

Handboek seksuele gezondheid

Handboek seksuele gezondheid

Praktische kennis
VOOR
zorgprofessionals

Peter Leusink

Minke de Boer

Maud Lazaroms

Marjo Ramakers

2025

 uitgeverij
van gorcum

© 2025

Uitgeverij Van Gorcum BV

Dr. Nassaulaan 5, 9401 HJ Assen

 uitgeverij
van gorcum

Deze uitgave is beschermd op grond van het auteursrecht. (Her)gebruik van informatie uit deze uitgave is niet toegestaan, verwerking door AI-applicaties is eveneens verboden.

NUR 871

ISBN folio 9789465070292

ISBN ebook 9789465070322

Tweede druk 2025

Eerste druk 2014

Voor de toegang tot het online materiaal bij deze uitgave kunt u inloggen of een account aanmaken op www.vangorcumstudie.nl en vervolgens zoeken op de titel 'Handboek seksuele gezondheid'.

Uitgave: Uitgeverij Van Gorcum, Assen

Redactie: Met Stip Teksten, Groningen

Grafische verzorging en omslagontwerp: Wink Ontwerp, Havelte

Druk: Drukkerij Van Gorcum, Meppel

Inhoud

Inleiding	17
-----------	----

Hoofdstuk 1: Hoe werkt seks 23

1.1 Inleiding	24
1.2 Seksuele respons	24
1.2.1 Anatomie van de geslachtsorganen	24
1.2.2 Fysiologie	29
1.2.3 Psychologische processen	32
1.3 Seks is complex: het biopsychosociale model	34
1.4 In de praktijk	35
Literatuur	39

Hoofdstuk 2: De seksuele levensloop 41

2.1 Inleiding	42
2.2 Kindertijd (geboorte tot 12 jaar)	42
2.2.1 De biopsychosociale context	42
2.2.2 Lichaamsbeeld	42
2.2.3 Genderidentiteit en genderrol	42
2.2.4 Verliefdheid en relaties	43
2.2.5 Interesse in seksualiteit	43
2.2.6 Seksueel getint gedrag	43
2.3 Jongeren (12 tot 25 jaar)	44
2.3.1 De biopsychosociale context	44
2.3.2 Lichaamsbeeld	44
2.3.3 Gender en seksuele oriëntatie	44
2.3.4 Verliefdheid en relaties	46
2.3.5 Seksuele gedachten en gevoelens	46
2.3.6 Seksueel gedrag	46
2.3.7 Seksuele problemen	47
2.4 Volwassenen (25 tot 55 jaar)	47
2.4.1 De biopsychosociale context van volwassenen	47
2.4.2 Lichaamsbeeld	48
2.4.3 Gender en seksuele oriëntatie	48
2.4.4 Verliefdheid en relaties	48
2.4.5 Seksuele gedachten en gevoelens	48
2.4.6 Seksueel gedrag	49
2.4.7 Seksuele problemen	49

2.5	Derde levensfase (55-75 jaar)	49
2.5.1	Biopsychosociale context	49
2.5.2	Seksuele oriëntatie	50
2.5.3	Verliefdheid en relaties	50
2.5.4	Seksuele gedachten en gevoelens	50
2.5.5	Seksueel gedrag	50
2.5.6	Seksuele problemen	50
2.6	Vierde levensfase (75 jaar tot overlijden)	51
2.6.1	De biopsychosociale context in de vierde levensfase	51
2.6.2	Lichaamsbeeld	51
2.6.3	Verliefdheid en (seksuele) relaties	51
2.6.4	Seksueel gedrag	51
	Literatuur	54

Hoofdstuk 3: Cultuur & religie 57

3.1	Inleiding	58
3.2	Feiten en cijfers	58
3.2.1	Een omschrijving van cultuur en religie	58
3.2.2	Verwevenheid van cultuur en religie	59
3.2.3	Genitale ingrepen	59
3.2.4	Invloed van cultuur en religie op seksualiteit en gender	60
3.2.5	Sexual script theory	61
3.2.6	Seksuele gezondheid in Nederland	62
3.3	Vragen en problemen	63
3.3.1	Maagdelijkheid	63
3.3.2	Homoseksualiteit	64
3.3.3	Abortus	65
3.3.4	Genderspecifieke seksuele normen	65
3.4	Praktische aanpak	67
3.4.1	Cultuursensitief praten over seksualiteit	67
3.4.2	Tips ter voorbereiding van het gesprek	68
3.4.3	Tips tijdens het gesprek	68
	Literatuur	72

Hoofdstuk 4: Diversiteit 73

4.1	Inleiding	74
4.2	Feiten en cijfers	76
4.2.1	Sekse en intersekse	76
4.2.2	Gender en genderdiversiteit	77
4.2.3	Seksuele oriëntatie	78
4.2.4	Ontwikkeling seksuele oriëntatie	81
4.2.5	Coming-out	81
4.2.6	Relationele diversiteit	81

