



Expertisecentrum
seksualiteit

SOAAIDS
Nederland

datum

16-2-2022

projectnummer

NL 1513 AA

auteurs

Titia Beek (Rutgers)
Joëlla van de Griend (Soa Aids Nederland)
Suzanne Meijer (Soa Aids Nederland)
Lisette Schutte (Soa Aids Nederland)
Ineke van der Vlugt (Rutgers)

copyright

© Rutgers en Soa Aids Nederland, 2022

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van Rutgers en Soa Aids Nederland.

opdrachtgever

Deze uitgave is geschreven in opdracht van het RIVM. Het betreft het achtergronddocument bij het Wat werkt-dossier seksuele gezondheid van jongeren in het onderwijs op www.loketgezondleven.nl

financier:

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)

Wat werkt dossier

School-gebonden interventies ter
bevordering van de seksuele gezondheid en
het seksueel welzijn van jongeren

Inhoud

Inleiding	3
1 Gezonde seksuele ontwikkeling en seksueel gedrag van jongeren	4
1.1 Definities	4
1.2 Cijfers over seksuele gezondheid	4
1.3 Trends in seksuele gezondheid	8
1.4 Determinanten van seksuele gezondheid bij jongeren	10
1.5 Gevolgen en impact van minder gezond of ongezond seksueel gedrag	13
1.6 Groepen met een verhoogd risico	14
2 Wat werkt ter bevordering van de seksuele gezondheid van jongeren in het onderwijs?	16
2.1 Toelichting op 'Wat Werkt'	16
2.2 Opmerkingen over het onderzoeksveld	17
2.3 Seksuele en relationele vorming	20
2.4 Kansrijke elementen van SRV	21
2.5 Wat weten we (nog) niet of is onduidelijk over wat werkt bij seksuele en relationele vorming?	31
2.6 Gezondheidsdiensten, schoolbeleid en sociale omgeving	34
2.7 Combinatie van interventies	37
2.8 Conclusie en kennislacunes	38
3 Bronnen	41
Bijlage 1 Zoekstrategie en afbakening	47
Bijlage 2 Schema inclusie wetenschappelijke literatuur (kansrijke elementen)	49

Dit is het achtergronddocument bij het 'Wat Werkt' dossier over de bevordering van de seksuele gezondheid van jongeren in het onderwijs (12 tot 21 jaar).

Scholen zijn een belangrijke setting om jongeren te bereiken. Sinds 2012 zijn scholen verplicht om aandacht te besteden aan seksualiteit en seksuele diversiteit, zoals vastgelegd in de Kerndoelen voor het onderwijs. Seksuele gezondheid is een zeer breed en complex thema. Er is gezocht naar wetenschappelijke literatuur dat zich breed richt op de bevordering van seksuele gezondheid en seksueel welzijn van jongeren in onderwijs. Hieronder valt ook preventie van seksuele gezondheidsproblemen zoals onbedoelde zwangerschap, soa/hiv en seksuele grensoverschrijding.

Hoofdstuk 1 beschrijft de laatste stand van zaken rond seksuele gezondheid en welzijn van jongeren, de oorzaken en gevolgen van seksuele gezondheidsproblemen, de ontwikkelingen en trends in de afgelopen jaren en de belangrijkste risicogroepen.

Hoofdstuk 2 beschrijft op basis van een literatuurstudie verschillende interventies die bijdragen aan de seksuele gezondheid van jongeren in het onderwijs. Wat weten we over effectiviteit van de interventies en wat zijn werkzame of kansrijke elementen? We beschrijven ook wat (waarschijnlijk) niet werkt en welke kennis nog ontbreekt. Daarnaast worden enkele voorbeelden gegeven van interventies die kansrijke elementen bevatten. Voor een compleet overzicht van (effectieve) interventies op het gebied van seksuele gezondheid, verwijzen we naar het overzicht van loketgezondleven.nl.

1 Gezonde seksuele ontwikkeling en seksueel gedrag van jongeren

We richten ons vooral op de seksuele ontwikkeling en het seksuele gedrag van jongeren van 12 tot 21 jaar. De seksuele ontwikkeling start weliswaar al eerder maar rond de puberteit komt dit in een stroomversnelling. Ze worden voor het eerst verliefd, gaan relaties aan, ontdekken hun seksualiteit en worden seksueel actief (Rutgers, 2016). Voordat jongeren seksueel actief worden is het belangrijk om jongeren te ondersteunen bij een gezonde seksuele ontwikkeling.

1.1 Definities

We beschrijven seksualiteit en seksuele ontwikkeling van jongeren vanuit een brede en positieve kijk op seksualiteit en niet alleen vanuit ziekte of risico's. Seksualiteit ontwikkelt zich vanaf de geboorte en is een wezenlijk onderdeel van het mens-zijn gedurende het hele leven. Seksualiteit is veel meer dan alleen seksueel gedrag. Het wordt geuit en ervaren in bijvoorbeeld gevoelens, gedachten, opvattingen, rollen en relaties. Het gaat over gender, seksuele identiteit en voorkeur, sekserollen, rolverwachtingen, rolgedrag, erotiek, plezier, intimiteit en voortplanting. Hoe iemand hierin staat wordt beïnvloed door biologische, sociale, economische, politieke, culturele, ethische, wettelijke, historische, religieuze en spirituele factoren (Rutgers, 2016, van WHO, 2006 (working definition)).

Seksuele gezondheid is een met seksualiteit verbonden toestand van fysiek, emotioneel, geestelijk en sociaal welzijn. Seksuele gezondheid is dus meer dan de afwezigheid van ziekte, disfunctie of beperking. Seksuele gezondheid wordt vooral vanuit een positieve benadering belicht met ruimte voor seksueel plezier. Seksualiteit en beperkt zich niet alleen tot de fysieke gezondheid, maar betreft ook emotionele en psychosociale elementen. Om seksuele gezondheid te bereiken en te behouden moeten de seksuele rechten van ieder mens worden gerespecteerd, beschermd en uitgevoerd. Dit betekent onder andere het vrij van dwang, discriminatie en geweld aangaan van seksuele contacten (Rutgers, 2016, van WHO, 2006 (working definition)).

Samenvattend is een gezonde seksuele ontwikkeling vrij van ziekte, ongemak of disfunctioneren en biedt ruimte aan plezierige en veilige seksuele ervaringen, zonder dwang, discriminatie en geweld. Voor een gezonde seksuele ontwikkeling is seksuele vorming in onderwijs belangrijk. Hiermee zijn jongeren beter voorbereid als ze seksueel actief worden en leren ze keuzes te maken waarin seksuele contacten gewenst, prettig en veilig zijn.

1.2 Cijfers over seksuele gezondheid

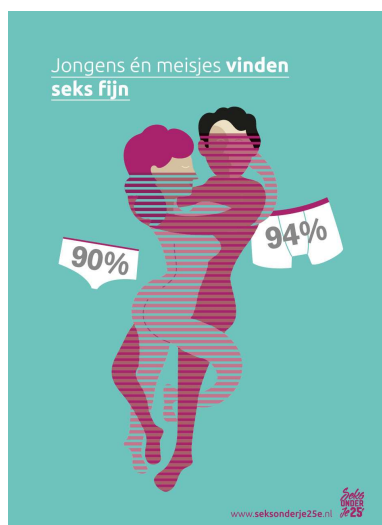
Seksuele gezondheid is een breed begrip en omvat veel thema's. Vanuit het perspectief van publieke gezondheid richten we ons op cijfers over seksueel plezier en cijfers over de drie belangrijkste gezondheidsproblemen 'onbedoelde zwangerschap', 'soa/hiv' en 'seksueel grensoverschrijdend gedrag'. Deze

gezondheidsproblemen zijn ook de pijlers van het 'Nationaal Actieplan soa, hiv en seksuele gezondheid' (David et al., 2018). Veel van de cijfers in dit dossier komen uit 'Seks Onder je 25', een representatief onderzoek onder Nederlandse jongeren in de leeftijd van 12 tot 25 jaar (De Graaf et al., 2017).

1.2.1 Seksuele ontwikkeling en seksueel plezier

Kinderen doorlopen vanaf de geboorte verschillende fasen in hun seksuele ontwikkeling en ontdekken bijvoorbeeld hun lichaam en worden verliefd. De seksuele ontwikkeling van de meeste jongeren verloopt stapsgewijs (De Graaf et al., 2017). In de leeftijd van 12 tot 15 jaar komt de ontwikkeling in een stroomversnelling en doen veel jongeren hun eerste ervaringen op met verliefdheid en relaties. In de adolescentie neemt de interesse in seks veelal toe (Rutgers, 2016). Van de 12- en 13-jarigen is acht op de tien wel eens verliefd geweest. Ook heeft ruim de helft al wel eens verkering gehad. Seksueel gedrag met anderen beperkt zich meestal nog tot (tong)zoenen en voelen en strelen onder de kleren: van de 14- en 15-jarigen heeft 41% ervaring met tongzoenen en 28% met voelen en strelen. Ook heeft 43% ervaring met masturberen. Naast lichamelijke ontwikkelingen die bij de puberteit horen, maken jongeren ook een ontwikkeling door op het gebied van relaties en genderidentiteit. In de periode van 15 tot 19 jaar worden relaties en seksuele contacten langzamerhand steeds intiemer. Seks gaat stapje voor stapje verder en veel jongeren doen in deze periode de eerste ervaringen op met vingeren en aftrekken, geslachtsgemeenschap en orale seks. Op 16- en 17-jarige leeftijd, heeft 42% van de jongeren ervaring opgedaan met aftrekken en vingeren en 35% met orale seks. De helft van de jongeren heeft geslachtsgemeenschap gehad als ze 18,6 jaar zijn, de andere helft dus niet.

Nederlandse jongeren zijn voornamelijk positief over hun seksuele ervaringen. Van de seksueel ervaren jongeren zegt 94% van de jongens en 90% van de meiden dat ze seks fijn vinden. Veel jongeren weten wat ze lekker vinden op het gebied van seks, namelijk 84% van de jongens en 78% van de meiden. Seksueel ervaren meiden zijn juist meer tevreden over hun seksleven dan jongens, namelijk 76% van de meiden tegenover 69% van de jongens (De Graaf et al., 2017).



1.2.2 Seksuele gezondheidsproblemen

Onbedoelde zwangerschap

Van de meiden tot 25 jaar is 3,4% wel eens zwanger geweest. Bij 2,4% was deze zwangerschap ongepland en bij 1,4% (ook) ongewenst. Bij een ongewenste zwangerschap speelt de keuze voor het uitdragen of afbreken van de zwangerschap een rol (Everaars et al., 2020). Ongeveer tien op de duizend jongeren heeft ooit te maken gehad met een abortus. Van de meiden met een abortuservaring geeft 59% aan er niet makkelijk over te praten en bijna de helft van deze meiden schaamt zich voor hun abortuservaring (De Graaf et al., 2017). In 2020 waren er 8490 zwangerschapsafbrekingen onder de 25 jaar (IG&J, 2021b). Het aantal tienermeiden (jonger dan 20 jaar) dat moeder werd, lag in 2020 op 1194, dit zijn er 2,4 per 1000 meiden van 15 tot 20 jaar (CBS, 2021a).

Soa en hiv

Een klein deel van de jongeren krijgt te maken met soa's. Van de seksueel ervaren jongens zegt 4% en van de meiden 8% ooit gediagnosticeerd te zijn met een soa (De Graaf et al., 2017). Belangrijk om te vermelden is dat deze cijfers op zelfrapportage gebaseerd zijn. De meest voorkomende soa in Nederland onder jongeren is chlamydia. Chlamydia werd in 2020 bij 9713 jongeren tot 25 jaar gediagnosticeerd door centra voor seksuele gezondheid, gonorrroe bij 1737 jongeren, genitale wratten bij 533 jongeren en hiv bij 25 jongeren. Het totaal aantal soa-gerelateerde episodes in totaal (door huisartsen geregistreerd) lag in 2019 op 20,8 per duizend jongeren onder de 25 jaar (Staritsky et al., 2020).

Seksueel grensoverschrijdend gedrag

Meiden maken vaker seksuele grensoverschrijding mee dan jongens; 17% van de jongens en 44% van de meiden tussen de 12 en 25 jaar heeft ooit wel eens meegemaakt dat iemand over hun grenzen ging, variërend van zoenen, betasten tot geslachtsgemeenschap tegen de wil. Gedwongen worden tot seksuele handelingen of seksuele handelingen tegen de wil (manueel, oraal, anaal of vaginaal) noemen we seksueel geweld. Drie procent van de jongens en 14% van de meiden heeft dit wel eens meegemaakt (De Graaf et al., 2017).

Ook online komt grensoverschrijdend gedrag voor en ook daar maken jonge vrouwen dit vaker mee dan jonge mannen. Bijna 30% van de meiden van 16 tot 18 jaar maakte in een jaar tijd online seksuele intimidatie mee, en bijna 10% van de jongens. Bij de 18 tot 24-jarigen was dit respectievelijk 23% en 8%. Dit gaat over seksueel kwetsende opmerkingen, ongewenst naaktfoto's of seksfilmpjes sturen, aandringen op een date of aandringen op het toesturen van persoonlijke seksuele foto's of filmpjes (CBS, 2021b).

1.2.3 Seksueel beschermingsgedrag

Anticonceptiegebruik, condoomgebruik en testgedrag kan soa en ongewenste zwangerschap voorkomen. Hieronder wordt beschreven in hoeverre dit beschermingsgedrag aanwezig is bij jongeren.

Anticonceptiegebruik

De meeste jongeren (92% jongens en 94% meiden) beschermen zich goed tegen een zwangerschap als ze de eerste keer seksuele geslachtsgemeenschap hebben. Met de laatste partner ligt het gebruik van anticonceptie lager; dan gebruiken vier op de vijf jongeren altijd anticonceptie.

Twee derde van de seksueel ervaren meiden maakt gebruik van de anticonceptiepil. Het spiraaltje wordt door 11% van de meiden gebruikt (De Graaf et al., 2017).

Condoomgebruik

Het merendeel van de jongeren maakt bij de eerste keer geslachtsgemeenschap gebruik van condooms; ruim zeven op de tien. Bij latere seksuele contacten wordt er minder vaak een condoom gebruikt.

Negenentwintig procent van de jongens en 19% van de meiden heeft (altijd) condooms gebruikt met de laatste partner. Bij losse seksuele contacten is het condoomgebruik opvallend laag; bij onenightstands gebruiken vier op de tien jongeren geen condoom. De belangrijkste redenen voor jongeren om geen condoom (meer) te gebruiken zijn het gebruik van een ander anticonceptiemiddel, vertrouwen in de sekspartner en de overtuiging dat het met condoom minder lekker is (De Graaf et al., 2017).



Testgedrag

Meiden laten zich vaker testen op soa's dan jongens. Van de seksueel ervaren jongeren heeft 21% van de jongens en 34% van de meiden zich ooit laten testen op soa's (De Graaf et al., 2017). In 2020 hadden ruim 8500 jongeren tot 19 jaar een consult bij een Centrum voor Seksuele Gezondheid (CSG). Onder 20 tot 24-jarigen waren dit er aanzienlijk meer, ruim 41.500 (Staritsky et al, 2020).

1.3 Trends in seksuele gezondheid

1.3.1 Seksuele ontwikkeling en seksueel plezier

Jongeren zijn later seksueel actief dan twintig jaar geleden (Stevens et al., 2018). Ook in de periode 2012-2017 is een trend zichtbaar waarin de gemiddelde startleeftijd is gestegen voor alle soorten ervaringen met liefde en seks. In 2012 had op 17,1 jaar de helft van de jongeren geslachtsgemeenschap gehad, in 2017 was dit gestegen tot 18,6 jaar. Het is lastig om redenen voor deze verschuiving aan te wijzen. Mogelijke verklaringen zijn de druk om geen fouten te maken op seksueel gebied, de verschuiving van fysiek contact naar online contact en de verhoging van de alcoholleeftijd van 16 naar 18 jaar waardoor jongeren op latere leeftijd beginnen met uitgaan (Cense, 2018). Positief is dat de groep jonge starters (jongeren die voor hun 14^e voor het eerst geslachtsgemeenschap hebben) kleiner is geworden. Dit is gunstig omdat deze groep minder toegerust lijkt te zijn om veilig, prettig en gewenst seksueel contact te hebben (De Graaf et al., 2017).

Er zijn geen grote verschuivingen in seksueel plezier in de periode 2012-2017. Wel zijn er minder grote sekseverschillen tussen jongens en meiden in seksueel plezier in vergelijking met 2012 (De Graaf et al., 2017). Jongeren zijn positiever gaan denken over seks zonder relatie of liefde. In 2017 keurde 59% van de jongens en 44% van de meiden seks zonder verliefdheid goed, in 2005 was dat respectievelijk 37% en 25%. De meeste jongeren hebben zelf echter seks in een langdurige, vaste relatie. Het aandeel jongeren waarbij de meest recente seks plaatsvond in een monogame, vaste relatie is sinds 2012 wel afgenomen: bij jongens van 67% naar 55% in 2017 en bij meiden van 81% naar 65% in 2017 (De Graaf et al., 2017).

Online media spelen een grotere rol in het seksueel gedrag van jongeren. Zo ontmoette één op de zes jongeren de laatste sekspartner via online media, zoals een datingapp. Sinds 2012 is het aantal jongeren dat wel eens aan sexting doet gestegen. Eén op de acht jongeren heeft in het afgelopen half jaar een naaktfoto of seksfilmpje van zichzelf naar iemand anders gestuurd. In 2012 was dit bij jongens 6% en bij meiden 4% (De Graaf et al., 2017).

