

SYMPOSIUM SEKSUELE GEZONDHEID

Eindrapport / 18.02.2019

Inhoudstafel

Introductie	6
1 Opzet en doelstellingen	8
1.1 Aanbevelingen rond vijf seksuele gezondheidsthema's	8
1.2 Verkenning van vier actuele uitdagingen	10
2 Uitvoering	12
2.1 RONDETAFELS ROND VIJF SEKSUELE GEZONDHEIDSTHEMA'S	12
2.2 Good practices met aandacht voor de settings	13
2.3 Panelgesprekken rond vier actuele uitdagingen	14
3 Kinderen, jongeren en seksualiteit	16
3.1 Omschrijving en analyse	16
3.1.1 Seksualiteitsbeleving bij jongeren	16
3.1.2 Ervaring met geslachtsgemeenschap	17
3.1.3 Veilig vrijen	18
3.1.4 Holebi- en transfobie	19
3.1.5 Seksueel grensoverschrijdend gedrag	20
3.1.6 Online seksualiteit	20
3.1.7 Genitale verminking	21
3.1.8 RSV thuis en op school	21
3.1.9 Toegankelijke diensten en hulp voor jongeren	22
3.2 Beleid en aanbod in Vlaanderen	22
3.3 Bestaande acties	25
3.4 Doelstellingen en aanbevelingen	26
3.4.1 Prioriteit voor structureel werken rond relaties en seksualiteit op school	26
3.4.2 Meer onderzoek over RSV	31
3.4.3 Integratie van RSV binnen andere domeinen dan onderwijs	32
3.4.4 Toegankelijke en inclusievere hulpverlening	33
4 Preventie van hiv en soa	34
4.1 Omschrijving en analyse	34
4.1.1 Epidemiologie	34
4.1.2 Noden van de doelgroep	36
4.2 Beleid en aanbod in Vlaanderen	43
4.3 Bestaande acties	45
4.4 Doelstellingen en aanbevelingen	46
4.4.1 Sensibilisering rond soa, hiv en testen	46
4.4.2 Verhogen van de toegankelijkheid van testen	47
4.4.3 Sensibilisering rond condoomgebruik	48
4.4.4 Verkorten van de besmettelijke periode	49
4.4.5 Counselinggerichte aanpak	50
4.4.6 Meldingsplicht	50
5 (On)geplande en (on)gewenste zwangerschap	52
5.1 Omschrijving en analyse	52
5.1.1 Anticonceptie	52
5.1.2 Noodanticonceptie	53
5.1.3 Ongeplande zwangerschappen	53
5.1.4 Abortus	54
5.1.5 Ongewenst uitblijven van een geplande zwangerschap	54
5.1.6 Noden van de specifieke doelgroepen	55

////////////////////////////////////

Deel 1: Achtergrond



Introductie

Seksuele gezondheid is een belangrijk thema in het Vlaamse preventieve gezondheidsbeleid. Terwijl er in Vlaanderen al heel wat positieve zaken gebeuren op het vlak van seksuele gezondheid, zien we dat deze initiatieven vaak naast elkaar bestaan en dat een geïntegreerd preventief seksuele gezondheidsbeleid ontbreekt. Het Symposium Seksuele Gezondheid is een stap in die richting. Het Symposium vond plaats op 14 december 2018 in het Vlaams Parlement en werd uitgevoerd door het Agentschap Zorg en Gezondheid in samenwerking met Sensoa, het Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid.

Aan het Symposium ging een jaar voorbereidingswerk vooraf waarbij er onder andere een brede consultatie met het werkveld plaatsvond. Dit gebeurde aan de hand van vijf rondetafel bijeenkomsten, waaraan in totaal 148 personen deelnamen. Het Symposium kan dan ook gezien worden als een project, waarbij heel wat partners betrokken waren. De doelstelling was om te komen tot een stand van zaken op het vlak van seksuele gezondheid in Vlaanderen en na te gaan welke pijnpunten er vanuit het werkveld en beleid worden gesignaleerd, alsook om samen met het werkveld en beleid na te denken over aanbevelingen om aan deze pijnpunten tegemoet te komen. Tijdens het Symposium op 14 december werden de resultaten van deze voorbereidingen – de stand van zaken en geformuleerde aanbevelingen – gepresenteerd aan het brede publiek. Daarnaast werd er tijdens het Symposium stilgestaan bij een aantal actuele uitdagingen die zich stellen op het vlak van seksuele gezondheid. Dit gebeurde aan de hand van panelgesprekken met (ervarings)deskundigen. Dit rapport is een uitgebreid verslag van deze werkzaamheden in het kader van het Symposium Seksuele Gezondheid. Ook de verslagen van de panelgesprekken zijn in dit rapport opgenomen.

Het Symposium is geen eindpunt maar een doorstart naar nieuwe initiatieven, engagementen en samenwerkingen. De aanbevelingen die werden gepresenteerd, en die in dit rapport worden opgelijst, zijn het resultaat van een oefening die werd gemaakt met relevante partners uit het werkveld en beleid. Zij bieden echter geen concrete actieplannen of oplossingen. Er moet dan ook worden nagegaan in welke mate de aanbevelingen werkelijk gedragen zijn, welke er prioritair zijn, en welke uitvoerbaar zijn. Deze oefening kan leiden tot het aangaan van nieuwe engagementen en samenwerkingen of het opfrissen van bestaande engagementen en samenwerkingen. Dit eindrapport is dus een werkdocument voor al wie in Vlaanderen werkt rond het thema seksuele gezondheid, en dit vanuit preventie-oogpunt.

Het rapport bestaat uit drie onderdelen. Het eerste onderdeel geeft een uitgebreide omschrijving van de opzet en doelstellingen van het Symposium Seksuele Gezondheid (Hoofdstuk 1), alsook van de werkwijze die er werd toegepast bij de voorbereidingen (Hoofdstuk 2).

In het tweede onderdeel wordt voor vijf seksuele gezondheidsthema's de huidige stand van zaken in Vlaanderen in kaart gebracht, en worden de gemaakte aanbevelingen naar werkveld en beleid toe opgelijst. Dit gebeurt telkens afzonderlijk per seksuele gezondheidsthema: kinderen, jongeren en seksualiteit (Hoofdstuk 3), preventie van soa en hiv (Hoofdstuk 4), (on)geplande en (on)gewenste zwangerschap (Hoofdstuk 5), seksueel grensoverschrijdend gedrag (Hoofdstuk 6); en seksueel welbevinden (Hoofdstuk 7).

Het derde onderdeel van dit rapport ten slotte bevat de verslagen van de panelgesprekken die plaatsvonden tijdens het Symposium Seksuele Gezondheid. Het betreft vier panelgesprekken rond de volgende actuele uitdagingen: de sociale gradiënt in seksuele gezondheid (Hoofdstuk 8), seksualiteit



in de setting van zorg en welzijn (Hoofdstuk 9), sekswerk (Hoofdstuk 10), en relaties en seksualiteit in het digitale tijdperk (Hoofdstuk 11).



1 Opzet en doelstellingen

Seksuele gezondheid is één van de thema's uit het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid. Echter, voor het thema seksuele gezondheid ontbreekt het aan een degelijk uitgewerkte visie en strategie. Met het Symposium Seksuele Gezondheid zetten we een stap in die richting door de noden, uitdagingen en aanbevelingen die er vanuit het werkveld bestaan, in kaart te brengen. Het Symposium werd voorbereid en uitgevoerd door het Agentschap Zorg en Gezondheid in samenwerking met Sensoa, het Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid. Het Symposium wil een bijdrage leveren aan een positieve seksualiteitsbeleving. Een voldoende brede kijk op de preventieve aspecten van seksuele gezondheid moet er uiteindelijk voor zorgen dat alle personen en groepen die in Vlaanderen verblijven, over de nodige informatie en vaardigheden beschikken en het recht hebben om gefundeerde en geïnformeerde keuzes te maken over de eigen seksuele gezondheid, en toegang hebben tot aangepaste diensten. Meer specifiek situeren de doelstellingen van het Symposium zich op de volgende terreinen:

- > Een stand van zaken opmaken rond seksuele gezondheid
- > De noden, rol en engagement van de verschillende relevante settings nagaan
- > Actuele uitdagingen identificeren en bespreken
- > Aanbevelingen formuleren voor toekomstig beleid
- > Het draagvlak verhogen voor de preventie op het vlak van seksuele gezondheid

De aanbevelingen die in dit rapport worden opgenomen zijn het resultaat van een brede consultatie bij beleidsmakers en intermediairs uit het werkveld. Deze aanbevelingen geven dus een weerslag van de noden die er vanuit het werkveld vandaag ervaren worden, zonder dat deze gevalideerd en geprioriteerd zijn. In een latere fase moet worden nagegaan in welke mate de aanbevelingen breed gedragen zijn, en welke prioritair zijn. Verder merken we op dat de aanbevelingen werden geformuleerd in mei en juni 2018, en we niet uitsluiten dat er in de tussentijd reeds initiatieven gestart zijn die aan bepaalde aanbevelingen tegemoet komen. Recente ontwikkelingen werden zo goed als mogelijk verwerkt in dit rapport.

Het opzet van het Symposium is niet om te komen tot gedetailleerde actieplannen om de seksuele gezondheid in Vlaanderen te verbeteren. Dit eindrapport wordt het best beschouwd als een werkdokument waar de relevante actoren, zowel de beleidsmakers als de verschillende sectoren op het terrein, mee aan de slag kunnen gaan. Bepaalde aanbevelingen zijn zeer specifiek geformuleerd waarin een specifieke actor wordt opgeroepen om een specifieke actie te ondernemen. Andere aanbevelingen zijn eerder ruim geformuleerd, wat betekent dat deze in de toekomst door de relevante actoren verder geconcretiseerd dienen te worden. Een belangrijke afbakening is wel dat de aanbevelingen betrekking hebben op preventie en dat het doel gezondheidswinst op populatieniveau is.

1.1 AANBEVELINGEN ROND VIJF SEKSUELE GEZONDHEIDSTHEMA'S

Seksuele gezondheid werd opgedeeld in vijf seksuele gezondheidsthema's. Deze bouwen verder op de vijf thema's zoals onderscheiden in het Sexpert-onderzoek¹, vooralsnog het enige grootschalige bevolkingsonderzoek rond seksuele gezondheid in Vlaanderen. De vijf thema's dekken de hoofdthema's uit de beheersovereenkomst van Sensoa alsook de werking van de vele 'stakeholders'

¹ Buyse, A., Caen, M., Dewaele, A. e.a. (Red). (2013). *Sexpert: seksuele gezondheid in Vlaanderen*. Gent: Academia Press.



op het terrein. Op die manier worden de belangrijkste gezondheidsaspecten van seksualiteit gedekt. De vijf thema's zijn:

1. **Kinderen, jongeren en seksualiteit:** het bevorderen en vrijwaren van de seksuele gezondheid bij kinderen en jongeren (0 tot 25 jaar). De focus ligt op het verzekeren van toegang tot kwaliteitsvolle relationele en seksuele vorming, en de toegang tot informatie en diensten die kinderen en jongeren nodig hebben om op een gezonde manier hun seksualiteit te beleven.
2. **Preventie van hiv en soa.** De focus ligt op het stimuleren van preventiestrategieën en het verhogen van de toegang tot diagnose en correcte behandeling. Hierbinnen worden prioriteiten voorgesteld.
3. **(On)geplande en (on)gewenste zwangerschap.** De focus ligt op informatievoorziening rond het plannen van een zwangerschap, het bevorderen van kennis over en gebruik van anticonceptie en de noodpil, en toegang tot hulpverlening bij ongewenste zwangerschap met aandacht voor de situationele context.
4. **Seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG):** een preventief beleid. Er gaat specifiek aandacht naar de omvang en aard van het probleem, het identificeren van prioriteiten op het vlak van SGG, de preventie van SGG binnen verschillende contexten en doelgroepen, en het verhogen van de toegang tot zorg en hulpverlening (zorgcontinuüm). Er wordt rekening gehouden met het rapport van de parlementaire commissie grensoverschrijdend gedrag.
5. **Seksueel welbevinden:** om de seksuele (en relationele) tevredenheid te bevorderen, zetten we in op het verhogen van de bespreekbaarheid van seksueel welbevinden en seksuele problemen.

De noden van mensen met hiv werden niet opgenomen aangezien deze het thema 'seksuele gezondheid' overstijgen. Dit thema zal op een ander forum aan bod komen, naar aanleiding van de behoeftebevraging bij mensen met hiv die momenteel loopt.

Zoals aangegeven heeft het Symposium geenszins tot doel om concrete actieplannen naar voren te schuiven, maar biedt het wel een opstap om dergelijke actieplannen in een later stadium te ontwikkelen. Daarbij zijn de bestaande overlegplatformen van essentieel belang omdat zij reeds de partners samenbrengen die nodig zijn om deze oefening te maken. Deze overlegplatformen zijn ook van belang om de algemene draagkracht en prioriteit van de gemaakte aanbevelingen verder af te toetsten.

Voor het thema **kinderen, jongeren en seksualiteit**, denken we concreet aan het Forum Jongeren, Relaties en Seksualiteit. Dit is een netwerkoeverleg voor alle Vlaamse middenveldorganisaties die betrokken zijn bij de promotie van seksuele rechten en gezondheid van kinderen en jongeren, waaronder Pimento, Çavaria, RoSa, Ella, De Kraamvogel, Ambrassade, ICRH, JAC's, en onderwijskoepels. Dit overleg vindt twee keer per jaar plaats in de kantoren van Sensoa. Typische agendapunten zijn de voorstelling van recente onderzoeken of van de werking van een bepaalde organisatie, brainstorm over bepaalde actuele uitdagingen of campagnes, visiebepaling, en samenwerking voor advocacy. Verder denken we voor dit thema aan de Commissie Onderwijs en Samenleving van de Vlaamse Onderwijsraad. Daarin zetelen naast Sensoa onder andere gezondheidsorganisaties, milieuorganisaties, wereldburgerschapsorganisaties, onderwijskoepels, ouderkoepels, het departement Onderwijs, en lerarenopleiders. Hier kunnen nieuwe methodieken of ideeën over relationele en seksuele vorming, of over beleid rond relaties en seksualiteit op school worden besproken. De commissie komt een zestal keren per jaar samen.

Met betrekking tot het thema **preventie van soa en hiv** kijken we naar het Vlaams Soa-overleg, een platform dat bestaat uit experts uit de diverse disciplines betrokken in het soa-werkveld. Het gaat dan bijvoorbeeld om professionelen werkzaam in laboratoria, klinici met een medische praktijk, epidemiologen, onderzoekers, gezondheidswerkers, professionelen werkzaam op het vlak van seksuele gezondheidspromotie, diensten voor infectieziektebestrijding en ontwikkelaars van soa-

////////////////////////////////////

Voor het thema **(on)geplande en (on)gewenste zwangerschap** bestaat er geen platform dat alle partners samenbrengt. Er bestaan wel koepels en samenwerkingsverbanden waar er verder met de aanbevelingen aan de slag kan worden gegaan, zoals de abortuscentra. Daarnaast kan er verkend worden of de oprichting van een platform opportuun zou zijn. De concrete praktijken van alle mogelijke partners rond het thema (on)geplande en (on)gewenste zwangerschap liggen evenwel zodanig uit elkaar dat een afbakening nodig is bij de oprichting van een mogelijk platform.

Met betrekking tot het thema **seksueel welbevinden** bestaat er momenteel geen platform of overleg. Sensoa bekijkt of de doelstelling van de stuurgroep huisartsen – opgezet om het project Huisartsen te begeleiden – kan verruimd worden naar seksueel welbevinden. Er dient bekeken te worden op welke manier deze groep kan uitgebreid worden om aanbevelingen van het Symposium verder te bespreken. Momenteel bestaat de stuurgroep ondermeer uit vertegenwoordigers vanuit Sensoa, de Vlaamse Vereniging voor Klinisch Seksuologen en Domus Medica.

Naast het formuleren van aanbevelingen, heeft het Symposium Seksuele Gezondheid tot doel om stil te staan bij een aantal actuele uitdagingen die zich stellen op het vlak van seksualiteit. Dit gebeurt aan de hand van panelgesprekken tijdens het Symposium. Voor deze uitdagingen is het niet zozeer de bedoeling om aanbevelingen te formuleren, dan wel om deze uitdagingen in de diepte te verkennen en mogelijke insteken voor een preventief gezondheidsbeleid te onderzoeken. De vier actuele uitdagingen zijn de volgende:

van de manier waarop nieuwe relaties en seksuele contacten worden aangegaan. We bespreken het gebruik van datingsites en dating apps, en verkennen de mogelijke implicaties met betrekking tot het preventieve gezondheidsbeleid.



2 Uitvoering

Aan het Symposium Seksuele Gezondheid ging een voorbereidingstraject van elf maanden vooraf. Tijdens dit voorbereidingstraject werd er een stand van zaken opgesteld voor elk van de vijf seksuele gezondheidsthema's, en werden *good practices* opgesteld. Om te komen tot breed gedragen aanbevelingen, werd het werkveld gehoord door middel van vijf thematische rondetafels. Tot slot werden er tijdens het Symposium vier panelgesprekken georganiseerd, waarbij er telkens met (ervarings)deskundigen gereflecteerd werd over de vier vooraf bepaalde actuele uitdagingen.

2.1 RONDETAfels ROND VIJF SEKSUELE GEZONDHEIDSTHEMA'S

Voor ieder seksuele gezondheidsthema werd er een lijst opgesteld met potentiële deelnemers, waarbij beoogd werd om verschillende sectoren en doelgroepen zo goed mogelijk aan bod te laten komen. Deze lijsten werden opgesteld door de beleidsmedewerkers van Sensoa en het Agentschap Zorg en Gezondheid, en werden ter goedkeuring voorgelegd aan het Kabinet Volksgezondheid. De rondetafels vonden plaats tussen 30 mei en 26 juni 2018 en in totaal namen 148 mensen deel. De deelnemerslijsten zijn terug te vinden in bijlage 1.

Deelnemers	
Kinderen, jongeren en seksualiteit	30
Seksueel welbevinden	23
Preventie van soa en hiv	25
Seksueel grensoverschrijdend gedrag	40
(On)geplande en (on)gewenste zwangerschap	30
Totaal	148

Tabel 1 Aantal deelnemers per rondetafel

Twee weken voorafgaand aan de respectievelijke rondetafel werden de deelnemers uitgenodigd om ter voorbereiding een online survey in te vullen (terug te vinden in bijlage 2). Ook mensen die niet konden deelnemen aan de rondetafel, maar hiervoor wel uitgenodigd werden, ontvingen deze oproep. Er namen 132 mensen deel aan deze survey (deelnemers terug te vinden in bijlage 3). Globaal genomen tonen de resultaten van de survey dat er met betrekking tot de vijf seksuele gezondheidsthema's reeds heel wat positieve zaken gebeuren in Vlaanderen, maar dat er ook nog heel wat ruimte voor verbetering bestaat.

Op basis van de pijnpunten en obstakels die geformuleerd werden in het online survey, werden er voor elk seksuele gezondheidsthema vier tot zes subthema's of uitdagingen afgebakend. Tijdens de rondetafel werden de deelnemers opgedeeld in kleinere werkgroepen volgens deze vooraf bepaalde subthema's. Binnen de werkgroepen werd vervolgens nagedacht over concrete doelstellingen en aanbevelingen om de seksuele gezondheid met betrekking tot het specifieke subthema op een preventieve manier te verbeteren.

De aanbevelingen die uit deze rondetafels verder kwamen, worden in dit rapport opgenomen. De aanbevelingen worden gecategoriseerd, waarbij vertrokken wordt van de categorieën in het rapport Gezond Leven, aangevuld met nieuwe categorieën.

Categorie		Uitleg
Educatie	<i>Informereren doelgroep</i> (E – informeren doelgroep)	• Informeren en sensibiliseren van doelgroep en naaste omgeving • Manieren om doelgroep te bereiken
	<i>Informereren intermediairs</i> (E – informeren intermediairs)	• Informeren en sensibiliseren van intermediairs. • Manieren om intermediairs te bereiken
	<i>Vaardigheden doelgroep</i> (E – vaardigheden doelgroep)	• Kunnen en doen • Vaardigheden versterken bij doelgroep en naaste omgeving
	<i>Deskundigheidsbevordering</i> (E – deskundigheidsbevordering)	• Kunnen en doen • Deskundigheidsbevordering bij intermediairs
	<i>Materiaalontwikkeling</i> (E – materiaalontwikkeling)	• Materialen om toe te passen door de doelgroep of door intermediairs
Omgevingsinterventie (O)		Interventie op het niveau van scholen, zorginstellingen, de media, ...
	<i>Beleid via afspraken en regels</i> (B)	• Beleid en aanpak van instellingen en organisaties (nieuwe samenwerkingsverbanden, ...) alsook op beleidsniveau (wetten, opgelegde verplichtingen, ...)
	Zorg en begeleiding (Z)	• (Vroeg)detectie en (vroeg)interventie organiseren en uitvoeren
	<i>Wetenschap en innovatie</i> (W)	• Wetenschappelijke kennis vergaren • Registratie van gegevens • Via innovatie nieuwe oplossingen bedenken

Tabel 2 Aanbevelingen uit de rondetafels

2.2 GOOD PRACTICES MET AANDACHT VOOR DE SETTINGS

Het Vlaamse preventieve gezondheidsbeleid is opgebouwd rond acht settings, of contexten waarin de burger zich begeeft en waarin acties ondernomen kunnen worden om de gezondheid op een preventieve manier te verbeteren. Deze acht settings zijn de volgende:

- > Gezondheid in eigen handen (burgers, BU)
- > Gezin, bron van gezondheid (gezin, G)
- > Vrije tijd, gezonde tijd (vrije tijd, VT)
- > Gezondheid in het onderwijs (onderwijs, O)
- > Werken, ook aan gezondheid (werk, W)
- > Meer gezondheid in zorg en welzijn (zorg en welzijn, ZW)
- > Gezonde buurten (lokale gemeenschap, LG)
- > Goed bestuur, de weg naar gezondheid (bestuur, BS)

Seksuele gezondheid is bij uitstek een onderwerp dat in de privésfeer ligt. Het is dan ook niet evident om voor dit thema doelstellingen te formuleren die vanuit settings vertrekken. Om toch de éénvormigheid met het Vlaamse gezondheidsbeleid te bewaren, en dus de link met de settings te maken, werden in functie van het Symposium Seksuele Gezondheid good practices opgelijst binnen het domein van het preventieve seksuele gezondheidsbeleid, en deze good practices werden

////////////////////////////////////

gekoppeld aan de acht settings. Deze oefening werd voor elk van de vijf seksuele gezondheidsthema's afzonderlijk gemaakt.

2.3 PANELGESPREKKEN ROND VIER ACTUELE UITDAGINGEN

Tijdens het Symposium Seksuele Gezondheid werden er in parallelle sessies panelgesprekken georganiseerd rond de vier vooraf bepaalde actuele uitdagingen. Deze sessies duurden elk twee uur. Voor iedere sessie werd er een panel samengesteld bestaande uit (ervarings)deskundigen waaraan vooraf bepaalde stellingen en vragen werden voorgelegd. Daarnaast werd actieve deelname vanuit het publiek gestimuleerd.



Deel 2: Stand van zaken en aanbevelingen rond vijf seksuele gezondheidsthema's²

² De resultaten die in dit deel worden opgenomen, werden ook gepresenteerd tijdens het Symposium Seksuele Gezondheid op 14 december 2018. U kan de slides van deze presentatie terugvinden in bijlage 4.



3 Kinderen, jongeren en seksualiteit

3.1 OMSCHRIJVING EN ANALYSE

‘Kinderen en jongeren’ is een verzamelterm voor de ganse groep van 0 tot 25 jaar, en wordt ook in deze tekst als zodanig gebruikt.

Relationele en seksuele vorming (RSV) heeft tot doel om kinderen en jongeren te ondersteunen om bevredigende, bewuste, gezonde en respectvolle keuzes te maken over hun relaties, hun seksualiteit, en hun emotionele en fysieke gezondheid. Hierbij is niet enkel aandacht voor wat er mis kan lopen, maar wordt ook geleerd hoe positief om te gaan met relaties en seksualiteit. De Wereldgezondheidsorganisatie definieert RSV als volgt³:

‘Leren over de cognitieve, emotionele, sociale, interactieve en fysieke aspecten van seksualiteit. [Het] start vroeg in de kindertijd en gaat voort door de adolescentie en volwassenheid. Voor kinderen en jongeren doelt het op de ondersteuning en bescherming van de seksuele ontwikkeling. Het voorziet en versterkt gradueel kinderen en jongeren met de informatie, vaardigheden en positieve waarden om hun eigen seksualiteit te begrijpen en ervan te genieten, om veilige en betekenisvolle relaties te hebben en om verantwoordelijkheid te nemen voor de seksuele gezondheid en welzijn van zichzelf en anderen.’

Goede RSV is wetenschappelijk accuraat, niet-veroordelend, leeftijdsadequaat en volledig. De effecten van RSV zijn wetenschappelijk onderbouwd, en kunnen opgedeeld worden in ‘harde’ en ‘zachte’ uitkomsten. Harde uitkomsten zijn bijvoorbeeld de reductie in tienerzwangerschappen en abortussen, een daling van soa’s en hiv, of een vermindering van homofobie. Zachte uitkomsten zijn onder andere een beter besef van mensenrechten, respect, aanvaarding, tolerantie en empathie voor anderen, vaardigheden omtrent (onderhandelen over) anticonceptiegebruik, en assertiviteit.⁴

Naast de schoolmedewerkers zijn ook ouders, leeftijdsgenoten, professionele en vrijwillige begeleiders en media belangrijke informatiebronnen. Ze spelen ook een rol in de ondersteuning van jongeren op moeilijke momenten door te luisteren, raad te geven of door te verwijzen naar gespecialiseerde hulp.

In dit hoofdstuk wordt de seksuele gezondheid bij Vlaamse kinderen en jongeren besproken vanuit een breed perspectief. Eerst wordt de algemene beleving van seksualiteit door jongeren besproken. De aandachtspunten die vervolgens aan bod komen zijn ervaring met geslachtsgemeenschap, veilig vrijen, halebifobie en transfobie, seksueel grensoverschrijdend gedrag, online seksualiteit, en genitale verminking. Afsluitend wordt ingegaan op relationele en seksuele vorming thuis en op school.

3.1.1 Seksualiteitsbeleving bij jongeren

De meeste jongeren bouwen stapsgewijs meer ervaring op met seksualiteit en nemen daar hun tijd voor.⁵ Ze hebben meestal een eerste keer seks met iemand waarmee ze een relatie hebben of die ze goed vertrouwen. Ze geven meestal positieve overwegingen aan om seks te hebben zoals het leuk, opwindend of spannend te vinden, om zich emotioneel dicht bij hun partner te voelen, of om hun

³ BZgA & WHO (2010). *Standards for sexuality education in Europe*. Geraadpleegd op 3 mei 2018 van https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/WHO_BZgA_Standards_English.pdf

⁴ BZgA, UNFPA, & WHO (2015). *Sexuality education: What is its impact?* Geraadpleegd op 3 mei 2018 van <https://www.bzga.de/pdf.php?id=c9e1e510bce6512b812806efac13aa54>

⁵ Beyers, W. (2014). *Samenvatting van de gegevens uit het onderzoek over seksueel gedrag 2007-2013*. [niet-gepubliceerde onderzoeksamenvatting].



toewijding te tonen. Slechts een kleine groep heeft uitgesproken negatieve motieven om seks te hebben: omdat ze zich anders schuldig zouden voelen, om hun imago op te krikken of om te gaan met de ontgoochelingen in hun leven.

Doorgaans beleven jongens en meisjes hun eerste keer ambigu. Jongeren hebben soms conflicterende gevoelens op het moment zelf, en de emoties kunnen ook veranderen als ze er later op terugkijken.⁶ Toch wordt de eerste keer gemiddeld genomen eerder positief ervaren, en voor jongens is dit nog meer het geval dan voor meisjes. Jongens geven ook meer aan dan meisjes dat ze zich er klaar voor voelden, wat op zijn beurt een bepalende factor is voor de beleving van de eerste keer. De ervaring van pijn bij de eerste keer gaat voor vrouwen samen met een minder positieve ervaring. Deze vrouwen geven ook vaker aan dat ze zich er minder klaar voor voelden.⁷

3.1.2 Ervaring met geslachtsgemeenschap

De studie 'Jongeren en Gezondheid' (HBSC)⁸ stelt vast dat er tussen 2010 en 2014 een daling is in het aantal jongeren uit het secundair onderwijs dat al ervaring had met geslachtsgemeenschap. Uit het Sexpert-onderzoek^{9, 10} blijkt dat de gemiddelde leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap 17,1 jaar bedraagt bij mannen en 16,5 jaar bij vrouwen (berekend op de leeftijdsgroep van 14- tot 35-jarigen). Er wordt een genderverschil in beleving vastgesteld, waarbij mannen gemiddeld genomen aangeven dat ze zich er meer klaar voor voelden en dat ze de eerste keer positiever ervaren hebben dan vrouwen.

Een bijzonder aandachtspunt zijn jongeren die vroeg starten met geslachtsgemeenschap. Een jonge leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap wordt gezien als een risico voor de seksuele gezondheid. Op basis van het Sexpert-onderzoek blijkt dat er bij de 14- tot 35-jarigen, één op vier van de mannen (24,9%) en 30,9% van de vrouwen ervaring had met geslachtsgemeenschap vóór 15 jaar. Er moet hierbij opgemerkt worden dat geslachtsgemeenschap op jonge leeftijd niet voor iedere jongere even problematisch is. Een Vlaamse kwalitatieve studie naar de beleving van een vroege eerste keer (de SAFE II-studie¹¹) toont aan dat de kwaliteit van de relatie met de eerste partner, de kwaliteit van het besluitvormingsproces naar de eerste keer toe, en het seksuele traject dat aan de eerste keer vooraf ging, beslissende factoren zijn voor de beleving van een geslachtsgemeenschap op jonge leeftijd.

Ook het leeftijdsverschil met de partner is een potentiële risicofactor bij de eerste geslachtsgemeenschap, en dan vooral bij vroege starters. Niet alleen wordt er vaker spijt gerapporteerd over een vroege eerste keer indien de partner ouder was dan henzelf, ook wordt er in dat geval minder vaak anticonceptie gebruikt. Ongeveer drie vierde van de mannen tussen 14 en 35 jaar (74,4%) had een eerste partner die even oud of jonger was, terwijl de meeste vrouwen in die leeftijdsgroep (68%) een eerste partner hadden die ouder was (gemiddeld 1,8 jaar ouder).¹²

Zowel het Sexpert-onderzoek als de 'Jongeren en Gezondheid' studie stellen verschillen in ervaring met geslachtsgemeenschap vast naargelang de onderwijsstroom van de jongere. Jongeren in het BSO hebben een grotere kans om seksueel actief te zijn dan jongeren van dezelfde leeftijd in het ASO. Een

⁶ Symons, K., Verhetsel, L., Van Houtte, M., & Vermeersch, H. (2012). *Geslachtsgemeenschap op jonge leeftijd: Wat maakt het een positieve ervaring? Samenvatting van de onderzoeksresultaten en praktische implicaties. Geraadpleegd op 8 augustus 2018 van* <https://biblio.ugent.be/publication/3059967>

⁷ Symons, K., Van Houtte, M., & Vermeersch, H. (2013). *De seksuele start*. In A. Buysse et al. (Red.) *Sexpert: Seksuele gezondheid in Vlaanderen*. (pp.119-154). Gent: Academia Press.

⁸ HBSC (2014). *Jongeren en gezondheid 2014: Seksualiteit en relaties. [factsheet] Geraadpleegd op 4 mei 2018 van* <http://www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be/materialen/factsheets-vlaanderen/seksuele-gezondheid-en-relaties/>

⁹ Symons, K., Van Houtte, M., & Vermeersch, H., op.cit. p.17.

¹⁰ Symons, K., Van Houtte, M., & Vermeersch, H. (z.d.). *Een vroege eerste keer: (wanneer) is het een risico? [Factsheet] Geraadpleegd op 4 mei 2018 van* <http://www.sexpert-vlaanderen.ugent.be/media/4690/factsheeteerste-keer20131114.pdf>

¹¹ Symons, K., Verhetsel, L., e.a., op.cit. p. 17.

¹² Symons, K., Van Houtte, M., & Vermeersch, H., op.cit. p.17.

14-jarige jongere uit het ASO heeft bijvoorbeeld slechts 14% kans om al geslachtsgemeenschap te hebben gehad, terwijl dit bij een 14-jarige jongere uit het BSO 31% kans is. Jongeren uit het TSO situeren zich daar tussenin.¹³

3.1.3 Veilig vrijen

De studie 'Jongeren en Gezondheid'¹⁴ geeft een overzicht van het anticonceptiegebruik bij Vlaamse jongeren in het secundair onderwijs. Terwijl veel jongeren ervaring hebben met condoomgebruik, wordt deze methode niet op een consequente manier toegepast. Ongeveer vier op vijf jongeren gebruikte een condoom bij de eerste keer dat ze geslachtsgemeenschap hadden (76,6% bij de meisjes en 72,5% bij de jongens). Bij hun meest recente seksuele contact was dit cijfer gedaald naar 40,8% bij meisjes en 50,1% bij jongens. Bij meisjes is er een verschil in condoomgebruik naargelang de onderwijsstroom, waarbij meisjes in het ASO vaker aangeven een condoom te hebben gebruikt bij het laatste contact (48%) dan meisjes in het KSO/TSO (38%) en BSO (35%). Het pilgebruik is populair bij seksueel actieve meisjes, en vier op vijf (75,6%) gaf aan bij het laatste seksueel contact de combinatiepil te hebben gebruikt. Specifiek bij de leeftijdsgroep 17- en 18-jarigen, nam 83% van de meisjes de pil bij het laatste seksuele contact.

Een belangrijke minderheid van de jongeren slaagt er niet in om anticonceptie te gebruiken bij seksueel contact, en dit probleem stelt zich vooral bij jongens. Ongeveer één op vijf van de jongens (19,8%) en minder dan één op tien van de meisjes (8,2%) gaf aan al seksueel contact te hebben gehad zonder anticonceptie te hebben gebruikt. Dit is bovendien een toename sinds 2010, toen slechts 12,5% van de jongens en 5,8% van de meisjes aangaf al onbeschermd seksueel contact te hebben gehad.

Tot slot geeft 3,4% van de jongens en 3,2% van de meisjes aan de noodpil te hebben gebruikt bij het laatste seksuele contact, en dit is een significante daling sinds 2010. Bij meisjes is er een verschil in het gebruik van de noodpil naargelang de onderwijsstroom, waarbij meisjes in het BSO vaker aangeven dat ze bij het laatste contact de noodpil hebben gebruikt (5%) dan meisjes in het ASO (2%) en TSO (3%).

Met betrekking tot tienerzwangerschappen doet zich een positieve evolutie voor. In 2015 was één op 76 (1,3%) van de bevallen vrouwen jonger dan 20 jaar. Dit is een daling sinds 2006.¹⁵

We zien op basis van het Sexpert-onderzoek¹⁶ dat het testgedrag bij de jongvolwassenen laag ligt. Zeven op de tien vrouwen en acht op de tien mannen tussen 18 en 29 jaar heeft zich nog nooit laten testen op soa's. We zien dat de diagnoses van bepaalde soa's duidelijk in opmars zijn.¹⁷ Chlamydia is de vaakst gerapporteerde soa en het aantal vaststellingen nam duidelijk toe. Deze stijging zien we vooral in Vlaanderen en Wallonië. Bij jonge vrouwen tussen 15 en 34 jaar stellen artsen het vaakst chlamydia vast, met bijna twee keer meer registraties dan bij mannen. Bij de mannen is er een stijgende trend sinds 2011, voornamelijk bij de mannen vanaf 20 jaar. In 2002 waren er in Vlaanderen 439 gevallen vastgesteld, in België 1.055. In 2016 waren er in Vlaanderen 4.221 geregistreerde gevallen, in België al 6788. Ook de rapportering van gonorroe neemt toe in Vlaanderen. De registraties stegen van 150 gevallen in 2002 naar 880 in 2016. Onder mannen wordt in acht op de tien gevallen de

¹³ Ibid.

¹⁴ HBSC, op.cit. p.17.

¹⁵ Devlieger, R., Martens, E., Martens, G., Van Mol, C., & Cammu, H. (2016). *Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2015. Geraadpleegd op 4 mei 2018 van* <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Evaluatierapport%20SPE%202015.pdf>

¹⁶ Elaut, E., Caen, M., Dewaele, A., & Van Houdenhove, E. (2013). *Seksuele gezondheid in Vlaanderen*. In A. Buysse et al. (Red.) *Sexpert. Seksuele gezondheid in Vlaanderen*. (pp. 41-118). Gent: Academia Press.

¹⁷ Verbrugge, R., & Crucitti, T. (2015). *Soa surveillance 2002-2014: nationale en regionale gegevens van de Peillaboratoria voor Microbiologie*. Brussel: WIV-ISP; NRC (niet gepubliceerd).

diagnose gesteld bij mannen die seks hebben met mannen. Voornamelijk jonge homomannen tussen 20 en 35 krijgen bij tests het vaakst een gonorroediagnose. Sinds 2011 is er een toename van gevallen bij 20- tot 29-jarige vrouwen.¹⁸

In 2017¹⁹ kwam 8,6% (N=34 personen) van de nieuwe hiv-diagnoses in Vlaanderen voor bij de leeftijdsgroep van 15 tot 24 jaar, waarvan 13 besmettingen tussen mannen die seks hadden met mannen en 12 bemettingen via heteroseksueel contact. Tussen 2012 en 2017 daalde het aandeel van de min 25-jarigen met 28%. Ook al komt hiv niet meteen veel voor onder de Vlaamse jongeren, toch moet ook daarrond blijvend preventie gevoerd worden. Het thema preventie van soa en hiv komt aan bod in het volgende hoofdstuk.

3.1.4 Holebi- en transfobie

Uit de JOP-Monitor 2013²⁰ blijkt dat een kleine minderheid van jongeren extreme anti-homoattitudes heeft. Ongeveer één op de tien (11,3%) zou geen leraar of lerares willen die homoseksueel is, en ongeveer één op de twintig vindt niet dat homoseksuele mannen en lesbische vrouwen hun leven zouden moeten kunnen leiden zoals zij dat willen (4,7%) en dat agressie tegen homoseksuelen aanvaardbaar is (4,6%). Verder vindt 4,2% dat het homohuwelijk weer moet worden afgeschaft en zou 4,0% niet meer met een vriend(in) over straat willen wandelen indien blijkt dat deze homoseksueel zou zijn. Daar tegenover staat dat ongeveer acht op de tien jongeren (81,0%) vindt dat kinderen op school moeten leren om respect te hebben voor homoseksuelen.

D'Haese en collega's²¹ geven op basis van wetenschappelijke literatuur een voorzichtige schatting van homofobe agressie: de helft tot 70% van de holebi's geeft aan verbale agressie ervaren te hebben. Bedreiging wordt gemeld door 20% tot 25% van de holebi's, terwijl fysieke agressie voorkomt bij ongeveer één op de tien holebi's.

Er zijn weinig cijfers over transgendergeweld in Vlaanderen. Motmans en collega's²² stelden vast dat 78,9% te maken kreeg met verbaal of psychisch geweld. Ongepaste nieuwsgierigheid kwam het vaakst voor (68,8%), maar ook uitgelachen of belachelijk gemaakt worden (67%), beledigende seksuele opmerkingen (60,8%), en uitgemaakt, afgebluft of uitgescholden worden (56,8%) kwamen erg vaak voor.

Uit een enquête op Vlaamse scholen blijkt dat vier op de tien LGBT+ leerlingen zich onveilig voelt vanwege hun seksuele oriëntatie. Één op vier voelt zich onveilig vanwege hun genderexpressie. De helft zegt dat leerkrachten nooit reageren op LGBT+ negatieve opmerkingen.²³

¹⁸ Vanden Berghe, W., Crucitti, T., & De Baetselier, I. (2018). *Surveillance van seksueel overdraagbare aandoeningen 2002-2016. Nationale en regionale gegevens afkomstig van het netwerk van laboratoria voor microbiologie en het nationale referentiecentrum. Tussentijds rapport*. Brussel: Sciensano.

¹⁹ Sasse, A., Deblonde, J., Jamine, D., & Van Beckhoven, D. (2018) *Epidemiologie van aids en hiv-infecties in België. Toestand op 31 december 2017*. Brussel: Sciensano, Dienst Epidemiologie van Infectieziekten.

²⁰ Jongeren Onderzoeksplatform (2013). *Jop-Monitor 2013*. Geraadpleegd op 14 mei 2018 van <http://databank.jeuqdonderzoeksplatform.be/>

²¹ D'haese, L., Dewaele, A., & Van Houtte, M. (2013). *Geweld tegenover holebi's – deel 1. Verkennende studie over de beleving, de omstandigheden en de uitkomsten van holebigeweld in vlaanderen*. Antwerpen: Steunpunt Gelijkekansenbeleid.

²² Motmans, J., T'Sjoen, G., & Meier, P. (2015). *Geweldervaringen van transgender personen in België*. Geraadpleegd op 14 mei 2018 van http://www.steunpuntgelijkekansen.be/wp-content/uploads/Geweldervaringen_van_trans_personen_in_Belgie_2015.pdf

²³ Cavarria (2017). *Vlaamse LGBT+ schoolklimaat enquête 2016 – 2017*. Geraadpleegd op 14 mei 2018 van https://cavarria.be/sites/default/files/scholierenenquete_2017_nl.pdf

3.1.5 Seksueel grensoverschrijdend gedrag

Jongeren vormen een risicogroep op het vlak van het meemaken van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Uit het Sexpert-onderzoek²⁴ blijkt dat 16,6% van de respondenten reeds voor de leeftijd van 18 jaar seksueel grensoverschrijdend gedrag meemaakten. Meisjes (22,3%) lopen daarbij meer risico dan jongens (10,7%). Wanneer seksueel grensoverschrijdend gedrag voorkwam tijdens de kindertijd, dan gebeurde dit gemiddeld genomen op 13 jaar. Bij herhaaldelijk slachtofferschap was de gemiddelde leeftijd bij de eerste keer 11 jaar, en bij de laatste keer 14 jaar. Het meeste seksueel grensoverschrijdend gedrag komt bovendien voor thuis of op school.²⁵

In de studie 'Jongeren en Gezondheid'²⁶ werd gekeken naar ervaringen met ongewenst aangeraakt worden en gedwongen worden iemand anders aan te raken. Ongeveer één op vier meisjes (24,8%) gaf aan al eens ongewenst te zijn aangeraakt, tegenover 14,6% van de jongens. Gedwongen worden om iemand aan te raken, kwam voor bij 12,4% van de meisjes tegenover 7,7% van de jongens. Beide vormen van grensoverschrijdend gedrag kwamen het minst vaak voor bij jongeren in het ASO en het vaakst bij jongeren in het BSO.

3.1.6 Online seksualiteit

Het internet is een kanaal waarlangs kinderen en jongeren in aanraking komen met seksueel materiaal. In een Nederlands onderzoek²⁷ bij 9- tot 12-jarigen meldde 35% van de kinderen op internet beelden van seks te hebben gezien.

Het internet is ook een kanaal waarlangs jongeren zelf gaan experimenteren met seksualiteit. Internationaal onderzoek stelt vast dat steeds meer jongeren aan sexting doen (het elektronisch delen van seksueel expliciet beeldmateriaal), vooral via de smartphone.²⁸ Cijfers uit Apestaartjaren²⁹ geven aan dat 12% van de jongeren tussen 12 en 18 jaar over een periode van twee maanden een seksueel getinte foto van zichzelf verstuurde. Één op vier van hen geeft aan dat hun vertrouwen nadien werd geschonden. Ook online kan grensoverschrijdend gedrag plaatsvinden. Het gaat dan om het ongewenst delen van seksueel getinte foto's maar ook het maken van kwetsende seksuele opmerkingen. De studie 'Jongeren Online!' bij jongeren tussen 13 en 18 jaar gaf aan dat 8% van de jongens en 9% van de meisjes ooit al eens een foto van iemand anders hebben verspreid, zonder dat ze daar de toestemming voor hadden.³⁰

Eén van de belangrijkste vaststellingen van het Europese 'EU Kids Online' onderzoek³¹ is dat blootstelling aan online risico's niet noodzakelijk leidt tot schade. Kinderen die meer in aanraking komen met internetrisico's blijken net meer digitale vaardigheden en weerbaarheid te ontwikkelen.

²⁴ Hellemans, S., & Buysse, A. (2013). Seksueel grensoverschrijdend gedrag. In Ann Buysse, M. Caen, A. Dewaele, P. Enzlin, J. Lievens, G. T'Sjoen, M. Van Houtte, et al. (Eds.), *Seksuele gezondheid in Vlaanderen* (pp. 217–240). Gent: Academia Press.

²⁵ De Rycke, L., Vanobbergen, B., van den Akker, D., & Cnudde, H. (2011). *Geweld, gemeld en geteld*. Brussel: Kinderrechtencommissariaat.

²⁶ HBSC, op.cit. p.17.

²⁷ Rutgers (2017). Hoe vaak worden kinderen van 9-12 jaar op internet geconfronteerd met seksueel getinte beelden? Geraadpleegd op 4 mei 2018 van

<https://www.rutgers.nl/sites/rutgersnl/files/PDF/Resultaten%20onderzoek%20Rutgers%20i.s.m.%20het%20NOS%20JeugdjournaalMaart2017.pdf>

²⁸ Madigan, S., Ly, A., Rash, C.L., Van Ouytsel, J., & Temple, J.R. (2018). Prevalence of Multiple Forms of Sexting Behavior Among Youth. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 172(4), 327–335.

²⁹ Mediaraven & LINC. (2018). *Onderzoeksrapport Apestaartjaren 2018*. Geraadpleegd op 19 oktober 2018 van

<https://drive.google.com/file/d/1ArMVpbG55QmNWcOTz6ScjFWBBnrDCIxm/view>

³⁰ Symons, K., Ponnet, K., Walrave, M., & Heirman, W. (2017). *Jongeren Online! Onderzoeksresultaten*. Brussel: Kenniscentrum Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen. Geraadpleegd op 22/10/2018 van

https://www.expoo.be/sites/default/files/atoms/files/jongeren_online Onderzoeksresultaten_1.pdf

³¹ EU Kids Online (2014). *EU Kids Online. Findings. Methods.Recommendations. Interactief online rapport*. Geraadpleegd op 14 mei 2018 van <http://www.lse.ac.uk/media-and-communications/research/research-projects/eu-kids-online>

Nieuwe uitdagingen zoals het gebruik van nieuwe media, seksualisering en globalisering vragen om aangepaste competenties en antwoorden. Internet kent zijn risico's, maar met voldoende vorming en begeleiding hoeven die risico's niet noodzakelijk tot problemen te leiden.

Nieuwe, maar ook traditionele media zoals televisie en magazines beïnvloeden het lichaamsbeeld van meisjes én jongens.³² Sociale media kunnen die onrealistische lichaamsidealen bevestigen, maar kunnen ook een medium zijn om stereotiepe normen te ontcrachten.³³

3.1.7 Genitale verminking

Bij meisjes van de eerste generatie migranten uit risicogebieden bestaat nog steeds de kans op vrouwelijke genitale verminking, vaak uitgevoerd in het land van herkomst bij een bezoek. Volgens een studie uit 2018³⁴ zijn naar schatting 17.200 vrouwen en meisjes in België besneden en lopen 8.600 meisjes het risico om besneden te worden.

3.1.8 RSV thuis en op school

Uit het Sexpert-onderzoek³⁵ blijkt dat slechts een derde (30,5%) van de 14- tot 25-jarigen soms tot heel vaak een gesprek over seks voert met gezinsleden. Over het thema relaties wordt vaker gesproken, en 59,2% spreekt hier thuis soms tot heel vaak over. Een belangrijke minderheid van de jongeren kan thuis bij helemaal niemand terecht met vragen rond seks (17,7%) en relaties (8,9%). Bij deze jongeren waren veelgenoemde redenen om niet over relaties of seksualiteit te praten 'uit angst voor hun reactie', of 'omdat het niet hoort'. Dat er thuis kan gepraat worden over relaties of seks, impliceert nog niet dat de jongere ook het gevoel heeft voldoende geïnformeerd te zijn door de ouders. In een online survey uitgevoerd door onderzoeksbureau iVOX in opdracht van Mediaaan (Telefacts)³⁶ bij 1.000 Vlamingen, representatief op geslacht, leeftijd en diploma, gaf slechts één op de tien van de 18- tot 35-jarigen aan dat ze thuis seksuele voorlichting kregen.

Op basis van bevragingen bij jongeren, wordt vastgesteld dat er geen duidelijke lijn zit in het RSV-aanbod op school. Of een jongere RSV kreeg, en welke thema's er dan aan bod kwamen, verschilt van school tot school. Het Sexpert-onderzoek³⁷ stelde vast dat onder middelbare schoolstudenten 54,1% het afgelopen schooljaar les kreeg over biologische thema's, 44,6% over veilig vrijen, 48,5% over relaties, en 52,2% over seksualiteit en seks. Ongeveer één op vier van de jongeren (28,5%) gaf aan dat al deze vier thema's aan bod waren gekomen en ongeveer een derde (31,1%) kreeg helemaal geen informatie. Indien er slechts één thema werd behandeld, dan was dit meestal het biologische thema (58,1%) gevolgd door het thema relaties (29,0%).

In de hoger genoemde Telefacts-enquête zien we dat de jongere generaties meer dan vroeger seksuele voorlichting op school hebben gekregen: 96% bij 18- tot 35-jarigen versus 46% bij de 55-plussers. Maar ook bij de min 35-jarigen vindt 83% dat er meer aandacht aan seksuele voorlichting moet worden besteed op school. De tevredenheid over de gekregen RSV op school is bovendien laag. In de Telefacts-enquête werd vastgesteld dat een derde van de jongvolwassenen (18 tot 35 jaar) niet tevreden is met

³² Vandenbosch, L. (2013). *Self-objectivation and sexual effects of the media: an exploratory study in adolescence*. [Ph.D. dissertatie] Leuven: KULeuven - School voor massacommunicatieresearch.

³³ Common Sense Media (2015). *Children, teens, media and body image: A common sense media research brief*. Geraadpleegd op 21 januari 2015 van <https://www.common sense media.org/research/children-teens-media-and-body-image>

³⁴ Dubourg, D., & Richard, F. (2016). *Estimation de la prévalence des filles et femmes excisées ayant subi ou à risque de subir une mutilation génitale féminine vivant en Belgique, 2018*. Geraadpleegd op 14 mei 20A8 van http://gams.be/wp-content/uploads/2018/03/20180302_FGM_PrevalenceStudy_12-pages_FR.pdf

³⁵ Elaut, E. e.a., op.cit. p. 18.

³⁶ Telefacts, de seksenquête 2017 – Ivox [Niet-gepubliceerd document].

³⁷ Symons, K., Van Houtte, M., & Vermeersch, H. (z.d.) *Jongeren en informatie over relaties en seks*. [Factsheet] Geraadpleegd op 4 mei 2018 van <http://www.sexpert-vlaanderen.ugent.be/media/4118/factsheet-relatieve-en-seksuele-vorming-20130603.pdf>

de seksuele voorlichting die ze hebben gekregen op school. Daarmee is er wel al vooruitgang geboekt ten opzichte van de tevredenheid bij de oudere generaties.

De Vlaamse Scholierenkoepel³⁸ pleit voor meer RSV met daarbij meer aandacht voor belevingsaspecten. Er is onvoldoende zicht op wat er gebeurt rond relaties en seksualiteit op Vlaamse scholen: we weten niet hoeveel leraren dit geven, of hoeveel leerlingen dit krijgen, welke thema's aan bod komen, of welke boodschappen er worden gegeven, en hoe bekwaam (net afgestudeerde) leraren zich voelen om deze lessen te geven.