4.3	Vragen en problemen	83
4.3.1	Twijfels over het eigen lichaam en/of de eigen identiteit	83
4.3.2	Geen of geringe zelfacceptatie en/of een afwijzende omgeving	83
4.3.3	Beschermende factoren	85
4.3.4	Inrichting leven en levensstijl	85
4.4	Praktische aanpak	86
4.4.1	Maak diversiteit zichtbaar	86
4.4.2	Bespreek sekse, gender en seksuele oriëntatie	87
4.4.3	Wees je bewust van je eigen vooroordelen	88
4.4.4	Doe kennis op over gezondheidsverschillen	88
4.4.5	Persoonsgerichte zorg	88
	Literatuur	91

Hoofdstuk 5: Praten over seks 95

5.1	Inleiding	96
5.2	Waarom is praten over seks belangrijk?	96
5.3	Praten over seks, hoe doe je dat?	98
5.3.1	Taalgebruik	99
5.3.2	Normen en waarden	100
5.3.3	Geheimhouding	100
5.4	De seksuele anamnese	101
5.4.1	Wat is precies het probleem?	101
5.4.2	Wat zijn de kenmerken van de klacht?	102
5.4.3	Hoe is het beloop in de tijd?	103
5.4.4	Wordt het probleem door de partner(s) hetzelfde gedefinieerd als door de cliënt?	104
5.4.5	Is er sprake van lichamelijke en/of psychische comorbiditeit?	104
5.4.6	Gebruikt de cliënt bepaalde genees- of genotsmiddelen die een mogelijk effect hebben op seksualiteit?	104
5.4.7	Wat is de hulpvraag?	104
5.4.8	Wat zijn de wensen en/of verwachtingen ten aanzien van een behandeling bij de cliënt en diens partner(s)?	105
	Literatuur	108

Hoofdstuk 6: Geslachtsorganen: vragen en problemen 111

6.1	Inleiding	112
6.2	Genitale beharing	112
6.3	De vrouwelijke geslachtsorganen	113
6.3.1	Vulvalippen	113
6.3.2	Clitoris	115
6.3.3	Maagdenvlies	116
6.3.4	Vagina	117
6.3.5	Baarmoeder en eierstokken	119
6.3.6	Borsten	122

6.4	De mannelijke geslachtsorganen	122
6.4.1	Penis	122
6.4.2	Voorhuid en toompje	126
6.4.3	Teelballen en balzak	126
6.4.4	Prostaat	127
6.5	Anus	127
6.6	Bekkenbodern	128
	Literatuur	131

Hoofdstuk 7: Soa's en hiv 133

7.1	Inleiding	134
7.2	Feiten en cijfers	135
7.2.1	Gedragssurveillance	137
7.3	Vragen en problemen	137
7.3.1	Risicofactoren voor overdracht	138
7.4	Praktische aanpak	141
7.4.1	Het gesprek, de basis	141
7.4.2	Soa-onderzoek – nodig of niet?	143
7.4.3	Soabehandeling: nooit zónder een gesprek over seks en partners	143
7.4.4	Onthouding van seks?	144
7.4.5	Partnertificatie	144
7.4.6	Preventiestrategieën	144
	Literatuur	148

Hoofdstuk 8: Chemseks 151

8.1	Inleiding	152
8.2	Feiten en cijfers	153
8.2.1	Prevalentie	153
8.2.2	Setting	155
8.2.3	Seksuele identiteit (ex-)gebruikers	155
8.2.4	Populaire middelen bij chemseks	155
8.2.5	Seksuele beleving	156
8.3	Vragen en problemen	166
8.3.1	Psychosociale gevolgen	166
8.3.2	Lichamelijke gevolgen	167
8.3.3	Seksuele gevolgen	167
8.4	Praktische aanpak	168
8.4.1	Harm reduction en risicobeperkende strategieën	168
8.4.2	Stoppen en herstel	169
8.4.3	Ondersteuning bij problematische chemseks	170
8.4.4	Informatievoorziening	171
8.4.5	Organisatie van laagdrempelige zorg	171
	Literatuur	173

Hoofdstuk 9: Ziekte en lichamelijke beperking		175
9.1	Inleiding	176
9.2	Feiten en cijfers	177
9.3	Vragen en problemen	178
9.3.1	De effecten van ziekte, beperking en behandeling op seksualiteit	178
9.3.2	Ziektebeelden, beperkingen en hun invloed op seksueel functioneren	180
9.3.3	Specifieke ziektebeelden en hun gevolgen voor seks	181
9.4	Praktische aanpak	189
9.4.1	Bespreken van ziekte en effect op seksualiteit	189
9.4.2	Bespreken van seksuele bijwerkingen van behandeling	190
9.4.3	Het Quantummodel van Schnarch	190
9.4.4	Het weegschaalmodel	192
	Literatuur	194
Hoofdstuk 10: Mentale problemen en psychiatrische stoornissen		197
10.1	Inleiding	198
10.2	Feiten en cijfers	198
10.2.1	De complexe relatie tussen mentale problemen en relaties en seksualiteit	198
10.2.2	Bespreken van seksualiteit	199
10.3	Vragen en problemen	200
10.3.1	Angst, dwang en PTSS	200
10.3.2	Stemmingsproblemen	201
10.3.3	Problemen in de hechting en persoonlijkheid	202
10.3.4	Psychose	203
10.3.5	Psychofarmaca	204
10.4	Praktische aanpak	205
10.4.1	Aandachtspunten bij specifieke beelden	206
10.4.2	Aanpak bij seksuele bijwerkingen	207
10.4.3	Wanneer verwijzen?	208
	Literatuur	210
Hoofdstuk 11: Anticonceptie en abortus		213
11.1	Inleiding	214
11.2	Feiten en cijfers over anticonceptie	214
11.2.1	Zelfbeschikking in preventie van zwangerschap en gezinsplanning	214
11.2.2	Anticonceptiemethoden	214
11.2.3	Betrouwbaarheid	215
11.2.4	Veiligheid, invloed op gezondheid en mogelijke bijwerkingen	217
11.2.5	Toegang tot anticonceptiezorg	217
11.2.6	Trends en ontwikkelingen in anticonceptiegebruik	218
11.2.7	Falende anticonceptie en gebruikersfouten	218

