Voorwoord

In het laatste jaar van de studie maatschappelijk werk en dienstverlening moet er een afstudeerproject gemaakt worden, of zoals het in de studiegids genoemd wordt, de master proef. Ik heb ervoor gekozen om voor dit project het JIP Den Haag te benaderen met de vraag of zij tegen problemen aanliepen waar ik een afstudeerproject over kon maken.

Uit overleg met de coördinatrice van het JIP Den Haag, Zoetermeer en Delft, bleek dat deze organisatie tegen het probleem aanliep dat zij merkten dat er steeds meer tienermoeders bij ze komen. Uit overleggen waar zij bijzitten, en uit onderzoeken blijkt dat het onveilig vrijen onder jongeren ook toeneemt. De afspraak was daarom dat ik voor het JIP zou gaan onderzoeken hoe deze toename veroorzaakt wordt, en wat het JIP kan bijdragen om dit terug te dringen

In dit onderzoek komen de volgende onderwerpen aan bod:
- Een overzicht van de probleem situatie.
- Een probleemstelling en een doelstelling.
- De onderzoeksmethode die gebruikt is.
- De resultaten.
- De conclusies.

De volgende mensen wil ik graag bedanken voor hun hulp en medewerking bij de totstandkoming van dit onderzoek;
Fietje Schelling, coördinatrice van het JIP Den Haag, Delft en Zoetermeer, voor haar steun, hulp en geduld.
Alle medewerkers van het JIP Den Haag, Zoetermeer en Delft, en met name Scarlett, Erik, Nina en Eefke, voor hun medewerking aan het onderzoek.
Alle deelnemers aan de panelgesprekken, die ik om privacy redenen niet bij naam zal noemen.
Henry Stroet, mijn begeleider vanuit school, voor de tijd die hij in mijn begeleiding heeft gestoken, en zijn adviezen.

Michel Keuning, Mei 2004

Inhoudsopgave Onderzoeksrapport

Deel 1 Het praktijkprobleem **pag. 1 t/m 4**

Deel 2 De doelstelling en probleemstelling van het onderzoek **pag. 5 t/m 10**
§ 2.1 de doelstelling
§ 2.2 de probleemstelling
§ 2.3 de deelvragen
§ 2.4 opzet van het onderzoek
§ 2.5 uitvoering van het onderzoek

Deel 3 Resultaten Literatuur studie **pag. 11 t/m 27**
§ 3.1 Neemt onveilig vrijen toe of af?
§ 3.2 Risicogroepen
§ 3.3 Panel gesprekken risicogroepen
§ 3.4 Analyse risico factoren met betrekking tot onveilig vrijen

Deel 4 Conclusies **pag. 28 t/m 30**
§ 4.1 Neemt het onveilig vrijen onder jongeren tussen de 12 en 25 jaar toe?
§ 4.2 Wat zijn de risicofactoren op het gebied van onveilig vrijen?
§ 4.3 Anticonceptie
§ 4.4 Wat zijn de risicogroepen op het gebied van onveilig vrijen?
§ 4.5 Voorlichting
§ 4.6 SOA testen
§ 4.7 Campagnes
§ 4.8 Risico factoren

Deel 5 Bijlagen
Bijlage 1 Overzicht voorlichtingsfolders JIP
Bijlage 2 Overzicht anticonceptie middelen
Bijlage 3 Overzicht Seksueel Overdraagbare Aandoeningen
Bijlage 4 Beschrijving van de instelling

1 Het Praktijkprobleem

§1.1 Probleem omschrijving

Dit onderzoek richt zich op het Jongeren Informatie Punt (JIP) in de regio Den Haag, Zoetermeer en Delft.
De afgelopen jaren signaleren de medewerkers van het JIP een groeiend probleem onder jongeren. Ze constateren een toename van het aantal tienermoeders die zich als cliënt bij het JIP meldt. De vraag is of daaruit geconstateerd zou kunnen worden dat de onveilige seks onder tieners toeneemt. Deze vraag is interessant voor het JIP, omdat het voorlichten over de gevaren van onveilig vrijen aan jongeren een van de taken is die zij zich gesteld hebben.
Het probleem is echter dat het niet feitelijk meetbaar is of jongeren vaker onveilig vrijen. Om dit te weten te komen, zou er bij wijze van spreken ‘in de slaapkamer’ gekeken moeten worden. Omdat dit geen optie is lijkt de meest voor de hand liggende manier om te onderzoeken of jongeren veilig vrijen een onderzoek onder de doelgroep, bijvoorbeeld door middel van een enquête, of een andere vorm van interviewen. Ook in dit geval komen er echter een aantal problemen naar voren. Ten eerste is het de vraag of jongeren de waarheid spreken. Grootspraak over het onderwerp seks is niet iets vreemds onder mensen, en zeker niet onder jongeren. Een tweede probleem is dat er nogal een taboe ligt op het onderwerp. Zeker jongeren, die volop bezig zijn met de ontwikkeling van een seksuele identiteit, vinden seks regelmatig een moeilijk onderwerp om serieus over te praten. Een derde probleem is dat de term onveilig vrijen nog al een vaag begrip blijkt. Er is om twee redenen onduidelijkheid over deze term.
Ten eerste kan er namelijk mee bedoeld worden, ‘het zonder enige vorm van anticonceptie vrijen’, of er kan mee bedoeld worden ‘het zonder condoom vrijen, maar wel een andere vorm van anticonceptie gebruiken’, waardoor er dus mogelijk wel een kans bestaat op de overdracht van een SOA, maar de kan op zwangerschap alleen verkleind wordt.
Een tweede probleem met de term onveilig vrijen is dat jongeren anticonceptie ook verkeerd kunnen toepassen. Ze denken dan dat ze wel veilig vrijen, maar doen dit feitelijk niet.
De drie hiervoor genoemde punten geven aan dat alleen een onderzoek onder de doelgroep dus niet voldoet. Een andere optie is om te kijken naar de mogelijke gevolgen van onveilig vrijen. Onveilig vrijen heeft namelijk vier gevolgen die redelijk meetbaar zijn.

1. zwangerschap
2. abortus
3. het oplopen van een SOA
4. het oplopen van HIV/AIDS

Als deze gevolgen van onveilig vrijen toenemen, dan lijkt het voor de hand liggend dat ook het onveilig vrijen toeneemt. In dit onderzoek wordt aan de hand van registratie bekeken of het aantal tieners dat deze gevolgen van onveilig vrijen ondervindt toeneemt. Als dit zo is, dan wil het JIP graag een aantal dingen weten:
- wat zijn de oorzaken van dit onveilig vrijen?
- wat zijn de gevolgen van dit onveilig vrijen?
- wat zijn de risico factoren die onveilig vrijen inde hand werken?
- wat zijn de risicogroepen waar op gelet moet worden?

Het JIP wil aan de hand van deze punten weten, of zij eventueel activiteiten kunnen opzetten of aanpassen, zodat ze jongeren meer aanspreken en via deze activiteiten jongeren beter kunnen bereiken.

1.2 het JIP

Zoals al eerder gezegd wordt dit onderzoek gedaan in opdracht van het JIP. De afkorting JIP staat voor Jongeren Informatie Punt, dit zal in de rest van het onderzoek aangeduid worden met de afkorting JIP. Jongereninformatie is de kennis die jongeren van pas kan komen bij het nemen van beslissingen, het maken van keuzes en participeren in de samenleving.
Om te weten te komen wat het JIP aan de activiteiten zou kunnen aanpassen, is het belangrijk dat er eerst een overzicht gemaakt wordt van deze activiteiten. In de bijlagen is een volledige beschrijving van de instelling gegeven. In dit hoofdstuk zal echter alleen een overzicht worden gegeven van de voor dit onderzoek relevante activiteiten van het JIP, die op het gebied van onveilig vrijen.

Veilig vrijen en het JIP
Om duidelijk te maken vanuit welk kader het JIP werkt, wordt hier eerst een overzicht gegeven van de doelstellingen van het JIP.

Deze doelstellingen luiden als volgt:
- Informatie toegankelijk maken voor, en ter beschikking stellen aan, jongeren in de leeftijd van 12-25 jaar, om hun ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid te bevorderen en ter preventie van problemen op materieel en immaterieel gebied.
- Jongeren in staat stellen keuzes voor hun verdere ontwikkeling te maken middels informatie, advies en ondersteuning.
- Het stimuleren en faciliteren van de participatie van jongeren in de samenleving, hun eigen leefomgeving en binnen het JIP.
- Jongereninformatie toegankelijk te maken voor en ter beschikking stellen aan intermediairen, zowel professioneel als niet-professioneel, om via hen een bijdrage te leveren aan eerstgenoemde doelstellingen.

In 2003 kreeg het JIP Den Haag 286 vragen over seksualiteit, exclusief de internet vragen. Dit is ongeveer 7% van het totaal aantal vragen van het JIP. Het onderwerp staat daarmee op de vijfde plaats van het aantal vragen wat het JIP over een onderwerp krijgt. (Definitieve registratie gegevens van het JIP Den Haag, 2003)
Het JIP Delft kreeg in dit zelfde jaar 301 vragen over seksualiteit, 28% van het totaal. Dit betekent dat er over dit onderwerp de meeste vragen werden gesteld in 2003 aan het JIP Delft. (Definitieve registratie gegevens van het JIP Delft, 2003)
Het JIP in Zoetermeer kreeg in 2003 52 vragen over seksualiteit, ongeveer 3% van het totaal, en hiermee het achste onderwerp. (Definitieve registratie gegevens JIP van het Zoetermeer, 2003)
Bij deze cijfers moet overigens gezegd worden dat condoom verkoop niet wordt meegeteld. Ook wordt in het verslag van Zoetermeer gemeld dat de meeste vragen over seks tegenwoordig per e-mail worden gesteld. Deze vragen worden beantwoord door het JIP Den Haag en zijn dus niet terug te vinden in de registratiegegevens van het JIP Zoetermeer.
Deze cijfers geven aan dat er over het onderwerp seksualiteit in 2003 veel vragen zijn geweest, en het dus een belangrijk onderwerp is binnen het JIP.

Het JIP heeft geeft op verschillende manieren informatie over het onderwerp seksualiteit.
1. schriftelijke informatie
2. digitale informatie
3. condoomverkoop
4. sekspreekuur
5. voorlichting op scholen
6. voorlichting aan risicogroepen
7. publiekscampagnes
8. week van de liefde

1. Schriftelijke informatie

Het JIP heeft op verschillende locaties informatie hoeken, zoals bibliotheken, scholen en Bureau Jeugdzorg. Ook in het gebouw van het JIP liggen folders over allerlei onderwerpen, zoals seksualiteit. Een overzicht van de folders die het JIP aanbiedt, zijn terug te vinden in de bijlage.

2. Digitale informatie

- Jongeren kunnen vragen stellen via E-mail. Het voordeel hiervan is dat het anoniem is.
- Jongeren kunnen informatie zoeken op de website van het JIP. Het JIP heeft op de website informatie over de onderwerpen waar jongeren het meest vragen over hebben. Een van deze onderwerpen is seksualiteit.
- Het JIP heeft ook een website opgezet, speciaal voor tienermoeders. Hierop staat allemaal informatie over tienermoederschap, zoals zwangerschap en bevalling, rechten en plichten, kinderbijslag, verzekeringen, uitkeringen, onderwijs, kinderopvang, instanties die hulp bieden en instanties die activiteiten organiseren voor tienermoeders.
- Jongeren kunnen bij het JIP informatie opzoeken op het internet.

3. Mondelinge informatie

Een van de projecten van het JIP is het sekspreekuur. Zij werken hierbij samen met de Rutgers Nisso Groep. Tijdens dit wekelijkse spreekuur kunnen jongeren op het JIP langskomen om vragen te stellen over seks, maar ook een recept voor de pil krijgen. Dit alles is gratis en anoniem.
Jongeren kunnen ook op een andere manier mondelinge informatie krijgen, buiten het sekspreekuur, door langs te komen of op te bellen. Bij de behandeling van de vraagstelling van de cliënt heeft de

medewerker van het JIP informatie- en adviesgesprekken met de cliënt volgens een 5 stappen model dat is afgeleid van het model van T.T. Ten Have.
Hierbij wordt hierbij uitgegaan van de volgende vijf fases:
1. kennismaking en contactlegging.
2. het achterhalen en specificeren van de vraag.
3. het verzamelen van relevante informatie.
4. beantwoording van de vraag.
5. afsluiting en evaluatie
Ze gebruiken dit model om structuur in het gesprek te brengen, en een eenmalig gesprek ‘naar behoren te laten verlopen’. Ook wordt het makkelijker voor de hulpverlener om het gesprek en het eigen handelen te analyseren. Hieronder worden de fases van het proces verder toegelicht.
Fase 1: kennismaking en contactlegging:
In deze eerste fase ligt de nadruk op de eerste indrukken. Aan de hand van deze eerste keuzes kiest de hulpverlener voor een benadering. Ook is het belangrijk dat de cliënt zich op zijn gemak voelt, en zijn of haar vraag durft te stellen. De hulpverlener zoekt een midden tussen het gevoelsmatig werken en het aannemen van een objectieve open houding.
Fase 2: Het achterhalen en specificeren van de vraag:
In deze fase is het belangrijk dat de vraagstelling goed geformuleerd wordt. Ook moet er achterhaald worden of de vraagstelling waar de jongere mee komt, ook echt is wat hij of zij wil weten. Vaak is er namelijk een achterliggende vraag. Hier moet voldoende tijd aan besteed worden. De hulpverlener moet dus niet meteen naar oplossingen gaan zoeken, maar er eerst zeker van zijn dat de vraag goed geformuleerd is.
Fase 3: het verzamelen van relevante informatie:
Om een goed beeld te vormen moeten ook de situatie en achtergrond van de jongere achterhaald worden. Het gaat dan wel om informatie die noodzakelijk is voor het beantwoorden van de vraag. Het is ook belangrijk dat er aan de jongere wordt verteld, waarom de vragen worden gesteld, zodat de jongere niet het idee heeft dat hij op een kruisverhoor zit.
Fase 4:
Voor het beantwoorden van de vraag kan voor een aantal vormen van hulpverlening of dienstverlening gekozen worden, zoals informatie verstrekking, advies, ondersteuning, bemiddeling of verwijzing.
Hiervoor worden een aantal tussen stappen genomen:
- raadplegen van documentatie of informatie.
- Het zoeken en vinden van een antwoord op de vraag.
- Het vertalen van het antwoord naar de situatie van de jongere.
- Het aangeven van de keuzemogelijkheden, en de consequenties van deze keuzes.

Het is de bedoeling dat dit in een voor de jongere begrijpbare taal gebeurd. Hiervoor is het ook goed om de jongere bij het opzoeken van de informatie te betrekken. Zo leert de jongere zelf informatie op te zoeken, en ervaart hij of zij zelf de keuze te hebben gemaakt.

Fase 5 de afsluiting en evaluatie:
Als de jongere een antwoord heeft gevonden waar hij of zij tevreden mee is, en mee verder kan, wordt het gesprek samengevat, geëvalueerd en er wordt gecontroleerd of de cliënt alles heeft begrepen. Uiteindelijk wordt er gevraagd of de jongere alles heeft begrepen en of de jongere nog meer vragen heeft. De verantwoording voor een goede afsluiting ligt bij de hulpverlener. Het is belangrijk dat er zorgvuldig en met aandacht afgesloten wordt.

4. Condoomverkoop

Het JIP verkoopt condooms. Zij doen dit goedkoper dan bijvoorbeeld de meeste winkels. Daarnaast is er aan de buitenkant bij het JIP een condoomautomaat opgehangen.

5. voorlichting op scholen

De medewerkers van het JIP geven zelf geen voorlichting op scholen. Wel geeft het JIP advies aan de GGD en de Rutgers Nisso Groep. Dit zijn organisaties die voorlichtingen schrijven en ontwikkelen voor scholen.

6. voorlichting aan risicogroepen

Het JIP heeft folders over bijvoorbeeld homoseksualiteit, en heeft het JIP de mogelijkheid om door te verwijzen naar bijvoorbeeld het COC.

Het JIP heeft een werkgroep opgericht voor tienermoeders. Hier worden activiteiten gedaan en er wordt gesproken over het moederschap. Een andere taak van deze groep is de voorlichting die door deze tienermoedergroep van het JIP wordt gegeven aan tieners en tienermoeders.

7. Publiekscampagnes

Het JIP voert geen landelijke media campagnes. Wel voert het JIP acties uit, zoals bijvoorbeeld een condoom stand bij Parkpop, de Megafestatie, en andere gelegenheden waar veel jongeren op af komen. Vaak worden hier dan gratis condooms uitgedeeld, en kunnen jongeren oefenen met het omdoen van condooms. Ook liggen er folders met informatie. Ook kan het JIP organisaties die wel landelijke campagnes opzetten, zoals Rutgers Nisso Groep, adviseren.

8. Week van de Liefde

In verband met het tienjarig bestaan van het JIP is er in oktober in 2003 is er een themaweek opgezet. Het JIP heeft er voor gekozen om het thema van deze week liefde te laten zijn. In deze week is er veel aandacht gevraagd voor het onderwerp liefde, maar ook voor onveilig vrijen. Een van de belangrijkste activiteiten op dit gebied was een discussie tussen jongeren, hulpverleners, leraren, politici en andere geïnteresseerden. Er zijn drie van deze discussies gehouden, een in Den Haag, een in Zoetermeer en een in Delft. Ook is het JIP samen met een aantal andere organisaties, zoals het COC, de GGD en de Rutgers Nisso Groep, met een promotiebus gaan voorlichten op middelbare scholen in de regio. Hier werden ook gratis condooms uitgedeeld. Verder zijn er overleggen opgezet tussen verschillende hulpverleningsinstanties, en zijn er workshops gehouden, onder andere over loverboys. Ook waren er nog wat meer luchtige dingen zoals tentoonstellingen, toneelvoorstellingen en een eindfeest.
Het JIP heeft voor het organiseren van de Week van de Liefde, de stimuleringsprijs 2004 gewonnen, van de stichting Openbare GezondheidsZorg, de OGZ. Vanwege het grote succes gaat het JIP in 2005 in ieder geval nog een keer een Week van de Liefde organiseren, en kijken of het een jaarlijks terugkerend project kan worden.

2 Doelstelling, Probleemstelling, Opzet en Uitvoering van het onderzoek

§ 2.1 Doelstelling van het onderzoek
De doelstelling van dit onderzoek is er achter te komen welke handvatten er aan het JIP in Den Haag, Zoetermeer en Delft, gegeven kunnen worden, om via voorlichting over seksualiteit en seks, de onveilige seks bij jongeren in de leeftijdscategorie 12 tot 25 jaar terug te dringen.

§ 2.2 Probleemstelling
Neemt het onveilig vrijen in de leeftijd 12 tot 25 jaar toe of af, welke factoren dragen erbij tot onveilige seks bij jongeren in deze leeftijdscategorie, en welke kansen zijn er voor het JIP om veilig vrijen in deze leeftijdscategorie te stimuleren?

§ 2.3 Deelvragen
- Neemt het veilig vrijen toe of af?
- Welke mogelijke verklaringen en oorzaken zijn er voor een eventuele toename of afname?
- Wat zijn de risicofactoren, die onveilig vrijen stimuleren?
- Wat zijn de mogelijke gevolgen van onveilig vrijen?
- Welke risicogroepen zijn er op het gebied van onveilig vrijen?
- Welke kansen zijn er voor het JIP om veilig vrijen te stimuleren?

§ 2.4 Opzet van het onderzoek
Dit onderzoek is begonnen met een oriënterend gesprek met de coördinatrice van het JIP in Den Haag, Zoetermeer en Delft, waarin het gesignaleerde probleem is besproken en in grote lijnen is uitgedacht hoe het onderzoek vorm gegeven kon worden.
Naar aanleiding van dit gesprek is het startdocument geschreven en is er begonnen met lezen van de literatuur omtrent dit onderwerp. Nadat via de doelstelling, probleemstelling, en omschrijving van de doelgroep, het onderzoek afgebakend was begon het onderzoek

- Literatuurstudie

In de literatuurstudie is er gekeken naar het eerste gedeelte van de probleemstelling. Hierbij is er gebruik gemaakt van verschillende onderzoeken en boeken, die terug te vinden zijn in de literatuurlijst. Er is aan de hand van deze literatuur onderzocht of het onveilig vrijen onder jongeren toeneemt. Ook is er gezocht naar eventuele risicogroepen en risicofactoren.

- Panelgesprekken

In het tweede deel van het onderzoek, de panelgesprekken, is er onderzocht wat de mening van jongeren over de voorlichting is, en vooral hoe zij denken dat het beter kan. Zij kunnen aanvullende informatie kunnen verschaffen die niet in boeken terug te vinden is. Daarom is er in het tweede deel van dit onderzoek voor gekozen om de mening van jongeren op een aantal punten te toetsen met de uitkomsten van de literatuurstudie. Dit is gebeurd in de vorm van panelgesprekken. Uit gesprekken met de medewerkers van het JIP en de literatuurstudie bleek dat er twee risicogroepen duidelijk naar voren kwamen, met betrekking tot onveilig vrijen. Dit waren Antilliaanse meisjes van 12 tot 25 jaar oud, en jongens met homoseksuele contacten. Er is daarom gekozen om drie keer met een groep jongeren te spreken, een keer Antilliaanse meisjes, een keer jongens met homoseksuele contacten en een keer een algemene groep, die bestond uit een samenstelling van jongeren uit de Jongeren Advies Raad van het JIP en stagiaires van het JIP.
Tijdens de panelgesprekken was het de bedoeling om jongeren met elkaar over de voorgelegde onderwerpen te laten discussiëren. Op die manier werd gehoopt alle ideeën en gedachten van de deelnemers te zien te krijgen, en de jongeren ook zelf te stimuleren om tijdens de gesprekken over een onderwerp na te denken. Het idee was dan ook niet om een vraag antwoord-gesprek te houden, maar de interactie tussen de jongeren te stimuleren, en ze te laten discussiëren over de onderwerpen. Men moet zich wel realiseren dat de antwoorden die deze jongeren gegeven hebben niet als representatief voor de totale doelgroep gezien kunnen worden, omdat het daarvoor een te klein onderzoek was, maar ze geven een waardevolle bijdrage voor het totale onderzoek.

- Debatten

Ik ben ook aanwezig ben geweest bij twee van de drie eerder genoemde debatten, die door het JIP georganiseerd werden in het kader van 'de Week van de Liefde'. Jongeren, professionals, politici en andere geïnteresseerden debatteerden hier over het vraagstuk 'toename van onveilige seks onder jongeren'. Het JIP heeft de eerste conclusies van dit onderzoek onder andere gebruikt voor de opzet van de debatten.
Ook heeft het JIP alvast een aantal conclusies aangedragen in de debatten.