3.1.9 Toegankelijke diensten en hulp voor jongeren

De toegankelijkheid van diensten voor de doelgroep jongeren wordt afgemeten aan een aantal eigenschappen die essentieel geacht worden. In Vlaanderen zijn er tekorten op het vlak van: praktische openingsuren (ook buiten de schooluren), privacy, competent personeel, respect voor jongeren, nadruk op dubbel gebruik van condoom en anticonceptie, vertrouwelijkheid, wachttijden, betaalbaarheid en afzonderlijke ruimte of uren voor jongerenconsulten.^{39, 40, 41}

3.2 BELEID EN AANBOD IN VLAANDEREN

De overheid erkent, subsidieert en reglementeert zowel op Vlaams als federaal niveau organisaties om de seksuele gezondheid van kinderen en jongeren te versterken. Seksuele gezondheid valt dus niet binnen één duidelijk afgebakend domein, maar vraagt om acties binnen uiteenlopende bevoegdheden. Dit is een niet-exhaustieve lijst met organisaties die rond seksuele gezondheid werken:

- > Vlaams niveau, Welzijn, Volksgezondheid en Gezin: Sensoa (expertisecentrum seksuele gezondheid), Kind en Gezin (gezinsondersteuning), Centra Algemeen Welzijnswerk, JongerenAdviesCentra, Awel (eerstelijns hulp voor kinderen en jongeren)
- > Vlaams niveau, Jeugd: Pimento (vormingsorganisatie), CGSO - Centrum voor Geboorteregeling en Seksuele Opvoeding (vormingsorganisatie), Ambassade (jongereninformatie), Wel Jong Niet Hetero (jeugdwerking voor LGBTQ+)
- > Vlaams niveau, Gelijke kansen: Çavaria (koepelorganisatie LGBTQ+), RoSa (kenniscentrum gender en feminisme), Ella (kenniscentrum gender en etniciteit), Transgenderinfopunt
- > Vlaams niveau, Media: Mediawijs (Vlaams kenniscentrum mediawijsheid)
- > Vlaams niveau, Onderwijs: Er wordt vanuit de overheid door middel van eindtermen en ontwikkelingsdoelen aan de scholen opgelegd om aandacht te besteden aan seksuele gezondheid. De eindtermen van de eerste graad secundair onderwijs zijn gereviseerd en bevatten momenteel een sterk verhoogde aandacht voor relationele en seksuele gezondheid en beleving ten opzichte van vroeger. Het 'Referentiekader Onderwijskwaliteit' en het toezichtskader 'Inspectie 2.0' verhogen de kwaliteit van het Vlaams onderwijs, wat onrechtstreeks een impact heeft op de manier waarop relaties en seksualiteit aan bod komen op school. De overheid heeft van een beleid op leerlingenbegeleiding, waar het gezondheidsbeleid onder valt, een erkenningsvoorwaarde gemaakt voor scholen. De overheid subsidieert de pedagogische begeleidingsdiensten om scholen te ondersteunen in het opstellen van een gezondheidsbeleid. De onderwijsinspectie licht de werking van de scholen en CLB's door,

³⁸ Vlaamse Scholierenkoepel. (2016). *Scholierenrapport. Wat 17.000 scholieren in de nieuwe eindtermen willen*. Geraadpleegd op 4 mei 2018 van <https://www.scholierenkoepel.be/sites/default/files/upload/Scholierenrapport%20eindtermen%201%2C5MB.pdf>

³⁹ Deneyer, M. Devroey, D., De Groot E. et al. (2011) *Informative privacy and confidentiality for adolescents: the attitude of the Flemish paediatrician anno 2010*. *European Journal of Pediatrics*, 170(9), 1159–1163.

⁴⁰ Kinderrechtencommissariaat (2007). *Rapport toegankelijke jeugdhulpverlening*. Geraadpleegd op 14 mei 2018 van <https://www.kennisplein.be/Pages/Rapport-toegankelijke-jeugdhulpverlening.aspx>

⁴¹ Kinderrechtencommissariaat (2010). *Jaarverslag 2009-10. Kinderrechten zijn geen luxeprobleem*. Geraadpleegd op 14 mei 2018 van https://www.kinderrechtencommissariaat.be/sites/default/files/bestanden/kinderrechtencommissariaat_jaarverslag_2009_2010.pdf

stimuleert de scholen en CLB's om verder werk te maken van een kwaliteitsvolle leerlingenbegeleiding en kan in uitzonderlijke gevallen de subsidiëring van scholen schrappen. De Centra voor Leerlingenbegeleiding voorzien (consultatieve) leerlingenbegeleiding voor de Vlaamse leerlingen, voornamelijk vanuit de begeleidingsdomeinen preventieve gezondheidszorg en psychisch-sociaal functioneren.

De overheid is de voorbije jaren verschillende wettelijke en decretale engagements aangegaan:

- > Engagementsverklaring ter bescherming van de seksuele integriteit van de minderjarige van 29 februari 2012.⁴²

Voor de opvolging ervan werd onder andere een kennisplatform integriteit opgericht.^{43, 44} De betrokken ministers⁴⁵ engageerden zich rond kennisverruiming en kennisdeling, algemene ondersteunende en sensibiliserende acties naar de brede bevolking, adequaat en gepast omgaan met de integriteit van minderjarigen en met grensoverschrijdend gedrag en misbruik van kinderen en jongeren in de betrokken sectoren, en het aanbieden van gepaste ondersteuning en hulp aan minderjarige slachtoffers en daders van grensoverschrijdend gedrag en misbruik.

- > De gemeenschappelijke verklaring over een beleid met betrekking tot gender en seksuele geaardheid in het onderwijs van 23 oktober 2012.⁴⁶

Deze verklaring van de toenmalige minister van Onderwijs en verschillende onderwijsactoren⁴⁷ onderschrijft de intentie om seksuele- en genderdiversiteit te respecteren, om mensen ongeacht hun seksuele oriëntatie of genderidentiteit te beschermen tegen pesterijen, en om voldoende educatie hierover te voorzien.

- > Extra tegemoetkoming in de prijs van anticonceptiemiddelen voor jonge vrouwen, vastgelegd in het Koninklijk besluit van 16 september 2013 ter vaststelling van een specifieke tegemoetkoming in de kostprijs van contraceptiva voor vrouwen jonger dan 21 jaar.⁴⁸
- > Het decreet over de leerlingenbegeleiding in het basisonderwijs, het secundair onderwijs en de centra voor leerlingenbegeleiding⁴⁹ creëert een vernieuwde rolverdeling tussen de school, het CLB en de pedagogische begeleidingsdiensten. Het schept zo een kader dat verantwoordelijkheid voor een gezondheidsbeleid duidelijk bij de school legt, de verantwoordelijkheid voor ondersteuning bij de pedagogische begeleidingsdiensten, en de signaalfunctie en hulpverleningsfunctie bij het CLB. Het CLB zal geen rechtstreekse RSV aan de leerlingen kunnen geven, noch projectweken kunnen organiseren. Ze krijgen een rol in de individuele- en groepshulpverlening, en een signaliserende, adviserende en doorverwijzende rol met betrekking tot RSV. De pedagogische begeleidingsdiensten krijgen een nieuwe rol ten aanzien van de school.

⁴² Mededeling aan de Vlaamse regering,

https://onderwijs.vlaanderen.be/sites/default/files/atoms/files/160129_mededeling_vlaamse_regering_integriteit%20%28002%29.pdf

⁴³ Schriftelijke vraag van Katrien Schryvers, <http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1322733>

⁴⁴ Mededeling aan de Vlaamse regering,

https://onderwijs.vlaanderen.be/sites/default/files/atoms/files/160129_mededeling_vlaamse_regering_integriteit%20%28002%29.pdf

⁴⁵ Hilde Crevits, de viceminister-president van de Vlaamse regering en Vlaams minister van onderwijs;

Jo Vandeurzen, de Vlaamse minister van welzijn, volksgezondheid en gezin; Phillipe Muyters, de Vlaamse minister van werk, economie, innovatie en sport; Sven Gatz, de Vlaams minister van cultuur, media, jeugd en Brussel

⁴⁶ Gemeenschappelijke verklaring over een beleid m.b.t. gender en seksuele geaardheid in het onderwijs,

<http://db.amazone.be/3/515195.pdf>

⁴⁷ Onder andere door Pascal Smet, Vlaams minister van Onderwijs en Gelijke Kansen, de onderwijsschools, de ouderkoepels, de Vlaamse scholierenkoepel, de Vlaamse onderwijsraad, het VCLB, ...

⁴⁸ RIZIV, extra tegemoetkoming in de prijs van voorbehoedsmiddelen voor jonge vrouwen, <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/terugbetalen/Paginas/voorbehoedsmiddelen-jonge-vrouwen.aspx#.WvMIWoIFPIV>

⁴⁹ https://www.vlaanderen.be/nl/vlaamse-regering/beslissingenvlaamse-regering?search=&publication_date=pick&publication_date_1%5Bmin%5D%5Bdate%5D=14-07-2017&publication_date_1%5Bmax%5D%5Bdate%5D=14-07-2017&competence=21&delivery_channel=105242&delivery_channel_1 Zie pagina 27-35 in het decreet om de rolbeschrijving van het CLB te lezen.

- > Het decreet rond de vernieuwing van de onderwijsdoelen⁵⁰ bepaalt de mate waarin relationele en seksuele thema's aan bod zullen komen op school de komende jaren. Wat de eindtermen voor de eerste graad secundair onderwijs betreft, heeft Sensoa inhoudelijke input gegeven aan AHOVOKS voordat de ontwikkelcommissies werden samengebracht. Sensoa had geen stem in de ontwikkelcommissie, en kreeg geen proactief zicht op of inspraak in de verwoording van de eindtermen over relaties en seksualiteit. Sensoa heeft wel feedback gegeven via het Agentschap Zorg en Gezondheid.
- > Er zijn twee eindtermen die specifiek handelen over intieme relaties en seksualiteit, eindtermen 1.7⁵¹ en 1.8⁵². Daarnaast zijn er ook aangrijpingspunten binnen eindtermen 4.5, 4.6 en 4.7 rond mediawijsheid, eindtermen 5.1 tot 5.4 rond sociaal-relatieve competenties en 6.30 rond menselijke voortplanting. De Memorie van Toelichting, die samenhangt met het decreet, benadrukt het belang van seksuele gezondheid en vermeldt daarvoor de brede definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie.

⁵⁰ Het voorontwerp van decreet:

<https://www.onderwijsdoelen.be/sites/default/files/atoms/files/VR%202018%20Einddoelen%20eerste%20graad%20SO%20-%20decreet.pdf> De memorie van toelichting vindt u hier:

<https://www.onderwijsdoelen.be/sites/default/files/atoms/files/VR%202018%201307%20DOC.%200807%203%20TER%20Einddoelen%20eerste%20graad%20SO%20-%20memorie.pdf>

⁵¹ Eindterm 1.7 De leerlingen verklaren mentale en lichamelijke ontwikkelingen binnen de puberteit.

Met inbegrip van kennis

- * Conceptuele kennis:
 - Morfologische ontwikkelingen binnen de puberteit
 - Gepercipieerd lichaamsbeeld versus ideaalbeeld
 - Seksuele oriëntatie, identiteit en gender

Met inbegrip van dimensies eindterm

Cognitieve dimensie: beheersingsniveau begrijpen

Affectieve dimensie*: Voorkeur tonen voor en belang hechten aan waarden, opvattingen, gedragingen, gebeurtenissen, informatie, taken, strategieën,...

⁵² Eindterm 1.8 De leerlingen beschrijven hoe om te gaan met relationele en seksuele gezondheid en integriteit

Met inbegrip van kennis

- * Conceptuele kennis
 - Seksueel en relationeel gedrag, met aandacht voor toestemming, vrijwilligheid, gelijkwaardigheid, passend bij de leeftijd, passend in de context, zelfrespect
 - Relationele en seksuele ontwikkeling en beleving
 - Organisaties voor informatie en hulpverlening
 - Vruchtbaarheid, anticonceptie, preventie van SOA's

Met inbegrip van dimensies eindterm

Cognitieve dimensie - beheersingsniveau begrijpen

Affectieve dimensie: Voorkeur tonen voor en belang hechten aan waarden, opvattingen, gedragingen, gebeurtenissen, informatie, taken, strategieën,...

3.3 BESTAANDE ACTIES

Actie	Setting	Toelichting
Relationele en seksuele vorming in scholen	O	Naast de vele leraren die relationele en seksuele vorming geven aan hun leerlingen, zijn er ook verschillende organisaties die dit aanbieden in een schoolcontext, waaronder Pimento, CGSO Brugge, Çavaria, Wel Jong Niet Hetero, VONX, Er is een professioneel vormingsaanbod rond zowat elk thema rond relaties en seksualiteit.
Relationele en seksuele vorming in jeugdwerk	VT	In het jeugdwerk wordt er met jongeren gepraat en gewerkt rond relaties en seksualiteit, via participatieve projecten, instuifmomenten, praatgroepen, spelletjes, of andere werkvormen. Onder andere door Platform Allochtone Jeugdwerkingen, Tumult, Bizon, Pimento, ...
Relationele en seksuele vorming in asielcentra	ZW	In de opvangcentra van het Rode Kruis Vlaanderen krijgen nieuwkomers ook relationele en seksuele vorming binnen het R-Sense-project.
Professionalisering van leraren, vroedvrouwen, verplegers, huisartsen en sociaal werkers (in opleiding)	O, ZW, VT	Leraren en andere professionals kunnen nascholing volgen over begeleidershouding, beleid en relationele en seksuele ontwikkeling en diversiteit bij heel wat organisaties, waaronder Sensoa, Pimento, Çavaria, CGSO Brugge, de pedagogische begeleidingsdiensten van de onderwijskoepels, Ella, RoSa, ... Verschillende organisaties geven gastlessen binnen de Vlaamse leraren- en sociaal-pedagogische opleidingen of starten er langdurige begeleidingstrajecten op, waaronder Sensoa, Pimento, Çavaria, Wel Jong Niet Hetero, ...
Materiaalontwikkeling en verspreiding	O, ZW, VT	In verschillende sectoren gebruikt men wetenschappelijk onderbouwde vormings- en beleidsmaterialen, ontworpen door (social-)profitorganisaties, waaronder Sensoa, Pimento, Çavaria, Wel Jong Niet Hetero, Ella, Merhaba, ... Deze zijn gratis downloadbaar, te koop of kunnen soms ontleend worden.
Opvoedingsondersteuning voor ouders rond relaties en seksualiteit	G	Verschillende organisaties, waaronder VCOK, Mediawijs en de Huizen van het Kind, bieden op hun manier opvoedingsondersteuning aan ouders, ook over relaties en (online) seksualiteit: via individuele gesprekken, websites, het organiseren van ouderavonden, etc.
Dokter Bea-show	BU	KetNet en Sensoa maakten een televisieprogramma voor kinderen van 8-12 jaar over relaties en seksualiteit. Het programma werd uitgezonden via KetNet. Er werden lesvoorbereidingen gemaakt door Sensoa. De liedjes uit de serie zijn vrij beschikbaar via YouTube.
Informatieaanbod voor kinderen en jongeren	BU	Verschillende sites bieden betrouwbare online informatie aan aan kinderen en jongeren, waaronder www.allesoverseks.be , www.watwat.be , www.awel.be , www.transgenderinfopunt.be , www.cavaria.be , www.weljongniethetero.be , ...

Vernieuwde eindtermen	O	In de vernieuwde eindtermen van de eerste graad secundair onderwijs is er aandacht voor relationele en seksuele gezondheid, waaronder ontwikkeling en beleving. Aan deze eindtermen kunnen de onderwijskoepels, scholen en leerkrachten een breed programma rond RSV ophangen voor leerlingen uit de eerste graad secundair onderwijs. Ook is het positief dat de eindtermen geen inzets- maar een resultaatsverbintenis vereisen, in tegenstelling tot de vroegere vakoverschrijdende eindtermen. Scholen zijn dus verplicht om in de mate van het mogelijke resultaten voor te leggen aan de onderwijsinspectie.
Onderzoek rond relationele en seksuele vorming	O	De Arteveldehogeschool voert een verkennend onderzoek naar relationele en seksuele vorming in Vlaanderen.
Informatieverstrekking bij hulpverlening	ZW	Organisaties en professionals die hulp verlenen aan kinderen en jongeren (AWEL, CAW's, JAC's, bijzondere jeugdzorg, huisartsen, ...) gebruiken vaak deze gesprekken om juiste informatie tot bij de jongeren te krijgen, en om mythes te ontkrachten die bij hen leven.
Advocacy	BS	Verschillende organisaties, professoren en journalisten contacteren beleidsmakers om relationele en seksuele gezondheid op de politieke agenda te houden. Met goede resultaten: • Engagementsverklaring ter bescherming van de seksuele integriteit van de minderjarige van 29 februari 2012. • De gemeenschappelijke verklaring over een beleid met betrekking tot gender en seksuele geaardheid in het onderwijs van 23 oktober 2012. Koninklijk besluit van 16 september 2013 ter vaststelling van een specifieke tegemoetkoming in de kostprijs van contraceptiva voor vrouwen jonger dan 21 jaar.
Overleg binnen het werkveld	O, VT, G, BU, ZW	Sensoa organiseert twee maal per jaar een overleg voor middenveldorganisaties die werken rond relationele en seksuele gezondheids promotie naar kinderen en jongeren, het zogenaamde Forum Jongeren, Relaties en Seksualiteit. Op dit overleg worden de noden, trends en good practices vanuit het werkveld verzameld en gedeeld, wordt er aan visieontwikkeling gedaan, en soms advocacystandpunten voorbereid.

3.4 DOELSTELLINGEN EN AANBEVELINGEN

3.4.1 Prioriteit voor structureel werken rond relaties en seksualiteit op school

Er is niet één initiatief dat voldoende aandacht voor relaties en seksualiteit kan garanderen. Uit de rondetafel kwamen alvast vier belangrijke voorwaarden naar voor om systematisch en kwaliteitsvol

////////////////////////////////////

rond deze thema's te kunnen werken: een schoolbeleid rond relaties en seksualiteit, een schoolbeleid rond de lessen RSV, kwaliteitsvolle lesmaterialen, en goed opgeleide leraren en vormingswerkers.

3.4.1.1 Een beleid rond relaties en seksualiteit op elke school

Leerlingen spenderen een groot deel van hun tijd op de schoolbanken, waar ze les krijgen over allerlei onderwerpen, en idealiter ook over relaties en seksualiteit. Vanuit de overheid worden leerdoelen geformuleerd die de leerlingen moeten bereiken. Scholen hebben echter zelf de vrijheid om te kijken hoe ze deze leerdoelen bereiken en op welke waarden, normen en boodschappen ze de nadruk leggen. De school heeft met andere woorden wel wat vrijheid om te kiezen hoeveel tijd ze aan relaties en seksualiteit wil besteden, en welke boodschappen ze wil meegeven.

Leerlingen leren op school niet enkel in de lessen, maar ook daarbuiten, door middel van schoolreglementen, straffen en belonen, door hun leerkracht na te doen, gezamenlijke of gescheiden toiletten, een LGBT-beleid, enzoverder. Een beleid rond relaties en seksualiteit ondersteunt scholen in het zoeken naar een gedeelde visie en waarden. Daarmee kunnen ze hun afspraken en lessen verder inhoudelijk afstemmen.

Sommige scholen ontbreekt het aan een gedragen, positieve insteek rond relaties en seksualiteit. In deze scholen krijgt seksualiteit vaak pas voldoende aandacht wanneer er zich een acuut probleem voordoet. De eerste reactie is dan om het probleem op te lossen en aan verdere risicovermijding te doen, vaak een extra les rond soa's, anticonceptie en seksueel geweld. Door proactief in te zetten op een degelijk, gedragen beleid rond relaties en seksualiteit kunnen scholen echter al veel problemen voorkomen.

Aanbevelingen

- 1 Een beleid rond relaties en seksualiteit moet ervoor zorgen dat het voor zowel het personeel als de leerlingen duidelijk is welk gedrag gepast is op school en daarbuiten, en bij wie ze terecht kunnen met (hulp)vragen. Het Raamwerk Seksualiteit en Beleid is een tool die scholen helpt nadenken over hun visie en doelen in verband met relaties en seksualiteit. Sensoa werkt momenteel aan een vereenvoudigde versie van het Raamwerk. Het strekt tot de aanbevelingen om het Raamwerk te promoten en scholen aan te moedigen om ermee aan de slag te gaan. Verschillende organisaties bieden ondersteuningstrajecten aan aan scholen om een beleid rond relaties en seksualiteit te ontwikkelen. Promoot deze ondersteuningstrajecten bij de scholen. (E – informeren intermediairs)
- 2 De WHO heeft een duidelijke definitie van seksuele gezondheid waarin seksualiteit als een positief leerdomein wordt gezien waarin genieten van relaties en seksualiteit een centrale rol speelt, voorbij de focus op negatieve consequenties van seks. De WHO vestigt ook aandacht op onder andere de emotionele aspecten van relatievorming en seksualiteit, het zoeken naar wat je beiden leuk vindt aan seks, beeldvorming rond seksualiteit, holebi's, en genderrollen. Zorg ervoor dat deze visie doorleeft in de eindtermen, leerplannen, beleidsdocumenten, lesmaterialen en vormingen naar leraren en andere professionals. (E – informeren intermediairs)
- 3 Zorg voor voldoende aandacht voor diversiteit van de leerlingen in het schoolbeleid. Diversiteit gaat dan over verschillen in bijvoorbeeld handicap, geslacht, seksuele oriëntatie, gender, etnische afkomst, sociaaleconomische status en religie. Er loopt in 2018 een project bij Mechelse scholen rond kruispuntdenken, genderdiversiteit en seksuele oriëntatie. Verspreid en promoot de resultaten van dit project – zowel qua proces als product – en trek het open naar andere steden. (E – informeren intermediairs)



- 4 Leerlingen hebben soms het gevoel dat ze niet gehoord worden en dat het aanbod niet op hen is afgestemd. Leerlingenparticipatie verbetert de kwaliteit van de lessen en het schoolbeleid rond relaties en seksualiteit. Stimuleer scholen om de leerlingen te betrekken wanneer ze een beleid op school uittekenen. Schenk daarbij extra aandacht aan leerlingen die behoren tot (etnisch-culturele/religieuze/fysiek of mentaal beperkte/sociaal-economisch beperkte) minderheidsgroepen, zodat zij zich ook kunnen herkennen in de boodschappen die rond RSV gegeven worden. (O)
- 5 De eindtermen en ontwikkelingsdoelen worden momenteel vernieuwd. De eerste graad secundair onderwijs is al afgerond. De tweede en derde graad secundair onderwijs zijn nu aan de beurt. De explicitering van kennis en de formulering van voornamelijk resultaatsgebonden eindtermen zorgt voor een sterkere garantie dat er voldoende aandacht besteed wordt aan relationele en seksuele gezondheid. Het is belangrijk dat de leraren duidelijk zien wat er van hen verwacht wordt, en dat hun lessen verder gaan dan de preventie van risico's zoals soa's, seksueel geweld en ongewenste zwangerschap. Voorzie op een structurele manier voldoende expertise bij het opstellen van de eindtermen en ontwikkelingsdoelen rond relationele en seksuele gezondheid. (B)
- 6 Scholen denken vaak dat ze voor elk thema een apart beleid en aanbod moeten hebben, waardoor ze overbelast geraken. Zorg ervoor dat scholen linken leggen tussen relationele en seksuele gezondheid en andere thema's zoals gezond eten en bewegen, alcohol- en drugspreventie, pesten, en veiligheid. De Commissie Onderwijs en Samenleving van de Vlaamse Onderwijsraad werkt momenteel aan een document dat scholen hierbij moet helpen. Verspreid en promoot dit document bij scholen. Zorg ook voor een afstemming tussen de verschillende beleidsinstrumenten rond gezondheid, seksualiteit en integriteit, en tussen de werkmethodes van de pedagogische begeleidingsdiensten en gezondheidsorganisaties zodat de planlast bij scholen verkleint. (B)
- 7 CLB's hebben een signaalfunctie: ze moeten de noden van leerlingen rond relationele en seksuele gezondheid goed kunnen signaleren aan de school. Zorg ervoor dat CLB's de juiste gegevens verzamelen om deze signaalfunctie goed te kunnen uitvoeren. Zo wordt vermeden dat enkel probleemsituaties leiden tot meer aandacht voor relaties en seksualiteit op school. (W)
- 8 Pedagogische begeleidingsdiensten helpen scholen om een gezondheidsbeleid op school uit te tekenen. Met het nieuwe decreet op leerlingenbegeleiding verschuiven de rollen tussen de scholen, de CLB's en de pedagogische begeleidingsdiensten. Bevraag de pedagogische begeleidingsdiensten en CLB's over wat ze nodig hebben om scholen nog beter te kunnen ondersteunen rond relaties en seksualiteit. (W)

3.4.1.2 Een beleid rond relationele en seksuele vorming op elke school

We stellen vast dat de invulling van RSV sterk varieert van school tot school. Het lesaanbod is vaak niet systematisch opgebouwd en vaak weten leerkrachten niet wat jongeren reeds eerder zagen met betrekking tot RSV, in eerdere leerjaren of tijdens andere lessen. Er is nood aan een systematische opbouw en afstemming op de leeftijd en het ontwikkelingsniveau van de kinderen en jongeren, en een goede taakverdeling daarrond. Een beleid rond RSV op school kan daarbij helpen, als deel van het bredere beleid rond relaties en seksualiteit.

RSV op school blijft soms beperkt tot de biologische aspecten van seksualiteit en niet alle jongeren krijgen de informatie waar ze nood aan hebben, zoals informatie op het vlak van de emotionele aspecten van relatievorming en seksualiteit, en het stellen van grenzen. Daarnaast wordt er onvoldoende ingespeeld op belangrijke maatschappelijke uitdagingen zoals homofobie en genderstereotiepe rolverwachtingen.

////////////////////////////////////

Aanbevelingen

- 9 Stimuleer schooldirecties om een beleid rond RSV uit te werken, als deel van een breder beleid rond relaties en seksualiteit. Een RSV-beleid zorgt ervoor dat de achterliggende visie geëxpliciteerd wordt, dat er een duidelijke opbouw is van lesinhouden over de jaren heen, en dat er duidelijke taken verdeeld zijn. Het Raamwerk Seksualiteit en Beleid is een tool die scholen hierbij ondersteunt. Promoot het Raamwerk en moedig scholen aan om ermee aan de slag te gaan. Leraren hebben ook nood aan nog concretere documenten/tools/oefeningen waar ze mee aan de slag kunnen gaan om hun beleid vorm te geven. Deze moeten helpen om het Raamwerk op een heel praktische manier toe te passen. Stimuleer de ontwikkeling van deze tools. (O)
- 10 De WHO heeft een leerlijn opgesteld met doelstellingen rond relationele en seksuele gezondheid, rekening houdend met de leeftijd en ontwikkelingsniveau. Deze start vanaf de geboorte en loopt tot 18 jaar. Sensoa werkt aan een herwerking hiervan, op maat van Vlaamse leraren. Verspreid mee deze leerlijn eens ze online staat. (E – informeren intermediairs)
- 11 Leerlingen zijn zelf vragende partij voor meer en betere RSV op school. Stimuleer scholen om leerlingen te betrekken bij het opstellen en uitvoeren van het RSV-beleid. Dat zorgt ervoor dat de lesinhouden zijn afgestemd op hun noden, en zo extra relevant voor hen worden. Stimuleer scholen om bij het geven van RSV te vertrekken vanuit de leefwereld van jongeren. Dat kan door gebruik te maken van vlogs, peer-to-peer educatie, een vragendoos, ... Sensoa heeft al videoafspeellijsten en een vragendoosmethodiek online beschikbaar. Schenk daarbij extra aandacht aan leerlingen die behoren tot (etnisch-culturele/religieuze/fysiek of mentaal beperkte/sociaal-economisch beperkte) minderheidsgroepen, zodat de lessen ook vanuit hun leefwereld vertrekken. (O)
- 12 Stimuleer scholen om met de ouders in dialoog te gaan wanneer ze een RSV-beleid op school uittekenen. Ouders spelen een zeer grote rol in de relationele en seksuele opvoeding van hun kinderen. Ze weten vaak te weinig over de RSV die op school wordt gegeven, waardoor sommige ouders zich afvragen of de inhoud van de lessen wel strookt met de normen en waarden die ze hun kinderen van thuis uit meegeven. Sommige ouders houden daardoor hun kinderen thuis op de dagen dat er RSV wordt gegeven. Schenk extra aandacht aan ouders die behoren tot (etnisch-culturele/religieuze/fysiek of mentaal beperkte/sociaal-economisch beperkte) minderheidsgroepen, zodat zij zich scharen achter de boodschappen die rond RSV gegeven worden. Een vaak voorkomende misvatting is dat scholen seks promoten, wat in bepaalde kringen niet is toegestaan voor het huwelijk. Zulke misvattingen zijn te ontkrachten door in dialoog te gaan met de ouders. Ouders betrekken bij het schoolgebeuren kan via officiële kanalen zoals een ouderraad, maar er is ook nood aan een brugfiguur waar ouders op een informele manier hun vragen aan kunnen stellen. Indien ouders geen of onvoldoende Nederlands spreken, kunnen er tolken voorzien worden. Scholen moeten bij de pedagogische begeleidingsdiensten ondersteuning kunnen krijgen in verband met ouderbetrokkenheid, kruispuntdenken en relationele en seksuele ontwikkeling. (O)

3.4.1.3 Kwaliteitsvolle lesmaterialen

Om op een goede manier relationele en seksuele vorming te kunnen geven, moet de school in bezit zijn van kwalitatieve lesmaterialen. Terwijl er reeds veel kwalitatief materiaal voorhanden is, is dit verspreid over verschillende platformen. Leerkrachten vinden daardoor niet altijd het materiaal dat het best aansluit bij hun noden.

Aanbevelingen

- 13 Leraren willen zonder veel moeite betrouwbare materialen vinden om hun lessen RSV te geven. Momenteel is www.seksuelevorming.be een online platform waarop kwaliteitsvolle vormingsmaterialen van verschillende organisaties worden verspreid. Professionals kunnen zelfs vele van de materialen gratis ontlenen. Sensoa is bezig met het huidige materiaalenaanbod te vereenvoudigen, via www.sensoa.be, zodat leraren gemakkelijker materialen vinden die bij hun les passen. Verspreid mee de WHO-leerlijn en kwaliteitsvolle materialen via **www.sensoa.be**. (E – informeren intermediairs)
- 14 De materialen die op www.seksuelevorming.be staan worden eerst door Sensoa beoordeeld op hun kwaliteit. Het WATWAT-label van de Ambrassade helpt professionals en jongeren om kwaliteitsvolle (les)materialen en websites te herkennen. Verspreid mee het WATWAT-label voor kwaliteitsvolle materialen en jongereninformatie. (E – informeren intermediairs)
- 15 Materialen zijn best inclusief ontworpen, in eenvoudige taal en gebruik makend van laagdrempelige beelden, zoals bijvoorbeeld op www.zanzu.be. Momenteel loopt het R-Sense-project in opvangcentra, dat vluchtelingen vorming geeft over gender en seksuele gezondheid. Evalueer het project en bekijk welke eigenschappen of delen overdraagbaar zijn naar OKAN en superdiverse klassen. (E – materiaalontwikkeling)
- 16 Ontwikkel en promoot methodieken om met jongeren na te denken over hoe om te gaan met verschillende achtergronden, referentie- en denkkaders (religie, de wet, de wetenschap, mensenrechtenkader, duurzaam samenleven). Sensoa, Pimento en Ella vzw organiseerden in 2017 participatieve workshops om tot methodieken voor begeleiders en jongeren rond kruispuntdenken te komen. Verspreid en promoot deze methodieken verder. Momenteel loopt ook het EQUI-X-project waarbij jongeren vorming krijgen over mannelijke genderrollen. Evalueer het project en bekijk welke eigenschappen of delen overdraagbaar zijn naar OKAN en superdiverse klassen. (E – materiaalontwikkeling)
- 17 Sommige doelgroepen hebben extra behoefte aan ervaringsgerichte materialen of lessen. Stimuleer organisaties die kwaliteitsvolle ervaringsgerichte vormingen en materialen voorzien, zoals bijvoorbeeld het verzorgen van een baby-pop, of het bezoeken van een materniteitsafdeling of abortuscentrum. (E – materiaalontwikkeling)

3.4.1.4 Goed opgeleide leraren en vormingswerkers

Niet alle intermediairs die met RSV in aanraking komen, beschikken over de daarvoor nodige kennis, vaardigheden en attitudes. Met betrekking tot leerkrachten stellen we vast dat het niet nodig is dat elke leerkracht RSV moet kunnen geven, maar elke leerkracht moet wel achter het educatieve project staan en over een minimale kennis rond het thema beschikken. Een schoolbeleid rond relaties en seksualiteit kan hierbij helpen (zie eerder).

Het is belangrijk dat leerkrachten vertrouwen en openheid uitstralen naar leerlingen toe, waarbij de inbreng van leerlingen mogelijk is. Leerkrachten moeten zich op ongedwongen basis kunnen engageren om RSV te geven. Daarnaast kunnen scholen ook een beroep doen op andere instanties om RSV op school te geven, maar deze zijn niet altijd even gekend of betrouwbaar (bijvoorbeeld zogenaamde ‘anti-choice’-organisaties, wiens agenda erin bestaat om actief de keuze voor abortus te ontraden).



- 18 Veel jonge leerkrachten voelen zich niet voldoende voorbereid vanuit hun opleiding om RSV te geven. Stimuleer leraren-, vroedkunde, psychologie- en sociaal agogische opleidingen om hun studenten te onderwijzen in zowel brede als specifieke kennis, attitudes en vaardigheden die nodig zijn om op een kwalitatieve manier RSV te kunnen geven. Lerarenopleidingen zijn de eerste plek waar leraren gewezen kunnen worden op hun verantwoordelijkheid als opvoeder op het vlak van relationele en seksuele gezondheid. Er is een **referentiekader van de WHO** over nodige competenties om RSV te geven, dat lerarenopleiders kunnen gebruiken als handvat. (E – deskundigheidsbevordering)
- 19 Promoot de navormingen voor leerkrachten. Er wordt daarbij ingezet op het enthousiasmeren van leerkrachten voor het thema RSV, waarbij er niet vertrokken wordt van een deficit-denken naar leerkrachten toe. Het kennen van de relationele en seksuele ontwikkelingsnoden van leerlingen is een goede motivator voor leraren en scholen om meer in te zetten op RSV. Verspreid actief informatie over de relationele en seksuele ontwikkeling van kinderen en jongeren naar leraren, directies en pedagogische begeleidingsdiensten, en stimuleer leerlingenbetrokkenheid om deze noden concreet te maken (zie RSV-beleid), bijvoorbeeld door leerlingen te betrekken bij pedagogische studiedagen. Seks@School was een succesvol navormingsprogramma georganiseerd vanuit de Provincie Limburg, maar behoort nu niet meer tot de provinciale bevoegdheden. Bekijk of deze manier van werken op een ander niveau kan worden georganiseerd. (E – deskundigheidsbevordering)
- 20 Gezien de diversiteit van de leerlingenpopulatie, is het belangrijk dat leraren zich bewust zijn van hun eigen referentiekader en getraind zijn in het werken met superdiverse groepen rond relaties en seksualiteit, zonder de polarisatie te vergroten. Promoot vormingen voor leraren over lesgeven over relaties en seksualiteit aan superdiverse groepen. (E – deskundigheidsbevordering)
- 21 Verspreid actief informatie over het vormings- en ondersteuningsaanbod van kwaliteitsvolle middenveldorganisaties naar de pedagogische begeleidingsdiensten en permanente ondersteuningscellen zodat zij correct scholen naar een passend aanbod kunnen doorverwijzen. (E – informeren intermediairs)
- 22 Momenteel is er geen kwaliteitscontrole op de vormingen voor professionals of leerlingen in Vlaanderen. Zorg voor voldoende tijd en een mandaat om de kwaliteit van vormingen te controleren en te verbeteren. (E – deskundigheidsbevordering)

In Vlaanderen bestaat er geen structurele evaluatie van het RSV-aanbod binnen scholen, zoals bijvoorbeeld in Nederland en Finland wel het geval is. Daarnaast spitst het onderzoek rond jongeren en seksualiteit zich toe op de makkelijkst bereikbare jongeren en blijven bepaalde doelgroepen systematisch onderbevraagd.

23 Stimuleer de Onderwijsinspectie om extra aandacht te besteden aan RSV tijdens de doorlichting van scholen en er een rapport van te maken, zodat er gegevens zijn over hoeveel scholen bepaalde inspanningen leveren om de verschillende deelthema's van RSV systematisch aan bod te laten komen. De Onderwijsinspectie meet leerlingenbegeleiding tot op het niveau van de vier

24 Stimuleer onderzoekers om meer inspanningen te leveren om ook jongeren uit BuSO, OKAN en etnisch-culturele minderheden voldoende te bevragen. (W)

Waar het onderwijs beoogt om alle leerlingen te bereiken, werken sommige settings specifiek met extra kwetsbare kinderen en jongeren. Zij hebben des te meer baat bij een duidelijke visie en afspraken rond relaties en seksualiteit.

- 25 Stimuleer residentiële instellingen, sportorganisaties en jeugdwerkorganisaties om een beleid en visie uit te tekenen rond de beleving van relaties en seksualiteit en RSV binnen de organisatie. Het Raamwerk Seksualiteit en Beleid is aangepast aan verschillende settings. Sensoa biedt ondersteuningstrajecten hierover aan. In de sportsector zijn er al stappen gezet om het Raamwerk te verspreiden en te implementeren. (O)
- 26 Sensibiliseer intermediairs buiten het onderwijs (zoals opvoeders, sportwerkers, jeugdwerkers, welzijnswerkers, en imams en priesters) over hun rol in de relationele en seksuele ontwikkeling van kinderen en jongeren. (E – informeren intermediairs)
- 27 Basiskennis over de relationele en seksuele ontwikkeling is essentieel om het (seksueel) gedrag en de behoeften van hun doelgroep correct te kunnen inschatten. Sensoa geeft hier vormingen over. Stimuleer aandacht voor relationele en seksuele gezondheid binnen de hogescholen en het nascholingsaanbod voor de professionals uit verschillende sectoren (cfr. aanbevelingen voor onderwijs). (E – informeren intermediairs)
- 28 Versterk de werking van organisaties die werken met kwetsbare gezinnen, zodat ook kwetsbare gezinnen voldoende informatie krijgen over relationele en seksuele ontwikkeling. Sensoa zal het Huis van het Kind Linkeroever in 2019 begeleiden om te werken rond gezinsplanning en seksuele opvoeding. (O)

We stellen vast dat er verschillende drempels zijn voor jongeren om gebruik te maken van de hulpverlening. Deze zijn van praktische, financiële en emotionele aard. Zo is er vaak nog een gebrek aan kennis bij jongeren (en hun omgeving) over hun seksuele rechten en rechten op gezondheidszorg. Daarnaast is er een financiële drempel doordat jongeren ondanks de derdebetalersregeling het geld voor een consultatie nog zelf moeten voorschieten. Tot slot is het gebrek aan anonimiteit een mogelijke drempel wanneer jongeren hun ouders niet op de hoogte wensen te brengen. De terugbetalingen verschijnen op het overzicht van het ziekenfonds en zijn voor de ouders zichtbaar.

- 29 Maak de hulpverlening toegankelijker voor jongeren door in te zetten op uiteenlopende maatregelen, zoals het voorzien van vrije en flexibele consultatie-uren voor jongeren, met mogelijkheid tot consultaties zonder afspraak en buiten de schooluren, gratis toepassen van gezondheidszorgen voor jongeren of de derdebetalersregeling automatisch toepassen. Maak het mogelijk om medische zorg te krijgen zonder dat het op het terugbetalingsoverzicht van de ouders verschijnt. (O, B)
- 30 Maak een overzicht van het bestaande ondersteunings- en hulpverleningsaanbod naar jongeren toe, en onderwerp dit aanbod aan een toets van jongerenvriendelijkheid, in samenwerking met jongeren zelf. (E – materiaalontwikkeling)
- 31 Geef jongeren proactief informatie over anonimiteit en toegankelijkheid van de hulpverlening, waaronder de vrije keuze voor een huisarts en de terugbetalingsregeling voor anticonceptie onder 21 jaar. (E – informeren doelgroep)
- 32 Maak de terugbetaling van de noodpil mogelijk zonder doktersvoorschrift. (B)
- 33 Jongeren weten vaak niet welke vertrouwenspersoon wel of geen beroepsgeheim heeft, en wat dat dan betekent. Communiceer duidelijk naar jongeren over wat het beroepsgeheim net inhoudt en welke beroepen eronder vallen. 't Zitemzo geeft hierover duidelijke uitleg voor professionals, zodat zij dit naar kinderen en jongeren kunnen communiceren. Sensoa lanceert binnenkort een gespreksleidraad voor CLB-medewerkers voor individuele gesprekken met tieners, waarbij ook aandacht is voor het uitleggen van het beroepsgeheim. (E – informeren doelgroep)
- 34 Schenk in de opleiding van artsen en andere hulpverleners meer aandacht naar het proactief gesprekken aangaan met jongeren rond seksualiteit en het informeren rond seksuele rechten. Er moet specifieke aandacht gaan naar het werken met jongeren met trauma en het leren herkennen van signalen van trauma. (Z)
- 35 Onderzoek op welke manier het internet meer kan worden ingeschakeld om medische zorg te optimaliseren, bijvoorbeeld via advies via mail of chat. De hulpverlening wordt zo gediversifieerd zodat er meer op maat kan gewerkt worden. Voor sommigen is anonimiteit zeer belangrijk terwijl voor anderen een fysieke ontmoeting meer aangewezen is. (Z)
- 36 Maak gebruik van een systeem van 'warme' doorverwijzers waarbij een deel van het traject van de hulpverlening samen met de jongere wordt afgelegd, de jongere wordt niet losgelaten tot hij of zij in contact staat met de nieuwe organisatie of contactpersoon (Cfr. de samenwerking tussen het CLB en AWEL). (Z)

4 Preventie van hiv en soa

4.1 OMSCHRIJVING EN ANALYSE

Seksueel overdraagbare aandoeningen zijn als thema relevant voor de hele Vlaamse bevolking, zowel op het vlak van preventie, opsporing als behandeling. De combinatie met een doelgroepenaanpak is weliswaar van belang gezien er zowel epidemiologisch, biologisch, gedragsmatig als sociaal verschillende profielen te onderscheiden zijn. De doelgroepen op maat aanspreken verhoogt immers de kans dat preventieve interventies ook daadwerkelijk impact hebben.

In de probleemanalyse wordt eerst het thema gesitueerd aan de hand van epidemiologische cijfers rond soa en hiv. Vervolgens worden doelgroepen en noden van deze doelgroepen geïdentificeerd.

4.1.1 Epidemiologie

4.1.1.1 Soa's en epidemiologie

Sciensano registreert soa-diagnoses in België en rapporteert hierover in opdracht van de overheden. Het recentste rapport met gegevens verzameld uit het peilnetwerk van laboratoria voor microbiologie en het nationaal soa-referentiecentrum⁵³ geeft de tendensen weer tussen 2002 en 2016. De deelname van de peillaboratoria aan het netwerk is stabiel over de tijd met een dekking van de infectieziekten van ongeveer 50%. Deze dekking bepaalde Sciensano door het aantal terugbetaalde testen uitgevoerd door de peillaboratoria te delen door het totale aantal terugbetaalde uitgevoerde testen. De resultaten die hieronder gerapporteerd worden, geven dus niet het volledige beeld.

- > Chlamydia is de meest gediagnosticeerde soa in Vlaanderen. Het aantal geregistreerde gevallen in Vlaanderen is gestegen van 439 gevallen in 2002 tot 4.221 gevallen in 2016. Dit komt overeen met een stijging van het aantal gerapporteerde gevallen van 7,3/100 000 inwoners in 2002 tot 65/100 000 inwoners in 2016. In 2016 is het aantal gerapporteerde gevallen het hoogst bij de 15- tot 29-jarige vrouwen. Bij de mannen is er een stijgende trend sinds 2011, voornamelijk bij de mannen vanaf 20 jaar.
- > Gonorroe vertoont sinds 2002 eveneens een stijgende trend, waarbij het aantal registraties in Vlaanderen gestegen is van 150 gevallen in 2002 tot 880 gevallen in 2016. Dit komt overeen met een stijging van het aantal gerapporteerde gevallen van 2,5/100 000 inwoners in 2002 tot 13,5/100 000 inwoners in 2016. In 2016 wordt gonorroe voornamelijk geregistreerd bij mannen tussen 20 en 39 jaar. Sinds 2011 is er een toename bij 20- tot 29-jarige vrouwen.
- > Ook syfilis vertoont een stijging over dezelfde periode (2002-2016) in Vlaanderen met 13 registraties in 2002 (0,2/100 000 inwoners) en 473 registraties in 2016 (7,3/100 000 inwoners). Syfilis wordt in 2016 voornamelijk geregistreerd bij mannen tussen 20 en 59 jaar.

In de zomer van 2017 signaleerde het Vlaamse Agentschap Zorg en Gezondheid een opstoot van Hepatitis A onder mannen die voornamelijk seks hebben met mannen, wat zich ook in andere Europese landen voordeed. De zeer besmettelijke infectie, die niet enkel seksueel overdraagbaar is, bleek na de zomer sterk terug te vallen. Het betrof ongeveer 260 bevestigde gevallen.

De verzamelde gegevens in het meest recente soa-peilnetwerkrapport van het Sciensano-netwerk van klinici resulteerde in een omschrijving van de soa-patiënt en de omstandigheden van de soa-diagnose.⁵⁴ Gezien dit geen representatief netwerk is, mogen de tendensen niet gegeneraliseerd worden.

⁵³ Vanden Berghe, W., Crucitti, T., & De Baetselier, I. (2018). *Surveillance van seksueel overdraagbare aandoeningen 2002-2016. Nationale en regionale gegevens afkomstig van het netwerk van laboratoria voor microbiologie en het nationale referentiecentrum. Tussentijds rapport.* Brussel: Sciensano.

⁵⁴ Verbrugge, R., & Crucitti, T., op.cit. p.18.



- > De meerderheid van de soa-registraties in België waren afkomstig van mannen die seks hebben met mannen (61% van de mannen) en jongvolwassenen (34% van de soa-patiënten en 50% van de chlamydia-patiënten zijn jongeren dan 25 jaar).
- > Twee op de drie vrouwelijke patiënten met chlamydia of gonorrroe werden gediagnosticeerd zonder klacht of symptoom. Deze vaststelling illustreert het asymptomatisch verloop van de infecties en het risico van complicaties, zoals fertiliteitsproblemen bij vrouwen.
- > Bij 3% van de geregistreerde soa-patiënten is bij een screening gelijktijdig hiv gediagnosticeerd. Het ging daarbij om mannen die seks hebben met mannen.
- > Ongeveer de helft (48%) van de soa-patiënten wil zijn sekspartners niet contacteren. Slechts 7% van de soa-gevallen werd gevonden via partnerverwittiging.
- > Sekswork wordt niet vaak opgegeven als risicofactor: 7% van de vrouwen met een soa is sekswerker en 10% van de mannen meldt een prostitutiebezoek. Mogelijk is de onderrapportage een gevolg van het taboe op sekswork en op prostitutiebezoek. Seksworkers vormen overigens een goed omringde doelgroep, waarbij Ghapro en PasOp een preventief aanbod promoten in Vlaanderen.

4.1.1.2 Hiv en epidemiologie

Het aantal mensen dat in België met hiv leefde werd in 2017 geschat op 18.908, wat overeenkomt met een hiv-prevalentie van 1,7 personen per 1000 inwoners. In 2017 werden 890 nieuwe hiv-diagnoses gesteld in België. De hiv-epidemie in België treft hoofdzakelijk twee populaties: mannen die seks hebben met mannen (MSM), vooral met de Belgische of een andere Europese nationaliteit, en mannen en vrouwen die het virus hebben opgelopen via heteroseksuele contacten en die vooral afkomstig zijn van Sub-Saharaans Afrika. In beide sleutelpopulaties deed zich een daling van het aantal nieuwe hiv-diagnoses voor.

Het aantal diagnoses bij MSM daalde in België met 34% in vergelijking met 2013 toen de hoogste piek werd waargenomen. Specifiek in Vlaanderen is de daling onder MSM eveneens zeer uitgesproken en deze bedraagt 32% ten opzichte van 2012 toen de hoogste piek werd waargenomen in Vlaanderen. De overdracht bij MSM in België werd vooral gerapporteerd bij Belgen; zij vertegenwoordigden 63% van de hiv-diagnoses bij MSM in België. Zeventien procent van de nieuwe hiv-diagnoses bij MSM werd vastgesteld bij personen met een andere Europese nationaliteit. In Vlaanderen vormen deze 14% van de nieuwe diagnoses onder MSM ten opzichte van 31% in Brussel. Uit de Belgische cijfers blijkt bovendien dat van de niet-Belgische MSM 14% meldde afkomstig te zijn uit Brazilië, 12% uit Nederland, 7% uit Frankrijk, 6% uit Italië en 4% uit Kameroen. De niet-Belgische nationaliteiten waren proportioneel meer aanwezig in de regio Brussel dan in de andere twee regio's.

In 2017 vertegenwoordigden de diagnoses bij heteroseksuelen 48% van de nieuw geregistreerde hiv-infecties waarvan de overdrachtswijze gekend is. De overdracht van hiv via heteroseksuele contacten werd vooral gerapporteerd bij personen afkomstig van Sub-Saharaans Afrika; zij vertegenwoordigden 49% van het aantal vastgestelde hiv-infecties via heteroseksuele overdracht. Achtentwintig procent had de Belgische nationaliteit, 13% had een andere Europese nationaliteit en 10% had een andere nationaliteit.

In 2017 vertegenwoordigden vrouwen 69% van de hiv-diagnoses bij de heteroseksuelen afkomstig van Sub-Saharaans Afrika en 36% bij de heteroseksuelen met een Belgische nationaliteit. De daling van het aantal diagnoses bij heteroseksuelen is toe te schrijven aan de daling van het aantal diagnoses bij personen afkomstig uit Sub-Saharaans Afrika: in de periode 2012-2017 was er een daling van 44% bij de vrouwen en 61% bij de mannen.

In 2017 werd 36% van de hiv-diagnoses laattijdig vastgesteld. Het aandeel van de laattijdige diagnoses varieerde in functie van de overdrachtswijze: 46% voor infecties overgedragen via heteroseksuele



contacten tegenover 27% bij MSM. De substantiële daling waargenomen tussen 2000 en 2010 suggereerde een gunstige evolutie wat betreft de vroegtijdigheid van de hiv-diagnoses. Vervolgens is bij MSM de trend omgekeerd en tussen 2010 en 2017 werd een matige toename gezien van het aantal laattijdige diagnoses. Een toename van het aandeel laattijdige diagnoses kan echter het gevolg zijn van een recente daling van de hiv-incidentie, of nog van een toegenomen screening van personen die reeds langer geïnfecteerd zijn.

Van al de mensen die in 2017 met hiv leefden in België, wordt geschat dat 10,9% zich niet bewust was van zijn of haar positieve serostatus. Het aandeel van niet-gediagnosticeerden is gedaald, van 23,3% in 2008 naar 10,9% in 2017.

4.1.2 Noden van de doelgroep

Bij de identificatie van de doelgroepen mag men geen opdeling maken tussen groepen die veilig vrijen versus onveilige vrijers. Veilig of beschermd vrijen is een gedrag dat men telkens opnieuw dient te stellen en kan beïnvloed worden door omstandigheden. Met betrekking tot preventie worden de volgende doelgroepen onderscheiden: jongeren, mannen die seks hebben met mannen, kwetsbare migranten, en het algemeen publiek.