1.3.2 Seksuele gezondheidsproblemen

Onbedoelde en ongewenste zwangerschap

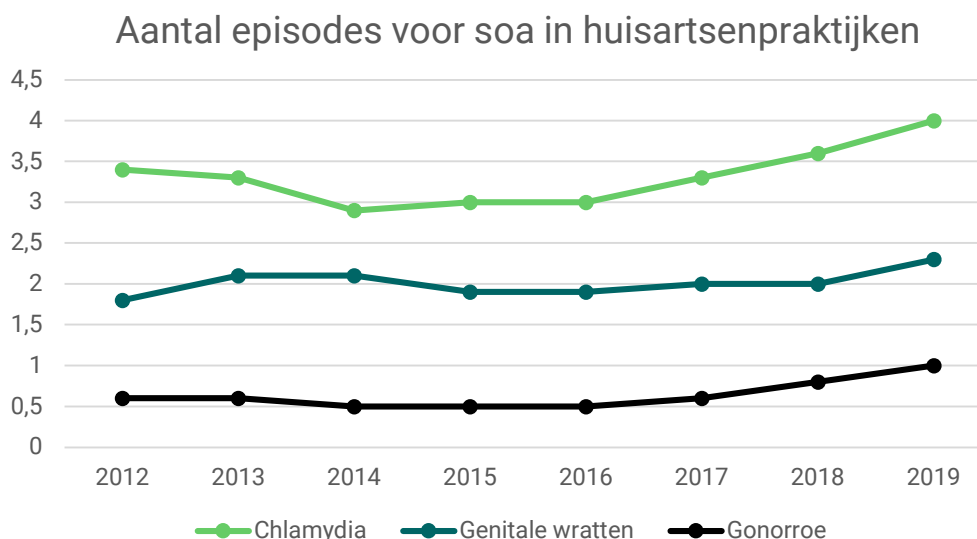
In tien jaar tijd is het aantal nieuwe tienermoeders gehalveerd, van 2365 in 2011 tot 1194 in 2020. In 2011 werden 4,8 op de duizend meiden tienermoeder, in 2020 was dit afgenomen tot 2,4 per duizend meiden van 15 tot 20 jaar (CBS, 2012; CBS, 2021a).

In de periode 2011-2019 is ook het aantal abortussen onder meiden en vrouwen (tot en met 24 jaar) gedaald. In 2011 kwam een abortus voor onder 8,65 van de duizend meiden van 15-19 jaar en 15,9 per duizend vrouwen van 20-24 jaar¹. In 2019 was het aantal zwangerschapsonderbrekingen gedaald tot respectievelijk 5,03 bij tieners en 12,41 per duizend jonge vrouwen (IG&J, 2013; IG&J, 2021a).

¹ De relatieve aantallen in 2011 zijn een inschatting. Het totale aantal abortussen in deze leeftijdsgroep is inclusief de zwangerschapsafbrekingen van vrouwen afkomstig uit het buitenland.

Soa en hiv

Het aantal jongens en meiden dat zelf aangeeft het afgelopen jaar een soa te hebben gehad, is in 2017 vergelijkbaar met 2012. Zowel in 2012 als in 2017 kreeg 2% van de seksueel actieve jongens een soa of hiv-diagnose in het afgelopen jaar. Voor seksueel actieve meiden was dit 2% in 2012 en 3% in 2017 (De Graaf et al., 2017). Het aantal door huisartsen gerapporteerde consulten per duizend inwoners tot 25 jaar laat voor de soa's chlamydia, gonorroe en genitale wratten een stijgende lijn zien in de periode 2012-2019, met name voor chlamydia (zie Figuur 1).



Figuur 1. Relatief aantal huisarts-episodes per duizend inwoners tot 25 jaar in de periode 2012-2019.

Seksueel grensoverschrijdend gedrag

Er is een lichte daling zichtbaar in het aantal jongeren dat is gedwongen tot seksuele handelingen, met name onder meiden. Twee procent van de jongens en 11% van de meiden geeft in 2017 aan dat ze ooit zijn gedwongen om iets te doen of toe te staan op seksueel gebied wat ze niet wilden. In 2005 was dat respectievelijk 4% en 18% (De Graaf et al., 2012; 2017).

1.3.3 Seksueel beschermingsgedrag

Anticonceptiegebruik

De pil is nog steeds de meest gebruikte methode, maar het gebruik van andere anticonceptiemethoden dan de pil is in opkomst. Pilgebruik onder seksueel ervaren meiden nam sinds 2005 af van 78% naar 64% in 2017. Het gebruik van andere vormen van anticonceptie (zoals het spiraaltje) door meiden steeg van 5% in 2005 naar 14% in 2017. De verschuiving van pil naar andere anticonceptiemethoden is positief te noemen, omdat meiden zorgvuldiger lijken te kiezen voor een methode die bij ze past en langwerkende anticonceptiemethoden daarnaast minder risico op gebruikersfouten met zich meebrengen (zoals het vergeten van de pil) (De Graaf et al., 2012; 2017).

Condoomgebruik

Condoomgebruik bij het eerste seksuele contact is gelijk gebleven sinds 2005, namelijk ruim zeven op de tien jongeren doet dit. Condoomgebruik bij latere seksuele contacten is sinds 2005 afgenomen, bij jongens van 34% naar 29% en bij meiden van 21% naar 19% (De Graaf et al., 2012; 2017).

Testgedrag

Het aantal seksueel actieve jongeren dat zegt in de afgelopen 12 maanden getest te zijn op soa en/of hiv, is tussen 2005 en 2017 stabiel gebleven op één op de acht jongens en één op de zes meisjes (De Graaf et al., 2012; 2017). Het aantal consulten bij een CSG laat een vergelijkbaar stabiel beeld zien. Dit aantal is voor jongeren van 15-19 jaar redelijk stabiel gebleven tussen 2011 en 2019 rond de 9000 per jaar. Het aantal consulten van 20-24-jarigen nam toe tot 2017 (tot ongeveer 58.000) en is daarna afgenomen tot ongeveer 48.000 in 2019. Vanwege de Covid-19 pandemie was het aantal consulten in 2020 voor jongeren tot 25 jaar aanzienlijk lager dan in eerdere jaren (Staritsky et. al., 2021). Zoals eerder is beschreven, is het aantal huisarts-episodes voor de meest voorkomende soa's wel gestegen, mogelijk gaan jongeren nu dus sneller naar de huisarts dan naar een CSG.

1.4 Determinanten van seksuele gezondheid bij jongeren

Seksuele gezondheidsproblemen kennen vele oorzaken die met elkaar kunnen samenhangen. Bij veel van de factoren is op basis van onderzoek niet te zeggen of het gaat om een causaal verband of om samenhang. De factoren zijn onder te verdelen in persoonlijke- en omgevingsfactoren. Sommige van deze factoren hebben invloed op of hangen samen met meerdere seksuele gezondheidsproblemen of gedragingen, zoals inconsequent condoomgebruik. Persoonlijke determinanten zoals kennis, attitude, sociale normen, zelf-effectiviteit en vaardigheden beïnvloeden seksueel gedrag van jongeren. Bijvoorbeeld het wel of niet gebruiken van condooms of anticonceptie, het wel of niet grenzen aangeven bij seksueel geweld of het wel niet over seksuele grenzen van de ander gaan. Seksueel gezond gedrag kan seksuele problemen voorkomen en bijdragen aan seksueel plezier. Ook determinanten uit de omgeving zijn van invloed. Het gaat altijd om een dynamisch proces en een samenspel van persoonlijke en omgevingsfactoren die van invloed zijn op seksueel gedrag. In de volgende paragrafen worden de determinanten besproken voor seksueel plezier, onbedoelde zwangerschap, soa/hiv en seksueel grensoverschrijdend gedrag.



Figuur 2. Relatie tussen determinanten en gezondheid

Seksueel plezier

De volgende factoren hangen positief samen met het ervaren van seksueel plezier:

- Praten over seksualiteit met een partner (De Graaf et al., 2017).

- Kennis over seksualiteit (De Graaf et al., 2017).
- Een permissieve attitude ten aanzien van seks (De Graaf et al., 2017).
- Een goed gevoel van eigenwaarde (De Graaf et al., 2017).

Onbedoelde zwangerschap

Over het algemeen komen in Nederland zwangerschappen onder tieners relatief weinig voor. Dit is mede te danken aan een open klimaat ten aanzien van (tiener)seksualiteit, goede toegang tot anticonceptiemiddelen en anticonceptiezorg, een brede relationele en seksuele voorlichting op school en een pragmatische, niet-moraliserende houding van ouders, leerkrachten en hulpverleners (Bachrach et al., 2012).

Persoonlijke factoren die samenhangen met de kans op een onbedoelde tienerzwangerschap:

- Een negatief zelfbeeld (Cense & Dalmijn, 2016).
- Traditionele rolopvattingen en stereotype genderideeën (Cense & Dalmijn, 2016).
- Ervaring met seksueel misbruik of seksueel geweld (De Graaf et al., 2017).
- Beperkte kennis over seksualiteit, het eigen lichaam, anticonceptie (Cense & Dalmijn, 2016).
- Beperkte weerbaarheid (Cense & Dalmijn, 2016).
- Een negatieve houding ten aanzien van anticonceptie en condoomgebruik (Cense & Dalmijn, 2016).
- Een lage risicoperceptie (Cense & Dalmijn, 2016).
- Lage zelfregie (Cense & Dalmijn, 2016).
- Een positieve houding tegenover zwangerschap (De Graaf et al., 2017).
- Een beperkt toekomstperspectief ervaren (Goenee et al., 2014)

Deze factoren dragen bij aan gedragingen die de kans op een onbedoelde zwangerschap vergroten, namelijk onzorgvuldig of geen anticonceptiegebruik tijdens geslachtsgemeenschap (Cense & Dalmijn, 2016).

De volgende omgevingsfactoren hangen samen met de kans op een onbedoelde zwangerschap:

- Thuissituatie: kwetsbare leefomstandigheden zoals armoede, emotionele verwaarlozing of mishandeling (Cense & Dalmijn, 2016; De Graaf et al., 2017).
- Tiernormers in de directe omgeving: zoals in de vriendengroep of familie (RIVM, z.d.-c).
- Afhankelijkheid van een partner, door bijvoorbeeld een leeftijdsverschil (Cense & Dalmijn, 2016).

Ook zijn er beschermende persoonlijke- en omgevingsfactoren die het risico op een tienerzwangerschap verlagen. Op persoonlijk niveau zijn dit: kennis over seksualiteit (De Graaf et al., 2017), de vaardigheid om duidelijk en effectief over wensen en grenzen te kunnen communiceren (Cense & Dalmijn, 2016; De Groot et al., 2015) en een positieve attitude tegenover anticonceptie (Cense & Dalmijn, 2016; De Groot et al., 2015). In de omgeving zijn de factoren seksuele voorlichting op school (De Graaf et al., 2017), meer praten over seks met de partner (De Graaf et al., 2017) en een warm opvoedingsklimaat thuis (Goenee et al., 2014) beschermend.

Soa/hiv

Persoonlijke factoren die samenhangen met het oplopen van soa/hiv zijn:

- Onvoldoende voorbereid aan seksueel contact beginnen (De Graaf et al., 2017).
- Lage risicoperceptie om soa's op te lopen (van Wees, 2020).
- Impulsiviteit (van Wees, 2020).
- Gevoelens van schaamte (van Wees, 2020).
- Attitudes met betrekking tot condoomgebruik (van Wees, 2020).
- De eigen gezondheid niet zo belangrijk vinden (van Wees, 2020).

De volgende gedragingen hangen samen met de kans dat iemand soa/hiv oploopt:

- Seks onder invloed van alcohol of drugs (De Graaf et al., 2017).
- Gemeenschap hebben met losse partners (De Graaf et al., 2017).
- Geen (goed) condoomgebruik (van Wees, 2020).

Beschermende factoren voor het opdoen van soa/hiv zijn (goed) condoomgebruik, informatie over seksualiteit op school en praten over seks met de partner. Het bij je dragen van een condoom is een belangrijke voorspeller voor het gebruik ervan (De Graaf et al., 2017).

Seksuele grensoverschrijding

Persoonlijke factoren die samenhangen met het meemaken van seksuele grensoverschrijding zijn:

- Een minder positief lichaamsbeeld (De Graaf et al., 2017).
- Een minder goede psychische gezondheid (De Graaf et al., 2017).
- Eerdere ervaringen met seksueel misbruik (De Graaf et al., 2017).
- Gebrekkige communicatieve vaardigheden in het aangeven van wensen en grenzen (De Graaf et al. 2017; Van Berlo & Ploem, 2018).

Het gaat hier niet altijd om een causaal verband. Een minder goede psychische gezondheid en een minder positief lichaamsbeeld kunnen ook het gevolg zijn van ervaringen met seksuele grensoverschrijding. Voor eerdere ervaringen met seksueel misbruik geldt dat uiteraard niet.

De volgende gedragingen hangen samen met het meemaken van seksuele grensoverschrijding:

- Seks onder invloed van alcohol of drugs (De Graaf et al., 2017).
- Dateren via een datingapp en ervaring met sexting (De Graaf et al., 2017).
- Seks vanuit niet-seksuele motieven zoals door eenzaamheid of tegen betaling (Van Berlo & Ploem, 2018).

De volgende omgevingsfactoren hangen samen met het meemaken van seksuele grensoverschrijding:

- Een thuissituatie met emotionele verwaarlozing of mishandeling (De Graaf et al., 2017).
- Het ervaren van groepsdruk (RIVM z.d.-d.).

Beschermende factoren voor het meemaken van seksuele grensoverschrijding zijn een hogere eigenwaarde, een betere psychische gezondheid en een positief lichaamsbeeld (De Graaf et al., 2017).

Een deel van de genoemde risicofactoren hangt ook samen met het *plegen* van seksuele grensoverschrijding. Tharp et al. (2012), onderscheiden twee

belangrijke overkoepelende factoren die samenhangen met ouderschap. Als eerste is dit de aanwezigheid en acceptatie van geweld. Een tweede overkoepelende factor is risicovol seksueel gedrag, ervaringen of attitudes.

Concluderend zien we dat er vele factoren op zowel persoonlijk als omgevingsniveau zijn die seksuele gezondheid positief dan wel negatief kunnen beïnvloeden of hiermee samenhangen. Welke factoren het meest belangrijk of invloedrijk zijn, is niet bekend. Het gaat om een complex samenspel van factoren in een dynamische sociale omgeving. Wel zien we enkele factoren die bij meerdere gezondheidsproblemen een rol spelen, zoals kennis over seksuele gezondheid, bepaalde attitudes, communicatievaardigheden en negatieve eerdere seksuele ervaringen.

1.5 **Gevolgen en impact van minder gezond of ongezond seksueel gedrag**

Gevolgen (onbedoelde) zwangerschap

Bij een onbedoelde zwangerschap wordt een tiener voor een lastige keus gesteld die stress met zich mee kan brengen, wat gevolgen heeft voor de (seksuele) gezondheid (Rutgers, 2018).

Tiernermoederschap kent enkele mogelijke gevolgen, zoals problemen met het volgen van een opleiding, financiële problemen, huisvestingsproblemen, psychosociale problemen en minder kansen om zich maatschappelijk te ontwikkelen (De Groot et al., 2015; Rutgers, 2018). Ook voor het geboren kind zijn er mogelijke gevolgen, zoals een grotere kans op perinatale sterfte, armoede en hechtingsproblemen (De Groot et al., 2015).

Het merendeel van de tieners die zwanger zijn, kiest voor een abortus (ongeveer twee derde (RIVM, z.d.-c)). Jonge vrouwen kunnen zowel positieve als negatieve gevoelens aan een abortus overhouden (Goenee et al., 2014). Een abortus op zichzelf verhoogt het risico op psychische aandoeningen niet (van Ditzhuijzen et al., 2017). Twee derde van de abortuscliënten staat achteraf helemaal achter de keuze voor een abortus, maar bijna de helft van de meiden met een abortuservaring schaamt zich hiervoor en meer dan de helft praat er niet gemakkelijk over (De Graaf et al., 2017). Het niet kunnen praten over een abortuservaring belemmert de verwerking ervan (Cense & Dalmijn, 2016).

Gevolgen soa en hiv

Een soa geeft niet altijd klachten. Sommige onbehandelde soa kunnen ernstige gevolgen hebben zoals verminderde vruchtbaarheid, onvruchtbaarheid, buitenbaarmoederlijke zwangerschap, ontstekingen en overige gezondheidsproblemen (RIVM, z.d.-a).

Gevolgen seksueel grensoverschrijdend gedrag

Seksueel geweld kan gevolgen hebben voor de lichamelijke, emotionele, psychische en seksuele gezondheid (Littleton et al., 2018). Het meemaken van seksueel grensoverschrijdend gedrag geeft daarnaast een grotere kans om dit nogmaals mee te maken of om zelf dader te worden van seksuele grensoverschrijding (Bicanic & De Jongh, 2016; De Graaf & Wijsen, 2017; De Haas et al., 2012). Hoe jonger een slachtoffer is, hoe groter de gevolgen kunnen zijn voor de mentale gezondheid. De gevolgen van online seksuele grensoverschrijding voor de mentale en emotionele gezondheid zijn

vergelijkbaar met die van fysieke seksuele grensoverschrijding (Van Berlo & Ploem, 2018).

Maatschappelijke gevolgen

Naast de individuele gevolgen van seksuele gezondheidsproblemen zijn er ook maatschappelijke gevolgen. Zo zijn er diverse kosten voor de gezondheidszorg (medische zorg, abortushulpverlening, soa-/hiv-behandeling, verloskundige zorg, traumahulp), politie en justitie (aangifte, opsporing en vervolging), productiviteitsverlies en de handhaving van veiligheid (controle en toezicht) (Blom, 2011 in NCJ, 2014). De zorgkosten aan soa/hiv gerelateerd voor 10-24-jarigen zijn jaarlijks meer dan dertig miljoen euro (RIVM, z.d.-a). De maatschappelijke kosten van seksuele kindermishandeling bedragen 1,2 miljard per jaar; van seksueel geweld breed worden die geschat op 2 miljard per jaar (Centrum Seksueel Geweld, z.d.; Speetjens et al., 2016;).

Concluderend zien we dat seksuele gezondheidsproblemen een behoorlijke impact kunnen hebben op individueel, sociaal en maatschappelijk niveau. De impact die gezondheidsproblemen op een jongere kunnen hebben, kunnen erg verschillen. Deze zijn deels ook afhankelijk van de veerkracht, weerbaarheid en het steunend netwerk van de jongere.

