

# Hoe zijn seksuele gezondheidsverschillen te verklaren vanuit seksuele vorming?

## Een internationale vergelijking

Promotor: prof. dr. Erick JANSSEN  
Faculteit Geneeskunde  
Departement Neurowetenschappen  
Interfacultair Instituut voor Familiale en  
Seksuologische Wetenschappen

**Anke Stiers**

Masterproef aangeboden tot het behalen van de  
graad van Master in de seksuologie

© Copyright by KU Leuven

*Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de KU Leuven, Faculteit Geneeskunde Campus gasthuisberg ON2, Herestraat 49 - bus 400, 3000 Leuven. Telefoon +32 (0)16 37 76 68.*

*Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.*

---

# Hoe zijn seksuele gezondheidsverschillen te verklaren vanuit seksuele vorming?

## Een internationale vergelijking

Promotor: prof. dr. Erick JANSSEN  
Faculteit Geneeskunde  
Departement Neurowetenschappen  
Interfacultair Instituut voor Familiale en  
Seksuologische Wetenschappen

**Anke Stiers**

Masterproef aangeboden tot het behalen van de  
graad van Master in de seksuologie



**Anke Stiers**, Hoe zijn seksuele gezondheidsverschillen te verklaren vanuit seksuele vorming? Een internationale vergelijking.

Masterproef tot het behalen van de graad van Master in de seksuologie, juni 2017

Promotor: prof. dr. Erick Janssen

---

In deze masterproef wordt op zoek gegaan naar een verklaring voor verschillen in internationale seksuele gezondheidsstatistieken. Specifiek werd nagegaan of seksuele vorming een, of misschien wel de, verklaring kan zijn voor deze verschillen. In diverse Europese landen wordt op diverse wijzen aan seksuele vorming gedaan. Deze masterproef beoogt na te gaan of deze verschillen in de inhoud, aanpak, hoeveelheid, etc. van seksuele educatie mogelijk kunnen verklaren waarom, bijvoorbeeld, de abortusratio in Kroatië lager ligt dan in België.

Eenzijds tracht deze masterproef mogelijke verklaringen te bieden aan de hand van een literatuurstudie, waarvoor een groot aantal wetenschappelijke bronnen uitgediept en toegelicht worden. Naast een algemene omkadering, betreft de studie een internationale vergelijking van vijf Europese landen: België, Nederland, Zweden, Portugal en Kroatië. Aansluitend aan het literatuuronderzoek vonden vijf interviews plaats met experts ter zake uit de bovenvermelde landen. Meer bepaald gaat het over vijf professoren, een uit elk land, die bijkomende duiding geven bij de literatuur en de eigen visie delen omtrent de huidige seksuele vorming in de betreffende thuislanden.

Uit dit onderzoek blijkt dat seksuele educatie kan bijdragen aan seksuele gezondheidscijfers. Zoals uit de vergelijking van de vijf naties blijkt, is de seksuele gezondheid van een bevolking doorgaans gunstiger daar waar een meer brede en maatschappelijk toegankelijke seksuele educatie voorhanden is. Anderzijds is hier geen duidelijk eenduidige lijn in te trekken. Seksuele vorming, als op zichzelf staande factor, is namelijk niet de enige bron van de internationale verschillen, zo blijkt althans uit deze masterproef. Een overheid die voorziet in laagdrempelige en goedkope toegang tot anticonceptie blijkt bijvoorbeeld minstens even belangrijk in het reduceren van het aantal abortussen en tienerzwangerschappen.

Algemeen kan gesteld worden dat seksuele vorming een belangrijke factor is in het optimaliseren van seksuele gezondheidscijfers.

**Anke Stiers**, To what degree can sexual health differences be explained by differences in sex education? An international comparison.

Master thesis presented to obtain the degree of Master in Sexology, June 2017.

Promotor: prof. dr. Erick Janssen

---

This thesis examines and aims to provide possible explanations for differences in sexual health numbers in five different countries: Belgium, The Netherlands, Sweden, Portugal and Croatia. This research project explored if there is a connection in these five countries between approaches to sex education and sexual health outcomes and whether this connection can explain for example the lower rate of abortions in Croatia compared to Belgium.

This research will provide possible explanations on the basis of a literature study, for which the content and findings of relevant scientific articles are presented and discussed. In addition to this literature review, the thesis incorporates five in-depth-interviews with experts on the topics of human sexuality and sex education, from the five countries. The experts provided additional information, relevant to the interpretation of the literature, as well as their personal views on sex education in their country.

The findings of this thesis clearly indicate that sex education can contribute to sexual health outcomes. The comparison of the five countries shows that sexual health in a population is usually more favorable when comprehensive and socially accessible sex education is provided. On the other hand, sex education is not the only source of these international differences, as stated in this thesis. A local government that provides and supports accessible and affordable contraception, maybe at least as important in the reduction of the number of abortions and teenage pregnancies. In general, it can be concluded that sex education plays an important role in the improvement of sexual health numbers.

## Woord vooraf

Met het ten einde lopen van het proces van het schrijven van deze masterproef, wil ik een aantal mensen uitvoerig en graag bedanken die me tijdens deze, soms moeilijke, periode bijgestaan en geholpen hebben.

Dank gaat in eerste instantie uit naar promotor prof. dr. Erick Janssen, voor zijn vakkundige begeleiding en feedback gedurende het proces van het tot stand komen van deze masterproef. Aan de hand van uitgebreide expertise, stond professor Janssen mij met raad en daad bij, gaande van de onderzoeksaanvraag bij de ethische commissie tot uiteindelijk inhoudelijk en structureel de masterproef zelf. Dankzij professor Janssen's internationale expertise, waardering en bekendheid, werd deze internationale vergelijking mogelijk en werd de contactopname met de buitenlandse professoren gefaciliteerd, waarvoor ik mijn oprechte dank graag uitdruk.

Tevens betuig ik uitdrukkelijk mijn dank aan de vijf professoren die in hun uiterst volgestouwde professionele agenda's toch uitgebreid de tijd namen om hun expertise met mij te delen. Voor België en Nederland betreffen dit respectievelijk prof. dr. Paul Enzlin en prof. dr. Ine Vanwesenbeeck. Betreffende Portugal dank ik prof. dr. Duarte Vilar, voor Kroatië gaat mijn dank uit naar prof. dr. Sasha Stulhofer en tot slot dank ik Zweeds prof. dr. Liljefors-Persson. Alle vijf de professoren gaven bijkomende inzichten en aanvullingen bij de literatuur die van onschatbare waarden zijn voor de inhoud van deze thesis.

Ik dank eveneens de KU Leuven, het IFSW en daarmee alle professoren die me de voorbije jaren van de nodige kennis en vaardigheden hebben voorzien om deze masterproef te kunnen schrijven en binnen het seksuologie-vakgebied te kunnen functioneren.

Uiteraard had ik ook graag al mijn vrienden bedankt voor hun steun en begrip tijdens het voorbije jaar. Hun steunende woorden en het begrijpen van mijn afwezigheid, waren bijzonder bemoedigend tijdens dit proces.

Hierbij gaat tevens speciale dank uit naar mijn ouders en zussen. Voor het schouderklopje, de ondersteuning, de interesse, de hulp en moed die ik van hen ontving tijdens het trachten tot stand brengen van deze thesis, alsook gedurende mijn hele opleiding. Bedankt!

Anke Stiers – 26 mei '17





## Inhoudsopgave

Samenvatting .....	I
Woord vooraf .....	III
Lijst met afkortingen .....	IV
Inleiding.....	1
Probleemstelling .....	3
1. Wat is seksuele vorming? .....	3
1.1 Relevantie van seksuele vorming.....	5
1.2 Bron van seksuele vorming .....	7
1.3 Relationale en seksuele vormingsprogramma's.....	9
2. Seksuele gezondheid, educatie en ratio's.....	11
2.1 Seksuele gezondheid als doel.....	11
2.2 Internationale verschillen.....	13
2.3 Relatie tussen de drie factoren.....	15
Methodologie .....	16
Resultaten.....	17
1. Een Europese vergelijking .....	17
1.1. België .....	17
1.1.1 Wat zegt de Belgische vormingsexpert?.....	21
1.2 Nederland .....	24
1.2.1 Wat zegt de Nederlandse vormingsexpert? .....	30
1.3 Zweden.....	32
1.3.1 Wat zegt de Zweedse vormingsexpert?.....	35
1.4 Portugal .....	38
1.4.1 Wat zegt de Portugese vormingsexpert? .....	42
1.5 Kroatië .....	45
1.5.1 Wat zegt de Kroatische vormingsexpert? .....	50
2. Wat is het verband tussen seksuele vorming en seksuele gezondheidsratio's? ...	52
Discussie.....	55

Conclusie .....	56
Referentielijst .....	57
Bijlagen .....	61
1. Gezondheidsstatistieken van de vijf Europese landen.....	61
2. Tweektalige interview-richtvragen.....	63

## Lijst met afkortingen

SES: Socio-Economische Status

RSV: Relatieve en Seksuele Vorming

WHO: Wereldgezondheidsorganisatie

WPF: World Population Foundation

SOA: Seksueel Overdraagbare Aandoening

HIV: Humaan Immunodeficiëntievirus

Benelux: België-Nederland-Luxemburg

VSK: Vlaamse Scholierenkoepel

VS: Verenigde Staten (van Amerika)

BVSV: Belgische Vereniging voor Seksuele Voorlichting

VN: Verenigde Naties

IFSW: Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen

R&S: Relaties & Seksualiteit

LLL: Lang Leve de Liefde

NGO: Niet-gouvernementele organisatie

LGBT: Lesbian – Gay – Bisexual – Transgender

RFSU: Swedisch Association for Sexuality Education

FPA: Family Planning Association

EHC: Education of Health and Citizenship

CSO: Civil Society Organization



## Inleiding

Wanneer cijfermateriaal met betrekking tot seksuele gezondheid bekeken wordt, en dit over diverse Europese landen, kan besloten worden dat deze cijfers danig uiteen lopen. In België eindigde in 2011 bijvoorbeeld 13% van het totaal aantal zwangerschappen in een abortus. In Kroatië betref dit 10%, terwijl het in Bulgarije opliep tot 31% (Sensoa, 2011). Zijn deze cijfers echter accuraat, weerspiegelen de data de realiteit? Rond abortus kan bijvoorbeeld de vraag gesteld worden of elke uitgevoerde abortus geregistreerd wordt. In België is zulke registratie verplicht, maar dit is lang niet zo in elk (al dan niet Europees) land. Wanneer er dan een clandestiene abortus uitgevoerd wordt, wordt deze niet geïmplementeerd in de officiële cijfers waardoor de gepubliceerde data een onderschatting van de realiteit kunnen zijn (Sensoa, 2011).

Gegevens en informatie rond internationaal verschillende ratio's zijn bijzonder schaars. De verklaringen die voor deze verschillen gegeven worden, zijn dan ook niet zelden van hypothetische aard of verschillen enorm van onderzoek tot onderzoek. Zo zijn er bijvoorbeeld onderzoeken die een verband tonen tussen abortus en de socio-economische status (SES) van een vrouw. Met name een lage SES en/of vreemde origine of afkomst zouden het risico op een abortus verhogen. Anderzijds zijn er evenveel onderzoeken die geen verband vinden tussen SES en abortus (Sensoa, 2011).

Sensoa vond dat in 2011 van die 13% zwangere vrouwen die in België een abortus ondergingen, ongeveer 4 op 10 of 42% geen anticonceptie had gebruikt gedurende de laatste maand voor de zwangerschap. Dit al dan niet correct en/of consequent gebruikmaken van anticonceptie kan onder andere gezien worden als een gevolg van het wel of niet verkrijgen van (accurate) seksuele educatie. Onrechtstreeks zouden ongeplande zwangerschappen en abortussen zo dus twee van de gevolgen kunnen zijn van het verkrijgen van incorrecte en/of onvoldoende of geen seksuele vorming.

In deze thesis wordt gehypothetiseerd dat een verschil in de manier waarop aan seksuele vorming gedaan wordt, of de inhoud ervan, een (of misschien wel dé) verklaring zou kunnen zijn voor de soms wel heel uiteenlopende cijfers. Naast de schetsing van een algemeen kader en een globale theoretische toelichting, zullen er specifiek vijf landen van naderbij bekeken en uitgediept worden; België, Nederland, Zweden, Portugal en Kroatië. Vijf Europese landen met elk een geheel eigen aanpak en visie betreffende seksuele vorming. Er zal, aan de hand van literatuur en interviews, onderzocht worden hoe seksuele vorming in

deze landen tot stand is gekomen, georganiseerd wordt, wat die nu zo al inhoudt, welke doelgroep voornamelijk beoogd wordt, etc.

Zo wordt uiteindelijk nagegaan in welke mate verschillen in seksuele vorming aan de basis kunnen liggen van de al even verschillende seksuele gezondheidsratio's.

Vijf professoren, experts op het gebied van seksualiteit en seksuele vorming, zullen bijkomend duiding geven rond de inhoud en organisatie van seksuele vorming in het thuisland, met name één van de vijf hierboven beschreven Europese landen. Tevens kunnen de professoren inzicht bieden rond een mogelijk verband met seksuele gezondheidscijfers. Deze visies en kennis zullen, samen met de bestaande literatuur, een antwoord bieden op de vraag of er een verband is tussen deze internationale seksuele gezondheidsverschillen en seksuele vorming.

## Probleemstelling

### 1. Wat is seksuele vorming?

Relationele en seksuele vorming of RSV kent verschillende benamingen en kan heel ruim geïnterpreteerd worden. Van seksuele (gezondheids)voorlichting tot seksuele educatie, vorming of opvoeding (BZgA & WHO/Europese afdeling, 2010; European Parliament, 2013; Ketting & Winkelmann, 2013; Schaalma, Reinders & Kok, 2009).

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is seksualiteit een centraal aspect van het mens-zijn en dit gedurende de gehele levensloop van een persoon. Het gaat daarbij niet enkel en alleen over seks, vrijen, coïtus zelf, maar tevens de seksuele oriëntatie van mensen, intimiteit, relaties, plezier, de biologische kant van voortplanting, genderidentiteit, genderrollen en tot slot erotiek, maken allen deel uit van het begrip 'seksualiteit'. Dit geheel aan aspecten, seksualiteit dus, is waar het in RSV uiteindelijk over gaat (RSV-wijzer Sensoa, 2013; Rutgers WPF, 2011).

Relationele en Seksuele Vorming gaat in brede zin over het leren over cognitieve, emotionele, interactieve, sociale en fysieke aspecten van seksualiteit. Hoewel deze term in verschillende landen en culturen verschillende invullingen kan krijgen, zo stellen de Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, 2010), het Duitse federale centrum voor gezondheidseducatie dat samen met de WHO de meeste Europese richtlijnen opstelt betreffende seksuele vorming in Europa, en Rutgers WPF (2011). In meer engere zin, stellen Schaalma et al. (2009) dat RSV gaat over het vergaren van kennis en meningen omtrent seksualiteit, seksuele beleving, rechten en identiteit, relaties en intimiteit en sekserollen. Naast kennis omvat RSV tevens het ontwikkelen van vaardigheden zodat mensen op doordachte wijze beslissingen kunnen nemen ten aanzien van seksualiteit en seksueel gedrag. Tot slot gaat het ook over het verkrijgen van zelfvertrouwen om die beslissingen dan ook daadwerkelijk uit te voeren. Bos & de Ruyter (2009) sluiten hierop aan door te stellen dat het gaat over de ontwikkeling van communicatieve, sociale en sensitieve vaardigheden en mentale en gedragsstrategieën die nodig zijn om wederzijdse bevredigende seksuele contacten en relaties te kunnen aangaan en onderhouden.

RSV is er vooral gekomen na een reeks maatschappelijke veranderingen, die zich over de landsgrenzen heen manifesteerden, in de jaren '70 en '80 van vorige eeuw. Bijvoorbeeld de opkomst van voorbehoedsmiddelen als 'de pil', de abortuslegalisatie ten gevolge van een stijgend aantal ongewenste zwangerschappen en de stijgende prevalentie van Seksueel Overdraagbare Aandoeningen of SOA's. Dit alles werd gevat onder de term 'Seksuele

Revolutie', met daarbij ook de vrouwenemancipatie. Het seks-taboe vervaagde, het huwelijk en krijgen van kinderen werden uitgesteld, seksualiteit werd opener en vrijer beleefd (BZgA & WHO/Europese afdeling, 2010; Ketting et al., 2013).

In Europa ontstond in de tweede helft van de 20<sup>ste</sup> eeuw, als antwoord op deze revolutie, de nood aan en vraag tot een aanpassingsproces. Dit leidde uiteindelijk na een aantal decennia tot Relationele en Seksuele Vorming in scholen. Op school georganiseerde RSV moest, en moet nog steeds, jonge mensen in staat stellen, sterken en steunen om op een bevredigende manier te kunnen omgaan met de eigen seksualiteit ondanks de veranderende, meer open en vrijere, samenlevingen (BZgA & WHO/Europese afdeling, 2010).

De tweede helft van de 20<sup>ste</sup> eeuw werd dus gekenmerkt door de opkomst van het abortusdebat, maar ook het HIV/aids-probleem. Mede hierdoor kreeg seksuele vorming, internationaal, een minder medisch karakter en werd er meer aandacht besteed aan de gedragsmatige en emotionele aspecten rond relationele en seksuele thema's (European Parliament, 2013). Tot op vandaag bevestigen Schaalma et al. (2009) en de WHO (2010) dat seksuele voorlichting niet louter mag focussen op het voorkomen en bestrijden van ziekten en ongemakken (BZgA & WHO/Europese afdeling, 2010; Schaalma et al., 2009). Gezondheidsvoorlichting, al dan niet seksuele, betreft namelijk niet enkel informatieoverdracht over gezondheid en risico's. Er zijn verschillende aanpakken voorhanden. Er kan gefocust worden op het beïnvloeden van gedrag en/of opvattingen van mensen of de voorlichting kan zo georiënteerd zijn dat het vermogen van personen om probleemoplossend te werken, vergroot. Dit zijn twee voorlichtings invalshoeken dewelke concentreren op vaardigheden die mensen nodig hebben om gedragsverandering te kunnen bekomen, eerder dan en aanvullend aan kennisoverdracht. Wat vaardigheden betreft, worden ook bijscholingen en trainingen georganiseerd. Bijvoorbeeld voor medici, om psychische problemen bij patiënten te helpen her- en onderkennen, of bijvoorbeeld informatiesessies voor HIV-positieve mensen om met de overvloed aan medicijnen te leren omgaan. Seksuele voorlichting bestaat inderdaad ook voor specifieke groepen, zoals dakloze mensen, allochtonen of mensen met een beperking (Schaalma et al., 2009).

De belangrijkste doelstelling van RSV is kinderen en jongeren ondersteunen tijdens de seksuele ontwikkeling zodat deze mensen seksueel verantwoorde keuzes leren maken. Dit dient uiteindelijk bij te dragen tot een respectvolle samenleving en een prettig, maar veilig leefmilieu. Seksuele gezondheid is zo eveneens een van de vele doelen van RSV (Rutgers WPF, 2011; Schaalma et al., 2009).



Over het bereik en de kwaliteit van gezondheidsvoorlichting, dient geconstateerd te worden dat er weinig bekend is. Dit omdat seksuele gezondheidsvoorlichting niet altijd, en ook niet overall, structureel georganiseerd wordt (Schaalma et al., 2009). Desondanks is seksuele vorming wel verplicht in de meeste Europese lidstaten, waaronder bijvoorbeeld België. Deze verplichting is er gekomen na de vaststelling dat wanneer dit niet verplicht is, de aandacht voor het thema zienderogen afzwakt (BZgA & WHO/Europese afdeling, 2010). Het is dus echter wel zo dat, ondanks deze verplichting van het vak in vele curricula, RSV heel gelimiteerd gedoceerd wordt. De hoofdreden hiervoor luidt dat leerkrachten, maar ook ouders, zichzelf zelden capabel vinden om dit thema te behandelen met de jeugd van vandaag. Vaak missen deze groepen zelf de nodige kennis en vaardigheden, waardoor het moeilijk wordt die dan wel aan te reiken aan kinderen en jongeren. Daarenboven varieert de kwaliteit van de educatievorm enorm van land tot land en soms zelfs binnen één land zelf. Desalniettemin staat de Benelux bekend voor een hoogstaande kwaliteit van seksuele educatie (BZgA & WHO/Europa, 2010; European Parliament, 2013).

### **1.1 Relevantie van seksuele vorming**

Allereerst is relationele en seksuele vorming uiterst relevant gezien een van de hoofddoelen; het creëren en handhaven van seksuele gezondheid. Dit laatste gaat over een toestand, met seksualiteit verbonden, van fysiek, sociaal, emotioneel en mentaal welzijn. Het gaat met andere woorden over meer dan enkel de afwezigheid van ziekte. Het vermijden van ziekte en het nastreven van (seksuele) gezondheid, maken dat RSV wel degelijk relevant is. Onderzoek toont dat seksuele vorming leidt tot seksuele kennis. Wanneer mensen vervolgens over voldoende en accurate seksuele kennis beschikken, leidt dit tot een afname van seksueel risicogedrag, met minder SOA's en ongeplande en ongewenste zwangerschappen, en dus seksuele gezondheid als gevolg (BZgA & WHO/Europese afdeling; Schaalma et al., 2009; Sousa, Soares & Vilar, 2007).

Seksuele vorming kan, mag en moet misschien zelfs reeds van kleins af aan gegeven worden. Twee seksuele rechten betreffen namelijk 'het recht op informatie over seksualiteit' en 'het recht op seksuele voorlichting'. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het verlenen en verkrijgen van RSV een mensenrecht is, aangezien de seksuele rechten in vele internationale wetten en documenten met betrekking tot De Rechten van de Mens erkend en opgenomen zijn (Schaalma et al., 2009; RSV-wijzer Sensoa, 2013).

Een derde argument dat de relevantie van RSV duidt, zijn de effecten ervan. De WHO stelde in 2009 richtlijnen op met betrekking tot RSV voor jongeren. Uit deze richtlijnen blijkt wel

degelijk de relevantie van het tijdig geven en verkrijgen van kwaliteitsvolle RSV. De WHO stelt namelijk dat kinderen en jongeren die, van kleins af aan, een goede seksuele vorming krijgen:

- langer wachten met de eerste keer seks;
- een positievere seksuele beleving hebben;
- minder sekspartners hebben doorheen de levensloop;
- minder risicogedrag vertonen (met dus een lager risico op SOA's en ongeplande zwangerschappen en een hogere effectiviteit van anticonceptiegebruik);
- meer seksplezier ervaren;
- een verlaagd risico op seksueel misbruik hebben.

Dankzij RSV wordt eveneens de toegang tot hulpverlening gefaciliteerd, verlaagt de kans op misinformatie en worden zaken als seksueel grensoverschrijdend gedrag, HIV en abortus bespreekbaar (BZgA & WHO/Europese afdeling, 2010; RSV-wijzer Sensoa, 2013).

Tot slot duidt de RSV-wijzer van Sensoa (2013) de relevantie van RSV aan de hand van het feit dat jongeren, ouders en leerkrachten specifiek vragen om relationele en seksuele vorming. Aan de ene kant zijn er de jongeren die enerzijds benadrukken dat de biologische voorlichtingslessen die op school onderwezen worden, nuttig en nodig zijn. Bijvoorbeeld als het gaat over menstruaties, zwangerschap en anticonceptiegebruik. Maar anderzijds zijn de studenten van mening dat deze vorm van voorlichting te kort schiet. Onderwerpen als relatievorming, seksueel plezier en seksuele oriëntatie komen klaarblijkelijk amper tot niet aan bod. De Vlaamse Scholierenkoepel (VSK) pleit daarom voor een bredere invulling en draagvlak dat recht doet aan de diversiteit binnen de leerlingen en leerkrachten. Daarnaast zijn er de ouders die wel RSV zouden willen geven, maar het hier zelf uiterst moeilijk mee hebben. Ouders waarderen het dan ook vaak dat de jongeren dit thema onderwezen krijgen op school (RSV-wijzer Sensoa, 2013).

