

Wat werkt dossier

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





Expertisecentrum
seksualiteit

SOAIDS
Nederland

datum

24-2-2022

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	4
Samenvatting	5
1 Gezonde seksuele ontwikkeling en seksueel gedrag van jongeren	7
1.1 Definities	7
1.2 Cijfers over seksuele gezondheid	7
1.3 Trends in seksuele gezondheid	10
1.4 Determinanten van seksuele gezondheid bij jongeren	13
1.5 Gevolgen en impact van minder gezond of ongezond seksueel gedrag	16
1.6 Groepen met een verhoogd risico	17
2 Wat werkt ter bevordering van de seksuele gezondheid van jongeren in het onderwijs?	19
2.1 Toelichting op onderzoek naar effectiviteit en werkzame elementen bij seksuele gezondheid	19
2.2 Relationele en seksuele vorming (RSV)	20
2.3 Kansrijke elementen van relationele en seksuele vorming	21
2.4 Wat weten we (nog) niet of is onduidelijk over wat werkt bij relationele en seksuele vorming?	30
2.5 Gezondheidsdiensten, schoolbeleid en sociale omgeving	33
2.6 Integrale aanpak en mix van interventies	35
2.7 Conclusies en kennislacunes	37
3 Aan de slag	40
4 Bronnen	42
Bijlage 1 Zoekstrategie en afbakening	48
Bijlage 2 Schema inclusie wetenschappelijke literatuur (kansrijke elementen)	50
Bijlage 3 Noties bij de bevindingen uit dit onderzoek	51

Inleiding

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.

Hoofdstuk 3 beschrijft hoe gemeenten scholen kunnen stimuleren en ondersteunen bij een gezonde seksuele ontwikkeling van jongeren en welke mix aan interventies ingezet kan worden. Hierin wordt ook gewezen op de integrale Gezonde School-aanpak en inzet op meerdere pijlers.

Samenvatting

Dit achtergrondrapport geeft een uitgebreid overzicht van de literatuurverkenning naar wat werkt bij het bevorderen van een gezonde seksuele ontwikkeling van jongeren en jongvolwassenen van 12-21 jaar in het onderwijs. Hard bewijs van wat werkt is nog niet gevonden, maar op basis van effectonderzoek, grijze literatuur en advies van experts, worden kansrijke elementen benoemd voor de bevordering van de seksuele gezondheid van jongeren in het onderwijs.

Wat werkt waarschijnlijk

- Een gelijktijdige aanpak op meerdere pijlers van de Gezonde School-aanpak. Dus niet alleen lessen in relationele en seksuele vorming, maar ook investeren in een veilige schoolomgeving en de mogelijkheid om leerlingen met problemen of vragen te verwijzen naar seksuele-gezondheidsdiensten zoals [Sense.info](#) en het Soa- en Sense-spreekuur.
- Relationele en seksuele vorming vanuit een brede insteek (niet alleen over soa of tienerzwangerschap maar ook wensen en grenzen en relatievorming).
- Inzet van competente docenten die relationele en seksuele vorming geven. Competent op inhoud, vaardigheden en houding. De docent moet zich voldoende bekwaam voelen om seksuele thema's aan de orde te stellen, met lastige situaties kunnen omgaan en rekening houden met culturele en religieuze diversiteit in een klas.
- Versterken van de sociaal-emotionele binding met anderen binnen en buiten de school, zoals ouders, leraren, partner en leeftijdsgenoten.
- Een veilige, positieve en vertrouwelijke schoolomgeving, met in elk geval enige ondersteuning vanuit de schoolleiding. Denk aan visie en beleid, gedragsregels, draagvlak in de school, facilitering training docenten.
- Relationele en seksuele vorming in het curriculum van de school, in de vorm van een doorlopende leerlijn verspreid over meerdere leerjaren (inclusief leerdoelen en pedagogische aanpak).

Wat werkt waarschijnlijk niet

- Eenmalige (gast)lessen. Ze kunnen wel ingezet worden als aanvulling op educatie vanuit een doorlopende leerlijn.

Wat werkt niet

- Uitsluitend het gratis beschikbaar stellen van condooms op scholen. Er is geen sterk bewijs dat dit leidt tot een toename in condoomgebruik en draagt daarom ook niet bij aan seksuele gezondheid.
- Voorlichting en educatie gericht op seksuele onthouding ('abstinence-only'). Dergelijke interventies komen niet overeen met de dagelijkse realiteit van jongeren en kunnen zelfs schadelijk zijn, met name voor jongeren die al seksueel actief zijn, LHBTIQ+ jongeren en jongeren die seksueel misbruik hebben meegemaakt.

Wat is onbekend

- Effectiviteit van specifieke vormen van voorlichting en educatie, met name peer-educatie en blended learning (een combinatie van face-to-face en digitale lesvormen).
- Effectiviteit en werkzame elementen van relationele en seksuele vorming in het speciaal onderwijs/voor jongeren met een verstandelijke beperking.
- De meest geschikte leeftijd/leerjaar om te starten met relationele en seksuele vorming.
- De effecten van relationele en seksuele vorming op de positieve kanten van seksualiteit (zoals plezier of tevredenheid).
- De effectiviteit van louter toegang tot seksuele gezondheidsdiensten in of gelinkt aan de school.

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 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 het ruimte aan plezierige en veilige seksuele ervaringen, zonder dwang, discriminatie en geweld. Voor een gezonde seksuele ontwikkeling is relationele en seksuele vorming in het onderwijs belangrijk. Hiermee zijn jongeren beter voorbereid en als ze seksueel actief worden leren ze verantwoorde 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 verking 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 vingers en aftrekken, geslachtsgemeenschap en orale seks. Op 16- en 17-jarige leeftijd, heeft 42% van de jongeren ervaring opgedaan met aftrekken en vingers 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, gonorrhoe 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).

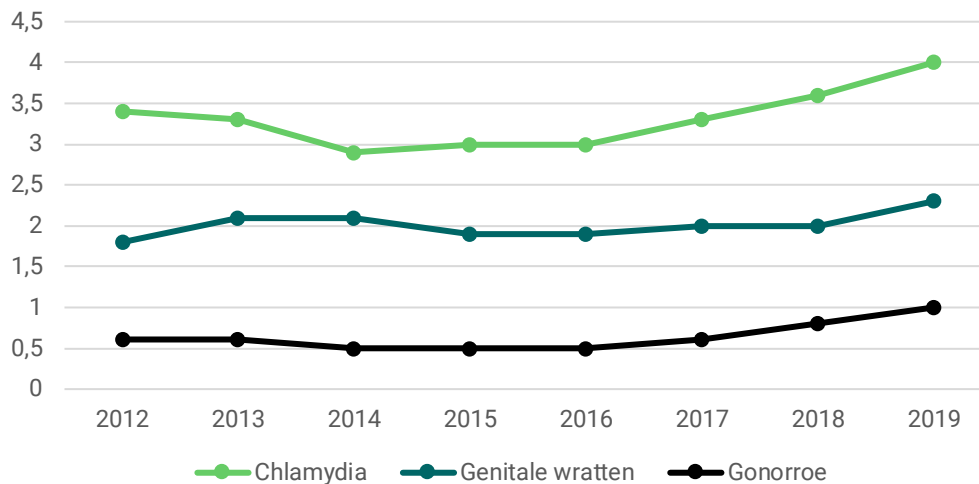
In de periode 2011-2019 is ook het aantal abortussen onder meiden en vrouwen (tot en met 24 jaar) gedaald. In 2011 kwam een abortus voor onder 8,65 van de duizend meiden van 15-19 jaar en 15,9 per duizend vrouwen van 20-24 jaar¹. In 2019 was het aantal zwangerschapsonderbrekingen gedaald tot respectievelijk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

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, gonorrhoe en genitale wratten een stijgende lijn zien in de periode 2012-2019, met name voor chlamydia (zie Figuur 1).

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.

Aantal episodes voor soa in huisartsenpraktijken



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 (Rutgers en Soa Aids Nederland, 2021)

Seksueel plezier

De volgende factoren hangen positief samen met het ervaren van seksueel plezier (De Graaf et al., 2017):

- Praten over seksualiteit met een partner.
- Kennis over seksualiteit.
- Een permissieve attitude ten aanzien van seks.
- Een goed gevoel van eigenwaarde.

Onbedoelde zwangerschap

Over het algemeen komen in Nederland zwangerschappen onder tieners relatief weinig voor. Dit is mede te danken aan een open klimaat over (tiener)seksualiteit, goede toegang tot anticonceptiemiddelen en anticonceptiezorg, 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 (Cense & Dalmijn, 2016; De Graaf et al., 2017; Goenee et al., 2014):

- Een negatief zelfbeeld.
- Traditionele rolopvattingen en stereotype genderideeën.
- Ervaring met seksueel misbruik of seksueel geweld.
- Beperkte kennis over seksualiteit, het eigen lichaam, anticonceptie.
- Beperkte weerbaarheid.
- Een negatieve houding ten aanzien van anticonceptie en condoomgebruik.
- Een lage risicoperceptie.
- Lage zelfregie.
- Een positieve houding tegenover zwangerschap.
- Een beperkt toekomstperspectief ervaren.

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 (Cense & Dalmijn, 2016; De Graaf et al., 2017):

- Thuisituatie: kwetsbare leefomstandigheden zoals armoede, emotionele verwaarlozing of mishandeling).
- Tiernermoeders in de directe omgeving: zoals in de vriendengroep of familie.
- Afhankelijkheid van een partner, door bijvoorbeeld een leeftijdsverschil.

Ook zijn er beschermende persoonlijke- en omgevingsfactoren die het risico op een tienerzwangerschap verlagen.

Op persoonlijk niveau zijn dit ((De Graaf et al., 2017; Cense & Dalmijn, 2016):

- Kennis over seksualiteit.
- De vaardigheid om duidelijk en effectief over wensen en grenzen te kunnen communiceren.
- Een positieve attitude tegenover anticonceptie.

In de omgeving zijn dit de volgende factoren (De Graaf et al., 2017; Goenee et al., 2014):

- Seksuele voorlichting op school.
- Meer praten over seks met de partner.
- Een warm opvoedingsklimaat thuis.