De antwoorden uit de literatuurstudie en de antwoorden van de jongeren uit de panelgesprekken zijn bij de debatten vergeleken met de onderwerpen uit deze debatten, en ze bleken grotendeels overeen te komen met de aspecten die in deze debatten ook naar voren kwamen. De debatten gingen met name over de risico factoren op het gebied van onveilig vrijen.

§2.5 De uitvoering van het onderzoek:

- Literatuurstudie:

In de literatuurstudie is ervoor gekozen om een aantal recente onderzoeken te bestuderen. Daarnaast is er gebruik gemaakt van recente literatuur over het onderwerp veilig vrijen. Een overzicht van de gebruikte literatuur is terug te vinden in de literatuurlijst. Ook is er gebruik gemaakt van het internet. Ook de gebruikte websites zijn terug te vinden in de literatuur lijst.
Uit de literatuurstudie zijn er naar een aantal resultaten naar voren gekomen, die uitgewerkt zijn. Eerst is er onderzocht of de onveilige seks onder jongeren toeneemt aan de hand van cijfers over SOA, AIDS, zwangerschap en abortus. Vervolgens is er gekeken welke risicogroepen er zijn. Tot slot is er in de literatuur gezocht naar risico factoren. Hierin is een opsplitsing gemaakt tussen sociaal culturele factoren, en maatschappelijke tendensen.

- Panelgesprekken:

In totaal is er in de panelgesprekken met negen jongeren gesproken. In eerste instantie zouden er meer jongeren geïnterviewd worden, maar dit was niet mogelijk aangezien een aantal jongeren tijdens de geplande gesprekken niet op kwam dagen, wat overigens niet vreemd is bij jongeren participatie. Onder de tijdsdruk van de naderende debatten in de Week van de Liefde, waarvoor conclusies gebruikt zouden worden, is er besloten van verdere gesprekken af te zien.
Daarbij kwam bij dat na de gesprekken er voldoende informatie bleek te zijn, en een goed beeld te vormen was van de problematiek.
Om de anonimiteit van de deelnemers te waarborgen, is er belooft hun namen niet te noemen in het onderzoek. Daarom is alleen de eerste letter van hun naam opgeschreven, en hun leeftijd opgegeven. Er is met twee Antilliaanse meisjes gesproken, twee homoseksuele jongens en een homoseksuele medewerker van het JIP die ook deelnam en vier meiden in de algemene groep.
Bij ieder gesprek was ook een medewerker van het JIP aanwezig, om mij te ondersteunen. Ik ben de gesprekken begonnen met een korte introductie. Hierin heb ik mijzelf voorgesteld en verteld wat de reden was voor dit gesprek. Ook heb ik kort iets verteld over mijn (seks)leven, om het vertrouwen van de deelnemers te winnen, en een sfeer te creëren waarin iedereen zich vrij voelt om alles te vertellen. Daarna deed ook de medewerker van het JIP dit. Vervolgens is er een klein rondje gehouden, waarin de deelnemers zich konden voorstellen.
Vervolgens zijn er per panel de volgende vragen gesteld:

Algemene groep
Voorstellen/ introductie:

- Hoe heet je?
- Hoe oud ben je?
- Heb je een vriend/ vaste relatie?
- Heb je een kind of kinderen?

Relatie/ de eerste keer:

- Wanneer had je voor de eerste keer seks?
- Was dit in een vaste relatie?
- Heb je het toen veilig gedaan?
- Heb je al eens een vaste relatie gehad?
- Had je seks in deze relatie?
- Had je veilige seks?
- Heb je ook wel eens onveilig gevreeën?
- Zo ja, was dit in een vaste relatie?

Verkrijgbaarheid anticonceptie:

- Vond je het moeilijk om voor het eerst condooms te gaan kopen?
- Vond je het moeilijk om voor het eerst de pil te halen?
- Heeft een van jullie wel eens de morning after pil gebruikt?
- Zo ja, vond je het moeilijk om deze te halen?
- Zou het de drempel verlangen als je dit niet bij de huisarts hoefde te doen, maar anoniem zou kunnen halen bijvoorbeeld bij het JIP?
- Denken jullie dat als condooms, anticonceptiemiddelen gratis of goedkoper verstrekt zouden worden, dit de drempel tot gebruik zou verlagen?

- Mogen jullie anticonceptie zoals de pil gebruiken van je ouders?
- Zo ja, vanaf wanneer?

Voorlichting:
- Heb je seksuele voorlichting gehad?
- Zo ja, van wie; bijvoorbeeld ouders, school of vrienden?
- Vond je dat je op een goede manier voorlichting heb gehad, en heb je er wat aan gehad?
- Wat zou volgens jou beter moeten aan de voorlichting?
- Ging de voorlichting alleen over het biologische gedeelte van de seks, dus hoe het moet en hoe alles werkt, of werd er ook over ervaringen gepraat?
- Konden jullie met je ouders praten over seks en heb je het idee dat in andere gezinnen kan?
- Heb je het idee er goed voorgelicht wordt over het gebruik van anticonceptie, en de gevolgen van onveilige seks?

Soa testen:
- Zou je bereid zijn om je gratis te laten testen op SOA bijvoorbeeld aan het begin van een nieuwe vaste relatie?
- Zou je je partner hiertoe willen of durven aanzetten/ stimuleren?
- Weet je welke mogelijkheden er zijn om je gratis te laten testen op SOA?

Campagnes**:**
- Denk je dat een campagne waarbij veel duidelijk zieke mensen, bijvoorbeeld met AIDS, te zien zijn, aan zou slaan?
- Heb je zelf ideeën over wat mensen aanspreekt, in een campagne over seksuele voorlichting en preventie?
- Wat heeft jou over gehaald, of zou jou overhalen om veilig (gaan) te vrijen?

Risico factoren:
- Heb je het idee dat de zogenaamde medicijnen cocktail die het HIV virus redelijk controleerbaar maakt, er toe kan leiden dat mensen weer makkelijker onveilig seksen?
- Kun je je voorstellen dat veel jongeren die een vaste partner hebben er naar verloop van tijd voor kiezen om niet meer met condoom te seksen?
- Heb je het idee dat jongens wel eens druk leggen bij hun partner, bijvoorbeeld door te zeggen dat het met condoom niet lekker is?
- Durf je de grens aan te geven, wanneer je niet wilt seksen?
- Durf je tegen een nieuwe partner over condooms te beginnen?
- Wanneer doe je dit, bijvoorbeeld in een gewone situatie, of op het moment dat het staat te gebeuren?
- Als je altijd een condoom op zak hebt, zal je het dan in een onverwachte situatie eerder veilig doen?

Homoseksuele jongens

Voorstellen/ introductie:
- Hoe heet je?
- Hoe oud ben je?
- Heb je een vriend/ vaste relatie?
- Op welke leeftijd ben je voor je seksualiteit uitgekomen?

Relatie/ de eerste keer:
- Wanneer had je voor de eerste keer seks?
- Erkende je jezelf toen al als homoseksueel?
- Was dit in een vaste relatie?
- Heb je het toen veilig gedaan?
- Heb je al eens een vaste relatie gehad?
- Had je seks in deze relatie?
- Had je veilige seks?
- Heb je ook wel eens onveilig gevreeën?
- Zo ja, was dit in een vaste relatie?

Verkrijgbaarheid anticonceptie:
- Vond je het moeilijk om voor het eerst condooms te gaan kopen?
- Denken jullie dat als condooms gratis of goedkoper verstrekt zouden worden, dit de drempel tot gebruik zou verlagen?
- Haal je wel eens anale condooms?
- Heb je het idee dat dit extra moeilijk is, omdat er misschien nog een groter taboe op rust?

Voorlichting:

- Heb je seksuele voorlichting gehad?
- Zo ja, van wie; bijvoorbeeld ouders, school of vrienden?
- Heb je met je ouders over je seksualiteit kunnen praten? En hebben ze je voorgelicht over homoseksualiteit in het algemeen?
- Vond je dat je op een goede manier voorlichting heb gehad, en heb je er wat aan gehad?
- Wat zou volgens jou beter moeten aan de voorlichting?
- Ging de voorlichting alleen over het biologische gedeelte van de seks, dus hoe het moet en hoe alles werkt, of werd er ook over ervaringen gepraat?
- Heb je het idee er goed voorgelicht wordt over het gebruik van anticonceptie, en de gevolgen van onveilige seks?
- Is er tijdens de seksuele voorlichting op school wel eens gesproken over homoseksualiteit?
- Kon je hier toen iets mee?

Soa testen:
- Zou je bereid zijn om je gratis te laten testen op SOA bijvoorbeeld aan het begin van een nieuwe vaste relatie?
- Zou je je partner hiertoe willen of durven aanzetten/ stimuleren?
- Weet je welke mogelijkheden er zijn om je gratis te laten testen op SOA?

Campagnes:
- Denk je dat een campagne waarbij veel duidelijk zieke mensen, bijvoorbeeld met AIDS, te zien zijn, aan zou slaan?
- Heb je zelf ideeën over wat mensen aanspreekt, in een campagne over seksuele voorlichting en preventie?
- Wat heeft jou over gehaald, of zou jou overhalen om veilig (gaan) te vrijen?

Risico factoren:
- Heb je het idee dat de zogenaamde medicijnen cocktail die het HIV virus redelijk controleerbaar maakt, er toe kan leiden dat mensen weer makkelijker onveilig seksen?
- Kun je je voorstellen dat veel jongeren die een vaste partner hebben er naar verloop van tijd voor kiezen om niet meer met condoom te seksen?
- Heb je het idee dat jongens wel eens druk leggen bij hun partner, bijvoorbeeld door te zeggen dat het met condoom niet lekker is?
- Durf je de grens aan te geven, wanneer je niet wilt seksen?
- Durf je tegen een nieuwe partner over condooms te beginnen?
- Wanneer doe je dit, bijvoorbeeld in een gewone situatie, of op het moment dat het staat te gebeuren?
- Als je altijd een condoom op zak hebt, zal je het dan in een onverwachte situatie eerder veilig doen?
- Uit onderzoek blijkt dat homoseksuele mannen gemiddeld vaker seks hebben dan heteroseksuele mannen, en ook meer open zijn in een relatie. Herken je dit? Wat vind je hier van?
- Toch betekend dit niet automatisch dat homoseksuele mannen het vaker onveilig doen. Heb je een idee hoe het komt dat dit toch lijkt te gebeuren?
- Het idee dat soa’s en aids alleen onder homoseksuele mannen voorkomt is allang achterhaald. Toch blijkt uit de cijfers dat homoseksuele mannen wel een groter risico lopen om een soa op te lopen, omdat er een groter percentage dan gemiddeld een soa heeft. Hoe kan het dan dat ook een groter percentage onveilig vrijt?
- Hoe denk je dat het komt dat het percentage homoseksuele mannen dat onveilig vrijt, sinds begin jaren negentig weer is toe genomen?

Antilliaanse meisjes:
Voorstellen/ introductie:
- Hoe heet je?
- Hoe oud ben je?
- Heb je een vriend/ vaste relatie?
- Heb je een kind of kinderen?

Relatie/ de eerste keer:
- Wanneer had je voor de eerste keer seks?
- Was dit in een vaste relatie?
- Heb je het toen veilig gedaan?
- Heb je al eens een vaste relatie gehad?
- Had je seks in deze relatie?

- Had je veilige seks?
- Heb je ook wel eens onveilig gevreeën?
- Zo ja, was dit in een vaste relatie?
- Wie vind je dat er verantwoordelijk is voor het gebruik van condooms, de jongen, jij of allebei?

Verkrijgbaarheid anticonceptie:
- Vond je het moeilijk om voor het eerst condooms te gaan kopen?
- Vond je het moeilijk om voor het eerst de pil te halen?
- Heeft een van jullie wel eens de morning after pil gebruikt?
- Zo ja, vond je het moeilijk om deze te halen?
- Zou het de drempel verlangen als je dit niet bij de huisarts hoefde te doen, maar anoniem zou kunnen halen bijvoorbeeld bij het JIP?
- Denken jullie dat als condooms, anticonceptiemiddelen gratis of goedkoper verstrekt zouden worden, dit de drempel tot gebruik zou verlagen?
- Mogen jullie anticonceptie zoals de pil gebruiken van je ouders?
- Zo ja, vanaf wanneer?
- Weet je wat dubbel dutch betekend?
- Vind je dat iemand die de pil gebruikt een makkelijkere prooi is voor mannen?

Voorlichting:
- Heb je seksuele voorlichting gehad?
- Zo ja, van wie; bijvoorbeeld ouders, school of vrienden?
- Wie is er verantwoordelijk voor het geven van voorlichting, ouders, school?
- Vond je dat je op een goede manier voorlichting heb gehad, en heb je er wat aan gehad?
- Wat zou volgens jou beter moeten aan de voorlichting?
- Ging de voorlichting alleen over het biologische gedeelte van de seks, dus hoe het moet en hoe alles werkt, of werd er ook over ervaringen gepraat?
- Konden jullie met je ouders praten over seks en heb je het idee dat in andere gezinnen kan?
- Heb je het idee er goed voorgelicht wordt over het gebruik van anticonceptie, en de gevolgen van onveilige seks?

Soa testen:
- Zou je bereid zijn om je gratis te laten testen op SOA bijvoorbeeld aan het begin van een nieuwe vaste relatie?
- Zou je je partner hiertoe willen of durven aanzetten/ stimuleren?
- Weet je welke mogelijkheden er zijn om je gratis te laten testen op SOA?

Campagnes:
- Denk je dat een campagne waarbij veel duidelijk zieke mensen, bijvoorbeeld met AIDS, te zien zijn, aan zou slaan?
- Heb je zelf ideeën over wat mensen aanspreekt, in een campagne over seksuele voorlichting en preventie?
- Wat heeft jou over gehaald, of zou jou overhalen om veilig (gaan) te vrijen?
- Denken jullie dat een speciale voorlichtingscampagne gericht op Antilliaanse mensen, aan zou slaan?
- Hebben jullie zelf ideeën over wat Antilliaanse mensen aan zou spreken?

Risico factoren:
- Heb je het idee dat de zogenaamde medicijnen cocktail die het HIV virus redelijk controleerbaar maakt, er toe kan leiden dat mensen weer makkelijker onveilig seksen?
- Kun je je voorstellen dat veel jongeren die een vaste partner hebben er naar verloop van tijd voor kiezen om niet meer met condoom te seksen?
- Heb je het idee dat jongens wel eens druk leggen bij hun partner, bijvoorbeeld door te zeggen dat het met condoom niet lekker is?
- Durf je de grens aan te geven, wanneer je niet wilt seksen?
- Durf je tegen een nieuwe partner over condooms te beginnen?
- Wanneer doe je dit, bijvoorbeeld in een gewone situatie, of op het moment dat het staat te gebeuren?
- Als je altijd een condoom op zak hebt, zal je het dan in een onverwachte situatie eerder veilig doen?
- Hebben jullie het gevoel gehad dat seksualiteit iets is wat je thuis niet hoort te bespreken?
- Hoe is dat bij andere Antilliaanse gezinnen, volgens jou?
- Steeds meer jongeren blijken onveilig te vrijen, hoe denk je dat dit komt?

- Hebben jullie het idee dat het belang dat er aan vruchtbaarheid wordt gehecht in de Antilliaanse cultuur, er toe leidt dat in verhouding veel meisjes jong zwanger worden, en jong onveilig seksen?

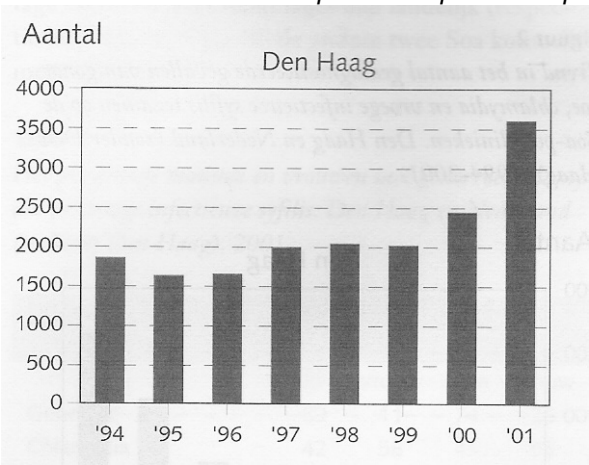
3 Resultaten literatuurstudie

§ 3.1 Neemt onveilig vrijen toe of af?

Zoals al eerder genoemd, is de doelgroep van het JIP jongeren tussen de 12 en 25 jaar. Dit zal ook de groep zijn waar dit onderzoek zich op richt. Het gaat niet alleen om de jongeren die al bij het JIP komen, maar om alle jongeren tussen de 12 en 25 jaar, in de regio Den Haag, Zoetermeer en Delft. Het gaat namelijk niet alleen om de jongeren die het JIP al bereikt, maar juist ook om de jongeren die ze nog niet bereikt.
Om te kijken of het onveilig vrijen onder de doelgroep toeneemt, zijn eerst de cijfers op het gebied van SOA, AIDS, zwangerschap en abortus in deze doelgroep tussen de 12 en 25 jaar bekeken.

Seksueel Overdraagbare Aandoeningen:
Het is erg lastig om er achter te komen of het aantal SOA toeneemt. Het probleem is namelijk dat deze cijfers puur gebaseerd zijn op het aantal mensen dat is getest op SOA, door de SOA-poliklinieken en de GGD. Testen van huisartsen zijn hier dus niet in verwerkt. Er is ook niet bekent hoeveel mensen er rondlopen met een SOA, zonder dat zij het weten. Een SOA kan namelijk jaren aanwezig zijn zonder dat de besmette persoon hier iets van merkt. Daar komt bij dat pas sinds een aantal jaar het mogelijk is om je gratis en anoniem te testen op SOA, wat het testen nogal laagdrempelig heeft gemaakt, en waardoor het aantal testen enorm is toegenomen, maar ook het aantal instellingen dat meewerkt aan de registratie is toegenomen.
Het RIVM, het rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu, dat deze cijfers analyseert, meldt wel dat het aantal testen tussen 1990 en 2001 meer is toegenomen dan het aantal SOA, daar geven zij wel meteen bij aan dat toch ook het aantal SOA lijkt te stijgen.
In het epidemiologisch bulletin van de gemeente Den Haag 2003, nummer 1, staan de cijfers verwerkt van de SOA- poliklinieken in Den Haag, in de periode 1994 tot 2001. Dit zijn cijfers van de NVDV, de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie. Hieruit blijkt ten eerste dat ook hier het aantal consulten enorm is toegenomen (zie tabel 1), van minder dan 2000 in 1994, naar meer dan 3500 in 2001. Het gaat hier wel over cijfers voor alle mensen, dus niet alleen jongeren.

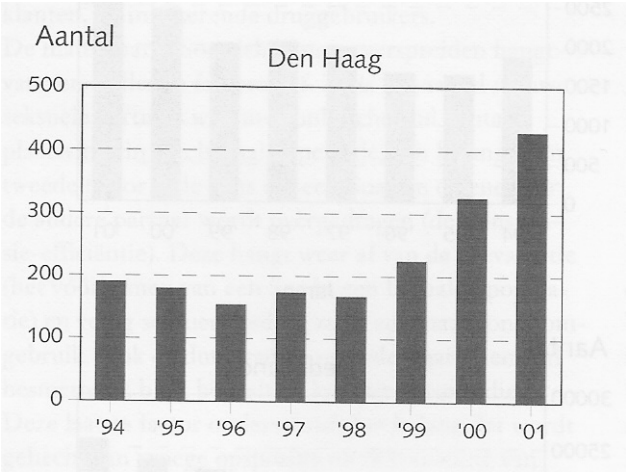
Tabel 1 Aantal consulten op de SOA polikliniek per jaar in Den Haag



NVDV registratie

Naast deze toename in het aantal consulten, blijkt ook in Den Haag het aantal gediagnosticeerde klassieke SOA toegenomen te zijn (tabel 2), van minder dan 200 in 1994 naar meer dan 400 in 2001. Onder klassieke SOA verstaat het onderzoek van het epidemiologisch bulletin Chlamydia, Gonorroe en vroege infectieuze Syfilis.

Tabel 2 aantal gediagnosticeerde SOA per jaar in Den Haag



NVDV registratie

Het onderzoek van het epidemiologisch bulletin geeft ook aan dat het aantal gediagnosticeerde klassieke SOA sterker toeneemt dan de toename in het aantal consulten. Verder geven ze aan dat ongeveer 10% van de geïnfecteerde mensen jonger dan 20 jaar is. Ook zeggen ze dat chlamydia voornamelijk bij vrouwen voorkomt, terwijl syfilis en gonorroe met name bij mannen voorkomt. In Den Haag is een zesde van de Chlamydia cliënten jonger dan 20 jaar. Gonorroe komt onder mensen onder de 20 jaar amper voor, en Syfilis is helemaal niet geconstateerd bij mensen onder de 20 jaar.

HIV/ AIDS
Betrouwbare getallen over het totaal aantal personen met HIV- infectie in Nederland ontbreken nog, omdat HIV- infecties niet gemeld werden. Vanaf 2002 worden in Nederland naast nieuwe gevallen van AIDS ook nieuwe HIV- infecties op vrijwillige basis gemeld. In 2001 is het aantal HIV-geïnfecteerden dat behandeld wordt, geschat op ongeveer 7.000, zo meldt het RIVM. Het gaat hier dan om het totaal aantal mensen dat besmet is. In de leeftijdscategorie die in dit onderzoek wordt aangehouden sterven bijna geen mensen aan AIDS. Het blijkt dat met name mannen tussen de 40 en de 50 jaar een grote risicogroep vormen.

Tabel 3 HIV-positieve personen die van 1 januari tot 1 mei 2002 bij de SHM zijn geregistreerd.

Leeftijdgroep	Mannen	Vrouwen	Totaal
< 13 jaar	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
13-19	7 (2,6%)	3(2,9%)	10 (2,7%)
20-29	42 (15,4%)	27 (26,5%)	69 (18,4%)
30-39	76 (27,9%)	21 (20,6%)	97 (25,9%)
40-49	49 (18%)	7 (6,9%)	56 (15,0%)
> 49	19(7,0%)	1 (1,0%)	20 (5,3%)
Leeftijd onbekend	79 (29,0%)	42 (41,2%)	121 (32,4%)
Totaal	272	102	374*

* van 1 persoon is het geslacht onbekend
bron RIVM rapport HIV/AIDS in Nederland

Zwangerschap
Het aantal zwangerschappen onder tieners is volgens de statistieken van het CBS tussen 1970 en 1995 enorm terug gelopen (zie tabel 4). Sinds 1995 is het aantal tienermeisjes wat zwanger wordt echter weer aan het toenemen.

