerk jongeren in de marge*

Dit netwerk biedt ondersteuning en deskundigheidsbevordering aan intermediairs, zoals GGD-medewerkers en jeugdwelzijnswerkers. Er worden themamiddagen georganiseerd, o.a. over jeugdparticipatie en loverboys. Ook wordt een nieuwsbrief uitgegeven. De coördinatie van het netwerk ligt in handen van de Stichting SOA-Bestrijding.

7.4 **In ontwikkeling**

7.4.1 *Projecten gericht op jongeren in de marge*

7.4.1.1 *Meidenseks*

De Rutgers NISSO Groep heeft het draaiboek ‘Meidenseks’ ontwikkeld. Voor zover ons bekend dient de implementatie nog van start te gaan.

7.4.1.2 *Projecten gericht op jongeren in detentie*

Er is onderzoek uitgevoerd naar het risicogedrag van jongeren in justitiële instellingen. Dit heeft geresulteerd in een projectaanvraag bij het Aids Fonds. Over aantallen soa en zwangerschappen in deze groep zijn geen harde cijfers bekend.

In 2001–2002 is in opdracht van het ministerie van Justitie (de sector directie Justitiële Jeugdinstellingen) het pilotproject ‘gezondheidsvoorlichting binnen justitiële jeugdinstellingen’ opgezet en uitgevoerd. Binnen dit door het NIGZ gecoördineerde pilotproject verzorgt de Stichting SOA-Bestrijding het thema relaties/soa/hiv en seksualiteit. De volgende producten worden gerealiseerd: een themaboekje voor jongeren, een voorlichtingsmodule (inclusief handleiding) aan de hand waarvan groepsvoorlichting kan worden gegeven, een training/deskundigheidsbevordering om voorlichtings- en preventieactiviteiten uit te voeren en een protocol gezondheidsvoorlichting voor justitiële jeugdinstellingen als ondersteuning bij het realiseren van een voorlichtingsbeleid binnen de instellingen (1).

De verspreiding van de producten en trainingen moeten nog plaatsvinden. Het wachten is op het ministerie van Justitie.

7.4.2 *Projecten gericht op vluchtelingenjongeren*

7.4.2.1 *Vluchtelingenjongeren en seksualiteit*

In 1999 zijn behoeften naar seksualiteitsvoorlichting geïnventariseerd bij zowel vluchtelingenjongeren als hun intermediairs. Op basis van de uitkomsten is een Basis Training Seksualiteit met aanvullend aanbod (coaching, helpdesk en terugkomdag) ontwikkeld. In ontwikkeling is nu een ‘train-de-trainers’ cursus voor professionals die eerder hebben deelgenomen aan de Basis Training. Tijdens de trainingen leveren de deelnemers een bijdrage aan het ontwikkelen van een voorlichtingsprogramma voor de jongeren. In 2002 wordt samen met vluchtelingenjongeren het voorlichtingsprogramma vastgesteld.

Vluchtelingenjongeren en seksualiteitsvoorlichting is gericht op mentoren in kleine wooneenheden (kwe’s) en in asielzoekerscentra, (MOA) verpleegkundigen, voogden van de Stichting de Opbouw, en docenten van onderwijsinstellingen, beleidsmakers en op vluchtelingenjongeren tussen 15 en 18 jaar (Rutgers Nisso Groep in samenwerking met Pharos).

7.4.2.2 *De Liefde*

Organisaties die te maken hebben met de opvang, de begeleiding en het onderwijs van/aan vluchtelingenjongeren, signaleren vaak knelpunten op het terrein van seksualiteit. Vluchtelingenjongeren blijken op dat gebied een kwetsbare groep met een grote kennisachterstand. Er is behoefte aan voorlichtingsmethoden die bruikbaar zijn voor deze groep. Deze methoden moeten rekening houden met de leefsituatie en de specifieke achtergronden, zoals culturele diversiteit en een beperkte beheersing van de Nederlandse taal. Spelelementen en interactieve werkvormen lijken noodzakelijk. Het actief inschakelen van jongeren maakt dergelijke methoden effectiever. De forumtheater methode is gebruikt voor vijf theater voorstellingen van ‘De Liefde’ in Friesland. Om de opgedane ervaringen over te dragen, worden deze in een boek beschreven.

Het boek is direct bedoeld voor organisaties die educatief theater initiëren en/of uitvoeren: GGD’en, GVO-verpleegkundigen, opvangscholen, (jongeren-) theatergroepen, dramadocenten, sociaal en cultureel werk. De uiteindelijke doelgroep zijn vluchtelingenjongeren tussen 12 en 18 jaar. Het boek is net verschenen, maar kon in dit verslag niet meer verwerkt worden.