Soa/hiv

Persoonlijke factoren die samenhangen met het oplopen van soa/hiv zijn ((De Graaf et al., 2017; van Wees, 2020):

- Onvoldoende voorbereid aan seksueel contact beginnen.
- Lage risicoperceptie om soa's op te lopen.
- Impulsiviteit.
- Gevoelens van schaamte.
- Attitudes met betrekking tot condoomgebruik.
- De eigen gezondheid niet zo belangrijk vinden.

De volgende gedragingen hangen samen met de kans dat iemand soa/hiv oploopt (De Graaf et al., 2017; van Wees, 2020):

- Seks onder invloed van alcohol of drugs.

- Gemeenschap hebben met losse partners.
- Geen (goed) condoomgebruik.

Beschermende factoren voor preventie van soa/hiv zijn (De Graaf et al):

- (Goed) condoomgebruik
- Informatie over seksualiteit op school
- Praten over seks met de partner.
- Het bij je dragen van een condoom. Dit is een belangrijke voorspeller voor het gebruik ervan.

Seksuele grensoverschrijding

Persoonlijke factoren die samenhangen met het meemaken van seksuele grensoverschrijding zijn (De Graaf et al., 2017; Van Berlo & Ploem, 2018):

- Een minder positief lichaamsbeeld.
- Een minder goede psychische gezondheid.
- Eerdere ervaringen met seksueel misbruik.
- Gebrekkige communicatieve vaardigheden in het aangeven van wensen en grenzen.

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 (De Graaf et al., 2017; Van Berlo & Ploem, 2018):

- Seks onder invloed van alcohol of drugs.
- Dateren via een datingapp en ervaring met sexting.
- Seks vanuit niet-seksuele motieven zoals door eenzaamheid of tegen betaling.

De volgende omgevingsfactoren hangen samen met het meemaken van seksuele grensoverschrijding (De Graaf et al., 2017):

- Een thuissituatie met emotionele verwaarlozing of mishandeling.
- Het ervaren van groepsdruk.

Beschermende factoren voor het meemaken van seksuele grensoverschrijding (De Graaf et al., 2017):

- Een hogere eigenwaarde.
- Een betere psychische gezondheid.
- Een positief lichaamsbeeld.

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 daderschap. Als eerste is dit de aanwezigheid en acceptatie van geweld. Een tweede overkoepelende factor is risicovol seksueel gedrag, ervaringen of attitudes.

Concluderend zijn er veel persoonlijke en omgevingsfactoren die de seksuele gezondheid positief of 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 een aantal factoren die bij meerdere gezondheidsproblemen een rol

spelen, zoals kennis over seksuele gezondheid, bepaalde attitudes, communicatievaardigheden en eerdere negatieve 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 wat stress met zich mee kan brengen en gevolgen heeft voor de (seksuele) gezondheid. Een onbedoelde zwangerschap hoeft niet altijd ongewenst te zijn (Rutgers, 2018).

Tiernermoederschap kan bepaalde gevolgen en problemen met zich mee brengen. Denk aan minder opleidingskansen, financiële problemen, huisvestingsproblemen, psychosociale problemen, alleenstaand ouderschap 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. 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.

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 et al., 2011; NCJ, 2014). De zorgkosten aan soa/hiv gerelateerd voor 10-24-jarigen zijn jaarlijks meer dan dertig miljoen euro. 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 (De Graaf et al., 2017; De Graaf et al., 2014; Hoogenboezem, 2015; Rutgers, 2018):

- 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.
- Praktisch opgeleiden, jongeren zonder opleiding en leerlingen in het speciaal onderwijs.
- Personen met een migratieachtergrond, waaronder ook (minderjarige) vluchtelingen en asielzoekers.
- Jongeren met een verstandelijke beperking.

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

Dit zijn (De Graaf et al., 2017; De Groot et al., 2015; Rutgers, 2018):

- 1 Nederlandse jongeren met een Surinaamse of Antilliaanse afkomst*.
- 2 Jongeren met negatieve jeugdervaringen*, in de jeugdhulpverlening of in kwetsbare omstandigheden zoals multi-probleemgezinnen.
- 3 Kinderen van tienermoeders.
- 4 Erg gelovige jongeren.

Soa en hiv

Dit zijn (Daas et al., 2018; De Graaf et al., 2017):

- 1 Nederlandse jongeren met een Surinaamse of Antilliaanse afkomst*.
- 2 Homo- en biseksuele jongens.

Seksuele grensoverschrijding

Dit zijn (CBS, 2021b):

- 1 Vrouwen.
- 2 LHBT-jongeren.
- 3 Jongeren met negatieve jeugdervaringen*.

Concluderend zien we dat er enkele groepen zijn die op het thema seksuele gezondheid extra aandacht behoeven. 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 om de seksuele gezondheid van jongeren te bevorderen. We richten ons op interventies voor jongeren vanaf 12 tot 21 jaar in het onderwijs. Er is naar nationale en internationale literatuur én wetenschappelijke en grijze literatuur gekeken. Er zijn vooral systematische reviews en meta-analyses van interventies bestudeerd. 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.

Het hoofdstuk start met een toelichting op onderzoek naar effectiviteit en werkzame elementen bij de seksuele gezondheid van jongeren en wat hierbij de uitdagingen zijn (paragraaf 2.1). In paragraaf 2.2 beschrijven we drie benaderingen van relationele en seksuele vorming (RSV) en wat de kansrijke elementen hierbij zijn (paragraaf 2.3). Vervolgens beschrijven we wat we nog niet weten of wat onduidelijk is over de werkzaamheid van RSV (paragraaf 2.4). Tevens bespreken we de effectiviteit en werkzaamheid van andere interventies zoals gezondheidsdiensten, schoolbeleid en een veilige sociale schoolomgeving (paragraaf 2.5) en wat we weten over de effectiviteit en werkzaamheid van een integrale aanpak en mix van interventies (paragraaf 2.6). Dit hoofdstuk sluit af met conclusies en lacunes in kennis (paragraaf 2.7).

De bevindingen vanuit de literatuurverkenning zijn tevens voorgelegd aan een klankbordgroep, bestaande uit professionals werkzaam voor of in het onderwijs en betrokken bij dit onderwerp. Hun aanvullingen en opmerkingen komen terug in verschillende tekstvakken in dit hoofdstuk. Ook staan er voorbeelden van interventies die voldoen aan één of meerdere kansrijke elementen in paars gearceerde tekstvakken. Voor een volledig overzicht van erkende interventies verwijzen we naar loketgezondleven.nl.

2.1 Toelichting op onderzoek naar effectiviteit en werkzame elementen bij seksuele gezondheid

Seksuele gezondheid is geen waarde vrij onderwerp. Er bestaan verschillende opvattingen over wat seksueel gezond gedrag is. Dit verschilt per land en per kontekst. Ook zijn er verschillen tussen wat onderzoekers, docenten en jongeren zelf verstaan onder seksueel (on-)gewenst of seksueel (on-)gezond gedrag.

Seksuele gezondheid is daarnaast een breed en veelomvattend onderwerp. Dit maakt het soms complex om seksuele gezondheid goed te meten (Haberland, 2015; Vanwesenbeeck, 2020). Er zijn ook geen eenduidige uitkomstmaten voor seksuele gezondheid.

Bij effectstudies van interventies over seksuele gezondheid, is het belangrijk alert te zijn op het onderscheid tussen daadwerkelijke gedragsuitkomsten op

niveau van seksuele gezondheid en determinanten van gedrag zoals kennis, attitude en vaardigheden. Pas als effectstudies aantonen dat interventies effectief zijn op gedragsniveau en sprake is van meerdere overeenkomstige elementen, dan is het aannemelijk dat ze bijdragen aan effectiviteit. Dan spreken we van werkzame elementen. Als dat minder het geval is maar er zijn wel aanwijzingen dat deze effectief kunnen zijn, dan spreken we van kansrijke elementen.

Nog lang niet alle jongeren zijn al seksueel actief vanaf hun 12^e jaar. Hierdoor is het effect van een interventie op het seksuele gedrag niet altijd goed meetbaar voor alle jongeren in het onderwijs. Op korte termijn zijn er bij subgroepen wellicht bepaalde effecten te zien maar dan moet de power ook voldoende groot zijn. Op langere termijn zijn effecten mogelijk wel meetbaar maar dan spelen er vaak meer invloeden dan alleen de ingezette interventies. Denk aan de invloed van ouders, media en peers op de attitudes en het seksuele gedrag van jongeren.

Voor meer toelichting op de bevindingen uit het onderzoek en om de uitkomsten nog beter op waarde te schatten, verwijzen we naar bijlage 3.

2.2 Relationale en seksuele vorming (RSV)

De meest ingezette interventie om de seksuele gezondheid van jongeren te bevorderen in het onderwijs, is seksuele voorlichting of relationele en seksuele vorming (RSV). Dit zijn educatieve programma's die collectief worden aangeboden op school en in de klas, met als doel jongeren te ondersteunen bij een gezonde seksuele ontwikkeling.

2.2.1 Verschillende benaderingen van relationele seksuele vorming

Er zijn globaal drie benaderingen van relationele en seksuele vorming. Educatie wat zich vooral richt op seksuele onthouding, educatie gericht op risico-preventie en educatie gericht op brede relationele en seksuele vorming (CSE). Soms lopen deze in elkaar over (Bonjour & van der Vlugt, 2018).

***Abstinence-only* educatie (seksuele onthouding)**

In deze benadering (vaak gestoeld op religieuze waarden) leren jongeren geen seks (meer) te hebben of geen seks meer te hebben tot aan het huwelijk. Hier is bijvoorbeeld geen aandacht voor het gebruik van effectieve anticonceptiemethoden (Santelli et al., 2017). In Nederland wordt deze vorm van RSV waarschijnlijk niet vaak gegeven.

Hoewel er enkele aanwijzingen zijn uit onderzoek 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 (WHO, 2010) en Unesco (Unesco, 2018). De belangrijkste reden is dat dit niet aansluit bij de alledaagse realiteit van jongeren. Veel jongeren hebben vroeg of laat seks en dan lijkt het verstandiger om hen goed voor te bereiden en hen de juiste tools en informatie te bieden bijvoorbeeld over veilige en gewenste seks.