11.3	Feiten en cijfers over abortus	218
11.3.1	Onbedoeld, ongepland of ongewenst zwanger?	219
11.3.2	Toegang tot abortus, wet- en regelgeving	220
11.3.3	Typen zwangerschapsafbreking	220
11.3.4	Begeleiding bij een onbedoelde zwangerschap	221
11.4	Vragen en problemen	221
11.4.1	Hoe maak je een passende keuze bij anticonceptie?	221
11.4.2	Seksualiteit	221
11.4.3	Gedeelde verantwoordelijkheid, dwang en drang, zelfbeschikkingsrecht	223
11.4.4	Heeft abortus psychosociale ‘gevolgen’?	223
11.5	Praktische aanpak	224
11.5.1	Starten met anticonceptie	224
11.5.2	Voorkeur voor ‘natuurlijke’ anticonceptie	225
11.5.3	Lastige besluitvorming bij onbedoelde zwangerschap	226
11.5.4	Abortuspil of vacuümaspiratie?	227
11.5.5	Zwanger in kwetsbare omstandigheden	228
	Literatuur	230

Hoofdstuk 12: Groeien in relaties & seksualiteit **233**

12.1	Inleiding	234
12.2	Uitdagingen	235
12.2.1	Het taboe op (offline en online) naakt en seksualiteit	235
12.2.2	Beperkende sociaal-culturele normen	237
12.2.3	Seksueel geweld/misbruik	239
12.3	Een sekspositieve, normkritische, traumasensitieve benadering: praktijkvoorbeeld	240
	Literatuur	243

Hoofdstuk 13: Kinderwens, zwangerschap en de postpartumperiode **247**

13.1	Inleiding	248
13.2	Feiten en cijfers	248
13.2.1	Preconceptiefase	248
13.2.2	Zwangerschap	249
13.2.3	Postpartumperiode	250
13.3	Vragen en problemen	251
13.3.1	Preconceptiefase	251
13.3.2	Zwangerschap	253
13.3.3	Bevalling	254
13.3.4	Postpartumperiode	255

13.4 Praktische aanpak	255
13.4.1 Preconceptioneel	255
13.4.2 Zwangerschap	257
13.4.3 Postpartumperiode	258
13.4.4 Borstvoeding	259
Literatuur	262

Hoofdstuk 14: Ouderen 265

14.1 Inleiding	266
14.1.1 Wat heet oud?	266
14.1.2 Beeldvorming	267
14.2 Feiten en cijfers	267
14.2.1 Seksueel gedrag en beleving	267
14.2.2 Veranderingen in de relationele context	268
14.2.3 Diversiteit	268
14.2.4 Laatste levensfase	268
14.3 Vragen en problemen	269
14.3.1 De veranderende fysiologie	269
14.3.2 Gevolgen van psychiatrische en neurocognitieve stoornissen bij ouderen	270
14.3.3 Gevolgen van negatieve gebeurtenissen	271
14.3.4 Wonen in een instelling en seks	271
14.3.5 Biopsychosociale determinanten	272
14.4 Praktische aanpak	273
14.4.1 Praten over seks	273
14.4.2 Rigide patronen	274
14.4.3 Veranderen van focus	274
14.4.4 Ontremming bij neurocognitieve stoornissen	275
14.4.5 Beleid ten aanzien van gewenste en ongewenste intimiteit en seksualiteit	275
Literatuur	277

Hoofdstuk 15: Neurodiversiteit: autisme en ADHD 279

15.1 Inleiding	280
15.2 Feiten en cijfers	281
15.2.1 Definities van autisme en ADHD	281
15.2.2 Seksualiteit bij autisme en ADHD	282
15.2.3 Gender en seksuele oriëntatie	284
15.2.4 (Seksuele) relaties	285

