Een interventie rond seksuele gezondheid en seksuele voorlichting bij jongeren met een migratie achtergrond van 18-25 jaar, verbonden aan een VZW in stad Gent.

[Laurens De Boeck, Universiteit Gent]

Promotor: [Prof. Dr. A. De Sutter, Universiteit Gent]

Co-promotoren: [Dr. P. Decat, Universiteit Gent]

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: [2019 – 2020]

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.
Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Met dank aan mijn ouders, die met mij meer geduld hebben dan ik met hen.
Met dank aan mijn vrienden en geliefden, zonder wie ik nog steeds een groot kind zou zijn.
Met dank aan Hanne en Saartje, voor de inspiratie en de verwondering.
Met dank aan Peter voor de begeleiding.

Inhoudsopgave

1. Inleiding 6

1.1 Probleemstelling 6

1.2 De interventie 7

1.3 Huisarts als gezondheidspromotor 8

2 Literatuurstudie 10

2.1 Methodologie 10

2.2 Seksuele gezondheid & seksuele voorlichting: definities & concepten 10

1. Abstinentie-gerichte seksuele voorlichting/Abstinentie "plus"-gerichte seksuele voorlichting (AGSV/AGSV+) 12

2. "Comprehensive Sexual Education" (CSE) 13

2.3 Doelgroep 15

2.4 Ontwikkeling van de interventie 16

3. Methodologie van de interventie 18

3.1 Rekrutering van deelnemers 18

3.2 Verloop van de interventie 18

3.3 Evaluatie van het kaartspel 20

3.3.1 Ontwikkeling van de CMO hypothese 20

3.3.2 Gegevensverzameling & analyse van de data 21

3.3.3 Ethische aspecten 21

4. Resultaten 22

4.1 Context 23

4.2 Mechanisme 24

4.3 Outcome 26

5. Discussie 29

6. Conclusie 34

- *Wat werkt: 34*
- *Voor wie: 34*
- *Waarom: 34*

- *Onder welke omstandigheden 34*

7. Referenties 35

1. Inleiding

1.1 Probleemstelling

Seksuele gezondheid en seksuele opvoeding/voorlichting blijven “hot topic”. Ondanks belangrijke vooruitgang op vlak van kennis & mogelijkheden worden nog steeds dagelijks talloze personen blootgesteld aan seksueel risicogedrag. De gevolgen hiervan zijn potentieel zeer ingrijpend: seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA’s), HIV besmetting, ongewenste zwangerschap, blootstelling aan seksueel ongewenst gedrag,… Adolescenten vormen een specifieke risicogroep binnen deze problematiek. De WHO definieert adolescenten als personen tussen de 10 en 19 jaar oud. Deze periode overlapt met de WHO-definitie van “het kind” (tot 18 jaar), deze van “jeugd” (15-24 jaar) en deze van “jong persoon” (10-24 jaar). (1) Zoals bovenstaande overlap doet vermoeden is adolescentie een periode gekenmerkt door intensieve veranderingen op zowel persoonlijk als maatschappelijk vlak. Tijdens deze periode vindt de puberteit plaats, gekenmerkt door radicale lichamelijke, psychologische & relationele veranderingen. Bovendien evolueert de betrokkene geleidelijk van een kind met weinig verantwoordelijkheden naar een (jong)volwassene met toenemende zelfstandigheid en aansprakelijkheid. (2) Deze veranderingen lopen gelijktijdig door elkaar en worden niet altijd op dezelfde manier ervaren door het individu en zijn omgeving. Dit kan tot spanningen & problematische situaties leiden, ook op seksueel vlak.

De meerderheid van de adolescenten zal tijdens deze periode zijn/haar eerste seksuele ervaringen opdoen. Historische & actuele data wijzen erop dat een significant aantal van die ervaringen risicovol verlopen. (3) (4) (5) Het aantal SOA besmettingen en ongewenste zwangerschappen in deze groep blijft onrustwekkend hoog. Dit geldt voor zowel ontwikkelende naties als Europa/Noord-Amerika. (5) Omwille hiervan moet seksuele voorlichting een centrale rol blijven spelen voor deze jongeren. Naar aanleiding van deze observaties werd besloten om een interventie te organiseren voor jongeren met behulp van een bestaand kaartspel.

1.2 De interventie

De hieronder beschreven interventie vertrekt vanuit een kaartspel rond seksuele voorlichting. Dit spel werd ontwikkeld door 3 studenten Geneeskunde (Hanne Hendrick, Saartje Quaghebeur en Laurens De Boeck) tijdens hun stage in Nicaragua. Omwille van het grote aantal tienerzwangerschappen werd een klein project op poten gezet in samenwerking met de lokale bibliotheek in San Juan del Sur en de scholen in de regio. In overleg met de leerkrachten werd het kaartspel met jongeren van 10-12 jaar oud gespeeld. Dit spel werd positief onthaald en nadien in een verbeterde versie via het lokaal ministerie van onderwijs bezorgd aan een 40-tal scholen in de regio. Eenmaal thuis werd dit idee met ondersteuning van de Universiteit Gent verder ontwikkeld. Op het TUFH congres in Tunesië in 2017 werd het voorgesteld aan collega's die er vrijuit mee aan de slag konden in een workshop. Gelijklopend werd het ingezet door een aantal kleine studentenorganisaties die in het buitenland ook rond seksuele voorlichting werkten. Er werden versies gemaakt door NUV-HOP (Oeganda) & Ujeli vzw (Nepal). Saartje Quaghebeur voerde tevens een onderzoek in Ethiopië uit.

Met behulp van de Global Minds beurs kon het design verder verbeterd worden en werden de eerste stappen gezet om een website/platform te bouwen waarop deze context-specifieke spellen beschikbaar gesteld kunnen worden. Het originele spel werd vertaald naar het Nederlands en reeds ingezet door Hanne Hendrick voor haar masterproef bij volwassen vrouwen in Gent met een migratie achtergrond. De thema's en kaarten die hieruit voortvloeiden werden toegevoegd aan het spel voor deze interventie. De 11 originele thema's, gekozen op basis van observaties en de context in Nicaragua, bestaan uit: liefde, relaties, puberteit van mannen en vrouwen, soa's, educatie, sociale consequenties van tienerzwangerschappen en anticonceptie met een extra thema enkel over het condoom. De toegevoegde thema's uit het werk van Hanne Hendrick zijn: Masturberen, seksuele geaardheid, menstruele cyclus, grensoverschrijdend gedrag, gender, vaderschap, gelijkwaardigheid en maagdelijkheid.

Bij het ontwerp van het spel is getracht het toegankelijk te maken voor de gebruiker. Elk thema bestaat uit 3 kaarten die telkens een ander onderwerp binnen dit thema belichten. Grote afbeeldingen met een kleine, eenvoudige uitleg eronder zorgen ervoor dat de

inhoud snel naar voren komt. De afbeeldingen zijn in de mate van het mogelijke opgesteld zodat ze breed herkenbaar & aanvaardbaar zouden zijn binnen verschillende culturele settingen. Het originele spelverloop is gelijkaardig aan dat van een kwartet spel, maar dan met 3 kaarten per thema (een triplet). Spelers trachten een triplet te verzamelen door beurtelings kaarten door te geven. Wanneer iemand een compleet triplet heeft wordt dit neergelegd en mag deze persoon uitleggen wat hij of zij ziet. Bij moeilijkheden kunnen andere deelnemers betrokken worden. Er wordt geprobeerd zoveel mogelijk informatie vanuit de spelers zelf te laten komen, enkel bij vragen of onduidelijkheden kan de toezichthouder hulp bieden. Hij/zij kan wel bijkomende vragen stellen om de spelers te stimuleren. Indien gewenst kunnen de spelers ook onderling in gesprek gaan over het behandelde thema. Op die manier wordt de individuele kennis getoetst en kunnen onderlinge schroom en taboes overwonnen worden.

Het doel van deze masterproef is om te kijken op welke manier dit spel van nut kan zijn voor een groep adolescente jongeren met een migratie achtergrond in gent om problemen binnen hun specifieke context beter te begrijpen en aan te pakken.

1.3 Huisarts als gezondheidspromotor

De hedendaagse huisarts is al lang meer dan enkel een pion in het curatieve landschap van een patiënt. Hij/zij kan een sleutelrol spelen in preventieve & maatschappelijke projecten rond gezondheidspromotie. Dit omwille van zijn/haar kennis en unieke positie t.o.v. de patiënt. De WHO definieert gezondheidspromotie als “het proces om mensen in staat te stellen om meer controle te verwerven over hun gezondheid. Het omvat een breed scala aan sociale en omgevingsinterventies gericht op het beschermen en verbeteren van gezondheid en levenskwaliteit. Deze interventies zijn gericht op het aanpakken van de oorzaken van een slechte gezondheid en niet enkel op behandeling en genezing” (6)

De rol van de huisarts hierin werd bovendien vastgelegd in de CanMeds methodiek uit Canada en wordt meer dan ooit benadrukt in de opleiding tot arts. (7) Hoewel de theoretische basis hiervoor breed erkend wordt, blijkt het in de praktijk toch vaak minder evident om deze rol ook effectief op te nemen. (zie discussie) Een aantal praktische redenen zijn recent door Lien Deltour in kaart gebracht en kunnen als volgt samengevat worden: (8)

- De hoge workload in de praktijk van huisartsen
- De gebrekkige doorverwijsmogelijkheden naar externe organisaties of instanties wanneer er bijkomende hulp nodig is voor deelnemers rond specifieke thema's. Dergelijke interventies kunnen bijkomende hulpvragen genereren die de huisarts niet onmiddellijk zelf kan oplossen. Hij/zij is niet altijd voldoende vertrouwd met de versnipperde psychosociale hulpverlening in de omgeving, hetgeen tot terughoudendheid kan leiden.
- Het primeren van het biomedische model van ziekte (genezing eerder dan preventie) bij patiënt en samenleving
- Moeite met implementatie van langdurige interventies in of buiten de praktijk. Dergelijke interventies vergen veel organisatie en engagement van artsen. Het is moeilijk om dit gedurende langere tijd en over verschillende projecten vol te houden gezien projectgericht werken momenteel niet tot de kerntaak van de huisarts behoort.

2 Literatuurstudie

2.1 Methodologie

De literatuurstudie vond grotendeels plaats via Pubmed. Volgende MeSH-termen werden in verschillende combinaties gebruikt:

- Sexual health
- Religion/Islam
- Adolescent
- Sex education
- Young adult
- Immigrant
- Peer/peer group
- Etc.

Een aantal artikels werden gevonden via Google Scholar met gebruik van de bovenvermelde zoektermen. Er werd getracht initieel getracht de focus te leggen op meta-analyses of reviews doch dit gaf niet altijd voldoende resultaten, zeker wat betreft zoektermen rond religie & adolescenten & seksualiteit. Daarom werden een aantal studies geïncludeerd die specifieke onderwerpen benaderen. De resultaten hiervan dienen met enige omzichtigheid geïnterpreteerd te worden. (zie discussie) Uit een primaire selectie van 67 artikelen werden uiteindelijk 34 artikelen weerhouden.