7.4.2.3 *Ondersteuning medische opvang asielzoekers*

Het project Ondersteuning medische opvang asielzoekers heeft tot doel (1) het ontwikkelen van een pakket waarmee de soa-/aidsbestrijding in asielzoekerscentra adequaat kan worden uitgevoerd en (2) het overdragen en de implementatie van het pakket. Het pakket beoogt zoveel mogelijk asielzoekers te informeren over soa en veilig vrijen, met als doel de verspreiding van hiv en soa tijdens en na het verblijf in het asielzoekerscentra te beperken. Daarnaast wordt gestreefd naar verbetering van de kwaliteit van leven van asielzoekers met hiv of soa door adequate verwijzing, behandeling en begeleiding. Ook verbetering van het maatschappelijk klimaat voor asielzoekers met hiv en soa in asielzoekerscentra behoort tot de doelstelling. Dit wordt bereikt door de kwaliteit van de hiv-testcounseling en soa-gesprekken met asielzoekers te vergroten. Het project richt zich primair op de medewerkers van de Medisch Opvang voor Asielzoekers (MOA) en secundair op de asielzoekers in asielzoekerscentra. Het betreft een pilotproject dat in eerste instantie is opgezet in twee regio's. Het project is een samenwerking tussen o.a. de Stichting SOA-Bestrijding en de MOA (website St. SOA-Bestrijding).

7.4.3 *Voorlichting via internet*

Stichting SOA-Bestrijding, Schorerstichting en de Universiteit Maastricht gaan via internet zogenaamde voorlichting op maat ontwikkelen, waarbij risicocommunicatie over soa/hiv centraal staat.

7.4.4 *Voorlichting via internet aan allochtonen*

De Stichting SOA-Bestrijding heeft in samenwerking met het EIC en maroc.nl de website soa.maroc.nl ontwikkeld. Vanwege de positieve reacties hierop wordt deze pilot uitgebreid. In het kader van deze activiteiten is een adviesgroep gevormd, bestaande uit vertegenwoordigers van de Marokkaanse gemeenschap. Tevens wordt een vergelijkbare site voor Turkse jongeren voorbereid.

7.5 **Voornemens**

7.5.1 *Algemeen*

De website van de Stichting SOA-Bestrijding zal zich meer op jongeren gaan richten.

7.5.2 *Projecten gericht op jongeren in het onderwijs*

7.5.2.1 *Basisonderwijs*

Voor het basisonderwijs wordt nagegaan of het nodig en mogelijk is reeds daar te beginnen met voorlichting over seksuele vorming en relationele ontwikkeling.

7.5.2.2 *Speciaal onderwijs*

Er is geïnventariseerd of speciaal materiaal nodig is voor het speciaal onderwijs. Naar aanleiding van de uitkomsten is een aanvraag in voorbereiding voor ontwikkeling van materiaal voor het speciaal onderwijs (mondelinge mededeling Jos Poelman, 2002)

7.5.2.3 *Mbo*

Voor het mbo bestaat geen specifiek materiaal. Gekeken wordt of dit nodig is en bij welk vak relaties en seksualiteit ondergebracht kunnen worden en om deze onderwerpen in de eindtermen opgenomen te krijgen.