15.3	Vragen en problemen	285
15.3.1	Sensorische informatieverwerking	286
15.3.2	Planning en organisatie	286
15.3.3	Verhoogde afleidbaarheid en hyperactiviteit	286
15.3.4	Impulsiviteit en emotieregulatieproblemen	287
15.3.5	Theory of Mind	288
15.3.6	Problemen in de (seksuele) relatie	288
15.4	Praktische aanpak	289
15.4.1	Randvoorwaarden voor de begeleiding/behandeling	290
15.4.2	Gespreksvoering	292
	Literatuur	294

Hoofdstuk 16: Verstandelijke beperking 297

16.1	Inleiding	298
16.2	Feiten en cijfers	298
16.2.1	Disharmonisch ontwikkelingsprofiel	300
16.2.2	Seksuele gezondheidsproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking	301
16.2.3	Relatievorming	303
16.2.4	Seksuele en genderidentiteit	304
16.3	Vragen en problemen	305
16.3.1	Seksuologische vragen en problemen	305
16.3.2	Relationele vragen en problemen	307
16.3.3	Seksuele en genderidentiteitsvragen en problemen	308
16.4	Praktische aanpak	308
16.4.1	Taken en verantwoordelijkheden	309
16.4.2	Randvoorwaarden voor de begeleiding/behandeling	310
16.4.3	Gespreksvoering	310
	Literatuur	313

Hoofdstuk 17: Sekswork 315

17.1	Inleiding	316
17.1.1	Destigmatiserende terminologie	316
17.2	Feiten en cijfers	317
17.2.1	Omvang van sekswork in Nederland	317
17.2.2	Wet- en regelgeving	318
17.2.3	Redenen om als sekswerker te werken	319
17.3	Vragen en problemen	319
17.3.1	Stigma	319
17.3.2	Geweld	320
17.3.3	Middelengebruik	321
17.3.4	Soa's	321

17.4 Praktische aanpak	322
17.4.1 Hoe het gesprek te voeren?	322
17.4.2 Waar praat je over als de cliënt sekswerk doet?	322
17.4.3 Werk en gezondheid	324
Literatuur	327

Hoofdstuk 18: Parafilieën, parafiele stoornissen en hyperseksualiteit 331

18.1 Inleiding	332
18.2 Feiten en cijfers	332
18.2.1 Definities	332
18.2.2 Parafilieën en parafiele stoornissen	332
18.2.3 Hyperseksualiteit	334
18.2.4 Cijfers	334
18.3 Vragen en problemen	336
18.3.1 Diagnostiek	336
18.3.2 Hoe vraag je uit?	336
18.3.3 Vragen naar strafbaar of risicovol gedrag	338
18.4 Praktische aanpak	339
18.4.1 Wel of niet behandelen?	339
18.4.2 Behandelstappen volgens PLISSIT	340
18.4.3 Behandelmogelijkheden	341
18.4.4 Verwijzen	342
Literatuur	344

Hoofdstuk 19: Genderdiversiteit en transitie 345

19.1 Inleiding	346
19.2 Feiten en cijfers	348
19.2.1 Multidisciplinaire genderzorg.	349
19.3 Vragen en problemen	350
19.3.1 Bewust zijn van eigen aannames en effecten hiervan	350
19.3.2 Kennis van gender als een breed spectrum	351
19.3.3 Een menselijke open bejegening	351
19.3.4 Wat kan je zelf en wanneer verwijst je door?	352
19.4 Praktische aanpak	353
19.4.1 De rol van gezondheidszorg en ggz buiten specialistische centra	353
19.4.2 Seksuologische zorg aan TGD-personen	355
Literatuur	365

Hoofdstuk 20: De context van de partnerrelatie 367

20.1	Inleiding	368
20.1.1	Relaties en seks	368
20.1.2	Diversiteit	369
20.1.3	Seksuologie en systeemtherapie	369
20.2	Feiten en cijfers	370
20.3	Vragen en problemen	370
20.3.1	Communicatie	370
20.3.2	Wisselwerking tussen het relationele aspect en seksuele aspect	371
20.3.3	Beschadigde intimiteit en ontrouw	373
20.4	Praktische aanpak	374
20.4.1	Meervoudige partijdigheid	375
20.4.2	De geïdentificeerde patiënt	375
20.4.3	Geheimen	376
20.4.4	Vertrouwelijkheid van informatie en dossiervoering	377
20.4.5	Klinische benaderingen	377
20.4.6	Oefeningen	379
20.4.7	Feedback en evaluatie	379
	Literatuur	382

Hoofdstuk 21: Als seks niet werkt 385

21.1	Inleiding	386
21.2	Feiten en cijfers	387
21.3	Veelvoorkomende seksuele problemen	388
21.3.1	Problemen met zin en opwinding	388
21.3.2	Problemen met de erectie	390
21.3.3	Vroegtijdige zaadlozing	393
21.3.4	Pijn bij penetratie	395
21.3.5	Vaginisme	397
21.3.6	Problemen met klaarkomen	397
	Literatuur	400

Hoofdstuk 22: Seksueel negatieve ervaringen en de gevolgen voor seksualiteit 401

22.1	Inleiding	403
22.2	Feiten en Cijfers	404
22.2.1	Definities	404
22.2.2	Epidemiologie	406
22.2.3	Dynamiek van SGOG	408
22.3	Vragen en problemen	409
22.3.1	Psychische en lichamelijke gevolgen	409
22.3.2	Seksuele problemen	410
22.3.3	Signaleren	411
22.3.4	De meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling	411

