

Seksuele Gezondheidszorg

Deel 2 Handboek Seksualiteit en reproductie

Peter Leusink
Mintsje Tanis-Nauta

Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding
RIVM - Centrum Infectieziektebestrijding
Postbus 1, Interne postbak 13
3720 BA Bilthoven

T 030 2747000
F 030 2744455

ICI@rivm.nl
www.rivm.nl/cib

Inhoudsopgave

Inleiding	1
Hoofdstuk 1. Anticonceptie	5
1.1 Definitie	5
1.2 Consult	5
1.2.1 Verhelderen van het doel	5
1.2.2 Verhelderen van de context	5
1.2.3 Signaleren en bespreekbaar maken van misverstanden en ambivalenties	6
1.2.4 Contra-indicaties en risicofactoren anticonceptiegebruik	8
1.3 Producten en methodes	12
1.3.1 Natuurlijke methoden	13
1.3.2 Barrièremiddelen	14
1.3.3 Hormonale methodes	16
1.3.4 Intra-uteriene methoden	21
1.3.5 Sterilisatie	23
1.4 Noodanticonceptie	24
1.5 Afwegingen en beleid voorschrijven anticonceptie	26
1.6 Cultuur	28
1.7 Informatie	29
Hoofdstuk 2. Onbedoelde zwangerschap	31
2.1 Definitie	31
2.2 Consult	31
2.3 Nazorg	36
2.4 Juridische context	37
2.5 Informatie	38
Hoofdstuk 3. Lijf en leden	40
3.1 Vrouw	40
3.1.1. Vaginale afscheiding	40
3.1.2 Te grote schaamlippen	40
3.1.3 Menstruatieproblemen	41
3.1.4 Maagdenvlies	42
3.1.5 Pijnlijke borsten	43
3.1.6 Kan ik zwanger zijn als	43
3.1.7 G-plek	43
3.1.8 Endometriose	44
3.1.9 Vrouwenbesnijdenis	44
3.1.10 Vrouwelijke ejaculatie	45
3.1.11 Zoenen	45
3.1.12 Voortdurend seksueel opgewonden zijn	45
3.1.13 Pijn bij het vrijen	46
3.1.14 Anus	46
3.2 Man	46
3.2.1 Plekjes op de penis	46
3.2.2 Balzak	46
3.2.3 Vorm en afmeting van de penis	47
3.2.4 Pijn	47
3.2.5 Afscheiding uit de plasbuis	48
3.2.6 Anus	48
3.2.7 Zoenen	49
Hoofdstuk 4. Seksuele disfuncties	50
4.1 Problemen met seksueel verlangen	51
4.1.1 Verminderd seksueel verlangen	51
4.1.2 Seksuele aversie	55
4.1.3 Overmatig seksueel verlangen	56

4.2 Problemen met de seksuele opwinding	58
4.2.1 Seksuele opwindingsstoornis bij mannen: erectiestoornis	58
4.2.2 Seksuele opwindingsstoornis bij vrouwen	61
4.3. Problemen met het orgasme	63
4.3.1 Orgasmestoornis bij mannen: geremd klaarkomen	63
4.3.2 Orgasmestoornis bij de vrouw	65
4.3.3. Te snelle zaadlozing (ejaculatio praecox).....	66
4.4 Seksuele pijnproblemen	68
4.4.1 Pijn bij het vrijen (dispareunie).....	68
4.4.2 Vaginisme	70
4.5 Informatie	72
Hoofdstuk 5. Seksueel misbruik	74
5.1 Definitie	74
5.2 Vragen	74
5.3 Probleembeschrijving	74
5.4 Plan van aanpak	75
5.4.1 Wat kan de Sense-verpleegkundige doen	75
5.4.2 Plan van aanpak door de hulpverlening	75
5.5 Verwijzing	78
5.6 Meldpunt	78
5.7 Informatie	79
Hoofdstuk 6. Problemen met de seksuele oriëntatie	80
6.1 Definitie	80
6.2 Vragen	80
6.3 Probleembeschrijving	80
6.4 Plan van aanpak	82
6.4.1 Wat kan de Sense-verpleegkundige doen	82
6.5 Verwijzing	83
6.6 Informatie	83
Hoofdstuk 7. Genderidentiteitsstoornissen (GIS)	84
7.1 Definitie	84
7.2 Vragen	84
7.3 Probleembeschrijving	84
7.4 Plan van aanpak	86
7.4.1 Wat kan de Sense-verpleegkundige doen	86
7.4.2 Wat kan de (Sense-)arts doen	87
7.5 Verwijzing	87
7.6 Informatie	87
Hoofdstuk 8. Parafilie	88
8.1 Definitie	88
8.2 Vragen	88
8.3 Probleembeschrijving	89
8.4 Plan van aanpak	90
8.4.1 Wat kan de Sense-verpleegkundige doen	90
8.4.2 Wat kan de (Sense-)arts doen	90
8.5 Verwijzing	90
8.6 Informatie	90
Bijlage 1. Lijst van referenten en lijst van leden van de Kwaliteitscommissie	91
Bijlage 2. Kwaliteitseisen en richtlijnen aanvullende eerstelijns seksualiteitshulpverlening ...	93
Bijlage 3. Wet afbreking zwangerschap (deelttekst)	109
Bijlage 4. Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) (deelttekst)	110

The senses do not deceive us, but the judgment does. - Von Goethe

Inleiding

Diverse organisaties houden zich al jaren bezig met hulpverlening aan jongeren op het terrein van seksualiteit, anticonceptie, ongewenste zwangerschap, seksueel geweld en soa's. Zowel organisaties die al langer met deze problematiek bekend zijn als nieuwe organisaties die zich hier op zijn gaan toeleggen, blijken niet altijd eenzelfde werkwijze te hebben. Ook de breedte van de hulpverlening blijkt niet voor ieder vanzelfsprekend. Hulpverleners die werken met jongeren op het terrein van de seksuele gezondheid hebben meestal deskundigheid op één specifiek gebied en het spreken over seksualiteit blijkt vaak een lastig te nemen drempel.

Het Handboek dat voor u ligt biedt een belangrijke leidraad om de komende jaren eensgezind de kwaliteit van seksuele gezondheidszorg te verhogen. Elke jongere in Nederland, ongeacht bij welke organisatie of bij welke hulpverlener deze zich meldt, kan daardoor rekenen op de aandacht en zorg die nodig is voor optimale seksuele gezondheidszorg.

Seksuele gezondheid

Seksuele gezondheid (szorg) is een relatief nieuw begrip. Bekend zijn begrippen als reproductieve gezondheidszorg (anticonceptie, (on)gewenste zwangerschap), soa-/hivbestrijding en seksuologische hulpverlening. Seksuele gezondheidszorg omvat elk van deze drie gebieden, maakt daartussen onderscheid, maar erkent tegelijkertijd de noodzakelijke verwevenheid en verbondenheid van deze drie terreinen aangezien:

1. seksualiteit als biopsychosociaal domein altijd om een integrale benadering vraagt en
2. gezondheid altijd een resultante is van cognities, emoties, gedrag en cultuur.

Onveilig vrijen en keuzes ten aanzien van (anti)conceptie hebben alles te maken met het seksuele gedrag van het individu, met zijn of haar relaties en met de culturele achtergrond. Iemand die onzeker is of problemen heeft met seksualiteit, zou risicovoller seksueel gedrag kunnen vertonen ten aanzien van soa en zwangerschap, en zou zijn of haar frustraties kunnen uiten in onheuse bejegening. Wie veilig en met wederzijds respect vrijt, zal daar waarschijnlijk meer plezier in ervaren. En wie plezierig vrijt is gemotiveerder om het veilig vrijen te continueren en de ander respectvol te blijven bejegenen. Het is daarom zaak in de hulpverlening deze afzonderlijke domeinen te bespreken en op elkaar af te stemmen. Daarbij is zowel bevordering van gezond en plezierig seksueel gedrag als bescherming tegen risicovol gedrag een doel.

Door de naam *Sense* aan de eerstelijns seksuele gezondheidszorg te verbinden wordt gepoogd zowel de zintuiglijke, zinnelijke facetten als het zinvolle en verstandige met elkaar te verbinden: *Sense makes sense*.

Veel organisaties in Nederland voelden de noodzaak de eerstelijns seksuele gezondheidszorg te vernieuwen, teneinde deze integratie te waarborgen, de kwaliteit ervan op een hoog niveau te brengen en te houden, en een landelijke dekkingsgraad van deze vorm van hulpverlening te verkrijgen. Dit kreeg uiteindelijk in 2007 zijn beslag in een subsidieregeling Aanvullende eerstelijns seksualiteitshulpverlening voor jongeren, aangevuld met een bijlage waarin de Kwaliteitseisen en richtlijnen met betrekking tot deze vorm van hulpverlening werden vastgelegd.

Deze eerstelijns seksualiteitshulpverlening wordt als volgt gedefinieerd:

Het betreft het in het verzorgingsgebied van de desbetreffende coördinerende GGD, in aanvulling op de curatieve gezondheidszorg, verlenen of doen verlenen van de volgende individuele zorg met betrekking tot de seksuele gezondheid:

1. signalering van de hulpvragen;

2. verrichten van eenvoudige psychosociale en somatische diagnostiek, met inbegrip van lichamelijk onderzoek;
3. geven van informatie en advies;
4. voorschrijven van en behandelen met geneesmiddelen;
5. verwijzen ter behandeling van complexe hulpvragen;
6. registratie van gegevens ten behoeve van ontwikkeling van het beleid op het gebied van collectieve preventie en seksualiteitshulpverlening.

De implementatie van de vernieuwde eerstelijns seksuele gezondheidszorg noodzaakte onder andere tot een kwaliteitsimpuls zoals deze was geformuleerd in de Kwaliteitseisen. Naast scholing en training was er behoefte aan een gezamenlijk document waarin consensus tot uitdrukking zou moeten komen over het landelijk beleid bij een aantal thema's, uiteindelijk resulterend in dit Handboek.

Doelgroep

Het Handboek richt zich tot de belangrijkste hulpverleners die binnen Sense werkzaam zijn, de (soa-)verpleegkundigen, en beperkt zich voornamelijk tot hun bevoegd- en bekwaamheden. Toch zijn vele elementen ook van belang voor GGD-(jeugd)artsen, huisartsen, maatschappelijk werkenden, psychologen, seksuologen, abortusverpleegkundigen, jeugdverpleegkundigen en anderen die in de eerste lijn met jongeren en jongvolwassenen werken. Het basisberoep zal bepalend zijn welke elementen men voor zichzelf zal kunnen toepassen binnen de wettelijke kaders van de eigen professie. Een arts heeft immers andere bevoegdheden dan een verpleegkundige en die heeft weer andere bevoegdheden dan een maatschappelijk werker. Daar waar nodig wordt dit in het Handboek aangegeven. De wettelijke kaders van de beroepsuitoefening zouden voor verpleegkundigen de komende jaren kunnen wijzigen.

Doelstelling

Het Handboek geeft richtlijnen over onderwerpen met betrekking tot seksuele gezondheid. De geboden informatie helpt en stimuleert de hulpverlener richting te geven aan het denken en handelen en is voornamelijk gericht op kennisoverdracht. De richtlijnen bieden een kwaliteitskader waarbinnen de hulpverlener dient te functioneren.

Vanwege de doelstelling van Sense om meer geïntegreerde consulten te geven, vormt dit boek één geheel met *Seksuele Gezondheidszorg Deel 1, Soa Handboek*, waarin de seksueel overdraagbare aandoeningen worden behandeld. Soahulpverlening die plaatsvindt binnen de aanvullende seksualiteitshulpverlening dient op dezelfde richtlijnen gebaseerd te zijn als die binnen de curatieve soahulpverlening. De richtlijnen in deel 1 in het hoofdstuk over *motivational interviewing*, zijn met name gericht op veilig vrijen, gedrag waarbij *plezierig én gezond* voor veel cliënten op gespannen voet met elkaar staan. Deze richtlijnen zijn niet één op één toepasbaar op consulten binnen de seksualiteitshulpverlening, maar de medewerker kan er wel zijn voordeel mee doen bij consultvoering rondom anticonceptie en ongewenste zwangerschap.

In dit boek worden geen instrumenten gegeven om te leren reflecteren over eigen attitude of om vaardigheden te ontwikkelen in consultvoering. Dit zal men elders moeten leren. Het Handboek is gericht op individuele hulpverlening en geeft geen richtlijnen voor voorlichting, preventie en onderwijs. Wel kan het bruikbaar zijn als kennismateriaal ten behoeve van gezondheidsbevordering.

Verantwoording kwaliteit

De richtlijnen zijn voornamelijk gebaseerd op bestaande Nederlandse richtlijnen van de wetenschappelijk verenigingen van huisartsen, gynaecologen en seksuologen en zijn besproken en gewogen in een speciaal daartoe aangestelde Kwaliteitscommissie van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie. De richtlijnen zijn gerefereerd door personen met specifieke expertise op een bepaald thema, zie bijlage 1. Vermelding als referent betekent niet dat iedere referent de richtlijnen inhoudelijk op elk detail onderschrijft. Het Handboek is

eind 2008 geaccordeerd in een gezamenlijke vergadering van de coördinatoren Aanvullende seksualiteitshulpverlening van de regionale GGD'en.

De kwaliteit van de hulpverlening kan niet alleen door een Handboek worden geborgd.

Hulpverleners werkzaam binnen Sense dienen eveneens te voldoen aan de Kwaliteitseisen en richtlijnen aanvullende eerstelijns Seksualiteitshulpverlening zoals die bij de subsidieregeling Aanvullende seksualiteitshulpverlening zijn geformuleerd, zie bijlage 2.

Andere hulpverleners zullen zich eveneens moeten aansluiten bij aanvullende kwaliteitseisen van hun eigen beroepsgroep.

In ontwikkeling

Nadrukkelijk is dit Handboek een boek in ontwikkeling. Ervaringen met deze relatief nieuwe wijze van werken, voortschrijdend inzicht en aanvullende onderwerpen zullen de komende jaren tot aanpassingen leiden. De auteurs houden zich aanbevolen voor commentaar.

Peter Leusink, huisarts, seksuoloog NVVS
Mintsje Tanis-Nauta, arts, seksuoloog NVVS
November 2008

- Bussemaker J. (2007). *Besluit van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 28 september 2007, PG/ZP 2.793.366, houdende wijziging van de Subsidieregeling publieke gezondheid in verband met de aanvullende eerstelijns seksualiteitshulpverlening*. Den Haag: Ministerie VWS.
- Nederlandse Vereniging voor Seksuologie, Stichting Samenwerkende Abortusklinieken Nederland, Centra voor Anticonceptie Seksualiteit en Abortus Nederland, Sense Midden-Holland/ Sense Zuidelijk Zuid-Holland, Rutgers Nisso Groep, Stichting Anticonceptie Nederland. (2006). *Seksuele gezondheid in Nederland. Een raamwerk voor vernieuwing van de eerstelijns gezondheidszorg rondom seksualiteit en reproductie per januari 2008*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Seksuologie.
- Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (2007). *Kwaliteitseisen en richtlijnen aanvullende eerstelijns Seksualiteitshulpverlening*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Seksuologie.

Hoofdstuk 1. Anticonceptie

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van diverse vormen van anticonceptie. De hulpverlener krijgt richtlijnen hoe een adequaat consult kan worden gevoerd en welke afwegingen gemaakt dienen te worden bij voorlichting en voorschrijven.

1.1 Definitie

Anticonceptie of contraceptie is het met middelen of methoden voorkómen van zwangerschap. Middelen hiertoe worden ook wel voorbehoedmiddelen of anticonceptiva genoemd.

1.2 Consult

Een gesprek over anticonceptie behelst meer dan het verantwoord voorschrijven van een anticonceptiemiddel. Er zijn 4 aspecten te onderscheiden die in een gesprek soms door elkaar lopen en soms pas in een vervolgesprek helder worden:

1. verhelderen van het doel van het gesprek;
2. verhelderen van de context;
3. signaleren en bespreekbaar maken van onzekerheid, ambivalenties, mythes en misverstanden;
4. in kaart brengen van contra-indicaties en risicofactoren van anticonceptiemiddelen.

1.2.1 Verhelderen van het doel

Doel van het gesprek kan verschillend zijn voor de cliënt(e) en de hulpverlener. Er kunnen verschillende redenen zijn waarom een cliënt(e) behoefte kan hebben aan informatie, hulp of ondersteuning:

- bij de start van een (nieuwe) methode;
- bij het wisselen van een methode;
- bij de wijze van gebruik van de gekozen anticonceptiemethode;
- bij falend of foutief anticonceptiegebruik;
- bij de wens te stoppen met anticonceptie (planning van zwangerschap, maar ook rond de menopauze).

Voor de hulpverlener zijn dit momenten die aanknopingspunten bieden om anticonceptiegedrag te optimaliseren. Zo kan iemand die voorafgaand aan het consult heeft gekozen voor een bepaalde methode (met name bij de pil), voorlichting gegeven worden, als zij dat wil, over eventuele alternatieven en kan tijdens een consult bij falend anticonceptiegebruik ingegaan worden op manieren om dat gebruik te verbeteren.

In de praktijk blijkt dat de wijze van gebruik van de gekozen anticonceptiemethode niet vaak reden is om hulp of ondersteuning te zoeken, terwijl juist in het gebruik vaak wat misgaat.

Tweederde van alle abortuscliënten in 2007 had een pil of een condoom gebruikt om zwangerschap te voorkomen. Ruim een kwart van gebruiksters van hormonale anticonceptie zegt dat er het afgelopen half jaar wel eens iets is misgegaan in het gebruik. Bij condoomgebruik blijkt het grootste probleem te zitten in het consequente gebruik. Ook gaat er regelmatig iets mis met het condoom. Om deze redenen kan het voor de hulpverlener van belang zijn juist aan het gebruik de nodige aandacht te besteden, ook als de cliënt(e) eigenlijk komt in verband met soa- of seksualiteitsvragen.

Tot slot kan het verhelderend werken te weten waarom de cliënte niet naar de huisarts gaat. Mogelijk zijn er (onterechte) twijfels over de deskundigheid van de huisarts of over anonimiteit, of speelt er iets anders.

1.2.2 Verhelderen van de context

Met context wordt bedoeld de omstandigheden waarin een cliënt zich nu bevindt en de ervaringen die in het verleden een rol hebben gespeeld. De context bepaalt mee hoe iemand keuzes maakt ten aanzien van relatievorming en reproductie. Kennis hierover kan

bevorderen dat iemand een advies op maat krijgt waardoor de therapietrouw wordt bevorderd.

Om de context van de hulpvrager duidelijk te krijgen kan de volgende vragenlijst behulpzaam zijn. Niet elke vraag zal noodzakelijk zijn, dit hangt af van het gegeven antwoord.

- *Pas je anticonceptie toe? Welke? Welke ervaringen heb je daarmee?*
- *Wat is de reden om van anticonceptiemiddel te wisselen?*
- *Wat is de reden om nu met anticonceptie te gaan starten?*
- *Heb je een vaste partner? Wisselende seksuele contacten?*
- *Heb je kinderen? Is er kinderwens?*
- *Ben je ooit zwanger geweest?*
- *Heb je een miskraam of abortus in het verleden gehad? Hoe heb je dat ervaren?*
- *Heb je ervaring met vrijen? Hoe was dat, hoe lijkt je dat?*
- *Heb je ooit onveilig gevreeën?*
- *Heb je problemen bij het vrijen?*
- *Heb je ooit nare ervaringen gehad op seksueel gebied?*

Hoewel uiteraard elke context zeer individueel en specifiek is, zou men grofweg de context van drie groepen kunnen onderscheiden: die van de *starter*, van de *stayer* en van de *switcher*.

- Een *starter* die geen ervaring heeft met anticonceptie zal mogelijk nog erg onzeker zijn en veel uitleg nodig hebben. Vaak zal er weinig seksuele ervaring zijn en nog geen langdurige relatie. In een dergelijke context is waarschijnlijk een voorbehoedsmiddel met een zeer hoge effectiviteit en met hoog gebruikersgemak, en dat bovendien gemakkelijk weer kan worden gestaakt, het meest gewenst. Men zou dan kunnen denken aan de pil, ring of pleister. Ook is een advies condoms te gebruiken voor de preventie van soa wenselijk totdat bij de partner(s) de soastatus bekend is (landelijk wordt geadviseerd na een periode van 3 maanden een soatest te doen). Bij incidenteel seksueel contact kan een condoom met zaaddodend middel als anticonceptivum een goede optie zijn.
- Een *stayer* in een stabiele langdurige relatie zal afhankelijk van de levensfase een keuze maken. Er is vaak al ervaring met een middel en er is redelijke tot goede kennis aanwezig. Is er geen actuele kinderwens, maar zou een zwangerschap ook geen onoverkomelijk bezwaar opleveren, dan kan desgewenst een middel met mindere effectiviteit passend zijn, zoals een condoom of een methode van 'natuurlijke' geboorteregeling. Is er gedurende langere tijd of definitief geen kinderwens (meer) en wenst men geen omkijken naar het gebruik, dan kan een IUD (intra-uterine device = spiraal) of hormoonimplantaat toegepast worden. Definitieve anticonceptie kan met sterilisatie worden bereikt.
- Een *switcher* kenmerkt zich door wisselen van een middel of methode ten gevolge van klachten, van (vermeende) bijwerkingen, van veranderingen in de persoonlijke omstandigheden, van tegenvallend gebruik of van falende effectiviteit. Jonge vrouwen en vrouwen die minder zelfvertrouwen hebben in het maken van een goede anticonceptiekeuze, lopen meer risico een middel negatief te beoordelen, dat wil zeggen zijn meer ontevreden, hebben meer zorgen om zwangerschap en meer moeite met juist gebruik. Dit verhoogt hun kans op ongewenste zwangerschap. Goede counseling is dan ook van belang. Valkuil kan zijn een te technische benadering van de problemen of vragen, waardoor de achterliggende context verwaarloosd wordt. Psychosociale of seksuele problematiek speelt nogal eens een rol. Regelmatige follow-up of verwijzing is geïndiceerd.

1.2.3 Signaleren en bespreekbaar maken van misverstanden en ambivalenties

1. Aangezien anticonceptie bijna altijd wordt voorgeschreven aan gezonde vrouwen die vooralsnog geen kinderen wensen, zal rondom een verzoek om anticonceptie vaak een gevoel van onzekerheid spelen. Onzekerheid over wat het middel met het lichaam doet en onzekerheid of het middel voldoende effectief zal zijn. Deze aspecten kunnen een belangrijke rol spelen bij het al dan niet maken van een keuze voor een middel. Als

bijvoorbeeld een keuze te lang wordt uitgesteld terwijl er wel onveilig wordt gevreeën, of er wordt gekozen voor een ineffectief middel, dan zal het nodig zijn deze onzekerheden te bespreken.

Een deel van de onzekerheid kan niet worden weggenomen, omdat bij iedere methode een vrouw alsnog zwanger kan worden. Vooral pilgebruiksters maken zich relatief vaak zorgen over de kans op zwangerschap. Ook hebben zij relatief veel moeite om hun methode op de juiste manier te gebruiken, net als vrouwen die condooms gebruiken. Methoden verschillen niet alleen in effectiviteit en gebruiksvorschriften, de ene methode geeft ook meer vertrouwen dan de andere.

- *Ik merk dat je nogal twijfels hebt over anticonceptie/over dit middel. Klopt dat?*
- *Wat maakt je onzeker? Vind je het belangrijk hier verder op door te gaan?*
- *Vertrouw je het middel dat je gebruikt/wilt gaan gebruiken?*

2. Rondom anticonceptiemiddelen bestaan vele mythes en misverstanden, veelal gebaseerd op onwetendheid, op (verouderde of vervormde) kennis van ouders of (eenmalige en unieke) ervaringen van vriendinnen. Onder andere zouden ‘hormonen’ slecht zijn, zou je van de pil blijvend onvruchtbaar of dik kunnen worden, zou je tijdens de menstruatie rustig onbeschermd kunnen vrijen en zouden IUD’s zorgen voor veel ellende. Vraag daarom expliciet naar wat iemand al weet over anticonceptiemiddelen en vraag naar de reden voor de keuze van een middel. Weerleg de onjuistheden en geef zo nodig schriftelijke informatie mee.
 - *Ik hoorde je net zeggen dat Ik heb daar andere informatie over, zal ik je er iets over uitleggen?*
 - *Wat weet je over dit middel, waarom kies je voor dit middel?*
3. Als iemand vraagt om ‘de pil’, ga er dan niet vanzelfsprekend van uit dat dan ook de anticonceptiepil wordt gewenst. Soms wordt met ‘de pil’ anticonceptie in zijn algemeenheid bedoeld en kan ook een ander voorbehoedsmiddel gewenst of geschikt zijn.
 - *Je vraagt om de pil. Bedoel je ook letterlijk een pil. Weet je dat er andere vormen van anticonceptie zijn? Wil je daar meer over weten? Zal ik een voorlichtingsfolder meegeven?*
4. Ondanks het feit dat er een verzoek om anticonceptie is, kan soms ook kinderwens op de achtergrond een rol spelen. Deze ambivalenties kunnen zich onder andere uiten in vaak switchen van verschillende methodes, voortdurend bijwerkingen van of onvrede met middelen, het bij herhaling falen van de effectiviteit. Maak de vermoede ambivalenties bespreekbaar zonder sturend of veroordelend te zijn.
 - *Ik bemerk dat anticonceptie jou ook tegenstaat, klopt dat? Zie je anticonceptie als noodzakelijk kwaad? Hoe zou het zijn als je toch zwanger zou zijn?*
5. Aangezien gebruik van anticonceptie seksueel contact mogelijk maakt zonder angst voor zwangerschap, zullen verwachtingen over en ervaringen met seksualiteit zowel mede bepaald worden door, alsmede bepalend zijn voor de keuze van een methode. Het gebruik van een condoom of het voelen van de aanwezigheid van een hormonale ring kan, indien niet goed aangebracht, interfereren bij het vrijen. Hormonale middelen kunnen soms het seksueel verlangen verminderen. Natuurlijke methodes kunnen het moment van vrijen soms minder vanzelfsprekend maken. Daarnaast kunnen methodes die een hoge en langdurige graad van bescherming bieden sommige vrouwen het gevoel geven voortdurend beschikbaar te moeten zijn. Problemen in de seksuele relatie kunnen soms afgewend worden op de anticonceptiemethode en leiden tot ambivalenties over de methode. Andersom kunnen acceptatieproblemen met een methode of problemen in het gebruik van een methode soms leiden tot problemen in de seksuele relatie. Maak de wederzijdse invloed van anticonceptiemethode en seksuele relatie bespreekbaar.

- *Staat je partner achter jouw keuze? Zijn er momenteel problemen met het vrijen?*
- *Denk je dat het vrijen anders zal zijn als je anticonceptie gebruikt? Heb je het daar met je partner over gehad?*

1.2.4 Contra-indicaties en risicofactoren anticonceptiegebruik

Om tot een medisch verantwoorde keuze van een anticonceptiemiddel te komen, is het van belang om na te gaan of het middel geschikt is bij de betreffende vrouw met haar eventuele medische voorgeschiedenis en met haar eventuele huidige lichamelijke klachten. De WHO heeft van alle anticonceptiemethoden geschiktheidscriteria opgesteld voor vele medische aandoeningen en deze criteria in 4 categorieën ingedeeld.

	Categorie	Na klinische beoordeling (arts)	Na beperkte klinische beoordeling (verpleegkundige)
1	Er is geen enkele beperking voor het gebruik van de methode.	Methode mag altijd gebruikt worden.	Methode mag worden gebruikt.
2	De voordelen van de methode zijn over het algemeen groter dan de theoretische of bewezen risico's.	Methode mag over het algemeen gebruikt worden, follow-up noodzakelijk.	Methode mag worden gebruikt.
3	De theoretische of bewezen risico's zijn over het algemeen groter dan de voordelen.	Gebruik niet aanbevolen, tenzij er geen alternatieven voorhanden zijn of deze niet acceptabel zijn.	Gebruik de methode niet. Verwijs naar een deskundige.
4	Het gebruik leidt tot een onacceptabel gezondheidsrisico.	Methode niet gebruiken.	Gebruik de methode niet. Verwijs naar een deskundige.

In de volgende omstandigheden mag elke methode worden geadviseerd en voorgeschreven (categorieën 1 en 2):

- Anemie
- Antibioticagebruik (met uitzondering van rifampicine)
- Depressie
- Goedaardige eierstokzwellingen
- Goedaardige borstaandoeningen
- Endometriose
- Hiv/aids, inclusief antivirale therapie (bij een slecht klinisch beeld: geen IUD)
- Hartklepaandoening (ongecompliceerd)
- Hoofdpijn (geen migraine)
- Malaria
- Menstruatieklachten
- Operatie zonder bedlegerigheid
- Overgewicht
- Schildklieraandoening
- Varicosis
- Virale hepatitis (niet actieve vorm, drager)
- Voorgeschiedenis van
 - abortus (zonder sepsis)

- buitenbaarmoederlijke zwangerschap
- keizersnede
- miskraam
- PID (pelvic inflammatory disease)
- zwangerschapsdiabetes
- zwangerschapshypertensie

In deze situaties is het niet noodzakelijk lichamelijk onderzoek te verrichten om te beoordelen of een methode mag worden geadviseerd of voorgeschreven.

Gynaecologisch onderzoek is alleen noodzakelijk bij klachten als bijvoorbeeld contactbloeding, onbekende vaginale bloeding of pijn bij het vrijen, en hoeft niet routinematig plaats te vinden.

Een verpleegkundige mag een methode niet adviseren of voorschrijven indien er sprake is van categorie 3 of 4. Categorie 4 is vergelijkbaar met Nederlandse richtlijnen waar gesproken wordt over absolute contra-indicaties, categorie 3 is vergelijkbaar met een relatieve contra-indicatie. In deze laatste situatie is overleg met of verwijzing naar een arts nodig om de situatie beter te kunnen beoordelen. Ook een arts zal met betrekking tot categorie 3 moeten afwegen of voldoende kennis en ervaring aanwezig is om zelfstandig een beslissing te nemen, dan wel te verwijzen of in overleg te treden met een gynaecoloog.

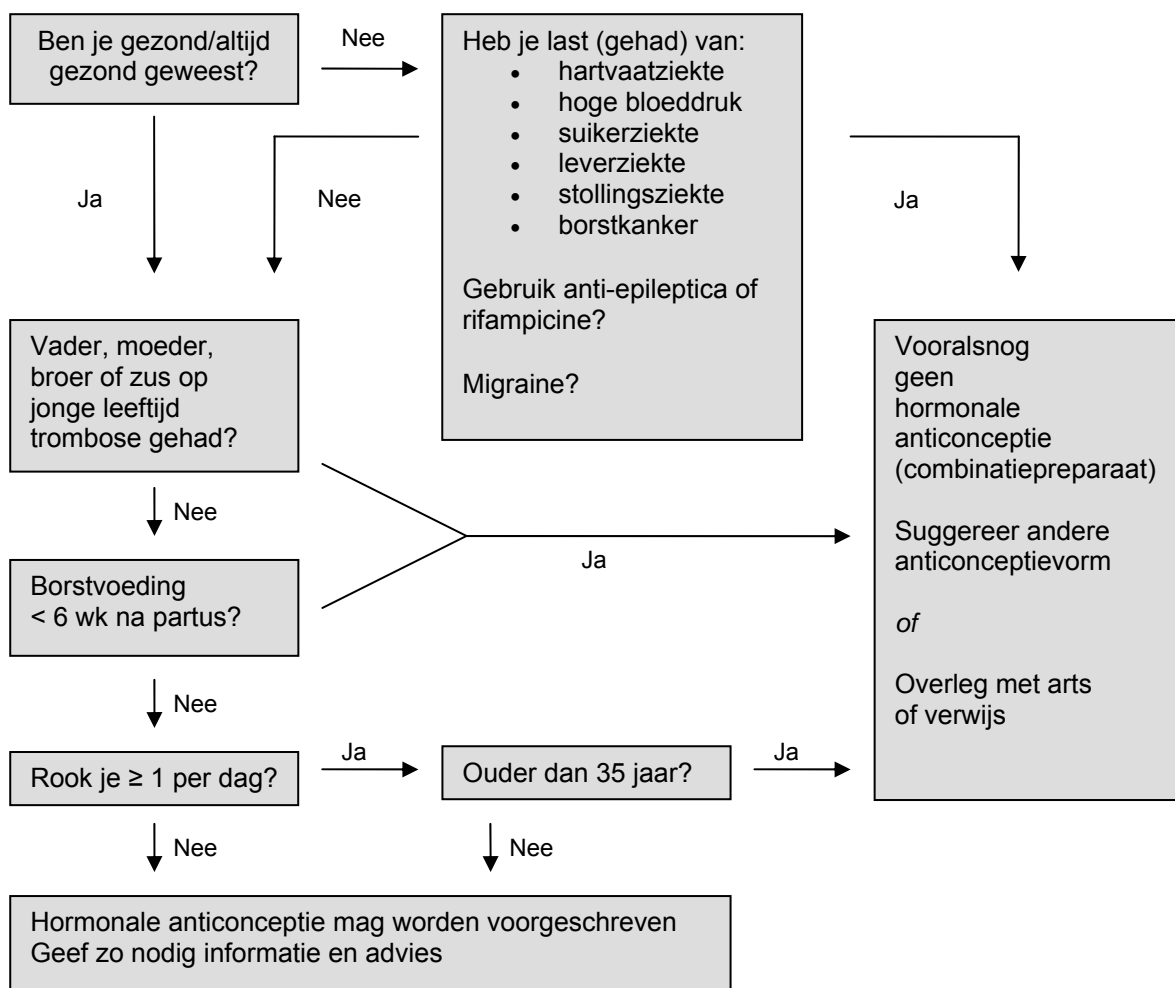
Hormonale anticonceptie

In tabel 1 worden deze absolute en relatieve contra-indicaties van hormonale anticonceptie genoemd voor wat betreft de combinatiepreparaten met oestrogeen en progestageen (pil, ring en pleister).

Om deze risicofactoren in kaart te brengen is een specifieke anamnese nodig. Het hangt van de ervaring en het kennisniveau van de hulpverlener af hoe de anamnese rondom contra-indicaties en risicofactoren verloopt. Sommigen zullen alle risicofactoren langslopen die in tabel 1 worden genoemd, maar dat is niet strikt noodzakelijk. Meestal kan met enkele vragen worden volstaan. Voor specifieke situaties kunnen de geschiktheidscriteria van de WHO op internet worden geraadpleegd (zie paragraaf 1.7).

Onderstaand stroomdiagram kan de verpleegkundige helpen de belangrijkste vragen te stellen met als doel verantwoord hormonale anticonceptie te adviseren of voor te schrijven.

Stroomdiagram risico-inventarisatie hormonale anticonceptie (combinatiepreparaat)



Tabel 1. Absolute en relatieve contra-indicaties hormonale anticonceptie (combinatiepreparaat)

Categorie 4 WHO, absolute contra-indicaties

Adviseer géén hormonale anticonceptie (pil, ring of pleister) indien cliënte zelf te maken heeft (gehad) met één van de onderstaande aandoeningen:

- hartaanval;
- herseninfarct;
- trombose of longembolie (bestaand of in de voorgeschiedenis);
- ernstige leverfunctiestoornissen;
- borstvoeding binnen 6 weken postpartum;
- borstkanker (tenzij oestrogeen-receptor negatief);
- migraine met aura (plaatselijke neurologische symptomen van voorbijgaande aard);
- vaker dan incidenteel roken in combinatie met leeftijd > 35 jaar;
- hoge bloeddruk¹ (systolisch > 160 mm Hg, diastolisch > 100 mm Hg);
- er sprake is van 2 of meer bekende risicofactoren voor hart- en vaatziekten:
 - roken (vaker dan incidenteel);
 - hoge bloeddruk¹ (> 140/90);
 - verhoogd cholesterolgehalte;
 - diabetes mellitus;
 - leeftijd > 35 jaar.

Categorie 3 WHO, relatieve contra-indicaties

Heroverweeg of de pil, ring of pleister wel een geschikt anticonceptivum is vergeleken met alternatieven, en/of overleg met een huisarts/gynaecoloog in de volgende situaties:

- vaker dan incidenteel roken met leeftijd < 35 jaar;
- hoge bloeddruk¹ (systolisch > 140 mm Hg, diastolisch > 90 mm Hg);
- familieleden in de eerste lijn met stollingsafwijkingen op jeugdige leeftijd;
- migraine zonder aura indien ouder dan 35 jaar;
- medicatiegebruik:
 - St. Janskruid
 - rifampicine
 - anti-epileptica (fenytoïne, carbamazepine, barbituraten, primidon, topiramaat, oxcarbazepine).

¹. Een eenmalige meting voorafgaand aan het voorschrijven van een hormonaal middel heeft geen zin. Er is namelijk pas sprake van hoge bloeddruk als dit wordt vastgesteld na herhaaldelijke metingen gedurende enkele maanden. Een verhoogde bloeddruk bij gebruiksters van een hormonaal middel geeft weliswaar een licht verhoogde kans op een myocardinfarct of een CVA, maar is in absolute zin nog steeds erg klein. Deze kans wordt substantieel groter als er eveneens andere risicofactoren voor hartvaatziekten aanwezig zijn zoals roken, diabetes mellitus en een leeftijd ouder dan 35 jaar. Het stoppen met roken geeft veel meer gezondheidswinst dan het eventueel opsporen en behandelen van de bloeddruk.

IUD

Volledigheidshalve worden in tabel 2 de absolute en relatieve contra-indicaties van het IUD genoemd. De verpleegkundige kan een cliënte hierover informeren.

In tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht kan een IUD wél worden toegepast bij:

- jongeren onder de 25 jaar;
- vrouwen zonder kinderen;
- wisselende seksuele partners;
- gebruik van bloedverdunners;
- uterus myomatosus zonder klachten en zonder vormafwijkingen van het cavum uteri;
- afwijkingen hartklep (endocarditisprofylaxe bij insertie).

Tabel 2. Absolute en relatieve contra-indicaties IUD

Categorie 4 WHO, absolute contra-indicaties

Adviseer geen koperhoudend of hormoonbevattend IUD in de volgende situaties:

- actieve infecties (tot 3 maanden na start infectie): salpingitis, endometritis, cervicitis;
- carcinoom genitalia interna voorafgaand aan behandeling (wel bij CIN);
- bestaande zwangerschap of een vermoeden daar op;
- vaginale bloedingen met onbekende oorzaak;
- binnen de eerste 6 weken post partum.

Categorie 3 WHO, relatieve contra-indicaties

Heroverweeg of een IUD wel een geschikt anticonceptivum is tegen het licht van alternatieven en/of overleg met een gynaecoloog in de volgende situaties:

- bekende vormafwijkingen van de uterus;
- hiv/aids indien een slecht klinisch beeld;
- afwijkende cervixcytologie (Pap 3A of hoger);
- voorgeschiedenis met:
 - EUG (buitenbaarmoederlijke zwangerschap) of operatie aan de eileiders;
 - totale expulsie van een IUD;
 - zwangerschap bij gebruik van een IUD;

- onbegrepen onderbuisklachten;
- gebruik van cytostatica en corticosteroiden;
- een bestaande trombo-embolische aandoening in geval van hormoonhoudend IUD;
- leverziekte als tumor of acute hepatitis in geval van hormoonhoudend IUD;
- dysmenorroe en/of menorrhagie in het geval van een koperhoudend IUD.

1.3 Producten en methodes

Elk voorbehoedsmiddel heeft specifieke voor- en nadelen, hiervan wordt in deze paragraaf een overzicht gegeven.

Een belangrijk kenmerk van alle middelen is de betrouwbaarheid, zie tabel 3.

De Pearl-index geeft het aantal zwangerschappen aan dat ontstaat bij 100 vrouwen die gedurende een jaar lang de betreffende methode gebruiken. Het cijfer kan gelezen worden als het percentage vrouwen dat in het eerste jaar van het gebruik van een methode zwanger wordt. Er worden steeds 2 cijfers weergegeven: het theoretisch haalbare cijfer bij het toepassen van de methode zonder dat de gebruiker fouten maakt en het praktijkcijfer dat in de dagelijkse praktijk met de methode wordt bereikt.

Tabel 3. Betrouwbaarheid van de verschillende methoden van anticonceptie

Pearl-index	theoretisch	praktisch
<i>Geen anticonceptie</i>		80-85
<i>Klassieke methoden</i>		
Abstinentie	0	>10
Coitus interruptus	1	6-38
Lactatie amenorroe 0-4 mnd	0	0,3
Lactatie amenorroe 5-6 mnd	1-3	3-16
<i>Natuurlijke methoden</i>		
Temperatuurmethode	1	2,5-7
Methode Billings (cervixslijm)	1,2-2,9	15,5-34,9
Natural Family Planning (sympto-thermaal)	0,7	2-25
Periodieke Onthouding	3,3	5,9-47
Persona®	6	4,2-8,3
Standaard Dagen Methode	4,7	11,9
<i>Barrièremiddelen</i>		
Condoom	2	2-15
Vrouwencondoom	2,6	5-15
Pessarium occlusivum	1	4-20
Femcap	1-2	?
Spermiciden	4	4-37
<i>Hormonale methoden</i>		
Combinatiepil	0,5	0,2-10
Anticonceptiering NuvaRing®	0,4 ^a -1,27 ^b	0,65 ^a -1,75 ^b
Anticonceptiepleister EVRA®	0,59 ^a -0,99 ^b	0,71 ^a -1,25 ^b
Prikkpil	<0,1	0,6
Minipil Cerazette®	0,14	?
Implanon®	0	0,3*
<i>Intra-uterine methoden</i>		
Koperopp. ≥ 300 mm ² (Multiload®, Flexi-T®)	0,5	
Koperimplantaat: Gynefix®	0,2	
Intra-uterien hormoonafgevend systeem Mirena®	0,1- 0,2	

<i>Definitieve methoden**</i>			
Vasectomie		<0,1	0,5
Sterilisatie vrouw			
Laparoscopisch		0,5-1,85	
Ovabloc®		0,4-2,6	
Essure®		0,2	
a	cijfers uit Europees onderzoek		
b	cijfers uit Amerikaans onderzoek		
*	Gebleken is dat soms toch zwangerschap ontstaat. In die gevallen blijkt het staafje door het niet strikt opvolgen van de instructies foutief of niet ingebracht te zijn of te zijn ingebracht op een tijdstip, dat al bevruchting had plaatsgevonden.		
**	Betrouwbaarheid is mede afhankelijk van de ervaring van degene die de ingreep uitvoert. Er worden cumulatieve zwangerschapscijfers weergegeven na 10 jaar (Essure na 5 jaar).		

Bron: RJCM. Beerthuizen. Anticonceptie op maat. Bohn Stafleu van Loghum, 2004. ISBN 9031341398 (*overgenomen met toestemming uitgever*)

1.3.1 Natuurlijke methoden

Soms wensen mensen geen medische interventie voor hun anticonceptie of is een eventuele zwangerschap welkom maar nog niet actueel. Informatie over natuurlijke methoden kan dan gewenst zijn. De effectiviteit van deze methodes is gering en sterk afhankelijk van de mate van zorgvuldigheid en samenwerking tussen beide partners. De effectiviteit kan toenemen door bijvoorbeeld natuurlijke methodes te combineren met een condoom in de vruchtbare periode. Om deze methodes enigszins betrouwbaar te gebruiken, zou het aan te raden zijn om een cursus te volgen, bijvoorbeeld bij NFP(Natural Family Planning)-Nederland.

1.3.1.1 Onthouding en coïtus interruptus

Onthouding (abstinentie) wil zeggen dat het stel zich voorneemt geen gemeenschap te hebben tijdens seksuele activiteit. Theoretisch is dit een zeer betrouwbare methode, maar in de praktijk blijkt toch dat men zich niet altijd aan deze afspraak houdt dan wel dat er 'ante portas', via vingers of lekkage toch sperma intravaginaal komt. Soms ook vindt er intravaginale penetratie van de penis plaats met het voornemen vlak voor de zaadlozing terug te trekken (coïtus interruptus, 'voor het zingen de kerk uit'). Theoretisch zouden zich in het voorvocht dat oncontroleerbaar uit de penis komt, geen spermacellen kunnen bevinden, maar het voorvocht kan zich mengen met porties ejaculaat. In de praktijk blijken deze methodes dan ook regelmatig tot zwangerschap te leiden. In sommige landen, zoals Turkije, is coïtus interruptus één van de meest gebruikte methoden.

1.3.1.2 Periodieke onthouding

Een variant op de onthouding is het toepassen ervan in de vruchtbare periode 7 dagen voor tot 1-2 dagen ná de eisprong. Het idee lijkt aantrekkelijk maar de moeilijkheid is het precies kunnen vaststellen van het moment van de ovulatie. De periode tussen ovulatie en de daaropvolgende menstruatie ligt redelijk vast (14-16 dagen), maar het is onbekend wanneer de ovulatie volgt na de eerste dag van de menstruatie. De ovulatie kan dus alleen achteraf redelijk worden berekend, het voorspellen is afhankelijk van de (meestal wisselende) cyclusduur. Gemiddeld genomen komen de meeste mensen uit bij de periode van de zogenaamde Standaard Dagen Methode. De vruchtbare periode ligt dan tussen de achtste tot de negentiende cyclusdag, gerekend vanaf de 1^{ste} dag van de menstruatie, bij een cyclus tussen de 26 en 32 dagen.

