



Vrije Universiteit Brussel

# Onderzoek naar de integratie van relationele en seksuele vorming binnen HIV/AIDS-projecten van Belgische ngo's werkende in het Zuiden

Eindverhandeling tot licentiaat in de Agogische Wetenschappen,  
Sociale Agogiek

Student: Sanne Graulus

Promotor: Prof. Dr. Telidja Klai

Organisatie: Sensoa

Academiejaar 2006-2007

**WETENSCHAPS**winkel  
**Brussel**



FACULTEIT VOOR PSYCHOLOGIE EN EDUCATIEWETENSCHAPPEN

Richting: Agogische Wetenschappen optie Sociale Agogiek

---

## Onderzoek naar de integratie van relationele en seksuele vorming binnen HIV/AIDS-projecten van Belgische ngo's werkende in het Zuiden

---

Eindwerk voorgelegd voor het behalen van de graad van licentiaat in de Agogische Wetenschappen optie Sociale Agogiek door  
**Graulus Sanne**

---

Academiejaar 2006-2007

Promotor: Prof. Dr. Telidja Klaiï



# Samenvatting

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL  
FACULTEIT VOOR PSYCHOLOGIE  
EN EDUCATIEWETENSCHAPPEN

EINDVERHANDELING

acad.jaar 2006/2007

**Naam:** Sanne Graulus

**Richting:** Agogische Wetenschappen, Sociale Agogiek

## **Titel verhandeling & promotor:**

**Onderzoek naar de integratie van relationele en seksuele vorming binnen HIV/AIDS-projecten van Belgische ngo's werkende in het Zuiden**

Promotor: Prof. Dr. Telidja Klai

## **Samenvatting:**

Dit onderzoek is erop gericht een beter zicht te krijgen op de aanpak van de Belgische ngo's betreffende HIV/AIDS in relatie met relationele en seksuele vorming {RSV}. Het betreft hier een onderzoek dat kwalitatief en exploratief is van aard. In totaal werden acht medewerkers van Belgische ngo's bevroegd aan de hand van diepte-interviews.

We zijn tot de vaststelling gekomen dat er twee soorten ngo's te onderscheiden zijn die werken rond HIV/AIDS. Enerzijds onderscheiden we zorg-ngo's, die HIV/AIDS in eerste instantie benaderen op niveau van zorg en behandeling. Anderzijds onderscheiden we de ontwikkelings-ngo's die HIV/AIDS benaderen doormiddel van een integrale aanpak waarbinnen HIV/AIDS geplaatst wordt binnen een breder kader.

Aan de hand van de gesprekken werden een aantal barrières geformuleerd die een vlotte werking inzake HIV/AIDS en RSV in de weg stonden. De voornaamste knelpunten die besproken werden zijn het taboe, de sociaal-maatschappelijke, de culturele en de religieuze barrière.

De ngo's zijn voor een stuk inhoudelijk gebonden aan de Belgische overheid die financiële middelen vrijmaakt voor ngo's om te werken rond HIV/AIDS. Naast deze financiële afhankelijkheid hebben ngo's echter een grote vrijheid in de praktijk om te werken rond HIV/AIDS en RSV. We stellen vast dat relationele en seksuele vorming {RSV} doorgaans opgenomen wordt binnen de missie van de ontwikkelings-ngo's. Binnen de zorg-ngo's daarentegen speelt RSV eerder een marginale rol.

# Dankwoord

Naar aanleiding van mijn stage in Bujumbura, Burundi maakte ik kennis met de problemen rond HIV/AIDS. Het thema heeft mij sindsdien niet meer losgelaten. Deze eindverhandeling is daar een resultaat van. Het werd mogelijk gemaakt met de hulp van heel wat mensen die ik via deze weg wil bedanken:

Mijn promotor Prof. Telidja Klai voor het mij vakkundig begeleiden en voor de goede ondersteuning. Hartelijk dankt.

Stefanie Goovaerts van Wetenschapswinkel Brussel. Zij coördineerde de samenwerking tussen mijn promotor, Sensoa, en mijzelf. Bij haar kon ik steeds terecht met al mijn vragen, bedankt.

Verder wil ik de respondenten bedanken die zich openstelden voor een interview en daarbij bijdroegen aan de verwezenlijking van dit onderzoek.

Dank ook aan de vrienden voor het nalezen, de bruikbare commentaren en de steun en dank aan W.B. voor het geduld.

Brussel, 16 mei, 2007

Sanne Graulus

## Lijst met afkortingen

{AFLA}	Adolescent Family Life Act
{AIDS}	Acquired Immunodeficiency Syndrome
{AOUM}	Abstinence Only Until Marriage
{BTC}	Belgische Technische Coöperatie
{CSE}	Comprehensive Sexuality Education
{DGOS}	Directie-Generaal Ontwikkelingssamenwerking
{FWCW}	Fourth World Conference on Women
{GGR}	Global Gag Rule
{HIV}	Human Immunodeficiency Virus
{ICPD}	International Conference on Population and Development
{IPPF}	International Planned Parenthood Federation
{MOD's}	Millennium Ontwikkelingsdoelstellingen
{ngo}	Niet-gouvernementele organisatie
{PEPFAR}	President's Emergency Plan For AIDS Relief
{soa}	Seksueel overdraagbare aandoening
{RSV}	Relationele en seksuele vorming
{UN}	United Nations
{UNAIDS}	Joint United Nations Programme on AIDS
{UNFPA}	United Nations Population Fund
{USAID}	United States Agency for International Development
{UVRM}	Universele Verklaring van de rechten van de Mens
{VS}	Verenigde Staten
{WHO}	World Health Organization
{WIV}	Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

# Inhoudstafel

<b>Samenvatting</b>	II
<b>Dankwoord</b>	III
<b>Lijst met afkortingen</b>	IV
<b>Inhoudstafel</b>	V
<b>Inleiding en probleemstelling</b>	1
<b>DEEL I: Literatuuronderzoek</b>	2
Hoofdstuk 1: De huidige situatie	3
1.1 HIV/AIDS	3
1.1.1 <i>Regionale verschillen</i>	3
1.1.2 <i>Kwetsbare groepen</i>	4
1.2 Seksualiteit en gezondheid	4
1.2.1 <i>Seksueel overdraagbare aandoening en HIV/AIDS</i>	4
1.2.2 <i>Seksuele en reproductieve gezondheid</i>	5
1.3 Seksualiteit en rechten	6
1.3.1 <i>Mensenrechten</i>	7
1.3.2 <i>Seksuele en reproductieve rechten</i>	8
1.3.3 <i>Millennium Ontwikkelingsdoelstellingen</i>	9
Hoofdstuk 2: Drie visies van preventie	11
2.1 Abstinence Only	11
2.1.1 <i>Abstinence Only until Marriage in de Verenigde Staten</i>	11
2.1.2 <i>Ineffectiviteit van AO programma's</i>	13
2.1.3 <i>Impact in de landen in ontwikkeling</i>	14
2.2 'As easy as ABC'	15
2.2.1 <i>Succes van ABC in Thailand en Oeganda</i>	16
2.2.2 <i>Onthouding</i>	16
2.2.3 <i>Condoom stigma</i>	16
2.3 Comprehensive Sexuality Education	16
2.3.1 <i>CSE internationaal</i>	17
2.3.2 <i>Relationele en Seksuele Vorming in Vlaanderen</i>	17
Hoofdstuk 3: De Belgische bijdrage aan de internationale HIV/AIDS bestrijding	19
3.1 De Belgische, federale ontwikkelingssamenwerking	19

3.1.1 <i>De Belgische ngo's</i>	20
3.1.2 <i>Directie-Generaal Ontwikkelingssamenwerking</i>	21
<b>DEEL II: Empirisch onderzoek</b>	22
Hoofdstuk 4: Methodologie	22
4.1 Argumentatie voor het onderzoek	22
4.2 Onderzoeksvragen	23
4.3 Opzet en uitvoering van het onderzoek	23
4.3.1 <i>Onderzoeksmethode en onderzoeksinstrument</i>	24
4.3.2 <i>Onderzoeksterrein</i>	24
4.4 Onderzoekspopulatie	24
4.4.1 <i>Rekrutering</i>	25
4.4.2 <i>Profiel</i>	26
4.5 Registratie, verwerking en data-analyse	27
4.6 Validiteit en intersubjectiviteit	28
Hoofdstuk 5: Onderzoeksresultaten	28
5.1 Ngo's en hun missie	28
5.1.1 <i>Zorgmissie</i>	28
5.1.2 <i>Ontwikkelingsmissie</i>	29
5.2 Barrières op het veld	30
5.2.1 <i>Het taboe</i>	31
5.2.2 <i>Sociaal-maatschappelijke barrière</i>	33
5.2.3 <i>Culturele barrière</i>	35
5.2.4 <i>Religieuze barrière</i>	36
5.3 Inhoud versus praktijk	37
5.3.1 <i>Inhoudelijk kader</i>	38
5.3.2 <i>RSV in de praktijk</i>	39
Hoofdstuk 6: Discussie	41
6.1 Ngo's en hun missie: prioriteiten stellen	41
6.2 Ondervonden barrières	41
6.3 Inhoud versus praktijk	43
<b>Besluit</b>	45
<b>Literatuurlijst</b>	47
<b>Bijlage</b>	51

# Inleiding en probleemstelling

Het 'Copenhagen Consensus Centre' in Denemarken is betrokken bij het inventariseren van de wereldproblematiek en stelt dat HIV/AIDS de belangrijkste problematiek is van de 21<sup>ste</sup> eeuw (DGOS, 2006). Eveneens naar aanleiding van de Millenniumverklaring in 2000 beloofden 189 lidstaten van de Verenigde Naties om tegen 2015 armoede en ongelijkheid de wereld uit te helpen. Aan de hand van 8 doelstellingen wil men deze strijd aangaan. De *'strijd tegen HIV/AIDS, malaria en andere ziektes'* is één van deze 8 Millennium Ontwikkelingsdoelstellingen.

De Belgische overheid is vastberaden om de strijd tegen HIV/AIDS aan te gaan en verhoogde haar budget voor HIV/AIDS-bestrijding van de Belgische Ontwikkelingssamenwerking van 1 miljoen euro in 1996 naar bijna 25 miljoen euro in 2005 (DGOS, 2006). Dit vertaalt zich ondermeer naar de subsidiëring van de Belgische ngo's die de strijd tegen HIV/AIDS opnemen in hun missie.

Sensoa (2006), het Vlaams service- en expertisecentrum voor HIV/AIDS stelt dat het merendeel van HIV-infecties overgedragen worden door seksueel contact. HIV/AIDS is de gevaarlijkste van alle seksueel overdraagbare aandoeningen, aldus Sensoa.

De aandacht voor seksuele en reproductieve gezondheid gaat terug tot de 'International Conference on Population and Development' {ICPD} dat gehouden werd in Cairo in 1994. De kern van dit Verdrag is de promotie van gezonde, vrijwillige en veilige seksuele en reproductieve keuzes voor individuen en koppels. Seksualiteit en reproductie zijn vitale aspecten voor de ontwikkeling van een persoonlijke identiteit (Bernstein, 2006) en iedereen heeft recht om eigen keuzes te maken over zijn/haar seksuele en reproductieve gezondheid (IPPF, 2003). Uit ander onderzoek is gebleken (Kirby, 2001) dat een integrale relationele en seksuele vorming {RSV} een effectieve manier is om te komen tot een daling van tienerzwangerschappen, abortus, HIV-besmetting en andere soa. De vraag kan gesteld worden of HIV/AIDS-projecten van Belgische ngo's zich situeren binnen het integraal kader van RSV. Dit onderzoek is erop gericht een beter zicht te krijgen op de aanpak van Belgische ngo's in het Zuidoosten betreffende HIV/AIDS in relatie met RSV.

Vooraleer over te gaan tot het onderzoek wordt in deel I, de problematiek theoretisch gekaderd. In hoofdstuk 1 wordt de huidige wereldsituatie geschetst wat betreft HIV/AIDS en seksualiteit. Vervolgens worden drie visies van preventie besproken in hoofdstuk 2 en in hoofdstuk 3 wordt dieper ingegaan op de Belgische bijdrage aan de internationale HIV/AIDS-bestrijding. In deel II betreft het empirisch onderzoek. De methodologie die gehanteerd werd wordt besproken in hoofdstuk 4 en in hoofdstuk 5 worden de onderzoeksresultaten weergegeven die tot slot bediscussieerd worden in hoofdstuk 6.



DEEL I:  
Literatuuronderzoek

---

## HOOFDSTUK 1: DE HUIDIGE SITUATIE

---

In dit hoofdstuk wordt de huidige wereldsituatie geschetst wat betreft HIV/AIDS en seksualiteit. We bespreken achtereenvolgens de HIV/AIDS problematiek, de seksuele en reproductieve gezondheid en de seksuele en reproductieve rechten.

### **1.1 HIV/AIDS**

In 2006<sup>1</sup> waren er 2,9 miljoen AIDS-doden en werden 4,3 miljoen nieuwe HIV-infecties vastgesteld. Dat brengt het totaal aantal HIV-besmette individuen wereldwijd in het afgelopen jaar tot maar liefst 39,5 miljoen. In 2004 bedroeg het totaal aantal seropositieven wereldwijd 36,9 miljoen, dat betekent dus een stijging van 2,6 miljoen op twee jaar tijd. Dit zijn de cijfers vrijgegeven door de 'Joint United Nations Programme on AIDS' {UNAIDS}<sup>2</sup> en 'The World Health Organization' {WHO}<sup>3</sup> in de aanloop naar de 'World Aids Day'<sup>4</sup> die jaarlijks georganiseerd wordt op 1 december. Vijfentwintig jaar na de ontdekking van het immunodeficiëntiesyndroom, dat later bekend werd als AIDS, bewijzen deze schokkende cijfers dat ondanks wetenschappelijke ontwikkelingen en de groeiende toegang tot effectieve behandelingen en huidige preventieprogramma's, het HIV-virus zich blijft verspreiden (WHO/UNAIDS, 2006).

#### ***1.1.1 Regionale verschillen***

HIV/AIDS is een wereldwijd probleem, maar er zijn echter grote regionale verschillen. De statistieken die het WHO en UNAIDS (2006) hebben vrijgegeven, bewijzen dat Afrika het zwaarst getroffen is. In het bijzonder de landen gelegen onder de Sahara woestijn.

In 2006 leefde twee derde (63%) van alle HIV-geïnfecteerde mensen wereldwijd in Subsaharaans Afrika. Dat betekent dat er maar liefst 24,7 miljoen seropositieven in Afrika leven, 1,1 miljoen meer dan in 2004. 2,1 miljoen Afrikanen stierven in 2006 aan AIDS, dat is drie vierde (72%) van alle AIDS-doden wereldwijd. Vooral de landen in Zuidelijk Afrika zijn het zwaarst getroffen, met name Mozambique, Zuid-Afrika en Swaziland (WHO/UNAIDS, 2006).

De cijfers in Afrika zijn het hoogst, maar in de afgelopen twee jaar is het aantal mensen die leven met HIV gestegen in alle regio's in de wereld. De snelste stijgingen komen voor in Oost-Azië, Oost-Europa en Centraal Azië waar het aantal HIV-besmette mensen in 2006 één vijfde

---

<sup>1</sup> UNAIDS/WHO, AIDS Epidemic Update. Deze bron werd gebruikt voor alle cijfers op wereldwijd niveau in dit hoofdstuk.

<sup>2</sup> Joint United Nations Programme on HIV/AIDS gesticht in 1996 uit het 'Global Programme on HIV/AIDS' van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO).

<sup>3</sup> De WHO is op 7 april 1948 opgericht door de Verenigde Naties en is gevestigd in Genève. Het heeft als doel de wereldwijde aspecten van de gezondheidszorg in kaart te brengen, activiteiten op het gebied van de gezondheidszorg te coördineren en de gezondheid van de wereldbevolking te bevorderen.

<sup>4</sup> Initiatief van UNAIDS tot 2004 en sinds 2005 onder verantwoordelijkheid van de 'World AIDS Campaign'.

(21%) hoger lag dan in 2004. 270.000 nieuwe besmettingen werden vorig jaar vastgesteld in Oost-Europa en Centraal Azië, dat is een stijging van bijna 70% ten opzichte van 2004. In Zuid- en Zuidoost Azië was die stijging 15% in 2004-2006 en in het Midden-Oosten en Noord-Afrika 12%. In Latijns-Amerika, de Caraïben en Noord-Amerika is het aantal nieuwe besmettingen in 2006 vrijwel hetzelfde gebleven als in 2004 (WHO/UNAIDS, 2006).

### **1.1.2 Kwetsbare groepen**

Contextuele en culturele factoren zoals armoede, migratie, urbanisatie, het verlies van traditionele waarden, het behoud van bepaalde traditionele seksuele praktijken, de ongelijke economische ontwikkeling, de sociale druk en het genderrollenpatroon maken bepaalde groepen kwetsbaarder dan andere (DGOS, 2006).

Uit het rapport van WHO/UNAIDS (2006) blijkt dat 40% van de nieuwe HIV-infecties wereldwijd in 2006 werd vastgesteld bij jongeren tussen 15 en 24 jaar oud. Ook steeds meer volwassen vrouwen leven met HIV. 59% van de seropositieven in Subsaharaans Afrika zijn vrouwen, eveneens in delen van Azië, Oost-Europa en Latijns-Amerika is er een groei van het aantal HIV geïnfecteerde vrouwen.

Preventieprogramma's richten zich op de meest kwetsbare groepen waaronder jongeren, vrouwen, raciale en etnische minderheden, HIV/AIDS wezen, gehandicapten, prostituees en andere hoge risicogroepen.

## **1.2 Seksualiteit en gezondheid**

Er zijn drie manieren waarop HIV wordt overgedragen: via besmet bloed, van moeder op kind en via seks (Sensoa, 2006). In deze paragraaf wordt er dieper ingegaan op de transmissie via seks.

### **1.2.1 Seksueel overdraagbare aandoening en HIV/AIDS**

Seksueel overdraagbare aandoeningen {soa} is een verzamelnaam voor infectieziekten die je onder andere kan oplopen door seksueel contact<sup>5</sup> (Sensoa, 2006). Voor het overbrengen van HIV is er contact nodig tussen twee slijmvliezen of contact van slijmvliezen met vaginaal vocht, menstratiebloed, sperma of voorvocht. Onbeschermde vaginale seks, onbeschermde anale seks en orale seks vormen dus een risico op besmetting van HIV en andere soa. HIV/AIDS blijft de gevaarlijkste van alle soa.

HIV wordt overgedragen via hetero- of homoseksueel contact, van moeder op kind of via besmet bloed tijdens bloedtransfusie, gebruik of hergebruik van niet-steriele naalden bij

---

<sup>5</sup> Bepaalde soa zijn overdraagbaar door huid of ander lichamelijk contact, bijvoorbeeld schaamluizen. Dit geldt niet voor HIV.

druggebruikers, etc. Volgens het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid {WIV} (2005) werd naar schatting 75 à 85% van de HIV-positieve volwassenen besmet via seksuele betrekkingen. Sensoa (2006) stelt dat 80% van alle HIV-infecties overgedragen worden via seksuele contacten, 10% van moeder op kind en 10% via druggebruik, bloedtransfusie etc. Dit betekent dat onbeschermd seksueel contact de voornaamste oorzaak is van de overdracht van het HIV-virus. Campbell (2003) stelt dat het praten over seks in de HIV/AIDS context van cruciaal belang is. Campbell beweert zelfs dat mensen aanmoedigen om veiliger te vrijen de meest effectieve preventieboodschap is voor het voorkomen van HIV-besmetting.

### **1.2.2 Seksuele en reproductieve gezondheid {srg}**

Volgens Perloff (2001) is seksueel en reproductief welzijn de oorsprong van alle dimensies van het menselijk leven, zowel fysiek, materieel als psychologisch. Bernstein (2006) stelt dat een gezonde seksualiteit daarom noodzakelijk is voor het algemeen welzijn van de mens.

In deze uiteenzetting wordt een onderscheid gemaakt tussen enerzijds seksuele en anderzijds reproductieve gezondheid, omdat het twee afzonderlijke thema's zijn die ofwel samen ofwel apart kunnen bestudeerd worden.

Volgens het WHO (2002) impliceert reproductieve gezondheid seksuele gezondheid: men moet namelijk overgaan tot een seksuele daad indien men zich wil reproduceren of voortplanten. Seksuele gezondheid is echter meer dan uitsluitend reproductie. Het betreft eveneens het emotionele, mentale en sociale welzijn van de mens.

#### **Seksuele gezondheid**

Wat volgt is een definitie van seksuele gezondheid zoals die is gedefinieerd door het WHO en aanvaard wordt door Internationale organisaties.

*“Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social well-being related to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled.”* (WHO Draft working definition, October 2002).

Hoe men zichzelf waarneemt en waardeert hangt nauw samen met hoe men zich op seksueel vlak heeft kunnen ontplooiën, uitdrukken en ontwikkelen.

Seksualiteit is met andere woorden van vitaal belang voor de ontwikkeling van een persoonlijke identiteit. Het is als het ware de sleutel voor het waarmaken van persoonlijke en sociale relaties binnen verschillende culturele contexten, aldus Bernstein (2006).

Seksuele gezondheid, zoals gedefinieerd wordt door het WHO (2002), betekent niet uitsluitend het vrij zijn van de negatieve consequenties van seks, maar kan eveneens bijdragen aan een kwaliteitsvol leven waar er plaats is voor liefde en genot.