Tabel 4 ontwikkeling aantal geboortes onder vrouwen tot 20 jaar (absoluut)bron CBS

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

Daar komt bij dat sinds 1998 ook het aantal levendgeborenen per 1000 meisjes toeneemt in alle leeftijden tussen de 15 en de 19 jaar(zie tabel 5).

Tabel 5
Levendgeborenen naar leeftijd van de moeder per 1000 vrouwen tussen 15-19 jaar

	1985	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
15 jaar	0,3	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5
16 jaar	1,2	1,5	1,0	1,0	1,2	1,3	1,5	1,6	1,6
17 jaar	3,2	4,3	2,6	2,5	2,6	2,9	3,5	3,7	4,7
18 jaar	6,8	8,6	6,1	5,5	5,8	5,8	6,4	7,6	8,3
19 jaar	13,3	14,5	11,1	11,3	11,7	11,9	13,4	14,0	14,7
15-19 jaar	5,0	6,4	4,2	4,1	4,4	4,5	5,2	5,5	5,9

bron: Statistisch jaarboek (CBS)

Het aantal tieners dat een kind krijgt nam de laatste jaren dus weer toe.
Het CBS heeft voor 2002 een trendbreuk geconstateerd in het aantal tienermoeders. Voor het eerst in een aantal jaar nam het absoluut aantal geboortes bij tienermoeders af. De daling is met name veroorzaakt door een afname van het aantal geboortes bij allochtone tieners. Het geboortecijfer bij autochtone meisjes is licht gestegen. Daar komt bij dat het zwangerschapcijfer wel gelijk is gebleven, omdat het aantal abortussen toenam. (tabel 6)

Abortus
In tabel 6 staan het geboorte- het abortus- en het zwangerschapscijfer per 1000 meisjes tot en met 19 jaar. De stijging van het tiener zwangerschapscijfer met 2,1 per 1.000 die zich in 2001 en 2002 heeft voorgedaan ten opzichte van 2000, valt volledig samen met de toename van het abortuscijfer onder tieners. In de laatste twee jaren werden er van elke 1.000 tienermeisjes ruim 16 zwanger.
Tien van deze meisjes kozen voor een abortus en zes droegen de zwangerschap uit. Het laatste decennium worden meisjes in ons land dus vaker zwanger, en kiezen ze vaker voor een abortus dan vroeger.

Tabel 6
Geboorte-, abortus- en zwangerschapscijfers per 1000 meisjes van 15-19 jaar, 1980–2002

	Geboortecijfer	Abortuscijfer	Zwangerschapscijfer
1980	9,2	5,3	14,5
1985	5,0	4,4	9,4
1990	6,4	4,0	10,4

1992	5,8	4,2	10,0
2000	5,5	8,6	14,1
2001	5,9	10,3	16,2
2002	5,8	10,4	16,2

Tabel 7 Abortus naar leeftijd van de vrouw, 2000, 2001 en 2002 (percentages)
2000 2001 2002

	2000	2001	2002
< 14	0,4	0,3	0,4
15-19	13,8	14,4	14,6
20-24	22,9	22,7	23,3
25-29	22,5	20,9	20,5
30-34	19,7	20,0	19,8
35-39	14,5	14,9	14,9
40-44	5,8	6,2	5,9
> 45	0,4	0,6	0,6
Gemiddelde leeftijd	28	28	28
Meest voorkomende leeftijd	22	20	20 en 21
Totaal aantal abortussen	17657	22699	23687

Bron: Stisan

In 2000, zo blijkt uit tabel 7, vond 37,1% van het totaal aantal abortussen, bij vrouwen onder de 25 plaats. Dit gaat dus om ongeveer 6550 abortussen. In 2001 nam dit percentage toe naar 37, 4%. Dit gaat dus om bijna 8500 abortussen. In 2002 nam het aandeel van vrouwen onder de 25 nog verder toe, naar 38,3%. Dit gaat om bijna 9100 abortussen.
Duidelijk is dus dat het aandeel van de vrouwen tot 25 in het totaal aantal abortussen toenam. Ook het absolute aantal abortussen in deze groep nam sterk toe. Verder zakte de meest voorkomende leeftijd van 22 naar 20 jaar. Bij meisjes onder de 14 blijft het aantal ongeveer gelijk. De stijging vindt plaats in zowel de groep van 15 tot 19 jaar, als de groep van 20 tot 24 jaar. De laatste groep is ook de allergrootste groep waarin abortussen plaatsvinden.

§ 3.2 Risicogroepen
In het tweede deel van dit onderzoek is er bekeken welke risicogroepen er zijn op het gebied van onveilig vrijen, in de leeftijdscategorie 12 tot 25 jaar. De twee meest naar voren komende groepen, Antilliaanse meisjes en homoseksuele jongens, worden in deze paragraaf vergeleken met de algemene cijfers, op het gebied van SOA, AIDS en voor de Antilliaanse meisjes zwangerschap en abortus.

Antilliaanse meisjes
SOA
Hieronder volgt een tabel die is opgesteld aan de hand van gegevens van het RIVM uit 2001. Hier worden de gegevens over de klassieke SOA onder Antillianen, Arubanen en Surinamers tot 25 jaar vergeleken met de cijfers van de autochtone Nederlanders, Turken, Marokkanen en de totale Nederlandse bevolking tot 25 jaar.

Tabel 8 Landelijk aantal gediagnosticeerde klassieke SOA onder de 25 jaar in 2001

	Gonorroe	% totaal	Syfilis	% totaal	Chlamydia	% totaal	Totaal	% totaal aantal SOA
Turken	4	1,9	0	0,0	9	1,1	13	1,3
Marokkanen	8	3,8	1	8,3	13	1,6	22	2,2
Antillianen, Arubanen en Surinamers	55	26,2	1	8,3	98	12,4	154	15,2
Autochtone	107	50,9	2	16,7	534	67,8	643	63,7

Nederlanders								
Totaal	210	100	12	100	788	100	1010	100

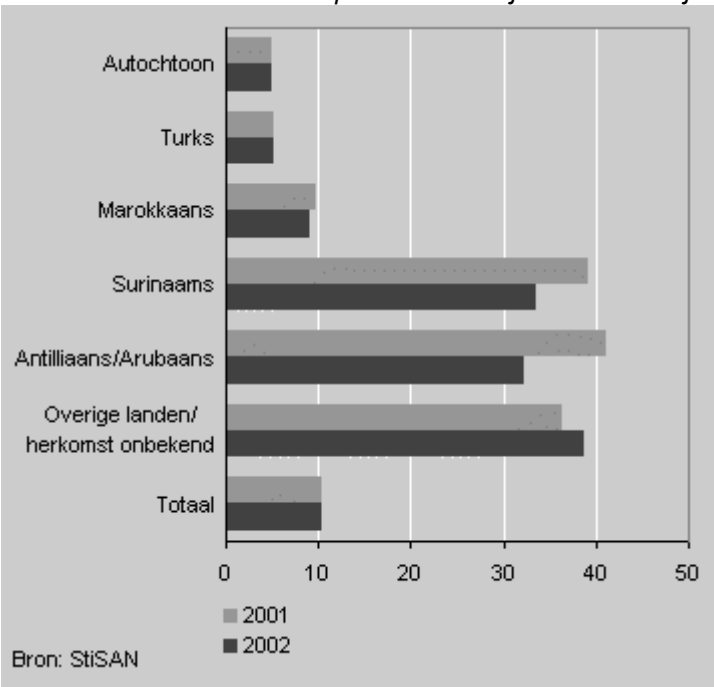
Bron: RIVM

Uit de cijfers in tabel 8 blijkt dat het aantal klassieke SOA onder Antillianen, Arubanen en Surinamers vrij hoog ligt, helemaal vergeleken bij andere grote minderheden als Turken en Marokkanen. Het percentage autochtonen dat een klassieke SOA oploopt ligt echter nog veel hoger.
AIDS

Zwangerschap
Tabel 9 geboorte cijfer Antilliaanse meisjes ten opzichte van andere bevolkingsgroepen

	autochtoon	Antilliaans/ Arubaans	Totaal niet westers
Geboortes bij meisjes onder de 18 jaar	267	53	294
Geboortes bij meisjes van 18-19 jaar	858	120	1000
Totaal aantal geboortes tot 19 jaar	1125	173	1294
Geboortes per 1000 meisjes	3,2	29,7	19,1

Abortus
Tabel 10 Aantal abortussen per 1 000 meisjes van 15–19 jaar, naar herkomstgroepering.



Tabel 11 abortus cijfer Antilliaanse meisjes tegenover autochtone meisjes en totale groep

	2001 absoluut	Per 1000 meisjes	2002 absoluut	Per 1000 meisjes
Autochtoon	1751	4,9	1758	4,9
Antilliaans/ Arubaans	239	41,1	196	32,2
Totaal aantal abortussen bij meisjes tot 20 jaar	4692	10,3	4777	10,3

Het aantal Antilliaanse meisjes dat abortus liet plegen nam af tussen 2001 en 2002. Toch blijft het promillage meisjes, zeker in vergelijking met autochtone meisjes, maar ook in vergelijking met de totale groep erg hoog. Ook het geboortecijfer ligt erg hoog.

Homoseksuele jongens
SOA
Het epidemiologisch bulletin Den Haag meldt dat in 2001, 43% van de met gonorroe besmette mannen en 44% van de met syfilis besmette mannen homoseksuele contacten heeft. Bij chlamydia is dit slechts 16%. In dit rapport wordt ook vermeld dat de landelijke cijfers hiermee redelijk overeen komen; gonorroe 46%, syfilis 63% en chlamydia 19%. Over de leeftijd van deze mannen staat niets vermeld. In het rapport van TNO wordt wel gemeld dat syfilis met name onder oudere mannen met homoseksuele contacten voorkomt, terwijl gonorroe met name onder jongere mannen die seks hebben met mannen voorkomt.

AIDS
In het RIVM rapport HIV en AIDS in Nederland, van december 2002, wordt gemeld dat de homoseksuele en biseksuele mannen de grootste groep van HIV besmette mensen vormen (67.6%) in de periode 1987- 2001.
In tabel 12 is de groep HIV-positieve personen weergegeven naar geslacht en transmissiecategorie. Het gaat hier echter om de groep die tussen 1 januari en 1 mei 2002 geregistreerd zijn bij de Stichting HIV Monitoring. Het gaat hier dus niet om alle AIDS patiënten. Aangezien er bij bijna 40% nog geen transmissiecategorie is geregistreerd, is het op niet mogelijk de meest voorkomende transmissiecategorie aan te geven. Wel wordt duidelijk dat ook nu nog de homoseksuele mannen een grote groep vormen.

Tabel 12 transmissie categorieën van HIV van mensen die tussen 1 januari en 1 mei 2002 geregistreerd zijn

Transmissiecategorie	Mannen	Vrouwen	Totaal
Homo/ biseksueel contact	110 (40%)	2 (2%)	112 (30%)
Heteroseksueel contact	41 (15,1%)	39 (38,2%)	80(21,4%)
Injecterend druggebruik	16 (5,9%)	8 (7,8%)	24 (6,4%)
Hemofilie patiënt	1(0,4%)	0 (0,0%)	1 (0,3%)
Bloedtransfusie	4 (1,5%)	3 (2,9%)	7 (1,9%)
Prikaccident	1 (0,4%)	0 (0,0%)	1 (0,3%)
Verticale transmissie	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Onbekend/ anders	99 (36,4%)	50 (49,0%)	149 (39,8%)
Totaal	272	102	374*

* van één persoon is het geslacht onbekend
bron RIVM rapport HIV/AIDS in Nederland

§ 3.2 Panel gesprekken risicogroepen
3.2.1 Achtergrond informatie groepen:
In dit hoofdstuk wordt er ingegaan op de onderwerpen die behandeld zijn in de panelgesprekken, maar eerst wordt er achtergrond informatie verschaft over de risicogroepen; Antilliaanse meisjes en homoseksuele jongens. Deze achtergrond informatie wordt gegeven ter verduidelijking van de onderwerpen die behandeld zijn.

Antilliaanse meisjes
De 'Nederlandse Antillen' en Antiliaan' zijn kunstmatige, staatkundig bepaalde begrippen. Het zijn begrippen die een gevolg zijn van het kolonialisme, en vaak ook zo worden gezien door de bewoners. De mensen die op de Antillen wonen zien zichzelf als een burger van het eiland waar ze vandaan komen, of waar hun ouders vandaan komen. Het begrip 'Antilliaan' wordt onder de Antilianen zelf verschillend geïnterpreteerd. Dit bleek ook in de interviews, waarin een van de meisjes aangaf dat zijzelf en haar vriendinnen, spreken over bijvoorbeeld Arubaan, Bonairiaan, en alleen voor een bewoner van Curaçao gebruiken zij het woord Antilliaan. Daar komt bij dat Aruba ook officieel geen onderdeel is van de Nederlandse Antillen, sinds zij in 1986 een 'status aparte' hebben verkregen. Wel is het zo dat met name de benedenwindse eilanden Aruba, Bonaire en Curaçao, grote culturele

overeenkomsten hebben, en het vooral nuances zijn die het verschil in cultuur maken, nuances die overigens wel heel bepalend zijn. Dit geldt, weliswaar in mindere mate, ook voor de bovenwindse eilanden, Saba, Sint Eustatius, en Sint Maarten.
Ook speelt op de Antillen een groot klasse verschil. De mensen uit de midden hoge klasse, leven als gevolg van het kolonialisme, veel meer volgens normen en waarden die lijken op die van de westerse wereld, terwijl met name de lagere klasse een hele eigen cultuur heeft. (aan de hand van handboek SOA)
Op de Antillen zijn er verschillende vormen van relaties mogelijk tussen mannen en vrouwen. Voor de Antillianen in Nederland is dit nog steeds een bron van invloed. De volgende relaties zijn de meest voorkomende:
- de matrimonio:
Deze samenlevingsvorm is vergelijkbaar met het huwelijk zo als dat in de westerse wereld beleefd wordt. Het is verheven boven alle andere samenlevingsvormen. Feitelijk realiseert alleen de hogere en middenklasse deze vorm. (handboek SOA)
- de bibá
De bibá is een samenlevingsvorm die in praktijk veel vaker voorkomt. Het is een vorm waarbij partners ongehuwd samenwonen. De man en de vrouw hebben een vaste relatie, maar de man kan daarnaast er nog wel meerdere vrouwen op na houden. Meestal komen er zodra een relatie vaste vormen begint aan te nemen, ook snel kinderen. In Nederland komt een relatie zonder kinderen trouwens eerder voor, omdat het hier een meer anoniem leven is. Ook trekt de man bij de vrouw in. De vrouw heeft namelijk meestal een huis, en een vrijgezelle man woont meestal bij zijn ouders. Overigens wordt er meestal niet openlijk over andere vrouwen gesproken, maar het is meer iets wat een vrouw oogluikend toeziet. Dit ook omdat de vrouw vaak economisch afhankelijk is van de man. Ook kan een man een ‘bijvrouw’ hebben. Dit is een soort losse relatie naast zijn gewone relatie.
- de Compana
Dit is te vergelijken met een Lat-relatie. Een man komt met enige regelmaat bij een vrouw langs, maar woont vaak nog bij zijn ouders, of bij verschillende compana’s. Een compana is geen one- night stand, maar duurt meestal een paar weken.
(SOA handboek)

Jongens met homoseksuele contacten:
De groep jongens waar het in dit onderzoek over gaat, zijn niet alleen jongens die er openlijk voor uitkomen homoseksueel te zijn. Het gaat om de groep die in de literatuur en in onderzoeken omschreven wordt als mannen die seks hebben met mannen. In dit onderzoek wordt deze groep dan ook jongens met homoseksuele contacten genoemd, omdat het woord homoseksuele jongens impliceert dat het alleen gaat om jongens die er openlijk voor uitkomen homoseksueel te zijn, terwijl jongens die dit niet doen het zelfde risico lopen als ze onveilig vrijen.
De groep mannen waar het over gaat is dus ook zeer divers. Alleen binnen de ‘homoscene’ zijn er al vele verschillende groepen, zo zijn er homoseksuele mannen die een monogaam leven leiden, maar er zijn ook de mannen die bijvoorbeeld op parkeerplaatsen, in bosjes, of in de discotheek verschillende, soms anonieme partners hebben. Naast deze groepen mannen vallen ook de mannen die seks hebben met mannen, maar niet voor hun seksualiteit uitkomen, onder de risicogroep. Dit zijn bijvoorbeeld mannen die getrouwd zijn maar af en toe een man opzoeken voor bepaalde ‘behoeften’. Een ander voorbeeld van mannen die onder de risicogroep vallen zijn biseksuele mannen, of mannen met biseksuele contacten. Daarnaast is er ook nog een groep die zich ter prostitutie aanbied aan homoseksuele mannen.
Sinds er in de jaren zestig aandacht kwam voor het aantal gevallen SOA onder mannen met homoseksuele contacten, is deze groep eigenlijk altijd een risico groep gebleven. Door de zogenaamde ‘homobevrijding’ werd het voor mannen met homoseksuele gevoelens, gemakkelijker om contact te maken met mannen, en sekspartners te vinden. Mede door deze mogelijkheden die er ineens kwamen, ontstond er een cultuur waarin veel mannen met homoseksuele gevoelens, vaak seks hadden met veel verschillende, anonieme partners. Daarnaast was de ‘scene’ vrij gesloten, en relatief klein. Ook bleek er binnen relaties nog wel eens ruimte voor het neuken met eventueel anonieme derden. Dit alles leidde er toe dat de SOA zich makkelijker onder de mannen met homoseksuele contacten kon verspreiden. Hierdoor kwamen de SOA vaker onder mannen met homoseksuele contacten voor, en daardoor ontstond er vicieuze cirkel. Doordat er meer SOA voorkwam verspreidde ze zich makkelijker, en omdat ze zich verspreidde, werd de kans weer groter dat er je besmet werd. Daardoor kwamen er weer meer SOA voor.
In deze hele situatie kwam een verandering, toen begin jaren tachtig het HIV- virus opkwam. Dit leidde, in het begin met name onder de homoseksuelen, maar later ook onder andere mensen tot een

AIDS epidemie. Toen men er achter kwam dat deze ziekte niet te behandelen is, en tot een heel naar ziekteverloop leidt, werd er een uitgebreid preventie- en voorlichtingsprogramma opgezet, waarin mensen op de hoogte werden gebracht van de oorzaken en gevolgen van de ziekte AIDS. Ook zag je regelmatig AIDS patiënten op de televisie, die de nare uiterlijke kenmerken van de ziekte duidelijk hadden Ze waren uitgemergeld waren zaten onder de zweren. Dit alles schrok erg af, en leidde tot een besef onder mensen, dat het onveilig vrijen niet alleen een zwangerschap of een SOA kon betekenen, maar zelfs je dood kon worden. Hierin speelde ook het overlijden van beroemde zangers als Freddy Mercury en René Klein, en de besmetting van top basketballer Earvin ‘magic’ Johnson, overigens geen homoseksuele man, een niet te onderschatten rol.
Dit alles leidde er toe dat er een toename viel te constateren in het veilig vrijen. Mensen waren bang om AIDS te krijgen. In eerste instantie ging dit alleen op voor homoseksuele mannen, maar later werd voor iedereen ook duidelijk dat AIDS niet een ‘homoziekte’ is, maar dat iedereen het op kan lopen. Doordat men veilig ging vrijen, nam niet alleen het aantal HIV patiënten af, maar daalde alle gevallen van SOA.
(informatie uit handboek SOA)
Alhoewel AIDS niet een ‘homoziekte’ genoemd kan worden, is het wel zo dat, zeker in de eerste jaren veel gevallen van HIV onder mannen met homoseksuele contacten voorkwamen. In het ‘handboek SOA’ wordt gezegd dat volgens registratie de diagnose AIDS tussen 1982 en 1997, 4288 maal gesteld is, en dat 71,3 procent van deze mensen de ziekte had opgelopen via homoseksueel of biseksueel contact.
Ook bij andere SOA, met name gonorroe en syfilis worden relatief veel bij mannen met homoseksuele contacten en biseksuele mannen waargenomen, zo meldt het epidemiologisch bulletin. In het onderzoek van TNO wordt gezegd dat met name gonorroe onder jongere mannen die seks hebben met mannen voorkomt, terwijl syfilis eerder onder oudere mannen die seks hebben met mannen voorkomt. Zij verwijzen hierbij onder meer naar onderzoeken en boeken van onder andere Coutinho, de SOA kliniek Amsterdam en de landelijke registratie van de GG&GD en de SOA klinieken. Ook noemt het RIVM, een melding van een SOA epidemie onder mannen die seks hebben met mannen, in onder andere de regio Den Haag.
Omdat mannen met homoseksuele contacten niet onder een noemer te brengen zijn, is er ook niet een zogenaamde standaard seksuele ontwikkeling van deze mannen. De oorzaak hiervan is dat de homoseksuele contacten op vele verschillende manieren beleefd kunnen worden, zoals al in de inleiding van deze paragraaf is aangegeven. Daarom zal hieronder de meest algemene beschrijving gegeven worden van de seksuele ontwikkeling van homoseksuele mannen.
Op het moment dat mannen in de puberteit komen, neemt bij heteroseksuelen de aandacht voor het andere geslacht toe. Deze aandacht wordt steeds meer seksueel gericht. Vaak is dit bij homoseksuele mannen anders. Ze merken soms al dat ze gevoelens hebben voor jongens, of worden in ieder geval niet verliefd op meisjes. In dit geval merken de jongens soms al dat er iets aan ze ‘anders’ is. Het gebeurd echter ook regelmatig dat jongens in eerste instantie wel gevoelens voor meisjes hebben, en ook verkering krijgen met een meisje. Daar komt bij dat in de puberteit, waarin de hormonen ontwikkeling een grote rol spelen, gevoelens vaak snel veranderen. Ook is de puberteit de tijd van uitproberen. Zo zijn ook wel jongens die een keer proberen hoe het is om seks te hebben met een man, en er dan toch achterkomen dat dit niet is wat ze willen. Meestal hebben jongens met homoseksuele gevoelens echter in eerste instantie nog geen seks met andere jongens. Een van de redenen hiervoor is dat homoseksualiteit toch nog wel een taboe is, zeker onder jongeren. Jongens zijn daarom, vaak ook niet onterecht, bang dat ze gepest, of niet geaccepteerd worden, terwijl op deze leeftijd de mening van anderen vaak heel belangrijk wordt gevonden. Een puber is namelijk ook heel erg bezig met het ontwikkelen van een identiteit. Een andere reden is dat jongens niet weten hoe ze in contact moeten komen met andere homoseksuele jongens, aangezien de homoseksuele jongens uit de eigen leeftijdscategorie vaak ook nog niet voor hun seksualiteit uitkomen.
Na verloop van tijd kan het zijn dat jongens wel homoseksuele contacten hebben, maar er nog niet openlijk voor uitkomen dat ze deze contacten en gevoelens hebben. Dit heeft vaak ook te maken met verwachtingen van vrienden en ouders, en de angst om afgewezen te worden. Aan de andere kant zijn er ook jongeren met homoseksuele die helemaal nog geen seks hebben, of alleen met vrouwen, tot ze voor hun seksualiteit uit durven komen.
Coming out:
Op een gegeven moment komen de meeste homoseksuelen uit voor hun seksualiteit. Tegenwoordig gebeurt dit meestal als jongens zo rond de twintig jaar zijn, maar het kan ook eerder of juist veel later. Er zijn mannen die nadat ze twintig jaar getrouwd zijn met een vrouw, er pas voor uit durven te komen dat ze eigenlijk homoseksuele gevoelens hebben. Om voor deze gevoelens uit te durven komen zal een man ze eerst zelf geaccepteerd moeten hebben. Vaak gaat hier een enorme interne strijd aan

vooraf. Aan de ene kant zijn er de homoseksuele gevoelens, en aan de andere kant wil de man dit niet accepteren.
Op het moment dat de jongen of man voor zijn seksualiteit uitkomt, doet hij dit door het aan familie, vrienden en eventueel collega’s te vertellen. Deze periode is vaak erg zwaar, omdat er regelmatig met familieleden of vrienden gebroken wordt op dit moment, omdat zij de gevoelens van de man niet willen accepteren. Vaak is het aan de andere kant ook een periode van grote opluchting, omdat er eindelijk wordt uitgekomen voor gevoelens die meestal al lang aanwezig zijn, en hierdoor eindelijk een soort innerlijke rust optreed. Ook zijn er meestal wel mensen die de gevoelens wel accepteren. Ook dit lucht meestal erg op. Dit proces van uitkomen voor de gevoelens wordt ‘uit de kast komen’, of ‘coming out’genoemd.
Coming in:
Naast de coming out is er het proces dat ‘coming in’wordt genoemd. De homoseksuele man gaat zijn weg zoeken in de ‘homoscene’, op zoek naar een vaste partner, of naar een eenmalig seksueel contact. Vaak gaat dit gepaard met een hele zoektocht. Dit komt omdat er niet van een ‘homoscene’ gesproken kan worden, maar er in feite allerlei subculturen zijn binnen deze ‘homoscene’. In dit proces gaat de man op zoek naar de subcultuur waarin hij zich thuis voelt. Het ‘coming in proces’ kan voor, tijdens of pas na het ‘coming out’ proces beginnen.