1.3.1.3 Ovulatieberekening

Wil men het moment van de ovulatie nauwkeuriger vaststellen (om vervolgens achteraf de vruchtbare periode te berekenen) dan zijn er een aantal methodes mogelijk:

- Temperatuurmethode: elke ochtend voor het opstaan de temperatuur meten; de ovulatie resulteert in een temperatuurstijging van 0.3-0.5 graden. Eventueel te registreren via Cyclotest, verkrijgbaar via apotheek of drogist.
- Gebruik van een microcomputertje (Persona) verkrijgbaar via apotheek of drogist. Via een stripje dat regelmatig gedurende een aantal maanden in urine wordt gedoopt leest het apparaatje het hormoon LH (luteïniserend hormoon) en oestrogeen af en berekent het zelf de vruchtbare periode. De maximale Pearl-index is met deze methode 6.
- Methode volgens Billings: een paar dagen voor en na de ovulatie is het slijmvlies uit de baarmoedermond extra rekbaar en helder. Dit kan worden bepaald door met de vinger of een tampon slijm uit de vagina te trekken. Het dagelijks noteren van de aard van het slijm is daarbij nodig. Op het moment dat het slijm minder helder en minder rekbaar wordt is de ovulatie voorbij. Een dag later is ook de vruchtbare periode voorbij.
- Symptothermale methode of Natural Family Planning: maakt gebruik van cyclusveranderingen in temperatuur, cervixslijm en de hardheid van de baarmoederhals, maar gebruikt ook andere lichamelijke veranderingen en de 'kalender'-gegevens

1.3.1.4 Borstvoeding

De lactatieamenorroe-methode (LAM) gaat uit van het natuurlijke gegeven dat de zuigreflex van het kind tijdens het zogen de productie prolactine stimuleert en daardoor het vrijkomen van gonadotropinen (GnRH) onderdrukt, waardoor de hypofyse niet wordt gestimuleerd de eierstokken aan te sturen tot een eirijping. De methode is 6 maanden vanaf de geboorte redelijk (98%) betrouwbaar onder de volgende absolute voorwaarden:

- Er moet volledig borstvoeding worden gegeven:
 - het kind krijgt alleen borstvoeding; het mag dus geen tussendoortjes of fruithapjes;
 - het kind altijd de borst geven als het daarom vraagt;
 - er mag niet meer dan 6 uur tussen de borstvoedingen in zitten (dus inclusief de nachtvoeding);
 - het kind moet rechtstreeks uit de borst drinken; afkolven niet betrouwbaar.
- Er mag in de 6 maanden geen menstruatie optreden: elke bloeding van 2 of meer dagen na 15 dagen na de geboorte is het einde van de amenorroe en maakt deze methode onbetrouwbaar.

1.3.2 Barrièremiddelen

1.3.2.1 Condoom

Het condoom is een hoesje (met of zonder latex) met aan de binnenzijde vaak een zaaddodend middel en aan de buitenkant een beetje glijmiddel, dat over de erecte penis wordt gerold. Voor hen die overgevoelig zijn voor latex biedt het polyurethaancondoom uitkomst (Avanti van Durex). Condooms zijn over het algemeen van zeer goede kwaliteit en het is dan ook meestal het onjuiste gebruik dat de betrouwbaarheid doet verminderen. De volgende zaken zijn bij de voorlichting van belang:

- De pret- en fantasiecondooms voldoen niet aan de ISO-kwaliteitsnorm en zijn als voorbehoedsmiddel niet betrouwbaar.
- Bewaar condooms op een droge, koele plaats (niet in de koelkast).
- Let op de houdbaarheidsdatum en op eventuele beschadiging van de verpakking.
- Gebruik geen schaar, tanden of scherpe nagels om de verpakking te openen, het condoom kan beschadigen.
- Spreek van tevoren met je partner af dat je met een condoom wilt vrijen. Zorg dat je er één beschikbaar hebt.
- Doe het condoom om als de penis stijf is en vóórdat de penis de vagina in gaat.
- Er zijn diverse maten condooms, gebruik er één dat past.
- Knijp het puntje dicht bij het afrollen zodat er geen lucht in blijft, anders kan het scheuren tijdens het vrijen.

- Gebruik zaaddodend middel voor het geval het condoom toch scheurt of afglijdt tijdens of na het vrijen.
- Gebruik van massage- of babyolie of vaseline als glijmiddel maakt het latex dun, evenals vaginale crèmes die de vrouw mogelijk gebruikt als antischimmelmiddel. Hierdoor bestaat er een risico op het scheuren van het condoom.
- Het gebruiken van dubbele condooms is niet betrouwbaar, ze scheuren eerder.
- Gebruik bij wisselen van seksuele techniek (oraal, vaginaal, anaal) telkens een nieuw condoom.
- Goede lubricatie van de vagina van de vrouw voorkomt het scheuren van het condoom.
- Fixeer het condoom aan de basis van de penis na de zaadlozing bij het verlaten van de vagina of anus.

1.3.2.2 Spermiciden

Zaaddodende middelen zijn alleen van nut in combinatie met een condoom, pessarium occlusivum of FemCap en kunnen niet als een op zichzelf staand product ter voorkoming van zwangerschap worden gebruikt.

1.3.2.3 Vrouwenmiddelen

Er zijn enkele voorbehoedsmiddelen die de vrouw minder afhankelijk maakt van een arts en haar meer gevoel van controle geeft. De betrouwbaarheid van het vrouwencondoom en het pessarium is vergelijkbaar met die van het condoom. De Femcap is iets minder betrouwbaar. De middelen worden in geringe tot zeer geringe mate door vrouwen gebruikt. Bij problemen met de andere anticonceptiemethoden zijn ze soms een uitkomst.

- Vrouwencondoom: een zakje, gemaakt van polyurethaan, met aan beide zijden een flexibele ring. Eén zijde wordt vaginaal ingebracht (zoals een tampon), de andere ring aan de open zijde rust op de vulva. Onderbreken van het vrijen is niet noodzakelijk, het kan vooraf worden ingebracht en ook daarna kan het op een zelfgekozen moment worden verwijderd. De kans op scheuren of falend gebruik is veel kleiner dan bij het gewone condoom. Het gebruik is daarentegen minder eenvoudig dan een mannencondoom. De binnenring moet voorbij het schaambeentje worden geduwd met de vinger in het condoom (let op scherpe nagels). De penis moet erin geleid worden en tijdens het vrijen kan het condoom heen en weer schuiven. Het vrouwencondoom is voor eenmalig gebruik. Het beschermt ook tegen soa.
- Pessarium (occlusivum): een latex kapje (of diafragma) dat vaginaal wordt ingebracht en precies moet passen tussen het schaambeentje en het achterste gewelf van de vagina. Het moet daarom eenmalig worden aangemeten door een arts of verpleegkundige. Bij grote gewichtsverandering of na een geboorte moet het opnieuw worden aangemeten. Voorafgaand aan het inbrengen wordt aan alle zijden een zaaddodend middel aangebracht. Na de zaadlozing moet het pessarium minimaal 6 tot 8 uur blijven zitten om zeker te zijn dat spermacellen door de spermicide en het vaginale milieu zijn geïmmobiliseerd. Vervolgens het pessarium weer verwijderen. Mocht in de tussentijd gemeenschap gewenst zijn dan moet er opnieuw spermicide worden ingebracht (het pessarium blijft ter plaatse). Na verwijderen en schoonmaken moet het pessarium worden bepoederd met maïzena. Jaarlijks dient gecontroleerd te worden of het rubber niet doorlatend is geworden (door het tegen het licht te houden). Er bestaan pessaria van latex die net als condooms niet bestand zijn tegen vetten. Daarnaast bestaan pessaria van silicone, die ook geschikt zijn bij latexallergie.
- De FemCap is een variant op het pessarium. Er zijn drie kant en klare standaardmaten: de kleinste voor hen die nog nooit zwanger zijn geweest, de middelste voor hen die een keizersnede, miskraam of abortus hebben gehad en de grootste voor hen die een vaginale baring hebben gehad. De FemCap kan maximaal 24 uur blijven zitten, eventueel moet spermicide bijgebruikt worden (kapje blijft ter plaatse zitten) als in de tussentijd opnieuw gemeenschap plaatsvindt. Het materiaal is van silicone, te gebruiken in combinatie met een spermicide. Het lijkt een voordeel dat het niet hoeft te worden

aangemeten, maar in de praktijk blijkt het plaatsen en het verwijderen dermate moeizaam dat het de vraag is of het gebruik zou moeten worden aangemoedigd.

1.3.3 Hormonale methodes

De anticonceptieve werking van de hormonale methodes wordt overwegend bepaald door de progestagene component en vindt plaats via drie systemen:

- onderdrukking van de hypofysehormonen FSH en LH, waardoor rijping van de follikel en ovulatie worden geremd;
 - remming van de uitrijping van het endometrium, waardoor de condities voor innesteling verslechteren;
 - beïnvloeding van het cervixslijm, waardoor de toegankelijkheid voor zaadcellen afneemt.
- Middelen als de minipil, de prikpil en het implantaat bevatten alleen een progestageen. Ook het hormoonhoudend IUD bevat een progestageen. Informatie hierover is te lezen in de paragraaf over het IUD.

De meeste orale anticonceptiva ('de pil') en de anticonceptivering en de anticonceptiepleister bevatten een combinatie van oestrogenen en progestagenen, waarbij de oestrogenen dienen voor de cycluscontrole. Door onttrekking van progestagenen in de stopweek zal het endometrium loslaten. Dit is dus geen menstruatie, maar een onttrekkingbloeding.

1.3.3.1. Anticonceptiepil of combinatiepil

Indeling

De pil wordt ingedeeld in één-, en driefasepillen, afhankelijk van de samenstelling van de pillen per strip. Bij de éénfasemiddelen hebben alle pillen dezelfde samenstelling gedurende 21 of 22 dagen gevolgd door een stopweek, of, sinds kort, gedurende 24 dagen gevolgd door 4 placebotabletten. In dit laatste geval is er geen stopweek. Bij de andere fasemiddelen is de samenstelling over de weken verschillend. In de praktijk zijn de betrouwbaarheid en veiligheid van de éénfasemiddelen zeer goed. De meerwaarde van de andere middelen is niet duidelijk.

Een andere indeling van de pil is op grond van de chronologie van ontwikkeling:

- eerstegeneratiepil: bevat 50 microgram (mcg) ethinylestradiol en norethisteron of lynestrenol als progestageen;
- tweedegeneratiepil: bevat minimaal 50 mcg ethinylestradiol en levonorgestrel of norgestimaat als progestageen;
- derdegeneratiepil: bevat minder dan 50 mcg ethinylestradiol en desogestrel of gestodeen als progestageen.

Een geheel nieuwe generatie bevat het progestageen drospirenon. Dit middel wordt als een vierdegeneratiepil beschouwd. De relevantie van deze indeling ligt in het al dan niet kunnen onderscheiden van eventuele risico's op hartvaatziekten of veneuze embolieën. Hier wordt later op ingegaan. Voor een overzicht zie tabel 4.

Tabel 4. Hormonale middelen

Eenfasepreparaten: Alle pillen in de pilstrip hebben dezelfde samenstelling		
Merknaam	Samenstelling	Generatie
Cilest	35µg EE + 0,25 mg norgestimaat	2
Diane-35	35µg EE + 2 mg cyproteronacetaat	- *
Femodeen	30µg EE + 0,075 mg gestodeen	3
Lovette	20µg EE + 0,10 mg levonorgestrel	2
Marvelon	30µg EE + 0,15 mg desogestrel	3
Mercilon	20µg EE + 0,15 mg desogestrel	3
Microgynon 20	20µg EE + 0,10 mg levonorgestrel	2
Microgynon 30	30µg EE + 0,15 mg levonorgestrel	2
Microgynon 50	50µg EE + 0,125 mg levonorgestrel	2
Ministat	37,5µg EE + 0,75 mg lynestrenol	1
Minulet	30µg EE + 0,075 mg gestodeen	3
Modicon	35µg EE + 0,5 mg norethisteron	1
Neocon	35µg EE + 1 mg norethisteron	1
Neo Stediril	50µg EE + 0,125 mg levonorgestrel	2
Stediril 30	30µg EE + 0,15 mg levonorgestrel	2
Yasmin	30µg EE + 3 mg drospirenon	- **
Yaz 24-4 ***	20µg EE + 3 mg drospirenon	- **
Anticonceptiering		
NuvaRing	15µg EE + 0,12 mg etonogestrel per 24 uur	
Anticonceptiepleister		
Evra	20µg EE + 0,15 mg norelgestromin per 24 uur	
Minipil		
Cerazette	75 µg desogestrel per tablet	
Prikpil		
Depo-Provera '150'	150 mg medroxyprogesteron per 12-wekelijkse injectie	
Implantaat		
Implanon	ca. 25-35µg etonogestrel per dag	
Intra-uterien systeem		
Mirena	ca. 20µg levonorgestrel per dag	
<p>EE = ethinylestradiol De verschillende progestagenen zijn niet vergelijkbaar in dosering wegens verschil in biologische activiteit. * Cyproteronacetaat is een progestageen uit een geheel andere steroïdengroep. ** Drospirenon is een nieuwste generatie progestageen en heeft een antimineralecorticoïde en anti-androgene werking. *** Yaz 24-4 bevat 28 pillen waaronder 4 placebopillen de laatste 4 dagen. Er is geen stopweek.</p>		

Gebruik

Voor het betrouwbaar gebruiken van de pil is begrip van de 'regel van zeven' nodig. Deze regel is als volgt geformuleerd: actieve tabletten moeten 7 dagen zonder onderbreking worden ingenomen om de hypofyse-ovarium-as voldoende te onderdrukken en het innemen van actieve tabletten mag nooit langer dan 7 achtereenvolgende dagen worden

onderbroken. Als voor het eerst de pil wordt gebruikt (of opnieuw wordt gestart na een periode waarin geen pil werd gebruikt), dan is de pil direct betrouwbaar indien wordt gestart op de eerste menstruatiedag. Wordt later begonnen dan is de pil pas veilig na 7 dagen slikken. Tot die tijd moet zo nodig aanvullende anticonceptie worden gebruikt. De pil wordt 3 weken geslikt waarna een stopweek van maximaal 7 dagen volgt. Wordt later begonnen dan moet opnieuw een periode van 7 dagen slikken volgen voordat de pil weer betrouwbaar is. Wel kan gedurende de stopweek worden doorgeslikt om op die wijze de onttrekkingbloedingen te plannen (vakantie, examens). Fysiologisch gezien is namelijk de stopweek niet noodzakelijk. Het laten gelijken van het pilgebruik op de normale cyclus heeft mogelijk meer een emotionele of culturele betekenis. Langer dan 3 maanden doorslikken van de pil geeft een verhoogde kans op 'spotting', dat wil zeggen licht bloedverlies op onregelmatige momenten, maar heeft geen effect op betrouwbaarheid of veiligheid.

Bijwerkingen

De meest voorkomende klachten tijdens pilgebruik zijn het gevolg van tijdelijke adaptatie-effecten: vochtretentie, pijnlijke en licht gezwollen borsten, misselijkheid en hoofdpijn. Deze verdwijnen meestal na enkele maanden, het wisselen van pil of wijzigen van methode is de eerste drie maanden dan ook niet zinvol. Ook verminderd seksueel verlangen kan bij iedere combinatiepil optreden, omdat pilgebruik vrijwel altijd een daling van de vrije testosteronfractie tot gevolg heeft, het minst bij de tweedegeneratiepillen en bij lage dosis oestrogenen. Overigens zal niet elk verminderd seksueel verlangen bij pilgebruiksters het gevolg zijn van de pil. Een goede anamnese en eventueel eliminatie en herintroductie van de pil is dan noodzakelijk.

De meest voorkomende klacht na langer gebruik is het vóórkomen van een ongewenst bloedingspatroon. Dit wijst niet op een verminderde effectiviteit. Meestal is de oorzaak onregelmatige inname van de pil, roken of gebruik van andere medicatie. Geef hierover adviezen en wacht dit effect af. Een andere klacht die nogal eens voorkomt is hoofdpijn, met name in de stopweek. Doorslikken van de pil gedurende een aantal strips is dan geoorloofd. Er kan dan op een vast moment na 3 of 4 strips worden gestopt voor een stopweek van maximaal 7 dagen of er kan worden doorgeslikt tot de dag dat zich een onttrekkingsbloeding voordoet, waarna maximaal 7 dagen een slikpauze wordt ingelast. Een alternatief is om in de stopweek een klein beetje oestrogeen te geven, bijvoorbeeld Progynova 2 mg per dag. Als bijwerkingen dermate storen en langdurig aanwezig zijn, is het raadzaam te verwijzen naar een arts teneinde gynaecologische problemen uit te sluiten.

oestrogene bijwerkingen	progestagene bijwerkingen	androgene bijwerkingen
<ul style="list-style-type: none"> – vocht vasthouden – hoofdpijn – lichte zwelling borsten – melasma (zwangerschapsmasker) – toegenomen vaginale afscheiding – prikkelbaarheid – misselijkheid 	<ul style="list-style-type: none"> – vermindering seksueel verlangen – vermoeidheid – spotting – amenorroe – stemmingsproblemen – droge slijmvliezen 	<ul style="list-style-type: none"> – acne – toename eetlust – spotting, amenorroe – hirsutisme (overbehaving)

De pil heeft ook gunstige effecten:

- minder menstruele klachten als pijn of hevig bloedverlies, kans op anemie is kleiner;
- minder klachten van premenstrueel syndroom, drospirenon lijkt hier vooral gunstig bij ernstige PMS;
- het risico van ovarium- en endometriumcarcinoom wordt verlaagd;
- de kans op goedaardige cysten van eierstokken en borsten wordt verlaagd.

Misverstanden

Er bestaan verschillende misverstanden over orale anticonceptie. Enkele worden genoemd met kort het tegenargument.

- *De pil leidt tot kanker.* De kans op borstkanker is niet verhoogd ten opzichte van hen die geen pil gebruiken. De kans op baarmoederkanker en eierstokkanker is verlaagd. Er is wel een relatie tussen baarmoederhalskanker en pilgebruik
- *Van de pil krijg je trombose.* Ten opzichte van niet-gebruiksters hebben vrouwen die tweedegeneratiepillen gebruiken een drie keer verhoogd risico en zij die derdegeneratiepillen gebruiken een 5 keer verhoogd risico op trombose. Het risico is met name het eerste gebruiksjaar aanwezig. Het absolute risico blijft echter erg klein: 1 op de 10.000 vrouwen zonder pilgebruik krijgt trombose. Screening op stollingsstoornis heeft geen zin. Alleen als in de familie een bekende stollingsstoornis aanwezig is, dient het risico afgewogen te worden tegen alternatieven of tegen kans op ongewenste zwangerschap. De kans op trombose tijdens een zwangerschap wordt geschat op 8 per 10.000, veel hoger dan trombose als gevolg van een pil.
- *De pil is onveilig bij een antibioticakuur.* Dit geldt alleen bij het gebruik van zeldzame antibiotica als rifampicine (tuberculostaticum) en griseofulvine (antimycoticum). De meest gebruikte antibiotica als penicillinen en tetracyclinen (meestal maximaal 7 dagen gedoseerd) geven geen verminderde werkzaamheid van de pil. Wel kan diarree optreden als gevolg van een breed spectrum antibioticum. Diarree op zich doet niet zozeer afbreuk aan de betrouwbaarheid van de pil, wel het gebruik van Norit vanwege de diarree en ook braken door een verminderde resorptie.
- *Van de pil wordt je dik.* Soms is toename van de eetlust mogelijk.
- *De pil mag niet bij hoofdpijn worden gebruikt.* Alleen bij de klassieke migraine is het risico op een cerebrovasculair accident tijdens pilgebruik verhoogd; anticonceptie met alleen een progestageen is dan wel mogelijk. Bij andere vormen van hoofdpijn (spierspanningshoofdpijn) is de pil niet gecontraïndiceerd.
- *De pil beschermt ook tegen soa's.* Veilig vrijen is meer dan alleen beschermen tegen ongewenste zwangerschap. De combinatie met condoomgebruik is bij wisselende contacten nodig.

Wat te doen bij ...

- Braken/diarree

Bij braken binnen 4 uur na inname (en waarbij ook binnen 12 uur inname niet mogelijk is) of bij hevige waterdunne diarree zijn de adviezen van toepassing die ook bij het vergeten van de pil worden gegeven.

- Pil vergeten

Indien een pil wordt vergeten, dat wil zeggen de laatste pil is langer dan 36 uur geleden ingenomen, dan geldt de 'regel van zeven' als basis voor de te nemen maatregelen. De betrouwbaarheid van de pil is optimaal als actieve tabletten 7 dagen zonder onderbreking worden ingenomen én het innemen van actieve tabletten nooit langer dan 7 achtereenvolgende dagen wordt onderbroken. Dat betekent dat na een stopweek de eerste week van de pilstrip gevoeliger is voor gebruikersfouten dan de middelste week van de strip. Indien in de laatste week een pil wordt vergeten is er geen enkel risico als de stopweek wordt overgeslagen. Zie tabel 5 voor de te nemen maatregelen per week. In de voorlichting is het belangrijk te melden dat ook bij juist gebruik van de morning-afterpil nog steeds onbedoelde zwangerschappen voor kunnen komen.

Gekozen wordt om af te wijken van richtlijnen die zich baseren op de WHO, aangezien deze niet goed rekening houden met de regel van zeven.

- Hoofdpijnklasten in de stopweek

De pil kan worden doorgeslikt zolang er geen doorbraakbloedingen zijn. Als men begint te bloeden, kan een stopweek worden ingelast. Andere mogelijkheden zijn: een zo laag mogelijk gedoseerde pil, een progestageen-alleen pil, of een oestrogeenpleister in de stopweek.

- Verminderd seksueel verlangen

Een goede anamnese is van belang om te kijken of de klacht door de pil wordt veroorzaakt. Zijn daar aanwijzingen voor, en controle door eliminatie en herintroductie van de pil is geen optie, dan kan een overstap naar een pil met minder anti-androgene activiteit en/of met een lagere oestrogeendosering een optie zijn. De tweede generatie progestagenen levonorgestrel en norgestimaat zijn in dat opzicht gunstig; gestodeen, desogestrel, drospirenon en cyproteronacetaat hebben sterkere anti-androgene eigenschappen.

- Acne

Een pil met anti-androgene eigenschappen is dan van toepassing, zoals drospirenon. Een pil met cyproteronacetaat is niet effectiever bij de behandeling van acne dan andere orale anticonceptiva.

- Pilgebruik na de bevalling

Indien lactatie-amenorroeomethode geen optie is gedurende de eerste maanden na de bevalling, dan kan 6 weken na de bevalling gestart worden met de pil. Hierdoor kan de hoeveelheid borstvoeding enigszins teruglopen. Zowel oestrogenen als progestagenen gaan in geringe hoeveelheden over in de moedermelk, een negatieve invloed op de groei van het kind is niet vastgesteld. Om dit te voorkomen kan een niet-hormonale methode, zoals een barrièremiddel of een koperhoudend IUD, worden toegepast of een anticonceptiemethode met alleen progestagenen (minipil, prikpil, implantaat, hormoonbevattend IUD). Indien de vrouw flesvoeding geeft, wordt geadviseerd reeds binnen 2 weken na de geboorte te starten met anticonceptie, omdat de ovulatie dan sneller optreedt dan bij borstvoeding.

- Tussentijds bloedverlies

Doorbraakbloedingen en/of spotting kunnen verschillende oorzaken hebben: roken, medicatiegebruik, darmstoornissen, pil vergeten. Vraag goed door of er misschien geen sprake is van een contactbloeding: bloedverlies na de coïtus kan wijzen op een cervicitis bij een soa als chlamydia.

1.3.3.2 Anticonceptiering

Voor vrouwen die slechts 2 keer per maand aan anticonceptie willen denken is de ring een goed alternatief voor de pil. De soepele ring bevat hormonen die regelmatig worden afgegeven aan de bloedbaan en deze bevat minder oestrogenen in vergelijking met de pil en de pleister. De ring wordt als een tampon ingebracht en kan 3 weken blijven zitten. Wordt de ring langer gebruikt dan is die nog maximaal 1 week veilig als anticonceptivum. Er kan een stopweek van maximaal 7 dagen volgen, maar de ring mag ook enkele cycli worden doorgebruikt.

Doorgaans wordt de ring bij de gemeenschap niet gevoeld, maar indien wenselijk (maar niet noodzakelijk) kan de ring tijdelijk maximaal 3 uur worden verwijderd. Wel is er een wat verhoogde kans op normale fluor of bacteriële vaginose.

Verder gelden alle opmerkingen zoals die onder de anticonceptiepil zijn genoemd.

1.3.3.3 Anticonceptiepleister

De pleister kan een voordeel bieden aan vrouwen die niet dagelijks willen slikken en die geen vaginale ring in willen brengen. De pleister wordt wekelijks op de huid aangebracht (op bovenarm, romp, buik, bil) en heeft na een week nog maximaal 2 dagen een anticonceptieve werking, mocht de pleister te laat worden verwisseld. Er kan een stopweek van maximaal 7 dagen volgen, maar de pleister mag ook enkele cycli worden doorgebruikt. In verband met huidirritatie is het aan te raden de pleister wekelijks op een andere plek te plakken, maar beter niet op een plek met relatief veel lichaamsvet. De pleister is goed bestand tegen water en warmte (sauna, douche). De huid mag maximaal 24 uur onbeplakt zijn om de continue anticonceptieve werking niet te verliezen.

Bij vrouwen met een lichaamsgewicht zwaarder dan 90 kg is de anticonceptieve werking verlaagd. Aanvankelijk ziet men wat vaker dan met de pil last van vocht vasthouden en klachten van de borsten. De hoeveelheid oestrogeen in het bloed blijkt hoger te zijn dan die welke gevonden wordt bij gebruik van een lichte pil en komt meer in de buurt van een 50 mcg oestrogeenpil.

Verder gelden alle opmerkingen zoals die onder de anticonceptiepil zijn genoemd.

1.3.3.4 Minipil

De minipil bevat alleen een progestageen (desogestrel). Hierdoor wordt de ovulatie geremd en wordt het cervixslijm ondoordringbaar gemaakt voor sperma. Zoals met alle progestageen-alleen middelen is het gebruik continu, er is geen stopweek. Het bloedingspatroon in de eerste maanden is dan ook wisselend en onvoorspelbaar (*spotting*). Na enkele maanden kan het bloedverlies sterk gereduceerd worden en zelfs verdwijnen. Desondanks blijft de pil betrouwbaar. Wordt de pil 12 uur te laat ingenomen dan is de betrouwbaarheid verminderd en dient de volgende 7 dagen een barrièremiddel te worden gebruikt of volledige onthouding te worden toegepast. De minipil is met name geschikt voor vrouwen die borstvoeding geven, een verhoogde kans op trombose hebben of die geen oestrogenen mogen gebruiken of daar te hinderlijke bijwerkingen van hebben.

1.3.3.5 Prikpil

De prikpil bevat alleen een progestageen (medroxyprogesteronacetaat). Hierdoor wordt de ovulatie geremd en wordt het cervixslijm ondoordringbaar gemaakt voor sperma. Het ingespoten depot geeft gedurende 12 weken een anticonceptieve werking. Er wordt 150 mg diep i.m. (in bilspeer of eventueel bovenarm) ingespoten, elke 12 weken. Het tijdstip van toedienen is afhankelijk van voorafgaand anticonceptivumgebruik. Indien voorafgaand geen gebruik werd gemaakt van hormonale anticonceptiva dient gestart te worden op dag 1–5 van de natuurlijke cyclus (dag 1= eerste dag van de menstruatiesbloeding). Indien er wel hormonale anticonceptie werd gebruikt dient bij voorkeur gestart te worden op de dag na inname van het laatste (actieve) tablet, uiterlijk op de dag na het tabletvrije interval of laatste placebo-tablet. Het bloedingspatroon in de eerste maanden is erg wisselend en onverwacht (*spotting*). Na enkele maanden wordt het bloedverlies sterk gereduceerd en kan zelfs verdwijnen. Desondanks blijft de prikpil betrouwbaar. Wordt de injectie meer dan een week te laat toegediend dan is de betrouwbaarheid verminderd en dient de volgende 7 dagen een barrièremiddel te worden gebruikt of volledige onthouding te worden toegepast. Na het staken van de prikpil kan het 6 tot 12 maanden duren voordat de ovulatie op gang komt. Het middel wordt daarom niet geadviseerd indien de vrouw de kinderwens binnen een paar jaar wil effectueren. Het middel is met name geschikt voor vrouwen die veel moeite hebben een andere vorm van anticonceptie te gebruiken of te accepteren.

1.3.3.6 Implantaat

Een implantaat of hormoonstaafje bevat alleen een progestageen (etonogestrel). Hierdoor wordt de ovulatie geremd en wordt het cervixslijm ondoordringbaar gemaakt voor sperma. Het staafje geeft gedurende 3 jaar een anticonceptieve werking. Het bloedingspatroon in de eerste maanden is erg wisselend en onverwacht (*spotting*). Na enkele maanden kan het bloedverlies sterk gereduceerd worden en kan zelfs verdwijnen; het is niet te voorspellen bij wie dat zal gebeuren. Bij de helft van de vrouwen vindt eens per maand een bloeding plaats, de andere helft heeft hetzij geen of weinig bloedverlies, hetzij langdurig of heftig. Het staafje, ter grootte van een lucifer, wordt ingebracht aan de binnenzijde van de bovenarm en is niet zichtbaar, maar wel voelbaar. De betrouwbaarheid is zeer groot als een zwangerschap tevoren is uitgesloten en het staafje volgens de juiste procedure wordt ingebracht. Na verwijderen herstelt de ovulatie zich weer binnen enkele weken.

1.3.4 Intra-uteriene methoden

De anticonceptieve werking van hormonale methodes berust op de systemische werking waardoor de ovulatie wordt onderdrukt. Bij een IUD berust de anticonceptieve werking op lokale effecten in de cervix en uterus waardoor systemische effecten (en bijwerkingen) worden vermeden. Een IUD kan eenvoudig worden ingebracht en is gedurende jaren zeer betrouwbaar. Ontstaat er bij een IUD toch een zwangerschap dan moet het IUD snel worden verwijderd, omdat de kans bestaat dat het achter de placenta terecht komt. Dit kan leiden tot een septische vroeggeboorte van een niet-levensvatbaar kind. Als het IUD in de vliezen

terecht komt, geeft het geen aanleiding tot problemen en wordt het gewoon meegeboren bij de bevalling.

De volgende misverstanden kunnen over IUD's bestaan:

- *Het IUD kan niet bij nulligravida worden toegepast.* Dit is onjuist. De lengte van de uterus is weliswaar bij nulligravida wat kleiner dan bij hen die ooit een zwangerschap hebben doorgemaakt, maar er zijn spiralen met een kortere verticale stam (Multiload 375 SL en de Flexi -T 300). Ook het hormoonbevattend IUD kan geplaatst worden bij nulligravida. Soms kan het plaatsen van een IUD (vooral de iets dikkere Mirena) wel lastig zijn.
- *Het IUD geeft verhoogde kans op infecties.* Niet het IUD zelf geeft deze kans, maar het plaatsen van het IUD terwijl de vrouw een cervicitis of endometritis heeft, zorgt voor een opstijgende infectie. Een zorgvuldige soa-anamnese en/of soatest voorafgaand aan de plaatsing zal duidelijk maken of behandeling van een infectie tevoren noodzakelijk is. Indien het IUD als morning-aftermethode wordt gebruikt is er geen tijd voor een dergelijke test en wordt zekerheidshalve tegelijkertijd antibiotica voorgeschreven (azitromycine 1 gram eenmalig). Drie weken na het plaatsen heeft de vrouw met een IUD een even grote kans op het krijgen van een opstijgende infectie als iemand die geen anticonceptie gebruikt.
- *Het IUD zorgt voor een buitenbaarmoederlijke zwangerschap.* Integendeel, de kans op een dergelijke zwangerschap is groter bij hen die géén anticonceptie gebruiken. Wel is er een vergrote kans op een buitenbaarmoederlijke zwangerschap in het zeldzame geval dat er alsnog een zwangerschap ontstaat.

1.3.4.1 Koper-IUD

Het koper-IUD werkt in de eerste plaats zaaddodend door de invloed van de koperionen in de uterus. Bij onderzoek zijn in de tubahoeken (vrijwel) geen levende zaadcellen aangetroffen. Daarnaast induceert het koper-IUD een steriele ontstekingsreactie van het endometrium en tuba waardoor afgifte van cytotoxische stoffen (spermicidewerking) en prostaglandines (vertraagde motiliteit tubae en uterus) ontstaan die de kans op vruchtbaarheid sterk verlagen.

Plaatsing kan op elk moment van de cyclus, maar bij voorkeur in de 1^{ste} helft van de cyclus (wanneer cliënte zeker niet zwanger is) en tijdens de menstruatie of ovulatie (plaatsing is dan minder pijnlijk). Het is niet noodzakelijk te wachten tot de menstruatie, wel dient een zwangerschap te zijn uitgesloten. Het is daarom beter om niet te plaatsen na dag 21 van een onbeschermde cyclus. Na een bevalling dient eerst 6 weken te worden gewacht voordat een IUD kan worden geplaatst. Deze wachttijd is niet nodig na een abortus in het eerste trimester. Het IUD is direct effectief. Er is gedurende de eerste 6 weken een kans van 5% dat het IUD wordt uitgestoten (expulsie). Zo nodig kan in die periode aanvullende anticonceptie worden gebruikt. De vrouw kan zelf na de menstruatie met haar vinger voelen of de draadjes nog aanwezig zijn.

Zie voor contra-indicaties en relatieve contra-indicaties paragraaf 1.2.4, tabel 2. Bij klachten van dysmenorroe of menorrhagie is een koper-IUD niet te prefereren. De klachten worden dan waarschijnlijk verergerd. In dat geval heeft een hormoonhoudend IUD de voorkeur.

Er vindt 6 weken na plaatsing eenmalig een controle plaats (echografie is niet noodzakelijk), nadien alleen als er klachten zijn. Het koper-IUD kan maximaal 10 jaar blijven zitten. De fabrikant meldt in de bijsluiter 5 jaar. Dat is vermoedelijk vooral verstandig bij spiralen waar minder koperoppervlakte aanwezig is dan 300 mm². Verwijdering van het IUD kan op elk moment van de cyclus, de vrouw is daarna direct weer vruchtbaar. Er zijn diverse modellen koper-IUD in gebruik, die onderling iets verschillen in betrouwbaarheid en kans op expulsie. Een koper-IUD kan ook gebruikt worden als morning-aftermiddel tot 5 dagen na een gelopen risico.

1.3.4.2 Hormoon-IUD

Het hormoon-IUD bevat levonorgestrel dat gedurende 5 jaar in lage dosis dagelijks wordt afgegeven. Het induceert een verminderde opbouw van het endometrium, zorgt voor een indikking van het cervixslijm en een vertraagde beweging van de zaadcellen. Plaatsing kan

op elk moment binnen de cyclus. Het is niet noodzakelijk te wachten tot de menstruatie, wel dient een zwangerschap te zijn uitgesloten. Na een bevalling dient zeker 8 weken te worden gewacht voordat een IUD kan worden geplaatst. Deze wachttijd is niet nodig na een abortus in het eerste trimester. Het hormoon-IUD is direct effectief. Er is gedurende de eerste 6 weken een kans van 5% dat het IUD wordt uitgestoten (expulsie). Zo nodig kan in die periode aanvullende anticonceptie worden gebruikt. De vrouw kan zelf na de menstruatie met haar vinger voelen of het draadje nog aanwezig is.

Zie voor contra-indicaties en relatieve contra-indicaties paragraaf 1.2.4, tabel 2. Het bloedingspatroon in de eerste maanden is erg wisselend en onvoorspelbaar (*spotting*). Na enkele maanden wordt het bloedverlies sterk gereduceerd en kan zelfs verdwijnen. Bij klachten van dysmenorroe of menorrhagie is een hormoon-IUD te prefereren boven een koper-IUD.

Er vindt 6 weken na plaatsing eenmalig een controle plaats, nadien alleen als er klachten zijn. Het hormoon-IUD kan maximaal 5 jaar aanwezig blijven. Verwijdering van het IUD kan op elk moment binnen de cyclus, de vrouw is daarna direct weer vruchtbaar.

1.3.4.3 Essure en Ovabloc

Bij de Essure-methode en de Ovabloc-methode wordt eveneens een intra-uterien middel geplaatst, maar gezien het definitieve effect van het anticonceptivum zal het worden behandeld onder sterilisatie (paragraaf 1.3.5).

1.3.5 Sterilisatie

Sterilisatie is een vorm van anticonceptie met de intentie de bevruchting definitief onmogelijk te maken. In de praktijk blijkt dat er desondanks een zeer kleine kans is dat er toch een zwangerschap ontstaat. Mensen dienen hierover tevoren goed geïnformeerd te zijn.

Ondanks het feit dat voor een definitieve methode wordt gekozen, krijgt een klein percentage later spijt en is er een wens tot herstel van vruchtbaarheid. De volgende situaties verhogen de kans op spijt:

- Alleenstaand;
- leeftijd jonger dan 30 jaar;
- onvrede over andere vormen van anticonceptie;
- ingrijpende gebeurtenissen als een relatiecrisis, problematische of zieke kinderen, traumatische bevalling.

Bij een verzoek om sterilisatie zal het consult uit de volgende elementen bestaan:

- Bespreek het in principe onomkeerbare karakter.
- Vergewis dat de keuze door beide partners weloverwogen wordt gemaakt.
- Geef feitelijke informatie over de ingreep, over de kans van slagen en over complicaties.
- Bespreek zo nodig ambivalenties en situaties die spijt kunnen bevorderen. In dat geval:
 - formuleer zo nodig alternatieven;
 - geef bedenktijd;
 - maak een vervolgspraak.
- Maak eigen indruk kenbaar in de verwijsbrief aan de specialist die de sterilisatie uitvoert.
- Bespreek de kans op mislukking (Een hormoon-IUD is betrouwbaarder dan sterilisatie).

1.3.5.1 Sterilisatie man

Sterilisatie van de man bestaat uit een vasectomie, dat wil zeggen het chirurgisch afsluiten van een stukje zaadleider. Hierdoor kunnen geen zaadcellen meer worden toegevoegd aan het zaadvocht dat door de zaadblaas (bij de prostaat) wordt geproduceerd. Zaadlozing is dan ook nog steeds mogelijk, de hoeveelheid zaadvocht (of ejaculaat) is niet verminderd.

Na plaatselijke verdoving aan elke zijde waar de balzak tegen de lies aan ligt, wordt per zijde een klein sneetje gemaakt, de zaadleider opgezocht (dit veroorzaakt soms een dof gevoel in de onderbuik), een stukje zaadleider weggenomen en de twee uiteinden afgebonden. De huid wordt daarna gesloten met een hechting (vaak oplosbaar). De hele ingreep duurt ongeveer een half uur.

Complicaties zijn er zelden, soms ontstaat er lokaal in de balzak een nabloeding of een infectie, beiden zijn goed te bestrijden. De man kan de eerste dagen gebaat zijn bij strak ondergoed.

Tot 6 weken na de ingreep bevindt zich nog sperma in de resterende zaadleider en zaadblaas en aanvullende anticonceptie (of geen coïtus) is dan nog steeds nodig. Steriliteit is pas definitief na controle van het zaadvocht op zaadcellen. In 0,1% van de gevallen kan er alsnog een zwangerschap bij de partner optreden. Indien een man spijt krijgt is in 50% van de gevallen een geslaagd herstel mogelijk. Deze kansen nemen af naarmate de tijd tussen sterilisatie en hersteloperatie langer duurt. De kans op zwangerschap na herstel van een vasectomie is slechts 50%, voornamelijk omdat bij een groot aantal mannen na vasectomie antispermatozoa-antistoffen worden gevormd.

De seksualiteit raakt na een vasectomie niet verstoord. Het seksueel verlangen, het erectievermogen en het orgasme met zaadlozing (zonder zaadcellen) blijven intact.

1.3.5.2 Sterilisatie vrouw

Sterilisatie van de vrouw kan op twee manieren: via een **laparoscopie** (kijkoperatie via de buik) of via **hysteroscopie** (kijkoperatie via de vagina en uterus).

Een **laparoscopie** vindt plaats onder narcose of na een ruggenprik. Er worden twee kleine sneetjes gemaakt in de buikholtte. Via één sneetje wordt een canule ingebracht dat CO₂ in de buikholtte brengt. Via diezelfde snee wordt de laparoscopus opgevoerd. Via de tweede snee wordt een apparaat ingevoerd waarmee een ringetje of klemmetje om de eileiders wordt aangebracht. Na afloop worden de wondjes gesloten met een hechting. De ingreep duurt meestal een half uur en na herstel van de narcose kan de vrouw later op de dag of de volgende dag naar huis. Er zijn soms complicaties als het aanprikken in de buikholtte van een bloedvat of darm (bij minder dan 0,1%). De vrouw is direct na de ingreep niet meer vruchtbaar.

Een **hysteroscopie** vindt niet plaats onder narcose, een plaatselijke verdoving is zelden nodig. De vrouw slikt tevoren een pijnstillend medicijn. De kijkbuis wordt in de baarmoeder gebracht en aan beide zijden op de plaats waar de eileider uitkomt wordt een klein veertje in de opening geplaatst (of, zoals bij OvaBloc, siliconenmateriaal). Het veertje (Essure®) zorgt na 3 maanden voor verkleefing van de eileider waardoor eicel en sperma niet meer bij elkaar kunnen komen en bevruchting uitblijft. Bij ongeveer 10-20% van de vrouwen is plaatsing niet mogelijk. Een andere vorm van anticonceptie zal dan noodzakelijk zijn. De eerste 3 maanden is steriliteit nog niet gegarandeerd, er zal eerst nog een controle bij de gynaecoloog moeten volgen.

Deze Essure-methode duurt korter en heeft minder complicaties dan de laparoscopie. Beide procedures zijn momenteel nagenoeg even duur. Na laparoscopische sterilisatie kan bij 0,5-1,8% van de vrouwen alsnog een zwangerschap ontstaan, bij de Essure-methode bij 0,2%. Bij de Essure-methode is herstel van de fertiliteit later niet meer mogelijk, na laparoscopische sterilisatie is, afhankelijk van de plaats van de ingreep aan de eileider, herstel mogelijk bij 50-80%. Vaker zal voor IVF worden gekozen indien zwangerschap na sterilisatie wordt gewenst. De seksualiteit raakt na een sterilisatie niet verstoord. Het seksuele verlangen, de opwinding en het orgasmevermogen blijven intact. Sterilisatie heeft geen invloed op de menstruatiecyclus of op de overgang. De eitjes lossen spontaan op.

1.4 Noodanticonceptie

Anticonceptie kan op verschillende manieren falen:

- onbeschermd coïtus;
- vergeten van één of meer pillen (zie tabel 5);
- scheuren of afglijden van een condoom of verkeerd gebruik van een barrièremiddel;
- herplaatsen van hormoonring langer dan 3 uur na verwijdering of te laat starten met een nieuwe ring;
- plaatsen van hormoonpleister langer dan 12 uur na het gewenste tijdstip.

Tabel 5. Maatregelen indien één of meer pillen vergeten

Eerste pilweek^a
<ul style="list-style-type: none"> • laatst vergeten pil alsnog innemen en strip afmaken • 7 dagen condoomgebruik of volledige onthouding • wel coïtus^b: aanvullend de morning-afterpil
Tweede pilweek
<ul style="list-style-type: none"> • laatst vergeten pil alsnog innemen en strip afmaken • geen speciale maatregelen, geen zwangerschapsrisico
Derde pilweek
<ul style="list-style-type: none"> • laatst vergeten pil alsnog innemen en strip afmaken en zonder stopweek minstens 7 dagen doorgaan met de nieuwe strip <p>óf</p> <ul style="list-style-type: none"> • pauze van 7 dagen te beginnen op de dag van de vergeten pil
<p>^a indien de pil continu wordt geslikt dan zijn de maatregelen van toepassing zoals in week 2</p> <p>^b in de periode van 72 uur voor het vergeten van de pil.</p>

Anamnese

In de anamnese zijn de volgende vragen van belang:

- *Wat ging er precies mis?*
- *Hoe lang geleden heeft het onbeschermd contact plaatsgevonden?*
- *Was de onbeschermd coïtus gewenst of ongewenst?* (ongewenst seksueel contact wordt vaak niet spontaan gemeld)
- *Betrof het een bekende of onbekende partner?* (aanvullend soaonderzoek nodig?)
- *Hoeveel pillen ben je vergeten?*
- *Welke pil werd in welke week van de strip vergeten?*
- *Heb je vaker de morning-afterpil gebruikt?*
- *Wat maakt dat het (vaak) misgaat?*

Maatregelen

Bij falende anticonceptie is verstrekking van noodanticonceptie zo snel mogelijk noodzakelijk om de kans op zwangerschap te reduceren, voor de morning-afterpil is dit uiterlijk binnen 72 uur na de onbeschermd coïtus.