### **Reproductieve gezondheid**

De 'International Conference on Population and Development' {ICPD}<sup>6</sup> beschreef in het 'Programme of Action'<sup>7</sup> (zie ook 1.3) seksuele gezondheid als een deel van de reproductieve gezondheid. Reproductieve gezondheid werd als volgt gedefinieerd (UNFPA, 1994):

*"Reproductive health is a state of complete physical, mental and social well-being in all matters relating to the reproductive system and to its functions and processes. It implies that people have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so. Implicit in this is the right of men and women to be informed and to have access to safe, effective, affordable and acceptable methods of family planning of their choice, as well as other methods of their choice for regulation of fertility, which are not against the law, and the right of access to health-care services that will enable women to go safely through pregnancy and childbirth. Reproductive health care also includes sexual health, the purpose of which is the enhancement of life and personal relations."* (Summary of ICPD Programme of Action, chapter VII, A).

Reproductieve gezondheid betreft met andere woorden de jaren die vooraf gaan aan en volgen op het moment van de reproductie. Het WHO stelt in haar 'Reproductive Health Strategy' (2004) dat reproductieve gezondheid niet losgekoppeld kan worden van sociale en culturele factoren, genderrollen en de bescherming van mensenrechten. Bovendien moet het gezien worden binnen de context van iemands seksualiteit en persoonlijke relaties, aldus het WHO (2004).

### **1.3 Seksualiteit en rechten**

Seksualiteit is dus naast lichamelijke gezondheid, ook een kwestie van algemeen welzijn. Dit algemeen welzijn zou een recht moeten zijn van elke mens. Wat volgt is een introductie tot de oorsprong van de mensenrechten in het algemeen en zijn rechten op vlak van seksualiteit in het bijzonder.

---

<sup>6</sup> ICPD gehouden in 1994 in Cairo.

<sup>7</sup> Actieplan voor de komende 20 jaar.

### **1.3.1 Mensenrechten**

De 'Universele Verklaring van de Rechten van de Mens' {UVRM}<sup>8</sup> heeft voor het eerst de basisrechten van de mens omschreven. Het UVRM heeft eveneens de basis gelegd voor twee bindende verdragen van de Verenigde Naties {VN}<sup>9</sup> voor mensenrechten, namelijk het 'Internationaal Verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten'<sup>10</sup> en het 'Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten'<sup>11</sup>. Deze verdragen zijn direct relevant voor de rechten van de mens, maar omvatten geen exclusieve omschrijving van de seksuele en reproductieve rechten. Hiervoor dienen bijkomende bronnen geraadpleegd te worden (Girard, 2003).

#### **The International Conference on Population and Development {ICPD}**

De ICPD werd gehouden in Caïro van 5 tot 13 september 1994. Delegaties van 172 staten namen deel aan de onderhandelingen om te komen tot een *Programme of Action*, aangaande populatie en ontwikkeling, voor de komende twintig jaar (Girard, 2003).

In haar kern gaat het om de promotie van gezonde, vrijwillige en veilige seksuele en reproductieve keuzes van individuen en koppels, eveneens beslissingen wat betreft gezinsgrootte en planning van het huwelijk. Deze zijn fundamenteel voor het welzijn van de mens (Bernstein, 2006).

#### **'The Fourth World Conference on Women' {FWCW}**

De *Declaration and Platform for Action* van de FWCW, gehouden in Beijing in 1995, ging zelfs verder en sprak van seksuele rechten zijnde mensenrechten (United Nations {UN}, 1995):

*"The human rights of women include their right to have control over and decide freely and responsibly on matters relating to their sexuality, including sexual and reproductive health, free of coercion, discrimination and violence."* (UN FWCW, Platform of Action, para. 96).

Het is met andere woorden een recht voor vrouwen om controle te hebben en om vrij en onafhankelijk te beslissen over zaken die hun seksualiteit aangaan, inclusief seksuele en reproductieve gezondheid, vrij van dwang, discriminatie en geweld (UN, 1995).

De ICPD en de FWCW plaatsten seksuele en reproductieve rechten voor het eerst op de agenda van de mensenrechten. Mensenrechten verschuiven hierdoor van het publieke naar

---

<sup>8</sup> The Universal Declaration of Human Rights (Eng.) Aangenomen door de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties op 10 december, 1948

<sup>9</sup> opgericht in 1945.

<sup>10</sup> The International Covenant on Civil and Political Rights (Eng.) Kwam tot stand in 1966 en werd van kracht op 23 maart 1976, na ratificatie door 35 lidstaten.

<sup>11</sup> The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (Eng.) Kwam tot stand in 1966 en werd van kracht op 3 januari 1976, na ratificatie door 35 lidstaten.

het private domein (Sinding, 2003). Tijdens 'The Five Year Review of ICPD'<sup>12</sup> werden de principes van de ICPD herbekeken en strategieën werden bepaald om de seksuele rechten verder te vergroten.

### **1.3.2 Seksuele en reproductieve rechten {srr}**

In 1995 ontwikkelde de 'International Planned Parenthood Federation'<sup>13</sup> {IPPF} voor het eerst zijn 'Charter on Sexual and Reproductive Rights'. In 2003 ontwikkelde IPPF een nieuw *Strategic plan* rond onopgeloste seksuele en reproductieve gezondheidskwesties en uitdagingen. IPPF (2003) gaat ervan uit dat de persoon het centrale onderwerp is van ontwikkeling. Daarom vindt IPPF het belangrijk dat iedereen die deel uitmaakt van de mensengemeenschap kan genieten van mensenrechten inclusief seksuele en reproductieve rechten (IPPF, 2003). Hun missie is verduidelijkt in hun *Charter*, weergegeven in twaalf rechten. Wat volgt is een opsomming van deze rechten:

1. The Right to Life
2. The Right to Liberty and Security of the Person
3. The Right to Equality, and to be Free from all Forms of Discrimination
4. The Right to Privacy
5. The Right to Freedom of Thought
6. The Right to Information and Education
7. The Right to Choose Whether or Not to Marry and to Found and Plan a Family
8. The Right to Decide Whether or When to have Children
9. The Right to Health Care and Health Protection
10. The Right to the Benefits of Scientific Progress
11. The Right to Freedom of Assembly and Political Participation
12. The Right to be Free of Torture and Ill Treatment

Fig. 1: IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights, 2003

De twaalf rechten opgesomd hierboven zeggen dat elke burger die deel uitmaakt van de mensengemeenschap het recht heeft zichzelf te zijn en eigen beslissingen te nemen. Het recht heeft zichzelf te uiten, te genieten van seks, veilig te zijn, de keuze te maken om al dan niet te huwen of een gezin te plannen. Dit betekent ook dat iedere mens het recht heeft op informatie over seks, anticonceptie, soa en HIV/AIDS en over de eigen rechten op deze vlakken. Bovendien beschikt men over het recht zichzelf te beschermen en beschermd te worden tegen ongeplande zwangerschap, soa, HIV/AIDS en seksueel misbruik. Daarnaast

<sup>12</sup> Werd gehouden in 1999 in Den Haag.

<sup>13</sup> IPPF is opgericht in 1952 op de 'Third International Conference on Planned Parenthood' in Bombay en is de grootste non-profit organisatie ter wereld voor gezinsplanning, seksuele en reproductieve gezondheid en rechten.

heeft elk het recht op vertrouwelijke, betaalbare en kwaliteitsvolle gezondheidszorg die met respect gegeven wordt. Ten slotte heeft men ook het recht betrokken te worden bij de planning van educatieve programma's, deel te mogen nemen aan seminars en vergaderingen op alle niveaus en invloed uit te oefenen op het beleid op dit vlak (IPPF, 2003).

In 2005 ontwikkelde IPPF een nieuw strategisch kader met opnieuw als hoofddoelstelling: de universele toegankelijkheid van seksuele en reproductieve gezondheidsdiensten tegen 2015 te garanderen. De 'IPPF Strategic framework 2005-2015'<sup>14</sup> werd gecreëerd als garantie om deze belofte waar te maken binnen een bepaalde tijdsspanne (IPPF, 2005).

IPPF stelde vijf prioriteiten voorop voor de komende 10 jaar. Deze worden de vijf A's genoemd (IPPF, 2006);

- Adolescents/young people; jonge mensen zijnde de belangrijkste generatie.
- AIDS/HIV; één van de grootste uitdagingen voor de publieke gezondheidszorg.
- Abortion; abortus blijft één van de grootste doodsoorzaken bij vrouwen wanneer die illegaal of onveilig wordt uitgevoerd.
- Access; seksuele en reproductieve gezondheid moet toegankelijk worden voor iedereen.
- Advocacy; het verdedigen van seksuele en reproductieve rechten van mensen wereldwijd is de grootste verantwoordelijkheid van ngo's.

### **1.3.3 Millennium Ontwikkelingsdoelstellingen {MOD's}**

Naar aanleiding van stijgende HIV-besmettingen en AIDS-doden wereldwijd is de aandacht voor de problematiek de afgelopen jaren gegroeid. Op internationaal niveau zijn er belangrijke keuzes gemaakt en stappen gezet in de richting van de aanpak van de pandemie. In september 2000 ondertekenden alle 189 lidstaten van de VN, waaronder ook België, de Millenniumverklaring. In deze verklaring (UN, 2000) beloofden de lidstaten om tegen het jaar 2015 armoede en ongelijkheid de wereld uit te helpen. Aan de hand van 8 meetbare doelstellingen wil men deze strijd aangaan. Eén van de 8 Millennium Ontwikkelingsdoelstellingen {MOD's} is *'de strijd tegen HIV/AIDS, malaria en andere ziektes'*.

#### **Missing link: seksuele en reproductieve rechten**

Met betrekking tot de strijd tegen HIV/AIDS zijn seksuele en reproductieve rechten onontbeerlijk (Bernstein, 2005; Basu, 2005; Fathalla, 2005; Germain & Dixon-Mueller, 2005; Sinding, 2005a). Zo stelt de 'Nederlandstalige Vrouwenraad' (Wymeersch, 2005), die strijd voor internationale vrouwenrechten, dat vrouwen in de eerste plaats een aantal rechten moeten gegarandeerd worden op vlak van seksualiteit. Zonder deze rechten heeft een vrouw geen macht om over veilige seks te kunnen onderhandelen.

---

<sup>14</sup> Eerste editie uitgegeven in 2004 en de tweede editie in 2006 door IPPF.



Sinding (2005a) stelt dat de aanbevelingen (zie punt 1.3.1) van de ICPD, die later werden versterkt en uitgebreid op de FWCW, essentieel zijn voor het succesvol bereiken van meer dan één van de MOD's. Sinding (2005a) voegt daaraan toe dat de globale pogingen voor het terugdringen van armoede en ongelijkheid ontoereikend zijn indien seksuele en reproductieve gezondheid gemarginaliseerd blijft.

---

## HOOFDSTUK 2: DRIE VISIES VAN PREVENTIE

---

Dr. Steven W. Sinding is sinds 2002 de algemene directeur van IPPF en staat zeer kritisch tegenover de huidige globale aanpak van de HIV/AIDS-pandemie. Volgens Sinding (2005) heeft men sinds de ontdekking van HIV/AIDS in de jaren '80 veel geleerd over hoe het virus wordt overgedragen, de zorg en behandelingsmogelijkheden, de globale impact, het ontstaan en welke preventieve maatregelen het meest haalbaar en effectief zijn. Soms echter, beweert hij, verliezen deze wetenschappelijk gebaseerde lessen hun geloofwaardigheid door de kakofonie van ideologische, religieuze en politieke retoriek die vandaag de HIV/AIDS discussie omringen (Sinding, 2005b). Naast de aandacht voor behandeling en zorg van HIV/AIDS dient er ook aandacht uit te gaan naar HIV/AIDS-preventie.

In dit hoofdstuk wordt er dieper ingegaan op de verschillende strategieën van HIV/AIDS-preventie die gebruikt worden in het Zuiden. We bespreken drie verschillende visies met name 'Abstinence only', 'ABC' en 'Comprehensive sexuality education' (in dit werk vertaald als relationele en seksuele vorming {RSV}).

### **2.1 Abstinence only {AO}**

Deze visie beweert dat seksuele onthouding tot aan het huwelijk de enige effectieve methode is voor HIV/AIDS preventie en dat een huwelijk tussen man en vrouw de verwachte standaard is voor het aanvaarden van menselijk seksueel gedrag (US Government, 2003a).

#### ***2.1.1 'Abstinence Only Until Marriage' {AOUM} in de Verenigde Staten***

De oorsprong van de AOUM-beweging gaat terug tot de 'Adolescent Family Life Act' {AFLA} van 1981 en werd vijftien jaar later opgevolgd door de 'Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act' ondertekend als wet door toenmalig president van de Verenigde Staten {VS} Bill Clinton. Sinds de wet van 1981 werd er al meer dan een miljard dollar uitgegeven aan federaal gesponsorde programma's die aan de AOUM-normen voldoen. Vandaag belooft de huidige president George W. Bush zelfs het budget te verhogen naar 270 miljoen dollar tegen 2009 (Fine & McClelland, 2006).

De Amerikaanse overheid financiert enkel die staten die de AOUM-visie integreren in scholen en andere educatieve programma's.

Er werd zelfs verder gegaan: er werd een lijst van principes, de 'A to H-principles', opgesteld waaraan AOUM-programma's moeten voldoen.

Volgens Sectie 510(b) van 'Title V of the Social Security Act' (US Social Security Administration, 1998), betekent de term 'Abstinence Only Education', een educatie- of motivatieprogramma dat:

- a. de uitsluitende bedoeling heeft het aanleren van sociale, psychologische en gezondheidsvaardigheden, met als doel zich volledig te kunnen onthouden van seksuele gemeenschap;
- b. aanleert dat de onthouding van seksuele gemeenschap buiten het huwelijk de verwachte standaard is voor alle schoolgaande kinderen;
- c. aanleert dat de onthouding van seksuele gemeenschap de enige manier is om buitenechtelijke zwangerschappen, seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) en andere met seksualiteit gerelateerde problemen te vermijden;
- d. aanleert dat een wederzijdse, trouwe en monogame relatie in de context van een huwelijk de verwachte standaard is van seksuele gemeenschap;
- e. aanleert dat seksuele gemeenschap buiten het huwelijk, psychologische en fysieke schade kan berokkenen;
- f. aanleert dat buitenechtelijke kinderen baren, negatieve consequenties heeft voor het kind, de ouders van het kind en de samenleving;
- g. aanleert hoe jongeren, seksuele betrekkingen moeten weigeren en hoe alcohol en drugs de gevoeligheid voor seksuele toenadering kan verhogen;
- h. aanleert hoe belangrijk het is om zelfwaardering te verwerven vooraleer men zich engageert in een seksuele activiteit.

Deze acht criteria zijn opgesteld als handleiding voor opvoeders die rond seksualiteit werken met jonge adolescenten (Fine & McClelland, 2006). De 'A to H-principles' hebben als doel het seksuele gedrag van tieners onder elkaar te ontmoedigen om uiteindelijk te komen tot een daling van tienerzwangerschappen, HIV/AIDS en andere soa. Daarnaast leert het hen ook een aantal specifieke normatieve houdingen aan te nemen wat betreft hun seksualiteit. Een soort van 'expected standard' wordt hen voorgehouden waarin wordt gezegd dat seksuele gemeenschap enkel mag bestaan binnen de context van het huwelijk.

Uit cijfers is echter gebleken dat deze 'expected standard' onrealistisch is. Een grote meerderheid van de jongeren die trouw beloven aan de AOUM-normen, blijken toch seks te hebben voor het huwelijk en doen dit onbeschermd (Fine & McClelland, 2006).

*"(...) 88 percent of the middle and high school students who had sworn to abstain did, in fact, have premarital sex and, importantly, often had unprotected sex. Pledgers were 30 percent less likely than non pledgers to use contraception once they became sexually active, and also less likely to use condoms and seek medical testing and treatment."* (Fine & McClelland, Harvard Educational Review. *Sexuality Education and Desire*, 2006, pg. 311).

Fine en McClelland (2006) beweren in datzelfde artikel dat de AUOM-campagnes in scholen en gemeenschappen in de VS een schending zijn van de mensenrechten. De auteurs schrijven dat men op die manier de volgende generatie jongeren verraad. Jongeren, schrijven zij, hebben nood aan kennis en conversatie over seksualiteit. Dan pas kunnen jongeren het heerlijke maar verraderlijke terrein van seksualiteit op een veilige manier verkennen.

### **2.1.2 Ineffectiviteit van AO-programma's**

Dr. Douglas Kirby, gewezen directeur van onderzoek voor de 'National Campaign To Prevent Teen Pregnancy'<sup>15</sup>, publiceerde in mei 2001 een onderzoek dat beleidsmedewerkers en mensen uit de praktijk informeert over de educatieve programma's die bestaan in de VS en die tot doel hebben tienerzwangerschappen te voorkomen en terug te dringen. Naar aanleiding van zijn onderzoek werden meer dan 250 educatieve programma's (waarvan drie AO-programma's) in de VS geëvalueerd. Men ging op zoek naar de meest effectieve strategie om met het seksuele gedrag van jongeren om te gaan en op die manier te komen tot een daling van tienerzwangerschappen in de VS. In de samenvatting van zijn onderzoek stelt Kirby (2001) dat geen enkel van de drie AO-programma's die geëvalueerd werden een positief effect hadden op het seksueel gedrag van jongeren. Ze hadden eveneens geen effect op het gebruik van contraceptie bij seksueel actieve deelnemers.

Bij programma's daarentegen die jongeren informeren over onthouding, condooms en/of andere contraceptie, waar jongeren werden betrokken in discussies over hun seksuele gedrag, waar men hen duidelijke boodschappen gaf over condoomgebruik en/of andere contraceptie, werd een verhoging vastgesteld van het condoomgebruik en andere contraceptie, zonder dat noodzakelijkerwijs de frequentie van de seksuele contacten verhoogden (Kirby, 2001).

Uit deze vaststellingen kan worden opgemaakt dat mensen die geïnformeerd worden, over hun seksualiteit en over de risico's die ze lopen door onveilig te vrijen, meer verantwoordelijk gedrag vertonen. De AO-visie volgt deze redenering niet en is met andere woorden niet effectief te noemen (Kirby, 2001; Fine & McClelland, 2006).

Jonge mensen worden er voortdurend op gewezen dat seks gevaarlijk is voor hun fysieke en psychische gezondheid. Ze worden niet ingelicht over wat seksualiteit is en hoe men verantwoordelijk kan omgaan met hun seksuele verlangens. Naast onthouding wordt hen geen alternatief aangeboden om een goede seksuele gezondheid te garanderen. Het achterhouden van dergelijke informatie en vorming kan risicogedrag verhogen en is daarom een schending van de mensenrechten (Kirby, 2001).

In april 2007 verscheen er een onderzoek van de 'Mathematica Policy Research, Inc.' {MPR} in de VS. Dit onderzoek evalueerde de impact van vier 'Title V Section 510' AO-programma's. De resultaten gaven aan dat er geen positieve impact is op de seksuele activiteit van jongeren en

---

<sup>15</sup> Oppericht in februari 1996 in de VS en heeft als doel het terugdringen van tienerzwangerschappen.

er geen verschillen zijn in de cijfers van onbeschermd seks (Trenholm, Devaney, Fortson, Quay, Wheeler, & Clark, 2007).

Uit het rapport blijkt dat AO-programma's geen positieve impact hebben op het uitstel van het eerste seksuele contact van jongeren. Anderzijds blijkt uit het MPR onderzoek (2007), in tegenstelling tot wat Kirby (2001) beweert, dat AO programma's een positieve invloed hebben op de kennis van soa en op het gebruik van condooms en andere contraceptieva (Trenholm, Devaney, Fortson, Quay, Wheeler, & Clark, 2007).

### ***2.1.3 Impact in landen in ontwikkeling***

De invloed van de AO visie beperkt zich echter niet uitsluitend tot de Noord-Amerikaanse lidstaten, maar oefent eveneens een grote invloed uit op organisaties die werken in landen in ontwikkeling. De VS blijven op wereldniveau één van de grootste geldschieters. Doordat zij als sponsor optreden, tekenen zij vaak de krijtlijnen, met alle gevolgen van dien.

#### **'President's Emergency Plan for AIDS Relief' {PEPFAR}**

Met de komst van de 'Passage of the United States Leadership Against HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria Act' in mei 2003 verhoogde de VS haar politieke en financiële betrokkenheid in de globale strijd tegen HIV/AIDS. Deze wet, ook wel gekend als de PEPFAR, belooft maar liefst 15 miljard dollar vrij te maken voor de strijd tegen HIV/AIDS in twaalf Afrikaanse landen, 2 Caraïbische landen en één Aziatisch land. Vanaf 2004 tot en met 2008 worden niet-gouvernementele organisaties {ngo's} die werken rond HIV/AIDS gesubsidieerd door de Amerikaanse overheid (US Government, 2003b).

De PEPFAR betekent een enorme verandering in het HIV/AIDS beleid van de VS (IPPF, 2006): maar liefst 80% van de bijdragen gaat naar de directe behandeling en zorg van HIV/AIDS, terwijl slechts 20% wordt voorbehouden voor preventie waarvan één derde (33%) moet gaan naar AO programma's (Sensoa, 2005). Er wordt met andere woorden verwacht van ngo's, die VS-subsidies ontvangen, dat zij AO integreren in hun HIV/AIDS werking. Ondanks de bewezen ineffectiviteit van de AO programma's (Kirby, 2001; Fine & McClelland, 2006; e.a.).