22.4 Praktische aanpak	412
22.4.1 Bespreken van SGOG en reageren op onthulling	412
22.4.2 PTSS door seksueel geweld	413
22.4.3 Seksuele klachten na seksueel geweld	413
22.4.4 Interventies bij specifieke seksuele problemen	415
22.4.5 Verwijzen	416
Literatuur	418

Hoofdstuk 23: Seksuele gezondheidsbevordering **421**

23.1 Inleiding	422
23.1.1 Doelen van seksuele voorlichting en preventie	422
23.1.2 Inhoud van seksuele en relationele vorming	423
23.2 Feiten en cijfers over wie in Nederland gezondheidsbevordering verzorgt	424
23.2.1 Verschillende professionals bevorderen seksuele gezondheid	424
23.2.2 Kwaliteit van gezondheidsbevordering	426
23.3 Vragen en problemen	426
23.4 Praktische aanpak van gezondheidsbevordering	427
23.4.1 De theorie: modellen van gedragsverandering	427
23.4.2 De praktijk: aanpak van voorlichting of deskundigheidsbevordering	429
23.5 Vaardigheden van de voorlichter of gezondheidsbevorderaar	432
23.5.1 Benodigde competenties	432
23.5.2 Tips en tricks: vijf keer R	432
Literatuur	435

Hoofdstuk 24: Seksualiteitsbeleid in de zorg **437**

24.1 Inleiding	438
24.1.1 Belang van aandacht voor seksualiteit in zorgorganisaties	438
24.1.2 Seksualiteitsbeleid in zorgorganisaties door de jaren heen	439
24.2 Feiten en cijfers	439
24.2.1 Behoeften van cliënten/patiënten	439
24.2.2 Aandacht voor seksualiteit in zorgorganisaties	440
24.3 Vragen en problemen in de praktijk	441
24.3.1 Signalen uit de praktijk: overwegingen voor een actief seksualiteitsbeleid	441
24.3.2 Veranderingsproces	443
24.4 Praktische aanpak voor visie en beleid op seksualiteit in zorgorganisaties	443
24.4.1 Het basismodel	443
24.4.2 Elementen voor visie en beleid	449
24.4.3 Elementen voor een praktisch beleidsplan	449
Literatuur	453

Hoofdstuk 25: Gevoelens en grenzen binnen hulpverlening en onderwijs	455
25.1 Inleiding	456
25.2 Waarden en normen	457
25.3 Feiten en regels	458
25.3.1 Gevoelens en grensoverschrijdend gedrag van hulpverleners	458
25.3.2 Meldingen van seksueel grensoverschrijdend gedrag in de zorg	459
25.3.3 Gevoelens en grensoverschrijdend gedrag van docenten	459
25.3.4 Meldingen van seksueel grensoverschrijdend gedrag in het onderwijs	459
25.3.5 Regels	459
25.3.6 Gedrags- en beroepscode	460
25.3.7 Beleid	460
25.4 Praktische aanpak	461
25.4.1 Kennis opdoen en delen	461
25.4.2 Zelfreflectie	462
25.4.3 Organiseer het gesprek over gevoelens en grenzen	463
25.4.4 Aandacht voor zelfzorg	465
Literatuur	467
Redactie en Auteurs	471
Bijlage 1: Seksuele bijwerkingen van geneesmiddelen	475

Inleiding

Peter Leusink, Minke de Boer, Maud Lazaroms, Marjo Ramakers

Dit boek is een revisie van het in 2014 uitgebrachte *Handboek seksuele gezondheid. Probleemgeoriënteerd denken en handelen*.¹ Het handboek heeft een weg gevonden binnen opleidingen en voorziet in de behoefte aan informatie over seksuele gezondheid in Nederland, zowel binnen de publieke en eerstelijnsgezondheidszorg als binnen instellingen. Om de informatie up-to-date te houden, was actualisatie van het boek noodzakelijk.

Er is in deze uitgave meer aandacht voor gender-, seksuele en culturele diversiteit en voor een positieve benadering van seksuele gezondheid, beide bewezen effectief bij de bevordering van seksueel welzijn.^{2,3} Daarnaast zijn er nieuwe onderwerpen toegevoegd zoals kind & jeugd, kinderwens & zwangerschap, neurodiversiteit, genderzorg, chemseks en praten met stellen.

Tot slot zijn aan alle hoofdstukken de rubrieken Reflectie en Verdieping toegevoegd. Deze nodigen de lezer uit over de aangeboden kennis kritisch te reflecteren en waar nodig verdiepende kennis uit andere bronnen te halen. Dit boek beoogt niet volledig te zijn.