1.6 Groepen met een verhoogd risico

Er zijn enkele groepen die voor alle drie de gezondheidsproblemen (onbedoelde zwangerschap, soa/hiv en seksuele grensoverschrijding) een verhoogd risico lopen. Dit zijn:

- Vroege starters; jongeren die op 12-14-jarige leeftijd voor het eerst seksueel actief zijn. Zij lijken minder goed voorbereid te zijn om seksueel contact op een veilige en prettige manier aan te gaan. Dit is een kleine groep: 3% van de jongens en 2% van de meiden (De Graaf et al., 2017).
- Praktisch opgeleiden of jongeren zonder opleiding en leerlingen in het speciaal onderwijs (De Graaf et al., 2014; 2017).
- Personen met een migratieachtergrond, waaronder ook (minderjarige) vluchtelingen en asielzoekers (Hoogenboezem, 2015; RIVM z.d.-d; Rutgers, 2018).
- Jongeren met een verstandelijke beperking (RIVM, z.d.-d).

Vervolgens zijn er groepen die op één of twee van de besproken gezondheidsproblemen een vergroot risico hebben. Wanneer een groep een vergroot risico loopt op twee van de gezondheidsproblemen, wordt dit aangegeven met een '*'.

Onbedoelde zwangerschap

- Nederlandse jongeren met een Surinaamse of Antilliaanse afkomst* (De Graaf et al., 2017; De Groot et al., 2015).
- Jongeren met negatieve jeugdervaringen*, in de jeugdhulpverlening of in kwetsbare omstandigheden zoals multiprobleemgezinnen (De Graaf et al., 2017; De Groot et al., 2015, RIVM, z.d.-d.).
- Kinderen van tienermoeders (Rutgers, 2018).
- Zeer gelovige jongeren (RIVM, z.d.-d).

Soa en hiv

- Nederlandse jongeren met een Surinaamse of Antilliaanse afkomst* (RIVM, z.d.-d).
- Homo- en biseksuele jongens (Daas et al., 2018; De Graaf et al., 2017).

Seksuele grensoverschrijding:

- Vrouwen (CBS, 2021b; RIVM, z.d.-d).
- LHBT-jongeren (CBS, 2021b; RIVM, z.d.-d).
- Jongeren met negatieve jeugdervaringen* (RIVM, z.d.-d).

Concluderend zien we dat er enkele groepen zijn die extra aandacht behoeven als het gaat om het bevorderen van seksuele gezondheid van jongeren. Dit zijn jongeren die vroeg seksueel actief zijn, jongeren zonder opleiding, met een praktijkopleiding of in het speciaal onderwijs, jongeren met een migratieachtergrond (in het bijzonder met een Surinaamse of Antilliaanse achtergrond), jongeren met een verstandelijke beperking en jongeren met negatieve jeugdervaringen.

2 Wat werkt ter bevordering van de seksuele gezondheid van jongeren in het onderwijs?

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de literatuurverkenning naar werkzame elementen van interventies in het onderwijs om de seksuele gezondheid van jongeren (10 tot 21 jaar) te bevorderen. We richten ons op interventies voor jongeren vanaf het einde van de basisschool tot aan het middelbaar beroepsonderwijs (MBO). Er is naar nationale en internationale literatuur én wetenschappelijke en grijze literatuur gekeken. De focus in de verkenning lag op systematische reviews en meta-analyses van interventies gericht op bevordering van de seksuele gezondheid en seksuele vorming van jongeren in het onderwijs. Een gedetailleerde beschrijving van de zoekstrategie met in- en exclusiecriteria staat in bijlage 1. Een overzicht van het aantal geëxcludeerde artikelen en de reden ervan staat in bijlage 2.

We starten dit hoofdstuk met enkele kanttekeningen over de beschikbare onderzoeksliteratuur en onze zoektocht naar werkzame elementen (paragraaf 2.1 en 2.2). Vervolgens bespreken we in hoeverre er bewijs is voor de werkzaamheid van verschillende vormen van seksuele en relationele vorming (SRV) (paragraaf 2.3) en wat de kansrijke elementen hiervan zijn (paragraaf 2.4). Daarna beschrijven we wat we nog niet weten of wat onduidelijk is over de werkzaamheid van SRV (paragraaf 2.5). Vervolgens bespreken we wat er bekend is over de effectiviteit van interventies gericht op services, schoolbeleid en sociale omgeving (paragraaf 2.6) en welke combinatie interventies kansrijk zijn (paragraaf 2.7). Dit hoofdstuk sluit af met conclusies en een overzicht van kennislacunes (paragraaf 2.8).

De bevindingen vanuit de literatuurverkenning zijn voorgelegd aan een klankbord, bestaande uit professionals werkzaam voor of in het onderwijs op dit thema. Hun aanvullingen en opmerkingen komen terug in verschillende tekstvakken in dit hoofdstuk. Ook geven we in dit hoofdstuk voorbeelden van interventies die voldoen aan één of meerdere kansrijke elementen. De voorbeelden van interventies zijn te herkennen aan de paars gearceerde tekstvakken. Voor een volledig overzicht van erkende interventies verwijzen we naar loketgezondleven.nl

2.1 Toelichting op ‘Wat Werkt’

We zijn in de literatuur op zoek gegaan naar welke elementen bijdragen aan de effectiviteit van school-gebonden interventies ter bevordering van de seksuele gezondheid van jongeren. Het meeste onderzoek richt zich op effectiviteit: (in hoeverre) werken bepaalde onderwijsinterventies om de seksuele gezondheid van jongeren te bevorderen. Inzicht in *waarom* deze interventies werken krijgt minder aandacht. Dat gegeven, in combinatie met de veelomvattendheid van het brede thema seksuele gezondheid en het gebrek aan onderzoeken van goede kwaliteit (UNESCO, 2016), maakt het lastig om op dit moment met zekerheid vast te kunnen stellen wat de werkzame elementen zijn van interventies die seksuele gezondheid bevorderen in het onderwijs. In plaats van *werkzame elementen* gebruiken we daarom de term: *kansrijke elementen*. Vanuit

verschillende effectonderzoeken die gedaan zijn, komen namelijk wel meerdere overeenkomstige elementen naar voren waarvan aannemelijk is dat die bijdragen aan de effectiviteit van de interventie. Ook zijn er in enkele studies wel aanwijzingen voor effectieve elementen gevonden, maar gaat het om slecht één of enkele studies (en soms ook in een specifieke setting, bijvoorbeeld op scholen in achterstandswijken in New York), waardoor we nu nog niet kunnen concluderen dat het element werkzaam is. In combinatie met bevindingen en aanbevelingen vanuit grijze literatuur (bijv. rapporten van Unesco of Europese richtlijnen voor seksuele vorming) hebben wij zo een overzicht gemaakt van de meest kansrijke elementen van interventies in het onderwijs. Van deze elementen is het aannemelijk dat ze werken omdat meerdere auteurs bij de interventies vergelijkbare elementen noemen of omdat er eerste aanwijzingen voor effectiviteit zijn. Er is dus niet altijd sterke bewijslast vanuit de onderzoeksliteratuur. Per kansrijk element bespreken we de mate van bewijs voor effectiviteit. Voor een aantal elementen konden we stellen dat deze waarschijnlijk niet werken, namelijk wanneer in het overgrote deel van de onderzoeken geen effect is gevonden en auteurs hebben geconcludeerd dat dit element niet werkzaam was.

2.2 Opmerkingen over het onderzoeksveld

Het is complex om kwalitatief goed onderzoek te doen naar een breed en waardeafhankelijk onderwerp als seksualiteit en seksuele gezondheid onder jongeren en ook nog eens te kijken naar de impact en werkzame elementen van interventies ter bevordering van de seksuele gezondheid. Hieronder staan enkele kritische noties en de uitdagingen in het onderzoek over dit onderwerp. Hiermee zijn onze bevindingen beter op waarde te schatten.

2.2.1 Culturele en contextuele verschillen in (onderzoek naar) seksuele gezondheid van jongeren

Wat zouden jongeren moeten weten en leren over seks? En: wanneer vinden we dat jongeren seksueel gezond zijn? De antwoorden op dit soort vragen zullen verschillen wanneer je dit op verschillende plekken op de wereld, op verschillende type scholen of aan verschillende leraren vraagt. Als een interventie in het ene land effectief blijkt, betekent dat niet dat deze net zo effectief is in een ander land waar andere ideeën over seks leven. Waarden en normen over de seksualiteit van jongeren verschillen per context; ook in onderzoek komt dit terug. Er zijn contextuele verschillen in wat “gewenst” seksueel gedrag is. Binnen een bepaalde context (bijvoorbeeld binnen een land) zullen er hoogstwaarschijnlijk ook verschillen zijn tussen wat onderzoekers of docenten zien als “goed” of “gewenst” seksueel gedrag versus wat jongeren daar zelf over denken. Zo worden bepaalde seksuele gedragingen, zoals het hebben van verschillende sekspartners of seksueel actief worden op jonge leeftijd (of starten met seks als je nog niet getrouwd bent) vaak gezien als negatieve (ongewenste) uitkomstmaten, terwijl bijvoorbeeld de intentie om te wachten met seks (onthouding) door sommige onderzoekers als positieve (gewenste) uitkomstmaat beschouwd wordt. Het is de vraag of de jongeren zelf hier ook altijd zo naar kijken. Vanuit onderzoek weten we wel dat sommige seksuele gedragingen op jonge leeftijd meer risico's met zich meebrengen (zie hoofdstuk 2 van dit Wat Werkt Dossier). Dit betekent niet dat het voor elke

jongere beter is voor hun seksuele gezondheid, om niet of later te starten met seks. Vanuit jongeren geredeneerd lijkt het vooral belangrijk dat ze zich goed voorbereid voelen en vrijwillig kunnen kiezen voor gelijkwaardige en plezierige seksuele contacten met consent; of ze nou 17 of 19 jaar zijn en of ze veilige seks hebben met meer of minder partners, lijkt van ondergeschikt belang. Onveilig seksueel gedrag het niet gebruiken van condooms of anticonceptie tijdens seks, staat minder ter discussie: dat is voor iedereen een duidelijk voorbeeld van een negatieve (ongewenste) uitkomstmaat. In het vervolg van dit rapport zullen we waar mogelijk, expliciet maken op welk seksueel gedrag er resultaten zijn gevonden.

2.2.2 Hoe wordt seksuele gezondheid gemeten?

Seksuele gezondheid is een breed begrip en dat maakt het complex om te meten (zoals ook aangekaart in bijv. Haberland, 2015; Vanwesenbeeck, 2020). We zien dat onderzoekers vaak geïnteresseerd zijn in een subthema van seksuele gezondheid, zoals preventie van soa/hiv, of preventie van ongewenste zwangerschap. De positieve kanten van seksualiteit, zoals seksueel plezier of tevredenheid met het seksleven worden bijvoorbeeld zelden als uitkomstmaat gebruikt bij onderzoek naar de seksuele gezondheid. Onze literatuurverkenning leverde geen enkel artikel op met uitkomstmaten over de positieve kanten van seksualiteit. Veelal wordt in de effectstudies gekeken naar de problematische kanten van seksualiteit, zoals de prevalentie van onveilige seks, soa/hiv of onbedoelde zwangerschappen. Op seksuele gezondheid breed zijn er geen eenduidige uitkomstmaten. Het meeste onderzoek richt zich op prevalentie van gezondheidsproblemen (bijv. aantal soa-besmettingen), of op gedrag (bijv. gebruik van condooms of anticonceptie) en in ander onderzoek alleen op onderliggende determinanten van seksueel gezond gedrag (bijv. toename van kennis over anticonceptie en of attitudes ten aanzien van condoomgebruik). Zie ook paragraaf 1.4 en Figuur 2 waarin is beschreven hoe determinanten invloed kunnen hebben op gedrag, hoe gedrag weer invloed kan hebben op gezondheidsproblemen en hoe een gebrek aan gezondheidsproblemen wijst op een betere seksuele gezondheid. Het sterkste bewijs voor een effectieve interventie vormt bewijs op het niveau van de gezondheidsuitkomst (namelijk: de seksuele gezondheid van jongeren) en daarna komt bewijs op het niveau van (afname van) gezondheidsproblemen, gevolgd door gedragsmaten en tot slot de determinanten. Hoe verder de uitkomstmaat van de uiteindelijke gewenste gezondheidsuitkomst (namelijk: de seksuele gezondheid van jongeren) af is, hoe kleiner het bewijs dat deze interventie daadwerkelijk effectief is; zo is het bekend dat een interventie die zich louter richt op verandering van gedragsintenties lang niet altijd voorspellend is voor daadwerkelijk seksueel gezond gedrag (zie bijvoorbeeld Sheeran, 2002). Ook het vergroten van kennis is onvoldoende voor een daadwerkelijke gedragsverandering.

Onderzoek naar effectiviteit van interventies over seksuele gezondheid onder jongeren is extra gecompliceerd omdat nog niet alle jongeren die een interventie krijgen seksueel actief zijn. Als een jongere (nog) geen seks heeft met een ander, kunnen de onderzoekers niet vragen of deze jongere voor en direct na een interventie wel of niet effectief anticonceptie gebruikt (gedragsniveau); hiervoor is vaak een langere termijn onderzoek noodzakelijk. Daarom is het soms alleen mogelijk om bij effectstudies op determinantniveau te kijken, bijvoorbeeld de intentie om een condoom te gebruiken en of de attitude ten opzichte van onbeschermde seks. We beschrijven op welk niveau van uitkomstmaten (gezondheidsuitkomst; gedrag; en determinanten) de bevindingen betrekking hebben.

2.2.3 Beperkingen onderzoek

In de onderzoeken naar effectiviteit (en werkzame elementen) van interventies wordt veelal gebruik gemaakt van zelfrapportages om het gedrag van jongeren te meten. Zeker bij het meten van seksuele gezondheid onder jongeren dan sprake zijn van sociaal wenselijk antwoorden. Bovendien hangt zelfrapportage ook niet altijd samen met het daadwerkelijke gedrag en de gezondheidsuitkomsten (Haberland, 2015; Lameiras-Fernández, 2021). Jongeren kunnen bijvoorbeeld aangeven dat ze altijd een condoom gebruiken (zelfrapportage), omdat ze weten dat dit eigenlijk verstandig is, maar zullen dit in de praktijk misschien niet altijd doen (daadwerkelijke gedrag).

Bovendien is het methodologisch lastig om de seksuele gezondheid van jongeren ook op de lange termijn louter toe te kunnen schrijven aan het effect van een interventie in het onderwijs, omdat opvattingen, waarden en normen over seksualiteit en seksueel gedrag ook beïnvloed worden tijdens de omgang met leeftijdsgenoten, ouders en het gebruik van media (zie bijv. De Graaf et al., 2017).

Daarnaast geeft Kirby (2007) aan dat veel onderzoeken *underpowered* zijn. Dat wil zeggen dat de groepen vaak onvoldoende groot zijn om conclusies te kunnen trekken. Dat komt omdat er vaak naar subgroepen gekeken moet worden om effecten te meten (bijv. alleen jongeren die seksueel actief zijn of alleen meiden als het om zwangerschappen gaat). Daarnaast is er – net als in alle wetenschappelijke disciplines – het probleem van publicatiebias: als er significante resultaten gevonden worden is er meer kans dat de bevindingen gepubliceerd worden dan als er geen significante resultaten zijn.

2.2.4 Beperkingen in onze onderzoekaankpak

Vooraf is een zoekstrategie met een aantal inclusiecriteria opgesteld. Zo keken we in eerste instantie alleen naar systematische reviews en meta-analyses vanaf 2010. Het is mogelijk dat we relevant ouder of juist recent onderzoek gemist hebben omdat recent effectonderzoek nog niet meegenomen kan zijn in systematische reviews en meta-analyses. Een tweede beperking is dat we ons vooral hebben gericht op systematische reviews en meta-analyses. Daardoor konden we bij de data-extractie geen gedetailleerde informatie vinden over de kenmerken van de verschillende interventies. Soms werden in een studie ook meerdere type interventies besproken. Hierdoor konden we de interventies ook niet goed met elkaar vergelijken en was het lastig om werkzame factoren te

destilleren. Het was ook lastig te achterhalen vanuit welk theoretisch kader de interventie ontwikkeld was en of de interventie werd uitgevoerd door wel of niet getrainde professionals. Ook was het niet altijd mogelijk tot in detail te kijken naar de belangrijkste kenmerken en randvoorwaarden van de onderzochte interventies.

Daarnaast hebben we ervoor gekozen om in onze literatuurverkenning breed te kijken naar seksuele gezondheid en seksuele vorming en niet expliciet te zoeken op sub-thema's als seksueel plezier, preventie ongewenste zwangerschap, soa/hiv, seksueel grensoverschrijdend gedrag. Mogelijk hebben we daardoor relevante publicaties gemist. Tot slot: we hebben ons voor de wetenschappelijke literatuur beperkt tot Engelstalige publicaties en in eerste instantie alleen gekeken naar studies uitgevoerd in OECD-landen (landen met sterke economieën en een hoge Human Development Index (HDI; index voor levensverwachting, inkomen en opleidingsniveau)) die gezien worden als ontwikkelde landen en ook vergelijkbaar zijn met Nederland. Mogelijk zijn door deze afbakeningen (Engelstalige publicatie en OECD landen) relevante publicaties over het hoofd gezien. We hebben gebruik gemaakt meest relevante onderzoek databases maar hebben misschien minder bekende databases gemist. Voor details over de literatuurverkenning, zie bijlage 1.

2.3 Seksuele en relationele vorming

De meest voorkomende interventie om de seksuele gezondheid van jongeren te bevorderen in het onderwijs is seksuele voorlichting of seksuele en relationele vorming (SRV). Dit zijn educatieve programma's die collectief worden aangeboden op school en veelal als doel hebben jongeren te ondersteunen bij een gezonde seksuele ontwikkeling en seksueel gezond gedrag te bevorderen. Soms wordt alleen ingestoken op preventie van seksueel ongezond gedrag zoals soa, onbedoelde zwangerschap of seksueel geweld. In deze paragraaf bespreken we eerst de verschillen in vormen van SRV.