#### **Global Gag Rule**

In augustus 1984 werd in Mexico City de 'International Conference on Population' gehouden. Daar werd aangekondigd en later ondertekend door de toenmalige president Reagan, dat de VS niet langer fondsen vrijmaken voor organisaties die abortus toepassen, promoten of verdedigen als methode voor gezinsplanning (US Government, 2001). Deze regel werd later bekend als de 'Mexico City Policy', door tegenstanders ook wel spottend de 'Global Gag Rule' {GGR} genoemd (Population Action International {PAI}, 2001). De GGR kende een bestaan tot 22 januari 1993, toen het werd geannuleerd door president Clinton.

In 2001, als één van zijn eerste officiële ingrepen, besliste de huidige president van de VS, George W. Bush de 'Mexico City Policy' in ere te herstellen. Later in 2003 kwam er een uitbreiding van de Policy naar de buitenlandse ngo's die eveneens VS-subsidies ontvangen (US Government, 2001).

Deze maatregel heeft een enorme impact gehad op de organisaties die werken rond gezinsplanning en HIV/AIDS preventie (PAI, 2001). Wanneer ngo's, die gezinsplanning aanbieden, weigeren om de normen van de GGR te aanvaarden, dan worden hun seksuele en reproductieve gezondheidsdiensten eveneens ondermijnd doordat de subsidies afkomstig van de 'United States Agency for International Development'<sup>16</sup> {USAID} worden stopgezet. Dit betekent dat zij niet langer over genoeg financiële middelen beschikken om de strijd met HIV/AIDS aan te gaan zolang zij zich niet scharen achter de GGR ideologie (PAI, 2001).

Uit bovenstaande voorbeelden kunnen we concluderen dat de VS een grote invloed uitoefent op de veldwerking van ngo's die werken rond HIV/AIDS, gezinsplanning en andere seksuele en reproductieve gezondheidskwesties.

## **2.2 'As easy as ABC'**

De ABC-methode is een benadering die gebruikt wordt in HIV/AIDS preventieprogramma's. In de 'ABC Guidance' van PEPFAR<sup>17</sup> wordt de ABC-benadering gedefinieerd als een methode die drie strategieën omvat: de A staat voor onthouding tot aan het huwelijk (Abstinence), de B voor trouw aan je partner (Be Faithful) en de C voor consistent en correct condoomgebruik (Condom Use) (US Government, 2003c).

Volgens Sensoa (2006) heeft deze aanpak grote voordelen. Zo vat de ABC-methode drie belangrijke elementen van preventie samen die effectief zijn in de strijd tegen HIV/AIDS. Sinding (2005) stelt eveneens dat de ABC-methode epidemiologisch en programmatisch een zeer effectieve benadering is voor HIV/AIDS preventie. Indien het op de juiste manier wordt geïmplementeerd kan de ABC-benadering een succes zijn en kan het effectief leiden tot een daling van HIV-infecties en dan verdient het de steun en de roem die het heeft gehad, aldus Sinding (2005). Anderzijds heeft de ABC-aanpak, volgens zowel Sensoa (2006) als Sinding (2005), ook nadelen en tekortkomingen. Vooraleer kritiek te geven op de ABC-methode, is het belangrijk te weten waar en waarom de ABC-benadering een succes heeft gekend.

---

<sup>16</sup> UNAIDS is een onafhankelijk Amerikaans agentschap onder begeleiding van de *U.S. Department of State*, het Amerikaanse ministerie van buitenlandse zaken. Het werd opgericht door president J.F. Kennedy in 1960.

<sup>17</sup> <http://www.pepfar.gov/pepfar/guidance/75837.htm>

### **2.2.1 Succes van ABC in Thailand en Oeganda**

Senator Mechai van Thailand en president Museveni van Oeganda hadden als invloedrijke politieke leiders de macht om een klimaat te creëren waarin er ruimte was voor een open discussie rond HIV/AIDS en seksualiteit op niveau van de samenleving, de familie en tussen partners. Dit leidde in die landen zelfs tot een effectieve gedragsverandering. Zo is in Thailand een enorme gedragsverandering vastgesteld op vlak van condoomgebruik. In Oeganda resulteerde het eveneens tot een multidimensionele, maar hoogst effectieve verandering in gedrag (Sinding, 2005).

De ABC-methode heeft met andere woorden haar succes in deze landen voor een groot stuk te danken aan enerzijds de maatschappelijke openheid rond HIV/AIDS en seksualiteit en anderzijds het politieke engagement waarop die landen op dat moment konden rekenen (Sensoa, 2006).

### **2.2.2 Onthouding**

De ABC-methode wordt echter vaak gereduceerd tot een aanpak die enkel onthouding promoot. Dit zou volgens Sensoa en Sinding (2006; 2005) te maken hebben met de twee grote machten die de AO visie promoten, namelijk de VS en het Vaticaan.

De ABC-methode, beweert Sinding (2005), is een centrale preventiecomponent van de nieuwe 'Global AIDS Strategy' van de VS. De Amerikaanse overheid staat er echter op dat één derde van de fondsen naar AO programma's gaat. De VS wordt in de condoom- en onthoudingsdiscussie bijgestaan door het Vaticaan. Het Vaticaan veroordeelt namelijk het gebruik van condooms en promoot onthouding tot aan het huwelijk.

### **2.2.3 Condoom stigma**

In een schriftelijke mededeling over condooms en HIV preventie in juli 2004<sup>18</sup> schreven het WHO, UNAIDS en UNFPA dat de mannelijke latex condoom de enige, meest efficiënte en toegankelijke technologie is die de seksuele overdracht van HIV en andere soa kan terugdringen.

Ondanks deze bewezen effectiviteit van het condoom is er een groot stigma rond het condoomgebruik. Het wordt volgens Sinding (2005) nog al te vaak in relatie gebracht met clandestien seksueel gedrag en prostitutie. Koppels weigeren vaak een condoom te gebruiken binnen hun huwelijk, omdat ze zich ervoor schamen.

## **2.3 Comprehensive Sexuality Education {CSE}**

In tegenstelling tot wat sommige bronnen beweren leidt relationele en seksuele vorming {RSV} niet tot een stijging van seksueel gedrag (Kirby, 2001). Kirby en andere onderzoekers

<sup>18</sup> [http://www.who.int/hiv/pub/prev\\_care/statement/en/](http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/statement/en/)

beweren dat educatieve programma's die werken rond HIV/AIDS en seksualiteit met jongeren zelfs kunnen leiden tot een daling van de frequentie van seks, het aantal seksuele partners, ongewenste zwangerschappen, abortus, HIV/AIDS en andere soa en eveneens kunnen leiden tot een stijgend condoomgebruik (Kirby, Fine & McClelland, et al.).

### ***2.3.1 CSE Internationaal***

Met de 'IPPF Framework for Comprehensive Sexuality Education' wil IPPF een seksueel educatief model promoten om jongeren en kinderen een seksuele moraal bij te brengen en te begeleiden bij hun seksuele ontwikkeling. Met die benadering wordt een accent gelegd op seksuele expressie, voldoening en genot. Dit betekent dat IPPF zich afzet tegen elke methodologie die exclusief de focus legt op het reproductieve aspect van seksualiteit (IPPF, 2006).

IPPF (2006) ontmoedigt seksuele opvoedingsprogramma's die uitsluitend werken rond AO. IPPF gelooft dat jongeren recht hebben op informatie over hun seksualiteit en seksuele en reproductieve gezondheid en dat zij de kans moeten krijgen om op basis van die informatie eigen keuzes te maken. CSE betekent echter niet enkel het verschaffen van informatie. CSE moet jongeren eerst en vooral helpen correcte en accurate informatie te verwerven over seksuele en reproductieve rechten, dit om bestaande mythes te kunnen relativiseren en met verwijzingen naar bronnen en diensten waar zij terecht kunnen. Ten tweede is het belangrijk om jongeren te helpen om een aantal vaardigheden aan te leren zoals kritisch denken, communicatieve en onderhandelingsvaardigheden, zelfontplooiingsvaardigheden, beslissingsvaardigheden, zelfvertrouwen, assertiviteit, verantwoordelijkheidszin, empathie, enzovoort. Ten derde dienen CSE programma's jongeren aan te moedigen om zich positieve houdingen en waarden eigen te maken, bijvoorbeeld respect voor zichzelf en voor anderen, openheid, zelfwaardering, een niet-veroordelende houding naar anderen en een positieve houding naar seksuele en reproductieve gezondheid.

Binnen CSE komen zowel fysieke en biologische als emotionele en sociale aspecten van seksualiteit aan bod komen. IPPF (2006) erkent elke mens als een seksueel wezen en CSE heeft betrekking op meer dan alleen preventie van ziekte of zwangerschap.

### ***2.3.2 Relationele en seksuele vorming in Vlaanderen***

Ook in Vlaanderen zijn er initiatieven genomen om seksualiteit op een meer integrale manier te benaderen. Zo ontwikkelde Sensoa (2005) het concept 'Goede Minnaars' dat een globaal kader biedt voor RSV. Dit concept is gericht op kinderen en jongeren en bevat drie centrale doelstellingen. Ten eerste de mogelijkheid bieden aan kinderen en jongeren om zich te kunnen ontwikkelen tot volwassenen die seksualiteit en relaties zinvol kunnen integreren in hun leven. Ten tweede, dat kinderen en jongeren een seksuele en relationele moraal kunnen verwerven



en ten slotte dat kinderen en jongeren risico's als ongewenste zwangerschap, HIV/AIDS en andere soa, ongewenste seks en seksueel geweld kunnen voorkomen.

Deze aanpak vindt volgens Sensoa (2006) veel makkelijker ingang bij jongeren omdat het aansluit bij wat jongeren zelf belangrijk vinden. Veilig vrijen is hierbij niet de eerste boodschap. Deze wordt verwerkt in een integrale aanpak die eerst oog heeft voor de seksuele ontwikkeling en de waarden en normen, achteraf komen risico's en veilig vrijgedrag aan bod.

---

## HOOFDSTUK 3: DE BELGISCHE BIJDRAGE AAN DE INTERNATIONALE HIV/AIDS BESTRIJDING

---

In dit hoofdstuk wordt er dieper ingegaan op de specifieke bijdrage van ons land aan de bestrijding van HIV/AIDS in de wereld.

### **3.1 De Belgische, federale ontwikkelingssamenwerking**

De wet van 1999 inzake bilaterale ontwikkelingssamenwerking concretiseert de bilaterale directe samenwerking in vijf sectoren en drie transsectorale thema's (Federale Overheidsdienst {FOD} Buitenlandse Zaken, 2006). De sectoren zijn basisgezondheidszorg, vorming en onderwijs, landbouw en voedselzekerheid, basisinfrastructuur en maatschappijopbouw. In deze beleidsnota van de FOD Buitenlandse Zaken (DGOS, 2006) staat dat HIV/AIDS niet werd opgenomen als een transsectoraal thema, maar uitvoerig werd behandeld in de strategienota basisgezondheidszorg.

België steunt de strijd tegen HIV/AIDS in het Zuiden via zijn federale instellingen, met name de FOD Buitenlandse Zaken (Directie-Generaal Ontwikkelingssamenwerking {DGOS}<sup>19</sup>, conflictpreventie, noodhulp) en eveneens het Belgisch Overlevingsfonds, de gewesten en gemeenschappen, ngo's, de universiteiten en wetenschappelijke instellingen, provincies en gemeenten, etc. (DGOS, 2006).

#### **3.1.1 Belgische ngo's**

'Ngo' staat voor 'niet- gouvernementele organisatie', het zijn van nature zelfstandige organisaties die hun eigen programma's opstellen en hun eigen initiatieven ontwikkelen (DGOS, 2006). Ngo's bundelen hun krachten in koepels (11.11.11 voor de Vlaamse ngo's en CNCD voor de Franstalige ngo's) en federaties (Coprogram voor de Vlaamse ngo's en Acodev voor de Franstalige ngo's). Coprogram<sup>20</sup> is de Vlaamse federatie van ngo's voor ontwikkelingssamenwerking, en heeft 62 Belgische ngo's als lid.

De Belgische ngo's zijn gereguleerd volgens de wet van 27 juni 1921, die het statuut van de verenigingen zonder winstoogmerk bepaalt. Het Koninklijk Besluit van juli 1997 regelt de principes van hun erkenning en financiering en de werking wordt verzekerd door het Ministerieel Besluit van 1998.

---

<sup>19</sup> [www.dgos.be](http://www.dgos.be)

<sup>20</sup> [www.coprogram.be](http://www.coprogram.be)

Er zijn volgens de twee bovenstaande reglementeringen 135 erkende Belgische ngo's. Naast hun privé-gelden (acties, campagnes en donaties) kunnen ngo's gefinancierd worden op drie verschillende niveaus, namelijk op regionaal, federaal en Europees niveau.

### ***3.1.2 Directie-Generaal Ontwikkelingssamenwerking {DGOS}***

DGOS maakt deel uit van de FOD Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking. DGOS valt rechtstreeks onder de bevoegdheid van minister Armand De Decker van Ontwikkelingssamenwerking en houdt zich bezig met de verschillende aspecten van de Belgische ontwikkelingssamenwerking.

Naast gouvernementele samenwerking cofinanciert, coördineert en gecontroleerd DGOS de niet-gouvernementele samenwerkingsinitiatieven. De niet-gouvernementele ontwikkelings-samenwerking heeft betrekking op de 135 erkende Belgische ngo's.

#### **Principe van Aidsmainstreaming**

De FOD Buitenlandse Zaken stelt haar beleidsnota (2006) dat België HIV/AIDS zal mainstreamen in de samenwerkingscyclus met de partnerlanden voor ontwikkelingssamenwerking (DGOS, 2006). DGOS steunt de HIV/AIDS acties van de Belgische ngo's (DGOS, 2006) die zich vooral situeren in de gezondheidssector zoals algemene zorg en ondersteuning van HIV/AIDS patiënten, verbeterde toegang tot de behandeling, en het voorkomen van de HIV/AIDS overdracht van moeder op kind. Ook activiteiten ter preventie of zorg van HIV/AIDS buiten het strikt medische kader worden ondersteund; zoals in de jeugdwerking, in de werking met straatkinderen, de heropvoeding van kindsoldaten, vrouwenbewegingen, in vormingsprojecten. Ten slotte steunt DGOS, ngo's die de economische impact van HIV/AIDS verlichten, zoals het aanpassen van kredietverlening in gemeenschappen die zwaar getroffen zijn door deze pandemie.

Uit de aidsbeleidsnota van DGOS (2006) blijkt dat de Belgische financiële middelen voor aidsbestrijding de laatste tien jaar zijn verzevenvoudigd, namelijk van 3 miljoen euro in 1996 naar 21,5 miljoen euro in 2005.

DEEL II:  
Empirisch onderzoek

---

## HOOFDSTUK 4: METHODOLOGIE

---

### **4.1 Argumentatie voor het onderzoek**

Uit de literatuur blijkt dat er sinds 1994, naar aanleiding van de ICPD, aandacht is voor seksuele en reproductieve gezondheid en dat seksuele en reproductieve rechten erkend worden als basismensenrechten (Sinding, e.a. 2005). Onze Belgische ontwikkelingssamenwerking maakt sinds 2001 (DGOS, 2006), naar aanleiding van de MOD's, meer financiële middelen vrij voor het bestrijden van HIV/AIDS in de wereld. Ondanks deze genomen stappen wordt er, volgens het WHO en UNAIDS (2006), nog jaarlijks een stijging van HIV infectie vastgesteld.

Dit onderzoek is erop gericht een beter zicht te krijgen op de aanpak van Belgische ngo's betreffende HIV/AIDS in relatie met RSV. Uit de literatuur blijkt immers dat de ontwikkeling van een seksuele en relationele moraal fundamenteel is voor het algemeen welzijn van een individu (IPPF, 2006) en eveneens kan leiden tot een daling van HIV besmettingen en andere soa (Kirby, Fine & McClelland, e.a.).

### **4.2 Onderzoeksvragen**

Sensoa, het Vlaams service-en expertisecentrum voor seksuele gezondheid en HIV, stelt zich de vraag waarom ngo's die werken rond HIV/AIDS in het Zuiden vaak terughoudend zijn als het erop aankomt preventief te werken rond seksualiteit en relaties. *"Er gaat sinds een aantal jaren steeds meer aandacht en middelen naar de wereldwijde HIV/AIDS problematiek zonder dat er voldoende gepraat wordt over seksualiteit"*, aldus Sensoa (2006)<sup>21</sup>.

We willen met dit onderzoek een antwoord krijgen op de volgende vragen:

Welke soort ngo's werken rond HIV/AIDS?

Welke soort ngo's werken rond RSV?

Welke zijn de barrières die ngo's ondervinden wanneer ze werken rond HIV/AIDS?

Welke zijn de barrières die ngo's ondervinden wanneer ze werken rond RSV?

---

<sup>21</sup> Vraagstelling van de opdrachtgever Sensoa. Uitgesproken op het bemiddelingsgesprek op 22 september 2006 in Antwerpen met Prof. Klai, Stefanie Goovaerts van de Wetenschapswinkel, Lut Joris van Sensoa en mezelf als aanwezigen.

## **4.3 Opzet en uitvoering van het onderzoek**

Om de validiteit van het onderzoek en de onderzoeksresultaten te kunnen garanderen kiezen we ervoor om, op een zo transparant mogelijke manier te werk te gaan. Wat volgt is een overzicht van de genomen stappen tijdens de uitvoering van het onderzoek.

### ***4.3.1 Onderzoeksmethode en onderzoeksinstrument***

Gezien de aard van de onderzoeksvragen, lag een exploratief kwalitatief onderzoek voor de hand. We hebben gebruik gemaakt van het diepte-interview als kwalitatieve onderzoeksmethode. Het laat ons toe de bevindingen en belevingen van de respondenten te bevragen (Baarda en de Goede, 2005).

In totaal werden 8 diepte-interviews afgenomen met medewerkers van Belgische ngo's. De gesprekken waren gebonden aan een aantal vooropgestelde thema's of topics. Dit om structuur te geven aan de interviews, maar het laat ook ruimte voor nuanceringen en eigen inbreng van de geïnterviewde (Baarda en de Goede, 2005). Aan de hand van de vraagstelling en het literatuuronderzoek werden vijf topics geformuleerd, deze golden als leidraad doorheen de interviews (zie bijlage voor een volledig interview).

#### **Respondenten**

Om een beter zicht te krijgen op het profiel van de respondenten werd hen gevraagd een omschrijving te geven van hun functie binnen de ngo. Hun opleiding(en), vroegere jobs en (werk)ervaringen op het veld werden eveneens besproken.

#### **Ngo**

In een tweede topic vroegen we de respondenten om een korte beschrijving te geven van de visie en missie van de ngo waarvoor ze werken, de bezetting van de ngo, in welke landen zij werkzaam zijn, waar zij hun financiële middelen halen en welke projecten zij ondersteunen in hun partnerlanden.

#### **HIV/AIDS**

Vervolgens kwamen de inhoudelijke werking van de ngo's en de situering van HIV/AIDS binnen hun projecten uitvoerig aan bod. We vroegen de respondenten voor welke benadering van HIV/AIDS hun organisatie heeft gekozen: een zorgbenadering, een preventieve- en/of educatieve benadering of een meer integrale ontwikkelingsbenadering. Minstens één van hun projecten werd uitvoerig besproken.

#### **Seksualiteit en de aandacht voor RSV**

In deze vierde topic wilden we te weten komen in hoeverre er aandacht wordt besteed aan RSV binnen de projecten van de ngo's en wat hun argumentering is om RSV eventueel niet te betrekken in hun projecten. We vroegen de respondenten doorgaans om de voornaamste barrières te formuleren die zij ervaren wanneer zij spreken over seksualiteit in hun partnerlanden in het Zuiden.

#### **Toekomstperspectief**

Tot slot vroegen we de respondenten naar de toekomst van hun organisatie. We vroegen of er nood is en of zij de ruimte zien om in de toekomst op een meer integrale manier te werken op vlak van HIV/AIDS en RSV een plaats te geven binnen hun werking.

Fig. 1: Topics uit het diepte-interview

### **4.3.2 Onderzoeksterrein**

Als onderzoeksterrein kozen we voor het *Zuiden*, deze term is echter vaag en niet geheel waarde vrij en vraagt om een verduidelijking.

Het *Zuiden*<sup>22</sup> of de *Derde wereld* zijn synoniemen voor het totaal van alle *ontwikkelingslanden*. Dit zijn landen die in vergelijking met andere geïndustrialiseerde landen in een minder gevorderde fase van ontwikkeling zitten. Alweer dient hierbij vermeld te worden dat dit begrip niet volledig waarde vrij is. Het blijven arbitraire begrippen die een genuanceerd beeld van de realiteit in de weg staan. In deze uiteenzetting wordt er daarom bewust gekozen voor de neutralere begrippen *Zuiden* en *landen in ontwikkeling*. Hiermee wordt verwezen naar de landen gelegen in het zuidelijk halfrond die door hun verleden en andere conflicten vaak geremd worden in hun ontwikkeling. De meeste van deze landen zijn gelegen in Afrika, Latijns-Amerika en Azië.

Uit de literatuur is gebleken dat de landen van het *Zuiden* het meest getroffen worden door HIV/AIDS (WHO/UNAIDS, 2006). Volgens Bernstein (2006) verspreidt het virus zich over verschillende populaties met snelheden die variëren van één tot 30% van de bevolking van een land. Zo zijn er zelfs landen in Subsaharaans Afrika waarvan 39% van de totale bevolking besmet is met HIV. Diezelfde auteur stelt dat de HIV/AIDS pandemie een enorme bedreiging vormt voor de algemene ontwikkeling van de getroffen landen en dat een effectieve aanpak van HIV/AIDS noodzakelijk is.