Een voorbeeld dat de relevantie van RSV aangeeft: porno. Het wereldwijde web (www) en zogenaamde 'sociale media' zijn in een relatief kort tijdsbestek belangrijke informatiebronnen geworden. Kinderen en jongeren komen via deze wegen niet zelden in contact met seksuele informatie die vaak onrealistisch en onevenwichtig is, zoals pornografisch materiaal. Hetgeen de adolescenten met andere woorden te zien krijgen, is zelden een correcte weerspiegeling van de werkelijkheid. Veelal is porno bijvoorbeeld zelfs vernederend, vooral voor vrouwen. Zo ontstond de nood aan RSV die deze misleidende beelden en informatie kadert, tegensprekt en corrigeert (BZgA & WHO/Europese afdeling, 2010). Adolescenten ervaren porno doorgaans als belangrijk, fascinerend, aanvaardbaar en een integraal deel van het dagelijks leven. Uit onderzoek blijkt echter dat meisjes eerder terughoudend, kritisch en

twijfelachtig tegenover porno staan, in tegenstelling tot de mannelijke leeftijdsgenoten. Volgens de literatuur is dit een mogelijk gevolg van de seksuele scripts die porno representeert en het gegeven dat porno vaker door en voor mannen geproduceerd wordt dan door of voor vrouwen. De lange termijngevolgen van het op deze jonge leeftijd geconfronteerd worden met porno zijn op dit ogenblik onduidelijk en benodigen meer onderzoek. Een mogelijk risico lijkt alvast dat het op jonge leeftijd excessief porno kijken zonder duiding of seksuele educatie, onrealistische seksuele scripts en beelden kan doen ontstaan. Vooral meisjes worden beïnvloed door de fysieke 'idealen' die porno toont en maken zich zorgen dat jongens bijgevolg verwachten dat meisjes er zo gaan uitzien. Dit zou kunnen voorkomen en verholpen worden door kinderen en jongeren te informeren en dus seksuele vorming aan te reiken zodat datgene wat de jongeren te zien krijgen, gekaderd en uitgelegd wordt. Jongeren geven ook zelf het belang aan van de inclusie van porno in seksuele vorming op school (Löfgren-Martenson & Mansson, 2010).

Nederland staat op de derde plaats wat betreft 'het laagste geboortecijfer bij tieners'. Enkel Denemarken en Zwitserland doen beter (Garssen & Harmsen, 2013). Analoog hieraan wordt Nederland wereldwijd gezien als de leider in seksuele vorming (Stevenson, 2015). Mogelijk is er hier dus een verband tussen seksuele vorming en het voorkomen van tienerzwangerschappen in die richting dat met correcte, toegankelijke en uitgebreide seksuele vorming onder andere tienerzwangerschappen kunnen voorkomen, althans gereduceerd, worden. Ook dit maakt RSV uiterst relevant.

Sensoa maakt dan weer de vergelijking met verkeer- en zwemlessen: "Kinderen leren van jongs af aan hoe veilig over te steken op straat en hoe niet te verdrinken in een zwembad. Bij relaties en seksualiteit is het eigenlijk niet anders.", aldus Sensoa (2013). Kinderen en jongeren moeten kunnen uitgroeien tot competente, gezonde, blije, evenwichtige en verantwoordelijke individuen waarbij deze maximaal geïnformeerd zijn over grenzen respecteren, zelfbescherming, gevoelens uiten, genieten van seksualiteit en/of bewuste weloverwogen keuzes maken. Voor velen kan dit een hele opgave betekenen, waardoor begeleiding en ondersteuning, meer specifiek RSV, nodig is (RSV-wijzer Sensoa, 2013).

## **1.2 Bron van seksuele vorming**

De BZgA (2010), Sensoa (2013) en de Europese WHO-afdeling (2010) beschrijven twee belangrijke vormen van relationele en seksuele vorming of bronnen, plaatsen en personen waar mensen RSV vandaan kunnen krijgen. Het betreft een informele en een formele vorm. De informele RSV betreft seksuele opvoeding die kinderen van thuis uit mee krijgen. Het

gaat dan vooral over jonge kinderen in de vroege ontwikkelingsfasen, namelijk peuters en kleuters, waarin de ouders een grote rol spelen. Opgeleide deskundigen, bijvoorbeeld seksuologen en pedagogen, worden er bij deze leeftijdsgroepen meestal pas bijgehaald indien er zich problemen voordoen. Uiteraard kunnen ook oudere kinderen en adolescenten bij de ouders terecht voor uitleg en informatie, hoewel bij deze groep de school, de media en de peers een prominentere rol spelen. De Europese WHO-afdeling en de BZgA (2010), maar ook Harden (2014) constateren echter dat deze informele bronnen de focus al te vaak op preventie leggen, hetgeen deze instanties en onderzoekers geen goede zaak achten. Kinderen en jongeren krijgen van ouders vooral de negatieve kant van seks te horen zoals het voorkomen van zwangerschappen en SOA's en seksueel misbruik-preventie. Hierom wordt er meer en meer gepleit om deze informele bron toch aan te vullen met de professionele kennis van deskundigen die eveneens de negativiteit en gevaren schetsen, maar dit wel aangevuld met een positief verhaal of kader waarin de fijne kant van seksualiteit benaderd wordt (BZgA & WHO/Europese afdeling, 2010; Harden, 2014; Sensoa, 2013). De BZgA en de Europese WHO-afdeling (2010) specificeren ook dat ouders echter niet altijd geneigd zijn RSV aan te reiken. Vele ouders staan dan ook heel positief tegenover RSV op school omdat ouders:

- zelf niet over de kennis en kunde beschikken om seksuele vorming aan te reiken;
- het een ongemakkelijk onderwerp vinden;
- zich schamen om het over seks en seksualiteit te hebben;
- vooral de negatieve kanten van seks en seksualiteit belichten.

De formele vorm is de RSV die kinderen en jongeren vooral vergaren via de scholen. Hierbij gaat het om professionelen die seksuele vorming komen geven, veelal in school-/lesverband, maar dit kan ook bijvoorbeeld via jeugdwerking of –bewegingen. Ook deze deskundigen leggen nog al te vaak de nadruk op de negatieve aspecten van seks en seksualiteit. Zo gaat de lesinhoud bijvoorbeeld vaak over “hoe voorkom ik een zwangerschap?” of “wat zijn SOA's?” (BZgA & WHO/Europese afdeling, 2010).

De BZgA (2010) en WHO (2010) pleiten voor een afstemming van beide vormen op elkaar. Het is niet de bedoeling dat één van beide vormen overheerst en de één de ander overdekt. Er is wel degelijk nood aan professionaliteit en preventie opdat de jongeren leren hoe voorbehoedsmiddelen te gebruiken en wat te doen bij een SOA. Maar anderzijds zou dit moeten aangevuld worden met een geheel aan aantrekkelijke, relevante en aanvaardbare informatie die voldoet aan de behoefte van kinderen en jongeren zelf. Onderzoek toont namelijk dat tieners die enkel geconfronteerd worden met de negatieve gevolgen en gevaren van seks en seksualiteit, minder begrip hebben van de eigen seksuele ontwikkeling en bovendien minder seksueel gezond zijn (BZgA & WHO/Europese afdeling, 2010; Harden,

2014). RSV is ook een levenslang proces, een van de zeven basisregels die de WHO en BZgA (2010) naar voor schuiven. Het gaat om een project, een proces dat zich toespitst op en aanpast aan bepaalde levensgebeurtenissen en –situaties. Afhankelijk van wat mensen meemaken, over welke leeftijdscategorie(ën) het gaat, ... is andere en nieuwe informatie nodig (BZgA & WHO/Europese afdeling, 2010).

Naast ouders, allerlei deskundigen en de school, beschrijven Ramiro & Gaspar de Matos (2008), de BZgA en de Europese WHO-afdeling (2010) en het Europees parlement (2013) nog een vierde, almaar belangrijker wordende, categorie via dewelke kinderen, jongeren, maar ook volwassenen, RSV kunnen vergaren: de media. Het is een alomtegenwoordig gegeven in de leefwereld van adolescenten van vandaag waardoor mediawijsheid en seksuele opvoeding eigenlijk hand in hand zouden moeten gaan aangezien deze media niet zelden in ongestructureerde educatie voorzien. Het porno-voorbeeld<sup>1</sup> toont aan dat een vorm van training in mediawijsheid nuttig kan zijn en dat er hier dus ook een verband is met seksuele vorming; een gebrek aan duiding en (seksuele) educatie kan, zoals reeds aangehaald, nadelige gevolgen hebben betreffende de seksuele beeldvorming van jongeren (Löfgren-Martenson et al., 2010; Ramiro et al., 2008). Het Europees Parlement bevestigt dat de media, na de peers, de tweede belangrijkste informatiebron van adolescenten is. Het parlement stelt echter de vraag of hetgeen deze media aanreiken, conform de huidige standaarden is. Mogelijke genderstereotyperende, discriminerende en valse informatie kan en moet zo tegengegaan worden via seksuele vorming op school (European Parliament, 2013).

### **1.3 Relationele en seksuele vormingsprogramma's**

Historisch zijn er internationaal verschillende RSV-programma's voorhanden, aan de hand van dewelke aan seksuele vorming gedaan wordt en die in drie categorieën onderverdeeld worden (BZgA & WHO/Europese afdeling, 2010; Ketting et al., 2013):

- **Abstinence Only:** of zogenaamde 'onthoudingsprogramma's'. Dit is RSV die concentreert op traditionele moraliteit en religiositeit. Het gaat over het leren "nee" zeggen en 'geen seks voor het huwelijk'. Onthouding wordt hier gezien als het belangrijkste en beste voorbehoedsmiddel;
- **Brede relationele en seksuele vorming:** dit zijn programma's die het abstinentieprincipe wel meenemen, althans vernoemen, maar de focus ligt op veilig

---

<sup>1</sup> cfr. Voorbeeld blz. 6-7

vrijen en dus eveneens anticonceptie. De publieke bezorgdheden rond HIV, SOA's, ongewenste zwangerschappen en abortus staan centraal. Algemeen wordt hier dus een meer open houding gehanteerd ten aanzien van seksualiteit dan hetgeen de abstinentieprogramma's voordragen, maar het gaat wel nog steeds over programma's die focussen op de gevaren, risico's en negatieve kanten met betrekking tot seks;

- Brede en samenhangende relationele en seksuele vorming: hier gaat het over vormingsprogramma's waar Sensoa (2013), de WHO (2010) en andere instanties in richtlijnen op doelen. Hierbij wordt informatie krijgen omtrent seks en seksualiteit gepercipieerd als een mensenrecht en wordt seksualiteit als wezensaspect van elke mens beschouwd. De eerste twee types worden hier eigenlijk gecombineerd, maar dan in een context van persoonlijke en seksuele groei en ontwikkeling. Ook deze groep krijgt dus het onthoudingsperspectief te horen en wordt aangemaand veilig te vrijen, maar dit wordt in een bredere en positievere ontwikkelingscontext geplaatst waarbij de positieve en plezierige kant van seks wel besproken wordt.

De abstinentieprogramma's zijn uitermate populair in de Verenigde Staten, de andere twee types overheersen in West-Europa waar in RSV vaker persoonlijke groei centraal staat. In de VS is RSV meer georiënteerd op het voorkomen en oplossen van ziekten en problemen waarbij abstinentie als de methode gezien wordt om SOA's en zwangerschappen te voorkomen (BZgA & WHO/Europese afdeling, 2010; Ketting et al., 2013). Ondanks de populariteit van die onthoudingsmethode blijkt het echter niet de meest gezonde. Onderzoek van Harden (2014) toont namelijk dat adolescenten die een positief beeld van seksualiteit geschetst krijgen en ook effectief seksueel contact hebben, experimenteren en liefdesrelaties aangaan, psychisch en sociaal gezonder zijn dan adolescenten die het verbod krijgen seks te hebben of waarbij enkel op de negatieve kanten en gevaren van seksualiteit geconcentreerd wordt. De analyse van gezondheidsratio's toont eveneens dat landen die eerder pragmatisch, liberaal en seks-positief te werk gaan, betere seksuele gezondheidscijfers kunnen voorleggen. Onderzoek stelt namelijk dat enerzijds onthoudingsprogramma's de seksuele gezondheid van adolescenten niet verbeteren, maar anderzijds betekent een liberale aanpak ook niet dat seksuele activiteit vanaf een jonge leeftijd aangemoedigd wordt. Seksuele vorming voorziet adolescenten enkel van de nodige kennis en vaardigheden om seksueel gezonde keuzes te maken en gezonde en verantwoordelijke gedragingen te stellen. Seksuele gezondheidssuitkomsten tonen dat de reproductieve en seksuele gezondheid van jongeren het meest gebaat is bij een erkenning en acceptatie van seksuele activiteit tussen jongeren, ongeacht de context (gehuwd of niet), eerder dan het maximaal reguleren van seksueel gedrag (Harden, 2014; Weaver, Smith & Kippax, 2007).

## **2. Seksuele gezondheid, educatie en ratio's**

### **2.1 Seksuele gezondheid als doel**

Net zoals eerder aangehaald, is seksuele gezondheid een doel van seksuele vorming.<sup>2</sup> Concreter dan de eerder beschreven definitie, vereist seksuele gezondheid dat mensen plezierige en veilige seksuele ervaringen mogen en kunnen beleven. Seksualiteit en seksuele relaties dienen op een positieve en respectvolle manier beleefd te worden om van seksuele gezondheid te kunnen spreken. Met andere woorden: de seksuele rechten van alle personen dienen gerespecteerd, gerealiseerd en beschermd te worden. Mensen moeten in de mogelijkheid zijn positieve en respectvolle seksuele ervaringen op te doen, vrij van discriminatie, dwang of geweld. Andere seksuele rechten zijn bijvoorbeeld: vrije partnerkeuze, respect voor de eigen lichamelijke integriteit, vrijwillig huwelijk en het zelf beslissen over het al dan niet seksueel actief zijn (Schaalma et al., 2009; RSV-wijzer Sensoa, 2013). Dankzij RSV kunnen kinderen, jongeren en volwassenen tegemoetkomen aan deze rechten en onder andere genieten van seksualiteit, zonder dwang, geweld of discriminatie. RSV leidt op die manier tot seksuele gezondheid aangezien informatieverstrekking en het aanreiken van vaardigheden ervoor zorgt dat mensen positieve waarden en seksuele competenties ontwikkelen. De WHO stelt dan ook dat seksuele gezondheid meer is dan de afwezigheid van ziekte. Concreet gaat het met andere woorden niet enkel over het voorkomen van SOA's en ongeplande zwangerschappen. Het betreft een geheel aan mentaal, fysiek, emotioneel en sociaal welzijn. In dit geval specifiek toegespitst op seksualiteit (RSV-wijzer Sensoa, 2013).

In Europa bijvoorbeeld kan gesteld worden dat landen waar seksuele vorming aangeboden wordt, hetzij vanaf de kleuterschool hetzij in de lagere school, doorgaans lage ratio's hebben wat betreft tienerzwangerschappen en SOA's. Portugal is bijvoorbeeld één van de landen met de hoogste HIV/aids-ratio in Europa, hetwelk in de literatuur gelinkt wordt aan inefficiënte seksuele educatie. Omgekeerd kan dus gesteld worden dat seksuele educatie, seksuele gezondheid bevordert (European Parliament, 2013; Ketting et al., 2013).

Leden van de Europese WHO-afdeling ondertekenden allemaal de 'Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health', een strategisch plan van de Europese WHO-afdeling en BZgA (2010) met richtlijnen om de seksuele gezondheid bij adolescenten te bevorderen aan de hand van seksuele educatie. Het leidde tot standaarden voor seksuele educatie in heel

---

<sup>2</sup> cfr. 1.1 Relevantie van seksuele vorming - §1

Europa, waar tot dan geen algemeen overeenkomstig beleid heerste betreffende seksuele educatie. Deze standaarden vormen sinds 2010 de leidraad die door verschillende experts, specialisten en andere gezondheidsautoriteiten gehanteerd worden bij het geven van seksuele vorming. Het kernaspect in deze standaarden is dat seksuele educatie een holistisch mensbeeld dient te hanteren met betrekking tot seksualiteit. Ook deze standaarden benadrukken met andere woorden dat het niet enkel over de negatieve kanten van seksualiteit mag gaan binnen RSV aangezien dit ontoereikend is om seksuele gezondheid te kunnen bereiken. Vandaag worden deze standaarden vooral gebruikt door landen die een seksueel educatie-programma willen opstarten of een bestaand willen herwerken (Ketting et al., 2013).

De zogenaamd Europese aanpak focust op seksuele educatie verankerd in schoolcurricula en gericht op elk kind en elke adolescent ingeschreven in een school. Welke invloed deze verankerde vorm van seksuele vorming exact heeft, en of deze dus tot seksuele gezondheid leidt, is niet te bepalen. Er is namelijk tot op vandaag in Europa geen gerandomiseerd onderzoek naar de invloed van deze vorm van RSV gebeurd, wegens het gebrek aan controlegroepen. Uit onderzoek in onder andere Nederland blijkt wel dat gunstige gezondheidsratio's niet uitsluitend te danken zijn aan seksuele educatie, maar eerder het gevolg zijn van een combinatie van vijf elementen, met name (Ketting et al., 2013):

- de aanbieder en organisatie van seksuele vorming in alle scholen;
- de aanwezigheid van toegankelijke seksuele en reproductieve gezondheidscentra voor adolescenten;
- een open sociaal en seksueel klimaat;
- een beleid voor de verzekering van de (seksuele) rechten van adolescenten;
- de uiteenzetting van nationale campagnes.

Tot slot wordt Europa ook gezien als uitblinker in leeftijdsgerelateerde seksuele vorming, hetgeen als het 'gezondst' bevonden wordt voor de doelgroepen in kwestie. De seksuele educatie in Europa is namelijk geïntegreerd met en afhankelijk van de leeftijd van de mensen die het krijgen. Alle educatievormen zijn met andere woorden aangepast aan het ontwikkelingsniveau of –fase van diegenen die onderworpen worden aan de vorming. Waar bij kleuters over vriendschap gesproken wordt, krijgen adolescenten specifieke informatie omtrent seks (Ketting et al., 2013).



## 2.2 Internationale verschillen

Ondanks het feit dat seksuele vorming opgenomen is in de meeste schoolcurricula en dus eigenlijk verplicht gedoceerd dient te worden, is er een enorm verschil in kwaliteit hiervan. Waar de Benelux het prima doet, schiet in Oost- en Zuid-Europa de voorziene seksuele educatie vaak tekort. In Nederland bijvoorbeeld start RSV vanaf de leeftijd van vier jaar. In tegenstelling tot in Kroatië waar seks en seksualiteit omwille van de religieuze samenleving nog steeds min of meer in de taboesfeer zitten en kinderen er gedurende de schoolcarrière weinig over te horen krijgen of te weten komen (BZgA & WHO/Europese afdeling, 2010; European Parliament, 2013; Puzek, Stulfoher & Bozicevic, 2012; Stulhofer, Soh, Jelaska, Bacak & Landripet, 2010). Seksuele educatie heeft echter wel degelijk de potentie om heel wat potentieel negatieve effecten van seks, zoals tienerzwangerschappen en SOA's, te voorkomen wat duidelijk maakt waarom er toch vaak een curriculum-verplichting is. Naast de bedenkelijke RSV-kwaliteit in sommige landen en ondanks de verplichting van seksuele vorming in de meeste Europese scholen, wordt het daarenboven vermoedelijk heel gelimiteerd gedoceerd aangezien onderzoek aantoonde dat Europese jongeren nog steeds weinig lijken te weten als het gaat over de eigen seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (European Parliament, 2013; RSV-wijzer Sensoa, 2013).

Europa kan geografisch ingedeeld worden in twee gebieden betreffende seksuele educatie. De noordelijke landen, voornamelijk Scandinavië, en de Benelux in het westen hebben de meest hoogstaande kwaliteit van seksuele vorming. Anderzijds zijn seksuele educatieprogramma's inefficiënt tot onbestaande in de meeste Oost- en Zuid-Europese landen, waar Portugal en Kroatië toe behoren (European Parliament, 2013). Naast de internationale differentiatie zijn er ook vaak nationaal verschillen waarneembaar. In België bijvoorbeeld, dient een onderscheid gemaakt te worden tussen Vlaanderen, Wallonië en Brussel. Zoals eerder vermeld ligt het Belgische abortuscijfer op 13% (Sensoa, 2011). Uit het Sexpert-onderzoek (2013), hetgeen opgezet en uitgevoerd werd enkel in Vlaanderen, blijkt dat de Vlaamse abortusratio na ongeplande (en ongewenste) zwangerschappen een stuk lager ligt, met name op 5% of 1 op 20. Navolgend kan gehypothetiseerd worden dat er dus een verschil is in de aanbieding en/of inhoud van seksuele vorming tussen Vlaanderen en de rest van België.

Seksuele vorming in Europa ontstond nadat er, zoals eerder beschreven<sup>3</sup>, belangrijke maatschappelijke veranderingen plaatsvonden met vooral nieuwe denkbeelden rond seksuele rechten en rollen. Op deze veranderingen werd internationaal gereageerd met georganiseerde RSV, in het ene land sneller dan in het andere. De nood aan en roep om goede RSV bereikte het hoogtepunt na een reeks seksuele misbruikschandalen. Vandaag kennen de meeste Europese landen bijgevolg een vorm van RSV (BZgA & WHO/Europese afdeling, 2010). Desondanks voldoen, van de vijf nader onderzochte landen, er slechts drie aan de criteria vooropgesteld door de WHO (2010) en het Europees Parlement (2013), namelijk: België, Nederland en Zweden, hetgeen aansluit bij de eerder genoemde geografische (kwaliteits)opdeling (European Parliament, 2013).

Zweden betrof het eerste Europese land dat met RSV begon in 1955. Nadien volgden andere Europese landen, met allereerst de andere Scandinavische landen. Ook Nederland was bij één van de eerste. Schoolgeorganiseerde RSV in Centraal- en Oost-Europa ontstond pas na de val van het communisme, waardoor deze landen ongeveer twintig tot dertig jaar vertraging hebben ten opzichte van andere Noord- en West-Europese landen. De toegang tot en de inhoud van seksuele educatie in Europa is dan ook enorm divers. In een poging deze diversiteit weg te werken en tot algemene richtlijnen te komen, ontwikkelde de Europese WHO-afdeling en BZgA de eerder genoemde 'Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health' (Ketting et al., 2013). Ondanks het bestaan van deze algemene Europese strategie is er vandaag op Europees niveau weinig uitwisseling van (seksuologische) beleid, programma's en richtlijnen. Algemeen wordt ervan uitgegaan dat een taalbarrière hier aan de grondslag ligt. Documenten, rapporten, wetenschappelijke artikels en gevoerd onderzoek worden nauwelijks of niet vertaald. Tal van Europese richtlijnen zijn daardoor gebaseerd op slechts een beperkt aantal studies, dewelke vervolgens voornamelijk in Groot-Brittanië gedaan werden omwille van het internationaal begrijpbare Engels als landstaal. Door met Groot-Brittanië te werken, benodigen de gevoerde onderzoeken namelijk geen vertaling. Hierdoor ontstaan wel belangrijke misverstanden als 'Europa dat niet geïnteresseerd is in het voorzien en geven van RSV'. Bovendien wordt Engels onderzoek dan ook vaak ten onrechte gegeneraliseerd (BZgA & WHO/Europese afdeling, 2010). Een belangrijke kanttekening hierbij is dat Europa wel degelijk geïnvesteerd heeft in het thema en over veel ervaring en bijzonder goed wetenschappelijk materiaal beschikt, enkel en alleen niet in het internationaal toegankelijke Engels. Er wordt namelijk ook wetenschappelijk onderzoek verricht rond het thema in landen

---

<sup>3</sup> cfr. 1. Wat is seksuele vorming? §4

doorheen heel Europa, waar Engels niet de landstaal is. Vertalingen van bestaand materiaal zijn daarbij een noodzaak (BZgA & WHO/Europese afdeling, 2010).