4.1.2.1 Jongeren

Één op de 20 jongeren heeft een soa en uit de soa-cijfers⁵⁵ wordt duidelijk dat meisjes en jonge vrouwen tussen 15 en 29 jaar de grootste groep van soa-patiënten vormen. Bij vrouwen komt chlamydia het vaakst voor, gevolgd door gonorroe. Bij mannen staat syfilis op kop, gevolgd door gonorroe (stijgt de laatste tien jaar), en daarna chlamydia. Een groot deel van de mannelijke soa-patiënten zijn mannen die seks hebben met mannen. Chlamydia-diagnoses nemen de laatste tien jaar enkel toe in de jonge leeftijdsgroep. Meer oproepen om zich te laten testen, kan hiervoor een gedeeltelijke verklaring zijn. Hiv komt niet meteen veel voor onder de Vlaamse jongeren, maar homoseksuele jongeren lopen wel extra risico op besmetting, niet noodzakelijk op jonge leeftijd, maar wel in de loop van hun latere seksuele carrière. Daarnaast lopen ook jongeren met een Sub-Saharaanse afkomst extra risico om een hiv-infectie op te lopen.

Veilig vrijen en het nemen van voorzorgen, is afhankelijk van een aantal factoren: de jongere zelf, de partner, de omgeving, de situatie en de subjectieve beleving van dit alles. Dat maakt dat jongeren in risicosituaties terecht kunnen komen, en dat ze veilig kunnen vrijen in de ene situatie, maar onveilig in de andere.⁵⁶

Condoomgebruik en het testgedrag vooraf aan het weglaten van het condoom zijn de belangrijkste determinanten bij jongeren voor de preventie van soa's. Soa's zijn echter zelden een serieus gespreksonderwerp onder jongeren en er is een lage ratio van partnernotificatie indien er een soa wordt vastgesteld. Onderzoek bij studenten stelt vast dat weinigen geloven dat het raadzaam is, of dat het een gewoonte is, om je bij de start van een relatie beiden te laten testen op soa's.⁵⁷ Verder is in het kader van preventie de attitude van de arts bij het soa-consult en andere consulten van belang, alsook de aanwezigheid van jeugdvriendelijke diensten.⁵⁸

⁵⁵ Vanden Berghe, W. e.a., op.cit. p.34.

⁵⁶ Vanwesenbeeck, I., Zessen, van, G., Ingham, R. e.a. (1999). *Factors and processes in heterosexual competence and risk: an integrated review of the evidence. Psychology and Health*, 14, 25-50.

⁵⁷ Kayaert, G. (2014). *Are Belgian students being tested for sexually transmittable infections, and why (not)?* Ongepubliceerd eindrapport, KHLeuven.

⁵⁸ Idem.

Het hebben van een oudere partner wordt bij jongeren geassocieerd met onveilig vrijgedrag.⁵⁹ Het is aannemelijk dat, naarmate de jongere zelf nog jonger is, er een groter risico bestaat op een onevenwichtige machtsverhouding binnen de relatie waardoor het effect van het hebben van een oudere partner nog vergroot.⁶⁰ Ook de context van een relatie is van invloed: vele jongeren beschouwen praten over veilig vrijen als een uiting van wantrouwen ten aanzien van de partner, waardoor ze hun relatie onder druk zouden zetten.⁶¹ Ook onstabiele relaties, het aangaan van een nieuwe relatie, verliefdheid, op reis gaan, maar ook 'vaste' relaties kunnen risicosituaties zijn. In deze situaties wordt een condoom immers vaker achterwege gelaten.⁶²

De toegankelijkheid van de dienstverlening voor de doelgroep jongeren is afhankelijk van een aantal essentiële eigenschappen. In Vlaanderen zijn er tekorten op het vlak van: praktische openingsuren (ook buiten de schooluren), privacy, competent personeel, respect voor jongeren, nadruk op dubbel gebruik van condoom en anticonceptie, vertrouwelijkheid, wachttijden, betaalbaarheid en afzonderlijke ruimte of uren voor jongerenconsulten.^{63,64,65,66,67}

4.1.2.2 Mannen die seks hebben met mannen

Homomannen vormen een onzichtbare populatie, wat het onmogelijk maakt om hen precies te becijferen. Niet alle mannen met homoseksuele contacten benoemen zichzelf ook als homoseksueel, ondanks de toegenomen maatschappelijke acceptatie. Een aanname dat ongeveer 5% van de mannelijke bevolking homo- of biseksueel is, geldt als realistisch. Dit betekent dat Vlaanderen ongeveer 150.000 mannen met homoseksuele contacten telt. In epidemiologisch onderzoek wordt vaak de term MSM (mannen die seks hebben met mannen) gebruikt.

Hiv

Er zijn meerdere redenen waarom er meer hiv voorkomt onder MSM, hoewel ze vaker beschermde seks hebben dan de rest van de bevolking. De homogemeenschap is klein, en een virus verspreidt zich sneller in een kleine groep. MSM hebben vaker wisselende partners dan heteroseksuele koppels. Bovendien is de infectiekans bij anale seks groter dan bij vaginale seks.

Twee derde van de infecties met hiv bij Belgen vindt plaats via homoseksuele contacten. Minstens 5% van de Vlaamse MSM heeft hiv. Dat cijfer is hoger bij metingen in grootsteden (in Brussel: 14%) en in specifieke subgroepen, zoals de gay fetish scene. In Brussel werden in 2017 evenveel Belgische als niet-Belgische mannen met homoseksuele contacten met hiv gediagnosticeerd. De prevalentiecijfers van hiv bij Vlaamse en Brusselse MSM zijn sterk vergelijkbaar met deze van de buurlanden en hun grootsteden.

⁵⁹ Mercer, C.H., Wellings, K., Macdowell, W. e.a. (2006). First sexual partnerships: age differences and their significance: empirical evidence from the 2000 British National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles ('NATSAL 2000'). *Journal of Adolescent Health*, 39, 87-95.

⁶⁰ Symons, K., Van Houtte, M., & Vermeersch, H. (2013). De seksuele start. In Ann Buysse, M. Caen, A. Dewaele, P. Enzlin, J. Lievens, G. T'Sjoen, M. Van Houtte, et al. (Eds.), *Seksuele gezondheid in Vlaanderen* (pp. 119-153). Gent: Academia Press.

⁶¹ Buysse, A. & Van Oost, P. (1994). Rolopvattingen en rolverwachtingen bij 17 tot 21-jarigen ten aanzien van condoomgebruik, initiatief nemen en mondigheid bij seksueel contact. *Tijdschrift voor seksuologie*, 18, 128-141.

⁶² Borms, R., Vermeire, K., & Ruttens-Van de Velde, I. (2010). *Kwalitatieve analyse sleutelmomenten jongvolwassenen. Interviews en focusgesprekken*. Antwerpen: Sensoa.

⁶³ Hillen, B. (2011). *De begeleiding door huisartsen bij ongeplande zwangerschappen. Masterproef in het kader van een Master in Management en Beleid van de Gezondheidszorg*.

⁶⁴ Eeckhoudt (2010) Wat vinden en verwachten jongeren van de eerstelijns-gezondheidszorg op vlak van seksuele en reproductieve gezondheid? *Bachelorproef in het kader van een opleiding in de geneeskunde*

⁶⁵ Deneyer, M. Devroey, D., De Groot, E., Buyl, R., Clybouw, C., & Vandenplas, Y. (2011). Informative privacy and confidentiality for adolescents: the attitude of the Flemish paediatrician anno 2010. *European Journal of Pediatrics*, 170(9), 1159-1163.

⁶⁶ Kinderrechtencommissariaat (2009). Visietekst: Jongeren, privacy en toegang tot medische zorg.

⁶⁷ Kayaert, G. (2014). Are Belgian students being tested for sexually transmissible infections, and why (not)? (in press).



In 2017 kregen 195 Belgen met homoseksuele contacten hun hiv-diagnose. Ook 113 niet-Belgen met homoseksuele contacten kregen een positieve diagnose; één op de drie nieuwe diagnoses onder MSM betreft dus niet-Belgen, ongeveer evenveel Europeanen als niet-Europeanen. Meer dan 85% van de gediagnostiseerde hiv-positieve homomannen heeft een niet-detecteerbare virale lading ten gevolge van behandeling met hiv-remmers.

Ondanks de hoge prevalentie is hiv grotendeels onzichtbaar bij MSM. Hiv-positieve MSM geven aan vaak geconfronteerd te worden met discriminatie en stigma, ook binnen de eigen groep. Er is een nood om hiv te dedramatiseren en te normaliseren. Een afschrikwekkend beeld van hiv versterkt stigma en zelfstigma, wat vertellen dat je hiv hebt in de weg staat en de angst aanwakkert voor een positief testresultaat (en dus ook voor testen). Bekendmaking dat je hiv hebt, werd lange tijd afgeraden; sommige gezondheidswerkers raden dit hun cliënten nog steeds af. Als de bekendmaking laag is, is de zichtbaarheid van hiv bij de doelgroep in het gedrang.

Soa's

Soa's zijn steeds sterk aanwezig geweest onder MSM. Eén op de tien MSM die zich liet testen op soa's had ook effectief één of meerdere soa's.⁶⁸ Er is ook een duidelijke toename van het aantal co-infecties, waarbij meerdere soa's tegelijk vastgesteld worden. Sedert het midden van de jaren '90 komen soa's (met name syfilis bij oudere en gonorroe bij jongere MSM) opnieuw meer voor. Hiv-positieve mannen hebben vaker soa's: 40% van de Vlaamse homomannen met een syfilisinfectie, bleek tevens hiv-positief. Bij een subgroep van mensen met hiv doet zich tevens een probleem voor van seksuele overdracht van hepatitis C. De aanwezigheid van een soa faciliteert de besmetting met hiv, en omgekeerd.

Testen

88% van de Vlaamse MSM liet zich ooit testen op hiv.⁶⁹ 49% van de Belgische MSM liet zich testen op hiv in de voorbije 12 maanden. Belgische MSM jonger dan 25 jaar lieten zich minder vaak testen: 39%.⁷⁰ Vergeleken met andere Europese landen zijn Belgische MSM frequent getest. Het menu van mogelijkheden om zich te laten testen breidde aanzienlijk uit in de voorbije tien jaar, waaronder: de huisarts, aidsreferentiecentra, Helpcenter, outreach en online testen met Swab2know, diagnostische testen aangeboden door Franstalige hiv-organisaties, en de verkoop van diagnostische zelftests op speeksel en bloed online en in apotheken.

Personen die nog niet weten dat ze hiv (en/of een soa) hebben, zijn dus een belangrijke doelgroep. Ongeveer 15% van de seropositieve MSM in Vlaanderen en Brussel weet niet dat hij hiv heeft.⁷¹ De meeste nieuwe infecties onder MSM worden wellicht veroorzaakt door mannen die niet op de hoogte zijn van hun positieve hiv-status.⁷²

⁶⁸ Schmidt Axel J. et al. (2011). *The European MSM Internet Survey (EMIS) Community Report 1*.

⁶⁹ Vanden Berghe Wim et al, *A venue-based HIV prevalence and behavioural study among men who have sex with men in Antwerp and Ghent, Flanders, October 2009 to March 2010*, www.eurosurveillance.org, 2011

⁷⁰ Schmidt Axel J. et al, op.cit. p.38.

⁷¹ Vanden Berghe Wim et al, op.cit. p.38.

⁷² Soa Aids Nederland (z.d.). *Onder Controle. Strategie voor de aanpak van soa's en hiv onder MSM in Nederland 2013-2018*.



Preventiecampagnes benadrukken in toenemende mate het belang van het kennen van de hiv-status. Toch blijkt dat één op de vier hiv-positieve MSM die de voorbije jaren zijn diagnose ontving, zich laattijdig heeft laten testen.

Condooms

Het geloof in de doeltreffendheid van condooms als bescherming tegen hiv en soa is zeer hoog, zowel bij mannen met een lage intentie tot condoomgebruik als bij mannen met een maximale intentie.⁷³

Hoewel dit vaak wordt verondersteld, blijken MSM niet overtuigd van een verminderde noodzaak tot veilig vrijen sinds het bestaan van hiv-remmers. Enkel mannen met een lage scholing en mannen die hoog scoren op de schaal 'moeite met veilig vrijen', tonen zich vaker dan gemiddeld optimistisch over de hiv-medicatie.⁷⁴ Wel wordt de introductie van de hiv-remmers door een meerderheid van de MSM aangehaald als reden waarom zij vermoeden dat 'andere homomannen' tegenwoordig minder veilig vrijen.⁷⁵ De vrees voor een daling van het condoomgebruik werd ook aangehaald als een tegenargument voor de introductie van PEP en PrEP. Noch bij onderzoek in de Verenigde Staten⁷⁶, noch bij de PrEP-studie PROUD in het Verenigd Koninkrijk⁷⁷ werd risicocompensatie vastgesteld bij een verruiming van de preventie-opties.

De correlatie tussen de intentie om al dan niet een condoom te gebruiken en het gedrag (al dan niet condoomgebruik bij anale seks) verschilt naar de partner waarmee men seks heeft. De correlatie tussen feitelijk gebruik en de intentie tot condoomgebruik is hoger met de vaste partner (0,75) dan met occasionele partners (0,58).⁷⁸

De eigeneffectiviteit of het vertrouwen in zichzelf om met succes het gewenste gedrag te kunnen stellen, is de belangrijkste determinant bij condoomgebruik met occasionele partners. Verliefd zijn, de partner erg aantrekkelijk vinden, seksueel opgewonden zijn, onder invloed zijn van alcohol of drugs en druk van de partner, ondergraven dit. In vaste relaties is de manier waarop de partner over condoomgebruik van de partner denkt de belangrijkste determinant bij de beslissing om al dan niet condooms te gebruiken. Mannen die problemen hebben met condoomgebruik vertonen vaak doorlopend risicogedrag.⁷⁹

PrEP-gebruik

⁷³ Hospers, H.J., Dörfler, T.T., & Zuithof, W. (2004). *Monitoronderzoek Amsterdam 2004*. Amsterdam: Schorerstichting.

⁷⁴ Idem.

⁷⁵ Vincke, J., & Bleys, R. (2003). *Vitale vragen 2001. Eindrapport*. Antwerpen: Sensoa.

⁷⁶ Mustanski B., Ryan, D., Sanchez, T., Sinneath, C., Makapagal, K., & Sullivan, P. (2014). Effects of messaging about multiple biomedical and behavioural HIV prevention methods in intentions to use condoms among US MSM: Results of an experimental messaging study. *AIDS and Behaviour*, 18(9), 1651-1660.

⁷⁷ McCormack, S., Dunn, D.T., Desai, M., Dolling, D.I., Gafos, M., Gilson, R., ..., & Gill, O.N. (2016). Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *Lancet*, 387(10013), 53–60.

⁷⁸ Hospers, H.J. e.a., op.cit. p. 39.

⁷⁹ Idem.



Sinds 1 juni 2017 is PrEP onder bepaalde voorwaarden terugbetaald en dus ruimer beschikbaar in België.⁸⁰ Internationale studies^{81,82} bewezen de effectiviteit van het middel. Hoewel een systeem voor uniforme datacollectie nog in de maak is, kon het RIZIV in december 2018 bevestigen dat zo'n 8.156 doosjes werden verkocht en dat volgens data verzameld uit negen aidsreferentiecentra zo'n 2.100 mensen startten met PrEP.⁸³

Uit een gebruikersanalyse van het Instituut voor Tropische Geneeskunde blijkt dat het haast uitsluitend MSM zijn die PrEP gebruiken: 80% meldt onbeschermd anale seks te hebben gehad in de afgelopen zes maanden, 42% een soa in de afgelopen twaalf maanden, 5% gebruikte een PEP-kuur in de laatste twaalf maanden en ruim één derde gebruikt drugs tijdens sekscontacten. Een minderheid van de PrEP-gebruikers rapporteert betaald sekswerk (4,2%).

Een Belgische enquête⁸⁴ onder 1.444 hiv-negatieve MSM toont bovendien dat de meerderheid PrEP kent (90,8%) en dit als een nuttige preventiemethode beschouwt (84,9%). Ruim twee derde zou bereid zijn om PrEP te nemen, maar onderschat wel zijn eigen risico op hiv.

Losse en vaste relaties

In een online bevraging in Vlaanderen bij mannen die seks hebben met mannen (FAQ it!)⁸⁵ gaf 64% aan seks te hebben gehad met een losse partner in de voorbije zes maanden, 37% had uitsluitend seks met losse partners, 27% had naast een vaste partner ook losse partners, en 36% had een monogame vaste relatie. In diverse onderzoeken zien we een groep van 10% à 20% met een hoog aantal partners (bijvoorbeeld meer dan tien partners in zes maanden). Partners voor losse contacten worden vooral online gevonden, maar ook in de homosekshoreca. Een derde tot de helft van de losse sekspartners zijn mannen met wie men ooit eerder een sekscontact had.

Jonge MSM kiezen vaker voor een vaste monogame relatie dan mannen ouder dan 30. Naarmate de respondenten ouder worden, maar ook naarmate hun relaties langer duren zien we meer vaste relaties met een open karakter, waarbij de partners ook seksuele contacten hebben buiten de relatie. Deze dynamiek wordt het duidelijkst beschreven in een Duits onderzoek: 20% van de partners met een relatieduur korter dan zes maanden kiest voor een open relatie, tegenover 72% van de partners met een relatieduur van meer dan vier jaar.⁸⁶

De helft van de respondenten met een vaste relatie in de Vlaamse studie Sexpert II spreekt af om monogaam te zijn. 20% spreekt af dat de partner enkel beschermde anale seks mag hebben met

⁸⁰ Riziv, via <https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/terugbetalen/specialiteiten/wijzigingen/Paginas/geneesmiddelen-PrEP-HIV.aspx#.WwfsJeQUnIU>

⁸¹ <http://www.proud.mrc.ac.uk/resources/publications/>

⁸² <http://www.aidsmap.com/Second-European-PrEP-study-closes-placebo-arm-early-due-to-high-effectiveness/page/2917367/>

⁸³ Deprez, E. & Darcis, G. (2018). Update on PrEP. Presentation at the BREACH symposium 2018, via <http://www.breach-hiv.be/media/docs/BREACHSpring2018/BREACHSympopres/1PrEPBREACH2018EdwinneGilles.pdf>

⁸⁴ De Baetselier, I., Reyniers, T., Nöstlinger, C., Wouters, K., Fransen, K., Crucitti, T., ... , & Be-PrEP-ared Study Group. (2017). Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) as an Additional Tool for HIV Prevention Among Men Who Have Sex With Men in Belgium: The Be-PrEP-ared Study Protocol. *JMIR Research Protocols*, 6(1), e11.

⁸⁵ Vanden Berghe, W., & Vincke, J. (2008). FAQ IT!: een onderzoek naar seksueel risicogedrag bij mannen die seks hebben met mannen in Vlaanderen (en Brussel). Universiteit Gent.

⁸⁶ Bochow, M., Wright, M.T., Lange, M., Höpfner, C., Sweers, H., & Metz, R. (2004). *Risikomanagement in Zeiten der sozialen Normalisierung einer Infektionskrankheit*. Berlin: Deutsche A.I.D.S.-Hilfe.



anderen, 2,4% spreekt af geen anale seks te hebben met anderen. 6% laat mekaar volledig vrij, 14% maakt helemaal geen afspraken met de partner.⁸⁷ Van de respondenten die zowel een vaste partner als losse partners hebben, zegt 45% het nooit en 7% soms als ze een los sekscontact hebben gehad.⁸⁸

Deze afspraken zijn echter niet zonder risico. Van diegenen die met de partner een afspraak hadden gemaakt, hield 56% zich altijd aan deze afspraak. Slechts 4 van de 112 respondenten die zich niet aan de afspraak hadden gehouden, meldden dit aan hun partner.

Veel infecties met hiv vinden wellicht plaats tussen vaste partners. In een Amerikaanse studie wordt het aandeel van vaste relatiepartners in het aantal nieuwe infecties met hiv geraamd op driekwart.⁸⁹ Ook in een recente modelling-studie in het Verenigd Koninkrijk wordt verondersteld dat er een hoog aantal transmissies plaatsvinden onder vaste partners.⁹⁰

Mentale gezondheid

Diverse onderzoeken⁹¹ wijzen op een zwakkere mentale gezondheid bij holebi's, die een weerslag heeft op hun risicogedrag. Sommige auteurs spreken over een syndemie,^{92,93} of het samengaan van frequent voorkomende gezondheidsproblemen die mekaar versterken en onderhouden. Bij MSM gaat het om een hogere prevalentie van hiv en soa, het meer voorkomen van depressieve symptomen en andere mentale gezondheidsproblemen, en een verhoogd middelengebruik.

4.1.2.3 Kwetsbare migranten

Het Instituut voor Tropische Geneeskunde voerde een onderzoek uit naar de prevalentie van hiv en de risicofactoren bij Sub-Saharaanse migranten (SAM) in Antwerpen stad.⁹⁴ Uit dit onderzoek blijkt dat in Antwerpen 6,1% van de vrouwen en 3% van de mannen van Sub-Saharaanse afkomst drager is van het hiv-virus. De meerderheid van de deelnemers was afkomstig uit Nigeria, Democratische Republiek Congo, Ghana en Kameroen. Ze hebben meestal partners uit hun eigen gemeenschap: 76% gaf aan dat hun laatste partner van Afrikaanse origine was. De mediaan voor het aantal seksuele partners in het voorbije jaar is één. Toch gaf 32% van de personen in een vaste relatie aan dat ze in het voorbije jaar ook seks hadden met iemand anders. Dit kwam meer voor bij mannen dan bij vrouwen. Van de singles had 20% meer dan drie seksuele partners gehad in het voorbije jaar. Ook hier waren meer mannen dan vrouwen in deze situatie.

Het moment van overdracht is moeilijk te bepalen en dus ook of de overdracht gebeurde voor of na aankomst in België. Fylogenetisch onderzoek⁹⁵ geeft aan dat de er wellicht weinig lokale transmissie

⁸⁷ Dewaele, A. (2014). *Sexpert II: Klik eens uit je bed. Presentatie*.

⁸⁸ de Graaf, H., Bakker, B.H.W., & Wijsen, C. (2014). *Een wereld van verschil: Seksuele gezondheid van LHBT's in Nederland 2013*. Utrecht: Rutgers WPF.

⁸⁹ Sullivan, P.S., Salazar, L., Buchbinder, S., & Sanchez, T.H. (2009). Estimating the proportion of HIV transmissions from main sex partners among men who have sex with men in five US cities. *AIDS*, 23(9), 1153-1162.

⁹⁰ Punyacharoensin, N., Edmunds, W.J., De Angelis, D., ..., & White, R.G. (2014). Modelling the HIV epidemic among MSM in the United Kingdom: Quantifying the contributions of HIV transmission to better inform prevention initiatives. *AIDS*, 29(3), 339-349.

⁹¹ Seinaeve, H., & Missiaen, J. (2016). Onderzoek naar het psychisch welzijn van Vlaamse holebi's en/of transgender personen _ Risico- en beschermende factoren in kaart gebracht voor lifetimeprevalentie van suicidepogingen. *Masterscriptie, Universiteit Gent*.

⁹² O'Leary, D. (2014). The syndemic of AIDS and STDS among MSM. *The Linacre Quarterly*, 81(1), 12-37.

⁹³ Vanden Berghe, W., Nöstlinger, C., Hospers, H., & Laga, M. (2013). International mobility, sexual behaviour and HIV-related characteristics of men who have sex with men residing in Belgium. *BMC Public Health*, 13, 968.

⁹⁴ Loos, J., & Nöstlinger, C., & Vuylsteke, B., Deblonde, J., Ndungu, M., K., ... Colebunders, R. (2017). First HIV prevalence estimates of a representative sample of adult sub-Saharan African migrants in a European city. Results of a community-based, cross-sectional study in Antwerp, Belgium. *PLoS ONE*, 12(e0174677).

⁹⁵ Verhofstede, C. (2018). Biomedical perspective: Phylogenetic analysis of the Belgian HIV-1 epidemic reveals that local transmission is almost exclusively driven by MSM despite presence of large African migrant communities. Presentation at the BREACH Spring Meeting 2018

van hiv is onder migranten; ze brengen hun infectie met zich mee uit het herkomstland. Uitzondering hierop is de transmissie onder MSM bij migranten, die wel vaker gelinkt is aan lokale virusstammen. Dit kan wijzen op een hogere kwetsbaarheid van MSM migranten.⁹⁶ Voorlopige resultaten voor België geven aan dat in 2011 overdracht in 28% van de gevallen na de immigratie plaatsvond. Dit cijfer schommelde de laatste tien jaar tussen 22% en 30%.

Van 976 van de 1.013 geregistreerde patiënten van het soa-peilnetwerk is de afkomst bekend: 66% hadden de Belgische nationaliteit en 14,6% waren afkomstig uit een ander EU-land. 15,9% had een Afrikaanse, Zuid-Amerikaanse of Aziatische nationaliteit. Hiervan vormden de migranten uit Sub-Saharaans Afrika met 6,7% van alle soa-diagnoses de grootste groep.⁹⁷ Het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid wijst er in zijn laatste soa-rapport wel op dat ondanks het lage percentage in deze cijfers Sub-Saharaanse migranten toch bijzondere aandacht verdienen. 38% van de nieuwe hiv-besmettingen zijn immers bij personen afkomstig uit Sub-Saharaans Afrika. Hiv en soa's hebben dezelfde transmissieweg. In de Together-studie van het Instituut voor Tropische Geneeskunde gaf 11% van de mannen aan een soa te hebben gehad in het voorbije jaar. Bij vrouwen lag dat cijfer aanzienlijk lager, namelijk 6%.⁹⁸ Ook deze cijfers liggen hoger dan de cijfers van het soa-peilnetwerk.

4.1.2.4 Algemeen publiek

Sinds het begin van de registratie in 2002 is het aantal diagnoses van de seksueel overdraagbare aandoeningen chlamydia, gonorroe en syfilis gestegen. In de periode 2002-2013 steeg de gemiddelde jaarlijkse incidentie van chlamydia met 16%, van gonorroe met 13% en van syfilis met 25%.⁹⁹ Ook het aantal tests steeg echter in deze periode. Bovendien slaagt men er, zeker bij chlamydia, beter in de juiste doelgroepen te overtuigen zich te laten testen, waardoor meer positieve resultaten vastgesteld worden. De stijging in chlamydia-registraties wordt voornamelijk vastgesteld in Vlaanderen door een toegenomen testintensiteit na een sensibilisatiecampagne. Het is bijgevolg niet waarschijnlijk dat er sprake is van een toegenomen reële incidentie. In 2012 voerde Sensoa intensief campagne om het voorkomen van chlamydia onder jongeren, jongvolwassenen en volwassenen aan te kaarten. Naast het promoten van het gebruik van een condoom ter preventie, werd tevens opgeroepen om zich te laten testen na seks zonder condoom. Deze campagne werd verder gezet in 2013 en 2014. Bovendien werd ze multidisciplinair geïmplementeerd, niet enkel in scholen, maar ook via de verschillende beroepsgroepen vertegenwoordigd in het Vlaams Soa-Overleg.

Testen

Uit het Sexpert-onderzoek¹⁰⁰ blijkt dat 13% van de seksueel ervaren respondenten zich ooit heeft laten testen op soa's en 30% op hiv. Van diegenen die zich ooit lieten testen op een soa was 4% gediagnosticeerd met minstens één soa. Van de respondenten van Turkse origine in het Sexpert II-onderzoek liet slechts 8% zich ooit testen op soa's en 13% op hiv. Bij een kwart daarvan werd een soa vastgesteld.¹⁰¹

⁹⁶ Fakoya, I., Álvarez-del Arco, D., Woode-Owusu, M., Monge, S., Rivero-Montesdeoca, Y., Delpech, V., ... Burns, F. M. (2015). A systematic review of post-migration acquisition of HIV among migrants from countries with generalised HIV epidemics living in Europe: implications for effectively managing HIV prevention programmes and policy. *BMC Public Health*, 15, 561.

⁹⁷ Verbrugge, R., & Crucitti, T., op.cit. p.18.

⁹⁸ Loos, J. e.a., op.cit. p.41.

⁹⁹ Verbrugge, R., & Crucitti, T., op.cit. p.18.

¹⁰⁰ Buysse, A., e.a., op.cit. p. 8.

¹⁰¹ Dewaele, A. (2014). *Sexpert II: Seksuele gezondheid bij personen van Turkse of Marokkaanse afkomst. Ongepubliceerde presentatie.* Gent.

In 2016 was er een stijging met 5% van het aantal opsporingstesten voor hiv.¹⁰² Er werden 64 hiv-tests per 1000 inwoners uitgevoerd en per 1000 testen werden 1,26 nieuwe hiv-diagnoses vastgesteld.

Condoomgebruik

Uit het Sexpert-onderzoek blijkt dat 8,6% aangeeft een condoom te hebben gebruikt tijdens het laatste seksueel contact. De jongste leeftijdsgroep (18-29 jaar) gebruikte beduidend vaker (18%) een condoom dan de oudere respondenten. Ook een relatief grote groep veertigers (9%) gaf aan een condoom te hebben gebruikt. Globaal gezien rapporteren (vooral jongere) mannen vaker een condoom te hebben gebruikt dan vrouwen.

Een veilig seksueel contact kan worden gedefinieerd als een contact waarbij een condoom wordt gebruikt of waarbij men er zeker van is dat er geen risico op besmetting met hiv of soa bestaat. In het Sexpert-onderzoek werd aan de respondenten gevraagd om aan te geven of ze bij hun laatste seksueel contact een condoom gebruikten, en indien ze geen condoom gebruikten in welke mate ze er dan zeker van waren dat hun partner niet besmet was met een soa of hiv. In 96% van de gevallen werd er bij het laatste seksuele contact een condoom gebruikt of was de respondent er *zeker* van dat er geen besmetting kon zijn. In 86% van de gevallen werd er een condoom gebruikt of was de respondent er *helemaal zeker* van dat er geen besmetting kon zijn.¹⁰³

4.2 BELEID EN AANBOD IN VLAANDEREN

De Vlaamse overheid organiseert het preventiebeleid met partnerorganisaties op het terrein. Voor seksuele gezondheid zijn er beheersovereenkomsten met Sensoa en organisaties met een terreinwerking voor seksuele gezondheid bij sekswerkers en bij Sub-Saharaanse Afrikaanse migranten. In de schoot van het Centrum voor Algemeen Welzijnswerk Antwerpen wordt bovendien een aanbod gedaan naar mannelijke sekswerkers. Sensoa sensibiliseert en informeert verschillende doelgroepen (MSM, jongeren en jongvolwassenen, mensen met hiv, algemeen publiek) over de meest actuele inzichten inzake combinatiepreventie: condoomgebruik, testen, biomedische preventie (PrEP en PEP, vaccinatie tegen HPV), behandeling en de impact van een niet-meetbare virale lading op de besmettelijkheid van hiv. Sensoa doet dit aan de hand van campagnes, online informatieverstrekking, terreinwerk naar MSM, goedkoop condooms en glijmiddel aanbieden aan homosekshoreca en ondersteuning van projecten van derden.

Via de beheersovereenkomst met Pasop vzw wordt in Vlaanderen een terreinwerking gefinancierd ter preventie van de seksuele gezondheid van sekswerkers. Dit is een face to face en outreachende werking naar alle sekswerkers in Vlaanderen. Dit gebeurt in co-financiering met de federale overheid en verschillende lokale overheden.

Via een beheersovereenkomst met het Instituut voor Tropische Geneeskunde wordt in Vlaanderen een terreinwerking gefinancierd ter preventie van de seksuele gezondheid bij Sub-Saharaanse Afrikaanse migranten. Dit omvat een cultuursensitieve, outreachende en participatieve werking naar de SAM-gemeenschappen in Vlaanderen.

Tevens biedt de Vlaamse overheid een preventief vaccinatiebeleid aan, waaronder tegen Hepatitis B (HBV) en tegen het Humaan Papillomavirus (HPV), respectievelijk aan zuigelingen en meisjes van 12 en 13 jaar. Vlaamse meisjes worden sinds het schooljaar 2010-2011 in het eerste secundair (12 en 13 jaar) met succes gratis gevaccineerd tegen HPV. Op 25 september 2017 publiceerde de Hoge

¹⁰² Sasse, A. e.a., *op.cit.* p.19.

¹⁰³ Buyse, A. e.a., *op.cit.* p.37.



4.3 BESTAANDE ACTIES

Actie	Setting	Toelichting
Helpcenter	BU, LG	Seksuele gezondheidsconsultatie en testen op hiv en soa naar kwetsbare groepen met een verhoogd risico om een infectie met hiv of soa op te lopen, te weten mensen afkomstig uit Sub-Saharaans Afrikaanse landen of andere hoog endemische gebieden voor hiv, mannen die seks hebben met mannen, mensen die intraveneus drugs gebruiken, nieuwkomers zonder toegang tot reguliere gezondheidszorg, klanten van sekswerkers, mensen met wisselende sekscontacten, mensen die een risico op een infectie hebben gelopen en absoluut anoniem wensen te blijven.
Swab2know	BU, LG	Outreaching en online aanbod voor de promotie van een self-samplinginitiatief op hiv naar mannen die seks hebben met mannen en mensen afkomstig uit Sub-Saharaans Afrikaanse gebieden.
Partnertnotificatie	BU	Partneralert.be: online initiatief om partnertnotificatie te ondersteunen met de hulp van de arts door de patiënt waarbij een soa werd vastgesteld.
Colli-pee	ZW	Novosanis ontwikkelde dit toestel, waarbij de eerste fractie van de urine wordt opgevangen om de diagnostiek te faciliteren.
Soa-tool	ZW	KCE (het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg) ontwikkelt een evidence based instrument met richtlijnen voor preventie en diagnostiek van soa-screening in de huisartsenpraktijk.
Soa-praktijktool	ZW	Domus Medica ondersteunt de verschillende aspecten van soa-screening door huisartsen.
Vlaams Soa Overleg	ZW	Tweemaal per jaar komt een multidisciplinaire groep soa-professionelen samen om trends en informatie uit te wisselen, en gezamenlijke acties te bespreken. Sensoa bereidt de vergaderingen voor en zorgt voor agenda en verslaggeving.
Combinatiepreventie	ZW	Sensoa sensibiliseert betrokken doelgroepen over de nieuwste inzichten met betrekking tot de preventie van soa en hiv: condooms, testen, PrEP en PEP, niet detecteerbare virale lading.

4.4.1 Sensibilisering rond soa, hiv en testen

- > Volwassenen die uit een lange relatie komen of gescheiden zijn en opnieuw seksueel actief worden, maar zich niet bewust zijn van hun risico op soa. Dit probleem speelt nog meer bij personen voor wie vruchtbaarheid geen rol meer speelt.
- > Biseksuelen worden minder bediend, zij herkennen zich minder in de initiatieven naar homomannen gericht. Daarnaast is er ook een groep MSM die zichzelf niet ziet in termen van homo of bi.
- > Culturele minderheidsgroepen waar praten over seksualiteit en homoseksualiteit vaak een taboe blijft.
- > Sekswerkers worden tamelijk goed bediend maar klanten van sekswerkers worden veel minder bereikt.
- > Mensen in een sociaal zwakkere positie hebben vaak een zwakkere notie van preventie. De vraag is hoe we ook meer algemeen kunnen inzetten op een hogere gezondheidsgeletterdheid bij deze groep.
- > Er is een hoge prevalentie van HPV bij Oost-Europese vrouwen. Deze en enkele andere etnische minderheidsgroepen zijn moeilijk te bereiken aangezien zij nog geen middenveld of verenigingen hebben waarlangs ze bereikt kunnen worden.
- > Het is moeilijk om mensen te bereiken die geen Nederlands of Frans spreken. Ook medewerkers van asielcentra geven aan dat ze met vragen zitten rond hoe om te gaan met seksualiteit in de centra.
- > Er is nood aan herhaalde HPV-vaccinatie, om de tien jaar. Vrouwen moeten hierover ook op latere leeftijd geïnformeerd worden.

1. Prevalentiestudies uitvoeren die belangrijke argumenten aanleveren om zich te laten testen en behandelen, en die aantonen hoe wijdverspreid bepaalde soa zijn. (W)
2. In kaart brengen van de groepen die momenteel onderbediend worden in sensibiliseringscampagnes, waaronder klanten van sekswerkers en biseksuelen. (W)
3. Artsen en andere intermediairs beter uitrusten om het gesprek aan te gaan over seks en veilig vrijen, ook met oudere patiënten (bijvoorbeeld 30 of 40+). Dit kan bijvoorbeeld door een ‘pop-up’ vraag in het elektronisch medisch dossier van artsen tijdens de consultatie van patiënten. (E – materiaalontwikkeling)
4. Mensen ondersteunen in het praten over seks en veilig vrijen en hoe hierover vragen te stellen zodat ze tot bij de passende informatie geleid worden. (E – vaardigheden doelgroep)

- #### 4.4.2 Verhogen van de toegankelijkheid van testen

Verder stellen we vast dat mensen nog steeds schroom ervaren om zich te laten testen bij de huisarts of om een zelftest te vragen bij de apotheker. Het zelftesten en testen per post kunnen nog uitgebreid worden, alsook de beschikbaarheid van informatie over de nadelen en risico's van zelftesten. In vergelijking met Nederland, is dit in België nog veel minder ingeburgerd wat ook te maken heeft met een ander juridisch systeem in Nederland dat dit meer toelaat. Tot slot stellen we vast dat de kostprijs een mogelijk obstakel vormt om zich te laten testen, aangezien de labokosten nog vaak bij de hulpvrager terecht komen.

Aanbevelingen

12. Lanceren van voorlichtingscampagne die testen en het vragen om een test aan de huisarts normaliseert (bijvoorbeeld onder de leuze ‘zoals je arts je bloeddruk meet’). (E – informeren doelgroep)
13. Het opdrijven van testen op locatie tot een aantal keer per jaar, aangezien dit zeer laagdrempelig is (in navolging van Swap2know, Ghapro en Pasop). (Z)
14. Wegnemen van de beperkingen op het aantal terugbetaalde testen voor hoge risicogroepen. Ook de terugbetaling van het testen op gonorrroe verbeteren door naast genitale stalen ook stalen van mond/keel en anus terug te betalen. (B)
15. Mogelijkheden verkennen om nieuwe technologieën toe te passen, zoals een online instrument om een eigen risico-inschatting te maken. (W)
16. Het testaanbod diversifiëren (W), het aanbod van online zelftesten faciliteren (Z) en de kwaliteitsstandaarden daarvoor vastleggen (bijvoorbeeld een CE-label). (B)
17. Het formuleren van testadviezen op maat van de verschillende doelgroepen. (Z)
18. Nieuwkomers (ongeacht legaliteitsstatus) standaard een test aanbieden en behandelen indien nodig. (Z)
19. Nationaal overleg omtrent het aanbieden van gedemedealiseerd testen op hiv: hoewel het KB enkel melding maakt van gedemedealiseerd testen op hiv, zou dit best ook uitgebreid worden naar andere soa zodra deze testen beschikbaar zijn. (B) Tevens is het aangewezen dat elk initiatief tot gedemedealiseerd testen op hiv wordt getoetst aan de regelgeving van de Vlaamse overheid met betrekking tot bevolkingsonderzoek.¹⁰⁴

4.4.3 Sensibilisering rond condoomgebruik

Onder MSM worden niet langer uitsluitend condooms als bescherming tegen hiv gebruikt, maar ook PrEP wordt toegepast. We stellen vast dat dit een veranderd beeld oplevert wat betreft het condoomgebruik. Daarenboven worden risico's op soa's minder zwaar ingeschat gezien ze ook makkelijker behandelbaar zijn. Het gebruik van condooms bij orale seks wordt nauwelijks toegepast en de eraan verbonden risico's op soa's worden onderschat. Verder stellen we vast dat er nog steeds een taboe hangt rond condooms en mensen kunnen zich oncomfortabel voelen om ze aan te kopen bij de apotheek of in de winkel. Men heeft vaak geen condoom op zak en meisjes lopen het risico op imagooverlies wanneer ze condooms bij zich dragen wat te wijten is aan de dubbele moraal die er heerst rond vrouwelijke seksualiteit. Voor jongens is het stoer om condooms op zak te hebben want dan lijkt het of ze heel seksueel actief zijn, voor meisjes geldt net het tegenovergestelde. Voor niet-MSM zijn condooms niet gratis beschikbaar en ook vrij duur in aankoop. Het gebruik van condooms moet bespreekbaarder gemaakt worden, bij betaalde seks, bij losse contacten, en vaste relaties.

Aanbevelingen

20. Voorlichtingscampagnes dienen in te zetten op het verbeteren van het imago van het condoom, en op het verhogen van de weerbaarheid en assertiviteit naar het voorbeeld van acties rond

¹⁰⁴ <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/BVO%20WG%20advies%2011-01.pdf>

seksueel grensoverschrijdend gedrag. Daarbij moet ook aandacht gaan naar gendernormen. (E – informeren doelgroep)

21. De aankoop van condooms laten samengaan met voorlichting over het belang van condoomgebruik. (E – informeren doelgroep)
22. Condooms gratis aanbieden of alleszins zo goedkoop mogelijk maken (bijvoorbeeld prijzen drukken), voornamelijk bij evenementen zoals festivals. (B)
23. Om de toegang tot condooms voor jongeren te verbeteren, kan er worden verkend of het een goed idee is om condooms beschikbaar te maken in het gezin (bijvoorbeeld ouders hiervoor stimuleren). (E – informeren doelgroep)

4.4.4 Verkorten van de besmettelijke periode

Wanneer er zich een besmetting heeft voorgedaan, is het belangrijk dat de periode waarin er overdracht naar andere sekspartners kan gebeuren, zo kort mogelijk gehouden wordt. In dit verband stellen we vast dat er veel tijd verstrijkt tussen het afnemen van de test, het binnenkomen van de testresultaten en het opstarten van de behandeling. Symptomen van soa's en hiv worden ook niet altijd snel genoeg opgepikt door hulpverleners. Verder is herbesmetting tussen partners een probleem, en worden mogelijks besmette (ex-) partners nog te weinig ingelicht door partnernotificatie.

Aanbevelingen

24. Vorming of bijscholing voor hulpverleners om indicatorziekten en primo-infecties van hiv sneller te herkennen. (E – deskundigheidsbevordering)
25. Betere afstemming met het labo zodat de periode tussen afnemen van de test en opstarten van de behandeling ingekort kan worden. (B)
26. Bij de consultatie onmiddellijk de behandeling meegeven en er ook voor zorgen dat de partner behandeld wordt. (Z)
27. De correcte behandeling van soa's opvolgen door de arts, zowel voor de arts (voorschrijven juiste medicatie faciliteren door actuele richtlijnen te voorzien) als de patiënt (nemen van de medicatie). (Z)
28. Confidentialiteit moet beter gekend zijn onder patiënten. Met name het gegeven dat iedereen die in aanraking komt met resultaten van soa- en hiv-testen gebonden is aan het beroepsgeheim. Wel dient een arts meldingsplichtige soa's te rapporteren aan de Vlaamse overheid. Door de wetgeving aangeduide personen kunnen toegang krijgen tot de patiëntgegevens (E – informeren doelgroep)
29. Inzetten op wetenschappelijke innovatie zodat de behandelingen eenvoudiger worden, testen sensitiever worden en sneller positieve en acute infecties oppikken. (W)
30. Meer proactief testen voorstellen bij patiënten zonder soa-gerelateerd consult. Risicogroepen (zoals gebruikers van PrEP of vrouwen die anticonceptie gebruiken) aanmanen om zich na zes maanden te laten hertesten. Dit kan gefaciliteerd worden door een gratis testaanbod. (Z)
31. Voor elke persoon die een test aangeboden krijgt, zou de hulpverlener inspanningen kunnen leveren om de contactgegevens van de tester te bekomen. Op deze manier levert dit een bijdrage aan een goede medische opvolging indien een test een positief (of reactief) resultaat oplevert. (Z)

36. Behandelrichtlijnen voor een soa koppelen aan een positief labo-resultaat. Ze worden met andere woorden meegestuurd door de labo's. Het is dan des te belangrijker dat de diverse behandelrichtlijnen op elkaar worden afgestemd en zo nodig geactualiseerd om een correcte behandeling te bevorderen (cf. KCE-studie rond soa-richtlijnen). Er dient ook de aanbeveling te worden opgenomen om voor gonorroe een cultuur te nemen om meer informatie te verwerven over resistentie in Vlaanderen en desgevallend een passend gevolg te geven. (Z)
37. Labo's verplichten om deel te nemen aan de soa-peilnetwerken om meer epidemiologische informatie te bekomen. (B)
38. De bestaande systemen voor partnernotificatie moderniseren en efficiënter maken. Via de website <https://www.partneralert.be/>, een project van het Instituut voor Tropische Geneeskunde in samenwerking met Sensoa, kunnen mensen met hiv momenteel op een anonieme manier reeds een soa melden aan een partner. Er wordt onderzocht of dit systeem uitgebreid kan worden. Dit is niet zo evident, want artsen dienen zich te registreren om een link naar een patiënt te kunnen doorsturen. Er wordt aanbevolen om deze uitbreiding grondig te onderzoeken, gezien het drempelverlagend effect door de anonimiteit. De link naar dat systeem kan vervolgens ook worden meegestuurd door de labo's naar de artsen. Er wordt ook aangeraden om systemen voor partnernotificatie in nauwe samenwerking te ontwerpen met de gebruikers (patiënten en artsen), om ervoor te zorgen dat ze beter worden gebruikt. (W)
39. Een algemene sensibiliseringsactie opzetten rond gonorroe. Een mooie aanleiding kunnen de voorstelling van de behandelrichtlijnen van het KCE zijn die in maart-april 2019 worden voorgesteld. (E – informeren intermediairs)
40. Een actieplan opstellen voor een uitbraak van resistente gonorroe. Het actieplan omschrijft zowel de verdere (vroeg)detectie als een plan van aanpak. (Z)
41. Een algemene sensibilisatie opzetten rond partnernotificatie. Bijvoorbeeld onder het motto 'zou jij het willen weten?' (E – informeren doelgroep)
42. Bij melding navraag doen bij artsen of ook op andere soa/hiv werd getest en welke counseling er werd gegeven. (Z)

5 (On)geplande en (on)gewenste zwangerschap

5.1 OMSCHRIJVING EN ANALYSE

Niet elke zwangerschap is 'gepland'. Een ongeplande zwangerschap refereert aan de afwezigheid of falen van een bewust gedrag voorafgaand aan de zwangerschap, of het falen van de anticonceptie. Men heeft de zwangerschap niet voorbereid. Een ongeplande zwangerschap wordt omschreven als een zwangerschap die zich voordoet wanneer de vrouw (en haar partner) geen kinderwens hebben of wanneer een zwangerschap naar het gevoel van de vrouw (en haar partner) op dat moment niet mogelijk is. Het moge duidelijk zijn dat niet elke ongeplande zwangerschap een probleem is en dus vermeden moet worden. Zo kiezen sommige vrouwen en koppels er bewust voor om hun conceptie niet te plannen. Of de zwangerschap is ongepland, greep accidenteel plaats, maar wordt niet als problematisch ervaren, net zo min als het eruit voortvloeiende ouderschap.

Een ongewenste zwangerschap is een zwangerschap die wel als negatief wordt beleefd. Preventie is erop gericht om die ongeplande zwangerschappen te voorkomen die door vrouwen en hun partner als problematisch ervaren worden.

Naast het ongewenst beleven van een zwangerschap is er ook de problematiek van het ongewenst uitblijven van een zwangerschap. Met de maatschappelijke trend tot het uitstellen van de gezinsuitbreiding is dit een problematiek die naar alle waarschijnlijkheid in omvang zal toenemen. Preventie verwijst in dit kader naar het informeren over zwangerschapsplanning en toeleiding tot (medische en niet-medische) hulpverlening. Hoe deze hulpverlening er dan precies moet uitzien (bijvoorbeeld aangeboden fertiliteitsbehandelingen) valt buiten deze opzet.

5.1.1 Anticonceptie

Het Sexpert-onderzoek wijst uit dat 75% van de seksueel actieve vrouwen (zonder kinderwens) in Vlaanderen anticonceptie gebruikt.¹⁰⁵ De Gezondheidsenquête (2013) geeft gelijkaardige resultaten voor België: 74% van de seksueel actieve vrouwen gebruikt anticonceptie.¹⁰⁶ Bij deze laatste studie werd niet expliciet gevraagd naar kinderwens, dus in de groep niet-gebruikers zitten ook de vrouwen met een kinderwens en/of die onvruchtbaar zijn (zelf of de partner). Belangrijk ook om te vermelden is dat het Sexpert-onderzoek en de Gezondheidsenquête deelnemers rekruteerden op basis van rijksregisternummer waardoor een groep mensen (zonder Belgische nationaliteit of zonder Belgisch verblijfsdocument) niet in de resultaten opgenomen zijn.

Het gebruik van moderne voorbehoedsmiddelen is dus wijd verspreid en de onvervulde nood aan anticonceptie is laag in Vlaanderen en België. Bovendien is het anticonceptiegebruik de laatste jaren toegenomen. Uit een analyse door de Algemeen Pharmaceutische Bond van de verkoopcijfers van anticonceptie afgeleverd in Belgische apotheken¹⁰⁷ blijkt dat het anticonceptiegebruik bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd (15-49 jaar) toegenomen is met 6% sinds 2004.¹⁰⁸ Ook de gegevens van de Gezondheidsenquêtes bevestigen een toename van het anticonceptiegebruik: in 2001 gebruikte 71% een anticonceptiemiddel, in 2013 is dit 74%.¹⁰⁹ De stijging in het anticonceptiegebruik is vooral opvallend bij jongeren: het anticonceptiegebruik bij jongeren tussen 15 en 21 jaar is verdubbeld sinds

¹⁰⁵ Buysse, A., e.a., op.cit. p.37.

¹⁰⁶ Gisle L., & Demarest, S. (Red.) (2014). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 2: Gezondheidsgedrag en leefstijl. Brussel: WIV-ISP.

¹⁰⁷ Condooms zitten hier niet bij.

¹⁰⁸ De Bruyn, K. (2015). Contraceptie 2004-2005. Intern document APB.

¹⁰⁹ Gisle L., & Demarest, S., op.cit. p.52.

2004¹¹⁰ (van 27% naar 58% van totaal aantal jongeren tussen 15-21 jaar). De laatste jaren blijkt deze toename zicht te stabiliseren.¹¹¹

Uit verschillende onderzoeken en registraties blijkt dat de pil de meest gebruikte contraceptiemethode is. Zowel uit het Sexpert-onderzoek, de Gezondheidsenquête als de verkoopcijfers van de Belgische apotheken blijkt echter dat de populariteit van de pil de laatste jaren afneemt ten voordele van het hormonaal spiraal. Het Sexpert-onderzoek is de enige wetenschappelijke studie in Vlaanderen/België die peilt naar de beleving van het gebruik van anticonceptie, meer bepaald naar de ervaren moeilijkheden. Hieruit blijkt dat één op tien vrouwen die de pil gebruikt, deze methode ervaart als eerder moeilijk.

Het Sexpert-onderzoek wijst uit dat vrouwen van Marokkaanse en Turkse origine minder frequent anticonceptie gebruiken: 50% van de vrouwen tussen 14 en 49 jaar gebruikt in deze doelgroep anticonceptie, waarbij ook de pil het populairst is (60% van al het contraceptiegebruik).