## **4.4 Onderzoekspopulatie**

Om over het *Zuiden* informatie te bekomen zijn er doorgaans twee mogelijkheden: ofwel kan de onderzoeker zelf naar het *Zuiden* gaan om daar ter plaatse onderzoek te doen, ofwel kan de onderzoeker het *Zuiden* bereiken via organisaties in België die werkzaam zijn in het *Zuiden*. Omwille van pragmatische redenen hebben we voor dit onderzoek gekozen voor het tweede.

### **4.4.1 Rekrutering**

Bij het op zoek gaan naar de respondenten zijn we op verschillende manieren te werk gegaan. Ten eerste was er de overzichtslijst van de leden van Coprogram. Omdat deze lijst zeer

<sup>22</sup> Wij gebruiken doorgaans dezelfde termen als 11.11.11, het portaal van de Vlaamse Noord-Zuid Beweging, bezoek hun website [www.11.be](http://www.11.be).

uitgebreid is, werd een selectie gemaakt. Op de website van Coprogram kan men de ngo's selecteren op trefwoord, hierbij werd gekozen voor het trefwoord 'AIDS'. Ten tweede werd een *mailing* lijst van Sensoa beschikbaar gesteld voor dit onderzoek. Deze lijst bevat die ngo's die ooit met Sensoa in contact kwamen (zie bijlage voor de geraadpleegde lijsten).

De respondenten werden een eerste keer op de hoogte gebracht van het onderzoek in oktober 2006 naar aanleiding van een vergadering van de 'Werkgroep AIDS'<sup>23</sup> georganiseerd door Sensoa met een aantal Belgische ngo's. Op de vergadering zelf en achteraf in het verslag werd hen gevraagd of er interesse was om deel te nemen aan het onderzoek. Eind februari 2007 stuurde Sensoa opnieuw een mail naar al haar contacten met dezelfde vraag. Vervolgens werden, uit de lijst van Coprogram, de ngo's die niet voorkwamen in de lijst van Sensoa eveneens gecontacteerd per mail. Een week na de elektronische mailing werd telefonisch contact opgenomen met de ngo's.

Gezien dit een kwalitatief onderzoek betreft en verkennend en beschrijvend is van aard, hebben we verschillende respondenten geïnterviewd tot er sprake was van saturatie. Na acht interviews kregen we voldoende inzicht in de verschillende doelstellingen en werkmethoden, de ondervonden barrières en de inhoudelijke en praktische werking van Belgische ngo's die werken in het Zuiden rond HIV/AIDS en/of RSV. Het gaat uiteraard over een niet-representatieve steefproef. Ngo's namen op vrijwillige basis deel aan het onderzoek en we bereikten in die zin enkel die ngo's die bereid waren hun ervaringen met ons te delen.

#### **4.4.2 Profiel**

Wat het profiel van de respondenten betreft, gingen we op zoek naar medewerkers van Belgische ngo's werkzaam in en/of met het *Zuiden*.

De ngo wereld is een wereld waarbinnen iedereen elkaar kent. Om de anonimiteit van de respondenten te kunnen garanderen hebben we ervoor gekozen om de gegevens van de respondenten en de ngo's waarvoor zij werken anoniem te verwerken. Sommige eigenschappen zoals opleiding, (terrein)ervaringen en dergelijke kwamen aan bod tijdens de interviews, maar worden om bestaande redenen niet verder besproken.

Tabel 1 geeft de hoofddoelstellingen van de ngo's weer. Met 'zorg' wordt voornamelijk een medische dienstverlenende functie bedoeld. 'Preventie' gaat over preventie van HIV/AIDS en/of seksualiteit. 'Educatie' doelt op vormingen over HIV/AIDS en/of seksualiteit. De laatste doelstelling is 'ontwikkeling' in de zin van een integrale aanpak van verschillende aspecten waar HIV/AIDS en/of seksualiteit behandeld wordt als één van de thema's. Voor een verdere verduidelijking van de missie verwijzen we door naar punt 5.1.

---

<sup>23</sup> Voor meer informatie over leden, activiteiten en verslagen raadpleeg [http://www.sensoa.be/3\\_4\\_4.php](http://www.sensoa.be/3_4_4.php)



Tabel 1: Hoofddoelstellingen van de ngo's

NGO	N1	N2	N3	N4	N5	N6	N7	N8
Zorg	x	x		x	x	x	x	x
Preventie	x	x		x	x	x	x	x
Educatie					x	x	x	
Ontwikkeling			x		x	x	x	

In tabel 2 wordt weergegeven welke functie de respondenten bekleden binnen hun organisatie. De geïnterviewden waren veldwerkers, projectbeheerders, Noord-Zuid coördinatoren of lobby-isten. Hier dient vermeld te worden dat het eveneens een voorwaarde was dat al de respondenten een werkervaring hadden in het *Zuiden*, zodanig dat men een accuraat beeld kon geven van hoe het eraan toegaat op het veld.

Tabel 2: Jobfunctie van de respondenten

RESPONDENT	R1	R2	r3	R4	R5	R6	R7	R8
Veldwerk	x							x
Projectbeheer		x		x	x		x	
Partnercoördinatie						x		
Beleidsbeïnvloeding			x					

#### **4.5 Registratie, verwerking en data-analyse**

Elk interview was een face-to-face gesprek en duurde één tot anderhalf uur. De interviews werden uitsluitend in het Nederlands afgenomen.

Met de toestemming van de geïnterviewden werden de gesprekken digitaal geregistreerd. Elk interview werd achteraf, volledig en letterlijk uitgetypt (zie bijlage voor een volledig interview).

Na de uitvoering van de datapreparatie werden de data geanalyseerd volgens het labelingsproces van Baarda en de Goede (2005). De interviews werden uitgeprint, de verschillende tekstfragmenten werden ruimtelijk geordend en ingedeeld in labels volgens thema. Vervolgens werden de tekstfragmenten per groot thema bij elkaar geplaatst. Deze thema's werden achteraf als basisstructuur gebruikt in het rapporteringsproces.

#### **4.6 Validiteit en intersubjectiviteit**

Elk interview werd binnen de 48 uur na de registratie en door de interviewer/onderzoeker persoonlijk uitgetypt. Dit om de betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten te kunnen garanderen.

Een verkennend, kwalitatief onderzoek doelt op de manier waarop de geïnterviewde zelf tegen de dingen aankijkt en hoe hij/zij die dingen ervaart. Als het om meerdere personen gaat probeert de onderzoeker hun gezamenlijke of gedeelde beleving (=intersubjectiviteit) te achterhalen (Baarda & de Goede, 2005).

We hebben geprobeerd de behandelde topics op een gestandaardiseerde wijze te coderen waardoor we de intersubjectiviteit willen garanderen.

---

## HOOFDSTUK 5: ONDERZOEKSRESULTATEN

---

In dit hoofdstuk worden de bevindingen die we uit de interviews haalden gerapporteerd. Op die manier willen we een antwoord geven op de onderzoeksvragen.

Eerst worden de missies van de ngo's verduidelijkt, dan worden de barrières die ngo's ondervinden op het veld blootgelegd en ten slotte plaatsen we het inhoudelijke kader van ngo's ten aanzien van de reële praktijk.

### **5.1 Ngo's en hun missie**

Een missie geeft aan waarvoor een ngo staat en wat haar doelstellingen en prioriteiten zijn. Dit is belangrijk om te kunnen nagaan hoe ngo's te werk gaan op het veld. We onderscheiden<sup>24</sup>, uit de bevindingen van de interviews, twee soorten missies; de *zorgmissie* en de *ontwikkelingsmissie*. In de volgende paragraaf wordt er dieper ingegaan op dat verschil in missie enerzijds en de implicaties van die missies voor de werkstrategieën op het veld anderzijds.

#### **5.1.1 Zorgmissie**

Zoals blijkt uit de literatuur wordt HIV/AIDS vandaag hoofdzakelijk behandeld als thema binnen de basisgezondheidszorg (DGOS, 2006). Uit de bevindingen stellen we vast dat ngo's die binnen de gezondheidssector vallen, als eerste prioriteit hebben: *'het verlenen van zorg en behandeling aan mensen die komen met symptomen en klachten'*, aldus een respondent (R1). Deze medische dienstverlening kan ofwel tijdelijk (bijvoorbeeld bij urgentie) ofwel langdurig zijn van aard. Ngo's die een medische dienstverlening als hoofddoelstelling hebben benoemen we in ons onderzoek doorgaans als ngo's met een *zorgmissie*. Dergelijke organisaties gaan HIV/AIDS en seksuele en reproductieve gezondheid benaderen door in eerste instantie het verlenen van zorg en behandeling. Daarnaast gaven de respondenten aan dat zij ook aandacht hebben voor *counseling*, opvolging en preventie van bijvoorbeeld nieuwe HIV-besmettingen, seropositieve moeders, AIDS-lijdende, etc.

#### **Medische dienstverlening**

Respondenten die werken voor een ngo met een *zorgmissie* gaven aan dat de aandacht voor RSV noodzakelijk is, maar zagen dit echter niet als eerste prioriteit van de gezondheidsdiensten. Ze ondernemen weliswaar pogingen om het in de werking te integreren, maar RSV hoort volgens de ondervraagden eerder thuis in de educatieve sector. Op vlak van HIV/AIDS blijkt uit de bevindingen dat dergelijke ngo's op de eerste plaats mensen testen op

---

<sup>24</sup> De criteria die hiervoor gebruikt werden zijn terug te vinden in tabel 1 onder punt 4.4.2.

HIV, secundaire symptomen (bijvoorbeeld soa, slapeloosheid, etc.) behandelen, antiretrovirale medicatie<sup>25</sup> {ARV's} voorschrijven, seropositieve moeders begeleiden met de voeding van hun baby, informatie aanbieden over gezinsplanning, etc. Uit de interviews blijkt met andere woorden dat een seksualiteitsbenadering in de zin van een ruime RSV, bij de ngo's die we gecategoriseerd hebben als zorg-ngo's, minder vaak aan bod komt.

*"(...) ik ben volledig akkoord dat in de educatieve sector, dat er bijvoorbeeld aandacht moet zijn in scholen voor seksuele opvoeding (...). Maar dat is niet de verantwoordelijkheid van medisch personeel of van een gezondheidsdienst in het algemeen."*

(Respondent 1)

*"Wij zitten meer in de zorg, in de puur medische aanpak. En ieder doet zo een beetje zijn eigen specialiteit, maar die gevoeligheid is er wel bij de artsen als wij bijvoorbeeld vormingen hebben voor onze artsen, voor onze verplegingen of lokale mensen dan komen die aspecten vaak aan bod."*

(Respondent 2)

### **5.1.2 Ontwikkelingsmissie**

Ngo's die daarentegen HIV/AIDS bestrijden door het te benaderen binnen zijn bredere sociaal-maatschappelijke, politieke, culturele en economische context, categoriseren als ngo's met een *ontwikkelingsmissie*. Het betreft doorgaans die organisaties die kiezen voor een integrale aanpak gaande van mensenrechten tot beleidsbeïnvloeding, van individuele empowerment tot gemeenschapsopbouw, van vorming tot onderwijs, etc.

#### **Integrale aanpak**

De ondervraagden gaven aan dat binnen deze ontwikkelingsmissie HIV/AIDS en seksualiteit geïntegreerd worden als thema's die behandeld worden binnen een ruimer kader eerder dan als twee geïsoleerde problemen. Uit de interviews blijkt dat dergelijke organisaties in eerste instantie aandacht hebben voor RSV en waarbinnen HIV/AIDS besproken wordt als één van de thema's.

*"We gaan AIDS bestrijden net zoals we gezondheid niet enkel aanpakken door medische dienstverlening. (...) AIDS bestrijden door dat te zien in zijn sociale, maatschappelijke en zelfs politieke context."*

(Respondent 6)

---

<sup>25</sup> ARV's helpen het AIDS virus te bestrijden en geven de patiënt daarmee uitzicht op een langer leven van betere kwaliteit (AZG, 2003).

*“Wij vinden orthopedagogie meer dan alleen maar medische ondersteuning (...) terwijl heel wat medische ngo's gespecialiseerd zijn in het puur technisch-medische en die het angstzweet krijgen wanneer ze opmerken dat de persoon waarmee ze willen spreken geen empowerment heeft om te spreken over algemene openheid, laat staan liefde en seksualiteit en laat staan HIV/AIDS!”*

(Respondent 7)

*“Rechten, beleidsbeïnvloeding, gemeenschapsopbouw dat zijn eigenlijk meer onze thema's. Dus de medische ngo's, daar zijn we een beetje een vreemde eend in de bijt en we praten eigenlijk gemakkelijker met ngo's die een rechtenbenadering hebben ook al zijn ze met andere thema's bezig. Ook al gaat het bij hen over andere thema's dan gezondheidszorg.”*

(Respondent 6)

### **Kritiek op zorgmissie**

Ondervraagden, uit ngo's met een *ontwikkelingsmissie*, gaven als punt van kritiek op de zorg-ngo's dat hun werking vaak *“te eng”* is; van zodra mensen behandeld en/of verzorgd zijn, is hun werk afgelopen en is de dienst verleend. Ontwikkelings-ngo's identificeren zich niet graag met zorg-ngo's, omdat zij zich volgens de ondervraagden *limiteren* tot het medische aspect van gezondheidszorg.

*“We situeren ons niet echt onder de medische ngo's, want daar heb je inderdaad wel meer 'the end of the line'. Ze bekijken gezondheidswerk enkel in de zin van dienstverlening.”*

(Respondent 6)

*“Als je HIV/AIDS limiteert en reduceert tot het medische aspect dan kom je wel heel rap tot de conclusie dat het niet onze core-business is.”*

(Respondent 3)

## **5.2 Barrières op het veld**

Om een antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvragen, werden de ngo's gevraagd te beschrijven welke knelpunten zij ondervinden bij het al dan niet praten over seksualiteit en HIV/AIDS in hun projecten in het Zuiden.

Uit de gesprekken komen vier soorten barrières naar voor: het taboe, de sociaal-maatschappelijke barrière, de culturele barrière en de religieuze barrière.

### **5.2.1 Het taboe**

De ondervraagden gaven aan dat er nog steeds een groot taboe hangt rond seksualiteit en HIV/AIDS. Een taboe is iets dat ongepast is om te doen, te gebruiken of over te spreken. Wat een taboe is wordt bepaald door de culturele, religieuze of politieke context van een land, gemeenschap of groep. Uit de literatuur blijkt dat HIV/AIDS in direct verband staat met seksualiteit (Sensoa, 2006), het betreft met andere woorden twee onderwerpen die gekenmerkt worden door een grote taboe geladenheid.

#### **Universeel sekstaboe**

Volgens de respondenten is seksualiteit niet alleen in het Zuiden, maar ook bij ons een intiem onderwerp dat voor veel mensen uitsluitend in de private sfeer thuishoort. Verschillende respondenten zeggen echter dat er een verschuiving is vast te stellen van het taboe: *seksualiteit wordt tegenwoordig al sneller in de mond genomen, maar er wordt niet op een zinvolle manier over gepraat*, aldus een respondent. Mensen spreken vaak over seksualiteit op een *ge vulgariseerde* manier. Dit zou volgens de geïnterviewden een gevolg kunnen zijn van de massamedia en de commercialisering van seks waardoor er nieuwe taboes ontstaan.

*“Het is niet omdat mensen gemakkelijk bepaalde woorden in de mond nemen dat het geen taboes zijn.”*

(Respondent 6)

*“Het eerste probleem is het algemene taboe over het spreken over seks, dat gebeurt ook hier. We zien dat de mensen er gemakkelijk over spreken, maar spreken ze zinvol, daar ben ik niet zeker van. Als ik soms de jongeren hoor. Ze spreken veel over seks, maar ze spreken verkeerd over seks; ze spreken van seks en niet van liefde.”*

(Respondent 5)

*“Er wordt hier nu wel gemakkelijk over gepraat, door de massamedia en dergelijke (...) het is geen taboe meer in de oude zin van het woord, maar zijn daarmee alle barrières doorbroken? Belange niet hè! Misschien zijn er juist andere barrières, je hebt ook de commercialisering van seksuele relaties en de prestatiedruk en dergelijke.”*

(Respondent 6)

#### **Dubbel taboe**

Respondenten wezen erop dat in het Zuiden op dit moment een dubbel taboe aanwezig is. Enerzijds is er het sekstaboe en anderzijds het HIV/AIDS taboe. Uit de literatuur blijkt dat HIV een virus is dat je krijgt via onder andere seksueel contact (Sensoa, 2006). Als een gehuwd iemand HIV oploopt wordt er al snel gedacht aan 'ontrouw' en wanneer iemand HIV oploopt buiten een huwelijk wordt dat al gauw gekoppeld aan losbandig seksueel gedrag. De

ondervraagden gaven aan dat er een stigma is ontstaan rond HIV/AIDS, maar seksualiteit wordt op die manier eveneens in verband gebracht met iets negatief. Eén van de manieren om hiermee om te gaan is, volgens de respondenten, in de eerste plaats het creëren van een *open klimaat* rond seks en een algemene *empowerment* van de individuen.

*"(...) 'seksualiteit is op zich al een taboe', laat staan door seksualiteit een ziekte opgedaan te hebben, dat is een schande van de familie. Een schande los je op door te negeren, letterlijk door je familielid te verstoten. Dat taboe rond seksualiteit, spreken over seksualiteit dat heeft meer met volksgezondheid te maken dan met HIV/AIDS preventie."*

(Respondent 7)

*"(...) wij worden geconfronteerd met twee zaken; de vraag waarom bespreekbaarheid van AIDS zo'n taboe is in het Zuiden en de vraag waarom de bespreekbaarheid van seksualiteit zo'n taboe is in het Zuiden. Ik denk dat wij in de eerste plaats moeten vaststellen –binnen een opvoedkundig kader in het Zuiden- dat de algemene openheid en empowerment te vaak ontbreekt (...)"*

(Respondent 7)

### **Ouder-kind taboe**

Ook werd de complexiteit van het doorbreken van die taboes in de relatie ouder-kind aangehaald. In het Zuiden zitten vele ouders zelf met problemen en vragen in verband met relaties, seksualiteit en HIV/AIDS. In die context is het moeilijk om als ouder raad te geven aan hun kind. Respondenten gaven aan dat ouders een barrière vormen voor het creëren van een seksuele openheid bij jongeren. Er is vaak ongerustheid bij de ouders van kinderen die deelnemen aan vormingen over seksualiteit, ze keuren het af en weten niet hoe ze ermee moeten omgaan.

*"(...) hoe breng je zoiets in een opvoeding aan, hoe breng je zoiets als ouder aan die misschien zelf met die problematiek, niet alleen met die AIDS problematiek, maar rond seksualiteit en rond 'safe sex' en huwelijkstrouw, die daar zelf in feite misschien de nodige problemen hebben."*

(Respondent 2)

*"Dus de ouders zijn ergens ook een barrière daarin, omdat ze niet weten waarover het gaat en omdat ze denken 'hoe meer informatie, des te sneller ze eraan gaan beginnen'."*

(Respondent 4)

*"Seksualiteit zijnde een taboe, huwelijkstrouw zijnde een probleem. Hoe ga je daarmee om. Hoe ga je om met je eigen seksualiteit? Dus ik denk dat heel veel*

*dertigers en veertigers daar zelf niet mee in het reine zijn. Dan zit je zelf met opgroeiende kinderen die een ontluikende seksualiteit hebben (...).*"

(Respondent 2)

### **Seks en voortplanting**

Seksualiteit als noodzaak voor de voortplanting blijkt volgens de ondervraagden minder taboe geladen te zijn in vergelijking met seksualiteit als lust- en/of genotgegeven. Seksualiteit als lust- en/of genotgegeven betreft een intiem onderwerp dat buiten de sociale sfeer wordt gehouden en dat nog vaak gekoppeld wordt aan promiscuïteit en losbandig gedrag. Seksualiteit daarentegen in de zin van de *reproductieve gezondheid* is minder taboe geladen en is makkelijker bespreekbaar te maken. Respondenten zagen dit zelfs als een manier om te beginnen praten over seksualiteit op een *veilige, aanvaarde* en *technische* manier.

*"Reproductie is een veilig onderwerp, het is iets dat gesocialiseerd is, het is een geïnstitutionaliseerde zaak, er zijn regels en afspraken rond. Het is gemakkelijker bespreekbaar, want het is geen gevoelszaak. (...) Opvoeding rond HIV/AIDS gaat niet over voortplanting, maar over 'lust', een verschrikkelijk gevaarlijk woord. Taboe! Mag niet! We mogen het daar niet over hebben. Het is niet zozeer over iets dat gesocialiseerd is, neen, het gaat eerder over iets dat te maken heeft met de geladen sfeer van ontrouw en sociaal niet aanvaarde seks. Terwijl seksualiteit soms nog gemakkelijk bespreekbaar is, zijn die zaken net moeilijker bespreekbaar. Het gaat niet zozeer over een gevoelszaak bij seksualiteit, maar bij HIV/AIDS en lust heeft het met gevoelens te maken."*

(Respondent 7)

*"Dat begint dikwijls om die reden vrij technisch, je zou kunnen zeggen schools maar dat is precies omdat die basiskennis bij die vrouwen helemaal ontbreekt en ten tweede omdat van een schoolse aanpak die vertrekt van anatomie en fysiologie dat het gemakkelijker is om daarmee het ijs te breken voor zogenaamde taboe onderwerpen. Omdat je er dan al over hebt gepraat in 'veilige' termen, technische termen."*

(Respondent 6)

### **5.2.2 Sociaal-maatschappelijke barrière**

Elke gemeenschap wordt gekenmerkt door een unieke set van regels, wetten, waarden, normen en verwachtingen. Het gedrag van elk individu wordt bepaald door de complexe maatschappij waar het deel van uitmaakt. De barrière die we hier bespreken gaat enerzijds over het probleem van gedragsverandering bij een individu en anderzijds de rol van de overheden bij het stellen van de regels en wetten die een invloed hebben op de waarden, normen en verwachtingen binnen een maatschappij.