Bovendien zijn er aanwijzingen 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 (Denford et al., 2017). Om deze redenen zullen wij in dit rapport verder geen aandacht besteden aan deze vorm van seksuele vorming.

Risico-preventie

In deze benadering ligt de focus vooral op preventie van soa/hiv en/of onbedoelde zwangerschap (Bonjour & van der Vlugt, 2018). In de seksuele vorming wordt seksualiteit als iets negatiefs neergezet omdat dit risico's met zich meebrengt, de lessen kunnen angst aanjagen of er is alleen aandacht voor de risico's.

Comprehensive sexuality education (CSE)

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

In deze benadering is er expliciete aandacht voor de positieve kanten van seksualiteit, zoals plezier. Volgens Unesco (2018) zou deze vorm van relationele en seksuele vorming moeten voldoen aan: wetenschappelijk accuraat, stapsgewijs aangeboden, passend bij de leeftijd en ontwikkeling van de leerling, opgenomen in het leerplan, veelomvattend in inhoud en uitgevoerd 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 levensvaardigheden te ontwikkelen die nodig zijn voor het maken van gezonde keuzes.

2.3 Kansrijke elementen van relationele en seksuele vorming

We maken een verdeling in kansrijke elementen op niveau van:

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

Deze kansrijke elementen zijn gebaseerd op verschillende bronnen:

- Wetenschappelijke artikelen in 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 beschrijven we de bewijskracht. Bij sommige elementen staan extra bronnen vermeld 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 relationele en seksuele vorming (RSV)

Ontwikkeling van RSV	Inhoud en vorm van RSV	Implementatie van RSV 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 RSV	
	Overige inhoudelijke aandachtspunten	

2.3.1 Ontwikkeling van relationele en seksuele vorming

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

Planmatige aanpak

Om de kans of effectiviteit te vergroten, is een planmatige aanpak gewenst. (Denford, 2017; Unesco, 2018; WHO & BZgA, 2010). Een planmatige aanpak houdt in dat RSV ontwikkeld wordt, op basis van onderzoek, literatuur en theorie met de volgende stappen: 1) Behoeftedonderzoek 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 **ontwikkeling** van RSV is het van belang dat men (Denford, 2017; Unesco, 2018; WHO & BZgA, 2010):

1. Oog heeft voor behoeften en middelen van de doelgroep.
2. In kaart brengt van beschikbare middelen (financiën, tijd en menskracht) voor ontwikkeling en uitvoering.
3. Werkt met een multidisciplinair team voor de interventieontwikkeling bestaande uit experts op terrein van seksualiteit, gedragsverandering en pedagogiek, maar ook jongeren en ouders.
4. Met een theoretisch kader of *logic model* werkt met verandermechanismen/doelen voor verandering.
5. De interventie aansluit bij de verandermechanismes/doelen voor verandering.
6. De implementatiestrategie aansluit bij de behoeften en problemen van de doelgroep.
7. De inhoud van de interventie aansluit bij de waarden en kenmerken van de doelgroep.
8. Een evaluatie uitvoert.
9. Pre-test en pilot doet van de interventie.

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

1. Onderwerpen in een logische volgorde staan.
2. Meerdere meetbare gedragsdoelen en -uitkomsten.
3. Mechanismen voor gedragsverandering die aansluiten bij de doelen van interventie.
4. Inzet op meerdere strategieën en methoden om gedrag te veranderen
5. Analyse wat de beste vorm is: wordt RSV als losstaand onderwerp behandeld of juist geïntegreerd in andere vakken in het onderwijs.

Intervention mapping is een voorbeeld van een methode die gebruikt kan worden bij een planmatige aanpak van RSV (Eldredge et al., 2016).

Aansluiten bij de doelgroep en context

Een planmatige aanpak sluit aan bij de behoeftes, wensen en kenmerken van de doelgroep en houdt rekening met de context. Zo moet RSV 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 (Denford, 2017; Unesco, 2018; WHO & BZgA, 2010). Ook In Nederland komt naar voren dat scholen vinden dat RSV goed moet aansluiten bij de leefwereld van leerlingen, bijvoorbeeld door in te spelen op de actualiteit (Inspectie van het Onderwijs, 2016). Ook raadt men aan 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 planmatige ontwikkeld RSV-programma voor het voortgezet onderwijs. Het programma is 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.

2.3.2 Inhoud van relationele en seksuele vorming

Wanneer we kijken naar de inhoud van RSV gaat het om de vraag: wat moet er aan bod komen tijdens de lessen en welke werkvormen passen hierbij? Als RSV aan deze inhoudelijke kenmerken voldoet is het aannemelijk dat de effectiviteit van RSV ook groter is.

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 RSV ook inzet op verbondenheid met anderen. "Verbondenheid" gaat zowel over een relatie (een connectie of band die jongeren hebben met belangrijke anderen) als over autonomie (in hoeverre voelen jongeren dat hun individualiteit erkend en ondersteund wordt door belangrijke anderen). Wanneer RSV zich ook richt op vergroten van de sociaal emotionele verbondenheid met andere belangrijke personen binnen en buiten de school (bijv. ouders, leraren, partner, leeftijdsgenoten of met de school zelf) kan dit effectief zijn voor de seksuele gezondheid van jongeren. In meerdere studies kwam naar voren dat door het volgen van RSV met inzet op verbinding, minder tienermeiden zwanger werden en minder vaak kinderen baarden dan meiden in de controleconditie (Kedzior, 2020). Er was geen verschil in tienervaderschap. Er was ook een toename in anticonceptiegebruik en een vermindering van seksueel gedrag (minder vaak seksueel actief; iets latere startleeftijd; minder sekspartners) in meerdere studies (Kedzior, 2020). De vier meest succesvolle programma's richtten zich

op sociaal emotionele verbondenheid op meer niveaus, namelijk: leeftijdsgenoten, docenten op school de partner en de gemeenschap buiten de school. Hoewel niet *alle* programma's met verbondenheid op meerdere niveaus effectief waren, lijkt dit toch een belangrijk kansrijk element voor een succesvolle interventie.

Inhoudelijk brede aanpak

We spreken van een inhoudelijk brede aanpak wanneer in RSV meerdere thema's aan bod komen (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 op slechts één thema richt (bijvoorbeeld alleen preventie zwangerschap). Een brede aanpak lijkt effectief voor de seksuele gezondheid van jongeren. Uit onderzoek (Blank et al.; 2010) blijkt dat interventies die zich richten op meerdere seksuele gezondheidsthema's (4 van de 29 studies), voor de preventie van onbedoelde zwangerschap én de preventie van soa/hiv succesvol zijn. 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. Uit een analyse (Kontula, 2010) van een grote dataset met gegevens van Finse middelbare scholieren tussen de 13 en 15 jaar die RSV kregen, kwam eveneens naar voren dat een brede aanpak succesvol lijkt. De scholieren kregen minimaal 6 uur per jaar RSV over veel verschillende onderwerpen (19 van de 26 onderwerpen onder andere: soa, daten, seksuele rechten, abortus of seks in de media). Ze hadden over het algemeen meer kennis over seksuele gezondheid dan jongeren die minder uren les in RSV en/of minder onderwerpen aangeboden kregen.

Ook uit een systematische review (Goldfarb et al.; 2021) met 80 kwalitatieve en kwantitatieve uitkomststudies van brede RSV programma's, kwamen positieve effecten naar voren. Er waren positieve effecten op determinanten van gedrag zoals attitudes (bijvoorbeeld over seksuele diversiteit) en kennis (bijvoorbeeld over seksueel geweld) maar minder op gedragsuitkomsten.

Langdurig en intensief

Men adviseert om intensieve en langdurige lessen in RSV aan te bieden, bij voorkeur verspreid over meerdere leerjaren (Denford, 2017; Goldfarb et al., 2021; Unesco, 2018; WHO & BZgA). Er zijn positieve resultaten gevonden van RSV-programma's met 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 aan (kwalitatief, kwantitatief, systematische reviews en een meta-analyse) waarin het belang wordt aangetoond van langdurige RSV en voortbouwt op wat in eerdere leerjaren behandeld is. Het is niet met zekerheid vast te stellen hoeveel sessies of uren er minimaal nodig zijn voor effectieve RSV. Het ligt wel voor de hand dat een eenmalige gastles minder kansrijk is dan bijvoorbeeld lessen in een doorlopende leerlijn verspreid over meerdere jaren in het voortgezet onderwijs.

Uit onderzoek (Pound et al.; 2017) bleek dat professionals die betrokken waren bij RSV een eenmalige gastles als onvoldoende (*bad practice*) beschouwden. Gastlessen (van 1 dag) van externe docenten zouden wel meerwaarde kunnen hebben als deze ingezet worden naast een doorlopende leerlijn RSV.

Participerende en activerende lesmethoden

Het gebruik van actieve lesmethoden en werkvormen vergroot betrokkenheid van jongeren waardoor ze informatie goed in zich kunnen opnemen (Denford, 2017; Unesco, 2018; WHO & BZgA, 2010). Uit Fins onderzoek (Kontula, 2010) bleek dat het succes van RSV deels bepaald werd door het gebruik van participerende lesmethoden. In brede RSV is de kans groot dat er al participerende en activerende lesmethoden worden gebruikt. Dit bleek ook uit een survey van brede RSV in Europese landen (Ketting et al., 2021) waar 9 landen, waaronder Nederland, over het algemeen standaard gebruik wordt gemaakt van participerende lesmethoden. In Europese landen waarin RSV niet *comprehensive* of breed wordt aangeboden, gebruikt men minder vaak (of af en toe) participerende methoden.

Aandacht voor gender en machtsverhoudingen

Uit een systematische review (studies) (Haberland; 2015) blijkt dat RSV programma's die aandacht besteden aan gender en macht, 5 keer effectiever zijn dan RSV-interventies, die hier geen aandacht aan besteden. Bij 80% van deze interventies leidde dit tot significant minder soa-besmettingen of onbedoelde zwangerschappen. Niet alle studies hadden echter betrekking op onderwijs. Gelet op de 12 interventies die (in elk geval deels) op scholen plaatsvonden, lieten alleen de vier RSV programma's met aandacht voor gender en macht, betere gezondheidsuitkomsten zien. Bij alle acht school-gebonden programma's zonder aandacht voor gender en macht, vond men geen positieve gezondheidsuitkomsten.