Vrouwen met een lager opleidingsniveau gebruiken minder vaak een anticonceptiemiddel dan hoger opgeleide vrouwen: percentages die variëren tussen 48% en 69% bij lager opgeleide vrouwen in vergelijking met 80% bij vrouwen met een diploma hoger onderwijs. Ook gebruiken hoger opgeleide vrouwen meer het spiraaltje (25%) in vergelijking met lager opgeleide vrouwen (3% van de vrouwen met een diploma lager onderwijs, 8% bij vrouwen met een diploma lager secundair onderwijs).¹¹²

Op basis van mediaberichten en signalen uit het werkveld, kunnen we stellen dat een deel van de vrouwen niet tevreden is over het gebruiken van hormonale anticonceptie en een voorkeur heeft voor meer natuurlijke vormen van anticonceptie. Of deze 'hormonenmoeheid' ook tot uiting komt in het daadwerkelijk gebruik, kunnen we nog niet stellen gezien de laatste cijfers dateren van 2015.¹¹³

Uit de Contraception Atlas¹¹⁴ die recent werd gepubliceerd door European Parliamentary Forum on Population & Development (EPF) blijkt België tot de top drie landen te behoren in Europa wat betreft toegang tot moderne anticonceptiva, de beschikbaarheid van online informatie en toegang tot counseling.

5.1.2 Noodanticonceptie

Uit het Sexpert-onderzoek blijkt dat bijna alle vrouwen de noodpil kennen (93,6%), en één vijfde van hen heeft deze minstens één keer gebruikt. De Gezondheidsenquête wijst uit dat gemiddeld 3% van de seksueel actieve vrouwen reeds de noodpil gebruikte, zij het voornamelijk vrouwen tussen de 15 en 34 jaar (gemiddeld 6% bij vrouwen jonger dan 35 jaar en gemiddeld 0% bij vrouwen ouder dan 35 jaar). Het gebruik van de noodpil stijgt in zeer beperkte mate, van 1% in 2001 naar 3% in 2013.

5.1.3 Ongeplande zwangerschappen

In België bestaat geen registratie van zwangerschappen. Bij een geboorte wordt niet geregistreerd of de zwangerschap al dan niet gepland was. Het is zelfs de vraag of een dergelijke registratie ethisch verantwoord zou zijn, gezien dit een inbreuk op de privacy van de vrouw en haar partner zou betekenen.

¹¹⁰ De Bruyn, K., op.cit. p.52.

¹¹¹ Haemlinck, W. (2018). Intern document APB.

¹¹² Gisle L., & Demarest, S., op.cit. p.52.

¹¹³ Recente cijfers werden opgevraagd bij de Algemeen Pharmaceutische Bond.

¹¹⁴ Contraception Atlas 2018, via <https://www.contraceptioninfo.eu/>

In het Sexpert-onderzoek werd aan zowel mannen als vrouwen per zwangerschap die ze ooit hebben meegemaakt gevraagd of deze gepland en gewenst was en hoe deze afgelopen is. Daaruit bleek dat één op vier van de zwangerschappen als ongepland benoemd werd en dat één op vijf als ongewenst werd beleefd bij het begin van de zwangerschap.¹¹⁵ Dit toont aan dat een ongeplande zwangerschap niet noodzakelijk ook ongewenst is: één op drie ongeplande zwangerschappen werden meteen als gewenst ervaren. Twee derde van de ongeplande zwangerschappen werden aanvankelijk als ongewenst ervaren. In de helft van de gevallen blijft de zwangerschap ongewenst terwijl de andere helft evolueert naar een gewenste zwangerschap. In iets meer dan de helft van de situaties wordt de ongeplande zwangerschap toch als positief beleefd.

De zwangerschappen die als ongewenst ervaren werden, en ook niet evolueerden naar een gewenste zwangerschap, mondden in iets meer dan de helft van de gevallen uit in een abortus. Het verloop van de (blijvend) ongewenste zwangerschappen in Vlaanderen ziet er als volgt uit: ongeveer zes op tien (58%) worden afgebroken door abortus, een aanzienlijk deel (24%) wordt op een andere manier afgebroken (miskraam of een medisch geïndiceerde afbreking), en een kleine 6% van deze zwangerschappen wordt uitgedragen (12% onbekend).

Indien er een ongeplande zwangerschap is, dan is de kans dat het ook als ongewenst wordt ervaren dezelfde ongeacht leeftijd en aantal voorafgaande zwangerschappen. Maar, het aantal ongeplande zwangerschappen neemt wel toe met leeftijd en voorafgaande zwangerschappen, dus in totaal zijn er wel meer ongewenste zwangerschappen bij oudere vrouwen en vrouwen met meer voorafgaande zwangerschappen. Zo is bijna 45% van de zwangerschappen bij de veertigers ongepland in vergelijking met 20% van de zwangerschappen bij de twintigers en dertigers.

5.1.4 Abortus

Gezien het laatste rapport van de Nationale Evaluatiecommissie dateert van 2012 kunnen we enkel cijfers presenteren van 2011. In 2011 werden in België 19.578 abortussen geregistreerd, dat betekent ongeveer 9 abortussen op 1.000 vrouwen van reproductieve leeftijd (van 15 tot 44 jaar). Het merendeel van de abortussen gebeurt bij vrouwen tussen 20 en 29 jaar.

In Vlaanderen werden 3.914 abortussen verricht bij vrouwen tussen 20 en 29 jaar, of bijna 48% van alle abortussen in Vlaanderen. Dat komt neer op ongeveer 10 abortussen op 1.000 vrouwen tussen 20 en 29 jaar. Ongeveer 10% van de zwangerschappen binnen die groep eindigde in een abortus. In de groep 30- tot 39-jarigen waren er 2.838 abortussen in 2011.¹¹⁶

Het abortuscijfer in 2011 is 9,3. Dat betekent dat er in 2011 circa 9 abortussen verricht werden op 1.000 vrouwen in de reproductieve leeftijd (15-44 jaar). Het Belgische abortuspercentage bedroeg in 2011 0,13. Dat betekent dat in 2011 in België 13% van de zwangerschappen werd afgebroken.

5.1.5 Ongewenst uitblijven van een geplande zwangerschap

Met betrekking tot het ongewenst uitblijven van een geplande zwangerschap, registreerde het Sexpert-onderzoek onderstaande gegevens (op basis van zelfrapportage):

- > Één op twintig mannen heeft ooit een probleem gehad met vruchtbaarheid: 3,1% kreeg een diagnose van subfertiliteit (bij zichzelf of partner), 1,7% ervaaarde problemen maar geen objectieve diagnose.

¹¹⁵ Vandamme, J., Buysse, A. & T'joen, G. *Reproductief welzijn* In: Buysse, A., Caen, M., Dewaele, A., Enzlin, P., Lievens, J., T'Sjoen, G., Van Houtte, M. & Vermeersch, H. (Eds.). *Seksuele gezondheid in Vlaanderen* (pp. 155-191). Gent: Academia Press.

¹¹⁶ Nationale commissie voor de evaluatie van de wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking (2012) Verslag ten behoeve van het Parlement 1 januari 2010 - 31 december 2011.- Brussel, augustus 2012.

- > Eén op acht vrouwen heeft ooit een probleem gehad met vruchtbaarheid: 5,4% kreeg een diagnose van subfertiliteit (bij zichzelf of partner), 7,2% ervaren problemen maar geen objectieve diagnose.
- > Er is weinig verschil wat betreft vruchtbaarheidsproblemen tussen de huidige en vorige generatie ondanks latere start reproductief leven.
- > Ongeveer zeven op tien start een behandeling op na objectieve vaststelling van een vruchtbaarheidsprobleem.
- > Wie ooit een vruchtbaarheidsprobleem ervaren heeft, voelt zich mentaal en fysiek slechter. Wie hiervoor (nog) nooit een diagnose kreeg, voelt zich het slechtst.

De gegevens van de fertiliteitscentra zelf tonen hogere cijfers met betrekking tot vruchtbaarheidsproblemen: één op zes koppels (15%) heeft medische hulp nodig om zwanger te raken. Dit wil zeggen dat één op zes koppels na één jaar onbeschermd seksuele betrekkingen niet spontaan zwanger is en dus verminderd vruchtbaar is.

Uit het laatste jaarrapport (2016) van het Studiecentrum Perinatale Epidemiologie¹¹⁷ blijkt dat Vlaamse moeders hun kinderen laat krijgen. De leeftijd waarop Vlaamse moeders hun eerste kind krijgen stijgt jaar na jaar. Één vrouw op zes is 35 jaar of ouder op het moment van de bevalling. In 2016 was de gemiddelde leeftijd waarop een moeder haar eerste kind kreeg 28,9 jaar terwijl dat in 1991 nog 26 jaar was. Het aantal 40-plussers is gelijk gebleven bij een eerste kind en blijft stijgen bij de volgende zwangerschappen: één vrouw op 36 (2,8 %) is 40 jaar of ouder op het moment van de bevalling. In 1991 was dit 0,8%.

5.1.6 Noden van de specifieke doelgroepen

5.1.6.1 Nieuwkomers en kwetsbare migranten

Op basis van de gegevens van het rapport van de Nationale Evaluatiecommissie kunnen we geen uitspraken doen over het aandeel allochtone vrouwen in de abortuspopulatie. In het registratieformulier is enkel een vraag opgenomen naar de woonplaats van de vrouw maar er zijn geen vragen opgenomen over de nationaliteit en etnische afkomst van de abortuscliënten. In de jaarverslagen van de verschillende centra en ziekenhuizen wordt wel gewezen op de specifieke kenmerken van allochtonen zoals taalproblemen, gebrekkige kennis over en toegang tot anticonceptie. Een belangrijke doelgroep zijn de allochtone vrouwen die nog niet lang in België zijn.

Origine wordt voor de officiële registratie van zwangerschapsafbrekingen dus niet geregistreerd. De LUNA-abortuscentra doen dit sinds recent wel. Op basis van de volgende definitie wordt geregistreerd of iemand een autochtone of allochtone origine heeft: een cliënte is van allochtone origine als ze een niet-Belgische nationaliteit heeft, als ze de Belgische nationaliteit heeft en in het buitenland geboren is of als minstens één van haar ouders in het buitenland geboren is. Voor 2017 was - op basis van 6.688 cliënten die een zwangerschapsafbreking hadden in een LUNA-abortuscentrum - 58% van autochtone origine en 42% van allochtone origine (slecht 0,03% niet ingevulde gegevens). Van de cliënten met de Belgische nationaliteit heeft 22% een allochtone origine. Van de cliënten van allochtone origine heeft 39% de Belgische nationaliteit.

5.1.6.2 Mensen met een lage sociaaleconomische status

Verschillende factoren en specifieke noden dragen ertoe bij dat mensen met een lage sociaaleconomische status een risicogroep zijn met betrekking tot ongewenste zwangerschappen. Mensen in armoede hebben vaak weinig onderwijs genoten, wat op zijn beurt samengaat met een

¹¹⁷ R. Devlieger, E. Martens, G. Martens, C. Van Mol, & H. Cammu (2016). *Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2016*. Vzw Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie.



gebrekkige kennis van het lichaam, de menstruatiecyclus en anticonceptie.¹¹⁸ Verder is het voor mensen in armoede moeilijk om van anticonceptie een prioriteit te maken aangezien zij vaak met vele andere uitdagingen te kampen hebben. Soms wordt het anticonceptiegebruik ook plots onderbroken wanneer er dringender zaken de aandacht opeisen. De partner is daar dan niet altijd van op de hoogte. Mensen in armoede hebben bovendien vaak weinig zelfvertrouwen en hebben het gevoel dat ze in hun leven weinig touwtjes zelf in handen hebben. Ze ervaren dat anderen de regie over hun leven voeren. Het is voor hen dus geen vanzelfsprekendheid om zelf keuzes te maken rond gezinsplanning en anticonceptie.¹¹⁹

De keuze voor een anticonceptiemiddel wordt ook mee bepaald door de prijs. Vooral het prijskaartje van een hormonaal spiraal schrikt mensen in armoede af. Op lange termijn is het spiraal niet duur, maar de som moet in één keer worden betaald en dat is voor velen niet haalbaar. Het koperspiraal is goedkoper en daardoor toegankelijker. Mensen die een leefloon hebben, moeten hun rekeningen binnenbrengen bij het OCMW. Het zou kunnen dat ze uit schaamte geen rekeningen voor anticonceptie willen binnenbrengen. Ook jongeren weten meestal niet dat anticonceptie voor hen goedkoper of gratis is en dat het OCMW tussenkomt als het nodig zou zijn.

Ten slotte hebben veel mensen met een lage socio-economische status al erg vroeg een kindervens. Dit zou een invloed kunnen hebben op hun omgang met (informatie over) anticonceptie, onveilige seks en het voorkomen van een zwangerschap.¹²⁰

5.2 BELEID EN AANBOD IN VLAANDEREN

Zowel op Vlaams als op federaal niveau zijn er verschillende initiatieven ter ondersteuning van de preventie van ongeplande zwangerschappen en van de hulpverlening aan ongepland zwangere vrouwen en hun omgeving.

Vlaanderen

- > Sensoa zet onder andere in op de preventie van ongewenste zwangerschappen. De websites www.seksualiteit.be, www.allesoverseks.be en www.zanzu.be informeren over de verschillende anticonceptiemiddelen, zetten aan tot communicatie met de arts en partner en normaliseren het gegeven dat niet alle zwangerschappen gepland en/of gewenst zijn. De online anticonceptiewijzer bevordert een geïnformeerde anticonceptiekeuze door gebruikers aan te zetten na te denken over welke elementen belangrijk zijn voor hen bij het kiezen van een anticonceptiemiddel. Sensoa zet ook in op het verbeteren van de deskundigheid van intermediairs door het sensibiliseren, ondersteunen en motiveren van (toekomstige) intermediairs in het bespreekbaar maken van anticonceptie en gezinsplanning, ook met kwetsbare groepen.
- > Fara begeleidt vrouwen, koppels en hun omgeving die tijdens hun zwangerschap met een moeilijke keuze geconfronteerd worden en ondersteunt hulpverleners die met deze vrouwen en koppels werken. Fara biedt ook een lespakket aan rond ongeplande zwangerschap en ouderschap bij jongeren.
- > Kind en Gezin: Gezinsplanning is opgenomen in de doelstellingen van de preventieve gezinsondersteuning Kind en Gezin; de bedoeling is dat het thema aan bod komt in de begeleiding

¹¹⁸ van Lisdonk, J., Dalmijn, E., & Cense, M. (2016). *Gewoon gezellig, met zo'n buik, Tienerzwangerschap bij meiden met een lichte verstandelijke beperking*. Rutgers en FIOM.

¹¹⁹ Careye, J. (2012). *Jong, kansarm en zwanger!*. [Master thesis] Geraadpleegd van <https://www.scriptiebank.be/scriptie/2012/jong-kansarm-en-zwanger>

¹²⁰ van Lisdonk, J., e.a., op.cit. p.47.



van gezinnen. Op de website van Kind en Gezin is informatie terug te vinden over gezinsplanning en ouderschap

Federaal

- > Het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) voorziet voor sommige anticonceptiemiddelen een tegemoetkoming in de kostprijs van 20% (categorie Cx). Deze tegemoetkoming geldt voor iedereen die aangesloten is bij een landsbond, de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en de Kas der Geneeskundige Verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen.¹²¹ Deze tegemoetkoming gebeurt enkel voor een aantal combinatiepillen. Voor alle andere anticonceptiemiddelen (spiraaltjes, ring, pleister, implantaat,...) is er geen terugbetaling. Het al of niet terugbetalen van een anticonceptiemiddel wordt bepaald door de bedrijven zelf. Indien een bedrijf de terugbetaling van zijn geneesmiddel wenst te bekomen, moet het een aanvraag tot opname in de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten indienen bij de commissie tegemoetkoming van geneesmiddelen van het RIZIV. Dit betreft uiteraard enkel de middelen die in de apotheek verkocht worden en heeft geen betrekking op condooms en pessarium.
- > LUNA, fusievereniging van de Nederlandstalige abortuscentra. Sinds 2002 heeft het RIZIV een overeenkomst met betrekking tot de medisch-psycho-sociale begeleiding bij ongewenste zwangerschap met de LUNA abortuscentra. Via het derde betaler-systeem worden de erkende abortuscentra rechtstreeks vergoed door de mutualiteiten voor de door hen verstrekte zorg.
- > Extra tegemoetkoming in de prijs van anticonceptiemiddelen voor jonge vrouwen, vastgelegd in het Koninklijk besluit van 16 september 2013 ter vaststelling van een specifieke tegemoetkoming in de kostprijs van contraceptiva voor vrouwen jonger dan 21 jaar.¹²²
- > Sociale steun van het OCMW: Voor mensen zonder wettig verblijf kunnen geneesmiddelen die een nomenclatuurnummer hebben, waaronder contraceptie, volledig ten laste genomen worden door de overheid via het OCMW in het kader van de procedure Dringende Medische Hulp. Daarbovenop kan elk OCMW beslissen om de medicatie ten laste te nemen die niet terugbetaald wordt door de overheid.
- > *Over the counter* beschikbaarheid noodanticonceptie (KB 5/4/2001): de noodpil kan zonder voorschrift verkocht worden in de apotheek.
- > Door bovenstaande maatregelen werd gevolg gegeven aan de aanbevelingen die de Interministeriële Conferentie Gezondheidszorg in 2001 in een nota formuleerde over jongeren en anticonceptie, dit naar aanleiding van een toename van het aantal abortussen bij jongeren.
- > Een vroedvrouw mag – indien zij voldoet aan de criteria uit het koninklijk besluit van 15 december 2013 – de anticonceptiepillen voorschrijven aan vrouwen tijdens het postpartum. Dit bevordert het gesprek over anticonceptie met vrouwen na de bevalling.
- > Sedert 2002 is er de revalidatieovereenkomst betreffende medisch-psycho-sociale begeleiding bij ongewenste zwangerschap tussen de abortuscentra en het RIZIV. Hierdoor worden de kosten voor een vrouw die bij een Belgisch ziekenfonds is aangesloten, rechtstreeks (via een derdebetalersregeling) en voor het grootste gedeelte van het bedrag vergoed door haar mutualiteit.
- > In juli 2018 bereikten de federale meerderheidspartijen een akkoord om abortus uit het strafrecht te halen.

Andere dan overheid

¹²¹ Bepaald in 'de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen', gecoördineerd op 14 juli 1994.

¹²² **Riziv**, via <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/terugbetalen/Paginas/voorbehoedsmiddelen-jonge-vrouwen.aspx#.WvMIWoiFPiV>



- ### 5.3 BESTAANDE ACTIES

Tussen de Lakens	O	Sensoa biedt de methodiek Tussen de lakens aan en de anticonceptiekoffer om met jongeren te werken rond anticonceptie.
Roze Wolk spel	O	Educatief en interactief spel van Fara voor de 2de en 3de graad secundair onderwijs om jongeren te sensibiliseren over de impact van een zwangerschap of een kind op jonge leeftijd
Real Care Baby	o, zw	Methodiek aangeboden door Fara om binnen de hulpverlening en schoolcontext te werken rond een realistisch beeld van de mogelijke impact van het jonge ouderschap, van de eigen draagkracht en mogelijkheden. Met die ervaring kan het gesprek over de haalbaarheid van het ouderschap aangegaan worden.
Richtlijnen voor goede medische praktijkvoering 'hormonale anticonceptie'	ZW	Richtlijnen voor huisartsen opgesteld door Domus Medica omtrent hormonale anticonceptie.

5.4 DOELSTELLINGEN EN AANBEVELINGEN

5.4.1 Verbeteren van de toegang tot (nood)anticonceptie

5.4.1.1 Algemeen

We stellen vast dat niet altijd de juiste anticonceptie wordt gebruikt wat deels een verklaring vormt voor falend anticonceptiegebruik. Daarnaast stellen we vast dat hulpverleners niet altijd op de hoogte zijn van de meest recente wetenschappelijke informatie over de verschillende (nood)anticonceptiemiddelen en daardoor niet altijd de juiste en meest actuele informatie aanbieden. Tevens zijn er ook nog administratieve en financiële drempels die de vlotte toegang bemoeilijken.

Aanbevelingen

1. We pleiten voor een rationeel voorschrijven van anticonceptie door artsen en gynaecologen. Meer bepaald, de arts/gynaecoloog schrijft na een kleine opstartverpakking een grotere verpakking voor. De opstartverpakking geeft ruimte om te bepalen of de voorgeschreven vorm van anticonceptie geschikt is voor de gebruiker (bijvoorbeeld therapietrouw en mogelijke nevenwerkingen). Grotere verpakkingen kunnen immers de continuïteit van anticonceptiegebruik verbeteren. Dit dus bij voorkeur pas vanaf het tweede voorschrift – wanneer men weet dat de gebruikster tevreden is van de gebruikte anticonceptie – aangezien terugname van verpakkingen niet mogelijk is. (B)
2. We pleiten voor de uitbreiding van de derdebetalersregeling bij afgifte van de noodpil aan min 21-jarigen en bij herhaalde afgifte van (dezelfde) anticonceptie gedurende één jaar na één voorschrift. Momenteel is een vrije aflevering van de noodpil mogelijk maar zonder voorschrift is er geen directe tussenkomst in de apotheek voor de min 21-jarige. De apotheker kan een formulier ('bijlage 30') overhandigen waarmee men de noodpil kan laten terugbetalen door het ziekenfonds. (B)

Daarnaast mag de apotheker gedurende één jaar na het eerste voorschrift dezelfde anticonceptie afleveren aan dezelfde patiënt maar is er geen tussenkomst voorzien voor de

////////////////////////////////////

Apothekers moeten ook meer op de hoogte worden gebracht dat verlenging van het voorschrift tot één jaar mogelijk is. (E – informeren intermediairs)

- #### 5.4.1.2 Kwetsbare groepen

Aanbevelingen

5.4.2 Verbeteren van hulpverlening rond anticonceptie en gezinsplanning

5.4.2.1 Algemeen

Algemeen stellen we vast dat anticonceptie nog te weinig besproken wordt vanuit het ruimere thema gezinsplanning, en dat dit ook onvoldoende geïntegreerd en structureel verankerd is in de visie en werking van de verschillende hulpverleningsorganisaties. Het thema komt daardoor vaak pas aan bod wanneer er zich een acuut probleem stelt. Daarnaast zien we een gebrekkige afstemming op en doorverwijzing naar partners en de tweedelijns hulpverlening.

Aanbevelingen

11. Hulpverleners plaatsen gesprekken rond anticonceptie best in een ruimer perspectief van gezinsplanning. (Z)
12. Hulpverleners met een vertrouwensrol, zoals huisartsen, gynaecologen, vroedvrouwen en apothekers, zouden meer aandacht kunnen besteden aan anticonceptie en gezinsplanning, voornamelijk naar kwetsbare doelgroepen toe. Ook andere actoren zoals Kind & Gezin en OCMW's, hebben hier een rol in. (Z)
13. De Vlaamse Overheid, als subsidiërende en erkennende overheid, kan welzijnsorganisaties aanmoedigen om het thema structureel te verankeren in hun werking. (B)
14. Geef hulpverleningsorganisaties de tijd, ruimte en capaciteit om proactief rond gezinsplanning te werken, en moedig hen aan om een beleid of visie rond het thema te ontwikkelen. (B)
15. Hulpverleningsorganisaties die al rond het thema werken, kunnen hun zichtbaarheid hierover voor hun cliënten vergroten. (O)
16. Besteed in de opleidingen van intermediairs voldoende aandacht aan anticonceptiecounseling en bij uitbreiding reproductieve en seksuele gezondheid. (E – deskundigheidsbevordering)
17. Moedig beroepsgroepen of sectororganisaties met een opleidingsaanbod in het kader van navorming aan om het thema op te nemen. (E – deskundigheidsbevordering)
18. Gynaecologen en vroedvrouwen zouden meer aandacht kunnen besteden aan anticonceptie in de postpartum-begeleiding. Idealiter wordt anticonceptie reeds verschaft in de kraamkliniek. (Z)

5.4.2.2 Kwetsbare groepen

Er bestaan belangrijke financiële en administratieve drempels tot de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg rond reproductieve gezondheid voor bepaalde kwetsbare groepen, met name, verzekerde personen die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming, personen die positief scoren volgens de kansarmoede index van Kind en Gezin, en niet-verzekerden. De procedure tot dringende medische hulp verloopt moeilijk, wat de toegang tot zorg beperkt. Bovendien zijn er erg grote verschillen in de toepassing tussen steden. Kwetsbare vrouwen weten ook niet altijd waar ze terecht kunnen en kennen hun rechten niet. De dienstverlening die de prenatale steunpunten¹²³ aan niet-verzekerden kunnen bieden, is beperkt terwijl deze groep vrouwen net vaak meer complicaties tijdens de zwangerschap ervaart en dus nood heeft aan toegang tot de reguliere- zowel als specialistische zorg. Tot slot zien we een groot wantrouwen ten aanzien van hulpverleners bij de meest kwetsbare groepen waardoor boodschappen niet worden opgepikt.

¹²³ Prenatale steunpunten zijn erkend en gesubsidieerd door Kind en Gezin. In deze steunpunten worden maatschappelijk kwetsbare zwangere vrouwen bereikt die nergens anders terecht kunnen. Kerntaken zijn medische onderzoeken, psycho-sociale ondersteuning en doorverwijzing naar reguliere diensten. Ze zijn gevestigd in Brussel, Antwerpen, Gent en Mechelen.

Aanbevelingen

19. We pleiten ervoor dat de procedure voor dringende medische hulp sterk wordt vereenvoudigd, ruimer wordt toegekend, en consistentier wordt toegepast. Idealiter krijgen zwangere, niet-verzekerde vrouwen directe toegang tot medische hulp, waaronder prenatale zorg, abortus, bevalling in het ziekenhuis en postnatale zorg. (B)
20. Zorg voor meer sociale begeleiding van vrouwen in kwetsbare posities via prenatale steunpunten (door hen onder andere te wijzen op de bestaande mogelijkheden en hen te helpen met de administratie), zodat ze betere toegang vinden tot de reguliere hulpverlening. (Z)
21. Om de reguliere diensten beter aanspreekbaar te maken voor kwetsbare groepen, kan er worden gewerkt met vertegenwoordigers van deze groepen of ervaringsdeskundigen. Deze verstrekken informatie aan de doelgroepen en leiden mensen toe naar de bestaande hulpverlening. (E – informatie doelgroepen)
22. Werk vanaf de prenatale fase samen met ouders en volg hen op tot na de bevalling. (Z)
23. Ga proactief naar de doelgroepen toe, en maak het hulpaanbod breder bekend. (E – informatie doelgroepen)

5.4.3 Sensibilisering en educatie rond gezinsplanning en het maken van levenskeuzes

We stellen vast dat gezinsplanning in de eerste plaats als een individuele aangelegenheid wordt gezien. Gezinsplanning blijft vaak een louter technische aangelegenheid, gebaseerd op kennis over en gebruik van anticonceptie. Mensen worden onvoldoende ondersteund in het maken van beslissingen omtrent gezinsplanning; praten over anticonceptie zou ook praten over levenskeuzes, toekomstplanning en ouderschap moeten inhouden. Anticonceptie moet beter afgestemd zijn op de gezinsplanning en noden op het vlak van anticonceptie veranderen naargelang de levensfase waarin men zich bevindt. Vooral kwetsbare groepen kunnen hier nood aan hebben omdat zij vaak minder sterk staan op het vlak van het maken van levenskeuzes. Daarnaast stellen we vast dat een toenemende groep vrouwen kritisch staat tegenover hormonale contraceptie en dat er aan desinformatie wordt gedaan met betrekking tot de werking van hormonale contraceptie, bijvoorbeeld in de media. Dit kan ertoe leiden dat vrouwen stoppen met anticonceptie zonder over te schakelen op een goed alternatief. Tot slot ontbreekt het bij het ongewenst uitblijven van een zwangerschap aan een kader om daarover te spreken of mee te leren omgaan. Er wordt vaak automatisch gedacht aan een vruchtbaarheidsbehandeling zonder voldoende stil te staan bij de persoonlijke en relationele impact daarvan.

Aanbevelingen

24. Artsen kunnen meer aan informatieverstrekking doen zodat vrouwen in overleg met hun arts kunnen kiezen voor het anticonceptiemiddel dat het best bij hen past. (E – informeren doelgroep)
25. We pleiten ervoor dat medische en niet-medische hulpverleners sensibiliseren en informeren rond gezinsplanning (en dus niet louter over de technische aspecten van anticonceptie) en hiervoor over de nodige materialen en vaardigheden beschikken. (E – informeren intermediairs, E - materiaalontwikkeling)

- #### 5.4.4 Anonieme adoptie en discreet bevallen

Aanbevelingen

6 Seksueel grensoverschrijdend gedrag

6.1 OMSCHRIJVING EN ANALYSE

Seksueel grensoverschrijdend gedrag is een belangrijk maatschappelijk probleem. Ongeveer de helft van de volwassenen die ooit slachtoffer werden van seksueel grensoverschrijdend gedrag geeft aan dat ze klachten of problemen hebben als gevolg van de ervaring met seksueel geweld.¹²⁴ Deze klachten omvatten psychische klachten (gerapporteerd door 29% van de mannen en 40% van de vrouwen), seksuele problemen (22% mannen en 28% vrouwen), relatieproblemen (15% mannen en 24% vrouwen), en andere klachten zoals geschaad zelfvertrouwen en zelfrespect.

Om een zicht te krijgen op de omvang van seksueel grensoverschrijdend gedrag in Vlaanderen, kunnen we gebruik maken van drie types bronnen¹²⁵:

- > Cijfers uit wetenschappelijk onderzoek. Het is niet eenvoudig om cijfers uit verschillende studies met elkaar te vergelijken omdat er over studies heen gebruik wordt gemaakt van verschillende definities en vraagstellingen. Desalniettemin geeft wetenschappelijk onderzoek een beeld van de prevalentie van seksueel grensoverschrijdend gedrag.
- > Cijfers vanuit de hulpverlening. In België hebben we jaarlijks cijfers van bijvoorbeeld de meldingen bij de Vertrouwenscentra Kindermishandeling.
- > Cijfers vanuit politie en justitie. Ook deze cijfers worden jaarlijks vrijgegeven.

Slachtoffers of getuigen van seksueel grensoverschrijdend gedrag doen vaak geen melding bij hulpverlening of politie. Dat verklaart het grote verschil tussen de cijfers uit onderzoek en de registratiecijfers bij politie of hulpverlening.

Het Sexpert-onderzoek is een representatieve bevolkingsstudie bij 1.832 personen tussen 14 en 80 jaar in Vlaanderen.¹²⁶ Het onderzoek peilde naar de seksuele gezondheid en uiteenlopende ervaringen met seksueel grensoverschrijdend gedrag, waaronder: kwetsende seksuele aanrakingen, gedwongen worden naakt te zijn, gedwongen worden om naar seksuele beelden te kijken, gedwongen worden te masturberen, gedwongen orale seks (uit te voeren of te ontvangen), en (poging tot) verkrachting. Volgens het Sexpert-onderzoek heeft 8,1% van de bevraagde Vlamingen seksueel grensoverschrijdend gedrag meegemaakt na 18 jaar (13,8% van de vrouwen tegenover 2,4% van de mannen). Vóór de leeftijd van 18 jaar maakte 16.6% dit mee (één op vijf van de meisjes en één op tien van de jongens).

Uit het internationale onderzoek van de European Union Agency for Fundamental Rights,¹²⁷ bleek dat 30% van de Belgische vrouwen ouder dan 15 jaar het jaar voorafgaand aan de bevraging te maken kreeg met seksuele intimidatie. Seksuele intimidatie werd in dit onderzoek beschreven als het meemaken van een ruime lijst gedragingen, gaande van verbale opmerkingen (bijvoorbeeld seksueel suggestieve opmerkingen of grappen die als beledigend werden ervaren, het ongepast uitnodigen voor afspraakjes, of opdringerige vragen over het privéleven die als beledigend werden ervaren) tot fysieke vormen van grensoverschrijdend gedrag (bijvoorbeeld ongewenst aangeraakt worden). Ook seksuele intimidatie via digitale media werd hierbij opgenomen, zoals ongepast toenadering zoeken via sociale netwerksites of het versturen van expliciete berichten via digitale kanalen die als ongepast worden ervaren.

¹²⁴ de Graaf, H., & Wijsen, C. (2017). *Seksuele gezondheid in Nederland*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.

¹²⁵ De meest recente cijfers zijn te vinden op <https://www.sensoa.be/feiten-en-cijfers/seksueel-grensoverschrijdend-gedrag-bij-jongeren-en-volwassenen-feiten-en-cijfers>

¹²⁶ Buysse, A. e.a., op.cit. p.37.

¹²⁷ FRA – European Union Agency for Fundamental Rights. (2015). *Violence against women: an EU-wide survey, Main results*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.



In deze probleemanalyse wordt achtereenvolgens ingegaan op de kwetsbaarheid voor het meemaken van seksueel grensoverschrijdend gedrag, plegerschap bij volwassenen en kinderen, de context waarin seksueel grensoverschrijdend gedrag voorkomt, en de meldingen bij hulpverlening, politie en justitie. Tot slot worden enkele uitdagingen geformuleerd.

6.1.1 Profiel slachtoffers

Er is geen duidelijk profiel van slachtoffers van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Het kan iedereen overkomen. Er zijn echter wel groepen waarvan we weten dat ze meer seksueel grensoverschrijdend gedrag meemaken.

Kinderen. Het Sexpert-onderzoek toont aan dat dubbel zo veel kinderen als volwassenen seksueel grensoverschrijdend gedrag meemaken.¹²⁸ In de studie werd ook gevraagd op welke leeftijd dit gebeurde. Indien er zich verschillende situaties van seksueel grensoverschrijdend gedrag voordeden, werd gevraagd om aan te geven hoe oud men was bij het meest aangrijpende feit. Bij herhaalde feiten werd de leeftijd van de eerste en laatste keer bevraagd. Gemiddeld waren jongens en meisjes 13 jaar oud bij het meemaken van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Bij herhaaldelijk slachtofferschap was de gemiddelde leeftijd bij de eerste keer 11 jaar, en bij de laatste keer 14 jaar.

Jongvolwassenen. Jongvolwassenen zijn verhoogd kwetsbaar voor het meemaken van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Een studie bij Belgische jongvolwassenen stelde vast dat 10,1% van de jonge mannen en 20,4% van de jonge vrouwen seksueel geweld meemaakten tussen 16 en 27 jaar.¹²⁹

Meisjes en vrouwen. Meisjes en vrouwen zijn opvallend vaker slachtoffer van seksueel grensoverschrijdend gedrag dan jongens en mannen.^{130, 131} Recent Nederlands onderzoek stelt vast dat 3% van de jongens en 14% van de meisjes voor de leeftijd van 25 jaar te maken kreeg met seksuele grensoverschrijding.¹³² Bij deze cijfers moet rekening gehouden worden met een vermoedelijke onderrapportage bij mannen.

Holebi's. Het Sexpert-onderzoek toont aan dat in deze groep één op de vijf jongens en twee op de vijf meisjes seksueel grensoverschrijdend gedrag meemaakten voor de leeftijd van 18 jaar.¹³³ Na de leeftijd van 18 jaar gaf één op de tien mannen en één op de vijf vrouwen aan seksueel grensoverschrijdend gedrag te hebben meegemaakt. Homo- en biseksuele mannen maken dus vijf keer zo veel kans om slachtoffer te worden dan heteromannen.

Mensen die als kind al slachtoffer werden van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Wie als kind meerdere vormen van seksueel grensoverschrijdend gedrag meemaakte, maakt dubbel zoveel kans om op volwassen leeftijd opnieuw slachtoffer te worden. Dat blijkt uit het Sexpert-onderzoek.¹³⁴ Van de respondenten die geen ervaring hadden met seksueel grensoverschrijdend gedrag voor de leeftijd van 18 jaar, rapporteert 7,1% ervaringen met seksueel grensoverschrijdend gedrag na 18 jaar. Van de respondenten die voor de leeftijd van 18 jaar één vorm van seksueel grensoverschrijdend gedrag meemaakte, rapporteert 11,1% ervaring na 18 jaar. Van de respondenten die ervaring hadden met

¹²⁸ Buyse, A. e.a., op.cit. p.37.

¹²⁹ Krahé, B., & al, e. (2017). *Prevalence and correlates of young people's sexual aggression perpetration and victimisation in 10 European countries: a multi-level analysis. Culture, Health & Sexuality.*

¹³⁰ Buyse, A. e.a., op.cit. p.37.

¹³¹ de Graaf, H., & Wijsen, C., op.cit. p.64.

¹³² de Graaf, H., van den Borne, M., Nikkelen, S., Twisk, D., & Meijer, S. (2017). *Seks onder je 25ste; Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2017.* Delft: Eburon.

¹³³ Buyse, A. e.a., op.cit. p.37.

¹³⁴ Idem.

meerdere vormen van seksueel grensoverschrijdend gedrag voor de leeftijd van 18 jaar, rapporteert 14,3% ervaring met seksueel grensoverschrijdend gedrag na 18 jaar.

Transgenders. Nederlands onderzoek toont aan dat 60% van de transmannen en -vrouwen al te maken had met ongewenste opmerkingen en aanrakingen.¹³⁵ Ongeveer één op de vijf transvrouwen heeft seksueel geweld meegemaakt. Dat geldt ook voor één op de drie transmannen.

Mensen met een beperking. Cijfers omtrent kwetsbaarheid voor het meemaken van seksueel grensoverschrijdend gedrag variëren naargelang het geslacht en de beperking.¹³⁶ De prevalentiecijfers voor het meemaken van seksueel grensoverschrijdend gedrag naargelang de beperking zien er in Nederlands onderzoek als volgt uit:

- > 35% van de vrouwen en 15% van de mannen met een lichamelijke beperking
- > 21% van de vrouwen en 12% van de mannen met een visuele beperking
- > 43% van de vrouwen en 7% van de mannen met een auditieve beperking
- > 61% van de vrouwen en 23% van de mannen met een verstandelijke beperking

Vluchtelingen. Sociaaleconomische levensomstandigheden hebben een grote invloed op seksueel grensoverschrijdend gedrag. Uit onderzoek bij vluchtelingen in België en Nederland blijkt dat 39% van de bevraagde asielzoekers slachtoffer werd van seksueel geweld, en dit na aankomst in België of Nederland.¹³⁷

6.1.2 Profiel plegers

Op basis van het Sexpert-onderzoek hebben we een goed beeld van wie de plegers zijn van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Daarbij valt op dat de plegers meestal bekenden zijn.¹³⁸

Bij volwassenen is de pleger in bijna de helft van de gevallen een (ex-)partner (46,7%). In andere gevallen is de pleger een kennis (17,9%), collega of medestudent (10,4%), een vriend(in) (7,8%), of een familielid of huisgenoot (4%). Slechts in 14,2% van de gevallen is de pleger een onbekende (bij mannelijke slachtoffers bijna dubbel zo vaak als bij vrouwen).

Bij minderjarigen is de pleger in de meeste gevallen een familielid of huisgenoot (24,9%) of een kennis (24%). In andere gevallen is de pleger een (ex-)partner (12,9%), een vriend(in) (6,8%), een klasgenoot of medestudent (6,3), een leerkracht, begeleider, hulverlener, geestelijke ... (5,9%). In slechts 16,6% van de gevallen was de pleger een onbekende. Verder zien we bij minderjarigen dat in de meerderheid van de gevallen de pleger een leeftijdsgenoot is.¹³⁹

Plegers zijn zowel mannen en jongens als vrouwen en meisjes. Uit recent Nederlands onderzoek blijkt dat bij de volwassen mannen die slachtoffer werden, de pleger in 33% van de gevallen een vrouw was.¹⁴⁰

6.1.3 Contexten waarin seksueel grensoverschrijdend gedrag voorkomt

In de **cultuur- en mediasector** heeft een meerderheid van de vrouwen (71%) ooit iets meegemaakt dat ze grensoverschrijdend vonden en voor 50% van de vrouwen viel dit ook voor in het voorbije jaar. Bij

¹³⁵ de Graaf, H., Bakker, B., & Wijsen, C. (2013). *Een wereld van verschil, Seksuele gezondheid van LHBT's in Nederland 2013*. Delft: Eburon.

¹³⁶ van Berlo, W., de Haas, S., van Oosten, N., van Dijk, L., Brants, L., Tonnon, S., & Storms, O. (2011). *Beperkt weerbaar; Een onderzoek naar seksueel geweld bij mensen met een lichamelijke, zintuiglijke of verstandelijke beperking*. Utrecht: Rutgers WPF/MOVISIE.

¹³⁷ Keygnaert, I., Wilson, R., Dedoncker, K., Bakker, H., Van Petegem, M., Wassie, N., & Temmerman, M. (2008). *Hidden Violence is a silent rape: Prevention of Sexual and Gender Based Violence against Refugees and Asylum Seekers*. Gent: ICRH.

¹³⁸ Buysse, A. e.a., op.cit. p.37.

¹³⁹ De Rycke, L., Vanobbergen, B., van den Akker, D., & Cnudde, I. (2011). *Geweld, gemeld en geteld*. Brussel: Kinderrechtencommissariaat.

¹⁴⁰ de Graaf, H., & Wijsen, C. (2017). *Seksuele gezondheid in Nederland*. Delft: Eburon.

mannen in de cultuursector maakte één op drie iets mee dat ze als grensoverschrijdend hebben ervaren en één op vijf maakte dit ook in het voorbije jaar mee. Grensoverschrijdend gedrag lijkt het meest voor te komen bij jonge mensen, aan het begin van hun carrière in de media-en of cultuursector. Grensoverschrijdend gedrag komt het vaakst voor tijdens interacties op het werk die gekenmerkt worden door duidelijke statusverschillen. Personen met een eerder artistieke of een artistiek-technische functie geven vaker aan dat zij bepaalde vormen van grensoverschrijdend gedrag hebben meegemaakt. Bij personen met een administratieve of meer ondersteunende functie is dit minder het geval. Een andere kwetsbare groep vormen de zelfstandigen in een freelance positie of werknemers met een tijdelijk contract.¹⁴¹

In Vlaanderen kregen 58.000 **werknemers** het afgelopen jaar te maken met seksueel ongewenst gedrag. Dit komt overeen met 2,5% (3,9% van de vrouwen en 0,6% van de mannen). Zorgmedewerkers werden hier veel meer dan andere beroepsgroepen slachtoffer van (8,7%).¹⁴²

Verder is er weinig lokaal onderzoek over de settings waarin volwassenen seksueel grensoverschrijdend gedrag meemaken. Er bestaat meer onderzoek over de settings waarin minderjarigen geconfronteerd worden met seksueel grensoverschrijdend gedrag. Zo peilde het onderzoek 'Geweld, gemeld en geteld' van het Kinderrechtencommissariaat naar de omgeving waarin jongeren met seksueel grensoverschrijdend gedrag te maken krijgen.¹⁴³ In de **thuisituatie** werd 7% van de respondenten met seksueel grensoverschrijdend gedrag geconfronteerd; 8% van de meisjes en 6% van de jongens had met minstens één vorm van seksueel grensoverschrijdend gedrag te maken. Op **school** kreeg één leerling op drie af te rekenen met minstens één vorm van seksueel grensoverschrijdende handelingen, meestal gaat het om ongewenst kussen en ongewenst betasten. Vaak waren daar andere leeftijdsgenoten bij betrokken. In de **sport** zien we dat 10% van de minderjarigen af te rekenen kreeg met ten minste één vorm van seksueel grensoverschrijdend gedrag, in de **jeugdbeweging** is dat 3%. Ongewild kussen, geslachtsdelen bekijken of aanraken en ongewild seks hebben komen het meest voor. Meestal zijn ook hier de leeftijdsgenoten verantwoordelijk. Het onderzoek van het Kinderrechtencommissariaat kan aangevuld worden met recent onderzoek naar grensoverschrijdend gedrag in de sport.¹⁴⁴ Daarbij gaf 14% van de bevroegden aan als kind seksueel grensoverschrijdend gedrag te hebben meegemaakt in de sportcontext.

Ook online komt seksueel grensoverschrijdend gedrag voor. Gelukkig lopen online seksuele contacten vaak goed maar wanneer een beeld wordt verspreid of iemand wordt er mee gehanteerd kunnen de gevolgen voor het slachtoffer zeer ernstig zijn.

6.1.4 Meldingen

6.1.4.1 Meldingen bij hulpverlening

Het is moeilijk om een zicht te krijgen op het aantal aanmeldingen van seksueel grensoverschrijdend gedrag bij volwassenen, omdat het hulpaanbod zeer gespreid is (voorbeeld Centra voor Algemeen Welzijnswerk, Centra voor Geestelijke Gezondheid, privétherapeuten). Er is geen overkoepelend orgaan dat de meldingen registreert.

¹⁴¹ Willekens, M., Siongers, J., & Lievens, J. (2018). *Waar ligt de grens? Grensoverschrijdend gedrag in de cultuur- en mediasector*. Gent: Onderzoeksgroep CuDOS – Vakgroep Sociologie – Universiteit Gent.

¹⁴² Bourdeaud'hui, R., Janssens, F., & Vanderhaeghe, S. (2018). *Grensoverschrijdend gedrag op het werk, Analyse bij werknemers op basis van de Vlaamse werkbaarheidsmonitor 2004-2016*. Brussel: Stichting Innovatie & Arbeid. Geraadpleegd op augustus 1 2018, van http://www.serv.be/sites/default/files/documenten/StIA_20180611_WBM_GrensoverschrijdendGedrag_RAP.pdf

¹⁴³ De Rycke, L., e.a., op.cit. p.66.

¹⁴⁴ Vertommen, T., Schipper-van Veldhoven, N., Wouters, K., Kampen, J., Brackenridge, C., Rhind, D., Neels, K., & Van Den Eede, F. (2016). *Interpersonal violence against children in sport in the Netherlands and Belgium*, *Child Abuse & Neglect*, 51, 223-236.

Voor kinderen en jongeren beschikken we over meer cijfers. De Vertrouwenscentra Kindermishandeling registreren in Vlaanderen de meldingen van kindermishandeling.¹⁴⁵ In 2016 noteerden ze in totaal 6.790 meldingen van (een vermoeden van) kindermishandeling, waarbij in totaal 8.736 minderjarigen betrokken waren. 13% van die meldingen ging over (een vermoeden van) seksueel misbruik als 'belangrijkste probleem'. In vergelijking met 2016 zijn er minder kinderen gemeld voor seksueel misbruik (van 1.466 naar 1.216 kindregistraties). Het aantal kinderen dat werd gemeld voor (een vermoeden van) seksueel misbruik bedroeg respectievelijk:

- > 552 voor incest (5,9% van het totaal aantal aangemelde kinderen)
- > 334 voor extrafamiliaal seksueel misbruik (3,5% van het totaal aantal aangemelde kinderen)
- > 330 voor gevallen waarin het onduidelijk is of het over incest gaat (3,5% van het totaal aantal aangemelde kinderen)

In 118 gevallen ging het over een minderjarige pleger binnen het gezin en 175 jonge plegers waren extra-familiaal. De leeftijden van de slachtoffers zijn als volgt verdeeld:

- > 23,2% bij kinderen van 12 tot 18 jaar
- > 15,3% bij kinderen van 6 tot 12 jaar
- > 17,6% voor 3 tot 6 jaar
- > 2,4% bij kinderen jonger dan 3 jaar

Bij de 6- tot 12-jarigen en 12- tot 18-jarigen zien we dat de pleger in de minderheid van de meldingen ook zelf een minderjarige is. Deze cijfers geven dus een ander beeld dan de cijfers uit onderzoek waarin wordt gesteld dat de meerderheid van de plegers een leeftijdsgenoot is. We gaan ervan uit dat het in de realiteit ongeveer in de helft van de gevallen bij minderjarigen gaat over een pleger die ongeveer even oud is al het slachtoffer.

6.1.4.2 Meldingen bij politie

Ook de politie registreert meldingen van verschillende vormen van seksueel grensoverschrijdend gedrag tegenover minder- en meerderjarigen. In deze politiestatistieken zien we een kleine stijging in het aantal meldingen voor zedenmisdriven in het algemeen: 11.999 in 2017 ten opzichte van 11.102 in 2016. We zien dat de cijfers over de verschillende jaren lichtjes schommelen (11.714 in 2014 en 11.153 in 2015). We geven hier meer in detail de meldingen voor 'aanranding van de eerbaarheid', 'verkrachting', 'grooming' en misbruikbeelden van kinderen (kinderporno).¹⁴⁶

Aanranding van de eerbaarheid

Aanranding van de eerbaarheid wordt in het strafwetboek opgesplitst in 'aanranding met geweld of bedreiging' en 'aanranding zonder geweld'. De wetgever gaat ervan uit dat als er geen geweld of bedreiging was, een volwassen persoon heeft ingestemd. Aanranding zonder geweld of bedreiging is volgens de wet dus enkel toepasbaar op minderjarigen.

Voor aanranding met geweld waren er in 2017 1.419 meldingen, waarvan minstens 37% minderjarig. Er waren in 2017 2.117 meldingen van aanranding zonder geweld. Het gaat hierbij dus telkens over aanranding van een minderjarige. In totaal spreken we van 3.326 meldingen van aanranding (zonder pogingen mee te tellen). Op basis van deze cijfers kunnen we stellen dat er gemiddeld bijna tien aanrandingen van de eerbaarheid per dag plaatsvinden. Dat is een lichte daling ten opzichte van 2016.

¹⁴⁵ Kind en Gezin. (2017). *Het kind in Vlaanderen*. Brussel: Kind en Gezin.

¹⁴⁶ *Politie Criminaliteitsstatistieken (2017). Geraadpleegd op 20 april 2018, van http://www.stat.policefederale.be/assets/pdf/crimestat/nationaal/rapport_2017_trim3_nat_belgie_nl.pdf*

Verkrachting

In 2017 waren er 3.067 meldingen van verkrachting (zonder pogingen mee te tellen). In België zijn er dus op basis van de aangiftes gemiddeld acht verkrachtingen per dag. Ongeveer de helft van deze meldingen betreft de verkrachting van een minderjarige.¹⁴⁷ Wat betreft de aangiftes voor groepsverkrachting zagen we in 2016 een lichte stijging terwijl er in 2017 weer sprake was van een daling. In 2017 gaat het om 192 feiten, tegenover 211 in 2016.

Grooming

Grooming is het online benaderen van en contact leggen met kinderen en het opbouwen van een vertrouwensrelatie. Om seksueel misbruik mogelijk te maken proberen groomers de seksuele of andere drempels en remmingen van het kind weg te werken of te verlagen. In 2017 werden in België 154 meldingen gemaakt van grooming. De wetgeving stelt dit gedrag pas strafbaar sinds 2015 waardoor het moeilijk is om een tendens vast te stellen, maar we zien wel een lichte stijging ten opzichte van 2016. Toen waren er 126 meldingen van grooming.

Misbruikbeelden van kinderen (kinderporno)

Kinderporno is alle materiaal dat kinderen toont (of personen die er als kind uitzien) die deelnemen aan echte of gesimuleerde seksuele handelingen, of dat geslachtsorganen van het kind weergeeft voor seksuele doeleinden. In 2017 waren er 1.024 meldingen die te maken hadden met het bezitten of verspreiden van misbruikbeelden van kinderen. De wetgeving gebruikt nog de term 'kinderpornografisch materiaal', expertisecentra kiezen er echter voor om de term 'misbruikbeelden van kinderen' te gebruiken omdat dit beter duidelijk maakt waar het om gaat.

6.1.4.3 Veroordelingen bij justitie

Ook Justitie geeft cijfers vrij over het aantal veroordelingen van misdrijven.¹⁴⁸ Deze cijfers gaan telkens over veroordelingen van volwassenen. Minderjarigen kunnen namelijk niet worden veroordeeld tot straffen, zij kunnen maatregelen opgelegd krijgen van de jeugdrechter. In 2016 werden 479 veroordelingen uitgesproken voor aanranding van de eerbaarheid. In 2016 werden 416 veroordelingen uitgesproken voor verkrachting. 154 daarvan waren voor de verkrachting van een volwassene. 262 veroordelingen waren voor de verkrachting van een kind of jongere onder de 18 jaar.