3.2.2 Achtergrond informatie onderwerpen van de panelgesprekken

Anticonceptie
In de bijlage anticonceptie middelen staat een overzicht van de verschillende anticonceptie middelen en de werking van deze middelen.
In de interviews is er met name gevraagd naar de verkrijgbaarheid van anticonceptie, en de prijs van anticonceptie.

Voorlichting
De verantwoordelijkheid van voorlichting ligt in Nederland in principe bij de ouders. Het blijkt echter voor veel ouders moeilijk te zijn om over seks en seksualiteit te praten met hun kinderen. Dit komt met name door het feit dat het nogal privacy gevoelig is. Een andere oorzaak kan zijn dat ouders zelf niet genoeg van seks weten om goed te kunnen voorlichten. Omdat het toch erg belangrijk is dat dit gebeurd, zijn er een aantal manieren gezocht om dit gebrek aan voorlichting van ouders op te vangen. In dit onderzoek komen vier van deze manieren naar voren. Dit zijn de manieren van voorlichten waar het JIP voornamelijk mee te maken heeft.
1. Individuele voorlichting door een hulpverlener. Dit gebeurd met name als jongeren bij een instantie langskomen met een vraag, of bijvoorbeeld een vraag mailen naar een instantie.
2. Voorlichten van ouders. Op deze manier leren de ouders van een professional hoe zij met hun kind over seks kunnen praten.
3. Voorlichting aan groepen jongeren. Dit kan op twee manieren. Door een leraar voor de klas, of door een professional of ervaringsdeskundige vanuit een instelling.
4. Campagnes. Dit zal onder het punt campagnes verder uitgewerkt worden.

SOA testen
In Den Haag is er in het Medisch Centrum Haaglanden en in het Leyenburg ziekenhuis een SOA spreekuur. Hier is de mogelijkheid, ook voor jongeren, om gratis en anoniem te laten testen op SOA. Dit zorgt ervoor dat de drempel tot het laten testen verlaagd wordt.

Campagnes
Dit is eigenlijk de vierde manier van voorlichten waar het JIP mee te maken krijgt. Campagnes zijn eigenlijk de groots opgezette activiteiten, zoals de Week van de Liefde. Omdat het JIP een regionale organisatie is, ontwikkelen ze zelf geen landelijke campagnes. Zij kunnen wel instellingen die dit wel doen, zoals de Rutgers Nisso Groep over campagnes adviseren. Ook zet het JIP zelf wel kleinschaliger campagnes op, zoals ‘de Week van de Liefde’.

Risico factoren
Het onderwerp risico factoren wordt toegelicht, onder het hoofdstuk risico factoren.

3.2.3 Resultaten uit de panelgesprekken

Anticonceptie
Er is met de deelnemers van de interviews gesproken over het gebruik van anticonceptie.

Bij de algemene groep was vertelde N. dat ze een vaste vriend had, waarmee ze onveilig seks had. Om niet zwanger te raken gebruikte ze een spiraaltje.
M. vertelde dat ze al sinds haar dertiende de pil gebruikt, en het nooit onveilig heeft gedaan.
E. heeft regelmatig seks gehad zonder condoom, maar meestal wel met de pil, om niet zwanger te raken.
L. vertelde ook regelmatig onveilig te vrijen, maar gebruikt wel altijd de pil. Ook laat ze zich regelmatig testen.

Antilliaans meisje N. gebruikt het implanon, een ingebracht zakje met hormonen met dezelfde werking als de pil. Meisje R. gebruikt helemaal geen voorbehoedmiddelen. Zij heeft nog geen seks gehad. Ze is wel van plan voorbehoedmiddelen te gebruiken als ‘het zover is’. De meiden gaven wel aan dat er onder de Antillianen die zij kennen veel onveilig wordt gevreeën. Ook vertelden ze “dat er vaak meisjes van 15 of 16 jaar zijn die al zwanger zijn. Zeker voor jongere meisjes is de pil vaak taboe. Omdat abortus nog een groter taboe is, krijgen deze meiden vaak op jonge leeftijd al een kind. Het enige wat wel zou kunnen zonder dat ouders te weten komen dat hun kinderen seks hebben, is een condoom. Het probleem daarmee is dat jongens dit eigenlijk liever niet willen, maar het toch maar gebruiken, omdat ze nog niet de vastigheid van een kind willen. Daarom gebruiken ze de eerste paar keer een condoom, maar willen ze daarna dat een meisje aan de pil gaat. Omdat dit onbespreekbaar is voor de meisjes met hun ouders, en omdat ze regelmatig wel een kind willen om de man aan zich te binden, liegen ze nog wel eens over het pil gebruik” aldus de Antilliaanse meisjes.

De homoseksuele mannen waarmee gesproken is, gaven aan dat onveilige seks onder homoseksuele mannen regelmatig voorkomt. Het vooroordeel dat homoseksuelen het met een heleboel verschillende mannen doen, en altijd onveilig, is echter verre van waar, zo geven de mannen aan. Zelf hadden ze allemaal een vaste relatie. Ze hadden alleen binnen deze relatie seks, en gingen er van uit dat hun partner dat ook doet. Een van de mannen gaf ook aan dat de enige angst voor homoseksuele mannen vaak AIDS is. Een van de mannen zei;’de andere SOA zijn veel homo’s niet zo bang voor, omdat het hooguit tot onvruchtbaarheid kan leiden. Als je toch geen kinderen wil, maakt dat niks uit.’ Zelf gaven twee van de mannen aan het altijd veilig te doen, met een nieuwe partner. De ander was met zijn eerste partner. Wel doen ze het alledrie, net als de meeste hetero koppels, na een poosje onveilig. Als ze anticonceptie gebruiken is dit een condoom dat ook geschikt is voor anale seks. Ze gaven overigens aan dat dit tegenwoordig voor de meeste condooms geldt.
Alle groepen gaven aan dat ze over de verkrijgbaarheid van anticonceptie deels tevreden zijn. De prijs van met name condooms, wordt door een aantal wel te hoog gevonden. Sommige meisjes gaven aan dat ze het liefst zouden zien dat de pil niet alleen op doktersrecept verkrijgbaar is, maar ook bij bijvoorbeeld het JIP gehaald zouden moeten kunnen worden. Daar brak wel discussie over los, omdat anderen aangaven dat de controle van de arts ook belangrijk is.
Voor jongens die net ontdekken dat ze homoseksueel zijn, kan het moeilijk zijn om condooms aan te schaffen. Ze kennen vaak de weg nog niet binnen de ‘homoscene’. Zo weten zij bijvoorbeeld niet dat ze condooms bij het COC kunnen halen, of soms niet eens dat het COC bestaat. Verder geven zij aan dat als je daar binnen loopt het vaak nog al definitief voelt, zeker als je twijfelt over je seksualiteit. Jongens willen vaak, met name door de sociale druk die hier op licht, niet toegeven dat ze twijfelen aan hun seksuele geaardheid. Daarnaast vertelde de geïnterviewde jongens ook dat jongens vaak niet weten dat alle condooms tegenwoordig geschikt zijn voor anale seks, mits je er glijmiddel bij gebruikt.

Voorlichting
Na het onderwerp anticonceptie, is er gesproken over de voorlichting.
In de algemene groep hadden drie van de vier meiden voorlichting gehad op school, één niet. Zij had net als de rest wel voorlichting thuis gehad. Ook hadden de meisjes informatie uit tiener tijdschriften, zoals de Fancy of de Break out gehaald.
Ze gaven aan redelijk tevreden te zijn over de voorlichting. Wel vonden ze dat er meer voorlichting gegeven mag worden, waarbij ook de gevoelens die bij seks horen ter sprake komen. Ook waren ze het eens met de stelling dat ook gezegd mag worden dat seks ook leuk, of iets fijns is. Ze gaven aan dat dit nu vooral via vriendinnen, of soms de ouders gebeurd is. Daarnaast werd er geopperd dat er ook aandacht geschonken mag worden aan bepaalde allochtone groepen, zoals Antillianen en Islamitische meisjes.

De Antilliaanse meiden gaven aan dat ze beiden voorlichting op school hadden gehad. Ze vertelden ‘dat ze hier tevreden over zijn, maar het mag wat uitgebreider en persoonlijker gegeven worden. Zo

zouden ze wat meer aandacht kunnen geven aan het feit dat je ook nee mag zeggen tegen een man, of hoe je aangeeft dat je nog niet wil seksen’. Ook hebben ze niets gehoord over bijvoorbeeld zelfbevrediging of loverboy’s.
Ze zaten overigens op dezelfde school, in de Schilderswijk. Ze vertelden dat ze ‘gesplitst voorgelicht werden’. Hiermee bedoelde ze dat de jongens en meisjes apart werden voorgelicht. Ze gaven aan dat ze dit erg goed vonden, omdat veel meisjes anders niets hadden durven zeggen of vragen. Aan de andere kant gaven ze wel aan dat ze ook graag gezamenlijk voorlichting hadden gehad, om ook iets meer over de ideeën en gedachten van jongens over seks te weten te komen. ‘Misschien zou het goed zijn om ieder jaar voorlichting te geven op de middelbare scholen, de ene keer gezamenlijk, de andere keer gesplitst’.
Thuis had N. wel iets van voorlichting gehad. R. heeft thuis bijna geen voorlichting gehad. ‘Alles wat ik weet heb ik van vriendinnen gehoord, of van nichten’.
De meiden gaven aan dat het onder Antillianen vaak voorkomt dat meisjes weinig of geen voorlichting krijgen. ‘Het onderwerp seks is geen taboe. Er wordt juist veel over gesproken. Dit is alleen geen voorlichting, er wordt alleen maar stoer over gepraat’, aldus de meiden. Ze gaven aan dat meisjes vaak veel meer beschermd worden, terwijl jongens juist gestimuleerd worden om meisjes te versieren. Wel zeiden ze dat met name jonge ouders van de laatste generatie al veel meer voorlichten. Dit gaat steeds meer op de autochtone situatie lijken, zo zeiden de meiden. De verhalen van de meiden kwamen aardig overeen met de literatuur. Zo wordt in het ‘handboek SOA’ van de stichting SOA-bestrijding gezegd: “In de meeste gezinnen (ook in de midden- en hogere klasse) wordt geen voorlichting gegeven zoals wij ons dat hier in Nederland voorstellen. Veel ouders hebben in hun eigen jeugd zeer gebrekkig of helemaal geen seksuele voorlichting gehad, hetgeen overigens ook voor veel autochtone Nederlanders geldt. En dit gaat op voor alle lagen van de bevolking. Hierdoor ontbreekt de vaardigheid om adequaat over seksualiteit te praten. Dit wordt nog eens bemoeilijkt door het taboe dat op het onderwerp rust.
Seksualiteit is een belangrijk onderdeel van de Antilliaanse cultuur. Er wordt heel veel over seks gesproken, en vruchtbaarheid is een groot goed. In taalgebruik, kleding en grappen kan je dit dan ook terugzien. Dat er veel over seks gesproken wordt, betekent niet dat er ook goede voorlichting wordt gegeven aan kinderen. Als er over seks gesproken wordt is dat meestal dubbelzinnig, of stoer. Ook met kinderen wordt er zo gesproken. De opvoeding van kinderen is als ze jong zijn vaak heel vrij. Ook worden schijnverkeringen tussen kinderen gestimuleerd. Er wordt dan gedaan of twee kinderen verkering met elkaar hebben, en zij moeten dan bijvoorbeeld ook samen de taart aansnijden met een verjaardag. Als kinderen in de puberteit komen, dan worden de meisjes ineens heel erg beschermd, terwijl de jongens heel erg de vrije hand krijgen. (samengevat uit SOA Handboek)
Ondanks deze rol van seksualiteit in de opvoeding van kinderen, wordt er aan seksuele voorlichting vrijwel niets gedaan in de Antilliaanse cultuur. Vragen over hoe je moet neuken hoor je aan je ouders niet te stellen. Dit wordt als ongepast gezien. Voor jongens geldt ook dat zij als goede man al ‘horen’ te weten hoe het gaat. Vaak moeten kinderen het met verhalen op straat doen, of soms kan er met een oudere nicht of jonge tante over gesproken worden. Daarnaast krijgen veel kinderen in Nederland ook op school voorlichting, wat er voor heeft gezorgd dat met name in de midden en hoge klasse de kennis wat meer aanwezig is. Een van de redenen voor het niet geven van voorlichting, is dat ouders zelf meestal geen voorlichting hebben gehad, en daarom vaak ook niet in staat zijn om over seksualiteit te praten. (samengevat uit informatie uit de interviews en het SOA handboek)

De homoseksuele mannen gaven aan dat ze voorlichting gehad hebben zowel van ouders als school. Ze zeiden tevreden te zijn over de voorlichting. Wel vertelden ze dat het onderwerp homoseksualiteit bijna niet of niet ter sprake was gekomen. Dat vonden ze niet allemaal erg. “Buiten het feit dat ik op de middelbare school nog niet ‘uit de kast was gekomen’, en nog niet echt met homoseksualiteit bezig was, had ik helemaal niet de behoefte om er iets over horen. En zeker niet van een leraar die er zelf niets van weet. Bovendien zal iemand die weet dat hij homoseksueel is, het meestal niet vertellen op de middelbare school”.
Een van de andere deelnemers vertelde, ‘dat hij zelf niet zo de behoefte had om er iets te horen op de middelbare school, maar hij vindt het wel belangrijk dat jongeren, zowel homoseksueel als heteroseksueel iets van homoseksualiteit afweten. Op die manier kan het misschien iets meer geaccepteerd worden. Ook zijn er waarschijnlijk homoseksuele jongeren die wel behoefte hebben aan informatie”.
Er wordt op scholen niet vaak over homoseksualiteit gesproken, terwijl dit een essentieel onderwerp is, vooral voor jongeren die in de fase zitten waartin ze hun geaardheid gaan ontdekken en hiermee experimenteren. Homoseksuele jongeren zullen niet zo snel voor hun seksualiteit uitkomen in een les. Toch kan de voorlichting en kennis leiden tot meer begrip en tolerantie onder zowel heteroseksuele

mensen als jongens die niet voor hun homoseksuele gevoelens uit durven komen. Ook kan het jongeren met homoseksuele gevoelens of twijfels wijzen op instellingen zoals het COC, zodat ze de kans geboden wordt niet in de klas, tijdens de voorlichting, iets met hun gevoelens moeten doen, maar er wel een alternatief geboden wordt.

SOA testen
Bij de algemene groep hadden alle deelnemers wel eens gehoord van de mogelijkheid tot gratis testen, en twee meiden hadden dit ook wel eens gedaan. De anderen gaven aan nooit reden te hebben gezien om zich te laten testen, of er nooit zin in te hebben gehad. Wel waren ze allen bereid zich eventueel te laten testen, of hun vriend hiertoe aan te zetten.

Bij de Antilliaanse meisjes had de een wel eens van de mogelijkheid tot gratis testen gehoord, en het ook wel eens gedaan. De ander wist er wel van, maar had zich nog nooit laten testen, omdat ze nog maagd was. Zij was wel bereid om zich gratis te laten testen. Ook zeiden ze allebei bereid te zijn om hun vriend eventueel ook te zeggen dat hij zich moet laten testen.

De homoseksuele mannen hadden allemaal wel eens van de mogelijkheid tot gratis testen gehoord. Ook had een aantal van hen wel eens een test gedaan.
De deelnemers gaven aan dat lang niet alle jongeren bekend zijn met de mogelijkheid tot gratis testen op SOA. Hierbij moet gezegd worden dat bijna alle deelnemers bekend zijn met het JIP, waar dit testen een belangrijk aandachtspunt is.
De deelnemers vinden wel dat er over het algemeen meer aandacht moet worden gegeven aan de mogelijkheid tot gratis testen.

Campagnes
In de algemene groep was er discussie over de vraag of de campagnes verhard moeten worden. Aan de ene kant werd er aangegeven dat dit zou kunnen leiden tot afschrikken van seks in het algemeen. Ook is AIDS voor veel jongeren iets wat zij niet in zich zelf herkennen. Een van de deelnemers zei: “als jongeren een ziek iemand op televisie zien, zullen ze daarin niet hun vriend of vriendin herkennen. Die zien er namelijk niet ziek uit.” Aan de andere kant werd er gezegd dat een harde campagne ook zou kunnen leiden tot meer besef onder mensen, over de gevolgen van AIDS of een SOA. Verder gaven de deelnemers aan dat het probleem vooral de mentaliteit van jongeren is. Ze denken dat het ze toch niet overkomt. “Het is heel belangrijk dat een campagne de jongeren ook aanspreekt. Als het ze niks zegt, luisteren ze er ook niet naar”.

De Antilliaanse meisjes geven aan dat ze het belangrijk lijkt dat het wat betreft de Antillianen belangrijk is, dat er bepaalde idolen voor gebruikt worden. Die geloven ze en daar nemen ze iets van aan. Ook geven ze aan dat het belangrijk is dat er aandacht is voor de fabeltjes die er onder Antillianen over seks zijn. Zo gaat er bijvoorbeeld het gerucht, dat je van de pil onvruchtbaar kan worden. Een van de meisjes wist ook niet of dit nu echt waar was of niet. Op de vraag of een ‘harde campagne’, waarbij er bijvoorbeeld voor wordt gekozen om mensen met AIDS in beeld te brengen, aan zou slaan bij Antillianen, antwoorden de meisjes dat zij dachten dat dit wel zo zou zijn.

In de groep homoseksuele mannen vond ongeveer dezelfde discussie plaats als bij de algemene groep, op de vraag of een hardere campagne aan zou slaan. Een van de deelnemers zei: “ik denk dat heel veel mannen denken dat het ze toch niet gebeurt. Ik vraag me af of dit verandert als ze mensen met AIDS te zien krijgen. Een ander probleem hierbij is de cocktail die er is. Omdat hier geen goede bekendheid over is, denken mensen dat ze toch niet meer ziek kunnen worden. Ze weten niet dat je alleen van die cocktail al doodziek bent, als die al aanslaat”.
Een van de mannen gaf overigens aan dat er bij de campagnes op lagere leeftijden moet worden gemikt, omdat jongeren steeds vroeger beginnen met seks. “In het bijzonder jongeren tussen de 11 en 15 jaar hebben vaak geen idee wat voor risico ze nemen met onveilige seks, maar de realiteit is wel dat ze er op die leeftijd al mee beginnen”.

Over de campagnes van nu waren in alle groepen de meningen verdeeld. Aan de ene kant wordt gezegd dat de campagnes wel goed zijn, aan de andere kant wordt er gezegd dat de campagnes de jongeren niet genoeg aanspreken.