2.3.1 Insteek SRV

Er zijn globaal drie verschillende aanpakken van SRV, namelijk SRV gericht op geheelonthouding, op risico-preventie en op breed ingestoken/veelomvattende seksuele vorming (CSE). Soms lopen deze in elkaar over (Bonjour & van der Vlugt, 2018). We lichten eerst elke SRV aanpak toe en beschrijven dan wat we weten over effectiviteit en de werkzame elementen.

Abstinence-only (geheelonthouding) educatie

Dit is een vorm van SRV (vaak gestoeld op religieuze waarden) waar jongeren leren geen seks te hebben of -indien ze al seksueel actief zijn- geen seks meer te hebben tot aan het huwelijk. Er wordt geen educatie gegeven over bijvoorbeeld effectieve anticonceptiemethoden (Santelli et al., 2017). In Nederland wordt deze vorm van SRV waarschijnlijk niet vaak gegeven. Hoewel er uit enkele onderzoeken aanwijzingen komen dat educatie gericht op onthouding effectief kan zijn om onbedoelde zwangerschappen en soa/hiv besmettingen te voorkomen, wordt deze vorm van educatie afgeraden onder andere door de Wereldgezondheidsorganisatie en Unesco (Unesco, 2018). De belangrijkste reden is dat dit voor de meeste jongeren niet overeenkomt met de alledaagse realiteit: veel jongeren zullen vroeg of laat seks hebben en dan lijkt het verstandiger om hen goed voor te bereiden, hen de juiste tools aan te bieden

en te informeren over bijvoorbeeld veilige seks. Bovendien zijn er aanwijzingen uit meerdere onderzoeken dat *abstinence-only* interventies juist niet effectief en mogelijk zelfs schadelijk kunnen zijn voor jongeren, met name voor jongeren die al seksueel actief zijn, LHBTIQ+ jongeren en jongeren die seksueel misbruik hebben meegemaakt (Bonjour & van der Vlugt, 2018; Fonner et al., 2014; Heels, 2019; Kirby, 2008; Santelli et al., 2017; Underhill et al., 2007; UNESCO, 2018). Daarnaast raden veel onderzoekers het af om *abstinence-only* interventies te gebruiken (zie, Denford et al., 2017). Om deze redenen zullen wij in dit rapport verder geen aandacht besteden aan deze vorm van seksuele vorming.

Risico-preventie

SRV met een risico-preventie insteek richt zich specifiek op preventie van soa/hiv en/of onbedoelde zwangerschap (Bonjour & van der Vlugt, 2018). Risicopreventie programma's benaderen seksualiteit als iets negatiefs, kunnen angstaanjagend zijn en hebben vooral aandacht voor de risico's van seks.

Comprehensive sexuality education (CSE)/holistic sexuality education

Voor het gemak noemen we dit brede seksuele vorming. Deze vorm van SRV wordt door velen gezien als de beste en meest effectieve manier om seksuele gezondheid te bevorderen (bijv. Unesco, 2018; Vanwesenbeeck, 2020; WHO & BZgA, 2010) en wordt door Unesco (2018) als volgt gedefinieerd:

“een op het curriculum gebaseerd proces van onderwijzen en leren over de cognitieve, emotionele, lichamelijke en sociale aspecten van seksualiteit. Het streeft ernaar kinderen en jongeren toe te rusten met kennis, vaardigheden, attitudes en waarden die hen in staat stellen hun gezondheid, welzijn en waardigheid te realiseren; respectvolle sociale en seksuele relaties te ontwikkelen; inzicht te krijgen in hoe hun keuzes van invloed zijn op hun eigen welzijn en dat van anderen; en hun rechten te begrijpen en te kunnen beschermen gedurende hun hele leven.”

Bij CSE ofwel brede seksuele vorming, is er expliciete aandacht voor de positieve kanten van seksualiteit, zoals plezier. Volgens Unesco (2018) is goede CSE: wetenschappelijk accuraat, stapsgewijs, passend bij de leeftijd en ontwikkeling van de leerling, opgenomen in het leerplan, veelomvattend in inhoud en wordt ingezet over een langere tijd, gebaseerd op een mensenrechtenbenadering, op gendergelijkheid, cultureel relevant en aangepast aan de context, transformatief en erop gericht jongeren in staat te stellen om levensvaardigheden te ontwikkelen die nodig zijn voor het maken van gezonde keuzes.

2.4 Kansrijke elementen van SRV

We maken een verdeling in kansrijke elementen op niveau van:

1. de (voorbereiding van en) ontwikkeling van SRV.
2. de inhoud en vorm van de SRV.
3. implementatie en randvoorwaarden bij uitvoering van de SRV. Zie Tabel 1 met een overzicht van de kansrijke elementen.

Deze kansrijke elementen zijn gebaseerd op verschillende bronnen:

- Verschillende wetenschappelijke artikelen gevonden via de literatuurverkenning ($n = 19$).
- De Europese richtlijnen voor seksuele educatie (*Standards for Sexuality Education in Europe*; WHO en BZgA, 2010) en de bijbehorende instructies voor implementatie (WHO en BZgA, 2013).
- De *International Technical Guidance on Sexuality Education* van Unesco, UNAIDS, UNFPA, Unicef en de wereldgezondheidsorganisatie (2018)
- 32 Kansrijke elementen van schoolinterventies (Denford et al., 2017) op basis van een analyse van 56 systematische reviews.

De kansrijke elementen genoemd in de Europese en Unesco richtlijnen en Denford et al., (2017) zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en de mening van experts. Voor elk van de kansrijke elementen die we hieronder bespreken, hebben we de bewijskracht beschreven. Bij sommige elementen worden ter illustratie extra bronnen aangehaald, bijvoorbeeld rapporten van Rutgers of van de Inspectie van Onderwijs (grijze literatuur) of wetenschappelijke artikelen die de bevindingen uitdiepen of concreter maken.

Tabel 1. Overzicht van kansrijke elementen voor effectieve seksuele en relationele vorming

(Vorbereiding van) Ontwikkeling van	Inhoud en vorm	Implementatie en randvoorwaarden
Planmatig te werk gaan	Inzetten op sociaal-emotionele verbondenheid	Programmatrouw
Aansluiten bij de doelgroep en context	Inhoudelijk brede aanpak	Faciliterende (school)omgeving en een positief en veilig schoolklimaat
	Langdurig en intensief	Vaardigheden/expertise van de trainer/docent
	Participerende en activerende lesmethoden	
	Aandacht besteden aan gender en machtsverhoudingen	
	Op rechten gebaseerde SRV	
	Overige inhoudelijke aandachtspunten	

2.4.1 Vorbereiding en ontwikkeling van SRV

Door grote culturele en contextuele verschillen is er helaas geen *one size fits all* aanpak in SRV die overall toepasbaar is (WHO & BZgA, 2010). Daarom is het bij de voorbereiding en ontwikkeling van SRV belangrijk dat er planmatig te werk wordt gegaan en dat de interventie aansluit bij de doelgroep en context. Als aan deze voorwaarden niet wordt voldaan, is de kans klein dat de SRV effectief is.

Hieronder staan deze twee belangrijkste aandachtspunten voor de (voorbereiding van de) ontwikkeling van SRV nader toegelicht.

Planmatig te werk gaan

Om de kans zo groot mogelijk te maken dat SRV effectief is, wordt aangeraden om planmatig te werk te gaan bij de ontwikkeling ervan (Denford, 2017; Unesco, 2018; WHO & BZgA, 2010). Een planmatige aanpak houdt in dat SRV ontwikkeld is op basis van onderzoek, literatuur en theorie en dat de volgende stappen gevolgd zijn: 1) Behoeftesonderzoek 2) Gedragsdoelen stellen 3) Programma ontwerp (methode en praktische toepassingen selecteren) 4) Programma ontwikkelen 5) Implementatieplan 6) Evaluatieplan.

De planmatige aanpak wordt hieronder verder uitgelegd.

Bij de **voorbereiding en ontwikkeling** van SRV is het van belang is dat (Denford, 2017; Unesco, 2018; WHO & BZgA, 2010):

1. er van tevoren goed wordt gekeken naar de behoeften en middelen die de doelgroep heeft.
2. de beschikbare middelen (financiën, tijd en menskracht) voor interventieontwikkeling en – implementatie in kaart worden gebracht.
3. er een multidisciplinair team aan de interventieontwikkeling werkt, zoals experts op het gebied van menselijke seksualiteit, gedragsverandering en pedagogiek, maar – belangrijk - ook jongeren en hun ouders.
4. er een theoretisch kader of *logic model* opgesteld wordt met verandermechanismen.
5. de interventie aansluit bij de verandermechanismen die zijn opgesteld.
6. de implementatie aansluit bij de behoeften en problemen van de doelgroep.
7. de inhoud van de interventie aansluit bij de waarden en middelen van de doelgroep.
8. evaluatie van de interventie wordt ingepland en
9. alle materialen eerst worden getest (pre-test en *pilot test*)

De aanbevolen planmatige aanpak geeft ook handvatten voor de inrichting van de **inhoud van SRV** (Denford, 2017; Unesco, 2018). Het is van belang dat:

1. onderwerpen in een logische volgorde staan.
2. er meerdere meetbare gedragsdoelen en -uitkomsten worden beschreven.
3. mechanismen voor gedragsverandering worden beschreven en de interventie deze ook aanspreekt.
4. de interventie meerdere strategieën en methoden gebruikt om gedrag te veranderen en
5. er wordt geanalyseerd wat de beste vorm is: wordt SRV als losstaand onderwerp behandeld of juist geïntegreerd in andere vakken.

Intervention mapping is een voorbeeld van een methode die gebruikt kan worden om interventies planmatig te ontwikkelen (Eldredge et al., 2016).

Aansluiten bij de doelgroep en context

Een planmatige aanpak zorgt ervoor dat bij de interventieontwikkeling wordt gewerkt vanuit de behoeftes, wensen en kenmerken van de doelgroep en rekening wordt gehouden met de context. Om de slagingskans van SRV zo groot mogelijk te maken is het essentieel dat deze interventie goed aansluit bij de doelgroep: SRV moet passend zijn bij de leeftijd, seksuele ervaring, ontwikkelingsfase en cultuur van de doelgroep'. Jongeren moeten zich in het

lesmateriaal herkennen, bijvoorbeeld in foto's en illustraties die gebruikt worden (Denford, 2017; Unesco, 2018; WHO & BZgA, 2010). Nederlandse scholen noemden het ook belangrijk dat SRV goed aansluit bij de leefwereld van leerlingen, bijvoorbeeld door in te spelen op de actualiteit (Inspectie van het Onderwijs, 2016). Ook wordt aangeraden om interventies toe te spitsen op specifieke doelgroepen indien dat passend is (Denford, 2017).

Voorbeeld interventie – Lang Leve de Liefde

Lang Leve de Liefde is een voorbeeld van een planmatig ontwikkeld SRV-programma voor het voortgezet onderwijs. Het programma is planmatig ontwikkeld aan de hand van *Intervention Mapping*. Als eerste is met een behoefteonderzoek achterhaald welke gezondheidsproblemen spelen bij jongeren, wat de onderliggende factoren van deze problemen zijn en welke behoeften jongeren hebben. Als tweede zijn gewenste gedragsdoelen geformuleerd waar het programma zich op richt. Hierna zijn aan deze gedragingen (bijvoorbeeld consequent condoomgebruik) methodieken gelinkt om het gedrag te beïnvloeden (bijvoorbeeld informatieoverdracht en modeleren) en bijbehorende strategieën (bijvoorbeeld een condoom demonstratie of quiz). Als laatste stap in de ontwikkeling van het programma is het daadwerkelijke materiaal (zoals magazines en video's) opgesteld waarbij zo veel mogelijk is aangesloten bij de wensen en behoeften van verschillende doelgroepen leerlingen. Na de ontwikkeling van het programma zijn een implementatieplan en een evaluatieplan onderdeel van de planmatige aanpak. Het lespakket is ontwikkeld in nauwe samenwerking met docenten en leerlingen. Het is een breed lespakket waarin vele onderwerpen voorbijkomen met een positieve insteek: Seks is leuk als het prettig, veilig en gewenst is. Het lespakket voor het VMBO is het enige effectief bewezen lespakket op het gebied van seksuele vorming in Nederland.

Voorbeeld good practice aanpak in het voortgezet speciaal onderwijs

Lang leve de liefde voor het speciaal onderwijs, is een erkende interventie op het niveau goed beschreven. Bij de ontwikkeling van deze interventie is nauw samengewerkt met leraren en deskundigen werkzaam in het speciaal voortgezet onderwijs en is gebruik gemaakt van wetenschappelijke literatuur over de seksuele ontwikkeling van jongeren met een verstandelijke beperking. Ook is bij de inrichting van de lessen rekening gehouden met specifieke werkvormen die zijn afgestemd op de competenties en ontwikkelingsniveaus van leerlingen en waarvan uit literatuur blijkt dat dit het leren bevordert. Hierbij is tevens gebruik gemaakt van de leerlijn seksuele vorming voor het speciaal onderwijs en sluit aan bij het leerlingvolgsysteem. In de handleiding voor docenten in het vso is expliciete aandacht voor de fysieke en sociale omgeving, het schoolbeleid, signalering seksuele problematiek en de samenwerking met ouders.

2.4.2 Inhoud van seksuele en relationele vorming

Wanneer we kijken naar de inhoud van SRV gaat het om de vraag: wat moet er aan bod komen tijdens de lessen? En: welke werkvormen passen hierbij? Hieronder beschrijven we de kansrijke elementen met betrekking tot de inhoud en vorm van seksuele vorming. Een interventie met al deze kansrijke elementen maakt het meeste kans op succesvolle impact op de seksuele gezondheid van jongeren.

Inzetten op sociaal-emotionele verbondenheid

Uit een systematische review (18 effectstudies over 10 verschillende interventies) van Kedzior et al. (2020) komen aanwijzingen dat het belangrijk is dat SRV ook inzet op verbondenheid met anderen. “Verbondenheid” gaat zowel over een relatie (een connectie of band die jongeren hebben met andere personen die belangrijk voor hen zijn) als over autonomie (in hoeverre voelen jongeren dat hun individualiteit erkend en ondersteund wordt door andere personen die belangrijk voor hen zijn). Wanneer programma’s voor SRV zich - naast educatie op individueel niveau - ook richten op het vergroten van de verbondenheid met andere belangrijke personen binnen en buiten de school (bijv. ouders, leraren, partner, leeftijdsgenoten of met de school zelf) kunnen deze effectief zijn om de seksuele gezondheid van jongeren te verbeteren. Zo werd er in meerdere studies gevonden dat er na het volgen van SRV waar sterk werd ingezet op verbinding, minder tienermeiden zwanger waren geworden en minder vaak kinderen baarden dan meiden in de controleconditie (Kedzior, 2020). Er was geen verschil in tienervaderschap. Er werd ook een toename in anticonceptiegebruik en een vermindering van seksueel gedrag (minder vaak seksueel actief; iets latere startleeftijd; minder sekspartners) gevonden in meerdere studies (Kedzior, 2020). De vier meest succesvolle programma’s hadden als overeenkomst dat ze zich richtten op verbondenheid op meerdere vlakken, bijvoorbeeld zowel met leeftijdsgenoten als docenten op school of zowel met de partner als met de gemeenschap buiten de school. Hoewel niet *alle* programma’s die instaken op verbondenheid op meerdere vlakken effectief bleken, lijkt dit toch een belangrijk ingrediënt van een succesvolle interventie.

Inhoudelijk brede aanpak

We spreken van een inhoudelijk brede aanpak wanneer er tijdens SRV meerdere thema’s worden behandeld (bijvoorbeeld preventie soa, gelijkwaardige relaties, preventie onbedoelde zwangerschap, wensen en grenzen en seksueel plezier). Zo’n brede aanpak verschilt van een single focus aanpak waarbij de interventie zich specifiek richt op één thema (bijv. alleen preventie zwangerschap). Er zijn aanwijzingen dat dit effectief is voor de seksuele gezondheid van jongeren. Zo lieten Blank et al. (2010) zien dat interventies die zich richten op meerdere seksuele gezondheidsthema’s (4 studies van de 29 studies die in totaal waren meegenomen in de systematische review), bijvoorbeeld zowel de preventie van onbedoelde zwangerschap als de preventie van soa/hiv succesvol waren: jongeren hadden na de interventie even vaak seks als jongeren in de controlegroep, maar na de interventie was deze seks vaker beschermd/veilig. Interventies met een brede focus op seksuele gezondheid/welzijn kunnen dus effectief zijn om specifieke problemen (zoals soa besmettingen) te voorkomen. Verdere evidentie komt van Kontula (2010) een analyse maakte van een grote dataset met gegevens over Finse middelbare scholieren tussen de 13 en 15 jaar die SRV kregen: in dit onderzoek werden SRV programma’s als “goed” bestempeld indien deze minimaal 6 uur per jaar worden gegeven en veel verschillende onderwerpen bevatten (19 van de 26 mogelijke onderwerpen, zoals soa, daten, seksuele rechten, abortus of seks in de media); niet geheel verrassend werd gevonden dat jongeren meer kennis over seksuele gezondheid opdeden in deze intensievere en bredere programma’s dan jongeren die minder uren les en/of minder onderwerpen aangeboden kregen. Verdere evidentie komt uit de systematische review van Goldfarb et al. (2021) waarin gekeken werd naar de effectiviteit van SRV met een brede inhoudelijke

insteek. Alle studies over programma's die zich alleen richten op zwangerschap en/of ziektepreventie werden geëxcludeerd. Er bleven 80 kwalitatieve en kwantitatieve uitkomststudies over naar veel verschillende breed inhoudelijke programma's. Daarin werden positieve effecten gerapporteerd, met name op determinanten van gedrag zoals attitudes (bijvoorbeeld over seksuele diversiteit) kennis (bijvoorbeeld over seksueel geweld) en minder op gedragsuitkomsten.

