



- **Themanummer:** seksualiteit, hoe maak je het bespreekbaar met je cliënt?
- Sense online hulp luisterend oor voor jongeren

Seksueel onbegrepen gedrag bij cliënt met dementie beter leren begrijpen

De informatiebron / seksualiteit

Deze rubriek komt tot stand in samenwerking met Captise. Voor informatie over diensten en abonnementen informatie@captise.nl Captise verzorgt ook de werving en selectie voor zorgprofessionals in de (thuis/jeugd)zorg www.captise.nl

Seks onder je 25e

Waar zijn jongeren mee bezig als het gaat om seksuele gezondheid en seksuele ontwikkeling? Deze vraag staat centraal in dit periodiek onderzoek. Na de twee eerdere onderzoeken Seks onder je 25e in 2005 en 2012 laat het onderzoek van 2017 trends zien van de afgelopen jaren, maar biedt ook nieuwe en actuele inzichten die mede gebaseerd zijn op vragen van professionals uit het veld van seksuele gezondheidsbevordering. Met de uitkomsten van Seks onder je 25e wordt de informatie en hulp aan jongeren verbeterd.

Seks onder je 25e : Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2017/ Rutgers, 2018. Te downloaden via www.rutgers.nl

Resultaten peiling Seksuele opvoeding

Samen met de Rutgers Stichting onderzocht Stichting Opvoeden hoe het onderwerp seksuele opvoeding leeft bij ouders en aan welke informatie en ondersteuning er behoefte is:

- Hoe bespreken ouders seksuele opvoeding met hun kinderen en hoe makkelijk/moeilijk is dat? Welke rol spelen (social) media daarbij? - Wat zijn de meest gestelde vragen en waar vinden ouders een antwoord op hun vragen?
- Hebben ouders behoefte aan hulp of ondersteuning bij de seksuele opvoeding?
- Welke rol heeft de school en welke rol zou deze moeten spelen?

Resultaten peiling Seksuele opvoeding/ Stichting Opvoeden, 2018. Te downloaden via www.stichtingopvoeden.nl

Hoe ondersteun je jongeren met lesbische, homo-, bi- of transgender (LHBT) gevoelens?

De puberteit is voor de meeste jongeren een spannende periode. Bijna iedere puber maakt zich druk om vragen als: draag ik wel de juiste kleding en hoor ik er wel bij? Jongeren die lesbische, homo-, bi- of transgender (LHBT) gevoelens hebben, staan daarnaast voor extra uitdagingen. Negatieve reacties, pesten en geweld komen veel voor. Dit maakt LHBT-jongeren kwetsbaar voor onder meer depressie en zelfmoordgedrag. Wat kan jij doen om deze jongeren zo goed mogelijk te ondersteunen?

Hoe ondersteun je jongeren met lesbische, homo-, bi- of transgender (LHBT) gevoelens?/Movisie, 2016. Te downloaden via www.movisie.nl

JGZ-richtlijn seksuele ontwikkeling (0-19 jaar)

De JGZ-richtlijn Seksuele ontwikkeling (0-19 jaar) beoogt een richtlijn te zijn voor het handelen van professionals in de jeugdgezondheidszorg (JGZ) in hun contacten met individuele kinderen, jongeren en/of hun ouders/verzorgers. De richtlijn geeft zicht op een gezonde seksuele ontwikkeling, voorlichting, (vroeg)signalering, begeleiding en verwijzing. De richtlijn is primair ontwikkeld voor professionals in de JGZ.

JGZ-richtlijn seksuele ontwikkeling (0-19 jaar): Handelen bij normale, afwijkende en zorgwekkende seksuele ontwikkeling / NCJ, 2014. Te downloaden via www.ncj.nl

Seksuele gezondheid in Nederland 2017

Het doel van Seksuele Gezondheid in Nederland is het ondersteunen van professionals uit praktijk, beleid en onderzoek met actuele cijfers over de seksuele en reproductieve gezondheid van volwassenen in Nederland. Hiermee beogen we de seksuele gezondheid op peil te houden

en voor bepaalde doelgroepen en/of op specifieke thema's verder te verbeteren.