### **2.3 Relatie tussen de drie factoren**

Eerder genoemde illustraties tonen dat er wel degelijk een verband vermoed kan worden tussen seksuele vorming, seksuele gezondheid en seksuele gezondheidsratio's.

Het porno-voorbeeld illustreert een verband tussen RSV en seksuele gezondheid in die mate dat wanneer er geen educatie bij de pornografische beelden komt kijken, adolescenten verkeerde, 'ongezonde', beelden ontwikkelen omtrent relaties en seksualiteit (BZgA & WHO/Europese afdeling, 2010; Löfgren-Martenson et al., 2010). Het Europees Parlement (2013) en Ketting et al. (2013) tonen eenzelfde verband in Portugal tussen seksuele vorming en gezondheidsratio's; de RSV wordt er als inefficiënt beschouwd en Portugal is dan ook het Europese land met de meeste HIV/aids-diagnoses. Nederland wordt beschouwd als één van de voortrekkers in Europa betreffende RSV en het aantal tienerzwangerschappen daar, wat een seksuele gezondheidsratio is, ligt bij de laagste in Europa. Een gegeven dat een verband tussen de ratio's en seksuele vorming suggereert (Garssen et al., 2013; Stevenson, 2015).

Het verband tussen seksuele gezondheid en de seksuele gezondheidsratio's is niet makkelijk te generaliseren. Wanneer een natie over hoge HIV/aids-ratio's beschikt, bijvoorbeeld Portugal, kan dit niet veralgemeend worden naar de totaalbevolking door te constateren dat de voltallige bevolking vervolgens (seksueel) ongezond is aangezien onderzoeken gedaan worden met bepaalde steekproeven en zelden met de voltallige bevolking van een land. De VS echter, hebben bijvoorbeeld een HIV/aids-ratio die drie keer zo hoog is als Nederland, namelijk 0,6% versus 0,2%. Advocates for youth (2011) spreekt wat dat betreft wel degelijk over de nood aan "het verbeteren van de gezondheid van de Amerikaanse adolescenten", hetgeen dus wel een verband doet vermoeden tussen de seksuele gezondheid van een bevolking en de seksuele gezondheidsratio's binnen die bevolking. Het idee erachter luidt: hoe beter de seksuele gezondheidsratio's van landen, hoe lager de maatschappelijke en gezondheidskosten en dus hoe beter de gezondheid van de voltallige samenleving. Door bijvoorbeeld het aantal tienerzwangerschappen te reduceren, wordt het mogelijk te besparen op budgetten die voor tienerouders voorzien zijn, waardoor de voltallige maatschappij er beter van wordt (Alford & Hauser, 2011).

## **Methodologie**

Deze thesis bevat enerzijds een grondige literatuurstudie van een dertigtal internationale wetenschappelijke artikels en Europese rapporten rond 'Sex education in Europe'. Deze wetenschappelijke bronnen werden allen bekomen via erkende databanken waaronder PubMed, Limo en ScienceDirect. Daarnaast werden ook educatieve websites geraadpleegd zoals Rutgers, Sensoa, de WHO en Advocates for Youth, via dewelke eveneens relevante literatuur en cijfermateriaal bekomen werd.

Anderzijds bevat deze masterproef inhoud uit vijf open interviews die verricht werden met respectievelijk een Belgische, Nederlandse, Zweedse, Portugese en Kroatische professor. Deze professoren gaven duiding rond de organisatie en inhoud van seksuele vorming in het betreffend thuisland en formuleerden eveneens een mening en/of visie hieromtrent. Aangezien deze mensen dagelijks, op professioneel gebied, bezig zijn met seksualiteit en seksuele vorming is die expertise van groot belang voor deze masterproef. Voor deze interviews werd goedkeuring van de ethische commissie, verbonden aan de KU Leuven, bekomen evenals ingevulde en gehandtekende toestemmingsformulieren van de betreffende professoren. Na goedkeuring werden de experts via e-mail gecontacteerd en vervolgens vonden de interviews plaats via Skype.

## Resultaten

### 1. Een Europese vergelijking

#### 1.1 België

Sinds 1984 bevat de Belgische wetgeving een decreet waarin seksuele educatie is vastgelegd. Mede omwille van de opkomst van het abortusdebat en het HIV/aids-probleem, kreeg deze educatie een minder medisch karakter en werd er meer aandacht besteed aan gedragsmatige en emotionele aspecten rond het relationele en seksuele. De seksuele vorming kreeg een holistisch karakter. Het duurde echter een zestiental jaren, tot 2000, vooraleer seksuele educatie een volwaardig onderdeel werd in het Belgische onderwijscurriculum. Sinds het schooljaar 2010-2011 zijn zowel lagere als secundaire scholen verplicht RSV te doceren aangezien het tot de eindtermen behoort. Examens organiseren, is geen verplichting en gebeurt bijgevolg zelden, maar scholen moeten in het thema investeren (European Parliament, 2013; Sensoa, 2017; Seksualiteit.be, 2017).

In België is een duidelijk onderscheid waarneembaar tussen Vlaanderen en Wallonië. In Vlaanderen zit seksuele vorming vaak vervat in de lessen biologie en godsdienst of zedenleer, wat ertoe leidt dat er in Vlaanderen aan dat holistische denkkader voldaan is aangezien het thema vanuit alle invalshoeken behandeld wordt. In Wallonië werd 90% van de seksuele vorming enkel aangereikt door family planning-centra, slechts 10% door scholen. Pas in 2012 stelde het Waals-Brusselse Parlement een decreet op dat Waalse scholen verplichtte om RSV aan te reiken (European Parliament, 2013).

Hoewel seksuele vorming dus verplicht is in het Belgische onderwijs, gebeurt het opvallend vaak dat scholen de RSV uit handen geven en door externen laten doceren aan de klassen (Burke, Duffy, Fotinatos & Smith, 2013). Uit onderzoek blijkt dat leerkrachten weinig vertrouwen hebben in het kunnen doceren van 'sensitieve' onderwerpen als menstruatie en geslachtsgemeenschap. Klasleerkrachten voelen zich overladen met werk en verantwoordelijkheden en kunnen de RSV er niet bijnemen in het al volgestouwde curriculum. Vaak wordt de nood aan professionelen die de nodige informatie aan de leerlingen moeten komen verstrekken, benadrukt (Burke et al., 2013).

Zoals eerder aangehaald, pleiten onder andere de Europese Commissie (2017) het Europese Parlement (2013) en Ramiro et al. (2008) voor een vorm van mediatraining aangevuld met RSV opdat seksueel beeldmateriaal geduid wordt. In België wordt wel degelijk aan mediatraining gedaan. België maakt deel uit van een in 2012 opgerichte alliantie voor de internationale samenwerking rond het tegengaan en sneller opsporen van online

seksueel kindermisbruik en -porno. Bovenal gaat het over informeren van ouders en kinderen in hoe om te gaan met de hedendaagse media. In 2014 stelden de deelnemende naties, zo ook België, een rapport op met beoogde doelen rond dit thema en de te nemen maatregelen. Het derde doel in het Belgische rapport betreft deze educatie van kinderen, jongeren, ouders en andere verantwoordelijken om de risico's waar kinderen online mee geconfronteerd worden te minimaliseren door bewustzijn te creëren en erover te informeren. Child Focus is hier de grootste bron van educatie. Via campagnes, de website en allerlei educatieve spelen, tracht de instantie ouders, kinderen en professionelen op de hoogte te brengen van de gevaren en risico's die vrije en ongecontroleerde internettoegang met zich meebrengen. Dit rapport toont met andere woorden dat België het belang van educatie, seksuele vorming evenals mediawijsheidstraining erkent (European Commission, 2017).

In Vlaanderen zaten seks, seksualiteit en dus ook RSV, tot en met de tweede wereldoorlog in de taboesfeer. Aangezien er toen sprake was van het sterk katholieke Vlaanderen, mocht en kon seks enkel tussen een gehuwde man en vrouw ver weg van de kinderen. Kinderen en jongeren, maar ook volwassenen, werden op geen enkele manier geconfronteerd met informatie of educatie betreffende het thema. Dit gebrek aan RSV leidde tot heel wat misverstanden, zoals meisjes die dachten dood te gaan bij de eerste menstruatie. Na de tweede wereldoorlog werd het probleem van misinformatie in stand gehouden door ouders en leerkrachten die zelf geen seksuele voorlichting verkregen hadden waardoor deze eveneens zelf niet wisten hoe seksuele vorming eventueel aan te reiken aan de eigen kinderen. De seksuele educatie kwam zo in handen van de godsdienstleraren en priesters, wiens focus en boodschap was: geen seks voor het huwelijk, enkel seks binnen het huwelijk tussen een man en een vrouw, seks met voortplanting als enige doel en een verbod op voorbehoedsmiddelen (Trommelmans & Goris, 2006).

Wegens de onvrede van ouders ten aanzien van deze wijze van handelen, zijn pedagogen, psychologen, medici en seksuologen in de jaren 50 begonnen met een thema als seksuele vorming. Het was de Belgische Vereniging voor Seksuele Voorlichting of BVSFV, opgericht in 1955, die als eerste publiek erkende dat het namelijk die (seksuele) onwetendheid was die tot ongewenste zwangerschappen en SOA's leidde. Gezien het gebrek aan Vlaams voorlichtingsmateriaal werd in Vlaanderen Nederlands materiaal gebruikt, voornamelijk educatieve boeken en de film 'Kringloop' uit de jaren 60. Nederland was betreffende RSV namelijk één van de Europese pioniers (Trommelmans et al., 2006).

Eind jaren 60 werd vervolgens de seksuele revolutie gestart door de opkomst van de pil, de mensen die het zelfbeschikkingsrecht begonnen te benadrukken en nieuwe relatievormen die

ontstonden, maar het ging vooral over de seksuele vorming die seculariseerde. Zo publiceerde Vlaanderen in 1970 'Het rode boekje voor scholieren' met voor die tijd bijzonder expliciete tips en beeldmateriaal. De Belgische anticonceptiewetgeving uit '73 zorgde vervolgens voor een vloedgolf aan voorlichtingsactiviteiten. Naar aanleiding van een gespreksdag rond seksuele opvoeding ontstond uiteindelijk de 'Commissie Seksuele Opvoeding', dewelke voor het eerst Belgisch educatief (film)materiaal op de markt bracht (Trommelmans et al., 2006).

Toch bleken deze talrijke inspanningen niet te volstaan. De jongeren van toen waren allesbehalve tevreden met de retoriek die gevoerd werd, dewelke toch nog steeds in belangrijke mate onder invloed stond van de katholieke Kerk. De jongeren wilden een identiteit ontwikkelen, zich ontplooien, onafhankelijk zijn. Het vervagende taboe bracht dan ook met zich mee dat almaar meer jongeren seksueel contact hadden, maar ondanks de nieuwe anticonceptiewetgeving geen gebruik maakten van voorbehoedsmiddelen. Enkel ineffectieve methoden als periodieke onthouding en/of coïtus interruptus bleken gepraktiseerd. Jongeren waren geïnteresseerd in totaal andere zaken dan hetgeen ouders vertelden en op school gedoceerd werd. Naast de theorie omtrent menstruatie bijvoorbeeld, zaten jongeren vooral met vragen als 'hoe geef ik een tongzoen?' en 'waarom zijn mijn borsten niet even groot?', waar geen antwoord op kwam. Nederland daarentegen was hier opnieuw koploper en paste de inhoud van RSV aan zodat die effectief nauwer aansloot bij de zelfbeschikking die jongeren zo belangrijk achtten (Trommelmans et al., 2006).

Eind jaren 80 maakte toenmalig minister van Welzijn, Jan Lenssens, geld vrij waardoor de katholieke en pluralistische Centra voor Levens- en Gezinsvragen vormingscentra mochten en konden oprichten. Zo ontstonden in België de eerste seksuele vormingscentra voor leerkrachten, vormingswerkers en hulpverleners, waar alle vormingsactiviteiten werden ondergebracht. Uit recent onderzoek was namelijk duidelijk gebleken dat de seksuele vorming van toen tekort schoot en dus aangepast moest worden (Trommelmans et al., 2006):

- Leerkrachten bijvoorbeeld stonden achter het thema en waren ook bereid het te doceren, maar wezen op het gegeven dat er zo goed als geen werkvormen, leermiddelen of didactisch materiaal voorhanden was;
- Jongeren kregen vaak te laat of incorrecte informatie en de boodschappen die circuleerden, waren niet zelden heel tegenstrijdig;
- Ouders waren eveneens bereid het thema thuis te bespreken, maar konden nergens raadgevingen vinden hoe dit concreet te moeten of kunnen aanpakken;

- Jongeren bleken eveneens de theorie machtig (rond bijvoorbeeld het nut en gebruik van een condoom) maar bleken deze theorie niet in praktijk om te zetten (88% had een onbeschermd eerste contact).

Iedereen wou met andere woorden wel RSV geven en verkrijgen, maar de inhoud en kwaliteit van hetgeen voorhanden was, bleek niet te volstaan. De vormingscentra ontwikkelden vervolgens preventieprogramma's die niet enkel de kennis van de bevolking vergrootten, maar het leidde ertoe dat thema's als aids en seksueel geweld bespreekbaar werden gemaakt. Bovendien werd rekening gehouden met alle mogelijke opvattingen, waarden en normen van zowel jongens en mannen als meisjes en vrouwen waardoor de programma's en centra eveneens een emanciperend effect hadden. Wegens het succesvolle karakter van deze werkwijze bleek later ook de katholieke Kerk te volgen. De werkmap 'Goede minnaars' uit '99 was bijvoorbeeld een globaal concept dat op verschillende manieren uitgewerkt werd en lange tijd gebruikt werd. Onderzoek had namelijk uitgewezen dat hoe meer jongeren geïnformeerd zijn, hoe voorzichtiger en verantwoordelijker de gedragingen zijn (Trommelmans et al., 2006).

Ondanks de verregaande vooruitgang die Vlaanderen doorheen de geschiedenis boekte, kan niet gesteld worden dat het de RSV-doelen bereikte. Op de VN-bevolkingsconferenties in 1994 en 1995, respectievelijk in Congo en Peking, beloofde Vlaanderen plechtig jongeren tijdens het gehele groeiproces te voorzien van geïntegreerde seksuele vorming. Toch ontbreekt tot op vandaag een structurele aanpak waardoor veel Vlaamse jongeren weinig lijken te weten omtrent het thema. Ondanks de massale beschikbaarheid van seksueel voorlichtingsmateriaal, bijvoorbeeld filmmateriaal op internet of boeken als 'Vrouwen komen van Venus en mannen van Mars', blijkt uit een onderzoek uit 2003 dat Vlaamse jongeren niet altijd over de meeste en correcte informatie beschikken. Ook uit vragen die bij Sensoa terechtkomen, blijkt bijvoorbeeld dat sommige jongeren nog steeds denken dat grondig douchen na seksueel contact een betrouwbare anticonceptiemethode is of dat zwanger raken van een eerste seksueel contact onmogelijk is. België heeft bijzonder goed materiaal en wordt internationaal geprezen voor concrete inspanningen en onderbouwd wetenschappelijk onderzoek, maar een globale structurele aanpak lijkt toch nog te ontbreken (Trommelmans et al., 2006).

In 2013 trachtte Sensoa komaf te maken met deze tekortkoming en publiceerde de organisatie de Vlaamse Relationele en Seksuele Vormingswijzer, een instrument gebaseerd op het voorgaande 'Goede Minnaars'-concept. Beleidsmakers en professionelen die instaan voor de seksuele vorming van kinderen en jongeren kunnen zich beroepen op deze wijzer



voor informatie en richtinggeving bij de ontwikkeling van bijvoorbeeld lesmateriaal. De basis betreft drie pijlers (RSV-wijzer Sensoa, 2013):

- Begeleiding van de seksuele ontwikkeling gedurende de hele levensloop van mensen;
- De ontwikkeling van waarden en normen bij jongeren betreffende het thema;
- Het vermijden van (seksuele) risico's.

De pijlers en wijzer kwamen tot stand op basis van uitgebreid literatuuronderzoek alsook een bevolkingsbevraging. In deze huidige Vlaamse aanpak staat een positieve visie centraal. Jongeren zijn nieuwsgierig, hunkerend naar een erkende seksualiteitsbeleving. Het is spannend, interessant en RSV mag zich dan ook niet enkel en alleen concentreren op de gevaren, risico's en negatieve kanten van seksualiteit. Enerzijds zitten deze negatieve aspecten uiteraard vervat in het leermateriaal dat Sensoa aanreikt aangezien het noodzakelijk is dat de jongeren van vandaag ook hieromtrent geïnformeerd worden opdat bewuste en weloverwogen keuzes gemaakt kunnen worden. Anderzijds is deze positieve visie erop gericht het gevoel van autonomie te versterken, de competentie en verbondenheid te vergroten. Onderzoek toonde reeds aan dat mensen, in het bijzonder jongeren, die geïnformeerd worden met aandacht voor de plezierige kant van seksualiteit, beter functioneren, zich mentaal beter voelen en kwaliteitsvollere seksualiteit en relaties beleven en aangaan. In Vlaanderen wordt getracht in effectieve RSV te voorzien aan de hand van het KAVES-principe, gebaseerd op Kennis, Attitude, Vaardigheden, Emoties en Steun (RSV-wijzer Sensoa, 2013).

### **1.1.1 Wat zegt de Belgische vormingsexpert?<sup>4</sup>**

Vlaams seksuologie-professor Paul Enzlin, verbonden aan het Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen of IFSW in Leuven, benadrukt in eerste instantie het belangrijke onderscheid tussen Vlaanderen, Brussel en Wallonië. Een onderscheid dat in de literatuur niet altijd gemaakt wordt. Onderwijs is een gewest-materie, waardoor het in deze thesis en in dit interview enkel over het Vlaams Gewest gaat. Wat het Waalse en Brusselse deel van België betreft, heeft professor Enzlin geen zicht op hetgeen daar al dan niet gebeurt.

De professor bevestigt dat er in Vlaanderen een decreet is hetwelk de inhoud van RSV omvat en scholen verplicht ermee bezig te zijn. RSV behoort tot de vakoverschrijdende

---

<sup>4</sup> Alle vijf de audio-opnames van de interviews met de experten, verkregen na geïnformeerde toestemming van de vijf professoren, zijn voorhanden in het Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen (IFSW), KU Leuven.

eindtermen of 'voeten'. Deze bestaan sinds 2010 en daarin zijn drie contexten met leerdoelen beschreven waar seksualiteit een aantal keren in voorkomt. RSV is dus geen vak op zichzelf staand, maar zit vervat in andere onderdelen van het curriculum. Gegeven het vakoverschrijdend aspect, speelt het geen rol door wie of op welke manier de RSV gegeven wordt. Ook een leerkracht wiskunde kan en mag met andere woorden tijdens de rekenles seksuele vorming geven. Volgens de professor heeft dit als belangrijk nadeel dat deze gedeelde verantwoordelijkheid soms tot geen verantwoordelijkheid leidt, met als gevolg dat bijvoorbeeld onderzoekers uiteindelijk weinig weten over wat werkelijk gerealiseerd wordt. Scholen voorzien namelijk volledig zelfstandig in de invulling van RSV, er zijn geen algemene richtlijnen en het wordt ook niet geëxamineerd. Van wiskunde weten leerkrachten dat op het einde van het vijfde middelbaar de leerlingen een integraal moeten kunnen oplossen. Dergelijke testen of concrete einddoelen zijn er niet voor seksuele vorming in Vlaanderen. Concreet is dus tevens niet geweten in welke mate hetgeen aangereikt wordt aan de leerlingen, ook effectief werkt. Door het gebrek aan representatieve testen of examens, is het heel moeilijk om op onderzoeksniveau na te gaan of de leerlingen op het einde van de schoolcarrière de vooropgestelde leerdoelen behaalden.

Ondanks dat de zogenaamde 'voeten' specifiek voor het secundair onderwijs gelden, zijn er tevens voor de kleuter- en lagere scholen RSV-leerdoelen ontwikkeld in Vlaanderen en zit het in de eindtermen. Ook hier geldt echter dat het voor rekenen duidelijk is hoe leerkrachten dit moeten aanpakken en wat de kinderen moeten kennen en dit voor RSV niet het geval is. In de basisschool gaat het inhoudelijk tevens niet expliciet over seks of anticonceptie, maar eerder over relationele thema's en elementen als 'leren waarderen', 'leren samenleven' of 'zorgen voor'. De professor benadrukt dat dit aspecten zijn die kinderen opbouwen in de levensloop en niet pas vanaf de secundaire school.

Zoals beschreven in de literatuur besteden Vlaamse leerkrachten RSV vaak uit. Volgens de professor is dit echter minder het geval in basisscholen aangezien leerlingen hier heel de dag dezelfde leerkracht hebben. De uitbesteding naar externen gebeurt vaker en vooral in het secundair onderwijs. Paul Enzlin benadrukt dat beiden voor- en nadelen hebben. Klasleerkrachten hebben een vertrouwensband met de kinderen waardoor het zekere voordelen heeft de vorming zelf uit te voeren. Anderzijds moet steeds de positie van leerkracht verlaten worden om een echt gesprek te kunnen aangaan, maar de volgende lesdag dient echter opnieuw de rol van strenge leerkracht die toetsen verbetert, opgenomen te worden. In Vlaamse scholen wordt RSV echter heel vaak gedoceerd naar aanleiding van problemen in een klas, wat tevens de literatuur bevestigde. In dat geval wordt er bijzonder vaak beroep gedaan op externe professionelen. De professor spreekt van zogenaamde

'brandblus-politiek': wanneer leerkrachten een (seksueel) probleem constateren, wordt er snel even geblust [*lees: een vorming gegeven*], waarna de brandweer weer vertrekt [*lees: vorminggever vertrekt en er wordt niet meer over gesproken*]. De uitdaging is een schoolcultuur creëren waarin iedereen het erover eens is dat het een belangrijk thema is.

In Vlaanderen mag elke leerkracht RSV geven, specifieke training is niet verplicht. Wanneer leerkrachten zich willen versterken in het thema, zijn wel degelijk cursussen voorhanden. Wat bijgevolg de kinderen bereikt, is bijna uitsluitend afhankelijk van de visie, waarden, normen, vaardigheden en kennis van de betreffende docent. In Vlaanderen kunnen leerkrachten anno 2017 althans uitgebreid beroep doen op bestaand materiaal. Zeker betreffende het biologische luik van het thema zijn er voldoende en goede handboeken voorhanden, maar ook binnen religieuze thema's zijn er handboeken rond relatievorming. De organisaties waar leerkrachten hiervoor terecht kunnen, evenals voor een training in het doceren van RSV, zijn Sensoa, Jong & Van Zin en Cavaria.