- 7.5.2.4 *Hbo*
Ook ten aanzien van het hbo vindt een oriëntatie plaats van wat nodig en mogelijk zou kunnen zijn.
- 7.5.2.5 *W.o.*
Ons zijn geen plannen betreffende studenten van het w.o. bekend.
- 7.5.3 *Projecten gericht op allochtonen*
- 7.5.3.1 *Surinaamse en Antilliaanse jongeren*
De Stichting SOA-Bestrijding is gestart met de voorbereidingen van een interventie voor Surinaamse en Antilliaanse jongeren.
- 7.5.3.2 *Allochtone jongeren na een abortus*
Een project in samenwerking met de Rutgershuizen om allochtone jongeren na een abortus te bereiken. De meiden krijgen een strippenkaart waarmee ze twee of drie gratis consulten krijgen om ze informatie te geven of over anticonceptie of seksueel misbruik te praten.
- 7.5.3.3 *Ludiek Spel*
De Rutgers NISSO Groep heeft samen met het NIVEL een project in voorbereiding waarmee ze allochtone jongeren actief willen bereiken. Het wordt een ludieke interventie waarbij het NIVEL onderzoek gaat doen naar de factoren die een rol spelen bij de specifieke problemen van de allochtone jongeren.
- 7.5.3.4 *Oudereducatie voor allochtone jongeren*
De Rutgers NISSO Groep is bezig met het ontwikkelen van een interventie om ouders van allochtone jongeren handvatten te geven om seksualiteit te bespreken met hun kinderen.
- 7.5.4 *Projecten gericht op vluchtelingen*
- 7.5.4.1 *Vluchtelingenjongeren en seksualiteit op de ISK*
De Stichting Pharos voert samen met de onderzoeksafdeling van de Rutgers NISSO Groep een onderzoek uit of het mogelijk en haalbaar is om binnen een ISK-setting een methode seksuele voorlichting en vorming voor vluchtelingenjongeren en andere nieuwkomers te ontwikkelen en in te zetten, waarbij rekening wordt gehouden met de diversiteit van de doelgroep.
- 7.5.5 *Projecten gericht op homoseksuele jongeren*
De Schorerstichting heeft veel strategieën gericht op homoseksuele jongeren in voorbereiding. Enkele voorbeelden zijn peereducation Jongerenkringen, Netwerk jongerenprostitutie, condoomtraject, ondersteuning op het gebied van seksuele identiteit, versterken van jongerenculturen, stimuleren van onderzoek, coming-in-materiaal implementeren, e-dating (internetinterventies safe sex voor homomannen).
- 7.5.6 *Voorlichting via internet*
Stichting SOA-Bestrijding is voornemens in 2003 een interactieve website te starten en te evalueren die zich met name ook op jongeren zal richten.

7.6 Conclusies

Hoewel getracht is zo'n compleet mogelijk beeld te schetsen van de preventieactiviteiten voor jongeren zoals die momenteel in Nederland reeds bestaan, in ontwikkeling zijn of die men voornemens is te gaan ontwikkelen, zal het hier geschetste overzicht mogelijk niet uitputtend zijn. Temeer omdat regionale initiatieven moeilijk en niet snel toegankelijk te maken zijn.

Hoewel in het buitenland nog wel eens de indruk bestaat dat er in Nederland een omvattend preventieprogramma bestaat op het gebied van jongeren en seksualiteit, dient dat beeld op basis van dit overzicht genuanceerd te worden. De voorlichtinginterventies die beschikbaar zijn, zijn (met uitzondering van het lespakket Lang Leve de Liefde en de Vrij Veilig Campagne) niet of nauwelijks aan systematisch effect onderzoek onderworpen geweest. Bij afwezigheid van dergelijk onderzoek is moeilijk te schatten in hoeverre de verschillende initiatieven uiteindelijk bijdragen aan de seksuele gezondheid van jongeren.

Bovendien moeten de soms hoopvolle resultaten die geboekt worden met de gunstige uitzonderingen (zoals Lang Leve de Liefde en mogelijk onderdelen van de Vrij Veilig Campagne) bezien worden tegen de achtergrond van de aanwijzingen over de aard van de determinanten van het seksueel gedrag van jongeren. De veelal gewenste attitudinale en vaardigheidsdoelen vragen om de inzet van intensievere methodieken dan waartoe het instrument van de massamediale voorlichting in staat zal blijken of de aandacht die daaraan besteed kan worden in een eenmalige serie van zes lessen in de tweede klas van het vmbo.

Indien gedragsdoelen worden gesteld die moeten beklijven, zal meer nodig zijn. Waarschijnlijk ook meer dan wat door de tot dusver niet-geëvalueerde projecten is ontwikkeld. Temeer omdat het of gaat om tamelijk vluchtige contactmomenten (zoals de initiatieven voor het uitgaanscircuit) of omdat maar weinig jongeren bereikt worden (implementatieprobleem). Veel van de projecten blijken moeilijk implementeerbaar te zijn. Gericht onderzoek naar de voorwaarden voor implementatie in de beoogde setting, evenals vroegtijdige samenwerking met beoogde gebruikersgroepen, zal bijdragen aan een beter bereik van de uiteindelijk doelgroep.

Dat laat onverlet dat de kwaliteit van de interventies als eerste beoordeeld dient te worden tegen de achtergrond van onze kennis over de determinanten van het gedrag waar het om gaat. Tot dusver is het kennisbestand over de determinanten van het seksueel gedrag van jongeren nog tamelijk gering en mogelijk vertekenend. Voor die kennis kan worden teruggegrepen op de beide studies die verricht zijn t.b.v. Lang Leve de Liefde, althans voor zover het gaat om condoomgebruik ter preventie van soa en hiv. Echter, beide studies zijn gebaseerd op een zeer selecte steekproef (o.a. wat betreft leeftijd en onderwijsniveau) en verschaffen vanwege de crossectionele opzet geen inzicht in determinanten van verandering van gedrag. Dit laatste veronderstelt een longitudinaal design, waarvoor bij deze dan ook een aanbeveling wordt gedaan.