Seksuele gezondheid in Nederland 2017/ Rutgers, 2017. te downloaden via www.rutgers.nl

Handleiding counselen volgens motiverende gespreksvoering binnen het consult seksuele gezondheid

Preventie is een essentieel onderdeel van publieke seksuele gezondheid. Het Soa aids Gespreksmodel biedt de professional een eenduidige gespreksstructuur aanknopingspunten uit de gedragswetenschappen voor het aanbieden van counselingsgesprekken op maat.

Handleiding counselen volgens motiverende gespreksvoering binnen het consult seksuele gezondheid / SOa Aids Nederland, 2016. Te downloaden via www.soaids.nl

Seksueel grensoverschrijdend gedrag in de gezondheidszorg

Zowel in de zorg als daarbuiten is er veel aandacht voor het onderwerp seksueel grensoverschrijdend gedrag. In deze brochure wil de Inspectie voor de Gezondheidszorg duidelijk maken wat zij als seksueel grensoverschrijdend gedrag beschouwt. Duidelijk is dat seksueel grensoverschrijdend gedrag niet toegestaan is in de relatie tussen zorgverleners en cliënten. Wie hulp zoekt, moet kunnen rekenen op goede en veilige zorg.

Het mag niet, het mag nooit: Seksueel grensoverschrijdend gedrag in de gezondheidszorg / Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2016. Te downloaden via www.igj.nl



Beroepsvereniging van zorgprofessionals

Tijdschrift Maatschappij & Gezondheid

ontvangt u gratis wanneer u lid bent van de afdeling V&VN Verpleegkundigen Maatschappij & Gezondheid.

De redactie nodigt je van harte uit om een bijdrage te leveren aan dit tijdschrift, in de vorm van artikelen, onderwerpsuggesties, ingezonden brieven, boek-besprekingen enzovoort. Een onafhankelijke redactie bepaalt welke artikelen in aanmerking komen voor publicatie en behoudt zich het recht voor artikelen in te korten en te bewerken.

Gepubliceerde artikelen vertegenwoordigen niet noodzakelijkerwijs de mening van de redactieleden.

Jaargang 19, nummer 1, maart 2019

ISSN 1568-5853

Redactie: Gerben Jansen, Monique Kemner, Hellen Kooijman (eindredactie), Pascale Lavooij, Suzanna Plaije, Marieke Rijsbergen (hoofdredeactie), Valerie Schipper, Huub Sibbing en Rosanne Steensma

Redactieadres: Zie onder 'Informatie'

of: redactie.mgz@venvn.nl

Foto-omslag: Ron Hendriks

Beeld: Depositphoto en andere

Ontwerp en opmaak: Think Next Level, Mijdrecht

Advertenties: Bureau Van Vliet. 023-5714745.

Zie ook www.bureauvanvliet.com

Abonnementen: Gratis voor alle leden en donateurs van V&VN Verpleegkundigen Maatschappij & Gezondheid.

Het lidmaatschap van V&VN Verpleegkundigen Maatschappij & Gezondheid bedraagt (per 2016) bij automatische betaling € 109,50 per jaar (€ 69 lidmaatschap V&VN inclusief kwaliteitsregister + € 40,50 voor afdeling M&G).

Het abonnementstarief voor instellingen bedraagt € 84 per jaar, excl. BTW. Beëindiging van het lidmaatschap/abonnement: schriftelijk tot uiterlijk 1 december van het lopende jaar. Bij niet tijdig opzeggen wordt het lidmaatschap automatisch met een jaar verlengd.

Verhuisd, een andere werkgever of een nieuw e-mailadres? Houd zelf je gegevens actueel op mgz.venvn.nl, via mijn V&VN.