2.2 Seksuele gezondheid & seksuele voorlichting: definities & concepten

De WHO definieert **seksuele gezondheid** als volgt: “De met seksualiteit verbonden toestand van fysiek, emotioneel, mentaal en sociaal welzijn. Seksuele gezondheid is dus meer dan alleen de afwezigheid van ziekte, disfunctie of zwakte. Teneinde dit te bereiken, zijn kwaliteitsvolle seksuele gezondheidszorg en een omgeving die seksuele gezondheid ondersteunen, bevestigen en promoten noodzakelijk.”(9)

Seksualiteit wordt omschreven als: “Een centraal aspect in het menselijk bestaan. Het omvat seks, gender identiteit, seksuele oriëntatie, erotiek, genot, intimiteit en voortplanting. Seksualiteit wordt beleefd en uitgedrukt in gedachten, fantasiën, verlangens, normen, gedrag, rituelen en relaties. Hoewel seksualiteit elk van deze dimensies kan omvatten wordt niet altijd elke dimensie ervaren of beleefd door een persoon. Het wordt beïnvloed door psychosociale, biologische, sociale, economische, politieke, culturele, juridische en religieus/spirituele factoren.”. (10) (11) In hetzelfde artikel (ook van de WHO) wordt ook gesproken over **seksuele rechten**, nauw verwoven met de verklaring van de rechten van de mens. (12)

De International Conference on Population and Development (ICPD) in Caïro van 1994 was een belangrijke stap voorwaarts in het erkennen van deze definities en riep op om de gezondheidszorg en -educatie hier op te richten. Dit document bevat daarnaast een aantal ambitieuze stellingen en standpunten. Zo werd erkend dat seksualiteit bij de mens niet uitsluiten gekoppeld kan worden aan voortplanting. Bovendien werd voor het eerst ook een hoofdstuk gewijd aan adolescenten als aparte groep binnen het thema seksuele gezondheid. Regeringen, beleidsmakers en maatschappelijk-/gezondheidsmedewerkers werden opgeroepen om meer aandacht te schenken aan deze groep. (13) Tevens werd uitdrukkelijk aandacht gevraagd voor de problemen rond gender en ongelijkheid tussen man en vrouw op seksueel vlak en waren ook vrouwen zelf actiever betrokken bij dit proces. (14) In 2014 werd een vervolgrapport gepubliceerd dat deze stellingen tracht te koppelen aan een bindend engagement van de ondertekenende natiestaten. (15)

Het recht op seksuele gezondheid moet dus actief ontwikkeld en bewaakt worden op maatschappelijk niveau. Dit omvat zowel curatieve als preventieve maatregelen. **Seksuele voorlichting** valt onder dit laatste luik. De onderzoeker verkiest de term "voorlichting" boven "opvoeding", omdat de laatste term mogelijks een waardeoordeel over goed en fout met zich meedraagt. In de huidige, Belgische context draait seksuele voorlichting niet hoofdzakelijk rond het aanleren van goede en foute handelingen als het op seksualiteit aankomt. Het streeft daarentegen naar het informeren van jongeren om hun verantwoordelijkheid, zelfbeschikking en keuzerecht te waarborgen. (zie Comprehensive Sexual Education). De bedoeling is om het **seksueel risicogedrag** te verminderen. Seksueel risicogedrag is echter een slecht omschreven begrip. De betekenis ervan is beïnvloed door de opvattingen & ideeën van de heersende norm & persoon aan het woord.

Historisch is de meest gebruikte benadering van seksuele voorlichting echter heel anders dan de bovenvermelde aanpak: de abstinentie-gerichte benadering. Het is belangrijk om de verschillen tussen beide toe te lichten gaan vooraleer verder te gaan.

1. *Abstinentie-gerichte seksuele voorlichting/Abstinentie "plus"-gerichte seksuele voorlichting (AGSV/AGSV+)*

AGSV is traditioneel de meest gekende en toegepaste methode van seksuele voorlichting wereldwijd. Een eenvoudig voorbeeld ervan is de benadering van seksualiteit zoals die door de Kerk historisch gepredikt werd: seksualiteit staat enkel in teken van voortplanting binnen het huwelijk. Over het algemeen worden seksuele handelingen (zowel alleen als met een partner) dus ontmoedigd buiten de context van een stabiele relatie of huwelijk. (3) AGSV is van oordeel dat wanneer men jongeren aanleert wat anticonceptie is en hoe veilig te vrijen dit net seksueel (risico)gedrag en ongewenste zwangerschappen in de hand zal werken. Jongeren krijgen hierover dus geen informatie en worden ontraden om eraan te beginnen. (16) De voorlichting bestaat vaak uit lessenreeksen over begrippen als trouw, moraliteit, religie en het belang van onthouding en maagdelijkheid bij de vrouw. (17)

Hoewel het historisch én vandaag een van de meest gebruikte methoden is, bestaat er zeer weinig bewijs voor effectiviteit van AGSV. (16)(18)(19)(20) De meeste systematische reviews of meta-analyses vinden weinig tot geen impact op de leeftijd van seksuele initiatie en het percentage veilige seksuele contacten. Een aantal studies zagen dat deelnemers aan AGSV programma's zelfs net méér onveilige seksuele handelingen (onbeschermd tegen zwangerschap en/of SOA's) stelden indien ze toch actief waren. De grootste bezorgdheden en problemen rond AGSV programma's kunnen als volgt samengevat worden (zie referenties hierboven):

- Een gebrek aan informatie over anticonceptie en veilig vrijen
- Een overdreven nadruk op de negatieve aspecten rond seksualiteit met te weinig nuancering van positieve elementen
- In verschillende analyses werd gezien dat sommige AGSV-programma's bewust wetenschappelijk inaccurate informatie verspreiden over anticonceptie, SOA's, het menselijk lichaam, seksuele geaardheid etc… Het gaat hierbij regelmatig ook om programma's die door overheden gesponsord worden.
- Stereotyperende beschrijvingen van genderrollen en intolerante houdingen tegenover holebi's zijn frequent. Het maagdelijkheidsideaal wordt voornamelijk geprojecteerd op de vrouw, waardoor zij gezien wordt als de "bewaker van de

zeden" of "de poortwachter van seksualiteit". Hierdoor worden vrouwen zowel slachtoffer als dader van seksuele "wanpraktijken" en de verantwoordelijkheid van mannen geminimaliseerd.

- Deze programma's blijken soms gelinkt te zijn aan sterk conservatieve regeringen en private bewegingen. Als gevolg hiervan zijn ze gevoelig aan ideologische bias.

Als respons op een aantal van deze kritieken ontstond de stroming van de ASGV+ programma's. Dit zijn in wezen dezelfde programma's over onthouding maar met wél informatie omtrent anticonceptie en hoe ze te gebruiken. Dit wordt echter voornamelijk aangeleerd als iets om aan familieplanning te doen, indien koppels dit zouden wensen. In een aantal reviews worden deze methoden ook onder de loep genomen en concludeert men dat de resultaten gelijkaardig zijn aan deze van de traditionele AGSV. (16) (20)

2. "Comprehensive Sexual Education" (CSE)

Zoals eerder vermeld is seksuele voorlichting zoals deze in België plaatsvindt gericht op het stimuleren van de eigen kennis & vaardigheden, individuele & maatschappelijke verantwoordelijkheid en keuzes van individuen wat betreft hun seksualiteit. Dit soort methode wordt ook "Comprehensive Sexual Education" genoemd. CSE is ontstaan vanuit een aantal noden. Ten eerste was men op zoek naar een alternatief voor AGSV, in de hoop meer resultaat te bereiken. (13) Daarnaast wou men een methode ontwikkelen die beantwoordde aan de voortschrijdende inzichten in de seksuele ontwikkeling van kinderen & adolescenten. (21) Zo kan men op elke leeftijd aangepaste informatie aanbieden om angsten, vragen en problemen te kunnen beantwoorden. Dit heet het zogenaamde "age-appropriate" principe en is een sleutelonderdeel van CSE. (22) In 2014 heeft de Verenigde Naties de eigenschappen samengevat die CSE als methode onderscheiden. (23) Als aanvulling op de kenmerken vermeld hierboven voegt het artikel daar volgende zaken aan toe:

- Een holistische benadering van seksualiteit als onderdeel van het menselijk leven, conform de definitie van de WHO en de stellingen van het ICPD 1994.
- Het streeft naar een wetenschappelijke benadering van alle aspecten die seksuele gezondheid aangaan en tracht deze op een correcte manier over te dragen naar de deelnemers. Er is uitgebreid aandacht voor anticonceptie, SOA's, principe van

wederzijdse toestemming en aansprakelijkheid, seksuele geaardheid/vrijheid en seksuele rechten.
- Het heeft specifieke aandacht voor gender & gender gerelateerde problematiek.
- Het zorgt voor een veilige omgeving waar deelnemers vrij kunnen zijn om zich open te stellen voor hun eigen vragen en bezorgdheden. Waar mogelijk tracht het ook participatie van de deelnemers te gebruiken om een groter effect te behalen.
- Waar nodig wordt het aangepast aan de culturele context om zoveel mogelijk jongeren te kunnen bereiken.

Reeds op het ICPD in Caïro in 1994 werd uitdrukkelijk gevraagd dat beleidsmakers de AGSV programma's zouden verlaten ten voordele van CSE. (22)(13) Sindsdien zijn er talloze initiatieven geweest, met wisselend succes. (Zie discussie) Er zijn verschillende richtlijnen geproduceerd om te proberen het proces van CSE te stroomlijnen en te standaardiseren. De belangrijkste zijn deze van de WHO en de Europese Unie. (24) (2) Deze richtlijnen benaderen seksuele voorlichting vanuit een aantal specifieke thema's, waarbij het aanbod telkens aan de leeftijdscategorie van de deelnemers aangepast wordt. Seksuele vorming wordt aldus een geleidelijk proces waarbij het individu zich gradueel ontwikkelt tot een volwassen seksueel wezen. Dit is het zogenaamde "age-appropriate" principe, zoals eerder vermeld.

Een belangrijk verschil tussen AGSV en CSE is het doel van de interventies. Een systematic review van Chin. et al. Stelde een model op waarin ze de twee vergelijken. (19) Ze stellen dat het doel van AGSV voornamelijk het reduceren van seksuele activiteit op zich is. Dit terwijl CSE voornamelijk seksueel risicogedrag probeert te beperken. Beide hopen op dezelfde outcomes: minder ongewenste zwangerschappen en transmissie van SOA's, minder seksueel risicogedrag. Bovendien blijkt AGSV voornamelijk theoretisch te werk te gaan in de interventies, met een focus op overdracht van informatie en kennis. Interventies met CSE zullen vaker interactief te werk gaan en naast informatie ook heel sterk inzetten op attitudes & vaardigheden van deelnemers. Wat betreft de outcomes geven meerdere grote reviews & meta-analyses aan dat AGSV historisch én actueel weinig impact lijkt te hebben op het gedrag van jongeren. (17) Een aantal analyses vonden zelfs een stijging van risicovol seksueel gedrag in groepen met AGSV. (18) Het is evenwel belangrijk hierbij te vermelden dat ook lang niet alle CSE interventies een groot succes

kennen. Een analyse van de VN in 2016 toonde dat slechts twee derde van de onderzochte interventies een significante outcome hadden wat betreft tienerzwangerschappen/risicogedrag/… (25) De redenen hiervoor zijn eigenlijk onduidelijk en de research rond de factoren die het succes van een project bepalen is nog volop lopende. Het resultaat is veel onduidelijkheid en heterogene types van interventies die moeilijk te vergelijken zijn. Het leidde één auteur in 2007 ertoe te concluderen dat "… de beslissing om CSE of AGSV toe te passen bijna volledig gebaseerd is op de eigen overtuiging van de uitvoerder." (26)

2.3 Doelgroep

Deze interventie richt zich op vrouwelijke jongeren tussen 18 en 25 jaar met een migratie achtergrond. Dit zijn geen adolescenten onder de strikte definitie van de WHO, maar wel "jongeren" als dusdanig. Zoals eerder vermeld zijn deze jongeren enerzijds een groep met frequent seksueel risicogedrag, anderzijds een groep waar men nog een grote impact op kan hebben. Omwille van praktische overwegingen werd gekozen om met meerderjarige deelnemers te werken gezien het hier een eerste interventie betreft in een organisatie die op vrijwillige deelname berust. Voor minderjarige deelnemers vraagt het Ethisch Comité tevens een toestemming van de ouders, wat praktisch zeer moeilijk zou zijn volgens de werknemers binnen de organisatie. Toekomstige interventies kunnen dit wel proberen, gezien het zeker de bedoeling is jongere leeftijdsgroepen (en zelfs de ouders) te betrekken.