Het middel van voorkeur is eenmalig 1,5 gram levonorgestrel. Het medicijn voorkomt zwangerschap door de eisprong te onderdrukken. Daarnaast voorkomt het wellicht de innesteling van de bevruchte eicel in de baarmoederwand. Bij gebruik binnen 24 uur na de mogelijke bevruchting wordt in ca. 95%, tussen 24-48 uur ca. 85% en tussen 48-72 uur ca. 58% van de gevallen van zwangerschap voorkomen.

Er is kans op bijwerkingen, onder andere misselijkheid, braken, pijn in de onderbuik, gevoelige borsten en onregelmatige bloedingen. Geeft de vrouw nog borstvoeding dan is het goed te realiseren dat levonorgestrel wordt uitgescheiden in borstvoeding. Laat dan de borstvoeding direct voor inname van de tablet geven en de eerstvolgende borstvoeding daarna afkolven en weggoien.

Indien de periode van 72 uur is verstreken óf de vrouw vindt het risico op zwangerschap te groot, dan is het mogelijk zwangerschap alsnog te voorkomen door binnen 5 dagen een koperhoudend IUD door een arts te laten plaatsen. In verband met een mogelijke soa zonder

dat er tijd is om diagnostiek sluitend te krijgen, wordt bij plaatsing antibiotica gegeven (azitromycine 1 gram eenmalig). Een hormoonbevattend IUD is niet geschikt als morning-aftermethode. Indien de vrouw 72 uur na onbeschermd contact geen IUD wil, kan alsnog binnen 5 dagen levonorgestrel worden verstrekt om nog enige reductie van de zwangerschapskans te geven.

Counseling

Bespreek in het consult de volgende zaken.

- Bij pilgebruik is nog een week aanvullende anticonceptie nodig mocht er seksueel contact zijn. De morning-afterpil beschermt niet tegen zwangerschap in de periode na inname. Een IUD geeft wel onmiddellijke bescherming.
- De menstruatie komt meestal op het verwachte moment, maar kan iets later komen. Als de menstruatie langer dan 2 weken uitblijft, is een zwangerschapstest aan te bevelen. De morning-afterpil is immers niet 100% betrouwbaar!
- Ook is het goed mogelijk dat er een eerdere tussentijdse bloeding ontstaat na gebruik van de morning-afterpil, vooral als die vroeg in de cyclus is ingenomen.
- Bespreek het soarisico en doe zo nodig diagnostiek.
- Geef de informatie die een herhaling van fouten in het anticonceptiegebruik voorkomt.
- Geef een morning-afterpil mee voor een eventueel volgende noodsituatie.
- Maak zo nodig een vervolgspraak voor een anticonceptiegesprek.
- Geef aan dat de morning-afterpil zonder recept te koop is bij drogistij en apotheek.

1.5 Afwegingen en beleid voorschrijven anticonceptie

Afhankelijk van de hulpvraag zullen in de anamnese verschillende accenten worden gelegd en zal het beleid worden toegespijst. Voor een samenvatting zie tabel 6.

Tabel 6. Afwegingen en beleid

Doel Handeling	Alleen Informatie	1 ^e voorschrift		Wijziging methode	Nood
Anamnese	<ul style="list-style-type: none"> • Context • Misverstanden en onzekerheden • Risicofactoren • Product-informatie 	<ul style="list-style-type: none"> • Context • Misverstanden en onzekerheden • Risicofactoren • Productinformatie 		<ul style="list-style-type: none"> • Context • Misverstanden en onzekerheden • Risicofactoren • Product-informatie 	<ul style="list-style-type: none"> • Context • Misverstanden en onzekerheden
Actie	Schriftelijke info Website adressen Soabeleid	Hormonaal Stroomdiagram, overhandigen recept tweede-generatiepil, ring of pleister Soabeleid	IUD/implantaat sterilisatie Verwijzen Soabeleid	Als 1 ^e voorschrift Counseling Bij complexe psychoseksuele problematiek verwijzen Soabeleid	< 72 uur: Norlevo > 72 uur: koper-IUD via arts Schriftelijke info Website adressen Soabeleid
Follow-up	Wenselijk, niet noodzakelijk; zo nodig bij huisarts	Noodzakelijk; zo nodig bij huisarts	Bij arts	Noodzakelijk; zo nodig bij arts of seksuoloog	Wenselijk, niet noodzakelijk; zo nodig bij huisarts

1.5.1 Informatieverzoek

Bestaat de hulpvraag voornamelijk uit het verkrijgen van informatie dan zal het accent in de anamnese meer liggen op productinformatie en bespreekbaar maken van eventuele mythes

of onzekerheden. De fase waarin informatie wordt gezocht over anticonceptie is meestal de meest kwetsbare: er wordt nog geen optimale anticonceptie gebruikt, maar mogelijk is men al wel (of op korte termijn) seksueel actief. Pas op voor te dwingende adviezen, maak gebruik van de technieken van motiverende gespreksvoering. Mondelinge informatie wordt vaak slecht onthouden. Geef schriftelijk materiaal mee en wijs op betrouwbare websites om zaken nog eens na te lezen (zie paragraaf 1.7 Praktisch). Een vervolgspraak is niet noodzakelijk, wijs wel op de mogelijkheid. Geef ook aan dat anticonceptie goed besproken kan worden met de huisarts. Wijs op condoomgebruik zolang nog geen keuze is gemaakt.

1.5.2 Verzoek om anticonceptie, eerste voorschrift

Bestaat de hulpvraag uit de wens tot een definitieve keuze voor een middel dan zal het accent in de anamnese meer liggen op contextuele aspecten en het bespreken van productspecifieke contra-indicaties.

Indien de vrouw heeft gekozen voor orale anticonceptie, dan wordt geadviseerd te kiezen voor een eenfasepil van de tweede generatie met minder dan 50 microgram ethinylestradiol, zie paragraaf 1.3.3.1, tabel 4. In het algemeen biedt een derdegeneratiepil geen voordelen, de prijs is hoger. Indien een vrouw veel last heeft van acne of vette huid kan een derdegeneratiepil de voorkeur hebben.

Indien er geen contra-indicaties zijn voor de pil, de ring of de pleister, dan kan een verpleegkundige zelf een recept van deze middelen overhandigen. Wijs de vrouw erop dat de apotheek een bijsluiter zal meegeven met productspecifieke informatie, onder andere over bijwerkingen en over wat te doen bij falend gebruik. Maak een vervolgspraak 3 maanden later of eerder indien noodzakelijk.

Indien de vrouw heeft gekozen voor een pessarium, implantaat, intra-uteriene methode of een sterilisatie, dan wordt zij verwezen naar een eerstelijnsarts met ervaring met deze methodiek (pessarium, IUD, implantaat) of naar een gynaecoloog (Essure, laparoscopische sterilisatie, implantaat, pessarium). De controle zal dan ook bij deze arts plaatsvinden. Is de keuze gevallen op de prikpil dan kan, na voorschrift door een arts, door de verpleegkundige het depot intramusculair worden toegediend en zo nodig elke 12 weken worden herhaald.

Indien de vrouw heeft gekozen voor een barrièremiddel of natuurlijke methode, dan is een vervolgspraak niet noodzakelijk maar wel wenselijk om de ervaringen te evalueren. Wijs in alle gevallen op condoomgebruik in het kader van soapreventie totdat bij de partner(s) de soa-status bekend is.

1.5.3 Verzoek om anticonceptie, wisselen van methode

Bestaat de hulpvraag uit de wens om over te stappen naar een andere vorm van anticonceptie dan in het verleden werd toegepast, dan zal de anamnese bestaan uit het bespreken van de ervaringen met het middel, van misverstanden en onzekerheden en van eventuele veranderingen in de context.

Soms kan onjuiste berichtgeving in de media aanleiding zijn tot ongerustheid. Zo hoeven vrouwen die al een derdegeneratiepil slikken en daarmee tevreden zijn, niet over te stappen naar een middel van de tweede generatie. Ook de zeer hoge betrouwbaarheid van het hormoonstaafje is niet in het geding. De vermeende onbetrouwbare werking van het hormoonstaafje bleek te berusten op onzorgvuldig gevolgde procedures. Soms wordt te vroeg gewisseld van middel (binnen 3 maanden) wegens bijwerkingen, terwijl deze bijwerkingen te verwachten zijn en binnen de normale variatie passen.

Geef feitelijke informatie om onjuistheden te weerleggen, wijs op eventuele ambivalenties, en stap over op een ander middel in die situaties waar de wens reëel is of de vrouw niet langer gemotiveerd. Indien er bijwerkingen zijn kan uitleg worden gegeven of worden verwezen naar een arts. Pas bij de nieuwe methode dezelfde zorgvuldigheid toe als ware het een eerste voorschrift, zie de vorige paragraaf. Maak een vervolgspraak ter evaluatie. Indien de achterliggende redenen van onvrede met anticonceptie te complex zijn (op somatisch en/of psychoseksueel terrein), dan is een verwijzing geïndiceerd naar een arts of seksuoloog in de eerste lijn, zo nodig naar een gynaecoloog of seksuoloog in de tweede lijn.

1.5.4 Noodanticonceptie

Bestaat er een situatie waarbij wegens falende anticonceptie noodmaatregelen nodig zijn, dan zal de anamnese zich specifiek op de situatie richten die aanleiding gaf tot falende anticonceptie. Er zal meestal levonorgestrel worden voorgeschreven, zo nodig een koper-IUD. In de counseling is er aandacht voor de situatie die aanleiding gaf tot falende anticonceptie, voor soarisco, voor eventuele vervolganticonceptie en voor preventie en voorlichting. Een follow-up is niet noodzakelijk maar wel zeer wenselijk.

1.6 Cultuur

Attitude

In de huidige Nederlandse samenleving is er een grote culturele diversiteit. Binnen diverse etnische groepen bestaan vaak andere normen, waarden en attitudes ten aanzien van anticonceptie dan onder de autochtone bevolkingsgroep, zeker als er eveneens sprake is van een lagere sociaal-economische klasse. Dit zou kunnen leiden tot miscommunicatie, vooroordelen en onjuist handelen. Het is onmogelijk in een paar *tips & tricks* handreikingen te geven waar men op moet letten in een consult met jongeren met een bepaalde etnische achtergrond. Voor nadere verdieping wordt verwezen naar Azough (2007), Loeber (2003) en Rigter (2002).

Met de beperking van onvolledigheid en met de opgave complexe tegenstrijdigheden te integreren, zijn de volgende punten goed om te beseffen:

- Niet alle problemen van de allochtone cliënt(e) kunnen verklaard worden op grond van etniciteit.
- Het ontkennen daarentegen van etniciteit leidt tot de illusie van kleurenblindheid: een allochtone cliënt(e) wordt ook bepaald door de etnische achtergrond.
- Het individuele verhaal is vaak doorslaggevender dan het verhaal van de etnische groep waartoe men behoort.
- Een allochtone cliënt(e) verwacht vaker een hulpverlener die zich als autoriteit actief opstelt, wat kan botsen met een autochtone hulpverlener die wil emanciperen en een gelijkwaardige inbreng verwacht.

In de praktijk kunnen de volgende punten behulpzaam zijn:

- Wees respectvol voor de normen en waarden van anderen en stel er de eigen professionele deskundigheid tegenover: geef dezelfde informatie die ook aan een autochtone cliënt(e) zou worden gegeven.
- Bouw vertrouwen op, wees niet te snel expliciet in het taalgebruik, neem de tijd om de hulpvraag duidelijk te krijgen.
- Vraag eerst naar feiten, daarna naar meningen en daarna pas naar gevoelens.
- Zorg zo nodig voor een professionele tolk en gebruik om redenen van privacy geen familielid of bekende als tolk.
- Toets regelmatig of de informatie goed wordt begrepen.
- Controleer of sociale of financiële problemen op de voorgrond staan en verwijst zo nodig naar maatschappelijk werk.

Islam en anticonceptie

Hoewel er verschillende stromingen zijn binnen de islam, kan in grote lijnen worden gezegd dat anticonceptie het domein van de vrouw is en zij zelf beslist of zij al dan niet een kind wenst. Betrek de man alleen bij de besluitvorming rondom reproductie na toestemming van de vrouw. Vormen van anticonceptie zijn toegestaan mits zij geen nadelige invloed hebben op de gezondheid, mits zij geen eenmaal ontstane vrucht afdrijven en mits zij niet drastisch ingrijpen op de natuurlijke aanleg.

Vormen als periodieke onthouding, condoom of pessarium zijn daarom zonder meer toegestaan.

Hormonale methodes werden aanvankelijk als schadelijk gezien voor de gezondheid (of als legitimatie tot onbeperkte seks), maar worden langzamerhand wel getolereerd. Uitleg over de minimale gezondheidsschade kan helpen om een vrouw te motiveren.

Een IUD zou pas werkzaam zijn na de bevruchting en zou daarom niet acceptabel zijn. Ook deze vorm van anticonceptie kan acceptabel gemaakt worden door het geven van de juiste informatie over de werking.

Sterilisatie daarentegen zou teveel definitief ingrijpen en wordt meestal niet toegestaan.

1.7 Informatie

Sites

www.anticonceptie-online.nl	wetenschappelijke up-to-date informatie over anticonceptie
www.condomerie.nl	alle wetenswaardigheden over condooms
www.anticonceptieallochtonen.nl	site voor hulpverleners en voorlichters die allochtone vrouwen informeren over geboorteregeling
www.noodpil.nl	site over de noodpil

Adressen producten

- Goedkope én goede condooms (CE logo en ISO certificaat): Jippy: www.jippy.eu of Asha: www.asha.nl.
- Vrouwencondoom Femidom: www.condomerie.nl.
- Ovulatietestmethodes als Persona en Cylcotest zijn verkrijgbaar bij de apotheek.
- Pessaria kunnen worden aangemeten in CASA Utrecht, Rutgers/Preterm Den Haag, ACSG Amsterdam, Rutgershuis Oost in Arnhem en Rutgershuis Zuid in Eindhoven. Ze zijn door organisaties te bestellen via www.medicaldynamics.nl of www.kessel-nederland.com en voor cliënten te koop bij de genoemde Rutgershuizen.

Bronnen

- Azough R, Poelman J, Meijer S. (2007). *Jongeren, seks en islam*. Amsterdam: Soa Aids Nederland.
- Beerhuizen RCJM (2004). *Anticonceptie op maat. Van puberteit tot overgang*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Beijderwells L, Does FEE van der, Kardolus GJ, Lobo C, Sluisveld ILL van, Boukes FS (2003). NHG-Standaard Hormonale anticonceptie (tweede herziening). *Huisarts Wet*, 46, 552-63.
- College voor Zorgverzekeringen. *Farmacotherapeutisch Kompas*. <http://www.fk.cvz.nl/>.
- Dukkens van Emden DM, Smeenk RCJ, Verblact HWJ, Westerveld MC, Wiersma Tj (2000). NHG Standaard Het spiraaltje. *Huisarts Wet*, 43, 314-20.
- Loeber O (2003). *Vier Vrouwen. Anticonceptiehulpverlening bij specifieke groepen allochtone vrouwen*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Lopez LM, Kaptein A, Helmerhorst FM. (2008). Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Jan 23;(1):CD006586.
- Lunsen van HW, Roumen F (2007). *Anticonceptie en ongewenste zwangerschap*. In: Heineman MJ et al (red) *Obstetrie en Gynaecologie; De voortplanting van de mens*. Maarsse: Elsevier.
- NVOG. (2001). *Richtlijn Natuurlijke geboorteregeling en barrièremethoden*. Versie 1.0.
- NVOG. (2001). *Richtlijn Intra-uteriene anticonceptie*. Versie 1.0.
- NVOG. (2001). *Richtlijn Orale anticonceptie*. Versie 1.0
- NVOG. (2000). *Richtlijn Sterilisatie bij de vrouw*.
- Picavet Ch, Leest L van der, Wijsen C (2008). *Anticonceptiekeuze: Achtergronden en uitkomsten van anticonceptiegebruik*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Rigger NB (2002). *De pil? Wat zij wil. Een kwalitatief onderzoek naar ideeën over seks en anticonceptie onder Surinaamse en Antilliaanse jongens*. Amsterdam: GG&GD.

- Schaffir J. (2006). Hormonal contraception and sexual desire: a critical review. *J Sex Marital Ther.* 32(4), 305-14.
- WHO. (2004). *Medical eligibility criteria for contraceptive use*. Geneva: WHO.
<http://www.who.int/reproductive-health/publications/mec/mec.pdf>
- Wijzen C, Zaagsma M.(2006). *Zwangerschap, anticonceptie en abortus*. In: Seksuele gezondheid in Nederland 2006. Delft: Eburon.

Hoofdstuk 2. Onbedoelde zwangerschap

Dit hoofdstuk geeft richtlijnen hoe om te gaan met de hulpvraag van een vrouw die onbedoeld zwanger is geraakt. De vrouw weet niet altijd of ze deze zwangerschap wenst voort te zetten. Vrouwen die wel weten dat de zwangerschap ongewenst is, weten niet altijd goed hoe verder te handelen. Bij al deze afwegingen kunnen vaak één of twee informatieve gesprekken zinvol zijn. Soms zal de vrouw doorverwezen willen worden om tot een zorgvuldige besluitvorming te komen.

2.1 Definitie

Een onbedoelde zwangerschap is een zwangerschap waarvoor de vrouw op dat moment niet doelbewust kiest. Het is een overkoepelende term voor zowel ongeplande als ongewenste zwangerschappen. Een ongeplande zwangerschap is niet altijd ongewenst en een ongewenste zwangerschap is niet per definitie ongepland. Een onbedoelde zwangerschap blijkt in een groot aantal gevallen gewenst te zijn. Jaarlijks zijn er in Nederland tussen 50-100.000 ongeplande zwangerschappen tegen 33.000 abortussen.

2.2 Consult

Een hulpverlener zal in een consult geconfronteerd worden met eigen waarden en normen ten aanzien van een onbedoelde zwangerschap en eventueel het afbreken daarvan. Belangrijk is zich bewust te zijn van deze normen en de mate waarin deze normen kunnen doorwerken in de houding naar de vrouw en in de beantwoording van haar hulpvraag. Indien de hulpverlener de vrouw niet onbevooroordeeld tegemoet kan treden, is het nodig door te verwijzen naar een collega.

Aandachtspunten in de gespreksvoering kunnen zijn:

- niet meegaan in paniek;
- respect hebben voor de keuze van de vrouw, zij is zelf verantwoordelijk voor haar besluit;
- niet proberen om te praten;
- geen verwijten maken;
- bewust zijn van eigen oordeel, ervaringen en waarden en deze niet ongevraagd meedelen.

Een vrouw kan zich in verschillende situaties bevinden:

1. Ze weet dat ze zwanger is en:
 - a. twijfelt
 - b. weet wat ze wil:
 - i. zwangerschap voldragen.
 - ii. zwangerschap afbreken.
2. Ze weet niet (zeker) dat ze zwanger is (of ze verbloemt het).

In het consult zijn dan ook de volgende doelen van belang:

- vaststellen van de zwangerschap door middel van een zwangerschapstest;
- de hulpvraag verhelderen;
- informatie verschaffen over mogelijke oplossingen;
- een eventuele verwijzing tot stand brengen.

Het consult heeft nooit tot doel het intakegesprek van een abortuskliniek te vervangen noch om de noodzaak van een abortus te toetsen. Dat laatste is de taak van de abortusarts.

Soms kan één gesprek volstaan om bovenstaande doelen te bereiken. Als de problematiek ingewikkeld blijkt te zijn zal soms een tweede gesprek nodig zijn of verwijst de verpleegkundige direct door naar Fiom of VBOK zodat de vrouw de besluitvorming zorgvuldiger kan maken.

Afhankelijk van de hulpvraag zal het consult een ander karakter hebben. Meestal dient het consult als voorbereidend gesprek om over te gaan tot een verwijzing naar een abortuskliniek. Soms is er sprake van grote ambivalentie over de zwangerschap en is

verwijzing voor nadere besluitvorming de beste optie. Soms is er sprake van een onbedoelde maar gewenste zwangerschap en wenst de vrouw bevestiging van de zwangerschap en wil ze informatie hierover.

2.2.1 Vaststellen van de zwangerschap

Indien een vrouw over tijd denkt te zijn hoeft ze niet zwanger te zijn. Er kunnen vele redenen zijn waarom er nog geen bloeding is opgetreden: sterke gewichtsverandering, stress, chronische ziekte, fanatiek sporten, normale spreiding van de cyclus, cyclusstoornis, gebruik morning-afterpil, of na het staken van orale anticonceptie. Met de huidige zwangerschapstesten kan vrijwel direct bij het uitblijven van de menstruatie het bestaan van een zwangerschap worden bevestigd of een week daarna vrijwel zeker worden uitgesloten. Wees neutraal in de mededeling over het al dan niet zwanger zijn, dat wil zeggen: geef de uitslag zonder oordeel. Het hoeft nog niet geheel duidelijk te zijn of de zwangerschap gewenst is, ook al was deze niet gepland. En ook al blijkt de zwangerschap niet gewenst, dan kan het feit dat de vrouw toch niet zwanger blijkt te zijn, haar soms het gevoel geven niet vruchtbaar te zijn of invloed hebben op haar gevoel van eigenwaarde als vrouw. De volgende vragen kunnen behulpzaam zijn en dienen, afhankelijk van het antwoord, te worden uitgediept:

- *Waarom denk je dat je zwanger bent?*
- *Als je zwanger bent is het dan gewenst, ongewenst of weet je het nog niet?*
- *Ben je ooit zwanger geweest? Kinderen? Abortus? Miskraam?*
- *Gebruik je anticonceptie? Wat kan er mis gegaan zijn?*
- *Was er onbeschermd seksueel contact? Zo ja, wanneer?*
- *Was er sprake van vrijwillig seksueel contact?*
- *Is er een soarisico?*
- *Hoe lang duurt meestal jouw menstruatiecyclus?*
- *Wanneer was de eerste dag van je laatste menstruatie?*
- *Heb je een zwangerschapstest uitgevoerd? Was de uitslag duidelijk? Wil je dat ik die herhaal?*

2.2.2 Hulpvraag verhelderen

a. Vrouw is niet zwanger

Indien de vrouw niet zwanger blijkt te zijn, was er kennelijk toch een reden om te komen, er kan onveilig zijn gevreeën of er is een vermoeden van falen van de anticonceptie. Maak dit bespreekbaar en kijk of er behoefte is aan informatie of aan een gesprek. Dit om herhaling te voorkomen of om over de angst voor zwangerschap of juist de behoefte aan een zwangerschap te spreken.

- *Wat betekent het nu dat je niet zwanger blijkt te zijn?*
- *Zou je nog dingen willen bespreken?*
- *Hoe zou je kunnen voorkómen dat je opnieuw met deze onzekerheid wordt geconfronteerd?*

b. Vrouw is zwanger

Indien de vrouw wel zwanger blijkt te zijn, zijn er drie opties:

1. de zwangerschap is gewenst;
2. de zwangerschap is ongewenst;
3. de vrouw twijfelt.

Als de zwangerschap ongewenst is, betekent dit niet vanzelfsprekend dat een abortus is gewenst. Indien er thuis al een zwangerschapstest is gedaan en de vrouw is in haar besluitvorming mogelijk al gevorderd, dan kan in één gesprek de hulpvraag duidelijk worden. Maar soms zal het nieuws van zwangerschap pas tijdens het consult vernomen worden en heeft de vrouw meer tijd nodig. In deze cruciale fase van de besluitvorming is het voor de hulpverlener van belang zich bewust te zijn van eigen waarden en normen. Het is van belang dat de vrouw een besluit neemt dat bij haar past. De persoonlijke mening van de

hulpverlener is niet van belang. Geef de vrouw ruimte om haar overwegingen en tegenstrijdige gevoelens kenbaar te maken en geef vervolgens informatie en verwijst indien nodig.

- *Wat betekent het dat je nu zwanger blijkt te zijn?*
- *Is de zwangerschap gewenst? Wat zijn je overwegingen?*
- *Wat heb je nodig om tot een keuze te komen?*
- *Welke personen uit je omgeving zijn voor jou belangrijk om hierbij te betrekken? Waar heb je steun aan?*

2.2.3 Informeren

a. Indien de vrouw de zwangerschap wenst uit te dragen, adviseer haar dan om:

- onmiddellijk te starten met dagelijks 0,5 mg foliumzuur gedurende de eerste 10 weken van de zwangerschap en licht dit toe. Foliumzuurtabletten zijn zonder recept bij drogist of apotheek verkrijgbaar;
- gezond en gevarieerd te eten, het gebruik van koffie te matigen en geen gebruik te maken van rauwe melk producten (rauwe melk, Franse kaas) of rauw vlees;
- onmiddellijk te stoppen met gebruik van nicotine, alcohol, drugs en licht dit toe;
- medicatie (ook de zelfhulpmiddelen) alleen te gebruiken in overleg met een arts;
- zo spoedig mogelijk, in ieder geval tussen de 8^e en 10^e week, contact op te nemen met een verloskundige in verband met de prenatale zorg. Vooral vrouwen van niet-westerse afkomst presenteren zich vaak te laat bij een verloskundige.

b. Indien de vrouw twijfelt over het wel of niet uitdragen van de zwangerschap of de zwangerschap wenst af te breken, informeer haar dan over de mogelijkheden. Vaak is er dan sprake van stress waardoor mondelinge informatie niet goed of onvolledig wordt opgenomen. Geef haar daarom ook schriftelijke informatie mee in de taal van de vrouw.

De mogelijkheden zijn:

1. **Het kind zelf opvoeden, zo nodig opvang in tienermoederhuis.**

Als een jonge vrouw de zwangerschap wel wil uit dragen, maar door de omstandigheden hier geen mogelijkheid voor ziet, kan zij in aanmerking komen voor opvang en begeleiding in een tienermoeder-opvanghuis. Hier krijgt zij onderdak, ondersteuning en begeleiding om uiteindelijk met haar kind zelfstandig in de maatschappij te kunnen functioneren.

2. **Het kind (tijdelijk) plaatsen in pleeggezin.**

Hierbij mag de moeder in overleg met pleegzorg af en toe contact houden met het kind terwijl ze niet de dagelijkse zorg over het kind heeft, maar wel de ouderlijke macht blijft houden.

3. **Kind afstaan ter adoptie.**

In dit geval wordt definitief afstand gedaan van het juridische ouderschap. Met behulp van hulpverleningsinstanties is het soms mogelijk summier contact te houden.

4. **Zwangerschapsafbreking.**

Er zijn verschillende methoden van zwangerschapsafbreking. Een belangrijk onderscheid kan gemaakt worden tussen chirurgische abortus (curetage) en medicamenteuze abortus. Het is afhankelijk van de tijdsduur van de zwangerschap en de situatie van de vrouw, welke methode geschikt is. Alle methoden, behalve de overtijdbehandeling, vallen onder de Wet afbreking zwangerschap (WAZ), zie bijlage 3 voor de letterlijke tekst. Dat betekent onder andere dat er een verplichte beraadtermijn in acht moet worden gehouden van 5 dagen vanaf het eerste contact met een arts tot er behandeling plaats vindt. Zie paragraaf 2.4 Juridische context voor nadere informatie.

Bij elke methode wordt voorafgaand:

- een echo gemaakt teneinde een intra-uteriene zwangerschap en de duur ervan vast te stellen;

- indien nodig bloed afgenomen om de resusfactor te bepalen (resus D-negatieve vrouwen hebben anti-D nodig vanaf 8 weken amenorroe indien wordt gekozen voor curettage);
- soms screening verricht op soa, in ieder geval op chlamydia.

De volgende vormen van zwangerschapafbreking zijn mogelijk (gerekend in weken amenorroe, dus vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie en niet in weken 'over tijd'):

- **Tot 6 weken plus 2 dagen: overtijdbehandeling.** Er is wettelijk geen bedenktijd van 5 dagen noodzakelijk. De behandeling kan plaatsvinden door middel van een zuigcurettage (baarmoederholte wordt leeggezogen met een dunne katheter) of door middel van medicatie. Bij een medicamenteuze behandeling worden 2 medicamenten toegepast, waarna binnen een paar uur na gebruik van het tweede medicament de vrucht loslaat. Het eerste medicament, mifepriston, is een antiprogestageen, waardoor de groei van de zwangerschap vrijwel altijd stopt. Het tweede medicijn, misoprostol, is een soort prostaglandine die een miskraam veroorzaakt. Dit gaat gepaard met pijn en bloedverlies, vergelijkbaar met een spontane miskraam. Het vloeien kan soms tot 2 weken aanhouden.

De medicatie wordt verstrekt door een abortuskliniek of ziekenhuis met WAZ-vergunning en de eerste pil wordt aldaar ingenomen. De tweede pil kan 1 of 2 dagen later thuis worden ingenomen. Soms kiezen vrouwen ervoor de miskraam in de kliniek af te wachten.

Ten aanzien van het aantal doorgaande zwangerschappen lijkt bij een amenorroeduur van minder dan 7 weken medicamenteuze abortus effectiever dan een zuigcurettage. Bij een medicamenteuze abortus is de kans op een doorgaande zwangerschap beneden de 7 weken < 1% en tussen de 7 en 9 weken < 1-2%. Daarom is het bij medicamenteuze abortus altijd van belang de vrouw hierover goed te instrueren, zodat zij zelf een zwangerschapstest doet na 3 weken of voor echoscopische controle komt.

- **7 – 13 weken: eerstetrimesterabortus.** Afhankelijk van de ervaring ligt de grens voor poliklinische curettage bij 12 tot 14 weken, naar keuze onder lokale of algehele anesthesie. Tot 9 weken is de medicamenteuze mifepriston-misoprostolbehandeling eventueel een alternatief, na 9 weken is het faalpercentage van de medicamenteuze behandeling onacceptabel. Voor elke ingreep is volgens de WAZ 5 dagen bedenktijd verplicht. Sedatie of algehele narcose wordt niet in elke kliniek toegepast.
- **13 – 24 weken: tweedetrimesterabortus.** Hierbij worden verschillende technieken toegepast, waarbij de baarmoedermond meestal tevoren verweekt wordt met misoprostol. Daarna volgt veelal een combinatie van instrumentele verwijdering en zuigcurettage of medicamenteuze zwangerschapsbeëindiging door middel van sulproston per infuus. Deze ingreep vraagt om voorzieningen en expertise die niet in elke abortuskliniek of ziekenhuis voorhanden zijn. Daartoe is een speciale vergunning nodig. Abortus is wettelijk toegestaan bij een vrucht die niet levensvatbaar is, dit betekent tot een amenorroeduur van 24 weken. Aangezien er echografisch een foutmarge van 2 weken is, zal er in de praktijk tot een amenorroeduur van 22 weken worden geaborteerd.

Geef schriftelijke informatie mee, bijvoorbeeld een folder van de kliniek waarheen men verwijst of de contactgegevens van de organisatie waar de vrouw bij twijfel of vragen een extra consult kan aanvragen.

Informatie over abortus

Met betrekking tot abortus kunnen vrouwen behoefte hebben aan de volgende informatie:

- Vóór de ingreep is er eerst een intakegesprek waarin moet blijken dat de vrouw uit vrije wil komt en de abortus voor haar noodzakelijk is. Daarin wordt ook het eventuele anticonceptieprobleem besproken en de behandeling uitgelegd. Als vrouwen twijfelen aan hun besluit, worden zij niet behandeld. Het is van groot belang voor het welzijn van de vrouw (en wettelijk vastgelegd in de WAZ) dat de vrouw de kans krijgt om een goed geïnformeerde, weloverwogen en ook achteraf goed gedragen keuze te kunnen maken, ongeacht welk besluit ze dan ook neemt.

- In Nederland heeft ongeveer 60% van de vrouwen met abortuservaring twijfels gehad over het doorzetten van de ingreep terwijl 14% van de vrouwen die ooit een abortus hebben meegemaakt regelmatig tot vaak emotionele last hiervan ondervindt. Aard en ernst van die last zijn voor de Nederlandse situatie niet bekend. Wel is bekend uit buitenlands onderzoek dat vrouwen die de besluitvormingsfase goed doorlopen en een weloverwogen besluit hebben kunnen nemen, minder kans op verwerkingsproblemen hebben. Er zijn risicofactoren bekend die de kans op verwerkingsproblemen vergroten, onder andere: ervaren druk van buitenaf, (vergevoerde) hechting of betekenisgeving aan zwangerschap, negatieve attitude ten aanzien van abortus. Van belang is de vrouw in staat te stellen een zo zorgvuldig mogelijk besluit te nemen door haar uit te nodigen om eventueel aanwezige twijfels te bespreken. Het is niet vreemd als ze twijfelt. Het gaat immers om een besluit dat niet meer terug gedraaid kan worden.
- De ingreep zelf duurt maar heel kort, afhankelijk van de gebruikte methode variërend van 5 tot 15 minuten. Nadien kan de vrouw in de kliniek herstellen van de ingreep gedurende 1-2 uur. Indien is gekozen voor narcose of indien de abortus plaatsvindt bij een vergevorderde zwangerschap in de tweede termijn, dan kan het verblijf in een kliniek langer duren.
- Een abortus leidt niet tot verminderde vruchtbaarheid of tot kanker.
- Complicaties als bloeding of infectie bij een abortus zijn zeldzaam, en veel kleiner dan na een gewone bevalling. In ongeveer 1-2 per 1000 vrouwen kan een complicatie voorkomen, zoals een perforatie of een ernstige bloeding. Deze komen meer voor bij verder gevorderde zwangerschappen. Late complicaties zijn ook mogelijk, zoals infecties of het niet geheel schoon zijn van de baarmoeder, waardoor een herhaling van de curettage nodig kan zijn.
- Een abortus is voor een in Nederland *woonachtige* vrouw gratis, zij hoeft niet per se verzekerd te zijn. Zij wordt betaald uit de AWBZ na geanonimiseerde melding van gegevens aan de uitbetalende instantie.
- De abortuskliniek geeft geen persoonsgegevens door aan andere instanties.
- Tot een week na de abortus wordt in verband met infectiegevaar gemeenschap, tampongebruik, zwemmen, een bad of vaginale spoelingen afgeraden
- Na een abortus kan na enkele weken al een eisprong optreden. Snel starten van anticonceptie is gewenst.
- Een abortus kan soms leiden tot seksualiteitsproblemen waaraan verschillende factoren ten grondslag kunnen liggen. Het vrijen kan bijvoorbeeld teveel worden gekoppeld aan de voortplanting met angst voor hernieuwde zwangerschap of schuldgevoelens over de in het verleden falende anticonceptie. De partner kan de abortus anders hebben beleefd of is anders gaan denken over een gemeenschappelijk perspectief.

2.2.4 Verwijzen

Verloskundige

Indien de vrouw de zwangerschap wenst uit te dragen, kan ze zelf contact opnemen met een verloskundige, het liefst tussen de 8^e en 10^e week. Een verwijsbrief mag, maar hoeft niet te worden meegegeven.

Abortuskliniek

Wenst de vrouw de zwangerschap af te breken, dan wordt ze verwezen naar een abortuskliniek. Geef een verwijsbrief mee met daarin minimaal de volgende gegevens:

- datum van het consult (op deze dag gaat de bedenktijd van 5 dagen in, mits een arts de vrouw heeft gesproken. Voor een overtijdbehandeling is geen 5 dagen bedenktijd nodig en hoeft de arts de vrouw niet te spreken.);
- datum laatste menstruatie;
- verloskundige voorgeschiedenis (zwangerschap, abortus, miskraam?);
- medische en psychosociale bijzonderheden;

- anticonceptiegebruik nadien (recept al verstrekt? IUD-plaatsing gewenst in dezelfde zitting van de abortus?);
- soarisico (diagnostiek gedaan? al behandeld?).

Fiom/VBOK

Heeft de vrouw sterke twijfels of kiest ze voor andere vormen van hulp dan een abortus dan kan ze worden verwezen naar een gespecialiseerde organisatie voor de begeleiding van zwangerschapsbesluitvorming zoals Fiom (Federatie van Instellingen voor Ongehuwde Moeders) of VBOK (Vereniging ter Bescherming van het Ongeboren Kind).

De Fiom-hulpverlening is neutraal. Zij heeft een open houding en neemt geen vooringenomen standpunt in over het besluit dat de vrouw gaat nemen. Bij de hulpverlening van de VBOK neemt de beschermwaardigheid van het ongeboren leven een belangrijke maar niet enige plaats in. Het VBOK biedt eventueel opvang in het VBOK-huis.

Als een tienermoeder de zwangerschap wil uitdragen en het kind wil behouden, is verwijzing naar FIOM of VBOK nodig voor extra begeleiding en, indien nodig, voor opvang in specifieke woongroepen voor tienermoeders.

Bij de verwijzing wordt gewezen op het belang van de controle na een abortus of gevraagd naar de behoefte aan een consult met betrekking tot anticonceptie of soa, zie paragraaf 2.3. Per regio zal het nodig zijn af te stemmen hoe de samenwerking verloopt tussen centrum voor seksuele gezondheid, Fiom, VBOK en abortuskliniek en wie verantwoordelijk is voor welk aspect van de nazorg.

2.3 Nazorg

Abortus

3 weken na een abortus wordt een controle geadviseerd. In de praktijk blijkt dat veel vrouwen niet op komen dagen voor deze controle, en kennelijk geen behoefte hieraan hebben. Uitleg van het nut van controle is daarom wenselijk: het uitsluiten van een doorgaande zwangerschap (zeker bij medicamenteuze abortus), het (nogmaals) bespreken van anticonceptie, en het terugblikken op hoe de vrouw de abortus ervaren heeft.

De nacontrole kan worden uitgevoerd door de abortusarts, door de eigen huisarts of door de verwijzende arts. De vrouw mag dit zelf kiezen. In principe zou een arts of verpleegkundige van Sense haar terug kunnen zien.

Bij deze nacontrole wordt geïnformeerd naar het psychische welzijn van de vrouw: staat zij nog steeds achter haar besluit, hoe heeft ze de ingreep ervaren, heeft zij behoefte aan professionele ondersteuning bij de verwerking, zijn er seksuele klachten.

Bepaalde situaties kunnen bijzondere aandacht vragen:

- herhaald ongewenst zwanger (herhaalde abortus);
- zwanger door seksueel geweld;
- vergevorderde zwangerschap (bijna 20 weken of verder);
- gevaar: eerwraak, mishandeling.

Zoek afhankelijk van de problematiek samen met de vrouw naar begeleiding bij Fiom, VBOK of een GGZ-instelling indien gewenst. Bespreek ook hoe het contact van de vrouw met haar huisarts is, en of deze een rol kan spelen.

Daarnaast is er aandacht voor lichamelijke klachten: buikpijn, vaginale afscheiding of bloedverlies. Afhankelijk van de klachten zal er een lichamenlijk onderzoek door de arts verricht worden. Een eventueel nog persisterende zwangerschap kan worden uitgesloten door een zwangerschapstest.

Anticonceptie

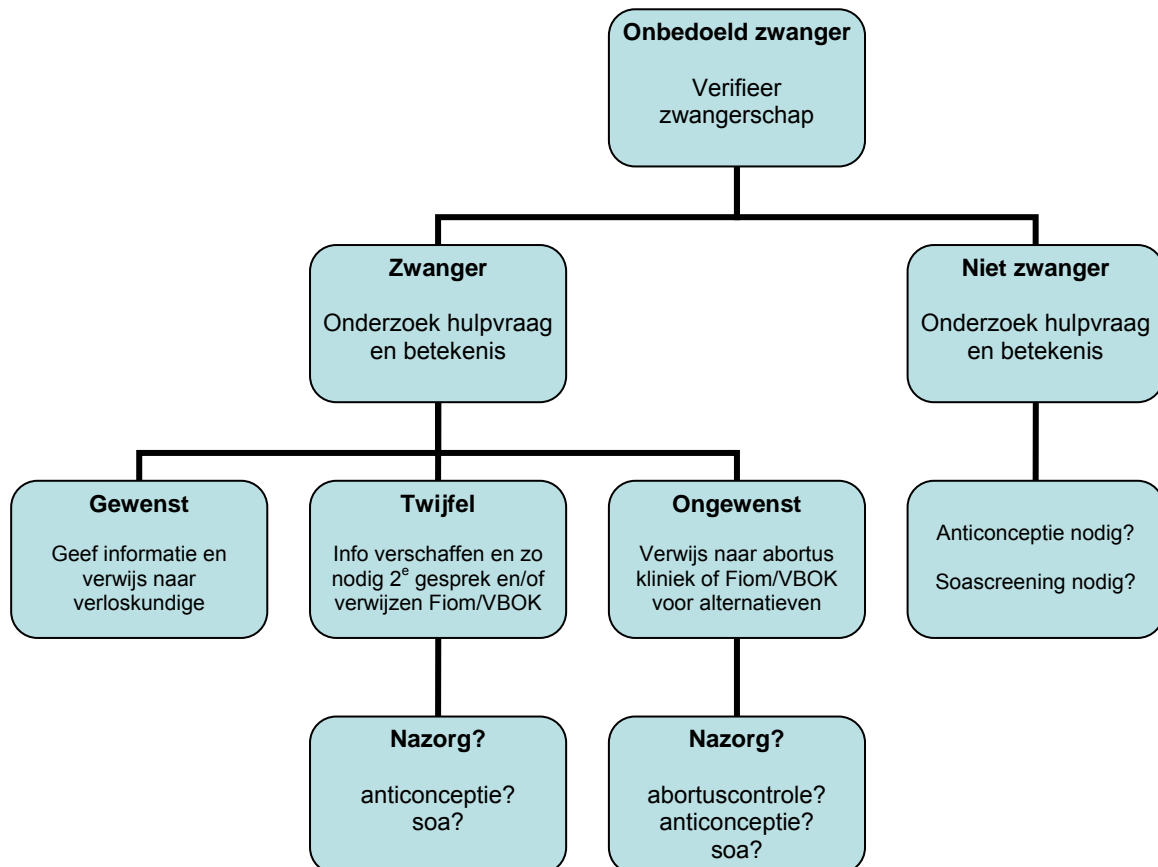
Aangezien een ongewenste zwangerschap meestal wordt veroorzaakt door ontbrekende of falende anticonceptie wordt gevraagd of de vrouw begonnen is met anticonceptie, hoe het bevalt en of ze nadere informatie nodig heeft. Vooral aan het gebruik van het middel dient aandacht te worden besteedt. Tweederde van alle abortuscliënten in 2007 had een pil of een

condoom gebruikt om zwangerschap te voorkomen. Bij allochtone tieners kan men extra alert zijn op eventuele aanwezige latente kinderwens; tijdelijke coaching door een mentor kan soms aangewezen zijn.

Soa

Gezien het feit dat er onbeschermd een zwangerschap tot stand kwam, kan het informeren over risico's of onderzoek op soa zinvol zijn. Bespreek of de vrouw in staat is zichzelf in de toekomst tegen risico op soa's te beschermen.

Stroomdiagram: aanpak bij onbedoelde zwangerschap



2.4 Juridische context

Een zwangerschapsafbreking is legaal maar er moet volgens de Wet afbreking zwangerschap (WAZ) aan de volgende voorwaarden worden voldaan (zie bijlage 3 voor de juridische tekst):

- Iedere beslissing tot het afbreken van de zwangerschap dient zorgvuldig te worden genomen.
- De noodsituatie van de vrouw maakt uitvoering van de zwangerschapsafbreking voor haar onontkoombaar. Wat nood is, bepaalt de vrouw zelf.
- De arts vergewist zich ervan dat het verzoek tot afbreking van de zwangerschap in vrijheid wordt genomen.
- Verstrekken van verantwoorde voorlichting over andere oplossingen van de noodsituatie is noodzakelijk.
- Een zwangerschap mag niet eerder worden afgebroken dan op de zesde dag nadat de vrouw een arts bezocht heeft en daarbij haar voornemen met hem/haar besproken heeft.
- Er dient voorlichting over methoden ter voorkoming van ongewenste zwangerschap te worden gegeven.

In geval van minderjarigheid (de vrouw is nog geen 18 jaar) of indien de betrokkene ouder is dan 18 jaar maar 'niet in staat wordt geacht tot redelijke waarneming van haar belangen' geldt het volgende.

Ouders hebben in beginsel recht op informatie over de gezondheidstoestand en dienen toestemming te geven voor de behandeling van hun minderjarige kind. De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO, zie bijlage 4 voor de juridische tekst) onderscheidt echter een aantal situaties waarin voor de behandeling van een minderjarig kind géén toestemming van ouders is vereist. Het betreft onder andere de volgende situaties:

- als het kind de leeftijd van 16 jaar heeft bereikt en wilsbekwaam wordt geacht;
- als het kind tussen de 12 en 16 jaar is en niet-behandelen ernstig nadeel voor het kind zou opleveren en/of het kind de behandeling weloverwogen wenst.

Daarnaast kan de hulpverlener in uitzonderingsgevallen afzien van informatieverstrekking aan ouders op grond van 'goed hulpverlenerschap', bijvoorbeeld als het kind daar uitdrukkelijk om vraagt of als het informeren van de ouders duidelijk in strijd is met het belang van het kind.