### **Gedragsverandering**

Uit de gesprekken blijkt dat HIV/AIDS rechtstreeks in verband wordt gebracht met gedrag. Er is volgens de ondervraagden nood aan een gedragsverandering op vlak van onder andere seksueel risicogedrag om de overdracht van HIV te doen dalen. Die gedragsverandering, stellen respondenten, is echter niet zo vanzelfsprekend. Er zijn namelijk heel wat sociaal-maatschappelijke factoren die de verandering van het gedrag in de weg staan. Elke maatschappij wordt gekenmerkt door een set van sociale waarden en normen. Eveneens binnen een gezin en tussen twee partners zijn er bepaalde verwachtingspatronen die het gedrag beïnvloeden, aldus de ondervraagden.

Gedragsverandering zou volgens de respondenten meer zijn dan alleen het begrijpen van een boodschap, er is ook nood aan het begrijpen van de complexe maatschappij waarvan men deel uitmaakt. Opvoeden en heropvoeden is met andere woorden een proces dat zeer veel tijd en een juiste aanpak vraagt.

*“Jongeren hun seksueel gedrag wordt bepaald door een zeer complexe maatschappij waarin dat zij van de geboorte af inzitten. Hoeveel maanden re-educatie heb je nodig om iemand van 15 jaar zijn seksueel gedrag en zijn seksuele visie om te draaien?”*

(Respondent 1)

*“Het is niet omdat je iets uitlegt aan een man en dat hij het verstaat dat hij ook zijn gedrag gaat wijzigen. Hij kan er zelfs mee akkoord zijn, maar als hij thuiskomt en in zijn relatie zijn er bepaalde patronen en dergelijke, is er een druk van de maatschappij, zijn er verwachtingspatronen naar hem toe van vrienden, vanuit de cultuur waaraan hij toch gaat beantwoorden.”*

(Respondent 6)

*“Om de strijd tegen AIDS te strijden denk ik dat je nood hebt aan individuele verandering, maar ook maatschappelijke verandering.”*

(Respondent 5)

### **Rol van de overheid**

Verschillende bevrageden leggen de verantwoordelijkheid bij de overheden van de landen in het Zuiden. Er gaat volgens de geïnterviewden vaak te weinig aandacht en middelen naar gezondheidszorg, onderwijs, etc. Dit is enerzijds een kwestie van het stellen van prioriteiten door de overheden, maar anderzijds ook een kwestie van de stabiliteit van een regering. De meerderheid van de regimes in het Zuiden zijn instabiel door onder andere oorlogsconflicten, een te sterke oppositie, te weinig middelen en/of kennis, etc.

*“Ik versta het niet dat ministeries van gezondheid zo miniem weinig geld uitgeven aan zo'n dingen in hun land. Terwijl dat het een basis is van uw maatschappij, als je*

*bevolking ziek is kan je niets verwezenlijken. Dat en onderwijs. En het is ongelooflijk hoe weinig geld dat is in de meeste landen."*

(Respondent 8)

*"(...) als een nationaal programma daar zijn schouders onder zet of een overheid een grote donor, dan kan zo iets lopen, maar heel vaak is dat maar zeer fragmentair. Die regimes zijn ook zo instabiel (...) die ministers veranderen voortdurend. Er zijn instellingen die draaien, maar het is niet evident om daar een beetje continuïteit in te krijgen. Dat vraagt zowel van de overheden voldoende visie en institutie, dus die administratie moet voldoende stabiel zijn en dan zijn het inderdaad die middelen over een periode van een jaar."*

(Respondent 2)

### **5.2.3 Culturele barrière**

Met 'cultuur' verwijzen we binnen deze context naar de dagelijkse gewoontes en gebruiken van een land, volk of groep. Het probleem van cultuur in die zin, is dat de eigen cultuur gezien wordt als vanzelfsprekend en andere culturen vaak als anders en *vreemd*. Volgens de respondenten vormt cultuur een grote barrière om over HIV/AIDS en seksualiteit te spreken.

#### **Cultuurverschillen**

De cultuur bepaalt volgens de bevrageden hoe men over bepaalde zaken denkt. Zo werd het voorbeeld aangehaald van ziekte; *bij ons doen we een ziekte op, terwijl men in andere culturen een ziekte krijgt*, aldus een respondent. Het ziektebeeld vanuit ons standpunt bekeken, zeggen de ondervraagden, is verantwoordelijk voor een groot *schuldgevoel* bij de mensen in het Zuiden. Zij worden op die manier namelijk verantwoordelijk gesteld voor het krijgen van een ziekte. De ondervraagden stellen dat er niet alleen Noord-Zuid verschillen zijn, maar ook verschillen in cultuur in het Zuiden zelf. Bijvoorbeeld tussen Afrikaanse en Aziatische culturen, maar eveneens een verschil in culturele gewoontes en gebruiken van Congolezen en Burundezen bijvoorbeeld.

*"Het is zo'n complementair gebeuren tussen de twee seksen. Zo interessant. Maar wij zijn daar blind voor. Wij vertalen alles in onze normen, wij kijken door onze bril en dan maken we waardeoordelen. Zonder het te weten, want wij vinden dat evidenties, we realiseren ons niet dat het waardeoordelen zijn."*

(Respondent 1)

*"Alle ziektes in Afrika zijn bepaald door 'hekserij'. Wat wij 'hekserij' noemen althans. Dus met andere woorden 'iemand geeft u een ziekte'. Een van de enorme voordelen*

*daarvan is dat er geen schuldgevoel is (...). Wij zeggen 'gij hebt een ziekte opgedaan' in Afrika zeggen ze 'ze hebben u een ziekte gegeven'."*

(Respondent 1)

*"(...) volgens mij is het in Burundi veel moeilijker dan in Congo. De openheid daar is minder. Het zal wel niet zijn dat de jongeren minder vragen hebben, maar ze babbelen daar minder. Ook de leiders van het project verkrijgen die participatie niet."*

(Respondent 4)

### **Cultuurimperialisme**

De ondervraagden gaan ervan uit dat elke cultuur met haar gewoontes, mythes, waarden en normen uniek is en gerespecteerd, maar ook gerelativeerd dient te worden. Niet alleen als het gaat over een andere cultuur, maar ook je eigen cultuur moet je kunnen respecteren en relativeren alvorens het te kunnen begrijpen. Dit *relativisme* ontbreekt volgens de ondervraagden maar al te vaak bij Westerse ngo's die werken in het Zuiden. Men baseert zich, volgens de respondenten, teveel op de eigen cultuur en gaat op die manier de andere cultuur veroordelen, willen veranderen en de eigen cultuur willen opdringen. Verschillende respondenten noemden dit fenomeen, *cultuurimperialisme*.

*"Ik kan alleen maar spreken vanuit mijn eigen gezichtspunt en vanuit mijn eigen begrip van de wereld. Wat, per definitie, 100% cultureel gebonden is. En we vergeten het elke keer opnieuw. Heel veel ngo's en vooral wanneer ze in de preventieve sector zitten, vergeten die dingen (...) We moeten dat doen met heel veel zelf- en cultuurrelativatie zodat we op zijn minst geen grove fouten niet maken."*

(Respondent 1)

*"Ik denk dat het een cultureel patroon is. De cultuur, maar ook de 'coutumes', de gewoonten zijn zeer moeilijk om te veranderen omdat die cultureel gebonden zijn."*

(Respondent 5)

*"Uiteraard zijn er verschillen in cultuur, maar ik vind het moeilijk om te vergelijken en vooral omdat mijn aanvoelen is dat men dikwijls te gemakkelijk oordeelt over een bepaalde cultuur."*

(Respondent 6)

### **5.2.4 Religieuze barrière**

De ervaringen van de respondenten zeggen dat het Zuiden wordt gekenmerkt door een zo goed als totale gelovigheid en/of spiritualiteit van de bevolking. Dat maakt dat religie een barrière kan vormen om bepaalde dingen te doen, te denken of over te spreken.

### **Kerkleider als belangrijk referentiefiguur**

Over de religieuze barrières is er een verdeeldheid onder de geïnterviewden. Enerzijds is er een groep respondenten die de katholieke kerk als een grote barrière beschouwd. Organisaties die geen anticonceptie mogen promoten en die onthouding als eerste en enige regel naar voor moeten brengen. Anderzijds, zeggen respondenten, is er in sommige kerkgemeenschappen al een zekere openheid rond HIV/AIDS en seksualiteit. Uit de bevindingen blijkt dat de bespreekbaarheid van HIV/AIDS en seksualiteit in kerkgemeenschappen afhankelijk is van kerkleider tot kerkleider. Sommige kerkleiders staan hiervoor open en hebben daarom een grote en positieve impact door hun gerespecteerde en publieke functie, terwijl anderen zeer conservatief zijn en de regels van het Vaticaan strikt opvolgen. Ondervraagden beweren zelfs dat de meeste van de kerkleiders hebben ingezien dat erover gepraat moet worden, maar het blijft de vraag of deze kerkleiders hierin het voortouw willen nemen.

*“De kerk die toch nog altijd op verschillende plaatsen de condoom en anticonceptie afwijst, daar moet je ook tegen vechten.”*

(Respondent 8)

*“Bepaalde projecten bij ons zijn ook moeilijker dan andere omdat ze het van het centrale niet toelaten. Het centrale bestuur eigenlijk, ‘le président’ van de kerk zagezegd. Het is dan wel geen paus, maar het is wel een kerkleider.”*

(Respondent 4)

*“(…) we zitten in een katholieke sfeer, in onze projecten zijn ze ook niet allemaal dol enthousiast om er rond te werken. Er worden condooms uitgedeeld, maar dat wordt nooit vlakaf of luidop gezegd. In Afrika is iedereen onthoudingsgericht en dit en dat, maar qua seksualiteit, de realiteit is volledig anders hè.”*

(Respondent 7)

*“(…) dat zijn dominees, dus die hebben een familie en kinderen. Als je individueel met hen babbelt dan snappen ze het ergens wel. Maar ze durven niet zeggen in de kerk ‘condooms kunnen wél en seksualiteit daar gaan we over babbelen’.”*

(Respondent 4)

### **5.3 Inhoud versus praktijk**

In deze paragraaf wordt de inhoud tegenover de praktijk geplaatst. We stellen vast uit de interviews dat er op inhoudelijk vlak aandacht is voor HIV/AIDS, maar in mindere mate voor RSV. In de praktijk wordt er anderzijds wel gewerkt rond RSV.

### **5.3.1 Inhoudelijk kader**

Uit de literatuur blijkt dat Belgische ngo's ondermeer gefinancierd worden op federale niveau. De Belgische overheid tekent, volgens respondenten, in principe de eerste krijtlijnen van de ngo's. De ondervraagden gaven aan dat voornamelijk de financiële afhankelijkheid van de Belgische overheid en het principe van aidsmainstreaming hun werking beïnvloedt.

#### **Financiële afhankelijkheid**

Uit de bevindingen van de interviews blijkt dat Belgische ngo's naast hun eigen middelen (via donaties, opbrengsten van campagnes, etc.) voor een groot deel gefinancierd worden door de Belgische overheid, meer bepaald door DGOS. Het bedrag dat ngo's ontvangen van de Belgische overheid wordt berekend op basis van de eigen opbrengsten van de ngo's.

*"(...) je moet (bijvoorbeeld) 20% zelf ophoesten en als je die 20% hebt, ja dan krijg je 80% bij. Als uw 20% één miljoen is, ja, dan is uw 80% maal vier hè (...)"*

(Respondent 1)

De respondenten geven aan dat het gevolg hiervan is dat kleine organisaties die weinig eigen opbrengsten hebben, ook op minder financiële steun kunnen rekenen van de Belgische overheid in vergelijking met grote ngo's. Dit heeft volgens de ondervraagden ook een invloed op hun inhoudelijke werking. Des te meer eigen middelen een ngo heeft, des te meer vrijheid zij hebben en des te minder verantwoording zij moeten afleggen.

*"(...) we zijn ook gelimiteerd met onze budgetten. Die 25% eigen fondsen dat je moet hebben blokkeert uw totaal budget. Om 1 miljoen giften te hebben, dat is al niet gemakkelijk in België, daar zit je geblokkeerd."*

(Respondent 4)

*"Die hebben dus niet in hun propaganda, euh, aardbevingen, de cholera-epidemie in Mozambique of zo van die dingen (...) Dus dat verkoopt niet aan het grote publiek en dus hebben ze geen geld. Dus hun 20% is 1000 BF of 1000 euro terwijl dat een grote organisatie bijvoorbeeld gemakkelijk een miljoen euro kan neerleggen."*

(Respondent 1)

*"(...) wij moeten ons ook richten naar het stramien. En je kan daarin natuurlijk wel wat accenten leggen, maar het is dan aan ons om te zien 'kunnen we dat rijmen met onze doelstellingen en met onze visie enzovoort'? En af en toe moet je dingen doen die een beetje tegen of niet helemaal stroken misschien met de visie maar je moet dat dan toch accepteren. Het zijn enkelen zoals [anoniem gemaakt], die zich kunnen permitteren 'wij willen daarvoor gaan en we hebben daar de middelen voor en we*

*doen dat'. Strookt dat niet met wat de Belgische overheid zegt, tant pis, dan gaan we 'cavalier'.*"

(Respondent 2)

### **Aidsmainstreaming**

Ondervraagden gaven aan dat DGOS ngo's aanmoedigt om HIV/AIDS te *mainstreamen* in hun werking, dit doen ze volgens de respondenten onder andere door extra financiële middelen vrij te maken voor ngo's die HIV/AIDS als prioriteit opnemen in hun missie. Dit heeft als gevolg dat er ngo's zijn die omwille van die financiële redenen gaan werken rond HIV/AIDS.

*"(...) sinds 2003 gaan bij DGOS heel veel financiële middelen naar AIDS-projecten. En veel ngo's nemen dat letterlijk en zeggen 'ok, we gaan aan een AIDS-project werken'."*

(Respondent 6)

*"In 2003 werd AIDS in de politiek een prioriteit, het werd belangrijk en we moesten meer geld voor AIDS vrijmaken...dus zijn wij daar opgesprongen hè."*

(Respondent 4)

Volgens de ondervraagden leidt het principe van *aidsmainstreaming* tot meer kwaad dan goed. HIV/AIDS wordt volgens respondenten op die manier als een geïsoleerd probleem beschouwd in plaats van het te kaderen binnen zijn bredere sociale, politieke en culturele context.

*"(...) om gezondheid of om een sociale problematiek als een taart te beschouwen waar de spie AIDS zou kunnen uit geïsoleerd worden. En dat is wat er binnen een AIDS project gebeurt. Er worden gigantische sommen geld aan besteed om precies één spie uit die hele taart te snijden en die te gaan isoleren. En ik denk dat dat een aanpak is dat absoluut niet werkt."*

(Respondent 6)

### **5.3.2 RSV in de praktijk**

Anderzijds blijkt uit de bevindingen dat RSV wel een plaats krijgt binnen ngo's die HIV/AIDS op een integrale manier benaderen (in ons werk doorgaans gecategoriseerd als ontwikkelingsngo's). Volgens deze respondenten is het verkeerd om verschillende problematieken te gaan isoleren van anderen en ze afzonderlijk aan te pakken. De geïnterviewden spraken over HIV/AIDS en RSV in relatie met mensenrechten, empowerment, gemeenschapsopbouw, opvoeding, gezondheid, etc. Zij gaven aan dat in plaats van HIV/AIDS op te nemen als hun "Core-business", zij in eerste instantie willen werken rond thema's als seksuele gezondheid zijnde een recht, vooraleer over te gaan tot HIV/AIDS. Het creëren van een open klimaat rond

seksualiteit is volgens respondenten noodzakelijk vooraleer er wordt gesproken over HIV/AIDS.

*"We zitten met rechten; mensenrechten, vrouwenrechten, recht op gezondheid, sociale rechten die wij willen bevorderen. En binnen die problematiek zien wij dat AIDS voor bepaalde groepen van mensen of in bepaalde landen een belangrijk thema is. Dan kunnen wij binnen dat 'framework', binnen dat kader inderdaad rond AIDS, rond seksuele rechten, rond relationele thematieken actief zijn."*

(Respondent 6)

*"Stap één is een algemene opvoeding tot openheid als grondhouding; algemeen bewustzijn, durven spreken, durven zich te uiten. Stap twee, als we al een zekere openheid hebben, kunnen we proberen om rond seksualiteit (of liefde en relaties geleidelijk aan want je mag niet te rap gaan) een openheid te creëren en in de derde stap gaan we pas rond de HIV/AIDS thematiek kunnen werken. Maar ik hoef u niet te vertellen hoeveel werk die twee eerste stappen al vragen."*

(Respondent 7)

---

## HOOFDSTUK 6: DISCUSSIE

---

In het vorige hoofdstuk bespraken we uitvoerig de onderzoeksresultaten. In dit hoofdstuk worden deze resultaten op een kritische manier gekoppeld aan de literatuur.

### **6.1 Ngo's en hun missie: prioriteiten stellen**

Uit de literatuur blijkt dat er bepaalde groepen zeer kwetsbaar zijn voor HIV/AIDS (DGOS, 2006). In 2005 schatte het WHO/UNAIDS dat er wereldwijd 10 miljoen jongeren tussen 15 en 24 jaar geïnfecteerd waren met HIV. Doormiddel van preventie en educatie kan deze groep gesensibiliseerd worden (Kirby, 2001; Fine & McClelland, 2006; e.a.) met een daling van HIV-infectie als gevolg.

RSV (CES in het Engels) biedt, volgens Sensoa en IPPF (2005;2006), een uitstekend alternatief om HIV/AIDS aan te pakken. Door een open klimaat te creëren rond seksualiteit en door jongeren een aantal vaardigheden aan te leren kan men seksualiteit, relaties en liefde, maar ook seksueel risicogedrag en HIV/AIDS bespreekbaar maken.

Niet alle ngo's werken echter op niveau van preventie en educatie. Naar aanleiding van de interviews, hebben we in ons onderzoek de ngo's gecategoriseerd in twee groepen: de zorg-ngo's met een uitsluitend medische, dienstverlenende missie en de ontwikkelings-ngo's met een missie die een integrale aanpak op verschillende niveaus inhoudt.

De onderzoeksresultaten zeggen ons dat zorg-ngo's, HIV/AIDS benaderen door in eerste instantie zorg en behandeling te verlenen aan patiënten die komen met klachten en symptomen. Uit de literatuur blijkt dat de Belgische overheid ngo's, die werken binnen de gezondheidssector, aanmoedigt en steunt om binnen de gezondheidszorg te werken rond HIV/AIDS (FOD Buitenlandse Zaken, 2006). RSV wordt in deze missie niet beschouwd als een expliciet thema, maar eerder als een thema binnen de HIV/AIDS problematiek.

Ontwikkelings-ngo's daarentegen werken rond gemeenschapsofbouw, mensenrechten, beleidsbeïnvloeding, etc. Hier wordt HIV/AIDS aangepakt binnen een veel ruimer kader dan uitsluitend de gezondheidszorg. Binnen deze context is er sprake van een integrale aanpak van verschillende problematieken waar RSV en HIV/AIDS als twee evenwaardige thema's worden behandeld.

### **6.2 Ondervonden barrières**

We vroegen de respondenten naar de barrières die zij ondervinden wanneer zij in hun partnerlanden spreken over HIV/AIDS en seksualiteit.



### **Het taboe: de VS en het Vaticaan**

Uit de interviews blijkt dat het sekstaboe één van de grootste barrières vormt voor een effectieve aanpak van HIV/AIDS. Er is een gebrek aan openheid en mensen ontbreken vaak de maturiteit om op een zinvolle manier te spreken over seksualiteit. Uit de literatuur blijkt dat preventieprogramma's zich voornamelijk focussen op HIV/AIDS-preventie. Seksualiteit bekleed binnen deze context vaak een marginale rol (Campbell, 2003). Er wordt nog teveel gesproken over seksualiteit vanuit een negatieve invalshoek, namelijk seksualiteit gekoppeld aan een dodelijke ziekte of aan clandestien seksueel gedrag.

Er ontstaat eveneens een stigma rond HIV/AIDS. HIV/AIDS wordt in veel culturen en godsdiensten in relatie gebracht met losbandig seksueel gedrag. Terwijl blijkt uit de literatuur dat de seksuele en reproductieve gezondheid een basis vormt voor de algemene ontwikkeling van de mens (WHO, 2002), zijn er wereldwijd nog veel teveel mensen die niet kunnen genieten van hun seksuele en reproductieve rechten (IPPF, 2006). De HIV/AIDS problematiek zou in die zin als belangrijk draagvlak kunnen dienen om deze rechten te bewerkstelligen en te garanderen.

Uit de literatuur blijkt dat de Amerikaanse overheid enkel die ngo's financiert die AO promoten (US Government, 2003). Zelfs de ABC-methode, wordt in de praktijk gereduceerd tot uitsluitend het promoten van onthouding (Sensoa, 2005; Sinding, 2005). Deze taboegeladenheid illustreert de huidige neoconservatieve trend en het religieuze fundamentalisme die de HIV/AIDS preventie vandaag domineren. De VS en het Vaticaan zijn hier, in zeer grote mate, verantwoordelijk voor.