Langdurig en intensief

Verschillende bronnen (Denford, 2017; Goldfarb et al., 2021; Unesco, 2018; WHO & BZgA, 2010) adviseren om intensieve en langdurige SRV in het onderwijs in te zetten. Ook wordt aangeraden om over meerdere leerjaren heen SRV-sessies te organiseren (Unesco, 2018; WHO & BZgA, 2010). Unesco (2018) geeft aan dat er positieve resultaten voor jongeren zijn gevonden van SRV-programma's die bestaan uit minimaal 12 sessies van ongeveer 50 minuten, en soms zelfs 30 sessies of meer. Na analyse van 140 effectstudies naar effectieve preventie van seksueel geweld, lieten DeGue et al. (2014) zien dat interventies met positieve resultaten zo'n 2 à 3 keer langer duurden (gemiddelde duur interventie: 6 uur) dan interventies die wisselende (gemiddelde duur interventie: 3,2 uur) of negatieve resultaten (gemiddelde duur interventie: 2,8 uur) lieten zien. Goldfarb et al. (2021) halen meerdere studies (kwalitatief, kwantitatief, systematische reviews en een meta-analyse) aan die het belang tonen van langdurige SRV die voortbouwt op wat er in eerdere leerjaren behandeld is. Hoewel het niet mogelijk is om met zekerheid vast te stellen hoeveel sessies of uren er minimaal nodig zijn voor effectieve SRV, ligt het wel voor de hand dat een eenmalige gastles minder kansrijk is dan bijvoorbeeld meerdere lessen in doorlopende leerlijn verspreid over meerdere jaren in het voortgezet onderwijs; uit onderzoek van Pound et al. (2017) bleek dat professionals die betrokken waren bij SRV een eenmalige gastles als onvoldoende (*bad practice*) beschouwden. Zij gaven echter ook aan dat gastlessen (van 1 dag) van externe docenten wel meerwaarde kunnen hebben als deze ingezet worden naast een doorlopende leerlijn SRV.

Participerende en activerende lesmethoden

Er wordt aangeraden om actieve lesmethoden en werkvormen te gebruiken waarbij kinderen en jongeren betrokken worden zodat ze de informatie goed in zich opnemen (Denford, 2017; Unesco, 2018; WHO & BZgA, 2010). Uit Fins onderzoek (Kontula, 2010) bleek dat het succes van SRV deels bepaald werd door het gebruik van participerende lesmethoden. In de praktijk blijkt dat *comprehensive* SRV al vaak participerende en activerende lesmethoden gebruikt: uit een survey naar het aanbod van SRV in Europese landen (Ketting et al., 2021) bleek dat er in alle 9 landen, waaronder Nederland, bij brede SRV over het algemeen standaard gebruik wordt gemaakt van participerende lesmethoden. In Europese landen waarin SRV niet *comprehensive* of breed wordt aangeboden, gebruikt men minder vaak (of af en toe) participerende methoden.

Aandacht besteden aan gender en machtsverhoudingen

Haberland (2015) vond in een systematisch review (22 studies) dat SRV-interventies die stilstonden bij gender en macht 5 keer effectiever waren dan SRV-interventies die geen aandacht aan deze thema's gaven: 80% van de interventies die aandacht hadden voor gender en macht leidden tot significant

minder soa-besmettingen of onbedoelde zwangerschappen, terwijl maar 17% van de interventies zonder aandacht voor gender en macht een significante afname liet zien. Er waren 22 studies geïnccludeerd, waarvan er 10 alleen in scholen, 2 deels in school en deels in een andere setting, 5 in klinieken, 4 in de gemeenschap en 1 in een andere setting. Kijkend naar alleen de 12 interventies die (in elk geval deels) op scholen plaatsvonden, bleek zelfs dat alleen de vier SRV-programma's die aandacht besteedden aan gender en macht leidden tot betere gezondheidsuitkomsten; bij alle acht schoolgebonden programma's die geen aandacht hadden voor gender en macht werden geen positieve gezondheidsuitkomsten gevonden. Ook Unesco (2018) en WHO (2010) adviseren aandacht te besteden aan gender. Belangrijk om in acht te nemen bij de interpretatie van deze bevindingen/aanbevelingen is dat hier in verschillende landen buiten Europa onderzoek is gedaan: 14 studies vonden plaats in de VS, 2 in andere landen met hoge inkomens (VK en Canada) en 6 in landen met midden of lage inkomens (China, Tanzania, Zuid-Afrika, Nigeria, Kenia en Zimbabwe). Gezien de verschillen in sociale economische contexten en genderverhoudingen tussen landen kunnen uitspraken over effectiviteit van interventies niet klakkeloos vertaald worden naar de Nederlandse context. Het is dus niet met zekerheid te stellen dat de aandacht voor genderrollen en machtsverhoudingen ook in Nederland, waar het relatief goed gesteld is met de gendergelijkheid (EIGE, 2020), net zo relevant en effectief is als in landen waar de genderongelijkheid groter is. Ondanks de relatieve gendergelijkheid in Nederland, zijn er ook hier belangrijke verschillen tussen jongen/mannen en meiden/vrouwen. Zo hebben vrouwen meer kans om slachtoffer te worden van seksueel geweld dan mannen (van Berlo & Ploem, 2018). Het is belangrijk dat interventies wegblijven van het idee dat meiden zich conform stereotype gendernormen zouden moeten gedragen; eerdere SRV-programma's zijn bekritiseerd omdat de seksualiteit van meiden vooral werd geschetst in termen van risico, gevaar en kwetsbaarheid, waarbij meiden de poortwachter waren van de "natuurlijke" seksuele driften van jongens (Vanwesenbeeck, 2020). In plaats daarvan wordt een op rechten gebaseerde aanpak aangeraden waarbij niet-seksistische attitudes en gedrag bij jongens en meiden wordt aangemoedigd met als doel het bereiken van veilige, consensuele, gelijkwaardige en wederzijds bevredigende relaties (Vanwesenbeeck, 2020).

Op rechten gebaseerde SRV

Goldfarb et al. (2021) beschrijven hoopvolle resultaten van SRV-programma's die op de rechten zijn gebaseerd (*rights-based sexuality education*). Dit is een opkomende benadering (ook aanbevolen door Unesco, 2018), waarbij seksualiteit, mensenrechten en gender verenigd worden met als doel om een gezonde seksuele ontwikkeling te bevorderen. In zo'n op rechten gebaseerde SRV ligt de nadruk op het benoemen en erkennen van fundamentele rechten van adolescenten op seksuele gezondheidsinformatie en -diensten, zelfbeschikking en non-discriminatie, waarbij ook reproductieve rechten centraal staan (Constantine et al., 2015).

Het meeste onderzoek naar de effectiviteit van SRV met een rechten-insteek is kwalitatief en kleinschalig opgezet (Goldfarb et al., 2015), maar er is ook een kwalitatief goede *randomized controlled trial* (RCT) uitgevoerd naar de effecten van een SRV-programma met een rechten-insteek in vergelijking met gangbare SRV die dat niet heeft (de korte termijneffecten zijn beschreven in Constantine et al., 2015; de lange termijneffecten na een jaar in Rorhbach et al., 2015). Deze RCT toont aan dat zo'n op rechten gebaseerde benadering kansrijk is.

Vergeleken met leerlingen die het controlecurriculum kregen, hadden leerlingen die het op rechten gebaseerde curriculum gevolgd hadden op korte termijn significant 1) meer kennis over seksuele gezondheid en seksuele gezondheidsdiensten 2) positievere attitudes over seksuele rechten 3) meer vertrouwen in zichzelf om goed om te gaan met risicovolle situaties en 4) meer communicatie over seks en relaties met ouders (Constantine et al., 2015). Er waren geen significante verschillen tussen de twee groepen voor communicatie met seksuele partners en de intentie om condooms te gebruiken. Ook een jaar later werden er positieve effecten gevonden van de op rechten-gebaseerde SRV (Rorhbach et al., 2015), namelijk op: kennis over seksuele gezondheid, attitudes over rechten in relaties, communicatie met partner, vertrouwen in zichzelf om goed om te gaan met risicovolle situaties, toegang tot gezondheidsinformatie en kennis over gezondheidsdiensten, het gebruik van seksuele gezondheidsdiensten, het bij zich hebben van een condoom. Er waren geen effecten voor ander gedrag, zoals bijvoorbeeld het hebben van onbeschermd seks zonder condoom en/of anticonceptie.

Het bewijs voor de effectiviteit is nog niet sterk: de resultaten zijn vooral op determinanteniveau (zoals kennis en attitudes) gevonden en het sterkste bewijs komt van een RCT over één programma dat uitgevoerd is in een specifieke populatie (lage SES, voornamelijk met een *hispanic/latino* achtergrond in Los Angeles, Verenigde Staten). Daarbij was er een belangrijk verschil de intensiteit van de interventie tussen de condities: de op rechten gebaseerde SRV duurde viermaal zo lang als de controle/gangbare SRV, waardoor ook de duur van het programma het verschil in effectiviteit kan verklaren. Desalniettemin lijkt een op rechten-gebaseerde SRV kansrijk.

Overige inhoudelijke aandachtspunten

Unesco (2018) adviseert verder (zonder duidelijk wetenschappelijk bewijs, maar op basis van input van experts uit het veld) dat SRV:

1. aandacht besteedt aan *consent* en levensvaardigheden.
2. wetenschappelijk accurate informatie bevat over hiv, soa, zwangerschapspreventie, vroege en onbedoelde zwangerschappen en de beschikbaarheid en methoden van anticonceptie.
3. specifieke risico- en beschermende factoren benoemt die effect kunnen hebben op bepaald seksueel gedrag.
4. uitlegt hoe jongeren kunnen omgaan met situaties die tot hiv of soa besmetting, ongewenste of onveilige seks of geweld kunnen leiden.
5. aandacht heeft voor individuele attitudes en normen van leeftijdsgenoten over alle vormen van anticonceptie.
6. informatie geeft over waar jongeren terecht kunnen voor (seksuele) gezondheidsvragen of -diensten.

Aanvullingen vanuit het werkveld

De klankbordgroep onderschrijft het belang van aandacht voor gender en machtsverhoudingen in seksuele vorming, ook in Nederland. Gelijkwaardigheid tussen jongens en meisjes laat nog te wensen over en seksueel grensoverschrijdend gedrag komt nog veel voor. Zo werd benoemd dat meisjes minder veilig over straat kunnen dan jongens en wordt er nog steeds met twee maten gemeten. Daarnaast vond de klankbordgroep het zinnig om genderstereotypen en rolverwachtingen te bespreken tijdens SRV. Jongens en meisjes gaan soms gebukt onder sterke sociale gendernormen met een dubbele seksuele standaard. Bijvoorbeeld voor een jongen is het

sociaal meer geaccepteerd als hij seksueel actief is en met verschillende meisjes seks heeft, terwijl hetzelfde gedrag door meisjes eerder wordt afgekeurd en betiteld als sletgedrag of anderszins. Daarnaast geeft de klankbordgroep aan dat het belangrijk is in een interventie ook aandacht te hebben voor de positieve kanten van seksualiteit.

2.4.3 Implementatie en randvoorwaarden bij SRV

In de literatuur kwamen een aantal factoren naar voren die betrekking hebben op implementatie van SRV: wat is er belangrijk bij het implementeren en uitvoeren van SRV en is de interventie volgens plan geïmplementeerd? (Denford, 2017).

Programmatrouw (*program fidelity en volledigheid*):

Om de effectiviteit van het programma te bevorderen, is het belangrijk dat de SRV uitgevoerd wordt zoals bedoeld, dat de duur en het aantal sessies gelijk blijft (programmatrouw) en dat alle onderdelen van het lespakket behandeld worden (Unesco, 2018). In de praktijk blijkt dit niet altijd te gebeuren. Leerlingen zijn soms niet aanwezig bij (alle) lessen, docenten slaan onderdelen over omdat ze deze minder belangrijk of te controversieel vinden, of door een simpel gebrek aan tijd (Vanwesenbeeck, 2020). Verder noemen docenten (wereldwijd, dus ook in ontwikkelingslanden) de volgende obstakels bij een correcte implementatie: SRV past niet goed in het rooster, lessen worden niet goed ingepland, er is geen goed materiaal beschikbaar, negatieve attitudes van de schoolmedewerkers, soms angst voor tegenwerking door ouders of andere docenten, te weinig geld of docenturen beschikbaar, of de SRV is geen vast onderdeel van het curriculum (Pound et al., 2017; Unesco, 2021). Een veelgenoemde aanbeveling voor effectieve SRV is dan ook dat de inhoud van de interventie helder omschreven is en dat deze wordt uitgevoerd zoals deze wordt bedoeld (Denford, 2017; Unesco, 2018). Wanneer een interventie in een andere setting, in een ander land of voor een andere doelgroep wordt ingezet, is het belangrijk dat de originele interventie zoveel mogelijk behouden blijft (Unesco, 2018): zo is het belangrijk dat de duur, intensiteit en inhoud van de interventie, mits evident effectief, intact blijft. Sommige veranderingen aan de inhoud zijn gewenst om te zorgen dat de interventie aansluit bij de doelgroep en context (denk bijvoorbeeld aan het gebruik van andere afbeeldingen of taal die beter aansluit bij de nieuwe doelgroep), maar andere aanpassingen kunnen de effectiviteit van de interventie belemmeren (denk bijvoorbeeld aan het inkorten van het aantal of de duur van de sessies, of het weglaten van bepaalde informatie of trainen van vaardigheden).

Een faciliterende (school)omgeving en positief en veilig schoolklimaat

De Inspectie van het Onderwijs (2016) concludeert dat scholen baat zouden hebben bij een helder en doelgericht beleid en sturing vanuit de schoolleiding om SRV te verbeteren. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om duidelijk leiderschap vanuit de schoolleiding waarin het belang van SRV stelselmatig wordt uitgedragen en er een concrete, school-brede aanpak is uitgewerkt waarin SRV duidelijk terugkomt in het curriculum inclusief leerdoelen en pedagogische aanpak (bijv. zorgen voor aansluiting bij de leefwereld van scholieren). Ook Nederlandse scholen gaven aan dat een positief schoolklimaat met goede relaties tussen leerlingen en leraren belangrijk is voor het succes van SRV (Inspectie van het Onderwijs, 2016). Deze aanbevelingen kwamen ook terug in

de internationale literatuur; voor effectieve SRV moet er een positieve, veilige en vertrouwelijke omgeving voor jongeren zijn met minimale ondersteuning vanuit de school (Denford, 2017; Unesco, 2018); ook professionals in kwalitatieve studies van Pound et al. (2017) noemen het belang van ondersteuning vanuit de schoolleiding.

Aanvullingen vanuit het werkveld

In Nederland zijn scholen sinds 2015 verplicht om zorg te dragen voor een veilig schoolklimaat. Hiermee wordt pesten in en om de school tegengegaan en sociale veiligheid verbeterd. Scholen zijn verplicht gedragsregels op te stellen, de veiligheid van leerlingen te monitoren, te werken met aanspreekpersonen om onveilig en of grensoverschrijdend gedrag te melden en te werken aan veiligheidsbeleid met een veiligheidsplan. Nieuw onderwijspersoneel moet een verklaring omtrent gedrag (VOG) voorleggen. Scholen zouden explicieter aandacht moeten besteden aan preventie, tijdige signalering en opvang van (online) seksueel grensoverschrijdend gedrag in en om de school. Een veilig en sociaal betrokken school kan immers ook bijdragen aan bevordering van seksueel gezond gedrag van leerlingen.

Vaardigheden/expertise van de trainer/docent

Het belang van kundige docenten wordt vaak benadrukt en het wordt aangeraden om gemotiveerde, gespecialiseerde docenten in te zetten bij SRV (Unesco, 2018; WHO & BZgA, 2010). Daarbij is deskundigheidsbevordering nodig, bijvoorbeeld in de vorm van trainingen en/of supervisie. Kontula (2010) toonde aan dat op Finse scholen het succes van SRV (gemeten in kennistoename) grotendeels afhankelijk was van de motivatie, attituden en vaardigheden van de docenten en het gebruik van activerende lesmethoden. In Nederland concludeerde de Inspectie van het Onderwijs (2016) dat de inzet en vaardigheden van docenten bepalend zijn voor de manier waarop SRV wordt gegeven en welke thema's behandeld worden. Sommige Nederlandse scholen noemden ook de beperkte expertise van de docent als belemmerende factor van succesvolle SRV, met name in het middelbaar beroepsonderwijs (MBO). Niet alle docenten kunnen omgaan met lastige situaties in de klas. Hoe creëer je een veilige sfeer om lessen SRV te geven? Wat doe je als een leerling een persoonlijke vraag stelt? (Schutte, 2017). De Inspectie van het Onderwijs (2016) wijst er dan ook op dat het effectief kan zijn voor scholen om in te zetten op de "bevordering van vaardigheden en houdingen van docenten, gericht op vergroting van de handelingsbekwaamheid om het thema aan de orde te stellen, in soms ingewikkelde, uiteenlopende religieus-culturele settings in een klas."

Aanvullingen vanuit het werkveld

Het is belangrijk dat leraren inhoudelijk, didactisch en methodisch voldoende zijn toegerust om seksuele vorming te geven. Aangezien seksuele vorming geen apart vakgebied is in het onderwijs, bestaat hiervoor tot dusverre geen aparte opleiding. Leraren maken in de praktijk beperkt gebruik van het bij- of nascholingsaanbod vanwege gebrek aan tijd of prioriteit. Het is daarom van belang dat in de educatieve interventies SRV voldoende handvatten en tips worden aangereikt zodat docenten les kunnen geven over bepaalde onderwerpen en met lastige situaties om kunnen gaan in de klas. Ook worden er speciale e-learnings aangereikt voor leraren. Het is niet realistisch en haalbaar om van leraren te verwachten dat zij hiervoor een aparte langdurige opleiding volgen.