Indien het kind aan bovenstaande vereisten voldoet of er bestaat hierover onduidelijkheid, dan kan verwijzing naar het Fiom aangewezen zijn om de jonge vrouw bij de besluitvorming en nazorg te begeleiden. Als men afziet van het op de hoogte stellen van ouders of voogd, dient de reden daarvoor duidelijk gedocumenteerd te worden en dient men zich ervan te overtuigen dat het meisje in staat is een weloverwogen besluit te nemen. Wees bedacht op de mogelijkheid van een zwangerschap als gevolg van seksueel geweld als een jong meisje het met geen enkele volwassene wil bespreken.

2.5 Informatie

Zowel vrouwen die onbedoeld zwanger raken als de hulpverleners die met deze problematiek in aanraking komen, worden geconfronteerd met ethische, juridische en zingevingsvragen. Voor hen die zich verder willen verdiepen in de problematiek kan onderstaande lijst behulpzaam zijn.

- Jesus S de. *Omstreden vrijheid* [DVD, 56 minuten]. SI Memphis Film & Televisie/ Humanistische Omroep, 2006.
Documentaire over de dagelijkse gang van zaken in een abortuskliniek (Bloemenhovekliniek) en de ongewenste zwangerschap van een tienermeisje, dat voor een abortus naar het ziekenhuis gaat. De abortus mislukt. Bron: Rutgers Nisso Groep.
- Riemsdagh M, Verhoeven A. *Vrouwen verwerken abortus: achtergrond en getuigenissen*. Leuven: CRZ, 2004.
Deze brochure is bedoeld voor vrouwen die een abortus meemaakten en moeite hebben met de verwerking ervan. Ook de partner, familie, vrienden of andere betrokkenen kunnen er iets aan hebben. Bron: Rutgers Nisso Groep.
- Ramsaran R (red.). *Wankele waarden: levenskwesties van moslims belicht voor professionals*. Utrecht: Forum, 2003. Bron: Rutgers Nisso Groep.
- Deij P. *Abortus, een levensbesluit*. Utrecht: Jan van Arkel, 2002. - 128 p - ISBN: 9062244467.
Een boek over de ervaringen van vrouwen die kozen voor een abortus. Bron: Rutgers Nisso Groep.
- Andere Tijden – Geschiedenis van abortus(hulpverlening) in Nederland.
<http://geschiedenis.vpro.nl/programmas/2899536/afleveringen/33859820/>

Sites

abortus.startpagina.nl	met links naar sites met binnenlandse en buitenlandse informatie
www.casa.nl	CASA, Centra voor anticonceptie, seksualiteit en abortus Nederland
www.fiom.nl	Fiom

www.ngva.net	Nederlands Genootschap van Abortusartsen, aldaar kwaliteitsnormen en protocollen
www.soaids.nl	site met informatie over soa
www.stisan.nl	StiSAN, koepelorganisatie van samenwerkende abortusklinieken
www.tienermoeders.nl	Fiom, voor tienermoeders
www.vbok.nl	site van de Vereniging ter Bescherming van het Ongeboren Kind

Bronnen

- Bakker F, Vanwesenbeeck I (2006). *Seksuele gezondheid in Nederland 2006*. RNG-studies, 9. Delft: Eburon.
- Bergh van den J. (2000). *Klinische richtlijnen 2000*. Geldrop: Nederlands Genootschap van Abortusartsen.[opgehaald: www.ngva.net/richtlijnen.html].
- Kleiverda G, Derksen J (2005). *Zwangerschapsafbreking tot 24 weken*. NVOG-richtlijn 67, versie 1.0.
- Kooten M van, Berlo W van, Vanwesenbeeck I (2003). *Psychosociale gevolgen van abortus*. Delft: Eburon.
- Visser MRM et al (2005). *Evaluatie Wet afbreking zwangerschap*. Den Haag: ZonMW.
- Wet afbreking zwangerschap, <http://wetten.overheid.nl>, opgehaald 21 september 2008.
- Wijsen C, Zaagsma M (2006). *Zwangerschap, anticonceptie en abortus*. In: *Seksuele gezondheid in Nederland 2006*. Delft: Eburon.
- Wijsen C, Lee L van (2006). *Kind van twee werelden. Een kwalitatief onderzoek naar de achtergronden van zwangerschappen bij allochtone tieners*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.

Hoofdstuk 3. Lijf en leden

In dit hoofdstuk wordt een opsomming gegeven van lichamelijke klachten en problemen die mannen en vrouwen kunnen ervaren op urogenitaal gebied. Vooral adolescenten en jongvolwassenen kunnen worstelen met zogenaamde normaliteitsvragen: wat is lichamenlijk afwijkend en wat is normaal. Ook onwetendheid of onzekerheid of de last die men heeft van de lichamenlijke klacht kan aanleiding zijn om hulp te zoeken. Meestal kan eenvoudige, korte informatie worden gegeven en kan iemand worden gerustgesteld. Soms noodzaakt een somatische aandoening of zeldzame afwijking tot een verwijzing. Een verpleegkundige kan helpen hierin te differentiëren en waar nodig informatie geven of iemand adequaat verwijzen. De informatie die daarvoor nodig is zal hier worden beschreven. Het overzicht is niet uitputtend en niet bedoeld om tot een definitieve diagnose en behandeling te komen. Waar nodig zal in leerboeken nadere informatie gezocht moeten worden.

3.1 Vrouw

3.1.1. Vaginale afscheiding

De normale vaginale flora bestaat grofweg uit diverse gisten en bacteriën die met elkaar in evenwicht zijn in een ecologisch micromilieu. De hoeveelheid, de geur, de kleur en de samenstelling van normale vaginale afscheiding worden onder andere bepaald door factoren als leeftijd, de fase van de menstruele cyclus, zwangerschap en het gebruik van hormonale anticonceptie, antibiotica of hygiënische middelen. Deze factoren kunnen het ecologisch evenwicht verstoren en bijna altijd kan het lichaam zelf dit evenwicht weer herstellen. Er kan dus tijdelijk variatie zijn in diverse aspecten van de afscheiding, dat is heel normaal. Normale vaginale afscheiding hoeft niet bestreden te worden. Een vrouw kan het soms als 'vies' ervaren en daarom overgaan tot overmatige hygiënische maatregelen als dagelijks vaginale spoelingen, dagelijks gebruik van inlegkruisjes of wassen met zeep. Dit verergert juist het probleem. Dagelijks wassen met lauw water, het vaker dragen van katoenen ondergoed in plaats van synthetisch ondergoed en het gebruik van strings en inlegkruisjes verminderen, geeft na enkele weken vaak al verandering.

Vaginale afscheiding die voor de vrouw anders is dan gebruikelijk, kan op een onderliggende aandoening wijzen en de volgende symptomen kunnen daar een uiting van zijn:

- jeuk, roodheid van de vulva, witte brokkelige afscheiding (candida-infectie (candida is een gist), in de volksmond 'schimmel'-infectie genoemd);
- afwijkende niet-heldere kleur: geel, groen, grijsig (soa's als trichomonas, chlamydia, gonorrhoe) of bruin (oud bloed);
- visgeur (bacteriële vaginose, trichomonas) of rottende geur (vergeten tampon);
- bloed na de coïtus, de zogenaamde contactbloeding (cervicitis, soa, poliep, carcinoom).

Een zorgvuldige (soa)anamnese geeft meestal richting aan het verdere beleid.

Wat kan een Sense-verpleegkundige doen

Is men zeker van het feit dat er sprake is van normale fluor, geef dan informatie. Zo nodig doet de verpleegkundige soadiagnostiek en handelt naar bevinden conform de richtlijnen van het Soa Handboek.

Bij twijfel of bij aanwijzingen voor onderliggende pathologie is verwijzing naar de (huis)arts aangewezen.

3.1.2 Te grote schaamlippen

De kleine schaamlippen zijn soms groter dan de zogenaamde grote schaamlippen. Het is daarom beter te spreken van binnenste en buitenste schaamlippen. Mogelijk ten gevolge van het toenemende gebruik om de schaamharen te scheren waardoor de vulva meer zichtbaar is geworden, zou de vraag naar operatieve correctie van de binnenste schaamlippen zijn toegenomen. Vrouwen die klagen over te grote binnenlippen geven soms aan dat de urine niet goed kan afvloeien (er wordt als het ware een urinereservoir gevormd), dat er ongemak

is bij bewegen of fietsen, bij het dragen van een strakke broek of dat bij de coïtus de schaamlippen intravaginaal meebewegen. Deze ongemakken zijn meestal eenvoudig te verhelpen door correctie met de hand of door minder strakke kleding te dragen. Grote binnenlippen geven geen pijnklachten en mocht deze klacht worden geuit dan is er mogelijk oppervlakkige dispareunie ten gevolge van verminderde seksuele opwinding. De onderliggende vraag om schaamlipcorrectie kan voortkomen uit onzekerheid over het seksueel functioneren, als gevolg van psychische klachten na seksueel geweld, ten gevolge van een negatief lichaamsbeeld, of kan cultureel bepaald zijn.

Wat een normale grootte is van de binnenste schaamlippen is niet goed bekend, er is een grote variatie in vorm en afmeting. Bij 50 vrouwen zonder klachten varieerde de breedte van 7-50 mm. Deze variatie blijkt niet gerelateerd aan enig psychisch of lichamelijk ongemak.

Wat kan een Sense-verpleegkundige doen

Wordt een verpleegkundige met een vraag om schaamlipcorrectie geconfronteerd dan is het van belang de vraag serieus te nemen en het probleem goed in kaart te brengen met aandacht voor seksuele problematiek, zelfbeeld en seksueel misbruik. Wijs er op dat chirurgische correctie mogelijk niet de juiste oplossing is voor het onderliggende probleem, dat een dergelijke ingreep onomkeerbaar is en complicaties kent (wondinfectie). Zijn er aanwijzingen voor ernstige hinder, zijn eenvoudige oplossingen al geprobeerd en is er anderszins geen psychoseksuele problematiek, verwijs dan naar de (huis)arts. Soms kan een operatieve correctie wel zijn geïndiceerd.

3.1.3 Menstruatieproblemen

De menstruatie is een gevolg van loslating en uitstoting van baarmoederslijmvlies doordat er na de eisprong geen bevruchting heeft plaatsgevonden. Bloedingen bij het gebruik van hormonale anticonceptie zijn géén menstruaties, er heeft immers geen eisprong plaatsgevonden. In deze gevallen wordt gesproken van onttrekkingsbloeding in de pauzeweek of doorbraakbloeding (of spotting bij druppelsgewijs verlies) tijdens gebruik van hormonale anticonceptie.

De eerste menstruatie (menarche) treedt gemiddeld op tussen de 12 en 13 jaar, waarna de eerste jaren het menstruatiepatroon onregelmatig zal zijn. Bij de meeste vrouwen zal de duur van de cyclus daarna rond de 28 dagen liggen, maar enige onregelmatigheid is eerder regel dan uitzondering. Een cyclusduur van 4-6 weken wordt als normaal beschouwd.

Een pijnlijke menstruatie met heftig bloedverlies (dismenorrhoe) gedurende enkele dagen tot soms een week kan erg hinderlijk zijn. Meestal zal de klacht primair zijn, dat wil zeggen al bestaan vanaf de eerste jaren na de menarche. Het hoort als het ware bij het menstruatiepatroon van de vrouw en wijst niet op gynaecologische aandoeningen. De klachten kunnen worden verminderd door het gebruik van vrij verkrijgbare geneesmiddelen die ibuprofen of naproxen bevatten, of door het gebruik van hormonale anticonceptie (pil, ring, pleister, hormoon-IUD). Regelmatig worden menstruatieklachten opgevoerd als reden om met anticonceptie te beginnen terwijl er eigenlijk bescherming tegen ongewenste zwangerschap wordt gewenst. Daar is feitelijk niets op tegen, maar voor de counseling bij anticonceptie is het beter de onderliggende reden goed te kennen zodat de vrouw correct geïnformeerd kan worden. Treedt dismenorrhoe pas veel later op na een periode van normale menstruaties (secundair), dan kan er sprake zijn van een gynaecologische afwijking (endometriose, myomen, ontsteking). In dat geval is het raadzaam naar een (huis)arts te verwijzen.

Premenstruele klachten zoals geuit in het kader van PMS (premenstrueel syndroom) spelen zich af in de week voor de menstruatie tot een paar dagen erna. Er zijn zowel zeer diverse lichamelijke klachten (gespannen borsten, hoofdpijn, opgeblazen buik, spierpijn), als psychische klachten (prikkelbaar, sterke stemmingswisselingen, eetgedrag). Deze klachten treden niet in andere momenten van de menstruatiecyclus op en er zijn meestal geen andere psychosociale problemen. Hormonale anticonceptie kan de klachten helpen verminderen. Bij ernstige PMS-klachten kan de anticonceptiepil die drospirenon bevat gunstige effecten

hebben (zie hoofdstuk 1. Anticonceptie), evenals SSRI's (antidepressiva als fluoxetine of paroxetine) of psychologische counseling.

Menstratieproblemen duiden meestal niet op onvruchtbaarheid. Ongerustheid hierover is doorgaans niet terecht. Er zijn echter uitzonderingen. Een menstruatie die te lang uitblijft (amenorroe langer dan 6 maanden) of een dismenorroe op latere leeftijd kunnen veroorzaakt worden door een gynaecologische aandoening. In die gevallen kan de vruchtbaarheid wel in het geding zijn.

Wat kan een Sense-verpleegkundige doen

Informeel over wat een menstruatie is, wat normaal is, en onderscheidt dit van bloedingsproblemen bij gebruik van hormonale anticonceptie.

Bij primaire dismenorroe kunnen eenvoudige pijnstillers worden geadviseerd die vrij verkrijgbaar zijn. Ook hormonale anticonceptie is dan een optie. In geval van secundaire dismenorroe of een amenorroe langer dan 6 maanden wordt verwezen naar een (huis)arts. Ook het uitblijven van de eerste menstruatie indien een meisje ouder is dan 16 jaar is een reden om te verwijzen.

3.1.4 Maagdenvlies

Binnen de islamitische cultuur speelt de maagdelijkheid en daarmee het maagdenvlies een belangrijke rol. Religie, cultuur en persoonlijke opvattingen zorgen voor zoveel verschillende meningen dat feiten en fabels door elkaar heen lopen. Bij de beantwoording van vragen en onzekerheden rondom dit thema is het goed de medische feiten over het maagdenvlies en de persoonlijke waarden en normen over maagdelijkheid te scheiden. Ze hebben in feite niets met elkaar te maken.

Maagdelijkheid zegt iets over het feit of een vrouw ooit seksueel contact heeft gehad met een ander. De interpretatie of je de maagdelijkheid verliest alleen na geslachtsgemeenschap of ook na orale seks of anale seks, verschilt per persoon of religieuze groep. Daarbij is de maagdelijkheid gekoppeld aan het moeten bewaren daarvan tot het huwelijk. In theorie geldt dit voor zowel mannen als vrouwen, in de praktijk is er echter sprake van een dubbele moraal en geldt het vaak alleen voor vrouwen.

Het maagdenvlies is geen vlies maar een randje weefsel aan het begin van de vagina. Het kan rafelig of glad zijn en kan smal of breed zijn. Door springen, sporten, paardrijden of tampongebruik kan het maagdenvlies niet scheuren. Een tampon kan hooguit het randje wat oprekken, maar daarmee verlies je niet je maagdelijkheid. Een arts noch seksuele partner kan constateren of er ooit een penis in de vagina is geweest. Weliswaar wordt er soms door de jonge vrouw of haar familie om een maagdelijkheidsverklaring gevraagd, maar een arts hoeft daarvoor geen lichamelijk onderzoek te doen en werkt daar alleen aan mee als er sprake is van een dreigende situatie voor de vrouw. Ook het uitblijven van bloedverlies bij een eerste coïtus zegt niets over de maagdelijkheid. Veel vrouwen bloeden namelijk niet en ook de pijn die zou horen op te treden treedt lang niet altijd op. Als ze ontspannen vrijt of als het maagdenvlies een dun soepel randje is, hoeven er de eerste keer geen klachten te ontstaan. Mannen denken nog wel eens dat ze de eerste keer iets zouden moeten doorboren en dat het feit dat ze geen extra kracht hebben hoeven zetten wijst op het feit dat de vrouw geen maagd was. Ook dat is een mythe. Extra kracht moeten zetten bij het vrijen wijst juist op aangespannen vaginaspiers bij de vrouw. Dat is op te lossen door de tijd te nemen tot de vrouw seksueel opgewonden en ontspannen is, waardoor de vagina vochtiger is en de vaginaspiers ontspannen. Een glijmiddel zal niet helpen bij (onwillekeurig) aanspannen van de vaginaspiers.

Ondanks alle uitleg vragen vrouwen soms toch om een trucje om te bloeden. Respecteer dit, er kan soms druk zijn vanuit partner of familie. Soms wil de partner het spelletje meespelen. Een bekend trucje is om zich te prikken met een naald aan de vinger. Meer ingrijpend is een 'hersteloperatie'. Het is in feite geen echt herstel, want er valt niets te herstellen. Goede uitleg en begeleiding zijn noodzakelijk. Bij een dergelijke ingreep wordt enkele dagen voor de huwelijksnacht de ingang van de vagina wat strakker gehecht zodat de kans op bloeden wordt vergroot.

Wat kan een Sense-verpleegkundige doen

Neem de tijd om te luisteren, respecteer andere opvattingen over maagdelijkheid, maar geef wel feitelijke informatie. Bespreek de informatie zoals die wordt gegeven in de brochure *Feiten en fabels over het maagdenvlies* van de Rutgers Nisso Groep en geef deze folder mee. Maak zo nodig een tweede afspraak of verwijfs naar een arts als er een verzoek is tot lichamelijk onderzoek, hersteloperatie of maagdelijkheidsverklaring. Signaleer eventuele dreiging of geweld en verwijfs zo nodig.

3.1.5 Pijnlijke borsten

Pijnlijke borsten kunnen soms aanleiding zijn tot ongerustheid, bijvoorbeeld over borstkanker. In het algemeen zijn cyclusgebonden pijnlijke borsten (meestal vlak voor de menstruatie) onschuldig. Ook kunnen cyclusgebonden de borsten meer of minder knobbelig aanvoelen. Dit wordt mastopathie genoemd. Het is weliswaar onaangenaam, maar onschuldig.

Pijnlijke borsten bij gebruik van hormonale anticonceptie verdwijnen bijna altijd na 3 maanden gebruik.

Indien vrouwen ongerust zijn over borstkanker, leidt het aanleren van zelfonderzoek van de borsten niet tot vermindering van de sterfte aan borstkanker of verbetering van de prognose. De kans op borstkanker is met name vergroot als vrouwelijke familieleden in de eerste (moeder, zus) of tweedelij (oma, tante) borstkanker hebben. Jaarlijks röntgenonderzoek is dan aangewezen voor vrouwen ouder dan 40 jaar.

Wat kan een Sense-verpleegkundige doen

Verwijfs naar een arts als er tepeluitvloed is, een niet-cyclusgebonden zwelling of een ontstekingsreactie (warm en rood).

3.1.6 Kan ik zwanger zijn als ...

Veel onzekerheid kan er bij jongeren bestaan als er geen continue vorm van anticonceptie wordt gebruikt in de vorm van hormonale middelen of IUD en er toch seksuele handelingen plaatsvinden. Voorbeelden zijn: "Er komt sperma in bad waar we inzaten. Er zat sperma op de vinger terwijl ik haar vingerde. Ze is gisteren begonnen met menstrueren en vandaag hadden we gemeenschap. Er was alleen maar voorvocht, ik kwam niet klaar in haar. Er kwam sperma op haar lies, onderbuik, bovenbeen, et cetera". Een verpleegkundige kan onder druk komen te staan door de paniek of ongerustheid van de vrouw om 100% zekerheid te bieden dat ze niet zwanger kan zijn. Meestal is dat onmogelijk. Van sperma in het badwater word je inderdaad niet zwanger, maar van de andere voorbeelden is dat niet met grote zekerheid te zeggen. Ook kan datgene wat wordt verteld niet helemaal de werkelijkheid weerspiegelen. Het onderscheid tussen puur voorvocht (waar theoretisch geen spermacel in kan zitten) en sperma (dat onwillekeurig vóór het orgasme mee kan komen) is uit een beschrijving niet goed op te maken. Ook kan sperma soms 5 tot 7 dagen intravaginaal blijven, waardoor sperma dat tijdens de menstruatie is ingebracht, een bevruchting kan geven bij een vroege eisprong.

Wat kan een Sense-verpleegkundige doen

Laat cliënten zo nodig het zekere voor het onzekere nemen. Indien de seksuele handeling binnen 72 uur heeft plaatsgevonden, adviseer dan de morning-afterpil zo spoedig mogelijk in te nemen, of eventueel een koperspiraal te laten plaatsen binnen 5 dagen. Laat cliënten zo nodig een zwangerschapstest doen als de menstruatie meer dan een week uitblijft. Geef eventueel de brochure *En dan ga je vrijen* van de Rutgers Nisso Groep.

3.1.7 G-plek

Bij het verkennen van de seksualiteit en het experimenteren met de eigen mogelijkheden kan de vraag opkomen naar het bestaan van de G-plek en hoe deze te ontdekken. Naar de huidige stand van wetenschappelijk onderzoek is de G-plek anatomisch niet aantoonbaar als

een apart orgaan. De G-plek zou vanaf ongeveer 5 centimeter van de vagina-ingang gesitueerd zijn aan de buikzijde van de vagina. Het is bekend dat deze voorwand van de vagina seksueel gevoelig kan zijn, dit zal per vrouw verschillen. Indien inderdaad een erotisch-gevoelige plek aanwezig is aan de voorwand, zou dit de G-plek genoemd kunnen worden. Indien een dergelijke plek niet aanwezig is, wil dat echter niet zeggen dat dan de G-plek ontbreekt of dat er iets niet goed is. Vele plekken van het lichaam, ook niet-genitale plekken, kunnen seksuele gevoelens geven en het is aan de persoon zelf hier betekenis aan te geven en van te genieten. Het hebben van een G-plek is geen 'must'.

Wat kan een Sense-verpleegkundige doen

Geef informatie, bespreek de seksualiteit en signaleer eventuele seksuele problemen.

3.1.8 Endometriose

Endometriose is een chronische ziekte waarbij baarmoederslijmvlies zich buiten de baarmoederholte hecht aan verschillende organen. Tijdens de maandelijkse menstruatiecyclus wordt dit slijmvlies gestimuleerd, groeit en wordt weer afgestoten, hetgeen gepaard gaat met een bloeding buiten de baarmoederholte. Dit leidt tot maandelijkse (buik-) pijnklachten. Met name de eierstokken en het buikvlies van het kleine bekken kunnen aangedaan zijn. Dit kan leiden tot de vorming van cysten gevuld met (oud) bloed in de eierstokken of tot pijnlijke haarden in de vaginawand, waardoor diepe pijn bij het vrijen kan ontstaan. Vrouwen met deze aandoening hebben vooral last van hevige menstratiepijn, onderbuikspijn, bloedverlies bij plassen en ontlasting, ovulatiepijn en pijn bij het vrijen. Endometriose kan worden behandeld door de eisprong te stoppen en de menstruatiecyclus stil te leggen. Dit kan met hormonen (progestageen), een Mirenaspiraal, de prikpil of hormonen die een kunstmatige menopauze geven. Sporadisch is operatief ingrijpen nodig om de endometriosaarden te verwijderen, of in de ernstigste gevallen baarmoeder en/of eierstokken verwijderen.

Wat kan een Sense-verpleegkundige doen

Geef informatie als deze klachten worden gesignaleerd of als er naar wordt gevraagd. Verwijs naar een arts voor verdere behandeling.

3.1.9 Vrouwenbesnijdenis

Onder vrouwenbesnijdenis wordt verstaan het gedeeltelijk of volledig verwijderen (wegnijden) van de schaamlippen en/of de clitoris (vrouwelijke genitale verminking). In bepaalde delen van Afrika, Midden-Oosten en Azië is het cultureel (niet religieus) geaccepteerd dat jonge meisjes (variërend van na de geboorte tot voor de puberteit) worden besneden. Dit om te voorkomen dat zij later plezier zullen beleven aan gemeenschap en seksualiteit. Er zijn drie manieren om de clitoris te beschadigen:

- Sunna-besnijden, waarbij de clitorisvoorhuid wordt ingesneden dan wel wordt verwijderd;
- excisie van de gehele clitoris met kleine schaamlippen;
- Infibulatie, waarbij de gehele vulva wordt weggesneden, zodat slechts een kleine opening voor plassen en menstruatie overblijft. Tot deze laatste ingreep behoort 15% van alle besnijdenissen in Afrika.

In de westerse landen is vrouwenbesnijdenis strafbaar, zowel voor leken als voor artsen. Er bestaat een meldplicht bij het Algemeen Meldpunt Kindermishandeling. Helaas wordt nog steeds uitgeweken naar het land van herkomst om de ingreep toch te laten plaatsvinden. In Nederland houdt het kenniscentrum Pharos zich bezig met de strijd tegen vrouwenbesnijdenis: www.meisjesbesnijdenis.nl.

Wat kan een Sense-verpleegkundige doen

Maak gebruik van het *Gespreksprotocol meisjesbesnijdenis* zoals dat bij elke GGD-afdeling JGZ bekend is. Dit protocol dient zowel voor primaire als secundaire preventie. Bij lichamelijke of psychische problemen zal worden verwezen.

3.1.10 Vrouwelijke ejaculatie

Dit zeldzame fenomeen wordt omschreven als het uitstoten van vocht uit de vagina of urinebuis tijdens het orgasme van de vrouw. Dit verschijnsel heeft sinds 1990 zijn intrede gedaan in de pornofilms. Later bleek dat een ejaculatie werd nagebootst met urine of geïnjecteerde vloeistof. Vrouwen zouden tijdens het hoogtepunt deze vloeistof kunnen lozen als hun G-plek in de schedevoorwand zou worden gestimuleerd. Slechts een klein aantal vrouwen rapporteert spontaan het verliezen van een wittige, reukloze vloeistof uit de urinebuis tijdens het orgasme. Uit onderzoek blijkt dat het hier gaat om een vloeistof die qua samenstelling lijkt op het prostaatvocht bij de man. Er zijn bij vrouwen anatomisch nooit structuren aangetoond die een ejaculatie mogelijk maken. Genoemd vocht zou mogelijk geproduceerd worden door 'prostaatweefsel' rond de vrouwelijke urinebuis en zou na productie tijdens het orgasme naar buiten worden geperst door de bekkenbodemspieren. Vrouwelijk ejaculatie moet worden onderscheiden van onwillekeurig urineverlies tijdens het vrijen. Ongeveer een derde van de vrouwen die incontinent zijn, verliest ook urine tijdens het vrijen.

Wat kan een Sense-verpleegkundige doen

Geef feitelijke informatie. Het niet kunnen ejaculeren is niet afwijkend. Vraag door of het mogelijk incontinentie betreft, dit wordt als hinderlijk bij het vrijen ervaren. Een bekkenfysiotherapeut kan dan helpen.

3.1.11 Zoenen

Een **tongzoen**, tongkus of *French Kiss*, is een erotisch getinte kus waarbij de kussenden elkaar met geopende mond kussen, zodat de tongen elkaar kunnen raken, waarbij deze tegen elkaar bewegen. Vaak wordt de tong in de mond van de partner gebracht. In vergelijking met een gewone kus is een tongzoen over het algemeen veel langer van duur. Tongzoenen of *tongen* wordt vaak bedreven in seksueel getinte context. Door het stimuleren van gevoelige gedeeltes zoals de lippen en de tong kan men opgewonden raken. Bij de **zuigzoen** maakt men van de mond een soort zuignap. Men plaatst de lippen op de huid van de ander en zuigt hard. Hierdoor komt het bloed naar de oppervlakte, waardoor er een rode plek ontstaat. Die rode plek is een onderhuidse bloeditstorting (soort blauwe plek). Vandaar dat een 'zuigzoen' altijd goed zichtbaar is en ook pijn kan doen, met name in het gebied van de nek en hals waar zich veel bloedvaatjes bevinden. Het duurt ook enige tijd voordat een zuigplek genezen is. Veel mensen vinden het niet fijn om een zuigzoen te krijgen of te hebben. Soms vinden het jongeren het leuk om elkaar een zuigzoen te geven als geintje of als teken van verbondenheid

Wat kan een Sense-verpleegkundige doen

Geef informatie.

3.1.12 Voortdurend seksueel opgewonden zijn

Dit syndroom is sinds 2001 bekend en wordt PSAS (Persistent Sexual Arousal Syndrome) genoemd. De aandoening komt alleen bij vrouwen voor. Ze ervaren voortdurend genitale opwinding zonder dat er sprake is van genitale stimulatie of lustgevoelens. Het gaat voornamelijk om oudere vrouwen (40-65 jaar) maar komt ook sporadisch bij jongeren voor. De oorzaak is onduidelijk, hoewel er gedacht wordt aan lichamelijke afwijkingen van bloedvaten of zenuwen in het kleine bekken. Bewijs hiervoor is er niet.

Wat kan een Sense-verpleegkundige doen

Geef informatie en verwijst zo nodig naar een seksuoloog NVVS (Nederlands vereniging voor seksuologie).

3.1.13 Pijn bij het vrijen

Pijn bij het vrijen is bij de vrouw dermate verweven met het geheel aan biopsychosociale aspecten van seksualiteit, dat dit beeld bij de seksuele disfuncties wordt beschreven, zie hoofdstuk 4.

3.1.14 Anus

Zie paragraaf 3.2.6.

3.2 Man

3.2.1 Plekjes op de penis

Plekjes op de huid van met name de glans kunnen aanleiding zijn tot ongerustheid. De volgende beschrijving van plekjes moet alert maken: pijnlijke blaasjes (herpes), een zweer (pijnloos bij syfilis, pijnlijk bij ulcus molle), jeuk (candida) en onregelmatige zwellingjes (genitale wratten). Een soa-anamnese geeft richting aan het beleid, zo nodig doet de verpleegkundige diagnostiek of verwijst naar de (huis)arts.

De parelketting (zie voor een afbeelding het onderdeel 'professionals' op www.sense.info) leidt nogal eens onterecht tot zorgen over een soa. Het zijn regelmatig gegroepeerde papillen aan de eikelrand of corona. Het is een normale anatomische variatie en behoeft geen behandeling. Er kan schaamte zijn voor nieuwe partners. Indien er toch twijfel is omtrent de diagnose genitale wratten, dan is verwijzing aangewezen.

Tot slot zijn er allerlei al dan niet irriterende, vaak rode plekjes van verschillende afmeting die al dan niet als gevolg van gemeenschap of masturberen kunnen optreden. Er kan dan sprake zijn van mechanische irritatie ten gevolge van frictieproblemen. Er was mogelijk onvoldoende lubricatie bij de vrouwelijke partner, er werd te langdurig met de droge hand gemasturbeerd of er is te weinig glijmiddel gebruikt bij anale seks. Soms wordt uit angst voor een soa dagelijks gewassen met zeep waardoor het probleem zich verergert en de man in een vicieuze cirkel komt.

Wat kan een Sense-verpleegkundige doen

Geef adviezen en signaleer en bespreek eventuele seksuele problemen.

3.2.2 Balzak

Ongerstheid kan bestaan over de asymmetrie van de balzak. Dat is begrijpelijk maar meestal onnodig. Het is normaal dat de testikels niet even groot zijn en de linkertestikel wat lager hangt. Ook het kleiner worden van het scrotum door bijvoorbeeld koude of schrik is normaal.

Kleine witgele zwellingjes op de balzak zijn gewone kleine vetcysten en zijn onschuldig. Door scheren kunnen kleine rode ontstekingen van de haarzakjes ontstaan. Enkele dagen betadinezalf kan zo nodig helpen. Een huidskleur van de balzak die donkerder is dan de rest van de huid is niet afwijkend, tenzij er tevens jeuk is, dan kan dit op een schimmel duiden.

Wat kan een Sense-verpleegkundige doen

Als een testikel in het lieskanaal blijft steken, of er is een duidelijk verschil in grootte van de testikel dat in de loop der tijd is ontstaan, dan is het raadzaam te verwijzen naar een arts. Ook pijn die langer dan één uur achtereen bestaat, een harde zwelling aan één zijde, een lege balzak aan één zijde of twee erg kleine testikels na het 16^e -18^e jaar, zijn redenen om iemand door te sturen.

3.2.3 Vorm en afmeting van de penis

Een penis kent net als neuzen en oren diverse vormen. Van breed aan de basis en taps toelopend tot aan smal aan de basis met een knotsvorm. Er is een grote variatie in lengte. Gemiddeld is de penis in slappe toestand 6-12 cm en in erectie 8-22 cm (gemeten vanaf de basis aan de buikzijde tot aan de top). Mannen hechten soms dermate grote waarde aan de lengte van hun penis dat het gevoel een te kleine penis te hebben kan leiden tot vermijdingsgedrag naar partners of tot seksuele problemen. De verpleegkundige maakt dit bespreekbaar en geeft aan dat voor de meeste partners niet zozeer de lengte van de penis van belang is, maar datgene wat een man ermee doet (naast alle andere niet-genitale manieren van seksueel gedrag). Een stijve penis kleiner dan 7 cm kan dermate hinderen bij coïtus dat een ingreep door de uroloog aangewezen kan zijn. Dit komt zelden voor. Een slappe of stijve penis kan bij sommige mannen wat scheef naar voren staan, dat is onschuldig. Een kromme penis daarentegen kan wel vervelend zijn en problemen geven bij de coïtus. Sommige jongens hebben dit vanaf de geboorte. Ook bij mannen die wat ouder zijn is er een aandoening die gepaard gaat met kromstand van de penis en met pijn bij het vrijen (ziekte van Peyronie). Verwijs in deze gevallen naar een arts.

Wat kan een Sense-verpleegkundige doen

Geef informatie en bespreek eventueel onderliggende relationele of seksuele problemen. Verwijs bij een stijve penis kleiner dan 7 cm en bij hinderlijke kromstand van de penis.

3.2.4 Pijn

Wanneer een man klaagt over pijn bij het vrijen of bij het masturberen, dan is er meestal sprake van een te nauwe voorhuid (phimosis) of een te kort toempje (ook frenulum genoemd, het riempje waarmee de voorhuid aan de eikel vastzit). Een te nauwe voorhuid kan zijn ontstaan door infecties (met name bij oudere mannen met diabetes), of doordat de voorhuid niet is meegerekt bij erecties, bijvoorbeeld omdat de man niet masturbeerde of een aanrakingsangst had voor de penis. Is er alleen een vernauwing zonder pijn dan kan de man eerst proberen met een glijmiddel of baby lotion de voorhuid over de eikel van de slappe penis te trekken. Als dat zonder pijn mogelijk is, dan kan hetzelfde worden geprobeerd tijdens erectie. Is dat niet mogelijk dan is de volgende stap de voorhuid dunner te maken door 2 keer daags clobetasolcrème aan te brengen gedurende 6 tot 8 weken. Een arts zal dit moeten voorschrijven. In een groot aantal gevallen is dat voldoende en zal gedeeltelijke of totale besnijdenis niet nodig zijn. Is de eikel eenmaal ontbloot dan kan die een tijdje overgevoelig zijn. Om een hoornlaagje te vormen kan het helpen de eikel ontbloot van de voorhuid in de onderbroek te dragen, of door het enkele weken één keer daags te deppen met koude thee (dit bevat looizuur).

Een te kort riempje zal onder plaatselijke verdoving door de uroloog worden ingeknipt, een verwijzing is dus nodig. Soms kan een te kort riempje vanzelf inscheuren, maar als dit slecht heelt dan zal door de verlittekening het nog korter kunnen worden.

Bij mannen die wat ouder zijn is er een aandoening waarbij de pijn bij het vrijen gepaard gaat met kromstand van de penis (ziekte van Peyronie). Door nog onbekende oorzaak vindt er lokaal verlittekening plaats in de schacht van de penis. Na 1 tot 2 jaar zal de pijn meestal vanzelf verdwijnen en stopt ook verdere kromstand. Bij hinder kan worden verwezen.

Mannen kunnen soms klagen over pijn in de schacht van de penis, in de balzak, de lies of in het perineum. Zeker als er geen enkele aanwijzing is voor een (soa)infectie duidt dit meestal op hypertonie van de bekkenbodem met als basis seksuele remmingen, negatieve seksuele ervaringen of het niet lustvol kunnen ervaren van een orgasme.

Wat kan een Sense-verpleegkundige doen

Geef informatie en verwijs bij vermoeden van somatische problematiek. Signaleer en bespreek seksuele problematiek.

3.2.5 Afscheiding uit de plasbuis

De meest voorkomende oorzaak van afscheiding uit de plasbuis (urethra) is een soa als chlamydia of gonorrhoe. De afscheiding is meestal spontaan, geeft plekken in het ondergoed en gaat gepaard met pijn of branderigheid bij het plassen. Een soa-anamnese geeft richting aan het verdere beleid.

Er kan onzekerheid ontstaan als er spontaan vocht ontstaat terwijl er geen sprake is van pijn of branderigheid, van plasklachten of van onveilig seksueel gedrag. Meestal zal er dan sprake zijn van voorvocht dat bij seksuele opwinding ontstaat. Een spontane erectie kan niet zijn opgevallen of al een tijdje zijn verdwenen, waarna alsnog helder vocht druppelsgewijs wordt afgescheiden. Dit is onschuldig.

Jongens kunnen onbekend zijn met het fenomeen 'nachtelijke zaadlozing' en kunnen schrikken van natte plekken in het ondergoed bij het ontwaken. Mannen hebben nachtelijk spontane erecties waarbij in de eerste jaren van de puberteit spontaan een zaadlozing kan plaatsvinden. Bij de meesten verdwijnt de nachtelijke zaadlozing vanzelf. Een enkeling houdt hier last van, meestal is er dan geen seksuele partner of masturbeert de man niet.

Een man kan in een vicieuze cirkel terecht komen als hij vanuit angst voor soa regelmatig in de penis knijpt en uitstrijkt als een vorm van controle op afscheiding. Dit gedrag kan uiteindelijk geïrriteerde afscheiding en pijn bij het plassen veroorzaken, hetgeen de fixatie van de man versterkt et cetera. Naast het objectiveren van een eventuele infectie is het nodig de onderliggende angst te bespreken.

Een enkele keer kan afscheiding uit de plasbuis worden veroorzaakt door infectie of irritatie van slijmvlies ten gevolge van manipulaties met voorwerpen in de plasbuis teneinde seksueel geprikkeld te worden.

Wat kan een Sense-verpleegkundige doen

Is men zeker van het feit dat er sprake is van normale afscheiding geef dan informatie. Volg bij vermoeden op een soa de richtlijnen zoals die zijn gegeven in het Soa Handboek. Bij twijfel of bij aanwijzingen voor onderliggende pathologie is verwijzing naar de (huis)arts aangewezen.

3.2.6 Anus

Anaal seksueel contact vindt plaats bij zowel mannen als vrouwen, beiden kunnen vragen hierover hebben. Niet altijd is bekend dat een soa zich ook kan manifesteren door anale klachten als afscheiding, branderigheid, wratjes of blaasjes. Ook als de penis niet diep heeft gepenetreerd maar slechts even binnen is geweest of alleen tegen de anus heeft geschuurd, kan er overdracht van soa plaatsvinden. Een soa-anamnese geeft richting aan het verdere beleid.

Niet altijd wijzen huidaandoeningen op een soa. Bekend is de zogenaamde *skin tag* of mariske, een huidflapje of fibroom dat huidkleurig is en nogal eens voor een aambeï wordt aangezien (zie voor een afbeelding het onderdeel 'professionals' op www.sense.info). Het kan worden verwijderd als het niet mooi wordt gevonden of als er ontlastingsresten achterblijven die irritatie of eczeem geven.

Pijn en irritatie van de anus kan ook een gevolg zijn van onzorgvuldigheid bij anale penetratie. De inwendige anale kringspier reageert bij aanraking reflexmatig met kortdurend aanspannen. Om een vinger of penis in te brengen is het daarom nodig de kringspier te laten wennen aan aanrakingen door een vinger op de anus te leggen of langzaam te manipuleren. Bij penetratie dient veel glijmiddel te worden gebruikt aangezien anus en rectum bij seksuele opwinding niet uit zichzelf vochtig worden. Indien ook een condoom wordt gebruikt, dient dit een glijmiddel op water- of siliconenbasis te zijn.

Tot slot kan overmatige hygiëne vanwege bijvoorbeeld angst voor soa leiden tot eczeem of huidirritatie, doordat gebruik van zeep of alcoholdoekjes na ontlasting de normale huid aantasten.

Wat kan een Sense-verpleegkundige doen

Volg bij vermoeden op een soa de richtlijnen zoals die zijn gegeven in het Soa Handboek. Bij twijfel of bij aanwijzingen voor onderliggende pathologie is verwijzing naar de (huis)arts aangewezen.

Geef informatie bij vragen over anale seks.

3.2.7 Zoenen

Zie paragraaf 3.1.11.

Hoofdstuk 4. Seksuele disfuncties

Inleiding

De term 'seksueel probleem' geeft aan dat iemand ten aanzien van seks niet beleeft, wat hij/zij zou willen beleven en/of niet kan wat hij/zij zou willen kunnen. De woorden 'probleem' en 'disfunctie' worden evenals 'moeilijkheid' en 'stoornis' door elkaar gebruikt. Bij een seksuele disfunctie is er in het algemeen sprake van een verstoorde seksuele respons, daarbij kan er sprake zijn van zowel een stoornis in het presteren als in het beleven. Tevens vallen de klacht 'pijn bij het vrijen' en een vaginistische reactie onder de disfuncties. Niet alle vragen en moeilijkheden met betrekking tot seksualiteit zijn een probleem of een disfunctie. Mensen kunnen door gebrek aan kennis of door onjuiste kennis vragen, onzekerheden of problemen hebben. Informatie geven over seksualiteit, over de seksuele anatomie en over de lichamelijke veranderingen bij seksuele opwinding, is dan een belangrijk deel van de hulp bij seksuele problemen. Zie het hoofdstuk 3. Lijf en leden over lichamelijke klachten in het urogenitale gebied.

Iedere seksuele disfunctie wordt in dit hoofdstuk eerst gedefinieerd, vervolgens kan de verpleegkundige een vragenlijst raadplegen, waarna met de cliënt de hulpvraag geformuleerd kan worden. De vragen geven een houvast om het specifieke probleem uit te diepen en zijn niet bedoeld als een volledige anamnese. Het gaat om een probleeminventarisatie, zodat adequaat kan worden geadviseerd of verwezen, niet om het stellen van een diagnose.

Voor de verpleegkundige bestaat het behandeladvies uit 'informatie en advies'. Dit is meer dan alleen kennis verschaffen aan de cliënt, het is een vorm van psycho-educatie, met als doel de cliënt verbanden te laten zien en handvaten te geven in de omgang met het probleem.

In de tekst wordt voornamelijk uitgegaan van heteroseksuele contacten. Voor homoseksuele mannen en lesbische vrouwen gelden in het algemeen dezelfde adviezen als heteroseksuele cliënten. Bij eventuele behandeling zal specifiek op aspecten rondom de seksuele voorkeur worden ingegaan voor zover van belang.

Met nadruk wordt gewezen op het nut van bespreking van een casus in het regionale multidisciplinaire team, waarin een arts- of psycholoog-seksuoloog NVVS zitting heeft. Hier zal besloten worden of een tweede Sense-consult gewenst is en wat de inhoud van dit consult zal zijn: informatie en advies gegeven door de Sense-verpleegkundige, door de seksuoloog NVVS en/of direct verwijzen.

Telkens wordt per probleem aangegeven naar welke hulpverlener en/of instantie verwezen kan worden.

Per regio zal men een sociale kaart moeten opstellen.

Indeling seksuele disfuncties

1. Problemen met seksueel verlangen
 - 1.1 Verminderd verlangen
 - 1.2 Seksuele aversie
 - 1.3 Overmatig seksueel verlangen
2. Problemen met de seksuele opwinding
 - 2.1 Erectiestoornis bij de man
 - 2.2 Lubricatiestoornis bij de vrouw
 - 2.3 Subjectieve opwindingsstoornis
3. Problemen met het orgasme
 - 3.1 Orgasme probleem bij de man
 - 3.2 Orgasme probleem bij de vrouw
 - 3.3 Voortijdig orgasme (ejaculatio praecox)
4. Seksuele pijnproblemen
 - 4.1 Pijn bij het vrijen (dispareunie)

4.2 Vaginisme

Opbouw paragrafen

1. Definitie

2. Vragen

Begin van de klacht

Mogelijke oorzaken (visie cliënt/partner)

Beloop in de tijd

Beïnvloedende factoren

Bijkomende klachten

Seksuele responscyclus: gegeneraliseerd, situatief, primair, secundair

Relatie

Opvoeding, voorlichting, (negatieve) ervaringen

Seksuele oriëntatie

Medische en GGZ-voorgeschiedenis

Medicatie

Intoxicaties

Hulpvraag, motivatie voor therapie

3. Onderzoek

4. Probleembeschrijving

5. Plan van aanpak

5.1 Wat kan de Sense-verpleegkundige doen

- Hulpvraag duidelijk krijgen
- Informatie en advies geven
- Zo nodig overleg in multidisciplinair team
- Tweede gesprek
- Verwijzing

5.2 Wat kan de seksuoloog NVVS doen

6. Verwijzing

4.1 Problemen met seksueel verlangen

4.1.1 Verminderd seksueel verlangen

1. Definitie

Aanhoudend of terugkerend gebrek aan seksuele fantasieën en gebrek aan verlangen naar seksuele activiteit, een en ander passend bij de gender, de leeftijd en de (sociaal-culturele) context.