Er werd bewust gekozen om met vrouwelijke deelnemers te werken. Dit omdat vrouwen ondanks recente vooruitgangen nog steeds meer te lijden hebben onder seksuele/sociale ongelijkheid, misbruik & seksuele wanpraktijken. (27) Deze situatie is des te meer uitgesproken op plaatsen waar de emancipatie van de vrouw nog niet zo uitgesproken is ten opzichte van verschillende Europese landen of de vorige eeuw. De keuze voor jongeren met een migratie achtergrond van de 2e of 3e generatie was ook bewust. Er blijken echter relatief weinig gegevens over de seksuele gezondheid van deze groep te bestaan... Een aantal studies tonen dat deze jongeren vaak een conflict ervaren tussen de samenleving waarin ze wonen en de waarden & tradities van hun familie of cultuur. (28) Velen zijn afkomstig uit gezinnen met traditionele en/of religieuze waarden en groeien

op in een overwegend seculiere samenleving die er op vlak van seksualiteit, relaties etc. soms een heel andere blik op nahoudt.

Het is wél belangrijk de migratie achtergrond en het vrouwelijk geslacht van de deelnemers hier als één geheel te zien. Het principe van "**intersectionaliteit**" leert ons dat mensen altijd gekenmerkt worden door verschillende eigenschappen die in hun "voordeel" of "nadeel" kunnen spelen in de maatschappij. Jonge, vrouwelijke migranten kunnen daarom niet op dezelfde manier bekeken worden als jonge, mannelijke migranten of jonge, vrouwelijke autochtonen. Elk van die drie groepen is gekenmerkt door een heel eigen dynamiek die zijn/haar positie in de samenleving beïnvloedt. Het is dus van groot belang de onderlinge relaties van die kenmerken in gedachte houden wanneer men met hen in interactie gaat. (29)

2.4 Ontwikkeling van de interventie

Er bestaan in België een groot aantal professionele initiatieven die werken rond seksuele gezondheid. De onderzoeker en de overige bedenkers van het kaartspel hebben voorlopig bewust nog niet samengewerkt met deze organisaties. Een belangrijke nota hier is dat het niet de bedoeling is beter of vernieuwender te zijn dan een organisatie als pakweg Sensoa. Dit onderzoek werd immers uitgevoerd als onderdeel van een 2-jarige opleiding met daarnaast een full-time takenpakket als huisarts. Hierdoor ontbreken tijd, middelen en expertise om een dergelijk niveau te halen. Een samenwerking in de toekomst is zeker zinvol, gezien dit het kaartspel kan helpen evolueren naar een gestandaardiseerde tool. Er werd gekozen om te kijken welke rol dit kleine spel kan spelen in gezondheidspromotie op kleine schaal, en hoe het verbeterd kan worden. De interactie en resultaten kunnen op hun beurt verder bijdragen aan inzichten rond seksuele voorlichting. Bovendien is de emotionele waarde van dit project groot, wat het een voor de hand liggende keuze maakte in het opzet van een masterproef. Het is wel noodzakelijk te erkennen dat gezondheidspromotie een professionele branche geworden is met een rijke theoretische achtergrond. De interventie dient dus georganiseerd te worden op een wetenschappelijk verantwoorde manier. Hanne Hendrick voerde eerder een gelijkaardige interventie aan deze uit en verdiepte zich reeds uitvoerig in de theorie van gedegen

gezondheidspromotie. Zij stelde vast dat effectieve, veilige interventies rond (seksuele) gezondheid een aantal kenmerken gemeenschappelijk hebben:(30)

- Interactie tussen de deelnemers & de begeleiding
- Participatie in de interventie van deelnemers en/of gemeenschap
- Het vormen van ”peer groups” om onderlinge interactie & educatie te bevorderen

Verder is in de context van deze interventie het concept van **transformatief leren** van belang. Transformatief leren is een proces waarbij deelnemers zich door persoonlijke confrontatie met de verhalen/ideeën van anderen bewust worden van hun eigen denkkader en perspectief. Een onmisbaar element hierbij zou emotionele betrokkenheid met de persoon die spreekt zijn. De bedoeling hierbij is niet zozeer om een “verkeerd” idee te corrigeren. Eerder probeert men het denkkader van deelnemers te verruimen door hen op een zachte manier in contact te brengen met de mensen achter de visies waarmee ze eerder niet akkoord zijn. Hiermee hoopt men het gedrag van deelnemers geleidelijk te wijzigen. (31) Om dit te kunnen verwezenlijken is interactie tussen de deelnemers van groot belang en dient de interventie aangepast te zijn aan de context waarin ze uitgevoerd wordt. Zulke interventies zijn **cultuursensitief** en resulteren vaker in een toegenomen effect en verhoogde participatie. (32) (25)

Op basis van bovenstaande informatie werd besloten een interventie te organiseren die de vermelde elementen tracht te combineren. Door interactie tussen de deelnemende vrouwen en het gesprek over thema’s in het kaartspel worden ze uitgedaagd na te denken over verschillende aspecten van seksualiteit. Door deze dynamiek wordt duidelijk welke noden er zijn en kan dit dan weer toegevoegd worden aan het kaartspel. Dit concept heet **“interactie als motor tot verandering”** en werd reeds in voorgaande ManaMa thesissen van huisartsen gebruikt. (30)(33)(34) Het resultaat leidt in theorie tot een toename van de bespreekbaarheid van seksualiteit onder de deelnemers, vermindering van taboevorming en een gedragswijziging in de positieve zin. Daarbij komt dan ook nog eens dat het kaartspel op zich verrijkt wordt en ingezet kan worden in een nieuwe groep van deelnemers die het spel eerst zelf aangepast hebben aan hun context.

3. Methodologie van de interventie

Deze interventie werd georganiseerd voor een bestaande groep jonge vrouwen in een wijkgerichte vzw in Gent. De onderzoeker leerde de organisatie kennen via signalisaties in de stad en maakte kennis met de organisatie door een aantal gesprekken met de lokale coördinatoren van de buurtwerking. Een van deze coördinatoren werd ook de vertrouwenspersoon voor de deelnemers tijdens de sessies. De deelname van de vrouwen aan zowel de activiteiten van de vzw als dit onderzoek zijn vrijwillig. Het onderzoek werd voorafgaand besproken met de vrouwen door een vertrouwenspersoon binnen de organisatie. Iedereen die deelnam vulde een "*informed consent*" formulier in.

3.1 Rekrutering van deelnemers

De rekrutering gebeurde volledig door de vertrouwenspersoon. Zij wist welke vrouwen enthousiast zouden zijn en wist een groep te vormen met een gezonde dynamiek waarin vertrouwen heerste. De doelgroep die uiteindelijk deelnam bestond uit 5 jonge vrouwen tussen 18 en 24 jaar oud van verschillende afkomst (Turkije, Afghanistan, Albanië, Pakistan) met goede kennis van het Nederlands. Zij zijn reeds langer deelnemers binnen de VZW en kennen de vertrouwenspersoon allemaal goed. Deze wou reeds langere tijd werken met de groep rond seksuele gezondheid en zag in deze interventie een interessante kans.

3.2 Verloop van de interventie

Er werden in totaal 4 sessies georganiseerd in het gebouw van de VZW. In elk van deze sessies zaten zowel deelnemers, de vertrouwenspersoon als de onderzoeker samen in een aparte ruimte waar ze niet gestoord werden en ook geen andere mensen toegang tot hadden. Het aantal deelnemers varieerde tussen 4 en 6. In de eerste sessie werd iedereen aan elkaar voorgesteld en legde de onderzoeker duidelijk uit wat de afspraken waren vooraleer we startten: alles wat gezegd wordt in de sessie is vertrouwelijk onder de deelnemers, iedereen dient elkaar te respecteren en iedereen mag (maar moet niets) zeggen wat hij/zij wil. Dit komt grotendeels overeen met de PICKASOLL-methodiek die SENSOA gebruikt om dergelijke sessies uit te voeren. (tabel 1) Deze concepten werden aan de start van elke sessie herhaald, omdat ze van groot belang zijn en er tweemaal een

nieuwe deelnemer aanwezig was. Er werd duidelijk gemaakt dat de privacy en anonimiteit van de deelnemers gerespecteerd zou worden, des te meer gezien hun deelname mogelijks tot conflict kan leiden binnen hun sociale kring. De sessies vonden meestal plaats in de avond en duurden telkens (omwille van het enthousiasme van de vrouwen) tussen de 120 en 150 minuten.

Tabel 1: PICKASOLL-methodiek, belangrijkste afspraken voor een geslaagde sessie (Sensoa, Werkmap goede minnaars)

P voor Privacy	Persoonlijke informatie is vertrouwelijk en blijft binnen de groep. Wat we hier horen, gebruiken we niet in andere situaties. Ook de begeleiders doen dat niet.
I voor Ik	We praten over onszelf, onze gevoelens, ervaringen en opvattingen. We zijn open en eerlijk in wat we vertellen.
C voor Cultuur	Hou rekening met de verschillende culturele achtergronden die in de groep meespelen. 'Cultuur' kan verwijzen naar je afkomst, maar ook naar je religie of je thuiscultuur.
K voor Kies	Kies wat je wel en niet vertelt. Niet alles is voor alle oren bedoeld. Je mag je gevoelens en gedachten voor jezelf houden als je je niet comfortabel voelt in de groep.
A voor Actief	Wees actief in het groepsgebeuren. Je krijgt de kans om zelf te bepalen waarover het gaat. Wacht dus niet af tot iemand anders iets inbrengt.
S voor Seksualiteit	Seksualiteit betekent niet alleen met iemand naar bed gaan. Seks zit ook in je hoofd en in je gevoelens. We hebben het hier dus over alle vormen van seks en iedereen kan erover meepraten. Er zijn grote verschillen tussen culturen en mensen (mannen en vrouwen, jong en oud) in de wijze waarop ze met seks, uiterlijk en talenten omgaan.
O voor Oriëntatie	Mensen kunnen heteroseksueel, homoseksueel, lesbisch of biseksueel zijn. Welke seksuele oriëntatie je ook hebt, iedereen is uniek en verdient respect.
L voor Luisteren	Luisteren is belangrijk, niet alleen praten. Je hoeft niet iedereen leuk te vinden, maar respect voor ieders eigenheid, talenten en interesses is wel belangrijk.
L voor lachen	Humor is belangrijk. Het is soms een middel om geladen onderwerpen te ontmijnen. Uitlachen kan niet.