De invloed van de katholieke Kerk, is volgens de professor niet meer wat het ooit geweest is in Vlaanderen. Paul Enzlin bevestigt de secularisatie van de Vlaamse maatschappij. Zo hebben in Vlaanderen de GO-scholen of gemeenschapsscholen en de katholieke scholen exact dezelfde leerdoelen. De praktische uitvoering ervan, kan uiteraard wel verschillen, maar hier is recent geen onderzoek naar gedaan. In 2017 staan tevens geen kardinalen of priester-leraars meer voor de klas, dus de kans dat er in katholieke scholen niets gezegd wordt over contraceptie bijvoorbeeld is klein.

Omtrent de ouderlijke perceptie heeft de professor geen wetenschappelijk onderbouwde kennis, maar professor Enzlin merkt wel dat ouders het beter willen doen, maar dit moeilijk vinden en het daarom goed vinden dat scholen RSV aanreiken. Enige communicatie van de school naar de ouders toe waarbij de ouders betrokken worden bij de inhoud van de lessen, is hierbij bijna een noodzaak. Ouders kiezen echter voor een school waardoor automatisch tevens voor een stuk gekozen wordt of de kinderen RSV krijgen. Hieruit kan afgeleid worden dat de meeste ouders doorgaans geen probleem hebben met het feit dat de kinderen RSV krijgen in Vlaamse scholen. Paul Enzlin benadrukt wel dat dit niet het geval is voor ouders en kinderen met een islam-achtergrond. Deze groep vindt het huidige Vlaams seksueel gedachtegoed niet zelden te liberaal en houden de kinderen vaak thuis indien RSV op de lesagenda staat. Het thema aan ouders daadwerkelijk gaan bevragen, is volgens de professor geen goed idee, willen de data de realiteit weerspiegelen, aangezien ouders zichzelf vaak overschatten.

Professor Enzlin hoopt alvast dat RSV de seksuele gezondheidscijfers verbetert, althans beïnvloedt. Het thema benodigt alleszins meer aandacht, in de hoop de cijfers zo te kunnen verbeteren, met name: minder SOA's, minder ongewenste zwangerschappen, etc. De professor is echter bijzonder terughoudend en vraagt zich openlijk af of bijvoorbeeld een 'relatiedag', georganiseerd in het vierde middelbaar, heel erg bepalend gaat zijn voor het gedrag van die jongeren twee jaar later tijdens een fuif? Groter belang dient gehecht te worden aan wat kinderen, jongeren en volwassenen meemaakten doorheen de levensloop. Ideeën kunnen beïnvloed worden door RSV als het om goede informatie gaat, maar het valt te betwijfelen of mensen in bepaalde situaties zich werkelijk die ene les uit het vierde middelbaar gaan herinneren. Mogelijks weegt de voltallige levensbagage mee of zelfs zwaarder door. Uiteraard moet RSV wel gedoceerd worden, maar het belang ervan mag niet overschat worden. Deze vormingen leveren slechts een kleine bijdrage tot de keuzes die jongeren op een bepaald moment in het leven maken. In ASO-, TSO- en BSO-scholen heersen talrijke verschillende contexten. In TSO-/BSO-scholen geldt bijvoorbeeld vaak: 'hoe sneller je seksueel actief bent, hoe mooier en stoerder je bent'. Het is ondertussen wereldwijd gekend dat BSO- en TSO-jongeren sneller seksueel actief zijn. Wanneer vervolgens toch in elk van die groepen gelijkaardige RSV gegeven wordt, gaat dat de leeftijd bij de eerste keer seks bij BSO/TSO-jongeren niet verhogen. Net dat toont de relativiteit aan van RSV. De aandacht moet meer systematisch. RSV mag zich niet alleen beperken tot het onderwijs, maar ook bijvoorbeeld ouders moeten versterkt worden opdat jongeren een bewustwording ontwikkelen van de eigen waarden en normen als deel van het ontwikkelingsproces naar een volwassenheid waarin seksualiteit en relaties op een positieve manier aanwezig zijn.

De professor heeft het over een samenspel van verschillende factoren, wat de seksuele gezondheidscijfers beïnvloedt. Vlaanderen heeft inderdaad goede, lage cijfers, maar dit is niet enkel te danken aan RSV. Ook de Belgische overheid die gratis de pil aanreikt aan tienermeisjes, draagt er bijvoorbeeld toe bij. In Ecuador bijvoorbeeld krijgen vijftienjarige meisjes de pil niet wegens de angst dat de apotheker failliet zou gaan. De maatschappelijke context is dus ook bijzonder belangrijk. Er zijn tal van voorwaarden die de seksuele gezondheidscijfers mee controleren, dan RSV alleen.

## **1.2 Nederland**

Reeds vanaf de jaren 60 van vorige eeuw kent Nederland seksuele vorming in scholen, waarmee het één van de eerste in Europa was. In de naoorlogse tijden wou Nederland een meer pragmatische aanpak van seksuele gezondheid, meer bepaald een focus op

contraceptie en abortus. Reeds in 1970-1980 bleek Nederland de laagste cijfers met betrekking tot tienerzwangerschappen te hebben, waaruit geconcludeerd werd dat de lokale aanpak werkte. Waar seksuele vorming tot dan beperkt werd tot secundaire scholen, werd deze nu ook uitgebreid naar lagere scholen, gezien de bevestiging dat de methodiek werkte. Tegen 1989 doceerde 85% van de Nederlandse scholen HIV/aids-preventie (Aronowitz & Fawcett, 2015; BZgA & WHO/Europese afdeling, 2010; European Parliament, 2013; Ketting et al., 2013).

Reeds in 1925 schreef Theodoor van de Velde het boek 'Het volkomen huwelijk'. Een boek waarin aan de hand van seksuele educatie getracht werd om seksuele verveling tegen te gaan in de veronderstelling zo echtscheidingen te kunnen vermijden. Het was tevens het eerste boek waarin mannelijke en vrouwelijke geslachtsorganen stonden om zo mensen de seksuele fysiologie uit te leggen. Het boek is bijzonder populair gebleven tot diep in de jaren 60 en werd internationaal gegeerd en gebruikt. In België, waar veel Nederlands educatiemateriaal gebruikt werd, maar ook ver daarbuiten aangezien het boek ook in het Engels vertaald werd. In deze jaren zestig seculariseerde de seksuele vorming<sup>5</sup> ook in Nederland en het was opnieuw Nederland die de voorloper was in de ontwikkeling van seksueel vormingsmateriaal dat niet langer enkel focuste op de biologische aspecten. Het ging namelijk over zeer expliciete boeken en beeldmateriaal, bijvoorbeeld 'Variaties' van Mogens Toft en John Fowle en 'Jongen en meisje/man en vrouw' van Ben H. Claesson, waardoor het geregeld als pornografisch bestempeld werd (Trommelmans et al., 2006).

Uit onderzoek van Lewis & Knijn (2010) en Aronowitz et al. (2015) blijkt eveneens dat Nederland reeds sinds vorige eeuw een van de landen is met het laagst aantal tienerzwangerschappen ter wereld. Nederlanders blijken vaak gebruik te maken van anticonceptie waardoor er eveneens lage SOA-ratio's heersen. In de Verenigde Staten bijvoorbeeld liggen deze cijfers ruim vier maal zo hoog. Aronowitz et al. (2015) stellen wel degelijk dat verschillen in hoe er aan seksuele vorming gedaan wordt, aan de basis kan liggen van deze verschillende cijfers. Anderzijds is dit consequent en accuraat gebruikmaken van voorbehoedsmiddelen ook een gevolg van de Nederlandse focus op veiligheid, dewelke teruggaat tot de 80-jaren Oorlog gedurende dewelke Nederland reformeerde en seculariseerde. Tal van geloofsvluchtelingen van over heel Europa vonden toen 'veiligheid' in Nederland. Die veiligheid is zo cultureel ingebed dat jongeren er vrij seksueel mogen en

---

<sup>5</sup> cfr. historische informatie bij 1. België

kunnen exploreren aangezien er van uitgegaan wordt dat seksuele activiteiten steeds veilig beleefd worden (Aronowitz et al., 2015).

Het Nederlandse ministerie voor gezondheidszorg, evenals de federale overheid, gaan er tot op vandaag inderdaad van uit dat de Nederlandse bevolking wel degelijk het belang van dit thema erkent en dat scholen dit dan ook altijd en aan elk kind aanbieden. Dit is ook de reden waarom in Nederland geen mandaten, wetten noch decreten zijn waarin seksuele vorming verankerd zit, zoals bijvoorbeeld wel het geval is in België. Desondanks zit het wel vervat in de schoolcurricula, net zoals in België, aangezien er wel verplicht aan 'nationale gezondheids promotie' gedaan dient te worden en seksuele vorming hier een onderdeel van is. Scholen en organisaties die RSV doceren, verkrijgen ook financiële steun. Zo kunnen beleidsvormen ontwikkeld, geïmplementeerd en geëvalueerd worden. De Nederlandse overheid hanteert een zogenaamd hands-off-beleid: er wordt van scholen verwacht RSV te doceren, maar er is geen directe invloed vanuit de overheid die bepaalde zaken oplegt. Scholen kiezen zelf de wat, waar, wanneer en hoe van de seksuele vorming, zolang die maar gegeven wordt. Nederland verwijst telkens naar de eerder genoemde ratio's, betreffende tienerzwangerschappen en SOA's, om het succes van de huidige aanpak te duiden (Aronowitz et al., 2015; Weaver et al., 2007). Mede dankzij de overheid, is Nederland een van de koplopers in het voorzien van grootschalige en laagdrempelige toegang tot seksuele gezondheidsinformatie. Er heerst maatschappelijke openheid omtrent het thema waardoor mensen zich comfortabel voelen om het ook aan te snijden en er is hanteerbaar materiaal voorhanden net als een groot bewustzijnsgevoel waardoor de bevolking weet waar aan toe te zijn en wat te doen. Dit leidt dan ook mede tot de goede seksuele gezondheidsuitkomsten van Nederland. Voornamelijk de liberale aanpak en maatschappelijke openheid leiden ertoe dat ook Nederlandse ouders het onderwerp heel makkelijk en open bespreken met tieners en adolescenten. Daarbij gaan sommige ouders zelfs heel expliciet te werk door bijvoorbeeld zelf te voorzien in de condooms voor tieners (Alford et al., 2011; Aronowitz et al., 2015; Weaver et al., 2007). Nederland wordt internationaal ook geroemd voor deze open, liberale en pragmatische visie en aanpak (Bos et al., 2009, Lewis et al., 2010). Tot slot leidt deze Nederlandse liberaliteit eveneens tot een breed begrip van de term 'seks', waar met andere woorden meer onder te brengen valt dan enkel de penetratie van een penis in een vagina. Daarbij heerst er ook een breder begrip van bijvoorbeeld mogelijke relatievormen. Waar in Britse literatuur steeds het huwelijk tussen een man en een vrouw zal gepromoot en geïdealiseerd worden, worden in Nederlands materiaal ook homo-koppels weergegeven (Lewis et al., 2010).

Uit onderzoek van Burke et al. (2013) bleek dat Belgische leerkrachten het moeilijk vinden om RSV aan te brengen in klassen en dit dan ook vaak uitbesteden aan externe professionals. Ondanks de eerder beschreven openheid die in Nederland heerst, in tegenstelling tot in België, blijken Nederlandse leerkrachten met gelijkaardige problemen te worstelen. Nederlandse leerkrachten geven ook aan niet te weten wat leeft bij de jeugd, RSV een taak van de ouders te vinden, zichzelf ongeschikt te vinden om RSV in een multicultureel perspectief te plaatsen en angst te hebben voor de reactie van ouders (Rutgers WPF, 2011). Rutgers WPF (2011) tracht hier gerust te stellen door te duiden dat de rol van deskundigen niet onderschat, maar zeker ook niet overschat mag worden en dat iedereen, dus ook leerkrachten, zich in het thema kunnen verdiepen en bekwamen (Rutgers WPF, 2011).

Nederland kent twee educatieve programma's die in schoolverband aangeboden worden en aangepast zijn aan/afhankelijk zijn van de leeftijd van de doelgroepen: R&S of Relaties & Seksualiteit en LLL of Lang Leven Liefde. R&S is een geïntegreerd pakket dat toespitst op vier- tot twaalfjarigen, waar LLL vooral gericht is op dertien- tot vijftienjarigen. Een derde programma 'Veilig vrijen en seksualiteit' werd specifiek ontwikkeld voor en wordt enkel gebruikt door de Nederlandse jongerenwerking (Aronowitz et al., 2015; European Parliament, 2013; Rutgers WPF, 2011). LLL is de oudste formele aanpak van de twee, het programma is reeds twintig jaar oud. Het begon met HIV/aidspreventie, maar groeide intussen uit tot volwaardige en holistische seksuele gezondheidspromotie waarin tal van thema's vervat zitten, zoals seksuele diversiteit en seksueel geweldpreventie. De thema's die behandeld worden, zijn tevens vaak heel actueel. Naar aanleiding van het stijgend aantal tienermeisjes die het slachtoffer werden van een zogenaamde 'lover boy'<sup>6</sup> bijvoorbeeld, werd er een extra boek ontwikkeld dat gebruikt wordt om deze meisjes bewust te maken van het bestaan, risico's en gevolgen van het in handen vallen van een 'lover boy' (Aronowitz et al., 2015; Rutgers WPF, 2011). Onder R&S daarentegen valt bijvoorbeeld de 'Week van de Vlinders', specifiek georganiseerd voor vierjarigen: een week waarin lichaamsbewustwording en zelfwaarde centraal staan, eerder dan seks, zwangerschap en SOA's (Aronowitz et al., 2015). Zoals aangehaald, zijn Nederlandse leerkrachten vrij in het bepalen welk materiaal gebruikt wordt, hoeveel tijd aan RSV gespendeerd wordt en welke methoden gehanteerd worden (Weaver et al., 2007).

---

<sup>6</sup> Jonge mannelijke twintigers die specifiek jonge tienermeisjes verleiden met allerlei cadeaus om deze tienermeisjes uiteindelijk in de prostitutie te dwingen. De meisjes zijn vaak maximaal 15-16 jaar en het is bijzonder moeilijk om de groep uit deze situaties te krijgen (Aronowitz et al., 2015).

Naast deze specifiek toegespitste programma's, beschikt Nederland ook over heel wat materiaal dat enkel één thema belicht (bijvoorbeeld 'seksuele dwang' of 'loverboys'), genderspecifiek is (bijvoorbeeld 'girls' choice'), gericht is op een bepaalde doelgroep (bijvoorbeeld 'just like u') of specifiek gericht is op kennis, dan wel attitude of vaardigheden. Er is met andere woorden heel veel materiaal voorhanden en beschikbaar in Nederland, zowel voor kinderen en jongeren zelf, als voor educatief medewerkers, jeugdwerkers en leerkrachten. Toch stelt Rutgers WPF dat niet elk materiaal even effectief of veelbelovend blijkt en een kwaliteitsevaluatie dus steeds nuttig is (Rutgers WPF, 2011). Welk materiaal het ook betreft, opvallend is dat het steeds een seks-positief beeld bevat of schetst. Hetgeen door de WHO en BZgA (2010) als kernaspect beschouwd wordt en bijvoorbeeld ook voor België benadrukt wordt. Onderzoek toonde namelijk reeds dat een focus op de negatieve kanten, gevaren en risico's van seks niet zelden een averechts effect heeft (Harden, 2014; Lewis et al., 2010).

In Nederland werd een matrix ontwikkeld, als hulpmiddel voor vorminggevers, waarbij per leeftijdscategorie en via de pijleropdeling kennis-attitude-vaardigheden, thema's gespecificeerd zijn die aan bod zouden moeten komen. Deze thema's zijn zo opgesteld dat afhankelijk van welke leeftijdsgroep en welke pijler beoogd wordt, een thema dient uitgekozen te worden (Aronowitz et al., 2015; Bos et al., 2009; European Parliament, 2013; Rutgers WPF, 2011). Aangezien seksuele vorming in Nederlandse schoolcurricula vervat zit, achten zowel kinderen, adolescenten als ouders de school als meest betrouwbare informatiebron. Toch vindt seksuele vorming ook plaats in jongerenwerking, jeugdzorg en jeugdgezondheidszorg (Rutgers WPF, 2011).

De Nederlandse aanpak wordt internationaal beschouwd als holistisch aangezien het alle fasen van seksuele, sociale, emotionele en fysieke ontwikkeling van een kind in rekening brengt. In praktijk zijn het voornamelijk de biologieleraar, schoolarts of klasleerkracht die de seksuele vorming doceert. Daarnaast wordt de aanpak eveneens als pragmatisch filosofisch beschreven. Dit gaat terug op de visie dat Nederland uitgaat van een zelfbewuste bevolking die de nood aan RSV beseft en erkent. Er wordt goed en ethisch gedrag verwacht, hetgeen tracht bekomen te worden door effectieve acties op te zetten zoals RSV. "De Nederlandse aanpak en educatieve materialen zijn nu eenmaal coherent, expliciet en volwaardig/overkoepelend", Lewis et al. (2010) (Lewis et al., 2010; Rutgers WPF, 2011).



Rutgers WPF is vandaag de grootste bron van RSV in Nederland. Oorspronkelijk was Rutgers een NGO<sup>7</sup> die in gratis seksuele counseling voorzag voor iedereen. Sinds de fusie met de World Population Foundation of WPF is Rutgers vandaag internationaal actief (Aronowitz et al., 2015). De organisatie stelde kerndoelen op voor de Nederlandse seksuele vorming, waarbij het gaat over kinderen en jongeren leren zorg dragen voor het eigen lichaam, lichaamsfuncties leren kennen evenals secundaire geslachtskenmerken en tot slot de eigen verantwoordelijkheid voor gezond gedrag benadrukken. Heel wat doelen vallen onder het zogenaamd 'empoweren' waarbij mensen aangemoedigd worden om vanuit een positieve zelfwaarde goede en bewuste keuzes te maken betreffende seksualiteit. De meeste onderwerpen zijn ingebed in vakken als biologie, maatschappijleer, burgerschap of verzorging, maar scholen zijn nagenoeg vrij in de wijze waarop het georganiseerd en gedoceerd wordt. Op basis van de pragmatische visie, wordt algemeen het belang van het thema erkend waardoor de leerkrachten het effectief onderwijzen en er in Nederland tal van initiatieven zijn om kinderen en jongeren met RSV in contact te laten komen (Rutgers WPF, 2011; Weaver et al., 2007).

Nederland is een vaak gebruikt land om een verband te duiden tussen seksuele vorming en seksuele gezondheidsratio's. Het is dan ook een land met bijzonder gunstige seksuele gezondheidsstatistieken: weinig tienerzwangerschappen, veel en goed contraceptiegebruik en Nederlandse jongeren hebben noch vroeger, noch later een eerste seksueel contact dan de gemiddelde adolescent ondanks de huidige liberale aanpak, waarvan vaak gesuggereerd wordt dat het jongeren aanzet tot impulsief, onverantwoordelijk en onveilig seksueel gedrag. Nederland wordt vervolgens vaak gebruikt om het tegendeel aan te tonen (Weaver et al., 2007). Daar waar veilige en geïnformeerde seksuele activiteit aangemoedigd wordt, in tegenstelling tot de promotie van onthoudingsperspectieven, wordt het mogelijk mensen op te leiden en informeren. Op die manier draagt RSV inderdaad bij tot seksuele gezondheid en is er eveneens een verband met seksuele gezondheidsratio's; hoe meer en beter de vorming, hoe gunstiger de cijfers. De Verenigde Staten heeft bijvoorbeeld tal van minder goede seksuele gezondheidsratio's. Alford et al. (2011) toonde in een rapport van Advocates for Youth bijvoorbeeld dat slechts 11% van de Amerikaanse vrouwen in 2005 de pil gebruikten, waar dit over 55% Nederlandse vrouwen ging in datzelfde jaar. Evenals de tienerzwangerschapsratio: 14,1% voor Nederland in 2006, tegenover 61,2% voor de VS. In Amerika ontbreekt een uitgebreid en seks-positief kader van waaruit aan seksuele vorming gedaan wordt en kent het 'abstinence only'-programma veel bijval. Het gevolg is dat

---

<sup>7</sup> Een niet-gouvernementele organisatie, een organisatie onafhankelijk van een overheid (ngo-federatie.be, 2017).

adolescenten er niet de kans krijgen te experimenteren en tevens ook niet geïnformeerd worden betreffende het onderwerp. Door de sociale ongelijkheid, relatief hoog in de VS in vergelijking met Nederland, hebben Amerikanen minder kans om tot zelfregulerende, zelfbewuste en competente individuen uit te groeien en daarbij dus ook minder kans op (seksuele) gezondheid. Kansen die Nederlandse jongeren uitgebreid krijgen (Bos et al., 2009; Weaver et al., 2007).

### **1.2.1 Wat zegt de Nederlandse vormingsexpert?**

Ine Vanwesenbeeck, professor seksuele ontwikkeling, diversiteit en gezondheid aan de universiteit van Utrecht, stelt allereerst dat het in Nederland niet duidelijk is wat scholen precies doen rond het thema. Net zoals de literatuur aantoont, is hier bijkomend onderzoek nodig. De professor wil wel benadrukt hebben dat weinig scholen helemaal niets doen, maar de verschillen zijn groot. Het is wenselijk dat er in alle scholen en bij elke docent enige gevoeligheid voor RSV heerst zodat eventuele problemen adequaat aangepakt kunnen worden. Het is echter nog vaak zo dat RSV beperkt blijft tot een aantal lessen in bepaalde schooljaren.

Net zoals tal van internationale instanties, benadrukt de professor het belang van het tijdig starten met seksuele vorming aangezien ook jonge, vierjarige kinderen bezig zijn met lichamelijke, intimiteit, respect hebben voor elkaar, het benoemen van lichaamsdelen en het normaliseren van terminologie. Dit is echter een besef dat in Nederland slechts recent doorgedrongen is. LLL in secundaire scholen wordt dan ook vaker gedoceerd, dan R&S in basisscholen, hoewel het laatste in toenemende mate aan belang wint. Ine Vanwesenbeeck hypotheetiseert dat dit te maken heeft met het gegeven dat ook veel Nederlandse basisschool-leerkrachten niet weten wat met RSV te doen en dat ook in Nederland nog steeds de angst leeft dat kinderen aangezet worden tot seksualiteit door het bespreekbaar te stellen. De terughoudendheid is groot, maar neemt af. Of elke vierjarige vervolgens RSV krijgt via het R&S-programma, is onduidelijk aangezien het merendeel van de onderzoeken gedaan wordt met steekproeven uit de secundaire scholen.

Algemeen wordt in Nederland veel rond seksuele vorming gedaan en is het er een weinig controversieel onderwerp. De professor is van mening dat hierdoor internationaal vaak gedacht wordt dat in Nederland een vorm van wettelijke verplichting heerst, dewelke er niet is. Net zoals aangetoond in de literatuur, betreft het bewegingen van pragmatisch denkende ouders en onderwijzers die met het thema aan de slag gaan. Seksualiteit wordt tevens wel genoemd in bepaalde kerndoelen van het onderwijs, voornamelijk in de thema's: 'de

bevordering van de seksuele weerbaarheid' en 'respect voor/erkenning van seksuele diversiteit'. Deze kerndoelen zijn richtlijnen, geen verplichtingen. Om docenten te ondersteunen, zijn er in Nederland wel degelijk lessen voorzien betreffende die thema's. Analooq aan België wordt in Nederland, naast seksueel geweldpreventie en homodiscriminatie, veel gewerkt rond mediawijsheid.