6.1.5 Maatschappelijke evolutie

Het thema seksueel grensoverschrijdend gedrag was zeer actueel de afgelopen jaren en is dat vandaag nog steeds. Onder impuls van #metoo is het debat rond het thema sterk opgeflakkerd. Dit heeft geleid tot een toegenomen besef van de omvang van de problematiek. Maar we stellen ook soms een gevaarlijke verenging van de feiten vast en we zien allerlei genderstereotypes terug bevestigd worden zoals mannen zijn daders en vrouwen zijn slachtoffers. Deze polarisatie doet de realiteit geen recht, en zet onnodig mensen tegen elkaar op. Ook worden feiten van zeer verschillende ernst op één hoop gegooid, is er onduidelijkheid over definities (kan een vrouw een verkrachter zijn bijvoorbeeld?), en wordt er publiekelijk afgerekend met (mogelijke) plegers. Het debat rond seksueel grensoverschrijdend gedrag zit op het kruispunt in een verandering in het discours over gender, over

¹⁴⁷ Door de wetgeving op de seksuele meerderjarigheid worden alle meldingen van seks met iemand jonger dan 14 jaar ook geregistreerd als verkrachting, ook wanneer dit gebeurde met toestemming van beide partijen.

¹⁴⁸ Dienst voor het strafrechtelijk beleid (2016). Geraadpleegd op 20 april 2018, van http://www.dsb-spc.be/web/index.php?option=com_wrapper&Itemid=163

macht, over seksualiteit, over slachtoffers en daders. Het raakt aan een aantal fundamentele belevingen van mensen, is daarom complex en moet genuanceerd en serieus worden gevoerd.

Het toegenomen besef van de omvang van seksueel grensoverschrijdend gedrag is ook samengegaan met een toegenomen draagvlak voor preventie. Contexten zoals scholen, sportclubs, culturele verenigingen, werkomgeving en steden, krijgen duidelijker de verantwoordelijkheid om een beleid te installeren dat veiligheid garandeert voor alle betrokkenen. Preventie van seksueel grensoverschrijdend gedrag wordt meer en meer gezien als ieders verantwoordelijkheid, inclusief de getuigen of 'bijstaanders'.

6.2 BELEID EN AANBOD IN VLAANDEREN

Seksueel grensoverschrijdend gedrag is geen nieuw fenomeen en gelukkig zijn er op beleidsniveau dan ook al heel wat stappen gezet de voorbije jaren. Het zou hier te veel plaats innemen om alle beleidsinitiatieven en bestaande organisaties en acties op te sommen maar hier volgt een niet-exhaustief overzicht van de initiatieven en vorderingen.

Als startpunt nemen we de mededeling aan de Vlaamse Regering betreffende 'De bevordering en bescherming van de fysieke, psychische en seksuele integriteit van de minderjarige in de jeugdhulp en de kinderopvang, het onderwijs, de jeugd- en de sportsector'¹⁴⁹ en van de vordering van het Nationaal actieplan ter bestrijding van alle vormen van gendergerelateerd geweld 2015-2019.¹⁵⁰ Hierin wordt een overzicht gegeven van de initiatieven die er reeds werden genomen ter bescherming van minderjarigen. We vertrekken vanuit deze mededeling en vullen aan met recentere ontwikkelingen die er zijn, ook met betrekking tot het beschermen van meerderjarigen. Meer informatie over wat er de laatste jaren is gebeurd en wat de verdere intenties van de bevoegde ministers zijn, zijn onder meer te vinden in de verslagen van de Commissie Grensoverschrijdend gedrag van het Vlaams Parlement.¹⁵¹ Bovendien zijn er plannen om een nieuwe mededeling omtrent integriteit uit te schrijven.

- > De doorvertaling en de verspreiding van het Raamwerk 'Seksualiteit en Beleid' voor **het onderwijs**¹⁵², **de kinderopvang**¹⁵³, **het jeugdwerk**¹⁵⁴, **de integrale jeugdhulp**¹⁵⁵, en **de sportsector**.¹⁵⁶
- > De doorontwikkeling van het Sensoa Vlaggensysteem voor het onderwijs, het jeugdwerk ((N)iets mis mee?!; Oké?!), de sportsector (Een spel met grenzen) en voor specifieke doelgroepen; beperking, trauma, cultuur en gender (Buiten de Lijnen) en voor het specifieke fenomeen van online seksueel (grensoverschrijdend) gedrag (Hé, het is oké).
- > Vorming voor professionals. In de verschillende beleidsdomeinen werden formingen voorzien over seksueel grensoverschrijdend gedrag, het Raamwerk en het Vlaggensysteem.
- > Binnen de jeugdhulpverlening: het invoeren van de verplichting voor erkende voorzieningen om in het kader van het kwaliteitsdecreet WVG te voorzien in een procedure omgaan met grensoverschrijdend gedrag, met inbegrip van een meldplicht aan de erkennende overheid. De verplichting om grensoverschrijdend gedrag te voorkomen, te detecteren, er gepast mee om te gaan, te melden aan de functioneel bevoegde administratie en daar een registratie van bij te houden, werd opgelegd aan de welzijns- en gezondheidssectoren.

¹⁴⁹https://onderwijs.vlaanderen.be/sites/default/files/atoms/files/160129_mededeling_vlaamse_regering_integriteit%20%28002%29.pdf

¹⁵⁰https://iqvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/nap_2015-2019.pdf

¹⁵¹<https://www.vlaamsparlement.be/commissies/1203434/situatie/23112017>

¹⁵²<https://www.seksuelevorming.be/materiaal/raamwerk-seksualiteit-en-beleid-onderwijs>

¹⁵³<https://www.seksuelevorming.be/materiaal/raamwerk-seksualiteit-en-beleid-kinderopvang>

¹⁵⁴<https://www.seksuelevorming.be/materiaal/raamwerk-seksualiteit-en-beleid-jeugdwerk>

¹⁵⁵<https://www.seksuelevorming.be/materiaal/raamwerk-seksualiteit-en-beleid-integrale-jeugdhulp>

¹⁵⁶<https://www.seksuelevorming.be/materiaal/raamwerk-lichamelijke-en-seksuele-integriteit-en-beleid-de-sport>

- > Op 12 maart 2012 werd de hulplijn 1712 geïnstalleerd als hét aanspreekpunt voor de burger voor alle vormen van geweld, misbruik en kindermishandeling. Sindsdien zijn er heel wat campagnes geweest om 1712 bekend te maken naar het brede publiek zowel als specifiek naar jongeren toe. Sinds 2018 is er een coördinator aangesteld bij 1712.
- > De overname van de chatbox www.nupraatikerover.be van Child Focus door het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling (VK) Brussel op 1 september 2014. De chatbox is bedoeld voor jongeren tussen 12 en 18 jaar die vragen hebben over of slachtoffer zijn van seksueel misbruik. Door zijn specificiteit werkt de chatbox drempelverlagend. Jongeren worden ondubbelzinnig uitgenodigd om over het thema te chatten. VK Brussel gaat een stap verder dan Child Focus en verleent naast ondersteuning, informatie en doorverwijzing ook advies en toeleiding naar hulpverlening.
- > In mei 2017 werd Stop it Now!¹⁵⁷ gelanceerd; een hulplijn voor mensen met pedofiele gevoelens en hun naasten.
- > De Zorgcentra na Seksueel Geweld werden gestart. Een Zorgcentrum na Seksueel Geweld is een dienst in ziekenhuizen waar elk slachtoffer van seksueel geweld terecht kan, op gelijk welk uur, op gelijk welke dag. Binnen dit project werden opleidingen voorzien voor politiemensen en werden afspraken gemaakt met de lokale parketten. Voorlopig zijn deze diensten enkel beschikbaar in het UZ Gent, het UMC Sint Pieter in Brussel en het UMC Luik omdat het om een pilootproject gaat.¹⁵⁸
- > Voor jongeren is er Watwat.be waar zij informatie op maat kunnen vinden en waar het thema seksueel grensoverschrijdend gedrag ook aan bod komt.
- > Voor professionals werd grenslijn.be gelanceerd waar informatie te vinden is voor professionals over de verschillende vormen van grensoverschrijdend gedrag.
- > In het kader van de preventie en aanpak van (cyber)pesten en online seksueel grensoverschrijdend gedrag is er 'Safer Internet Day'. Op deze jaarlijkse dag worden scholen en leerlingen aangezet tot een verantwoord gebruik van online communicatiemiddelen zoals internet en smartphone.
- > Scholen kunnen sinds 2012 een beroep doen op het Kenniscentrum Mediawijsheid. Het Kenniscentrum voorziet in vorming, materiaal en kennisopbouw over alle aspecten van mediageletterdheid. Sexting.be werd gelanceerd door Mediawijs, Child Focus, Pimento en Sensoa; een website met informatie voor begeleiders, leerkrachten en ouders met informatie en enkele ruikbare tools.
- > In het kader van het decreet gezond en ethisch sporten van 20 december 2013 werd het Internationaal Centrum Ethiek in de Sport (ICES) erkend. ICES ondersteunt, informeert en stimuleert de Vlaamse sportsector om actief te investeren in ethische waarden en normen die belangrijk zijn bij een kwaliteitsvolle sportbeoefening.
- > In opdracht van Minister van Sport Philippe Muyters werden zes beleidsmaatregelen in de samenwerkingsovereenkomsten tussen de gesubsidieerde sportfederaties en Sport Vlaanderen vastgelegd. Deze zes maatregelen samen vormen een totaalbeleid voor seksueel grensoverschrijdend gedrag binnen een sportfederatie.
- > Sport en Jeugdwerk gingen aan de slag met de Aanspreekpersonen Integriteit (API's). ICES leidde al heel wat federatie-api's op die worden ondersteund door een medewerker van ICES. Jeugdwerk is ook recent begonnen met het uitrollen van API-opleidingen.
- > Minister van Cultuur Sven Gatz schreef een actieplan uit voor de cultuur- en mediasector voor de preventie en aanpak van seksueel grensoverschrijdend gedrag.¹⁵⁹
- > Minister van onderwijs Hilde Crevits presenteerde het Charter voor hogescholen en universiteiten om aan de slag te gaan met het thema grensoverschrijdend gedrag.¹⁶⁰

¹⁵⁷ <https://stopitnow.be/>

¹⁵⁸ Meer info op www.seksueelgeweld.be

¹⁵⁹ <https://svengatz.prezly.com/sven-gatz-stelt-actieplan-voor-tegen-grensoverschrijdend-gedrag-in-cultuur-en-mediasector>

¹⁶⁰ <http://www.hildecrevits.be/fr/hooger-onderwijs-ondertekent-charter-grensoverschrijdend-gedrag>



6.3 BESTAANDE ACTIES

Actie	Setting	Toelichting
API Sport	VT	Er werd een vorming en syllabus uitgewerkt voor de Aanpreekpersonen Integriteit (API) voor sportfederaties. Heel wat API's werden opgeleid op federatieniveau. De API's worden ondersteund door ICES.
API Jeugdwerk	VT	Pimento en Tumult werken op vraag van de Ambrassade een vorming uit voor de Aanspreekpersonen Integriteit in het jeugdwerk. De tweedaagse vorming wordt vier keer gegeven tussen november 2018 en mei 2019.
Vlaggensysteem Onderwijs	O	In een samenwerking tussen Sensoa en Onderwijs werd een versie van het Vlaggensysteem gemaakt specifiek voor de onderwijscontext.
Sport, een spel met grenzen	VT	In een samenwerking tussen Sensoa en ICES werd een versie van het Vlaggensysteem ontwikkeld voor de sportcontext.
(N)iets mis mee?! en het Oké?!-spel	VT	In een samenwerking tussen Sensoa en Pimento werd een versie van het Vlaggensysteem ontwikkeld voor de context van het jeugdwerk. Het Vlaggensysteem werd binnen hetzelfde samenwerkingsverband verwerkt in een spel voor jongeren.
Hé het is oké	VT	In een samenwerking tussen Sensoa en Mediawijs werd een online tool ontwikkeld op basis van het Vlaggensysteem toegepast op online situaties.
Schooltraject Mechelen	O	De stad Mechelen organiseert trajecten op scholen rond de thema's diversiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag. De trajecten worden uitgewerkt door Cavaria, Ella en Sensoa.
R-Sense	ZW	AMIF-project dat wordt uitgevoerd in asielcentra door Rode Kruis en Sensoa rond de preventie van seksueel grensoverschrijdend gedrag en het werken rond seksueel welbevinden en aanpassing aan de Belgische context. Er worden vormingen ontwikkeld en gegeven aan de bewoner en de begeleiders van de asielcentra, en er wordt gewerkt rond beleid.
Actieplannen Overheden	BS	Verschillende ministers schreven actieplannen en charters uit voor het ontwikkelen van een preventief en reactief beleid in hun sector. Denk aan het Nationaal actieplan ter bestrijding van alle vormen van gendergerelateerd geweld 2015-2019 dat wordt opgevolgd door het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen (IGVM), het actieplan van Minister Gatz voor de cultuur- en mediasector en het Charter van Minister Crevits voor het hoger onderwijs.
Webinars seksuele ontwikkeling en sexting	G	Samenwerking Sensoa, Pimento en VCOK: webinars voor ouders en begeleiders van jongeren over de seksuele ontwikkeling van jongeren en hoe om te gaan met seksueel gedrag van jongeren.
Stop it Now!	BU	Hulplijn voor mensen met pedofiele gevoelens. Het project ligt in handen van het UFC en de telefoons en e-mails worden opgevolgd doormedewerkers van ITER.
1712	BU	Hulplijn na geweld. Er werden al heel wat campagnes opgezet om de hulplijn beter bekend te maken bij het brede publiek.

Zorgcentra na seksueel geweld	ZW	Een Zorgcentrum na Seksueel Geweld (ZSG) is een dienst in een paar ziekenhuizen waar elk slachtoffer van seksueel geweld terecht kan, op gelijk welk uur, op gelijk welke dag. Let wel: voorlopig zijn deze diensten enkel beschikbaar in het UZ Gent, het UMC Sint Pieter in Brussel en het UMC Luik omdat het om een pilootproject gaat.
Plan België Festivals	VT	In de zomer van 2018 organiseerde Plan België een campagne op festivals rond seksueel grensoverschrijdend gedrag: toeleiding naar hulp en inzetten op de rol van de omstaander.
Grenslijn.be	BS	In 2018 lanceerde minister Vandeuren Grenslijn.be, een website waarop verschillende organisaties die werken rond het thema 'grensoverschrijdend gedrag' hun tools en informatie delen opdat ze beter te vinden zouden zijn voor professionals die met het thema te maken krijgen.
VOICE	VT	VOICE is een Europees samenwerkingsproject tussen acht universiteiten dat seksueel grensoverschrijdend gedrag in de sport onderzoekt en in een later stadium aanbevelingen zal formuleren die sport veiliger moeten maken. In België maken de Universiteit Antwerpen en Thomas More, onder leiding van criminologe Tine Vertommen, en ICES deel uit van dit project.

6.4 DOELSTELLINGEN EN AANBEVELINGEN

6.4.1 Een duidelijk juridisch kader rond sexting

Er is nood aan een duidelijk kader voor de gerechtelijke afhandeling van zaken die gerelateerd zijn aan sexting tussen jongeren.¹⁶¹ Wanneer een zaak bij het gerecht terecht komt, dan mag de behandeling daarvan niet afhangen van de individuele magistraat. Beslissingen over individuele dossiers moeten duidelijk en consequent zijn en aan de hand van vooropgestelde richtlijnen. Het is momenteel niet duidelijk op welke manier gerechtelijke dossiers hierrond worden afgehandeld wegens een gebrek aan goede registratie. Daarnaast is het van belang dat jongeren rechtszekerheid hebben en niet zullen worden vervolgd voor sexting die niet grensoverschrijdend is.¹⁶²

Aanbevelingen

1. Dossiers op niveau van de jeugdparketten moeten beter geregistreerd worden. Er wordt op dit moment bij jongeren enkel code 37 geregistreerd. Het is dus onmogelijk na te gaan hoeveel gevallen rond sexting binnenkomen, onder welk artikel deze worden afgehandeld en hoe die afhandeling gebeurt. (B)
2. Een omzendbrief voor parketmagistraten waarin duidelijk wordt gemaakt hoe de mate van ernst in te schatten bij online seksueel (grensoverschrijdend) gedrag bij jongeren, welke artikels uit het strafwetboek dienen te worden toegepast in welke situatie en welke mogelijke afhandelingen en doorverwijzingsmogelijkheden er zijn. (E – informatie intermediairs)

¹⁶¹ Ook voor volwassenen is het relevant om hiervoor een kader op te stellen, ook zij maken grensoverschrijdend gedrag via digitale kanalen mee. De focus tijdens de rondetafel lag echter op de groep jongeren aangezien de nood aan een kader zich acuter stelt voor deze groep.

¹⁶² Voor meer informatie over aanbeveling twee en drie kan u het beleidsdossier hierover opvragen bij Sensoa.

3. Sexting die niet problematisch is, maar juist past binnen de normale seksuele ontwikkeling van jongeren, dient uit art 383 bis op kinderpornografie te worden gehaald. Op dit moment is iedere jongere die een naaktfoto van zichzelf maakt of verspreidt of een foto van een andere jongeren bezit, in theorie strafbaar, ook wanneer dit probleemloos en met onderlinge toestemming gebeurt. (B)
4. Door middel van sensibilisering kan het ontwikkelde kader bekendheid worden gegeven. Politie en justitiële instanties dienen geïnformeerd te zijn over het fenomeen, hoe de ernst van een situatie in te schatten, welke wetsartikels te gebruiken en welke hulpverleningsmogelijkheden er zijn voor alle betrokkenen. (E – informeren intermediairs)

6.4.2 Meer kennis bij politie en magistratuur

Politie en magistratuur weten op dit moment te weinig over het buitengerechtelijk kader. Ze zouden meer kennis moeten hebben over het fenomeen van seksueel grensoverschrijdend gedrag; de omvang, risicofactoren, ... en over de hulpverleningsmogelijkheden die er zijn. Op die manier kunnen ze op een betere manier omgaan met zowel slachtoffers als verdachten waardoor deze de toeleiding naar hulp vinden en het onderzoek efficiënter kan worden gevoerd.

Aanbevelingen

5. Basiskennis over seksueel grensoverschrijdend gedrag (online en offline) en kennismaking met de verschillende hulpverleningsinstanties (1712, Stop it now!, ...) opnemen in de basis politieopleiding en een structurele plaats binnen het bijscholingsaanbod geven. (E – informeren intermediairs)
6. Het thema seksueel grensoverschrijdend gedrag (online en offline) structureel inbedden in de opleidingen van het Instituut voor Gerechtelijke Opleiding (IGO) voor de magistratuur zodat iedere magistraat een basiskennis heeft over de problematiek. (E – informeren intermediairs)
7. Samenwerking tussen politie, justitie en de Zorgcentra na seksueel geweld kunnen model staan voor een goede verdere samenwerking tussen deze actoren.¹⁶³ (B)

6.4.3 Bescherming van slachtoffers zonder papieren

Er heerst rechtsonzekerheid voor slachtoffers van seksueel grensoverschrijdend gedrag die geen rechtsgeldig verblijfsstatuut krijgen. Op dit moment is er een grote kans dat zij meteen naar een gesloten centrum worden overgeplaatst indien ze aangifte doen en niet de psychologische hulp krijgen waar zij recht op hebben volgens de conventie van Istanbul. Dit is niet enkel problematisch omdat de slachtoffers geen hulp krijgen maar ook omdat op die manier plegers vrij spel krijgen; wie zijn of haar slachtoffers goed uitkiest, weet dat ze zo goed als zeker zijn dat ze er mee zullen weggelaten worden.

¹⁶³ De geselecteerde politieagenten die deel uitmaken van de zorgcentra krijgen een specifiek daarvoor opgezette opleiding tot zedeninspecteur. Het zorgpersoneel van de zorgcentra zorgt tevens voor verdere opvolging en doorverwijzing naar bestaande zorgverlening, in een verder stadium. Daarnaast bestaat er voor ieder zorgcentrum een samenwerkingsakkoord tussen politie/parket en ziekenhuis. Daarbij wordt een substituuat van de Procureur des Konings afgevaardigd om alle onderhandelingen op te volgen. Deze zorgen ook voor de verdere informatiedoorstroming binnen het parket en naar hun collega's toe. Zij volgen ook de laatste opleidingsdagen die uit praktijkoefeningen bestaan met al het personeel van de ZSG.

8. Met betrekking tot slachtoffers zonder papieren moet artikel 4, 60 en 61 van het Verdrag van Istanbul – waarvan België verdraghebbende partij is – uitgevoerd worden. (B)

Het is essentieel dat organisaties beleidsmatig inzetten op de preventie van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Op dit moment zijn er nog heel wat organisaties die geen beleid hebben uitgewerkt of die enkel inzetten op reactie en minder of niet op preventie en positieve seksualiteitsbeleving.

Aanbevelingen

- Update: Ondertussen is er bij Sensoa iemand voor de komende 2 jaar aangesteld om te onderzoeken hoe de verschillende thema's in één beleidskader kunnen samenkomen en om een start te maken met de implementatie van nieuw uitgewerkt materiaal.*

Aanspreekpersonen integriteit (API's) zijn werknemers die binnen een organisatie instaan voor het luisteren naar klachten, opvang van slachtoffers en doorverwijzing naar de juiste instanties. API's kunnen ook een signaal- en ondersteuningsfunctie hebben naar het beleid toe. In de sportsector zijn er nu al API's aangesteld op federatieniveau die worden ondersteund door een medewerker bij ICES (Centrum Ethiek in de Sport vzw). Ook in het jeugdwerk is een opleiding ontwikkeld voor API's. Het ontbreekt nog aan een duidelijk afgebakend profiel dat conform is over de sectoren heen, en ze zijn niet in alle contexten aanwezig zoals in de context van ouderenzorg.

Aanbevelingen

13. Bestaande good practices met betrekking tot de huidige API-werking moeten verzameld worden. (W)
14. In kaart brengen van de sectoren die nu niet met API's werken, maar er wel nood aan hebben. (W)
15. Gesubsidieerde organisaties binnen die sectoren verplicht maken een API te hebben. (B)
16. Om het profiel van de API duidelijk af te bakenen en éénvormig te maken, moet er een basisprotocol worden opgesteld voor de werkwijze van de API over de sectoren heen, en eventueel het opleggen van minimumvoorwaarden aan kandidaten. De API's moeten opgeleid worden. (B, E – deskundigheidsbevordering)
17. Er moet voorzien worden in de juiste ondersteuning van de API's. Daartoe moet nagegaan worden hoe er best aan supervisie en intervisie gedaan wordt van professionals die de API-functie opnemen, met de bedoeling goede ervaringen te delen en snel op de bal te spelen bij ondersteuningsbehoeftes. Ze moeten ergens terecht kunnen (bij een aangestelde persoon en/of een netwerk van API's) voor ondersteuning en vragen. (B)
18. Per sector een 'super API' (cfr. sportsector) in het leven roepen; zij zitten samen in één netwerk. (B)
19. De samenwerking tussen de API's en hulpverleningsinstanties moet uitgeklaard worden zodat er ondersteuning kan zijn op incidentniveau. Er wordt bekeken met 1712 welke samenwerkingsmogelijkheden er zijn. Binnen de sportsector zijn al afspraken gemaakt over de samenwerking met 1712. (B)
20. De rol van de API moet breder ingezet worden naar alle vormen van grensoverschrijdend gedrag en er moet ingezet worden op profilering zodat mensen daadwerkelijk weten bij wie ze terecht kunnen en hoe een API te werk gaat (aan de hand van een filmpje waarin de functie van de API kenbaar gemaakt wordt). (E – informeren doelpubliek)

6.4.5 Verbeteringen op het vlak van zorg en welzijn

Op het vlak van zorg en welzijn zijn er nog heel wat verbetermogelijkheden. Goede begeleiding van (mogelijke) plegers is een essentieel onderdeel van preventie. Ook een goede opvang van slachtoffers speelt een rol in het verkleinen van de kans om opnieuw slachtoffer te worden, of om zelf dader te worden. Er is op dat vlak al heel wat in beweging maar er zijn verbeterpunten. Er is nood aan deskundigheidsbevordering en een structurele inbedding van hulpverlening.

In de **opleiding voor intermediairs** die met kwetsbare groepen werken (leerkrachten, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen, ...) moet meer aandacht zijn voor seksueel grensoverschrijdend gedrag. Zij moeten weten hoe seksueel grensoverschrijdend gedrag te voorkomen, te herkennen en hoe er mee om te gaan. Er wordt vastgesteld dat studenten binnen de sociaal-agogische opleidingen onvoldoende worden voorbereid om met het thema seksueel grensoverschrijdend gedrag, en vooral de preventie daarvan, om te gaan. Er moet meer worden ingezet op de competentieverwerving bij studenten op dit vlak. Terwijl er soms wel aandacht gaat naar het thema binnen de opleidingen, is dit veeleer in de vorm van een keuzevak. Het ontbreekt ook aan een rode draad over de opleiding heen en het aanbod is fragmentair.

21. Een overzicht maken van opleidingen waarvoor het belangrijk is om het thema op te nemen in de lessen. (W)
22. Bevragen hoe hogescholen op dit moment seksualiteit opnemen in die opleidingen. (W)
23. Het moet duidelijk zijn op welke manier het thema doorheen de opleiding aan bod komt. Stel per opleiding een leerlijn op zodat het thema seksualiteit – inclusief seksueel grensoverschrijdend gedrag – van het eerste tot het laatste jaar terugkomt. (B)
24. Er moet worden ingezet op het versterken van de competenties van lectoren om met hun studenten rond dit thema te werken. (E – deskundigheidsbevordering)
25. Het Vlaggensysteem bekend maken bij alle toekomstige intermediairs die met de kwetsbare groepen zullen werken. (E – informeren intermediairs)
26. Er is een tool nodig die ook het inschatten van seksueel gedrag tussen volwassenen mogelijk maakt. Sensoa is bezig met het ontwikkelen van een afgeleide van het Vlaggensysteem voor contexten waar met volwassenen wordt gewerkt. Onderzoek is aangewezen om te bepalen voor welke sectoren het nuttig is om een afgeleide te hebben van het Vlaggensysteem voor situaties tussen volwassenen onderling; denk aan psychiatrie, forensische hulpverlening, cultuursector, (W)

Aanbevelingen

binnenstromen of zichzelf vrijwillig aanmelden. Het is ook belangrijk dat de CAW's rond deze thema's structureel gefinancierd worden en niet projectmatig. (B)

6.4.6 Sensibilisering

Seksueel grensoverschrijdend gedrag komt veel voor – en in vele vormen – en heel wat mensen krijgen hier ofwel rechtstreeks ofwel in hun nabije omgeving mee te maken. Het is dan ook van groot belang dat seksueel grensoverschrijdend gedrag gezien wordt als een thema dat iedereen aangaat. Naar sensibilisering toe is het belangrijk dat seksueel grensoverschrijdend gedrag niet gezien wordt als onvermijdelijk. Het moet herkend worden wanneer het zich voordoet, en de drempel om zich te informeren of hulp te zoeken moet zo laag mogelijk zijn voor alle mensen die daar nood aan hebben. Het kan gaan om (potentiële) plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag, zowel als (potentiële) slachtoffers, en omstaanders.

De manier waarop er over seksueel grensoverschrijdend gedrag gesproken wordt, is vaak stereotiep en tot op zekere hoogte problematisch. De term ‘pleger’ is in vele gevallen correcter dan ‘dader’, dat per definitie een ‘intentie tot’ (of zelfs een veroordeling) inhoudt. Maar ook de term ‘slachtoffer’ is niet altijd gepast. Mensen die geconfronteerd werden met seksueel grensoverschrijdend gedrag, voelen zich niet noodzakelijk een (machteloos) slachtoffer; veel mannen (en vrouwen) identificeren zich niet met de ‘slachtofferrol’.

Ook al stellen we vast dat de media meer dan vroeger nuances aanbrengen in de berichtgeving, is er nog ruimte voor verbetering. Ook in andere domeinen kan er nog veel gebeuren, bijvoorbeeld op de werkvloer, op school, en in het uitgaansleven. Terwijl er wordt ingezet op sensibilisering rond seksueel grensoverschrijdend gedrag is het van belang dat seksualiteit niet nodeloos wordt geproblematiseerd.

Aanbevelingen

30. Onderneem campagnes om mythes te doorbreken en onderliggende stereotypen aan te kaarten. Daarbij moet er ingezet worden op bewustwording rond het hulpaanbod voor potentiële plegers en omstaanders. Er moet ook ingezet worden op het normaliseren van naakt en lichamelijkeheid. Uit angst om verdacht te worden van misbruik durven ouders soms niet meer samen onder de douche of worden kinderen in instellingen soms elke vorm van lichamelijkeheid ontzegd. (E – informeren doelgroep)
31. Stel een gemeenschappelijk charter op rond communicatie rond seksueel grensoverschrijdend gedrag voor alle betrokken organisaties. Als alle organisaties op het terrein dezelfde terminologie en uitgangspunten gebruiken en die consequent uitdragen, is het mogelijk om op termijn het discours te veranderen (zie de evolutie van de term ‘gehandicapten’ naar ‘mensen met een beperking’) en mythes te doorbreken. Dat charter kan dan ook worden uitgedragen naar de verschillende sectoren en naar de media. (B)
32. Stimuleer de media om systematisch naar de hulpverlening te verwijzen. Heel regelmatig verschijnen er uitgebreide artikels in de pers of op televisie, waar de kans gemist wordt om bijvoorbeeld 1712 en Stop it Now! te vermelden die mensen op het spoor kunnen zetten naar de hulp die ze nodig hebben. (E – informeren doelgroep)
33. Veel ouders kunnen het seksueel gedrag van hun kinderen niet goed plaatsen en hebben hier vragen over. Er dient te worden nagedacht over hoe ouders het best bereikt worden om

antwoorden te krijgen op hun vragen. De Normatieve Lijst maakt deel uit van het Vlaggensysteem en geeft een beeld van welk seksueel gedrag te verwachten is op een bepaalde leeftijd en welk gedrag over de grens gaat. Het toegankelijk maken van de Normatieve Lijst kan ouders mogelijk helpen bij het inschatten van het gedrag van hun kinderen. (E – informeren doelgroep)

6.4.7 Cijfergegevens en informatie

Gegevensverzameling is essentieel om te bepalen waar de noden liggen voor het ontwikkelen en implementeren van interventies en voor het bepalen van prioriteiten op beleidsniveau. Dit is dus een voorwaarde voor alle bovenstaande aanbevelingen.

Aanbevelingen

34. Er is nood aan meer wetenschappelijk onderzoek (kwantitatief en kwalitatief) dat regelmatig wordt herhaald en zowel algemeen is als focust op tot nu toe onderbelichte groepen en fenomenen zoals ouderen en seksueel grensoverschrijdend gedrag, mannen als slachtoffer van seksueel grensoverschrijdend gedrag, vrouwen als plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag, mensen met een lage SES als slachtoffer van seksueel grensoverschrijdend gedrag en online seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen volwassenen. (W)
35. Er is nood aan betere registratie bij hulpverlening en justitie. (W)



7 Seksueel welbevinden

7.1 OMSCHRIJVING EN ANALYSE

Voor het thema seksueel welbevinden kijken we naar de groep volwassenen vanaf 25 jaar. Er bestaat geen éénduidige manier om seksueel welbevinden te definiëren. Het concept wordt soms verengd tot het seksueel functioneren en seksuele tevredenheid^{164, 165} of de manier waarop men individuele ervaringen rond seksualiteit cognitief en affectief beoordeelt.^{166, 167} Seksueel welbevinden kan ook een bredere invulling krijgen, waarbij het meer algemeen verwijst naar seksuele gezondheid.¹⁶⁸

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) definieert gezondheid als 'een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden en niet slechts als het ontbreken van ziekte of gebrek'. Compleet welbevinden is echter praktisch onbereikbaar. Het ziektebeeld vandaag is erg verschillend van het ziektebeeld in de jaren '40, ten tijde van de definitie. Mensen leven langer en met een chronische ziekte leven is geen uitzondering meer. Bovendien kan de definitie van de WHO onbedoeld de medicalisering van de zorg in de hand werken en gaat ze voorbij aan het begrip veerkracht en het kunnen voeren van eigen regie. Een meer pragmatische invulling van het begrip gezondheid verwijst dan naar 'een vermogen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven'.¹⁶⁹

Vertaald naar seksueel welbevinden, verwijst dergelijke brede invulling naar de mogelijkheid om seksuele functies uit te voeren, seksuele tevredenheid, eigenwaarde en zelf-effectiviteit.¹⁷⁰ Bij eigenwaarde wordt de link gelegd met het eigen lichaamsbeeld.¹⁷¹ Zelf-effectiviteit gaat over het geloof en het vermogen om seksuele keuzes te maken in overeenstemming met iemands voorkeuren.^{172, 173}

7.1.1 Seksuele problemen

In deze paragraaf volgen we deels de opdeling die gemaakt werd in het Advies rond Klinische seksuologie door de Hoge Gezondheidsraad. Naast de categorie seksuele disfuncties wordt er ook de opdeling seksuele belevingsproblemen en seksuele zorgen gemaakt.

De **seksuele disfuncties** (seksueel functiestoornis inclusief last) zijn het meest gekend en beschreven in diverse classificatiesystemen zoals de DSM-5 en de ICD-10. Seksuele disfuncties kunnen ingedeeld worden in problemen met het seksueel verlangen, problemen met seksuele opwinding of orgasme, pijn bij het vrijen en andere (niet-)specifieke seksuele stoornissen (DSM-5).

¹⁶⁴ Öberg, K., Fugl-Meyer, K., & Fugl-Meyer, A. (2002). On sexual well-being in sexually abused Swedish women: epidemiological aspects. *Sexual and Relationship Therapy*, 17(4), 329-341.

¹⁶⁵ Bell, S., & Reissing, E. (2017). Sexual well-being in older women: the relevance of sexual excitation and sexual inhibition. *The Journal of Sex Research*, 54(9), 1153-1165.

¹⁶⁶ Martin, K., & Woodgate, R. (2017). Concept analysis: the holistic nature of sexual well-being. *Sexual and Relationship Therapy*, 1-15.

¹⁶⁷ Verschuren, J.E., Enzlin, P., Dijkstra, P.U., Geertzen, J. H., & Dekker, R. (2010). Chronic disease and sexuality: a generic conceptual framework. *Journal of Sex Research*, 47, 153-170.

¹⁶⁸ Martin, K., & Woodgate, R., *op.cit.* p.80.

¹⁶⁹ Huber, M. (2014). *Towards a new, dynamic concept of health: its operationalisation and use in public health and healthcare and in evaluating health effects of food*. Universiteit Maastricht [Proefschrift].

¹⁷⁰ Martin, K., & Woodgate, R., *op.cit.* p.80.

¹⁷¹ Muise, A., Preyde, M., Maitland, S., & Milhausen, B. (2010). Sexual identity and sexual well-being in female heterosexual university students. *Archives of Sexual Behavior*, 39(4), 915-925.

¹⁷² Kaestle, C., & Evans, L. (2018). Implications of no recent sexual activity, casual sex, or exclusive sex for college women's sexual well-being depend on sexual attitudes. *Journal of American College Health*, 66(1), 32-40.

¹⁷³ Martin, K., & Woodgate, R., *op.cit.* p.80.

Seksuele belevingsproblemen gaan over problemen die zich stellen met betrekking tot het beleven van seksualiteit ondanks een intact seksueel functioneren. Mensen met een niet-uitsluitend heteroseksuele seksuele oriëntatie alsook mensen die ooit seksueel grensoverschrijdend gedrag meemaakten, lopen een groter risico om seksuele belevingsproblemen te ontwikkelen. Ook mensen met een lichamelijke of chronische ziekte of beperking hebben veel kans om seksuele belevingsproblemen te ervaren, gezien ziek-zijn (lichamelijk beperkt zijn) een impact heeft op seksualiteit.

Seksuele belevingsproblemen kunnen specifiek verwijzen naar seksuele relatieproblemen waarbij een (chronische) aandoening of relationele stress de seksuele relatie sterk verstoort (bijvoorbeeld seksualiteit vermijden uit angst voor recidive van een hartfalen); seksuele aanpassingsproblemen waarbij een persoon of koppel er niet in slaagt om na een ruime periode van verwerking van een specifieke levensgebeurtenis een nieuw seksueel evenwicht te vinden (bijvoorbeeld seksualiteit heropnemen na een mastectomie); praktische seksuele problemen waarbij mensen er niet in slagen om op een nuchtere manier een oplossing te vinden voor een aantal praktische problemen (bijvoorbeeld seksualiteit plannen in functie van nevenwerking van medicatie); en seksuele integratieproblemen die vooral voorkomen bij mensen die tijdens of vóór de puberteit chronisch ziek of lichamelijk beperkt zijn geworden (bijvoorbeeld door overbescherming van de ouders niet kunnen experimenteren met seksualiteit en relaties). ,

Seksuele zorgen verwijzen naar het feit dat mensen zich zorgen maken of onzeker zijn over aspecten van onder andere hun lichaamsbeeld (bijvoorbeeld te mager, te dik), seksueel functioneren (bijvoorbeeld niet snel genoeg orgasme bereiken) of seksualiteitsbeleving (bijvoorbeeld te lage frequentie). Centraal in die zorgen is vaak het gevoel of de gedachte niet te (kunnen) voldoen aan bepaalde normen of beelden over normaliteit die – al of niet gevoed door de media – als mythes het discours over seksualiteit bepalen.

7.1.2 Holistische benadering

Een veelheid aan factoren kunnen een invloed hebben op het seksueel welbevinden. Hieronder volgt een niet-exhaustieve lijst van factoren die zich situeren op drie niveaus: het biologische niveau, het psychologische niveau en omgevingsfactoren.¹⁷⁴

Biologische factoren

- > Directe impact: ziekte, pijn en (chronische of acute) aandoeningen of lichamelijke beperkingen (bijvoorbeeld hiv, vasculaire, neurologische, of hormonale stoornissen)
- > Indirecte impact: bijvoorbeeld vermoeidheid, kracht- en energieverlies, pijn en stijfheid, incontinentie, duizeligheid
- > Iatrogene¹⁷⁵ aspecten: bijvoorbeeld bijwerkingen of nevenwerkingen van medicijnen, schade door operaties, langdurige behandelingen
- > Leeftijd (menopauze, ouderen)

Psychologische factoren

- > Mentale gezondheid en psychiatrische aandoeningen
- > Lichaamsbeeld
- > Zelfbeeld en eigenwaardegevoel
- > Zelf-effectiviteit en aanpassingsvermogen

¹⁷⁴ Bender, J. (2003). *Seksualiteit, chronische ziektes en lichamelijke beperkingen: kan seksualiteit gerevalideerd worden?* Tijdschrift voor Seksuologie, 27, 169-177

¹⁷⁵ Dit zijn medische handelingen die noodzakelijk zijn en onbedoeld een negatieve invloed kunnen hebben op seksualiteit.



- > Betekenis van seksualiteit: leeftijd, levensfase, sekse, persoonlijkheid, opvoeding en cultuur kunnen een rol spelen in de betekenisgeving van seksualiteit voor een persoon
- > Omgaan met (ingrijpende) levensgebeurtenissen (bijvoorbeeld bevalling, 'empty nest' syndroom, fertiliteitsproblemen, menopauze, ervaringen van seksueel grensoverschrijdend gedrag) en veerkracht
- > Voorgaande (seksuele en relationele) ervaringen
- > Hechtingsstijl

Omgevingsfactoren (sociaal en relationeel)

- > Relatie- en partnersaspecten
- > Relationele vaardigheden
- > Hechtingservaringen binnen een koppel
- > Rolpatronen binnen de seksuele relatie: de impact van mogelijke rolverschuivingen op de seksuele relatie bijvoorbeeld bij ziekte
- > Opvoeding
- > Sociale en culturele waarden, maatschappelijke (impliciete) mythes
- > Religieuze overtuigingen
- > Subculturen en verwachtingen
- > Beschikbare hulp en toegankelijkheid van de hulpverlening
- > Leefomgeving (bijvoorbeeld armoede)

7.1.3 Uitdagingen

In dit onderdeel wordt dieper ingegaan op een aantal concrete uitdagingen die zich stellen op het vlak van seksueel welbevinden in Vlaanderen. Daarbij worden ook specifieke doelgroepen geïdentificeerd.

7.1.3.1 Seksuele tevredenheid en problemen

Het Sexpert-onderzoek wijst uit dat de Vlaming over het algemeen tevreden is over het eigen seksleven: gemiddeld geven mannen een score van 3,6 en vrouwen 3,5 op 5 (gemeten op een schaal van score 1 'heel ontevreden' tot score 5 'heel tevreden'). Mannen in de oudste groep (65- tot 80 jaar) en vrouwen boven de 50 jaar zijn minder seksueel tevreden. Vlaamse mannen (90%) ervaren veel vaker dan vrouwen (48%) (bijna) altijd een orgasme tijdens seks. Vooral oudere mannen (vanaf 50 jaar) en vrouwen (vanaf 65 jaar) beleven minder frequent een orgasme. 14,5% van de vrouwen (tegenover 3% van de mannen) geeft aan nooit een orgasme te hebben tijdens seks.¹⁷⁶ We spreken in dit kader over een orgasmekloof. Er zijn ook mannen en vrouwen die seksueel inactief zijn. De redenen hiervoor zijn divers, zoals ook blijkt uit het Sexpert-onderzoek. Vooral vrouwen geven aan dat ze geen behoefte hebben aan seks. Bij mannen is de voornaamste reden dat ze seksueel inactief zijn wegens gezondheidsredenen of een seksueel probleem. Voorts geven vrouwen vaker aan dat ze niet seksueel actief zijn omdat hun partner is overleden, in vergelijking met 4% van de mannen die dit als reden aangaven.

Bij seksueel actieve mannen en vrouwen in Vlaanderen, rapporteert een behoorlijk aantal – 43% van de vrouwen en 35% van de mannen – minstens één seksuele functiestoornis. Bij een seksuele functiestoornis is het seksueel functioneren in één van de fasen van de seksuele responscyclus verstoord. Vrouwen hebben vooral last van orgasmestoornissen, stoornissen in het verlaagd seksueel verlangen en lubricatiestoornissen. Mannen melden vooral een teveel aan seksueel verlangen, premature ejaculatie en erectiestoornissen. Disfuncties verbonden aan lichamelijke effecten van het verouderingsproces (erectie en lubricatie) zijn logischerwijze duidelijk verbonden aan de leeftijd (vanaf

¹⁷⁶ Buysse, A. e.a., op.cit. p.37.



50 jaar). Een deel van de mensen met een seksuele functiestoornis ondervindt daar ook last van, en kan dus gerekend worden tot de groep mensen met een seksuele disfunctie: 22% van de vrouwen en 12% van de mannen.¹⁷⁷

7.1.3.2 Sociale factoren

De seksuele dubbele standaard en mythes rond seksualiteit kunnen de seksualiteitsbeleving negatief beïnvloeden. De seksuele dubbele standaard is een patroon van verwachtingen dat vrouwen seksuele terughoudendheid voorschrijft, terwijl het mannen seksuele activiteit dicteert. Het onderschrijven van de seksuele dubbele standaard heeft zowel voor vrouwen als voor mannen negatieve gevolgen. De seksuele gezondheid en mentale gezondheid kan onder druk gezet worden door de prestatiedruk of het gevoel te hebben niet te conformeren aan bepaalde verwachtingen. Bij vrouwen worden ook een lagere seksuele autonomie en meer negatieve emoties met betrekking tot seks vermeld.^{178, 179}

Sensoa heeft in het kader van een intern vooronderzoek¹⁸⁰ 183 intermediairs bevraagd over de meest frequente seksmythes waarmee zij in hun praktijk worden geconfronteerd. Deze mythes werden ook voorgelegd aan 193 student artsen en seksuologen. Vanuit deze groep van (toekomstige) intermediairs werd het belang onderschreven om mensen te informeren over foutieve vooraannames met betrekking tot seksualiteit. Uit deze voorstudie werden de volgende mythes als meest voorkomende weerhouden:

- > Veel seks is een teken van een goede relatie.
- > De beste seks is spontane seks.
- > Voor een orgasme moet de penis altijd in de vagina.
- > Seks is iets voor jonge mensen.

7.1.3.3 Toegang tot hulpverlening

De huisarts is de primaire intermediair waar de meerderheid van de bevolking een beroep op doet: 95% van de Belgen zegt een vaste huisarts te hebben en daar gemiddeld vier maal per jaar contact mee op te nemen.^{181, 182} Uit het Vlaamse Sexpert-onderzoek blijkt dat slechts een minderheid (één op acht mannen en één op vijf vrouwen) professionele hulp zoekt bij seksuele problemen.¹⁸³ Het is niet duidelijk waarom mensen de stap niet zetten naar de hulpverlening. Dit heeft mogelijks te maken met het niet weten waar ze terecht kunnen, ervan uitgaan dat de klacht normaal is, en schaamte om hiervoor hulp te zoeken. Naar alle waarschijnlijkheid wordt er hulp gezocht als de disfunctie al geruime tijd aansleept en mogelijk meer last teweegbrengt.¹⁸⁴ Binnen het valorisatieluik van het Sexpert-onderzoek concludeerden de betrokken stakeholders dat de bespreekbaarheid van seksuele gezondheid in de huisartsenpraktijk beter kan.¹⁸⁵

Een bevraging van 102 deelnemers aan de huisartsenconferentie¹⁸⁶ wijst uit dat de meerderheid van de bevraagde artsen (89%) meer kennis wil over hoe seksuele gezondheid bespreekbaar te maken met

¹⁷⁷ Hendrickx, L. & Enzlin, P. (2013). Seksuele disfuncties. In: Buysse, A., Caen, M., Dewaele, A., Enzlin, P., Lievens, J., T'Sjoen, G., Van Houtte, M. & Vermeersch, H. (Eds.). *Seksuele gezondheid in Vlaanderen* (pp. 193-216). Gent: Academia Press.

¹⁷⁸ Emmerinck, P., Van Wesenbeeck, I., van den Eijnden, R., van Lankveld J. & Ter Bogt, T. (2018). Een verkenning van de seksuele dubbele standaard bij adolescenten en jongvolwassenen in Nederland. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 42(1), 8-13.

¹⁷⁹ Kaestle, C., & Evans, L., op.cit. p.80.

¹⁸⁰ Sensoa: Vooronderzoek Mythes bevraging 2017 (intern niet gepubliceerd document)

¹⁸¹ Domus Medica, Nieuwsbericht 2013. Geraadpleegd op 10 mei 2018, van <https://www.domusmedica.be/documentatie/archief/nieuws/4605-er-is-geen-tekort-aan-huisartsen-in-vlaanderen-en-zij-zijn-niet-burnt-out.html>

¹⁸² Van der Heyden, J. Contacten met de huisarts. In Drieskens S., Gisle L. (ed.) *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 3: Gebruik van gezondheids en welzijn WIV-ISP, Brussel, geraadpleegd op 10 mei 2018, van https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelte%20%20documenten/GP_NL_2013.pdf*

¹⁸³ Hendrickx, L. & Enzlin, P., op.cit. p.83.

¹⁸⁴ Advies Hoge Gezondheidsraad: *Klinische seksuologie* (2016).

¹⁸⁵ Buysse, A., Enzlin, P., Lievens, J., T'Sjoen, G. Vanhoutte, M., Vermeersch, H., Dewaele, L., et al. (2014). *Sexpert: seksuele gezondheid in Vlaanderen: valorisatierapport*. Gent: Academia Press.

¹⁸⁶ Sensoa, Huisartsenbevraging 2016: Seksuele gezondheid, oktober 2016 (intern niet gepubliceerd document).

patiënten. Bijna drie vierde (73%) van de artsen zou tijdens een vorming willen oefenen hierop. Slechts 2% geeft aan geen nood te ervaren om seksuele gezondheid meer bespreekbaar te maken. Huisartsen zijn dus geïnteresseerd in seksuele gezondheid en staan ervoor open om hierover bij te leren en dit thema bespreekbaar te maken in hun praktijk.

7.1.3.4 Impact van ziekte

Chronisch zieken

Uit cijfers van de Belgische gezondheidsenquête blijkt dat 27,2% van de Belgische bevolking lijdt aan minstens één chronische ziekte. Het risico op een chronische aandoening stijgt met de leeftijd. Ook de prevalentie van multimorbiditeit, i.e. het gelijktijdig voorkomen van verschillende chronische condities bij één persoon, neemt toe met het ouder worden: 10 tot 20% van de 40-jarigen lijdt aan minstens twee chronische aandoeningen, bij de personen van 70 jaar en ouder stijgt dat aantal tot 50 à 70%. De stijging van de levensverwachting en de vergrijzing van onze samenleving zijn dan ook belangrijke factoren in de toename van het aantal chronisch zieken. Het gevaar van de ontwikkeling van een nevenaandoening (comorbiditeit) neemt toe naarmate de leeftijd stijgt. Dat chronisch ziek zijn een impact kan hebben op seksualiteit(sbeleving) is meermaals aangetoond.^{187, 188}

Uit de gezondheidsenquête¹⁸⁹ kunnen we stellen dat één op drie personen het psychisch zwaar heeft (stress, angst, verdriet, slecht slapen, deprimerende gedachten, zich grote zorgen maken). Dit is een stijgende trend. Van 2004 tot 2008 gaf slechts één op vier (26%) aan het zwaar te hebben. De kans op een seksueel probleem is groter wanneer iemand een slechte psychische gezondheid heeft en wanneer iemand een chronische ziekte of aandoening heeft en hiervoor medicijnen gebruikt.¹⁹⁰ De impact van chronische ziekten op seksualiteit(sbeleving) is vastgesteld via verschillende invloeden, zoals eerder in dit hoofdstuk aan bod kwam.

Gebruik van medicatie

Tussen 1997 en 2013 is er een sterke toename van het percentage gebruikers van voorgeschreven geneesmiddelen en een sterke afname van het percentage gebruikers van niet-voorgeschreven geneesmiddelen. Polyfarmacie en excessieve polyfarmacie blijven belangrijke problemen, vooral bij ouderen: meer dan 30% van de 75-plussers gebruikt minstens vijf verschillende geneesmiddelen op één dag; bij 6% gaat het om minstens negen middelen.¹⁹¹

Het is duidelijk dat bijwerkingen of nevenwerkingen van een aantal medicijnen een impact kunnen hebben op seksualiteit. Sommige medicijnen hebben een potentieel negatief effect op seksueel functioneren zoals bepaalde antidepressiva, anti-epileptica, antipsychotica, en benzodiazepines. Maar ook bepaalde cholesterolverlagers of maagzuurremmers kunnen een negatieve impact veroorzaken.¹⁹²

7.1.3.5 Seksualiteit bij ouderen of mensen met een beperking

Ouderdom en de daarmee gepaard gaande gezondheidsproblemen kunnen betekenen dat ouderen zich gaan aanpassen en op een andere manier seksualiteit gaan beleven. Maar dit hoeft niet altijd te betekenen dat hun seksuele noden verdwijnen.

¹⁸⁷ Verschuren, J.E., e.a., op.cit. p.80.

¹⁸⁸ Bender, J., op.cit. p.81.

¹⁸⁹ Gisle, L. (2014). Geestelijke gezondheid. In: Van der Heyden J, Charafeddine R (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn. WIV-ISP, Brussel, geraadpleegd op 10 mei 2018, van https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/WB_NL_2013.pdf

¹⁹⁰ de Graaf, H., & Wijsen, C., op.cit. p.64.

¹⁹¹ Gisle, L., op.cit. p.84.