Ook Unesco (2018) en WHO (2010) adviseren aandacht te besteden aan gender. Een kanttekening hierbij is wel dat de meeste studies buiten Europa zijn uitgevoerd: 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, kan de effectiviteit van deze interventies niet klakkeloos vertaald worden naar de Nederlandse context. Het is dus niet zeker of 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.

Tegelijkertijd zijn er in Nederland ook relevante gender verschillen tussen jongen/mannen en meiden/vrouwen. Zo zijn vrouwen vaker het slachtoffer van seksueel geweld dan mannen (van Berlo & Ploem, 2018). Het is van belang om in RSV stereotype gendernormen en gendergedrag ter discussie te stellen en seksualiteit van meiden niet alleen neer te zetten in termen van risico, gevaar en kwetsbaarheid, waarbij meiden de poortwachter zijn van de "natuurlijke" seksuele driften van jongens (Vanwesenbeeck, 2020). In RSV moeten niet-seksistische attitudes en gedrag bij jongens en meiden aangemoedigd worden met als doel het realiseren van veilige, consensuele, gelijkwaardige en wederzijds bevredigende relaties (Vanwesenbeeck, 2020).

Aandacht voor seksuele rechten

RSV programma's die aandacht hebben voor seksuele rechten zijn kansrijk voor seksuele gezondheid (Goldfarb et al.; 2021; Unesco, 2018). De nadruk ligt op het benoemen en erkennen van fundamentele seksuele rechten van adolescenten zoals recht op informatie over seksualiteit, recht op toegang tot hulp bij seksuele problemen, recht op zelfbeschikking en non-discriminatie, en reproductieve rechten (Constantine et al., 2015).

Het meeste effect onderzoek waar rechten aan bod komen in RSV is kwalitatief van aard en kleinschalig opgezet (Goldfarb et al., 2015). Er is ook een kwalitatief goede *randomized controlled trial* (RCT) uitgevoerd naar de korte termijn effecten van een RSV programma met een rechten-insteek in vergelijking met RSV zonder een rechtenbenadering (Constantine et al., 2015) en een onderzoek naar lange termijneffecten na een jaar (Rorhbach et al., 2015). Deze RCT toont aan dat een op rechten gebaseerde benadering kansrijk is. Leerlingen die RSV hebben gekregen met aandacht voor seksuele rechten 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) dan jongeren uit de controle groep. Er waren geen significante verschillen tussen beide groepen op communicatie met seksuele partners en de intentie om condooms te gebruiken. Ook een jaar later zijn er positieve effecten gevonden van RSV waar rechten aan bod kwamen (Rorhbach et al., 2015) 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 en het bij zich dragen 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 determinatniveau (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 in de intensiteit van de RSV in beide groepen. RSV met een rechten aanpak duurde viermaal zo lang als de RSV zonder aandacht voor seksuele rechten. Dit kan het verschil in effectiviteit verklaren. Desalniettemin lijkt RSV met aandacht voor seksuele rechten kansrijk.

Overige inhoudelijke aandachtspunten

Unesco (2018) en andere experts adviseren (zonder duidelijk wetenschappelijk bewijs) dat RSV kansrijk kan zijn als er aandacht is voor:

1. *Consent* en levensvaardigheden.
2. Wetenschappelijk accurate informatie over hiv, soa, zwangerschapspreventie, vroege en onbedoelde zwangerschappen en beschikbare methoden van anticonceptie.
3. Specifieke risico- en beschermende factoren van seksueel (on-)gezond gedrag.
4. Situaties en gedrag die kunnen leiden tot hiv, soa besmetting, ongewenste, onveilige seks of geweld.
5. Individuele attitudes en normen van leeftijdsgenoten over alle vormen van anticonceptie.

6. Informatie over toegang tot hulp en diensten bij (seksuele) gezondheidsvragen.

Aanvullingen vanuit het werkveld

Met een klankbordgroep van experts uit het onderwijs, zijn de kansrijke elementen getoetst in de praktijk. De groep onderschrijft het belang van aandacht voor gender en machtsverhoudingen in relationele en seksuele vorming, ook in Nederland. Gelijkwaardigheid tussen jongens en meisjes laat nog te wensen over en seksueel grensoverschrijdend gedrag komt nog veel voor. Meisjes kunnen minder veilig over straat dan jongens en er wordt nog steeds met twee maten gemeten. Ook aandacht voor genderstereotypen en rolverwachtingen is van belang voor RSV. Jongens en meisjes gaan soms gebukt onder sterke sociale gendernormen met een dubbele seksuele moraal. Bijvoorbeeld voor een jongen is het sociaal meer geaccepteerd als hij seksueel actief is en met verschillende meisjes seks heeft, terwijl seksuele activiteit van meisjes eerder wordt afgekeurd en betiteld als sletgedrag of anderszins. Ook aandacht voor de positieve kanten van seksualiteit werd relevant gevonden.

2.3.3 Implementatie van relationele en seksuele vorming en randvoorwaarden

Er worden een aantal kansrijke factoren genoemd bij een succesvolle implementatie (Denford, 2017).

Programmatrouw (*program fidelity en volledigheid*)

Voor de effectiviteit van RSV is het van belang dat het programma wordt uitgevoerd zoals bedoeld, de duur en het aantal lessen gelijk blijft (programmatrouw) en alle onderdelen aan bod komen (Unesco, 2018). In de praktijk is dit niet altijd het geval. 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). Docenten (wereldwijd, dus ook in ontwikkelingslanden) noemen de volgende obstakels bij het geven van lessen over RSV (Pound et al., 2017; Unesco, 2021):

- RSV 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 docent-uren beschikbaar.
- RSV is geen vast onderdeel van het curriculum.

Voor effectieve RSV is het van belang dat de inhoud van de interventie helder omschreven is en dat deze wordt uitgevoerd zoals bedoeld (Denford, 2017; Unesco, 2018). Bij gebruik van een programma RSV in een andere setting, in een ander land of voor een andere doelgroep, is het belangrijk dat het originele programma (duur, intensiteit en inhoud, mits evident effectief) zoveel mogelijk behouden blijft (Unesco, 2018). Sommige veranderingen in de inhoud, afbeeldingen of taal, zijn gewenst om te zorgen dat de interventie goed aansluit bij de doelgroep en context. Maar het inkorten van het aantal of de duur van de lessen, of het weglaten van bepaalde informatie of werkvormen, kan de effectiviteit negatief beïnvloeden.

Een faciliterende (school)omgeving en positief en veilig schoolklimaat

De Inspectie van het Onderwijs (2016) concludeert dat scholen baat hebben bij een helder en doelgericht beleid en sturing vanuit de schoolleiding op RSV. Dit betekent bijvoorbeeld duidelijk leiderschap, een directie die het belang van RSV uitdraagt, een concrete, school-brede aanpak en RSV in het curriculum van de school. Ook een positief schoolklimaat met goede relaties tussen leerlingen en leraren, is belangrijk voor het succes van RSV (Inspectie van het Onderwijs, 2016). Uit de internationale literatuur komt dit advies eveneens naar voren. Voor effectieve RSV is een positieve, veilige en vertrouwelijke omgeving voor jongeren gewenst en wordt belang gehecht aan ondersteuning vanuit de schoolleiding (Denford, 2017; Unesco, 2018; Pound et al.,2017).

Aanvullingen vanuit het werkveld

In Nederland zijn scholen sinds 2015 verplicht om zorg te dragen voor een sociaal veilig schoolklimaat. Hiermee wordt pesten in en om de school tegengegaan en de 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 moeten explicieter aandacht besteden aan preventie, tijdige signalering en opvang van leerlingen als er sprake is van (online) seksueel grensoverschrijdend gedrag in en om de school. Een veilige en sociaal betrokken school draagt bij aan de bevordering van seksueel gezond gedrag van leerlingen.

Vaardigheden/expertise van de trainer/docent

De inzet van competente, gemotiveerde en gespecialiseerde docenten bij lessen over RSV is kansrijk voor seksuele gezondheid van jongeren (Unesco, 2018; WHO & BZgA, 2010). Daarbij is deskundigheidsbevordering van docenten nodig in de vorm van trainingen en/of supervisie. Onderzoek op Finse scholen laat zien dat de inzet van gemotiveerde docenten met bepaalde attitudes en vaardigheden, bijdraagt aan meer kennis over seksuele gezondheid (Kontula, 2010). In Nederland concludeerde de Inspectie van het Onderwijs (2016) dat de inzet en vaardigheden van docenten bepalend zijn voor de manier waarop RSV wordt gegeven en welke thema's behandeld worden. Beperkte expertise van de docent lijkt een belemmerende factor voor succesvolle RSV, met name in het middelbaar beroepsonderwijs (mbo). Niet alle docenten kunnen omgaan met lastige situaties in de klas, zijn in staat een veilige sfeer te creëren of kunnen adequaat reageren als leerlingen persoonlijke vragen stellen (Schutte, 2017). De Inspectie van het Onderwijs (2016) adviseert scholen, docenten te ondersteunen bij "bevordering van vaardigheden en houdingen, gericht op vergroting van de handelingsbekwaamheid om het thema aan de orde te stellen, in soms ingewikkelde, uiteenlopende religieus-culturele settingen in een klas."

Aanvullingen vanuit het werkveld

Het is belangrijk dat leraren en docenten inhoudelijk, didactisch, pedagogisch 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 en of prioriteit. Het is daarom van belang dat docenten voldoende

handvatten en tips krijgen aangereikt om les te kunnen geven over bepaalde onderwerpen en met lastige situaties kunnen omgaan 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.

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

Het is van belang om nader onderzoek te doen naar de werking en effectiviteit van de kansrijke elementen. Tabel 2 geeft een overzicht van wat we (nog) niet weten met betrekking tot RSV.

Tabel 2. Overzicht wat we (nog) niet weten om relationele en seksuele vorming effectiever te maken voor 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 RSV**?