Nederland kent inderdaad een liberale houding ten aanzien van het thema, zoals herhaaldelijk en uitgebreid aangegeven in de literatuur. Volgens de professor zou dit gegrond zijn in het feit dat de Nederlandse maatschappij meer op *autoriteit* dan op *autoritair* gericht is waardoor kinderen meer aangesproken worden op het eigen beoordelingsvermogen, eerder dan dat regels van bovenaf opgelegd worden. Nederland is van oudsher heel pragmatisch ingesteld met als kernvraag: wat gaat het uiteindelijk allemaal opleveren? Met de opkomst van het HIV-/aidsdebat<sup>8</sup> werd internationaal gefocust op angst en demonisering terwijl in Nederland de vraag gesteld werd: wat werkt het beste, waar kunnen mensen mee uit de voeten? Zonder veel bangmakerij en angst. Deze nuchterheid ten aanzien van problemen op seksueel terrein, leven nog steeds. De professor ziet deze zelfde pragmatische aanpak bij ouders en in gezinnen. Het thema wordt binnen Nederlandse huiskamers wel degelijk besproken, hoewel er grote verschillen waarneembaar zijn. Ook betreffende geloofsovertuiging merkt Ine Vanwesenbeeck nog steeds een invloed op het seksueel gedrag van jongeren, meer dan in België. Jongeren met een religieuze achtergrond beschermen zich bijvoorbeeld slechter bij een eerste contact en dit zowel christelijke als islamitische jongeren. Ook de homo-agressiviteit blijkt groter in deze groepen en tevens scholen met een religieuze achtergrond krijgen minder voet aan de grond. Tot slot zijn het ook ouders die het onderwerp minder bespreekbaar maken met kinderen en jongeren.

Gegeven de invloed van RSV op seksuele gezondheidscijfers, sluit professor Vanwesenbeeck nauw aan bij Vlaams professor Enzlin's visie. De Nederlandse programma's worden na implementatie wel degelijk geëvalueerd en de huidige resultaten zijn goed en hoopgevend. Op het ogenblik van evaluatie na maanden van implementatie hebben kinderen echter reeds heel wat meegemaakt in het persoonlijk leven. Externe invloeden kunnen met andere woorden groot, misschien wel invloedrijker dan RSV zijn en daar kan in onderzoek niet voor gecontroleerd worden. RSV als enige oorzaak aanduiden van de goede Nederlandse seksuele gezondheidsstatistieken, wordt desgevolgend nagenoeg onmogelijk. Grootschalig onderzoek dat het verband tussen seksuele vorming en seksuele

---

<sup>8</sup> cfr. 1. Wat is seksuele vorming? Pag. 4 §2

uitkomstmaten bevestigt, bestaat tevens niet. In Nederland bijvoorbeeld speelt de overkoepelende houding ten aanzien van seksualiteit, die relatief positief, liberaal, erkennend en normaliserend is, een grote rol in de beïnvloeding van deze nationale statistieken. Het betreft een algemeen maatschappelijke houding, maar ook een die leeft bij jongeren onderling, ouders en in de media.

De professor benadrukt wel dat de rol en invloed van RSV echter niet onderschat mag worden. Onderzoek toont bijvoorbeeld dat jongeren zelf aangeven dat de school de eerste bron van informatie is. Daarnaast pleit Ine Vanwesenbeeck voor een aanvullende mediatraining, analoog aan de aanbevelingen van internationale instanties. De school dient wanbeelden en mythes tegen te spreken en in perspectief te plaatsen. De professor bevestigt tot slot dat ouders een beperkt vermogen in zichzelf zien waardoor de school opnieuw aan belang wint. De goede cijfers in Nederland zijn wel degelijk mede te danken aan RSV op school, hoewel met meer dan seksuele vorming alleen rekening dient gehouden te worden, zoals de houding ten aanzien van seksualiteit, de opvoedingsstrategieën en de pragmatiek. Het geheel aan factoren zorgt voor de beïnvloeding van de cijfers. Ontwikkelde programma's mogen wel excellent zijn, maar wanneer de implementatie problematisch is, zal RSV geen grote rol spelen. De deskundigheid van vormgevers is hier een cruciaal aspect, een waarvoor in toenemende mate belang is in opleidingen.

### **1.3 Zweden**

“Dit Scandinavisch land is een pionier in seksuele educatie”, aldus het Europees Parlement in 2013. Het was het eerste land met schoolgebaseerde seksuele educatie, reeds sinds 1942. In Zweden wordt grootschalig geïnvesteerd in RSV omdat het gezien wordt als het middel om gezondheid in de populatie te bevorderen en handhaven. Zo kent Zweden één van de laagste HIV/aids-prevalenties ter wereld en was het wel vaker voorloper betreffende seksuele thema's. Reeds in 1938 werden bijvoorbeeld bepaalde vormen van abortus gelegaliseerd. Reeds in 1955 werd seksuele vorming vervolgens verplicht in alle Zweedse lagere en secundaire scholen (Bolander, 2015; European Parliament, 2013; Sherlock, 2012). Zweden kent met andere woorden een lange RSV-geschiedenis, beschikte bijzonder vroeg over de eerste feministische groeperingen en heeft een sterke LGBT-cultuur. Er heerst doorgaans een accepterende visie rond seksuele activiteit bij jongeren. Vanaf vijftien jaar kunnen en mogen Zweedse jongeren bijvoorbeeld instemmen met seksuele activiteit, wat in België pas op zestienjarige leeftijd is. Seksuele vorming wordt door de Zweden zelf aanzien als de succesvolle oorzaak van een jeugd vriendelijk beleid en toegankelijke seksuele gezondheidsinstanties (Sherlock, 2012).

Het hoofddoel en daarmee ook de ideale uitkomst van RSV in Zweden is 'veilig vrijen'. Hierom ligt de nadruk in de hedendaagse en holistische seksuele vorming op condoomgebruik, aangezien het condoom als enige contraceptiemiddel beschermt tegen SOA's. Bovendien kent Zweden sinds de jaren 70 van vorige eeuw geen abstinentieprogramma's meer. Tot 1970 werd seks binnen het huwelijk wel gepromoot, maar al snel werd de focus verlegd op 'seks binnen een liefhebbende relatie'. Seksuele vorming wordt in Zweden nog steeds onder andere gebruikt om traditionele/conservatieve waarden en normen te transformeren naar een meer progressieve of vooruitstrevende visie. De aids-crisis in de jaren 80 heeft uiteindelijk geleid tot deze nadrukkelijke focus op SOA-preventie. Door de jaren heen is de inhoud van de Zweedse seksuele vorming wel steeds aangepast en verbeterd, maar SOA-preventie heeft altijd deel uitgemaakt van het thema (Bolander, 2015). Andere kernaspecten binnen de Zweedse cultuur betreffen gelijke rechten en anti-discriminatielwetten. Goede en inclusieve RSV zou bijdragen tot het tegengaan van discriminatie en het ontstaan en handhaven van gelijke rechten (Sherlock, 2012).

Reeds in de jaren 90 was Zweden opnieuw een van de eerste landen waar liefde en seks los gekoppeld werden. 'Lust' werd een van de nieuwe kernmotieven/-aspecten van seks en seksuele relaties. Zweden heeft doorheen de geschiedenis steeds een balans gezocht tussen plezierige seksuele ervaringen en het minimaliseren van risicogedrag. Dit laatste verklaart de Zweedse focus op condoomgebruik, vooral wanneer het om lust-georiënteerde seksuele contacten gaat. Deze focus op het condoom wordt echter niet zelden bekritiseerd daar het penetratief seksueel contact zou promoten, maar een aantal SOA's tevens opgelopen kunnen worden zonder penetratie, bijvoorbeeld herpes. Zweedse seksuele educatieprogramma's vermelden en erkennen dat SOA's tevens overgedragen kunnen worden op andere manieren dan penetratie, maar geven daarbij geen extra duiding over hoe 'veilig vrijen' gepraktiseerd kan worden in deze andere seksuele contactvormen (Bolander, 2015). Zweeds educatiemateriaal wordt er vaker van beschuldigd te heteronormatief te zijn wegens deze nadruk op de fallus en penetratie. Wanneer nieuw materiaal ontwikkeld wordt, tracht hier wel tegenin gegaan te worden. Seksuele vorming focust in de meeste West-Europese landen op veilig vrijen en family-planning. Dit is in Zweden niet anders, hoewel daar de laatste decennia meer en meer aandacht besteed wordt aan thema's als seksuele diversiteit, vrijheid en plezier (Thanem, 2010).

Seksuele educatie kent in Zweden doorgaans een holistische aanpak en is daarmee heel gelijkaardig aan de Nederlandse organisatie. Het gaat niet enkel over seks en ziektepreventie, maar ook over relaties, genderrollen en -gelijkheid en de positieve en plezierige kant van seks en seksualiteit. Seks en seksualiteit zitten er helemaal niet in de

taboesfeer en er wordt dan ook heel open over gepraat. Zweden probeert een open houding ten aanzien van het onderwerp te creëren om er vervolgens voor te zorgen dat risicogedrag geminimaliseerd wordt en dit via informatievoorziening. Individuele counseling en nationale campagnes worden er dan ook geregeld georganiseerd. Zo beschikt Zweden over een van de grootste LGBT-verenigingen in Europa, dewelke ook steun krijgen van de media, andere culturele verenigingen en de Zweedse bevolking in het algemeen. Lesbische koppels hebben er bijvoorbeeld ook de mogelijkheid om een fertiliteitsbehandeling te starten en homokoppels mogen wel degelijk een kind adopteren (European Parliament, 2013; Thanem, 2010).

In Zweden mag elke leerkracht RSV geven, ongeacht of het nu tot diens discipline behoort of niet. Met andere woorden, zowel een biologie-leraar als de wiskunde-leerkracht mogen kinderen en jongeren seksueel onderrichten. RSV in scholen is een wettelijke verplichting en, in tegenstelling tot in de meeste Europese landen, dienen kinderen en jongeren verplicht aanwezig te zijn in deze lessen vanaf zes jaar. Afwezigheid wordt wel degelijk gesanctioneerd (European Parliament, 2013; Sherlock, 2012). Net zoals in veel landen vinden niet alle leerkrachten zichzelf echter capabel om het onderwerp te onderwijzen. Bovendien zit seksuele educatie amper geïmplementeerd in de Zweedse lerarenopleiding waardoor veel leerkrachten de onderwerpen te sensitief vinden of gewoon niet weten hoe eraan te beginnen. Ook in Zweden hangt bijgevolg veel af van de motivatie van de docenten en diens wilskracht om adequaat vormingsmateriaal te zoeken en vinden. Het is voornamelijk de 'Swedish Educational Broadcasting Company (UR)' die voorziet in tal van radio-, televisie- en filmmateriaal wat leerkrachten kunnen hanteren bij het geven van seksuele vorming. Het voordeel van dit materiaal is dat het steeds bedoeld is voor en aangepast is aan diverse leeftijdsgroepen: sommige materialen zijn voor volwassenen, ander materiaal beoogt specifiek jonge kinderen. Het grootste deel van seksueel educatiemateriaal in Zweden wordt echter aangereikt door de 'Swedish Association for Sexuality Education' of RFSU, een organisatie/NGO die ontstond in 1933 en nationaal als de leider of hoofdleverancier in seksueel educatiemateriaal aanzien wordt. Het eerste seksuele vormingsprogramma werd namelijk door de RFSU opgericht en nationaal verplicht in 1956. De RFSU voorziet niet enkel in boeken en filmmateriaal, zo beschikt de organisatie ook over de grootste condoomproductiefabriek in Europa. Materiaal afkomstig van de RFSU wordt wereldwijd gebruikt: van Rusland tot India en van China tot Zambia (Bolander, 2015; Sherlock, 2012; Thanem, 2010).

Mede omwille van het gebrek aan specifieke opleidingen voor leerkrachten toont onderzoek dat de kwaliteit, focus en materiaalbron danig kan verschillen tussen en binnen scholen. Sommige scholen en/of leerkrachten leggen bijvoorbeeld de focus op biologie, anderen op

relaties, nog anderen op genderrollen. Scholen zijn inderdaad vrij in het bepalen van de gehanteerde focus. In Zweden is er namelijk geen formeel RSV-curriculum voorhanden, waardoor seksuele vorming inderdaad mag en kan terugkomen in diverse vakken. Net zoals in België<sup>9</sup> is het een vakoverschrijdend gegeven. Zweden beschikt wel over richtlijnen en principes rond persoonlijke ontwikkeling, seksuele kennis, relaties, gendergelijkheid en zelfbeeld/-waarde. Scholen werken vaak nauw samen met gezondheidsklinieken omdat Zweden een individualistische aanpak wenst te promoten om zo trachten te voldoen aan ieders unieke en individuele noden. Het seksuele vormingssysteem in Zweden is echter niet zonder kritiek. Seksuele vormingsprofessionelen bekritisieren bijvoorbeeld vaak de lak aan inclusie van seksuele diversiteit. Het huidige systeem kent dus inderdaad eveneens bepaalde tekortkomingen. Deze opmerkingen vormen dan ook de basis voor politieke bewegingen die de seksuele vorming in Zweden trachten te karakteriseren (Sherlock, 2012).

Naast de schoolgebaseerde seksuele vorming, voorzien tevens Zweedse NGO's in seksuele educatie, zoals ook in Nederland, Portugal en Kroatië. De meeste NGO's beogen hoofdzakelijk jongeren, maar hetgeen de RFSU aanreikt kan toepasselijk zijn voor iedereen, ongeacht de leeftijd. In Zweden zijn er ook tal van seksuele gezondheidsorganisaties die voorzien in RSV. Deze organisaties zijn vaak verbonden met bepaalde LGBT-verenigingen of anti-pest-initiatieven (Bolander, 2015; Sherlock, 2012). Nagenoeg elke organisatie, school of vereniging die enige vorm van seksuele vorming aanreikt, geniet financiële en structurele steun wat onder andere samenwerken faciliteert. Seksuele vorming wordt in Zweden als een prioriteit beschouwd aangezien het vervat zit in de Universele Rechten van de Mens<sup>10</sup>. Hierom tracht onder andere de Zweedse overheid zo veel mogelijk seksueel vormingswerk te faciliteren (Sherlock, 2012).

### **1.3.1 Wat zegt de Zweedse vormingsexpert?**

Aan de universiteit van Malmö werkt professor in geschiedenis en religie Bodil Liljefors-Persson, eveneens gespecialiseerd in seksuele educatie in Zweedse scholen. Meer bepaald doet de professor momenteel met collega's onderzoek naar de mate waarin seksuele educatie geïmplementeerd zit in de Zweedse leerkrachten-opleiding. Professor Liljefors-Persson bevestigt in grote lijnen de literatuur. In 1955 ontstond verplichte RSV in scholen. Hoewel, gezien het vakoverschrijdende aspect, RSV mag en kan vervat zitten in elk

---

<sup>9</sup> cfr. 'voeten' in het Belgisch secundair onderwijs: '1.1.1 Wat zegt de Belgische vormingsexpert?' §2

<sup>10</sup> cfr. 1.1 Relevantie van seksuele vorming? §2

onderwijsvak verduidelijkt de professor dat RSV voornamelijk gedoceerd wordt binnen religie, biologie en sociale wetenschappen. Via deze systematische aanpak, komen alle invalshoeken aan bod: ethiek, het huwelijk, het lichaam, seks, relaties, juridische aspecten etc. Net zoals in de meeste landen is het ook in Zweden de verantwoordelijkheid van directies en leerkrachten dat scholen aan de verplichting voldoen en het organiseren. Bovendien zijn er ook in Zweden geen verplichte testen of examens die studenten dienen af te leggen. Zoals gebleken uit de literatuur zijn er geen wetten met betrekking tot RSV, er zijn echter wel specifieke doelen die op het einde van een schooljaar behaald moeten zijn. Om dit behalen van de doelen te testen, kunnen leerkrachten wel degelijk toetsen organiseren. Seksuele educatie is in Zweden graadsgebonden: per graad dienen doelen bereikt te worden, waardoor RSV niet in elk jaar aan bod komt. De jongste kinderen die seksuele vorming krijgen, zijn zes jaar oud, maar de inhoud varieert uiteraard: zes- tot zevenjarige bespreken eerder vriendschap en familie. Pas op latere leeftijd komen onderwerpen als seks aan bod.

In 2011 vond de recentste herwerking van Zweeds educatiemateriaal plaats en werden dus nieuwe syllabussen en curricula ontwikkeld. Professor Liljefors-Persson verduidelijkt dat uit onderzoek namelijk gebleken was dat RSV niet zoveel gedoceerd werd als moet. Daarom is seksuele vorming sinds 2011 geïmplementeerd in elk vak en niet enkel meer in de drie eerder genoemde. Gegeven RSV nu in elk vak aanwezig is of kan zijn, mag en kan ook elke leerkracht seksuele educatie geven in Zweden. De professor geeft aan dat studenten in de Zweedse lerarenopleiding wel degelijk een opleiding in seksuele educatie krijgen. De variatie in inhoud en het aantal lessen ervan is echter groot. De breedte van het seksuele kennisgebied leidt tevens tot grote diversiteit bij de leerkrachten. Anderzijds zijn er, net als in België bijvoorbeeld, ook scholen die het uitbesteden aan externe vorminggevers van bepaalde jeugdorganisaties.

Zweden beschikt over katholieke, joodse en islamitische scholen. Wat deze scholen specifiek doceren, de exacte inhoud rond seksuele educatie is niet geweten. Bodil Liljefors-Persson benadrukt wel dat elke school onder de wet die bepaalde doelen verplicht valt, waardoor deze scholen alleszins eveneens seksuele educatie zouden moeten doceren. Zweedse scholen krijgen wel degelijk inspectie rond het functioneren en wanneer dan blijkt dat scholen geen seksuele educatie doceren, dienen deze te sluiten.

Volgens de literatuur is 'veilig vrijen' hetgeen in Zweden prioriteit krijgt. Volgens de professor is het inderdaad zo dat studenten zich vooral lessen met betrekking tot 'veilig vrijen' herinneren. Studenten onthouden, jaren later, meestal de lessen die het gebruik van



voorbehoedsmiddelen toelichtten, of de preventie van zwangerschap of de kenmerken van specifieke SOA's behandelden. Het zijn onderwerpen die werkelijk elke student bereiken. Vooral de ethische en religieuze aspecten van seksualiteit zijn zaken waar niet elke student mee in aanraking komt. Dit verklaart, volgens Bodil Liljefors-Persson, inderdaad de perceptie dat in Zweden gefocust wordt op 'veilig vrijen'. Dat Zweden vervolgens internationaal als pionier in seksuele educatie beschouwd wordt, is volgens de professor het gevolg van de reeds lange geschiedenis van Zweedse seksuele educatie. Zweden vinden het 'gewoon', 'normaal' om seksuele onderwerpen te bespreken. Zweden is sinds vroeg 20<sup>ste</sup> eeuw een open maatschappij, waarin ook bijvoorbeeld de katholieke kerk geen invloed heeft aangezien deze niet verbonden is met de overheid. Uiteraard is het wel een factor bij de leden zelf.

Wat betreft ouderlijke invloed is Zweden opnieuw koploper in Europa. Zweedse ouders van vandaag hebben doorgaans zelf seksuele educatie verkregen, waar dit in andere Europese landen niet het geval is. Mede hierdoor worden in Zweden zelden problemen geobserveerd met ouders die bijvoorbeeld niet akkoord gaan met schoolgebaseerde seksuele educatie. De professor benadrukt wel de recente toename in het aantal immigranten, meer bepaald doelgroepen die traditionelere normen en waarden hanteren betreffende seks en seksuele educatie. Sommige van deze ouders kanten zich wel tegen seksuele educatie en ook sommige van deze leerlingen wensen niet deel te nemen aan de lessen. Voor scholen is dit echter een reëel probleem, aangezien het om verplichte leerstof gaat en elk kind het recht heeft seksuele informatie te verkrijgen. Bovendien bevestigt Bodil Liljefors-Persson dat leerlingen wel degelijk verplicht in deze lessen aanwezig dienen te zijn. Wanneer seksuele educatielessen vervolgens aangekondigd worden, blijven sommige kinderen afwezig.

Volgens de professor kan er wel degelijk een verband tussen RSV en seksuele gezondheidscijfers zijn. Het aangehaald argument is dat uit navraag bij studenten blijkt dat meestal verwezen wordt naar verkregen seksuele educatie op school. Studenten geven aan via de school de meeste kennis te vergaren. Eveneens nationaal georganiseerde campagnes door NGO's leiden tot een bijdrage aan de goede seksuele gezondheidscijfers. Anders dan in Kroatië bijvoorbeeld, is het ook een onderwerp dat wel degelijk op de agenda van de Zweedse overheid staat: RSV wordt geïmplementeerd in debatten en onderzoek betreffende het thema wordt gestimuleerd. Anno 2017 worden tevens de eerste resultaten waargenomen van de implementatie van de in 2011 nieuw ontwikkelde curricula en materialen, waardoor het onderwerp opnieuw belangrijker wordt binnen de bevoegde instanties. Professor Bodil Liljefors-Persson besluit dat in Zweden een holistische benadering gehanteerd wordt: een breed thema dat eveneens breed gedoceerd wordt.

## 1.4 Portugal

Portugal is samen met Spanje één van de uitzonderingen wat betreft Zuid-Europa. Zoals eerder beschreven<sup>11</sup>, wordt er gesproken van een geografische opdeling betreffende West- en Noord-Europa versus Oost- en Zuid-Europa, waartoe Portugal behoort. De meeste Zuid-Europese landen bieden namelijk geen seksuele vorming aan en daar waar het wel aangeboden wordt, gaat het niet zelden om een bedenkelijke kwaliteit ervan. Portugal is, net als Spanje dus, één van de twee zuidelijke landen dat wel seksuele vorming organiseert sinds het abortuslegalisatiedebat in 1984. Desondanks blijkt het hebben van een programma niet noodzakelijk te betekenen dat het ook werkt of een goed programma is, zoals Nederlands professor Ine Vanwesenbeeck ook aangaf. De Portugese seksuele educatie wordt internationaal als inefficiënt gepercipieerd, mede omwille van de hoge HIV/aids-ratio's. Naast Nederland is Portugal dus een tweede Europees land dat vaak gebruikt wordt om de link tussen seksuele vorming en seksuele gezondheidsratio's te duiden, dit dus weliswaar in tegenovergestelde richting; in Nederland wordt gesuggereerd dat goede ratio's te danken zijn aan een goede en uitgebreide seksuele vorming, omgekeerd wordt in Portugal de niet-kwalitatieve en onvoldoende toereikende RSV als belangrijke oorzaak gezien van de plaatselijk hoge HIV/aids-prevalenties (European Parliament, 2013; Ketting et al., 2013).

Tot 2003 deed Portugal het echter relatief goed: er was geïntegreerde seksuele educatie voorhanden in kleuter- en lagere scholen, de RSV zat vervat in een schoolvak (destijds 'Persoonlijke en Sociale ontwikkeling') en in 1999 ontwikkelde het ministerie van educatie algemene richtlijnen rond schoolgebaseerde RSV, dewelke docenten konden hanteren en waarop de lessen gebaseerd werden. Vanaf 2003 ging de Portugese seksuele vorming echter achteruit omwille van kritiek van de FPA of 'Family Planning Association'. De veranderingen aan deze richtlijnen, zouden de promotie van seksuele gezondheid ontmanteld hebben, zonder in alternatieven te voorzien. Navolgend op deze bemerkingen stelde een werkgroep later, na 2003, opnieuw richtlijnen op rond seksuele educatie en gezondheid voor en van jongeren die tot op vandaag in Portugal gelden (European Parliament, 2013).