¹⁹² Leusink, P., & Ramakers, M. (2014). *Handboek seksuele gezondheid: Probleemgeoriënteerd denken en handelen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Ook mensen die leven met een beperking hebben noden met betrekking tot seksualiteit en seksualiteitsbeleving. Maar deze noden worden niet altijd gezien of bespreekbaar gemaakt door gezondheidswerkers. De zorg voor mensen met een beperking focust zich vaak voornamelijk op het tegemoetkomen van andere behoeften.

We kunnen op basis van levensfasen en problematieken verschillende groepen onderscheiden die specifieke noden hebben wat betreft seksueel welbevinden en meer algemeen hun seksualiteitsbeleving. Deze groepen kunnen ook verschillen in de manier waarop ze hulp zoeken:

- Intermediairs en zorgverstrekkers voor deze doelgroepen zijn:

7.2 BELEID EN AANBOD IN VLAANDEREN

Vlaanderen investeert in seksuele gezondheid via subsidies aan volgende organisaties:

- > Sensoa: zet onder andere in op de bespreekbaarheid van seksueel welbevinden in de huisartsenpraktijk. Via online informatie wil Sensoa seksueel gedrag normaliseren, aanzetten tot communicatie over seksualiteit, verwijzen naar hulp- en begeleidingsmogelijkheden en respect bevorderen. Er wordt ook ingezet op het verbeteren van de deskundigheid van intermediairs door het sensibiliseren, ondersteunen en motiveren van (toekomstige) intermediairs in het bespreekbaar maken van seksuele gezondheid. Via de seksmythescampagne wordt het algemeen publiek geïnformeerd over seksualiteitsbeleving.
- > Aditi: Seksualiteit en intimiteitszorg op maat. Aditi zorgt voor advies, informatie en ondersteuning voor mensen met een beperking en ouderen.
- > Domus Medica vzw ondersteunt de huisarts, de huisartsenkring en de patiënt in de Vlaamse Gemeenschap (Vlaams Gewest en Brussel Hoofdstedelijk Gebied) via het ontwikkelen en verstrekken van producten voor de huisartsenpraktijk, adviezen, bijstand, richtlijnen, vorming en opleiding, en publicaties; via ondersteuning van de werking van de huisartsenkringen, wachtdienstonderdelen en LOK's.

Vlaamse vereniging voor klinisch seksuologen (VVS): de Vlaamse beroepsvereniging voor seksuologen draait op vrijwilligers en is niet gesubsidieerd. Zij beschikken over een online doorverwijsgids die seksuologen in kaart brengt in Vlaanderen.

Advies Hoge Gezondheidsraad: In december 2016 had de Hoge Gezondheidsraad zijn advies klaar rond Klinische seksuologie (nr 9333), rond een definiëring, een beschrijving van de beroepsactiviteit en een competentieprofiel van de klinisch seksuoloog als een gezondheidszorgbeoefenaar in België.¹⁹³

7.3 BESTAANDE ACTIES

Actie	Setting	Toelichting
Donderdag date-dag	G	Campagne vanuit het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin om het maatschappelijk belang van relaties duidelijk te maken en het taboe op het bespreken van relatieproblemen te doorbreken. Ook seksualiteit werd opgenomen als thema binnen deze campagne.
Hervorming huisartsenopleiding	O	Seksuele gezondheid en praten over seksualiteit door de huisarts zal een plaats krijgen in het opleidingscurriculum overheen de vier universiteiten.
Thomas More verpleegkunde opleiding	O	Thomas More heeft een seksuele gezondheidsmodule uitgewerkt voor de opleiding verpleegkunde.
VUB onderzoek naar Stress, relatie en seksualiteit	BU	Het onderzoek focust zich op welke aspecten van stress en burn-out een impact hebben op de kwaliteit van persoonlijke relaties. Daarnaast focust het onderzoek zich op welke aspecten hiervan mogelijks meer aandacht verdienen met het oog op preventie of op behandeling binnen de geestelijke gezondheidszorg, seksuologie of artspraktijk (resultaten eind 2018 beschikbaar).

¹⁹³ Hoge Gezondheidsraad, Klinische Seksuologie, via

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/hgr_9333_seksuologie_a5.pdf

Body & Rights	BU	Tweetalige website opgericht door Vicepremier en minister van Ontwikkelingssamenwerking Alexander De Croo met een e-tutorial over seksuele en reproductieve gezondheid en rechten. Gericht naar Belgische diplomaten en iedereen die actief is in het Belgisch ontwikkelingsbeleid, maar is ook gratis toegankelijk voor alle geïnteresseerden.
Doorverwijsgids naar klinisch seksuologen voor professionelen	BU	Beroepsvereniging voor (klinisch) seksuologen biedt een raadpleegbare online doorverwijsgids aan die seksuologen in kaart brengt (www.seksuologen-vlaanderen.be).
Mythecampagne van Sensoa	BU	Campagne gericht op het ontkrachten van enkele mythes rond seksualiteits(beleving) en het normaliseren van vragen om hulp.
Studieproject 'Bespreekbaar maken van seksuele gezondheid in huisartsenpraktijk'	ZW	Sensoa coördineert in samenwerking met Domus Medica een studieproject om overheen drie jaar 60 LOK pakketten 'Bespreekbaar maken van seksuele gezondheid' aan te bieden aan praktiserende huisartsen. De LOK worden in duo gegeven door een arts en een seksuoloog die opgeleid zijn in dit pakket.
Methodiek 'Onder vier ogen stappenplan'	ZW	Sensoa heeft in samenwerking met Domus Medica, Sensoa Stuurgroep Huisartsen en VVS het 'Onder vier ogen' stappenplan ontwikkeld om intermediairs (huisartsen) te ondersteunen en te motiveren om seksuele gezondheid pro-actief bespreekbaar te maken tijdens een professionele consultatie met patiënten. Deze methodiek werd op maat van huisartsen ontwikkeld, rekening houdend met de hindernissen waar huisartsen tegenaan botsen om dit gesprek te voeren (kort tijdbestek, beperkte kennis over seksualiteit, gebrek aan handvat of protocol om dit te doen). Sensoa heeft deze methodiek vertaald in een Steekkaart en Flyer 'Praten over seksuele gezondheid door de huisarts' en in een Factsheet 'Praten over seksuele gezondheid door de huisarts'.

7.4 DOELSTELLINGEN EN AANBEVELINGEN

7.4.1 Een positieve, brede en inclusieve invulling van 'seksueel welbevinden'

Seksualiteit wordt onvoldoende erkend als een bron van lichamelijk en geestelijk welzijn. Dit vertaalt zich in een enge visie op seksueel welbevinden, dat voornamelijk benaderd wordt als de afwezigheid van seksuele problemen. De mate waarin iemand tevreden is met betrekking tot zijn of haar seksualiteit wordt echter niet ééndimensionaal bepaald door de mate waarin er zich al dan niet problemen stellen. Iemand met problemen in het seksueel functioneren, kan toch een hoog seksueel welbevinden hebben en vice versa. Seksueel welbevinden wordt bepaald door twee 'barometers' die los staan van elkaar: geluk en ongeluk (of problemen). Seksueel geluk wordt op zijn beurt bepaald door verschillende factoren waaronder positieve emoties, het in staat zijn om een kwaliteitsvolle connectie te maken, 'agency' of zelf richting kunnen geven aan het seksuele gedrag, persoonlijke betekenisgeving, en mentale aanwezigheid bij de seksuele interactie. Om te werken aan seksueel welbevinden, moet het inzetten op seksueel geluk een evenwaardige plaats krijgen naast het werken aan seksueel ongeluk. We stellen vast dat er weinig geweten is over de manier waarop koppels communiceren over seksualiteit, alsook over seksualiteitsbeleving bij mensen die niet seksueel actief zijn. Naast een meer positieve invulling van het begrip seksueel welbevinden, is er nood aan een bredere, meer inclusieve invulling. Seksualiteit krijgt nog steeds een enge, normatieve en

////////////////////////////////////

Aanbevelingen

- #### 7.4.2 Sensibilisering naar het brede publiek toe

Aanbevelingen

18. Er moeten pakketten ontwikkeld worden om hulpverleners te ondersteunen bij het omgaan met bepaalde culturele praktijken, zoals maagdenvliesreconstructie, schaamlipcorrectie en penisverlenging, en om gesprekken hierover aan te gaan. (E – materiaalontwikkeling)
19. Beroepsorganisaties kunnen een positieve bijdrage leveren door studiedagen in te richten rond het thema, met daarbij een focus op vaardigheden, en door hun leden actief aan te moedigen zich bij te scholen rond seksualiteit. Ze kunnen aanbod met elkaar uitwisselen. (E – deskundigheidsbevordering)

7.4.4 Seksueel welbevinden als thema in de opleidingen van de zorgberoepen

Het thema seksueel welbevinden wordt onvoldoende opgenomen in de basisopleidingen van toekomstige hulpverleners. Dit heeft betrekking op alle hulpverleners die in contact komen met potentiële hulpvragen rond dit thema, waaronder apothekers, artsen, sociale werkers, (toegepast) psychologen, kinesisten, psychotherapeuten, orthopedagogen, ergotherapeuten, podologen, en diëtisten alsook de lerarenopleidingen. Het is echter niet uitgesloten dat er nog andere beroepen zijn waarin vragen rond seksueel welbevinden aan bod kunnen komen. We stellen vast dat wanneer dit wordt aangeboden in een vrijblijvende cursus, als keuzevak, de opkomst gering is. Daarnaast is er soms wel kennisoverdracht maar bestaat er geen mogelijkheid om te oefenen in de praktijk. Er moet naast kennisverwerving ook worden ingezet op het verwerven van praktische vaardigheden en attitudes.

Aanbevelingen

20. Inventariseer welke hulpverleners in contact komen met hulpvragen rond seksueel welbevinden, waarbij ook beroepen buiten de zorgsector mee in overweging worden genomen. Dit gaat samen met het opstellen van minimumdoelstellingen op het vlak van kennis, vaardigheden en attitudes naargelang de beroepsgroep. (W)
21. Inventariseer het bestaande opleidingsaanbod rond het bespreekbaar maken van seksueel welbevinden over de opleidingen heen, zowel binnen hogescholen als universiteiten als secundair onderwijs. (W)
22. Seksualiteit dient meer verweven te worden in bestaande vakken of modules, zoals bijvoorbeeld recht. Daartoe kan Sensoa samenwerken met het onderwijs zodat zij overtuigd raken van het belang om seksueel welbevinden meer op te nemen binnen de opleidingen. (B)



Deel 3: Panelgesprekken rond vier actuele uitdagingen



8 De sociale gradiënt in seksuele gezondheid

8.1 KADERING VAN DE UITDAGING

Gezondheidsongelijkheid is het geheel van systematische verschillen in gezondheid en sterfte tussen mensen met een hoge en mensen met een lagere positie in de maatschappij. Die ongelijkheid verloopt volgens een sociale gradiënt: hoe lager iemand op de sociale ladder staat, hoe groter de gezondheidsverschillen zijn met wie bovenaan de ladder staat. Hoe lager mensen op de sociale ladder staan, hoe meer interventies er op maat nodig zijn. Dit is het proportioneel universalisme: interventies moeten zich tot iedereen richten (universeel), maar de intensiteit en specificiteit ervan moeten aangepast zijn aan de noden van het doelpubliek (proportioneel).

Cijfers van de Europese enquête (EU-SILC 2017) tonen aan dat 15,9% van de Belgische bevolking een inkomen heeft onder de armoedegrens, en 20,3% een risico loopt op armoede of sociale uitsluiting. Waarschijnlijk is dit cijfer een onderschatting omdat nieuwkomers minder deelnemen aan de Europese enquête. Mensen zonder wettig verblijf zijn zelfs helemaal niet vertegenwoordigd in deze enquête. Uit een bevraging in 2011 bij mensen zonder wettig verblijf¹⁹⁴ blijkt dat 95,6% onder hen onder de armoedegrens leeft. Bij de helft van de bevroegden lag het maandinkomen lager dan 145 euro.

De link tussen sociaaleconomische status (SES) en gezondheid is erg sterk. Wie onderaan de sociale ladder staat, leeft vijf jaar minder lang en vijftien jaar minder lang in goede gezondheid dan personen met de hoogste SES.¹⁹⁵ Cijfers uit de nationale gezondheidsenquête wijzen uit dat er ook op het vlak van seksuele gezondheid sprake is van een sociale gradiënt. Zo hebben mensen die minder opleiding hebben genoten, minder kennis over soa's en hiv en gebruiken zij minder anticonceptie.

Er zijn verschillende redenen waarom mensen met een lage SES, slechter scoren op het vlak van gezondheid. Mensen met een lage SES ervaren sociale uitsluiting op meerdere levensdomeinen, zoals huisvesting, onderwijs, en vrije tijd. Dit heeft een sterke invloed op hun mentaal welzijn en gezondheid. Een lagere SES gaat ook vaak samen met minder gezondheidsvaardigheden. Mensen met minder gezondheidsvaardigheden kunnen moeilijker gezondheidsinformatie verkrijgen, begrijpen, beoordelen en gebruiken. Ze doen minder aan preventie, hebben schroom om contact op te nemen met hulpverlening en moeite om met medische professionals te communiceren. Ze hebben ook een minder goede kennis van het gezondheidssysteem en doen daarom aan 'welfare bricolage'; ze bouwen een eigen zorgsysteem uit, waarin ze bij allerlei organisaties, ook socioculturele, hulp zoeken inzake hun gezondheid. Ook hulpverleners die we dus niet meteen linken aan seksuele gezondheid komen daarom in aanmerking om een gesprek erover aan te gaan.

Uit onderzoek van CM uit 2014 blijkt dat 41,3% van de Belgen over te weinig gezondheidsvaardigheden beschikt om een gezond leven te leiden en adequate gezondheidsbeslissingen te nemen. Bij 19% van de Belgische bevolking zijn die vaardigheden zeer beperkt. Risicogroepen zijn, naast personen met een lage SES, onder meer personen met weinig scholing, personen met een laag zelfbeeld, migranten van de eerste generatie, anderstaligen, ouderen en mensen met een mentale beperking. Verschillen in gezondheidsvaardigheden van mensen dragen bij tot ongelijkheid in gezondheid. Gezondheidsongelijkheid verminderen vraagt daarom een aanpak die breder kijkt dan mensen in armoede alleen.

¹⁹⁴ Nicaise, I., Schockaert, I., Wets, J., & Debosscher, T. (2011). In Dierckx, D., Vranken, J., Coene, J., & Van Haarlem, A. (Eds.), *Armoede en sociale uitsluiting: Jaarboek 2011* (pp. 381-396). Leuven: Acco.

¹⁹⁵ Van Oyen, H., Deboosere, P., Lorant, V., & Charafedinne, R. (Eds.). *Sociale ongelijkheden in gezondheid in België*. Gent: Academia Press.

8.2 DOELSTELLINGEN VAN DE SESSIE

De uitdaging ‘sociale gradiënt in seksuele gezondheid’ is erg breed. Voor de sessie wordt er daarom een afbakening gemaakt tot drie specifieke thema’s, die onder de loep worden genomen. Het vertrekpunt is wel dat er wordt gekeken naar manieren om de seksuele gezondheidswijsheid bij mensen met een lage SES te verhogen. Onder seksuele gezondheidswijsheid verstaan we ‘de kennis, ideeën, attitudes, motivatie en vaardigheden van een individu bij het verkrijgen, begrijpen, evalueren en toepassen van seksuele gezondheidsinformatie in het dagelijks leven, om te kunnen onderhandelen en beslissingen te kunnen nemen met betrekking tot seksuele gezondheidszorg en -preventie, relaties en seksueel welbevinden’. De drie thema’s waarop er tijdens de sessie wordt ingezoomd, zijn laag anticonceptiegebruik en lage therapietrouw, partnergeweld, en praten over seksuele gezondheid.

8.2.1 Laag anticonceptiegebruik en lage therapietrouw

Het gebruik van anticonceptie bij mensen met weinig scholing ligt heel wat lager dan bij mensen met veel scholing. Volgens de nationale gezondheidsenquête gebruikt slechts 48% van de vrouwen met een laag opleidingsniveau in België een anticonceptiemiddel, tegenover 80% van de vrouwen met een hoog opleidingsniveau. Daar zijn meerdere verklaringen voor.

In de eerste plaats is anticonceptie voor mensen met een lage SES dikwijls geen prioriteit. Zij kampen met meerdere problemen en zorgen in het hier en nu waardoor ze minder mentale ruimte overhouden om aan preventie op langere termijn te denken. Personen die weinig onderwijs hebben genoten, hebben over het algemeen bovendien een lagere risico-inschatting van zwangerschap en minder kennis van de menstruatiecyclus. Ze vertrouwen ook meer op de effectiviteit van de noodpil.

Ten tweede hebben heel wat personen onderaan de maatschappelijke ladder een grote kinderwens. Voor hen staat kinderen krijgen in het teken van een kans op een nieuwe, betere toekomst. Ze zien in een kind een bron van liefde die ze vaak in hun eigen jeugd hebben moeten missen en in het ouderschap een manier om een rol en status in de maatschappij te verwerven. Binnen het beperkte sociale netwerk dat ze hebben is aan gezinsplanning doen niet de norm. Anticonceptie gebruiken betekent dan ook een uitzonderingspositie innemen.

Ten derde hebben mensen met een lage SES veelal minder kennis over het aanbod en het gebruik van anticonceptiemiddelen. Er leven bij hen ook heel wat mythes over de mogelijke gevolgen van anticonceptie op, onder meer, de vruchtbaarheid. Ze lopen bovendien een groot risico op beperkte gezondheidsvaardigheden waardoor ze moeite hebben om de voor- en nadelen van verschillende opties af te wegen. Zij kunnen daarom ondersteuning gebruiken bij het kiezen van het anticonceptiemiddel dat het best bij hen past.

Tot slot bepaalt de financiële situatie van mensen in armoede mee de keuze van het anticonceptiemiddel. Langdurig werkende anticonceptie, zijnde de prikpil, het spiraal en het hormonaal implantaat, is voor sommige vrouwen geen optie omdat ze daarvoor een te groot bedrag in één keer moeten betalen. Ze kiezen dan eerder voor andere middelen, niet zelden in een kleinere verpakking. Wanneer de keuze niet weloverwogen kan worden gemaakt en anticonceptie in kleinere hoeveelheden wordt aangekocht, ligt de therapietrouw van anticonceptie wellicht lager.



8.2.1.1 *Partnergeweld*

Onderzoek van het Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen¹⁹⁶ toont aan dat in België één op zeven vrouwen slachtoffer is van partnergeweld (14,9%), bij mannen is dat één op tien (10,5%). Het is onduidelijk of slachtoffers vaker een lagere SES hebben. Wat wel geweten is, is dat personen met een lage SES vaker te maken hebben met risicofactoren van partnergeweld, waaronder hoge stress, een laag zelfbeeld en relationele risicofactoren zoals slechte communicatie, snelle relatievorming en een jeugd in een gezin waarin verwaarlozing en/of geweld aanwezig was. Omdat mensen met een lage SES minder sociale steun hebben, is de impact van het geweld mogelijk ook groter.

Volwassenen met lage SES hebben vaker een onveilige gehechtheidsstijl (een emotioneel verstoorde band met de eigen ouders), wat op zijn beurt een weerslag kan hebben op latere partnerrelaties. Personen die onveilig gehecht zijn, kunnen minder 'mentaliseren': ze hebben moeite om in te schatten wat in zichzelf en de ander omgaat. Ze reageren daardoor vaker op gedragsniveau. Dit uit zich in minder goede communicatie en conflicthantering en vermijdende copingstrategieën.

Mensen met een lagere SES geven aan minder tevreden te zijn in hun relatie, hebben het moeilijker met intimiteit en vinden moeilijker een evenwicht tussen verbondenheid met de ander en de eigen autonomie, eigen gedachten en gevoelens. Het gezin beschouwen ze daarbij als toevluchtsoord, waarin ze een duidelijke, eerder traditionele rol kunnen opnemen. Zo krijgt het gezin een identiteitsverwervende functie.

8.2.1.2 *Praten over seksuele gezondheid*

Seksualiteit bespreken is noch voor hulpverleners, noch voor hulpvragers een evidentie. Bij mensen met een lage SES is dat zeker het geval. Seksualiteit is voor hen een 'probleemvrije zone' in hun multi-problematiek. Het is één van de weinige domeinen in het leven waarover ze denken nog controle te hebben, waarin niemand anders zich mengt.

Een hulpvraag stellen is voor wie beperkte gezondheidsvaardigheden heeft een hele uitdaging. Op de weg daar naartoe komen ze een hele horde drempels tegen. Zo ervaren deze mensen minder snel een duidelijke nood aan een gesprek, omdat ze minder kennis hebben over (seksuele) gezondheid en hun lichaam. Eerdere negatieve contacten met hulpverlening en hun eigen onzekerheid over hoe een gesprek met een hulpverlener te voeren, maken de angst en schaamte bovendien erg groot, zeker over intieme onderwerpen. Als ze de stap toch willen zetten, vinden ze niet gemakkelijk hulp. Ook al zijn ze dikwijls al omringd door een heel netwerk van hulpverleners.

Het is daarom belangrijk dat hulpverleners, ook niet-medische, signalen zo snel mogelijk capteren en proactief het gesprek aangaan. Nederlandse cijfers tonen echter aan dat het initiatief net vaker bij patiënten met een lagere SES zelf wordt gelegd.¹⁹⁷ Zo bespreken huisartsen anticonceptie bijvoorbeeld veel minder vaak met vruchtbare vrouwen met een migratieachtergrond (65,5%) dan met vrouwen zonder migratieachtergrond (84%). Met vrouwen die vluchteling zijn, gebeurt dit het minst vaak (maar in 51% van de gevallen).

Ook de stijl van gespreksvoering verschilt. Artsen hanteren een meer dominante communicatiestijl bij patiënten met een lage SES en geven hen minder gezondheidsinformatie, en dit in tegenstelling tot wat deze patiënten van hun arts verwachten. Al te vaak hebben hulpverleners, vanuit hun goedbedoelde dadendrang, de doelstelling van het gesprek op voorhand vastgelegd. Voor een gedeelde besluitvorming is er dan weinig ruimte.

¹⁹⁶ Pieters, J., Italiano, P., Offermans, A.M., & Helleman, S. (2010). *Ervaringen van vrouwen en mannen met psychologisch, fysiek en seksueel geweld*. Brussel: IGVM.

¹⁹⁷ Raben, L., & van den Muijsenbergh, METC (2018). *Inequity in contraceptive care between refugees and other migrant women?: a retrospective study in Dutch general practice*. *Family Practice*, 35(4), 468-474.



Het eigen referentiekader van hulpverleners staat positieve gesprekken over seksuele gezondheid soms in de weg. Veelal onbewust vereenzelvigen ze personen met een lage SES met de problemen waarmee ze te kampen hebben. Het individu verdwijnt dan op de achtergrond en het 'moeilijk dossier' neemt de overhand. Personen met een migratieachtergrond ten slotte worden vaak verondersteld niet open te staan voor een gesprek over seksualiteit omdat hun cultuur of religie dat niet zou toelaten. Voor hulpverleners behoren ze tot een bepaalde homogene groep waarvan ze zich een stereotiep, conservatief beeld hebben gevormd. Ook dan zien ze niet langer het individu dat voor hen zit en specifieke vragen en behoeften verdwijnen op de achtergrond. Peilen naar wat er leeft bij mensen is een onmisbare stap in de gespreksvoering, zeker als het over seksuele gezondheid gaat.

8.3 SAMENSTELLING PANEL

Katleen Keppens, is huisarts in een groepspraktijk met een zeer diverse populatie qua etniciteit en socio-economische status. De praktijk biedt ook extern medische ondersteuning aan, in onder meer een vrouwenvluchthuis, een daklozenopvang en een centrum voor geplaatste jongeren. Daarnaast geeft Katleen Keppens les over anticonceptie, soa's en seksualiteit in de Vakgroep huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg van de UGent. Voordien werkte ze als arts in het Centrum seksuele voorlichting (CSV) en het Gents adoptiecentrum (GAC).

An-Sofie Van Parys is vroedvrouw, sociaal agoge en seksuologe. Na haar studies begeleidde ze als thuisbegeleidster gezinnen in problematische opvoedingssituaties. Nu werkt An-Sofie Van Parys aan de UGent als postdoc-onderzoeker met expertise in onderzoek rond geweld, perinatale en mentale gezondheid en verloskundige thema's, en is ze leidinggevende van het maternal health team. Ze is ook klinisch actief als 'vroedvrouw-seksuologe-psychotherapeute' in een eerstelijns vroedvrouwenpraktijk in Brussel en in een ziekenhuis in Asse. Daar begeleidt ze vrouwen en koppels met psychische, relationele of seksuele problemen gelinkt aan zwangerschap en bevalling.

Katleen Poppe behaalde een bachelor maatschappelijk werk en een master in familiale en seksuologische wetenschappen. Ze is sinds twee jaar coördinator van het CAW Inloopteam Samik, dat opvoedingsondersteuning biedt aan kwetsbare gezinnen in Antwerpen-Noord. Voordien was ze zeven jaar actief in het Inloopteam voor thuislozen en drugsverslaafden De Vaart in Antwerpen, waar ze budgetbegeleiding en psychosociale begeleiding deed, waaronder ook gesprekken als seksuoloog.

Sandra Van Gaveren is pas afgestudeerd als ervaringsdeskundige in armoede en sociale uitsluiting. Ze woont in hartje Brussel en is moeder van vier jongvolwassen dochters en een zoontje van drie. Ze komt uit generatiearmoede en strijdt om die rode draad te doorbreken, onder het motto 'laat het verleden onze grootste leermeester zijn van onze toekomst'. Ze is grote voorstander van 'hulpverlening op maat' voor iedereen.

Het gesprek wordt gemodereerd door **Celia Ledoux**. Celia is tolk en vertaler van opleiding. Ze schrijft fictie, non-fictie, columns, opiniestukken en podiummateriaal voor onder meer VRT, De Morgen, Humo, Deus ex Machina en Charlie Magazine en publiceerde drie boeken: 'Mama' en 'Slaap je al door?' over zwangerschap, geboorten en eerste leeftijd, en de roman 'Wild Vlees'. Celia Ledoux is een veelgevraagd moderator.



We moeten ons laagdrempelig opstellen, en zaken durven bespreken. Maar als je afstudeert als arts dan ben je 25 jaar en maak je deel uit van een andere populatie. Je moet je leren verplaatsen. Daar mag in de opleiding meer aandacht aan worden besteed. Het is ook belangrijk om alert te blijven dat je steeds de mens blijft zien achter de patiënt, anders ga je enkel naar je eigen normen en waarden handelen. Dan kan je niet aanbrengen wat de beste oplossing zou zijn voor de persoon die voor je zit.

Consultaties zijn vaak korte contacten, maar er is wel een lange evolutie. Je bouwt over de tijd een vertrouwensband op met je patiënten. Na verloop van tijd zou het makkelijker moeten worden om bepaalde thema's aan te snijden. Niet alleen de patiënt maar ook de arts kan zijn schroom overwinnen door iemand langer te kennen. Het is ook aan te raden om de patiënt alleen bij je te krijgen, bijvoorbeeld zonder de aanwezigheid van een kind dat dient te tolken, wat het gesprek over anticonceptie wellicht erg moeilijk maakt. Maak gebruik van bestaande tools, zoals de meertalige website Zanzu.be.

8.4.2 Partnergeweld (interview met An-Sofie Van Parys)

An-Sofie Van Parys: Als we kijken naar cijfers wereldwijd weten we dat één vrouw op drie in aanraking komt met partnergeweld, in Europa is dat één op vijf, en vermoedelijk zullen evenveel mannen als vrouwen ermee in aanraking komen. Veel onderzoek start vanuit het idee dat de vrouw het slachtoffer is en de man de dader. Mannen zijn echter evenzeer slachtoffer van geweld. Het clichébeeld van de gewelddadige man klopt niet. Als we aan partnergeweld denken, dan denken we aan slaan, stampen, trappen, ... en dat zijn ideeën die onderzoekers zelf ook hebben en wat ook verklaart dat vaak alleen deze vormen van geweld onderzocht worden. Nu groeit wél meer en meer het inzicht dat ook mannen slachtoffers kunnen zijn. En er worden stilaan meer diverse vormen van geweld onderzocht.

Celia Ledoux: Er is het clichébeeld van de man die zijn vrouw in elkaar slaat. Maar zelfs lichte vormen van geweld richten veel schade aan?

An-Sofie Van Parys: Mensen denken dat roepen en tieren oké is, maar slaan niet. Maar enkel roepen en tieren is op lange termijn ook erg schadelijk voor de relatie en ook voor de kinderen. We hebben het idee dat met deuren en borden gooien niet zo erg is, maar het heeft wel degelijk gevolgen.

Celia Ledoux: België heeft een lage zelfrapportage van geweld. Heeft dat te maken met wat we al dan niet als geweld zien, of ook met sociale klasse?

An-Sofie Van Parys: Mensen met een grote rugzak, een lage socio-economische status, die kunnen makkelijker op de spoed belanden omdat ze weinig netwerken hebben om op te steunen, niet weten waar ze een therapeut kunnen vinden, ... De politiestatistieken capteren daarom vooral veel mensen met een lage socio-economische status. Daardoor lijkt het erop dat er veel minder geweld zou plaatsgrijpen tussen hoogopgeleiden. We hebben de indruk dat zij geen geweld zouden ervaren. Dat klopt niet. Echter, als je veel in je rugzak hebt, kan je je voorstellen dat mensen makkelijker in situaties van geweld belanden, doordat ze ook aan veel stress blootstaan. Er is ook veel geweld in de hogere klasse maar zij hebben meer mogelijkheden, gebruiken misschien geweld dat minder zichtbaar is. Maar door extra stress bij de lagere klasse komen ze makkelijker in een patroon van geweld.

Wat wederzijds geweld betreft hebben we de indruk dat het vaker voorkomt bij personen met lage SES maar van 'intiem terrorisme' (eenzijdige, controlerende vorm van partnergeweld nvdr) zijn we nog niet zo zeker. Doordat hulpverleners enkel bepaalde groepen zien, zal het cliché voortleven. Er zijn ook studies die elkaar tegenspreken. Er is veel onbekend over het voorkomen van geweld bij hogere klassen. Hulpverleners kijken bovendien ook naar TV en vinden het grappig als vrouwen een klets



Bepaalde sociaaleconomische groepen lopen ook grotere risico's indien ze geweld willen aankaarten. Ze zijn angstig om het te zeggen als het niet goed gaat, bijvoorbeeld uit angst dat de kinderen geplaast zouden worden. Dat is zeker zo als je al een kind hebt dat geplaast is of in de pleegzorg zit.

Katleen Poppe: Het is belangrijk om als hulpverlener te starten met een open houding. Je doet dat vaak niet, want je vertrekt vanuit je blank middenklassekader. Zo was er in mijn vorige functie in het dagcentrum voor daklozen *De Vaart* een man die met mij over seksualiteit wou praten omdat ik seksuoloog ben. Toen we samenzaten kwam hij er echter niet toe, omdat hij het lastig vond omdat ik als hulpverlener gans andere woorden gebruikte om over seksualiteit te praten dan hijzelf. Het was voor mij belangrijk om aan te geven dat hij in zijn eigen woorden daarover mocht spreken.

Celia Ledoux: Je bent overtuigd dat je met iedereen over seksualiteit kan praten?

Celia Ledoux: Je werkt veel met jonge ouders, via de Huizen van het Kind. Voordien werkte je met daklozen. Via budgetbegeleiding nam je de insteek naar gesprekken over seksualiteit. Welke insteken zijn er nog?

Tijdens een gesprek over seksuele opvoeding met vrouwen met een migratieachtergrond zei een deel van de vrouwen in de groep dat ze niets zouden zeggen aan hun kind, niet kiezen voor gemengde

Ik kan me vandaag kwetsbaar opstellen. Ik kan leren van jullie omdat jullie ook leren van mij. Hier is een veilige omgeving om te vertellen over mijn verleden, omdat we hulpverleners onder elkaar zijn en elkaar begrijpen.

We willen echt wel geholpen worden maar we zijn zo bang dat onze kinderen zullen afgenomen worden, we zitten in zo'n relatie van afhankelijkheid. We willen niet gezegd worden hoe onze kinderen moeten worden opgevoed. We willen niet gezegd worden wat we 'moeten' doen. Wel wil we horen welke stappen we kunnen zetten om beter te doen en om zo onze kinderen bij ons te kunnen houden.

Als ik één advies zou mogen geven dan is het dat we moeten praten over ‘relaties en seksualiteit’ en niet over ‘seksualiteit en relaties’. Alles begint bij relaties.

Deelnemers kregen de opdracht om op post-its belemmeringen en suggesties van oplossingen te noteren.

- > Belemmeringen op het niveau van de doelgroep (ouders die zelf niet hebben leren spreken over seksualiteit, verschillen in prioriteiten tussen zorgvragers en zorgverleners).
- > Taal (de juiste insteek vinden om over seksualiteit te praten, de beschikbaarheid van tolken).
- > Structurele belemmeringen (terwijl iedereen seksuele gezondheid zou moeten opnemen in zijn/haar werk, blijft er nood aan echte experts, maar ook de hoge kostprijs van anticonceptie, ...).
- > Het gebrek aan onderzoek naar de relatie tussen de sociale gradiënt en seksuele gezondheid.
- > Belemmeringen op het niveau van de hulpverlening (de vooringenomenheid van hulpverleners, schaamte bij hulpverleners en het taalgebruik van de hulpverlener, ...) die gezondheidspreventie in de weg kunnen staan.

- > Het uitbreiden van onderzoek (naar verschillende vormen van partnergeweld, naar hoe mensen zelf hun seksuele gezondheid beleven en evalueren).
- > Het beter organiseren van professionele netwerken om drempelverlagend te kunnen werken.
- > Vorming en sensibilisering van zorgverstrekkers (over het in vraag stellen van het eigen referentiekader, het opbouwen van vertrouwen met cliënten en/of patiënten, en het leren praten over seksualiteit).



openstaat voor een divers publiek, ... Voor wie hulp zoekt kan die laagdrempeligheid ook iets anders zijn.

Katleen Poppe: Onze deur staat letterlijk altijd open, er is warm en breed onthaal. Een professional is stand-by. Dat zijn praktische investeringen die mensen onmiddellijk het gevoel geven dat de drempel laag is.

Ann-Sofie Van Parys: Ze moeten echter wel aan de drempel raken. Mensen moeten de weg vinden. Er is een weg af te leggen voor ze effectief aan de deur staan.

Celia Ledoux: Een gevoelige vraag: wat doen we met het gebruik van abortus als anticonceptie?

Katleen Keppens: Ik denk dat niemand kiest om abortus te zien als vorm van anticonceptie. Het zijn de omstandigheden die ertoe leiden. We mogen het zo niet bekijken.

Celia Ledoux: Er stond ook op de post-it dat de kostprijs voor anticonceptie hoger is dan abortus. Hoe kan je vermijden dat een abortus moet gebeuren?

Katleen Keppens: Dat kan alleen door informatie te verschaffen, voor iedereen. Iedereen moet aan die info geraken, alle doelgroepen. Je moet dus info op maat aanbieden. Het idee van abortus als anticonceptie vind ik te kort door de bocht. We moeten vermijden dat dit zich voordoet.

Françoise Dedrie van LUNA (vanuit publiek): Als iedereen anticonceptie op een correcte manier zou gebruiken, zouden er nog ongeplande zwangerschappen zijn. Abortus zal altijd nodig blijven, naast anticonceptie. Het is belangrijk om het taboe rond abortus weg te nemen. Het 'of/of' verhaal klopt niet, het zal altijd een 'en/en' verhaal zijn, er zal altijd abortus nodig zijn. Dit besef is nodig om het taboe op abortus te helpen doorbreken.

Chris Lambrechts van Sensoa (vanuit publiek): Katleen Keppens, je hebt het gehad over lager anticonceptiegebruik, maar heeft dat ook niet te maken met een grote kinderwens?

Katleen Keppens: Dat zou wel kunnen maar daar vanuit gaan is stigmatiserend. Ik heb het gehad over andere zorgen die preventie en gezondheid niet tot de prioritaire zorg van mensen maken.

Sandra Van Gaveren: Bij mij was het moedergevoel zeer groot, de kinderwens was heel groot. Ik moest het echter ook kunnen dragen. Dat maakte het moeilijk, maar het nam mijn recht om moeder te zijn niet weg.

Kaat Van Bosstraeten van Sensoa (vanuit het publiek): ik denk dat we met heel veel vraagtekens zitten en misschien dat de kinderwens een impact heeft op het lage anticonceptiegebruik, maar het is giswerk. Er is onvoldoende onderzoek.



te ondersteunen? Welke opleiding en/of bijscholing hebben ze gekregen? Wat vinden zij wel en niet hun opdracht? Binnen een team kunnen heel verschillende meningen en visies leven. Nogal wat teamleden kampen met handelingsverlegenheid. En nog te vaak wordt seksualiteit in eerste instantie gezien als een probleem, iets dat moet vermeden worden.

Een tweede belangrijk gegeven is het kader binnen de voorziening: welke reglementen gelden er? Welke mogelijkheden biedt de infrastructuur? Is er voldoende ruimte voor privacy? Hoe gaan medewerkers om met de nood aan privacy? Welke richtlijnen gelden er? Welke bijscholingen worden voorzien? Er zijn nog teveel voorzieningen waar geen uitgewerkt beleid is en waar werknemers onvoldoende houvast hebben voor de aanpak van het thema seksualiteit.

Ten slotte vormen bewoners van residentiële settings een kwetsbare groep. Omwille van een heel aantal factoren zoals hun ondersteuningsnood, hun vaak beperkt netwerk en het gebrek aan (preventie)beleid, lopen ze een reële kans op confrontatie met seksueel grensoverschrijdend gedrag.

9.2 DOELSTELLINGEN VAN DE SESSIE

Tijdens de sessie wordt ingegaan op de huidige situatie in Vlaanderen en worden aanknopingspunten gezocht voor toekomstige evolutie en verbetering van het bestaande aanbod. Er werden vijf thema's afgebakend die aan bod kunnen komen tijdens het panelgesprek.

9.2.1 De veranderende cultuur binnen de zorg

Binnen het werkveld van de zorg groeit er een cultuur van empirische ethiek. Deze evolutie hangt samen met het werken op basis van volwaardig burgerschap, het vertrekken vanuit de rechten en autonomie van de cliënten. Professionals moeten oog hebben voor de aanwezige autonomie en de regie over het eigen leven bij de cliënt laten. Deze manier van werken hangt samen met de kijk op cliënten binnen de concrete setting. Er komt meer aandacht voor de onderliggende hulpvraag bij cliënten en voor preventief werken.

Professionals voelen dit aan als een spanningsveld tussen aan de ene kant het loslaten van de cliënt, hem of haar inspraak en regie geven over het eigen leven, en aan de andere kant het bieden van de noodzakelijke ondersteuning. Tot waar geef je ruimte aan de cliënt? Wanneer moet je het als professional overnemen? Kan je de cliënt begrenzen indien nodig en hoe houd je daarbij rekening met de normen en waarden van alle betrokkenen?

Van de professional vraagt dit veel overleg, zowel met de collega's als met de cliënten. Op de werkvloer moet de professional zowel de rol van begeleider opnemen (ondersteunen, coachen, de regie bij de cliënt leggen) als die van politiemans (begrenzen, overnemen indien nodig). De regels liggen minder vast, er is veel meer ruimte voor onderhandelen.

9.2.2 De focus op positieve aspecten van seksualiteit

Waar is het aspect plezier gebleven? In de zorg wordt seksualiteit nog vooral geassocieerd met problemen. Er is nog niet genoeg aandacht voor de positieve aspecten en de rol van intimiteit en seksualiteit in kwaliteit van leven voor cliënten. De vraag moet zijn: wat is er *wel* mogelijk? Hoe veranderen we de visie van een probleemfocus naar een focus op kwaliteit van leven? Wat houdt kwaliteit van leven in? Hoe kunnen we het recht van cliënten op zelfbeschikking op dit terrein ondersteunen? Hoe kunnen we hun rechten borgen binnen een cultuur van commercialisering, een cultuur waarbij de zorg geld moet opbrengen en er niet genoeg tijd en middelen ter beschikking staan? Wat zijn *good practices*?



Bij professionals leven nog een aantal mythes over cliënten en seksualiteit. Ze zijn bang voor het verlies van controle over hun cliënten, bang dat seksualiteit toelaten zal zorgen voor veel problemen. Daarnaast wordt er in de setting van zorg en welzijn vaak nog onvoldoende vertrokken vanuit de cliënt en nog teveel van uit het netwerk: professionals en context (bijvoorbeeld ouders, broers en zussen, of in het geval van ouderenzorg de kinderen) krijgen het laatste woord.

9.2.3 De nood aan een proactief en preventief beleid

Op een positieve manier werken rond seksualiteit én oog hebben voor preventie en de juiste aanpak van problemen die zich aandienen, vraagt om een uitgewerkt beleid. Het opnemen van vragen rond en aspecten van seksualiteitsbeleving mag niet vrijblijvend zijn. Het hoort bij de job van professional in de zorg.

Een goed beleid richt zich op de cliënten, de professionelen en het netwerk van de cliënten. Naar de cliënten werkt het proactief: het thema wordt bespreekbaar gemaakt en vragen en noden worden opgevolgd. Er is aandacht voor de nodige competenties bij de professionals. De noden van professionals om dit thema goed aan te pakken worden in kaart gebracht en er is een vormingsaanbod met ook interne opleidingen. De context en het netwerk van cliënten worden van bij het begin betrokken en niet enkel wanneer er zich problemen aandienen. Er is een API (aanspreekpersoon integriteit) of een referentiepersoon aangesteld die zich specialiseert in het thema en een positieve en preventieve werking opzet.

9.2.4 Aandacht voor basisopleiding van personeel

Er moet aandacht komen voor intimiteit, relaties en seksualiteit in de basisopleiding van professionals in de zorg, waaronder verpleegkundigen, opvoeders, bejaardenhulp, adl assistenten, maatschappelijk werkers, alle opleidingen voor eerstelijns hulpverleners, medische opleidingen en opleidingen voor een beroep als professional in de zorg.

Die opleiding moet ruimer zijn dan enkel kennisoverdracht. Er moet ook ingezet worden op zelfreflectie en attitudes, met het oog op de veranderende cultuur en de bijhorende spanningsvelden. Professionals moeten ook inzicht krijgen in de impact van hun eigen gedrag, en de effecten van hun interactie met de cliënten. Voorbeelden daarvan zijn het vele functionele aanraken, de steeds wisselende begeleiders, en het onvoldoende oog hebben voor privacy van de cliënt.

Het functieprofiel van de professionals wijzigt en vraagt om specifieke competenties: niet meer het oplossen van problemen maar veel meer coachen, ondersteunen, informeren, en durven loslaten van cliënten. Voor professionals in het werkveld is er nood aan intervisie en persoonlijke coaching.

9.2.5 De hoge prevalentie van SGG

Het is nodig om alert te blijven voor seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG). Er is meer aandacht voor dan vroeger maar het wordt nog steeds niet altijd correct ingeschat: er is wel oog voor gedrag maar niet voldoende voor de onderliggende dynamieken. De doelgroep cliënten in de zorg is kwetsbaar. Cliënten hebben onvoldoende kennis en ook bij zorgverleners is er vaak gebrek aan kennis en zijn er onvoldoende competenties om SGG goed aan te pakken. Ook is het van belang de autonomie van de cliënt niet uit het oog te verliezen. Professionals moeten niet enkel beschermen, maar ook groei en experimenteren toelaten. Uit angst voor revictimisatie wordt soms groei en autonomie niet toegelaten.



Chris Francken is bachelor verpleegkundige en organiseert tal van opleidingen en vormingen in Vormingscentrum Hivset te Turnhout. Vanuit haar jarenlange ervaring, zowel op de werkvloer als in het begeleiden van studenten en professionals, voelde ze dat een belangrijk aspect van ons menszijn werd onderbelicht en miskend, namelijk de seksualiteitsbeleving en intimiteit van zorgbehoevende mensen. Dat dit een hiaat is, bleek uit de talrijke opkomst op de studiedag Seksualiteit en intimiteit in de zorg, lust of een MUST. Vervolginitiatieven zijn terug te vinden op www.vormingscentrum.hivset.be.

Nadine Aernouts is klinisch psychologe en seksuologe. Ze is werkzaam binnen de specialistische geestelijke gezondheidszorg in België en Nederland. In het PC Bethanië te Zoersel werkt ze met patiënten en collega's aan een breed gedragen beleid rond seksualiteit en intimiteit.

De sessie wordt gemodereerd door **Bart Cortoos**, televisiejournalist bij de VRT nieuwsdienst. Hij maakt reportages voor Het Journaal, het dagelijks nieuwsprogramma waarvan hij ook tien jaar lang eindredacteur was. De zin om opnieuw mensen te interviewen lokte hem weer naar het werkveld. Met een zoon met het syndroom van Down komt hij in aanraking met verschillende aspecten van de zorgsector.

Tijdens de sessie kwamen enkel de drie eerste thema's afzonderlijk aan bod. Het thema 'aandacht voor de basisopleiding' werd niet als afzonderlijk thema opgenomen, maar werd wel aangehaald bij de bespreking van de andere drie thema's. Het thema seksueel grensoverschrijdend gedrag werd wegens onvoldoende tijd niet besproken.

Advies 18, een ethisch advies van Zorgnet Icuuro over intimiteit en seksualiteit in de zorg bij ouderen, had de bedoeling om aan te sturen op procedures en adviezen in woonzorgcentra. Het dateert reeds van 2015, maar de invoering ervan verloopt moeizaam. Waarom zijn er nauwelijks woonzorgcentra die hieromtrent een beleid ontwikkeld hebben? Omdat veel hulpverleners hun eigen mening hierin laten meespelen en er vaak ook meningsverschillen tussen hulpverleners zijn. Het is niet dat

Els Messelis, schrijfster van 'Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag in de Zorg', uitgegeven bij Erithea, ging met het vlaggensysteem aan de slag in de ouderenzorg. Het is goed toepasbaar voor mensen die wilsbekwaam zijn. Voor mensen die wilsbekwaam zijn (bv. dementie) is het huidige vlaggensysteem minder bruikbaar: je loopt dan vast in de criteria. Hiervoor zijn andere methodieken nodig.

Als je in een zorgcontext zit, verwachten mensen niet dat je bezig bent met seksualiteit en relaties. De visie leeft dat mensen met een beperking alleen zijn en geen relaties hebben. Vaak zijn er ook constant zorgverleners in de buurt, zeker wanneer je bijvoorbeeld begeleid zelfstandig woont. Dan is je huis de zorgcontext en dat beperkt de mogelijkheden op het vlak van relaties en seksualiteit (privacy). Hier speelt het spanningsveld tussen zorgbehoefendheid en zelfbeschikkingsrecht des te meer, omdat deze woonvorm net bedoeld is om de zelfstandigheid te vergroten.

Nadine Aernouts schetst het beleid rond seksualiteit in PZ Bethaniënhuis bij mensen die niet volledig wilsbekwaam zijn. Er werd een intervisiegroep in het leven geroepen die werkt rond seksualiteit. Van elke afdeling en elk soort zorg (psycholoog, seksuoloog,...) zetelt er iemand in deze intervisiegroep. Elke casus wordt daar uitgebreid individueel besproken, rekening houdend met de patiënt (zorg op maat) en de afdeling (past in algemeen beleid).

Bepaald gedrag toelaten is altijd een berekend risico (cfr ook in de verslavingszorg iemand loslaten); het kan ook mislopen. Soms blijkt achteraf dat er een verkeerde beslissing genomen werd, maar dat is dan een gedeelde verantwoordelijkheid van alle betrokkenen, inclusief het beleid. In PZ Bethaniënhuis is er zo een cultuur van bespreekbaarheid, maar dat is niet overal het geval en wordt voornamelijk getrokken door enkele gemotiveerde individuen.

Het is belangrijk dat de cliënten zelf betrokken worden bij de beslissingen die genomen worden. Zij zijn in eerste instantie mens. Er moet niet alleen over hen gesproken worden, ze moeten ook betrokken worden. Cliënten zijn vaak ook kwetsbaar omdat er een gebrek aan taal is om over seksualiteit en intimiteit te spreken. En het is zeker moeilijk wanneer ze zich niet (meer) verbaal kunnen uitdrukken. Soms blijkt dit non-verbaal wel te lukken (bv. gelaatsuitdrukking van cliënt dat hij van een bepaalde persoon geen knuffel wil). Dat moet ook meegenomen worden in de zorg. Zolang er communicatie mogelijk is, kan de nood aan intimiteit aangegeven worden.

Hoewel er nauwelijks organisaties veroordeeld zijn, is er binnen de zorg een grote vrees om als zorgverstreker aansprakelijk te worden gesteld voor fouten. Daardoor durven de zorgverstrekkers bepaalde dingen niet toe te laten. Mag ik deze persoon bijvoorbeeld toelaten in de snoezelruimte, ook al vindt zijn dochter dit niet leuk? Juristen vinden dit vreemd, want hulpverleners worden nooit persoonlijk aansprakelijk gesteld wanneer de beslissing gedragen is door het team of de instelling. Toch is er een toenemende schrik voor aansprakelijkheid. Zo raadde een beroepsvereniging van verpleegkundigen aan zijn leden aan om best een eigen verzekering hiervoor te nemen.

Het blijft dus moeilijk om een evenwicht te vinden tussen een zorg die veilig is voor de patiënt, maar ook voldoende vrijheid en openheid biedt, en probeert kansen te geven. Moest men de psychiatrie enkel uitbouwen in functie van veiligheid, dan zouden er heel veel vrijheidsbeperkende maatregelen zoals fixatie toegepast worden.

Thuisverplegers zijn vaak alleen bij patiënten thuis en hebben zelf te maken met angst om iets verkeerd te doen in deze MeToo-tijden. Men moet niet alleen oog hebben voor de weerbaarheid van de patiënten zelf, maar ook voor die van de zorgverstrekkers. Een gedragen beleid kan hen ondersteuning bieden.



Er wordt het voorbeeld gegeven van negatieve reacties op een meisje dat vertelt dat ze lesbisch is in een multiculturele school. Hoe de school daarmee omgaat is heel belangrijk. Hoe met thema's als seksualiteit en multiculturele aspecten ervan wordt omgegaan, hangt echter in belangrijke mate af van de waarden en normen van de organisatie. Vaak worden voorvallen in de doofpot gestoken om te voorkomen dat het imago van de school geschaad wordt.

Seksualiteit en intimiteit zouden iets positiefs moeten zijn, maar er wordt te zeer gefocust op wat fout kan lopen (cfr de discussie tot nu toe). Is dit onvermijdelijk? Word je er als zorgverlener meer mee geconfronteerd wanneer het niet goed loopt?

Binnen de ouderenzorg is er nog een lange weg te gaan. Daar wordt seksualiteit zeker niet als vanzelfsprekend beschouwd en is er vaak geen beleid. Er wordt vaak voor cliënten beslist, terwijl ze nog wilsbekwaam zijn (bijvoorbeeld de kinderen om toelating vragen om iemand op de kamer binnen te laten). Alles rond seksualiteit wordt als niet zo nodig beschouwd en eerder een luxe. Er is ook een groot verschil tussen de verschillende voorzieningen; in sommige gaat dit heel warm en open, in andere heel afstandelijk.