Het kaartspel werd hierbij telkens als aangrijpingspunt gebruikt voor de start van de discussie. Eerder dan het spel op zich te spelen lagen de kaarten uitgespreid op tafel en konden deelnemers vrij kiezen welke kaarten ze wensten te bespreken. Op deze manier

werd op een natuurlijke manier duidelijk waar de groep interesse in had of vragen over had. Het gesprek werd zo vrij en open mogelijk gehouden, waarbij getracht werd open en reflectieve vragen te stellen aan deelnemers. ("Wat weet je daar over? "Wat is jouw mening hierover?" "Waarom vindt je dat (niet) goed?") Zowel de onderzoeker als de vertrouwenspersoon letten erop dat iedereen aan bod kwam en niemand op een negatieve manier aangesproken of aangevallen werd. Al heel snel werd duidelijk dat een beperkt aantal specifieke thema's zeer sterk leefden bij alle deelnemers. (zie hieronder) Tijdens deze sessies werd uitvoerig gesproken over anticonceptie, seksualiteit van man en vrouw, geaardheid, gender(identiteit), vrouwenbesnijdenis, huwelijk, maagdelijkheid, anatomie & fysiologie van reproductie,… Verschillende thema's en kaarten die door de masterproef van Hanne Hendrick toegevoegd werden bleken in deze groep ook sterke emoties op te roepen. Met name masturbatie, homoseksualiteit en genderidentiteit bleken onderwerpen voor bewogen discussies. Dit toont aan dat haar interventie succesvol belangrijke thema's toevoegde. Alles werd open besproken en waar nodig kon de onderzoeker of de vertrouwenspersoon extra informatie aanbrengen om onduidelijkheden weg te werken.

3.3 Evaluatie van de interventie

Ter evaluatie van deze interventie werd gebruikgemaakt van "realist evaluation". Dit is een onderzoeksmethode waarbij men zich voornamelijk bezighoudt met het proces van gedragsverandering eerder dan gedragsverandering als outcome te bekijken. Men onderzoekt wat leidt tot verandering, hoe dit gebeurt en waarom. Data werd verzameld op kwalitatieve wijze door diepte-interviews na afloop van de sessies. Aan de hand hiervan werd getracht de volgende onderzoeksvraag te beantwoorden: **"Hoe kan een interactieve gemeenschapsinterventie rond een tripletspel over seksuele gezondheid de communicatie over en gezonde attitudes rond seksuele gezondheid versterken?".**

3.3.1 Ontwikkeling van de CMO hypothese

De CMO-hypothese is het middel waarmee de onderzoeksvraag opgesplitst wordt in 3 afzonderlijke kenmerken van de interventie: Context, Mechanisme & Outcome. Context beschrijft welke elementen van de context & setting van belang zijn. Mechanisme

bespreekt de aard van de interventie zelf en Outcome de (verwachte) resultaten. Voor de evaluatie van dit onderzoek werd volgende CMO gehanteerd (tabel 2):

Context	Een bestaande groep vrouwen een migratie achtergrond, die binnen eenzelfde VZW actief zijn, werken samen rond een kaartspel over seksuele gezondheid.
Mechanisme	Het praten over de thema's in dit spel zorgt voor een interactie over seksuele gezondheid & seksualiteit
Outcome	De communicatie, attitudes & percepties van de deelnemers over seksuele gezondheid wordt beïnvloed waardoor hun gedrag kan wijzigen.

3.3.2 Gegevensverzameling & analyse van de data

Data werd verzameld door middel van semigestructureerde interviews met de deelnemers na afloop van de sessies. Deze interviews gebeurden aan de hand van een vooraf opgestelde topic lijst (bijlage 1), waarbij de nadruk lag op hoe de deelnemers de interventies ervaarden qua veiligheid, participatie, de kwaliteit van de informatie,… Deze interviews verliepen één op één met de onderzoeker, opnieuw in de gebouwen van de VZW. Ze duurden telkens +- 45 minuten. Ook de vertrouwenspersoon werd geïnterviewd. Deze gesprekken werden integraal opgenomen met een recorder en nadien uitgetypt. Met behulp van Nvivo Pro 12 werd een kwalitatieve analyse van deze teksten uitgevoerd.

3.3.3 Ethische aspecten

De aanvraag voor dit onderzoek werd goedgekeurd door het Ethisch Comité van het UZ Gent op 21/01/2019 (bijlage 2). Het protocol & de informed consent formulieren worden niet in bijlage vermeld om de privacy van deelnemers te beschermen. Verschillende van hen gaven aan dat hun omgeving (vrienden of familie) ernstige bezwaren zouden hebben bij een aanwezigheid op zulke sessies. Uit voorzorg wordt ook in de bespreking van de resultaten noch de leeftijd, noch de afkomst vermeld bij een citaat. Iedereen werd op het hart gedrukt dat de resultaten van dit onderzoek geanonimiseerd verwerkt zouden worden. Elke deelnemer kon en mocht op elk moment deelname stopzetten of overleggen met de vertrouwenspersoon wanneer nodig.

4. Resultaten

Van de deelneemsters werden er drie geïnterviewd. Samen met het interview met de vertrouwenspersoon komt het totaal op 4 gesprekken. De interviews vonden plaats op 2 verschillende locaties (waarvan 1 dezelfde als deze van de interventie) met telkens de vertrouwenspersoon aanwezig in het gebouw. De gesprekken werden opgenomen, uitgetypt en geanalyseerd met behulp van Nvivo 12. Op basis van deze interviews kunnen een aantal elementen weerhouden worden met betrekking tot de CMO hypothese. Zij worden in onderstaande tabel opgesomd per categorie. De belangrijkste die het meeste terugkwamen in de interviews worden onder de tabel verder toegelicht per onderdeel.

Context	Mechanisme	Outcome
Gekende, veilige locatie	Vertrouwelijkheid	Meer openheid omtrent seksualiteit
Groep bekenden	Kaartspel	Kritische zelfreflectie over eigen attitudes
Groep onbekenden	Interactiviteit tijdens sessies	Nieuwe thema's voor kaartspel
Aanwezigheid arts	Vrije aanpak/geen vaste routine	Kritiek op eigen context & achtergrond
Deel van wetenschappelijk onderzoek	Intimiteit	Respect voor andere deelnemers
Aanwezigheid vertrouwenspersoon	Creatie van een open sfeer	Drempelverlagend effect voor volgende interventies
Onderwerp seksualiteit		Blootstelling aan andere culturen & meningen
Enkel meisjes onder elkaar		
Inkleding & organisatie		

4.1 Context

Gekende, veilige locatie

Dit kwam in elk interview naar voren. Alle respondenten gaven aan dat het voor hen niet mogelijk geweest was om dit op een andere locatie te doen. De redenen zijn verschillend. De belangrijkste was het vertrouwde en veilige gevoel dat de locatie hen gaf . Dit blijkt noodzakelijk om over een controversieel onderwerp als dit te kunnen spreken. Er zijn ook anderen mensen aanwezig die men kent. Er werd ook vaak aangehaald dat een deelname, zeker 's avonds, afhankelijk was van de toestemming van de ouders. Dit ondanks het feit dat iedereen in het gezelschap meerderjarig was. Dit toont reeds aan hoe de individuele vrijheden van vrouwen uit deze gemeenschappen verschillen ten opzichte van een gemiddelde autochtone, meerderjarige Gentenaar. Mannen hoeven hiervoor weinig/geen verantwoording af te leggen, aldus de vrouwen zelf. Gezien de ouders reeds langer bekend waren met de locatie & de medewerkers was deze toestemming veel makkelijker te verkrijgen, wat het onderzoek dus vergemakkelijkte.

Deelneemster: "… maar het is wel handig omdat het dichtbij was, en mijn ouders konden dan komen kijken. Want het was laat, tot 10u ofzo. Ze wisten dat ik dicht bij huis was."

Deelneemster:"Ik zou het nergens anders gedaan hebben. …, ik vertrouw niet makkelijk mensen dus was het goed dat het hier was."

Aanwezigheid arts

Voor de meeste deelneemsters was het een meerwaarde dat er een arts aanwezig is bij de sessies. De arts lijkt een betrouwbare bron van informatie te zijn in hun ogen. Hij kan neutrale, objectieve en correcte informatie verschaffen over allerlei soorten thema's waar de deelnemers vragen over hebben. Sommigen stellen in hem/haar meer vertrouwen dan in de leerkracht op school of de ouders.

Deelneemster 1:" Een dokter gaat beter zijn, die weten meer over zulke dingen. Je bent zeker dat het 100% correct is. Bij leerkrachten enzo weet je het niet altijd. "

Onderwerp seksualiteit/enkel meisjes onder elkaar

Wat onmiddellijk opviel bij de eerste sessie was het enthousiasme om het over seksualiteit en seksuele voorlichting te hebben. Alle deelneemsters gaven aan hierover zeer moeilijk te kunnen praten in de eigen sociale kringen. Hiervoor worden zowel culturele, religieuze als sociale barrières aangehaald. Bijvoorbeeld de taboes binnen de islamleer om vrijelijk over (voornamelijk vrouwelijke) seksualiteit te spreken. Of het roddelen van vrienden/vriendinnen als ze een intieme ervaring zouden delen of vragen zouden stellen. Daarenboven blijken verschillende deelneemsters teleurgesteld in de lessen seksuele voorlichting die ze gekregen hebben op school, ook in België. Zowel qua inhoud als methodiek schiet deze anno 2019 blijkbaar nog tekort in de ogen van deze leerlingen. Deze bedenkingen werden zelf geformuleerd door de jongste deelneemster die vond dat ze niet adequaat voorbereid was op seksuele volwassenheid na haar laatste jaar middelbare school.

Deelneemster: "Bij de vrienden in de moslimgroep… De dichtste meisjes bij me praten er soms wel over. Maar echte moslimvrienden totaal niet, die kijken me dan scheef aan. <…> Moslimjongens zijn echt gelovig en denken "dit mag een meisje, dit mag ze niet". Omdat ze het zo aangeleerd hebben in de opvoeding. Ze zijn dit gewend geraakt in hun leven. Ze zouden al een heel idee hebben over wat wel en niet mag, terwijl het bij Belgische jongens heel gewoon is om over seks te praten. "

Deelneemster: "Als meisje moet je zo'n dingen echt weten. Want sommige weten niets en doen dan dingen zonder dat ze weten wat. Op school is het ook niet zo open of in detail. Ze laten heel kort een klein stukje zien en gaan dan weer verder. Er is geen diepgang."

4.2 Mechanisme

Vertrouwelijkheid & intimiteit

Reeds aan het begin van de sessies werd duidelijk afgesproken dat alles wat gezegd en besproken zou worden onder de groep blijft. Iedereen mag vrij zijn ideeën uiten en niemand hoeft zijn/haar mening uit schaamte te verzwijgen. Deze afspraak werd zeer vlot nageleefd door de deelneemsters en leidde tot een open, discrete en zeer vlotte interactie tussen iedereen. De auteur was zelf verbaasd over het respect voor deze afspraak en de

mate waarin dit de sessies vooruithielp. Achteraf gaven alle deelneemsters ook aan zich in dit kader veilig en zelfzeker genoeg te voelen om dingen te zeggen die ze anders niet zouden durven uitspreken hebben.

Deelneemster: "Wij vertrouwen elkaar hier. Op school heb je dat vertrouwen minder. Iemand had aan de ouders van dat meisje verteld dat ze seksueel actief was en sindsdien kwam ze niet meer naar school."