Risico factoren

Een van de risicofactoren die bij de algemene groep ter sprake is geweest, is het gevaar van onderschatting. Doordat er voor AIDS nu een medicijnencocktail is, die veel patiënten in leven houdt, denken veel mensen dat het niet zo erg meer is om een SOA op te lopen. De deelnemers in de algemene groep herkende dit.
Een ander probleem is dat jongeren, zeker als ze wat jonger zijn, niet altijd voorbereid zijn op seks. Ten eerste hebben ze niet altijd voorlichting gehad. Ten tweede hebben ze niet altijd een condoom bij zich op het moment ze seks gaan hebben. Ten derde gebeurt het ook nog wel eens dat jongeren niet goed weten hoe ze een condoom goed om doen.
Een ander risico dat hier ook invloed op heeft, is dat mensen in hun geilheid vaak het verstand verliezen. Een van de deelnemers zei: “het is mij wel eens gebeurd dat ik gewoon helemaal vergeten ben om over condooms na te denken, op het moment dat het gebeurde. Daarna baalde ik er wel van”. Ook vinden mensen het nog wel eens moeilijk om over condooms te beginnen. “Sommige meiden vinden het moeilijk om er over te beginnen, helemaal omdat het toch een vervelende onderbreking is”, aldus een van de deelnemers.
Een ander risico is de mentaliteit van tieners. De deelnemers zeiden: “veel mensen denken dat het ze niet overkomt. Ze kunnen vaak niet de gevolgen overzien van hun acties”. Daarnaast is de mentaliteit vaak; als me iets gebeurd, zie ik het dan wel.
Wat de deelnemers als een van de grootste risico´s zagen, is dat jongeren, die het in eerste instantie wel veilig doen, als ze een paar weken of maanden een relatie hebben hiermee stoppen. Dit kan een aantal redenen hebben. Sommige jongeren zijn niet goed op de hoogte van de SOA, en denken dat ze het zouden zien als hun partner een SOA heeft. Een andere rede is dat ze condooms te duur vinden. Daar komt bij dat het op zich ook als prettiger en intiemer wordt ervaren als er geen condoom bij de seks wordt gebruikt. Dit alles zou geen probleem zijn als jongeren monogaam zijn, en zich eerst zouden laten testen op SOA. Probleem is dat niet alle jongeren zich monogaam gedragen, en vreemdgaan zonder dat de partner hiervan op de hoogte is. Een ander probleem is, zoals al eerder bij dat punt is aangegeven, niet alle jongeren op de hoogte zijn van de mogelijkheid tot gratis en anoniem testen. Maar, zo gaf een van de deelnemers aan, “al zouden ze dat wel zijn, zouden nog niet alle jongeren dat doen. Ze zijn zich vaak niet bewust van het risico dat ze lopen, en vinden het vaak ook eng of te veel moeite om zich te laten testen”.
Een laatste risico waarover gesproken is, is het punt dat er mensen, voornamelijk mannen, zijn die het niet graag met condoom doen. De partner wil dan eigenlijk wel voorbehoedsmiddelen gebruiken, maar de ander vindt dit niet fijn. De partner wordt daarom onder druk gezet, om het toch zonder voorbehoedsmiddelen te doen. Met name jongere meisjes zijn hier nog wel eens gevoelig voor, omdat ze bang zijn hun partner te verliezen. De deelnemers uit de groep herkenden dit probleem, en hadden er allemaal wel eens mee te maken gehad.

Voor Antilliaanse meisjes is een van de risicofactoren dat er fabeltjes rondgaan over anticonceptie. Een van die fabeltjes is het al eerder genoemde voorbeeld dat je van de anticonceptie pil onvruchtbaar zou kunnen worden. Dit terwijl de vruchtbaarheid een groot goed is in de ‘Antilliaanse’cultuur. De meisjes zeiden hierover dat ze dit inderdaad herkende. Zoals al eerder is gezegd wist een van de meisjes zelf ook niet zeker of het waar was. Een andere risicofactor, is de waarde die er door sommige jonge Antilliaanse meisjes wordt gehecht aan een vriend met aanzien. “Die meisjes hebben er alles voor over om een Mooiboy te scoren”, aldus een van de meiden. “Een Mooiboy is een jongen met status, geld en mooie kleren. Deze jongens gaan van het ene meisje naar de ander. Meisjes van 15 of 16 jaar doen er alles aan om een jongen aan zich te binden, en gaan ook met ze naar bed. Sommigen worden zelfs expres zwanger, omdat ze hopen zo de jongen aan zich te kunnen binden”. Deze meisjes worden vaak een tienermoeder. De deelnemers zeiden: “de ouders van deze meisjes zijn vaak erg boos, maar willen toch dat hun dochter het kind krijgt; abortus is namelijk uit den boze.”
Een derde risico factor is dat meiden die de pil gebruiken vaak worden gezien als een makkelijke prooi. Ze zullen niet zwanger worden. Ook willen ouders vaak niet dat hun kind aan de anticonceptie gaat, omdat ze denken dat dit er toe leidt dat hun kinderen seksueel actief worden.

Onder homoseksuele mannen spelen andere risico’s. Een van deze risico’s is dat er relatief veel homoseksuele mannen zijn die een SOA hebben. Omdat homoseksuele mannen ook een relatief kleine groep van de bevolking van zijn, maakt dat het risico op een partner met een SOA groter dan gemiddeld.
Een ander risico dat meespeelt, is dat er relatief veel homoseksuele mannen zijn die regelmatig van partner verwisselen, of geen monogame relatie hebben met hun partner. Hierbij moeten natuurlijk niet alle homoseksuele mannen ‘over een kam gescheerd worden’. Een van de deelnemers zei

hierover:”je hebt inderdaad homoseksuele mannen die van de ene man naar de andere gaan, of er maar ‘op los neuken. Toch zijn er een heleboel homoseksuelen die een ‘gewone’ monogame relatie hebben”. Zoals al in de literatuur studie is verteld zijn er een aantal redenen te noemen, die verklaren waarom dit gedrag onder homoseksuele mannen regelmatig voorkomt. Een punt wat dit gedrag extra risicovol maakt, is het feit dat relatief veel homoseksuele mannen onveilig seks hebben met verschillende mannen. De deelnemers herkenden zich hier niet in, maar herkende dit gedrag wel bij sommige andere homoseksuelen.
Een andere risicovolle factor, is het feit dat bij verschillende SOA geldt dat de vorm van seks die onder homoseksuele mannen veel voorkomt, de anale seks, de kans op overdracht groter is dan bij bijvoorbeeld vaginale seks.

§ 3.3 Analyse risico factoren met betrekking tot onveilig vrijen:
Maatschappelijke tendensen:
In dit deel van dit onderzoek wordt gekeken naar de oorzaken van onveilig te vrijen. Een aantal van deze oorzaken zijn meer vaststaand van aard; ze komen voort uit sociaal culturele factoren, of uit fysieke factoren. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de hormonale veranderingen in de puberteit, die er toe leiden dat jongeren hun seksualiteit op een andere manier ontdekken, en er vaak mee willen gaan experimenteren.
Naast redenen van deze aard, zijn er ook altijd redenen die te maken hebben met de ‘geest van de tijd’; dus met andere woorden, ontwikkelingen in de maatschappij die er toe leiden dat bepaald gedrag gestimuleerd of juist afgeremd wordt. Dit is een ingewikkeld, sociologisch proces waar vele factoren invloed op hebben, zoals de normen en waarden die aan gedrag worden toegewezen, en hoe daar in sub- culturen weer op gereageerd wordt. Hierbij kan gedacht worden aan de Hippies, die eind jaren ’60 en begin jaren ’70 van de vorige eeuw een eigen subcultuur vormden, en zich afzetten tegen de heersende normen en waarden in de westerse maatschappij. Terwijl seks over het algemeen nog iets was, wat je met een partner hoorde te doen, terwijl je getrouwd was, werd onder de Hippies seks een algemeen goed. Vaak werd er met verschillende mensen gevreeën, soms ook tegelijk, en regelmatig ook met mensen van het eigen geslacht. Dit is een voorbeeld van een maatschappelijke tendens, die invloed heeft op het seksuele gedrag van jongeren. In dit hoofdstuk zullen een aantal van deze tendensen uit deze tijd behandeld worden.

- Een van de tendensen is dat jongeren momenteel steeds jonger aan seks lijken te beginnen. De eerste keer seks op een leeftijd van 11 jaar was altijd behoorlijk uitzonderlijk, maar komt tegenwoordig steeds vaker voor, al blijven dit de excessen. Ook in het rapport van TNO preventie wordt gemeld dat de gemiddelde leeftijd waarop jongeren de eerste keer seks hebben, steeds lager lijkt te worden, en dat het aantal jongeren dat op jongere leeftijd seks heeft toeneemt. Zo blijkt uit de onderzoeken die vergelijken, dat het aantal jongeren dat voor hun dertiende seks heeft, tussen 1995 en 2001 is toegenomen van 4,4% naar 9,1%.
- Een andere tendens, die waarschijnlijk met het vorige punt samenhangt, is dat jongeren steeds jonger geconfronteerd worden met seks. Jongeren komen seks tegen in verschillende media. Zo zien ze seks op T.V. niet alleen in de seksprogramma’s, maar ook in bijvoorbeeld Soapseries. Ook komen ze op het Internet seks tegen, door verschillende sekssites die adverteren doormiddel van pop ups. Ook kunnen jongeren makkelijk op het Internet naar seks zoeken, zonder dat hun ouders het te weten komen, als er tenminste geen filter is aangezet. Het hoeft overigens niet negatief te zijn dat jongeren in aanraking komen met seks. Het is alleen afhankelijk van de manier waarop de ouders hier mee om gaan. Als de ouders het aangrijpen om met het kind over seks te praten, kan het heel positief zijn. Alleen als de ouders er niet met het kind over praten, zou dit er toe kunnen leiden dat jongeren aan seks beginnen, zonder dat ze voorgelicht zijn.
- Een punt dat hiermee samenhangt is dat er niet goed ingesprongen is op deze ontwikkeling. Zo wordt er niet eerder begonnen met voorlichten. Hierdoor ontstaat het gevaar dat zeker bij de groep jongeren tussen de 11 en 15 jaar ze nog niet allemaal voorlichting hebben gehad, maar ook lang niet alle jongeren boven die leeftijdscategorie lijken voldoende te zijn voorgelicht. Gevolg hiervan is dat jongeren niet op de hoogte zijn van de gevaren en risico’s van onveilige seks. Zo zullen ze misschien niet weten dat iemand een SOA kan hebben, zonder dat je hier iets van ziet. Ook kunnen ze op die manier nog helemaal geen afweging maken van de voordelen en nadelen. Eerder voorlichten lijkt hierbij de beste oplossing. Voor dit onderwerp is op het moment ook in de media veel aandacht. Seksuoloog Sanderijn van der Doef heeft zelfs een methode ontworpen om seksuele voorlichting te geven aan kinderen in het basisonderwijs vanaf vier jaar.
- De laatste 10 tot 15 jaar is ook de invloed en aanwezigheid van videoclips enorm toegenomen, met name onder invloed van muziek zenders als MTV, TMF en de Box. Daar komt bij dat de videoclips

steeds verder gaan. De sterren die in deze videoclips spelen hebben voor een grote groep jongeren een voorbeeldfunctie. Het patroon dat in veel van deze videoclips naar voren komt, is erg op seks gericht. Mannen moeten veel geld hebben, en mooie schaarsgeklede dames om zich heen hebben, en vrouwen moeten er altijd goed en aantrekkelijk uitzien. Dat is zo ongeveer het beeld dat de meeste videoclips uitdragen. Jongeren kunnen hierdoor een vertekend beeld krijgen van seks, en seksualiteit. Daarnaast kan het van grote invloed zijn op het gevoel van eigenwaarde van jongeren.
- Ook een tendens is dat er de laatste jaren veel minder aandacht is voor onveilig vrijen in de media en in de politiek. Dit komt waarschijnlijk doordat met name de jaren tachtig en begin jaren negentig de meeste mensen erg angstig waren voor AIDS. De laatste jaren lijkt het onderwerp echter te weinig aandacht te krijgen. Ook lijken mensen minder angstig voor AIDS te worden, door de medicijnen cocktail, die de werking van het virus belemmert. Mensen krijgen hierdoor een onterecht gevoel van veiligheid. Waar ook te weinig aandacht aan wordt gegeven is dat de cocktail niet geneest, en dat mensen zich, door de medicijnen, heel erg ziek worden. Ook slaat hij niet bij iedereen aan.
- Een ander probleem is het toekomstperspectief van jongeren. Omdat ‘later’ voor heel veel jongeren nog heel ver weg is, is het heel moeilijk om rekening te houden met later. Het is daarom niet raar dat jongeren vaak met de dag leven, en in hun beslissingen weinig rekening houden met de gevolgen op de lange termijn. (De Ridder, 2001)
- Ook een tendens is de zogenaamde normverscheidenheid. Vroeger waren er altijd gevestigde ideologieën, zoals het katholicisme, protestantisme of socialisme, die mensen de normen en waarden aandroegen die ze gebruikte om een bepaalde structuur in het leven te hebben. Ook waren deze leefregels over het algemeen strenger en strikter dan de leefregels die veel mensen tegenwoordig aanhouden. De invloed van deze ideologieën is afgenomen door de individualisering en door de overvloed aan informatie. Hierdoor moeten mensen zelf denken, en zelf een standpunt bepalen. Doordat er meer vrijheid is, wordt er minder aan jongeren opgelegd. Dit betekent ook dat de invloed van leeftijdsgenoten groter wordt. (de Ridder, 2001)
Door deze verandering in normen en waarden is er een situatie ontstaan waarin het vrij gewoon is als jongeren er voor kiezen om voor het huwelijk seks te hebben. Ook is het niet raar als mensen in de loop van hun leven meerdere seksuele partners hebben. Als er dan meer onveilig gevreeën wordt is de kans op verspreiding van SOA natuurlijk ook groter.

Algemene factoren
Een tweede groep oorzaken van de toename van het onveilig vrijen onder jongeren zijn de oorzaken die meer algemeen van aard zijn. Hierbij gaat het om factoren die veel langer aanwezig zijn dan de maatschappelijke tendensen. Het gaat hier om factoren die veel meer basaal van aard zijn voor een bepaalde groep mensen, bijvoorbeeld sociaal culturele factoren.

Risicofactoren algemene groep
Ondanks alle gevaren die het oplevert, is er blijkbaar toch een groep mensen de er voor kiest om onveilig te vrijen. Een belangrijk deel van deze groep bestaat uit jongeren.
- Een groot risico is dat jongeren in het begin netjes voorbehoedsmiddelen gebruiken, maar na een paar weken of maanden denken dat het geen kwaad kan om zonder voorbehoedsmiddelen te vrijen, omdat ze toch niets aan de partner zien, en de partner ook niets merkt van een eventuele SOA. Overigens kunnen er ook andere factoren meespelen in deze afweging, zoals de prijs van condooms en het met name de afweging met het ongemak dat ze geven. Over dit stoppen na een tijdje zijn geen cijfers bekent. Wel is het duidelijk dat er in voorlichting en in campagnes niet expliciet aandacht aan wordt besteed.
- Een andere risicofactor is dat de voorlichting niet aansluit op de doelgroep. Zo is er weinig aandacht in voorlichting voor de risico groepen, en de risico factoren die bij deze groepen spelen, terwijl juist deze groepen, het grootste risico lopen.
Een andere risicofactor is dat mensen te weinig weten over het gebruik van voorbehoedsmiddelen. Een gevolg hiervan kan zijn dat veel mensen niet weten hoe ze voorbehoedsmiddelen moeten gebruiken. Bij een aantal voorbehoedsmiddelen krijgen mensen een uitleg, bijvoorbeeld van de huisarts wanneer ze de anticonceptie pil gaan gebruiken. Maar met name het condoom is een groot probleem. Het JIP staat bij verschillende festiviteiten waar veel jongeren op af komen, zoals de ‘Megafestatie’ of ‘Parkpop’, met een stand waar jongeren kunnen oefenen, door condooms om een dildo te doen. Volgens de medewerkers zijn de resultaten schrikbarend. Heel veel jongeren hebben geen idee hoe ze goed een condoom omdoen.
Bij de anticonceptie pil is het in het bijzonder voor de ‘jongere’ jongeren nog wel eens een probleem om hem dagelijks op het goede tijdstip in te nemen. Dit komt voornamelijk doordat jongeren nog niet altijd een goede structuur in hun leven hebben.

- Wat ook nog wel eens voorkomt, is dat mensen wel graag voorbehoedsmiddelen willen gebruiken, maar niet weten hoe of wanneer ze hierover moeten beginnen. Op het moment dat de seks dan begint durven ze er niet meer over te beginnen. Ook komt het nog wel eens voor dat mensen in hun geilheid vergeten om voorbehoedsmiddelen te gebruiken, of voorbehoedsmiddelen vervelend of te duur vinden. Daarnaast bestaat er nog het probleem dat de partner het gebruik van voorbehoedsmiddelen vervelend kan vinden. Denk bijvoorbeeld aan mannen die het condoom vervelend vinden. Het komt nog wel eens voor dat de partner hierbij onder druk gezet wordt om zonder condoom te vrijen.

Risico factoren Antilliaanse meisjes
Antilliaanse meiden vormen een risicogroep als het gaat om onveilig vrijen, SOA, tienerzwangerschap en abortus. In de literatuur worden hierover een aantal mogelijke oorzaken genoemd :

- Antillianen vrijen vaker zonder anticonceptie middelen.
- In de Antilliaanse cultuur wordt weinig tot geen voorlichting gegeven aan kinderen.
- In de Antilliaanse gemeenschap leven een aantal fabels met betrekking tot onveilig vrijen, bijvoorbeeld dat je van de pil onvruchtbaar kan worden, en dat een echte, sterke man niet ziek wordt.
- Antilliaanse ouders denken dat voorlichting en anticonceptie hun kinderen aanzet tot het hebben van seks en zijn hierdoor geneigd er niet over te praten om zo geen aanzet te geven.
- Vruchtbaarheid is erg belangrijk in de Antilliaanse cultuur, het geeft status aan een vrouw. Daarom heeft zwangerschap voor Antilliaanse vrouwen niet dezelfde betekenis als voor westerse vrouwen.
- Als een man meerdere vrouwen heeft, wordt dit vaak stilzwijgend getolereerd. Hierdoor wordt het risico dat SOA zich verspreiden groter, helemaal als man meerdere seksuele relaties heeft en onveilig vrijt.
- Meisjes zien kinderen regelmatig als een manier om een jongen aan zich te binden.

In de Antilliaanse cultuur is het voor een man niet vreemd om een relatie met meerdere vrouwen te hebben. Dit blijkt uit de verschillende samenlevingsvormen en de opvattingen hierover. Ook blijkt dat seksualiteit en vruchtbaarheid een grote rol speelt in deze cultuur. Toch is er weinig ruimte voor voorlichting. Dit zorgt ervoor dat veel mensen niet precies weten wat de risico’s zijn van onveilig vrijen, en wat er gedaan kan worden om het gevaar ervan in te dammen.
Daar komt bij dat er onder Antilliaanse mensen fabeltjes rondgaan over anticonceptie. Dit alles zorgt voor een risicovolle situatie. Om hier iets aan te doen zal er iets moeten veranderen in de hele ethiek van deze Antillianen. Het is lastig om de oudere generatie van gedachte te veranderen, al moet het wel geprobeerd worden. Het is echter nog belangrijker om de jonge generatie te bereiken. Niet alleen staan die over het algemeen meer open voor verandering, ook kunnen zij de kennis weer doorgeven aan de nieuwe generatie kinderen. Daar komt bij dat jonge Antillianen die in Nederland wonen, vaak al iets meer openstaan voor voorlichting. Dit kan zijn omdat zij hier bijvoorbeeld zonder hun ouders wonen, en dus ook niet onder invloed staan van deze ouders, of bijvoorbeeld omdat zij op een Nederlandse middelbare school hebben gezeten, waar zij al voorlichting gehad hebben.
Om iets in de opvattingen van de mensen waarvoor dit nog niet geldt te veranderen zal er gericht voorgelicht moeten worden, uitleggen hoe bijvoorbeeld anticonceptie werkt, en waarom de vooroordelen die er over deze anticonceptie zijn, gevaarlijk kunnen zijn. Hierbij is het wel belangrijk dat mensen zich niet aangevallen voelen, en in hun waarde gelaten worden, anders werkt de voorlichting averechts, en zullen mensen zich willen afzetten, en hun opvattingen niet veranderen. Het is belangrijker dat ze gewezen worden op de gevaren, niet alleen voor de mensen zelf, maar ook voor hun kinderen. Daarnaast is het belangrijk dat je mensen leert hoe ze met hun kinderen over seks kunnen praten. Het kan namelijk ook zo zijn dat het onderwerp seks vermeden wordt omdat de ouders er zelf nooit over hebben leren praten, en dus ook gewoon niet weten hoe dit moet.

De verantwoordelijkheid voor anticonceptie wordt bij de vrouw gelegd. Anticonceptiegebruik door mannen is haast niet bespreekbaar. Dit veroorzaakt ook grote onwetendheid bij Antilliaanse mannen over dit onderwerp. Een andere oorzaak van het slechte anticonceptie gebruik onder Antillianen is dat een vrouw die, zonder relatie te hebben, de pil slikt als een hoer of een makkelijke prooi wordt gezien. Ook de wilde verhalen die er rond gaan over anticonceptie kunnen als oorzaak aangewezen worden. Zo zou de pil tot onvruchtbaarheid leiden. Daarnaast wordt het regelmatig moeten slikken van de pil vaak als een probleem gezien. Een anticonceptie middel dat nog wel goed scoort, is het spiraaltje, met name omdat daar niet de vaste tijden van de pil aan vastzitten. Sterilisatie is onbespreekbaar, vanwege het belang van vruchtbaarheid in de cultuur. Condooms worden door veel Antillianen alleen gebruikt als er een vermoeden is dat een van de partners een SOA heeft.

Risico factoren homoseksuele jongens
Dat mannen met homoseksuele contacten een risicogroep zijn als het gaat om onveilig vrijen en SOA, kan een aantal redenen hebben:

- Uit de onderzoeken van TNO blijkt dat mannen met homoseksuele contacten gemiddeld vaker onveilig vrijen dan mensen met heteroseksuele contacten.
- Mannen met homoseksuele contacten hebben vaker met verschillende partners seksueel contact, hierdoor is de kans groter een SOA op te lopen of verspreiden, net zoals Antilliaanse mannen die met meer partners contact hebben.
- Mannen met homoseksuele contacten vormen een relatief kleine groep. Daarom is de kans dat je vrijt met iemand die een SOA heeft groter.
- Uit onderzoek blijkt tevens ook dat mannen met homoseksuele contacten gemiddeld vaker een SOA hebben. Dit maakt de kans dat een SOA verspreid wordt extra groot.
- Bij homoseksuele contacten vindt vaak anale seks plaats. Voor veel SOA vergroot deze vorm van seks de kans op overdracht, met name omdat er vaak wondjes ontstaan in de anus.