In dit overzicht is relatief weinig aandacht besteed aan allerlei websites die zich (mede) richten op dit onderwerp. Volgens allerlei bronnen worden deze sites druk bezocht. Weinig is bekend over hoe ze gebruikt worden, door wie, waarvoor en wat het effect ervan is. Onderzoek naar het gebruik van dergelijke sites zou interessante en belangrijke gegevens kunnen opleveren.

Het merendeel van de projecten richt zich met name op soa- en aidspreventie. Anticonceptie krijgt relatief weinig aandacht. Gegeven de stijging in het aantal tienerzwangerschappen en abortussen bij jonge vrouwen is dat een evident probleem dat met hoge prioriteit dient te worden aangepakt. Hulpverleners met wie wij spraken, signaleerden hier ook grote problemen: veel van de jongen vrouwen met wie zij te

maken krijgen weten te weinig over het correct gebruik van de pil en helemaal niets van alternatieven voor pil en condoom. Dit probleem knelt te meer daar de pilcontrole sinds een paar jaar is afgeschaft. Verder zijn deze hulpverleners ook bang dat de pilverstrekking door de huisarts, vooral door de overbelasting van deze groep, te zeer verworden is tot het simpel uitschrijven van een recept.

Stelselmatige voorlichting aan studenten in het w.o., ten slotte, lijkt goeddeels afwezig. Dat is vreemd omdat men ervan mag uitgaan dat het hier om een seksueel zeer actieve groep gaat. Zelfs als de veronderstelling waar zou zijn dat zij alles wel weten of kunnen opzoeken (en dat is lang niet zeker) dient men te beseffen dat voorlichting meer is dan kennis alleen.

8 Conclusies

8.1 Inleiding

In deze samenvatting worden per onderwerp de belangrijkste conclusies, suggesties en vragen puntsgewijs geformuleerd.

8.2 Zwangerschappen en abortussen bij tieners en jonge vrouwen

1. Het aantal geboortes bij tienermoeders in Nederland is relatief laag, maar neemt sinds 1995 duidelijk toe.
2. De toename doet zich voor bij allochtone, maar ook bij autochtone meisjes.
3. De toename vindt grotendeels plaats bij ongehuwde moeders.
4. Ook bij meisjes onder de 18 neemt het aantal geboortes toe.
5. Relatief veel tienerzwangerschappen worden aangetroffen bij meisjes van Surinaamse en Antilliaanse herkomst.
6. Turkse en Marokkaanse tienermoeders zijn veelal 18 jaar en ouder; verondersteld mag worden dat het hierbij meestal om gehuwde vrouwen gaat.
7. Bij hulpverleners bestaat de indruk dat het bij tienergeboortes vaak gaat om kinderen die niet ongewenst, maar ook niet echt gewenst zijn. De zwangerschap overkomt het meisje en dat accepteert die zwangerschap dan.
8. In zijn algemeenheid verdient het aanbeveling om het aantal tienerzwangerschappen te verlagen, zeker wanneer het gaat om ongehuwde c.q. niet-samenwonende meisjes, en wel om twee redenen: de kans op een negatieve zwangerschapsuitkomst is relatief groot en de geboorte zal de maatschappelijke en persoonlijke ontwikkeling van de moeder veelal sterk beperken.
9. De consequenties op langere termijn voor de ontwikkeling van het kind zijn in het kader van dit onderzoek niet onderzocht; niettemin gaan de onderzoekers ervan uit dat die vaak ook negatief zullen zijn.
10. De toename in het aantal geboortes kan niet verklaard worden door een afnemend aantal abortussen.
11. Het aantal abortussen bij in Nederland wonende vrouwen neemt sinds het begin van de jaren negentig toe.
12. Het aandeel van vrouwen jonger dan 25 jaar in het totaal aantal in Nederland uitgevoerde abortussen neemt sinds 1999 toe.
13. Het aandeel van vrouwen jonger dan 20 jaar in het totaal aantal in Nederland uitgevoerde abortussen neemt sinds 1999 eveneens toe.
14. Het aantal abortussen per 1000 vrouwen jonger dan 25 jaar neemt eveneens toe.
15. Relatief veel abortussen worden aangetroffen onder Surinaamse en Antilliaanse vrouwen.
16. Over de vraag of het bij jonge vrouwen ging om een abortus vroeg of later in de zwangerschap, konden nog geen gegevens verkregen worden.
17. Ook over anticonceptiegebruik bij jonge vrouwen voorafgaand aan de abortus konden nog geen gegevens verkregen worden.
18. De oorzaak van de stijging in het aantal zwangerschappen en abortussen bij jonge vrouwen en tienermeisjes kan niet met zekerheid aangewezen worden.
19. Het is niet waarschijnlijk dat bij tienermeisjes een vermindering van het pilgebruik als zodanig de oorzaak is; dit lijkt immers gestegen.