Interactiviteit in de sessies

De deelneemsters zeiden dat de interactieve, open benadering een essentiële factor was in de gesprekken. Ook hierin blijkt de school tekort te schieten naar hun mening. De traditionele ex-cathedra aanpak rond dit onderwerp (en de locatie) nodigt niet uit tot debat of gesprek. Integendeel, zelfs bij een onderwerp als dit waar ze in grote mate geïnteresseerd in zijn verslapt de aandacht al snel als er geen ruimte/veiligheid is om zelf input te geven. Elk van hen gaf aan dat de interactiviteit tussen hen, de arts en de vertrouwenspersoon de drijvende kracht achter de sessies was. Deze zorgde voor een natuurlijke overdracht van kennis, rechtstreeks komende uit hun vragen. Ze verkiezen deze aanpak boven een traditionele les of overdracht. Een praktisch voorbeeld: Op een bepaald moment gebruikte de arts aantekeningen op een omslagbord om bepaalde dingen te duiden naar aanleiding van een vraag. Hieruit vloeide een discussie voort over anatomie, fysiologie die bijgestaan werd met illustraties.

Deelneemster:" Het mag niet te saai zijn, niet de hele tijd dezelfde saaie uitleg. Er moet interactie zijn. Wij krijgen elk jaar dezelfde les en ik kan er gewoon niet meer naar luisteren na de zoveelste keer. Mijn oren zijn gewoon geblokkeerd omdat het niet interessant is."

Deelneemster:" Ik dacht eerst dat het een beetje saai zou zijn. Zoals op school. Maar je had de kaartjes mee en het spel. Je mocht alles zeggen. We hebben op het bord getekend. Dat was helemaal het omgekeerde. "

Kaartspel

Alle deelneemsters waren van mening dat het kaartspel een positieve bijdrage levert aan de sessies. De meesten vonden het een eenvoudige manier om het gesprek op gang te

brengen, gezien de afbeeldingen en de thema's snel de aandacht trekken. Ze gaven aan dat het makkelijk het ijs brak om de gevoelige thema's aan te snijden. Het spel echt spelen vinden ze niet strikt nodig, ze verkiezen eerder de interactie rond de kaarten en de thema's. Dit staat in contrast met de jongere groep kinderen waarop het spel destijds getest werd, die de structuur van het spel nodig hadden om de interactie op gang te brengen.

Deelneemster:" Op sommige kaarten begrijp ik niet wat er staat, en dat is goed. Dan ben ik geprikkeld en wil ik dit lezen. "

Deelneemster:" Ik vond de kaarten goed omdat ze je een idee geven over hoe je over iets kan praten. Ze helpen om te beginnen."

4.3 Outcome

<u>Drempelverlagend effect naar de vrouwelijke deelneemsters</u>

Dit was iets dat door de vertrouwenspersoon aangegeven werd naar de arts toe. De vrouwen die deelnamen waren soms wel aanwezig in de VZW maar waren niet echt nauw betrokken en hadden relatief weinig contact met elkaar. Sinds de start van de sessies zijn ze echter vaker aanwezig en is het contact persoonlijker en intiemer, aldus de vertrouwenspersoon. Bovendien gaf ze van bij het begin van de interventie aan dat ze met de organisatie al langere tijd activiteiten doen rond seksualiteit. Deze samenwerking & interventie leidde ertoe dat een kleine groep vrouwen relatief makkelijk betrokken kon worden. Niet alleen hebben de deelneemsters zelf de vraag naar meer zulke sessies, er werd ook overeengekomen met de arts om een tweede project met een mannengroep te proberen opzetten. De interventie op zich heeft dus een drempel verlaagd zowel bij de deelnemers als bij de organisatie. In het beste geval leidt dit tot een cascade effect van meer interventies met meer en meer heterogene groepen binnen de gemeenschap.

<u>Kritiek op eigen context & achtergrond</u>

Het viel op dat er bij verschillende vrouwen een nood was te ventileren over hun situatie. Al vrij snel viel hierbij het woord "onrecht". Dit is merkwaardig omdat ze openlijk durfden hun opvoeding, ouders, cultuur en bij momenten hun geloof verantwoordelijk te houden

voor de problemen waar zij, als vrouwen specifiek, geconfronteerd mee worden op dagelijkse basis. In de meeste van de gezinnen waaruit deze vrouwen komen zijn de individuele vrijheden zeer beperkt te noemen en zou een openlijke uiting van zulke oppositie grote gevolgen kunnen hebben. Het is dus bijzonder dat zij zich danig veilig voelen in deze omgeving (met een onbekende man in het gezelschap) en dergelijke uitspraken doen. De mogelijke verklaringen hiervoor zijn boven reeds vermeld, maar zijn vermoedelijk niet zomaar te repliceren, als gevolg van de unieke samenstelling van deze groep.

Deelneemster: "Ik zou mijn dochter of kind nooit opvoeden zoals ik opgevoed ben. Zo streng en met al die beperkingen tegenover de jongens. Ik zou haar vrijheid geven, een vriendje laten hebben en laten ontdekken wat relaties zijn. Ik zou haar niet doen trouwen met iemand die ze niet kent. "

<u>Meer openheid omtrent seksualiteit</u>

Door voor het eerst zo ongeremd te durven spreken met anderen over dit thema gaven verschillende deelneemesters aan dat ze ook na de interventie vaker en opener over seksualiteit spraken met vrienden en vriendinnen. Dit ook met vriendinnen van de eigen cultuur of religie, waarmee ze dit vroeger niet gedurfd hadden. Ze gaven aan dat dit als iets positiefs ervaren werd. Hierbij merkten ze wel op dat ze duidelijk moesten kiezen met wie ze het er over hadden, gezien ze niet iedereen vertrouwden.

Deelneemster:" Ja, ik ben er meer open over nu. Vroeger zou ik hier niet over gesproken hebben, zo openlijk. Nu spreek ik er meer over met vriendinnen dan vroeger. "

<u>Blootstelling aan andere culturen</u>

Zoals vermeld in de inleiding lag de achtergrond van bijna elke deelneemster in een ander land van herkomst. Elk van hen gaf achteraf aan dat deze confrontatie een interessante en verrijkende ervaring te vinden. Ten eerste omdat ze op deze manier zagen dat ze vaak gemeenschappelijke problemen deelden, maar ook om beter te begrijpen hoe die "andere" cultuur nu juist in elkaar zit.

Deelneemster:" Want iedereen heeft een andere mening, en het is zo leuk om de andere mening te horen. Omdat het toch niet gelijk is ofzo.. En we zijn allemaal niet van dezelfde afkomst maar geloven allemaal iets. En als je iedereen bij elkaar zet wordt het iets totaal anders."

<u>Uitbreiding van het kaartspel</u>

Vertrekkende vanuit de uitbreidingen van Hanne Hendrick leek het initieel alsof er nog maar weinig toegevoegd kon worden aan het spel. Echter, al snel bleek dat er 2 thema's voor de deelnemers bijzonder sterk leefden en nog niet in het spel verwerkt waren:

- De positie van de vrouw in de samenleving
- Communicatie

Deze thema's kwamen reeds in de eerste interventie zeer snel naar voren. De deelnemers gaven blijk van een sterk gevoel van onrechtvaardigheid als het over deze thema's ging, voornamelijk het eerste dan. De onderzoeker benoemde dit en in de laatste 2 sessies werd in groep nagedacht over hoe dit thema in kaarten verwerkt kon worden in het spel. Dit resulteerde in 6 nieuwe kaarten. (zie bijlage 6)

5. Discussie

Aan de hand van interviews werd getracht na te gaan of de bovenvermelde CMO-hypothese bevestigd kon worden. Een aantal elementen uit dit onderzoek en de resultaten dienen verder geduid te worden.

Als eerste dient de grootste tekortkoming van dit onderzoek benadrukt te worden. Dit was een kleinschalige, kortdurende interventie kaderend binnen de opleiding tot huisarts van één student. Analoog heeft Hanne Hendrick een gelijkaardige interventie gedaan, hetgeen mee de basis legde voor dit onderzoek. Gezien de kleine schaal, korte duur en gebrekkige ervaring van de onderzoeker in zowel focus groep gesprekken, kwalitatief interviewen als realist evaluation is het niet de bedoeling algemene conclusies te trekken. Wel lijken bepaalde krijtlijnen zichtbaar en is het fundament gelegd voor eventuele verdere interventies binnen eenzelfde gemeenschap, met de arts als medewerker. Het betrekkelijk lage aantal interviews achteraf is ook opvallend en bij een volgende interventie moet nagedacht worden hoe men deelnemers tot het einde betrokken kan houden.

De sessies vonden telkens plaats binnen de gebouwen van de VZW. Zoals vermeld was deze locatie noodzakelijk voor het kunnen uitvoeren van dit onderzoek. Voor de meesten is deze plek een veilige haven, waar ze terecht kunnen met zorgen of vragen waar moeilijk over kunnen praten met vrienden of familie. De band met de begeleiding en vertrouwenspersoon is hierbij echter van cruciaal belang. Zij kennen en begeleiden deze jongeren al langere tijd. Vaak weten zij dingen die aan vrienden of familie niet gezegd (kunnen) worden. Het valt sterk te betwijfelen of deze interventie had kunnen doorgaan op deze locatie zónder hun aanwezigheid, des te meer omdat de arts & auteur in dit geval een man was. Dit onderstreept het belang van samenwerking over de professionele grenzen heen. Er is ook de vraag of het in de eerste plaatse zinvol is om een dergelijk onderzoek te doen op deze locatie (jongerencentrum), wanneer er talloze initiatieven bestaan op bijvoorbeeld de school. De deelneemsters zelf gaven alvast zeer duidelijk aan dat de locatie voor hen een belangrijke rol speelde in het succes van de interventie. Belangrijke voordelen van dergelijke setting zijn de informele sfeer, het gevoel van betrokkenheid voor de jongeren en de vertrouwenspersonen die hier aanwezig zijn. De evidence in de literatuur die deze bevinding ondersteunt is beperkt, maar kan kort

samengevat worden uit een studie uit 2014 die de impact van gezondheidsinterventies op jongeren onderzocht. Deze kwam tot de conclusie dat er weinig bewijs is dat interventies als deze een hogere effectiviteit hebben in vergelijking met andere interventies op school of binnen gezondheidscentra, maar dat veelal geen rekening gehouden wordt met de onderliggende sociale determinanten waarom deze jongeren in de eerste plaats een dergelijke organisatie bezoeken. (3) Vermoedelijk mist men dus toch een deel kwetsbare jongeren indien men een dergelijke locatie nooit gebruikt.