Vandaag zit het doceren van het onderwerp in Portugal ingebed in een wet uit 2009. Desondanks zit RSV niet vervat in elk Portugees schoolcurriculum. Niet alle scholen organiseren met andere woorden seksuele vormingslessen. Als het al gedoceerd wordt, is dit

---

<sup>11</sup> cfr. 2.2 Internationale verschillen, p13, §2

in vele gevallen door de biologie-, geografie-, filosofie- of godsdienstleraar met voornamelijk de nadruk op de mogelijks negatieve gevolgen en gevaren van seks. Hetgeen, op basis van onderzoek en door internationale experts, formeel afgeraden wordt. In het wettelijk kader wordt wel het belang van een positieve en holistische aanpak gedeut, maar in praktijk ligt de focus op seksuele gezondheidsproblemen (Aronowitz et al., 2015; Bos et al., 2009; European Parliament, 2013; Rocha, Leal & Duarte, 2015; RSV-wijzer Sensoa, 2013; Rutgers WPF, 2011; WHO & BZgA, 2010). In 2012-2013 maakten Portugal en Spanje een economische crisis door dewelke tot allerhande kostenbesparingen heeft geleid. Schoolgebaseerde seksuele vorming was een van de gebieden op hetwelk sterk bespaard werd aangezien het niet als prioritair bevonden werd. Deze financiële crisis wordt wel vaker aangehaald als oorzaak van de minimaal georganiseerde RSV en de bedenkelijke kwaliteit ervan. Sinds de crisis heerst er geen seksuele vormingscultuur in Portugal, onder andere door het gebrek aan budgetten ervoor (Rocha et al., 2015). Portugese leerkrachten, voornamelijk vrouwelijke en getrainde, staan er doorgaans wel positief tegenover om het onderwerp op school aan bod te laten komen. Een groot aantal van deze leerkrachten pleit echter voor seksuele vorming vanaf de leeftijd van twaalf jaar, ondanks dat internationale richtlijnen een vroegere start aanbevelen<sup>12</sup>. Dit suggereert dat het uiteindelijk om slechts een matig positieve attitude van de betrokken docenten gaat. Bovendien worden hoofdzakelijk thema's als SOA-, seksueel misbruik- en zwangerschapspreventie als 'heel belangrijk' bevonden. Dit toont opnieuw de seks-negatieve vormingshouding. De basis van deze focus ligt voornamelijk bij de hoge prevalenties van ongeplande zwangerschappen, HIV/aids en andere SOA's in Portugal. Leerkrachten trachten deze ratio's vervolgens te doen dalen door de thema's intensief te behandelen tijdens seksuele vorming. Portugese experts, evenals de publieke opinie, staan echter niet achter deze visie en benadrukken het belang van vrije, geïnformeerde en individuele keuzes (Ramiro et al., 2008). Portugese leerkrachten mogen echter uitsluitend seksuele vorming geven onder supervisie en/of na het jaarlijks doorlopen van 25u training of bijscholing in het thema. De kennis en kunde van leerkrachten worden uitermate belangrijk geacht om succesvolle RSV te kunnen garanderen. Opnieuw zijn het vooral vrouwelijke leerkrachten en onderwijzers met positieve of erotofiele seks-attituden, die bereid zijn het onderwerp te behandelen. Naast leerkrachten, gebeurt het ook in Portugal dat scholen de lessen uitbesteden aan externe professionelen (European Parliament, 2013; Ramiro et al., 2008). Vele scholen startte ook reeds een georganiseerde samenwerking met bepaalde NGO's en lokale gezondheidscentra in een poging RSV breed georganiseerd te krijgen. Onderzoek toonde echter aan dat deze samenwerking niet altijd een positief effect

---

<sup>12</sup> cfr. de eerder genoemde aanbevelingen van de BZgA & WHO/Europese afdeling (2010)

heeft. Net omdat er een samenwerking is, kan het er toe leiden dat bijvoorbeeld ouders geen nood meer voelen om toch betrokken te zijn. De betrokkenheid van ouders blijkt tot op heden een knelpunt in Portugal (Rocha et al., 2015).

In Portugal komen seksuele educatie-onderwerpen pas laat in de puberteit aan bod (Ramiro et al., 2008). Ramiro et al. (2008) beschrijven dat dit ernstige gevolgen kan hebben aangezien internationale WHO & BZgA-aanbevelingen (2010) stellen dat de seksuele ontwikkeling een levenslang proces of project is en seksuele vorming kinderen en jongeren dus dient te bereiken vanaf reeds jonge leeftijd, alvorens seksueel gedrag gesteld wordt. In Portugal zijn het opnieuw voornamelijk vrouwelijke leerkrachten die erkennen dat RSV vroeger aan bod zou moeten komen (Aronowitz et al., 2015; BZgA & WHO, 2010; RSV-wijzer Sensoa, 2013; Rutgers WPF, 2011).

Reeds sinds 1986 is seksuele vorming eigenlijk verplicht in Portugese scholen, zowel in lagere als secundaire scholen. Vooral omwille van het gebrek aan leerkrachten met de eerder genoemde training en het ontbreken van een algemeen vormingskader van waaruit docenten zouden kunnen werken, onderschrijven weinig scholen deze verplichting. De wet is met andere woorden niet wijd verspreid in gebruik gesteld. In 2000 trachtte het ministerie van educatie in een oplossing te voorzien door een dergelijk kader op te stellen, maar door de gebrekkige betrokkenheid van de scholen zelf, werd ook dit vormingskader niet gebruikt (Ramiro et al., 2008). In 2008 ontwikkelde het bevoegde ministerie vervolgens vier specifieke richtlijnen die Portugese scholen zouden moeten naleven, namelijk: seksuele vorming vervat in algemene gezondheidseducatie; een verplichte hervorming van schoolcurricula waar RSV in zit; scholen kiezen in welk onderwijsvak RSV ondergebracht wordt; en scholen moeten voorzien in een ruimte waar steun geboden kan worden aan middelbare schoolstudenten. In 2009 ging deze wet algemeen van kracht (Rocha et al., 2015).

Ondanks deze herhaaldelijke pogingen van het ministerie om seksuele vorming georganiseerd te krijgen in Portugese scholen, volgen niet alle scholen deze richtlijnen en wetten en wordt nog steeds niet overal systematisch RSV georganiseerd. Het belang van het thema en de financiële steun ervoor namen zienderogen af sinds de economische crisis van 2012-2013 (Ramiro et al., 2008; Rocha et al., 2015).

Het aantal studies die RSV in Portugal evalueren, is beperkt. De studies die voorhanden zijn, tonen dat het Portugese seksuele vormingssysteem wel degelijk over een aantal sterke punten beschikt: er bestaan specifieke teams die de leiding hebben rond seksuele educatie in Portugal en bijgevolg gespecialiseerd zijn in het onderwerp, en er wordt eveneens getracht

te voorzien in de nodige bronnen en materialen rond het thema. Desondanks bevat het systeem eveneens belangrijke zwaktes (Rocha et al., 2015; Sousa et al., 2007):

- de seksuele vorming is er bijzonder seks-negatief of erotofoob. De focus ligt op de mogelijke gezondheidsproblemen als een gevolg van seks, met name SOA's en ongewenste zwangerschappen;
- het onderwerp is niet vakgebonden en kan dus in het om het even welk vak aan bod komen, wat voor moeilijkheden en onduidelijkheden zorgt;
- er zijn seksuele educatieprogramma's voorhanden, maar een algemeen kader ontbreekt;
- ouders worden zelden of niet betrokken hoewel deze eveneens een belangrijke bron van seksuele vorming zijn;
- scholen dienen RSV te organiseren, maar worden niet betrokken in de ontwikkeling van een beleid, materialen en programma's;
- de kwaliteitsevaluatie van de huidige Portugese RSV-programma's is slecht.

Sinds de wet uit 2009 die onder andere seksuele vorming in scholen verplicht, dienen scholen in deze eerder genoemde specifieke teams te voorzien die de seksuele educatie in de betreffende school coördineert. Onderzoek toonde dat scholen die over een dergelijk gespecialiseerd team beschikken, tot tien keer meer kans hebben een seksueel vormingsprogramma aan te bieden (Rocha et al., 2015).

Ondanks het gegeven dat seksuele educatie internationaal erkend wordt als strategie om de seksuele gezondheid van een bevolking te bevorderen, wordt het niet in elke Portugese school onderwezen. Hierom wordt ervoor gepleit om internationaal richtlijnen, beleidsvormen en expertise uit te wisselen om zo plaatselijk in landen als Portugal seksuele vorming te kunnen verbeteren. Hetgeen tot op heden te weinig gebeurt (Rocha et al., 2015). Het is het Portugese ministerie van educatie die de seksuele vorming in scholen moet opvolgen en evalueren. Deze evaluatie gebeurt echter bijzonder beperkt en wanneer deze al plaatsvindt, wordt er geen effectevaluatie gedaan. Wanneer scholen bijgevolg zelf intern een evaluatie maken, beroepen deze zich op het aantal RSV-lesuren, de ouderlijke participatie en de inhoud. Opnieuw geen beoordeling van het eventuele effect van seksuele vorming (Rocha et al., 2015). Het beperkt aantal effectenstudies die opgezet worden, suggereren echter een duidelijk positief effect van seksuele vorming in scholen. Sousa et al. (2007) toonden bijvoorbeeld dat middelbare schoolstudenten die onderworpen worden aan RSV over bredere/multi-georiënteerde seksuele informatie beschikken, op gedragsniveau frequenter gebruikmaken van voorbehoedsmiddelen, meer kennis hebben betreffende SOA's en de effectiviteit van anticonceptiemethoden, over meer capaciteit beschikken om de eigen wensen, grenzen en gevoelens aan te geven en zich comfortabel te voelen bij het praten

over seks en seksuele problemen met vrienden. Adolescenten zelf geven echter aan geen verbetering te merken in de zelfkennis en het seksuele zelfbeeld. Hieruit blijkt dat Portugese scholen nog onvoldoende vanuit een holistisch kader werken aangezien er te weinig intrapersoonlijke onderwerpen en affectieve thema's aan bod komen (Sousa et al., 2007).

Portugal is ondanks het bovenstaande wel op de goede weg; de weinige studies die gedaan worden, tonen een matig positief effect van de implementatie van de wet uit 2009 en de seksuele educatieprogramma's die er zijn, op de kennis en het gedrag van adolescenten. Bovendien tracht Portugal wel degelijk internationale aanbevelingen en richtlijnen na te leven, wordt intensief getracht over te schakelen op een meer holistische benadering van seks en seksualiteit met een uitgebreider tijdsbestek voor deze lessen, beschikt Portugal over richtlijnen en educatief materiaal en wordt het belang van de gemeenschaps- en ouderbetrokkenheid niet genegeerd. Tot slot is er voorzichtige evidentie dat Portugese scholen wel degelijk trachten te voorzien in een multi-sectorale samenwerking met bijvoorbeeld NGO's en lokale centra en de teams die scholen aanleggen, lijken de seksuele vorming eveneens te verbeteren. Desondanks zijn er de eerder genoemde zwaktes die Portugal nog dient te overwinnen (Rocha et al., 2015; Sousa et al., 2007).

#### **1.4.1 Wat zegt de Portugese vormingsexpert?**

Professor Duarte Vilar van de universiteit van Lissabon verduidelijkt dat in Portugal de meeste scholen wel voorzien in seksuele vorming, maar dat tot op heden geen kwaliteitsonderzoek is verricht naar wat scholen precies doen. Net zoals beschreven in de literatuur, ontstond in Portugal reeds in 1984 de eerste wet rond seksuele vorming, aangaande het recht op family planning en seksuele educatie. Een algemene organisatie ontbrak, maar de professor spreekt van "de eerste mijlpaal voor de Portugese RSV". Sinds 2009 beschikt Portugal over een goede, gedetailleerdere wetgeving betreffende seksuele vorming in scholen, de zogenaamde Law 60. Concreet dienen scholen verplicht aan gezondheidspromotie te doen. Het betreft richtlijnen rond vier algemene topics, waar scholen verplicht dienen aan te voldoen: fysieke gezondheid (beweging en voeding), preventie van drugs- en alcoholconsumptie, seksualiteit & SOA's en mentale gezondheid. Elke school dient bijgevolg een gezondheidsprogramma te hebben waar deze vier thema's in vervat zitten. Elk programma heeft vervolgens een coördinator met een team. RSV in Portugal start doorgaans vanaf acht jaar of het derde leerjaar en wordt voornamelijk geïmplementeerd in vakken als biologie en natuurwetenschappen. De focus op bijvoorbeeld SOA's toont dat de Portugese aanpak tevens weinig holistisch is, maar eerder richt op preventie.

De richtlijnen rond de gezondheidspromotie, dateren uit 2005-2007. De wet uit 2009 gaat specifiek over seksuele vorming in scholen. Hieruit volgt dat RSV in Portugese schoolcurricula vervat zit maar, net zoals in de drie bovenstaande onderzochte landen, wordt het niet geëvalueerd aan de hand van examens, waar dit bijvoorbeeld bij wiskunde wel zo is.

Professor Vilar bevestigt dat mensen een cursus kunnen volgen, alvorens seksuele vorming te doceren. Maar in tegenstelling tot wat Ramiro et al. in 2008 publiceerden, benadrukt Duarte Vilar dat deze training niet verplicht is om betrokken te mogen zijn in RSV-programma's. In Portugal zijn ongeveer 2000 tot 3000 leerkrachten getraind in het geven van RSV, het grootste deel door de FPA of de Portugese Family Planning Association, maar tevens het ministerie van onderwijs organiseert RSV-trainingen. In Portugal is het niet ongewoon dat leerkrachten en scholen beroep doen op professionelen die dergelijke training doorlopen hebben. Weinig leerkrachten zijn zelf gemotiveerd een training te volgen en bovendien ontbreekt het aan een bewustzijn van een nood aan seksuele educatie. De leerkrachten zijn zelden betrokken aangezien velen het belang en nut van RSV niet erkennen. Vooral in scholen waar niet gewerkt wordt met gecoördineerde teams wordt beroep gedaan op externe deskundigen.

Professor Vilar benadrukt dat Portugal wel degelijk een open maatschappij is met een al even open-minded ministerie. De professor stelt dan ook dat de grootste obstakels rond RSV in Portugal vandaag bij de organisatie in scholen liggen. Scholen ervaren belangrijke moeilijkheden bij het opstarten van een gezondheidsproject met een team en coördinator. Bovendien is het gebrek aan verantwoordelijkheidszin betreffende het thema een alomtegenwoordig probleem over scholen heen. Vele Portugese scholen achten zich niet verantwoordelijk voor de gezondheidseducatie van kinderen aangezien onderwerpen als wiskunde en aardrijkskunde belangrijker bevonden worden daar deze 'nuttiger' zijn met het oog op de finale examens op het einde van een schooljaar. Het kernprobleem omvat gebrekkige motivationele aspecten van de betreffende leerkrachten en scholen.

Desondanks toont onderzoek dat de meeste Portugese scholen wel over een gezondheidsprogramma met een coördinator beschikken en dit ook implementeren, maar kwaliteitsstudies ontbreken. De in 2015 nieuw verkozen regering erkent het belang van RSV. Vanaf september 2017 zal hierdoor opnieuw burgerschap en projecteducatie geïmplementeerd worden en RSV zal hier uitdrukkelijk deel van uitmaken waardoor het voor scholen makkelijker wordt RSV aan te reiken. De FPA diende in 2016 namelijk een nieuw educatievoorstel in: EHC of Education of Health and Citizenship, dat concreet voorschrijft dat lagere en secundaire scholen minstens een uur per week aan gezondheidseducatie dienen

te doen. Bovendien werkt de FPA vandaag aan projecten omtrent gendergelijkheid. Het betekent althans nieuwe opportuniteiten voor scholen.

Ondanks het gegeven dat scholen enerzijds verplicht zijn aan seksuele educatie te doen, maar dat onderzoek anderzijds toont dat slechts een beperkt aantal scholen aan deze verplichting voldoen, lijken deze scholen niet geconfronteerd te worden met het niet naleven van de wetgeving. Dit omdat scholen niet ondersteund noch gecontroleerd worden, ook niet wanneer scholen wel RSV organiseren. Professor Vilar bevestigt dat Portugal met een groot gebrek aan financiële middelen kampt; budgettaire tekortkomingen die wel degelijk teruggaan op de economische crisis van 2012-2013. Weinig leerkrachten willen bijvoorbeeld zelf betalen voor een RSV-cursus, ook het ministerie financiert deze trainingen niet, scholen ontvangen amper €200-€300 om gezondheidsprojecten mee te organiseren en materialen mee aan te kopen, etc. Scholen hebben bijgevolg de middelen niet om in RSV te investeren. In 2010 kregen directies nog €1500 om aan gezondheidseducatie te doen. De vermindering van het budget met 90% leidt ertoe dat scholen vaak enkel in de mogelijkheid zijn, beperkte hoeveelheden materiaal aan te kopen. Het meeste van dat materiaal wordt aangekocht bij de FPA.

Toch is en blijft RSV op school een belangrijke informatiebron, ook in Portugal. De professor benadrukt dat ouders vandaag beter geïnformeerd zijn dan vijftig jaar geleden en dat deze zich heel bewust zijn van de seksuele activiteit van kinderen en jongeren. Maar ouders vinden zichzelf vaak niet competent om kinderen te onderrichten in het onderwerp en anderzijds vinden veel kinderen zelf meer te weten over het thema dan de ouders, waardoor de ouders niet als een goede of betrouwbare informatiebron aanzien worden. Portugal is een open maatschappij. Slechts 15% van de bevolking bijvoorbeeld is nog praktiserend katholiek, waarvan het merendeel de religie zelfs heel open beleeft en seksualiteit open bespreekt met de kinderen. Ook katholieke scholen voorzien bijvoorbeeld in seksuele vorming. In deze scholen is het een optioneel vak, maar deze scholen geven meestal 'religie', waarin RSV vaak vervat zit.

Professor Vilar erkent de tekortkomingen en zwaktes die in de literatuur beschreven staan, maar is relatief optimistisch: het contraceptiegebruik in Portugal is heel hoog, de abortusratio ligt lager dan het Europees gemiddelde, etc. De professor benadrukt dat bijvoorbeeld het aantal tienerzwangerschappen vandaag blijft dalen omdat tieners veel meer en beter geïnformeerd zijn dan een aantal generaties eerder. Scholen spelen hier zeker een rol in, alsook de huidige media. Professor Vilar merkt hier echter een duidelijk genderverschil op: vooral meisjes van de huidige generaties zijn beter geïnformeerd.



De professor gaat er stellig van uit dat seksuele gezondheidsratio's en seksuele vorming aan elkaar te relateren zijn, hoewel het geen mechanisch verband is. "Wanneer mensen bijvoorbeeld geen toegang hebben tot contraceptie, zal het aantal ongewenste zwangerschappen stijgen, ongeacht hoeveel en of er (goede) RSV gegeven wordt.", besluit de professor. Een visie waarmee Duarte Vilar aansluit bij onder andere Vlaams professor Enzlin.

## **1.5 Kroatië**

Hoewel Kroaten doorgaans wel degelijk het belang van leeftijdsadequate seksuele vorming erkennen en dat het seksueel risicogedrag reduceert, maakt seksuele vorming geen deel uit van Kroatische schoolcurricula. Niet in de basisschool, noch in secundaire scholen, dit in tegenstelling tot de vier andere besproken Europese landen. Instanties die wel in beperkte mate in seksuele educatie voorzien zijn bepaalde Kroatische NGO's en diverse gezondheidswerkers. Ondanks het plaatselijk bewustzijn dat seksuele vorming inderdaad zorgt voor een uitstel van seksuele activiteit en het adequater gebruikmaken van voorbehoedsmiddelen, is het nog steeds een bijzonder controversieel en sensitief onderwerp in Kroatië. Kroatië is tot op heden namelijk een sterk katholiek land, met naar schatting minstens 85% van de bevolking dat streng en praktiserend katholiek is. Opmerkelijk blijkt echter amper een 8% problemen te hebben met bepaalde topics als masturbatie en homoseksualiteit. Voor de meeste ouders betreft het met andere woorden geen probleem, dat kinderen onderwezen worden in onderwerpen als seksueel plezier, seksuele satisfactie, pornografie, prostitutie of masturbatie en homoseksualiteit (Jankovic, Malatestinic & Bencevic Striehl, 2013).

Reeds in 1965 ontstond het eerste Kroatische seksuele educatieboek, waarvoor auteur Marijan Kosicek zich baseerde op werk van de beroemde A. Kinsey en W. Masters & V. Johnson. Het betrof een boek met een heel liberale, multidimensionele en multidisciplinaire aanpak betreffende de seksuele rechten van jongeren en gendergelijkheid. De publicatie en implementatie van dit boek stootte echter op protest van plaatselijke leerkrachten aangezien deze een te groot schaamtegevoel hadden om onderwerpen als menstruatie en penetratie te onderwijzen (Hodzic, Budesa, Stulhofer & Irvine, 2012). In de jaren 80 werd de Kroatische maatschappij aan snel tempo traditioneler, wat resulteerde in een overheid die een eventueel liberale aanpak van seksuele educatie ontoelaatbaar maakte. Tot op vandaag is RSV in Kroatische scholen een zogenaamd marginaal gegeven; seksuele vorming krijgen de kinderen niet. In andere vakken wordt wel over het huwelijk, de liefde en niet-nucleaire relatievormen gesproken, maar dit heel beperkt en niet in de context van RSV (Hodzic et al.,

2012). Uit onderzoek blijkt dat, ondanks de afwezigheid van RSV in Kroatische schoolcurricula, ouders er voor open staan, goedkeuren, akkoord gaan met het feit dat kinderen en adolescenten seksuele vorming zouden verkrijgen. Anderzijds besprak slechts de helft van de adolescenten, tegen de leeftijd van veertien jaar, het onderwerp met de ouders. De andere helft beroept zich op vrienden voor informatie. Veel ouders haken namelijk af wanneer 'het gesprek' effectief zou plaatsvinden. De meesten zijn in de veronderstelling seksuele activiteit aan te moedigen door erover te spreken. In een poging deze activiteit uit te stellen, wordt bijgevolg bij voorkeur over het onderwerp gezwegen. Gezien het tegendeel reeds bewezen werd, blijkt religie dus geen efficiënt middel om seksuele risico's te reduceren (Jankovic et al., 2013; Puzek et al., 2012). Gegeven dat Kroatische ouders wel matige interesse in RSV vertonen, kan gewerkt worden aan een overkoepelend programma waarbij ouders betrokken zijn. Op die manier kunnen ouders er mee voor zorgen dat de seksuele gezondheid van adolescenten verbetert, dat jongeren betere en geïnformeerde keuzes maken en aangezien ouders de eerste bron van socialisatie zijn, kan het ook de attitude en gedrag van jongeren mee vormgeven en/of sturen (Jankovic et al., 2013).