2.5 Wat weten we (nog) niet of is onduidelijk over wat werkt bij seksuele en relationele vorming?



De kansrijke elementen zoals hierboven beschreven, zouden meer onderzocht moeten worden: zijn dit daadwerkelijk werkzame elementen? Tabel 2 geeft een overzicht van wat we nog niet weten met betrekking tot SRV. Onder de tabel wordt dit toegelicht.

Tabel 2. Overzicht van wat we nog niet weten met betrekking tot seksuele en relationele vorming ter bevordering van de seksuele gezondheid van jongeren

Wat weten we (nog) niet?

(Onder welke voorwaarden) werkt **peereducatie**?

(Onder welke voorwaarden) werkt **blended learning**?

Wat zijn kansrijke elementen voor interventies in **het speciaal onderwijs**/voor jongeren met een verstandelijke beperking?

Wat is het **beste moment om te starten met SRV**?

In hoeverre draagt SRV bij aan **seksueel plezier/de positieve kanten van seksualiteit**?

Peereducatie

Er zijn verschillende ideeën over wat peereducatie precies betekent (zie bijv. Parkin & McKegany, 2000; Price, 2009). De meest gehanteerde definitie is: “het doceren of delen van gezondheidsinformatie, waarden en gedrag door iemand met een vergelijkbare leeftijd of status” (Sciacca, 1987, aangehaald in Milburn, 1995, p. 407). Bij peereducatie worden jongeren geworven en (soms) getraind om les te geven over SRV aan hun leeftijdgenoten of klasgenoten. Hoewel peereducatie geregeld wordt ingezet in SRV, is er niet veel bewijs dat – of onder welke condities - dit een effectieve vorm is. Na het bestuderen van 17 Europese studies over 5 verschillende peereducatieprogramma's (sommige risicopreventie en sommige *comprehensive*), concludeerde Tolli (2012) dat er geen overtuigend bewijs is dat peereducatie werkt; 2 programma's werden vergeleken met een controlegroep die geen SRV kregen en daarin werden geen verschillen gevonden in anticonceptiegebruik, kennis, communicatieve of onderhandelingsvaardigheden, attitudes en intentie om condooms te gebruiken. In 1 studie werd meer seksuele ervaring gevonden in de peereducatiegroep dan in de controlegroep. Voor 3 programma's werd peereducatie vergeleken met een door een docent gegeven SRV. Uit deze vergelijkingen blijkt dat peereducatie in elk geval niet *beter* werkt dan door een docent gegeven SRV: er werden geen verschillen gevonden op het niveau van gezondheidssuitkomsten (aantal soa besmettingen, zwangerschappen, abortussen), noch op het niveau van gedragssuitkomsten (anticonceptiegebruik en aantal sekspartners). Ook op het niveau van determinanten werden bijna geen effecten gevonden (meestal geen verschil in kennis, geen verschil in communicatieve of onderhandelingsvaardigheden en attitudes): slechts bij 1 interventie resulteerde peereducatie in meer attitudeverandering dan bij SRV door een docent en, de kennis bleek 1 keer groter (specifieke kennis over hiv) na peereducatie en een andere keer juist lager. Dat er nauwelijks verschillen tussen docenten en

peereducators werd gevonden, kan ook betekenen dat beide effectief zijn. Concluderend kunnen we zeggen dat er weinig evidentie is voor de effectiviteit van peereducatie en dat het er niet op lijkt dat dit effectiever is dan SRV van een reguliere docent. Een kanttekening bij deze bevindingen is dat peereducatie vaak gebrekkig wordt geïmplementeerd; zo worden de *peereducators* niet altijd goed geselecteerd en getraind en hebben ze vaak te weinig autonomie. Het is mogelijk dat goed geïmplementeerde peereducatie (bijv. volgens de Europese richtlijnen voor peereducatie over AIDS, zie Svenson, 1998) wel effectief/effectiever is, maar daar is op dit moment geen wetenschappelijk bewijs voor.

Hoewel een enkele onderzoeker adviseert jongeren te betrekken bij de implementatie van de interventie, raden verschillende onderzoekers in het veld de inzet van peereducatie expliciet af en geven ze de voorkeur aan ze getrainde docenten (Denford, 2017). Een mogelijk voordeel van peereducatie is dat het wellicht gemakkelijker is voor jongeren om over seks en seksualiteit te praten met iemand die enigszins op hen lijkt (*peereducator*) dan met een docent die ze al kennen. Een mogelijk nadeel is dat het geven van goede seksuele vorming veel kennis, bepaalde attituden en (ook didactische) vaardigheden vraagt (zie bijvoorbeeld de kenmerken van een goede SRV docent van WHO en BzgA, 2017). Hier voldoen *peereducators* niet altijd aan, denk bijvoorbeeld aan het adequaat kunnen reageren op stereotype uitlatingen of gedrag of het kunnen creëren van een veilige sfeer om gevoelige onderwerpen te bespreken. Om duidelijk te krijgen in hoeverre peereducatie werkt en of het beter werkt dan reguliere (door een docent gegeven) SRV is er meer onderzoek nodig. Daarbij is het belangrijk dat de peereducatie goed geïmplementeerd wordt en er vergelijkend onderzoek wordt gedaan naar groepen die geen SRV krijgen, groepen die SRV krijgen van *peereducators* en groepen die SRV van een docent krijgen.

Blended learning

Bij *blended learning* is sprake van een combinatie van face-to-face lessen met digitale lesvormen. Uit onderzoek naar de effectiviteit van blended SRV komen wisselende resultaten (Coyle, 2019; 9 studies). Zo bleek het blended programma *It's Your Game ... Keep It Real* in twee studies te leiden tot een latere start met vaginale, orale of anale seks, in vergelijking met een controlegroep. Op ander seksueel (risico)gedrag werd soms wel, maar vaker geen effect gevonden. Jongeren zelf bleken in alle drie de studies waarin dit gemeten werd aan te geven dat ze voorkeur hadden voor blended SRV vergeleken met traditionele SRV, hoewel de face-to-face component vaak wel hun favoriete onderdeel van het blended programma was (Coyle, 2019). Omdat er wisselende resultaten zijn en omdat er nog niet zoveel (goed) onderzoek gedaan is, weten we op dit moment (nog) niet of een blended vorm van SRV effectief is. Unesco (2018) raadt aan om eerst goed te onderzoeken of en hoe de inzet van digitale media effectief kan zijn voor SRV.

Speciaal onderwijs/Jongeren met een verstandelijke beperking

De literatuurverkenning leverde meerdere artikelen op die keken naar interventies voor jongeren met een beperking, maar de meeste interventies vonden niet plaats in scholen, maar bijvoorbeeld in een instelling. Er werden wel twee onderzoeken gevonden die concludeerden dat er nog weinig bekend is over werkzame elementen van interventies voor personen met een verstandelijke beperking (Brown et al., 2020; Goldfarb et al., 2021). Ook is er

volgens de onderzoekers een tekort aan evidence-based programma's die vanuit een theoretische basis ontwikkeld zijn en die zich specifiek richten op de behoeften en noden van personen met een verstandelijke beperking. De lange termijn uitkomsten van onderzochte programma's voor deze doelgroepen blijven vaak onduidelijk. Er is dus meer onderzoek nodig naar de effectiviteit van interventies die zich richten op het vergroten van de seksuele gezondheid van jongeren in het speciaal onderwijs.

Wat is het beste moment om te starten met SRV?

Zoals eerder besproken weten we dat intensieve, langdurige interventies die verspreid over meerdere jaren gegeven worden kansrijk zijn. Het is nog onduidelijk wat het beste moment is om te starten met het geven van seksuele en relationele vorming aan jongeren. Er is nog geen kwalitatief goed onderzoek uitgevoerd naar het effect van SRV voor groepen met een start op verschillende leeftijden en dit langere tijd volgt (zie bijv. Zhou, 2020). Er is geen onderzoek bekend naar jongeren die al op jonge leeftijd (bijvoorbeeld vanaf 10 jaar) starten met SRV krijgen en wat de impact hiervan is op latere leeftijd.

De Europese richtlijnen voor SRV (*Standards for Sexuality Education in Europe*; WHO en BZgA, 2010) adviseren om al voordat kinderen 6 jaar zijn te starten met brede SRV. Kinderen van 0 tot 4 jaar zouden bijvoorbeeld al kunnen leren over het menselijk lichaam en respect te hebben voor verschillen. Per leeftijdsgroep wordt geadviseerd welke onderwerpen op niveau van informatie/kennis, vaardigheden en attitudes, behandeld zouden moeten worden (zie p. 38 t/m 50). Vanaf de kleuterklassen (leeftijd 4 t/m 6 jaar) zouden kinderen bijvoorbeeld kunnen leren hoe ze kunnen communiceren over hun wensen en behoeftes en hoe ze relaties met vrienden kunnen aangaan en onderhouden.

Ook Kedzior et al. (2020) oppert dat jong starten met SRV belangrijk lijkt, mogelijk omdat gendernormen dan nog niet zo sterk gevormd zijn. Daarbij benadrukken ze het belang van kwalitatief goede, leeftijds-geschikte programma's en materialen met aandacht voor sociale verbondenheid. Als voorbeeld noemen ze discussiëren over wat een gezonde relatie is tussen leeftijdsgenoten of familie.

Het lijkt in elk geval belangrijk dat jongeren SRV krijgen *voordat* ze seksueel actief worden, zodat ze beter voorbereid zijn. Zo raden DeGue et al. (2014) aan om interventies ter preventie van seksueel geweld te richten op scholieren in plaats van op studenten (zoals nu vaak gebeurt). Wegens het gebrek aan onderzoek kunnen we op dit moment geen conclusies trekken over het ideale startmoment voor SRV.

In hoeverre draagt SRV bij aan seksueel plezier/de positieve kanten van seksualiteit?

Hoewel de positieve kanten van seksualiteit onderdeel uitmaken van seksuele gezondheid en seksuele vorming, bleek dat in geen van de wetenschappelijke reviews die we bestudeerd hebben, uitkomstmaten zijn gebruikt die seksueel plezier of seksuele tevredenheid meten. Verschillende reviews noemen deze beperking ook en roepen op tot meer onderzoek hiernaar (zie bijv. Goldfarb, 2021; Kedzior et al., 2020; Lameiras-Fernández et al., 2021). We kunnen daarom geen conclusies trekken over welke type of welke kenmerken van SRV effectief zijn om seksueel plezier of tevredenheid bij de jeugd te vergroten.

Het blijkt dat seksueel plezier ook niet veel aan bod komt in SRV. Na analyse van de meest gebruikte Nederlandse onderwijsmethoden waarin SRV aan bod komt in de onderbouw van het voortgezet onderwijs, werd geconcludeerd dat er

te weinig aandacht is voor plezier in seks (Rutgers, 2013). Ook in het primair onderwijs wordt weinig benadrukt dat seks plezierig kan zijn; in een representatieve steekproef onder 414 schoolleiders, kwam dit thema het minst vaak aan bod: namelijk maar in een derde van de lesmethoden (Rutgers, 2020). Buiten Nederland lijkt seksueel plezier nog minder vaak expliciet aandacht te krijgen tijdens seksuele vorming (Hirst, 2013; Ketting et al., 2021; Vanwesenbeeck, 2020). Het zou goed zijn als in SRV en in onderzoek meer aandacht is voor seksueel plezier, vooral omdat Nederlandse jongeren zelf ook aangeven dat ze hier meer over willen leren tijdens seksuele vorming (Cense et al., 2020). En er zijn argumenten dat het toevoegen van plezier ook tot positieve uitkomsten zou kunnen leiden, bijvoorbeeld betere communicatie over (on)veilige seks (Hirst, 2013).

2.6 Gezondheidsdiensten, schoolbeleid en sociale omgeving

In de beschrijving van seksuele vorming in bovenstaande tekst, komen soms ook interventies naar voren die in combinatie met SRV worden aangeboden. Er zijn ook interventies op scholen die zonder educatieve component worden ingezet. Dit betreft het aanbieden van seksuele gezondheidsdiensten, interventies op niveau van schoolbeleid en of het verbeteren van de veiligheid of de sociale omgeving op school.

1. Interventies die condooms beschikbaar stellen in scholen (condoom-beschikbaarheidsprogramma's).
2. Gezondheidscentra of -diensten in of gelieerd aan school.
3. Interventies gericht op schoolbeleid en sociale omgeving

Hieronder wordt toegelicht wat deze interventies inhouden en wat we weten over de effectiviteit en wat werkt.

2.6.1 Condoom-beschikbaarheidsprogramma's (condom availability programs; CAPs)

Het uitsluitend gratis beschikbaar stellen van condooms op scholen werkt waarschijnlijk niet. Dit bleek uit een systematische review (9 effectstudies) Wang (2018) Hoewel uit sommige studies bleek dat jongeren zelf aangeven vaker condooms te gebruiken (gedragsniveau) of in hun bezit te hebben (determinantniveau), vonden evenveel studies geen verschil of zelfs een afname in condoomgebruik. De meeste studies vonden geen effect van deze programma's op seksueel gezondheidsgedrag (en er werd niet gekeken naar uitkomsten op het niveau van gezondheidsuitkomsten/-problemen). De meest kansrijke interventie was de interventie die naast het beschikbaar stellen van condooms, ook een workshop (educatie/SRV) gaf over hiv-preventie. Een andere review (Owen et al., 2010) keek ook naar de invloed van CAPs op het anti-conceptiegebruik (5 studies gingen over CAPs) en kwam tot dezelfde conclusie als Wang (2018): er is geen sterk bewijs dat het beschikbaar stellen van condooms (zonder educatie) leidt tot een toename in condoomgebruik en daarmee is het onwaarschijnlijk dat zo'n interventie bijdraagt aan de seksuele gezondheid van jongeren.

2.6.2 Gezondheidscentra of -diensten in of gelieerd aan school



Sommige scholen, met name in de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk, hebben een gezondheidscentrum in of gelieerd aan de school, vaak met een verpleegkundige (*schoolnurse*). De vorm varieert: soms zijn er inloopsprekuren voor vragen omtrent seksualiteit en relaties, bij sommige klinieken zijn er ook condooms en/of andere anticonceptie beschikbaar en sommige verpleegkundigen verzorgen workshops gericht op seks en seksualiteit in de klassen. Ook zijn er grote verschillen in bereikbaarheid en openingstijden. Hoe zo'n gezondheidscentrum of -dienst precies ingericht is, en wat de kwaliteit van de geleverde service is, is niet altijd helder omschreven in de literatuur. Het type en de kenmerken van de gezondheidsdiensten verschillen te sterk van elkaar om te zien wat nu wel of niet werkt. Ook de resultaten zijn wisselend. Sommige onderzoeken vinden effect op sommige uitkomstmaten, maar andere niet. Drie systematisch reviews hebben gekeken naar de invloed van gezondheidscentra in of gelieerd aan school (*school-based/school-linked health centres*) op de seksuele gezondheid van jongeren. Mason-Jones et al. (2012; review bevat 27 studies) en Blank (2010; in totaal 29 studies) vonden wisselende resultaten. Zo hebben jongeren op scholen met een gezondheidscentrum wel consistent meer anticonceptie in hun bezit dan voordat het centrum er was in vergelijking met jongeren op scholen zonder gezondheidscentrum. Het bij je dragen van condooms is op zich wel een goede voorspeller van veilige seks. Verder zijn er aan de ene kant wel aanwijzingen dat meisjes op een school met een gezondheidscentrum, meer anticonceptie gebruikten vergeleken met een controlegroep en in een andere studie werd ook meer condoomgebruik *overall* gerapporteerd. Maar er werd aan de andere kant bijvoorbeeld bij bijna geen enkele school een verschil gevonden in condoomgebruik bij de laatste keer geslachtsgemeenschap. Er werden ook geen effecten op het aantal zwangerschappen gevonden. Voor jongens bleek het wat betreft gezondheidsuitkomsten niet uit te maken of ze wel of geen gezondheidscentrum bij school hadden. Owen et al. (2010) vonden in hun systematische review (30 effectstudies van 26 interventies) eveneens in de meeste studies geen effecten van gezondheidscentra in/gelinkt aan scholen op seksueel gedrag en soa besmettingen/zwangerschappen: hoewel er in sommige (maximaal 50% van de) studies een afname was van seksueel gedrag (minder recente seksuele activiteit, minder vaak vier of meer sekspartners in de afgelopen 3 maanden en een iets latere debuutleeftijd), werd er in veruit de meeste studies geen toename in anticonceptiegebruik gevonden, noch een afname van het aantal onbedoelde zwangerschappen of het aantal soa besmettingen. De kwaliteit van de onderzoeken die zijn gedaan, is over het algemeen laag (Blank et al., 2010; Owen et al., 2010) en de resultaten zijn dus wisselend. Daarom kunnen we op dit moment geen conclusie trekken over de effectiviteit van deze gezondheidscentra.

Owen et al. (2010) hebben een aantal kenmerken voor kwalitatief goede gezondheidscentra geformuleerd op basis van input van jonge gebruikers en medewerkers van gezondheidscentra; zij noemen onder andere het belang van structurele financiering, het betrekken van jongeren bij de opzet van het centrum, het waarborgen van de vertrouwelijkheid, praten met en steun krijgen van schoolhoofden en ouders, samenwerken met de docenten die seksuele vorming geven, bieden van een breed en geïntegreerd aanbod waarbij er

bijvoorbeeld anticonceptie wordt verstrekt, advies over relaties wordt gegeven en soa screening plaatsvindt.

In twee systematische reviews is ook gekeken naar wat jongeren zelf motiveert om deze gezondheidsdiensten wel of niet te gebruiken (Carroll 2011; 19 kwalitatieve studies) en Mason-Jones, 2012). Jongeren zijn eerder geneigd gebruik te maken van de gezondheidscentra/-diensten als ze privacy en vertrouwelijkheid waarborgen, (medewerkers moeten) vertrouwen wekken en de diensten laagdrempelig en makkelijk te bereiken zijn. Daarnaast geven jongeren aan dat het nodig is dat er een geïntegreerd en direct aanbod van diensten is, zoals: advies over seks en gezondheid, beschikbaarheid van anticonceptie en de mogelijkheid voor jongeren om problemen te bespreken.