Uit de cijfers blijkt dat met mannen met homoseksuele contacten vaker wisselende contacten hebben, en vaker zonder condoom vrijen. Daarnaast is de groep relatief klein. Het is dus niet zo vreemd dat ze een groter risico lopen op het oplopen van een SOA. Opvallend is het vooral dat SOA onder deze mannen de laatste jaren ook weer toeneemt. Een van de oorzaken hiervan is dat de aandacht voor SOA, en met name AIDS, in de media en de politiek erg afgenomen is. Daarnaast hebben veel mensen het idee dat de medicijnen cocktail die er is voor mensen die HIV besmet zijn, er voor zorgt dat mensen niet meer ziek kunnen worden. Een oorzaak van deze twee punten is dat mensen niet zo snel meer AIDS krijgen, waardoor er dus ook niet zoveel ernstig zieke mensen te zien zijn. Dit heeft tot gevolg dat de ziekte minder angst aan jaagt, waardoor de aandacht er ook voor wegvalt. Een andere oorzaak van het wegvallen van de aandacht voor AIDS, is dat het een hele tijd erg goed ging, en het aantal besmettingen erg af nam. Er is in die tijd een bepaalde laksheid ingekropen bij de overheid en de media. Het zou logisch zijn dat als de angst voor AIDS afneemt, het onveilig vrijen toeneemt. Het dan ook niet vreemd dat niet het aantal HIV besmette mensen weer toeneemt, maar ook andere SOA weer meer voorkomen.
AIDS is geen homoziekte, maar zo ongeveer 70% van de AIDS patiënten zijn mannen die seksuele contacten hebben met andere mannen. Ook syfilis en gonorroe komt veel voor onder deze groep. Mannen die seks hebben met mannen, doen dat vaak later dan heteroseksuele mannen en vrouwen, meestal als ze tussen de 18 en 20 jaar oud zijn. Een oorzaak hiervan is dat deze mannen hun seksualiteit eerst moeten erkennen, iets wat meestal moeilijker gaat dan bij heteroseksuelen. Als deze mannen hun seksualiteit erkent hebben, en ze op zoek gaan naar een vriend of een sekspartner, is dit meestal ook niet makkelijk. Om een partner te kunnen vinden gaan veel jongeren op zoek in de ´homoscene´.

4 Conclusies:

Neemt het onveilig vrijen onder jongeren tussen de 12 en 25 jaar toe?
- Het aantal SOA in Den Haag onder tieners neemt toe sinds 1998 van iets minder dan 200 naar meer dan 400 meldingen.
- Het aantal tienerzwangerschappen neemt sinds 1992 landelijk toe, van 10 per 1000 tieners in dat jaar, tot 16,2 per 1000 in 2001 en 2002.
- Het aantal tiener abortussen neemt ook landelijk toe van 4,2 per 1000 meisjes in 1992, tot 10,4 per 1000 in 2002. Ook blijkt de groep 20 tot 24 jarigen erg groot als het gaat om abortussen.

Uit de voorgaande punten kan geconcludeerd worden dat het onveilig vrijen in de groep jongeren tot 25 jaar toeneemt.
- Het TNO rapport Jongeren, seksualiteit, preventie en hulpverlening, het epidemiologisch bulletin, en het rapport abortusregistratie van Stisan concluderen dit ook.

Wat zijn de risicogroepen op het gebied van onveilig vrijen?
- Antillianen, Arubanen en Surinamers, vormen samen 15,2 % van de gevallen van klassieke SOA.
- Zij vormen zelfs 26,2% van de mensen die gonorroe oplopen.
- 29,7 per 1000 Antilliaanse meisjes tot 20 jaar krijgen een kind, tegenover 3,2 per 1000 autochtone meisjes.
- 32,2 per 1000 Antilliaanse meisjes tot 20 jaar laten abortus plegen, tegenover 4,9 per 1000 autochtone meisjes.
- 67,6 % van de HIV besmette mensen hebben homoseksuele contacten.
- 43% van de met gonorroe besmette mensen hebben homoseksuele contacten.
- Uit de cijfers blijkt dat homoseksuele jongens en Antilliaanse meisjes als risicogroep genoemd kunnen worden.

Wat zijn de risicofactoren op het gebied van onveilig vrijen?
Anticonceptie
- Tijdens de panelgesprekken gaven de jongeren aan dat ze bij het kopen van condooms niet gehinderd worden door bijvoorbeeld schaamte.
- Dat condooms erg duur zijn werd wel als een belemmering gezien door de jongeren.
- Alle jongeren gaven aan dat als je al een tijdje een relatie hebt, de prijs van condooms een van de redenen kan zijn om met het gebruik te stoppen. Sommige jongeren zouden eerder condooms gebruiken als ze gratis waren, maar lang niet allemaal.
- De vier autochtone meisjes die geïnterviewd zijn, gaven aan het geen probleem te vinden om de pil te halen. Ze worden niet belemmerd door schaamte, vinden het niet moeilijk om naar de huisarts te gaan en vinden het niet moeilijk het onderwerp naar hun ouders toe te brengen.
- Onder allochtone meisjes is de pil nog wel eens een probleem. De twee Antilliaanse meisjes gaven aan hierin meer problemen te ervaren met name met het erover praten met hun ouders. De ouders van deze meisjes wilden niet dat ze aan de pil gingen. Ze herkende dit probleem ook bij andere Antilliaanse meisjes.
- De twee jongens met homoseksuele contacten, die overigens de weg kennen in de 'homoscene', vinden het niet moeilijk om de speciale anale condooms te halen. Zij doen dit meestal bij het COC.
- Zij gaven echter wel aan dat voor jongens die net ontdekken dat ze homoseksueel zijn, het moeilijk kan zijn om condooms aan te schaffen. Ze kennen vaak de weg nog niet binnen de 'homoscene'
- Jongeren geven aan dat het op zak hebben van een condoom, als het in een onverwachte situatie tot seks komt, wel eerder tot gebruik zal leiden.
- Bijna alle jongeren gaven aan dat ze het gebruik van condooms vervelend vinden. Het verstoort de seks, en het voelt minder lekker, zijn vaak de argumenten van de jongeren.

Voorlichting:
- Het kan geconcludeerd worden dat de voorlichting systematisch gegeven moet worden op scholen, door de jaren heen, zodat zoveel mogelijk jongeren bereikt worden.

Het accent in de voorlichting moet verschuiven, natuurlijk moeten ook onderwerpen zoals de anatomie behandeld worden, maar belangrijker is het om jongeren weerbaar maken, praten over waarom het moeilijk is om over het gebruik van een condoom met de partner te praten.
- Het is belangrijk dat jongeren al een keer nagedacht hebben over het moment dat ze over condooms beginnen.
- Uit de onderzoeken en de panelgesprekken bleek dat Antilliaanse ouders bijna geen voorlichting geven aan hun kinderen.

- Zij zouden gewezen moeten worden op het belang van voorlichting.
- Bij voorlichting op scholen moet er meer over homoseksualiteit gesproken worden.
- De voorlichting moet op jongere leeftijd beginnen, al zeker vanaf groep acht van de basisschool.
- Er moet aan ouders duidelijk gemaakt worden dat seksuele voorlichting een erg belangrijk onderdeel is van preventie voor SOA of tienerzwangerschap.
- Bij de voorlichting op scholen zal er meer speciale aandacht moeten komen voor allochtone jongeren. Dit zou kunnen door op de scholen systematisch voor te lichten.
- Hierbij geld ook dat er misschien meer aandacht moet komen voor allochtone ouders, zoals net al aangegeven bij de Antilliaanse ouders.

SOA testen:
- Jongeren zijn bereid zich gratis te laten testen op SOA.
- Bij sommige jongeren kan met name het werken op afspraak, luiheid en angst er toe kunnen leiden dat ze zich toch niet laten testen, ook als ze wel van de mogelijkheid afweten.
- Veel jongeren lijken niet van de mogelijkheid tot gratis en anoniem testen afweten.
- Het is van essentieel belang dat alle jongeren dit te weten komen.
- Hierdoor kan uiteindelijk een hoop geld bespaard worden, om dat er waarschijnlijk minder mensen besmet zullen worden.
- Er wordt er persoonlijk met de jongeren gesproken, waardoor zij ook belangrijke vragen kunnen stellen.
- Er kan een duidelijker overzicht gemaakt worden van het aantal besmette mensen.
- Het is veiliger in een langere relatie. Regelmatig blijven testen en Double Dutch vrijen is de meest veilige manier.
-Jongeren zeggen bereid te zijn hun partner aan te zetten tot het laten testen op SOA, op een gratis en anoniem adres.

Campagnes:
- De jongeren gaven tijdens de interviews aan dat ze vinden dat de recente campagnes hun uitwerking missen. Ze voelen zich er niet echt door aangesproken. Ze zeggen dat iedereen wel weet dat hij of zij condooms moet gebruiken. De campagne onderwerpen zijn een beetje uitgemolken, zo werd gezegd. De aandacht van deze campagnes zou zich misschien eens kunnen richten op een ander, minder bekend onderdeel.
- Jongeren geven aan dat ze denken dat een campagne waarbij duidelijk zieke mensen, zoals mensen met AIDS te zien zijn, wel veel indruk zou maken, en voor een hoop opschudding zou zorgen, zoals een ‘Benneton’ reclame een paar jaar geleden deed. Het risico van dit soort campagnes is wel dat het ook mensen af kan schrikken.
- Het is belangrijk dat er campagnes komen waarin ook allochtone jongeren zich aangesproken voelen, of campagnes die op allochtone jongeren zijn gericht.

Risico factoren
Er kunnen een aantal conclusies geformuleerd worden met betrekking tot de risico factoren voor onveilig vrijen, SOA, tienerzwangerschappen en abortus, bij jongeren in het algemeen:

- Jongeren beginnen steeds jonger met seks. Ze worden vaak tussen de 11 en 15 jaar seksueel actief, dit is vaak voordat ze voorlichting hebben gehad.
- Jongeren die slecht of niet voorgelicht zijn, lopen meer risico. Ze weten niet wat de gevolgen zijn van een SOA, of een tienerzwangerschap. Ze weten ook niet goed hoe een SOA overgebracht wordt. Ze weten niet hoe ze een SOA moeten herkennen, en ze weten niet hoe anticonceptie werkt. Ze zijn kort gezegd niet in staat om een volledige en verstandige keuze te maken.
- Jongeren kiezen er vaak na een aantal maanden vaste relatie voor om te stoppen met condooms, omdat ze het risico wel willen nemen, met name omdat condooms vervelend zijn, en het meisje bijvoorbeeld toch aan de pil is dus zwangerschap niet als gevaar wordt gezien. Een andere reden kan zijn dat jongeren niet genoeg op de hoogte zijn van de werking van SOA, en denken dat ze zelf of de partner geen SOA hebben. Daar komt bij dat jongeren vaak niet weten van de mogelijkheid tot gratis testen.
- Jongeren zijn zich niet bewust van de gevaren van AIDS. Een oorzaak hiervan is dat er niet duidelijk wordt aangegeven dat de medicijnen cocktail niet altijd werkt, en ontzettend veel bijwerkingen heeft. Hierdoor denken jongeren dat AIDS niet meer gevaarlijk is, of in ieder geval niet dodelijk, en zijn ze bereid meer risico’s te nemen. Ze realiseren zich niet genoeg dat

er nog geen echt goed werkend medicijn is ontdekt tegen AIDS en dat leven met de medicijnen cocktail vaak vreselijk is.

- Jongeren zijn, zeker in de pubertijd, bereid meer risico’s te nemen, of zoeken ze zelfs op. Dit heeft te maken met de ontwikkelingsfase waarin ze verkeren en de grenzen die ze hierbij aansluitend gaan verkennen. Ze denken vaak niet aan de lange termijn gevolgen maar aan genot en geluk op de korte termijn.

In de advies nota zal aan de hand van dit onderzoek verder ingegaan worden op de kansen en risico’s van het JIP, op het gebied van onveilig vrijen onder jongeren.

Bronvermelding

Boeken

1. Bergen, Marieke van en Burgt, Jan van(19xx*) Handboek SOA: primaire en secundaire preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen.* Stichting SOA bestrijding
2. Everaerd, W, Moors, J.P.C, Slob, A.K en Vink. C.W(19xx) *Leerboek Seksuologie.* Bohn Stafleu Van Loghem
3. Heemelaar, Mathieu(2000) *Seksualiteit, Intimiteit en Hulpverlening.*Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
4. Vlasbloem, Rob(19xx) *20 Jaar SOA bestrijding: de stand van zaken.* Nederlandse Stichting Tot Bestrijding Van Seksueel Overdraagbare Aandoeningen

Onderzoeksrapporten

1.Coster, E.J.M. de e.a.(2003) *Epidemiologie.* Seksueel overdraagbare aandoeningen in Den Haag 1994-2001.Den Haag: Dienst OCW, gemeente Den Haag.
2. ES&S Schutt, Annelies e.a.(2003) Verslag van de Expertmeeting : Gezond seksueel gedrag van jongeren tot 25 jaar". Den Haag: Ministerie van VWS
3. Vogels, T. e.a (2002) *Jongeren, seksualiteit, preventie en hulpverlening*. Een verkenning van de situatie in 2002. Leiden: TNO divisie Jeugd

Internetsite's

1. URL: http://www.cbs.nl.
2. URL: http://www.tno.nl
3. URL:http://www.stisan.nl
4. URL: http://www.rivm.nl
5. URL:http://www.jipdenhaag.nl

Bijlage 1 Overzicht folders JIP

SEKSUALITEIT

Titel van folder/brochure	Uitgever en prijs	Leeftijd	Opmerkingen:
Anticonceptie: veilig vrijen	Schering Nederland B.V. gratis	15+	verschillende vormen van anti-conceptie worden behandeld met gebruik van plaatjes
Boekje voor jou over veilig vrijen (spiekboekje)	Rutgers Nisso groep € 0,20 + porto	12+	leuk formaat
Condooms? Zeker weten	SSL Healthcare gratis	15+	naast informatie over het gebruik van het condoom, de geschiedenis e.d. Wordt ook info gegeven over SOA's. Het enige nadeel is dat er reclame wordt gemaakt voor Durex
Het condoom	Rutgers Nisso groep € 0,80 + porto	15+	alle informatie over het condoom
Doe-het-safe-boekje	Soa-Hiv-Aids bestelservice porto	15+	tijdelijk niet leverbaar
Drugs/ alcohol plus veilig vrijen	Soa-Hiv-Aids bestelservice porto	16+	enige folder waarin aandacht wordt besteed aan drugs/ alcohol en veilig vrijen, gericht op homoseksualiteit
Gay & Lesbian Switchbord	Gay & Lesbian Switchbord gratis	15+	flyer over de informatie- en advieslijn
HIV/AIDS	Soa-Hiv-Aids bestelservice porto	18+	gericht op homoseksualiteit
Ja, ik wil..veilig vrijen	Soa-Hiv-Aids bestelservice € 0,50 +porto	15+	leuk en begrijpelijk vormgeving (stripverhaal)
Jij en jongens	Schorerstg porto (alleen bij grote aantallen)	14+	folder is zowel in Nederlands als in het Arabisch over het onderwerp homoseksualiteit

Jongeren en seks	Rutgers Nisso Groep € 0,80 + porto	12+	o.a. informatie over veilig vrijen en de eerste keer, duidelijk geschreven
Lang leve de liefde	Zorn € 0,90 + porto	12+	herziene uitgave, informatie en tips over verliefdheid, verkering, seks en veilig vrijen; veel ervaringsverhalen
Morning-after-middelen: belangrijke informatie voor jezelf en je partner	Rutgers Nisso Groep € 0,80 + porto	15+	overzicht van morning-after-middelen met info over hoe het werkt en wanneer te gebruiken
Het orgasme	Rutgers Nisso Groep € 0,80 + porto	15+	gericht op meisjes
Het pessarium	Rutgers Nisso Groep € 0,80 + porto	15+	over het gebruik van het pessarium als voorbehoedmiddel
Seks zonder risico voor meisjes die met meisjes vrijen	Soa-Hiv-Aids bestelservice porto	15+	vergelijkbaar met de folder jongens onder elkaar
Seksueel Overdraagbare Aandoeningen: voorkomen, testen en behandelen	Soa-Hiv-Aids bestelservice porto	15+	over veilig vrijen en het testen en behandelen van SOA's
Seksueel Overdraagbare Aandoeningen: serie	Soa-Hiv-Aids bestelservice porto	15+	serie waarin elke SOA in een aparte folder overzichtelijk besproken wordt
Verliefd	Rutgers Nisso Groep € 0,80 + porto	12+	met literatuurlijst, tijdelijk niet verkrijgbaar
Zaadlozing	Rutgers Nisso Groep € 0,80 + porto	12+	duidelijke uitleg wat er gebeurt bij een zaadlozing, wel veel tekst, met literatuurlijst

Bijlage 2 Overzicht van de anticonceptie middelen

Anticonceptie voor mannen:

- Het condoom:

- Een dun rubber zakje dat voor de gemeenschap om de stijve penis wordt gedaan. (info. folder Schering services)
- Sluifje van dun rubber of kunststof dat over de penis geschoven kan worden ter voorkoming van infectie of van bevruchting bij de coïtus. (van Dale groot woordenboek der Nederlandse taal)

Een condoom kan overigens al dan niet in combinatie met zaaddodend middel gebruikt worden.

- Sterilisatie:

- De doorgankelijkheid van de zaadleiders wordt geblokkeerd, door er een stukje tussenuit te halen. Deze operatieve ingreep wordt vasectomie genoemd. (info. folder Schering services)
- Het ongeschikt maken van mensen of dieren voor de voortplanting door het afbinden van de zaadleiders of de eileiders, of door röntgenbestraling. (van Dale groot woordenboek der Nederlandse taal)

Anticonceptie voor vrouwen:

- Vrouwen condoom

- Een kunststof zakje met twee buigzame ringen, waarvan de kleinste (losse) rond de baarmoeder wordt geplaatst, en de grootste buiten de schede zit. De zaadcellen blijven in dit zakje achter. (info. folder Schering services)
- Voorbehoedmiddel vergelijkbaar met het pessarium. (van Dale groot woordenboek der Nederlandse taal)

- Sterilisatie

- Hierbij worden de eileiders operatief afgesloten. De zaadcellen kunnen dan niet meer bij de eicel komen. (info. folder Schering services)
- Het ongeschikt maken van mensen of dieren voor de voortplanting door het afbinden van de zaadleiders of de eileiders, of door röntgenbestraling. (van Dale groot woordenboek der Nederlandse taal)

- De pil

- Dit is het enige middel dat wordt ingenomen. De Pil bevat hormonen die onder andere de eisprong voorkomen. (info. folder Schering services)
- Oraal anticonceptie middel (van Dale groot woordenboek der Nederlandse taal)

- Pessarium

- Dit is een rubber kapje dat voor de baarmoedermond wordt aangebracht. Hierdoor kunnen zaadcellen niet bij de eicel komen. Alleen betrouwbaar in combinatie met een zaaddodende pasta of gelei. (info. folder Schering services)
- Met een rubbervlies gesloten ring om de baarmoedermond af te sluiten ter voorkoming van zwangerschap (van Dale groot woordenboek der Nederlandse taal)

- Spiraaltje

- Ook wel IUD genoemd, dit is een afkorting van ‘Íntra Uterine Device’, letterlijk vertaald ‘voorwerp in baarmoeder’ (info. folder Schering services)
- Benoeming voor een intra- uterien anticonceptie middel in spiraalvorm. (van Dale groot woordenboek der Nederlandse taal)

- Prikpil

- Injectie die anticonceptioneel werkt (van Dale groot woordenboek der Nederlandse taal)

Bijlage 3 overzicht seksuele overdraagbare aandoeningen

- **Bacteriële vaginose**

Meestal heeft alleen de vrouw klachten van deze infectie. Het leidt tot een verstoring de zuurgraad van de vagina. Het hoeft overigens niet door seks overgebracht te worden. Ook bijvoorbeeld langdurig antibiotica gebruik, en soms de pil, kunnen BV veroorzaken. De klachten zijn over het algemeen toename van de afscheiding. Stank van de afscheiding. Soms jeuk en roodheid rond de vagina. De afscheiding is overigens vaak grijs gekleurd. De infectie kan leiden tot Pelvic Inflammatory Disease. Din lichte gevallen stopt de infectie vanzelf, in zwaardere gevallen wordt medicatie voorgeschreven.

- **Candidiasis:**

Ook candidiasis is niet uitsluitend een soa, maar ook een verstoring van de zuurgraad die kan optreden in geval van langdurig antibiotica gebruik, pilgebruik, zwangerschap of overmatig gebruik van zeep. Het kan overgebracht worden door de penis, vagina, anus of mond. Bij vrouwen neemt de afscheiding toe en waterachtig of kwarkachtig. Ook irritatie, branderigheid, roodheid en jeuk zijn vaak voorkomende klachten. Soms ook moeite met plassen. Mannen hebben veel minder klachten. De eikel kan er schilferig en rood uitzien, en ze hebben last van jeuk aan de eikel en voorhuid. Ook komt de infectie veel voor bij zwangere vrouwen en AIDS patiënten. De infectie keert vaak terug na behandeling. De infectie kan behandeld worden met crèmes, lotions, sprays en tabletten.

- **Chlamydia trachomatis:**

Dit is de meest voorkomende SOA in Nederland. De incubatie tijd is 1 tot 3 weken. De SOA kan overgebracht worden door vaginaal en anaal contact, maar ook door orale seks. Een bacteriële infectie waar je behalve wat pijn bij het plassen of bij het vrijen weinig van merkt. 70% van de geïnfecteerde mensen zegt geen klachten te hebben. Bij vrouwen leidt het soms tot abnormaal bloedverlies, bijvoorbeeld tussen twee menstruatie periodes in. Ook heeft een vrouw wel eens bloedverlies na seksueel contact, en last van de onderbuik. Daarnaast kan er weleens pusachtige afscheiding zijn. Mannen hebben een branderig gevoel bij het plassen, en wat waterige of pusachtige afscheiding. Anale besmetting leidt vaak tot irritatie, jeuk en slijmerige afscheiding. Het kan bij mannen tot een bijbal ontsteking leiden. Bij vrouwen leidt het tot PID waardoor een verhoogd risico op buitenbaarmoederlijke zwangerschap of zelfs onvruchtbaarheid ontstaan. Ook kan de ontsteking zich uitbreiden naar organen zoals het buikvlies of de lever.

- **Condylomata acuminata/ genitale wratten:**

Genitale wratten worden veroorzaakt door een virus. Ze worden overgebracht via seksueel contact, maar ook via bijvoorbeeld handdoeken kunnen de wratten overgebracht worden. Ook kan de besmetting vanuit een ander gedeelte van het lichaam overgebracht worden. Vaak hebben mensen in het begin geen klachten. Soms hebben mensen dan last van jeuk en irritatie. Ook ontstaan de wratten op een verschillende manier. Bij de een is er eerst een wratje, maar bij anderen zijn het er ineens heel veel. De wratten zitten bij vrouwen op en rond de vagina en de schaamlippen, en onzichtbaar in de vagina en rond de baarmoeder mond. Bij mannen zitten de wratten op de eikel, op of rond de voorhuid, op de schacht van de penis en in de plas buis. Ook kunnen de wratten in en rond de anus ontstaan door anale seks. De wratten zijn te behandelen met stikstof, crème, lasertherapie en ze zijn operatief te verwijderen of weg te branden. Ook is er nog een mogelijkheid om ze te behandelen met de stof podofylline. Genitale wratten zijn niet altijd na een behandeling definitief weg, maar keren vaak een aantal maal terug.