2. Vragen

- *Is jouw verlangen helemaal verdwenen of kan het seksuele verlangen af en toe wel aanwezig zijn? In welke situatie?*
- *Heb je wel ooit seksueel verlangen gehad?*
- *Heb je seksuele fantasieën?*
- *Masturbeer je, wordt je geprikkeld door erotische beelden of gedachtes?*
- *Lukt het om zin te maken in seks met je partner?*
- *Is er sprake van minder zin in seks hebben dan jouw partner?*
- *Heb je afkeer of walging van seks?*
- *Verschilt jullie verlangen naar intimiteit, naar seksualiteit of naar beiden?*
- *Lukt het om intiem contact te verdragen?*
- *Wat vindt je wel prettig bij intiem contact? wat beslist niet?*
- *Zou je aan kunnen geven wat je mist?*
- *Zijn er belangrijke veranderingen in je leven geweest?*
- *Heb je problemen in de relatie?*
- *Is er bij jou of je partner angst om je te binden?*

- *Heb je lichamelijke klachten of ziektes?*
- *Gebruik je medicijnen, alcohol, drugs?*

3. Onderzoek

Heel soms speelt een te laag testosterongehalte een rol bij verminderd seksueel verlangen. Vaak zijn er dan ook andere klachten als verminderde spierkracht, vermoeidheid, depressieve gevoelens. Laat een arts de indicatie stellen om te bepalen of testosteron in het serum moet worden bepaald. Ter informatie kan het volgende aan de cliënt worden verteld: In het algemeen kan men stellen dat bij mannen die zich dagelijks scheren de testosteronspiegel waarschijnlijk adequaat is. Bij mannen kan het testosterongehalte betrouwbaar bepaald worden, de beste tijd is 's ochtends voor 10 uur. Bij vrouwen is het met de huidige laboratoriumbepaling niet goed mogelijk om een exacte en betrouwbare testosteronwaarde te bepalen. Lichamelijk onderzoek is niet nodig.

4. Probleembeschrijving

Iemand kan zin in seks hebben, maar soms ook pas zin krijgen als hij/zij met seks bezig is. Zin kan ontstaan doordat iemand een seksuele fantasie gebruikt, of als gevolg van zintuiglijke prikkels.

Voorwaarden zijn:

- intact seksueel systeem (geslachtsdelen, ruggenmerg en zenuwen voor de zenuwprikkeling en bloedvoorziening) en de mogelijkheid seksueel te reageren (en dit geleerd hebben in het verleden);
- adequaat (dat wil zeggen passend bij gender, leeftijd en context) aanbod van seksuele prikkels, ofwel de juiste plekjes aanraken of laten aanraken;
- toegang hebben tot seksuele partner(s), de mogelijkheid hebben met iemand te vrijen.

Mensen ervaren seksueel verlangen als ze naast de genoemde voorwaarden ook gemotiveerd zijn om een doel te bereiken, bijvoorbeeld de hoogste staat van opwinding, een orgasme bereiken. Doelen zijn echter per situatie en per persoon verschillend. Zo hoeft niet iedereen het orgasme te bereiken, maar kunnen intimiteit en delen van gevoelens ook een doel zijn. De redenen die mensen kunnen hebben om te vrijen noemen we seksuele motivatie en kunnen zijn: contact zoeken, bevestiging krijgen, afreageren, omdat het zo hoort, lustgevoelens, gevoelens van troost, enzovoort. In het algemeen, maar bij vrouwen meer dan bij mannen, is de seksuele motivatie afhankelijk van de mate waarin de voorwaarden beter vervuld zijn, met andere woorden, een doel wordt pas bereikt als de middelen adequaat zijn en passen bij die persoon van een bepaald geslacht of leeftijd. Mannen zijn in het algemeen meer gericht op prestatie of lustgevoelens, terwijl voor vrouwen in het algemeen intimiteit en betrokkenheid belangrijke voorwaarden zijn om aan seks te beginnen. Uiteraard zijn er veel individuele verschillen. Partners kennen niet vanzelfsprekend elkaars motieven om te gaan vrijen. Gebrekkige communicatie hierover kan daar debet aan zijn, maar ook het geloven in misvattingen (mythes) als 'seks hoort spontaan te zijn' of 'als je van elkaar houdt komt de seks vanzelf'.

Met de toename van de leeftijd neemt in het algemeen het seksuele verlangen af of krijgt het seksueel verlangen een andere betekenis, omdat de motieven om te vrijen met het vorderen van de leeftijd kunnen veranderen.

Verminderd seksueel verlangen heeft uiteraard ook gevolgen voor de seksuele opwinding, het orgasme en de ejaculatie. In de beleving van de cliënt is het vaak moeilijk om het onderscheid te maken tussen seksuele opwinding en seksueel verlangen.

Vanuit het biopsychorelationele model zijn er meerdere aspecten die van belang zijn bij deze klacht.

Biologische aspecten van verminderde zin bij de vrouw

Oestrogenen zijn van belang voor de bevochtiging (lubricatie) van de vagina, testosteron is van belang voor de vulva. Testosteron is bij vrouwen niet de belangrijkste factor voor

seksueel verlangen. Wel kunnen er bij een plotse daling van het testosterongehalte problemen ontstaan in seksueel verlangen en seksuele opwindbaarheid. Het betreft hier vrouwen bij wie in verband met borstkanker de eierstokken werden verwijderd, vrouwen die spontaan vervroegd in de overgang geraken of vrouwen die in verband met kanker chemotherapie of radiotherapie kregen.

Na de menopauze treedt er vooral een daling op van de oestrogenen, en niet van het testosteron. De productie van testosteron wordt meestal gecompenseerd door de bijnier(schors). Door het lage gehalte aan oestrogeen kan het vaginaslijmvlies kwetsbaar en pijnlijk worden. Er zal in die levensfase meer tijd en meer seksuele prikkeling nodig zijn om opgewonden te raken. Bij het gebruik van hormoonvervangende preparaten (oestrogenen) daalt de productie van androgenen in de eierstokken of is minder vrij testosteron beschikbaar, waardoor mogelijk verminderde zin in seks ontstaat.

Ook het gebruik van hormonale anticonceptie kan verminderde zin veroorzaken, doordat de concentratie aan eiwitten die testosteron vervoeren (SHBG) door oestrogenen is verhoogd waardoor het actieve aandeel van de androgenen is verminderd.

Medicatie kan de zin in vrijen negatief beïnvloeden, bekend zijn antidepressiva en antipsychotica.

Biologische aspecten van verminderde zin bij de man

Belangrijke afname of toename van testosteron of van dopamine (bij Parkinson of door medicatie) kan sterke effecten hebben op seksueel gedrag. Testosteron wordt geproduceerd in de testis en in de bijnier(schors). Er zijn verschillende oorzaken voor testosterontekort:

Aangeboren:

- Testosterontekort kan aangeboren zijn, de puberteitsontwikkeling blijft dan achter. Bij de ziekte van Klinefelter bijvoorbeeld blijven de testikels te klein door een chromosoomafwijking.

Verkregen:

- oncologisch: na behandeling van een testistumor kan de productie verlaagd zijn;
- hoog gehalte aan prolactine (bijvoorbeeld door een prolactineproducerende tumor in de hersenen) en hoge dosering anti-androgenen (bijvoorbeeld bij prostaatkanker) dempen het seksueel verlangen;
- nierdialyse;
- leververvetting (cirrose) bij chronisch alcoholisme;
- heroïne- en cocaïneverslaving;
- medicatie als antidepressiva, antipsychotica;
- overgewicht bij metabool syndroom: late onset hypogonadisme ten gevolge van relatief teveel oestrogenen waardoor vrij testosteron wordt weggevangen door het transporteiwit SHBG.

Psychologische aspecten van verminderde zin

Ingrijpende gebeurtenissen in iemands leven, problemen in bepaalde levensfasen, rouwverwerking, depressie, angst maar ook negatieve cognities over seksualiteit kunnen remmend werken op seksueel verlangen.

Seksuele aversie (tegenzin) komt met name na seksueel geweld nogal eens voor.

Relationele aspecten van verminderde zin

Conflicten in partnerrelaties, verschillen in wensen en verlangens, gebrek aan of onjuiste kennis en ongewenste gedragingen van de partner kunnen verantwoordelijk zijn voor verminderd seksueel verlangen.

Bij chronische ziekten als diabetes of MS, of na een CVA spelen meestal meerdere biopsychosociale factoren.

Verschil in verlangen

Er kan sprake zijn van verschil in zin tussen beide partners. Dit kan als seksuele ontevredenheid van een van beide partners worden benoemd, met betrekking tot de frequentie van het seksueel contact, of met betrekking tot de aard van het seksuele contact. Over het algemeen worden deze klachten gepresenteerd als een klacht waarbij de vrouw minder vaak zin in seks heeft, of dat zij bepaalde seksuele handelingen niet wil die hij wel wil. Dat de vrouw meestal komt met deze klacht en het als haar probleem duidt heeft met maatschappelijke normen te maken, hoe 'het hoort'. Dat betekent dus niet dat het alleen door haar wordt veroorzaakt: beiden hebben dan een probleem.

In langer bestaande relaties kan de mate van seksueel verlangen langzaam gaan minderen. Dit kan relationele problemen geven, zeker als wederzijdse verwachtingen niet worden uitgesproken. Om de seksualiteit in een relatie op peil te houden is een juiste verhouding tussen passie en intimiteit nodig. Om het gemis aan met name passie te compenseren blijken mannen soms hun compensatie te zoeken via internetsites of afspraken via internet. In toenemende mate komen vragen naar voren van vrouwen en mannen met betrekking tot deze (internet) seksverslaving.

5. Plan van aanpak

5.1 Wat kan de Sense-verpleegkundige doen

a. Formuleren van de hulpvraag:

- *Wat is jouw vraag, welke last heb je er van, wil je verdere hulp, welke oplossing wens je?*

b. Informatie en advies geven. Maak duidelijk dat je niet kunt behandelen. Bovengenoemde beschrijving van het probleem kan gebruikt worden om de cliënt te informeren. De belangrijkste elementen zijn:

- mannen en vrouwen verschillen in motieven om seks te hebben;
- mannen en vrouwen beleven seks anders;
- mannen en vrouwen vullen vaak voor zichzelf in wat ze denken dat de ander wil;
- adviseer met elkaar te praten over wat ieder wél prettig vindt in plaats van niet;
- adviseer voorwaarden te creëren waaronder ieder zou kunnen vrijen;
- raad zelfhulpboeken aan (zie 4.4.3 Literatuur voor cliënten).

c. Verwijzen

Zie paragraaf 6.

5.2 Wat kan de seksuoloog doen

Bij de diagnostiek en behandeling van de klacht 'verminderd seksueel verlangen' zijn beide partners betrokken. In de behandeling is er nadrukkelijk aandacht voor adequate seksuele stimulatie, voor de seksuele interactie en communicatie. De aanpak is soms gedragstherapeutisch en is met name gericht op psychologische en relationele factoren. Bij een aangetoond testosterontekort bij mannen kan substitutie behulpzaam zijn in de vorm van testosterongel of -pleister.

Voor vrouwen is in Nederland geen geneesmiddel geregistreerd tegen verminderde zin. Vrouwen die zeer jong in de overgang komen zonder bekende oorzaak, of vrouwen die hun eierstokken moeten laten verwijderen, kunnen alleen met een speciale artsverklaring in Nederland een testosteronhoudend geneesmiddel (pleister met aangepaste dosis voor vrouwen) voorgeschreven krijgen.

6. Verwijzing

Wenst de cliënt na één gesprek een behandeling dan kan direct worden doorverwezen. Zo nodig kan in overleg met de cliënt de casus worden besproken met het multidisciplinair team waarna de cliënt wordt uitgenodigd voor een tweede gesprek of alsnog wordt verwezen.

De volgende verwijzingen zijn mogelijk:

- bij niet-complexe problematiek bij mensen zonder bijkomende somatische of psychische problemen: naar vrijevestigde (eerstelijns) seksuoloog NVVS;
- bij ernstige relatieproblematiek en/of andere ernstige psychopathologie waaronder seksverslaving: naar seksuoloog NVVS in een tweedelijns GGZ-instelling;
- indien lichamelijk onderzoek of aanvullende diagnostiek nodig is of indien er ernstig somatische comorbiditeit aanwezig is: naar arts-seksuoloog NVVS in een tweedelijns polikliniek seksuologie.

4.1.2 Seksuele aversie

1. Definitie

Aanhoudende of steeds weerkerende extreme afkeer of vermijding van (bijna) elk genitaal seksueel contact met de seksuele partner.

2. Anamnese

- *Sinds wanneer ervaar je afkeer, hoe is dit ontstaan?*
- *Van welke seksuele situaties heb je afkeer?*
- *Ervaar je extreme afkeer of walging?*
- *Waar walg je van: bijvoorbeeld van geslachtsdelen, van geur, van specifieke aanrakingen?*
- *Vermijd je seksuele situaties, hoe doe je dat?*
- *Wat doe je wel in seksuele situaties, wat niet?*
- *Heb je seksueel verlangens, in welke situaties?*
- *Kun je seksueel reageren, vochtig worden, een erectie krijgen?*
- *Kun je een orgasme krijgen?*
- *Heb je negatieve seksuele ervaringen gehad in het verleden?*
- *Hoe reageert je partner?*

3. Onderzoek

Er is geen indicatie voor lichamelijk of laboratoriumonderzoek.

4. Probleembeschrijving

Er is sprake van negatieve emoties, walging en angst, hierdoor wordt een seksuele situatie vermeden.

De klacht komt bij vrouwen vaker voor dan bij mannen.

Bij een primaire aversie, dat wil zeggen weerzin vanaf de eerste seksuele ervaringen, is deze vaak geassocieerd met:

- een strenge religieuze achtergrond, en/of
- negatieve boodschappen over seks in de opvoeding, en/of
- seksuele traumata (Post Traumatische Stress Stoornis, PTSS).

Indien er sprake is van een secundaire, dat wil zeggen verworven aversie, dan is er vaak een associatie met ervaringen van pijn bij het vrijen.

Een deel van de vrouwen met een seksuele aversie heeft last van een vaginistische reactie met penetratiefobie, waarbij de bekkenbodemspieren verkrampen bij pogingen tot penetratie.

5. Plan van aanpak

5.1 Wat kan de Sense-verpleegkundige doen

Er kan informatie worden gegeven over het feit dat door de vermijding van seksuele situaties het probleem zich niet zal oplossen en de relatie onder druk zou kunnen komen te staan.

Onderzoek met de cliënt de hulpvraag en motiveer voor professionele hulpverlening.

5.2 Wat kan de seksuoloog/psycholoog doen

Deze zal met behulp van cognitieve gedragstherapie de cliënt leren zich stapsgewijs bloot te stellen aan de angstinducerende stimuli. Dit kan door middel van lichamelijke oefeningen of in de verbeelding. Ook belemmerende gedachten worden besproken.

Indien er sprake is van (extreme) walging veelal in het kader van een PTSS, dan is naast aandacht voor het verwerken van het trauma de therapie gericht op het (her)vinden van de controle over de eigen seksualiteit en het weer een positieve betekenis geven aan seksualiteit.

6. Verwijzing

- Is er alleen sprake van een aversie voor één specifieke situatie en is er geen andere psychopathologie, dan kan naar een psycholoog-seksuoloog NVVS in de eerste lijn worden verwezen.
- Bij seksuele aversie in combinatie met PTSS en/of andere ernstige psychopathologie, zal naar een tweedelijns GGZ-instelling worden verwezen.

4.1.3 Overmatig seksueel verlangen

1. Definitie

Bij overmatig seksueel verlangen (OSV) ligt de nadruk op de ontregeling van de seksuele zelfregulatie, waardoor de persoon geen controle meer heeft over het eigen seksuele verlangen en gedrag.

We spreken van OSV of seksverslaving als iemand regelmatig aan 3 van de 4 volgende kenmerken voldoet:

- seksuele verlangens ontregelen het dagelijks leven;
- door het seksuele gedrag kan niet aan sociale verplichtingen worden voldaan;
- seksuele gedachten en gevoelens kunnen niet worden tegengehouden en zijn sterker dan de persoon zelf;
- er wordt meer aan seks gedacht dan iemand zou willen.

2. Vragen

- *Hoe breng je jouw verlangens in praktijk?*
- *Wat zijn de gevolgen?*
- *Ben je meer met seks bezig dan je zou willen?*
- *Bepalen gedachten of gevoelens over seks je dagelijkse bezigheden?*
- *Wordt je dag ontregeld door je verlangens?*
- *Hebben anderen, bijvoorbeeld partner of collega's, commentaar op je seksuele uitingen?*
- *Leidt dat tot conflicten?*
- *Horen de verlangens bij jezelf of ervaar je ze als 'wezensvreemd'?*
- *Denk je dat je jouw gedrag zou kunnen veranderen, heb je er last van?*
- *Is er bij jou een verband met een lichamelijke of geestelijke ziekte?*
- *Heb je ooit bemoeienis gehad met justitie (politie)?*
- *Heb je wel eens zelfmoordgedachten gehad?*
- *Denk je dat er gevaar is voor anderen?*

3. Onderzoek

Er is geen indicatie voor lichamenlijk of laboratorium onderzoek.

4. Probleembeschrijving

Overmatig seksueel verlangen wordt ook wel seksverslaving genoemd. Daarnaast kan er bij patiënten met een neurologische ziekte (bij dopaminegebruik door patiënten met de ziekte van Parkinson, na een CVA, bij dementie) sprake zijn van hyperseksualiteit. Dit is geen OSV

maar een gedragsprobleem op basis van een neurologische ziekte. Soms kan in het begin van een ziekte dit verschil nog niet geheel helder zijn.

Voorbeelden van seksueel gedrag die in het kader van OSV worden gezien: obsessief-compulsief masturberen, veelvuldig pornografie kijken, oncontroleerbare promiscuïteit, toenemend belangstelling voor parafiliën, risicovol prostitutiebezoek.

Er is nog te weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan om met enige zekerheid uitspraken te kunnen doen over het ontstaan van deze stoornis. Wel zijn er enkele hypothesen geformuleerd. Seksverslaving zou een ziekte met specifieke kenmerken zijn: geen controle meer over seks; het gebruik van seks om pijn en stress te dempen en om geborgenheid te bewerkstelligen met als effect het steeds in gevaar brengen van de relatie met de partner, familieleden, gezondheid en veiligheid. Ook wordt overmatig verlangen naar seks genoemd als een compensatie van verveling in de (vaste) seksuele relatie, onzekerheid en onvermogen tot voelen en empathie, late effecten van verwaarlozing en trauma. Anderen beschouwen het als het als seksueel dwangmatig gedrag voortkomend uit obsessieve aandacht voor seksuele patronen, of als een impulscontrolestoornis die het gevolg is van een ontregeling op niveau van impulsoverdrachtstoffen in het centrale zenuwstelsel.

De stoornis kan ten koste gaan van andere sociale activiteiten, eenvoudigweg omdat men steeds meer en meer bezig is met seksuele activiteiten en er minder tijd en interesse is voor andere zaken. Dit kan leiden tot verlies van partner, vrienden en/of familie. Ook kunnen er als gevolg van deze stoornis financiële problemen ontstaan door bijvoorbeeld veelvuldig prostitutiebezoek, internetverslaving en telefoonseks. OSV kan ook risico's hebben. Cliënten kunnen zich verwonden door de aard en de frequentie van hun seksueel gedrag en kunnen soa's oplopen. Tenslotte kan er uiteindelijk soms grensoverschrijdend gedrag optreden waardoor men in contact komt met justitie.

5. Plan van aanpak

5.1 Wat kan de Sense-verpleegkundige doen

Probeer helder te krijgen wat de hulpvraag is.

In de uitleg van het probleem zal de verpleegkundige veel begrip en inzicht moeten tonen voor de impact van dit probleem op de cliënt en op de partner. Het is niet zozeer de frequentie en de aard van het seksuele gedrag dat zorgen baart (pas op voor morele veroordeling), maar het dwangmatige aspect ervan. Belangrijk is de cliënt te bevragen op de consequenties van zijn of haar gedrag (ten aanzien van partner, werk, soarisico) en te wijzen op het dwangmatige karakter van het gedrag. Zodra iemand dit gaat zien kan de persoon open gaan staan voor hulp hierbij. Het heeft geen zin gedragsafspraken te gaan maken met de cliënt of beloftes te gaan checken. Altijd is er verdere professionele hulp van psycholoog of seksuoloog noodzakelijk.

5.2 Wat kan de psychotherapeut/seksuoloog NVVS doen

In het algemeen zal dit afhangen van de hulpvraag. Als de cliënt zelf lijdt onder zijn/haar overmatig verlangen, dan zal de therapie gericht zijn op het terugdringen van de plaats die de klacht inneemt in het leven en het leren controleren van de klacht. In het geval dat de partner, de omgeving, de eigen gezondheid of justitie behandeling vereisen, kan het zinvol zijn het hele systeem (gezin) bij de behandeling te betrekken. Indien de klacht geen consequenties heeft voor de cliënt en/of de omgeving, dan kan in de therapie ook gekozen worden voor acceptatie van de klacht.

6. Verwijzing

Indien de cliënt na een eerste gesprek de hulpvraag nog niet helder heeft of de cliënt is nog niet gemotiveerd, dan kan de casus besproken worden met het multidisciplinair team. Het tweede gesprek kan worden gevoerd door een seksuoloog of door de verpleegkundige. Na een tweede gesprek kan zo nodig worden verwezen.

- Verwijs naar de tweedelijns GGZ met een afdeling seksuologische hulpverlening of naar een psychotherapeut/seksuoloog NVVS met specifieke kennis op dit gebied.

4.2 Problemen met de seksuele opwindings

4.2.1 Seksuele opwindingsstoornis bij mannen: erectiestoornis

1. Definitie

Het voortdurend of terugkerend onvermogen een erectie te krijgen of te behouden die voldoende is voor seksuele activiteit.

2. Vragen

- *Hoe lang heb je al erectieverlies?*
- *Hoe is het beloop in de tijd?*
- *Is de klacht altijd aanwezig, ook in vakantie, bij masturbatie, films?*
- *Heb je nachtelijke of ochtenderecties?*
- *Is je penis wel vergroot maar niet stijf?*
- *Is er wel erectie, maar niet genoeg voor penetratie?*
- *Zijn er veranderingen aan je penis, bijvoorbeeld kromstand of voorhuidproblemen?*
- *Heb je pijn bij erectie?*
- *Word je wel voldoende seksueel geprikkeld?*
- *Heb je seksuele verlangens?*
- *Kun je klaarkomen, is er dan erectieverlies voor of na de zaadlozing?*
- *Hoe reageert je partner?*
- *Kunnen jullie samen op andere manieren vrijen?*
- *Gebruik je medicijnen, is er aanwijzing voor een ziekte, bijvoorbeeld suikerziekte, depressie?*

3. Onderzoek

Onderzoek dient alleen ter geruststelling, zelden draagt het bij tot het vinden van een oorzaak. Onderzoek is alleen geïndiceerd bij tekenen van hart- en vaatziekten, bij endocrinologische afwijkingen of bij een pijnlijke erectie.

4. Probleembeschrijving

Erectiestoornissen komen met het toenemen van de leeftijd frequenter voor. Slechts een kwart van de mannen met behoefte aan hulp zoekt ook daadwerkelijk hulp.

Van belang is of de man zelf of vooral de partner (de man wordt door de partner als patiënt gestuurd) hinder ondervindt van de erectiestoornis.

De ernst van de erectiestoornis wordt ingedeeld in de mate van rigiditeit, bijvoorbeeld nog net wel mogelijk gemeenschap te hebben tot absoluut onmogelijk om te penetreren.

Daarnaast is het van belang te onderscheiden of het erectieverlies situatief of gegeneraliseerd is. Is het erectieverlies steeds of alleen in bepaalde situaties aanwezig, altijd al bestaand of sinds een bepaalde tijd? De situatieve vorm duidt meestal op een psychogene oorzaak.

Fysiologisch zorgt seksueel verlangen via prikkeloverdracht (ruggenmerg, zenuwen) voor ontspanning van het spierweefsel in de peniele zwellichamen. Voor dit proces is tevens de neurotransmitter stikstofoxide NO nodig. Door de ontspanning wordt de bloedtoevoer naar de zwellichamen vergroot en vullen ze zich met bloed. Door de drukverhoging worden de afvoerende vaten tegen het harde kapsel van de zwellichamen dichtgedrukt en kan de erectie zich ontwikkelen.

Diabetes mellitus, hart- en vaatziekten (HVZ), lokale afwijkingen aan de penis, neurologische aandoeningen, prostaatklasten, medicijngebruik en te laag testosteron zijn de belangrijkste lichamelijke factoren die tot erectiestoornissen kunnen leiden.

Psychologisch is er de verwachting dat de seksuele opwindings tot genot zal leiden. De man kan hierdoor scherper focussen op seksueel opwindende stimuli, waaronder de positieve

ervaring van de eigen erectie. Een adequate seksuele stimulatie is een noodzakelijke voorwaarde voor seksuele opwinding.

Bij verstoring van de stevigheid van de erectie beleeft de man zijn eigen functioneren als remmend, het niet optimaal kunnen bieden van een stevige erectie aan de partner brengt de man in een vicieuze cirkel met negatieve emoties. De aandacht is op het falen gericht in plaats van op lustvolle aspecten van de seksuele situatie, hetgeen leidt tot vermindering van de genitale opwinding (faalangst, toeschouwersgedrag). Stress, depressie en relatieproblemen zijn de belangrijkste psychologische veroorzakers van erectiestoornissen.

Evaluatie van het probleem

Overwegend psychogene erectiestoornis:

- man is jonger dan 40 jaar;
- meestal aanwezige ochtenderecties;
- goede erecties bij masturbatie;
- plotseling begin, wisselend beloop;
- veelal situatief.

Overwegend somatogene erectiestoornis:

- man is meestal ouder dan 40 jaar;
- doorgaans geen ochtenderecties;
- bij masturbatie ook stoornissen;
- geleidelijk begin, behalve na trauma of operatie;
- het beloop is constant en in alle situaties.

5. Plan van aanpak

5.1 Wat kan de Sense-verpleegkundige doen

De verpleegkundige bespreekt de hulpvraag en geeft uitleg waarbij de volgende aspecten van belang kunnen zijn.

- Mate en duur van de erectie nemen af met de leeftijd, directe tactiele stimulatie is dan meer noodzakelijk.
- Diabetes, HVZ, neurologische aandoeningen en geneesmiddelen kunnen het erectievermogen verminderen, maar niet altijd. Bij cliënten met diabetes, hypertensie, bekkentraumata en onderbuikoperaties is de ED (erectiele disfunctie) even vaak somatogeen als psychogeen. Dit geldt ook voor werkgerelateerde problemen en surmenage.
- Bespreek de rol van (werk)stress en vermoeidheid.
- Besteed aandacht aan de vicieuze cirkel van faalangst.
- Relatieproblemen of de reactie van de partner op de disfunctie kunnen een rol spelen.
- Stimuleer de partners om op zoek te gaan naar veranderingsmogelijkheden van bestaande patronen van vrijen.
- Bespreek irreële gevoelens, verwachtingen en opvattingen over seks en erectieverlies.
- Geef leefstijladviezen: meer bewegen en gezond eten, niet roken.
- Hulpmiddelen kunnen zijn: elastische penisring, vacuümpomp of prikkelingsintensiverende middelen.

Anatomische platen, foto's (genitalia), tekeningen (seksuele responscyclus) of ander beeldend materiaal kunnen gebruikt worden om de cliënt te helpen het probleem beter te begrijpen. Daarbij dient men te bedenken dat mensen er vaak moeite mee hebben om - in het bijzijn van een ander - naar afbeeldingen van geslachtsorganen te kijken.

Als er geen duidelijkheid ontstaat over de oorzaak vanuit de anamnese, kan de cliënt geadviseerd worden proberen thuis een erectie te krijgen middels audiovisuele/tactiele stimulatie (masturbatie) en hiervan een erectiedagboek bij te laten houden.

Indien de cliënt na een eerste gesprek de hulpvraag nog niet helder heeft of de cliënt is nog niet gemotiveerd, dan kan de casus besproken worden met het multidisciplinaire team. Het tweede gesprek kan worden gedaan door een seksuoloog of door de verpleegkundige. Na een tweede gesprek, bij voorkeur in aanwezigheid van de partner, kan zo nodig worden verwezen.

5.2 Wat kan de arts-seksuoloog NVVS doen

a. Voorlichting als boven beschreven.

b. Medicamenteuze behandeling:

De PDE-5-remmers (sildenafil, vardenafil en tadalafil) zijn alle even effectief en veilig.

Voorlichting:

- De PDE-5-remmers werken na gemiddeld 30 minuten.
- Sildenafil en vardenafil zijn 4-5 uur werkzaam, tadalafil tot 36 uur na inname.
- De middelen zijn pas effectief na seksuele stimulatie en bij seksuele opwinding.
- De werkzaamheid is pas optimaal na 4-6 keer gebruiken.
- Kortwerkende middelen liefst 3 uur na de maaltijd innemen.
- PDE-5-remmers en seksuele activiteiten verhogen de kans op HVZ niet.
- Bijwerkingen: hoofdpijn, blozen, misselijkheid, verstopte neus, duizeligheid.
- Deze bijwerkingen verminderen bij herhaald gebruik.

Contra-indicaties:

- klachten van hartfalen, pijn op de borst of hypotensie;
- gebruik van nitraten ('tabletje onder de tong' bij pijn op de borst);
- korter dan 6 maanden geleden hartinfarct of CVA.

c. Sekstherapie

Bij psychogene erectiestoornissen (en ook soms bij somatogene erectiestoornis) is sekstherapeutische begeleiding zinvol, vooral als voorlichting en/of medicatie niet of onvoldoende effect heeft. Bij voorkeur komt het paar gezamenlijk in therapie. De seksuologische hulp omvat na diagnostiek het geven van opdrachten om nieuwe ervaringen op te doen en nieuw seksueel gedrag te laten bekliven. Het doel is beide partners weer te laten genieten van lichamelijke prikkels zonder de druk van presteren. Belemmerende cognities worden besproken en vervangen door gedachtes die meer reëel zijn.

6. Verwijzing

Wenst de cliënt na één gesprek een behandeling dan kan direct worden doorverwezen. Zo nodig kan in overleg met de cliënt de casus worden besproken met het multidisciplinair team waarna de cliënt wordt uitgenodigd voor een tweede gesprek of alsnog wordt verwezen.

De volgende verwijzingen zijn mogelijk:

- bij niet-complexe problematiek bij mannen zonder bijkomende somatische of psychische problemen: naar vrijgevestigde (eerstelijns) seksuoloog NVVS;
- bij ernstige relatieproblematiek en/of andere ernstige psychopathologie en/of andere seksuologische problemen: naar seksuoloog NVVS in een tweedelijns GGZ-instelling;
- indien lichamenlijk onderzoek of aanvullende diagnostiek nodig is of indien er ernstig somatische comorbiditeit aanwezig is of andere seksuologische problematiek: naar arts-seksuoloog NVVS in een tweedelijns polikliniek seksuologie;
- indien begeleiding nodig is bij ontspanning van de bekkenbodem en/of bij het (leren) focussen op lichamelijke sensaties of als er ook klachten zijn met plassen: naar bekkenfysiotherapeut;
- bij vermoeden cardiovasculaire problematiek of diabetes: naar de huisarts.

4.2.2 Seksuele opwindingsstoornis bij vrouwen

4.2.2.1. Subjectieve seksuele opwindingsstoornis

1. Definitie

Geen, weinig intens of maar kort aanhoudend gevoel van seksuele opwinding, waarbij het vochtig worden van de vagina (lubricatie) onaangetast is.

2. Vragen

- *Kun je seksueel fantaseren en zin hebben om te vrijen?*
- *Reageert je lichaam op dit verlangen?*
- *Hoe voel je of je opgewonden bent?*
- *Wordt je schede dan vochtig?*
- *Heb je ooit seksuele opwinding ervaren?*
- *Wat deed je voorheen om opgewonden te worden?*
- *Kun je tijdens de seksuele activiteit je aandacht blijven richten op je eigen beleving?*
- *Heb je afleidende gedachten of momenten?*
- *Kan/durf je aan te geven wat je fijn vindt tijdens het vrijen?*
- *Zijn er situaties zoals bij masturbatie dat jij je wel opgewonden voelt?*
- *Heb je pijn bij het vrijen?*

3. Onderzoek

Onderzoek is alleen gewenst als er ook een pijnprobleem is.

4. Probleembeschrijving

Vrouwen kunnen een opwindingsprobleem ervaren ("Ik voel niets. Ik beleef er weinig aan") terwijl de lubricatie als reactie op het seksueel verlangen of op de aanraking aanwezig is. Vrouwen ervaren dit als een verlies van opwinding terwijl ze eerst wel zin hadden om te vrijen. Dit verschijnsel doet zich vaker voor als er sprake is van pijn bij het vrijen, maar ook als er belemmerende gedachten zijn of negatieve gevoelens die tijdens de seksuele situatie worden opgeroepen. De beleving van de opwinding is dan verstoord. Het is niet juist vrouwen met een subjectieve opwindingsstoornis een glijmiddel voor te schrijven, er is immers voldoende lubricatie. Gewenst is na een zorgvuldige seksuologische anamnese de aard en de oorzaken van het seksueel probleem in kaart te brengen.

5. Plan van aanpak

5.1 Wat kan de Sense-verpleegkundige doen

Door middel van het stellen van bovengenoemde vragen kan de verpleegkundige inventariseren of er sprake is van verlies van verlangen en kan ze een onderscheid maken tussen subjectief verlies van opwinding en objectief verlies van lubricatie. Dit onderscheid is niet altijd gemakkelijk.

Er kan informatie worden gegeven over het seksueel reageren van de vrouw. Indien er sprake is van pijn, kan een pijnverbod worden geadviseerd, dat wil zeggen dat de vrouw geen handelingen verricht die haar pijn doen.

5.2 Wat kan de seksuoloog NVVS doen

Een seksuoloog onderzoekt met de vrouw en haar partner welke cognitieve en/of emotionele belemmeringen binnen de seksuele situatie een rol spelen en zal daar de behandeling op afstemmen.

6. Verwijzing

Wenst de cliënt na één gesprek een behandeling dan kan direct worden doorverwezen.

Zo nodig kan in overleg met de cliënt de casus worden besproken met het multidisciplinair team waarna de cliënt wordt uitgenodigd voor een tweede gesprek of alsnog wordt verwezen.

De volgende verwijzingen zijn mogelijk:

- bij niet-complexe problematiek bij mensen zonder bijkomende somatische of psychische problemen: naar vrijgevestigde (eerstelijns) seksuoloog NVVS, bij voorkeur een psycholoog of psychotherapeut;
- bij ernstige relatieproblematiek en/of andere ernstige psychopathologie: naar seksuoloog NVVS in een tweedelijns GGZ-instelling;
- alleen indien lichamelijk onderzoek of aanvullende diagnostiek nodig is of indien er ernstig somatische comorbiditeit of pijn aanwezig is: naar arts-seksuoloog NVVS in een tweedelijns polikliniek seksuologie.

4.2.2.2. Lubricatiestoornis (objectieve opwindingsstoornis)

1. Definitie

Aanhoudend of terugkerend onvermogen om de adequate lubricatie- en zwellingsrespons van de genitaliën ten gevolge van seksuele opwinding te krijgen of in stand te houden tot het einde van de seksuele activiteit.

2. Vragen

- *Voel je of je opgewonden bent, waaraan merk je dat?*
- *Voel je of jouw schede vochtig wordt, kan je partner dat voelen?*
- *Heb je ooit seksuele opwinding ervaren?*
- *Wat deed je voorheen om opgewonden te worden?*
- *Is het mogelijk tijdens de seksuele activiteit je aandacht te blijven richten op je eigen beleving?*
- *Heb je afleidende gedachten of momenten?*
- *Is er een oorzaak aan te wijzen, ben je bijvoorbeeld ziek geweest, heb je een buikoperatie gehad of gebruik je medicijnen?*

3. Onderzoek

In zeer beperkte mate en alleen op indicatie kan zo nodig gespecialiseerd onderzoek gedaan worden.

In het onderzoekslaboratorium (universiteitspoliklinieken seksuologie) kan door middel van vaginale fotoplethysmografie de vaginale doorbloeding, als maat voor genitale opwinding, gemeten worden. De vrouw wordt tijdens het onderzoek blootgesteld aan seksuele prikkels. Dit kan bijvoorbeeld geïndiceerd zijn bij vrouwen met diabetes of om te differentiëren tussen genitale of subjectieve opwinding.

4. Probleembeschrijving

De klacht 'verminderde genitale opwinding' wordt zelden als 'niet vochtig worden' gepresenteerd, maar meestal als pijn bij het vrijen of orgasmestoornis. Er dient bij deze klacht dan ook met name aandacht te zijn voor de mate waarin de stimulus adequaat, effectief en acceptabel is.

Er wordt vaak gedacht en beweerd dat postmenopausale vrouwen minder vaginaal vocht afscheiden bij seksuele opwinding, echter tijdens laboratoriumonderzoek is hiervoor geen bewijs gevonden. Het kan wel raadzaam zijn om vrouwen (en hun partner) te wijzen op het feit dat er met toename van de leeftijd wat meer tijd en adequate stimulatie nodig zijn om de volledige respons te bereiken.

Somatische factoren die de genitale respons negatief beïnvloeden:

- een dwarslaesie;
- neurologisch letsel als gevolg van uitgebreide gynaecologische operaties;

- diabetes mellitus;
- medicatie (antihypertensiva, anti-oestrogenen, antidepressiva, antipsychotica).

Psychologische factoren die de genitale respons beïnvloeden:

- Afleiden van aandacht van de seksuele prikkel(s) geeft verlaging van de genitale respons.
- Bij angst voor pijn tijdens de coïtus is er verminderde objectieve genitale respons, ondanks veelal aanwezige subjectieve opwinding.

Sildenafil, een erectiepil, verhoogt ook bij vrouwen de genitale doorbloeding, echter deze wordt door vrouwen niet subjectief onderkend en is niet effectiever dan een placebo. Een uitzondering vormen vrouwen met een dwarslaesie en vrouwen die een antidepressivum gebruiken (SSRI). Zij hebben mogelijk baat hebben bij het gebruik van een erectiepil in aangepaste dosering.

5. Plan van aanpak

5.1 Wat kan de Sense-verpleegkundige doen

De verpleegkundige kan informatie geven met betrekking tot het verschil tussen objectieve en subjectieve opwindingsstoornis en dit onderscheiden van verminderd seksueel verlangen. Er kan informatie worden gegeven over het seksueel reageren van de vrouw en de rol van operatie, ziekte of medicatie daarbij. Indien er sprake is van pijn kan een pijnverbod worden geadviseerd, dat wil zeggen dat de vrouw geen handelingen verricht die haar pijn doen.

5.2 Wat kan de arts-seksuoloog NVVS doen

De seksuoloog NVVS onderzoekt met de vrouw en haar partner of en welke cognitieve en/of emotionele belemmeringen binnen de seksuele situatie een rol spelen. Er is met name aandacht voor de rol van ziekte, handicap of medicijngebruik.

6. Verwijzing

- Verwijs gezien de aard van de stoornis naar een arts-seksuoloog NVVS in een tweedelijns polikliniek seksuologie.
- Verwijs bij ernstige psychopathologie waarbij medicatie wordt gebruikt naar een tweedelijns GGZ-instelling.

4.3. Problemen met het orgasme

4.3.1 Orgasmestoornis bij mannen: geremd klaarkomen

1. Definitie

Geremd klaarkomen is het tijdens seksuele prikkeling slechts met grote moeite kunnen bereiken van een orgasme en zaadlozing.

Anorgasmie/anejaculatie is het totaal onvermogen een orgasme en zaadlozing te bereiken.

2. Vragen

- *Heb je ooit een orgasme beleefd?*
- *Is het orgasme vertraagd of kost het veel moeite een orgasme te krijgen?*
- *Is er wel een orgasme maar beleef je dit niet als hoogtepunt?*
- *Is er ooit het gevoel van een 'bijna-orgasme' geweest?*
- *Kan er een orgasme zijn bij masturbatie?*
- *Welke prikkels zijn belangrijk om tot een (bijna)orgasme te komen?*
- *Lukt het om de aandacht te blijven richten op het eigen seksuele gevoel?*
- *Dwaalt de aandacht af, bijvoorbeeld naar de partner?*
- *Hoe reageert je partner op deze klacht?*

- *Heb je moeite in het algemeen om gevoel te uiten?*
- *Heb je een ziekte, handicap of gebruik je medicijnen (drugs, alcohol)?*
- *Is er kinderwens?*

3. Onderzoek

Indien gewenst kan een arts de geslachtsdelen inspecteren, maar meestal levert dit aanvullend weinig op.

4. Probleembeschrijving

Door het uitblijven van het orgasme is het voor deze mannen mogelijk om langdurig te coïteren. Dit geeft echter onvrede omdat ondanks de inspanning er geen ontspanning en satisfactie volgt. Veelal komen deze mensen pas met een hulpvraag als er kinderwens is. Partners zijn vaak ontevreden en onzeker omdat ze denken tekort te schieten.

Mannen die tijdens coïtus niet een orgasme kunnen bereiken maar bij masturbatie wel, hebben moeite om tijdens de solofase van de seksuele responscyclus de aandacht op hun eigen seksuele gevoel te vestigen. Een deel van deze mannen heeft een langdurige levensfase achter de rug zonder partner en heeft alleen ervaring opgedaan met soloseks. In de nabijheid van een partner zijn ze onzeker en durven ze de controle niet los te laten. Er zijn biologische oorzaken aan te wijzen zoals multiple sclerose of het gevolg van een dwarslaesie. Gebruik van medicatie als verslavende stimulerende middelen, diverse centraal werkende medicijnen die bij psychiatrische behandeling voorgeschreven worden, zoals antidepressiva, kunnen het klaarkomen remmen of ernstig vertragen. Meestal lukt het dan bij masturbatie ook niet om tot een orgasme te komen.

Veel vaker is de klacht situatief en kan de cliënt wel een orgasme alleen (bij masturbatie) bereiken, maar niet in aanwezigheid van een ander.

Er kan sprake zijn van erectiezwakte en daardoor een orgasmestoornis of van een niet als lustvol ervaren orgasme (anhedonisch orgasme). In beide gevallen kan dit gepresenteerd worden als orgasmestoornis. Als er wel een orgasmegevoel is maar geen zaadlozing, dan kan er sprake zijn van een retrograde ejaculatie waarbij het zaad in de blaas terecht komt door een niet goed werkende blaashalsspier. Dit komt nogal eens voor na urologische operaties, operaties in het kleine bekken of bij diabetes.

5. Plan van aanpak

5.1 Wat kan de Sense-verpleegkundige doen

Onderzoek de hulpvraag. Veelal is een uitblijvende zwangerschap reden tot het vragen van hulp. Geef informatie zoals hierboven beschreven en maak duidelijk dat fertiliteit mogelijk blijft. Maak onderscheid tussen een opwindingsstoornis (erectieverlies) en een orgasmestoornis. In eventueel een tweede gesprek met partner kan cliënt worden gemotiveerd voor verdere sekstherapeutische hulp.

5.2 Wat kan de seksuoloog NVVS/gynaecoloog/uroloog doen

Een seksuoloog zal door middel van sekstherapie (onder andere stapsgewijze desensitisatie) het paar leren orgasme toe te durven laten, eerst via masturbatie, later bij coïtus. Is er kinderwens en de man kan wel via masturbatie en niet via coïtus ejaculeren, dan is zelfinseminatie thuis of via intra-uterine inseminatie (IUI, via gynaecoloog) een optie. Bij primaire gegeneraliseerde anorgasmie kan de genitale stimulatie versterkt worden middels vibratie. Bij fertiliteitsbehandeling kan elektrostimulatie onder narcose (in verband met het pijnlijke karakter) worden toegepast om een zaadlozing te bewerkstelligen (via uroloog). Zo nodig wordt belemmerende medicatie gewijzigd.

6. Verwijzing

- Bij niet-complexe problematiek bij mannen zonder bijkomende somatische of psychische problemen: naar vrijgevestigde (eerstelijns) seksuoloog NVVS;

- bij ernstige relatieproblematiek en/of andere ernstige psychopathologie en/of andere seksuologische problemen: naar seksuoloog NVVS in een tweedelijns GGZ-instelling;
- indien lichamenlijk onderzoek en/of aanvullende diagnostiek nodig is en/of indien er ernstig somatische comorbiditeit aanwezig is en/of kinderwens op de voorgrond staat: naar arts-seksuoloog NVVS in een tweedelijns polikliniek seksuologie;
- indien begeleiding nodig is bij ontspanning van de bekkenbodem en/of bij het (leren) focussen op lichamenlijke sensaties: naar bekkenfysiotherapeut.