Uit tal van onderzoek blijkt dat adolescenten en jongvolwassenen het meeste risico hebben op SOA's en HIV/aids. Tevens toont onderzoek dat een strikt religieuze opvoeding geassocieerd kan worden met minder kennis betreffende de menselijke seksualiteit, een uitstel van seksuele activiteit bij vrouwen en een specifieke kwetsbaarheid betreffende SOA's en HIV/aids. In Kroatië werd echter lang gedacht dat religie het middel was om dit risico tot een minimum te beperken (Puzek et al., 2012). De meeste landen kennen doorgaans een scheiding der machten of kerk en staat die onafhankelijk van elkaar functioneren. In Kroatië daarentegen heerst een sterk verband en een nauwe samenwerking tussen de overheid en de religieuze doctrine. Dit verklaart meteen de massale betrokkenheid van de Kroatische Katholieke Kerk in onderhandelingen betreffende seksuele opvoeding. Uitgesproken religieuze beïnvloeding en een toename in religieuze aanhang werd doorheen de geschiedenis vaker geobserveerd in post-communistische naties zoals Kroatië (Hodzic et al., 2012; Puzek et al., 2012; Stulhofer et al., 2010). De katholieke Kerk heeft met andere woorden bijzonder veel politieke invloed in Kroatië. Voor 2008 waren er bijvoorbeeld plannen om gezondheidseducatie, waar seksuele vorming deel van zou uitmaken, te introduceren in de Kroatische schoolcurricula. In december 2008 heeft het ministerie van wetenschappen, educatie en sport besloten dit voorstel niet te implementeren, vermoedelijk omwille van onoverkomelijke spanningen tussen aanhangers van het abstinentieprincipe enerzijds (met name de kerk) en voorstanders van een meer open en algemeen beleid anderzijds. Het betreft voornamelijk de kerk die druk legt op de overheid, waardoor die laatste vervolgens

het beleid en voorstellen aanpast. Internationaal rijst dan ook niet zelden de vraag of Kroatië wel bereidwillig is en over de capaciteiten beschikt om de (seksuele) gezondheid van de plaatselijke jeugd te verbeteren (Hodzic et al., 2012). Recent heeft de Kerk nog publiek en politiek bijvoorbeeld de steun betuigd voor een schoolgebaseerd seksueel educatieprogramma dat uitgaat van het abstinentieprincipe. Uit tal van onderzoek van de BZgA (2010), Harden (2014), Ketting et al. (2013) en Weaver et al. (2007) blijkt echter dat abstinentieprogramma's de seksuele gezondheid van een bevolking niet bevorderen, integendeel. Bovendien kan religie (matig) geassocieerd worden, althans bij vrouwen, met beperktere seksuele kennis, minder anticonceptiegebruik en een lagere kans op het ondergaan van een SOA-test. Op basis van deze argumenten lijkt de invoering van een abstinentieprogramma geen effectieve methode (Bacak et al., 2012; Puzek et al., 2012). Hodzic et al. (2012) gaat nog een stap verder en stelt dat het abstinentieprincipe indruist tegen de ethiek en de mensenrechten.

Tussen 1998 en 2008 werd in Kroatië een forse toename in de seksuele activiteit geobserveerd evenals een stijging van het condoomgebruik. Desgevolgend behoort SOA- en HIV/aids-preventie bij Kroatische jeugd tot de essentiële taken. Het condoomgebruik mag dan wel gestegen zijn, de meerderheid van de Kroatische adolescenten (80%) maakt er niet consequent gebruik van. De alomtegenwoordige Katholieke Kerk predikt dan ook dat seks en seksualiteit enkel mag en kan beleefd worden in de context van een huwelijk waarbij een verbod heerst op contraceptiva. Plaatselijke priesters en bisschoppen veroordelen tevens systematisch congressen, persconferenties en infomomenten die georganiseerd worden ter SOA- en HIV/aids-preventie en waar bijgevolg condoomgebruik aangemoedigd wordt. Enerzijds wachten Kroatische jongeren doorgaans langer met het eerste seksueel contact, als positief effect van deze wijdverspreide religiositeit, maar anderzijds is anticonceptiegebruik daarbij dan ook weinig waarschijnlijk. Kroatische adolescenten zijn over het algemeen minder geïnformeerd waardoor de kans op veilig vrijen daalt en die op seksueel risicogedrag stijgt (Stulhofer et al., 2010). Stulhofer et al. (2010) benadrukken echter dat dit verband tussen seksueel gedrag en religie voornamelijk geobserveerd wordt bij vrouwelijke adolescenten. Een aantal studies tonen net een omgekeerd verband bij mannelijke adolescenten, waarbij met een religieuze opvoeding de kans op seksueel risicogedrag daalt. De gebrekkige seksuele kennis van Kroatische adolescenten kan op twee manieren verband houden met de religiositeit in het land. De streng katholieke opvoeding kan aan de basis liggen, maar anderzijds kiezen sommige mensen er bewust voor geen seksuele informatie op te zoeken aangezien het geloof dit niet toelaat. Deze gebrekkige kennis en het gegeven dat seksuele (al dan niet risicovolle) activiteit toeneemt maar het condoomgebruik niet mee stijgt, toont de nood aan een schoolgeorganiseerde seksuele

educatie. Volgens Stulhofer et al. (2010) dient hierbij de nadruk te liggen op SOA- en HIV/aids-preventie aangezien deze prevalenties mee stijgen in Kroatië. Het betreft dus wel degelijk een onrustwekkende trend, maar de prevalenties blijven wel bijzonder laag in vergelijking met andere Europese landen (Stulhofer et al., 2010). Het Europees Parlement (2013) stelt in haar rapport dat HIV/aids-ratio's doorgaans inderdaad tot driemaal sneller stijgen in Oost-Europa. Ondanks de stijgende prevalentie in Kroatië is het land hier echter, samen met Slowakije en Slovenië, een uitzondering op, met een HIV-prevalentie onder 0,1%. Verklaringen hiervoor zijn niet voorhanden en gezien de afwezigheid van schoolgebaseerde RSV in Kroatië, kan het daar vermoedelijk niet aan geweten worden. Duitsland heeft bijvoorbeeld wel eenzelfde prevalentiecijfer, maar de seksuele educatie verloopt er beduidend anders (Alford et al., 2011). Mogelijks kan de informele vorm van seksuele educatie wel een rol spelen. Gezien de open houding van Kroatische ouders ten aanzien van het thema, zoals geïllustreerd door Jankovic et al. (2013), is het niet ondenkbaar dat binnenshuis het onderwerp met de kroost aangekaart wordt (Jankovic et al., 2013).

Ondanks dat er in studies geen verband gevonden wordt tussen religie en condoomgebruik, is het gebruik minimaal in Kroatië (Puzek et al., 2012; Stulhofer et al., 2010). Condoomgebruik is echter de meest effectieve methode om SOA's en HIV/aids te voorkomen of vermijden. Bovendien dient de condoom eveneens correct en altijd gebruikt te worden om effectief te kunnen beschermen. Dit consequent, maar vooral correct condoomgebruik blijkt tot op vandaag een belangrijk probleem en daarmee ook gezondheidsrisico bij Kroatische jongvolwassenen. Een minderheid maakt gebruik van het condoom en bovendien worden geregeld problemen met het voorbehoedsmiddel vastgesteld; het condoom scheurt, glijdt af, leidt tot erectieverlies of wordt te laat aangebracht. Dit, samen met de stijging van SOA-prevalenties en seksueel risicogedrag, leidt ertoe dat de vraag naar een algemeen schoolgeorganiseerd seksueel vormingsprogramma alomtegenwoordig is. Het doel betreft mensen te leren omgaan met voorbehoedsmiddelen en onderwijzen in hoe de contraceptie te gebruiken om de stijgende trend rond SOA's en HIV/aids tegen te gaan. Tot op vandaag ontbreekt dergelijk programma (Bacak & Stulhofer, 2012; Hodzic et al., 2012).

Zogenaamde liberale Kroatische CSO's of Civil Society Organizations, proberen vandaag een tegengewicht te bieden tegen de nadrukkelijk aanwezige Kerk. Het betreffen organisaties, opgezet door Kroatische burgers, die mee in de onderhandelingen stappen betreffende schoolgebaseerde seksuele vorming in Kroatië. Enerzijds zijn er wel geloofsgebaseerde CSO's die het abstinentieprincipe aanhangen en de kerkelijke moraal als het hoogste goed zien. Het zijn groeperingen die met andere woorden uitgaan van

heteronormativiteit. Anderzijds zijn er de liberale CSO's die voor een meer open seksuele vorming pleiten die uitgaat van de mensenrechten en gebaseerd is op wetenschappelijk onderzoek. De kern in deze pleidooien is mensen aanzetten tot veilige en verantwoordelijke seksuele activiteit. Voorbeelden van projecten die deze CSO's reeds opzetten, zijn: memoAIDS, een liberaal HIV-preventie-programma, en teenSTAR, een abstinentieprogramma ontstaan in de VS. Beide vormen van CSO's proberen het overheidsbeleid maximaal te beïnvloeden en sturen (Hodzic et al., 2012).

In Kroatië wordt momenteel niet gedebatteerd over eventuele schoolgebaseerde seksuele vorming. Dit is echter niet representatief voor wat de Kroatische jeugd wenst, aangezien deze groep wel open staat voor RSV. De druk op de overheid neemt dan ook jaarlijks toe aangezien de Kroaten bijzonder veel belang hechten aan de mensenrechten, waarin seksuele educatie opgenomen is (Hodzic et al., 2012). In 2013 werd wel een gezondheidseducatieprogramma opgenomen in de Kroatische schoolcurricula, waar een module seksuele vorming in vervat zit. Toch wordt dit minimaal gedoceerd aangezien leerkrachten zich onvoldoende capabel bevinden, angstig zijn voor negatieve reacties en klachten van ouders en omwille van onvoldoende (financiële) overheidssteun. Na de oorspronkelijke implementatie van het gezondheidseducatieprogramma in 2006, is dit namelijk herhaaldelijk moeten aangepast worden na diverse opstanden en klachten van ouders. Met de ouders wordt in Kroatië uitdrukkelijk rekening gehouden, daar deze gezien worden als de primaire bron van socialisatie van kinderen en jongeren. Vandaag wordt het programma door 78,6% van de ouders gesteund. Een cruciaal gegeven hierbij is wel dat ouders betrokken moeten worden. Hoe meer de ouders geïnformeerd zijn, hoe toleranter deze groep staat tegenover de implementatie van onder andere RSV. Ouders die vertrouwen hebben in de leerkrachten, blijken ook meer steunend voor het project. Opvallend is dat ouders van lagere school kinderen meer open staan voor het programma. Kroatië is nog steeds een bijzonder katholieke samenleving en dit zou er kunnen toe leiden dat ouders meer akkoord gaan met een minder expliciete benadering, dewelke inderdaad het geval is bij jongere kinderen. Ondanks deze inspanningen gebeurt de implementatie en het onderwijzen van het programma minimaal. Het is niet bij wet verplicht en vele leerkrachten doceren het niet uit angst voor de ouders, die tot op heden te weinig betrokken worden, en omdat ervan uitgegaan wordt niet over de kennis en kunde te beschikken om dit thema aan te halen (Kustreba, Elezovic & Stulhofer, 2015).

### 1.5.1 Wat zegt de Kroatische vormingsexpert?

Professor Alexander Stulhofer van de universiteit van Zagreb, bevestigt dat in Kroatië seksuele vorming vervat zit in een gezondheidseducatieprogramma. Er zijn echter geen betrouwbare data voorhanden betreffende hoeveel leerkrachten of in hoeveel scholen dit programma werkelijk geïmplementeerd wordt. Formeel gezien moeten scholen van het ministerie van onderwijs wel over een gezondheidsprogramma beschikken, het is met andere woorden bij wet verplicht, maar praktisch gezien wordt heel weinig inhoud van het programma aan de leerlingen aangereikt. Voornamelijk het seksuele vormingsdeel wordt overgeslagen, maar ook de andere onderwerpen worden niet frequent gedoceerd. In principe dient dus wel RSV aangereikt te worden aan kinderen en jongeren van de basisschool en het secundair onderwijs. Ook in Kroatië worden geen toetsen of examens georganiseerd rond het thema.

De handboeken, die elke leerkracht ontvangt, hanteren holistische seksuele vorming waardoor de aanpak niet enkel biologisch georiënteerd is. Wat leerkrachten daarentegen onderwijzen, is niet bekend. De meeste leerkrachten onderwijzen het niet, hoewel sommige er wel voor openstaan. De belangrijkste reden waarom het niet geïmplementeerd wordt, is volgens de professor dat leerkrachten problemen met ouders willen vermijden. Docenten voelen zich niet ondersteund door de schooldirectie en het ministerie waardoor geen risico's durven genomen worden. In het motiveren en opleiden van Kroatische leerkrachten ligt vandaag de belangrijkste uitdaging. Algemene RSV-trainingen voor docenten zijn vandaag echter niet voorhanden in Kroatië. Hiermee bevestigt de professor de literatuur.

Dat elke Kroatische ouder bijgevolg niet achter schoolgebaseerde RSV staat, is echter incorrect. Net zoals de literatuur, bevestigt professor Stulhofer dat de meerderheid van de ouders geen probleem heeft met seksuele educatie op school. Kroatië beschikt echter wel over een welbespraakte en goed georganiseerde minderheid uit katholiek kerkelijke kringen, die er wel radicaal tegen is. Deze bewegingen geven zodanig veel publieke druk waardoor een atmosfeer ontstaat waarin leerkrachten geen RSV meer durven geven. De professor licht toe dat het inderdaad over de zogenaamde geloofs-gebaseerde CSO's gaat, maar benadrukt dat het niet de Kerk als instituut is die de leidinggevende stem hanteert. Deze organisaties zijn netwerken van meestal hoogopgeleide mensen van middelbare leeftijd, die een nieuwe generatie van religieuze rechten benadrukken. Deze trachten vervolgens zoveel mogelijk ouders te mobiliseren. Toch is de katholieke Kerk in Kroatië nog steeds heel invloedrijk, ondanks het feit dat deze geen directe invloed heeft op de organisatie van seksuele vorming in scholen. Het educatiesysteem wordt namelijk georganiseerd en

gereguleerd door het ministerie, niet door de Kerk. Maar heel veel ministers zijn religieus en verbonden aan de Kerk. Er is dus wel sprake van een indirecte invloed via deze katholieke ministers. Desondanks beschikte Kroatië enkel over publieke scholen en komen er pas recent een aantal katholieke basisscholen bij.

In Kroatië zijn nooit abstinentieprincipes gedoceed. Eind jaren 90 konden kinderen en jongeren wel deelnemen aan buitenschoolse activiteiten waarin abstinentieprincipes geduid werden, maar in schoolverband werd het nooit aangeraden, gepromoot of geïmplementeerd. Sommige leerkrachten werden wel onderwezen in het onthoudingsprincipe, in de hoop dat deze het zouden aanreiken in de klas. De interesse is er wel degelijk altijd geweest, maar vandaag zijn deze activiteiten en programma's niet meer actief. Kroatië is en blijft een katholieke maatschappij, ook in het bestuur van het land zitten veel katholieke ministers. Daardoor wordt de Kroatische maatschappij zowel politiek als moreel heel erg gekleurd door de katholieke religie. Het zijn die CSO's die tegen schoolgebaseerde RSV zijn die op de barricade gaan staan met pamfletten en brochures. De liberale CSO's mobiliseren zich veel minder, waardoor het publieke discours bijgevolg gedomineerd wordt door mensen die RSV in scholen afkeuren. Aangezien nieuwigheden doorgaans provoceren en de Kroatische maatschappij nog steeds bijzonder conservatief is, ziet professor Stulhofer de situatie niet snel veranderen. Het is een onderwerp dat tevens afwezig is in huidige regeringsdiscussies, alsook financiële steun ontbreekt.

De literatuur beschrijft heel goede seksuele gezondheidscijfers voor Kroatië, zoals een lage abortusratio. Alexander Stulhofer maant echter aan tot grote voorzichtigheid rond de interpretatie van deze cijfers, aangezien deze Kroatische data, als die voor abortus, zelden betrouwbaar zijn. Veel abortussen worden bijvoorbeeld geregistreerd als urgentie, waardoor de statistieken vermoedelijk niet correct zijn. Bovendien vinden heel wat abortussen plaats in privé-ziekenhuizen, waardoor deze opnieuw niet geïmplementeerd worden in officiële cijfers. De professor benadrukt dat dit registratieprobleem nog groter is betreffende SOA's. In theorie moeten alle gevallen van een SOA aangegeven worden. Dit gebeurt echter zelden omwille van het extra administratiewerk dat deze aangiften met zich meebrengen. Internationaal lijkt Kroatië inderdaad een "picture perfect" en wordt er van uit gegaan dat er in Kroatië geen problemen zijn betreffende de seksuele gezondheid. Dit is echter mogelijks niet de realiteit, maar enkel het gevolg van een ontoereikend registratiesysteem. Mogelijks zijn de te vinden data onjuist. Professor Stulhofer illustreert met een voorbeeld: de gemiddelde leeftijd waarop Kroatische jongeren seksueel actief worden, is 17 jaar. Sinds 15-20 jaar stagneert het gebruik van anticonceptie. Het orale contraceptiegebruik bij Kroatische vrouwen behoort tot het laagste in Europa. Bovendien is er ook sprake van meer seksueel

risicogedrag bij jongeren. Dit gebrek aan gebruik van voorbehoedsmiddelen en de toename in seksueel risicogedrag, zou met zich mee moeten brengen dat er een stijgend aantal SOA's en ongewenste zwangerschappen gerapporteerd wordt. Dit blijkt echter niet uit de registratiecijfers en data. De enige mogelijke conclusie, volgens Alexander Stulhofer, is bijgevolg dat er een duidelijk statistisch probleem is en niet elk cijfer voor waarheid genomen mag worden.

De professor gelooft wel in een verband tussen seksuele educatie en seksuele gezondheidscijfers. Studies tonen ook aan dat goede en efficiënte educatieprogramma's helpen. Wanneer Kroatische programma's echter correct geïmplementeerd worden, is het maar de vraag of het condoomgebruik plots mee gaat stijgen. Daarvoor zijn het aantal uren die in seksuele vorming gestoken worden, te beperkt. In Kroatië gaat het meer bepaald over 3u30 seksuele educatie per jaar. Daarin kan geen goede noch voldoende seksuele vorming gegeven worden, duidt de professor. Bovendien geven tal van scholen zelfs deze 3u30 niet.

Momenteel is er op formele basis niets voorhanden in Kroatië. De beste omstandigheden, volgens professor Stulhofer, zijn: heel gemotiveerde leerkrachten die goed getraind zijn, een programma implementeren en enige weerstand bieden tegen de eerder genoemde religieuze CSO's. Gendergelijkheid en –tolerantie implementeren, zou ook een stap vooruit zijn. Deze 'ideale' condities zijn nodig, maar momenteel afwezig. Leerkrachten zijn bang en het sociale klimaat is heel erg tegen holistische seksuele educatie. "Als er vandaag iets seksueel educatief kan gebeuren in Kroatië, dan is het via informele weg, waaronder sociale netwerksites.", besluit professor Stulhofer.

## **2. Wat is het verband tussen seksuele vorming en seksuele gezondheidsratio's?**

Op basis van de literatuur en interviews met vijf experts, kan gesteld worden dat er inderdaad een verband bestaat tussen RSV en seksuele gezondheidsratio's.

Algemeen kan alvast gesteld worden dat daar waar holistische, inclusieve, goede en voldoende seksuele vorming aangereikt wordt aan kinderen en jongeren seksueel risicogedrag vermindert en de kans op seksuele gezondheid en betere seksuele gezondheidsratio's toeneemt. Seksuele vorming kan met andere woorden een verklaring zijn voor de internationaal verschillende seksuele gezondheidscijfers. Bovendien blijkt ook en is internationaal erkend en bevestigd dat RSV wel degelijk bijdraagt tot de seksuele gezondheid van een bevolking (BZgA & WHO/Europese afdeling, 2010; Rocha et al., 2015; Schaalma et al., 2009; Sousa et al., 2007). Tot slot illustreerden Sensoa, aan de hand van



de RSV-wijzer (2013), en de WHO (2009) een groot aantal positieve effecten van RSV, waaronder adolescenten die minder sekspartners hebben doorheen de levensloop en minder risicogedrag vertonen, met een lager risico op SOA's en ongewenste zwangerschappen en een hogere effectiviteit van anticonceptiegebruik als gevolgen.

Zoals beschreven lijkt Kroatië hier echter een uitzondering aangezien volgens professor Alexander Stulhofer de goede data en lage cijfers die het land kan voorleggen, voor bijvoorbeeld abortus en tienerzwangerschappen, wellicht eerder toe te schrijven zijn aan een ontoereikend en incorrect registratiesysteem. In Kroatië wordt namelijk geen seksuele vorming georganiseerd (Jankovic et al., 2013), waardoor voor dit land tevens geen verband beschreven kan worden tussen RSV en deze plaatselijke seksuele gezondheidsratio's.

Zoals ook de meeste vormingsexperten aanhaalden, betreft het echter geen een op een verband. Seksuele vorming draagt inderdaad bij tot de verschillende seksuele gezondheidsratio's aangezien kennis en kunde met betrekking tot het onderwerp ertoe leiden dat mensen verantwoordelijkere, bewustere en veiligere keuzes maken en met andere woorden ook minder risicogedrag stellen (BZgA & WHO/Europese afdeling, 2010; Schaalma et al., 2009; Sousa et al., 2007). Anderzijds dienen hier twee grote kanttekeningen bij gemaakt te worden aangaande de plaatselijke overheden en de huidige sociale media. Uit de vijf uitgevoerde interviews is namelijk gebleken dat RSV op zichzelf staand onvoldoende is om de seksuele gezondheidsratio's, en daarmee de seksuele gezondheid van een bevolking, grootschalig te beïnvloeden. Minstens even belangrijk is het beleid dat de overheid van een welbepaald land voert. Wanneer een overheid bijvoorbeeld niet voorziet in financiële (materiaal)steun voor scholen of de laagdrempelige toegankelijkheid van voorbehoedsmiddelen, dan kan en mag de RSV nog zo goed en vaak gegeven worden, de seksuele gezondheidsratio's zullen in deze omstandigheden niet drastisch veranderen. In tegendeel, het aantal tienerzwangerschappen, abortussen en SOA's zullen mogelijks toenemen (A. Stulhofer, persoonlijke communicatie, 16 maart 2017; Alford et al., 2011; B. Liljefors-Persson, persoonlijke communicatie, 4 mei 2017; D. Vilar, persoonlijke communicatie, 15 maart 2017; I. Vanwesenbeeck, persoonlijke communicatie, 4 april 2017; P. Enzlin, persoonlijke communicatie, 23 maart 2017).

Een tweede belangrijke kanttekening betreft de hedendaagse invloed van het internet en de sociale media, zoals uitgebreid toegelicht, die mogelijks minstens even groot is als RSV. De kinderen en jongeren van vandaag komen allen in contact met deze media waarop niet zelden seksuele beelden en informatie te zien en lezen is. Wanneer hieraan geen RSV gekoppeld wordt en hetgeen de jongeren lezen en zien niet geduid wordt, kunnen problemen

als misinformatie en een onrealistische, incorrecte seksuele beeldvorming ontstaan (BZgA & WHO/Europese afdeling, 2010; European Parliament, 2013; Löfgren-Martenson et al., 2010; Ramiro et al., 2008). De Europese WHO-afdeling (2010), Sensoa (2013) en de BZgA (2010) ondersteunen echter dat deze informele seksuele informatiebron alomtegenwoordig en heel populair is bij de huidige generatie adolescenten. Hierom wordt gepleit voor een aanvulling van RSV met een vorm van mediatraining. Deze verkeerde beeldvorming kan namelijk tegengaan en verholpen worden door kinderen en jongeren te onderrichten en dus seksuele vorming aan te reiken zodat datgene dat de jongeren te zien krijgen, gekaderd en uitgelegd wordt (European Parliament, 2013; Löfgren-Martenson et al., 2010; Ramiro et al., 2008).