- > Een woonzorgcentrum heeft gewerkt rond het bespreekbaar maken van seksualiteit en er ook informatieavonden voor de kinderen van de bewoners rond georganiseerd. Op deze manier werd een goed fundament gelegd en is de visie bijgesteld, van problemen naar kwaliteit van leven. Het is nu meer aanvaard dat seksualiteit en intimiteit erbij horen en een basisbehoefte zijn. Dit moet ook zo aan de familie meegegeven worden.
- > Een instelling in de bijzondere jeugdzorg heeft een evolutie doorgemaakt. In het verleden mocht er aan tafel bijvoorbeeld niet over seks gebabbeld worden door de jongeren. Ondertussen kan dat wel en door dit toe te laten kan het gesprek ook deels gestuurd worden. Dit werd gerealiseerd door het installeren van een werkgroep die een visietekst uitwerkte en een protocol voor als er iets misloopt. Men ging veel opener over seksualiteit babbelen – ook over seksuele oriëntatie bijvoorbeeld – maar niemand wordt verplicht om erover te praten. De begeleiders zijn er zelf ook open over. Zo krijgen de jongeren meer vertrouwen in hun begeleider, wat helpt voor rehabilitatie. Zij zijn namelijk ook nieuwsgierig naar hoe de begeleiders ermee omgaan en hebben referentiepersonen nodig. Dit zegt veel over de cultuur van deze instelling, maar dit is zeker niet in alle instellingen de norm. Zo zal men in een voorziening voor misbruikte meisjes veel voorzichter over seksualiteit spreken. En er zijn ook plaatsen waar er een structureel meer afstandelijke bejegening is en zo weinig mogelijk privé-informatie gedeeld wordt (ook op de badge bijvoorbeeld). Dit is begrijpelijk omdat het soms over criminele jongeren gaat, maar men kan hen ook uitleggen waarom ze hun naam of adres niet delen.

Wat iemand verstaat onder intimiteit en privacy is zeer persoonsgebonden. Tussen zorgbehoevende en zorgverstrekker moet er werk gemaakt worden van het bespreekbaar maken van seksualiteit en intimiteit. De zorgsector moet duiding geven wat dit precies betekent en hoe men dit kan doen. Hoe begin je erover, als het een thema is waar de patiënt zich niet veilig bij voelt, en de zorgverlener vaak ook niet. Het kan helpend zijn om de patiënt vragen erover te stellen en eens een aantal zaken uit te testen: wat kan er voor deze persoon, wat geeft een veilig gevoel? Als de zorgverstrekker proactief het initiatief neemt om dit te bespreken, is de schroom van de zorgbehoevende vaak veel kleiner. Zo wordt het voorbeeld gegeven van een revalidatiecentrum waar de gelegenheid wordt aangegrepen om mensen terug van hun lichaam te leren genieten.

Naast het ongemak van hulpverleners om over seksualiteit te spreken, is er ook het feit dat ze reeds zo al overbevraagd zijn. Er is geen tijd om dit soort gesprekken aan te gaan, zelfs niet voor gewoon 'hoe gaat het met je?'. Een andere belemmering, is dat zorgverleners hun patiënten vaak als zeer kwetsbaar zien, ook al voelen die zichzelf niet per se zo. Dat maakt dat ze kiezen voor veiligheid en nog minder risico's durven te nemen: zij dragen er nu zorg voor. Hierbij speelt ook de vrees voor juridische aansprakelijkheid mee en de opleiding van zorgkundigen die vooral gericht is op veiligheid en risicobeperking. Zo komt in de ouderenzorg de vraag wat men nodig heeft nauwelijks voor. Hoe kan men dan tot een beleid komen dat rekening houdt met de noden van cliënten?

Is deze vermeende kwetsbaarheid en afhankelijkheid van patiënten dan te wijten aan een verkeerde beeldvorming in de zorgsector? Er is in ieder geval moeite om het gesprek aan te gaan. Dat kan nochtans anders. In sommige psychiatrische instellingen werken ze bijvoorbeeld met ervaringsdeskundigen in een betaalde functie, die mee in de teams aanwezig zijn en beleidsfuncties opnemen. De zorgverstrekkers voelen zich hierdoor soms niet meer veilig om alles open te vertellen, omdat ze hiermee de privacy van deze ervaringsdeskundigen of andere patiënten kunnen schenden.

In de jeugdzorg is deze betrokkenheid van de jongeren zelf al goed gerealiseerd. In de ouderenzorg is dit veel minder het geval, daar bestaat nog veel fixatie en dergelijke. In de psychiatrische zorg is het erg afhankelijk van de specifieke setting. In het algemeen kan men de vraag stellen of de opleiding van hulpverleners nog afgestemd is op de zorgsector van vandaag.

Waarom hebben zorgverleners ervoor gekozen om in de zorg te staan? Wat drijft hen en wat helpt hen (niet)? Ze willen iets realiseren, maar voelen zich belemmerd omdat de instelling regels en beperkingen oplegt en omdat ze bang zijn om fouten te maken. Zo gaan zorgverleners andere dingen doen dan ze eigenlijk graag zouden willen, en dit geeft stress. Er is ook de hoge werkdruk. Wanneer men maar tien minuten heeft om een patiënt te verzorgen zal men niet teveel vragen stellen, want dan is er geen tijd meer voor de volgende. Dit maakt het moeilijk om tijd te maken voor thema's als seksualiteit.

Bij mensen met een beperking in begeleid zelfstandig wonen komen op maandbasis soms tot 50 hulpverleners over de vloer (ook stagiairs, personeelsswissels, ...). Dat zorgt voor een grote afstand tussen de zorgverstrekker en zorgbehoevende, waardoor thema's als seksualiteit en intimiteit niet besproken kunnen worden. Een dergelijk gesprek heeft tijd nodig. Hulpverleners waar men vaker en langer contact mee heeft, zal men meer in vertrouwen durven nemen. Maar misschien is het wel voldoende om er zo een aantal te hebben, en de rest die gewoon zijn taak doet.

Een arts van het UZ Gent ziet twee groepen patiënten waarover men zich zorgen maakt. Zorgverstrekkers zien mensen met hiv nog vaak als een probleem, ze hebben schrik om hen te verzorgen. De seksualiteit, intimiteit van de patiënt is dan zeker niet prioritair. Hij denkt ook aan patiënten met dwarslaesies. Zij hebben vaak resistente kiemen, liggen geïsoleerd en mogen door hulpverleners enkel met bescherming benaderd worden. Dan is seksualiteit niet prioritair. Er gaat dan



Zorgverstrekkers zijn ook kwetsbaar. Het is een knelpuntberoep en ze moeten hard werken om alles gedaan te krijgen. Hoe kunnen we dan van hen verwachten dat ze ook nog tijd maken om over seksualiteit te praten? Voorzieningen moeten hierin een keuze maken. Ze kunnen ook specifiek iemand op dit thema inzetten door er iemand voor aan te werven, of ze zouden zorgbehoevenden kunnen doorverwijzen naar andere instanties die dit luik behartigen.

10 Sekswerk

10.1 KADERING VAN DE UITDAGING

Sekswerk wordt in deze tekst inwisselbaar gebruikt met de term prostitutie en kan omschreven worden als de uitwisseling van seksuele diensten in ruil voor geld of goederen.

Sekswerk in Vlaanderen is erg divers. Naast de opvallende raamprostitutie of de bars met neonlichten aan de steenwegen, horen ook erotische massages hieronder, optredens in de porno-industrie, sugardating of telefoon- en webcamseks. Niet alleen is de aard van sekswerk zeer divers, ook sekswerkers vormen in Vlaanderen een diverse groep. Sekswerkers zijn mannen, vrouwen en transgenders, van uiteenlopende leeftijd, origine, en sociale situatie. Hun engagement in sekswerk kan occasioneel zijn, als bijverdienste, of structureel om in hun levensonderhoud te voorzien. Het gaat onder meer over luxe-escorts, sekswerkers die thuis ontvangen, die tippelen, die werken in een gedoogde prostitutiezone of in een bordeel. Ten slotte zijn ook de klanten van sekswerkers erg divers. Zij hebben geen specifiek profiel. Bij wijze van spreken kan iedere man klant in de prostitutie zijn. Onderzoek toont aan dat vrouwen in veel mindere mate een prostitué(e) bezoeken.

Uit de Sexpert studie blijkt dat 14% van de volwassen mannen in Vlaanderen ooit naar een prostituee is geweest. Drie en half procent had dat minstens één keer gedaan in het halfjaar voor de bevraging. Ook vrouwen zijn klanten van sekswerk maar hun aantallen liggen beduidend lager. Sekswerkers en hun klanten lopen seksuele gezondheidsrisico's. Deze hangen vanzelfsprekend samen met de handelingen die de sekswerker stelt, en zijn of haar kwetsbaarheid en vermogen om veilige seks te onderhandelen.

In een recente studie van de Universiteit Gent, in samenwerking met Ghapro en Pasop (terreinorganisaties die hulpverlening bieden aan sekswerkers), werden 334 klanten van sekswerkers online bevroegd. Geen enkele vrouw nam deel aan deze online bevraging. Een opmerkelijk resultaat was dat 42% van de bevroegden zich nog nooit had laten testen op een soa. Dit staat in contrast met de preventieve gezondheidsacties van sekswerkers, waar minstens twee keer per jaar een screening op soa's wordt aanbevolen (niet voor alle soa's en afhankelijk van het risicoprofiel).

Uit de jaarrapporten van Ghapro en Pasop, blijkt dat het aantal seksuele overdraagbare aandoeningen bij sekswerkers in Vlaanderen relatief laag is, maar niet verwaarloosbaar. Soa's zoals chlamydia en gonorroe komen regelmatig voor. Seksuele gezondheidspromotie en preventie bij sekswerkers blijft dan ook noodzakelijk. Naar klanten toe lijkt een afzonderlijke aanpak aangewezen.

Wat alle sekswerkers, hoe divers de groep ook, delen, is het maatschappelijke stigma op hun activiteiten. Of het nu gaat om een studente die als escorte werkt, een Roemeense dame in het Schipperskwartier in Antwerpen, of een man die klanten ontmoet in sekssauna's, het taboe op sekswerk weegt even zwaar. Sekswerkers verbergen hun activiteiten voor hun omgeving, hun ouders, kinderen, goede vrienden, en ook voor hun huisarts. In sommige gevallen zelfs voor hun partner. De tol die ze daarvoor betalen is een zware mentale druk. Heel wat sekswerkers ervaren de mentale stress van het werk als groter dan de lichamelijke. Het blijft belangrijk om te benadrukken dat sekswerkers, net als alle andere groepen in de samenleving, basisrechten hebben. Zij moeten in staat zijn om op een autonome manier, en zonder enige vorm van dwang of manipulatie, te beginnen of te stoppen met sekswerk. In de periode dat ze hun werk uitoefenen hebben ze recht op een veilige en gezonde werksituatie, zonder te moeten vrezen voor vervolging, discriminatie en maatschappelijk stigma voor henzelf, hun omgeving of hun klanten.

10.2 DOELSTELLINGEN VAN DE SESSIE

In dit panelgesprek willen de sprekers openheid creëren rond het thema sekswerk in Vlaanderen, en stilstaan bij enkele specifieke uitdagingen. Ten eerste vinden sekswerkers onvoldoende aansluiting met de reguliere hulpverlening: medisch, sociaal, psychologisch en juridisch. Daarom ondersteunt de Vlaamse overheid terreinorganisaties die gespecialiseerde hulp en advies op medisch, sociaal, psychologisch en juridisch vlak geven aan sekswerkers. Alleen binnen de veilige context van een organisatie die niet oordeelt over prostitutie, waar medewerkers aan één woord genoeg hebben om te begrijpen waar men werkt, zullen sekswerkers hun verhaal vertellen. Daar waar sekswerkers hun verhaal vertellen, kan men (preventieve) gezondheidszorg en hulpverlening op maat bieden.

De Vlaamse overheid werkt ook mee aan de uitbouw van structurele participatie van sekswerkers zelf aan het preventieve gezondheidsbeleid. Dit gebeurt door de sekswerkersorganisatie UTSOPI groeikansen te bieden in Vlaanderen. Verder hebben sekswerkers inspraak in de terreinorganisaties die Vlaanderen ondersteunt en participeren ze aan hun werking.

Ten tweede dragen sekswerkers de gevolgen van een gebrekkige bescherming door de – onduidelijke – wettelijke context. Prostitutie is niet verboden, maar de wet maakt het momenteel uiterst moeilijk om op een correcte manier in de prostitutie te werken, of het nu als zelfstandige is of als werknemer. Hierdoor werken veel sekswerkers geheel of gedeeltelijk in het zwart. Ze bouwen bijgevolg geen, of slechts beperkt, sociale rechten op. De sociale risico's zijn groot, voor een groep die van bij de start al weinig alternatieve kansen heeft om in zijn onderhoud te voorzien. Ziekte of pensioen leiden tot persoonlijke drama's. Maar ook wie niet ziek wordt, en voldoende verdient, kampt met tal van problemen, bijvoorbeeld bij het afsluiten van een lening, het vinden van een boekhouder, of het afsluiten van een bedrijfsverzekering. Binnen deze grijze juridische zone gaan lokale overheden vaak erg verschillend om met het fenomeen prostitutie, wat de rechtsonzekerheid nog vergroot.

10.3 SAMENSTELLING VAN HET PANEL

Professor Doctor **Magaly Rodriguez Garcia** is historicus en docent aan de KU Leuven. Kernpunten in haar onderzoek zijn de geschiedenis van internationale organisaties, de geschiedenis van prostitutie en de globale arbeidsgeschiedenis.

Sam Geuens is klinisch seksuoloog, psychotherapeut en ethicus verbonden aan de PXL Hogeschool-departement Healthcare en de Polikliniek Seksuologie van het JESSA Ziekenhuis te Hasselt. Daarnaast is Sam reeds jaren verbonden aan The Student Sex Work Project van de Swansea University te Wales (UK), waar hij online & real life support voor sekswerkers mee vorm gaf. Hij begeleidde zelf sekswerkers actief in allerlei takken van de adult industry.

Vanuit Ghapro nemen er twee medewerkers deel aan het panel: **Daan Bauwens** en **Cosmin Morari**. Daan is medewerker en Cosmin is preventiewerker, ervaringsdeskundige, brugfiguur, en vertrouwenspersoon voor sekswerkers.

De sessie wordt gemodereerd door **Sara Van Boxstael**. Zij begon haar carrière bij Studio Brussel. Sinds 2008 werkt ze voor de VRT nieuwsdienst. Eerst verzorgde ze de eindredactie en presentatie van de duidingsprogramma's op Radio 1, 'de Ochtend', 'Vandaag' en 'Bonus'. Daarna maakte ze de overstap naar televisie met reportages voor Koppen, o.m. 'De Verdeelde Klas', dat bekroond werd met een Belfius Persprijs. Sinds kort is ze eindredacteur van Pano.



10.4.1 Introductie op het thema (Magaly Rodriguez Garcia)

Zichtbare en onzichtbare prostitutie

Niet veel mensen doen 'voor 100%' aan prostitutie. Prostitutie komt ook veel dichter dan je denkt. Magaly vertelt het verhaal van een vrouw, ze was leerkracht basisonderwijs en af en toe ontving ze een klant. Ze zorgde voor zichzelf, gezondheid vormde geen probleem, en ze deed het sekswerk als bijverdienste. De sector is dus heel variabel, en de hypothese heerst dat de groep die 100% aan prostitutie doet een (kleine) minderheid is.

Deze onzichtbare vorm van prostitutie kan eenzaamheid en stigma met zich meebrengen. Het is iets waar je niet zo gemakkelijk over praat. Magaly doet met haar studenten vaak projecten waar ze sekswerkers moeten interviewen. Hieruit valt op dat mannelijke en transgender sekswerkers veel makkelijker praten dan de vrouwelijke sekswerkers. Onder vrouwen heerst er nog meer taboe, wellicht is vrouwelijke seksualiteit in het algemeen nog meer een taboe. Het is opvallend dat bij projecten met mannen en transgenders er veel meer respons komt, zelfs wanneer het over anoniem onderzoek gaat. Dit kan volgens Magaly dus ook te maken hebben met het grotere taboe dat er heerst rond vrouwelijke seksualiteit. Een jongen die een promiscue leven leidt, is een toffe kerel, hij is stoer. Een vrouw die met veel jongens slaapt is een hoer. Het gaat om andere waarden en normen die hierrond leven.

Wettelijk kader

Daarnaast is er ook het wettelijk kader. Het is wellicht niet het geval dat sekswerkers bezig zijn met de vraag 'Wat is mijn statuut?', maar het gaat over een heleboel problematieken die erbij komen. Dit gaat van de rechten om te beginnen als sekswerker, tot heel veel banale zaken. Bijvoorbeeld het geld dat je verdient, wat doe je daarmee? In sommige sectoren van prostitutie kan je vrij snel vrij veel geld verdienen. Je kan niet elke week naar de bank gaan en dit storten, want dan komen er vragen. Magaly geeft het voorbeeld van een dame, een hoogopgeleide escorte, die gigantisch veel geld heeft. Ze wil ermee investeren maar ze weet niet wat ze moet doen.

Er is een heel pallet aan problemen omwille van het feit dat er geen statuut is. De legale situatie ziet er momenteel als volgt uit: prostitutie an sich is niet strafbaar, dus iedereen mag zich prostitueren, maar de activiteiten errond zijn wel strafbaar (bijvoorbeeld reclame maken, bordeel houden, ...). Dit is een moeilijke situatie; je mag het doen, maar je mag geen reclame maken. Maar hoe zit het dan met rosse buurten, die wel duidelijk zichtbaar zijn? Hier is gedoogbeleid. Het probleem is dat er geen statuut is voor de sekswerkers, alsook dat er een ad hoc beleid is. Je moet maar rondlopen in de rosse buurten in verschillende steden, en je ziet het verschil. Veel hangt af van de gemeentelijke ambtenaren: zij hebben een visie en gaan daarmee om. Dat veranderen is afhankelijk van de lokale mandataris in dienst. Op deze manier is de mogelijkheid om een beleid op lange termijn uit te tekenen gering.

De vrouwen zijn gewoon ook niet beschermd, hebben niet dezelfde rechten als andere werknemers. Het is dus geen kwestie van de promotie van prostitutie, maar het gaat over het feit dat de situatie er is en dat we moeten kijken naar wat we kunnen doen om het welzijn van de mensen te garanderen. Het zijn vaak kwetsbare groepen, dus het is een kerntaak van de overheid om zich in te zetten voor alle leden van de bevolking.

Wanneer we Vlaanderen en Brussel vergelijken, valt ook op dat het op sommige vlakken beter gesteld is in Vlaanderen. Maar er zijn nog verschillen per gemeente. Brussel is vrij geconcentreerd en heeft 19 gemeenten. De plaatsen waar er zichtbare prostitutie is, trekken de meeste aandacht van de bevolking en de overheid (Schaarbeek, Brussel Stad, Sint-Joost-ten-Node). Er wordt steeds repressiever opgetreden ten aanzien van prostitutie. Zo was er een dramatisch geval in Sint-Joost-ten-Node: een vrouw werkzaam in de prostitutie werd gevonden en was op gruwelijke wijze vermoord. Er is geen tot weinig politiecontrole, waardoor ze hopen dat de prostituees zelf zullen weggaan. De idee is dat ze zo vanzelf een andere job gaan zoeken. De situatie in Brussel is serieus problematisch op dit vlak.

Mensenhandel

Het ontbreken van een goed wettelijk kader zorgt voor een illegaliteit die ruimte biedt voor zaken als mensenhandel en andere illegale praktijken. Er wordt telkens gewezen op mensenhandel wanneer het gaat over prostitutie. Mensenhandel bestaat inderdaad in de seksindustrie, maar ook in heel veel andere sectoren (horeca, landbouwsector,...). Daar horen we niets van. Dat is een belangrijke nuance. Prostitutie staat niet gelijk aan mensenhandel. Mensenhandel betekent iemand laten prostitueren door middel van dwang. Er zijn vormen waarbij er economische dwang is, maar wie van ons ervaart geen economische dwang? Stel dat deze economische dwang volledig verdwijnt, hoeveel mensen zouden nog in hun job blijven? Economische dwang is dus geldig voor heel veel sectoren. De situatie is dan ook veel complexer. We hebben het beeld van Hollywood als het over mensenhandel gaat. Daders zijn altijd mannen en slachtoffers zijn altijd vrouwen. De meeste mensen hebben de volgende situatie voor ogen: er is een vrouw, haar paspoort is afgepakt en ze wordt in de prostitutie geduwd. Maar de situatie is veel complexer dan dat. Er is vaak een samenspel tussen dwang en vrijwilligheid. Heel veel vrouwen (specifiek in Nigeria) weten waarvoor ze naar België komen. Het is niet dat ze

////////////////////////////////////

denken dat ze in de horeca gaan werken, en dan in de prostitutie staan. Ze weten alleen niet, en dan wordt het een probleem, dat de werkomstandigheden heel hard kunnen zijn. Dan komt de agency van de sekswerkers zelf eraan te pas. Ze horen natuurlijk zelf de verhalen van mensenhandel en gaan die blijven gebruiken (en soms misbruiken) om bescherming te krijgen.

Visie en beleid

Het is ontzettend moeilijk om dit beleidsmatig te benaderen op een goede manier. Daarvoor zijn wetenschappers hier, om de kennis te verzamelen en te delen met de politici. Helaas wordt Magaly weinig gevraagd als wetenschapper. Ze heeft vaak zichzelf uitgenodigd op verschillende kabinetten, maar er zijn weinig politici die zich willen vuil maken aan dit dossier. Als politiker haal je veel stemmen bij buurtbewoners die de prostitutie weg willen, maar je kan geen stemmen winnen als je prostitutie wil behouden. Je kan ook geen stemmen winnen omdat de meesten die erin zitten geen stemmers zijn. Er is ook geen zicht op de onzichtbare prostitutie, op de stille mensen die wel de Belgische nationaliteit hebben. De meest problematische vormen van prostitutie bevatten het hoogste aandeel van niet-Belgische mensen.

Als constante in het onderzoek komt het beleid naar voren. Prostitutie werd altijd beschouwd als een systematisch probleem. Er is weinig veranderd in de positie van de overheden tegenover de positie van de sekswerkers zelf, alsook van de maatschappij tegenover sekswerkers zelf. De sekswerkers blijven altijd in illegale systemen. Er zijn een aantal landen waar het legaal is, zoals Nederland en Duitsland, maar het stigma blijft en wordt niet weggenomen. Nu komen ze steeds meer onder druk omwille van verhalen rond mensenhandel, en buurtbewoners die niet blij zijn met de seksualisering van hun stad. Er komt steeds meer druk te staan op de sector, dit is een constante die waargenomen wordt.

Een ander aspect dat moeilijk loopt is de gezondheidsproblematiek. Er is nood aan een gezondheidsvoorziening, maar dit is niet altijd evident naar aanpak toe wat betreft de onzichtbare prostitutie. Toch worden sociale organisaties goed ondersteund, dit is enigszins wat hypocriet aan het verhaal. Er is geen wetgeving rond prostitutie, maar er is wel een goede ondersteuning naar gezondheidszorg en hulpverlening toe. Er mag anoniem gewerkt worden in de organisaties. Mensen die komen voor een medisch onderzoek, hoeven hun echte naam niet te geven. Sommige mensen worden al 15 jaar opgevolgd op basis van een fictieve naam en hun geboortedatum. Deze aanpak wordt vanuit overheidswege niet in vraag gesteld.

Maar aangezien het niet ingekapseld is in een officieel statuut, is het een fragiel gegeven. Er heerst immers een visie van het abolitionisme op dit vlak, waarbij op lange termijn prostitutie moet verdwijnen. De term werd ontleend aan de visie rond slavernij. Prostitutie wordt aanzien als een vorm van seksuele slavernij. Dit heeft ervoor gezorgd, bijvoorbeeld in Zweden, dat de klanten van prostituees worden gestraft. Als er geen klanten zijn, zullen er geen prostituees meer zijn. In 2014 heeft de EU een niet-bindende resolutie goedgekeurd om dit model aan te raden in de lidstaten. Dit werd niet geformuleerd als een verplichting, maar als een advies. Frankrijk heeft in 2014 de wet goedgekeurd. Magaly vindt dit problematisch: hiermee verkrijgt je dat prostitutie in de clandestiniteit gaat, en dan komen er derde partijen aan te pas, dat is een probleem. Prostitutie verdwijnt niet, het wordt onzichtbaarder. Het zijn zo enkel de meest lastige klanten die overblijven. Je krijgt een pervers effect. Dit heeft ook te maken met een fout idee over de klanten. Er zijn mythes over prostituees, maar evenzeer zijn er mythes over klanten. Niet elke klant is echter een verkrachter die de prostituee iets zou doen; het gaat vaak om doodgewone mannen die meestal niet agressief zijn. Maar wat je dus nu krijgt in Zweden en Frankrijk op dit moment, is dat die 'brave klanten' blijven weg, en de meest lastige zijn gebleven. Repressie en abolitionisme zijn dus een constante in het algemeen.



Er werd gevraagd naar gegevens over tienerpooiers en minderjarige meisjes die hierin betrokken worden. Magaly geeft aan dat er ooit onderzoek naar werd gedaan. Het fenomeen bestaat en is even complex als andere vormen van prostitutie. Een extra dimensie dat het probleem veel moeilijker maakt is het aspect van de minderjarigheid. De vraag is hoe je hierop moet antwoorden. Het gaat vaak over jonge meisjes uit de jeugdzorg die weglopen. Collega's van Child Focus proberen nu een onderzoek te doen, maar in België is er bitter weinig kennis en amper onderzoek over. Nederland is in dat opzicht veel opener. We lopen volgens Magaly hopeloos achter op het vlak van onderzoek.

10.4.2 Sociaal statuut sekswerkers

Daan Bauwens: Vanuit Gent beschouwt men de ramen als horeca-aangelegenheden en deze personen krijgen een dienstcontract opgelegd. Hierbij zijn wel een aantal problemen, zoals het aantal uren dat mensen ingeschreven zijn. Het is heel wisselend hoe uitbaters hiermee omgaan. Horecacontracten geven echter wel vaak mogelijkheden voor sociale zekerheid (ziekteverzekering), maar de uitkering blijft een probleem, want daarvoor moet je een minimum aantal arbeidsdagen hebben. Het biedt een stukje bescherming, en biedt mensen de mogelijkheid om bij het zoeken naar een andere job te zeggen 'ik heb gewerkt in de horeca'. Het geeft een beetje bescherming, maar is zeker niet sluitend. Stel dat je als verpleegkundige zwanger wordt, gaat men bepaalde taken aanpassen naar jouw toestand. Als je als sekswerker zwanger bent en werkt, dan heb je ook een risico, maar doordat je dienst bent heb je die beschermingsmaatregelen niet.

Sam Geuens: Er wordt vaak de vraag gesteld of we de sekswerkers van een sociaal statuut moeten voorzien. Het is niet eenvoudig om dit te gaan implementeren. De vraag die je je dan moet stellen is of de sekswerkers dit statuut zouden gaan gebruiken. Als we een apart statuut maken waar dan wettelijk opstaat dat je als sekswerker hebt gewerkt, dan geraak je nog niet van het stigma af.

Daan Bauwens: Veel leden van Utsopi zijn ook vragende partij, maar het is niet duidelijk hoeveel procent van het totaal aantal sekswerkers zulk statuut echt wil. In Nederland is er bijvoorbeeld wel een registratieplicht. *Proud*, de Nederlandse sekswerkersvereniging, heeft ervoor kunnen zorgen dat de naam sekswerker nooit in officiële boeken kon verbonden worden. Er werd geopteerd om de categorie 'persoonlijke dienstverlening' te nemen, maar in België zit hier momenteel niets achter. In Nederland zit er een beschrijving voor sekswerker achter. Zij moeten zich inschrijven als zelfstandige zodat ze een eigen zaak kunnen uitbouwen. Als je je in België zou registreren onder deze categorie, kan je je zaak niet uitbouwen. Je zal geen boekhouder vinden, de bank zal je niet willen helpen.

Cosmin Morari: Hij zat zelf dertien jaar in de prostitutie, wat maakt dat hij voor sekswerkers een collega is. Doordat hij zelf gewerkt heeft als sekswerker, krijgt hij een andere vertrouwensband dan de hulpverleners. Sekswerkers denken vaak dat niemand hen kan begrijpen, tenzij het iemand is met dezelfde ervaring. Hij spreekt dus ook vaak vanuit de ervaring die hij heeft gehad. Binnen Ghapro zijn er twee ervaringsdeskundigen, een vrouw en een man, al is men momenteel zoekende om de positie van de vrouw terug op te vullen.

Hij doet heel veel aan outreaching, en is voornamelijk bezig in het Schipperskwartier in Antwerpen. Ghapro is momenteel aan het werk in Antwerpen, een stukje van Vlaams-Brabant, en samen met Pasop bereiken ze zelfs heel Vlaanderen. In het Schipperskwartier doet hij heel veel outreachwerk, waarbij hij heel persoonlijk aan de slag gaat met de sekswerkers. In deze bespreking met de sekswerkers, moet de denkoefening gemaakt worden: wat is relevant voor Ghapro en wat hou ik voor mezelf? Niet het hele gesprek gaat naar de organisatie. Soms ventileren mensen bij hem, soms moet hij actief luisteren en advies geven. Soms zegt hij ook niets.



Cosmin merkt een verschil tussen het zichtbare en minder zichtbare sekswerk, zoals bijvoorbeeld escort, op het vlak van verhalen en hulpvragen. De vragen die hij ervaart gaan vooral over: 'Wat gaat er gebeuren met het statuut?', 'Wat over de toekomst?', 'Wat over tien jaar?', 'Wat met mijn pensioen?'. Mensen zijn ermee bezig om het sekswerk te verbeteren, en er wordt veel gedacht aan de toekomst, maar momenteel is het niet goed, want er is geen antwoord op deze vragen. Voor de toekomst hoopt men dat het beter gaat zijn.

Wat het statuut van sekswerkers betreft, parallel met de situatie in Nederland, is de mening van Cosmin verdeeld. Hij beaamt dat een statuut an sich interessant is, maar het is nadelig voor de privacy van de sekswerker. Als ervaringsdeskundige meent Cosmin dat een sekswerker nood heeft aan een wetgeving. Maar er zijn twee soorten sekswerkers: je hebt de zelfstandigen, die werken in verschillende diensten (horeca, massage,...). Daarnaast heb je de mensen die werken in het zwart: niemand weet hoeveel ze verdienen, niemand weet eigenlijk iets over de mensen. Het is moeilijk voor de zelfstandigen, want zij verdienen bijvoorbeeld een bedrag van 10 000 euro in de maand, waarvan ze 600 euro naar de bank gaan brengen. Maar wat doe je met de overgebleven 9400 euro? Persoonlijk probeerde hij verschillende manieren om het zwart geld wit te wassen, zodat hij dit bijvoorbeeld naar zijn familie kon sturen. De klanten hielpen hem hier veel mee. Maar dat geeft veel stress. De groep die in het zwart werkt, ziet de verdiensten vaak in de handen van een pooier terecht komen. Pooierschap kan dan ook begrepen worden als iemand die de sekswerker gaat helpen om het geld naar het land van herkomst te brengen. Maar dit brengt een groot risico met zich mee, het kan zijn dat de pooier weg is met hun geld en dat ze er nooit meer iets van horen.

Dit is een problematiek die kan opgelost worden door een beter statuut. Zelfs voor diegenen die werken als zelfstandige, ook daar moet het anders. Zij hebben een horecacontract, maar ze verdienen hun geld in de prostitutie. Hun zelfstandig statuut is van andere grootorde. Als ze ziek zijn en niet gaan werken, kunnen zij geen verlof nemen. Ze hebben geen statuut. Ze moet alleen de ramen betalen. Indien een sekswerker voor één week ziek is, kan ze wel thuisblijven maar ze moet het raam wel verder betalen.

Escortes hebben een heel ander verhaal. Cosmin heeft hier minder ervaring mee, maar één van de grootste problemen is bijvoorbeeld de huisvesting. Zij kunnen vaak geen huis huren zonder een werkcontract. Je moet loonfiches laten zien, zodat je huisbaas kan zien dat je werkt en dat je je huis kan betalen. Dus als je een appartement wil huren, dan gaat dit als escort moeilijker. Soms huren zij wel eens iets op de zwarte markt, maar dat kost enorm veel geld. De verhuurders maken hier ook misbruik van, ze verhuren dan een erg kleine studio voor een hoog bedrag.

Wat betreft de ervaring van Cosmin, beaamt hij dat zijn jaren in de prostitutie heel verschillend waren. Hij merkt wel dat de klanten van vroeger minder vragen dan nu. Toen werd er nooit gevraagd 'Wat is je prijs voor twee uur', of ging men niet afdingen en extra zaken bijvragen. Dit is iets dat nu vaak voorkomt. De klanten zijn als het ware veel meer onderhandelaars dan de sekswerker. Daarnaast gaat de sekswerker ook vaker zaken accepteren. De sekswerker is als het ware een product dat een vaste prijs heeft. In principe zou de klant de prijs van de sekswerker moeten respecteren. Je zou ook niet gaan afdingen bij een winkel waar je je brood gaat kopen. De moeilijke tijd is al een paar jaar bezig, vooral op vlak van het onder druk zetten van klanten.

Daan Bauwens: Utsopi is een belangenvereniging voor sekswerkers die hier wil op inspelen. Door heel veel politiek lobbywerk wil men veel gemis aan rechten van sekswerkers tegengegaan, wat resulteert in de grijze zone die door de wet op het pooierschap is ontstaan. De wet op pooierschap in België is een vertaling van de wet van New York van 1949 die komaf wilde maken met de prostitutie in de maatschappij. In de Belgische vertaling is prostitutie niet verboden, maar alle ondersteunende diensten wel.

////////////////////////////////////

De eisen van klanten die groter worden, of het afdingen, is iets dat tien à vijftien jaar geleden minder aan de orde was. De oorzaken hiervan zijn onder meer de toename van het online aanbod en inflatie. Anderen wijzen dan ook op het feit dat er een enorme instroom is geweest van Oost-Europese vrouwen (in Antwerpen en Gent) die voor een lagere prijs ook meer doen. In Brussel heb je bijvoorbeeld de Nigeriaanse vrouwen die aan extreem lage prijzen werken. Nog een oorzaak is de afname van klanten; er zijn gewoon veel minder klanten dan vroeger. Sommigen verklaren dit doordat de maatschappij veel puriteinser is geworden. Misschien is het vroeger iets dat nog bon temps was wanneer je gezien werd in het Schipperskwartier. Er zijn dus verschillende factoren, maar grosso modo is het aanbod zodanig groot geworden, en tegelijkertijd nam het aantal klanten voor de sekswerker af. Hierdoor is er vaak een opbod om klanten voor zich te houden, waardoor sommigen meer gaan aanbieden. Een verdere oorzaak van afname van de klanten kan ook te wijten zijn aan de camera's die hangen in bijvoorbeeld het Glazen Straatje of het Schipperskwartier. Onderzoek wijst wel uit dat klanten zich daardoor veiliger gaan voelen. Een laatste oorzaak van het dalend aantal klanten is dat voor parkeerplaatsen in de buurt enkel kan betaald worden via bankkaarten, wat natuurlijk traceerbaar is. Hier wijzen de sekswerkers zelf op.

Er is een toenemend online aanbod, waardoor je heel veel live en gratis kan zien. Dit zal vermoedelijk ook een invloed hebben op de dalende klantenbasis. Je kan dit natuurlijk ook wat breder trekken: we zien inderdaad de klanten afnemen en dit klopt voor het zichtbare stuk van de prostitutie. Het klantenbestand aan sich (de mannen en vrouwen die beroep doen op de diensten) gaat echter niet afnemen. Een deel van de klanten gaat verschuiven naar diensten van sekswerkers op minder zichtbare plaatsen. Het is bijvoorbeeld makkelijker om gebruik te maken van de diensten thuis achter je scherm. Dit kan je in principe niet echt weten, maar het is een buikgevoel. Het is wat gevaarlijk om te zeggen dat er minder klanten zijn in het algemeen. Daarnaast spelen sociale media apps, zoals Grindr of Tinder ook een rol.

Cosmin Morari: Er is ook een grote diversiteit binnen de groep van sekswerkers. Er zijn mensen van Zuid-Amerika, Nigeriaanse vrouwen zijn moeilijker te bereiken. Zij werken meer in cafébars. Zij verdienen niet zo goed en kunnen de huur niet betalen. Zij zijn niet altijd werkzaam in dezelfde café's en zijn dus moeilijker om te bereiken. Vrouwen van Europa van Zuid-Amerika hebben een andere mentaliteit. Vaak ook Thaise vrouwen die werken en een grote groep van transgenders uit Zuid-Amerika. Diversiteit trekt zich ook door op het vlak van leeftijd. Dit gaat van 18 jaar tot 68 jaar bij de sekswerkers in het Schipperskwartier. Dit is moeilijk voor de oudere sekswerkers en maakt het nog lastiger om klanten te bereiken. Klanten willen vaak 'fresh meat'. De jongere sekswerkers gaan meer verdienen dan een oudere vrouw. Maar deze vrouwen moeten verder overleven omdat ze geen recht op pensioen hebben. Er zijn niet zoveel Vlaamse vrouwen in Antwerpen. Prostitutie is daar heel zichtbaar, en de Vlaamse vrouwen hebben meer discretie nodig dus werken ze meer als escorte of in een massagesalon.

10.4.3 Toelichting over studenten-sekswerkers door Sam Geuens

Sam is verschillende jaren bij het Student Seks Work Project in Wales betrokken geweest. Het project zit nu in de afrondingsfase, waarbij verschillende spin-offs ontstonden. Dit project heeft te maken met een specifiek stuk van sekswerk. Twee docenten uit Wales hebben vastgesteld dat er wereldwijd nergens degelijke cijfers zijn over de populatie studenten die actief zijn in sekswerk. Ze wilden dit maatschappelijk fenomeen onderzoeken, maar beperkten zich niet uitsluitend tot onderzoek: cijfers zijn immers maar cijfers. Ze wilden ook maatschappelijke verandering initiëren. Daarnaast is de doelgroep van het onderzoek, studenten die aan sekswerk doen, een doelpubliek met noden. Men wou dus ook een stukje dienstverlening gaan bieden wat zich uiteindelijk liet vertalen in een driedelig



keuze zijn die zo vrij mogelijk gemaakt moet worden en daar wringt het schoentje. In onderzoek werd eerder bevraagd wat de motieven zijn om in de industrie te gaan. Hieruit komt naar voren dat er niet één motief is dat eruit springt. Er werden verschillende motieven voorgelegd (bijvoorbeeld flexibel werk, kan tussen de lessen door; weinig tijdsinvestering tegenover goede inkomsten; de verwachting er seksueel plezier aan te beleven) en deze werden even vaak aangegeven als het financiële aspect. Er komt zelden naar voren dat ze gedwongen waren of geen keuze hadden. Dit is het grote verschil met de rich meets beautiful website: zij werven met drogredenen die de eigen keuze niet als startpunt nemen. Eerder was het een actieve strategie om mensen te doen nadenken of sekswerk iets voor hun is, vanuit een organisatie die uit is op winstbejag.

De ethische kwesties verdienen ook onze aandacht, zeker als het gaat over tienerprostitutie en studenten. Dit is een thematiek die moet besproken worden: tot waar kunnen we gaan als maatschappij? Wat laten we toe? In gesprekken met studenten waren er weinig studenten sekswerkers die de vraag stelden om te stoppen met sekswerk. Het ging bijna altijd over vragen rond het combineren van sekswerk met andere zaken. We hebben vaak de moralistische neiging om mensen te helpen, te redden, of tegen zichzelf te beschermen. Maar mensen voelen zich vaak wel oké met het werk dat ze doen, maar worstelen met de secundaire problemen. Deze hebben niets te maken met hun werk, maar met de aard van de maatschappij waarin ze leven. We zijn veel meer bezig met de werkomstandigheden. In de 19de eeuw werd er gevraagd naar de motivatie tot sekswerk, wat prachtig historisch materiaal opleverde. Bleek dat deze motieven niet erg verschillen met de huidige. Het is een moeilijke job, maar het Angelsaksisch perspectief beschouwt sekswerk als een job als een ander. Het is een job als een ander die een aantal specifieke uitdagingen met zich meebrengt, bijvoorbeeld de mentale invloed (als je je job in je eigen appartement uitvoert, heb je nood aan een eigen ruimte en plek). Er zijn parallellen te trekken met andere jobs: het tempo op het werk is niet bij te houden, als je een team nodig hebt rond je maar dit niet hebt, burn-out,... Het grote verschil ligt erin dat de problemen die je bij een andere job ervaart, geen sociaal stigma opleveren, je praat er makkelijker over.

Reactie uit het publiek: Het is inderdaad ‘a job like any other’, maar plus één. En die plus één is een hele grote: de schrik om klanten tegen te komen, mentale zwaarte, chantage,... Daarom nooit zomaar zeggen dat het een job is zoals een ander.

Sam Geuens: Deze stelling kan je wel gebruiken om ergens te geraken, het is een breekijzer om tot de bespreekbaarheid van rechten te komen. ‘Je doet sekswerk, je bent het niet’. Dat soort van kort door de bocht uitspraken werken de-stigmatiserend.

Er wordt dieper ingegaan op het verschil tussen het aandeel mannelijke en vrouwelijke studenten; 52% was mannelijk. Er werd eerder aangehaald dat vrouwen moeilijker praten over het thema, maar dit is wellicht niet de grote reden voor het verschil. Een grote groep sekswerkers werkt in anonimiteit. Softere versies van sekswerk komen vaker terug bij de mannelijke populatie. Er werd wel ervaren dat het publiekelijk getuigen eenvoudiger ging voor mannen dan voor vrouwen.

Daan Bauwens: Er is nog vaak een beeld dat heerst waarbij prostitutie gelijkgesteld wordt met mensenhandel, met kinderpooierschap. Vanuit Utsopi wil men geen enkele boodschap in de media laten passeren die de gelijkstelling maakt. Ze willen als filter functioneren en maken veel lawaai als de gelijkstelling wel gemaakt wordt, wat vooral gebeurt door de politiek. Heel wat regels komen voort uit misverstanden, voortkomend uit de gelijkstelling met mensenhandel. De sector gaat gebukt onder deze regelgeving.

Sam Geuens: Dat is ook de reden waarom de term ‘sekswerk’ belangrijk is. Sekswerk lijkt verder af te staan van de gelijkstelling met mensenhandel, terwijl de term ‘prostitutie’ daar wel dichterbij lijkt te

////////////////////////////////////

staan. Zo creëren we afstand over het discours. Een stukje waar we onszelf actief kunnen aanzetten, is alleen te spreken over sekswerk wanneer het hierover gaat en alleen over prostitutie wanneer het daarover gaat.

Het binnenraken op beleidsmatig vlak is ook moeilijk. Feministische organisaties hebben een verlichtingsoffensief en hebben weerstand tegen de idee van eigen keuze op het vlak van sekswerk. Een stroming binnen het feminisme zegt dat elke keer dat een man bij een sekswerker gaat, dit een teken is van een patriarchale samenleving en dat dit het resultaat is van een ongelijke samenleving tussen man en vrouw. Het Zweedse model dat gesuggereerd wordt, waarbij de cliënt gecriminaliseerd wordt, is hier een voortvloeisel uit. Wanneer het gaat over de doeltreffendheid van het beleid, is het beangstigend om te luisteren hoe dit beleid uitgevoerd wordt. Politie sensibiliseert lagere scholen en vraagt kinderen om hen verdachte handelingen te melden. Het is als het ware een kliksysteem dat geofficialiseerd is. Harm reduction bleek niet nodig te zijn, hulpverlening blijkt niet nodig vanuit deze visie: 'Vrouwen willen niet geholpen worden om langer in de prostitutie te blijven, ze willen eruit'. Er is een andere stroom van het feminisme, waarbij de visie heerst dat elke vrouw vrij is om te doen met haar lichaam wat ze wil.



11 Relaties en seksualiteit in het digitale tijdperk

11.1 KADERING VAN DE UITDAGING

De opkomst van digitale communicatiekanalen heeft een impact op de manier waarop er vandaag sociale contacten worden aangegaan. Ook op het vlak van relaties en seksualiteit zien we verschuivingen optreden. In deze sessie ligt de focus op het gebruik van online datingkanalen en dating apps. We sluiten daarmee heel wat digitale communicatie uit die eveneens een rol kan spelen bij relatievorming en seksualiteitsbeleving, bijvoorbeeld communicatie via platformen zoals Whatsapp en sociale netwerksites. We achten deze afbakening echter zinvol gezien de beperkte opzet van de sessie.

In zekere zin is online daten geen fundamenteel nieuw fenomeen. Het is nuttig om in het achterhoofd te houden dat relatievorming sinds mensenheugenis ‘gestuurd’ verloopt. In de hedendaagse westerse maatschappij wordt sterk het ideaalbeeld van de spontane, toevallige ontmoeting aangehangen, waarbij twee mensen niet *dankzij* anderen maar eerder *ondanks* het toedoen van anderen samenkomen (denk aan beeldvorming in sprookjes zoals de Kleine Zeemeermin maar ook in verhalen zoals Romeo en Juliette). In de praktijk zien we echter dat heel wat relaties gestuurd tot stand komen doordat anderen optreden als bemiddelaar of doordat een individu zelf actief stappen onderneemt om een partner te vinden. In het extreme uiterste gaat het dan over een gearrangeerd huwelijk, maar er zijn vele gradaties mogelijk waarbij het ook bijvoorbeeld kan gaan om een door vrienden georganiseerde blind date of het inschakelen van een professionele relatiebemiddelaar. Naast bemiddeling door anderen, kan men ook op eigen houtje relatievorming sturen door gebruik te maken van de kanalen die daarvoor ter beschikking zijn. Denk daarbij aan de annonce in de krant; de eerste annonce die iemand ooit heeft gepubliceerd zou dateren uit 1685.¹⁹⁸ Online dating bevindt zich in dit laatste segment van relatievorming, waarbij iemand wenst in contact te komen met iemand anders en daarvoor gebruik maakt van de kanalen die hij of zij ter beschikking heeft, in dit geval digitale kanalen. Wat wel fundamenteel nieuw is aan deze manier van relatievorming, is onder andere dat men in contact komt met een veel groter aantal potentiële partners, dat wiskundige algoritmes een beslissende rol spelen in wie er uiteindelijk met wie in contact komt, en dat de eerste echte kennismaking online gebeurt: men gaat eerst heel wat informatie over de andere persoon verzamelen alvorens met elkaar in *real life* af te spreken.¹⁹⁹

Met de komst van het internet, doken in eerste instantie de datingsites op waar mensen aan de hand van een uitgebreid profiel gematched werden aan anderen. De achterliggende idee is dat er op basis van objectieve kenmerken (zoals hobbies, opleiding en interesses) kan voorspeld worden wie er al dan niet bij wie zou passen. Het is vooralsnog echter onduidelijk wat maakt dat twee personen zich aangetrokken voelen tot elkaar. Zijn er veel gelijkenissen nodig, of trekken verschillen elkaar net aan? Op welk vlak zijn er gelijkenissen nodig? De ‘chemische factor’ blijft met andere woorden een groot vraagteken. De nieuwe generatie digitale matchmakers, de dating apps, focussen vooral op het presenteren van foto’s en trachten daarmee in te zetten op deze chemische factor. Gebruikers van deze apps kunnen vooral hun buikgevoel laten spreken en met een snelle ‘swipe’ (naar links of rechts vegen op het scherm) aangeven of ze iemand al dan niet zouden willen ontmoeten. Dit leidt er ook toe

¹⁹⁸ <http://archive.pov.org/xoxosms/infographic-technology-dating/>

¹⁹⁹ Finkel, E.J., Eastwick, P.W., Karney, B.R., Reis, H.T., & Sprecher, S. (2012). Online dating: A critical analysis from the perspective of psychological science. *Psychological Science in the Public Interest*, 13(1), 3-66.

dat gebruikers sterk managen hoe ze zichzelf presenteren aan de buitenwereld, en de beste foto's van de afgelopen jaren gaan selecteren.

De redenen waarom mensen gebruik maken van online dating zijn velerlei, bijvoorbeeld omwille van het amusement, uit nieuwsgierigheid, de wens om een partner te vinden, uit afleiding, of de zin in seks.²⁰⁰ Afhankelijk van de doelstellingen, zullen mensen een voorkeur hebben voor een bepaalde site of app, en zullen ze zich daarop op een bepaalde manier gedragen.²⁰¹ Een relatie bekomen via online dating is bovendien niet zo eenvoudig als het misschien lijkt. Er moeten heel veel uren online besteed worden vooraleer er een match plaatsvindt, en nog veel meer uren vooraleer er een effectieve date uit voortkomt. Niet elke match leidt immers tot een date en dan moet er ook nog *gechat* worden vooraleer er feitelijk wordt afgesproken om elkaar te ontmoeten. Uiteraard moet er nog veel meer tijd geïnvesteerd worden vooraleer er uit een date ook een relatie voortvloeit – als dit al gebeurt.

De voordelen van online dating zijn groter voor deze groepen die offline minder kansen hebben om een potentiële partner te ontmoeten – zij het voor een relatie dan wel een 'hook up' (een vluchtig seksueel contact). Jongeren halen minder extra voordeel uit het gebruik van online datingkanalen dan volwassenen, omdat het met het ouder worden moeilijker wordt om singles te ontmoeten. Ook voor seksuele minderheden (LGBTQ+) is de kans om online een geschikte partner te ontmoeten veel groter dan offline. Bij LGBTQ+ neemt online dating dan ook een nog belangrijkere plaats in bij het vinden van een partner dan bij hetero's.²⁰²

Met de toenemende populariteit van online dating, zien we ook een toenemende diversifiëring in het aanbod. Aanvankelijk waren datingwebsites en later de apps voor hetero's bijvoorbeeld vooral populair bij de 30- à 40-jarigen. Daarna zijn ook jongeren online beginnen daten en meer recent wordt het ook populairder bij de 50-plussers. Er bestaan dating apps voor specifieke doelgroepen, bijvoorbeeld naargelang evidente zaken zoals seksuele voorkeur en leeftijd, maar ook naargelang minder evidente 'matchmakers' zoals geloof en politieke voorkeur.

Er kan geconcludeerd worden dat online dating een belangrijk kanaal is waarlangs relaties en seksuele contacten tot stand komen. En er kan verwacht worden dat dit in de toekomst alleen nog belangrijker zal worden, en waarschijnlijk hét kanaal bij uitstek zal worden om aan relatievorming te doen, niet enkel bij LGBTQ+ maar bij de hele bevolking. Met de toegenomen populariteit van deze kanalen, krijgen ook kritische stemmen meer gehoor. Er worden bijvoorbeeld vragen gesteld bij de digitale privacy.²⁰³ Dating sites en apps zijn vaak gratis en verzamelen heel veel privé informatie waar ze vervolgens geld aan verdienen (door deze informatie te verkopen voor marketing doeleinden). Gebruikers zijn zich daar niet altijd van bewust of hechten weinig belang aan hun online privacy. Ook via hun online communicatie met potentiële partners, kunnen mensen zich kwetsbaar maken, bijvoorbeeld wanneer ze gevoelige informatie of foto's gedeeld hebben die daarna misbruikt wordt. Er is ook heel weinig geweten over de manier waarop deze datingsites en apps feitelijk functioneren. Algoritmes bepalen wie er welke profielen te zien krijgt (als gebruiker krijg je niet het profiel te zien

²⁰⁰ Timmermans, E., & De Caluwé, E. (2017). Development and validation of the Tinder Motives Scale (TMS). *Computers in Human Behavior*, 70, 341-350

²⁰¹ Ranzini, G., & Lutz, C. (2016). Love at first swipe? Tinder self-presentation and motives. *Mobile Media & Communication*, 5(1), 80-101.