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

Peereducatie

Er zijn verschillende definities van peereducatie (zie bijvoorbeeld 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 RSV aan hun leeftijdgenoten of klasgenoten. Hoewel peereducatie vaak wordt ingezet bij RSV, is er niet veel bewijs dat, of onder welke condities, dit effectief is. Op basis 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. Er zijn geen verschillen gevonden in anticonceptiegebruik, kennis, communicatieve of onderhandelingsvaardigheden, attitudes en intentie om condooms te gebruiken tussen groepen waar wel en niet werd ingezet op peereducatie. In één studie werd meer seksuele ervaring onder jongeren gevonden in de peereducatiegroep dan in de controlegroep. Bij 3 programma's werd peereducatie vergeleken met RSV door een docent. Uit deze vergelijkingen blijkt dat peereducatie in elk geval niet *beter* werkt dan door een docent gegeven RSV: er waren geen verschillen op gezondheidsuitkomsten (aantal soa besmettingen, zwangerschappen, abortussen), noch op het niveau van gedragsuitkomsten (anticonceptiegebruik en aantal sekspartners). Ook op het niveau van determinanten zijn bijna geen effecten gevonden (meestal geen verschil in kennis, geen verschil in communicatieve of onderhandelingsvaardigheden en attitudes). Slechts bij één interventie met

peereducatie was sprake van een attitudeverandering in tegenstelling tot RSV door een docent. De kennis bleek één keer groter (specifieke kennis over hiv) na peereducatie en een andere keer juist lager. Dat er nauwelijks verschillen tussen docenten en *peereducators* zijn, kan ook betekenen dat beide effectief zijn.

Peereducatie wordt vaak gebrekkig geïmplementeerd of de randvoorwaarden zijn minimaal. Zo worden de *peereducators* niet altijd goed geselecteerd en getraind en hebben ze vaak te weinig autonomie. Als hier wel aan wordt voldaan zou dit misschien effectief kunnen zijn (bijvoorbeeld als dit uitgevoerd wordt volgens de Europese richtlijnen voor peereducatie over AIDS, zie Svenson, 1998) maar daar is op dit moment geen wetenschappelijk bewijs voor.

Een enkeling adviseert wel peers in te zetten bij RSV maar de meesten raden dit expliciet af en geven de voorkeur aan getrainde docenten (Denford, 2017). Een voordeel van peereducatie kan zijn dat het 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 succesvolle RSV veel kennis, bepaalde attitudes en (ook didactische) vaardigheden vraagt (zie bijvoorbeeld de kenmerken van een competente RSV docent van WHO en BzGA, 2017). Hier voldoen *peereducators* niet altijd aan, denk bijvoorbeeld aan het adequaat kunnen reageren op stereotype uitlatingen of ongewenst gedrag of het kunnen creëren van een veilige sfeer om gevoelige onderwerpen te bespreken.

Concluderend is er weinig evidentie voor de effectiviteit van peereducatie. Peereducatie lijkt niet effectiever dan RSV door een docent. Er is meer onderzoek nodig om te weten of en in hoeverre en onder welke condities peereducatie werkt en of het beter werkt dan RSV door een reguliere docent.

Blended learning

Bij *blended learning* is sprake van een combinatie van face-to-face RSV lessen met digitale RSV lessen. Uit onderzoek naar de effectiviteit van blended RSV komen wisselende resultaten (Coyle, 2019; 9 studies). Zo bleek het blended programma *It's Your Game ... Keep It Real* in twee studies effect te hebben op 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 hadden in alle drie de studies voorkeur voor blended RSV in vergelijking met traditionele RSV, hoewel face-to-face lessen van het blended programma favoriet waren (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 RSV effectief is. Hier is meer onderzoek voor nodig. Ook of en hoe de inzet van digitale media effectief kan zijn voor RSV.

Speciaal onderwijs, jongeren met een verstandelijke beperking

De onderzoeksliteratuur over effectiviteit van RSV voor jongeren met een beperking, vonden niet plaats in scholen, maar bijvoorbeeld in een instelling. Twee onderzoeken concluderen 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 RSV programma's en die zich specifiek richten

op de behoeften en noden van personen met een verstandelijke beperking. De lange termijn uitkomsten van onderzochte RSV programma's voor deze doelgroepen zijn onduidelijk.

Concluderend is er nog weinig bekend en is er meer onderzoek nodig naar de effectiviteit van RSV voor jongeren in het speciaal onderwijs.

Wat is het beste moment om te starten met RSV?

Intensieve en langdurige RSV verspreid over meerdere leerjaren lijkt kansrijk. Het is nog onduidelijk wat het beste startmoment is voor het geven van relationele en seksuele vorming aan jongeren. Er is nog geen kwalitatief goed onderzoek uitgevoerd naar het langere termijn effect van RSV bij start op een jonge leeftijd (zie bijvoorbeeld Zhou, 2020).

De Europese richtlijnen voor SV (*Standards for Sexuality Education in Europe*; WHO en BZgA, 2010) adviseren om al voordat kinderen 6 jaar zijn te starten met brede RSV. Kinderen van 0 tot 4 jaar kunnen al leren over het menselijk lichaam en respect te hebben voor verschillen. Per leeftijdsgroep staat beschreven welke onderwerpen op niveau van informatie, kennis, vaardigheden en attitudes, aandacht behoeven (zie p. 38 t/m 50). Vanaf de kleuterklassen (leeftijd 4 t/m 6 jaar) kunnen kinderen bijvoorbeeld leren over communicatie over wensen en grenzen en hoe ze relaties met leeftijdgenoten kunnen aangaan en onderhouden.

Ook Kedzior et al. (2020) oppert dat jong starten met RSV belangrijk lijkt, ook omdat gendernormen dan nog niet zo sterk gevormd zijn. RSV moet dan wel aansluiten bij de ontwikkelingsfase van het kind en er moet aandacht zijn 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 RSV krijgen *voordat* ze seksueel actief worden, zodat ze beter voorbereid zijn. Zo raden DeGue et al. (2014) aan RSV ter preventie van seksueel geweld, eerst te richten op scholieren in plaats van op studenten (zoals nu vaak gebeurt).

Concluderend weten we nog onvoldoende wat het ideale startmoment is voor RSV.

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

Hoewel de positieve kanten van seksualiteit onderdeel uitmaken van seksuele gezondheid en seksuele vorming, zijn er geen uitkomstmaten in studies gebruikt die seksueel plezier of seksuele tevredenheid meten. In de reviews wordt dit hiaat benoemd en opgeroepen tot meer onderzoek (Goldfarb, 2021; Kedzior et al., 2020; Lameiras-Fernández et al., 2021). We weten niet welke type of welke kenmerken van RSV effectief zijn om seksueel plezier of tevredenheid bij jongeren te vergroten.

Het blijkt dat seksueel plezier ook niet veel aan bod komt in RSV. Na analyse van de meest gebruikte Nederlandse RSV onderwijsmethoden in de onderbouw van het voortgezet onderwijs, bleek weinig aandacht 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 expliciet aandacht te krijgen in RSV (Hirst, 2013; Ketting et al., 2021; Vanwesenbeeck, 2020). Het is gewenst

meer onderzoek te doen naar effect van SRV op seksuele welzijn en seksueel plezier. Ook Nederlandse jongeren geven zelf aan dat ze hier meer over willen leren tijdens RSV (Cense et al., 2020). Men verwacht dat het toevoegen van plezier ook tot positieve seksuele gezondheidssuitkomsten leidt en tot bijvoorbeeld betere communicatie over (on)veilige seks (Hirst, 2013).

Concluderend ontbreekt het aan kwalitatief goed onderzoek en ontbreekt bewijs dat RSV bijdraagt aan seksueel welzijn en plezier.

2.5 Gezondheidsdiensten, schoolbeleid en sociale omgeving

Naast SRV in de school zijn er ook andere interventies die kunnen bijdragen aan de seksuele gezondheid van jongeren. Onderstaande interventies worden al of niet in combinatie met SRV aangeboden:

1. Het beschikbaar stellen van condooms in scholen.
 2. Gezondheidscentra of -diensten in of gelieerd aan school.
 3. Schoolbeleid of beleid gericht op een veilige sociale schoolomgeving.
- Hieronder wordt toegelicht wat deze interventies inhouden en wat we weten over de effectiviteit en wat wel of niet werkt.

2.5.1 Het beschikbaar stellen van condooms

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 aangaven vaker condooms te gebruiken (gedragsniveau) of in hun bezit te hebben (determinantniveau), vonden evenveel studies geen verschil of zelfs een afname in condoomgebruik als dit beschikbaar werd gesteld op school. De meest kansrijke interventie was de interventie die naast het beschikbaar stellen van condooms, ook een workshop of educatie gaf over hiv-preventie. Een andere review (Owen et al., 2010) keek ook naar de invloed van het beschikbaar stellen van condooms op het anticonceptiegebruik (5 studies) en kwamen tot dezelfde conclusie als Wang (2018).

Er is geen sterk bewijs dat het beschikbaar stellen van condooms (zonder educatie RSV) leidt tot een toename in condoomgebruik en daarmee is het onwaarschijnlijk dat zo'n interventie bijdraagt aan de seksuele gezondheid van jongeren.

2.5.2 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 verbonden aan de school. Dit zijn vaak schoolverpleegkundigen (*schoolnurses*). De vorm varieert: soms zijn er inloopsprekuren voor vragen over seksualiteit en relaties; bij sommige klinieken zijn er ook condooms en/of andere anticonceptie beschikbaar en sommige verpleegkundigen verzorgen workshops seksuele educatie in de klas. Ook zijn er grote verschillen in bereikbaarheid en openingstijden. De inrichting van de gezondheidscentrum of -dienst en de kwaliteit van de geleverde service, is niet altijd helder beschreven. De vorm en de kenmerken van de gezondheidsdiensten verschillen te sterk van elkaar om te weten wat nu wel of

niet werkt. Ook de resultaten zijn wisselend. Sommige onderzoeken vinden effect op sommige uitkomstmaten, maar andere niet.