Het bestaande verband tussen RSV en seksuele gezondheidscijfers wordt het vaakst geduid aan de hand van Nederland. Nederland is een van de pioniers in Europa betreffende holistische en goed toegankelijke RSV en bovendien beschikt het land over het laagst aantal tienerzwangerschappen in Europa. Aan de hand van dergelijke vaststellingen, wordt niet zelden een verband tussen de ratio's en seksuele vorming aangegeven (Garssen et al., 2013; Stevenson, 2015).

## Discussie

Bovenstaand onderzoek is een beschrijvend onderzoek van bestaande literatuur en professionele kennis. Allereerst kent het een aantal sterkten.

Voor de literatuurstudie van deze masterproef werden ruim dertig wetenschappelijke bronnen geraadpleegd, daterend uit de laatste tien jaren. Deze leidde allen tot relevante, wetenschappelijk onderbouwde en uitgebreide kennis betreffende het onderwerp. De beschikbare literatuur toont tevens dat het thema nog steeds actueel is en leeft bij onderzoekers, vormgevers, de bevolking.

Bovendien werden vijf een op een open interviews gevoerd met internationale experts betreffende seksuele vorming. Het betreffen vijf professoren uit de onderzochte landen: België, Nederland, Zweden, Portugal en Kroatië. Deze interviews zijn een belangrijke bijdrage aan deze thesis aangezien aan de hand van de interviews niet enkel de literatuur nader toegelicht wordt, maar tevens uiterst recente visies op de feiten bekend werden. De bijkomende expertise van de professoren was dan ook bijzonder waardevol.

Eveneens de internationale vergelijking zorgt voor een interessante invalshoek. Hiermee illustreert deze thesis hoe groot de verschillen zelfs binnen Europa zijn en gegeven de breuklijn die waar te nemen is tussen België, Nederland en Zweden enerzijds en Portugal en Kroatië anderzijds, levert deze masterproef eveneens evidentie voor de geografische opdeling die in de literatuur beschreven staat.

Tot slot wordt de onderzoeksvraag beantwoord aangezien geduid wordt of en hoe seksuele gezondheidscijfers beïnvloed en verklaard kunnen worden aan de hand van RSV.

Een belangrijke zwakte van dit onderzoek is dat, analoog aan wat de geïnterviewden verklaarden, tot op heden globaal en grootschalig populatie-onderzoek naar het directe verband tussen RSV en de seksuele gezondheidscijfers ontbreekt, waardoor dit voor deze thesis eveneens niet kon worden geraadpleegd. Zowel tal van onderzoekers als de geïnterviewde professoren vermoeden en beschrijven een verband, maar benadrukken erbij de minstens even belangrijke beïnvloeding van andere factoren. In deze zwakte ligt bijgevolg een belangrijke opportuniteit voor het werkveld. De BZgA, de Europese WHO-afdeling (2010) en tal van andere onderzoekers en instanties wijzen op de mogelijke positieve effecten van RSV. Wanneer de inhoud, het aantal uren, de aanpak, etc. van relationele en seksuele vorming verbetert, wordt het mogelijk de seksuele gezondheidscijfers op een nog gunstigere manier te gaan beïnvloeden en de seksuele gezondheid van een bevolking te optimaliseren. Hierin ligt een belangrijke uitdaging voor de beleidsmakers en vormgevers van vandaag en de toekomst.

## Conclusie

Seksuele educatie heeft wel degelijk de potentie om heel wat mogelijke negatieve effecten van seks, zoals tienerzwangerschappen, abortussen en seksueel overdraagbare aandoeningen, tot een minimum te beperken, of alvast te verminderen. Dit verband wordt ondersteund door de internationale literatuur en de interviews die voor deze masterproef verricht werden met professoren, internationale experts betreffende relationele en seksuele vorming. De relevantie van RSV werd uitgebreid toegelicht, eveneens aan de hand van concrete voorbeelden, waaruit geconcludeerd kan worden dat met goede, inclusieve, holistische seksuele vorming seksuele gezondheidsratio's hoogstwaarschijnlijk kunnen verbeteren. Deze vorm van RSV is bijvoorbeeld niet voorhanden in Portugal, waar de seksuele gezondheidsratio's vervolgens ook minder gunstig zijn. Portugal beschikt namelijk over een van de hoogste HIV/aids-prevalenties in Europa. RSV is bijgevolg een verklaring voor de internationaal verschillende cijfers.

Seksuele gezondheidscijfers worden echter slechts gedeeltelijk beïnvloed door RSV. Seksuele vorming is namelijk niet de enige oorzaak van de internationaal verschillende cijfers. Seksuele vorming beoefent geen invloed uit op de cijfers, in die mate dat zou kunnen gesteld worden dat het de bepalende factor is om bijvoorbeeld het aantal tienerzwangerschappen te doen dalen. Ondanks het gegeven dat adolescenten enigszins onthouden wat tijdens RSV aangereikt wordt, zijn er tal van andere factoren die de cijfers mee beïnvloeden en zelfs bepalen. In Kroatië bijvoorbeeld wordt geen RSV aangereikt, maar het beschikt volgens de literatuur wel over goede seksuele gezondheidscijfers. Dit toont dat RSV alleen onvoldoende is om de internationale verschillen in deze cijfers te verklaren. Voorbeelden van andere factoren zijn: een overheid die in de nodige financiële steun voor RSV voorziet, een maatschappelijke cultuur waarin de toegang tot anticonceptie laagdrempelig en makkelijk is en de volwaardige levensbagage van een persoon.

Het verkrijgen van RSV is een mensenrecht. Mensen hebben het fundamentele recht informatie te verkrijgen over seks en seksualiteit aangezien deze aspecten tot het mens-zijn behoren. Hierom zal het steeds, wereldwijd, tot het takenpakket van scholen, overheden en ouders behoren om relationele en seksuele vorming zo goed mogelijk aan te reiken in een poging eventueel negatieve gevolgen van seks tot een minimum te beperken.

## Referentielijst

Alford S. & Hauser D. (2011). Adolescent Sexual Health in Europe and the US. Geraadpleegd op: <http://www.advocatesforyouth.org/publications/419-adolescent-sexual-health-in-europe-and-the-us>

Aronowitz T. & Fawcett J. (2015). Analysis of Public Policies for Sexuality Education in Germany and The Netherlands. *American Journal of Sexuality Education*, 10 (2), 140-157.

Bacak V. & Stulhofer A. (2012). Condom Use Errors and Problems in a National Sample of young Croatian Adults. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 995-1003.

Bos H. & de Ruyter D. (2009). Kinderen, jongeren, seksualiteit en opvoeding. *Pedagogiek*, 29 (1), 3-9.

Bolander E. (2015). The condom works in all situations? Paradoxical messages in mainstream sex education in Sweden. *Sex Education*, 15 (3), 289-302.

Burke J., Duffy B., Fotinatos N. & Smith A. (2013). Puberty, health and sexual education in Australian regional primary schools: Year 5 and 6 teacher perceptions. *Sex Education*, 13(2), 186-203.

Central Intelligence Agency (2017). The World Factbook: Sweden. Geraadpleegd op <https://www.cia.gov/library/publications/resources/the-world-factbook/geos/sw.html>

European Commission (2017). A Global Alliance against Child Sexual Abuse Online. Retrieved from: [https://ec.europa.eu/home-affairs/what-we-do/policies/organized-crime-and-human-trafficking/global-alliance-against-child-abuse\\_en](https://ec.europa.eu/home-affairs/what-we-do/policies/organized-crime-and-human-trafficking/global-alliance-against-child-abuse_en)

European Parliament (policy department: citizens' rights and constitutional affairs): Policies for Sexuality Education in the European Union (2013). Retrieved from [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/note/join/2013/462515/IPOL-FEMM\\_NT%282013%29462515\\_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/note/join/2013/462515/IPOL-FEMM_NT%282013%29462515_EN.pdf)

Feiten en cijfers over volksgezondheid en zorg (2017). Seksueel gedrag: internationaal. Geraadpleegd op <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/seksueel-gedrag/regionaal-internationaal/internationaal>

Garssen J., & Harmsen C. (2013). Nooit eerder zo weinig tienermoeders. *CBS: webmagazine*, okt. 2013.

Harden P. K. (2011). A Sex-Positive Framework for Research on Adolescent Sexuality. *Perspectives on Psychological Science*, 9 (5), 455-469.

Hendrickx L. (2016). Sexpert: seksuele gezondheid in Vlaanderen [PowerPoint Slides]. Geraadpleegd op [https://p.cygnus.cc.kuleuven.be/bbcswebdav/pid-19409121-dt-content-rid-91496823\\_2/courses/B-KUL-E00M4a-1617/11.%20PsychologieSeksEmpirischeBenaderingen%20-%20Gastcollege%20Hendrickx.pdf](https://p.cygnus.cc.kuleuven.be/bbcswebdav/pid-19409121-dt-content-rid-91496823_2/courses/B-KUL-E00M4a-1617/11.%20PsychologieSeksEmpirischeBenaderingen%20-%20Gastcollege%20Hendrickx.pdf)

Hodzic A., Budesa J., Stulhofer A. & Irvine J. (2012). The politics of youth sexuality: Civil society and school-based seks education in Croatia. *Sexualities*, 15 (3/4), 494-514.

Jankovic S., Malatestinic G. & Bencevic Striehl H. (2013). Parents' attitudes on sexual education - What and when? *Collegium Antropologicum*, 37 (1), 17-22.

Ketting E. & Winkelmann C. (2013). New approaches to sexuality education and underlying paradigms. *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 250-255.

Kustreba I., Elezovic I. & Stulhofer A. (2015). Parents' Attitudes About School-Based Sex Education in Croatia. *Sexuality Research & Social Policy*, 12 (4), 323-334.

Lewis J. & Knijn T. (2010). Sex Education Materials in The Netherlands and in England and Wales: A comparison of content, use and teaching practice. *Oxford Review of Education*, 29 (1), 113-150.

Löfgren-Martenson L. & Mansson S. (2010). Lust, Love, and Life: A Qualitative Study of Swedish Adolescents' Perceptions and Experiences with Pornography. *The Journal of Seks Research*, 47 (6), 568-579.

Puzek I., Stulhofer A. & Bozicevic I. (2012). Is Religiosity a Barrier to Sexual and Reproductive Health? Results from a Population-Based Study of Young Croatian Adults. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 1497-1505.

RFSU (2017). The Swedish Association for Sexuality Education: Statistics & Facts - Sweden. Geraadpleegd op <http://www.rfsu.se/en/Engelska/About-rfsu/Resources/Statistics--Facts--Sweden/>

Ramiro L. & Gaspar de Matos M. (2008). Perceptions of Portuguese teachers about sex education. *Saúde Pública*, 42 (4).

Rocha A. C., Leal C. & Duarte C. (2015). School-based sexuality education in Portugal: strengths and weaknesses. *Sex Education*, 16 (2), 172-183.

Rutgers WPF. Richtlijn Seksuele en Relationale Vorming: visie, doelen en uitgangspunten (Utrecht, 2011). Geraadpleegd op [http://www.seksuelevorming.be/sites/default/files/digitaal\\_materiaal/whostandardsnederlands.pdf](http://www.seksuelevorming.be/sites/default/files/digitaal_materiaal/whostandardsnederlands.pdf)

Schaalma H., Reinders J. & Kok. G. (2009). Voorlichting en preventie. *Gianotten W.L., Gijs L., Vanwesenbeeck I. & Weijnenborg P.T.M.: Seksuologie*, 9, 217-231. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Seksualiteit.be (2017). Geraadpleegd op <http://www.seksualiteit.be/voorlichting/seksuele-opvoeding/seksuele-opvoeding-thuis-en-op-school>.

Sensoa: het Vlaams Expertisecentrum voor seksuele gezondheid (2013). RSV-Wijzer, een Vlaamse visie op relationele en seksuele vorming. Geraadpleegd op <http://www.seksuelevorming.be/materiaal/rsv-wijzer-een-vlaamse-visie-op-relationele-en-seksuele-vorming>

Sensoa: het Vlaamse Expertisecentrum voor seksuele gezondheid (2017). Seksuele vorming van Sensoa voor leraars en begeleiders. Geraadpleegd op <http://www.seksuelevorming.be/praten-over-seks/seksuele-vorming/relationele-en-seksuele-vorming-rsv-de-eindtermen>

Sherlock L. (2012). Sociopolitical influences on sexuality education in Sweden and Ireland. *Sex Education*, 12 (4), 383-396.

Sousa A. P., Soares I. & Vilar D. (2007). Lessons learnt from a secondary school Sex Education Program in Portugal. *Sex Education*, 7 (1), 35-45.

Stevenson V. (2015). Europe leads the way in sexual education. *The Globe and Mail: Canada, Ontario Edition*, life & arts pg L3.

Stulhofer A., Soh D., Jelaska N., Bacak V. & Landripet I. (2010). Religiosity and Sexual Risk Behavior among Croatian College Students, 1998-2008. *Journal of Sex Research*, 48 (4), 360-371.

Thanem T. (2010). Free At Last? Assembling, Producing and Organizing Sexual Spaces in Swedish Sex Education. *Gender, Work and Organization*, 17 (1), 91-112.

Trommelmans W. & Goris R. (2006). *Vlaanderen Vrijt: 50 jaar seks in Vlaanderen*. VZW Steam & Uitgeverij Van Halewijck, Leuven.

Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid, Sensoa (2016). Seksuele gezondheid: feiten en cijfers. Geraadpleegd op [www.sensoa.be](http://www.sensoa.be).

Weaver H., Smith G. & Kippax S. (2007). School-based seks education policies and indicators of sexual health among young people: a comparison of the Netherlands, France, Australia and the United States. *Sex Education*, 5 (2), 171-188.

WHO Europese Afdeling & Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Richtlijnen voor seksuele en relationele vorming in Europa: raamwerk voor beleidsmakers, onderwijs- en gezondheidsautoriteiten en deskundigen (Keulen, 2010). Geraadpleegd op [http://www.seksuelevorming.be/sites/default/files/digitaal\\_materiaal/whorichtlijnseksuelevormingnl.pdf](http://www.seksuelevorming.be/sites/default/files/digitaal_materiaal/whorichtlijnseksuelevormingnl.pdf)



## Bijlagen

### 1. Gezondheidsstatistieken

#### België

Tienerzwangerschappen	9 geboortes op 1000 meisjes (129 in 2016)
Abortussen	13%
SOA's	50 per 100 000
HIV/aids	15 266 <sup>13</sup>
Anticonceptiegebruik	54% (vrouwen 15-49 jaar) – 58% (jongeren 15-21 jaar)
Leeftijd eerste coïtus	Gemiddeld 17 jaar

Sensoa, 2013-2015; Seksualiteit.be, 2017

#### Nederland

Tienerzwangerschappen	7,4%
Abortussen	8,5 op 1000 zwangerschappen
SOA's	19% mannen – 22% vrouwen
HIV/aids	0,9%
Anticonceptiegebruik	59,6% (vrouwen 15-49 jaar)
Leeftijd eerste coïtus	Gemiddeld 17,1 jaar

Rutgers WPF, 2012

---

<sup>13</sup> Cijfergegevens uit het rapport "Epidemiologie van Aids en Hiv-infectie in België – Toestand op 31 december 2015" van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV – ISP)

## Zweden

Tienerzwangerschappen	7 op 1000 (5 op 1000 <sup>14</sup> )
Abortussen	37 693 in 2010
SOA's	1 op 9 had ooit een SOA
HIV/aids	0,18% in 2014
Anticonceptiegebruik	
Condoom	69% jongens – 58% meisjes
De pil	25% jongens – 37% meisjes
Leeftijd eerste coïtus	31% jongens – 32% meisjes had met 15 jaar seks

CIA.gov, 2017; Eurostat, 2010; RFSU, 2017; volksgezondheidszorg.info, 2010

## Portugal

Tienerzwangerschappen	13 op 1000 in 2010
Abortussen	15% in 2011
SOA's	onbekend
HIV/aids	0,7% mannen en 0,2% vrouwen in 2008
Anticonceptiegebruik	
Pil	33% meisjes
Condoom	78% jongens – 83% meisjes
Leeftijd eerste coïtus	27% jongens – 18% meisjes had met 15 jaar seks

Eurostat, 2010; Ramiro et al., 2008; Sensoa, 2011; volksgezondheidszorg.info, 2010

---

<sup>14</sup> volgens OESO.org in 2011

## Kroatië

Tienerzwangerschappen	onbekend
Abortussen	10%
SOA's (chlamydia)	5,3% vrouwen – 7,3% mannen (Puzek et al., 2012)
HIV/aids	0,1%
Anticonceptiegebruik	
Pil	8% meisjes
Condoom	20% adolescenten
Leeftijd eerste coïtus	26% jongens – 13% meisjes had met 15 seks

Puzek et al., 2012; Stulhofer et al., 2010; Sensoa, 2011; volksgezondheidszorg.info, 2010

## 2. Tweetalige interview-richtvragen

Bent u op de hoogte van wat er in Belgische (B)/Nederlandse (N)/Kroatische (K)/Portugese (P)/Zweedse (Z) scholen gebeurt omtrent seksuele vorming? – *Are you familiar with what happens in B/D/C/P/S schools when it comes to sexuality education?*

- Wordt het überhaupt gedoceerd? – *Is it actually taught?*
- Wanneer beslissen scholen om wel/niet aan sex. ed. te doen? – *When do schools decide to teach (or not to teach) about sexuality, to practice sex. ed.?*
- Doen alle scholen aan sex. ed. of zijn er een bepaalde soort scholen die aan sex. ed. doen, zoals bv. gemeenschapsscholen wel, maar katholieke scholen niet? – *Do all schools give sex. ed. or only specific schools (for example public schools do, catholic ones don't)?*
  - Wat is daar dan de reden voor? – *What is the reason for that?*
- Wie is de drijvende kracht achter deze educatie? De overheid, het schoolhoofd, de leraar biologie, de ouders, ...? – *Who/what is the driving force behind the (not) organised sex. ed.? Is it the government, the school principals, the biology teachers, the parents, ...?*
- Is er een algemeen curriculum dat in elke school dient gedoceerd te worden? Of kan/mag de inhoud van de sex. ed. verschillen van school tot school? – *Is there some*

kind of general curriculum that is required to be used in every school? Or can/may the content of the sex. ed. differ from one school to another?

- Is sex. ed. een overheidsverplichting? Met andere woorden: behoort het tot de eindtermen of staan scholen vrij in het al dan niet doceren ervan? – Is sex. ed. required by the government? Is it a subject for which exams are organized, or attainment targets need to be reached, or can schools decide whether or not to give sex. ed.?
- Vanaf welke leeftijd/graad worden de kinderen onderworpen aan sex. ed.? – Starting what age do children receive sex. ed. at school or at home or via others?
  - Hoe is deze sex. ed. georiënteerd? Ligt de nadruk op de biologie, de psychologie/beleving, het negatieve rond seks, dan wel het positieve, ...? – What is the focus of sex. ed.? Is the accent for example biology-oriented or more on psychology/experience, more on negative or positive aspects, ...?
- Jullie gezondheidsratio's zijn relatief laag/hoog. Hoe verklaart u dit? Kan seksuele educatie hier een oorzaak van zijn? – The sexual health figures in your country are rather low/high. For example: your country has a relatively low number of abortions (Croatia). How do you explain this or what is, you think, the reason for this? Can it be attributed to sex education?
  - Is jullie onderwijs zo goed/minder goed? Of moeten we de verklaring in de thuisomgeving, bij de peers, ... zoeken? – Is your approach to sex education really that good/Are there shortcomings in your educational system? Or do we need to go look for explanations elsewhere, as in the home environment, the peer groups, etc.?
  - Indien het niet het onderwijs is, hebt u dan een alternatieve verklaring voor jullie toch wel goede gezondheidscijfers (cfr. Zweden) als het op seksuele gezondheid aankomt? – If it's not your educational system and approach to sex education, what may be an alternative explanation for the positive outcomes and figures concerning sexual health in your country (e.g. Zweden)?
  - Bent u van mening dat (betere, meer, ...) seksuele vorming, al dan niet op school, tot een verbetering van deze ratio's kan leiden? – Do you think sex. ed. (in school or not) can help improve these numbers?
- Welke adviezen hebt u betreffende de organisatie, inhoud, ... van de huidige seksuele vorming in uw land? – What advice do you have concerning the organization, content, ... of sex. ed. as it is today?

Hebt u zicht op/een mening over de ouderlijke percipiëring en/of participatie betreffende seksuele vorming? – Do you have insight in or an opinion about the role of parental participation in sex. ed.? What, do you think, may be the parents' view on the subject?

- Staan de meeste ouders er open voor? – Are they open to it?
  - Zijn ze voor, dan wel tegen sex. ed. op school? – Are they pro or contra sex. ed. at school?
  - Communiceren zij er zelf over met hun kinderen of laten ze het liever over aan derden? – Do they talk about it with their children or do they prefer to let a third party deal with it?
  - Indien ze het er met hun kroost over hebben, wat is dan de oriëntatie ervan? – If they talk about it with their kids, what is its focus? More on biology, negative aspects of sex, or do positive aspects and experience take a central place?

Speelt geloofsovertuiging een belangrijke rol in uw land? Zo ja, over welke gaat het dan? – Do religious beliefs play an important role in your country? If so, what is the influence of religion?

Hoe zou u het verband tussen de seksuele vorming in B-N-K-P-Z en de plaatselijke seksuele gezondheidscijfers zelf verklaren? – How would you explain a possible connection between sex. ed. and sexual health figures in your country?

- Wat is uw visie hierop? – What is your view on this?
- Moeten we het zoeken in scholen, bij de overheid, bij de ouders/gezinnen, ...? – Do we need to look for explanations in schools, the role of the government, parents/families, ...?
- Is er, volgens u, überhaupt een verband? – Is there actually a connection to begin with, according to you? Or are the two rather unrelated?

Kent uw land veel publicaties rond seksuele vorming en gezondheid? – Can one find a lot of (publically available) publications about sex. ed. and health in your country?

- Hoe komt het, dat er zo veel/weinig gepubliceerd wordt? – Why is it there is that little/much available?
- Zijn deze publicaties dan in de landstaal of in het meer internationaal begrijpbare Engels? – Are these publications in your country's native language or in other languages (oriented towards immigrants, for example)?
- Bestaan er onderzoeks- of overheidsrapporten in uw landstaal? Met andere woorden: is het een topic waar de overheid zich wel/niet mee bezighoudt? – Are any national research reports available, in your own language? Is it a topic that concerns your government?

- Is het onderwerp eerder bijzaak of krijgt het toch een prominente plaats in onderhandelingen, curricula, wetteksten, enz.? – Does the subject get attention in policy discussions or negotiations, curriculum development, legal texts, ...? Does it have a prominent place or does it play a more minor role, in the background?
  - Wat zegt de wet in uw land eigenlijk over sex. ed.? – What does the law say about sex. ed. in your country?

De doorsnee aanpak in thuisland, wat vindt u daarvan? – The general approach in your country, how would you describe it? What do you think about it?

- Past deze binnen uw visie, geloofsovertuiging, ...? – Is it a perspective you agree with/approve of, or rather not? Is it compatible with your own (religious) beliefs?
- Gaat u akkoord met de huidige gang van zaken of zou u het toch enigszins anders aanpakken? – Do you agree with the current approach or would you change things?
  - Waar liggen volgens u de knelpunten? – What are, in your opinion, the challenges?
  - Wat vindt u goed/minder goed aan de huidige aanpak? – With what do you agree and with what do you disagree, or agree with less, when it comes to the current approach?