Reeds halverwege de interventie werd in overleg met de vertrouwenspersoon besloten te proberen een tweede interventie te organiseren gericht op een groep mannen uit de gemeenschap. Dit omwille van de overweldigend positieve reactie van de vrouwen in de huidige groep en de inzichten die zij en wij in elkaar gekregen hebben. Eerder dan de cultuur of de mannen uit de gemeenschap eenzijdig verantwoordelijk te houden voor de problemen die zij ervaren wil de auteur in samenwerking met organisatie gelijkaardige sessies uitvoeren met een groep mannen. Hierdoor kan op termijn gewerkt worden naar toenadering tussen beide groepen door gemeenschappelijke elementen te identificeren. Er wordt verwacht dat deze groep minder toegankelijk zal zijn, door de dynamiek tussen de jongens die weinig ruimte laat voor kwetsbaarheid. De hoop is dat door het transformatief leren de deelnemers toch dichter bij elkaar komen te staan en persoonlijke/culturele/religieuze barrières kritisch bekeken kunnen worden. Dit is elders reeds succesvol beschreven in andere moeilijke situaties. (31)

De deelneemsters gaven aan dat het na afloop van de sessies voor hen makkelijker geworden was om te spreken over seksualiteit. Dit kan bekeken worden als een verandering in attitude, maar het blijft onduidelijk of hun gedrag ook werkelijk veranderd is. Ze keren na de afloop van de sessies immers terug naar hun gebruikelijke context thuis. Er is geen tool voorzien om de impact van deze sessies op de omgeving te meten, noch is er lange termijn opvolging van de vrouwen op systematische basis. Bij CSE is het voornamelijk van belang het individu te stimuleren op een geïnformeerde en verantwoordelijke manier keuzes te maken wat betreft zijn/haar seksualiteit. De maatschappelijke context waarin het individu zit is immers niet de enige determinant die zijn/haar gezondheid beïnvloedt, zoals duidelijk wordt in modellen van de WHO en het bekende model van Dahlgren and Whitehead. (35)(36) (zie bijlage 3 en 4) Verdere

evaluatie van de andere determinanten en hoe ze beïnvloed worden door dergelijke interventies is wél zinvol naar de toekomst toe. Indien er bijkomende interventies met mannen, familie of scholen georganiseerd zouden worden binnen de wijk kan de aparte analyse hiervan leiden tot soort invuloefening van deze modellen. Op basis hiervan zou dan een gericht beleid wat betreft seksuele voorlichting & gezondheidszorg opgesteld kunnen worden voor deze gemeenschap. Een beleid als dit komt in grote mate overeen met de visie en aanpak die voorgesteld werd in het model van Dr. Peter Decat. (37) (zie bijlage 5) Een dergelijk project zou idealiter plaatsvinden in samenwerking met onderzoekers opgeleid in gezondheidspromotie, dewelke aanwezig zijn binnen de universiteit Gent.

Het was opvallend dat de vrouwen in de groep zich tijdens de sessies openlijk kritisch uitten over hun opvoeding, ouders, etc. Vanuit het intersectioneel denken is dit echter minder opzienbarend dan initieel gedacht. De deelneemsters zijn niet alleen vrouw binnen hun cultuur of geloof, ze zijn ook vrouw in Gent, in België. Een land waar de positie van de vrouw op een aantal vlakken zelfstandiger & vrijer is. Ze bevinden zich in een dubbele positie, die omwille van de verschillende uitgangspunten onvermijdelijk tot conflict leidt. Deze “dubbele nationaliteit” wordt in de literatuur omschreven als “identity multiplicity”. (38) (39) Het feit dat zij zich extern zowel moeten vereenzelvigen met de identiteit van hun eigen cultuur en deze van “Belgische vrouw”, en dat de verwachtingen van deze twee sterk lijken te verschillen, verklaart dat ze vrij makkelijk de knelpunten kunnen aangeven. Wat betreft seksuele gezondheid dreigen zij tussen de mazen van het net te vallen als er onvoldoende aandacht gevestigd wordt op hun specifieke context, gezien ze van jonge leeftijd andere ideeën over seksualiteit mee krijgen dan een groot deel autochtone jongeren. Indien deze niet besproken worden met hen blijven mythes & onwetendheid bestaan, zoals beschreven in verscheidene kleinschalige studies in België met deze groep jongeren. (28) (40) (41)

De aanwezigheid van een arts werd ervaren als een positief element door de deelneemsters. In deze interventie nam de auteur als huisarts de rol op van gezondheidspromotor. Zoals eerder vermeld is gezondheidspromotie één van de kerncompetenties van de huisarts in het CanMEDS model. (7) Er werd reeds gesproken over enkele praktische bezwaren die artsen kunnen hinderen deze rol op te nemen. De

situatie wordt echter complexer wanneer men de theoretische achtergrond nader bekijkt. Zo blijft de WHO-definitie van gezondheidspromotie afdoende vaag over de exacte taken die de arts dient te vervullen bij het uitvoeren ervan. Meer nog, verschillende academici en deskundigen erkennen in recente publicaties en onderzoeken dat er vandaag nog steeds geen uniforme "praktische" definitie bestaat van deze taken. (42)(43)(44) Uit bevragingen van studenten en artsen blijkt dat wat de ene gezondheidspromotie vindt voor de andere buiten het takenpakket van de arts (of zijn/haar kabinet) valt. (44) Bij het opzetten van interventies dienen bovendien samenwerkingsverbanden gesloten te worden met partners die verspreid zitten in een versnipperd landschap vol goede intenties. Dit alles kan leiden tot gevoelens van wanhoop en hulpeloosheid. Het lijkt alsof gezondheidspromotie weggelegd is voor "de enkele uitmuntende collega's onder ons". In respons hierop wordt in verschillende medische faculteiten nagedacht hoe men studenten beter kan opleiden in deze rol. De mensen die het hen moeten leren zijn immers ook slachtoffer van deze ambigue situatie. (45) Hoe moet het dan concreet verder? In 2016 brachten Canadese auteurs achter de CanMeds methodiek een vierdelig essay uit waarmee ze opriepen tot meer actie wat betreft de gezondheidspromotie bij artsen. Ze trokken een lijn tussen 3 niveaus: gezondheidspromotie op het micro, het meso en het macro niveau. Hierbij staat "micro" voor de individuele omgang met patiënten in de praktijk. Het "meso" slaat op de gemeenschap waarin deze patiënt zich bevindt en zijn ruimere sociale kring & contacten. Het "macro" is de samenleving waarin hij zich bevindt en het beleid dat zijn gezondheidszorg bepaalt. Om sociaal rechtvaardige geneeskunde te kunnen uitvoeren zouden (huis)artsen in elk van deze domeinen betrokken moeten zijn. (46)(47)(48)(49) Maria et al. maken een gelijkaardige opdeling, maar dan met benamingen als het "klinische", "paraklinische" en "supra-klinische" niveau. (45) De rode draad is dat "gezondheid" het klinische werk overstijgt en dat artsen ook mee de sociale determinanten van gezondheid kunnen beïnvloeden. Op elk niveau zijn partners beschikbaar die de kennis & expertise van huisartsen kunnen gebruiken in hun projecten. Gezondheidspromotie vloeit hier dan bijna vanzelf uit voort. Een belangrijke nota is dat men niet op elk moment op elk niveau moet opereren. Behalve dat dit onhaalbaar zou zijn, heeft elke arts andere interesses of vaardigheden, die bruikbaar zijn op verschillende niveaus. Studenten die begeleid op deze manier aan de slag gingen met gezondheidspromotie meldden achteraf een voldoening & tevredenheid met hun rol in een groter project of geheel. (50)

De gezondheidszorg is toenemend gespecialiseerd en technologisch geïnspireerd. Dit heeft een overduidelijke vooruitgang gebracht op medisch vlak. Maar in de brede context is het soms goed een stap achteruit te zetten en de impact van klinische en maatschappelijke vooruitgang los van elkaar te analyseren. Niet elke verbetering in levensverwachting is te linken aan medische innovatie en vice-versa. (51) Gezondheidspromotie is altijd onderdeel van het werk van artsen geweest. [1] De opleiding tot huisarts kan een grote rol spelen in het koesteren van deze rol. Studenten & gemotiveerde collega's met de juiste handvaten zijn in staat hun klinische expertise & mensenkennis te gebruiken buiten hun kabinet. Gezondheidspromotie is dus niet weggelegd voor de meest uitmuntende collega's onder ons. Het vereist enkel dat men de uitmuntendheid in zichzelf erkent. Het daagt de huisarts uit om met zijn/haar capaciteiten het brede (para)medische landschap te durven verkennen. Het vraagt de moed er slechts één stap mee te zetten. Een ander werkingskader, met bijvoorbeeld incentivering van artsen om gemeenschapsgericht te werken kan hierbij helpen. Want net zoals de grootste impact op patiënten wordt bereikt met interventies vanuit het politieke (macro) niveau geldt dit ook voor hen. Om de meeste huisartsen in beweging te krijgen zal de overheid een voortrekkende rol moeten spelen om hen die ruimte te geven.

[1] Zo argumenteerde Rudolph Virchow reeds in de 19e eeuw: ""If medicine is to fulfill her greatest task, then she must enter the political and social. Do we not always find the diseases of the populace traceable to defects in society?"

6. Conclusie

Dit onderzoek trachtte een antwoord te geven op de bovenvermelde CMO hypothese*: "Hoe kan een interactieve gemeenschapsinterventie rond een tripletspel over seksuele gezondheid de communicatie over en gezonde attitudes rond seksuele gezondheid versterken?".* Via realist evaluation werd geformuleerd wat werkt voor wie, waarom, wanneer en onder welke omstandigheden. De volgende elementen worden hieruit weerhouden:

- Wat werkt:

Het samenbrengen van deelnemers in een groep om rond een kaartspel thematische discussies te voeren over seksualiteit. De kaarten werken drempelverlagend en uitnodigend, zowel voor de deelnemers als de vertrouwenspersoon. Dit werd ook in eerdere interventies genoteerd in Nicaragua bij het ontwerp van het spel en verdient verdere aandacht naar ontplooiing en uitwerking toe.

- Voor wie:

Een groep vrouwen met migratie achtergrond uit eenzelfde gemeenschap. Hetzelfde dient onderzocht te worden voor de andere leden van deze gemeenschap: de mannen, familie, authoriteitsfiguren,…

- Waarom:

Het thema seksualiteit leeft zeer sterk bij de aanwezigen, er is nood aan informatie & ventilatie. Uit deze sessies blijkt een belangrijk onrechtvaardigheidsgevoel & drang naar verandering te leven bij de deelneemsters. Zij wensen meer vrijheid & keuze wat betreft hun seksualiteit & stellen hun eigen omgeving openlijk in vraag.

- Onder welke omstandigheden

Een veilige, gekende locatie. Aanwezigheid van de vertrouwenspersoon & een arts. Een interactieve aanpak waarbij ze zelf het gevoel hebben de sessie te kunnen leiden naar waar zij willen. Een mutueel vertrouwen tussen deelnemers & begeleiders dat alles gezegd mag worden zonder te oordelen.

De rol van de huisarts in dit onderzoek werd door zowel de deelnemers als de vertrouwenspersoon ervaren als een positieve, zinvolle bijdrage. Hoewel lang niet alle huisartsen zich hiervoor moeten/willen engageren kunnen artsen met die wens een positief verschil maken. Dit zou zowel in de basisopleiding als de opleiding tot huisarts verder benadrukt kunnen worden.