²⁰² Geller, L. (2017). Twice as many LGBTQ+ singles use dating apps as heterosexual ones. Here's why that matters. Geraadpleegd op 10 oktober 2018 van https://aplus.com/a/how-dating-apps-benefit-lgbtq-singles?no_monetization=true

²⁰³ Lutz, C., & Ranzini, G. (2017). Where dating meets data: investigating social and institutional privacy concerns on Tinder. *Social Media and Society*, Geraadpleegd op 10 oktober 2018 van <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2056305117697735?icid=int.sj-abstract.similar-articles.1>



van elke andere gebruiker), maar er is weinig geweten over de hoe deze algoritmes zijn ingesteld en welke informatie ze gebruiken.^{204, 205}

Verder is het evident dat, wanneer het makkelijker is om een seksueel contact te vinden, er ook sneller meer sekspartners gecumuleerd worden. Wanneer dating apps ertoe leiden dat er meer seksuele partners gecumuleerd worden, dan heeft dit implicaties naar de preventiesector en het preventiebeleid toe. Tot slot is het nodig om stil te staan bij de mogelijke negatieve effecten van online dating op het mentaal welzijn. Meer potentiële partners impliceert ook meer potentiële afwijzingen. Neveneffecten van online daten die worden aangehaald zijn bijvoorbeeld een mogelijk verslavingseffect, een meer oppervlakkige kijk op relaties, en meer onzekerheid.^{206, 207}

11.2 DOELSTELLINGEN VAN DE SESSIE

Het internet als matchmaker: lost dit vooral een probleem op, namelijk een (seks)partner vinden, of creëert dit nieuwe problemen? Hoe kunnen we ervoor zorgen dat we maximaal genieten van de voordelen en de risico's vermijden? En wat is de relevantie voor een preventief gezondheidsbeleid? Het doel van deze sessie is om te verkennen op welke manier dit relatief 'nieuwe' fenomeen in rekening kan worden genomen door het beleid, en hoe er kan vermeden worden dat het gezondheidsbeleid, en ook ruimer de preventiesector, achterop hinken op maatschappelijke veranderingen.

Seksuele minderheden worden in deze sessie niet als een apart thema naar voor geschoven. Er wordt doorheen het debat stil gestaan bij manieren waarop online dating en de uitdagingen (maar ook kansen) eraan verbonden, verschillend kunnen zijn naargelang de doelgroep.

11.3 SAMENSTELLING VAN HET PANEL

Rika Ponnet is seksuologe en leidt al jaren, samen met haar man Mark Boeykens (psycholoog), het relatiebemiddelingsbureau Duet. Als therapeute begeleidde ze talloze singles en koppels. Ze is een veelgevraagd relatie-expert in de media. Ze is auteur van 'Blijf bij mij' en het recent verschenen 'Alleen met jou'.

Elisabeth Timmermans is postdoctoraal onderzoeker aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Ze is gefascineerd door de invloed van media en technologie op onze relaties. Voor haar doctoraat aan de KU Leuven onderzocht ze of Tinder de manier waarop we daten veranderde. Meer informatie over haar onderzoek en schrijfsels vind je op www.liefdeintijdenvantinder.be

Tim Devriese is journalist bij onder andere Bruzz, De Morgen Magazine en De Standaard Weekblad. Zijn slagzin als schrijver luidt: Time to put the sex back into homosexual. Tijd om homoseks bespreekbaar en zichtbaar te maken en uit het verdomhoekje te halen. Geboren West-Vlaming, gekozen Brusselaar.

²⁰⁴ Albury, K., Burgess, J., Light, B., Race, K., & Wilken, R. (2017). Data cultures of mobile dating and hook-up apps: Emerging issues for critical social science research. *Big Data & Society*, geraadpleegd op 10 oktober 2018 van <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2053951717720950?icid=int.sj-full-text.similar-articles.2>

²⁰⁵ Courtois, C., & Timmermans, E. (2018). Cracking the Tinder code: An experience sampling approach to the dynamics and impact of platform governing algorithms. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 23, 1-16.

²⁰⁶ <https://www.bbc.com/news/business-45419105>

²⁰⁷ <https://www.thefix.com/how-online-dating-affects-mental-health>



Matthias Dobbelaere-Welvaert is oprichter en managing partner van theJurists Europe (Gent/Brussel/Amsterdam/Parijs/Londen), waartoe onder andere deJuristen België behoort. Hij is gespecialiseerd in online privacy en vrijheid van meningsuiting. Matthias wordt frequent geciteerd in media en geeft in veelvoud lezingen rond privacy, legal tech (juridische technologie) en AI (Artificiële Intelligentie en robotica). Hij vertelt verhalen in de vorm van podcasts, vlogs en online media via het platform 'DOBBELAERE-WELVAERT'.

De sessie wordt gemodereerd door **Goedele Liekens**: klinisch psychologe, medisch seksuologe en ambassadeur voor de Verenigde Naties. Als voorvechtster van een betere seksuele beleving schreef ze verscheidene bestsellers die in verschillende talen werden gepubliceerd. Goedele is ook bekend voor haar werk in het kader van het bevorderen van de seksuele voorlichting als een essentieel onderdeel van het onderwijs. Als tv-persoonlijkheid presenteert ze tal van programma's over seks in België, Nederland en de UK. www.goedele.be & www.goedele.com

11.4 VERSLAG

Er werden zeven stellingen voorgelegd aan het panel, waarover met het panel gereflecteerd werd. De stellingen zijn tendentius geformuleerd en drukken zeker geen waarheid uit maar hadden tot doel om het debat los te maken.

11.4.1 Stelling: Online daten maakt mensen onzeker

De kip of het ei? Misschien zoeken mensen met een laag zelfbeeld vaker het internet op om contacten te leggen? Dit wordt ontkend door de panelleden. Het internet is een ontmoetingskanaal geworden waar vrijwel iedereen gebruik van maakt, het is een extra ontmoetingsplek. Onderzoeken laten zien dat mannen die online daten vatbaarder zijn voor een negatief zelfbeeld, bij vrouwen wordt er geen verschil gemerkt. Er ontbreekt echter onderzoek op lange termijn om de invloed op het zelfbeeld vast te stellen.

Mannen en vrouwen gedragen zich anders op dating-apps. Vrouwen zijn selectiever in wie ze liken, mannen liken vaak en kiezen achteraf uit wie er gematched heeft. Hierdoor krijgen ze meer te maken met zowel afwijzen als met afgewezen worden. Vaak wordt er vanuit het negatieve gereageerd, zowel in het opstellen van het profiel (vermelden wie of wat men niet wil in plaats van wie of wat men wel wil) als in het selecteren van kandidaten.

Vaak afgewezen worden kan leiden tot onzekerheid. Veel mannen zitten maandenlang op Tinder en krijgen geen reacties. Rika Ponnet vertelt dat ze mannen op consult krijgt die teleurgesteld zijn over het gebrek aan aandacht op Tinder, terwijl ze in alle opzichten fijne mannen zijn.

Sommigen gebruiken apps om aan 'ego boosting' te doen: eigenlijk is men niet geïnteresseerd in connectie maken met een ander, maar aanzoeken krijgen voedt het zelfbeeld. Sommige koppels doen onder elkaar spelletjes om wie er de meeste likes binnenhaalt. Ook 'ghosting' (interesse tonen en vervolgens de persoon negeren) en 'breadcrumbing' (aan het lijntje houden door niet toe te zeggen maar ook niet af te wijzen) zijn ergerlijke online fenomenen. Hierbij wordt weinig rekening gehouden met de persoon aan de andere kant die wel degelijk oprecht naar contact verlangt.

Tim Devriese stelt dat voor homomannen het internet een gemakkelijk en veilig kanaal is, dat veel mannen die seks hebben met mannen heeft geholpen om in contact te treden met anderen. Het internet staat ook een finetuning in seksuele smaken toe (bijvoorbeeld fetisj), wat een invloed heeft



Deel 4: Bijlagen



Bijlage 1. Deelnemerslijsten rondetafels

Deelnemerslijst rondetafel 'Kinderen, jongeren en seksualiteit'

1	Leerkracht RSV Basisschool de Ark (Leuven)	Lize Helsen
2	Leerkracht RSV Sint-Lodewijkscollege (Brugge)	Filip Dupan
3	Leerkracht RSV BuBaO Sint-Franciscus (Roosdaal-Strijtem)	Lies Meert
4	Leerkracht RSV BuBaO Sint-Franciscus (Roosdaal-Strijtem)	Eline Van Opdenbosch
5	Vlaamse Scholierenkoepel - Vormingsverantwoordelijke	Lieselot Deckers
6	VCOV (Vlaamse confederatie van ouders en ouderverenigingen)	Theo Kuppens
7	VCLB	An Victoir
8	Atlas - integratie & inburgering Antwerpen	Fanny Gevaert
9	Residentiële jeugdzorg – Wingerdbloei	Helinde Moons
10	CAW Brussel	Cédric Verstraeten
11	Lejo vzw	Lien Mulier
12	Child Focus	Niels Van Paemel
13	Wel Jong Niet Hetero	Sander Cornelis
14	De Ambrassade	Marian Michielsens
15	Awel!	Elke Denys
16	VCOK (Vormingscentrum opvoeding en kinderopvang)	Fien Lannoye
17	CGSO - Centrum voor Geboorteregeling en Seksuele Opvoeding	Cindy Ramon
18	Kind & Gezin (en EXPOO)	Sofie Eerlings
19	Fara	Kirsten Elen
20	KULeuven - Familiale en Seksuologische Wetenschappen	Paul Enzlin
21	UAntwerpen - Communicatiewetenschappen	Joris Van Ouytsel
22	Eicel Sensoa	Simon Herteleer
23	Vlaamse scholierenkoepel	Robrecht Debaere
24	Vlogger	Linda De Munck
25	Agentschap Zorg en Gezondheid	Joëlle Konings
26	Sensoa	Katrien Symons
27	Sensoa	Wannes Magits

////////////////////////////////////

28	Sensoa	Kim Peeters
29	Sensoa	Eveline De Bie
30	Sensoa	Thomas De Myttenaere

Deelnemerslijst rondetafel 'Seksueel welbevinden'

1	Opleidingscoördinator HBO5 en verpleegkunde SAL Lier	Jesse Verschuren
2	Vlaamse Vereniging voor Seksuologie	Sam Geuens
3	Vlaamse Vereniging voor Seksuologie	Alexander Witpas
4	Vlaamse Vereniging voor Seksuologie	Els Elaut
5	Vlaamse vereniging voor Klinisch Psychologen	Lotte De Schrijver
6	Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen	An-Sofie Van Parys
7	Psychiatrisch Ziekenhuis Bethaniënhuis	Nadine Aernouts
8	Thomas More Hogeschool	Carl Vanspauwen
9	Vrije Universiteit Brussel	Johan Vansintjan
10	Belgische Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie en Systeemcounseling	Cinthe Lemmens
11	Vrije Universiteit Brussel	Hubert Van Puyenbroeck
12	Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen	Kathleen Emmery
13	Universiteit Gent	Judith Van Schuylenbergh
14	Katholieke Universiteit Leuven	Erick Janssen
15	Aditi	Miek Scheepers
16	Klinisch psycholoog en vormingswerker	Semiye Tas
17	Goodwill Ambassador voor de Verenigde Naties (UNFPA), klinisch psychologe en seksuologe	Goedele Liekens
18	Agentschap Zorg en Gezondheid	Joëlle Konings
19	Sensoa	Ruth Borms
20	Sensoa	Els Van Decraen
21	Sensoa	Dirk Pyck
22	Sensoa	Katrien Symons
23	Sensoa	Katrien Vermeire

////////////////////////////////////

Deelnemerslijst rondetafel ‘Seksueel grensoverschrijdend gedrag’

1	Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin	Roel Verellen
2	Kinderrechtencommissariaat	Julie Rygnaert
3	De Nederlandstalige Vrouwenraad	Herlindis Moestermans
4	Commissie historisch misbruik	Annick De Blauwe
5	Wij Spreken voor Onszelf/CAW Leuven	Liesbeth Kennes
6	Vzw Zijn	Jill Michiels
7	Child Focus, Departement Seksuele uitbuiting en e-safety	Yasmin Van Damme
8	Vertrouwenscentrum Kindermishandeling Vlaams-Brabant	Kristof Desair
9	ITER	Ninke Duquet
10	International Center for Reproductive Health (ICRH)	Saar Baert
11	Stop It Now!/UFC	Minne de Boeck
12	Family Justice Centers	Pascale Franck
13	ICES	Marybel Vanbutsele
14	ICES	Evy Van Coppenolle
15	GAMS	Katrien De Koster
16	Vlaams Ondersteuningscentrum Ouderenmis(be)handeling (VLOCO)	Sabine Temmerman
17	Platform Allochtone Jeugdwerkingen (PAJ)	Saida El Fekri
18	Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (VVP)	Kris Van den Broeck
19	Thomas More Hogeschool/Universiteit Gent	Kasia Uzieblo
20	Universiteit Gent – Faculteit Rechten	Eva Lievens
21	ROSA	Bieke Purnelle
22	Departement Onderwijs, afd beleidsondersteuning cel CLB/IJH	Nele Schils
23	Koepel Vrij CLB	An Victoir
24	Sensoa/Koepel Katholiek Onderwijs	Karen De Wilde
25	Studentengeneeskunde KULeuven - Psychotherapeute en vertrouwenspersoon	Kathleen Vleugels
26	CAW Noord-West Vlaanderen	Niels Jacobus
27	CAW Noord-West Vlaanderen	Doortje De Paepe
28	Departement Cultuur, Jeugd & Media	Joost Van Haelst
29	Artesis Plantijn Antwerpen	Gwendy Moentjens
30	Artesis Plantijn Antwerpen	Wim Vantongel
31	Lokale recherche zeden	Sophie Van den Dooren
32	Agentschap Zorg en Gezondheid	Joëlle Konings

////////////////////////////////////

33	Sensoa	Julia Day
34	Sensoa	Erika Frans
35	Sensoa	Katrien Symons
36	Sensoa	Wannes Magits
37	Sensoa	Wim Van de Voorde
38	Sensoa	Chris Lambrechts
39	Sensoa	Eveline De Bie
40	Sensoa	Bart Vandenbussche



Deelnemerslijst rondetafel '(On)geplande en (on)gewenste zwangerschap'

1	Luna	Carine Vrancken
2	Luna	Sven Todts
3	Fara	Katleen Alen
4	De Verdwaalde Ooievaar	Marijke Merckx
5	Expertisecentrum Kraamzorg 'Volle Maan'	Hanan Ben Abdeslam
6	Parel Leuven	Sylvia De Ryck
7	Wijkgezondheidscentra (WGC De Punt)	Elvira De Cauter
8	Universiteit Gent - Vakgroep psychologie	Joke Vandamme
9	Katholieke Hogeschool VIVES	Ilse Delbaere
10	UZ Gent - vrouwenkliniek	Kristien Roelens
11	Universitaire Ziekenhuizen van de KUL-Gasthuisberg	Johan Verhaeghe
12	Huisartsengroep Koraalberg	Jozefien De Rooze
13	VVOG-Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie	Jean-Jacques Amy
14	Project Apotheke IPISA	Bieke Popelier
15	APB-Algemene Pharmaceutische Bond	Georges Verpraet
16	Stad Antwerpen, Deskundige toegankelijke gezondheidszorg en seksuele gezondheid	Liesbeth Meyvis
17	Stad Antwerpen-Dienst Gezondheid	Ilse Bellens
18	Kind & Gezin	Marie-Jeanne Schoofs
19	Vlaamse Adoptieambtenaar (Kind & Gezin)	Ariane Van Den Berghe
20	Adoptiehuis	Iris Vandeborre
21	Expertisecentrum Kraamzorg 'De Kraamvogel'	Saskia Van Besauw
22	Dokters van de Wereld	Bo De Fooz
23	CM Landsbond	Kim Gaudens
24	Agentschap Zorg en Gezondheid	Joëlle Konings
25	Sensoa	Katrien Vermeire
26	Sensoa	Dirk Pyck
27	Sensoa	Katrien Symons
28	Sensoa	Kaat Van Bosstraeten
29	Sensoa	Marlies Casier
30	Sensoa	Wim Van de Voorde

////////////////////////////////////

Deelnemerslijst rondetafel 'Preventie van hiv en soa'

1	CAW Antwerpen	Roel Maes
2	CAW Antwerpen	Sanne Peeters
3	Pas-Op	Anne-Sophie De Cannière
4	Ghapro	Katleen Peleman
5	Studentenarts Universiteit Gent	Karen Klein
6	Domus Medica	Sarah Swannet
7	Centrum voor Kankeropsporing	Eliane Kellen
8	Arts bij WGC De Vlier	Catherine Schodts
9	Çavaria	Marion Wassenbauer
10	SOA-referentielab	Irith De Baetselier
11	Algemeen Medisch Laboratorium	Ina Benoy
12	Novosanis	Tine Provinciael
13	Instituut voor Tropische Geneeskunde	Eric Florence
14	Instituut voor Tropische Geneeskunde	Tom Platteau
15	Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid	Wim Vanden Berghe
16	Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid	Jessika Deblonde
17	Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg	Vicky Jespers
18	Stad Antwerpen – Dienst Infectieziekten	Gunter Van Keer
19	Agentschap Zorg en Gezondheid	Wouter Dhaeze
20	Agentschap Zorg en Gezondheid	Dirk Wildemeersch
21	Sensoa	Chris Lambrechts
22	Sensoa	Sandra Vandeneynde
23	Sensoa	Mark Sergeant
24	Sensoa	Marlies Casier
25	Sensoa	Inge Savels

////////////////////////////////////

Bijlage 2. Online Survey

1. Introductiepagina

-- Pagina 1 --

Welkom op de online survey in het kader van het symposium seksuele gezondheid.

Bij het invullen van deze survey, vragen wij om de doelstelling van het symposium in het achterhoofd te houden. Deze is als volgt omschreven:

Het symposium wil een bijdrage leveren aan een positieve seksualiteitsbeleving. Een voldoende brede kijk op de preventieve aspecten van seksuele gezondheid moet er uiteindelijk voor zorgen dat alle personen en groepen die in Vlaanderen verblijven, over de nodige informatie en vaardigheden beschikken en het recht hebben om gefundeerde en geïnformeerde keuzes te maken over de eigen seksuele gezondheid, en toegang hebben tot aangepaste diensten.

Wij zijn geïnteresseerd in zaken die relevantie hebben op het vlak van *preventie* en met als doelstelling gezondheidswinst op (sub)populatie-niveau. Het kan daarbij bijvoorbeeld gaan om het scheppen van randvoorwaarden, het verbeteren van het aanbod, het beantwoorden aan de noden van de doelgroep, betere samenwerkingen binnen en tussen sectoren, ... en dit zowel op het niveau van het beleid als binnen de sector waarin u werkt.

2. Achtergrondinformatie

-- Pagina 2 --

Om te beginnen, vragen we u om enkele achtergrondgegevens in te vullen. Wat is de naam van uw organisatie? [Open vraag]

In welke sector is uw organisatie werkzaam? U kan meerdere opties aanduiden.

- Preventie- en vormingswerk
- Hulpverlening (niet-medisch)
- Beleidswerk
- Onderzoek
- Jeugdwerk
- Advocacy
- Medische hulpverlening (arts, huisarts, gynaecoloog, vroedvrouw, ...)
- Laboratoria
- Epidemiologie
- Ander: ... (aanvullen)

3. Keuze thema

-- Pagina 3 --

Het Symposium is opgebouwd rond vijf onderstaande thema's. In het kader van het Symposium werden deze thema's inhoudelijk afgebakend.

Voor welk thema wenst u deze survey in te vullen? U krijgt later in de survey nog de mogelijkheid om nog ander een thema te kiezen.

1. Kinderen, jongeren en seksualiteit: het bevorderen en vrijwaren van de seksuele gezondheid bij kinderen en jongeren (0 tot 25 jaar). De focus ligt op het verzekeren van toegang tot kwaliteitsvolle relationele en seksuele vorming, en de toegang tot informatie en diensten die kinderen en jongeren nodig hebben om op een gezonde manier hun seksualiteit te beleven.

2. Preventie van hiv en soa. De focus ligt op het stimuleren van preventiestrategieën en het verhogen van de toegang tot diagnose en correcte behandeling. Hierbinnen worden prioriteiten voorgesteld.

3. (On)geplande en (on)gewenste zwangerschap. De focus ligt op informatievoorziening rond het plannen van een zwangerschap, het bevorderen van kennis over en gebruik van anticonceptie en de

aan bewustwording en het trainen van attitudes en (communicatie)vaardigheden betreffende seksualiteit en seksualiteitsbeleving.

4. In het preventie- en hulpverleningsaanbod wordt rekening gehouden met de noden in de verschillende levensfasen om het seksueel welbevinden te verbeteren (na de bevalling, ouderdom, ...).

5.3 Thema Seksueel grensoverschrijdend gedrag

1. Er is nood aan sensibilisering rond seksueel grensoverschrijdend gedrag naar het algemene publiek toe, zodat er meer maatschappelijk bewustzijn rond de problematiek wordt gecreëerd.
2. De hulpverlening moet toegankelijker zijn en het bestaande hulpverleningsaanbod moet worden uitgebreid, voornamelijk met betrekking tot doelgroepen zoals jongeren en mannelijke slachtoffers.
3. Binnen de deskundigheidsbevordering van intermediairs moet meer aandacht zijn voor het leren herkennen van signalen van seksueel geweld, zeker bij jongeren en kwetsbare groepen zoals mensen met een beperking.
4. Jongeren moeten weerbaarder worden gemaakt en worden ondersteund in het herkennen en respecteren van grenzen, alsook in het melden van seksueel grensoverschrijdend gedrag.

5.4 Thema (On)geplande en (on)gewenste zwangerschap

1. Er is nood aan sensibilisering rond ongeplande en ongewenste zwangerschap, o.a. door het normaliseren van de idee dat niet alle zwangerschappen gepland zijn en door het wegwerken van het taboe op ongeplande zwangerschap.
2. Er moet meer aandacht gaan naar de mannelijke partner in anticonceptiecounseling en zwangerschapsbegeleiding alsook in de hulpverlening bij ongeplande zwangerschap.
3. Anticonceptie dient op geregelde tijdstippen opnieuw besproken te worden en op alle leeftijden.
4. Praten over gezinsplanning (kinderwens, vruchtbaarheid, anticonceptie) moet door verschillende disciplines opgenomen worden (vb. maatschappelijk werkers, vroedvrouwen, ...).
5. De drempels voor (nood)anticonceptie moeten worden weggewerkt (o.a. voorschrift, kostprijs).

5.5 Preventie van hiv en soa

De preventie van soa en hiv speelt zich af op verschillende domeinen. Kan u aangeven in welke mate u het gevoel heeft dat er de laatste vijf jaar vooruitgang is geboekt op onderstaande domeinen? Indien u daar geen zicht op heeft dan kan u dat ook aangeven. [zelfde antwoordcategorieën als bij thema's 5.1 tem 5.4]

1. Het reduceren van blootstelling aan soa en hiv (risicoreductie promoten, bv., aantal sekspartners verminderen).
2. Het reduceren van de transmissie van soa en hiv bij contact met een besmette partner (promotie van beschermd vrijen, PrEP ter beschikking stellen, condoomgebruik faciliteren).
3. Het reduceren van de periode waarin overdracht van soa en hiv door een besmette persoon kan gebeuren (vb., snel diagnosticeren en behandelen, assisteren bij partnernotificatie).

Momenteel bestaat er een meldingsplicht voor syfillis en gonorrea. Er is echter geen actieplan voor wanneer er een melding wordt gemaakt (zoals bijvoorbeeld wel het geval is bij de melding van TBC). Hieronder staan drie opties, kan u aanduiden waar u zich het meest in kan vinden?

1. Meldingsplicht behouden, maar er dient een actieplan te worden opgesteld (hoe dit actieplan er dan moet uitzien, valt nog te bepalen).

////////////////////////////////////

2. Alles houden zoals het nu is, dus meldingsplicht maar geen actieplan.
3. De meldingsplicht afschaffen.

Indien u vindt dat de meldingsplicht moet behouden blijven, mits een koppeling aan een actieplan, hoe zou dit er dan volgens u het beste uitzien (u kan meerdere opties aanduiden)?

1. Een actieplan voor het verhogen van partnertificatie
2. Een actieplan om het correct toepassen van de behandelrichtlijnen op te volgen bij de voorschrijvende arts
3. Een koppeling met de gegevens in Sciensano
4. Ander, namelijk:

6. Open vragen

-- Pagina 6 --

6.1 Pijnpunten

Zijn er nog andere pijnpunten, die nog niet aan bod kwamen op de vorige pagina, die volgens u van belang zijn met betrekking tot het thema [KEUZE]?

6.2 Positief

Wat loopt er volgens u goed met betrekking tot de manier waarop het thema [KEUZE] wordt aangepakt?

6.3 Meerwaarde

Op welke vlakken bieden u of uw organisatie binnen dit thema een meerwaarde?

6.4 Obstakels

Zijn er bepaalde obstakels waar u of uw organisatie tegenop botsen?

7. Verwachtingen ronde tafel

-- Pagina 7 --

Indien u deelneemt aan de ronde tafel, wat zijn uw verwachtingen daaromtrent? [OPEN VRAAG]

8. Einde

-- Pagina 8 --

Hartelijk dank voor uw bijdrage!

Indien u ook nog voor één van de andere seksuele gezondheidsthema's de survey wenst in te vullen, kan u dat hieronder aangeven.

Ander thema waarvoor u de survey wenst in te vullen:

- Kinderen, jongeren en seksualiteit: het bevorderen en vrijwaren van de seksuele gezondheid bij kinderen en jongeren (0 tot 25 jaar)
- Preventie van hiv en soa
- (On)geplande en (on)gewenste zwangerschap
- Seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG): een preventief beleid
- Seksueel welbevinden: het bevorderen van de seksuele (en relationele) tevredenheid

Bijlage 3. Deelnemers online survey

Er namen 132 mensen deel aan het online survey dat ter voorbereiding aan de rondetafels werd ingevuld. Deelnemers konden aangeven in welke sector zij werkzaam zijn. Verschillende deelnemers duiden meer dan één sector aan.

Tabel 2. Deelnemers online survey

Sector	Aantal deelnemers
Preventie- en vormingswerk	61
Hulpverlening (niet-medisch)	50
Beleidswerk	36
Onderzoek	38
Jeugdwerk	16
Advocacy	11
Medische hulpverlening (arts, huisarts, gynaecoloog, vroedvrouw, ...)	41
Laboratoria	6
Epidemiologie	15

De deelnemers aan de survey zijn werkzaam bij de volgende instellingen: Adoptiehuis, Agentschap Zorg en Gezondheid, Alias vzw, AP Hogeschool, Awel vzw, Bioethics Institute Ghent, Boysproject, BuSO IVIO Binnenhof, BuSO Levensvreugde, BuSO Sint-Franciscus, BVRGS Traject groepspraktijk psychotherapie, Cachet vzw, CAW Brussel, CAW Noord-West-Vlaanderen-Jongerenbegeleiding EXIT, CAW Oost-Brabant-Wij spreken voor onszelf, Centre ELISA, Centrum voor Kankeropsporing, Centrum voor Ethiek in de sport, Centrum voor Geboorteregeling en Seksuele Opvoeding, CGSO Brugge, Child Focus, De Ambrassade, De Ark Basisschool Kessel-Lo, De Verdwaalde Ooievaar, Dilemma-VUB, Domus Medica, Wijkgezondheidscentrum De Zilveren Knoop, Expertisecentrum Kraamzorg De Kraamvogel vzw, Expertisecentrum Vollemaen Brussel, Fara vzw, Fédération Laïque de Centres de Planning Familial, GAMS België vzw, Ghapro, GO! onderwijs van de Vlaamse Gemeenschap, Groepspraktijk van psychologen, Huisartsengroep Koraalberg, I.T.E.R., IFSW, Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen, Instituut voor Tropische Geneeskunde, IPSA vzw, Jessa Ziekenhuis Hasselt PXL Hogeschool Departement Healthcare, JOETZ vzw, Kenniscentrum gezondheidszorg KCE, Kind en Gezin, Kinderrechtencommissariaat, KU Leuven, Medikuregem vzw, Merhaba, MIOS-Universiteit Antwerpen, Novosanis, NRC HPV België AML UA, Odisee - Campus Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen, OVSG, Parel - UZ Leuven, Pasop vzw, Payoke, Pimento, Platform allochtone jeugdwerkingen, PZ Bethanië, RHEA Expertisecentrum Gender, Diversiteit en Intersectionaliteit (VUB), Rosa vzw, SAL HBO5 Verpleegkunde, Sciensano, Sensoa, Sint-Lodewijkscollege Brugge, Sport Vlaanderen, Stad Antwerpen, Studentenartsen UGent, Studentengezondheidscentrum KU Leuven, Thomas More hogeschool, Thomas More verpleegkunde Mechelen, Transgender Infopunt, Tumult, Uit De Marge, Universitair Forensisch Centrum, Stop it Now!, Universitair Ziekenhuis Gent, Universiteit Antwerpen - Faculteit Geneeskunde en gezondheidswetenschappen, Universiteit Gent, UZ Brussel, UZ Gent, Vakgroep huisartsgeneeskunde UGent, VCLB De Wissel, VCOV vzw, VIVA-SVV, VIVES hogeschool, Vlaams Agentschap Integratie en Inburgering, Vlaams ExpertiseCentrum Kindermishandeling, Vlaams Ondersteuningscentrum Ouderenmis(be)handeling (VLOCO), Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen, Vlaamse Gemeenschapscommissie, Vlaamse scholierenkoepel, Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen, Vlaamse Vereniging voor Seksuologie, Vrij CLB Netwerk, Vrije Universiteit Brussel, Vrouwenkliniek UZ Gent, Vrouwenraad, Wel Jong Niet Hetero vzw, Wingerdbloei vzw, Zijn vzw.

////////////////////////////////////

Bijlage 4. Presentatie Symposium Seksuele Gezondheid



Vijf seksuele gezondheidsthema's

- Seksuele gezondheid opgedeeld in **vijf gezondheidsthema's**:
 1. Kinderen, jongeren en seksualiteit
 2. Seksueel welbevinden
 3. Seksueel grensoverschrijdend gedrag
 4. (On)geplande en (on)gewenste zwangerschap
 5. Preventie van hiv en soa
- Vijf thematische rondetafelsmet intermediairs



Deelnemers rondetafels

	Deelnemers
Kinderen, jongeren en seksualiteit	30
Seksueel welbevinden	23
Preventie van soa en hiv	25
Seksueel grensoverschrijdendgedrag	40
(On)geplande en (on)gewenste zwangerschap	30
TOTAAL	148

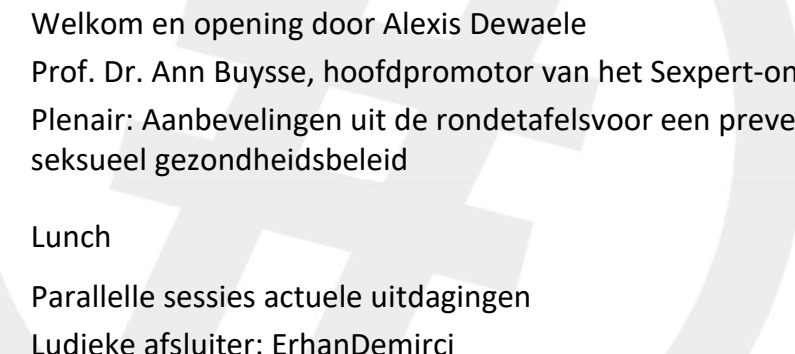
Aanbevelingen voor een preventief beleid

- Zorgen die er vandaag leven vanuit het werkveld
- Startpunt voor iedereen die hiermee aan de slag wil gaan
 - Jaarplannen
 - Overlegplatformen
 - Hernieuwde engagementen tot samenwerking
 - Nieuwe platformen
 - Actieplannen

Vier actuele uitdagingen

1. De sociale gradiënt in seksuele gezondheid
2. Seksualiteit in de setting van zorg en welzijn
3. Sekswerk
4. Relaties en seksualiteit in het digitale tijdperk

Agenda

- 
- | | |
|--------------|---|
| 8u30 | Onthaal |
| 9u30 | Welkom en opening door Alexis Dewaele |
| 9u40 | Prof. Dr. Ann Buysse, hoofdpromotor van het Sexpert-onderzoek |
| 10u00 | Plenair: Aanbevelingen uit de rondetafel voor een preventief seksueel gezondheidsbeleid |
| 12u00 | Lunch |
| 13u15 | Parallele sessies actuele uitdagingen |
| 15u15 | Ludieke afsluiter: ErhanDemirci |
| 15u30 | Receptie |



Kinderen en jongeren en seksualiteit

Wannes Magits

Kadering

- De meeste jongeren kennen een eerder positieve seksuele beleving:
 - Stapsgewijze ontwikkeling
 - Eerder positief over eerste keer
 - Positieve motieven om seks te hebben
 - Leeftijd eerste keer gelijk aan buurlanden (50% op hun 17 à 18 jaar)
 - Relatief weinig bevallingen en abortussen bij tieners
- = resultaat van volgehouden inspanningen op verschillende niveaus

Kadering

- Volgehoudeninspanningenvanuitverschillendehoeken:
- Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Onderwijs, Jeugd, Gelijke Kansen, Media
- Subsidiën middenveld: educatie, hulpverlening, belangenbehartiging, ...
- Makende creten, engagementsverklaringen, tegemoetkomingen, ...

Kadering

- Engagementsverklaring ter bescherming van de seksuele integriteit van de minderjarige (2012)
- Verklaring over beleid m.b.t. gender en seksuele geaardheid in onderwijs (2012)
- Extra tegemoetkoming in de prijs van AC-middelen voor vrouwen <21j (2013)
- Decreet over de leerlingenbegeleiding (2018)
- Decreet over de vernieuwing van de onderwijsdoelen (2018)
- Referentiekader Onderwijskwaliteit (2017) en Inspectie 2.0 (2018)

- < 50% Condoomgebruik bij laatste seksueel contact
- 4/10 LGBT+ leerlingen voelt zich onveilig op school
- 17% Slachtoffer van SGG vóór 18 jaar
- 8% Seksueel getinte foto's doorgestuurd zonder toestemming
- 8600 vrouwen risico op genitale verminking

Geef prioriteit aan structureel werken rond relaties en seksualiteit op school d.m.v.:

- Een beleid rond relationele en seksuele vorming (RSV) op elke school
- Als deel van een breder beleid rond (seksuele) gezondheid
- Kwaliteitsvolle lesmaterialen
- Goed opgeleide leraren en vormingswerkers

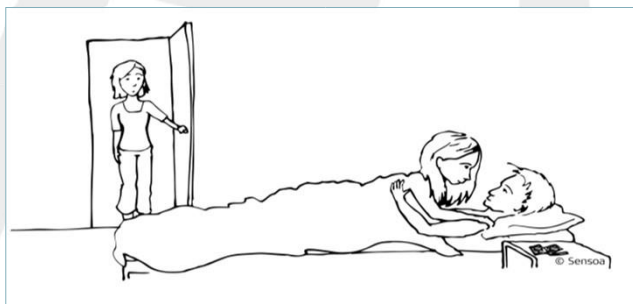
Aanbevelingen uit de rondetafel

Stimuleer onderzoek over
relationele en seksuele vorming (RSV)



Aanbevelingen uit de rondetafel

Stimuleer beleid rond seksuele gezondheid in andere sectoren (jeugdzorg
en -werk, sport, ...)





Preventie van soa's en hiv

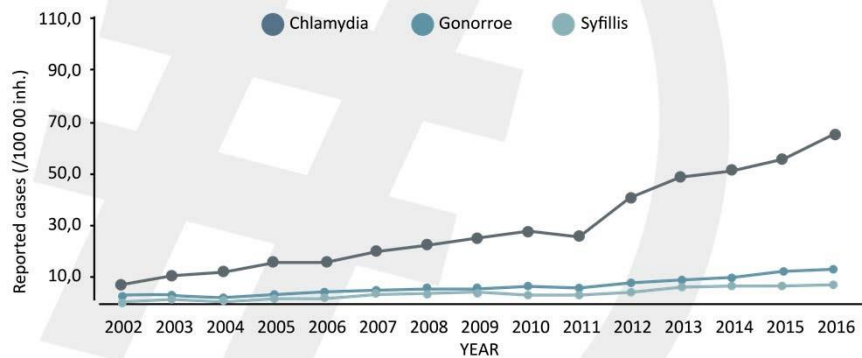
Sandra Van den Eynde

Kadering

- Soa's zijn democratisch – voor iedereen relevant
- Hoe jonger, hoe meer heteroseksuele en vrouwelijke diagnoses
- Hoe ouder, hoe meer homoseksuele en mannelijke diagnoses
- Oudere MSM vaker hiv-positief
- Hiv treft twee prioritaire groepen: MSM en SAM
- Ongediagnosticeerde hiv-bijkomende profielen
- Stigma rond soa's en hiv

Epidemiologie: soa's in Vlaanderen

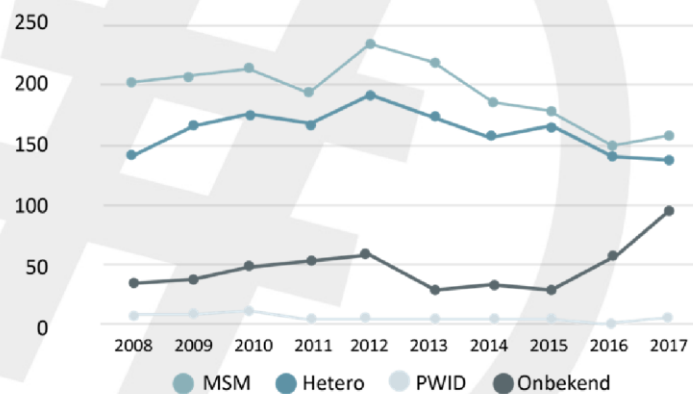
- Progressieve toename Chlamydia, gonorroe en syfilis
- Progressieve toename testen
- Resistentie gonorroe



Vanden Berghe, W.. & Crucitti, T. (2018) Surveillance van seksueel overdraagbare aandoeningen 2002-2016. Nationale en regionale gegevens afkomstig van het netwerk van laboratoria voor microbiologie en van het nationale referentiecentrum (Sciensano)

Epidemiologie: hiv in Vlaanderen

- Daling diagnoses zet zich voort = behandeling als preventie
- Effectief testbeleid
- Effect van PrEP nog (te) vroeg
- Voortgezet condoomgebruik



Sasse, A., Deblonde, J., Jamine, J., Van Beckhoven, D. (2018). Epidemiologie van aids en hiv infectie in België. Toestand op 31 december 2017. Sciensano, Epidemiologie en volksgezondheid, België.

Uitdagingen

- Combinatiepreventieverderuitrollenvoorhiv énsoa's
- Impact van PrEPop preventieen soa's
- Diversertestaanbod: eerstelijnssoaénhiv, hiv-zelftesten, outreachendsamplen, gedemedicaliseerdtestenop hiv
- Ongediagnosticeerdenvinden

Combinatiepreventie:
inzet meerdere disciplines en methodes



Beleiden aanbodVlaanderen

- Preventiebeleid georganiseerd met partnerorganisaties
 - Informeren en sensibiliseren diverse doelgroepen;
 - Terreinwerking naar MSM, sekswerkers en SAM;
 - Ondersteuning screening prioritaire doelgroepen;
 - Ondersteuning partner notificatie.
- Preventief vaccinatiebeleid HBV en HPV;
- Vrij toegankelijke preventiemiddelen (condooms, hiv-zelftest);
- Surveillance meldingsplichtig esoa's.

Aanbevelingen uit de rondetafel



Aanbevelingen uit de rondetafel



- Inzetten op sensibiliseren rond soa, hiv en testen
- Campagnes, prevalentiestudies, toegankelijke informatie
- Specifieke thema's en doelgroepen
- Inzetten op sensibiliseren rond condoomgebruik
 - Gratis, kwaliteit, imago
 - Bespreekbaarheid promoten
- Verkorten van de besmettelijke periode
 - Proactief herhaald testen, sterkere cue to action
 - Correct en sneller behandelen
 - Partners in het vizier

Aanbevelingen uit de rondetafel



- Verhogen van de toegankelijkheid van testen
 - Testen = goeden gewenst gezondheidsgedrag
 - Aanbod diversifiëren, richtlijnen promoten
- Na een meer counseling gerichte aanpak
 - Praten over soa, seks en de nomenclatuur
 - Counselor zonder counselor
- De meldingsplicht gericht toepassen
 - Participatielaboratoria
 - Partner notificatie verhogen
 - Resistentie gonorrée



Sterke voorbeelden uit de praktijk

*In gesprek met Vicky Jaspers,
Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)*

 @VickyJaspers

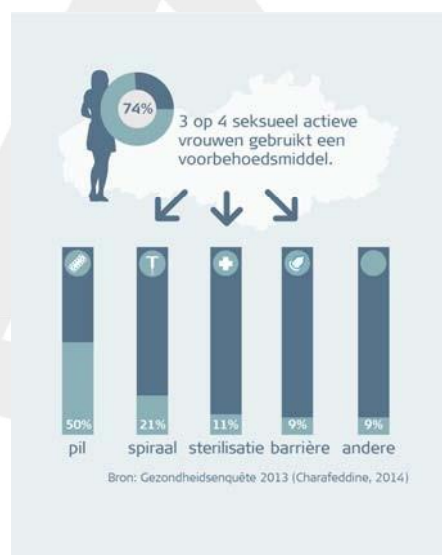


(On)geplande en (on)gewenste zwangerschap

Katrien Vermeire

Cijfers

- Gebruik **moderneanticonceptie** ligthoog



Contraceptionatlas 2018

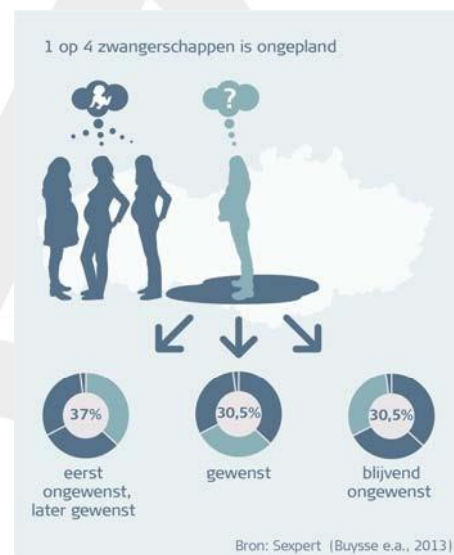
- België: top 3 Europa
 - Toegang moderne anticonceptie
 - Beschikbaarheid online info
 - Toegang tot counseling



Bron: contraceptioninfo.eu

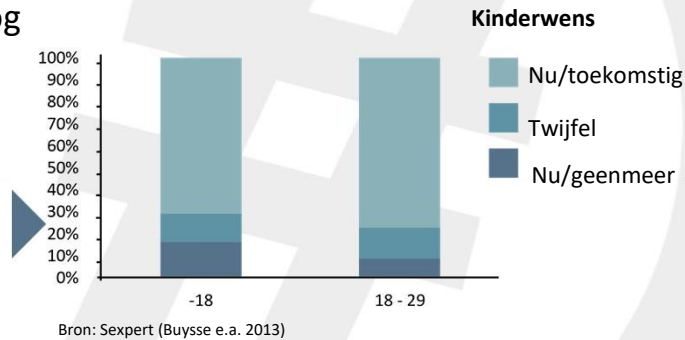
Cijfers

- 1 op 4 zwangerschappen is ongepland
- Ongepland is niet gelijkaanongewenst
- Beleving fluctueert
- Jaarlijks: ongeveer 20.000 vrouwen abortus
- België een van de laagste abortuscijfers wereldwijd (9 abortussen op 1000 vrouwen)



Cijfers

- Kinderwenshoog



- Geplandzwanger worden is niet voor iedereen eengegeven

— 1 op 6 koppels verminderd vruchtbaar

Uitdagingen

- Anticonceptie niet altijd 'op maat'
- Ongelijkheden: kwetsbare groepen
- Stigma op ongeplande zwangerschappen onervulde kinderwens
- Stijging leeftijd moeder bij eerste kind

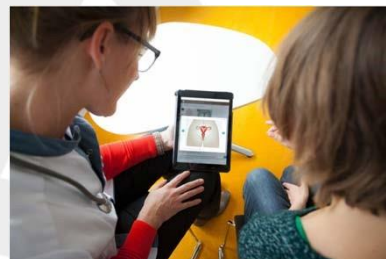
- Preventie en sensibilisering
- Financiële tegemoetkomingen anticonceptie
 - Jongeren
 - OCMW
 - Ziekenfonds
- Hulpaanbod
 - Anticonceptiecounseling
 - Ongeplande zwangerschap
 - Abortus

- Verbeterde toegang tot (nood)anticonceptie
 - Uitbreiding der betalingsregeling
 - Rationeel voorschrijven anticonceptie
 - Bevorder gebruik langetermijn anticonceptie
 - Bevorder koperspiraal als noodanticonceptie
- Personen in kwetsbare situaties
 - Gratis toegang
 - Werk met centrale aanspreekpersoon voor mensen in armoede



Aanbevelingen uit de rondetafel

- Verbeterde hulpverlening rond anticonceptie en gezinsplanning
 - Plaats anticonceptie in context gezinsplanning
 - Pro-actieve aanpak en structurele verankering
 - Integreer in de opleidingen voor intermediairs
 - Integreer in de navorming en deskundigheidsbevordering
- Personen in kwetsbare situaties
 - Optimaliseer procedure dringende medische hulp
 - Hulpverlening van prenatale fase tot nabevalling
 - Werk met ervaringsdeskundigen
 - Spreekdoelgroepen pro-actief aan



Aanbevelingen uit de rondetafel

- Zetin op sensibilisering en educatie rond gezinsplanningen levenskeuzes
 - Doormedische en niet-medische hulpverleners
 - Rol media (normaliseren, ontwikkelingsrichtlijnen,...)
 - Versterken individu in het maken van keuzes
- Pas wetgeving grondanonie en adoptie discreet bevalen aan



*In gesprek met Eva Adams,
Kind en Gezin*



Julia Day

Kadering

- Hulpverlening
 - 1,216 meldingen Vertrouwenscentra Kindermishandeling, 487 Stop it Now!, ...
- Politie en justitie
 - 12.000 meldingen van zedenmisdriven: 10 aanranding/dag, 8 verkrachting/dag, ... in 2017
 - Veroordelingen verkrachting: 416 in 2016, veroordelingen aanranding 479 in 2016
- #Metoo



Kadering



Aanbevelingen uit de rondetafel

Politieenjustitie

- Geefpolitieen magistratuurvorminggrondSeksueel GrensoverschrijdendGedrag
- Creëereenduidelijkjuridischkaderrondsexting
- Volgookmeldingendoor slachtofferszonderwettelijkverblijfsstatuut op

Aanbevelingen uit de rondetafel

Zetmeerin op preventiefbeleidbijorganisaties

- Raamwerkseksualiteitenbeleid
- AanspreekpersonenIntegriteit(API)

Geef meer aandacht aan Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag binnen zorg en welzijn

- Opleiding intermediairs
- Betere toegang tot hulpverlening

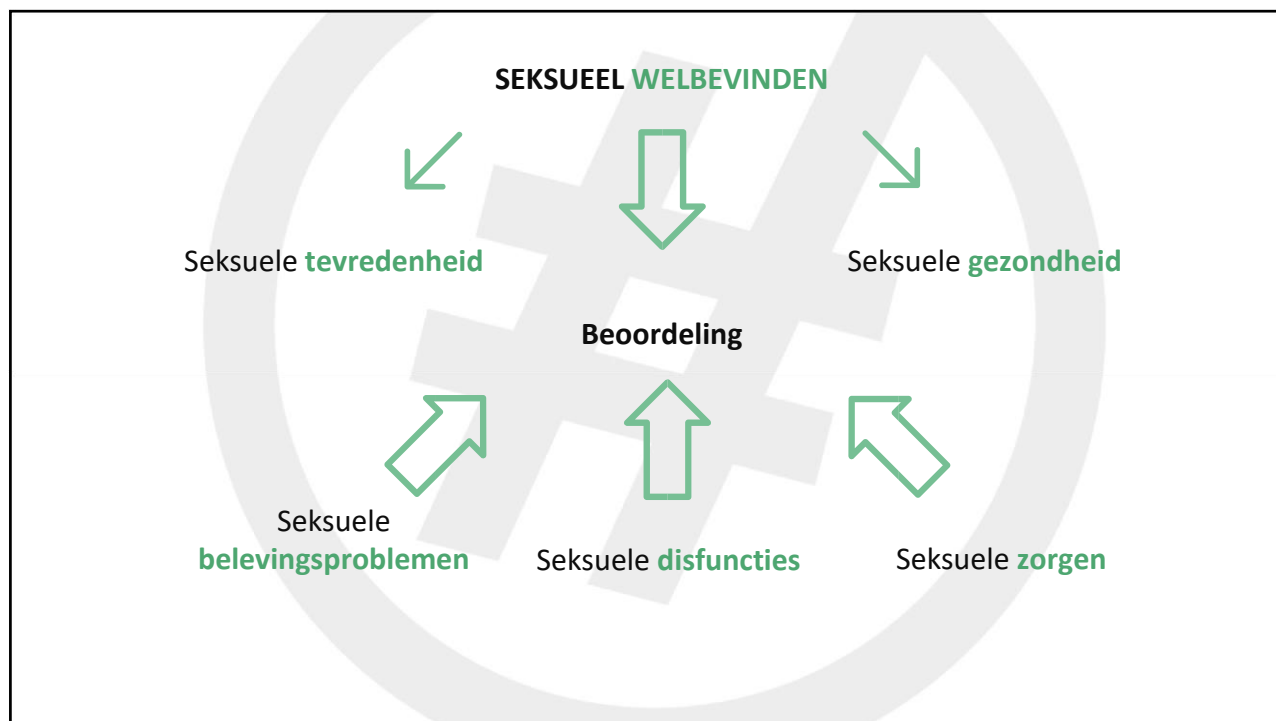
Zetverderin op sensibiliseringnaarhet publiektoe

- Campagnes
- Eenduidige boodschap – gemeenschappelijk charter
- Systematische doorverwijzing naar hulp door media
- Ouders bereiken



Seksueel welbevinden

Ruth Borms



-
- A Venn diagram with three overlapping circles. The top circle is red and labeled 'BIO' with a white icon of a person. The bottom-left circle is dark blue and labeled 'SOCIAAL' with a white icon of two people. The bottom-right circle is green and labeled 'PSYCHO' with a white icon of a head and brain. The central intersection of all three circles is white and labeled 'GEZONDHEID'.

Uitdagingen

- Impact van ziekte of beperking
 - Lichamelijke gezondheid en gebruik van medicatie
 - 27,2% Belgische bevolking: minstens 1 chronische ziekte
 - Toename voorgeschreven medicatie, afname niet voorgeschreven medicatie
- Mentale gezondheid
 - 1/3 heeft psychisch zwaar: stijgende trend
- Nodigen behoeften van verschillende doelgroepen

Beleid en aanbod: voorbeelden

- Informeren, sensibiliseren
- Dienstverlening
- (Na)vorming en Opleidingen



Vlaamse Vereniging
voor Seksuologie vzw



Beleid en aanbod: Het "Onder 4 ogen" stappenplan



Beleid en aanbod



Hoge
Gezondheidsraad

- Advies van Hoge Gezondheidsraad (2016)
- Erken klinisch seksuoloog als autonoom gezondheidsberoep!

Aanbevelingen uit de rondetafel

Geefseksueelwelbevindeneenpositieve, bredeeninclusieveinvulling

- Positieve invulling: wat bevordert seksueel welbevinden --> onderzoek: alle dimensies
- Brede invulling: diversiteit in seksueel welbevinden
- Inclusieve invulling: loskomen van stereotypen

Sensibiliseerhetbredepubliek overseksueelwelbevinden

- Campagnes
 - Positieveboodschappen
 -
 -
- Brede publiek
 - Inverteernietalleenin kennis: zelfredzamer maken om stap naar hulpverlening te kunnen zetten
 - Evenwicht: handvatten aanreiken en vrijheid om zelf in te vullen



Sterke voorbeelden uit de praktijk

*In gesprek met Nadine Aernouts,
Psychiatrisch Ziekenhuis Bethaniënhuis*