4.3.2 Orgasmestoornis bij de vrouw

1. Definitie

Aanhoudende of terugkerende vertraging of ontbreken van een orgasme volgend op een fase met een normale seksuele opwinding.

2. Vragen

- *Heb je ooit een orgasme kunnen beleven?*
- *Is je orgasme vertraagd of kost het veel moeite een orgasme te krijgen?*
- *Is er wel een orgasme maar beleef je dit niet als hoogtepunt?*
- *Heb je ooit het gevoel van een 'bijna-orgasme' gehad?*
- *Kun je een orgasme krijgen bij masturberen?*
- *Zo ja, hoe ervaar je dit: via stimulatie van de vagina, clitoris of beiden?*
- *Welke prikkels zijn belangrijk voor je om tot een (bijna)orgasme te komen?*
- *Lukt het om je aandacht te blijven richten op je eigen seksuele gevoel?*
- *Dwalen je gedachten af, bijvoorbeeld naar je partner of dagelijkse bezigheden?*
- *Hoe reageert je partner op deze klacht?*
- *Heb je in het algemeen moeite om je gevoel te uiten?*
- *Heb je een ziekte of handicap of is er medicijngebruik (drugs, alcohol)?*

3. Onderzoek

Lichamenlijk onderzoek is niet nodig om een diagnose te stellen. Educatief seksuologisch onderzoek door een arts(-seksuoloog NVVS) kan zinvol zijn als de vrouw onjuiste of gebrekkige kennis heeft over haar eigen lichaam.

Laboratoriumonderzoek is niet zinvol.

4. Probleembeschrijving

Het vermogen een orgasme te bereiken is afhankelijk van leeftijd, seksuele ervaring en de adequaatheid van de seksuele stimulatie.

De meerderheid van de vrouwen komt via clitorale stimulatie klaar of via masturbatie. Slechts een minderheid van de vrouwen kan tijdens coïtus tot een orgasme komen, dit is geen disfunctie. Bespreek ook of de vrouw zelf het uitblijven van een orgasme als een probleem ervaart. Soms kan ook de reden van de hulpvraag zijn dat de manlijke partner zich insufficiënt voelt of (hoge) eisen aan haar stelt.

Er zijn verschillende oorzaken mogelijk.

Biologische oorzaken: Neurologische aandoeningen zoals beschadiging van ruggenmerg, centrale zenuwstelsel of perifere zenuwen door trauma, tumor of multiple sclerose. Gebruik van antidepressiva (SSRI's).

Psychologische oorzaken: Onervarenheid kan samenhangen met inadequate stimulatie evenals onbekendheid met of schaamte voor masturbatie. Andere factoren kunnen zijn: schuldgevoelens ten aanzien van seks, gebrek aan assertiviteit, onvoldoende in staat zijn eigen seksuele opwinding waar te nemen of te verdragen, zich niet kunnen focussen op zichzelf, angst voor controleverlies tijdens orgasme. Veel vrouwen weten van zichzelf (bij masturbatie) welk soort orgasme ze beleven: via stimulatie van vagina (voorwand) of via stimulatie van de clitoris. Er kan verlegenheid bij de vrouw zijn om de partner uit te leggen op welke manier ze graag gestimuleerd wil worden tijdens het vrijen. Er is dan sprake van een situatieve orgasmestoornis.

Relationeel: Partnerrelatieproblemen of het seksueel minder aantrekkelijk zijn van de partner.

5. Plan van aanpak

5.1 Wat kan de Sense-verpleegkundige doen

Inventariseer de aard van het probleem en onderzoek de hulpvraag. Geef informatie zoals hierboven beschreven. Maak onderscheid tussen een opwindingsstoornis en een orgasmestoornis.

5.2 Wat kan de seksuoloog doen

De behandeling bestaat meestal uit masturbatietraining, waarbij de vrouw stapsgewijs leert haar eigen seksuele gevoelens te ontdekken door middel van educatie en van exploratie van eigen seksuele fantasieën en het eigen genitaal. Ze krijgt daartoe een stappenplan door middel van oefeningen, als ondersteuning wordt bibliotherapie aangeraden. Vervolgens wordt de partner erbij betrokken en is de opbouw van manuele exploratie en stimulatie naar orale stimulatie, van extravaginaal naar intravaginaal.

Bij verworven orgasmeproblemen is partnerrelatietherapie rond seksualiteit een optie.

Er zijn tot op heden geen geneesmiddelen voor orgasmeproblemen bij vrouwen.

Overwogen kan worden antidepressivagebruik te wijzigen of een medicatievrije periode in te lassen, bijvoorbeeld in het weekend.

Verwijzing:

- Bij niet-complexe problematiek zonder bijkomende somatische of psychische problemen: naar vrijgevestigde (eerstelijns) seksuoloog NVVS;
- bij ernstige relatieproblematiek en/of andere ernstige psychopathologie en/of andere seksuologische problemen: naar seksuoloog NVVS in een tweedelijns GGZ-instelling;
- indien begeleiding nodig is bij ontspanning van de bekkenbodemp en/of bij het (leren) focussen op lichamelijke sensaties: naar bekkenfysiotherapeut.

4.3.3 Te snelle zaadlozing (ejaculatio praecox)

1. Definitie

Er zijn verschillende definities. De meest gebruikte is die volgens psychiatrische criteria (DSM-III-R):

Te snelle zaadlozing is het ontbreken van controle over het tijdstip van de zaadlozing, waardoor dit gebeurt met minimale stimulatie voor, tijdens of kort na de (vaginale) intromissie.

De meest recente definitie is die van de International Society for Sexual Medicine:

De primaire of levenslange te snelle zaadlozing bij mannen die coïtus hebben, wordt gekenmerkt door een zaadlozing die (bijna) altijd optreedt binnen ongeveer 1 minuut na penetratie en de onmogelijkheid de ejaculatie uit te stellen in de meeste gevallen van penetratie.

Beide definities vereisen bovendien dat de snelle zaadlozing leidt tot spanningen, tot vermindering van seksuele activiteiten of ernstig interfereert met de seksuele satisfactie van de man en/of zijn partner.

2. Vragen

- *Wat vind je 'te snel'?*
- *Hoeveel tijd verstrijkt er tussen het moment van penetreren en zaadlozing?*
- *Is het mogelijk coïtus te hebben of kom je voor penetratie klaar?*
- *Wordt de penis slap voor of na de zaadlozing?*
- *Heb je het altijd al gehad, bij elke partner?*

- *Heb je het ook bij masturberen?*
- *Heb je het ook bij stimulatie met de mond of hand?*
- *Heb je een fijn gevoel bij het klaarkomen of herken je het klaarkomen niet?*
- *Is het moment van 'onmogelijk nog stoppen' voor jou herkenbaar?*
- *Ben je vooral bezig met het plezier van je partner?*
- *Heb je faalangst?*
- *Kun je tijd en ruimte voor jezelf creëren in algemene zin?*
- *Ben je van jezelf een gehaast iemand?*

3. Onderzoek

Er is geen indicatie voor lichamelijk onderzoek of bloedonderzoek.

4. Probleembeschrijving

De gemiddelde tijdsduur tussen het moment van penetreren van de vagina tot aan de zaadlozing is ongeveer 5 tot 6 minuten.

De tijdsduur van een te snelle ejaculatie na het starten van de coïtus varieert van enkele seconden tot binnen 1 minuut. Veelal is het probleem aanwezig vanaf de puberteit en bij elke seksuele activiteit. Deze primaire gegeneraliseerde vorm is waarschijnlijk een biologische variatie en komt bij ongeveer 2% van de mannen voor. Bij de meeste mannen betreft het andere vormen van te snel klaarkomen, waarbij het snelle klaarkomen niet in elke situatie optreedt of een gevolg is van bijvoorbeeld een prostaatontsteking of te snel werkende schildklier (secundaire, verworven vormen). Het onderscheid tussen primair en secundair is van belang omdat alleen bij de primaire vorm medicamenteuze behandeling effectief is en andere vormen een andere behandeling nodig hebben.

Tevens moet onderscheidt gemaakt worden tussen erectiezwakte en te snelle zaadlozing: wordt de penis slap voor of na de zaadlozing?

Soms bestaat de wens om langer te willen penetreren omdat gedacht wordt dat op deze wijze de vrouwelijke partner een vaginaal orgasme bereikt. Niet altijd is dit de wens van de vrouw zelf.

Bij de primaire vorm is er mogelijk verhoogde prikkeling van serotonerge zenuwen bij te snelle ejaculatiereflex. Mogelijk is er sprake van een verhoogde sympathische activiteit bij de seksuele respons. Genetische factoren lijken tevens van invloed bij deze primaire vorm. De secundaire vorm, die veel vaker voorkomt, kan onder andere worden verklaard doordat bij eerste ervaringen met masturbatie of coïtus er sprake was van gehaaste condities of forse spanning. Ook herkennen mannen vaak niet hun 'point of no return' doordat ze teveel zijn gericht op externe prikkels. Sterk seksueel opwindbare mannen (hypertonen) komen sneller klaar dan mannen uit een controlegroep. Seksueel minder opwindbare, oudere mannen zouden meer angst genereren en hebben een hoog streefniveau. Zij vertonen tevens erectiestoornissen.

Er is geen sprake van een verhoogd testosteron.

5. Plan van aanpak

5.1 Wat kan de Sense-verpleegkundige doen

De verpleegkundige geeft informatie en maakt de hulpvraag duidelijk. Om het probleem helder te krijgen is het nodig te snel klaarkomen te onderscheiden van een erectiestoornis. Soms volstaat het geven van informatie of het laten lezen van een zelfhulpboek. Wenst de cliënt na één gesprek een behandeling dan kan direct worden doorverwezen. Zo nodig kan in overleg met de cliënt de casus worden besproken met het multidisciplinair team waarna de cliënt wordt uitgenodigd voor een tweede gesprek of alsnog wordt verwezen.

5.2 Wat kan de seksuoloog NVVS doen

De behandeling is afhankelijk van de vorm.

Bij de primaire vorm ligt farmacotherapie voor de hand, alhoewel ook dan counseling kan zijn aangewezen. Er zijn drie manieren.

- Het gebruik van antidepressiva zoals dagelijks SSRI's of zo nodig clomipramine enkele uren voor de te verwachten seksuele activiteit.
- Het gebruik van lidocaïne crème ter vermindering van de zintuiglijke input. Daarbij wordt de glans van de penis ingesmeerd en wordt een condoom aangebracht om de crème 10 minuten te laten inwerken, waarna alle crème wordt verwijderd (in verband met verdoving van de genitaliën van de partner).
- Ter voorkoming van verslapping van de penis na ejaculatie: injectie in een zwellichaam van een vaatverwijdende stof.

Oplossingen zoals besnijdenis of seksuele onthouding zijn niet effectief.

Bij de secundaire vorm zal met behulp van cognitieve gedragstherapie belemmerende gedachten worden doorgenomen en zogenaamde stop-startoefeningen worden gegeven om te leren focussen op sensaties en te leren het 'point of no return' uit te stellen. Daar waar nodig worden belemmerende relationele interactiepatronen behandeld.

6. Verwijzing

De volgende verwijzingen zijn mogelijk:

- bij niet-complexe problematiek bij mannen zonder bijkomende somatische of psychische problemen: naar vrijgevestigde (eerstelijns) seksuoloog NVVS;
- bij ernstige relatieproblematiek en/of andere ernstige psychopathologie en/of andere seksuologische problemen: naar seksuoloog NVVS in een tweedelijns GGZ-instelling;
- indien er sprake is van een primaire vorm: naar arts-seksuoloog NVVS in een tweedelijns polikliniek seksuologie om eventueel medicatie te verstrekken.

4.4 Seksuele pijnproblemen

4.4.1 Pijn bij het vrijen (dispareunie)

1. Definitie

Terugkerende of aanhoudende genitale pijn, samenhangend met de coïtus bij vrouw of man. Pijn samenhangend met anale penetratie valt hier ook onder.

2. Vragen

- *Hoe lang heb je pijn?*
- *Zijn er periodes zonder pijn geweest?*
- *Heb je oppervlakkige pijn of diepe pijn aan of in de schede of anus?*
- *Heb je de pijn alleen bij penetratie of ook onder andere omstandigheden?*
- *Welke aanraking is voor jou wel mogelijk?*
- *Heb je alleen pijn of is er ook sprake van verkramping?*
- *Lukt het om tampons in te brengen, vroeger en nu?*
- *Kunnen jullie ook andere manieren dan met penetratie vrijen?*
- *Heb je zin om te vrijen?*
- *Raak je opgewonden?*
- *Heb je problemen met ontlasting krijgen en plassen?*
- *Kan je klacht met een belangrijke levensgebeurtenis in verband worden gebracht?*
- *Speelt perfectionisme bij jou een rol?*
- *Hoe reageert je partner op deze klacht?*
- *Heb je relatieproblemen?*
- *Heb je ooit negatieve ervaringen gehad met aanraken of met seksualiteit?*
- *Heb je ooit psychische problemen (eetstoornis, angsten) gehad?*

3. Onderzoek

Altijd is minimaal eenmalig een educatief seksuologisch onderzoek nodig. Hierbij wordt met de vrouw samen gekeken naar de uitwendige geslachtsdelen en waar nodig uitleg gegeven. Er wordt gekeken naar eventuele genitale/gynaecologische pathologie (bijvoorbeeld tumor, fissuur, vulvair vestibulitis syndroom) en er wordt een onderzoek gedaan naar de controle en spierspanning van de bekkenbodem.

Bij mannen wordt gekeken of er aanwijzingen zijn voor genitale/urologische pathologie (bijvoorbeeld tumor, phimosis, te kort frenulum, harde plaques).

4. Probleembeschrijving

Dispareunie betreft genitale pijn bij vrouw of man voor, tijdens en/of na de coïtus. Bij de vrouw mag de klacht niet uitsluitend veroorzaakt worden door tekort aan lubricatie of door vaginistisch reageren. Er is altijd sprake van een vicieuze cirkel: pijn leidt tot bekkenbodemspansing en verminderde seksuele opwinding (lubricatie) waardoor bij coïtus de pijn wordt opgeroepen. Een volgende coïtus anticipeert de vrouw de pijn, zal haar bekkenbodem aanspannen, et cetera. Meestal is niet goed te achterhalen waar de vicieuze cirkel begon: bij de pijn, een probleem met het seksueel verlangen of opwinding en daardoor een lubricatiestoornis of het aanspannen van de bekkenbodemspieren (vaginistische reactie).

Er worden twee soorten pijn onderscheiden: oppervlakkige en diepe pijnklachten.

Diepe pijn wordt ervaren bij diep in de vagina doorstoten tijdens de coïtus. Veelal zijn er somatische oorzaken: uterusmyomen (vleesbomen), ovariumcysten (vergroete eierstokken) of endometriose (baarmoederslijmvlies in schedewand of buikholte).

Oppervlakkige pijn bij vrijen: bij het binnengaan van de penis in de schede ontstaat pijn in het vestibulum (voorhof, vulva).

Vaak wordt oppervlakkige pijn bij het vrijen veroorzaakt door terugkerende schimmelinfecties, huidziektes (eczeem, lichen sclerosus), vrijen zonder opwinding of een verhoogde bekkenbodemspierspanning. Een verhoogde bekkenbodemspierspanning kan ook een gevolg zijn van pijn en kan bovendien de klachten in stand houden.

Meestal wordt oppervlakkige dispareunie veroorzaakt door het Vulvair Vestibulitis Syndroom (VVS). Hierbij zijn vrijen zonder opwinding en verhoogde bekkenbodemspansing in stand houdende factoren. Vrouwen met VVS lijken sneller van slag te zijn door de pijnklachten dan andere vrouwen. Ook zijn ze vaker perfectionistisch ingesteld, stellen hoge eisen aan zichzelf en hebben vaker psychosomatische klachten (hoofdpijn, spastische darm, rugpijn). Vrouwen met VVS hebben meer moeite met durven (h)erkennen van de pijn en zijn eerder geneigd toe te geven als de partner coïtus wil. In de relatie is er vaker sprake van onevenwichtigheid wat betreft wensen en verlangens.

Doordat VVS zowel lichamelijke alsook psychologische en relationele oorzaken heeft is het onjuist alleen de pijn te behandelen. Er is dan ook een meersporenbeleid nodig waarbij de aandacht zowel op de vagina en omgeving (vestibulum), alsook op bekkenbodem, de seksuele relatie en de psychische gesteldheid van de cliënte moet worden gericht.

Mannen met dispareunie kunnen tijdens of na coïtus last hebben van een te kort toompje (frenulum) of een te nauwe voorhuid (phimosis). Bij wat oudere mannen kan er sprake zijn van verlittekening van de penisschacht met ook kromstand tot gevolg. Zie hoofdstuk 3. Lijf en leden.

Pijn tijdens anale penetratie kan zowel bij de actieve als bij de passieve partner voorkomen door aandoeningen van het anusslijmvlies, zoals kloofjes of ook eerder genoemde afwijkingen van voorhuid of toompje. Seksueel overdraagbare aandoeningen kunnen het kwetsbare slijmvlies van de anus beïnvloeden, waardoor er bekkenbodemhypertonie kan ontstaan. Zowel mannen als vrouwen met dispareunie kunnen in een vicieuze cirkel van pijn, angst voor pijn en minder zin in seks terechtkomen.

5. Plan van aanpak

5.1 Wat kan de Sense-verpleegkundige doen

De verpleegkundige kan informatie geven over de vicieuze cirkel van het in stand houden van de pijn en over het seksueel reageren van de vrouw bij opwinding. Indien er sprake is van pijn kan een pijnverbod worden geadviseerd, dat wil zeggen dat de vrouw geen handelingen verricht die haar pijn doen. Aan de vrouw kan worden geadviseerd eenmalig een onderzoek te laten doen en zich te laten behandelen door een arts-seksuoloog NVVS.

5.2 Wat kan de arts-seksuoloog NVVS doen

De behandeling bestaat uit een viersporenbeleid waarbij de aandacht wordt gericht op:

1. vestibulum (biologisch);
2. bekkenbodem (biologisch);
3. seks en seksuele relatie (relationeel);
4. algemene spanningsniveau en emoties van de vrouw/man (psychologisch).

De therapie is primair gericht op het onderbreken van de vicieuze cirkel van angst voor pijn, aanspannen bekkenbodemspieren, pijn. Daartoe dient de fysieke pijnprikkel weggenomen te worden, de vrouw krijgt een pijnverbod. Daarnaast is het van belang dat er erkenning van en aandacht voor de pijn is. De vrouw zal moeten leren zelf controle te krijgen over het proces. Een educatief seksuologisch onderzoek kan de vrouw informatie verschaffen over het eigen lichamelijke functioneren en over haar bekkenbodem. Er kunnen vragen beantwoord worden over normaliteit.

Ter bescherming van de pijnlijke vulvaire huid wordt een inerte crème voorgeschreven (Lanette of cetomacrogol bijvoorbeeld). Dit kan ook dienen om (verstoord) contact met het genitaal te herstellen.

Mannen met anale klachten (fissuren) kunnen dezelfde inerte crèmes gebruiken.

Vrouwen met hypertone/hyperactieve bekkenbodemspieractiviteit worden verwezen naar een bekkenfysiotherapeut. Bij erg gespannen vrouwen kan de fysiotherapeut ademhalings- en algemene ontspanningsoefeningen geven ter voorbereiding op meer specifieke bekkenbodemontpanning.

Door middel van sekstherapie wordt aandacht besteed aan het seksueel (dis)functioneren en de (veronderstelde) oorzaken en gevolgen daarvan. De gesprekken zijn gericht op ondersteuning, cognitieve herstructurering, inzicht, gedragsverandering en/of verwerking. De partner wordt betrokken om relationele aspecten te bespreken.

Verwijzing:

- In verband met lichamelijk onderzoek en/of indien aanvullende diagnostiek nodig is en/of indien er ernstig somatische comorbiditeit aanwezig is: naar arts-seksuoloog NVVS in een tweedelijns polikliniek seksuologie;
- indien begeleiding nodig is bij ontspanning van de bekkenbodem en/of bij het (leren) focussen op lichamelijke sensaties: naar bekkenfysiotherapeut (alleen in combinatie met seksuoloog);
- bij ernstige relatieproblematiek en/of andere ernstige psychopathologie en/of andere seksuologische problemen: naar seksuoloog NVVS in een tweedelijns GGZ-instelling.

4.4.2 Vaginisme

1. Definitie

Terugkerend of aanhoudend onwillekeurige samentrekkingen van de spieren van het buitenste derde deel van de vagina op het moment van penetratie.

2. Vragen

- *Durf je zelf naar je vagina te kijken of zelf aan te raken?*
- *Mag je vagina aangeraakt worden?*

- *Durf je tampons te gebruiken?*
- *Is ooit (inwendig) onderzoek gedaan door een arts?*
- *Herken je verkramping van je bekkenbodemp, weet je wat dat is?*
- *Hoe vrijen jullie, proberen jullie tijdens het vrijen steeds te penetreren?*
- *Durf je intiem te zijn en te strelen en te vrijen?*
- *Heb je seksuele verlangens, raak je opgewonden?*
- *Hoe is jullie relatie?*
- *Hebben jullie kinderwens?*
- *Heb je negatieve seksuele ervaringen?*
- *Heb je klachten bij ontlasting of plassen?*
- *Heb je klachten van afscheiding of infecties?*
- *Heb je buikpijnlachten?*
- *Heb je ooit psychische problemen gehad, eetstoornissen?*
- *Was je snel zindelijk of heb je lang in bed geplast?*

3. Onderzoek

Lichamelijk onderzoek is niet nodig om een diagnose te stellen of een oorzaak te achterhalen. Heel soms kunnen er in de loop van de therapie aanwijzingen komen dat er een lichamelijke oorzaak voor het onvermogen tot gemeenschap is. Sporadisch kan er sprake zijn van een stug maagdenvlies of aangeboren afwijkingen aan de vrouwelijke geslachtsorganen zoals een schotje in de vagina.

Speculumonderzoek is niet geïndiceerd, dit roept alleen maar hernieuwde angst en spierspanning op. Soms kan wel geleerd worden een speculum in te brengen als dit de hulpvraag van de vrouw is, bijvoorbeeld als ze in verband met kinderwens een inwendig onderzoek moet ondergaan.

Educatief seksuologisch onderzoek kan een onderdeel vormen van de therapie. Door middel van uitleg met spiegel kan de vrouw geïnformeerd worden over haar geslachtsdelen en kan een indruk worden gevormd over controle en spierspanning van de bekkenbodemp.

Het vervaardigen van een uitstrijkje (PAP smear) in het kader van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker is niet noodzakelijk, omdat vrouwen die nooit gemeenschap hebben gehad een zeer lage kans hebben op baarmoederhalskanker.

4. Probleembeschrijving

Vaginisme wordt beschouwd als een seksuele pijnstoornis. Veelal is er sprake van primair vaginisme, waarbij er nooit gemeenschap mogelijk is geweest en aanraken van de vagina met vingers, tampon of speculum eveneens onmogelijk was. Als een vrouw wel een gynaecologisch onderzoek kan ondergaan, maar geen coïtus, of visa versa, wordt gesproken van een situatieve vaginistische reactie.

Een vaginistische reactie is een geconditioneerde reactie op een 'bedreigende' stimulus van buiten, zoals een penis, vinger, tampon of speculum. De vrouw spant in bepaalde situaties onwillekeurig haar bekkenbodempieren aan. Bij een heftige vaginistische reactie spant ze ook bovenbeen- en lange rugspieren aan.

De bedreiging kan samenhangen met negatieve ervaringen (zelden), met (irrationele) ideeën over seksualiteit of penetratie en/of met lichamelijke afwijkingen.

Veelal zijn vaginistisch reagerende vrouwen tevreden over hun seksuele relatie, evenals de partner. Hulp wordt vaak pas ingeroepen als er kinderwens is. Indien de vrouw via zelfinseminatie zwanger wordt, kan er soms angst bestaan voor de uitdrijving tijdens de partus. De vaginistische reactie speelt dan geen rol. De verwachting dat een partus de 'spieren heeft opgerekt' is onjuist. Na een partus kan de vaginistische reactie nog steeds optreden.

Bij een deel van de vrouwen is er als gevolg van het probleem minder zin in vrijen en zijn er opwindingsstoornissen.

5. Plan van aanpak

5.1 Wat kan de Sense-verpleegkundige doen

De verpleegkundige geeft informatie aan de vrouw (en partner) over vaginisme en legt uit dat herhaalde mislukte pogingen om te penetreren de verkrampingsreactie alleen maar sterker maakt. Bespreek de hulpvraag, met name of er actuele kinderwens is. Leg uit dat ondanks vaginisme het mogelijk is om kinderen te krijgen. Tracht cliënte te motiveren naar een seksuoloog NVVS te gaan voor begeleiding.

5.2 Wat kan de seksuoloog doen

In therapie leert de vrouw in fantasie of werkelijkheid de angstproeppende prikkels te verdragen: ze doorloopt verschillende stappen, van het leren aanraken van haar eigen vagina tot het uiteindelijk durven toelaten van de vinger en penis van de partner. Daarbij kan ze met eigen vingers oefenen of oefenstaafjes (pelotes) of een staafvibrator gebruiken. Belangrijke ondersteuning geeft de bekkenfysiotherapeut.

Indien zwangerschap gewenst is en de vrouw (nog) niet in staat is tot coïtus, kan zelfinseminatie overwogen worden, waarbij de vrouw en partner thuis aan de hand van een basale temperatuurcurve (BTC) de vruchtbare dagen uitrekenen waarop via een dun spuitje (zonder naald) sperma in de vagina kan worden ingebracht.

Voor de meeste vrouwen is er na bekkenfysiotherapeutische begeleiding geen angst meer voor een eventuele baring. Met extra aandacht voor zorgvuldig toucheren en geruststelling verloopt de bevalling bij eerder vaginistische vrouwen niet moeizamer.

Chirurgische behandeling van vaginisme is obsoleet.

6. Verwijzing

- Bij niet-complexe problematiek zonder bijkomende somatische of psychische problemen: naar vrijgevestigde (eerstelijns) seksuoloog NVVS;
- bij ernstige relatieproblematiek en/of andere ernstige psychopathologie en/of andere seksuologische problemen: naar seksuoloog NVVS in een tweedelijns GGZ-instelling;
- indien er sprake is van kinderwens of een verzoek tot lichamelijk onderzoek: naar arts-seksuoloog NVVS in een tweedelijns polikliniek seksuologie;
- indien begeleiding nodig is bij ontspanning van de bekkenbodem en/of bij het (leren) focussen op lichamelijke sensaties: naar bekkenfysiotherapeut (alleen in combinatie met seksuoloog).

4.5 Informatie

Voor cliënten

- C. van Gils en W. Bezemer. De gesloten vrouw (over vaginisme). Uitgeverij Ambo 2007
- Helle Gotved. Bekkenbodem en seksualiteit. Uitgeverij Synthese 2002
- J. van Lankveld. Omgaan met een seksueel probleem. Bohn Stafleu van Loghum 2007
- J. van Lankveld. Naar de 7de hemel. Aramith 2004
- Maureen Luyens. Liever vrijen. Terra-Lannoo 2007
- Sandra Perti. Als de zin in seks niet gelijk is. Uitgeverij het Spectrum 2007
- H. van Rijsingen. Zin in vrijen voor vrouwen. Aramith 2002
- H. van Rijsingen. Zin in vrijen voor mannen. Aramith 2002
- H. van Rijsingen. Onzichtbare ontrouw (de invloed van porno en internetseks). Aramith 2008
- H. van Rijsingen. Senioren op vrijersvoeten. Aramith 2003
- H. van Rijsingen. Wie ik wil zijn. Aramith 2007
- David Schnarch. Seksdrive. Terra-Lannoo 2004
- Kate Taylor. Het orgasme boekje. Unieboek 2004
- Alfons Vansteenwegen. Tijd maken voor de liefde. Terra-Lannoo 2007

Andere boeken: www.seksboeken.nl

Sites voor cliënten

- www.sense.info
- www.seksualiteit.nl
- www.hoehetmoet.nl
- www.sekswoordenboek.nl

Sites voor hulpverleners

- www.sense.info > kies voor professionals
- www.seksualiteit.nl > kies voor professionals
- www.nvvs.info
- www.wvvd.net
- www.tijdschriftvoorseksuologie.nl

Bronnen

- Gijs L, Gianotten W, Vanwesenbeeck I, Weijnenborg Ph (red) (2004) *Seksuologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hengeveld MW, Brewaeyts A. (red). (2001) *Behandelingsstrategieën bij seksuele disfuncties*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Leusink P, Boer LJ de, Vliet Vlieland CW, Rambharose VR, Sprengers AM, Mogendorff SW, Van Rijn-Van Korten Hof NMM (2008). NHG-Standaard Erectiele disfunctie. *Huisarts Wet*, 51,381-94.
- Meijden WL van der, Harmsel WA ter (2007) *Vulvopathologie*. Assen: Van Gorcum.

Hoofdstuk 5. Seksueel misbruik

5.1 Definitie

Onder seksueel misbruik wordt verstaan:

Seksuele handelingen die tegen de zin van het slachtoffer plaatsvinden (van moeten kijken of bekeken worden tot alle daadwerkelijke seksuele aanrakingen: van het aanraken van borsten of genitaliën tot en met verkrachting). Het slachtoffer kan het ondergaan of verrichten van deze handelingen niet weigeren als gevolg van emotionele druk, lichamelijk of relationeel overwicht, dwang en/of (dreiging met) geweld van de pleger.

Emotionele druk kan worden uitgeoefend door middel van manipulatie en chantage, maar ook door het geven van veel aandacht, privileges en cadeaus, waardoor het slachtoffer zich verplicht voelt mee te werken aan het seksueel misbruik (incest, loverboys, 'breezerseks', emotionele druk binnen relaties).

Bij lichamelijk geweld wordt het slachtoffer tegen haar/zijn zin vastgehouden, vastgebonden, met een wapen bedreigd etc.

Bij relationeel overwicht heeft de pleger macht over het slachtoffer omdat hij/zij een positie bekleedt waarin men overwicht op de ander heeft (vaders, moeders, sporttrainers, geestelijken, leraren, hulpverleners, partners).

Seksueel misbruik kan ook in een vaste relatie voorkomen. Seksueel misbruik door familieleden wordt ook wel incest genoemd.

5.2 Vragen

- *Ervaar je op dit moment lichamelijke of geestelijke problemen als gevolg van seksueel misbruik?*
- *Wanneer heeft het misbruik plaatsgevonden?*
- *Wanneer zijn je klachten of problemen begonnen, hoe komt dat in het dagelijkse leven tot uiting, welke beperkingen geven ze?*
- *Heb je last van lichamelijke klachten, van emotionele klachten of negatieve gedachten?*
- *Heb je last van stemmingsverandering, slapeloosheid, zich opdringende gedachten, stemmen in je hoofd, beelden van het gebeuren of van de dader die plots opdoemen, nachtmerries?*
- *Gebruik of misbruik je de laatste tijd medicijnen of verdovende middelen of alcohol?*
- *Lukt het om je te concentreren op school of werk?*
- *Hoe reageert de omgeving de laatste tijd op jou?*
- *Hoe erg lijdt je onder dit alles op dit moment?*
- *Kom je de dader nog tegen? Is de dreiging of het misbruik gestopt?*
- *Denk je wel eens: was ik maar dood?*

5.3 Probleembeschrijving

- Van de meisjes onder de 25 jaar is 18% en van de jongens is 4% wel eens gedwongen tot seksuele handelingen.
- Ten minste 7.4% van alle vrouwen is ooit slachtoffer geweest van gedwongen seks in een relatie met een man.

De slachtoffers van seksueel misbruik zijn vooral meisjes en vrouwen. De laatste tijd stijgt het percentage mannelijke slachtoffers, waarschijnlijk omdat er meer openheid en begrip is ten aanzien van mannelijke slachtoffers, waardoor meer gegevens boven tafel komen.

Ten minste 5% van de mannen is als jongen seksueel misbruikt.

- Als het gaat om seksueel misbruik door verwanten, blijkt dat de gemiddelde leeftijd van slachtoffers bij de eerste negatieve ervaring 11,1 jaar oud is.
- De gemiddelde duur van seksueel misbruik is 3,8 jaar.
- 80% van de plegers van seksueel geweld is verwante (huisvriend, buurman, leraar) en van de verwanten is 30% familie.
- 90% betreft mannelijke plegers en 10% van de plegers is vrouw.

5.4 Plan van aanpak

5.4.1 Wat kan de Sense-verpleegkundige doen

In de praktijk blijkt dat seksueel misbruik jarenlang kan plaatsvinden zonder dat de omgeving dat in de gaten heeft of er iets tegen/mee doet. Meestal wordt het bij toeval ontdekt. Het is daarom van groot belang dat in het gesprek alert wordt gereageerd op signalen die mogelijk wijzen op seksueel misbruik of op het risico daarop.

Als het (vermoeden van) seksueel misbruik ter sprake komt als een bijkomende hulpvraag, bijvoorbeeld in een soaconsult of bij een seksueel probleem, dan zal de Sense-verpleegkundige middels de anamnese/vragen de lijdensdruk en ernst van het misbruik moeten inschatten. Met name zal het nodig zijn in te schatten of er nog een actuele dreiging is of dat het in het verleden heeft plaatsgevonden. In het eerste geval kan een ander tijdelijk verblijf noodzakelijk zijn en heeft de aanpak een meer dringend karakter. Het kan een valkuil zijn om de ernst van het misbruik af te meten aan wat er gebeurd is ('verkrachting is erger dan aanranding'), zonder rekening te houden met de invloed die het heeft op deze persoon in deze situatie. De verpleegkundige is alert op eigen waarden en normen en op eigen gevoelens van tegenoverdracht. De neiging kan bestaan de cliënt(e) teveel te beschermen of de geheimhouding in stand te houden. Geef aan dat geheimhouding is gegarandeerd, maar dat collegiaal overleg daar niet onder valt.

Zo nodig kan een tweede consult gebruikt worden voor verdere vraagverheldering en eventuele begeleiding met betrekking tot juridische stappen, zoals samen aangifte doen. Tevens kan dit consult gebruikt worden om de cliënt te motiveren aangifte te doen en hulp te vragen. Zo nodig volgt verwijzing.

5.4.2 Plan van aanpak door de hulpverlening

Binnen de setting van de eerstelijns hulpverlening ten aanzien van seksueel misbruik zijn 3 vormen van hulpverlening van belang:

Primaire preventie:

→ Het voorkomen van seksueel misbruik voor potentiële **slachtoffers**.

→ Het voorkomen van seksueel misbruik voor potentiële **plegers**.

Secundaire preventie:

Het signaleren en stoppen van seksueel misbruik.

Tertiaire preventie:

Hulpverlening die bestaat uit het beperken en verminderen van de gevolgen van seksueel misbruik.

Primaire preventie: het voorkomen van seksueel misbruik bij potentiële slachtoffers

Voorkomen van seksueel misbruik heeft alles te maken met het vergroten van de weerbaarheid van potentiële slachtoffers. Zij moeten leren wat seksueel misbruik is en wat ze kunnen doen als ze in een situatie van seksueel misbruik belanden of zijn beland. Het is belangrijk om duidelijk te maken dat het risico op seksueel misbruik wel verkleind kan worden, maar niet altijd kan worden voorkomen. Als iemand ondanks instructies over preventie of een preventieprogramma, toch slachtoffer wordt van seksueel misbruik, bestaat het gevaar dat men zichzelf verwijt niet weerbaar genoeg te zijn geweest.

Het openlijk praten over seksueel misbruik leidt vaak al tot het vergroten van de weerbaarheid. Daarbij dienen de volgende aspecten aan de orde te komen:

- Wat is seksueel misbruik nu eigenlijk?
- De plegers van seksueel geweld zijn vooral mensen die je kent en van wie je misschien wel houdt.
- Aanrakingen kunnen fijn zijn, maar ook naar en verwarrend, dit kan tegelijkertijd voorkomen.
- Iedereen mag zelf bepalen wie er aan zijn of haar lichaam komt.
- Leren 'Nee' zeggen of weglopen in geval van misbruik situaties.
- Sommige geheimen moet je niet bewaren, maar je praat er over net zo lang tot iemand je helpt.
- Een slachtoffer heeft nooit schuld aan seksueel misbruik.
- Je bent niet de enige.

Primaire preventie: het voorkomen van seksueel misbruik voor potentiële plegers

Grofweg bestaan er 5 factoren die van invloed zijn op het tot stand komen van seksueel misbruik:

1. **Motivatie.** De motivatie van plegers ligt veelal op het gebied van macht. Seksueel misbruik is een manier om macht op een ander uit te oefenen. Dit zou kunnen verklaren waarom veel plegers van seksueel misbruik ooit zelf slachtoffers zijn geweest, hetzij van seksueel misbruik hetzij van pesterijen. Veel slachtoffers voelen zich machteloos en als pleger zijn de rollen omgedraaid.
2. **Innerlijke belemmeringen.** De innerlijke belemmeringen die de meeste mensen ervaren om daadwerkelijk over te gaan tot seksueel misbruik worden door de plegers opgelost door hun seksuele misbruik te rationaliseren en de verantwoordelijkheid bij de ander te leggen: "Ze stribbelde niet tegen. Ze zei toch geen nee".
3. **Externe belemmeringen.** De pleger heeft de mogelijkheid om met het slachtoffer alleen te zijn, zonder betrap te worden.
4. **Weerbaarheid van het slachtoffer.** Het slachtoffer is niet weerbaar genoeg en/of de pleger heeft een dermate overwicht dat het slachtoffer zichzelf niet kan verweren.
5. **Opvattingen over genderverhoudingen.** Rigide opvattingen over mannelijkheid en vrouwelijkheid worden gebruikt als rechtvaardiging van het misbruik.

Het is niet eenvoudig om vast te stellen wie verhoogd risico loopt om pleger van seksueel geweld te worden. Het is vaak ook een 'fingerspitsengefühl' dat uitnodigt tot alertheid.

Inmiddels is bekend dat een aantal plegers van seksueel misbruik al op jonge leeftijd met dit gedrag begint. Aandacht voor deze vorm van preventie is in de eerstelijns hulpverlening aan jongeren dan ook van groot belang.

De basis voor de primaire preventie ligt in de maatschappij en de heersende opvattingen over mannelijkheid, vrouwelijkheid, seksualiteit en geweld. De primaire preventie voor potentiële plegers dient zich dan ook te richten op het verkleinen van de factoren die van invloed zijn op het tot stand komen van seksueel misbruik: het veranderen van de motivatie, het versterken van de innerlijke belemmeringen en het versterken van externe belemmeringen en bewustwording van opvattingen over genderverhoudingen.

Enkele aangrijpingspunten die belangrijk zijn bij de primaire preventie van potentiële plegers:

- tegengaan van bagatelliseren en stereotyperen van seksueel misbruik;
- het aan de orde stellen en tegengaan van stereotype opvattingen over mannelijkheid en vrouwelijkheid en seksueel misbruik;
- het leren aanvoelen en respecteren van de grens van een ander;
- het leren omgaan met de behoefte aan macht en gevoelens van onmacht;
- het aanleren van alternatieven van seksueel gewelddadig gedrag.

Secundaire preventie: het signaleren en stoppen van seksueel misbruik

Het is vaak moeilijk om een situatie van seksueel misbruik te herkennen. Omdat seksueel misbruik vaak gebeurt onder fysieke en emotionele druk, zullen veel slachtoffers er alles aan doen om de geheimhouding te bewaren.

Het herkennen van signalen van seksueel misbruik is dus van groot belang.

Bespreekbaar maken

Juist omdat seksueel misbruik is omgeven met gevoelens van schaamte en schuld zullen slachtoffers en/of plegers er zelden zelf over beginnen. Het is daarom van belang (vermoedens van) misbruik actief bespreekbaar te maken door standaard te vragen naar onprettige seksuele ervaringen.

De volgende lichamelijke signalen en gedragssignalen kunnen wijzen op seksueel misbruik:

Lichamelijke signalen

- verwondingen, zwellingen, bloeduitstortingen aan en rond de genitaliën of anus
- verwondingen of bloeduitstortingen aan borsten, billen, onderbuik en bovenbenen
- veelvuldige infecties en ontstekingen aan blaas en urinewegen
- vaginale infecties met afscheiding
- jeuk en pijnklachten aan genitaliën
- zindelijkheidsproblemen
- weinig bewegen of houterig bewegen
- abnormale verwijding van vaginale of rectale openingen
- beschadigingen of littekenvorming aan het maagdenvlies
- sperma in vagina of rectum
- soa's
- zwangerschap
- slecht slapen
- onverklaarbare pijn.

Gedragssignalen

- uitermate grote interesse voor alles wat te maken heeft met seksualiteit
- niet bij de leeftijd of ontwikkelingsniveau passende kennis over seksualiteit
- exhibitionistisch gedrag
- excessief masturbatiegedrag
- overmatig zoeken naar lichamelijk contact
- sterk seksueel wervend gedrag
- veel wisselende seksuele contacten
- prostitutie
- buitengewone angst voor bepaalde personen
- angst voor lichamelijk contact en schrikreacties bij aanrakingen
- niet op de rug durven liggen
- niet durven spreiden van benen
- niet durven uitkleden
- negatief lichaamsbeeld
- regressief gedrag zoals bedplassen, duimzuigen of eenkennigheid
- zelfverwonding
- suïcideneiging of poging
- dissociatieve stoornissen
- beschikken over veel geld
- aangeven dat hij/zij een geheim heeft en weigeren hierover te praten
- vertellen over seksueel misbruik of daar toespelingen op maken.

Deze signalen wijzen erop dat er iets aan de hand is met iemand, maar kunnen ook het gevolg zijn van andere vormen van mishandeling of traumatische gebeurtenissen.

Tertiaire preventie: hulpverlening bij de gevolgen van seksueel misbruik

De gevolgen van seksueel misbruik voor slachtoffers zijn zeer verschillend. De gevolgen kunnen afhangen van verschillende factoren, zoals de ernst, duur en aard van de misbruik en de leeftijd waarop het begint. Gaat het om lichamelijke aanraking of om verkrachting? Gaat het om eenmalig misbruik of om een langdurig en frequent misbruik? Is het misbruik dat gepaard gaat met veel emotioneel en lichamelijk geweld? Gaat het om een bekende of onbekende dader? Over het algemeen geldt dat hoe dichter de dader staat bij het slachtoffer, hoe ingrijpender het misbruik is. Men kan echter niet stellen dat hoe ernstiger het misbruik is, hoe groter de gevolgen zijn. Dat hangt namelijk ook af van de leeftijd en persoonlijkheid van het slachtoffer. Ten slotte zijn de reacties van de directe omgeving van het slachtoffer van invloed op de gevolgen van het seksueel misbruik. Kan het slachtoffer het verhaal kwijt en wordt hij/zij voldoende ondersteund? Ook het snel inschakelen van deskundige hulpverlening blijkt de gevolgen van seksueel misbruik te beperken. Seksueel misbruik kan leiden tot een verscheidenheid aan klachten en ziektebeelden zoals PTSS (post traumatische stress stoornis), angststoornissen, depressie of borderline-problematiek. Bij behandeling van de klachten is het van belang dat de achterliggende oorzaak, het misbruik, besproken wordt. Vaak zal professionele hulp noodzakelijk zijn om de klachten het hoofd te bieden en het misbruik te verwerken.

5.5 Verwijzing

Bij (het vermoeden van) seksueel misbruik kan of direct verwezen worden of kan een tweede gesprek met de Sense-verpleegkundige of Sense-arts geïndiceerd zijn.

Het is van belang het contact te bestendigen en het vertrouwen te winnen om, zo nodig, adequaat te kunnen verwijzen.

Slachtoffers van seksueel misbruik die met een hulpvraag komen op de Sense-sprekuren, kampen vaak ook met een seksueel probleem, al of niet als gevolg van het seksuele misbruik. Bespreek waar de hulpvraag ligt: verwerking van het trauma, stoppen van actueel geweld of van dreiging, of het oplossen van een seksueel probleem ten gevolge van een inmiddels verwerkt seksueel trauma. Niet alle seksuologen zijn ervaren in traumaverwerking. Houd daar in de verwijzing rekening mee en maak een regionale sociale kaart. Zo nodig kan telefonisch tevoren de casus met de hulpverlener worden besproken.

Indien het misbruik kortgeleden heeft plaatsgevonden (72 uur), kan het zinvol zijn de cliënt te verwijzen voor soa- en forensisch onderzoek. Tevens is actie geboden vrouwelijke slachtoffers de morning-afterpil of -spiraal aan te bieden indien er geen anticonceptiegebruik is (zie hoofdstuk 1. Anticonceptie).