Drie systematische 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) in een review met 27 studies, en Blank (2010) in totaal 29 studies, vonden wisselende resultaten. Jongeren op scholen met een gezondheidscentrum hadden wel consistent meer anticonceptie bij zich, voordat het centrum er was of in vergelijking met jongeren op scholen zonder gezondheidscentrum. Verder zijn er aanwijzingen dat meisjes op een school met een gezondheidscentrum, meer anticonceptie gebruikten in vergelijking met een controlegroep. In een andere studie werd ook meer condoomgebruik *overall* gerapporteerd. Daarentegen werd er bijna bij geen enkele school een verschil gevonden in condoomgebruik bij de laatste keer geslachtsgemeenschap. Er was ook geen effect te zien op het aantal zwangerschappen. Voor jongens bleek op 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 gezondheidsdiensten in of rondom scholen op seksueel gedrag en het aantal soa besmettingen en 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 start seksuele activiteit), was er in veruit de meeste studies geen toename in anticonceptiegebruik, noch een afname van het aantal onbedoelde zwangerschappen of het aantal soa besmettingen. De kwaliteit van de onderzoeken, is over het algemeen laag (Blank et al., 2010; Owen et al., 2010) en de resultaten zijn wisselend.

Owen et al. (2010) noemen een aantal kenmerken voor kwalitatief goede gezondheidscentra op basis van uitspraken van jonge gebruikers en medewerkers van gezondheidscentra. Zij noemen het belang van structurele financiering, het betrekken van jongeren bij de opzet van het centrum, het waarborgen van de privacy, praten met en steun krijgen van schoolhoofden en ouders, samenwerking met de docenten die seksuele vorming geven, een breed en geïntegreerd aanbod met verstrekking anticonceptie, advies over relaties en soa screening.

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 en -diensten als privacy en vertrouwelijkheid is gewaarborgd, medewerkers vertrouwen wekken en de diensten laagdrempelig en makkelijk te bereiken zijn. Jongeren willen zelf graag een geïntegreerd en direct aanbod van diensten, waar ze terecht kunnen voor advies over seks en gezondheid, anticonceptie beschikbaar is en ze problemen kunnen bespreken.

Concluderend is er inconsistent bewijs van meestal lage kwaliteit waardoor we geen conclusies kunnen trekken over de effectiviteit van werkzame elementen van deze gezondheidscentra in of gelinkt aan scholen. Hier is meer onderzoek voor nodig.

2.5.3 Schoolbeleid voor een sociaal veilige omgeving

Er zijn aanwijzingen dat inzet op sociale veiligheid in de school *zonder* educatie (RSV) bijdraagt aan de seksuele gezondheid van schoolgaande jongeren (DeGue et al.; 2014). 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) en preventie van dader- en slachtofferschap van seksueel geweld was de interventie *Shifting boundaries* (DeGue et al., 2014). Dit vond plaats aan de hand van een breed pakket aan beleidsmaatregelen in de school. Scholen deelden (tijdelijk) omgevingsverboden uit, hingen posters op in scholen om bewustzijn over seksueel geweld te vergroten en scholieren werden aangemoedigd seksueel grensoverschrijdend gedrag te melden bij schoolmedewerkers. Daarnaast brachten scholieren in kaart waar ze zich op school onveilig voelden "*hotspot mapping*". Schoolmedewerkers hielden hier extra toezicht. Door de inzet van deze maatregelen (in totaal deden er 117 scholen mee aan het onderzoek), nam het aantal daders en slachtoffers van seksuele intimidatie en seksueel geweld door leeftijdsgenoten af. De afname was groter in scholen met deze beleidsmaatregelen dan scholen waar deze maatregelen niet zijn uitgevoerd. Ook waren er op deze scholen minder slachtoffers van dating geweld, maar niet minder daders. De inzet van alleen de educatieve interventie *shifting boundaries* bleek echter niet effectief genoeg om het plegen of meemaken van seksueel grensoverschrijdend gedrag te verminderen.

Concluderend lijkt een pakket aan beleidsmaatregelen voor een veilige sociale omgeving kansrijk. Het is wel van belang om te kijken of dit type interventie ook effectief is als dit in andere landen en andere school contexten wordt ingevoerd.

2.6 Integrale aanpak en mix van interventies

Een integrale aanpak met meerdere type interventies lijkt kansrijk. Eerder is al vermeld dat condooms uitdelen met educatieve lessen meer effect zal hebben dan alleen het uitdelen van condooms. Ook de studies van Blank et al. (2010) laten zien dat RSV in combinatie met het aanbieden van anticonceptie op scholen of toegang tot anticonceptie bij gezondheidsdiensten en/of inzet op schoolbeleid (4 studies van de 29 studies) effectief kan zijn. In de groepen waar naast RSV ook andere interventies werden ingezet, kwamen minder zwangerschappen voor (gezondheidsuitkomst), bleken jongeren minder vaak ooit of recent seks gehad te hebben (gedragsniveau) en meer kennis te hebben over voortplanting en veilige seks (determinantniveau) dan in de controlegroep. Ander (voorzichtig) bewijs voor een effectieve integrale aanpak komt uit een systematische review van DeGue (2014): er was één interventie die RSV combineerde met het opzetten van services voor slachtoffers van dating geweld en deze bleek effectief voor de preventie van dader- en slachtofferschap van seksueel geweld. De meeste studies bleken echter van onvoldoende kwaliteit of waren te beperkt. Er bleken slechts twee school-gebonden interventies effectief in het veranderen van gedrag op de lange termijn. De ene

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

interventie was gericht op de schoolomgeving (besproken in 2.6.3). De andere effectieve interventie was een RSV programma voor jongeren tussen de 13 en 15 jaar (in totaal deden er 14 scholen mee aan het onderzoek), *Safe Dates*, in combinatie met services voor slachtoffers van dating geweld. Deze interventie leidde tot minder daderschap en minder slachtofferschap van seksueel geweld op lange termijn (4 jaar later).

Ook Unesco (2018), de WHO (2010) en experts in het veld (onder andere Denford, 2017; Vanwesenbeeck, 2020;) bevelen aan niet alleen RSV aan te bieden maar ook de omgeving erbij te betrekken zoals ouders en gemeenschappen, in combinatie met toegankelijke seksuele gezondheidsdiensten (bijvoorbeeld voor soa-testen of anticonceptie) in en om de school.

Concluderend lijkt een integrale aanpak met een mix aan interventies kansrijk. Met name als dit RSV is in combinatie met schoolbeleid, de omgeving en of toegang tot seksuele gezondheid services.

De Gezonde School-aanpak

In Nederland kennen we de Gezonde School-aanpak die ook voor seksuele gezondheid wordt ingezet. Dit is een integrale aanpak om de seksuele gezondheid te verbeteren van jongeren in het onderwijs. Bij de Gezonde School-aanpak wordt vaak ingezet op meer pijlers zoals een sociaal veilig school klimaat, educatie, schoolbeleid en samenwerking met de omgeving. De Gezonde School-aanpak sluit aan bij de actuele problemen en vragen in de school. Meestal wordt school-breed met het schoolteam een plan van aanpak uitgezet op alle pijlers. 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 is voor RSV, er een erkend lesprogramma wordt ingezet, dat docenten gefaciliteerd worden voor deskundigheidsbevordering, de fysieke en sociale schoolomgeving veilig is en dat er gedragsregels zijn.

Voorbeelden van een interventie met een integrale aanpak

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.

2.7 Conclusies en kennislacunes

Seksuele gezondheid is een breed begrip en het onderzoek naar effectiviteit van interventies bleek vaak van lage kwaliteit. Daarnaast beperkt het onderzoek zich veelal tot een sub-thema van seksuele gezondheid of beperkten de uitkomstmaten zich vooral tot determinanten van gedrag in plaats van daadwerkelijk seksueel gezond gedrag.

Hard bewijs van wat werkt is in de literatuur daarom nauwelijks gevonden, maar op basis van effectonderzoek, grijze literatuur en advies van experts, komen er kansrijke elementen naar voren die hoogstwaarschijnlijk bijdragen aan de seksuele gezondheid van jongeren in het onderwijs.

Wat is kansrijk en werkt waarschijnlijk

Onderzoek laat zien dat als relationele en seksuele vorming (RSV) planmatig wordt ontwikkeld en er rekening wordt gehouden met de doelgroep en context, dit bijdraagt aan effectiviteit.

RSV werkt waarschijnlijk als tijdens lessen:

- ingezet wordt op sociale emotionele verbondenheid binnen en buiten de school met belangrijke anderen, zoals ouders, leeftijdgenoten, partner en docenten.
- gekozen wordt voor een inhoudelijke brede aanpak, waarbij meerdere onderwerpen van seksuele gezondheid aan bod komen.
- gebruik wordt gemaakt van participerende en activerende lesmethoden en deze over een langere periode en meerdere leerjaren wordt aangeboden.
- er inhoudelijk aandacht is voor gender en machtsverschillen en seksuele rechten.

Daarnaast zijn er aanwijzingen, wanneer RSV in combinatie met andere interventies wordt aangeboden, dit bijdraagt aan de seksuele gezondheid van jongeren. Denk aan een inzet op een sociaal veilige schoolomgeving, toegang van jongeren tot seksuele gezondheidsdiensten en een schoolbeleid waar RSV is opgenomen in het curriculum van de school. Deze uitkomsten ondersteunen de integrale aanpak van de gezonde school.

Voor de preventie van seksueel geweld, lijkt aandacht voor een veilige sociale schoolomgeving met een pakket aan beleidsmaatregelen in de school, effectief. Denk aan gedragsregels, toezicht op onveilige plekken, bewustwording problematiek en toegang tot meldpunten.

Belangrijke randvoorwaarden voor effectiviteit van RSV

Niet alleen moet RSV worden uitgevoerd zoals bedoeld, het is ook van belang competente docenten in te zetten bij RSV. De docent moet zich bekwaam genoeg voelen om les te geven, met lastige situaties kunnen omgaan en rekening kunnen houden met diversiteit in de klas. De schoolleiding kan dit faciliteren.

Wat werkt waarschijnlijk niet

- Eenmalige (gast)lessen. Ze kunnen wel ingezet worden als aanvulling op educatie RSV vanuit een doorlopende leerlijn.

Wat werkt niet

- Uitsluitend het gratis beschikbaar stellen van condooms op scholen. Er is geen sterk bewijs dat dit leidt tot een toename in condoomgebruik en draagt daarom ook niet bij aan seksuele gezondheid.
- Voorlichting en educatie gericht op seksuele onthouding ('abstinence-only'). Dergelijke interventies komen niet overeen met de dagelijkse realiteit van jongeren en kunnen zelfs schadelijk zijn, met name voor jongeren die al seksueel actief zijn, LHBTIQ+ jongeren en jongeren die seksueel misbruik hebben meegemaakt.