### **Sociaal-maatschappelijke barrière**

Een tweede groot knelpunt is de sociaal-maatschappelijke barrière. De respondenten gaven aan dat de HIV/AIDS problematiek een grootschalige gedragsverandering vereist. Gedragsverandering, in de algemene zin van het woord, is echter een proces dat zeer veel tijd en een juiste aanpak vergt. Gedragsverandering op vlak van seksualiteit en HIV/AIDS is in die zin nog moeilijker omdat het een specifieke gedragsverandering betreft die bovendien te maken heeft met taboe geladen onderwerpen.

Een ander sociaal-maatschappelijk knelpunt dat de respondenten aanhalen is het feit dat HIV/AIDS en RSV vaak geen prioriteiten zijn van de overheden in het Zuiden. Wanneer er niet voldoende middelen worden vrijgemaakt en geen informatiekkanalen worden opgebouwd om rond HIV/AIDS en RSV te werken, dan is er ook geen maatschappelijk kader waarbinnen er ruimte is voor volkswontwikkeling en volksgezondheid in het algemeen en HIV/AIDS en RSV in het bijzonder.

Zoals blijkt uit de literatuur (Sensoa, 2006) is een zekere maatschappelijke openheid en een sterk politiek engagement noodzakelijk om de aandacht voor RSV en dus ook de strijd tegen HIV/AIDS te kunnen concretiseren. In die zin spelen ngo's, die onder andere

beleidsbeïnvloeding als missie hebben, een belangrijke functie. Door druk uit te oefenen op de overheden kunnen ngo's ervoor zorgen dat meer middelen en aandacht uitgaan naar HIV/AIDS en RSV.

### **Culturele barrière**

Als bijkomend knelpunt kwam de culturele barrière uit de gesprekken naar voor. De grote cultuurverschillen tussen Noord en Zuid maken dat mensen elkaar niet altijd even goed begrijpen. Zonder te beweren of het ene beter is dan het andere, stelt men vast dat het er in een andere cultuur vaak *anders* aan toegaat. Uit de interviews blijkt dat dit arbitraire karakter van cultuur vaak vergeten wordt door de ngo's. Respondenten stellen vast dat er sprake is van een cultuurimperialisme, waardoor ngo's hun eigen cultuur proberen op te dringen in het Zuiden.

Hoe mensen over seksualiteit en dus ook over HIV/AIDS denkt is cultuurgebonden. Hiermee dient rekening gehouden te worden door de ngo's uit het Noorden die werk leveren in het Zuiden. Vertrekkend vanuit de overtuiging dat seksuele en reproductieve rechten ook mensenrechten zijn (FWCW, 1995) en met respect voor de cultuur van de partnerlanden zonder die te veroordelen, kunnen ngo's de culturele barrière overstijgen.

### **Religieuze barrière**

Zoals blijkt uit de interviews kan de kerk zowel een barrière vormen als een ingangspoort om te spreken over HIV/AIDS en/of seksualiteit. De meerderheid van de mensen die leven in het Zuiden zijn religieus of spiritueel gezind. Kerkleiders hebben een enorme impact in het Zuiden. De boodschap die zij meegeven aan gelovigen is van dusdanig belang dat zij bepalen of er al dan niet een openheid is rond seksualiteit en HIV/AIDS in hun gemeenschap.

Zoals blijkt uit de literatuur hebben conservatieve visies op HIV/AIDS preventie een grote invloed in het Zuiden. Zo promoot de VS de AO visie en worden zij hierin gesteund door het Vaticaan (Sinding, 2005). Zo beweren zowel Sensoa (2006) als Sinding (2005) dat de ABC-benadering een zeer effectieve methode is van HIV/AIDS-preventie, indien zij correct wordt geïmplementeerd. In de praktijk wordt deze methode echter gereduceerd tot uitsluitend de onthoudingsboodschap (Sensoa, 2006; Sinding, 2005). Op die manier wordt ook de C (Condom use) van ABC gestigmatiseerd. De neo-conservatieven verwerpen het condoom als preventiemiddel waardoor het gebruik gekoppeld wordt aan prostitutie en clandestien seksueel gedrag.

## **6.3 Inhoud versus praktijk**

Belgische ngo's zijn financieel afhankelijk van de Belgische overheid (DGOS, 2006). Grote ngo's hebben meer financiële middelen en meer vrijheid om hun eigen weg te gaan, terwijl kleine ngo's gebonden zijn en meer verantwoording moeten afleggen bij de donor.

Ondanks de financiële aandacht voor HIV/AIDS wordt RSV opnieuw in de schaduw geplaatst. Ngo's hebben de vrijheid om hier rond te werken, maar het is geen *must*. Dit heeft als gevolg dat ngo's vaak rond HIV/AIDS werken zonder dat zij RSV integreren.

Uit de literatuur blijkt dat België HIV/AIDS wil mainstreamen in de samenwerkingscyclus met de partnerlanden voor ontwikkelingssamenwerking (DGOS, 2006). Dit vertaalt zich ondermeer naar de subsidiëring van de Belgische ngo's die de strijd tegen HIV/AIDS opnemen in hun missie. De HIV/AIDS gevoeligheid is er dus wel degelijk bij de Belgische overheid. De vraag luidt echter of deze gerichte financiering effectief is om de strijd tegen HIV/AIDS aan te gaan? Het principe van *aidsmainstreaming* maakt dat werken rond HIV/AIDS een "*business*" (R7) is geworden, aldus verschillende respondenten. Op minder dan tien jaar tijd is het budget van de Belgische overheid voor de strijd tegen HIV/AIDS verzevenvoudigd (DGOS, 2006), terwijl de cijfers van het WHO/UNAIDS (2006) rapport jaarlijks een stijging van HIV/AIDS besmettingen vaststelt. Hieruit kunnen we opmaken dat meer financiële middelen niet noodzakelijk in relatie liggen met een effectieve aanpak.

De resultaten geven aan dat het de ngo's met een ontwikkelingsmissie zijn die in de praktijk rond RSV werken. HIV/AIDS is bij ontwikkelings-ngo's als het ware een thema binnen RSV. Uit de literatuur blijkt dat RSV een ruimer kader is waarbinnen aandacht gegeven wordt aan seksuele en reproductieve rechten en gezondheid, expressie, het ontwikkelen van vaardigheden, etc. (IPPF, 2006) Het aanpakken van HIV/AIDS binnen een bredere RSV-aanpak heeft een veel duurzamer en preventief effect in tegenstelling tot het benaderen van HIV/AIDS als een geïsoleerd probleem.

# Besluit

De algemene doelstelling van dit onderzoek was een beter zicht te krijgen op de aanpak van Belgische ngo's betreffende HIV/AIDS en RSV in het Zuiden. Specifiek was dit onderzoek erop gericht te weten te komen welke soort ngo's rond HIV/AIDS en RSV werken en welke barrières deze ngo's ondervinden wanneer zij werken rond deze thema's. Aan de hand van diepte-interviews werden acht medewerkers van Belgische ngo's bevraagd.

We zijn tot de vaststelling gekomen dat er twee soorten ngo's te onderscheiden zijn die werken rond HIV/AIDS. Enerzijds onderscheiden we ngo's met een *zorgmissie* en anderzijds ngo's met een *ontwikkelingsmissie*.

Zorg-ngo's benaderen HIV/AIDS vanuit een medisch, dienstverlenend uitgangspunt. Namelijk, door in eerste instantie het verlenen van zorg en behandeling. Binnen dergelijke missie is de HIV/AIDS-problematiek een gezondheidsprioriteit en speelt de preventieve RSV-aanpak een marginale rol.

Ontwikkelings-ngo's benaderen HIV/AIDS door het te plaatsen binnen een ruimer sociaal-maatschappelijk, politiek, cultureel en economisch kader. Binnen dergelijke missie wordt HIV/AIDS behandeld als één van de thema's binnen een integrale, RSV-aanpak.

Uit ons onderzoek is gebleken dat er een aantal barrières bestaan die een vlotte werking rond HIV/AIDS en RSV in de weg staan. De voornaamste knelpunten die besproken werden zijn het taboe, de sociaal-maatschappelijke, de culturele en de religieuze barrière.

HIV/AIDS en seksualiteit zijn thema's waarrond nog steeds een groot taboe hangt. Deze taboe-geladenheid maakt dat seksuele gedragsverandering op sociaal-maatschappelijk niveau moeilijk is. Een andere sociaal-maatschappelijke barrière is de rol van de overheden in het Zuiden. Deze overheden zijn mede verantwoordelijk voor het creëren van een maatschappelijke openheid rond HIV/AIDS en RSV. Daarnaast zijn er grote cultuurverschillen tussen Noord en Zuid. Er is sprake van *cultuurimperialisme* wanneer ngo's uit het Noorden te weinig rekening houden met cultuurverschillen en wanneer zij hun eigen cultuur proberen op te dringen aan het Zuiden. Ten slotte kan de religie eveneens een barrière vormen voor het creëren van een open klimaat rond HIV/AIDS en RSV. Kerkleiders treden in het Zuiden vaak op als belangrijke referentiefiguren. Hun boodschap over HIV/AIDS en seksualiteit is in die zin bepalend voor de hele gemeenschap.

De Belgische overheid stimuleert ngo's om rond HIV/AIDS te werken in hun partnerlanden in het Zuiden. De overheid doet dit door meer financiële middelen vrij te maken voor ngo's die HIV/AIDS als 'core business' opnemen in hun inhoudelijke werking. Dit heeft als gevolg dat sommige (meestal kleine) ngo's zich richten naar HIV/AIDS omdat dit meer financiële

middelen opbrengt, eerder dan vanuit een daadwerkelijke missie. Een specifieke *mainstreaming* rond HIV/AIDS heeft weinig zin wanneer er niet voldoende aandacht wordt besteed aan seksualiteit en relaties. Een integrale RSV-aanpak daarentegen biedt ngo's de mogelijkheid om HIV/AIDS te benaderen vanuit verschillende invalshoeken en binnen een breder kader.

Ons onderzoek betreft echter een kleinschalig onderzoek, dat uitsluitend kwalitatief is van aard. We hebben ons enkel gericht naar die ngo's die binnen hun werking reeds aandacht besteden aan HIV/AIDS en/of RSV. In de toekomst zou onderzocht kunnen worden welke argumenten ngo's naar voor brengen om deze thema's niet te integreren in hun missie. Verder kwalitatief zowel als kwantitatief onderzoek zou kunnen uitwijzen welke de meest efficiënte en effectieve aanpak is om de verdere strijd met HIV/AIDS aan te gaan.

# Literatuurlijst

- Artsen Zonder Grenzen (2003). *HIV/AIDS slachtoffers in crisisgebieden: behandeling moet en kan!* Geraadpleegd op 15 maart, 2007, op [www.artsenzondergrenzen.nl/usermedia/files/aidsboekje.pdf](http://www.artsenzondergrenzen.nl/usermedia/files/aidsboekje.pdf)
- Baarda, D.B., De Goede, M.P.M., & Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek.* Groningen/Houten: Stenfert Kroese, Wolters-Noordhoff.
- Bernstein, S. (2005). The Changing Discourse on Population and Development: Toward a New Political Demography. *Studies in Family Planning*, 36 (2), 127-131.
- Bernstein, S. (2006). *Public Choices, Private Decisions: Sexual and reproductive Health and the Millennium Development Goals.* UK: United Nations Development Programme.
- Basu, A.M. (2005). The Millennium Development Goals Minus Reproductive Health: An Unfortunate, but Not Disastrous, Omission. *Studies in Family Planning*, 36 (2), 132-134.
- Campbell, C. (2003). *'Letting them die': why HIV/AIDS intervention programmes fail. – (African Issues).* Bloomington & Indianapolis: Indiana University Press.
- Fathalla, M.F. (2005). The Reproductive Community: A valuable Asset for Achieving the MDG's. *Studies in Family Planning*, 36 (2), 135.
- Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking. (2006), *De beleidsnota: De Belgische bijdrage aan de wereldwijde strijd tegen HIV/AIDS.* Brussel: DGOS.
- Fine, M., & McClelland, S.I. (2006). Sexuality Education and Desire: Still Missing after All These Years. *Harvard Educational Review*, 76 (3), 297-328.
- Germain, A., & Dixon-Mueller, R. (2005). Reproductive Health and the MDG's: Is the Glass Half Full of Half Empty? *Studies in Family Planning*, 36 (2), 137-139.
- Girard, F. (2003) Do We Need Sexual Rights? *Choises*, 31 (1), 2-9.

- International Planned Parenthood Federation (2003). *IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights*. London: IPPF.
- International Planned Parenthood Federation. (2005). *IPPF's Strategic Framework 2005-2015*. London: IPPF.
- International Planned Parenthood Federation. (2006). *IPPF Framework for Comprehensive Sexuality Education*. London: IPPF.
- Kirby, D. (2001). *Emerging answers: research findings on programs to reduce teen pregnancy (summary)*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Perloff, R.M. (2001). *Persuading people to have safer sex. Applications of social science to the aids crisis*. New York: LEA Inc.
- Population Action International (2001). *Impact of Global Gag Rule Insufficiently Documented in the past*. Geraadpleegd op 26 april, 2007, op <http://www.findinsitecontrolcenter.com/populationaction/search.aspx?Text=global+gag+rule&x=0&y=0>
- Sensoa (2005). *Factsheet. Basics: preventie van hiv*. Geraadpleegd op 2 november, 2006, op <http://www.sensoa.be/hiv.php>
- Sensoa Internationaal. (2006). *Het ABC van de HIV-preventie*. Gent: Auteur.
- Sinding, S. (2003). IPPF's Work on Sexual and Reproductive Rights. *Choices*, 10-11.
- Sinding, S. (2005a). Keeping Sexual and Reproductive Health at the Forefront of Global Efforts to Reduce Poverty. *Studies in Family Planning*, 36 (2), 140-143.
- Sinding, S. (2005b). Does CNN (condoms, needles and negotiation) work better than ABC (abstinence, being faithful and condom use) in attacking the aids epidemic? *International Family Planning Perspectives*, 31 (1), 38-40.
- Sinding, S. (2005c). Overseas development challenges: a pivotal year for European support for sexual and reproductive health and rights. *Conscience*, 26 (1), 29-30.
- Trenholm, C., Devaney, B., Fortson, K., Quay, L., Wheeler, J., & Clark, M. (2007). *Impacts of*

- Four Title V, Section 510 Abstinence Education Programs.* Washington, DC: Mathematica Policy Research Education, Inc.
- United Nations (September, 1995). *The United Nations Forth World Conference on Women.* Geraadpleegd op 20 november, 2006, op <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/girl.htm>
- United Nations (2000). *United Nations Millennium Declaration.* Geraadpleegd op 15 maart, 2007, op <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>
- United Nations Department of Public Information (1995). *UCPD '94 Summary of the Programme of Action.* Z.p.: UNPI.
- United Nations Population Fund (1994). *Summary of ICPD Programme of Action.* <http://www.unfpa.org/icpd/summary.htm>
- US Social Security Administration (1998). *Seperate Program for Abstinence Education.* Geraadpleegd op 5 november, 2006, op [http://www.ssa.gov/OP\\_Home/ssact/title05/0510.htm](http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title05/0510.htm)
- US Government, The White House (Januari, 2001). *Memorandum: Restoration of the Mexico City Policy.* Geraadpleegd op 25 maart, 2007, op <http://www.whitehouse.gov/news/releases/20010123-5.html>
- US Government (2003a). *Reducing Teen Pregnancy: Adolescent Family Life Act and Abstinence Education Programs.* Geraadpleegd op 20 november, 2006, op <http://www.senate.gov/~hutchison/RS20873.pdf>
- US Government, The White House (2003b). *Fact Sheet: The President's Emergency Plan for AIDS Relief.* Geraadpleegd op 15 maart, 2007, op <http://www.whitehouse.gov/news/releases/2003/01/20030129-1.htm>
- US Department of State (2003c). *ABC Guidance #1.* Geraadpleegd op 11 mei, 2007, op <http://www.state.gov/s/gac/partners/guide/abc>
- Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid {WIV}. (2005). *HIV/AIDS in België: Toestand op 30 juni 2005; Semestriële rapport N° 61.* Brussel: WIV.
- World Health Organization (2002). *Working Draft Definition.* Geraadpleegd op 5 november, 2006, op <http://www.who.int/reproductive-health/gender/glossary.html>
- World Health Organization (2004). *Position Statement on Condoms and HIV Prevention.*



[http://www.who.int/hiv/pub/prev\\_care/statement/en/](http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/statement/en/)

World Health Organization {WHO} and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS {UNAIDS}. (2006), *AIDS epidemic update: special report on HIV/AIDS*. Geneva: WHO/UNAIDS.

Wymeersch, S. (2005). De MOD's: Vloek of zegen? Een kind van hun tijd. *Vrouwenraad*, (1), 15-22.

# Bijlage

Interview woensdag 21 maart, 2007 14:00u-15:48u (respondent 7).

[I]: Dit onderzoek wordt uitgevoerd in het kader van mijn licentiaatsthesis in de Agogische wetenschappen aan de Vrije Universiteit Brussel, onder begeleiding van vzw Sensoa en Wetenschapswinkel Brussel.

Dit onderzoek vertrekt vanuit de vraagstelling 'wat ngo's doen op vlak van seksuele en relationele vorming binnen hun projecten in het Zuidoosten'. Het uiteindelijke oogmerk van dit onderzoek is het verkrijgen van informatie om op basis daarvan maatregelen te kunnen voorstellen die uiteindelijk kunnen leiden tot een meer holistische benadering van NGO's wat betreft de Aids-problematiek in relatie met seksuele en relationele vorming.

Dit interview zal ongeveer anderhalf uur in beslag nemen en uw toestemming wordt gevraagd om ons gesprek op te nemen. De gegevens van het interview zullen achteraf anoniem verwerkt worden.

[D] : Binnen Aidsprojecten of binnen projecten?

[I]: Ja, dat hebben we dus verruimd naar 'binnen hun projecten' als er nog geen AIDS-projecten zijn om dan te weten te komen of seksualiteit of AIDS toch al dan niet aan bod komt.

Goed meneer D., u werkt voor X? Wat is uw precieze functie binnen de organisatie?

[D]: Mijn precieze functie .... het grootste deel van mijn tijd steek ik in sensibilisatie en educatie, dus ik ben verantwoordelijk voor de Noordwerking. Aan de andere kant de helft van mijn tijd ben ik projectbeheerder voor projecten in Azië maar ik steek ook heel wat tijd in onze projecten in Centraal-Afrika, in het DGOS-dossier. Het DGOS-dossier bereid ik vooral inhoudelijk, dus het programma, het overkoepelend geheel...die zaken meer. Op die manier ben ik vooral in het DGOS-dossier ook met alles rond AIDS en HIV bezig en Azië met specifieke projecten rond AIDS.

[I]: En hoe lang werkt u ondertussen al...

[D]: Zes jaar. Ik heb eerst 6 jaar orthopedagogische werkveld gewerkt hier in Vlaanderen en dan voor de NGO.

[I]: Ik begrijp niet...In deze functie zit u al 6 jaar of voordien deed u iets anders?

[D]: Ja. Daarvoor heb ik 6 jaar in de orthopedagogie zelf gewerkt in Vlaanderen.

[I]: U bent van opleiding orthopedagoog?

[D]: Nee, helemaal niet. Ik ben van opleiding 'Licentiaat in Godsdienstwetenschappen' en 'Licentiaat in Familiale en seksuologische wetenschappen'. Dus...een goede combinatie voor pedagogie (lacht). En seksuologie kunt ge alleen maar in Brugge eigenlijk..echte licentiaat in de familiale en seksuologische wetenschappen kunt ge niet doen op een algemene universiteit.

[I]: Hoe bent u hier terecht gekomen?

[D]: Men zocht natuurlijk iemand, maar men heeft mij aangenomen o.w.v. mijn ervaring in orthopedagogie. Mijn diploma van licentiaat in Familiale en seksuologische wetenschappen is een medisch diploma, maar aan de andere kant ook een typisch diploma in de geestelijke gezondheidszorg. Onze projecten zijn ofwel orthopedagogie of geestelijke gezondheidszorg. En ten derde, daarbij had ik 'chance', ik was zelf in mijn instelling verantwoordelijk voor de acties rond ontwikkelingssamenwerking wat voor sensibilisatie en educatie interessant was. Op deze manier ben ik ook op deze stoel terecht gekomen.

[I]: En ging u toen ook al af en toe naar het zuiden?

[D]: Nooit.

[I]: Of pas vanaf hier?

[D]: Ja

[I]: En nu nog steeds of gaat u toch af en toe?

[D]: Jaja, ik ga twee keer per jaar observeren.

[I]: Om dan projecten op te volgen... de partnerorganisaties?

[D]: Ik doe 2 zendingen per jaar; één is naar Rwanda en Kivu waar ik 2 dingen combineer: aan de ene kant doe ik de opvolging van de projecten en aan de andere kant begeleid ik altijd zeven Vlaamse leerkrachten, opvoeders of psychiatrische verplegers die ik onze projecten laat bezoeken en ?????????????? in het kader van sensibilisatie/educatie. En de andere zending per jaar is altijd ergens anders, het is om een grote campagne op te zetten rond een specifiek project. Dit jaar is dat in Vietnam, vorig jaar in september de 2<sup>de</sup> week na Vietnam ben ik ook efkes in de Filippijnen geweest. En daar steunen we nu ook een aantal projecten rond HIV – AIDS. Ik heb er een presentatie van 5 minuten, als ge wilt kunnen we die straks ne keer bekijken. Dat zijn de enige projecten alleen rond HIV/AIDS, specifiek ..... die we ondersteunen. Al de rest rond HIV/AIDS is allemaal in onze bestaande projecten waar ze op een of andere manier geïntegreerd worden.