Doel

Met dit boek willen wij professionals leren om seksuele vragen en problemen van cliënten te signaleren, om met hen hierover in gesprek te gaan, en om waar mogelijk informatie te geven of te counsellen en (zo nodig) adequaat te verwijzen. Daarnaast willen we met dit boek professionals bereiken die zich bezighouden met preventie en gezondheidsbevordering. Het vertrekpunt is hoe seksueel plezier en welzijn te bevorderen om zo problemen te voorkomen en de kwaliteit van leven te vergroten. Tot slot willen we professionals leren seksuele vragen en moeilijkheden te signaleren en te bespreken binnen organisaties. Door hier draagvlak te creëren voor visie en beleid over seksualiteit, kunnen er passende oplossingen gezocht worden bij de specifieke doelgroep.

De subtitel van dit boek is *Praktische kennis voor zorgprofessionals* omdat we in elk hoofdstuk, naast feitelijke wetenschappelijke kennis, beschrijven hoe de uitdagingen waar mensen en organisaties voor staan, praktisch kunnen worden aangepakt.

Doelgroep

Dit boek is in de eerste plaats bedoeld voor professionals werkzaam in de gezondheidszorg op het terrein van zowel preventie als curatie, zowel in de eerste lijn als binnen zorginstellingen en in de openbare gezondheidszorg. Deze professionals werken in de domeinen Publieke gezondheidszorg, Jeugdgezondheidszorg, Volwassenenpsychiatrie, Kinder- en Jeugdpsychiatrie en Gehandicaptenzorg, en hebben kennis en competenties op het niveau van minimaal hoger beroepsonderwijs. Te denken valt aan consultants seksuele gezondheid, (gespecialiseerde) verpleegkundigen (GGD, Sense, oncologie, revalidatiecentra), (bekken)fysiotherapeuten, sociaalpedagogische hulpverleners (psychiatrie,

jeugdinstellingen, woonvormen verstandelijke beperking), GGD-artsen, abortus- en jeugdverpleegkundigen, praktijkondersteuners, sociaal en maatschappelijk werkers, en anderen die in de genoemde echelons met jongeren en volwassenen werken.

Daarnaast kan dit boek behulpzaam zijn voor huisartsen, (eerstelijns)psychologen, pedagogen, (wijk)verpleegkundigen, fysiotherapeuten, verloskundigen, en andere (para) medici die wat meer praktische houvast willen hebben bij het thema seksuele gezondheid.

Seksuele gezondheid – definitie

In 2011 werd in Nederland een nieuwe definitie van gezondheid voorgesteld, die leidde tot de implementatie van het begrip ‘positieve gezondheid’: “Gezondheid is het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.”⁴ Deze definitie benadrukt het dynamische en procesmatige aspect van gezondheid en doet een appel op flexibiliteit, veerkracht en autonomie. Mensen met een aandoening of stoornis kunnen met deze definitie ook gezond zijn.

Toegepast op seksuele gezondheid hanteren wij sinds 2014 de definitie: “Seksuele gezondheid is het vermogen zich seksueel aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.” Hiermee laten we de schijnbaar absoluut en objectief gedefinieerde ‘staat van seksueel welbevinden’ (zoals gedefinieerd door de WHO) los waardoor ruimte ontstaat voor een proces waarin eenieder, afhankelijk van de levensfase en de eigen context, seksuele aanpassingen zoekt of maakt binnen de eigen wensen en grenzen. Dat zal voor een 18-jarige niet-westerse vrouw anders zijn dan voor een 30-jarige spastische man of voor een 68-jarige seropositieve non-binaire persoon. Hiermee bestaat er geen absoluut en objectief gedefinieerde ‘goede seks’, maar is goede seks goed omdat een persoon dat zelf in de eigen context goed of passend vindt. Dit is naar ons idee een realistischer perspectief op seksualiteit en op seksuele gezondheid, het is minder normerend. Vanuit dit perspectief hopen we dat dit boek gelezen en gebruikt gaat worden.

Seksuele gezondheid – context

Seksuele gezondheid komt pas goed tot haar recht als er aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan. Deze context is door de WHO als volgt omschreven: “Seksuele gezondheid vereist een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit en seksuele relaties. Bovendien vereist seksuele gezondheid de mogelijkheid om plezierige en veilige seksuele ervaringen op te doen, vrij van dwang, discriminatie en geweld. Om seksuele gezondheid te bereiken en te handhaven moeten de seksuele rechten van alle mensen worden gerespecteerd, beschermd en waargemaakt.”⁵

Seksuele gezondheid vereist inbedding in een context van seksuele rechten en is daarmee altijd medeafhankelijk van andere domeinen die deel uitmaken van de maatschappelijke realiteit. De WHO noemt in dat kader vijf domeinen: (1) het juridische en politieke kader, (2) onderwijs, (3) maatschappij en cultuur, (4) economie en (5) het gezondheidszorgsysteem.⁵ Het zal duidelijk zijn dat deze vijf domeinen op elkaar ingrijpen en dat het achterblijven van aandacht voor seksuele gezondheid binnen één domein gevolgen zal hebben voor de gewenste uitkomsten van seksuele gezondheid. Zo zal bijvoorbeeld hoog gekwalificeerd seksuologisch onderwijs aan professionals onvoldoende tot zijn recht komen als de seksuologische hulpverlening en preventie niet structureel zijn ingebed of gefinancierd binnen de gezondheidszorg. Ook bijvoorbeeld de door de politiek bedongen voorlichting over sek-

sualiteit en seksuele diversiteit in de kerndoelen van het onderwijs, mist deels haar effect als bepaalde religieuze groepen hier een eigen invulling aan geven of indien docenten niet voldoende worden getraind. Wat zijn de seksuele rechten waard als deze niet zijn gekoppeld aan adequate zorg en toegankelijke voorzieningen?