Kortom: er wordt inconsistent bewijs van meestal lage kwaliteit gevonden voor de effectiviteit van gezondheidscentra in of gelinkt aan scholen waardoor we nu geen duidelijke conclusies kunnen trekken over effectiviteit en werkzame elementen: daar is meer onderzoek voor nodig.

2.6.3 Schoolbeleid en sociaal veilige omgeving

Uit een systematische review naar interventies ter preventie van seksueel geweld van DeGue et al. (2014) komen aanwijzingen dat een interventie gericht op het vergroten van de sociale veiligheid *zonder* educatie (SRV) kan bijdragen aan de seksuele gezondheid van schoolgaande jongeren. Eén van de weinige interventies (slechts 3 van de 140 interventies²) die op lange termijn (6 maanden na afloop van de interventie) effectief bleek op gedragsniveau (sterk bewijs voor effectiviteit) ter preventie van dader- en slachtofferschap van seksueel geweld was de interventie *Shifting boundaries* (DeGue et al., 2014). Deze interventie richtte zich op het vergroten van de sociale veiligheid en sociale omgeving in school door een breed pakket aan beleidsaanpassingen: scholen konden (tijdelijke) omgevingsverboden uitdelen, er werden posters opgehangen in scholen om bewustzijn over seksueel geweld te vergroten en scholieren aan te moedigen seksueel grensoverschrijdend gedrag te melden bij schoolmedewerkers, scholieren deden aan *“hotspot” mapping* (ze gaven op plattegronden aan waar ze zich onveilig voelden op school) en de schoolmedewerkers gingen op die plekken extra monitoren. Op scholen waar deze interventie werd ingevoerd (in totaal deden er 117 scholen mee aan het onderzoek), werd een afname in daderschap en slachtofferschap van seksuele intimidatie en seksueel geweld door leeftijdsgenoten gevonden (vergeleken met scholen waar deze interventie niet was ingevoerd). Ook waren er op die scholen minder slachtoffers van dating geweld, maar niet minder daders van dating geweld. Er was ook een educatieve interventie *shifting boundaries* die niet op de omgeving, maar op de jongeren zelf was gericht. Deze educatieve interventie alleen bleek niet effectief genoeg om het plegen of meemaken van seksueel grensoverschrijdend gedrag te verminderen. Zo’n pakket aan maatregelen om de schoolomgeving veiliger te maken lijkt dus kansrijk, hoewel het belangrijk is om te kijken of dit type interventie ook effectief is als deze in scholen in andere landen wordt aangeboden. Hiervoor is meer onderzoek nodig.

.....
² In de systematische review werd niet alleen naar schoolgebonden interventies gekeken, maar bijvoorbeeld ook naar interventies gericht op families. Van drie effectieve interventies, waren er twee schoolgebonden. De andere effectieve schoolgebonden interventie komt aan bod in paragraaf 2.7.

2.7 Combinatie van interventies



In bovenstaande alinea is al een paar genoemd dat een combinatie van interventies (bijvoorbeeld condooms uitdelen in combinatie met een workshop) kansrijker is dan een enkelvoudige interventie (bijvoorbeeld alleen het uitdelen van condooms). Verder bewijs voor een multilevel of een meer integrale aanpak komt vanuit Blank et al. (2010) waarin onder andere werd gekeken naar de invloed van SRV-lessen in combinatie met het aanbieden van anticonceptie op scholen of het aanmoedigen van jongeren gezondheidsdiensten te bezoeken waar anticonceptie gehaald kon worden en/of verandering in het schoolbeleid of op ouderbetrokkenheid (4 studies van de 29 studies). Deze integrale aanpak bleek effectief: in de groep waar meer interventies zijn ingezet naast SRV kwamen er minder zwangerschappen voor (gezondheidsuitkomst) en bleken jongeren minder vaak ooit of recent seks gehad te hebben (gedragsniveau) en meer kennis te hebben over reproductie (determinantniveau) dan de controlegroep.

Er is verder (voorzichtig) bewijs voor een integrale aanpak uit de systematische review van DeGue (2014): één van de weinige effectieve interventies ter preventie van dader- en slachtofferschap van seksueel geweld was een integrale aanpak waarbij SRV gecombineerd werd met het opzetten van services voor slachtoffers van date-geweld. Helaas waren veruit de meeste studies uit DeGue (2014) van onvoldoende kwaliteit of was er meer onderzoek nodig om te kunnen concluderen of een interventie effectief was. Er waren slechts twee schoolgebonden interventies effectief in het veranderen van gedrag op de lange termijn. De ene interventie was gericht op de omgeving (besproken in 2.6.3). De andere effectieve interventie was een multilevel SRV-programma voor jongeren tussen de 13 en 15 jaar (in totaal deden er 14 scholen mee aan het onderzoek) en leidde tot minder daderschap en minder slachtofferschap van seksueel geweld op lange termijn (4 jaar later). Deze effectieve interventie, *Safe Dates*, bestond uit SRV in de klas (individueel niveau), en er werden services opgezet voor de slachtoffers van date-geweld.

Ook Unesco (2018), de WHO (2010) en experts in het veld (bijv. Vanwesenbeeck, 2020; zie ook Denford, 2017) komen met de aanbeveling om ook ouders en gemeenschappen te betrekken bij SRV en toegankelijke seksuele gezondheidsdiensten (bijv. voor soa-test of anticonceptie) in en om de school voor jongeren in te richten.

Voorbeeld aanpak – De Gezonde School

De aanpak van de Gezonde School – thema Relaties en Seksualiteit is een voorbeeld van een multilevel of integraal programma in Nederland. Dit start vaak met een veilig school klimaat waar ook de vier pijlers -educatie, schoolomgeving, signaleren en beleid- aan bod komen. De gezonde school aanpak sluit aan bij de actuele problemen en vragen in de school. Vervolgens wordt met het schoolbrede team een plan van aanpak uitgezet waar educatie over seksuele vorming voor leerlingen, samenwerking en betrokkenheid van ouders, de samenwerking met andere organisaties en een school brede visie en beleid voor de seksuele gezondheid van leerlingen aan bod komen. Een school kan een themacertificaat Relaties en Seksualiteit aanvragen door te voldoen aan de criteria die bij de vier pijlers horen. Het is bijvoorbeeld belangrijk dat er in lessen structureel aandacht voor SRV is en een erkend lesprogramma wordt ingezet, dat er bijscholing voor docenten is, dat de fysieke schoolomgeving veilig is en dat er gedragsregels zijn.

Voorbeelden interventie – Les(s) & More

In de interventie Les(s) & More wordt ingezet op meerdere niveaus, namelijk het geven van gastlessen seksuele vorming, een signaleringsinstrument voor de gezondheidstoestand van leerlingen en een spreekuur voor seksuele gezondheid op de onderwijsinstelling. Na de triage op basis van een gezondheidsvragenlijst, worden leerlingen uitgenodigd voor het spreekuur. Leerlingen met een zorgvraag ontvangen hier ondersteuning bij hun gezondheidsvragen en worden indien nodig verder verwezen naar hulpverlening. Les(s) & More richt zich specifiek op studenten in het MBO- onderwijs op niveau entree en niveau 2.

2.8 Conclusie en kennislacunes

Seksuele gezondheid is een breed begrip en het is een uitdaging voor onderzoekers om de effectiviteit en werkzame factoren van verschillende interventies op de seksuele gezondheid goed te kunnen meten en te identificeren. De literatuurverkenning heeft een aantal kansrijke elementen opgeleverd die hoogstwaarschijnlijk bijdragen aan de effectiviteit van SRV. We weten van een aantal interventies ook dat ze niet effectief zijn voor de bevordering van de seksuele gezondheid van jongeren, namelijk: het beschikbaar stellen van condooms op scholen en SRV die zich richt op geheel-onthouding.

Wil een SRV effectief zijn dan is het belangrijk dat deze planmatig is ontwikkeld, aansluit bij de behoefte en context van de doelgroep, en er gewerkt wordt vanuit een theoretisch model van gedragsverandering.

Om de seksuele gezondheid van jongeren te bevorderen kan de meeste impact behaald worden met een multilevel of integrale aanpak. Dit betekent dat er naast educatie SRV ook ingezet wordt op schoolbeleid, een sociaal veilig schoolklimaat en toegang tot seksuele gezondheidsdiensten.

Educatie SRV is kansrijk voor seksuele gezondheid van jongeren in onderwijs als:

- ingezet wordt op sociale emotionele verbondenheid met belangrijke anderen.
- gekozen wordt voor een brede en positieve aanpak (en dus niet slechts één thema, of alleen risico op onbedoelde zwangerschappen).
- er gebruik wordt gemaakt van participerende en activerende lesmethoden.
- er inhoudelijk aandacht is voor gender en machtsverschillen en aandacht is voor seksuele rechten.
- competente docenten SRV geven.

Ook moet er aandacht zijn voor goede implementatie van SRV. Hierbij is het van belang dat het programma wordt uitgevoerd zoals bedoeld (programmatrouw).

Kennislacunes

Over het algemeen ontbreken er effectstudies die ook kijken naar de impact van interventies op gedragssuitkomsten op de langere termijn. De meeste studies richten zich namelijk op uitkomsten op determinantniveau, zoals verandering van attitudes, kennis en vaardigheden. Ook worden studies gemist met een hoger kwaliteitsniveau zoals RCT's. Alleen op deze manier kunnen vergelijkingen gemaakt worden tussen interventies en werkzame factoren opgespoord. Dit type onderzoek is complex, tijdrovend en kostbaar, maar is wel noodzakelijk als we meer inzicht willen hebben in wat werkt om de seksuele gezondheid van jongeren te vergroten.

De literatuurverkenning heeft ook duidelijk gemaakt over welke thema's we nu nog niet voldoende weten. Tabel 3 geeft een overzicht van de kennislacunes op dit moment evenals een aantal mogelijk onderzoeksvragen.

Tabel 3. Overzicht van kennislacunes in het onderzoek naar school-gebonden interventies ter bevordering van de seksuele gezondheid van jongeren

Welke categorie?	Wat is er nodig?	Toelichting/mogelijke onderzoeksvragen
Type onderzoek	Lange termijn onderzoek	Kijk niet alleen naar de opbrengsten direct na afloop van de interventie, maar ook naar de opbrengsten op langere termijn, bijv. maanden of een jaar/jaren later.
	Onderzoek naar effectieve interventies op gedragsniveau	Uitkomstmaten op gedragsniveau niet alleen op enkele of meerdere determinanten. Hanteer uitkomstmaten op het gebied van seksueel geweld/seksuele grensoverschrijding en seksueel plezier, bijvoorbeeld: - Hebben jongeren meer veilige en plezierige seks nadat ze SRV hebben gevolgd?
	Onderzoek naar werkzame elementen van SRV	- Welke werkzame factoren dragen bij aan de effectiviteit van de interventie? - Specifiek voorbeeld: is het effectiever om een externe gastdocent of expert of een docent SRV te laten geven?
	Grote steekproeven	Hierdoor kan er daadwerkelijk een effect gevonden worden <i>als</i> er een effect is. Voldoende power om analyses te doen op subgroepen (bijv. jongeren die seksueel actief zijn, of meiden die geen anticonceptie gebruiken)
Type SRV	Blended learning	(Onder welke voorwaarden) is de inzet van educatie in de klas naast online learning effectief voor SRV?

	Peereducatie	- (Onder welke voorwaarden) is de inzet van peereducatie effectief voor SRV? - (Wanneer) werkt SRV met peereducatie beter dan SRV door een reguliere docent? - Wat is er nodig om peereducatie effectief vorm te geven?
	Speciaal onderwijs	- Aan welke kenmerken moeten effectieve interventies voor jongeren in het speciaal onderwijs voldoen? - (Onder welke voorwaarden) draagt SRV bij aan de seksuele gezondheid van jongeren met een licht verstandelijke beperking?
	Inhoudelijke aandachtspunten	Welke inhoud moet aan bod komen voor effectieve SRV?
Uitkomstmaten/ Onderwerpen	Positieve kanten van seks	(Wanneer) is SRV ook effectief voor tevredenheid over het seksleven en voor seksueel plezier?
	Niet alleen impact meten met zelfrapportage	Zelfrapportage kan voor vertekening zorgen. Objectieve meetinstrumenten zijn bijvoorbeeld gedragsmetingen/observaties of harde gezondheidsuitkomsten zoals soa besmettingscijfers.
	Vroeg starten met SRV	- Is het belangrijk om vroeg te starten met SRV? - Wat is het ideale moment om te starten met SRV: levert vroeg starten met SRV meer op dan later starten met SRV? - Heeft SRV op de basisschool ook nog positief effect op seksuele gezondheid van jongeren als ze ouder zijn?
	Gezondheidscentra of -diensten in of gelieerd aan school	- (Onder welke voorwaarden) dragen gezondheidscentra of -diensten in/gelieerd aan school bij aan de seksuele gezondheid van jongeren? - In combinatie met welk type interventie kan dit nog succesvoller zijn (bijvoorbeeld schoolbeleid/veilige school)
	Schoolbeleid en sociale omgeving (zonder educatie)	- Welke type interventies in de sociale omgeving in combinatie met schoolbeleid zijn effectief en wat werkt hierin het best? - Is de interventie X ook in andere landen effectief? - (Hoe) kunnen aanpassingen aan de sociale omgeving bijdragen aan de seksuele gezondheid van jongeren?

- Bachrach, C., Compornolle, L., Helfferich, C., Lindahl, K., & Van der Vlugt, I. (2012). *Unplanned pregnancy and abortion in the United States and Europe: Why so different?* Miscellaneous publication.
- Bicanic, I. & De Jongh, A. (2016). Het psychologisch, neurobiologisch en seksueel functioneren van adolescente slachtoffers van een eerste verkrachting. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 40(1), 28-33.
- Blom C., Van der Vlugt, I., De Neef, M. (2011). *Handreiking lokaal gezondheidsbeleid: Seksuele gezondheid*. Rutgers WPF en Soa Aids Nederland. Bilthoven: RIVM Loket Gezond Leven.
- Bonjour & van der Vlugt (2018). *Comprehensive sexuality education: Knowledge file*. Rutgers. Geraadpleegd op 10-8-2021 via https://www.rutgers.international/sites/rutgersorg/files/PDF/knowledgefiles/20181218_knowledge%20file_CSE.pdf
- Brown, M., McCann, E., Truesdale, M., Linden, M., & Marsh, L. (2020). The design, content and delivery of relationship and sexuality education programmes for people with intellectual disabilities: A systematic review of the international evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 7568.
- Carroll, C., Lloyd-Jones, M., Cooke, J., & Owen, J. (2012). Reasons for the use and non-use of school sexual health services: A systematic review of young people's views. *Journal of Public Health*, 34(3), 403-410.
- CBS (2012). Aandeel tienermoeders bereikt laagste stand ooit. Geraadpleegd op 8-9-21 via <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2012/33/aandeel-tienermoeders-bereikt-laagste-stand-ooit>
- CBS (2021a). Aantal tienermoeders in tien jaar gehalveerd. Geraadpleegd op 8-9-21 via <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2021/24/aantal-tienermoeders-in-tien-jaar-gehalveerd>
- CBS (2021b). Ruim 750 duizend slachtoffers van online seksuele intimidatie. Geraadpleegd op 28-9-21 via <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2021/38/ruim-750-duizend-slachtoffers-van-online-seksuele-intimidatie>
- Cense, M. (2018). Ze weten wel wat ze moeten typen, maar niet wat ze moeten zeggen. Verklaringen voor een latere seksuele start. Utrecht: Rutgers.
- Cense, M. & Dalmijn, E. (2016). *In één klap volwassen. Over tienerzwangerschap*. Utrecht: Rutgers
- Cense, M., Grauw, S. D., & Vermeulen, M. (2020). Sex Is Not Just about Ovaries. Youth Participatory Research on Sexuality Education in The Netherlands. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8587.
- Centrum Seksueel Geweld (z.d.). Factsheet: cijfers over seksueel geweld in Nederland. Geraadpleegd op 1-12-2021 via <https://centrumseksueelgeweld.nl/wp-content/uploads/2020/01/FIER005-Flyers-factsheet-NL.jpg>
- Coyle, K. K., Chambers, B. D., Anderson, P. M., Firpo-Triplett, R., & Waterman, E. A. (2019). Blended learning for sexual health education: evidence base, promising practices, and potential challenges. *Journal of School Health*, 89(10), 847-859.