Verwijzing naar:

- STEPS-methode bij eenmalig seksueel trauma (STEPS staat voor de stappen die gezet worden om de gevolgen van het trauma de baas te worden) (www.psychotraumacentrum.nl);
- huisarts, GGD of polikliniek Gynaecologie indien het misbruik korter dan 72 uur geleden heeft plaatsgevonden;
- eerstelijns psycholoog (seksuoloog NVVS), vrijgevestigd, met kennis en ervaring op gebied van hulp bij seksueel geweld;
- tweedelijns GGZ met een multidisciplinair seksuologisch team bij ernstig en langdurig trauma.

5.6 Meldpunt

Bij kinderen en jongeren:

- Bureau Jeugdzorg
- AMK (Advies en Meldpunt Kindermishandeling). Het AMK is deskundig in het onderzoeken van vermoedens van seksueel misbruik, geeft adviezen en zet

hulpverlening in werking. Het AMK onderhoudt nauwe relaties met Bureau Jeugdzorg, www.amk-nederland.nl, 0900 - 123 123 0.

Bij jongeren en volwassenen:

- Advies en steunpunten huiselijk geweld (ASHG), www.huiselijkgeweld.nl, 0900-1 26 26 26.

Kenniscentra

- MOVISIE (voorheen Transact), kennis en advies voor maatschappelijk ontwikkeling, heeft een programma Aanpak huiselijk en seksueel geweld, met diverse themasites en informatie en advies voor professionals. Zie www.movisie.nl.

5.7 Informatie

Voor cliënten

- Instructieve DVD voor meisjes die seksueel geweld hebben meegemaakt en hun ouders: www.hebikdat.nu.
- Wageningen A, Plooi E (2003). *Mijn lijf is me lief. Een verkenning van eigen seksualiteit, voor vrouwen die vroeger seksueel misbruikt zijn*. Utrecht: Kosmos Uitgevers.

Bronnen

- Bicanic I, Kremers A (red.) (2008). *Behandelprotocol van STEPS*. Amsterdam: Boom test. www.behandelprotocollen.nl.
- Ebbers S. *Seksualiteit en seksueel misbruik. Werkboek voor agogische en zorgverlenende beroepen*. (2002). Baarn: HB uitgevers.
- Nicolai N (red.) (2003) *Handboek Psychotherapie na seksueel misbruik*. Utrecht: De Tijdstroom.

Hoofdstuk 6. Problemen met de seksuele oriëntatie

6.1 Definitie

Aanhoudend en duidelijk lijden onder de eigen seksuele verlangens. De cliënt is in verwarring over zijn of haar verlangens ten aanzien van partners van hetzelfde geslacht, en lijdt onder, al dan niet geïnternaliseerde, oordelen (binnen de directe omgeving, de cultuur-religieuze 'peergroep' of de bredere maatschappelijke omgeving).

Deze problemen kunnen voorkomen bij mannen en vrouwen en kunnen soms als losstaand van de eigen seksuele zelfbenoeming (relatie-partner-identiteit) worden ervaren.

6.2 Vragen

- *Wat is het geslacht van de partner die centraal staat in*
 - *je seksuele verlangens en/of fantasieën?*
 - *in je behoefte aan intimiteit?*
 - *in je seksuele gedrag?*
- *Hoe was dat vroeger, hoe is het nu?*
- *Wat vind je van jezelf, welk label geef je zelf aan je seksuele verlangens?*
- *Heb je problemen met dit label of het label dat anderen aan je zouden kunnen geven?*
- *Welke problemen heb je met het label en je verlangens?*
- *Sinds wanneer ervaar je deze problemen en hoe vaak heb je die problemen?*
- *Wat betekent dat in je dagelijkse leven, school, werk?*
- *Hoe denk je dat je omgeving je ziet?*
- *Weet je omgeving van je verlangens en hoe wordt daar zoal op gereageerd?*
- *Heb je ervaringen met partners van hetzelfde geslacht?*
- *Ben je op dit moment verliefd? Is dat een partner van hetzelfde of van het andere geslacht?*
- *Kun je aangeven waarom je op die persoon verliefd bent (waarop ben je verliefd)?*
- *Uit die verliefdheid zich ook in (sterke) seksuele verlangens naar die persoon?*
- *Weet je of de verliefdheid wederzijds is?*
- *Heb je al eens seksueel contact gehad met deze persoon?*
- *Hoe zou je jezelf op dit moment geestelijk typeren: (on)evenwichtig, somber/vrolijk?*
- *Denk je wel eens aan zelfmoord?*
- *Gebruik/misbruik je alcohol, kalmerende middelen (of antidepressiva), slaapmiddelen, pijnstillers en/of drugs? Zie je zelf een relatie tussen dit gebruik en je seksuele verlangens?*
- *Hoe zie je de toekomst in relatie tot je seksuele gevoelens?*
- *Heb je eerder hulp gezocht?*

6.3 Probleembeschrijving

In de homoseksuele identiteitsontwikkeling worden vier fasen onderscheiden.

De eerste fase, *fase van de sensitisatie*, vindt in de regel plaats vóór de puberteit. Voor zover in deze fase (homo)seksuele contacten voorkomen, zijn die nog geen indicatie van de seksuele en relationele voorkeur.

De tweede fase is de *fase van de identiteitsverwarring*. De betrokkene begint zich te realiseren dat zijn gevoelens of gedrag homoseksueel zouden kunnen worden genoemd. Omdat dit afwijkt van hoe hij of zij aanvankelijk over zichzelf dacht, leidt dit tot verwarring. Er kan dan sprake zijn van het vermijden van homoseksuele gevoelens en op een andere manier naar het eigen seksuele gedrag kijken.

De derde fase, de *fase van de identiteitsaaname*, vindt in de regel plaats in de late adolescentie. Men gaat zichzelf als homoseksueel zien en zich in beperkte schaal ook aan anderen als zodanig presenteren. De derde fase eindigt wanneer men anderen op grote schaal informeert over de homoseksuele gevoelens.

In de vierde fase, de *fase van acceptatie*, accepteert men de homoseksuele gevoelens en voelt men zich met de homoseksuele identiteit en rol op zijn/haar gemak.

Dit model is een ideaaltype, wat betekent dat niet iedereen de onderscheiden fasen systematisch en respectievelijk doorloopt en dat niet alle aspecten op iedereen van toepassing zijn. Zo bestaan er sekseverschillen in de homoseksuele identiteitsontwikkeling. Deze variaties worden toegeschreven aan verschillen in de genderrolsocialisatie. Mannen zijn geconditioneerd om autonomie en praktisch gedrag te waarderen en vormen hun seksuele identiteit door middel van seksueel experimenteren. Vrouwen zijn meer relationeel georiënteerd en construeren hun seksuele identiteit binnen emotionele en romantische relaties. Daarom hebben vrouwen vaker dan mannen al een partnerrelatie voordat zij hun seksuele oriëntatie geaccepteerd hebben.

Bovenstaand model zou kunnen worden gezien als een emancipatiemodel waarin een prominente seksuele identiteit wordt voorgesteld die vervolgens als allesbepalend wordt verondersteld voor de partnerkeuze en ook zeer bepalend voor de verdere invulling van het leven.

Het idee van 'homoseksuele identiteitsontwikkeling' kan iemand voor de rest van zijn/haar leven een houvast geven om een volwaardige levensstijl te ontwikkelen. Voor een deel van de allochtone mannen en vrouwen gaat dit minder goed op. Vooral voor mannen en vrouwen met een islamitische achtergrond zou wellicht met een aangepast ontwikkelingsmodel gewerkt moeten worden. Allochtonen hebben niet altijd de gelegenheid hun seksuele identiteit als een zeer zichtbaar onderdeel van de eigen persoonlijke identiteit te tonen. Om die reden kan het zinvol zijn uit te gaan van de eigen wensen van de hulpvrager en de mogelijkheden om daar in zijn/haar eigen context vorm aan te kunnen geven. Wat wil hij of zij met zijn/haar seksuele verlangens en welke plek moet dat in haar/zijn leven krijgen en hoe openlijk wil hij/zij daarover zijn naar anderen (naar alle anderen of naar een selecte groep)?

Er wordt over het algemeen aangenomen dat een predispositie voor homoseksualiteit aangeboren is. De huidige biologische theorieën zoeken de ontwikkeling van een homoseksuele oriëntatie in de genen, de hersenen, of hormonen. Onderzoeken zijn echter niet eenduidig. Psychologische theorieën die zich bezig hebben gehouden met de vraag naar de oorzaken van homoseksualiteit zijn de psychoanalyse en de sociale leertheorie. Beiden zien homoseksualiteit als een individueel psychisch gegeven dat het gevolg is van specifieke ervaringen in de vroege jeugd.

De fasen van identiteitsverwarring en identiteitsaannee in de homo- en biseksuele identiteitsontwikkeling zijn niet eenvoudig voor de cliënt. Bij sommige homo- en biseksuele mannen en vrouwen zullen in deze fasen problemen ontstaan waarvoor ze professionele hulp nodig hebben. Deze problemen worden vooral veroorzaakt door de maatschappelijke houding tegenover homo- en biseksualiteit. Ook kan het oordeel van de kerkelijke gemeenschap waartoe iemand behoort, leiden tot twijfel en verwarring. Er kan vervreemding ontstaan van de buitenwereld, waar men weinig (h)erkenning vindt, wat kan leiden tot een negatief zelfbeeld. Een belangrijke factor bij het ontstaan van problemen is het relatief lang geheimhouden van de seksuele oriëntatie voor de omgeving.

Hoe groot de angst voor stigmatisering is, hangt voor een groot deel af van de eigen sociaal-culturele en religieuze achtergrond. Binnen Nederland zijn er wat dat betreft grote verschillen.

Een verschil tussen homo- en biseksualiteit is het relatieve gebrek aan toegang van biseksuele mannen en vrouwen tot een subcultuur van gelijkgestemden. Aan de andere kant lijkt de behoefte om zich te organiseren en tot een 'bicultuur' te komen ook minder groot dan voor homoseksuele mannen en vrouwen.

Het is van belang oog te hebben voor mogelijke seksuele problemen. Bij homoseksuele mensen lijken seksuele problemen veelal gerelateerd aan de moeizame combinatie tussen seksualiteit en intimiteit: 'Wie van de twee heeft welke rol in de relatie'.

Alle seksuele disfuncties kunnen voorkomen bij homoseksuele en lesbische paren. De behandeling daarvan is gelijk aan die bij heteroseksuele paren.

Gevolgen

Acceptatie- en waarderingsproblemen kunnen leiden tot een negatief zelfbeeld; de betreffende persoon heeft zichzelf als homoseksueel benoemd, maar slaagt er niet in om zijn homoseksualiteit als positief te waarderen.

Door coming out lopen sommige homoseksuele mannen en vrouwen het risico het bestaande sociale netwerk en steun te verliezen, in het bijzonder binnen etnische groepen waarin men sterk afwijzend staat tegenover homoseksualiteit, zoals Turkse en Arabisch-Berberse gemeenschappen.

Negatieve reacties kunnen zeer bedreigende vormen aannemen, zelfs uitmondend in antihomoseksueel geweld.

Door het samenspel van problemen met de seksuele oriëntatie en negatieve reacties uit de omgeving kunnen ernstige persoonlijke problemen ontstaan. De negatieve gevolgen van het homoseksueel zijn, kunnen zich op die manier uitbreiden naar steeds meer levensterreinen.

Deze negatieve (gevolgen van) invloed van homoseksualiteit op de geestelijke gezondheid blijkt zowel door homo- als door heteroseksuelen ontkend en onderschat te worden. Uit onderzoek blijkt dat homoseksuele mannen en vrouwen naar verhouding vaak lijden onder bepaalde psychische stoornissen en relatief vaak professionele hulp zoeken. Zo is bij homoseksuele mannen sprake van een hogere prevalentie van stemmings- en van angststoornissen dan bij heteroseksuele mannen, en bij lesbische vrouwen van een hogere prevalentie van middelenmisbruik dan bij heteroseksuele vrouwen.

Homoseksualiteit in een (hetero)huwelijk of -relatie brengt specifieke problemen met zich mee. Als homoseksuele gevoelens tijdens het huwelijk aanwezig blijven of sterker worden, dan spreekt men van Orpheusproblematiek, genoemd naar de mythologische figuur Orpheus, die alle aandacht voor vrouwen afzwoer na verlies van zijn vrouw. Andere problemen die veel voorkomen hebben te maken met openheid naar de buitenwereld. Bij lesbische relaties is er nogal eens sprake van een verborgen relatie, dit kan zowel met een man zijn als met een vrouw.

Seksueel geweld, zowel meegemaakt als slachtoffer maar ook als dader, komt vaker voor bij homoseksuele dan bij heteroseksuele vrouwen en mannen; dit kan van invloed zijn op de homoseksuele identiteitsontwikkeling. Jongens die vroeger door een man misbruikt zijn kunnen later in verwarring zijn over hun eigen seksuele identiteit.

6.4 Plan van aanpak

6.4.1 Wat kan de Sense-verpleegkundige doen

De meeste hulpvragen hebben te maken met de tweede en derde fase in de seksuele identiteitsontwikkeling, namelijk identiteitsverwarring en identiteitsaannee.

Het is van belang om aandacht te hebben voor seksspecifieke verschillen. Dat betekent dat aan de cliënt gevraagd wordt of hij/zij bij een vervolgesprek een specifieke voorkeur heeft voor een mannelijke dan wel vrouwelijke hulpverlener.

Zo mogelijk kan een tweede gesprek volgen:

- om uitbreider de hulpvraag te verhelderen;
- om informatie en advies te geven;
- om cliënt te motiveren voor verwijzing en verdere hulp;
- om adressen aan te reiken zoals van:

- COC, Nederlandse Vereniging tot Integratie van Homoseksualiteit;
- Schorerstichting, Nederlands instituut voor homoseksualiteit, gezondheid en welzijn;
- Stichting Orpheus, Landelijke vereniging voor hulpverlening bij homo/biseksualiteit in man-vrouw relaties.

6.5 Verwijzing

Indien er sprake is van identiteitsverwarring: verwijs naar een seksuoloog met specifieke kennis op dit gebied. Belangrijk is hierbij dat het, in dit stadium, om een neutraal contact gaat, niet om een duidelijk homoseksuele hulpverlener.

Indien sprake is van problemen rond de identiteitsaanneمة kan verwijzing naar een openlijk homoseksuele psycholoog of seksuoloog geëigend zijn.

Is er sprake van seksuele problemen bij een homoseksuele man, vrouw of paar: verwijs naar een seksuoloog die goed op de hoogte is van de homoseksuele leefwereld.

Als er twijfel is of als het juist duidelijk is dat psychische stoornissen op de voorgrond staan: verwijs naar de GGZ, maar wel liefst naar een tweedelijns GGZ met een multidisciplinair seksuologisch team.

6.6 Informatie

Sites

- www.expreszo.nl (jongeren)
- www.homoinfo.nl (over beginnende coming-out)
- www.coc.nl (belangenorganisatie)
- www.schorer.nl (kenniscentrum ten behoeve van gezondheid en homoseksualiteit)
- www.orpheushulpverlening.nl (hulpverlening bij homo/biseksualiteit in man-vrouwrelaties)

Literatuur

- Gijs L, Gianotten W, Vanwesenbeeck I, Weijenborg Ph (red.) (2004) *Seksuologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Hoofdstuk 7. Genderidentiteitsstoornissen (GIS)

7.1 Definitie

Stoornissen waarbij voor een persoon de genderidentiteit (het basisgevoel man of vrouw te zijn) en het biologisch geslacht niet congruent ervaren worden en hij of zij hieronder lijdt.

7.2 Vragen

Er zijn drie hulpvragen bij volwassen cliënten met een genderidentiteitsprobleem:

1. Hulp bij het onderdrukken van hun gevoelens
2. Een vraag om informatie
3. Een verzoek om een geslachtsaanpassende operatie, waarbij opgemerkt moet worden dat er de laatste jaren, in het bijzonder bij transgenderisten, een toenemende hulpvraag is naar het voorschrijven van hormonen zonder de wens van een geslachtsveranderende operatie.

Vragen:

- *Voel jij je man of vrouw?*
- *Komt dit overeen met je uiterlijk?*
- *Voel jij je volledig of gedeeltelijk man of vrouw?*
- *Voel jij je zowel man als vrouw?*
- *Heb je behoefte je af en toe om te kleden als man of vrouw?*
- *Zijn je wensen duidelijk voor jezelf of twijfel je over je eigen identiteit?*
- *Zou jij je geslacht aan willen passen aan je wens?*
- *Heb je gedacht aan hormoonbehandeling om bijvoorbeeld borsten te krijgen of een operatie om je penis te verwijderen, je borsten kwijt te zijn, een penis te krijgen?*
- *Denk je wel eens: ben ik homo of hetero?*
- *Weet je omgeving van je wensen en verlangens?*
- *Weet je partner dit?*
- *Ben je hierdoor wel eens depressief of angstig?*
- *Denk je wel eens aan zelfmoord?*
- *Gebruik je (overmatig) alcohol en/of drugs?*
- *Hoe functioneer je op school of op je werk?*
- *Heb je ooit eerder hier met iemand over gesproken?*
- *Wat is je vraag? Welke hulp zou je willen?*

7.3 Probleembeschrijving

Er worden bij genderidentiteitsproblemen 3 categorieën onderscheiden:

a. Travestie

b. Transgenderisme

c. Transseksualiteit

a. Travestie

Tijdelijk, geheel of gedeeltelijk gekleed willen zijn in kleding toebehorend aan de andere biologische sekse (ook wel omkleeden genoemd). Geen wens tot geslachtsverandering of andere blijvende uiterlijke, lichamelijke aanpassingen.

Er worden twee vormen onderscheiden:

- fetisjistisch transvestitisme, waarbij de omkleeding als seksueel opwindend wordt ervaren;
- transseksueel of dubbelroltransvestitisme, waarbij de omkleeding geen seksuele betekenis heeft, maar de bevrediging bestaat uit de beleving van het tijdelijk deel uitmaken van de andere sekse; aan een meer permanente sekseverandering is geen behoefte.

b. Transgenderisme

Een transgenderist, ook wel het derde geslacht genoemd, is een man of vrouw die zich deels man en deels vrouw voelt. De groep transgenderisten kent een grote verscheidenheid aan vormen, waaronder:

- mannen die permanent als vrouw leven en vrouwen die permanent als man leven zonder dat zij een geslachtsveranderende operatie hebben ondergaan;
- mannen of vrouwen die een lichamelijke verandering met behulp van hormonen en/of operatieve ingrepen hebben ondergaan. Denk aan mannen die een vrouwenstem, borsten of baardepilatie willen. Tegelijkertijd kiezen ze voor behoud van de mannelijke genitaliën;
- mannen die zich soms meer vrouw, soms meer man voelen, en vrouwen die zich soms meer man en soms meer vrouw voelen.

c. Transseksualiteit

Bij transseksualiteit is de genderidentiteit - het subjectieve gevoel tot een van beide genders te behoren - niet in overeenstemming met het lichamelijke geslacht.

Transseksuelen worden geboren met de normale karakteristieke kenmerken van de ene sekse, maar hebben de overtuiging tot de andere gender te behoren, waarbij er een continue en stabiele wens is tot een totale geslachtsaanpassing (met behulp van hormonale behandeling en operatieve ingrepen). Mogelijk heeft er al een geslachtsverandering plaatsgevonden.

Een biologische man (bioman) wil een vrouw worden (man naar vrouw transseksueel, MV, ook wel transvrouw genoemd) of een biologische vrouw (biovrouw) wil man worden (vrouw naar man transseksueel, VM), ook wel transman genoemd.

Indien iemand zich meldt met de hulpvraag te helpen de genderdysfore gevoelens te onderdrukken, dan is het antwoord dat dit niet mogelijk is. De gevoelens zijn er of zijn er niet, kunnen afwisselen en tot onzekerheid leiden. Veel cliënten met problemen rond hun genderidentiteit melden zich dan ook aan omdat zij in verwarring zijn: "Wie of wat ben ik. Wat is er met me aan de hand. Wat zou de betekenis van mijn verlangens en/of gedrag kunnen zijn." Daarbij zal men hulp vragen hoe om te gaan met deze verwarring. Soms roept het ook vragen op over hun seksuele oriëntatie, bijvoorbeeld of het betekent dat zij homoseksueel zijn. Een vraag om informatie is vaak een onderdeel van deze hulpvraag.

Bij travestie kan de hulpvraag zich toespitsen op de inpassing van de omkleedbehoefte in het dagelijks leven.

Voor transgenderisten zijn er tot op heden vrijwel geen – legale – mogelijkheden voor hun medische wensen (zoals het voorschrijven van medicatie ten behoeve van borstvorming).

Partners van cliënten met een GIS worden geconfronteerd met een belangrijk deel van de identiteit van hun partner waarvan zij meestal geen weet hadden. Dit heeft vaak ingrijpende persoonlijke consequenties. Daarom hebben partners van cliënten met een GIS vaak behoefte aan persoonlijke hulp of begeleiding. Ook ouders en kinderen van een vader of moeder met een GIS kunnen behoefte hebben aan persoonlijke hulp om met de nieuwe identiteit van het kind/de ouder om te gaan.

Gevolgen

Cliënten met een hulpvraag rond GIS kunnen problemen hebben met het aangaan van relaties, aantasting van het gevoel van eigenwaarde en zelfrespect, angststoornissen, stemmingsstoornissen en stressgerelateerde klachten. De gevolgen voor de verschillende groepen zijn:

a. Travestie

Veel travestieten zijn heteroseksuele mannen bij wie het omkleden in het geheim plaatsvindt. Deze geheimhouding kan leiden tot angsten, depressieve gevoelens en stressgerelateerde klachten. Men is vooral bang voor ontdekking van de travestie door de partner en/of de kinderen. Ook kunnen schaamtegevoelens een rol spelen. Daarnaast kan er angst voor de oncontroleerbaarheid van de 'omkleeddrang' bestaan: steeds meer preoccupatie met de travestie, zowel meer feitelijk als in de fantasie. Dit kan leiden tot angststoornissen, alcoholmisbruik, depressieve klachten, relationele spanningen, werkgerelateerde problemen, et cetera.

Als er een vorm gevonden is waar en wanneer men zich kan uiten in travestie en er is acceptatie van de travestieverlangens zowel van de travestiet als van zijn omgeving, dan brengt de travestie in het algemeen geen of weinig problemen met zich mee.

b. Transgenderisme

Dit is een heterogene groep. De mate van genderdysforie (onvrede met de sekse waartoe men behoort en/of de sekserol 'horend' bij die sekse) kan zeer verschillend zijn.

c. Transseksualiteit

Een van de kenmerken van transseksualiteit is afkeer van primaire en secundaire geslachtskenmerken. Men heeft afkeer van de eigen genitaliën en daarbij behorende functies als erecties, ejaculaties en menstruatie. Ongenoegen met het eigen lichaam is de kern van de genderdysforie en kan een rol spelen in de ontwikkeling van problemen of stoornissen als middelenmisbruik, depressiviteit, laag zelfbeeld, vereenzaming, automutilatie en suïcidaliteit. Wanneer transseksuelen op latere leeftijd een sekseverandering willen ondergaan, betekent dat meestal dat de genderdysforie al lange tijd een bepalende rol speelt. Op veel gebieden kunnen er stagnaties of verstoringen zijn in de ontwikkeling, bijvoorbeeld op het gebied van de seksuele ontwikkeling of in het aangaan van intieme relaties.

Transseksualiteit is behalve voor de cliënt zelf ook voor zijn of haar omgeving erg ingrijpend. Relaties tussen de cliënt en zijn/haar naasten kunnen er door worden verstoord. Een transseksueel wordt vaak geconfronteerd met grote verliezen en verwijdering uit veel contactgroepen. Het lijkt eerder regel dan uitzondering dat men niet alleen belangrijke personen verliest, maar bijvoorbeeld ook werk. De sekseverandering zelf kan als gevolg hebben dat men teleurgesteld is over het resultaat van de operaties en hormoonbehandeling. Verder kunnen pijnen en/of complicaties na medische ingrepen directe gevolgen hebben voor de cliënt. Ook kan men geconfronteerd worden met bijwerkingen van het hormoongebruik.

7.4 Plan van aanpak

Wanneer uit de directe hulpvraag of uit gegevens verkregen door de algemene seksuele anamnese blijkt dat er sprake is van GIS-problematiek, zal er aanvullende informatie nodig zijn om de cliënt goed te kunnen verwijzen en hem of haar daarvoor te kunnen motiveren.

7.4.1 Wat kan de Sense-verpleegkundige doen

Verhelderen van de hulpvraag: wanneer zijn de klachten/problemen begonnen, hoe uiten ze zich in het dagelijks leven van cliënt, welke beperkingen leveren ze op. Van welke GIS is hier sprake. Cliënt voor een vervolgesprek zo nodig verwijzen naar de (Sense) arts of rechtstreeks verwijzen naar een seksuoloog met deskundigheid op dit gebied.

7.4.2 Wat kan de (Sense-)arts doen

- *Zijn er genetische, hormonale of hersenafwijkingen?*
- *Zijn er verstandelijke beperkingen?*
- *Is er vermoeden van psychopathologische comorbiditeit?*
- *Is er sprake van middelenmisbruik?*
- *Hoe is de sociale wereld van de cliënt: werk, school/studie, relatie, vrienden?*
- *Hoe hoog is de lijdensdruk?*
- *Is er sprake van suicidegevaar?*

7.5 Verwijzing

- Indien géén wens tot geslachtsaanpassing en géén psychopathologische comorbiditeit: naar een psychotherapeut/seksuoloog NVVS met specifieke kennis op dit gebied;
- als er enige aanwijzing is voor psychopathologische comorbiditeit en/of aanwijzingen voor risico op suicide: naar tweedelijns GGZ met een Multi Disciplinair Team;
- bij wens tot geslachtsaanpassing: naar het Genderteam van het VUMC (Zorgcentrum voor Genderdysforie) te Amsterdam of het UMCG (Groninger Genderteam UMCG) te Groningen;
- bij middelenmisbruik: naar verslavingszorg. Echter niet in combinatie met verwijzing naar het Genderteam (één behandelaar is gewenst).

7.6 Informatie

Sites

- Zorgcentrum voor Genderdysforie: www.vumc.nl/afdelingen/zorgcentrum-voor-gender/
- Groninger Genderteam UMCG: www.umcg.nl
- www.transman.nl
- www.genderdysforie.com

Literatuur

- Carlier I, Janssen P, Rhee C van der, Lotgerink H, Vroege J. (2006) *Zorgprogramma Genderidentiteitsstoornissen*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep

Hoofdstuk 8. Parafilie

8.1 Definitie

Terugkerende, intens seksueel opwindende fantasieën, seksuele impulsen en gedragingen betreffende:

- niet-menselijke objecten;
- het lijden of vernederen van zichzelf of de partner;
- kinderen of andere niet-instemmende personen.

8.2 Vragen

- *Wat is de inhoud van je verlangens en/of gedragingen die je niet kunt tegenhouden?*
- *Waar is je seksueel-erotische focus op gericht?*
 - *Wil jij je geslachtsdelen tonen aan nietsvermoedende vreemden?*
 - *Voel jij je seksueel aangetrokken tot niet-levende objecten zoals schoenen of lingerie?*
 - *Wil je zonder instemming tegen een ander aanwrijven of de ander aanraken?*
 - *Heb je seksueel erotische gevoelens voor een kind jonger dan een puber of jonger dan 13 jaar?*
 - *Wil je vernederd, geslagen, vastgebonden of gepijnigd worden?*
 - *Wil je een slachtoffer geestelijk of lichamelijk lijden toebrengen?*
 - *Wil je kleding van de andere sekse dragen?*
 - *Wil je zonder toestemming bij seksuele activiteiten, uitkleden of naakt zijn van anderen toekijken?*
- *Worden de (parafiele) verlangens als 'horend bij jezelf' of als 'wezensvreemd', veraf van jezelf ervaren?*
- *Hoe intensief ben je met de parafilie bezig, hoe vaak doe je het?*
- *Hoe breng jij je wens in de praktijk?*
- *Wat zijn de gevolgen?*
- *Lukt het je om (steeds) veilig te vrijen?*
- *Hoe functioneer je in het dagelijks leven, in je vriendenkring, op school of werk?*
- *Hoe reageert je omgeving op je, weet iemand anders er van?*
- *Heb je ooit strafrechtelijke bemoeienis gehad?*
- *Vind je zelf dat je gevaar loopt, zowel lichamelijk als juridisch?*
- *Is er gevaar voor anderen?*
- *Is er suïcidegevaar?*
- *Gebruik je (overmatig) alcohol of drugs?*

DSM-classificatie van parafilieën	
Categorie	Seksueel-erotische focus
Exhibitionisme	het tonen van de geslachtsorganen aan een nietsvermoedende vreemdeling
Fetisjisme	niet-levende objecten (schoenen, lingerie)
Frotteurisme	zonder instemming aanraken en wrijven tegen een andere persoon
Pedofilie	prepubertair kind of jonger dan 13 jaar
Seksueel masochisme	vernederd, geslagen, vastgebonden of anderszins gepijnigd worden
Seksueel sadisme	toebrengen van psychisch of lichamelijk lijden bij een slachtoffer
Transvestisch fetisjisme	dragen van kleding van de andere sekse
Voyeurisme	zonder toestemming kijken naar andere(n) bij seksuele activiteiten, uitkleden of naakt zijn

Niet anderszins gespecificeerd:	vallend buiten de vorige
Telefooncatalogie	obscentiteiten over de telefoon
Necrofilie	lijken
Partialisme	lichaamsdeel
Zoölogie	dieren
Coprofilie	ontlasting
Urofilie	urine
Klismafilie	rectaal inbrengen van vloeistof

8.3 Probleembeschrijving

Parafilie begint in de vroege adolescentie, 12-18 jaar, en komt vaker voor bij mannen dan bij vrouwen. De minimale duur van de fantasieën, behoeften en handelingen is 6 maanden, alvorens te spreken van een parafilie.

Het gedrag, het seksueel verlangen of de fantasieën veroorzaken duidelijk lijden in het sociale of beroepsmatig functioneren of op een belangrijk ander gebied.

Bij pedofilie, voyeurisme, frotteurisme of seksueel sadisme is lijdensdruk geen noodzakelijke voorwaarde en wordt de diagnose ook gesteld als betrokkene gehandeld heeft naar zijn fantasieën en/of behoeften. Bij seksueel masochisme wordt de diagnose enkel gesteld wanneer er sprake is van lijden of beperkingen in het sociale en beroepsmatige functioneren.

Risico's kunnen zijn:

- aanzienlijk risico voor lichamelijk letsel en overlijden, bijvoorbeeld bij wurgseks of urethramanipulatie;
- problemen voor de (gezondheid van) de betrokkene zelf en problemen voor de partner zoals bij fetisjisme, seksueel sadisme, seksueel masochisme;
- exhibitionisme, voyeurisme, frotteurisme en pedofilie kunnen leiden tot problemen bij slachtoffers met justitiële gevolgen.

Veel cliënten die lijden aan een parafilie houden deze stoornis geheim voor hun omgeving/partner. Deze geheimhouding kan leiden tot angsten en depressieve gevoelens en stressgerelateerde klachten. Angst en stress kunnen ontstaan omdat de cliënt bang is door partner en/of kinderen ontdekt te worden. De seksuele verlangens en/of het seksuele gedrag worden door de cliënt zelf niet geaccepteerd en men verwacht - vaak terecht - dat de omgeving deze ook niet acceptabel vindt. Er bestaan in veel gevallen schuld- en schaamtegevoelens en ook gevoelens van onmacht en angst voor toenemende oncontroleerbaarheid van het gedrag. Deze angst voor oncontroleerbaarheid kan resulteren in een lang gevecht waarin geprobeerd wordt behoeften uit te bannen. Deze strijd zal over het algemeen gepaard gaan met veel spanningen die op hun beurt weer leiden tot compenserend gedrag als alcoholmisbruik of depressie, maar ook spanningen binnen de relatie en problemen op het werk. Wanneer de partner of andere mensen in de omgeving van de cliënt op de hoogte zijn van de stoornis, kunnen zij druk uitoefenen op de cliënt om zijn verlangens te onderdrukken. Leugens, (zelf)bedrog en een dubbelleven zijn dan veelal het gevolg.

Risico's

Cliënten kunnen zich verwonden door de aard en de frequentie van hun seksueel gedrag en kunnen seksueel overdraagbare aandoeningen oplopen.

De stoornis kan ten koste gaan van andere levensgebieden, omdat men steeds meer en meer bezig is met seksuele activiteiten en er minder tijd en interesse is voor andere dingen. Dit kan leiden tot verlies van partner, vrienden en/of familie. Ook kunnen er als gevolg van deze stoornis financiële problemen ontstaan door bijvoorbeeld veelvuldig prostitutiebezoek, internetverslaving en telefoonseks.

8.4 Plan van aanpak

8.4.1 Wat kan de Sense-verpleegkundige doen

In de uitleg over wat er aan de hand is zullen de verpleegkundige en de arts veel begrip en inzicht moeten tonen voor de impact van dit probleem op de cliënt en op de partner.

Tegelijkertijd is er de realiteit van de consequenties van het gedrag waarvoor de cliënt verantwoordelijkheid draagt.

De verpleegkundige zal middels het stellen van bovengenoemde vragen inzicht kunnen krijgen in de aard van de parafilie en de consequentie voor het dagelijks leven. Tevens dient ingeschat te worden of er op korte termijn risico's zijn voor cliënt, omgeving of potentieel slachtoffer.

Bij het formuleren van de hulpvraag zal de verpleegkundige zich moeten realiseren dat er niet altijd lijdensdruk bij de cliënt zelf zal zijn. Veelal is er sprake van externe druk.

8.4.2 Wat kan de (Sense-)arts doen

Zo nodig beoordeling van lichamelijk letsel als gevolg van de parafiele neiging.

8.5 Verwijzing

Verwijs naar de tweedelijng GGZ met een afdeling seksuologische hulpverlening of naar psychotherapeut/seksuoloog NVVS met specifieke kennis op dit gebied.

8.6 Informatie

Literatuur

- Gijs L, Gianotten W, Vanwesenbeeck I, Weijnenborg Ph (red.) (2004) *Seksuologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Bijlage 1. Lijst van referenten en lijst van leden van de Kwaliteitscommissie

Referenten

De richtlijnen zijn gerefereerd door personen met specifieke expertise op een bepaald thema. Vermelding als referent betekent niet dat iedere referent de richtlijnen inhoudelijk op elk detail onderschrijft.

Algemeen

- Coördinatoren acht GGD-regio's
- Drs. W.J.S.S. Cuypers, arts-seksuoloog NVVS i.o, fertilititeitsarts, docent. GGD Zuid-Limburg, Heerlen e.o., Orbis MZC, locatie MUMC Maastricht, HS Zuyd, faculteit verloskunde Maastricht, RINO Zuid-Nederland, Eindhoven
- Mevr. M. van 't Hof, sociaal verpleegkundige soa/hiv. Destijds lid Soa-commissie VOGZ/V&VN en GGD Rotterdam-Rijnmond, Rotterdam
- Mevr. M.A.J. Kersten, sociaal verpleegkundige. Lid Soa-commissie VOGZ/V&VN en GGD Rivierenland, Tiel
- Mevr. M. Taal, verpleegkundige. Programmaleider intermediairs Soa Aids Nederland, Amsterdam
- Mevr. J.W.M. van Weert, sociaal verpleegkundige. Coördinator Sense, RIVM - Centrum Infectieziektebestrijding, Bilthoven

Anticonceptie

- Mevr. drs. O.E. Loeber, arts Rutgershuis-Oost, Arnhem en arts abortushulpverlening Mildred-Rutgershuis, Arnhem
- Dr. H.W. van Lunsen, arts, seksuoloog NVVS. Afdeling Seksuologie/Psychosomatische Gynaecologie Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- Drs. L.W.M.Obdeijn-van Welij, arts, seksuoloog NVVS. Preterm-Rutgers Den Haag.
- Drs. Ch. Picavet, onderzoeker. Rutgers Nisso Groep, Utrecht

Ongewenste zwangerschap

- Mevr. C.L.Bauer, directeur SGNN/Stimezo, Groningen
- Mevr. drs. P.J. Borger-Korf, arts. Destijds consultant en wetenschappelijk medewerker VBOK, Amersfoort
- Mevr. drs. E.M.A. Giepmans, landelijk beleidsmedewerker, stichting ambulante Fiom, 's-Hertogenbosch
- Mevr. drs. O.E. Loeber, arts Rutgershuis-Oost, Arnhem en arts abortushulpverlening Mildred-Rutgershuis, Arnhem
- Drs. G.J. Noorman, manager dienstverlening VBOK, Amersfoort
- Mevr. dr. C. Wijsen, manager Onderzoek & Kennistransfer Rutgers Nisso Groep, Utrecht

Seksueel geweld

- Mevr. drs. I. van Beek, psycholoog. Senior adviseur en trainer Huiselijk en Seksueel geweld, Movisie, Utrecht

Seksuele oriëntatie

- Drs. W. Zuilhof. Senior medewerker hiv/soa bestrijding, Schorer, Amsterdam

Seksuologische Hulpverlening

- Mevr. drs. M.J. Ramakers, arts, seksuoloog NVVS. Centrum voor seksuele en relationele gezondheid, Voorschoten en Polikliniek Seksuologie Reinier de Graaf Ziekenhuis/GGZ Delfland, Delft

- Drs. J.A. Vroege, psycholoog. Hulpverlener en onderzoeker, PsyQ Seksuologie, Voorburg
- Mevr. M.T. IJff, maatschappelijk werk VO, seksuoloog NVVS. Hoofddocent seksuologie, Rinogroep Utrecht en therapeut, docent, supervisor, Bureau voor Psychoseksuele Therapie, Appeltern

Kwaliteitscommissie

- Mevr. drs. C. van den Hoek, seksuoloog NVVS-VPO. GGD Rotterdam-Rijnmond, Sense ZZh
- Mevr. R. Kaufmann, sociaal verpleegkundige met Aantekening seksuologie NVVS. Schorer, Amsterdam
- Drs. P. Leusink, huisarts, seksuoloog NVVS. Polikliniek seksuologie Groene Hart Ziekenhuis Gouda, UMC Utrecht, Sense ZZh (voorzitter)
- Mevr. H. van der Schoot-Roholl, systeemtherapeut, seksuoloog NVVS. Bussum/Naarden
- Mevr. drs. M.Tanis-Nauta, arts, seksuoloog NVVS. Polikliniek Medische Seksuologie Medisch Centrum Leeuwarden, Sense NN
- Prof. dr. W.C.M. Weijmar Schultz, gynaecoloog, seksuoloog NVVS. UMC Groningen, Sense NN

Bijlage 2. Kwaliteitseisen en richtlijnen aanvullende eerstelijns seksualiteitshulpverlening

Kwaliteitseisen en richtlijnen aanvullende eerstelijns seksualiteitshulpverlening

Nederlandse Vereniging voor Seksuologie 2007

INHOUDSOPGAVE

Inleiding

1 Minimum kwaliteitseisen

- 1.1 Waar hebben de kwaliteitseisen betrekking op?
- 1.2 Overzicht van de minimale kwaliteitseisen

2 De inrichting van de seksualiteitshulpverlening

- 2.1 Toegang tot aanvullende hulpverlening
- 2.2 Consulten seksuele gezondheid
- 2.3 Kwaliteitskenmerken van hulpverleners binnen een CSG
- 2.4 Nascholing medewerkers

3 De context

- 3.1 Seksuele gezondheid
- 3.2 Hulpverlening op het gebied van soa, anticonceptie, seksualiteit en abortus
- 3.3 Andere hulpverlening
- 3.4 Taak coördinerende GGD: het creëren van een netwerk

Appendix 1a: Schema 1 hulpverlening

Appendix 1b: Schema 2 hulpverlening

Appendix 2: Criteria inschrijving NVVS register Aantekening Seksuologie

Appendix 3: Samenstelling kwaliteitswerkgroep

Kwaliteitseisen en richtlijnen aanvullende eerstelijns seksualiteitshulpverlening

Inleiding

Dit kwaliteitsdocument biedt een kader voor de kwaliteit waaraan aanvullende eerstelijns seksualiteitshulpverlening moet voldoen, voor zover deze onder paragraaf 6 van de Subsidieregeling publieke gezondheid valt.

Allereerst bevat het document een overzicht van de minimum kwaliteitseisen waaraan seksualiteitshulpverlening moet voldoen. De coördinerende GGD in het verzorgingsgebied is verantwoordelijk voor het naleven van deze minimale eisen op de plaatsen waar seksualiteitshulpverlening gefinancierd vanuit de Subsidieregeling publieke gezondheid wordt aangeboden in het verzorgingsgebied. De minimale kwaliteitseisen zijn opgesteld aan de hand van:

- *Bestaande kwaliteitsnota's.*
- *Ontwikkelde protocollen vanuit de pilot studies Sense (gefinancierd vanuit het Programma Seksualiteit van ZonMw). Binnen deze pilots zijn samenwerkingsverbanden opgestart tussen bestaande instellingen werkzaam op het gebied van seksuele gezondheid en GGD'en.*

Ten tweede bevat dit document een aantal handvatten voor de inrichting van seksualiteitshulpverlening in een verzorgingsgebied. Het betreffen hier geen eisen, maar meer mogelijkheden voor een goede organisatie van deze hulpverlening.

Ten slotte bevat dit document een overzicht van de positie van seksualiteitshulpverlening ten opzichte van andere (aanvullende) hulpverlening op het gebied van seksuele gezondheid of (jeugd)zorg. Het aanbod binnen de seksuele gezondheidszorg is breed. De kwaliteitseisen gesteld in het eerste gedeelte van dit document hebben alleen betrekking op de aanvullende eerstelijns seksualiteitshulpverlening gefinancierd vanuit de Subsidieregeling publieke gezondheid. Het betreft een voorziening voor jongeren tot 25 jaar waar VWS aanvullende financiering nodig voor acht. Dit neemt niet weg dat voor andere doelgroepen en andere problematiek ook eerstelijns hulpverlening aanwezig is op het gebied van seksualiteit. Te denken valt aan huisartsenzorg, seksuologische zorg in de eerste lijn gefinancierd door de verzekeraar, aanbod van de Fiom op het gebied van onbedoelde zwangerschap enz. Een coördinerende GGD dient hiervan op de hoogte te zijn en contacten te hebben met deze andere zorgverleners, om de aanvullende eerstelijns seksualiteitshulpverlening, maar ook de aanvullende curatieve soa-bestrijding optimaal uit te kunnen voeren.

Dit kwaliteitsdocument is opgesteld door een werkgroep, zie appendix 3. De Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS) heeft deze werkgroep geleid, in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Op 12 november heeft het ministerie van VWS dit kwaliteitsdocument goedgekeurd en van toepassing verklaard op de aanvullende eerstelijns seksualiteitshulpverlening, paragraaf 6 van de Subsidieregeling publieke gezondheid.

1 Minimum kwaliteitseisen

1.1 Waar hebben de kwaliteitseisen betrekking op?

Hulpvragen seksuele gezondheid betreffen:

1. vragen over (gebruik en werking) van anticonceptie
2. vragen over soa of
3. seksualiteitsvragen (waaronder vragen over seksueel geweld).

De seksualiteitshulpverlening betreft het in het verzorgingsgebied van de desbetreffende coördinerende GGD, in aanvulling op de curatieve gezondheidszorg, verlenen of doen verlenen van de volgende individuele zorg met betrekking tot de seksuele gezondheid:

1. signalering van de hulpvragen,
2. verrichten van eenvoudige psychosociale en somatische diagnostiek, met inbegrip van lichamelijk onderzoek,
3. geven van informatie en advies,
4. voorschrijven van en behandelen met geneesmiddelen,
5. verwijzen ter behandeling van complexe hulpvragen, en
6. registratie van gegevens ten behoeve van ontwikkeling van het beleid op het gebied van collectieve preventie en seksualiteitshulpverlening.

Een consult seksualiteitshulpverlening is gedefinieerd als het aan een cliënt verlenen van seksualiteitshulpverlening door middel van een individueel en face to face consult, dat tenminste bestaat uit het signaleren van hulpvragen, het geven van informatie en advies en het registreren van gegevens ten behoeve van ontwikkeling van het beleid op het gebied van seksualiteitshulpverlening. Ook andere vormen van consulten zijn mogelijk (telefonisch, per email), maar vallen voorsnog niet binnen de subsidieregeling.

De seksualiteitshulpverlening (vallende onder de Subsidieregeling publieke gezondheid) is gericht op jongeren tot 25 jaar. De afspraak voor een eerste consult moet gemaakt zijn voor het bereiken van de leeftijd van 25. Er vinden maximaal twee consulten per cliënt per hulpvraag plaats. Het aanbieden van een tweede consult is mogelijk, indien sprake is van:

- *het voorschrijven van anticonceptie,*
- *noodzaak tot lichamelijk onderzoek of*
- *noodzaak tot extra informatie aangaande de hulpvraag om deze op adequate wijze te kunnen beantwoorden of de cliënt te kunnen doorverwijzen.*

1.2 Overzicht van de minimale kwaliteitseisen

Algemeen

- De seksualiteitshulpverlening wordt per verzorgingsgebied minimaal op een vaste plaats aangeboden volgens een spreekuur schema.
- Voorafgaand aan de seksualiteitshulpverlening vindt een globale triage of schifting plaats (telefonisch, per email of face to face), waarmee wordt bevorderd dat jongeren binnen de juiste hulpverlening terecht komen (zie voor een voorbeeld 2.1 en verder onder punt 3, de context).
- Een andere vorm om jongeren toegang te verlenen tot seksualiteitshulpverlening is het inrichten van jongerensprekuren ter plaatse van bijvoorbeeld jongereninstellingen, scholen en uitgaansgelegenheden ten behoeve van specifieke doelgroepen. Bij een dergelijk aanbod mag de triage vervallen.