Seksuele gezondheidszorg kan niet los gezien worden van ontwikkelingen in andere domeinen. Haar plaats in de maatschappelijke context vraagt voortdurend om afstemming en samenwerking met de andere spelers in het veld. Professionalisering van seksuele gezondheidszorg, zoals met dit boek wordt beoogd, is naar ons idee een voorwaarde om in maatschappelijke ontwikkelingen een rol te spelen.

Taalgebruik

Bij het bewerken van de hoofdstukken zijn keuzes gemaakt in het taalgebruik. Taal is dynamisch en volgt de maatschappelijke ontwikkeling en de diversiteit die er bestaat ten aanzien van huidskleur, gender, sekse, seksuele oriëntatie en mate van beperking. De taal rondom inclusiviteit en diversiteit is nog volop in beweging en het is denkbaar dat we niet consequent alle vormen van diversiteit beschrijven. Het is ook denkbaar dat sommige in dit boek gebruikte termen in de komende jaren alweer achterhaald blijken. We hebben zoveel mogelijk getracht inclusief te schrijven. Tegelijkertijd is het aan de lezer om bij neutrale begrippen als ‘mensen’, ‘personen’, ‘de lezer’ of ‘cliënten’ een brede blik te houden en deze niet vanzelfsprekend in te kleuren tot een witte cisgender heteroseksuele monogame context. We willen de lezer wijzen op dergelijke vanzelfsprekendheden door diversiteit meer zichtbaar te maken, zeker van belang binnen het domein van seksualiteit. Dat is eenvoudiger als het gaat om het presenteren van een korte casus of het gebruik van neutrale woorden of juist hele specifieke woorden. Problematischer is het wanneer het gaat om het duiden van onderzoeksbevindingen. Wetenschappelijk onderzoek is vaak gericht op heteroseksuele koppels met geslaagde penetratieseks als uitkomstmaat. Hierbij wordt een grote groep buitengesloten, en bovendien niet altijd gedifferentieerd naar bijvoorbeeld culturele achtergrond, gender, relatiediversiteit of mate van beperking. Zijn de observaties en conclusies in de hoofdstukken ook geldig voor bijvoorbeeld migranten uit niet-Europese landen, voor mensen met fysieke of mentale uitdagingen, voor intersekse personen? Veel weten we nog niet, terwijl de lezer wel behoefte heeft aan duidelijkheid. We hopen dat de lezer met deze intenties en beperkingen dit boek zal lezen en zich uitgedaagd voelt op zoek te blijven gaan naar antwoorden die niet in dit boek te vinden zijn.

Soms maken we een keuze in voornaamwoorden. Grammaticaal zijn woorden als hulpverlener, professional, huisarts en verpleegkundige zowel mannelijk als vrouwelijk. Omdat in 2022 volgens de Emancipatiemonitor ruim 80% van de werkers in de gezondheids- en welzijnzorg vrouwelijk was, volgen we omwille van de leesbaarheid deze realiteit. Als we naar een professional verwijzen gebruiken we daarom het voornaamwoord ‘zij’, ondanks dat we diversiteit in deze beroepsgroep toejuichen.

In de somatische sector wordt voor de hulpvrager het woord patiënt gebruikt, in de gedragswetenschappelijke en welzijnssector het woord cliënt. We gebruiken in dit boek het woord cliënt; in enkele hoofdstukken die betrekking hebben op vooral de somatische gezondheidszorg wordt ‘patiënt’ gebruikt.

Mensen presenteren zich bij een hulpverlener omdat ze klachten hebben en/of onzeker zijn. We scharen in dit boek vragen, onzekerheden en klachten allen onder het begrip ‘probleem’. Maar een ervaren seksueel probleem hoeft niet per se een stoornis te zijn. Om

te voldoen aan de definitie van seksuele stoornis vereist de DSM-5 minimaal drie criteria: (1) er moet sprake zijn van adequate seksuele stimulatie, (2) de symptomen bestaan minstens 6 maanden en (3) de symptomen veroorzaken klinisch significante lijdensdruk. Van een seksuele disfunctie is sprake als er een verstoring is van het seksuele functioneren ondanks adequate seksuele stimulatie: de vagina wordt niet vochtig, er komt geen orgasme enzovoort. Niet alle seksuele problemen zijn dus een disfunctie of stoornis, maar cliënten hebben desalniettemin een hulpvraag die om een antwoord vraagt. We moedigen de lezer aan expliciet en zorgvuldig te zijn in het gebruik van terminologie in de communicatie naar cliënten en collega's.