Wat is onbekend

- Effectiviteit van specifieke vormen van voorlichting en educatie, met name peer-educatie en blended learning (een combinatie van face-to-face en digitale lesvormen).
- Effectiviteit en werkzame elementen van relationele en seksuele vorming in het speciaal onderwijs/voor jongeren met een verstandelijke beperking.
- De meest geschikte leeftijd/leerjaar om te starten met relationele en seksuele vorming.
- De effecten van relationele en seksuele vorming op de positieve kanten van seksualiteit (zoals plezier of tevredenheid).
- De effectiviteit van toegang tot seksuele gezondheidsservices in of gelinkt aan de school.

Kennislacunes

Tabel 3 geeft een overzicht van de kennislacunes op dit moment met een aantal denkbare onderzoeksvragen.

Tabel 3. Overzicht van kennislacunes

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, minimaal een half jaar na uitvoering van de interventie.
	Onderzoek naar effectieve interventies op gedragsniveau	Hanteer uitkomstmaten zoveel mogelijk op gedragsniveau in plaats van niveau van determinanten. Neem hierin ook seksueel geweld/seksuele grensoverschrijding en seksueel plezier mee. Bijvoorbeeld: <ul style="list-style-type: none">- Hebben jongeren meer veilige en plezierige seks nadat ze RSV hebben gevolgd?
	Onderzoek naar werkzame elementen van RSV	Welke werkzame factoren dragen bij aan de effectiviteit van de interventie? <ul style="list-style-type: none">- Is het effectiever om een externe gastdocent of expert of een docent RSV te laten geven?
	Grote steekproeven	Met voldoende power kan er makkelijker een effect gevonden worden op bepaalde subgroepen. Bijvoorbeeld jongeren die seksueel actief zijn, of meiden die geen anticonceptie gebruiken.
Type RSV	Blended learning	(Onder welke voorwaarden) is de inzet van educatie in de klas naast online learning effectief voor RSV?

Peereducatie	(Onder welke voorwaarden) is de inzet van peereducatie effectief voor RSV? <ul style="list-style-type: none"> - (Wanneer) werkt RSV met peereducatie beter dan RSV 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? <ul style="list-style-type: none"> - (Onder welke voorwaarden) draagt RSV bij aan de seksuele gezondheid van jongeren met een licht verstandelijke beperking?
Inhoudelijke aandachtspunten	Welke inhoud moet minimaal aan bod komen voor effectieve RSV?
Uitkomstmaten/ Onderwerpen	
Positieve kanten van seks	(Wanneer) is RSV ook effectief voor seksuele tevredenheid of 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 RSV	<ul style="list-style-type: none"> - Is het belangrijk om vroeg te starten met RSV en wat is het ideale moment? - Heeft RSV op de basisschool ook nog een positief effect op de seksuele gezondheid van jongeren als ze ouder zijn?
Gezondheidscentra of -diensten in of gelieerd aan school	<ul style="list-style-type: none"> - (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)	<ul style="list-style-type: none"> - 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?

3 Aan de slag

Gemeenten kunnen scholen stimuleren aandacht te besteden aan relationele en seksuele vorming. Een integrale aanpak in en om de school vanuit een Gezonde School-aanpak biedt hierin de meeste garantie op succes. Samen met de Gezonde School-adviseur kan een school activiteiten opzetten voor meerdere pijlers, waarmee we de seksuele gezondheid van jongeren kunnen bevorderen.

Scholen kunnen ook veel van elkaar leren. Er zijn inmiddels al veel scholen die werk maken van een seksueel gezonde en veilige school. Met name in het voortgezet speciaal onderwijs is al veel aandacht voor het creëren van een sociaal veilig schoolklimaat. Mbo scholen hebben al meer ervaring met signalering van problemen en samenwerking met gezondheidsdiensten. Scholen hebben zelf ook vaak behoefte aan extra ondersteuning bij het uitvoeren van lessen relationele en seksuele vorming en de ontwikkeling van een goed schoolbeleid op dit thema.

Wat kan een gemeente verder doen

- Ondersteun scholen in wijken waar jongeren wonen met een groter risico op seksuele problemen zoals onbedoelde zwangerschap, soa of seksuele grensoverschrijding. Met name Nederlandse jongeren met een migratieachtergrond, jongeren zonder opleiding of alleen een praktijkopleiding en jongeren die vroeg seksueel actief zijn, hebben vaak wat meer ondersteuning nodig.
- Stimuleer vooral relationele en seksuele vorming in praktijkgericht onderwijs, het speciaal voortgezet onderwijs (o.a. voor jongeren met een verstandelijke beperking) en mbo entree. Hier verblijven jongeren die op meer terreinen seksueel kwetsbaar zijn en risico lopen op seksueel ongezond gedrag.
- Wijs scholen op erkende interventies voor het thema seksuele gezondheid. Veel scholen zijn nog niet bekend met erkende interventies of weten niet welke op het thema relaties en seksualiteit en seksuele gezondheid beschikbaar zijn. Erkende interventies zijn vaker planmatig ontwikkeld houden rekening met de doelgroep en context van leerlingen. Het vergroten van de bekendheid en de vindbaarheid van een erkend interventie aanbod kan daarom handig zijn. Dit kan via Gezondeschool.nl, waar onder andere een overzicht staat van erkende interventies. Wilt u als gemeente/GGD meer weten over erkende interventies voor seksuele gezondheid? Kijk dan op [interventieoverzicht Seksuele gezondheid](#).
- Zorg dat scholen samenwerken met laagdrempelige en toegankelijke (seksuele) gezondheidsvoorzieningen die zich richten op jongeren. Denk bijvoorbeeld aan bij hulp en advies aan Sense.info, Soa- en Sense-spreekuren, Centrum Seksueel Geweld en Fiom.

Wat kan een gemeente scholen meegeven over een integrale aanpak?

Een integrale aanpak waarin naast relationele en seksuele vorming ook ingezet wordt op andere pijlers zoals schoolbeleid, samenwerking met seksuele gezondheidsdiensten en een sociaal veilige school, vergroot de kans op een gezonde seksuele ontwikkeling van jongeren. De Gezonde School-aanpak helpt hierbij. Op Gezondeschool.nl vinden scholen hierover alle informatie.

Wat voor scholen in ieder geval belangrijk is bij de verschillende pijlers:

Educatie

- Versterk de sociaal emotionele verbondenheid met belangrijke anderen zoals ouders, partners, leeftijdgenoten, leraren en de school zelf.
- Besteed aandacht aan seksuele gezondheid in brede zin, en focus niet alleen op preventie van soa of een onbedoelde zwangerschap. Juist seksuele gezondheid vraagt een brede benadering waarin ook de relationele kant aan bod komt en de positieve kanten van seksualiteit en seksueel welzijn aandacht krijgen.
- In de lessen is aandacht voor gender en gelijkwaardige relaties en machtsverhoudingen relevant.
- Benoem en erken de seksuele en reproductieve rechten van jongeren, waaronder zelfbeschikkingsrecht.

Signaleren

- Monitor de sociale veiligheid en seksuele gezondheid van leerlingen in de school. Er zijn hiertoe verschillende instrumenten zoals Test je leefstijl, de jeugdmonitor en/of raadpleeg vertrouwenspersonen en zorgcoördinatoren in de school.
- Verwijs bij seksuele problemen leerlingen door naar laagdrempelige en toegankelijke (seksuele) gezondheidsdiensten voor jongeren, zoals Sense.info, Soa- en Sense-sprekuren, Centrum Seksueel Geweld en Fiom.

Omgeving

- Draag zorg voor een veilige, positieve en vertrouwelijke schoolomgeving, met ondersteuning vanuit de schoolleiding. Denk aan visie en beleid, duidelijke gedragsregels, toezicht in de school, facilitering en training van docenten.

Beleid

Neem seksuele en relationele vorming op in het schoolbeleid en geef dit een structurele plek in het curriculum.

Met aandacht voor:

- Een (erkende) interventie vanuit een doorlopende leerlijn die verspreid over meerdere leerjaren wordt aangeboden en die aansluit bij de seksuele ontwikkeling en leefwereld van leerlingen en studenten.
- Draag zorg voor competente en handelingsbekwame docenten. Faciliteer bijscholing en training van docenten of mentoren die relationele en seksuele vorming (gaan) geven. Maak meer docenten verantwoordelijk voor relationele en seksuele vorming in de school en draag zorg voor intervisie.
- Gebruik bij voorkeur erkende interventies voor seksuele en relationele vorming: zie Interventieoverzicht Seksuele gezondheid. Daarvan is vastgesteld dat ze effectief kunnen zijn: ze zijn afgestemd op de doelgroep en context, planmatig ontwikkeld, theoretisch goed onderbouwd en worden geëvalueerd.
- Stel gedragsregels op voor een respectvolle omgang met elkaar, houd toezicht, organiseer meldpunten en ontwikkel een visie op de rol van de school.

4 Bronnen

- Bachrach, C., Compernelle, 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 adolescenten 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.
- EIGI (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., & Rolleri, 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., Commers, 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)
- RIVM (2018). Nationaal Actieplan soa, hiv en seksuele gezondheid 2017-2022.
- 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. Er is gekozen voor de doelgroep jongeren van 12 tot 21 jaar. Jongeren worden dan seksueel actief en gaan seksuele contacten aan. Ook de wat oudere jongeren in het mbo zijn hierin meegenomen, omdat juist deze jongeren een hoger risico lopen op seksuele gezondheidsproblemen zoals onbedoelde zwangerschap, soa en seksuele grensoverschrijding. Daarnaast moest de literatuurstudie enigszins behapbaar blijven waardoor we ons niet op de onderzoek in het hoger of academisch onderwijs hebben gericht. Ook was het niet haalbaar om een uitgebreide literatuurstudie te doen naar de afzonderlijke sub-thema's van seksuele gezondheid en is gekozen voor een brede zoektocht naar uitkomsten op seksuele gezondheid en seksuele vorming.

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 worden gezien als ontwikkelde landen.
- Engelstalige publicaties.