- David, S., Van Benthem, B., Deug, F. & Van Haastrecht, P. (2018). Nationaal Actieplan soa, hiv en seksuele gezondheid 2017-2022. Bilthoven: RIVM
- DeGue, S., Valle, L. A., Holt, M. K., Massetti, G. M., Matjasko, J. L., & Tharp, A. T. (2014). A systematic review of primary prevention strategies for sexual violence perpetration. *Aggression and Violent Behavior*, 19(4), 346-362.
- De Groot, R., Hoogenboezem, G., Huzen, J., Lier, L. van, Staalduinen, I. van (2015). Voorlichting, hulp en opvang aan tienermoeders in beeld: <https://www.jooz.nu/wp-content/uploads/2017/08/voorlichting-hulp-en-opvang-aan-tienermoeders-in-beeld-ljso-l-vws.pdf>.
- De Haas, S., van Berlo, W., Bakker, F., & Vanwesenbeeck, I. (2012). Prevalence and characteristics of sexual violence in the Netherlands, the risk of revictimization and pregnancy: results from a national population survey. *Violence and victims*, 27(4), 592–608. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.27.4.592>
- Den Daas C., Zuilhof, W., Bijnen, van A., Vermey, K., Dörfler, T. & Wit, de J. (2018). Seks en gezondheid: het handelen en denken van MSM in Nederland. Amsterdam: Soa Aids Nederland.
- Denford, S., Abraham, C., Campbell, R., & Busse, H. (2017). A comprehensive review of reviews of school-based interventions to improve sexual-health. *Health Psychology Review*, 11(1), 33-52.
- Ditzhuijzen, van J. Have, ten M., Graaf, de R., Nijnatten, van C.H.C.J. & Vollebergh, W.A.M. (2017). De psychische gezondheid van vrouwen die een abortus meemaken. Resultaten van een prospectief longitudinaal cohortonderzoek. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 41. 7-14.
- ELGI (European Institute for Gender Equality) (2020). *Gender Equality Index 2020: Digitalisation and the future of work*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Geraadpleegd op 6-10-2021 via <https://eige.europa.eu/publications/gender-equality-index-2020-report>
- Eldredge, L. K. B., Markham, C. M., Ruiters, R. A., Fernández, M. E., Kok, G., & Parcel, G. S. (2016). *Planning health promotion programs: An intervention mapping approach*. John Wiley & Sons.
- Everaars, B., Verweij, A., Jansen-van der Vliet, M., Deuning, C. & Suijkerbuijk, A. (2020). Monitor onbedoelde (tiener)zwangerschappen 2020. Bilthoven: RIVM.
- Fonner, V. A., Armstrong, K. S., Kennedy, C. E., O'Reilly, K. R., & Sweat, M. D. (2014). School based sex education and HIV prevention in low-and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 9(3).
- Goenee, M., Zenderen, van K. & Santen, van L. (2014). Programmeringsstudie Preventie Tienerzwangerschappen & Abortus. Utrecht: Rutgers WPF.
- Goldfarb, E. S., & Lieberman, L. D. (2021). Three decades of research: The case for comprehensive sex education. *Journal of Adolescent Health*, 68(1), 13-27.
- Graaf, de H., Borne, van den M., Nikkelen, S., Twisk, D. & Meijer, S. (2017). Seks onder je 25e: Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2017. Delft: Eburon.
- Graaf, de H., Vanwesenbeeck, I. & Meijers, S. (2014). Educational differences in adolescents' sexual health: A pervasive phenomenon in a national Dutch sample. *The Journal of Sex Research*. DOI:10.1080/00224499.2014.945111

- Graaf, de H., Kruijer, H., Acker, van J. & Meijer, S. (2012). Seks onder je 25e: Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2012. Delft: Eburon.
- Graaf, de H. & Wijsen, C. (2017). Seksuele gezondheid in Nederland 2017. Delft: Eburon.
- Haberland, N. A. (2015). The case for addressing gender and power in sexuality and HIV education: a comprehensive review of evaluation studies. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 41(1), 31-42.
- Heels, S. W. (2019). The Impact of Abstinence-Only Sex Education Programs in the United States on Adolescent Sexual Outcomes. *Perspectives*, 11(1), 3.
- Hirst, J. (2013). 'It's got to be about enjoying yourself': Young people, sexual pleasure, and sex and relationships education. *Sex Education*, 13(4), 423-436.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2013). Jaarrapportage 2011 van de Wet afbreking zwangerschap. Utrecht: IGZ
- Inspectie Gezondheidszorg en jeugd (2021a). Jaarrapportage 2019 Wet afbreking Zwangerschap. Utrecht: IGZ
- Inspectie Gezondheidszorg en jeugd (2021b). Jaarrapportage 2020 Wet afbreking Zwangerschap. Utrecht: IGZ
- Inspectie van het Onderwijs (2016). *Omgaan met seksualiteit en seksuele diversiteit: Een beschrijving van het onderwijsaanbod van scholen*. Inspectie van het Onderwijs, Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. Geraadpleegd op 14-9-2021 via <https://www.onderwijsinspectie.nl/documenten/publicaties/2016/06/01/rapport-omgaan-met-seksualiteit-en-seksuele-diversiteit>
- Jansma, A. & Sondeijker, F.E.P.L. (2019). *Kennissynthese Onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Ketting, E., Brockschmidt, L., & Ivanova, O. (2021). Investigating the 'C' in CSE: Implementation and effectiveness of comprehensive sexuality education in the WHO European region. *Sex Education*, 21(2), 133-147.
- Kirby, D. B., Laris, B. A., & Roller, L. A. (2007). Sex and HIV education programs: Their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *Journal of Adolescent Health*, 40(3), 206-217.
- Kirby, D. B. (2008). The impact of abstinence and comprehensive sex and STD/HIV education programs on adolescent sexual behavior. *Sexuality Research & Social Policy*, 5(3), 18-27.
- Kok, G., Gottlieb, N. H., Comomers, M., & Smerecnik, C. (2008). The ecological approach in health promotion programs: A decade later. *American Journal of Health Promotion*, 22(6), 437-442.
- Kontula, O. (2010). The evolution of sex education and students' sexual knowledge in Finland in the 2000s. *Sex Education*, 10(4), 373-386.
- Lameiras-Fernández, M., Martínez-Román, R., Carrera-Fernández, M. V., & Rodríguez-Castro, Y. (2021). Sex education in the spotlight: What is working? Systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2555.
- Littleton, H., Abrahams, N., Bergman, M., Berliner, L., Blaustein, M., Cohen, J. et al. (2018). Sexual assault, sexual abuse, and harassment: Understanding the mental health impact and providing care for survivors. An International Society for Traumatic Stress Studies Briefing Paper. *International Society for Traumatic Stress Studies*.

- Mason-Jones, A. J., Crisp, C., Momberg, M., Koech, J., De Koker, P., & Mathews, C. (2012). A systematic review of the role of school-based healthcare in adolescent sexual, reproductive, and mental health. *Systematic Reviews*, 1(1), 1-13.
- Milburn, K. (1995). A critical review of peer education with young people with special reference to sexual health. *Health Education Research*, 10(4), 407-420.
- Movisie. (z.d.). *Over de databank*. Geraadpleegd op 22-12-2021, van <https://www.movisie.nl/databank-effectieve-sociale-interventies/over-databank>
- Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) (2014). JGZ-richtlijn: Seksuele ontwikkeling. Geraadpleegd op 5-8-21 via <https://assets.ncj.nl/docs/0c9a562b-b788-4b75-b6a1-f4dca59b592d.pdf>
- Nederlands Jeugdinstituut (2021). *Cijfers over abortusklinieken*. Geraadpleegd op 5-8-21 via <https://www.nji.nl/cijfers/abortusklinieken>
- Neef, M. & Dijk, van L. (2010). *Achtergronden van inadequaat anticonceptiegebruik bij jongeren*. Utrecht: Rutgers.
- Owen, J., Carroll, C., Cooke, J., Formby, E., Hayter, M., Hirst, J., ... & Sutton, A. (2010). School-linked sexual health services for young people (SSHYP): A survey and systematic review concerning current models, effectiveness, cost-effectiveness and research opportunities. *Health Technology Assessment*, 14(30), 1-228.
- Parkin, S., McKeganey, N. (2000) The rise and rise of peer education approaches. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 7(3), 293-310.
- Pound, P., Denford, S., Shucksmith, J., Tanton, C., Johnson, A. M., Owen, J., Hutten, R., Mohan, L., Bonell, C., Abraham, C. & Campbell, R. (2017). What is best practice in sex and relationship education? A synthesis of evidence, including stakeholders' views. *BMJ Open*, 7(5), e014791.
- Price, N., & Knibbs, S. (2009). How effective is peer education in addressing young people's sexual and reproductive health needs in developing countries? *Children & Society*, 23(4), 291-302.
- RIVM (2021). Seksueel risicogedrag samengevat. Geraadpleegd op 5-8-21 via [Soa | Cijfers & Context | Infographic | Volksgezondheidenzorg.info](https://www.volksgezondheidenzorg.info/Soa/Cijfers&Context/Infographic/Volksgezondheidenzorg.info)
- RIVM (2018). Nationaal Actieplan soa, hiv en seksuele gezondheid 2017-2022.
- RIVM (z.d.-a). Gevolgen van soa. Geraadpleegd op 5-8-2021 via [Soa | Cijfers & Context | Gevolgen | Volksgezondheid](https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/soa/cijfers-context/gevolgen#node-gevolgen-van-hiv-infectie-enzorg.info)
<https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/soa/cijfers-context/gevolgen#node-gevolgen-van-hiv-infectie-enzorg.info>
- RIVM (z.d.-b). Zorguitgaven. Geraadpleegd op 5-8-21 via [Soa | Kosten | Zorguitgaven | Volksgezondheidenzorg.info](https://www.volksgezondheidenzorg.info/Soa/Kosten/Zorguitgaven/Volksgezondheidenzorg.info)
- RIVM (z.d.-c) Onbedoelde zwangerschap. Geraadpleegd op 5-8-21 via <https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/seksuele-gezondheid/cijfers-en-feiten-seksuele-gezondheid/onbedoelde-zwangerschap>
- RIVM (z.d.-d). Cijfers en feiten seksuele gezondheid. Geraadpleegd op 24-9 via [Cijfers en feiten seksuele gezondheid | Loketgezondleven.nl](https://www.loketgezondleven.nl/cijfers-en-feiten-seksuele-gezondheid)
- Rutgers, Soa Aids Nederland & Fiom (2018). Preventie loont! Tips voor gemeentelijke preventie onbedoelde (tiener) zwangerschap. Geraadpleegd op 11-8-21 via <https://www.rutgers.nl/sites/rutgersnl/files/PDF/Brochure%20Preventie%20loont%21%20DEF.pdf>
- Rutgers (2012). Seksuele gezondheid in Nederland 2012.

- Rutgers (2016). Richtlijn seksuele en relationele vorming. Utrecht: Rutgers WPF
- Santelli, J. S., Kantor, L. M., Grilo, S. A., Speizer, I. S., Lindberg, L. D., Heitel, J., ... & Ott, M. A. (2017). Abstinence-only-until-marriage: An updated review of US policies and programs and their impact. *Journal of Adolescent Health*, 61(3), 273-280.
- Sheeran, P. (2002). Intention–behavior relations: a conceptual and empirical review. *European Review of Social Psychology*, 12(1), 1-36.
- Speetjens, P., Thielen, F., Ten Have, M., De Graaf, R. & Smit, F. (2016). 'Kindermishandeling: economische gevolgen op lange termijn.' *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58(10), 706-711.
- Staritsky, L.E., van Aar, F., Visser, M., Op de Coul, E., Heijne, J.C.M., Götz, H.M., et al. (2020) *Sexually transmitted infections in the Netherlands in 2019*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM/Cib)
- Stevens, G., van Dorsselaer, S., Boer, M., de Roos, S., Duinhof, E., ter Bogt, T., van den Eijnden, R., Kuyper, L., Visser, D., Vollebergh, W. & de Looze, M. (2018). HBSC 2017. *Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland*. Utrecht: Universiteit Utrecht/Trimbos instituut/Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Svenson, G. R. (1998). *European guidelines for youth AIDS peer education*. Department of Community Medicine, Lund University & European Commission
- Tharp, A. T., DeGue, S., Valle, L. A., Brookmeyer, K. A., Massetti, G. M., & Matjasko, J. L. (2013). A Systematic Qualitative Review of Risk and Protective Factors for Sexual Violence Perpetration. *Trauma, Violence, & Abuse*, 14(2), 133–167. <https://doi.org/10.1177/1524838012470031>
- Taylor, B. G., Stein, N. D., Mumford, E. A., & Woods, D. (2013). Shifting boundaries: An experimental evaluation of a dating violence prevention program in middle schools. *Prevention Science*, 14(1), 64–76.
- Tolli, M. V. (2012). Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention, adolescent pregnancy prevention and sexual health promotion for young people: a systematic review of European studies. *Health Education research*, 27(5), 904-913.
- Underhill, K., Montgomery, P., & Operario, D. (2007). Sexual abstinence only programmes to prevent HIV infection in high income countries: Systematic review. *British Medical Journal*, 335, 248.
- UNESCO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF, UN Women, and WHO (2018). *International Technical Guidance on Sexuality Education: An evidence-informed approach*, Revised edition. Paris.
- UNESCO. Geraadpleegd op 30-4-2021 via <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ITGSE.pdf>
- UNESCO (2021). The journey towards comprehensive sexuality education Global status report. Paris: UNESCO. Geraadpleegd op 14-09-2021 via <https://www.unfpa.org/publications/journey-towards-comprehensive-sexuality-education-global-status-report>
- Van Berlo, W. & Ploem, R. (2018). Sexual violence: Knowledge file. Utrecht: Rutgers. Geraadpleegd op 18-10-2021 via https://rutgers.international/wp-content/uploads/2021/09/knowledge_file_Sexual_violence.pdf
- Van Wees, D.A. (2020). The invisible influence: Impact of psychological mechanisms of sexual behaviour on chlamydia transmission. Utrecht: Universiteit Utrecht. DOI: <https://doi.org/10.33540/138>.

- Vanwesenbeeck, I. (2020). Comprehensive sexuality education. In *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*.
- VWS (2018). Onbedoelde (tiener)zwangerschappen. Een zevenstappenplan. Den Haag: VWS
- Wang, T., Lurie, M., Govindasamy, D., & Mathews, C. (2018). The effects of school-based condom availability programs (CAPs) on condom acquisition, use and sexual behavior: A systematic review. *AIDS and Behavior*, 22(1), 308-320.
- WHO (2006). Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002. Geneva.
- WHO Regional Office for Europe and BZgA. (2010). Standards for sexuality education in Europe: A framework for policy makers, education and health authorities and specialists. Cologne: BZgA. Geraadpleegd op 9-8-2021 via https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/WHO_BZgA_Standards_English.pdf
- WHO Regional Office for Europe and BZgA. (2013). Standards for sexuality education in Europe: Guidance for Implementation. Cologne: BZgA. Geraadpleegd op 9-8-2021 via https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Guidance_for_implementation.pdf
- WHO Regional Office for Europe and BZgA. (2017). Training matters: A framework for core competencies of sexuality educators. Cologne: BZgA. Geraadpleegd op 10-12-2021 via https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/BZgA_TrainingMattersFramework_EN.pdf
- Zhou, S., & Cheung, M. (2020). Sex education programs for preteens: A review of relevant outcome studies in nine countries. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 1-15.

Bijlage 1 Zoekstrategie en afbakening



In de literatuurverkenning is de focus gelegd op effectiviteit en of werkzaamheid van interventies in het onderwijs die bijdragen aan de seksuele gezondheid van jongeren.

In de zoektocht zijn de volgende inclusie criteria gehanteerd:

- Recente wetenschappelijke literatuur, vanaf 2010
- Type artikel: meta-analyses en systematische reviews
- Leeftijd: de publicatie moet betrekking hebben op jongeren vanaf 10 jaar in het (speciaal) voortgezet onderwijs, middelbaar beroepsonderwijs, jongeren t/m 20 jaar.
- Land: OECD-landen. Er zijn er 37 in totaal: het zijn landen met over het algemeen sterke economieën en een hoge Human Development Index (HDI; index voor levensverwachting, inkomen en opleidingsniveau) en gezien worden als ontwikkelde landen.

Databases:

We gebruiken PubMed en EbscoHost (hieronder valt ook bijvoorbeeld PsycInfo). Deze twee databases hebben verschillende filters en mogelijkheden. We wilden onze zoektermen terugzien in de titel of het abstract. Bij EbscoHost hebben we aangegeven dat we de zoektermen alleen in de abstract willen zoeken. In PubMed konden we aangeven dat we de zoektermen in de titel van het artikel of in de abstract willen zoeken. De volgende zoektermen zijn gebruikt:

1	effect* OR work* OR "core element*" OR component OR intervention OR "success factor*" OR successful OR impact OR essential
2	"sexual education" OR "sexual well*" OR "sexual health" OR "sexual develop*" OR "sexual behav*" OR "sex education" OR "sexuality education"
3	school* OR education OR "vocational training"
4	"Meta analysis" OR "meta-analysis" OR "systematic review"
5	#1 AND #2 AND #3 AND #4

Filters: Taal = (English) & vanaf 2010

Resultaat verkenning:

De systematische literatuurverkenning leverde 486 artikelen op, waarvan 48 geanalyseerd zijn op de volledige tekst. Uiteindelijk bleken er slechts 4 artikelen volledig te voldoen aan onze inclusiecriteria. De artikelen die deels voldeden aan onze inclusiecriteria, hebben we meegenomen in de synthese indien 1) de meerderheid van de aangehaalde studies voldeed aan onze inclusiecriteria (bijv. de meeste studies vonden plaats in een OECD-land, maar enkele niet) en 2) de interventie een brede interventie was (dus niet alleen gericht op preventie van soa, of alleen gericht op de preventie van tienerzwangerschappen). Vervolgens hebben we de referenties in de gevonden artikelen bekeken om zo mogelijk andere relevante publicaties te vinden (crossreferenties) en hebben we aan collega's en experts in het veld gevraagd relevante publicaties (wetenschappelijke literatuur en grijze literatuur) aan te leveren (snowballing). Omdat onze zoektocht nauwelijks informatie opleverde over positieve uitkomstmaten (bijv. seksueel plezier) of over seksueel grensoverschrijdend gedrag, hebben we twee specialisten op deze gebieden advies gevraagd over relevante publicaties. Artikelen die werden gevonden via crossreferenties en via snowballing, hebben we beoordeeld op relevantie voor dit Wat Werkt dossier,

waarbij het niet noodzakelijk was dat er aan alle inclusiecriteria werd voldaan, bijvoorbeeld publicaties die geen systematische review waren. Indien publicaties specifiek gericht waren op werkzame elementen, specifiek gericht waren op de Nederlandse of Europese situatie en/of ging over thema's die niet naar voren kwamen uit onze systematische literatuur studie, namelijk seksueel plezier of preventie seksueel geweld/seksueel grensoverschrijdend gedrag, hebben we deze meegenomen in onze analyse. Uiteindelijk leverde dat 14 wetenschappelijke bronnen op met informatie over effectiviteit van schoolgebonden interventies.

Belangrijke rapporten (grijze literatuur) die we hebben geraadpleegd zijn: De Europese richtlijnen voor seksuele educatie (Standards for Sexuality Education in Europe; WHO en BZgA, 2010) en de bijbehorende instructies voor implementatie (WHO en BZgA, 2013) en de International Technical Guidance on Sexuality Education van Unesco, UNAIDS, UNFPA, Unicef en de Wereldgezondheidsorganisatie (2018).

Bijlage 2 Schema inclusie wetenschappelijke literatuur (kansrijke elementen)