20. Mogelijk speelt verminderd pilgebruik bij jonge vrouwen van 20 tot en met 24 jaar wel een rol.
21. Hulpverleners zijn ervan overtuigd dat slordig of verkeerd pilgebruik een belangrijke factor is.
22. Ook medewerkers van telefonische hulpdiensten signaleren veel vragen die wijzen op een basaal gebrek aan kennis over anticonceptie.
23. Ook omdat anticonceptie in de bestaande voorlichting slechts beperkte aandacht lijkt te krijgen, pleiten de onderzoekers voor een betere voorlichting over de pil, het condoom en alternatieve anticonceptiemiddelen.
24. Die verbeteringen zouden moeten plaatsvinden in algemene campagnes, campagnes gericht op specifieke groepen, in het kader van de verstrekking van de pil en dergelijke. Ook zouden ruimere mogelijkheden tot individuele counseling geboden moeten worden.
25. Op welke wijze meer jongens ertoe gebracht kunnen worden hun verantwoordelijkheid te nemen, is goeddeels een open, maar daarom niet minder belangrijke vraag.

8.3 Soa en seksueel gedrag bij jongeren

26. Het aantal geregistreerde soa in Nederland neemt toe.
27. Die toename valt voor een deel toe te schrijven aan factoren als verbeterde registratie, toenemende testbereidheid en verbeterde testmethoden, maar deskundigen gaan ervan uit dat de toename in de geregistreerde gevallen voor een deel ook verklaard moet worden uit een toenemende incidentie.
28. Zelfs wanneer er geen sprake zou zijn van een feitelijke toename in incidentie, tonen recente cijfers over geregistreerde soa aan dat de situatie aanzienlijk ernstiger is dan een paar jaar geleden werd aangenomen.
29. In het kader van dit onderzoek konden geen gegevens verzameld worden die duidelijk aantonen dat er ook bij jongeren onder 25 jaar sprake is van een toename in het aantal geregistreerde soa.
30. Een zeer groot deel van de geregistreerde soa komt voor bij mannen en vrouwen tussen 20 en 24 jaar.
31. Een groot deel van de bij vrouwen geregistreerde soa komt voor in de leeftijdsgroep van 15 tot 19 jaar.
32. Het in vergelijking met de jongens relatief grote aantal geregistreerde soa bij meisjes tussen 15 en 19 jaar kan mogelijk voor een deel verklaard worden door factoren als een grotere testbereidheid en meer contacten met medische hulpverleners, maar weerspiegelt naar de mening van de onderzoekers waarschijnlijk ook een grotere prevalentie van soa; dit omdat meisjes vanaf ongeveer 16 jaar tot 18 jaar meer seksuele contacten hebben dan mannen uit die leeftijdsgroep; bovendien hebben zij relatief vaak seksuele contacten met mannen die aanzienlijk ouder zijn dan zij zelf.
33. Er zijn in Nederland geen harde gegevens voorhanden om ontwikkelingen in het seksueel gedrag van jongeren sinds 1995 vast te kunnen stellen.
34. Een vergelijking tussen gegevens van vbo/mavo-leerlingen in het onderzoek Jeugd en Seks 1995 en gegevens uit het Genesis-project geeft indicaties van mogelijke veranderingen die zich in de groep vmbo-leerlingen tot en met 16 jaar hebben voorgedaan.
35. Het percentage leerlingen dat ervaring heeft met geslachtsgemeenschap of anale gemeenschap, is in die groep waarschijnlijk gestegen.