[I]: En misschien even kort nog over de organisatie, ik heb al begrepen dat jullie een medische NGO zijn?

[D]: Wij zijn op 3 vlakken actief : Orthopedagogische zorg - orthopedagogie is zorg voor personen met een handicap (opvoedkunde); geestelijke gezondheidszorg is psychiatrie,

verslaving ..alles wat er maar bij hoort en ten derde is er onderwijs: Van gewoon onderwijs tot buitengewoon onderwijs. Het onderwijs met kinderen met een handicap, mentaal gehandicapten enz. Volledig medisch dus niet, eerder welzijn of wel niet???? medische gezondheidszorg en onderwijs ten derde.

[I]: Dus jullie hebben zowel enerzijds een dienstverlenende rol in het zuiden en anderzijds een rol op educatief vlak?

[D]: In Vlaanderen proberen we op het vlak van sensibilisatie/educatie te werken met dezelfde doelgroepen. Dus naar instellingen die rond gehandicaptenzorg werken in Vlaanderen, instellingen die rond psychiatrie werken en het onderwijs. In die drie domeinen doen wij aan sensibilisatie en educatie.

[I]: In Vlaanderen?

[D]: In Vlaanderen.

[I]: En hoe zit dat in het Zuiden?

[D]: Niets euhm..... onze inhoudelijke inbreng op vlak van onze programma's en acties dat is onze eerste taak. Maar euhm specifiek sensibilisatie en educatie rond HIV/AIDS daar heb ik op een studiedag van sensoa een aantal maanden geleden over gesproken. Ik heb het een keer afgeprint als je wil.

[I]: Jullie werken met partnerorganisaties in het Zuiden. Zijn dat mensen van hier, die hier worden opgeleid en die naar daar gaan of zijn dat allemaal lokale mensen die daar werken?

[D]: Onze projecten zijn als volgt opgestart: we zijn een ngo die verbonden is met de Broeders van Liefde die vroeger, in de tijd van de missionarissen, projecten begonnen zijn wereldwijd. Missionarissen zijn er bijna niet meer, lokale mensen hebben alles overgenomen, maar de band is gebleven. Dus wij ondersteunen die projecten aan de ene kant financieel, want het zijn vaak projecten die inhoudelijk sterk genoeg staan die perfect kunnen werken zonder dat ze onze hulp nodig hebben, maar die het financieel niet rond kunnen. Aan de andere kant starten we ook nieuwe projecten op rond ortho-pedagogie, geestelijke gezondheidszorg, onderwijs en daar moet je zeker wel een inhoudelijke stimulans geven. Geestelijke gezondheidszorg, ortho-pedagogische zorg is een grote onbekende, zeker in Afrika en Azië. Kinderen met een mentale handicap, psychoses, verslavingszorg, psychiatrie, vraagt heel veel inhoudelijke ondersteuning. Dan werken we met coöperanten, met volledige programma's die uitgewerkt moeten worden om een project geleidelijk aan om te starten. Dus aan de ene kant werken we soms puur financieel, maar het grootste deel is heel inhoudelijk; personele ondersteuning op dat vlak, inhoudelijke ondersteuning, kwaliteitsplannen.

[I]: En waar halen jullie de financiële middelen?

[D]: 30% via DGOS, 20% via de Broeders van Liefde zelf en de rest zijn giften.

[I]: Kan u eens kort beschrijven wat jullie missie/visie inhoudt?

[D]: Onze visie is dat we de kwaliteit van leven willen verhogen van doelgroepen die in Afrika of in Azië marginaal zijn. Kwaliteit van leven verhogen gaat niet alleen over kwaliteit van bestaan, maar heeft ook te maken met arbeid, welbevinden, sociaal engagement, onderwijs, materieel, psychologisch, etc. Marginale groepen, dat is dan onze specifieke missie, die richt zich alleen tot personen met een handicap, geesteszieken of die geen onderwijs hebben. Dat is specifiek waarmee wij mee bezig zijn. Andere projecten ondersteunen wij zelden. Een paar projecten rond ouderenzorg, een paar projecten nu in Vietnam rond HIV/AIDS, maar dat is niet onze prioriteit. Je moet weten waar je goed in bent, wij zijn goed in deze drie domein en we hebben niet de pretentie om goed te zijn in andere zaken.

[I]: U zegt wel dat er enkele projecten lopende zijn op vlak van HIV/AIDS, hoe gaan die dan in zijn werk of hoe zijn jullie daartoe gekomen om daar rond te werken?

[D]: Daar valt eigenlijk niet veel over te vertellen. Ik ben een half jaar geleden in Vietnam geweest waar we een aantal projecten rond gehandicaptenzorg ondersteunen, waar we ook nieuwe projecten gaan uitwerken en daar zijn we ook in contact gekomen met projecten rond HIV/AIDS bij kleine kinderen, jonge moeders en jonge mannen. Dat zijn projecten die goed lopen, projecten die vanzelf inhoudelijk sterk staan, die weten hoe het moet, maar we zien dat die projecten het financieel heel moeilijk hebben. Vietnam, communistische regime, de ontkenning van HIV/AIDS laat staan het toegeven dat er iets aan gedaan moet worden. Dus die projecten staan gewoon op droog zaad. Vandaar dat we weer gezegd hebben dat we hen in beperkte maten financieel gaan ondersteunen, louter financieel. Niets van theorieën om de wereld te veranderen. Mensen weten verdomme heel goed hoe ze het moeten doen, maar ze hebben de middelen niet. Wij willen enkel beperkte financiële middelen geven, dat gaat rond de campagnes rond sensibilisatie en educatie van HIV/AIDS, die ze zelf al doen, dus moeten wij niet de pretentie hebben want ze weten zelf hoe ze het moeten doen. Aan de andere kant gaat het over psychologische begeleiding, dagcentra, medicatie dat kost veel geld en op dat vlak ondersteunen wij niet inhoudelijk. Daar ben ik heel eerlijk in, die mensen weten heel goed hoe ze het moeten doen, op dat vlak staan ze sterk.

[I]: En hoe gebeurt dat dan inhoudelijk?

[D]: Inhoudelijk moeten ze uitgaan van het taboe zelf; het feit dat ze openlijk naar de overheid toe weinig kunnen maken, dat ze dus moeten samenwerken met buitenlandse ngo's. Op inhoudelijk vlak zijn de campagnes vooral via folders via de kerk, via raden, via scholen in

beperkte maten en niet te luid want ze willen niet teveel protest van de ouders. En ervan uitgaan dat het taboe zo groot is dat de meeste seropositieve mensen verstoten worden door hun families. Dus zij steken enorm veel tijd, energie en moeite in de opvang van verstoten mensen. Wat inhoudelijk maakt dat ze zich vooral moeten concentreren op psychologische begeleiding van mensen die HIV/AIDS hebben of die AIDS aan het ontwikkelen zijn en die op één of andere manier ook nog eens een verstotingsprobleem heeft. Wat op zich een hele zware problematiek is; iemand die weet of vermoedt dat hij zou kunnen sterven en die daarbovenop nog eens verstoten wordt. In Azië en Afrika is het ergste wat u kan overkomen verstoten worden door u familie en dat is op psychologisch vlak een ongelooflijke klap. Die begeleiding vraagt ook heel veel tijd, energie en inspanning. Dat is helemaal anders dan rond sensibilisatie werken, dat is ook puur inhoudelijk werk. Maar op dat vlak merken we dat die mensen ter plaatse, de vrijwilligers die de projecten ondersteunen, dat die eigenlijk wel sterk werk leveren. Ik heb dat ook een paar dagen meegemaakt en als seksuoloog geobserveerd en daar wijselijk gezegd dat ik daar geen pretentie moet hebben om daar een grote inbreng te doen. Mensen weten hoe ze het moeten doen, ze kunnen nog niet de grote dingen doen, natuurlijk niet als de overheid nog alles boycot en tegenhoudt en initiatieven maar met moeite goedkeurt.

[I]: Ligt de grootste barrière dan op politiek vlak?

[D]: We spreken over Vietnam. Zowel politiek als maatschappelijk. De overheid geeft niet graag toe dat er problemen zijn, we kunnen ze niets aan doen, dus we zwijgen erover. Azië, taboe, niet toegeven dat je iets niet kunt, niet toegeven dat je niet in staat bent om iets op te lossen. Wat doe je dan in Azië? Dat is typisch Aziatisch; ontkennen of negeren of verstoppen, dat is de overheid. Aan de andere kant zit de familie ook met dat beeld, maar daarbij ook nog eens 'seksualiteit is op zich al een taboe', laat staan door seksualiteit een ziekte opgedaan te hebben, dat is de schande van de familie. Een schande los je op door te negeren, letterlijk door je familielid te verstoten. Dat taboe rond seksualiteit, spreken rond seksualiteit dat heeft meer met volksgezondheid te maken dan met HIV/AIDS preventie hè. Dat is iets dat we in Afrika merken ook.

[I]: We hebben reeds de politiek barrières besproken, de maatschappelijke barrières, is religie ook een knelpunt?

[D]: Ik kan alleen maar vaststellen dat bijna alle projecten in Vietnam rond HIV/AIDS van de katholieke kerk komen. Het is zelfs zo, de katholieke kerk heeft in Vietnam het verbod om projecten op te zetten; het mag geen onderwijs geven, mag geen ziekenhuizen runnen, mag op sociaal vlak geen werk doen behalve op één vlak. De aartsbisschop heeft de toestemming gekregen van de overheid om projecten voor HIV/AIDS te doen. Dus enkel dat mogen ze doen. Het is niet zo dat de kerk daar helemaal niet mee bezig is, integendeel. Ik ga niet

ontkennen dat de kerk daar natuurlijk ook zijn stempel zet en zegt 'jamaar, onthouding is nog steeds de beste oplossing', dat zeggen ze zeker. Aan de andere kant zijn zij ook de enige die de patiënten opvangen, zijn zij de enigen die het woordje HIV/AIDS willen uitspreken. Is het allemaal zoals wij het willen? Neen, maar is wel beter dat het er is.

[I]: we zitten nu binnen die AIDS projecten. Wordt er in de eerste plaats aandacht besteed aan AIDS of aan SRV?

[D]: Ik kan u daar het best op antwoorden door samen die slides te overlopen van wat ik op die studiedag gezegd heb. Nu ik heb het toen gehad over hoe wij met personen met mentaal en fysiek gehandicaptten in Rwanda en Zuid Afrika (Azië is echt anders) hoe dat wij daar rond werken. Hoe geven wij dat een plaats, wat is het verschil tussen het opvoedkundige en het medische? Wij zijn dus bezig met 'orthopedagogie', 'pedagogie' is opvoedkunde en 'ortho' heeft te maken met personen met een handicap. Dus wij willen ergens zorg en onderwijs oprichten voor kinderen, jongeren en volwassenen met een fysieke, mentale of sociale handicap. Dus meer dan alleen de medisch zorg en het inlossen van primaire behoeften. Wij zijn geen Handicap International dat alleen kinderen die een prothese nodig hebben een prothese geven. Wij zijn een ngo die naast de prothese ook een internaat voor kinderen met een handicap gaat opzetten en vooral beroepsopleidingen doen. Wij zijn van het principe dat een bedelaar met één been liever één been blijft hebben dan een kunstbeen verkrijgt, want hij moet kunnen blijven bedelen, maar wij zijn van het principe dat we ze kunnen opleiden zodanig dat ze een zelfstandig bestaan kunnen hebben. Wij zetten overal opleidingen op die in de landen zelf weinig voorkomen. In Rwanda hebben wij opleidingen voor informatici, voor laboranten voor personen met een handicap voor als ze daar afstuderen dat ze meteen kunnen gaan werken. Blinden in Rwanda krijgen een opleiding voor kiné-massage, dat is een beroep waar er in ziekenhuizen een grote nood aan is. Opvoeding is in onze ogen ook het opvoeden tot een zelfstandig bestaan. Het heeft geen zin om ze langer dan nodig in het centrum te houden dat zijn zotte kosten en dat heeft ook op vlak van kwaliteit van leven voor die kinderen geen enkel toekomstperspectief. Nu, pedagogie is voor ons ook seksuele opvoeding. Het is zo dat mensen met een handicap hebben vaak een gewilde seksualiteit, maar in Afrika is het een taboe dat die mensen seks willen hebben, maar hebben heel vaak ongewilde seksualiteit. Zeker personen met een mentale handicap, zij zijn het favoriete slachtoffer voor misbruik. Als in een Afrikaans dorp een meisje met een zwakke mentale begaafdheid leeft zijn zij het grote slachtoffer (wat ook in België nog dikwijls voorkomt). Soms is het ook gewilde seksualiteit, maar toch met misbruik; een vrouw met mentale handicap die men overtuigt van dingen die niet van geoorloofde seksualiteit is. En wij beweren dat personen met een handicap vaak indicatoren cumuleren die algemeen erkend zijn als risicofactoren voor seksueel misbruik dus ook voor AIDS besmetting. Dus wij vinden dat seksuele opvoeding absoluut bij de pedagogie van mensen met een handicap hoort omdat zij gewoon een hoge kans hebben op AIDS besmetting.

[I]: Dat is wel een specifieke groep hè. Is dat geen barrière meer kan ik mij voorstellen?

[D]: U bedoelt het feit dat mensen met een handicap hebben, dat is zeker een barrière meer zijn om ze te begeleiden? Maar het feit dat ze een handicap hebben mag geen barrière zijn om te zeggen van, daar doen we niet aan HIV/AIDS preventie. Onze stelling is net; als wij rond orthopedagogie willen werken dan mogen we niet beweren dat opvoeding alleen te maken heeft met 'we geven ze een prothese en we doen voor de rest alsof onze neus bloed'.

[I]: Dat zijn bijna twee taboes.

[D]: Zeker. Het krijgen van kinderen met een mentale handicap dat is in Afrika een schande, een straf, noem het op hè. Het aanvaarden van seksualiteit bij personen met een handicap is op zich al een hele zaak. Het seksueel functioneren wordt bepaald door lichamelijke rijpheid van voornamelijk de geslachtsorganen en heeft niets te maken met de mentale rijpheid. In Afrika redeneert men; een kind van 15 jaar heeft een mentale handicap, heeft het verstand van iemand van 3 jaar, dus is het in alles een kind van 3 jaar. Maar dat kind krijgt evengoed een erectie als iemand anders of dat kind is even geslachtsrijp als iemand anders. Maar dat wordt dikwijls niet erkend en wij staan erop dat dat wel erkend moet worden. Wij ervaren nogal dikwijls over onze achterban hier in Vlaanderen, dat dat zelfs hier in België nog een taboe is. Seksualiteit bij mensen met een handicap is hier ook nog een taboe en in het Zuiden is het zelfs omschreven als officieel onbestaand. Vandaar ook dat wij erop staan om daar aandacht voor te hebben. Nu, we willen dus seksuele opvoeding en seksuele relaties een volwaardige plaats geven binnen de opvoeding tot een zo zelfstandig mogelijk bestaan. En dat betekent dat in elk project we eisen dat dat een plaats krijgt. De vraag is nu, hoe krijgt dat een plaats of hoe wordt dat uitgewerkt? In de eerste plaats eisen wij dat het thema in onze projecten ingeschreven worden in een kwaliteitsplan. Al onze projecten moeten een kwaliteitsplan opstellen van hoe zij aan de ene kant rond 'kwaliteit van zorg' werken en aan de andere kant 'kwaliteitszorg', dat zijn twee verschillende zaken. 'Kwaliteit van zorg' heeft te maken met de kwaliteit van de zorgverlening; wij stellen hele hoge eisen aan onze projecten van hoe zij omgaan met het begrip van integratie, zelfbeschikking, participatie, onderwijs, sociaal engagement, etc. Al die zaken moeten opgenomen worden in het kwaliteitsplan geënt op het eigen project en haalbare zaken die zij willen bereiken bij hun kinderen. Aan de andere kant is er 'kwaliteitszorg'; dat is iets wat elke instelling moet doen, dat is de puur organisatorische zaken regelen, dat alles in orde is van hygiëne tot de aanwezigheid van bepaalde hulpmiddelen of instrumenten. Dat moeten ze allemaal uitschrijven en als zij een goed kwaliteitsplan hebben dan zijn wij bereid om deze partners financieel te ondersteunen. Ik hoef u niet te vertellen dat wij natuurlijk voor dat kwaliteitsplan ook heel veel inhoudelijke ondersteuning geven. Wij weten dat die projecten dan niet alleen het geld krijgen, maar dat zij het ook inhoudelijk goed gebruiken. Wij willen dat onze partners 'opvoeding rond seksualiteit' inschrijven in de kwaliteitsplannen. Dus als wij zeggen dat de kwaliteit van leven



moet verhoord worden, dan moet er ook op één of andere manier in het kwaliteitsplan rond seksualiteit en sensibilisatie van HIV/AIDS gewerkt worden. Binnen kwaliteitszorg, zowel op paramedisch vlak als medisch vlak en als opvoedkundig vlak. Wij verwachten dat onze partners zowel individueel als groepsmatig het thema behandelen. Individueel, dat gaat om het inschrijven in de individuele handelingsplannen. Wij verwachten in de kwaliteitsplannen dat onze partners inschrijven dat ze een individueel handelingsplan voor elk kind uitschrijven. Dus niet van 'we hebben hier 50 blinden en we gaan die allemaal op dezelfde manier behandelen'. Elk kind is anders, elk kind heeft een andere graad van problematiek, elk kind heeft ook een andere thuis, de één komt uit de stad, de andere van het platteland dan moet je andere dingen aanleren, dus het individueel handelingsplan is noodzakelijk. Aan de andere kant heeft men de groepshandelingsplannen, dat gaat rond 'hè, we hebben nu 50 kinderen 's avond in het internaat, we doen ook voor de groep iets'. Het is niet zo dat je altijd elk kind individueel moet behandelen. Dus individueel; rechtstreeks gericht op één cliënt, echte dialoog, cliënt staat centraal en cliënt brengt zijn leefwereld binnen. Als we werken rond HIV/AIDS in groepshandelingsplannen dan is men gericht op een grote solidaire groep, eerder monoloog, de opvoeder staat centraal en de opvoeder brengt zijn kennis en de wereld binnen. Dat zijn twee verschillende aanpakken, hier in Vlaanderen werk je rond de twee in de centra hier voor personen met een handicap en in Afrika doe je dat ook. Het is natuurlijk geen evidente keuze aan welke je de voorkeur geeft, maar dat wordt contextueel een beetje bepaald. Nu is een vraag 'ja, dwingen jullie je partners op die manier niet om daar rond te werken'? Maar de concrete uitwerking schrijven wij niet uit. Wij kiezen niet voor de 'copy-paste' methode. Wij zeggen niet van 'in Vlaanderen beste mensen werkt dat heel goed, hier zie speel dit spel maar met jullie blinden'. Dat heeft geen zin, daar kiezen wij helemaal niet voor. Wij kiezen voor de werking van een leerproces in het Zuiden. Op inhoudelijk vlak trekken wij ons een beetje terug. Wij dwingen ergens de partner om errond te werken, door die kwaliteitsplannen, maar als het gaat over hoe het dan precies moet overgebracht worden dan nemen wij het anders op. Wij merken dat onze partners nooit vragende partijen zijn om daar rond te werken. Het is niet dat het Zuiden ons appelleert, van wat kunnen we doen rond HIV/AIDS. Wij merken wel dat wij onze partners moeten appelleren om iets te doen, het dwingen van het opnemen in de handelingsplannen. Maar dat maakt dat onze partners natuurlijk ook zeggen van 'jamaar, wij moeten het nu wel doen, maar we weten niet wat'. Op praktisch vlak zeggen wij niet wat ze dan moeten doen, we zeggen wel dat ze 'iets' moeten doen. Wij hebben de laatste jaren in het Zuiden verschillende processen opgestart in verschillende projecten waar men de ervaring naar ons heeft doorgestuurd en wij hebben die ervaringen verspreid over al onze projecten. Als ons project bijvoorbeeld in Zuid Afrika rond volwassenen met een mentale handicap een goede methodiek heeft uitgewerkt -samen met de lokale volksscholen en universiteit- rond hoe werk ik met volwassenen met een mentale handicap met HIV/AIDS, dan hebben wij die methodiek verspreid over al onze projecten wereldwijd die met ongeveer gelijkaardige projecten werken. Niet, wat doet men hier in Vlaanderen, maar wel in andere ontwikkelingslanden. Als men in Rwanda met blinden werkt

rond HIV/AIDS, hoe hebben ze dat in mekaar gestoken, is dat gelukt is dat niet gelukt? Die ervaringen verspreiden wij dan naar al onze ander projecten, dat is onze keuze. Onze partners vinden het niet leuk dat wij op deze manier vragen 'werk zelf iets uit', maar vinden het wel leuk dat wij al het materiaal verspreiden, want onze partners hebben het liefst altijd voorgesneden brood. En liefst nog dat we de boterham smeren en in de mond steken, maar dat doen we dus niet. Wij vinden dat de contextuele verschillen tussen Noord en Zuid te grote hinderpalen zijn om copy-paste te kunnen doen. Wij werken hier met een ander beeld rond taboe, rond HIV/AIDS dan in Rwanda en zomaar zaken overnemen heeft weinig zin. Ook dikwijls financieel, ik bedoel, die dure spelen enzo daar zijn ze niets mee in Rwanda.