- **Donovanosis:**

Komt nog vaak voor bij donkere mensen en asielzoekers, meestal bij mannen. Deze bacteriële infectie veroorzaakt wondjes op de uitwendige geslachtsorganen, en in de buurt van de anus. Het kan zich door zelfbesmetting ook uitbreiden naar andere lichaamsdelen. Als het niet behandeld wordt, kan er ernstige verminking van de geslachtsdelen ontstaan. Het is overigens met antibiotica te behandelen, maar het hoeft niet met een kuur over zijn, als er bijvoorbeeld sprake is van een dubbelinfectie.

- **Gonorroe/ druiper:**

De klachten komen overeen met die van chlamydia, de kenmerken ook. Gonorroe is de oudste bekende geslachtsziekte. Vroeger was de ziekte slecht te behandelen. Tegenwoordig is het met antibiotica goed te behandelen.

- **Hepatitis B**

Deze uiterst complexe infectie ziekte kan op verschillende manieren verlopen. In Nederland komt de ziekte weinig voor, maar met name in Zuidoost- Azie en Afrika een stuk vaker. Met name homoseksuelen worden als risicogroep betiteld in het handboek SOA. Het Hepatitis B virus (HBV) nestelt zich in de lever. Hoe iemand op de infectie reageert is afhankelijk van de mate waarin iemand immuun is voor bepaalde gevolgen. De ziekte kan worden overgebracht via bloed, bloedproducten, sperma, genitale vloeistoffen, en met bloed vermengd speeksel. De overdracht is dus via seks mogelijk, maar kan ook van moeder op kind gebeuren, of via bloedtransfusies. De kans dat de ziekte bij contact wordt overgebracht, is veel groter dan bijvoorbeeld de kans dat HIV wordt overgebracht.
Een HBV- infectie kan op vier manieren verlopen. Hoe het verloopt is afhankelijk van leeftijd, geslacht en dragerschap:
1. Acute hepatitis B:
Hierbij ontstaat er een ziektebeeld wat wordt gekenmerkt door moeheid, griepachtige verschijnselen, slechte eetlust, misselijkheid/ braken en een opgeblazen gevoel in de buik. Na een aantal weken treed er geelzucht, gele verkleuring van het oogwit en delen van de huid, donkere urine en ontkleurde ontlasting op.
2. Asymptomatische infectie:
In ongeveer tweederde van de gevallen verloopt de infectie ongemerkt.
3. Chronische HBV- infectie met asymptomatisch dragerschap:
De drager van het HBV- virus, heeft geen symptomen van hepatitis, maar kan de ziekte wel overdragen. De ziekte kan ineens weer verdwijnen na onbepaalde tijd. Als er na zes maanden na het begin van de infectie nog antigenen in het bloed kunnen worden aangetoond zonder verschijnselen van hepatitis, is er sprake van asymptomatisch dragerschap.
4. Chronische HBV- infectie met leverschade; chronische hepatitis:
In dit geval gaat het over een chronische hepatitis besmetting. Deze kan een mild of een progressief beloop hebben. Uiteindelijk kan deze vorm leiden tot zware leverschade, en in enkele gevallen zelfs tot de dood. Dit gaat om 40% van de mensen met een chronische hepatitis, maar op het totale aantal HBV- besmette mensen is dit minder dan 1%.
Een hepatitis infectie wordt behandeld met rust en een lever sparend dieet. Ook is er een behandeling met injecties, die het virus moet afremmen.

- **Herpes Genitalis:**

Herpes wordt veroorzaakt door het herpes simplex virus (HSV). Dit is zowel de veroorzaker van herpes genitalis, als die van herpes labialis; een koortslip. Er bestaat van dit virus een type 1 en een type 2. 2 tot 12 dagen na de infectie, ontstaan de eerste klachten. Meestal bestaan de klachten uit een branderig en irriterend gevoel op de plaats van besmetting. Spoedig onstaan hier blaasjes, die overgaan in wondjes. Verder kunnen de lymfeklieren opzetten, en kan er afscheiding in de vagina, penis of anus voorkomen, en jeuk of pijn bij het plassen ontstaan. Nadat de wondjes genezen zijn, trekt het virus zich terug in de zenuwuiteinden in de buurt van de ontsteking. De klacht kunnen echter vanzelf weer terugkeren.
Er bestaan geen medicijnen voor herpes. Wel kan er een anti virale behandeling gehouden worden om de pijn te verzachten, of sneller te laten stoppen. De transmissie vindt plaats, door seksueel contact, van moeder op kind, of door nauwgezet contact met een besmet persoon.

- **HIV/ AIDS**

Tussen 1979-1981 was er in de Verenigde Staten een aantal homoseksuele mannen, die aan een paar ernstige en zeldzame klachten leden. Dit waren met name een zeldzame tumor, het zogenaamde Kaposi sarcoom, en een bijzondere vorm van longontsteking; PCP genoemd. Er werd aan een nieuw ziektebeeld gedacht, en daarom werd er veel onderzoek gedaan. In 1983 werd het virus geïdentificeerd als het HIV- virus. Het bleek dat de ziekte overgebracht kon worden via seksueel contact en bloed. Ook kwam men er achter dat de ziekte in Afrika al jaren bestond, en bekend was onder de naam ‘Slimmering Disease’.
Het virus heeft eerst bekend gestaan als het HTLV-III virus, en als LAV, tot dat internationaal de naam HIV- virus werd gekozen. HIV staat voor Humaan Immunodeficiℑntie Virus. Er zijn twee varianten van het virus; HIV-1 en HIV-2. De HIV-2 variant komt in Europa haast niet voor, maar wel regelmatig in West-Afrika.
Al hoewel er in het begin nog wat onduidelijkheid over was, is inmiddels gebleken dat het virus op de volgende manieren kan worden overgebracht:
1. seksueel
- via seks zonder condoom, zowel vaginaal als anaal.
- Pijpen, vooral wanneer er zaad in de mond van de partner wordt gespoten.

- Beffen, met name tijdens de menstruatie.
- Gezamenlijk gebruik van zogenaamde hulpstukken, zoals een dildo of een vibrator.

2. via besmette spuiten en naalden
3. via besmet bloed
4. van moeder op kind
- voor en rond de geboorte.
- Via de moedermelk.

Overdracht vindt vrijwel altijd via bloed of sperma plaats. Alhoewel het virus wel aangetoond is in andere lichaamssappen, zoals speeksel, urine zweet en tranen, is de kans op overdracht via deze stoffen nihil, vanwege de lage concentratie.

De incubatietijd van het virus is twee tot drie weken. Het virus begint onmiddellijk met het afbreken van het afweersysteem. Men is dan wel besmet met het HIV-virus, maar er is nog geen sprake van AIDS. De kans dat zich inderdaad AIDS ontwikkeld bij iemand die HIV besmet is zich ook daadwerkelijk AIDS ontwikkeld, wordt geschat op zeker 50%.
De kans dat iemand HIV besmet raakt, wordt bij seksueel contact, zonder condoom, geschat tussen de 0,1 en 1%. Deze kans is overigens bij anaal contact groter dan bij vaginaal contact. De kans dat er overdracht is van man naar vrouw is groter dan andersom, behalve als de vrouw ongesteld is. De kans op besmetting lijkt toe te nemen als men vaker in contact komt met het virus.
De aanwezigheid van andere SOA, en met name de SOA die beschadiging van het slijmvlies opleveren vergroten de besmettingskans als men in contact komt met HIV. Ook andere beschadiging van het slijmvlies, zorgt voor een grotere besmettingskans.
De kans op overdracht via orale seks is nihil behalve er bij het pijpen sperma in de mond komt, of als er wondjes in de mond zijn. Bij het beffen is er alleen gevaar als er wondjes in de mond zijn, of als de gene die gebeft wordt ongesteld is.
Het risico op overdracht via naalden is vele malen groter als er sprake is van intraveneus gebruik (rechtstreeks in de ader inspuiten), wat bijvoorbeeld bij drugs vaak gebeurd. De kans op overdracht is dan ook vele malen groter dan bij seks zonder condoom.
De kans dat HIV van moeder op kind overgedragen wordt, is ongeveer 25%. Ook via de borstvoeding kan er HIV overgebracht worden. De kans neemt door het gebruik van bepaalde medicatie wel vele malen af.

Een besmetting met het HIV virus kan tot een heleboel symptomen en complicaties leiden. Deze zijn gecategoriseerd, maar de samenstelling verandert nog wel eens.
Categorie A
Deze ziektebeelden vallen niet in de categorie B of C
- Acute HIV-infectie: Dit lijkt op Pfeiffer of griep, soms gecombineerd met een huiduitslag die aan syfilis doet denken. Dit heeft waarschijnlijk te maken met de seroconversie. Dit betekent dat het lichaam het virus herkend en probeert te verdrijven.
- Asymptomatische infectie: Men is besmet met het HIV-virus, maar heeft er geen last van. Deze periode kan soms wel 10 jaar of langer duren.
- Persisterende gegeneraliseerde lymfadenopathie: Dit is een chronische zwelling van de lymfeklieren.

Categorie B
Dit zijn ziektebeelden met duidelijke klachten, die echter niet kenmerkend zijn voor AIDS. Ze kunnen echter wel veroorzaakt worden door een HIV-infectie, of in ieder geval een verstoorde afweer. Dit zijn bijvoorbeeld:
- een candida-infectie in de mond.
- Vaginale candida-infecties.
- Aanhoudende klachten zoals hoge koorts en al langer dan een maand diarree.
- Zenuwzwakte
- Een erge vorm van gordelroos
- Ernstige ontstekingen in de mond.

Categorie C
Dit zijn zogenaamde opportunistische infecties. Dat zijn infecties die bij mensen met een normale gezonde afweer niet voorkomen. De ziektes die er uit voorkomen zijn indicator-

ziekten; dit betekend dat bij deze ziektes in combinatie met een HIV besmetting AIDS geconstateerd kan worden. AIDS staat overigens voor Acquired Immune Deficiency Syndrome. De ziekte betekend praktisch dat de afweer van mensen zo aangetast is, dat ze ziektes krijgen die normaal gesproken niet voorkomen. Voorbeelden hiervan zijn:

- Een ernstige, dodelijke vorm van longontsteking
- Hersenvliesontsteking en ruggemerg ontsteking.
- Een candida-infectie van slokdarm.
- Hersenontsteking die ontstaat door Toxoplasma gondii, een eencellige parasiet.
- Kaposi sarcoom, een vorm van huidkanker waarbij rood blauwe en bruine vlekken op de huid ontstaan, die gaan pijn doen.

Er zijn twee soorten tests voor en HIV-infectie. Ten eerste is er de zogenaamde Elisa test. Deze staat beter bekend als de HIV-test of AIDS-test. Hierbij worden de antistoffen getest op aanwezigheid het virus en aantallen. Als dit aantoont dat men HIV besmet is, noemt men dit seropositief. De tweede soort test is de 'Viral load' test. Hierbij wordt er getest op het aantal aanwezige virusdeeltjes. In de beginjaren van HIV waren deze tests nogal onbetrouwbaar, maar tegenwoordig kunnen ze een goed beeld geven van de ernst van de infectie.

- **Lymphogranuloma venreum/ LGV:**

Dit is een van de vijf klassieke geslachtsziekten. De ziekte komt met name in de tropen veel voor, en wordt dan ook vaak vanuit daar geïmporteerd. De ziekte De ziekte wordt voornamelijk overgebracht via vaginale en anale seks, maar het kan ook via orale seks verspreid worden. De klachten zijn bij mannen meestal erger dan bij vrouwen, en lijken heel erg op die van syfilis.
Het begint met een *primair affect* bestaat uit een klein knobbeltje, wat overloopt in een zweertje. Dit geeft weinig klachten en verdwijnt vanzelf.
Als deze eerste fase voorbij is, begint na 10-30 dagen de *tweede fase.* De ziekteverwekker is door het hele lichaam verspreid. Er kan dan onder andere zwelling van de lymfeklieren in de lies optreden, maar ook zweren met name rond om de geslachtsdelen en de anus kunnen ontstaan. Deze klachten kunnen met antibiotica behandeld worden.
Als mensen niet behandeld worden, kunnen ze soms spontaan genezen. Soms komen ze echter in de derde fase, waar de klachten veel erger worden, en er fistel vorming kan ontstaan. Dit is een buisvormige zweer, waardoor etter naar buiten gaat. Als mensen in de derde fase komen, dan kunnen ze niet met medicatie behandeld worden, maar moeten ze geopereerd worden. Er zijn goede tests om de ziekte bijtijds te ontdekken.

- **Niet- specifieke urethritis/ NSU**

Dit is een ontsteking van de baarmoeder, die niet veroorzaakt wordt door gonorroe of een chlamidia virus. Er zijn verschillende verwekkers mogelijk. Ook kan de urethritis wel en niet besmettelijk zijn. NSU wordt wel in 70- 80% van de gevallen door een SOA veroorzaakt. Bij vrouwen zorgt NSU voor vermeerderde afscheiding, pijn bij het plassen, en soms pijn in de onderbuik. Ook jeuk en ontstekingsverschijnselen rondom de vagina komen voor. Overigens heeft 80% van de besmette vrouwen helemaal gaan klachten, en is dus alleen maar drager. Bij mannen bestaan de klachten uit veel waterige afscheiding uit de penis, pijn bij het plassen, en een branderiggevoel in de penis. Als de infectie niet behandeld wordt, kan hij opstijgen en bijvoorbeeld ontstekingen in de baarmoeder, of in de testikels veroorzaken. Het komt overigens ook vaak voor dat vrouwen tijdens de zwangerschap een NSU infectie oplopen. Het is nog niet duidelijk wat hier de oorzaak van is.

- **Pediculosis pubis/ schaamluis/ platjes**

Schaamluis is een luizensoort die zich in het schaamhaar nestelt. Ze zijn 1.5 tot 2.5 millimeter groot, en grijs tot lichtbruin van kleur. De luizen leggen hun eieren of neten, die er als witte stipjes uitzien, aan de basis van de haren. Een vrouwelijke luis legt 8 tot 10 eieren per dag. Schaamluis wordt voornamelijk overgebracht door seksueel contact, maar het kan ook via besmette kleding, beddegoed, of handdoeken.
De luizen leveren veel jeuk op. Daarnaast kunnen er wondjes ontstaan door het krabben, die weer de haard kunnen zijn voor infecties en ontstekingen. De luis kan overigens op alle lichaamsbeharing voorkomen, behalve op het hoofdhaar. Dit haar heeft namelijk een andere structuur. De luizen zijn goed te behandelen.

- **Scabiës/ schurft**

Schurft ontstaat door schurftmijt. De vrouwtjes graven een soort gangetjes in de hoornlaag van de huid van de mens, om hun eitjes in te leggen. Dit veroorzaakt jeuk, wat net als bij luis tot infecties door het krabben kan leiden. Daarnaast kan ook de schurft tot infecties of

allergische reacties leiden. De gangetjes zijn met name te vinden tussen de vingers, polsen en ellebogen, maar ook op de onderbuik, penis, billen en in de voorste okselplooi komen ze voor. De mijten zijn 0.3 tot 0.4 millimeter groot. Meestal zijn er 3 tot 20 exemplaren per persoon, behalve bij een hele ernstige vorm, de scabiës norvegica, die veelal voorkomt op plekken waar mensen dicht op elkaar leven, zoals in ziekenhuizen en verzorgingshuizen. Bij deze vorm gaat het soms om honderdduizenden mijten, die hele korstvormige plakkaten veroorzaken. De overdracht vindt vooral plaats door intensief huiscontact, met name seksueel contact. Schurft is goed te behandelen met een smeersel.

- **Syfilis/ lues/ syf/ harde sjanker:**

Syfilis is een bacteriële infectie. Het kan overgebracht worden via seksueel contact, waarbij slijmvliezen met elkaar in aanraking komen. Dit geldt voor vaginale, anale en orale seks. Ook via bloedtransfusies, en van moeder op kind overgebracht worden. In een enkel geval wordt het ook door besmet materiaal overgebracht, bijvoorbeeld bij medisch personeel. Syfilis is een gecompliceerde ziekte die in verschillende fases verloopt.

1. De incubatietijd is gemiddeld tussen de 9 en de 28 dagen. Er ontstaat dan eerst een meestal pijnloos zweertje, met een harde rand (vandaar ook wel de naam harde sjanker). Dit kan voorkomen op de geslachtsorganen, bij de anus, of in de mond. Dit zweertje wordt het primair affect genoemd. De lymfeklieren die in de buurt van het zweertje zijn, zwellen op. Meestal geneest dit zweertje binnen twee weken, maar de besmette persoon kan dan nog wel de ziekte overdragen, het virus is zich namelijk door het lichaam aan het verspreiden.
2. Als de syfilis nog niet ontdekt en behandeld is, ontstaat na 7 tot 10 weken de tweede fase. De ziekte is dan door het hele lichaam verspreid. Er ontstaan roze of rode, niet jeukende vlekjes op de hele huid, maar met name in de handpalmen en op de voetzolen. Ook andere huidafwijkingen kunnen voorkomen. Verder krijgt men last van haaruitval, waarbij het lijkt alsof er motten aan hebben gezeten. Ook ontstaan er de zogenaamde condylomata lata. Dit zijn een soort wratten die op de huid, of op het slijmvlies ontstaan. Daarnaast krijgt men last van koorts, hoofdpijn, botpijn en een ziek gevoel. Tot slot zwelt bij ongeveer 60% va de patiënten de lymfeklieren op. Al deze kenmerken verdwijnen na een aantal weken of maanden.
3. Lues latens recens: dit is de stadium na de tweede fase. De ziekte kan latent aanwezig zijn, zonder klinische symptomen. Men kan wel twee jaar besmettelijk blijven voor anderen.
4. Lues latens tarda: Als de ziekte niet behandeld wordt, kan de ziekte blijven bestaan, zonder symptomen. In ongeveer 30% van de gevallen ontstaan na jaren beschadigingen aan de orgaansystemen. Dit kan soms wel tien jaar duren. Het kan leiden tot beschadigingen van hart en bloedvaten, beschadiging aan het zenuwstelsel, of aan de huid of andere organen. Dit stadium van syfilis, komt in Nederland bijna nooit meer voor, omdat de ziekte meestal al lang behandeld is.
5. Ook kan het in geval van zwangerschap kan de ziekte ook overgebracht worden op het kind, waardoor miskramen, vergrote lever en milt bij het kind, en de stadia van een gewone syfilis bij het kind kunnen optreden. Hier door kan het kind ernstige schade oplopen.

- **Trichomoniasis:**

Trichomoniasis is een veel voorkomende infectie, die niet zo ernstig is, maar wel erg vervelend. Het kan via seksueel contact, maar ook bijvoorbeeld via handdoeken overgebracht worden. Het leidt bij vrouwen tot een schuimende, stinkende grijswitte tot groengele afscheiding. Verder kunnen de slijmvliezen ontsteken, waardoor de seks wat pijn kan doen, en de huid rondom de vagina kan geïrriteerd zijn. Soms kan er pijn ontstaan bij het plassen, of een ontsteking aan de eileiders ontstaan. De man heeft meestal geen last, al kan er wel een lichte afscheiding ontstaan, en af en toe een ontstaat er een ontsteking aan de bijbal of prostaat, al leidt dit zelden tot ernstige complicaties. De infectie is overigens goed te bestrijden, met medicatie.

- **Ulcus molle/ zachte sjanker/ chancroid**

Deze bacteriële infectie komt in Nederland zelden voor. Het is een ziekte die oorspronkelijk uit de tropen komt. De klachten lijken op syfilis en herpes. De ziekte kan via oraal, anaal en vaginaal contact overgebracht worden. Bij vrouwen leidt het tot een of meer zweren op de schaamlippen. Bij mannen leidt het tot een pijnlijke, gemakkelijk bloedende zweer op de met een etterig beslag eikel of voorhuid. De rand voelt week aan (zachte sjanker). De zweer is in

tegenstelling tot die bij syfilis, vaak pijnlijk. Ook ontstaat er vaak een zwelling van de lymfeklieren in de liezen. Er is goede medicatie voor zachte sjanker.