Het consult

- De seksualiteitshulpverlening is breed van karakter, in een consult is aandacht voor seksualiteit in brede zin, voor soa en voor anticonceptie.
- Een consult duurt gemiddeld 30 minuten (inclusief verslaglegging en overlegtijd).
- Registratie van een minimale set gegevens¹ vindt plaats in het epd.
- De volgende richtlijnen moeten worden gevolgd:
 - richtlijn Anticonceptie en morning-after-middelen,
 - richtlijn 1e lijn Seksuologische Hulpverlening incl. verwijscriteria voor een GGZ-instelling of voor een Polikliniek Seksuologie (in een ziekenhuis),
 - richtlijn Signaleren seksueel misbruik.

Deskundigheid

- De seksualiteitshulpverlening wordt uitgevoerd door HBO verpleegkundigen of vergelijkbare/ hoger geschoold personeel. Deze medewerkers hebben tenminste scholing gehad op het terrein van anticonceptie, soa, seksualiteit en seksueel geweld (scholing van 10 dagen) en voldoen aan de criteria voor het verkrijgen van een aantekening seksuologie NVVS (appendix 2). Het streven is dat deze laatste eis in werking gaat vanaf 1 januari 2009. De deskundigheid van medewerkers blijft op peil door middel van regelmatige scholing en intervisie (zie appendix 2, herregistratie).
- Binnen ieder verzorgingsgebied is een seksuoloog NVVS verbonden aan het netwerk van de aanvullende eerstelijns seksualiteitshulpverlening. De voorkeur gaat uit naar een arts-seksuoloog NVVS. Afhankelijk van de voorzieningen in een regio kan dit ook een psycholoog-seksuoloog zijn die samenwerkt met een arts met Aantekening Seksuologie. Deze seksuoloog NVVS heeft de volgende functies, afhankelijk van de basisdiscipline:

Indien de seksuoloog NVVS arts is:

- medische eindverantwoordelijkheid,
- aanspreekpunt voor de verpleegkundigen (zie hierboven),
- verpleegkundigen machtigen om voorbehouden handelingen (injectie, uitschrijven recept) uit te voeren,
- uitvoering van het eerste of tweede consult wanneer dit volgens de verpleegkundige noodzakelijk is,
- zo nodig verwijzing naar de tweede lijn.

Indien de seksuoloog NVVS géén arts is:

- aanspreekpunt verpleegkundigen,
- uitvoering tweede consult indien niet medisch van aard,
- verwijzing naar de tweede lijn.

Indien de seksuoloog NVVS geen arts is, dient een (basis)arts, huisarts of medisch specialist met aantekening Seksuologie NVVS verantwoordelijk te zijn voor de volgende taken:

- medische eindverantwoordelijkheid,
- aanspreekpunt verpleegkundigen,
- verpleegkundigen machtigen om voorbehouden handelingen (injectie, uitschrijven recept) uit te voeren,
- uitvoering tweede consult indien medisch van aard,
- zo nodig verwijzing naar de tweede lijn.

¹ Vastgesteld door VWS.

Wanneer het nodig blijkt invasieve methoden van anticonceptie toe te passen (spiraal, pessarium, implanon), mag dit uitsluitend door een arts worden uitgevoerd. Een coördinerende GGD moet minimaal een arts in dienst hebben. Indien in een GGD verzorgingsgebied geen seksuoloog NVVS aanwezig is, dient de coördinerende GGD in deze behoefte te voorzien.

2 De inrichting van de seksualiteitshulpverlening

- *Per verzorgingsgebied beslist de coördinerende GGD wie de aanvullende eerstelijns seksualiteitshulpverlening aanbiedt. Dit doet zij ook voor de aanvullende curatieve soa-bestrijding. Het is de bedoeling dat er een samenhangend hulpverleningsaanbod op deze beide gebieden ontstaat (een "Centrum voor Seksuele Gezondheid", CSG). Dit kan gebeuren d.m.v. één fysieke locatie en/of een juridische entiteit waarin organisaties hun werkzaamheden hebben ondergebracht of een samenwerkingsverband van meerdere instellingen die op een uniforme of aanvullende en afgestemde wijze deze soorten hulpverlening vormgeven.*

2.1 Toegang tot aanvullende hulpverlening

Er is een laagdrempelige toegang door de mogelijkheid om zonder verwijzing en op eigen initiatief een afspraak te maken (voor soa-consulten of seksualiteitshulpverlening). De aanvullende hulpverlening moet bekend zijn in het verzorgingsgebied (vooral bij risicogroepen) en cliënten moeten zo veel als mogelijk op het juiste "spreekuur" terecht komen. Op deze manier komt het de volksgezondheid optimaal ten goede.

Het is wenselijk dat alle verzorgingsgebieden zich (uiteindelijk) onder één naam presenteren. Eén regionaal telefoonnummer en een eigen regionaal deel op een landelijke website (met eenzelfde naam voor alle regio's) geniet de voorkeur. Als voorbeeld kan dienen de website www.sense.info gecombineerd met de soa-ijlijn. Op de landelijke website kunnen mensen meer informatie vinden over seksualiteit (zodat in sommige gevallen de hulpvraag al is beantwoord) en wellicht per email/ telefoon geholpen worden. Daarnaast biedt de landelijke site een overzicht van de verzorgingsgebieden m.b.t. aanvullende hulpverlening, zodat mensen die niet naar de huisarts willen in hun regio geholpen kunnen worden. Deze cliënt kan vervolgens per telefoon of per email een afspraak in de regio maken².

De triage

De triage (per telefoon of e-mail) is bedoeld als een schifting of stroomlijning van de problematiek en dient niet als een intake. Triage in de regio kan er als volgt uit zien:

1. vragen naar de leeftijd om juiste informatie over de kosten te verschaffen,
2. vragen of de cliënt weet dat de huisarts ook deze hulp kan bieden en of dit wel of niet wordt gewenst,
3. vragen wat de hulpvraag is zodat het juiste spreekuur kan worden gepland (soa/ seksualiteitshulpverlening/geboorteregeling),
4. zo nodig zeer kort en protocollair informatie verschaffen indien hiermee een consult kan worden voorkomen en dit afdoende is voor de cliënt.

Het jongerenspreekuur zonder triage

Een vorm om jongeren toegang te verlenen is het inrichten van jongerensprekuren ter plaatse van bijvoorbeeld jongereninstellingen, scholen, uitgaansgelegenheden en dergelijke ten behoeve van specifieke doelgroepen. Bij een dergelijk aanbod is er geen sprake van triage, er is sprake van een inloopspreekuur.

² VWS bekijkt mogelijkheden voor het opzetten van een dergelijke landelijke dienst.

2.2 Consulten seksuele gezondheid

De consulten seksualiteitshulpverlening duren gemiddeld 30 minuten. Dit is inclusief tijd voor administratie, overleg en verslaglegging. Doorgaans zal er één consult nodig zijn om de vraag te verhelderen en een antwoord te bieden. Bij de diagnostiek en behandeling wordt tijdens alle spreekuren gelijktijdig aandacht besteed aan de lichamelijke, psychoseksuele en contextuele aspecten van het probleem. Kenmerkend voor de consulten is, naast de deskundigheid op het beschreven terrein, de extra aandacht en tijd voor informatie en uitleg. Zo kan van secundaire preventie sprake zijn. Soms moet nader onderzoek worden gedaan, bijvoorbeeld lichamelijk onderzoek of laboratorium onderzoek, en een behandeling moet soms worden geëvalueerd of bijgesteld. Op indicatie zal dan een tweede consult noodzakelijk zijn. Als de zorgvraag niet binnen twee consulten behandeld kan worden, wordt doorverwezen, bijvoorbeeld naar de huisarts, naar een eerstelijns seksuoloog (wel of niet verbonden aan de instelling), naar een GGZ instelling (tweede lijn) of naar een polikliniek in een ziekenhuis (tweede lijn).

Er is veel ervaring en expertise ontwikkeld op het terrein van seksuele gezondheid. Inhoudelijk zijn er diverse protocollen (in de vorm van richtlijnen, standaarden, behandelstrategieën) door de diverse wetenschappelijke organisaties vastgesteld. Zonder uitvoerig te zijn, kunnen worden genoemd:

- *het Nederlands Huisartsen Genootschap: Hormonale anticonceptie, SOA consult, Fluor vaginalis, Spiraal,*
- *GGD/RIVM: de LCI richtlijnen SOA,*
- *de Nederlandse Vereniging voor Urologie: Erectiele Disfunctie,*
- *de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie: Seksuele anamnese, Vulvodynie, Abnormaal vaginaal bloedverlies, diverse vormen van anticonceptie,*
- *de Nederlandse Vereniging van Dermatologie en Venerologie: SOA,*
- *de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie: Behandelingsstrategieën bij seksuele disfuncties.*

Daarnaast hebben een aantal Sense projecten protocollen ontwikkeld ten aanzien van te houden spreekuren en specifieke thema's. Deze protocollen zijn in te zien op het GGD Kennisnet. Organisaties die bij uitstek over zeer grote expertise op het gebied van seksuele gezondheid beschikken zijn onder andere de Rutgers Nisso Groep en Soa Aids Nederland. Kortom: inhoudelijk is er op kwalitatief hoogstaand niveau al zeer veel informatie en expertise beschikbaar. Binnen de GGD'en zal het dan ook voornamelijk gaan om het implementeren van dergelijke protocollen waarbij gebruik kan worden gemaakt van bestaande organisaties om kennis en vaardigheden bij te stellen.

Door de kwaliteitswerkgroep zijn richtlijnen verzameld en opgesteld die zijn toegespitst op de taken binnen de aanvullende eerstelijns seksualiteitshulpverlening. Een richtlijn geeft aanbevelingen om te helpen bij beslissingen in het hulpverleningsproces. Ze dienen als handvat en zijn geen strak protocol. Wel zullen argumenten moeten worden gegeven indien men van een richtlijn af wil wijken.

De volgende richtlijnen zijn beschikbaar (via de website van GGD Kennisnet).

1. Anticonceptie en morning-after-middelen,
2. 1e lijn Seksuologische Hulpverlening incl. verwijscriteria voor een GGZ-instelling of voor een Polikliniek Seksuologie (in een ziekenhuis),
3. Signaleren seksueel misbruik,
4. Parafilieën en overmatig seksueel verlangen,
5. Problemen met de seksuele oriëntatie,
6. Problemen met de genderidentiteit,
7. Prostitutie,
8. Abortus.

De Richtlijn Jongerenspreekuur is toegespitst op het houden van een inloopspreekuur en bevat ook organisatorische handvaten.

2.3 Kwaliteitskenmerken van hulpverleners binnen een Centrum voor Seksuele Gezondheid (CSG)

Aan de hulpverleners die werken bij een CSG (op het gebied van aanvullende eerstelijns seksualiteitshulpverlening) worden kwaliteitscriteria gesteld.

De Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS) waarborgt kwaliteitscriteria door het instellen van registers.

De NVVS heeft drie registers, inclusief nascholingsverplichtingen en tuchtrechtelijke toetsing van gekwalificeerde seksuologische hulpverleners:

1. Register van de seksuoloog NVVS-SH, werkzaam als seksuologisch hulpverlener,
2. Register van de seksuoloog NVVS-VPO, werkzaam op het terrein van voorlichting, preventie en onderwijs,
3. Register van de Aantekening Seksuologie NVSS. Dit register is bedoeld voor hulpverleners, voorlichters en preventiewerkers welke voldoende theoretisch en praktisch zijn onderlegd om vanuit hun basisdiscipline seksuologische deskundigheid in hun werkzaamheden te kunnen implementeren.

Het Register Seksuoloog NVVS levert voor iedere regio de coördinerende seksuoloog NVVS.

Het Register Aantekening Seksuologie NVVS is van belang voor bijvoorbeeld verpleegkundigen, basisartsen, preventiewerkers, eerstelijns psychologen enz. die basale seksuologische diagnostiek en counseling willen toepassen, zonder dat zij een volledige opleiding tot seksuoloog NVVS hebben gevolgd.

Inschrijving in één van deze registers biedt de garantie dat de hulpverlener over de kwaliteit beschikt die van een seksuologisch hulpverlener mag worden verwacht.

Specificering van de kwaliteitscriteria zijn te vinden in de door de NVVS daartoe opgestelde reglementen welke zijn na te lezen op de website van de NVVS (www.nvvs.info). Enkele elementen daaruit zijn: supervisie, verplichte deelname aan intervisie en nascholing, minimum aantal aan de seksuologie gerelateerde consulten, werken in multidisciplinair verband, 5-jaarlijkse herregistratie (zie appendix 2).

Functie-eisen

Met betrekking tot de aanvullende eerstelijns seksualiteitshulpverlening moet minimaal een seksuoloog NVVS-SH of een seksuoloog NVVS-VPO verbonden zijn (zie 1.2) aan een coördinerende GGD. Als deze seksuoloog NVVS geen arts is dient er daarnaast een arts met Aantekening Seksuologie NVVS werkzaam te zijn. Andere hulpverleners (de HBO verpleegkundigen) dienen ook de Aantekening seksuologie NVVS te hebben. Hulpverleners met de Aantekening seksuologie NVVS werken onder supervisie van een seksuoloog NVVS (en, indien de seksuoloog NVVS geen arts is, onder medische eindverantwoordelijkheid van een arts met Aantekening Seksuologie).

2.4 Nascholing medewerkers

Verpleegkundigen aanvullende eerstelijns seksualiteitshulpverlening

Door de nieuwe en wellicht soms geïntegreerde spreekuren zullen de verpleegkundigen met nieuwe onderwerpen geconfronteerd worden waarover zij kennis moeten opbouwen. Om die reden zullen bijscholingen georganiseerd moeten worden. Op de volgende gebieden behoeven de verpleegkundigen training:

- *Scholing t.a.v. anticonceptie;*
Basiskennis is aanwezig, kortdurende verdiepende bijscholing is gewenst.
- *Scholing t.a.v. abortushulpverlening;*
Kortdurende scholing over de zorg rondom abortus, het zorgtraject, regels t.a.v. verwijzing, bedenktijd etc.
- *Scholing t.a.v. seksualiteit;*
Uitgebreide scholing door seksuoloog over de meest voorkomende vragen/problemen op het gebied van seksualiteit, behandelingen, aandachtspunten etc. Daarnaast een uitgebreide training om te oefenen in het aankaarten en bespreekbaar maken van het onderwerp seksualiteit.
- *Scholing t.a.v. seksueel geweld;*
Kortdurende scholing door deskundigen van het Fiom/Movisie ten aanzien van seksueel geweld. Het gaat dan voornamelijk om herkenning, signalering (actief aankaarten van het onderwerp), registratie en verwijzing.
- *Scholing t.a.v. soa;*
Dit is alleen van toepassing indien de spreekuren worden gehouden door verpleegkundigen die geen SOA-verpleegkundige zijn verbonden aan een GGD.

Om geheel zelfstandig een spreekuur aanvullende eerstelijns seksualiteitshulpverlening te houden zal een training van 10 dagen nodig zijn. Deze trainingen worden door RINO en NSPOH verzorgd en kunnen op maat worden aangeboden.

Voorwaarden bekwaamheid verpleegkundigen

Er zijn een aantal bekwaamheden dat een verpleegkundige moet bezitten om het spreekuur te kunnen houden. Behalve deze bekwaamheden is een uniforme werkwijze en uniforme afspraken ten opzichte van jongeren een vereiste. Een verpleegkundige moet op bovengenoemde onderwerpen zijn geschoold en heeft daarvoor de onder andere de volgende competenties nodig:

- signaleren;
- bespreekbaar maken en adviseren;
- doorverwijzen.

Aanvullende onderwerpen kunnen zijn: seksuologische counseling, motiverende gespreksvoering, loverboys en prostitutie, incest, mishandeling, genitale verminking. De verpleegkundige werkt nauw samen met deskundigen en artsen die gespecialiseerd zijn op het terrein van seksualiteit en relaties, (ongewenste) zwangerschappen, anticonceptie en soa/hiv. Bij voorkeur werkt een verpleegkundige ook nauw samen met een jeugdverpleegkundige. Tevens moet regelmatig worden deelgenomen aan casuïstiek besprekingen en intercollegiale advisering in de vorm van intervisie.

Artsen aanvullende eerstelijns seksualiteitshulpverlening

Artsen zullen ten behoeve van hun Aantekening ook een training moeten volgen zoals die door RINO en NSPOH worden verzorgd. Op grond van hun huidige werkzaamheden kan niet zonder meer worden aangenomen dat zij geheel up to date zijn op het terrein van de seksuele gezondheid.

3 De context

3.1 Seksuele gezondheid

Seksuele gezondheid (szorg) is een relatief nieuw begrip. Bekend zijn begrippen als reproductieve gezondheidszorg, soa/hiv bestrijding en seksuologische hulpverlening. Seksuele gezondheidszorg omvat elk van deze drie gebieden, maakt daartussen ook onderscheid maar erkent tegelijkertijd de noodzakelijke verwevenheid en verbondenheid van deze drie terreinen aangezien:

1. seksualiteit als biopsychosociaal domein altijd om een integrale benadering vraagt en
2. gezondheid altijd een resultante is van cognities, emoties, gedrag en cultuur.

Onveilig vrijen en keuzes ten aanzien van conceptie of anticonceptie staan altijd in relatie tot seksueel gedrag dat altijd samenhangt met de persoon, met zijn of haar relaties en met de (sub)culturele achtergrond. Daar waar onzekerheid, vragen en/of problemen bestaan ten aanzien van seksualiteit zal het seksuele gedrag risicovoller worden ten aanzien van soa en/of zwangerschap. Omgekeerd zullen onzekerheden en problemen ten aanzien van soa en/of reproductie invloed kunnen hebben op seksualiteit. Het is daarom zaak in de hulpverlening deze afzonderlijke domeinen op elkaar te betrekken.

3.2 Hulpverlening op het gebied van soa, anticonceptie, seksualiteit en abortus

Er zijn grofweg vier soorten hulpverlening naast of in aanvulling op de huisarts (appendix 1). Soa en anticonceptie vallen onder de aanvullende voorzieningen georganiseerd door acht coördinerende GGD'en. De derde, seksuologie, kan worden gedaan door centra voor seksuele gezondheid (met financiering verzekeraars), vrijgevestigde seksuologen, GGZ of poliklinieken seksuologie. Ten vierde is er de hulpverlening bij ongewenste zwangerschap (besluitvorming, nazorg en uitvoering abortus). Hier spelen de Stichting Ambulante Fiom, de Vereniging ter Bescherming van het Ongeboren Kind (VBOK) en de abortusklinieken een rol. Zij worden hiervoor apart gefinancierd.

3.2.1

Bij de soa-triage worden hoogrisicogroepen, waaronder jongeren verwezen naar een soa-poli. Laagrisicogroepen worden verwezen naar de huisarts. Binnen een soa-spreekuur moeten ook algemene zaken over seksualiteit aan de orde komen. Er is geen sprake van een expliciete verplichting om anticonceptie en seksualiteit aan de orde te stellen. Voor soa zorg zijn er sinds begin 2006 acht GGD'en aangewezen om binnen hun verzorgingsgebied de aanvullende curatieve soa zorg te coördineren. De GGD-soa poliklinieken dienen laagdrempelige en continue zorg te bieden aan groepen met een verhoogd risico op soa en groepen die niet of slecht door de huisarts worden bereikt. De aanvullende curatieve soa zorg hanteert een landelijk indicerings-instrument. Een overzicht van de geïndiceerde patiëntengroepen voor de aanvullende curatieve soa zorg:

- mensen met veel wisselende contacten (drie of meer verschillende sekspartners in de afgelopen 6 maanden);
- mannen die seks hebben met mannen (MSM);
- prostituees en prostituanten;
- mensen afkomstig uit een hiv en/of soa endemisch gebied;
- mensen met een partner uit een van de genoemde groepen.

Naast deze specifieke doelgroepen is de GGD-soa polikliniek juist ook bedoeld voor:

- mensen met soa gerelateerde klachten;
- jongeren tot en met 24 jaar;
- mensen die gewaarschuwd of verwezen zijn in verband met een soa;

- mensen die perse anoniem willen blijven of die in verband met vertrouwelijkheid de voorkeur geven aan de GGD-soa polikliniek;
- mensen die geen toegang hebben tot de reguliere zorg.

Jongeren vallen binnen de doelgroep voor de aanvullende curatieve soa zorg.

De aanvullende eerstelijns seksualiteitshulpverlening biedt ook voor jongeren een mogelijkheid om soa zorg te krijgen. Hierbij moet verwezen worden naar het kwaliteitsdocument dat van toepassing is op de aanvullende curatieve soa-bestrijding. Gewaakt zal moeten worden dat er voldoende integratie plaatsvindt van de aanvullende curatieve soa zorg en de soa-zorg via de aanvullende eerstelijns seksualiteitshulpverlening.

3.2.2

Het anticonceptie en seksualiteit spreekuur valt onder de aanvullende eerstelijns seksualiteitshulpverlening. Wanneer invasieve methoden van anticonceptie (spiraal, implanon) noodzakelijk zijn, dient dit door een arts te worden uitgevoerd (zie 1.2).

3.2.3

Het spreekuur seksuologie (zie het schema voor wat betreft de onderwerpen) vraagt specifieke expertise en vaardigheden om in korte tijd zowel aard van het probleem vast te stellen als een advies te geven dan wel zorg te dragen voor een adequate verwijzing. Daarbij horen kennis van somatiek en psychopathologie, vaardigheden op het terrein van counseling, het adequaat kunnen inschatten van de ernst van de problematiek en de prognose. Daarnaast dient de betrokkene het netwerk te kennen om een goede verwijzing tot stand te brengen. Een dergelijk spreekuur zal dan ook door een seksuoloog NVVS dienen te worden uitgevoerd. Dergelijke spreekuren kunnen onder de aanvullende eerstelijns seksualiteitshulpverlening vallen, wanneer een verpleegkundige een dergelijk consult nodig acht (en inschat dat een hulpvraag binnen twee consulten kan worden behandeld). Cliënten waarvan direct duidelijk is dat complexe seksuologische problemen spelen moeten worden doorverwezen (zij kunnen niet worden behandeld met vergoeding vanuit de Subsidieregeling publieke gezondheid).

3.2.4

Bij besluitvorming in het geval van onbedoelde zwangerschap of nazorg met betrekking tot deze hulpvragen wordt doorverwezen naar de Stichting Ambulante Fiom of de VBOK. Bij abortus wordt doorverwezen naar een abortuskliniek.

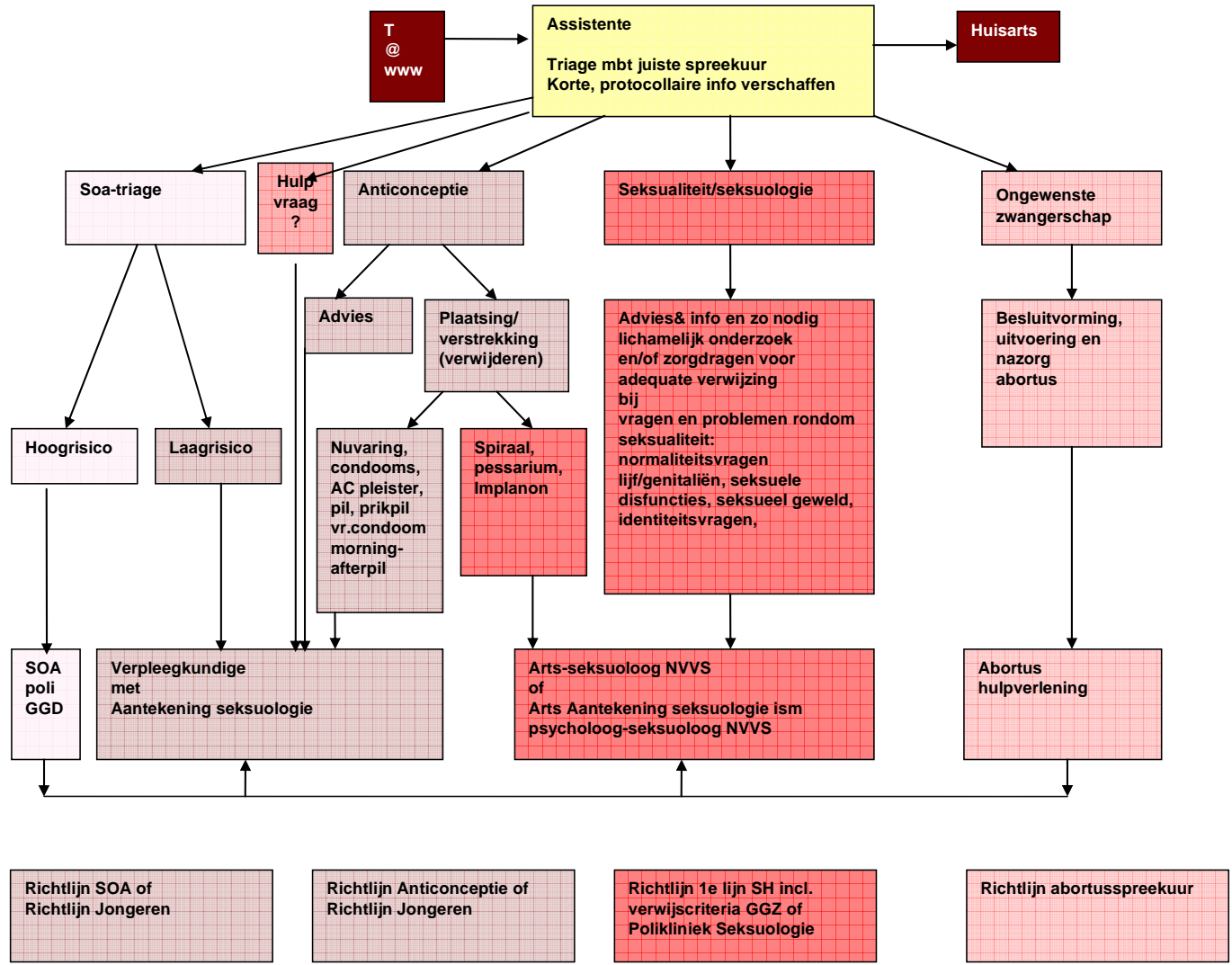
3.3 Andere hulpverlening

Andere hulpverlening waar linken mee zijn (naast de huisarts!) zijn: hulpverlening op het terrein van seksueel geweld, de geestelijke gezondheidszorg en centra voor jeugd en gezin.

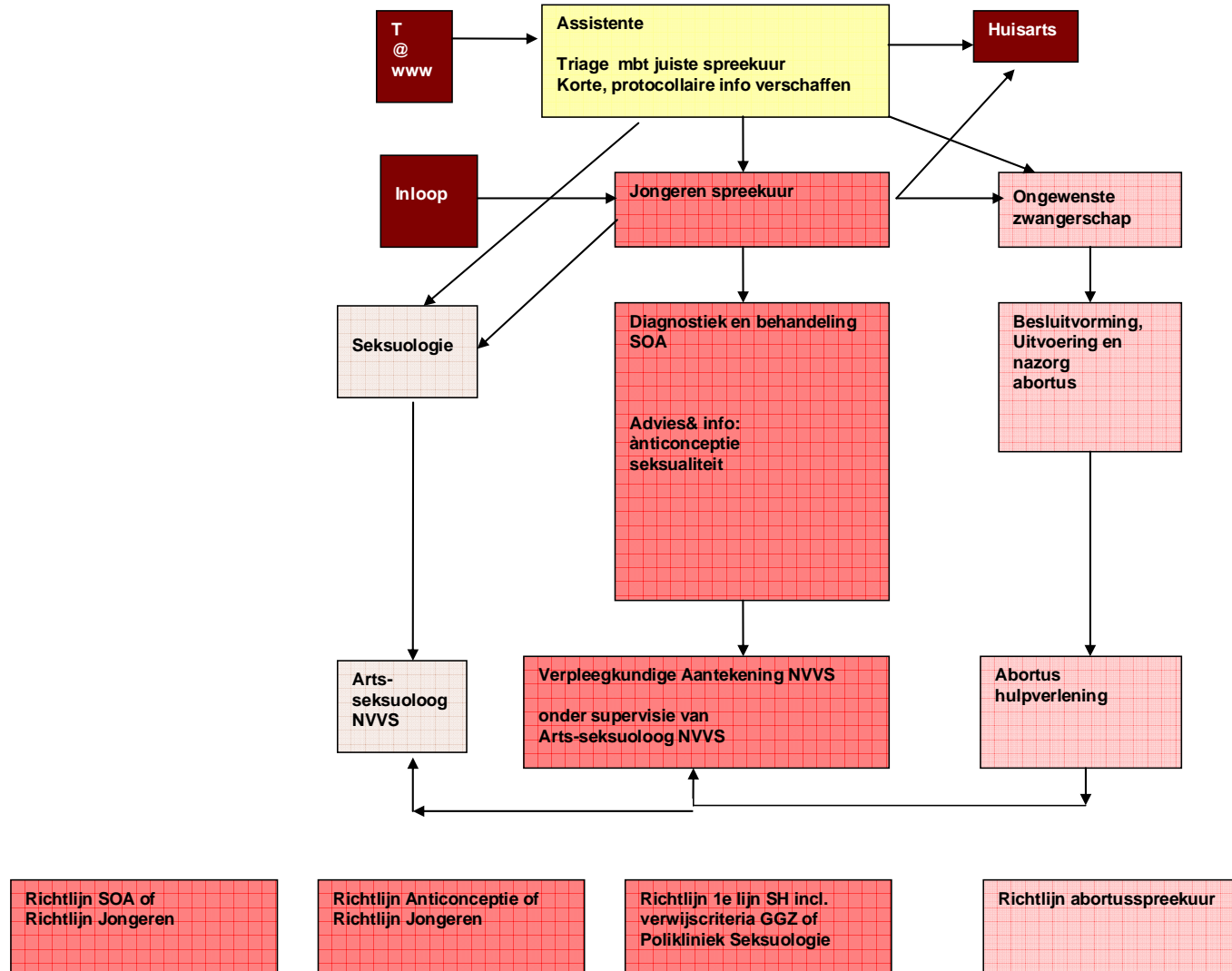
3.4 Taak coördinerende GGD: het creëren van een netwerk

De coördinerende GGD zal de komende jaren aanvullende soa-bestrijding en seksualiteitshulpverlening beter op elkaar aan laten sluiten. Hiervoor zijn verschillende vormen mogelijk (één locatie, doorverwijzingen, integratie van spreekuren ect.). Daarnaast dient een GGD op de hoogte te zijn van de andere organisaties/ hulpverleners op het gebied van seksualiteit en samenwerkingsovereenkomsten te hebben afgesloten met enkele van hen om zo tot een landelijk dekkend netwerk te komen. VWS heeft de komende jaren aandacht voor deze netwerkvorming en eventuele maatregelen om dit te bevorderen. Er is sprake van een "groeimodel" met betrekking tot netwerkvorming.

Appendix 1a. Schema 1 hulpverlening



Appendix 1b. Schema 2 hulpverlening



Appendix 2 Criteria inschrijving NVVS register Aantekening Seksuologie

Het volledige document is in te zien op www.nvvs.info.

Het deel betreffende de kwaliteitseisen en herregistratie wordt hier weergegeven.

Kwaliteitseisen

Art. 12 Lidmaatschap van de NVVS.

Art. 13 Voor het toekennen van de Aantekening Seksuologie dient de kandidaat gekwalificeerd te zijn als hulpverlener, of voorlichter, of preventiewerker. Deze kwalificatie is minimaal op HBO-niveau, c.q. Mastersniveau³.

Copieën van diploma's of certificaten dienen te worden overlegd

Art. 14 De kandidaat dient aantoonbaar voldoende specifieke seksuologische kennis en vaardigheden te hebben opgedaan door voor dit doel door de onderwijscommissie geaccrediteerde bijscholing en/ of door werk-leer ervarings trajecten. bij door de registratie-commissie goedgekeurde instellingen. Deze kennis betreft zowel de biologische, psychologische als contextuele aspecten, waaronder relationele, sociaal-culturele en religieuze aspecten van seksueel functioneren en disfunctioneren en van determinanten van seksuele gezondheid.

Certificaten, diploma's of getuigschriften van gevolgde bijscholing dienen te worden overlegd.

Door beroepsorganisaties georganiseerde cursussen ten behoeve van de Aantekening Seksuologie NVVS dienen ter accreditering te worden voorgelegd aan de Onderwijscommissie van de NVVS.

Een kandidaat uit een dergelijke beroepsgroep dient bij voorkeur zo'n, door de eigen beroepsorganisatie georganiseerde en door de NVVS geaccrediteerde, cursus te hebben gevolgd.

Art. 15 Kandidaten, die langdurige praktische seksuologische ervaring hebben, kunnen hun kennisniveau aantoonbaar maken door het overleggen van getuigschriften en van certificaten van bijgewoonde studiedagen en congressen, waarbij een voldoende breed scala aan seksuologische onderwerpen aan bod moet zijn gekomen.

Art. 16 De kandidaat dient praktische ervaring te hebben opgedaan, in een multidisciplinaire setting, waarin tenminste één geregistreerde seksuoloog NVVS aanwezig is, die als referent wil optreden.

Art. 17 Het aantal uren seksuologische werkervaring is tenminste 30 uur binnen ½ jaar tijd en houdt tenminste in:

- 10 zelfstandig, onder deskundige begeleiding gevoerde inventariserende gesprekken;
- 5 rapportages over gevoerde advies/ counselings gesprekken, of voorlichtingssessies;
- 3 multidisciplinaire besprekingen.

Art. 18 De minimale eisen aan de professionele attitude van de kandidaat worden gedefinieerd door de inhoud van de beginselverklaring en de beroepscode van de vereniging. Kandidaten onderschrijven die beginselverklaring en de beroepscode, evenals de Fundamentele Seksuele Rechten van de Mens van de World Association for Sexual Health (1983) (zie Tijdschrift voor Seksuologie, 1983, 7: 180).

³ Hierbij valt te denken aan: fysiotherapeuten, ergotherapeuten, haptotherapeuten, verpleegkundigen, verloskundigen, fertiliteitsartsen, abortusartsen, maatschappelijk werkers, medisch specialisten, voorlichters en preventiewerkers t.a.v. SOA, HIV/AIDS en ongewenste zwangerschap, onderwijzend personeel etc..

Art 19 Geregistreerden op basis van het reglement registratie Aantekening Seksuologie NVVS zijn gerechtigd om naast hun basisdiscipline, en afhankelijk van die basisdiscipline, de toevoeging Aantekening Seksuologie NVVS te voeren.

Herregistratie

Art. 20 Om de Aantekening Seksuologie te behouden toetst de Registratiecommissie:

- doorgaande praktische ervaring
- bij- en nascholing
- multidisciplinair overleg

Art. 20.1 De doorgaande praktische ervaring dient, om voldoende vaardigheid te behouden, tenminste te bestaan uit 30 seksuologisch gerelateerde gesprekken, of voorlichtingssessies per jaar.

De kandidaat dient bij de aanvraag voor voortzetting van de Aantekening Seksuologie een geanonimiseerde en door werkgever of referent geaccordeerde rapportage over aantallen en inhoud te overleggen. Als referent kunnen alleen optreden Seksuologen NVVS waarmee tenminste geregeld werkoverleg plaatsvindt.

Art. 20.2 Voor het behoud van de Aantekening dient er gemiddeld 4 uur per jaar (minimaal 20 uur per vijf jaar) specifiek seksuologische bij- en nascholing te worden gevolgd. Certificaten van bijgewoonde studiedagen dienen te worden overlegd.

Art. 20.3 Er dient minimaal eenmaal per kwartaal multidisciplinair overleg plaats te vinden. Dit kan plaatsvinden binnen de werksetting, of in hiervoor te formeren overleggroepen.

Bij de aanvraag dient beschreven te worden, wat de frequentie en de inhoud van de besprekingen is geweest.

Art. 21 Indien een lid van de NVVS met de Aantekening Seksuologie de gestelde grenzen van de seksuologische competentie en/of aan de Aantekening ontleende bevoegdheden, overschrijdt, volgt na toetsing door de Tuchtrectcommissie van de NVVS, onherroepelijke intrekking van de Aantekening Seksuologie NVVS en van de aan het register te ontleen rechten.

Appendix 3 Samenstelling kwaliteitswerkgroep

Mevr. drs. C. van den Hoek	Seksuoloog NVVS-VPO, GGD Rotterdam-Rijnmond, Sense ZZh
Mevr. R. Kaufmann	Sociaal verpleegkundige SOA, GGD Regio Twente
Mevr. drs. M. Rossmark	GZpsycholoog-seksuoloog NVVS, ACSG Centrum voor Seksuele Gezondheid, Amsterdam
Mevr. H. van der Schoot-Roholl	Systeemtherapeut -seksuoloog NVVS, Bussum/Naarden
Mevr. drs. M. Tanis-Nauta	Arts-seksuoloog NVVS, poli medische seksuologie MCL Leeuwarden, Sense NN
Dr. M.F. van Driel	Uroloog-seksuoloog NVVS, UMC Groningen, Sense NN
Prof. dr. W.C.M. Weijmar Schultz	Gynaecoloog-seksuoloog NVVS, UMC Groningen, Sense NN
Drs. P. Leusink	Huisarts-seksuoloog NVVS, poli seksuologie Groene Hart Ziekenhuis Gouda, UMC Utrecht, Sense MH (penvoerder)

Het kwaliteitsdocument is besproken op 14 september 2007 in een bijeenkomst met GGD'en, SOA Aids Nederland, Rutgers Nisso Groep, NVVS, Fiom, Movisie, CASA, StiSan, Senseprojecten.
Commentaar werd geleverd door mevr. G. Jans, GGD Nederland en mevr. F. Jongen, SOA Aids Nederland.

Bijlage 3. Wet afbreking zwangerschap (deelttekst)

Artikel 3

1. Een zwangerschap wordt niet eerder afgebroken dan op de zesde dag nadat de vrouw de arts heeft bezocht en daarbij haar voornemen met hem heeft besproken.
2. Indien een arts bij wie de vrouw onder regelmatige medische behandeling staat, dan wel als medisch specialist of in de woonplaats van de vrouw als huisarts werkzaam is, haar, onder mededeling van zijn bevindingen, heeft verwezen naar een ziekenhuis of kliniek, als bedoeld in artikel 2, begint de termijn te lopen vanaf het tijdstip dat de vrouw die arts heeft bezocht en daarbij haar voornemen met hem heeft besproken.
3. De arts deelt de vrouw zo spoedig mogelijk mede of hij de aan hem gevraagde medewerking zal verlenen. Geldt het een arts als bedoeld in het eerste lid, dan doet hij die mededeling in elk geval uiterlijk 5 dagen nadat zij zich tot hem heeft gewend, anders uiterlijk na drie dagen.
4. De in het eerste lid bedoelde termijn wordt met een dag bekort indien de arts, bedoeld in het tweede lid, de vrouw drie dagen nadat zij zich tot hem had gewend, heeft medegedeeld, dat hij haar niet zal verwijzen.
5. In het geval, dat de arts de vrouw niet verwijst, stelt hij haar onverwijld een gedateerde schriftelijke kennisgeving daaromtrent ter hand, welke in elk geval het tijdstip vermeldt, waarop de vrouw zich tot hem had gewend.

Artikel 5

1. Bij algemene maatregel van bestuur worden eisen gesteld met betrekking tot hulpverlening en besluitvorming, welke erop zijn gericht te verzekeren dat iedere beslissing tot het afbreken van zwangerschap met zorgvuldigheid wordt genomen en alleen dan uitgevoerd, indien de noodsituatie van de vrouw deze onontkoombaar maakt.
2. Deze eisen strekken er met name toe te verzekeren:
 - a. dat de vrouw die het voornemen heeft tot afbreking van zwangerschap en zich met een daartoe strekkend verzoek tot de arts heeft gewend, wordt bijgestaan, in het bijzonder door het verstrekken van verantwoorde voorlichting over andere oplossingen van haar noodsituatie dan het afbreken van de zwangerschap;
 - b. dat de arts, indien de vrouw van oordeel is dat haar noodsituatie niet op andere wijze kan worden beëindigd, zich ervan vergewist dat de vrouw haar verzoek heeft gedaan en gehandhaafd in vrijwilligheid, na zorgvuldige overweging en in het besef van haar verantwoordelijkheid voor ongebooren leven en van de gevolgen voor haarzelf en de haren;
 - c. dat, onverminderd het bepaalde in artikel 20, de arts de behandeling slechts verricht indien deze op grond van zijn bevindingen verantwoord is te achten;
 - d. dat na afbreking van de zwangerschap een genoegzame nazorg voor de vrouw en de haren beschikbaar is, mede in de vorm van voorlichting over methoden ter voorkoming van ongewenste zwangerschap.

Voor de volledige tekst: <http://wetten.overheid.nl>

Bijlage 4. Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) (deeltekst)

Artikel 447

1. Een minderjarige die de leeftijd van zestien jaren heeft bereikt, is bekwaam tot het aangaan van een behandelingsovereenkomst ten behoeve van zichzelf, alsmede tot het verrichten van rechtshandelingen die met de overeenkomst onmiddellijk verband houden.
2. De minderjarige is aansprakelijk voor de daaruit voortvloeiende verbintenissen, onverminderd de verplichting van zijn ouders tot voorziening in de kosten van verzorging en opvoeding.

Artikel 450

1. Voor verrichtingen ter uitvoering van een behandelingsovereenkomst is de toestemming van de patiënt vereist.
2. Indien de patiënt minderjarig is en de leeftijd van twaalf maar nog niet die van zestien jaren heeft bereikt, is tevens de toestemming van de ouders die het gezag over hem uitoefenen of van zijn voogd vereist. De verrichting kan evenwel zonder de toestemming van de ouders of de voogd worden uitgevoerd, indien zij kennelijk nodig is teneinde ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen, alsmede indien de patiënt ook na de weigering van de toestemming, de verrichting weloverwogen blijft wensen.
3. In het geval waarin een patiënt van zestien jaren of ouder niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, worden door de hulpverlener en een persoon als bedoeld in de leden 2 of 3 van artikel 465, de kennelijke opvattingen van de patiënt, geuit in schriftelijke vorm toen deze tot bedoelde redelijke waardering nog in staat was en inhoudende een weigering van toestemming als bedoeld in lid 1, opgevolgd. De hulpverlener kan hiervan afwijken indien hij daartoe gegronde redenen aanwezig acht.

Artikel 465

1. De verplichtingen die voor de hulpverlener uit deze afdeling jegens de patiënt voortvloeien worden, indien de patiënt de leeftijd van twaalf jaren nog niet heeft bereikt, door de hulpverlener nagekomen jegens de ouders die het gezag over de patiënt uitoefenen dan wel jegens zijn voogd.
2. Hetzelfde geldt indien de patiënt de leeftijd van twaalf jaren heeft bereikt, maar niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, tenzij zodanige patiënt meerderjarig is en onder curatele staat of ten behoeve van hem het mentorschap is ingesteld, in welke gevallen nakoming jegens de curator of de mentor geschiedt.
3. Indien een meerderjarige patiënt die niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, niet onder curatele staat of ten behoeve van hem niet het mentorschap is ingesteld, worden de verplichtingen die voor de hulpverlener uit deze afdeling jegens de patiënt voortvloeien, door de hulpverlener nagekomen jegens de persoon die daartoe door de patiënt schriftelijk is gemachtigd in zijn plaats op te treden. Ontbreekt zodanige persoon, of treedt deze niet op, dan worden de verplichtingen nagekomen jegens de echtgenoot, de geregistreerde partner of andere levensgezel van de patiënt, tenzij deze persoon dat niet wenst, dan wel, indien ook zodanige persoon ontbreekt, jegens een ouder, kind, broer of zus van de patiënt, tenzij deze persoon dat niet wenst.
4. De hulpverlener komt zijn verplichtingen na jegens de in de leden 1 en 2 bedoelde wettelijke vertegenwoordigers van de patiënt en de in lid 3 bedoelde personen, tenzij die nakoming niet verenigbaar is met de zorg van een goed hulpverlener.
5. De persoon jegens wie de hulpverlener krachtens de leden 2 of 3 gehouden is de uit deze afdeling jegens de patiënt voortvloeiende verplichtingen na te komen, betracht de

zorg van een goed vertegenwoordiger. Deze persoon is gehouden de patiënt zoveel mogelijk bij de vervulling van zijn taak te betrekken.

6. Verzet de patiënt zich tegen een verrichting van ingrijpende aard waarvoor een persoon als bedoeld in de leden 2 of 3 toestemming heeft gegeven, dan kan de verrichting slechts worden uitgevoerd indien zij kennelijk nodig is teneinde ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen.

Voor de volledige tekst: <http://www.hulpgids.nl/wetten/wgbo-tekst.htm>