36. Die stijging heeft zich waarschijnlijk met name voorgedaan in de groep van 11 tot en met 13 jaar en in de groep van West-Europese (inclusief Nederlandse) herkomst.
37. De relatieve frequentie van het gebruik van de pil bij de eerste geslachtsgemeenschap is waarschijnlijk niet veranderd in deze groep.
38. Het gebruik van het condoom bij de eerste geslachtsgemeenschap is in deze groep waarschijnlijk fors toegenomen.
39. Bekend is dat pil- en condoomgebruik na de eerste keer sterk kunnen veranderen, in die zin dat de pil het condoom verdringt; helaas konden pil- en condoomgebruik na de eerste keer niet goed vergeleken worden. Dit door methodologische verschillen in beide onderzoeken.
40. Over mogelijke veranderingen in determinanten van anticonceptie en soa-preventief gedrag konden geen betrouwbare gegevens verzameld worden.
41. Vooralsnog delen de onderzoekers de mening van een aantal hulpverleners dat condooms vooral gebruikt worden als anticonceptiemiddel en veel minder als een middel tegen soa.
42. De onderzoekers pleiten voor een regelmatige monitoring van seksueel gedrag en voor seksueel gedrag relevante gedragsdeterminanten.
43. Ter wille van consistentie in operationalisatie en methodologie zou die monitoring uitgevoerd moeten worden door een samenwerkingsverband van een aantal op dit terrein relevante instellingen.
44. Het belang van een longitudinale methodologie in het kader van onderzoek naar determinanten van gedrag en gedragsveranderingen is in Nederland schromelijk onderschat.
45. Daardoor wordt onvoldoende onderkend dat determinanten niet alleen gedrag beïnvloeden, maar ook de resultante zijn van gedrag.
46. Eveneens daardoor is het waarschijnlijk dat de rol van ouders in de ontwikkeling van seksueel gedrag wordt onderschat.

8.4 Jonge mannen die seks hebben met mannen (MSM)

47. Het aantal gevallen van soa bij MSM neemt toe. Dat betreft o.a. hiv-besmettingen, gonorrhoe en syfilis.
48. Gegevens uit het Cohortonderzoek tonen aan dat het hier ten minste voor een deel een stijging van de werkelijke incidentie is en niet alleen een stijging van het aantal geregistreerde gevallen.
49. Bij jonge MSM (<35) is met name gonorrhoe in opmars.
50. Het RIVM signaleert plotse lokale soa-epidemieën onder MSM.
51. Bij jonge MSM is sprake van een sterke stijging van met name anale gonorrhoe; dit wijst direct naar een toename in de frequentie van anale seks zonder (effectief) condoomgebruik.
52. Er zijn duidelijke aanwijzingen dat de beschikbaarheid van betere medicijnen tegen aids en de verminderde angst voor aids bij Nederlandse MSM leiden tot een toename van unsafe sex.
53. Zeer grote aantallen MSM, ook jonge MSM, hebben unsafe sex.
54. Zelfs als er zich geen veranderingen zouden hebben voorgedaan in de mate waarin MSM aan onveilige seks doen, moet toch verwacht worden dat de soa-incidentie verder zal toenemen; dit omdat het aantal besmette mogelijke partners groter is geworden.
55. Een toename van unsafe sex in een omgeving met een toenemende soa-incidentie kan leiden tot een explosieve stijging van het aantal besmettingen.

56. Internet lijkt een factor van grote betekenis te zijn in het tot stand komen van seksuele contacten tussen MSM, waarschijnlijk vooral bij jonge MSM.
57. Sekscontacten die via internet tot stand komen, vinden vaak thuis plaats; verwacht moet worden dat hierbij relatief vaak onveilige seks bedreven wordt.
58. De effecten van e-dating zijn niet zonder meer duidelijk. Het zou kunnen leiden tot een aaneenknoping van seksuele netwerken, maar ook tot een sterkere segregatie daarvan. Nader onderzoek naar dit verschijnsel is naar de mening van de onderzoekers wenselijk.
59. Waarschijnlijk is wel dat e-dating leidt tot een toename van riskante seksuele contacten.
60. De vraag of en wanneer seks met een vaste partner veilig is, dient opnieuw aan de orde gesteld te worden.
61. Preventie van soa onder (jonge) MSM moet een hoge prioriteit te krijgen.
62. De ervaring heeft geleerd dat een effectieve inspanning alleen kan indien instellingen op het gebied van preventie en organisaties uit de homowereld erin slagen goed samen te werken.
63. Gegeven onder andere de rol van internet bij het tot stand komen van seksuele contacten tussen MSM, mogen preventieve activiteiten niet beperkt blijven tot regio's met een (verondersteld) grote populatie van MSM of met een duidelijk aanwezige homo-infrastructuur.
64. De mogelijkheden die internet biedt voor soa-preventie verdienen veel aandacht.
65. Een website kan hoe dan ook slechts een van de onderdelen van een effectieve preventiestrategie vormen.