[I]: Dus dat zijn culturele barrières?

[D]: Ja en die worden dikwijls ontkend, maar die zijn er toch. Hoe ik het gezien heb in Vietnam, dat taboe rond seksualiteit, dat was voor mij zelfs verschrikkelijk confronterend. Het is belangrijk dat je dat erkent dat het anders is, want als je het niet erkent en zegt van 'in België doen we het zo, dus zal ik het hier ook zo uitleggen', dan begrijpen ze u niet. Om alles wat ik tot nu toe samen te vatten; onze partners zijn geen vragende partij om rond HIV/AIDS te werken, wij zijn stimulerende bijna dwingende partij met ergens de financiële stok achter de deur, wij vragen onze partners in te schrijven in de kwaliteitsplannen (in de individuele en de groepshandelingsplannen) en wij geven onze partners dan geen concrete methodieken. Daarvan geven wij hen geen idee van Vlaanderen, maar geven wij de ervaringen van de verschillende projecten die wij hebben wereldwijd, die wisselen wij uit.

[I]: Zuid-Zuidcommunicatie.

[D]: Inderdaad. Die zij vanzelf niet kunnen opstarten natuurlijk, dus dat zien wij als onze taak en stimulerende factor om dat te doen. Nu, wat zijn de hinderpalen die wij ervaren voor de uitvoering. Eigenlijk dat AIDS sensibilisatie eerst seksuele opvoeding vraagt en dat seksuele opvoeding in de eerste plaats een pure basisopvoeding vraagt. Wij werken binnen een opvoedkundig kader in het Zuiden en wij worden geconfronteerd met twee zaken; de vraag waarom bespreekbaarheid van AIDS zo'n taboe is in het Zuiden en de vraag waarom de bespreekbaarheid van seksualiteit zo'n taboe is in het Zuiden. Ik denk dat wij in de eerste plaats moeten vaststellen –binnen een opvoedkundig kader in het Zuiden- dat de algemene openheid en empowerment te vaak ontbreekt, de mensen hebben daar niet zo'n grote mond als hier. Als ik hier in het secundair onderwijs over HIV/AIDS ga praten, dan zitten daar 10 leerlingen die niet op hun mondje gevallen zijn en die mondig zullen reageren. Die mondigheid is daar niet. Die mensen daar hebben sowieso al niet de gewoonte om uit zichzelf te praten, zich bloot te geven, algemene openheid, empowerment is daar niet. Men moet niet zeggen 'ja, probleem is dat ze niet kunnen praten over HIV/AIDS', die meeste mensen zijn niet gewoon om hun mening te zeggen. Dat vind ik heel belangrijk. Wij vinden dat we een aantal stappen

moeten zetten om tot een opvoedingsproces te komen om dan tijdig bij HIV/AIDS te kunnen eindigen. En stap één is een algemene opvoeding tot openheid als grondhouding; algemeen bewustzijn, durven spreken, durven zich uiten. Iemand die een handicap heeft en die altijd al gediscrimineerd is, die heeft geen grondhouding van 'ik zeg hier mijn mening of ik kom uit voor hetgeen ik denk', dus dat is een heel belangrijke stap die wij in de eerste plaats moeten zetten. Cultureel is het helemaal niet evident dat mensen hun mening zeggen. Ik ben zelf 35, ik zie er volgens de meeste Afrikanen 22 uit, dat is een nadeel want in Afrika krijg je het recht van spreken volgens leeftijd. Een oude man die zo dom is als het achterste van een koe die heeft meer te zeggen dan een gast van 25 jaar die veel verstand heeft. Cultureel is het niet evident dat iedereen zomaar zelfbewust mag zijn, geëmpowered is, dat iedereen zijn mening mag geven. Daar moet u rekening mee houden. Er is vaak te weinig draagvlak, van overheidswege is dat duidelijk geen pedagogische prioriteit. In de meeste Afrikaanse landen heeft de overheid geen behoefte aan mondige burgers. Hoe belangrijk wij het ook vinden, jammer genoeg. En ook voor onze partners is het geen evidentie, wij kunnen wel zeggen van 'ja, ook blinden moeten we zelfbewust maken en tot zelfstandigheid stimuleren'. Wij zien dat wij onze partners in de eerste plaats moeten stimuleren om dat te doen. Op inhoudelijk vlak hebben wij op dat vlak altijd heel veel werk. Stap twee, als we al een zekere openheid hebben, kunnen we proberen om rond seksualiteit (of liefde en relaties geleidelijk aan want je mag niet te rap gaan) een openheid te creëren en in de derde stap gaan we pas rond de HIV/AIDS thematiek kunnen werken. Maar ik hoef u niet te vertellen hoeveel werk die twee eerste stappen al vragen.

[I]: Vindt u het belangrijk dat andere ngo's die daar ook aandacht aan moeten geven omdat het iets heel algemeen is? Op dit moment, de ngo's die ik al gesproken heb zijn daar niet meer bezig. Medische ngo's zijn heel vaak al bezig met stap 3. Stap 1 en 2 worden resoluut overgeslagen.

[D]: Ik denk dat dat te maken heeft met de fundamentele visie/missie waarmee wij starten. Wij vinden orthopedagogie meer dan alleen maar medische ondersteuning en dat zit bij ons ingebakken en kennen wij heel de frustratie van stap een en twee. Terwijl heel wat medische ngo's gespecialiseerd zijn in het puur technisch-medische en die –merk ik soms- krijgen het angstzweet als ze opmerken dat de persoon waarmee ze willen spreken geen empowerment hebben om te spreken over algemene openheid, laat staan liefde en seksualiteit en laat staan HIV/AIDS! In welke maten kunnen wij daarin ondersteunen en we merken dat wij het meest gehoor krijgen bij bijvoorbeeld in Rwanda zitten wij ook met al onze projecten in de koepels van alle verschillende ngo's en daar wordt er heel wat uitgewisseld?

[I]: Onder welke ngo's zouden jullie dan vallen? Profileren jullie zich dan als een medische ngo of eerder als een ngo die voor de rechten strijdt?

[D]: Wij zeggen altijd dat we werken binnen de orthopedagogie en de geestelijke gezondheidszorg, omdat we het moeilijk kunnen...wij werken ook medisch; wij opereren ook, wij zetten ook prothesen, wij zijn technisch bezig; we ondersteunen cataract operaties bij de ogen. Maar wij zijn ook rond de opvoeding bezig; wij zetten internaten op, wij leren kinderen met een mentale handicap hoe dat ze heel eenvoudige werkjes in het huishouden kunnen doen, hoe ze heel eenvoudig op het veld kunnen werken, hoe dat ze geiten kunnen hoeden. Wij geven ook onderwijs tot groepsopleidingen, dus wij willen ook dat die jongeren achteraf een beroep hebben. Dat zijn allemaal verschillende zaken. Dat is aan de ene kant 'welzijn', zoals wij hier in Vlaanderen de welzijnssector hebben, dus alles wat te maken heeft met gehandicaptenzorg, zorg voor de personen die uitgesloten worden. Aan de andere kant zijn wij ook 'medisch', wij geven ook medicatie aan psychiatrische patiënten. Het heeft geen zin en dat blijf ik herhalen: een kind dat één been heeft, kan beter bedelen met één been dan met een prothese. Maar wij vinden dat dat kind niet alleen een prothese moet krijgen maar ook een opleiding. Een kind met een handicap krijgt in Afrika geen kans tot een opleiding, dus moeten wij die opleidingen geven. Op internaat krijgen ze eerst gewoon onderwijs en dan een beroepsopleiding en als ze afstuderen hebben ze een beroep dat ze kunnen uitoefenen, per definitie een beroep dat zeldzaam is in een land. Anders heeft het ook geen zin, als er tien kleermakers zich aanbieden om bij u te komen werken en er zit er één bij met een handicap dan zeggen ze in Afrika ook niet 'dan zullen we die met de handicap nemen'. Dat is het recht van de sterkste, daar redeneer je niet zo. Dus wij moeten beroepen selecteren die uniek zijn, die kans geven op zekerheid van job. Wij zien de begeleiding van de kinderen en van de jongeren die bij ons komen als een proces en niet als één stuk die we eruit lichten. En we werken soms wel samen met Handicap International rond bepaalde zaken, rond prothesen of met Artsen Zonder Vakantie voor operaties. Dat zijn allemaal zo van die...kotjes...oei, kotjes ngo's wou ik zeggen. Wij zijn bezig met een proces en dat is gewoon een keuze, iedereen maakt een eigen keuze. Wij zijn goed in orthopedagogische zorg, geestelijke gezondheidszorg en onderwijs en niet in andere zaken. Er is geen propere manier om te zeggen; medisch, ja gedeeltelijk, welzijn, ja gedeeltelijk.

[I]: Maar een meer integrale aanpak sowieso?

[D]: Van personen met een handicap en van personen met een geestesziekte. Het kan niet onze bedoeling zijn dat iemand die een psychose heeft en naar ons komt, tien dagen zware medicatie krijgt en als een zombie rondloopt en als hij gestabiliseerd is aan de deur gezet wordt. Tien dagen later staat hij daar weer hij hè. Dus heel die begeleiding, ook die therapie, de reïntegratie in de familie, in een dorp. Geestesziekte, iemand die 'zot is' (zouden wij durven zeggen hier in België) dat hier nog altijd een half taboe is, dat is daar nog een grotere ramp hè. Dus dat los je niet op met pillen.

Nu, ik wil ook nog zeggen: Die openheid in het opvoedingsklimaat die wij willen aanbrengen voor het spreken over seksualiteit leidt niet automatisch tot openheid om te spreken over

HIV/AIDS. Het is niet omdat we er soms in slagen om stap één en stap twee te doen dat we er altijd in slagen om stap drie te bereiken. Ik heb een aantal zaken opgeschreven die ik soms ervaar: opvoeding rond seksualiteit in het Zuiden heeft meestal iets te maken met voortplanting. Reproductie is een veilig onderwerp, het is iets dat gesocialiseerd is, het is een geïnstitutionaliseerde zaak, er zijn regels en afspraken rond. Het is gemakkelijker bespreekbaar, want het is geen gevoelszaak. Veiligheidshalve kan je dat in de lessen biologie geven. Opvoeding rond HIV/AIDS gaat niet over voortplanting maar over 'lust', een verschrikkelijk gevaarlijk woord. Taboe, mag niet, we mogen het daar niet over hebben. Het is niet zozeer over iets dat gesocialiseerd is, neen, het gaat eerder over iets dat te maken heeft met de geladen sfeer van ontrouw en sociaal niet aanvaarde seks. Weer iets waar we liever over zwijgen. Terwijl seksualiteit soms nog gemakkelijk bespreekbaar is, zijn die zaken net moeilijker bespreekbaar. Het gaat niet zozeer over een gevoelszaak bij seksualiteit, maar bij HIV/AIDS, lust heeft met gevoelens te maken. Als je al geen fundamentele empowerment hebt, zelfs wij hier in Vlaanderen kunnen toch moeilijk over lust beginnen spreken in de les als we het hebben over HIV/AIDS. Waarom heb ik op dat moment geen condoom aangedaan? Dat is niet plezant voor een jongere om te zeggen 'ik kon mij niet inhouden, want ik was zo geil dat..' dat zeggen we hier zelfs niet! Laat staan dat je het daar bereikt. Terwijl seksualiteit in de biologie nog kan geplaatst worden heeft HIV/AIDS soms culturele, opvoedkundige bezwaren; waar we niet over spreken, dat zal niet gebeuren en we gaan geen verkeerde ideeën geven aan onze jongeren, we gaan niet spreken over het feit dat we lust niet kunnen bedwingen, we gaan niet spreken over het feit dat er ontrouw bestaat (we zouden ze het gedacht kunnen geven om ontrouw te plegen). Als die onnozele gedachten zitten daar echt nog verschrikkelijk diep in. Kunnen spreken over seksualiteit (in de zin van reproductie) leidt niet automatisch tot het kunnen spreken over HIV/AIDS.

[I]: Ik denk ook dat er niet over AIDS kan gepraat worden zonder het woord seksualiteit te praten. Vandaar dat er eerst en vooral eerst dat technische moeten doen, ook over liefde en relaties praten, dus alweer een meer integrale aanpak van SRV. Als men die discussie al kan aangaan dan leidt dat toch ook tot het bespreekbaar kunnen maken van AIDS?

[D]: Absoluut. In de case studies die ik je straks zal meegeven werken we op die manier. Ik heb hier een case study uit Rwanda en eentje uit Zuid Afrika.

Dat is hoe een tweedaagse workshop gegeven is om de opvoeders en de leerkrachten van die scholen en projecten om die te laten werken rond AIDS. En de doelstellingen waren; het verhogen van het zelfvertrouwen om over seksualiteit te praten, empowerment, grotere kennis van seksualiteit en HIV/AIDS, inzien dat seksuele opvoeding ook voor kinderen met een handicap een noodzaak is en het aanleren van diverse activiteiten rond seksuele opvoeding en het thema HIV/AIDS in de klas en in de leefgroep. De andere zaak is een dagcentrum voor volwassen met een mentale handicap in Zuid Afrika, een groepsworkprogramma door professor Strydom lokale professor in samenwerking met een plaatselijke begeleider

opgesteld. Het ging over life-skills aanleren voor personen met een mentale handicap, dat heeft letterlijk te maken met empowerment, het verhogen van het zelfvertrouwen om te praten en het verhogen van de kennis. Die hebben ook met een aantal fasen gewerkt in dit proces, een aantal inhoudelijke modules uitgewerkt en een aantal belangrijke lessen daaruit getrokken. Dat zijn zo een aantal zaken die ik voor u verzameld heb en die ik ook op de studiedag verteld heb.

[I]: Jullie doelgroep is heel specifiek, mensen met een handicap. Geloven jullie er ook in dat deze manier van werken evengoed kan werken voor mensen die geen mentale handicap hebben en die er ook veel nood aan hebben.

[D]: Ik denk dat al die case studies die u nu gaat lezen, dat je ze allemaal kunt geven aan personen zonder handicap, maar wij zitten met een extra barrière. Seksualiteit, laat staan HIV/AIDS, al een taboe op zich is maar daarbovenop ook nog met mensen met een handicap, want 'personen met een handicap hebben toch geen seksualiteit' (ironisch). Vandaar dat wij nog meer moeten werken rond die eerste stap, rond empowerment en bewustmaking, maar is dat uniek, neen, ik denk dat de meeste Vlaamse projecten rond HIV/AIDS ook zo proberen werken op scholen enzo.

[I]: Want momenteel zijn jullie daar nog wat 'alleen' in, denk ik. Denkt u dat er meerdere ngo's al op deze manier mee bezig zijn?

[D]: Op de studiedag die wij georganiseerd hebben samen met Sensoa waren de meeste ngo's die op dit vlak actief zijn aanwezig en daar heeft niemand mij achteraf aangesproken in de zin van 'ah dat doen wij ook'. De mensen hebben mij alleen aangesproken maar aangesproken in de zin van 'kunnen wij dat voorbeeld meekrijgen'. Maar dat zegt natuurlijk niks, het betekent niet dat zij ook zaken hebben uitgewerkt natuurlijk.

[I]: Dus jullie voelen zich nog wat alleen om deze strategie...

[D]: Ja, maar niet op een arrogante manier, maar eerder op een manier van...

[I]: *We kunnen het overdragen*

[D]: Ja. Mag ik u over het alleen voelen een voorbeeld geven. Ik heb hier een case op papier geschreven waar ik me heel kwaad rond heb gemaakt. Wat ik wou vertellen op de studiedag maar ik heb het eruit gehaald omdat ik dacht dat ik dan misschien ruzie zou krijgen uiteindelijk. Ik kwam toen net uit Tanzania waar ik met straatkinderen gewerkt had. Straatkinderen zijn in onze ogen ook kinderen die een handicap hebben, een sociale handicap. Die moeten dus ook rond empowerment werken en zo meer. Ik was daar in Tanzania in Kigoma in een uithoek tot en met, dat is het armste van het armste van Tanzania met een

ontzaglijk grote problematiek. Ik heb daar tien tot veertien dagen met die jongeren in het straatcentrum zelf meegemaakt en die moeten het centrum zelf draaiende houden, zelf activiteiten organiseren. En heel veel activiteiten die zij organiseren zijn rond HIV/AIDS preventie. Dus die jongeren zelf gaan in scholen en in de wijken rond HIV/AIDS sensibilisatie werken. En die doen dat met niets, die zijn wie ze zijn, zo gaan ze naar school, zo gaan ze in de sloppenwijken gaan zitten en doen ze hun ding en vertellen via educatief toneel, via liederen brengen ze HIV/AIDS en seksualiteit ter sprake. En ik vond dat fantastisch! Hoe dat die gasten dat doen, chapeau! En dat kost geen frank! Maar als ik dan in Tanzania was, in Kigoma zelf zag dan zie ik daar die grote UNICEF en andere ngo's rondrijden met hun dure 4x4's en langs de baan staan metershoge campagne affiches 'u moet aandacht hebben voor AIDS!' Wat dat niet kost! Wat dat niet kost aan dure projecten en programma's, wat niks niks opbrengt! Dat is hetzelfde als hier affiches hangen van –wat was het nu weer- boom boom en blablabla. Het heeft te maken met in scholen en jeugdbewegingen, het jeugdhuis daar aandacht voor te hebben. Bij de basis. Dat moet geen geld kosten, maar op die manier er rond te werken. Maar ik heb me daar toen zo kwaad gemaakt over die verschrikkelijk dure programma's van die grote ngo's die eigenlijk niets uitmaken.

[I]: Ja en zij hebben dan zoiets van 'we werken er rond'.

[D]: Ja en wat dat kost! Dat is ongelooflijk. Je zou de budgetten moeten zien die uitgegeven worden aan AIDS preventie. Kijk ik heb hier zo de 'grote aanpak methode' of de 'basismethode' noem ik dat; de grote reclameborden of het veldwerk, de sfeer van... op de affiches staan gegoede mensen met een das en een schone rok, dat spreekt je toch niet aan, je bent zelf niet zo, terwijl die jongeren van het straatcentrum werken voor de allerarmsten; gevestigd in groot hoofdkwartier en rondrijden in terreinwagens en zij komen gewoon te voet langs; geleid en gevoerd door buitenstaanders, duur betaalde buitenlandse coöperanten, geleid door de jongen zelf in tegenstelling; de doelgroep kijkt op hen neer, ik kan u verzekeren dat elke Tanzaniaan neerkijkt op die mensen van die campagnes. Waarom gaan ze? Omdat het soms verplicht is, maar die mensen spreken hen niet aan want het ruimtewezens zijn die daar langskomen. Terwijl de jongeren die de basismethode doen, de doelgroep kijkt naar hen als rolmodellen. De jongeren die daar in de klassen gaan spreken hebben dezelfde leeftijd, die zien eruit zoals hen, die zijn even armoedig gekleed en die spreken de taal die zij ook spreken. Een buitenlandse coöperant kan toch helemaal niet de culturele taal spreken van die jongeren. Ik heb mij daar zo kwaad over gemaakt. Nu ik heb het daar op de studiedag niet meer over gehad omdat ik besepte dat dat niet meer ging over AIDS en een handicap, maar eerder over een frustratie van mij.

[I]: Ik denk dat dat net een hele belangrijke discussie is om open te breken. Die basismethode zou je wat kunnen vergelijken dan met de peer to peer methode.

[D]: Dat zijn straatkinderen zelf die op straat gaan en die zelf een toneel en zang en dans opvoeren. In jeugthuizen in Vlaanderen moet je toch ook niemand uit Genève uitnodigen. Ik kan me daar zo in opjagen hè, maar dat heeft geen zin hè.

[I]: Neen, dat heeft geen zin maar....want sinds 2003 bij DGOS gaan er heel veel financiële middelen naar AIDS projecten gaan. En veel ngo's nemen dat letterlijk en zeggen 'ok, we gaan aan een AIDS project werken.

[D]: Het is een business geworden! Er zijn ngo's die zich specialiseren in projecten die het meeste geld opleveren. En momenteel is HIV/AIDS en binnen tien jaar is het iets anders en is het een ander mode-onderwerp geworden. Maar kinderen met een mentale handicap, 'who cares'!

Maar het is er om te zeggen, maar HIV/AIDS is een business geworden. Er zijn hopen geld mee te verdienen. Het is zelfs zo erg dat wij bijvoorbeeld geen geld zouden krijgen van de Belgische overheid als wij niet verplicht rond HIV/AIDS werken. Wij moeten in onze projecten daar rond werken, maar je ziet we doen het al vanzelf.

[I]: Jullie hebben daar dan nog een vrijheid in. Jullie moeten rond AIDS werken, maar jullie mogen over seksualiteit praten. Terwijl bijvoorbeeld de VS, de projecten die zij financieren die moeten enkel en alleen onthouding (AO) vooropstellen, er mag niet gepraat worden over seksualiteit en condooms.

[D]: De betaler bepaalt. Maar ook niet vergeten dat in Afrika seksualiteit een taboe is dat de Amerikaanse gedachte in Afrika ook hard leeft hoor. Wij zijn verbonden met de Broeders Van Liefde, dat betekent we zitten in een katholieke sfeer, in onze projecten zijn ze ook niet allemaal dol enthousiast om er rond te werken hè. Er worden ook condooms uitgedeeld, maar dat wordt nooit vlakaf of luidop gezegd hè. In Afrika is iedereen onthoudingsgericht en dit en dat, maar qua seksualiteit, de realiteit is volledig anders.

[I]: Meneer D., ik dank u voor uw tijd.