7. Referenties

1. WHO. Health for the world's adolescents. A second chance in a second decade [Internet]. 2014. Available from: http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page1/recognizing-adolescence.html
2. BZgA W regional office for E and. Standards for sexuality education in Europe. 2010;
3. Denno DM, H MP, Hoopes AJ, D M, Chandra-mouli V, Sc M. Effective Strategies to Provide Adolescent Sexual and Reproductive Health Services and to Increase Demand and Community Support. J Adolesc Heal [Internet]. 2015;56(1):S22–41. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.09.012
4. Association AHP. Features of successful sexual health promotion programs for young people : findings from a review of systematic reviews. Heal Promot J Austral. 2018;(29):46–57.
5. France I, Pregnancy A. Adolescent Sexual Health in Europe and the United States. 1998;
6. WHO. Primary Health Care. Now more than ever. 2008.
7. Shaw E, Oandasan I, Fowler N E. CanMEDS-FM 2017: A competency framework for family physicians across the continuum. The College of Family Physicians of Canada. 2017.
8. Lien DE, Gent U. De huisarts in interactie met jongeren over mentale zelfzorg Implementatie en realist evaluation van een interventie in een jeugdbeweging. 2018;2017–8.
9. WHO. WHO, HRP. Sexual health and its linkages to reproductive health : an operational approach.
10. Kismödi E, Cottingham J, Gruskin S, Miller AM. Sexual Health, human rights and the law. WHO, [online] [Internet]. 2015;1–48. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/175556/1/9789241564984_eng.pdf?ua=1
11. Svanemyr J, Ph D, Amin A, Ph D, Robles OJ, H MSP, et al. Creating an Enabling Environment for Adolescent Sexual and Reproductive Health : A Framework and Promising Approaches. J Adolesc Heal [Internet]. 2015;56(1):S7–14. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.09.011
12. IPPF. Sexual rights : an IPPF declaration Who we are. 2008;
13. Divison UNP. International Conference on Population and Development: Programme of Action. 1994.
14. Zwijgen is geen optie. Interview met Marleen Temmerman: "Je moet ook altijd gelijk krijgen." Zwijgen Is Geen Optie Podcasts;
15. Agenda D. ICPD Beyond 2014: High-Level Global Commitments. 2014.
16. Ott MA, Santelli JS, Health F. Abstinence and abstinence-only education. Curr Opin Obs Gynecol. 2007;19(5):446–52.
17. Haglund KA, Fehring ÆRJ. The Association of Religiosity , Sexual Education , and Parental Factors with Risky Sexual Behaviors Among Adolescents and Young Adults. 2010;460–72.
18. Denford S, Abraham C, Campbell R, Busse H, Denford S, Abraham C, et al. A comprehensive review of reviews of school- based interventions to improve sexual-health. 2017;7199.
19. Chin HB, Sipe TA, Elder R, Mercer SL, Chattopadhyay SK, Jacob V, et al. The Effectiveness of Group-Based Comprehensive Risk-Reduction and Abstinence Education Interventions to Prevent or Reduce the Risk of Adolescent Pregnancy, Human Immunodeficiency Virus, and Sexually Transmitted Infections. AMEPRE [Internet]. 2012;42(3):272–94. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2011.11.006
20. Kantor LM BW. Abstinence-only programs implemented under welfare reform are incompatible with research on effective sexuality education. J Am Med Womens Assoc. 2002;57(1):38–40.
21. Æ H de GÆIV, Æ SMÆLW, Meeus W. Sexual Trajectories during Adolescence : Relation to Demographic Characteristics and Sexual Risk. Arch Sex Behav. 2009;38:276–82.
22. Haberland N, H MP, Rogow D, H MP. Sexuality Education : Emerging Trends in Evidence and Practice. J Adolesc Heal [Internet]. 2015;56(1):S15–21. Available from:

http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.08.013
23. Rogow NHD. UNFPA Operational Guidance for Comprehensive Sexuality Education. 2014; Available from: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_OperationalGuidance_WEB3.pdf%5Cnhttp://countryoffice.unfpa.org/southafrica/
24. UNESCO. International technical guidance on sexuality education. 2018.
25. Leung H, Shek DTL, Leung E, Shek EYW. Development of Contextually-relevant Sexuality Education : Lessons from a Comprehensive Review of Adolescent Sexuality Education Across Cultures. 2019;
26. Espey E, Cosgrove E, Ogburn T. Family Planning American Style : Why It ' s So Hard to Control Birth in the US. 2007;34:1–17.
27. WHO. Preventing violence against women RESPECT women : Preventing violence against women. 2019;
28. Hendrickx K, Lodewijckx E, Royen P Van, Denekens J. Sexual behaviour of second generation Moroccan immigrants balancing between traditional attitudes and safe sex. 2002;47:89–94.
29. Ella. Intersectioneel denken: Handleiding voor professionelen die intersectionaliteit of kruispuntdenken in de eigen organisatie willen toepassen.
30. Hendrick H, Gent U. Seksuele gezondheid bij vrouwen met migratieachtergrond : een interventie met een kaartspel. 2019;
31. Wong JP, Kteily-hawa R, Chambers LA, Hari S, Vijaya C, Suruthi R, et al. Exploring the use of fact-based and story-based learning materials for HIV / STI prevention and sexual health promotion with South Asian women in Toronto , Canada. 2019;34(1):27–37.
32. Svensson P, Carlzén K, Agardh A. Exposure to culturally sensitive sexual health information and impact on health literacy: a qualitative study among newly arrived refugee women in Sweden. Cult Health Sex [Internet]. 2017;19(7):752–66. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13691058.2016.1259503
33. Vercruysse L, Unversiteit G. Interactie tussen jongeren over mentale zelfzorg. 2018;2017–8.
34. Sutter M De, Gent U. Hoe kan een psychosociaal team bijdragen tot een verminderde zorgzwaarte in de eerstelijnsgezondheidszorg ? - Een realist evaluation . 2018;2017–8.
35. WHO. COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. 2007;(April).
36. England P health. Chapter 6: Wider determinants of Health [Internet]. Health profile for England. 2018. Available from: https://www.gov.uk/government/publications/health-profile-for-england-2018/chapter-6-wider-determinants-of-health
37. Decat P. Doctoral School of Life Sciences and Addressing the Unmet Contraceptive Need of Adolescents and Unmarried youth : Act or Interact ? Learning from Comprehensive Interventions in China and Latin America. 2016.
38. Verkuyten M, Wiley S, Deaux K, Fleischmann F. To Be Both (and More): Immigration and Identity. 2019;75(2):390–413.
39. Youssef Azghari EH& FJR van de V. Young Moroccan-Dutch: Thinking in Dutch, Feeling Moroccan. J muslim Minor Aff. 2015;35(2):280–95.
40. Hendrickx K, Philips H, Avonts D. Correlates of safe sex behaviour among low-educated adolescents of different ethnic origin in Antwerp , Belgium. 2008;13(June):164–72.
41. Derya Güngor MHB. Gender development, values, adaptation and discrimination in acculturating adolescents: the case of Turk heritage youth bord and living in Belgium. Sex Roles. 2009;60:537–48.
42. Decat P, Demirören M, Sutter A De. Teaching the health advocacy role in family medicine : Trial and error. Eur J Gen Pract [Internet]. 2019;0(0):1–2. Available from: https://doi.org/10.1080/13814788.2019.1674048
43. Soklaridis S, Bernard C, Ferguson G, Andermann L, Fefergrad M, Fung K, et al. Understanding health advocacy in family medicine and psychiatry curricula and practice : A qualitative study. 2018;1–11.
44. Linden Farrer, Claudia Marinetti, Yoline Kuipers Cavaco CC. Advocacy for Health Equity: A Synthesis Review. Milbank Q. 2015;93(2):392–437.
45. Hubinette MM, Ajjawi R, Dharamsi S. Family Physician Preceptors ' Conceptualizations of Health Advocacy: Implications for Medical Education. 2014;89(11):1502–9.
46. Buchman S. Practising social accountability - From theory to action. 2016;62:15–8.
47. Buchman S. Social accountability at the micro level - One patient at a time. 2016;62:287–90.
48. Woollard R, Buchman S, Meili R, Strasser R, Alexander I, Goel R. Social accountability at the meso level - Into the community. 2016;62:538–40.

49. Meili R, Buchman S. Social accountability at the macro level - Framing the big picture. 2016;62:785–8.
50. Bernard C, Soklaridis S, Paton M, Fung K, Fefergrad M, Andermann L, et al. Family physicians and health advocacy Les médecins de famille et la promotion de la santé. 2019;65:491–6.
51. Mckeown T. The Role of Medicine: Dream, Mirage, or Nemesis? 1976.

Bijlage 1: topic lijst voor de interviews

Topic lijst voor tijdens de individuele interviews na de interventie

Deelnemers

Wat dacht je toen je uitgenodigd werd om deel te nemen aan de sessie?
Welke verwachtingen had je?
Hoe wordt er onder je vrienden gesproken over deze onderwerpen? En hoe met de familie?

(Gericht op de context)
Maakte het een verschil dat een huisarts het initiatief nam?
Hoe verliepen de groepsgesprekken voor jou? Wat maakte het (on)interessant?
Vond je dit een aangename manier om deze onderwerpen te bespreken? Waarom?
Wat maakte dat je bepaalde dingen (niet) kon vertellen?
Heeft het feit dat het samen met de VZW georganiseerd werd een rol gespeeld?

(Gericht op mechanisme)
Wat is voor jou belangrijk om je opvatting omtrent seksualiteit te kunnen beïnvloeden?
Wat vond je van het kaartspel? Hoe vond je het om een eigen versie te maken?
Heeft dit proces het makkelijker/moeilijker gemaakt om over zulke zaken te praten?
Zou je het spel anders aanpakken?
Helpt het om op deze manier over seksualiteit te praten onder jongeren?

(Gericht op outcome)
Wat vond je van je deelname?
Heb je dingen verteld die je anders niet zo verteld hebben?
Waarover ben je verbaasd?
Zijn je ideeën over seksualiteit verandert? In de goeie en/of slechte zin?
Heb je nieuwe dingen bijgeleerd?
Vindt je dat je anders kijkt naar de mensen rondom je? Waarom?

Zou je het kaartspel aanraden aan andere mensen/organisaties om rond dit thema te werken? Waarom wel/niet?

Medewerkers organisatie

Wat waren je verwachtingen rond de sessies? Hoe kijk je er achteraf op terug?

Hoe waren de reacties tijdens de sessies onder de deelnemende medewerkers?

Wat vond je van het spel? Wat vond je van de interactie in de groep rond het maken van een nieuwe versie?

Hoe heb je de groepsgesprekken beleefd?

Wat vond je van de dynamiek in de groep? Waarom verliep het (niet) goed?

Wat vond je van het kaartspel als middel om seksualiteit ter sprake te brengen? Wat kan er volgens jou nog aan veranderen?

Zou je deze interventie herhalen binnen of buiten de organisatie?

Hoe waren de reacties van je medewerkers die niet deelnamen aan de interventie?

Zou je het kaartspel verder willen gebruiken binnen de organisatie?

Vindt je dit een interessante manier van werken met de leden?

Vindt je het vermoeiend om deel te nemen/mee te werken aan interventies als deze?

Zou je graag nog interventies al deze doen in de toekomst? Indien ja, zie je dit als een realistisch idee?