Bijlage 4 beschrijving van de instelling

Stichting Spel en Opvoedingsondersteuning:
Vanaf 1 januari 2004 is de stichting S&O gefuseerd met de Zuid-Hollandse Ondersteuningsorganisatie Kinderopvang (ZOK). De naam van de nieuwe organisatie is "Expertisecentrum Jeugd, Samenleving en Opvoeding (JSO)".
S&O heeft een lange traditie in het verzamelen van opvoedkundige kennis en ervaring. Deze expertise gebruiken ze bij het ontwikkelen, opzetten en uitvoeren van allerlei activiteiten op het gebied van opvoedingsondersteuning, met het doel ontwikkelingskansen van kinderen van 0 tot 18 jaar te bevorderen en opvoedingsproblemen te voorkomen of te verminderen.
S&O richt zich op beroepskrachten die in hun dagelijkse werk met ouders en kinderen te maken hebben. Ze werken ook voor organisaties en overheden die opvoedingsondersteuning voor ouders willen organiseren. Daarnaast voeren ze activiteiten voor ouders uit. Dit doen ze om goed op de hoogte te blijven van wat er bij ouders leeft. S&O werkt in de provincie Zuid-Holland en de stadsregio Haaglanden en heeft vestigingen in Gouda, Dordrecht, Leiden, Den Haag en Alphen a/d Rijn.
Wat doet S&O
S&O biedt gemeenten en organisaties adviezen en diensten op maat, vanuit een praktische en concrete insteek. Voorbeelden van deze diensten zijn;
- Het ontwikkelen, realiseren en begeleiden van projecten
Zoals: opvoedingsondersteuning aan Somalische gezinnen,drukke Kinderen, een zorgprogramma voor Marokkaanse kinderen in het speciaal basisonderwijs; ‘ Samen opvoeden thuis en op school’.
- Trainingen
S&O leidt beroepskrachten op in het uitvoeren van opvoedcursussen aan ouders. Ook werken ze aan deskundigheidsbevordering van bijvoorbeeld politie, gespecialiseerde gezinsverzorging, vrijwilligers van Scouting, leidsters in de kinderopvang en leerkrachten in het basisonderwijs. Veelgevraagde onderwerpen zijn bijvoorbeeld signalering en verwijzing, adviseren en motiveren van ouders, omgaan met moeilijke kinderen, omgaan met ouders van verschillende nationaliteiten.
- Consultatie en begeleiding op de werkvloer
S&O ondersteunt bijvoorbeeld consultatiebureau medewerkers bij vragen over en signalen van kindermishandeling.
- Advies bij beleid
Op verzoek van gemeenten adviseert S&O op het terrein van opvoedingsondersteuning, voorschoolse en vroeg schoolse educatie en brede school, door middel van (behoeften)onderzoek en het leveren van preventieplannen.
- Het bevorderen van opvoedingsvoorlichting
In haar mediatheek verkoopt S&O allerlei folders voor ouders over pedagogische onderwerpen zoals pesten, echtscheiding of lastige eters. Ook verlenen ze steun bij, en lenen ze programma’s en materialen uit voor de organisatie van ouderbijeenkomsten over thema’s zoals weerbaarheid en het opvoeden van peuters. Daarnaast bemiddelt S&O bij het vinden van gastdocenten voor ouderavonden over allerlei opvoedingsthema’s.
- Pedagogisch adviseren aan ouders
Veel ouders hebben vragen over de opvoeding. Zij kunnen bijvoorbeeld terecht bij het opvoedbureau en de opvoedtelefoon, activiteiten die S&O implementeert, ondersteunt en veelal samen met andere organisaties uitvoert. Ook biedt het S&O pedagogische ondersteuning in gezinnen via de projecten Spel aan Huis, Kom Erbij en Home Start.
- Het bevorderen van een dekkend en een op elkaar afgestemd aanbod van opvoedingsondersteuning.
S&O wil hierbij een voortrekkersrol op zich nemen door het aansturen van de stuurgroepen Opvoedingsondersteuning en Ontwikkelingsstimulering, gericht op samenwerking en beleidsafstemming. Ook sturen ze netwerken gericht op preventie kindermishandeling aan.
S&O heeft bijzondere expertise ten aanzien van de onderwerpen preventie kindermishandeling en werken met moeilijk te bereiken groepen, zoals allochtone ouders en vluchtelingenouders.
- S&O traint wijkverpleegkundigen en consultatiebureauartsen rond het onderwerp preventie kindermishandeling. Ook ontwikkelen ze bij S&O op verzoek van bijvoorbeeld scholen een protocol hoe te handelen bij kindermishandeling.
- S&O heeft mensen met verschillende nationaliteiten en culturele achtergronden in dienst. Zij kunnen worden ingeschakeld om voor en met hun ‘eigen groep’ activiteiten te ontwikkelen en uit te voeren op het terrein van opvoedingsondersteuning. Bekend is bijvoorbeeld de cursus voor Marokkaanse vaders van schoolgaande kinderen en de cursus voor vluchtelingen ouders.

S&O werkt provinciaal, regionaal en lokaal. Door op drie niveaus te werken en deze drie niveaus te verbinden ontstaat volgens S&O een mix van kijk op de praktijk en weten van nieuwe kennis en ontwikkelingen. En vanuit die mix wordt werk opgezet, worden trainingen uitgevoerd en wordt methodiek ontwikkeld.
S&O laat hun visie zien via de volgende punten:
- Competentie
Ze gaan uit van de deskundigheid en kracht van ouders en beroepskrachten. Ze streven niet naar het perfecte ouderschap of opvoedergedrag. De “goed genoeg ouder” is voor S&O een bekend begrip.
- Vraaggestuurd werken
S&O ontwikkelt bijvoorbeeld samen met vluchtelingen ouders cursussen en schoolt vluchtelingen in het uitvoeren van deze cursussen. Op deze wijze wordt ingegaan op de echte vraag van ouders en kan aan moeilijk bereikbare groepen ondersteuning worden geboden.
- Netwerken en samenwerken
S&O kan niet in haar eentje een antwoord geven op opvoedingsvragen die vaak complex van aard zijn. Daarom vinden ze het belangrijk om samen met andere organisaties problemen aan te pakken, overlapping te voorkomen en van de deskundigheid van elkaar gebruik te maken om zo een meerwaarde te realiseren.
- Investeren in de jeugd
Investeren in de jeugd is investeren in de toekomst zo zegt stichting S&O. Ze zeggen dat opvoedingsondersteuning dan ook op diverse plekken, op verschillende manieren moet worden aangeboden. Met respect, dichtbij huis en met bijzondere inzet, of extra aandacht, voor ouders in achterstandssituaties.

Het JIP
De afkorting JIP staat voor Jongeren Informatie Punt, dit zal in de rest van het onderzoek aangeduid worden met de afkorting JIP. Jongereninformatie is de kennis die jongeren van pas kan komen bij het nemen van beslissingen, het maken van keuzes en participeren in de samenleving.

De doelgroep van het JIP is drieledig:
Ten eerste is er het deel van de doelgroep, jongeren tussen de 12 en 25 jaar, met daarbij extra aandacht voor achterstandsgroepen met een specifieke informatiebehoefte, zoals Alleenstaande Minderjarige Asielzoekers, jonge moeders of jongeren uit de jeugdhulpverlening.
Als tweede deel kan genoemd worden de intermediaire instellingen en personen, zowel professioneel als niet professioneel, in hun functie van begeleiders van de eerste doelgroep.
Als derde deel zijn er de ouders in hun functie van begeleiders van de primaire doelgroep.
Ter verduidelijking zegt het JIP: ouders hebben evenals hun opgroeiende kinderen behoefte aan informatie die relevant is voor het maken van keuzes door en voor het kind of de jongere. Deze functie moet dus niet worden verward met opvoedingsondersteuning.

De missie waarmee het JIP werkt is als volgt:
Het JIP wil jongeren ondersteunen bij hun ontplooiing en zelfredzaamheid.

Deze missie komt voort uit de volgende visie, die puntsgewijs benoemd zal worden.
Het JIP is een algemene en preventieve voorziening op het raakvlak van lokaal jeugdbeleid en jeugdzorg. Het JIP werkt vraaggericht door aan te sluiten bij de informatiebehoefte van jongeren, daarbij besteedt het JIP extra aandacht aan het bereiken van achterstandsgroepen.
Het JIP hanteert de rechten van het kind, de eigen kracht, eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid van jongeren als uitgangspunten van haar activiteiten.
Het JIP stimuleert en faciliteert jongerenparticipatie; dit is de mogelijkheid tot actieve betrokkenheid van kinderen en jeugdigen bij besluitvorming ten aanzien van hun eigen leefomgeving. Dit kan door bijvoorbeeld jongeren te betrekken bij het JIP werk, zowel in uitvoering als beleid. Ook kan het door faciliteiten ter beschikking te stellen aan jongeren en jongerenorganisaties en door jongeren te ondersteunen bij het behartigen van hun belangen.
Het JIP is actief in netwerkopbouw, samenwerking en afstemming op diverse niveaus.
Het JIP schept voorwaarden om ook het personeel in staat te stellen haar eigen kwaliteiten te ontwikkelen en haar eigen inbreng tot zijn recht te laten komen.
Het JIP noemt zich vernieuwend, ondernemend, dienstverlenend en flexibel.
Het JIP wil inspelen op maatschappelijke veranderingen.

Het JIP heeft een aantal concrete doelstellingen geformuleerd om deze visie uit te kunnen dragen. Deze doelstellingen luiden als volgt:
Informatie toegankelijk maken voor, en ter beschikking stellen aan, jongeren in de leeftijd van 12-25 jaar, om hun ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid te bevorderen en ter preventie van problemen op materieel en immaterieel gebied.
Jongeren in staat stellen keuzes voor hun verdere ontwikkeling te maken middels informatie, advies en ondersteuning.
Het stimuleren en faciliteren van de participatie van jongeren in de samenleving, hun eigen leefomgeving en binnen het JIP.
Jongereninformatie toegankelijk te maken voor en ter beschikking stellen aan intermediairen, zowel professioneel als niet-professioneel, om via hen een bijdrage te leveren aan eerstgenoemde doelstellingen.

Het JIP heeft de volgende punten geformuleerd ter legitimering van het JIP:
Jong zijn betekent keuzes moeten maken. Meestal meer keuzes binnen een kort tijdsbestek dan op ieder ander moment in het leven. Vaak hebben deze keuzes verreikende gevolgen voor de nabije en verre toekomst van een jongere. Om keuzes te kunnen maken is het noodzakelijk om over (juiste) informatie te kunnen beschikken. Het JIP acht het haar taak om jongeren hierbij te ondersteunen. Het recht op informatie ligt vast in het Verdrag voor de Rechten van het Kind en in de Universele Verklaring voor de Rechten van de Mens. Jongeren hebben dus recht op informatie.
Informatie is een voorwaarde om te kunnen participeren. Informatie helpt jongeren bij hun persoonlijke ontplooiing. Informatie kan bovendien de beschikbare keuzemogelijkheden vergroten en de zelfredzaamheid en zelfstandigheid bevorderen.
Jongereninformatie werkt preventief. Preventie is echter niet meetbaar waardoor het moeilijk is een betrouwbare uitspraak te doen over de effecten van preventie. Het JIP biedt de doelgroep informatie, advies en ondersteuning aan in de informatiewinkel met daarnaast de mogelijkheid om vragen te stellen via de telefoon of e-mail. De winkel is op vaste tijden 5 dagen per week open, om de doelgroep zo goed mogelijk van dienst te kunnen zijn. JIP Delft is momenteel 3 dagen in de week open, maar het streven is om dit uit te breiden naar 5 dagen. Het JIP is een laagdrempelige plek waar jongeren en intermediairen, met alle vragen terecht kunnen. Zij krijgen antwoord, daarbij uitgaande van hun persoonlijke situatie en vaardigheden.

De functies van het JIP kunnen als volgt worden omschreven:
Informatieverstrekking: door middel van activiteiten en materialen gegevens vrij beschikbaar te stellen aan klanten, om zo deze klanten zelf een antwoord te laten vinden op de bij hen aanwezige vragen.
Advisering: het verstrekken van de op de individuele vrager toegespitste informatie en het bespreken van de verschillende mogelijkheden, zodat de vrager in staat wordt gesteld zijn keuze te bepalen.
Verwijzing: het uitvoeren van activiteiten die gericht zijn op het verwijzen naar die instanties of instellingen die op specifieke terreinen handelingsbekwaam en/of bevoegd zijn.
Concrete dienstverlening en ondersteuning: het uitvoeren van activiteiten gericht op het leveren van ondersteuning, begeleiding en concrete diensten aan klanten.
Consultatie en deskundigheidsbevordering: het bieden van ondersteuning en deskundigheid aan andere dienst- en hulpverleners of ouders bij informatieverstrekking, de begeleiding of behandeling van jongeren .
Signalering en monitoring: het verzamelen van signalen die duiden op vragen en problemen van jongeren, zowel individueel als collectief, met de bedoeling dat deze signalen worden omgezet in een, op de oplossing gericht, aanbod.
Belangenbehartiging: het ondernemen van individuele en groepsgerichte activiteiten gericht op beïnvloeding of structurele verbetering van maatschappelijke situaties die vragen of problemen voor de doelgroep oproepen of veroorzaken.
Regionale en landelijke afstemming en ondersteuning van het JIP werk: het onderhouden van regionale en landelijke contacten ten behoeve van methodiek en werkontwikkeling, afstemming, samenwerking en ondersteuning.

Er zijn diverse thema´s waar het JIP zich mee bezig houdt en zich op richt.
Vanaf 12 jaar is er ontwikkelingspsychologisch sprake van een overgang van kind naar volwassenheid waarvan vorming van eigen identiteit en losmakingproces van ouders belangrijke kenmerken zijn.
De jongere is veelal bezig met vragen op de volgende gebieden:
1. Schoolkeuze
2. Van opleiding naar werk

3. Ontwikkeling van seksuele identiteit
4. Vriendschap en relaties
5. Zelf bepalen van consumptiepatroon
6. Eigen invulling van vrije tijd
7. Zelfstandig gaan wonen
8. Reizen en mobiliteitsvragen
9. Maatschappelijke bewustwording en eventuele politieke participatie.

Daardoor biedt het JIP de informatie op diverse terreinen aan, namelijk: seksualiteit, geld, recht, drugs, wonen, hulpverlening, vrije tijd, gezondheid, invloed, school en werk.

Het hierboven beschreven primaire proces is bedoeld voor alle locaties van het JIP. Er kunnen echter wel verschillen zijn in de activiteiten en producten in verband met de afstemming op de plaatselijke situatie en de mogelijkheden. Zoals al eerder is aangegeven is dit onderzoek gericht op de locaties Den Haag, Delft en Zoetermeer.

Naar aanleiding van deze thema´s heeft het JIP een aantal concrete activiteiten ontwikkeld, deze zijn onder te verdelen in de volgende hoofdpunten:

Informatie en advies:

Zoals al in de doelstellingen genoemd wordt is een van de belangrijkste activiteiten van het JIP, het informatie verschaffen aan jongeren om hun zelfstandigheid en zelfredzaamheid te stimuleren. De vragen kunnen telefonisch, aan de balie, en via de e-mail gesteld worden. Verder kunnen jongeren bij het JIP langskomen, om kosteloos informatie op het internet op te zoeken, en er is informatie te vinden op de website van het JIP. De meeste vragen die gesteld worden gaan over wonen, geld, werk, seksualiteit, sociale kaart en school. Voor de vragen over seksualiteit wordt meestal de e-mail gebruikt, maar sinds de invoering van het sekssspreekuur komen jongeren er ook voor langs.

Vakantiewerk/ bijbaan vacature bank:

Er is via contacten met uitzendbureaus en bedrijven een vacaturebank opgezet. Dit houdt in dat er een overzicht is van de beschikbare baantjes. Jongeren kunnen dan op deze baantjes solliciteren. Op deze manier probeert het JIP jongeren te helpen met het vinden van een bijbaantje of een vakantie baantje.

Vrijetijds- en cursus mappen:

Het JIP beschikt over een aantal mappen waarin is uitgezet welke mogelijkheden er zijn tot vrijetijdsbesteding.

Woonruimte:

‘Get started’ is een folder waarin een overzicht wordt gegeven van de mogelijkheden en benodigdheden die er zijn als je woonruimte zoekt.

Sekssspreekuur:

Dit is een project van het JIP in samenwerking met de Rutgers Stichting. Er wordt wekelijks een spreekuur gehouden. Jongeren kunnen hier anoniem terecht met hun vragen over seks.

Naast deze activiteiten heeft het JIP regelmatig nog andere projecten lopen, en liggen er in het gebouw van het JIP allerlei folders over verschillende onderwerpen, duidelijk geordend. De jongeren kunnen deze folders gratis meenemen. Het activiteiten aanbod is dus geen vaststaand feit aangezien het JIP een dynamische organisatie is en zich constant richt op nieuwe ontwikkelingen in de doelgroep en het werkveld.

Zoals al eerder genoemd is publieksvoorlichting een belangrijke taak van het JIP, hieronder zal beschreven worden wat die publieksvoorlichting inhoudt en hoe het in zijn werk gaat.

Het JIP verspreid allerlei folders door de regio. Ze hebben hiervoor een eigen folder catalogus, waarin een overzicht staat van alle folders waar zij over beschikken.

Daarnaast is er het volgende:

Informatie hoeken:

Het JIP heeft in 14 bibliotheken in Den Haag een informatie hoek geplaatst. In deze hoeken liggen informatie folders over allerlei onderwerpen waar het JIP zich mee bezighoudt. Om de twee maanden worden de folder rekken bijgevuld.

Ook heeft het JIP op 21 scholen in Den Haag een informatie hoek.

De informatie hoeken zijn ook te vinden in 15 jeugdhulpverlening locaties, en in de vestigingen van bureau jeugdzorg, zijn ook hoeken geplaatst.

Negen jongeren centra in Den Haag bezitten een informatie hoek.

Het JIP werkt ook samen met het jongeren werk in het Westland. Onder andere drie jongerencentra in Wateringen hebben een informatie hoek.

Het is voor het JIP heel belangrijk om een goed netwerk te hebben. Zo kunnen zij op de hoogte blijven van alle, voor jongeren relevante, informatie. Ook kunnen zij met andere instellingen samenwerken aan projecten.
Instellingen zoals:
- Netwerk jongeren informatie
Dit is een netwerk van de Jongeren Informatie Punten in Zuid- Holland noord. Zij komen vier keer per jaar bijeen en wisselen dan informatie en bespreken of ze gezamenlijk projecten kunnen opzetten.
- Servicepunt jongeren, informatie PJ- partners
Dit is een door een samenwerking van alle instellingen in Zuid- Holland, die zich met jongeren informatie bezighouden. De samenwerking is tot stand gekomen omdat het provinciebestuur graag ziet dat de instellingen samenwerken.
- Vereniging voor JIP's:
Het JIP Den Haag werkt mee in de vereniging voor JIP's, een landelijke belangenvereniging, die ook zorgen voor de kwaliteitscriteria.
- Kindertelefoon:
Het JIP heeft een keer per twee maanden overleg met de kindertelefoon. Hier wordt informatie uitgewisseld, gekeken hoe de samenwerking verbeterd kan worden, en er wordt gezamenlijk aan projecten gewerkt, of gekeken naar de mogelijkheden daartoe. Ook kunnen jongeren die naar de kindertelefoon bellen, rechtstreeks doorgeschakeld worden naar het JIP, als zij dit willen.
- Kinder- en jongeren rechtswinkel:
Ook deze zit bij het overleg met het JIP en de kindertelefoon.
- Coördinatiegroep 12-20 GVO/GGD:
Het JIP werkt veel samen met de GGD. Zo werken zij samen aan de informatiehoeken, vrij veilig acties, promotie van het drugsweb en de JIP- gids. Ook neemt het JIP deel aan de coördinatiegroep 12-20. Hier wordt informatie uitgewisseld, gesignaleerd, en worden gezamenlijke projecten opgezet.
- Signaleringsoverleg jeugdhulpverlening:
Dit is een overleg waaraan het Bureau Jeugdzorg, het thuislozen team, de Ark, en de Luna stichting deelnemen. Hier worden allerlei onderwerpen besproken, met name geschikte woonruimte voor jongeren in de hulpverlening. Ook is er samen met DUWO studenten huisvesting gewerkt, aan onder andere de Haagse Foyer.
- Bureau Jeugdzorg:
Het JIP heeft een keer per twee maanden een overleg met Bureau Jeugdzorg. Dit gaat onder meer over het afstemmen van de activiteiten van de beide organisaties. Zo kijkt de werkt het JIP mee aan de nieuwsbrief van Bureau Jeugdzorg, en helpt het JIP en de Jongeren Advies Raad van het JIP, mee aan de web site van Bureau Jeugdzorg.
- Jongeren huisvesting:
Dit is een overleg met de gemeente afdeling Stedelijke ontwikkeling, DUWO studenten huisvesting, de woningcorporaties Vestia en Steadion, en de Luna stichting,die huisvesting zoekt voor kwetsbare jongeren tussen 16 en 25 jaar. In deze groep vallen zwerfjongeren, jonge cliënten en ex-cliënten van hulpverleningsinstellingen, jonge moeders en jonge vluchtelingen met een verblijfsvergunning.. In dit overleg wordt besproken hoe de huisvesting van jongeren verbeterd kan worden. Er is uit onderzoek gebleken dat er een groot tekort is aan jongeren huisvesting.
- Jongerenwerk:
Het JIP probeert samen met de jongeren werkers, de jongeren informatie in de wijken vorm te geven.
- Bibliotheken:
Hier worden de informatiehoeken mee geëvalueerd en besproken.
- Sociale dienst:
Het jongeren bureau van de sociale dienst en het JIP zetten gezamenlijk informatie op de website van het JIP, over economische zelfstandigheid.
- SHAMA- informatie telefoon:
Het JIP helpt mee in de begeleidingsgroep van deze hulplijn, voor alleenstaande minderjarige asielzoekers, en hun begeleiders.

Omdat het JIP zich richt op de ontwikkeling van jongeren is jongerenparticipatie ook een belangrijk onderdeel van het aanbod van het JIP. De jongerenparticipatie bestaat uit de volgende onderdelen:
- Webwerkgroep:

Dit is een werkgroep van jongeren, die in opdracht van het JIP kijken naar de mogelijkheden van internet voor het JIP.
- Jongeren Advies Raad (JAR)
Per JIP is er een Jongeren Advies Raad. Deze groepen kunnen het JIP adviseren en ondersteunen, en zelf allerlei activiteiten opzetten, of aan acties meedoen. Ook hebben zij zitting in de Haagse Jongeren Raad. Daarnaast geven deze raden het JIP gevraagd en ongevraagd advies, doen jaarlijks het tevredenheidsonderzoek onder klanten, en organiseren samen met het JIP activiteiten.
- Haagse jongeren Raad
Het JIP werkt samen met de Haagse Jongeren Raad aan allerlei projecten. Zoals hiervoor al gezegd is ook de Jongeren Advies Raad van het JIP onderdeel van de Haagse Jongeren Raad.

Het JIP in de praktijk:
Het JIP geeft jongeren tussen de 12 en 25 jaar informatie, advies, hulp bij het invullen van formulieren of opstellen van brieven, bemiddeling en verwijst ze door naar andere instellingen als dat noodzakelijk is. Ook kunnen jongeren de vakantiewerk en bijbanen vacaturebank van mei tot september raadplegen, gratis internetten of condooms kopen. Het JIP Den Haag is dagelijks geopend van 12.00 tot 17.00 uur en dinsdag tot en met vrijdag vanaf 10.00 uur telefonisch bereikbaar. Op donderdag van 14.00 tot 17.00 uur is er een speciaal seksspreekuur, in samenwerking met de Rutgers Stichting. Jongeren uit Haaglanden kunnen daar terecht met al hun vragen over seks, voorbehoedmiddelen, geslachtsziekten en dergelijke.
Jongeren kunnen dan zonder afspraak binnenlopen of bellen. Vragen stellen per E-mail is natuurlijk ook altijd mogelijk. Ook intermediaire kunnen het JIP consulteren of gebruik maken van de diensten van het JIP. Met name ouders, jongerenwerkers, docenten en jeugdhulpverleners maken hier gebruik van.
De grootste groep jongeren is tussen de 15 en 20 jaar. In Den Haag is bijna de helft van het aantal klanten allochtoon, in Zoetermeer bijna een kwart. De meeste vragen worden gesteld over huisvesting, seksualiteit, vakantie werk, studiefinanciering en internet of computergebruik.