8.5 Stand van zaken bij asielzoekers

66. De (weliswaar beperkt) beschikbare gegevens en zeker de ervaringsgegevens van werkers in de opvang roepen sterk het beeld op van een groep die in seksueel opzicht buitengewoon kwetsbaar is. Het gaat dan om sterk verhoogde risico's op soa, ongewenste zwangerschappen, abortussen en negatieve ervaringen in de sfeer van seksueel geweld en intimidatie.
67. Er zijn nauwelijks betrouwbare gegevens over de prevalentie van soa bij asielzoekers.
68. Enigszins verouderde gegevens lijken de conclusie te rechtvaardigen dat het aantal abortussen onder asielzoekers en AMA's het aantal bij Nederlandse vrouwen overtreft.
69. De Stichting SOA-Bestrijding heeft inmiddels het initiatief genomen tot een project dat zich richt op een meer geïntegreerde aanpak van registratie, preventie en hulpverlening ten behoeve van de bestrijding van soa/hiv.
70. Op termijn zou de omvang van het probleem kunnen verminderen als gevolg van de al ingezette daling in de toestroom van asielzoekers in Nederland.
71. Dat laat onverlet dat de groep jonge asielzoekers niet verstoken mag blijven van kwalitatieve goede zorg en preventie op het gebied van hun seksuele gezondheid. De inzet daarvan dient weloverwogen tot stand te komen, rekening houdend met de specifieke (onzekere) omstandigheden waarin deze groep verkeert en de diversiteit in culturele herkomst.

8.6 Hulpvragen van jongeren

72. Voorzieningen die anoniem geraadpleegd kunnen worden door jongeren, zoals hulplijnen en internet, blijven een belangrijke functie vervullen en lijken in een toenemende behoefte te voorzien.
73. Het aantal gebruikers van de telefonische hulplijnen blijft constant of neemt af ten gunste van internet.
74. Met name van de aard en kwaliteit van de informatie die internet toegankelijk maakt, is geen goed overzicht te maken. Goede registraties ontbreken.
75. Onderzoek is gewenst naar (de determinanten van) het informatiezoekgedrag van jongeren bij vragen op het gebied van seksualiteit.
76. De vragen die jongeren hebben, veranderen met de leeftijd: bij de jongste groep (11-14-jarigen) domineren basale kennisvragen over de werking van het lichaam, bij de 15-20-jarigen gaat het over anticonceptie en relaties. Ook zijn er terugkerende vragen over seksueel misbruik.
77. Het valt hulpverleners op dat een groot aantal vragen gaat over basale kennis over de werking van het lichaam, het gebruik van de pil of het condoom, e.d. Volwassenen gaan er vandaag de dag ten onrechte van uit dat dergelijke basale informatie welhaast als vanzelf via de school of ouders bij de jeugdigen terechtkomt.
78. Er lijkt sprake van een stijgende de vraag naar medische hulpverlening, met als meest voorkomend: vragen over de morning-afterpil, de pil, vrouwelijke geslachtsorganen, uitstrijkjes, soa bij vrouwen en abortus.
79. Aangenomen wordt dat de huisarts in deze een belangrijke rol zou kunnen spelen, maar er bestaan twijfels over de mate waarin die rol in de praktijk uit de verf komt. Daarover zijn ook geen bruikbare gegevens gevonden. Onderzoek naar de feitelijke rol van de huisarts en mogelijke verbetering daarvan is gewenst.
80. De toegankelijkheid van de hulpdiensten is de laatste jaren verminderd, met name door de reorganisatie van de Rutgershuizen. De deels nieuwe voorzieningen die overbleven, zullen meer aan PR moeten doen vanwege hun geringere naamsbekendheid.
81. Er dient een dichter netwerk van persoonlijke hulpverlening/counseling gecreëerd te worden, met name rond de relatief jonge adolescent (bijv. in het kader van een geïntensiveerde samenwerking tussen de bestaande centra en de GGD). Bij een proactievare beleidskeuze zou gedacht kunnen worden aan een nauwere betrokkenheid van scholen (bijvoorbeeld in de vorm van open spreekuren van de JGZ/soa-verpleegkundigen).