Bijlage 2: goedkeuring Ethisch Comité UZ Gent

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 1ste Verdieping
Prof. dr. An DE SUTTER
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Sandra De Paepe Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 26 88	Ethisch.comite@uzgent.be sandra.depaepe@uzgent.be	
Ons kenmerk	**Uw kenmerk**	**datum**	**pagina**
2018/1301		21-jan-19	1/2

Betreft :

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Interventie rond seksuele gezondheid en seksuele voorlichting bij jongeren van 17-25 jaar, verbonden aan [redacted]
(Manama Laurens De Boeck)

Belgisch Registratienummer: B670201837787

* Protocol + Topic lijst voor tijdens de individuele interviews na de interventie
* Antwoord onderzoekers
  via mail dd. 22/12/2018 (ontv. 02/01/2019) op opmerkingen EC dd. 08/11/2018
* Adviesaanvraagformulier (aangepaste versie cfr. mail onderzoeker dd. 22/12/2018)
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier (versie 2) dd. 9/12/2018
  - ontvangen dd. 8/1/2019

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. A. DE SUTTER ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 8/01/2019. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 8/01/2020, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 8/01/2019. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 8/01/2020, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 15/01/2019
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 15/01/2019

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. D. Matthys

SECRETARIS
Prof.dr. J. Decruyenaere

STAFMEDEWERKER
Muriel Fouquet
T +32(09) 332 33 36
Sabine Van de Moortele
T +32(09) 332 68 54
Sara De Smet

SECRETARIAAT
Wendy Van de Velde
T +32(09) 332 56 13
Sandra De Paepe
T +32(09) 332 26 88
Ann Haenebalcke
T +32(09) 332 22 66
Davine Verbeke
T +32(09) 332 22 66

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT

Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2018/1301	21-jan-19	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2018/1301

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

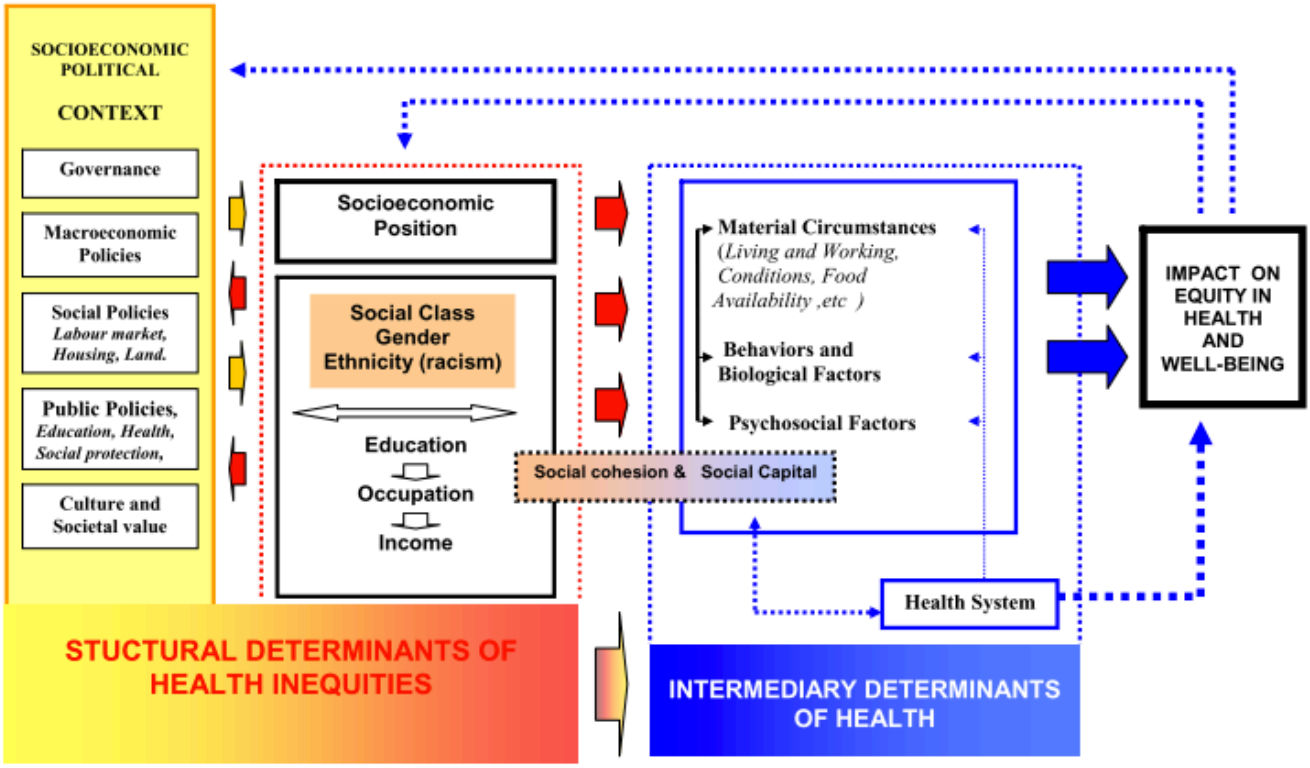
- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

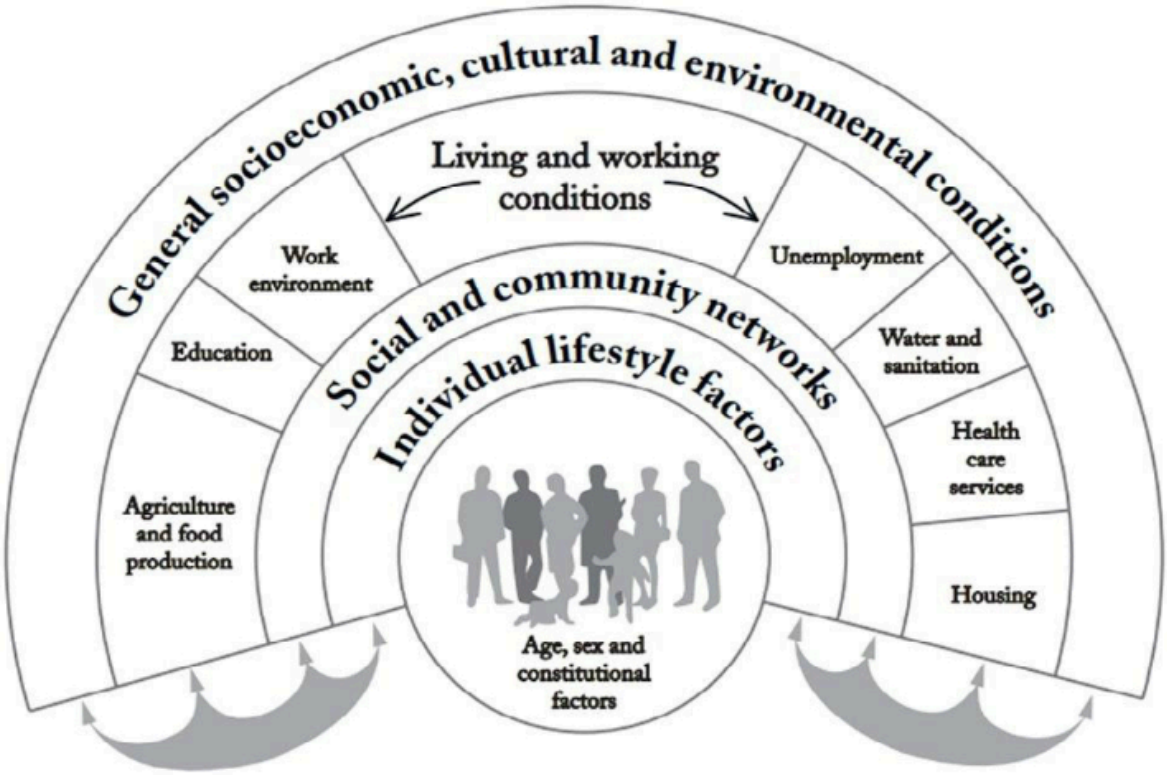
Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. A. DE SUTTER - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

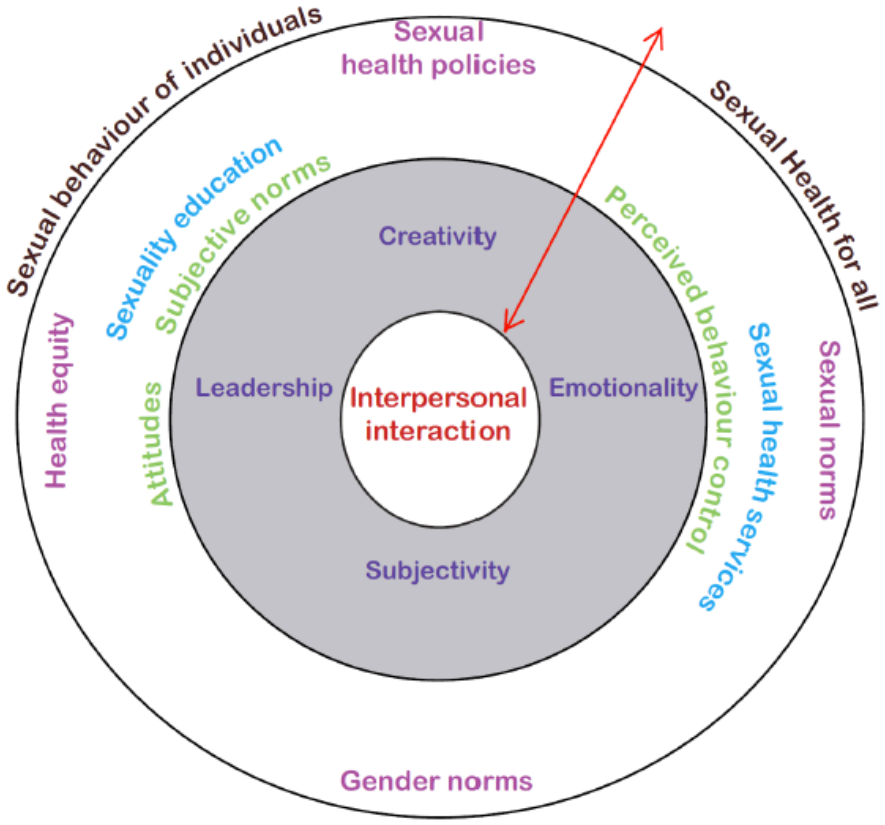
Bijlage 3: De sociale determinanten van gezondheid naar het model van de WHO.



Bijlage 4: Sociale determinanten van gezondheid naar het model van Dahlgren en Whitehead.



Bijlage 5: Alternatief model voor het ontwikkelen van initiatieven rond seksuele gezondheid volgens Dr. Peter Decat.



Bijlage 6: nieuwe toegevoegde kaarten

Thema 1: Positie van de vrouw in de maatschappij



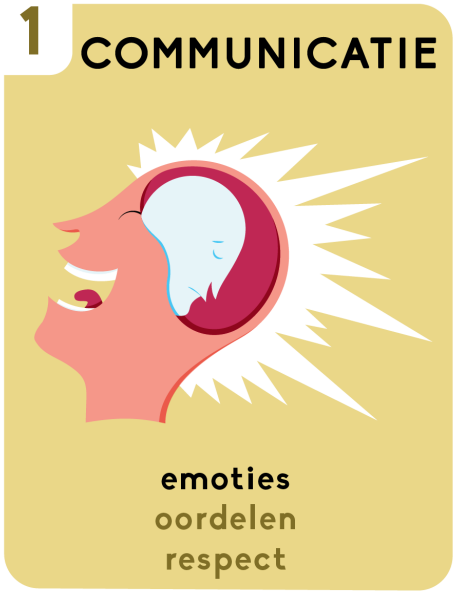
Een vrouw is vrij om zelf te kiezen of ze carrière wilt maken of als huisvrouw door het leven wilt gaan. Het ene is niet slechter dan het andere, zolang ze vrij kan kiezen.



Een onbekende vrouw in het openbaar zomaar aanspreken, aanraken of complimentjes geven wordt niet altijd als iets leuks ervaren. Dit kan haar een gevoel van onveiligheid geven.



Een vrouw is vrij om te kiezen met wie ze een relatie aangaat of trouwt.



Het is belangrijk om te durven praten over je gevoelens. Je bent niet de enige die zich droevig, angstig of alleen voelt. Door erover te praten kan je er iets aan doen.



Vaak maken mensen een oordeel over iemand anders zonder dat ze iets weten over die persoon. Hierdoor ontstaan vooroordelen en discriminatie.



Door respect te tonen en te luisteren kan je iets leren over de ander. Het heeft geen zin iemand uit te schelden of enkel in je eigen ideeën te geloven.