PLISSIT-model

Professionals hebben verschillende competenties afhankelijk van hun basisdiscipline, hun ervaring en hun scholing en training. Deze verschillen hoeven niet belemmerend te zijn om toch adequaat op de (hulp)vraag van cliënten en instellingen in te kunnen spelen. Het gebruik van het PLISSIT-model kan de professional helpen voor zichzelf te bepalen waar haar competenties liggen. PLISSIT is het acroniem voor *Permission, Limited Information, Specific Suggestions* en *Intensive Therapy*. Stapsgewijs kan de professional bepalen welke competenties zij goed beheerst en bij welke zij stopt en eventueel doorverwijst. Op deze wijze blijft het probleem niet liggen en krijgt de cliënt uiteindelijk de hulp die nodig is, ook al is dit na doorverwijzing.

- *Permission* omvat de vaardigheden signaleren, doorvragen, luisteren en het probleem serieus nemen door het te normaliseren en het onbevooroordeeld tegemoet te treden. Door een open houding geeft de hulpverlener toestemming tot een gesprek.
- Onder *Limited Information* geeft de professional algemene voorlichting of psycho-educatie.
- Bij *Specific Suggestions* is de behandeling specifiek afgestemd op de cliënt met enkele kortdurende gerichte interventies.
- *Intensive Therapy* is een langer durende intensieve behandeling van bijvoorbeeld een seksuoloog NVVS, GZ-psycholoog of medisch specialist, veelal in een multidisciplinaire samenwerking.

Het PLISSIT-model is uitgewerkt voor de seksuele disfuncties.⁶ In dit boek kan het worden toegepast bij het counsellen van vragen en problemen op het gebied van seksuele gezondheid van individuen en bij het adviseren rondom beleidsvraagstukken.

Verdieping

Illustraties, video's en websites met educatieve doeleinden hebben we zoveel mogelijk ondergebracht bij een speciaal aan dit boek verbonden website. Ga daarvoor naar www.vangorcumstudie.nl en zoek in de rubriek Zorg & Welzijn.

Tot slot wijzen we op het bestaan van opleidingen en trainingen met aandacht voor het oefenen van vaardigheden en het integreren van het geleerde binnen de eigen professie. Organisaties als Rutgers, Soa Aids Nederland, Movisie, De Seksualiteitschool en RINO (Utrecht en Amsterdam) bieden op dit terrein diverse mogelijkheden.

De Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie ziet toe op de kwaliteit van het seksuologisch onderwijs, onder andere door visitatie, accreditatie en het verstrekken van certificaten ten behoeve van opname in kwaliteitsregisters.

Literatuur

1. Leusink, P., & Ramakers, M. (2014). *Handboek seksuele gezondheid. Probleemgeoriënteerd denken en handelen*. Koninklijke Van Gorcum.
2. O'Farrell, M., Corcoran, P., & Davoren, M. P. (2021). Examining LGBTI+ inclusive sexual health education from the perspective of both youth and facilitators: a systematic review. *BMJ Open*, *11*(9), e047856.
3. Mitchell, K., Lewis, R., O'Sullivan, L. F., & Fortenberry, J. D. (2021). What is sexual wellbeing and why does it matter for public health? *The Lancet. Public health*, *6*(8), e608-e613.
4. Institute for Positive Health. (z.d.). *Een bredere kijk op gezondheid, die meer oplevert*. Geraadpleegd van  <https://www.iph.nl/positieve-gezondheid/wat-is-het/>
5. WHO. (2010). *Standards for Sexuality Education in Europe. A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists*. WHO Regional Office for Europe.
6. Leusink, P., Borst, G., & Merkies, Y. (2023). *Seksuele problemen. Diagnostiek en behandeling*. Bohn Stafleu van Loghum.

Hoofdstuk 1

Hoe werkt seks

Peter Leusink, Marjo Ramakers



Samenvatting

Dit hoofdstuk beschrijft de anatomie van de geslachtsorganen, de fysiologie van de seksuele respons en de psychologische processen die leiden tot het ervaren van seksualiteit. Vervolgens wordt uitgelegd hoe somatische en psychologische prikkelverwerkingssystemen worden geactiveerd en hoe ze samenwerken. Enkele modellen worden besproken om dit beter te begrijpen: het *Incentive motivation*-model, het circulair model van seksuele respons en het *Dual control*-model.

Aan de hand van een biopsychosociaal kader worden handvatten gegeven om te begrijpen of en hoe seksueel gedrag tot stand komt, onder welke voorwaarden, en welke factoren dit kunnen verstoren en verbeteren. De verschillende biopsychosociale factoren worden in dit hoofdstuk verder uitgewerkt.



Leerdoelen

Na het lezen van dit hoofdstuk:

- ken je de basale anatomische en fysiologische aspecten van de seksuele respons en weet je hoe psychologische processen hierop inwerken;
- ken je enkele belangrijke modellen die de seksuele respons helpen begrijpen;
- ken je de principes van het biopsychosociale model;
- heb je handvatten om aan cliënten uitleg te geven over hoe seks werkt.