Databases

We gebruiken PubMed en EbscoHost (hieronder valt ook bijvoorbeeld PsycInfo). Deze twee databases hebben verschillende filters en zoekmogelijkheden. De zoektermen moesten terugkomen in de titel of het abstract. Bij EbscoHost hebben we geselecteerd op zoektermen die terugkwamen in de abstract. In PubMed is gezocht op zoektermen in de titel van het artikel en of in de abstract. 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

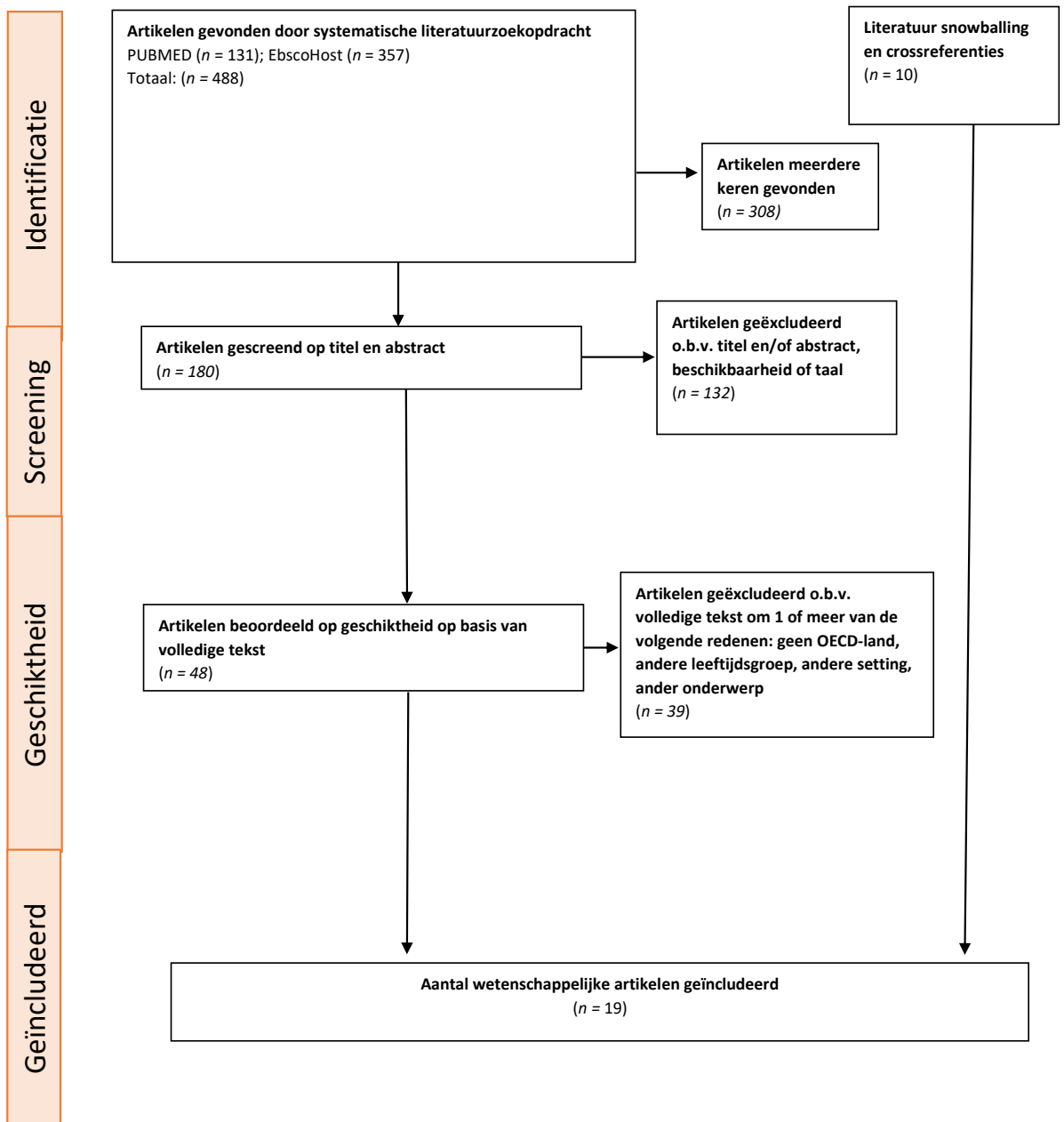
De systematische literatuurverkenning leverde 486 artikelen op, waarvan 48 geanalyseerd zijn op de volledige tekst. Uiteindelijk bleken er slecht 4 artikelen volledig te voldoen aan onze inclusiecriteria. De artikelen die deels voldeden aan onze inclusiecriteria, hebben we meegenomen in de synthese indien 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 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 (bijvoorbeeld 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 19 wetenschappelijke bronnen op met informatie over effectiviteit van schoolgebonden interventies. Hoewel we jongeren in het mbo wilden meenemen, hebben we geen literatuur gevonden die specifiek over jongeren op het mbo ging; we vonden bijna alleen maar literatuur over leerlingen op de middelbare school/high school.

Daarnaast zijn relevante rapporten (grijze literatuur) geraadpleegd van internationale vooraanstaande organisaties. Dit zijn onder andere de Europese richtlijn voor seksuele educatie (Standards for Sexuality Education in Europe; WHO en BZgA, 2010) de richtlijn implementatie van seksuele educatie (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)



Bijlage 3 Noties bij de bevindingen uit dit onderzoek

Het is niet eenvoudig gebleken om werkzame elementen op te sporen van interventies in het onderwijs, die effectief bijdragen aan de seksuele gezondheid van jongeren.

Er zijn wel enkele aanwijzingen voor effectieve en werkzame elementen gevonden, maar dan betrof het slechts één of enkele studies (en soms ook in een specifieke setting, bijvoorbeeld op scholen in achterstandswijken in New York).

De kwaliteit van de onderzoeken, was over het algemeen matig of zeer gebrekkig. Of het onderzoek richtte zich niet uitsluitend op interventies in het onderwijs. Ook onderzoek naar *waarom* deze interventies werkten was nauwelijks voorhanden.

Deze bevindingen, in combinatie met de veelomvattendheid van het brede thema seksuele gezondheid, maakte het lastig om met zekerheid vast te kunnen stellen wat de werkzame elementen zijn van de gebruikte interventies in het onderwijs. In plaats van *werkzame elementen* gebruikten we daarom de term: *kansrijke elementen*.

Ook is niet altijd duidelijk welke uitkomstmaten gehanteerd werden in onderzoek of er bleken verschillen te zijn in opvattingen over wat seksueel ongezond of ongewenst gedrag is. Waarden en normen over seksualiteit en seksuele gezondheid kunnen immers sterk variëren en per context verschillen. Dat geldt ook voor wat gewenst en gezond seksueel gedrag is.

Zo waren er onderzoeken die 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) als positieve of als negatieve uitkomstmaat gebruikten. Ook de intentie om te wachten met seks (seksuele onthouding) wordt soms als (gewenste) uitkomstmaat gezien.

Over onveilig seksueel gedrag, het niet gebruiken van condooms of anticonceptie tijdens seks, lijkt minder discussie te bestaan. Dit is een duidelijk voorbeeld van een negatieve (ongewenste) uitkomstmaat.

Jongeren zelf vinden het vooral belangrijk dat ze goed voorbereid zijn en vrijwillig kunnen kiezen voor gelijkwaardige en plezierige seksuele contacten. Of ze 16 of 19 jaar zijn en of ze veilige seks hebben met meer of minder partners, lijkt van ondergeschikt belang.

De meeste effectstudies richtten zich op een sub-thema van seksuele gezondheid, zoals preventie van soa/hiv, of preventie van ongewenste zwangerschap. Zelden werd de breedte van seksuele gezondheid gemeten. Ook bleek er nauwelijks onderzoek te zijn waar de positieve kanten van seksualiteit zijn gemeten.

Het meeste onderzoek richtte zich daarnaast op de prevalentie van gezondheidsproblemen (bijvoorbeeld aantal soa-besmettingen), of op gedrag (bijvoorbeeld gebruik van condooms of anticonceptie) of het onderzoek richtte zich vooral op onderliggende determinanten van seksueel gezond gedrag (bijvoorbeeld toename van kennis over anticonceptie en verandering attitudes condoomgebruik).

Veel onderzoek naar effectiviteit (en werkzame elementen) gebruikt zelfrapportages van jongeren om het seksuele gedrag te meten. Hier kan sprake zijn van sociaal wenselijke antwoorden (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 seksueel gezond gedrag louter toe te schrijven aan een interventie. In de periode dat een interventie wordt aangeboden in het onderwijs, zijn er ook andere invloeden mogelijk van peers, media, ouders, et cetera (zie bijv. De Graaf et al., 2017).

Veel onderzoeken naar seksuele gezondheid bleken daarnaast *underpowered*. Dat wil zeggen dat de groepen vaak onvoldoende groot zijn om per subgroep, conclusies te kunnen trekken. Bijvoorbeeld alleen jongeren die seksueel actief zijn of alleen meiden als het om zwangerschappen gaat.

Tot slot

In de zoektocht naar literatuur is vooral gekeken naar systematische reviews en meta-analyses vanaf 2010. Het is mogelijk dat we hierdoor relevant ouder of juist heel recent onderzoek naar effectiviteit van interventies in het onderwijs hebben gemist. Aangezien we vooral reviews en meta-analyses hebben bestudeerd, was het niet altijd mogelijk om in detail informatie te vinden over de kenmerken van de verschillende interventies. Hierdoor konden we de interventies niet altijd goed met elkaar vergelijken wat het extra lastig maakte om werkzame factoren te vinden.

We hebben ons beperkt tot Engelstalige publicaties en in eerste instantie alleen gekeken naar studies in de OECD-landen. Dit zijn ontwikkelde landen die qua levensverwachting, inkomen en opleidingsniveau het meest vergelijkbaar zijn met Nederland. De sociaal maatschappelijke contexten waarbinnen relationele en seksuele vorming in het onderwijs wordt aangeboden, kan echter onderling verschillen. Ook is het mogelijk dat door deze afbakening relevante publicaties zijn gemist. We hebben daarnaast gebruik gemaakt van de meest relevante databases, maar ook hier kunnen we relevante publicaties uit minder bekende databases over het hoofd hebben gezien.