8.7 Stand van zaken in preventie en hulpverlening

82. Er bestaan in Nederland vele initiatieven op het gebied van preventie, met name in het kader van de soa/hiv-bestrijding.
83. Het aantal initiatieven dat zich richt op goede anticonceptie is beperkt.
84. Preventieprogramma's voor de meest seksueel actieve leeftijdscategorieën zijn nagenoeg afwezig. Voor zover scholen aandacht besteden aan (onderdelen van) seksuele vorming, geschiedt dat overwegend in de onderbouw (leeftijd 12-15 jaar). Voor de bovenbouw in het voortgezet onderwijs zijn nauwelijks educatieve programma's ontwikkeld, en voor zover die wel ontwikkeld zijn (zoals "Safe Sex Files") zijn ze nooit op effectiviteit of implementeerbaarheid geëvalueerd.
85. Voor de periode na het voortgezet onderwijs, bijvoorbeeld voor het hbo of w.o., zijn voorbeeldprogramma's in het geheel afwezig.

86. Er wordt te weinig onderzoek verricht naar de effectiviteit van ondernomen preventie-initiatieven. De belangrijkste twee uitzonderingen zijn het lespakket “Lang Leve de Liefde” en (onderdelen van) de jaarlijkse Vrij Veilig Campagne.
87. De vraag naar de mate waarin de vele overige initiatieven bijdragen aan de preventie van seksuele risico's bij jongeren, blijft daardoor onbeantwoord.
88. Indien gedragsdoelen worden gesteld aan preventie en men de aard en het ontwerp van het bestaande aanbod in ogenschouw neemt, moeten we niet al te hoge verwachtingen koesteren over de effectiviteit ervan. Dit omdat de beoogde doelstellingen moeten worden bereikt binnen contactmomenten met een relatief korte tijdsperiode (zoals bij initiatieven voor het uitgaanscircuit of bij klassikale voorlichting in een zestal lessen) of omdat jongeren in het geheel niet worden bereikt (implementatieprobleem).
89. Veel van de bestaande preventieactiviteiten kenmerken zich door een groepswijze benadering, of het nu gaat om klassikale voorlichting op scholen of om massamediale voorlichtingspraktijken. Geen van de bestaande methoden voor primaire preventie biedt de mogelijkheid tot individuele counseling.
90. Door de reorganisatie van de Rutgershuizen zijn de mogelijkheden van (preventieve) counseling, een noodzakelijk te achten element in het geheel van preventie, drastisch gereduceerd.
91. De rol van de huisarts in de begeleiding van pilgebruik is waarschijnlijk veel minder intensief geworden.
92. Gezien de toename van recidive bij vrouwen die een abortus ondergaan, lijkt meer aandacht voor counseling na een eerste abortus aan de orde.
93. Het aantal plaatsen waar jongeren terecht kunnen voor anonieme hulpverlening en counseling is beperkt. Dat kan met name een probleem zijn voor het toenemend aantal jonge kinderen dat seks heeft.
94. Daarom zou nagegaan moeten worden of dat aantal uitgebreid zou kunnen worden, bijvoorbeeld in een samenwerking in enigerlei vorm van Rutgershuizen en GGD'en.
95. Aanbevolen wordt meer onderzoek te verrichten naar de effectiviteit van preventieve interventies waarvan op voorhand enige potentie mag worden verwacht.
96. Evaluatiecriteria dienen gebaseerd te zijn op sociaal-psychologische determinanten met een aantoonbare relatie tot het preventieve gedrag waarvoor de interventie ontwikkeld is. Zonder die kennis zal eerst systematisch inzicht in die determinanten verkregen moeten worden alvorens de effectiviteitsstudie uit te voeren.
97. Aanvullend onderzoek naar de voorwaarden voor implementatie in de beoogde setting, evenals vroegtijdige samenwerking met beoogde gebruikersgroepen, zal verder moeten bijdragen aan het maximaliseren van het bereik van de doelgroep.
98. Onderzoek naar de determinanten van seksueel risicogedrag wordt tot dusver voornamelijk beperkt tot veilig gedrag in de zin van condoomgebruik of gecombineerd gebruik van pil en condoom. Determinanten van een goede anticonceptie zijn slechts weinig onderzocht.
99. Onderzoek naar determinanten van seksueel risicogedrag dient bij voorkeur niet crosssectioneel maar longitudinaal te zijn opgezet. Alleen dan wordt inzicht verkregen in de factoren die verantwoordelijk gehouden kunnen worden voor *verandering* van gedrag.
100. Op allerlei plaatsen op het internet is informatie over seksualiteit beschikbaar, al dan niet specifiek voor jongeren. Over de vraag in hoeverre die voorzien in de behoefte van de doelgroep, wie van die websites gebruikt maak en waarvoor, bestaat weinig informatie. Nader onderzoek hiernaar lijkt aan te raden.