Informatie

V&VN Verpleegkundigen Maatschappij & Gezondheid

Postbus 8212

3503 RE Utrecht

T 030-2919050

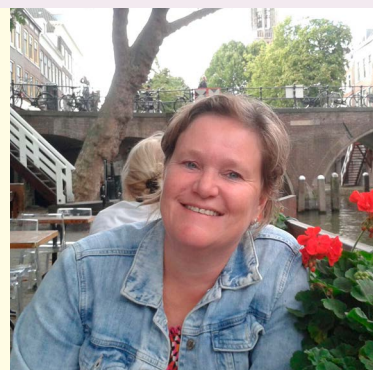
E mgz@venvn.nl

W mgz.venvn.nl

De cliënt en seks

Tijdens diverse redactievergaderingen kwam het onderwerp seksualiteit ter sprake. Hoe maak je het bespreekbaar als bijvoorbeeld een cliënt een katheter krijgt? Zo'n katheter kan immers een enorme impact op zijn seksleven hebben. Hoe communiceer je met een cliënt met dementie die steeds vaker seksueel ontreemd gedrag laat zien? En hoe leg je ouders uit dat grenzen stellen bij pubers oké is, maar dat ze ook het mooie en fijne van seks moeten blijven benadrukken? De conclusie van de redactie was dat de gemiddelde verpleegkundige M&G het nog lastig vindt om open en eerlijk over het onderwerp te praten. Het thema-nummer *Seksualiteit; hoe maak je het bespreekbaar bij je cliënt* was geboren en ligt nu voor je. Lijkt het je ook leuk om in de redactie te komen; mail dan naar tijdschriftMG@gmail.com. Er is weer plek!

Marieke Rijsbergen, hoofdredacteur Tijdschrift M&G,
twitter: @maririjs en www.bladritme.nl



Seksualiteit; hoe maak je het bespreekbaar met je cliënt?

Historie

Over seks gesproken in 1948 6

Aan tafel met...

Drie seksuologen over de seksuele ontwikkeling van baby tot oudere met dementie 7

Achtergrond

Seksueel onbegrepen gedrag leren begrijpen 10

Praktijk

Verpleegkundigen M&G; praten met je cliënt over seks, hoe doe je dat? 14

Actueel

PrEP; het wondermiddel om hiv te voorkomen? 18

Achtergrond

Een kijkje in de keuken van Sense online hulp 26

Interview

Nieuwe voorzitter Vakgroep seksuele gezondheid 29

Vaste rubrieken

Uit het nieuws 4

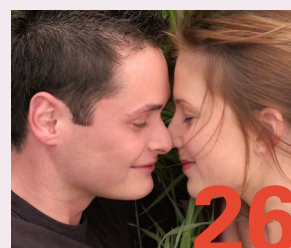
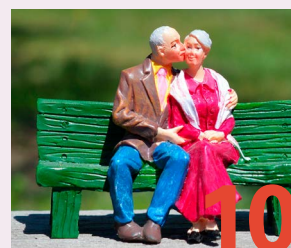
Vers bloed: 'Ik krijg weer energie van mijn werk' 13

Afdelingsnieuws 22

Gastcolumn: 'Seks is nog steeds een taboe-onderwerp' 23

Klepel en klok: het ASE-model van Hein de Vries 24

Het dilemma: 'Cliënt met dementie wordt te handtastelijk, zorg stoppen?' 30



Handleiding seksuele voorlichting voor nieuwkomers

De afgelopen jaren hebben nieuwe groepen vluchtelingen hun toevlucht gezocht in Nederland. Zij hebben veelal weinig seksuele voorlichting gehad, zijn minder vertrouwd met de vrijere seksuele moraal in Nederland en niet altijd goed op de hoogte van de omgangsvormen en wet- en regelgeving in Nederland. Daarom heeft de GGD de handleiding *Wijzer in de liefde* uitgegeven waarin seksuele voorlichting wordt gegeven aan jonge nieuwkomers. De volgende zeven hoofdthema's zijn opgenomen in de handleiding met een mogelijkheid tot verdieping: 1) seksuele ontwikkeling, 2) vriendschap en relaties, 3) geboorteregeling, 4) soa, 5) (seksuele) weerbaarheid, 6) seksuele en genderdiversiteit en 7) meisjes- en jongensbesnijdenis. Het draaiboek is in onderdelen te downloaden via www.ggd Kennisnet.nl. 📄

Sociale wijkteams maken zorg duurder?

In het CPB-rapport *De wijkteambenadering nader bekeken. Het effect van de inzet van wijkteams op Wmo-zorggebruik* wordt geconstateerd dat in steden met wijkteams meer doorverwijzing plaatsvindt naar professionele zorg dan in steden zonder wijkteams. Dit leidde in de pers tot koppen als 'Wijkteams maken zorg duurder' (NRC Handelsblad). Gesuggereerd wordt dat professionals in de wijkteams graag doorverwijzen naar hun eigen instelling. Kritisch lezen van het rapport laat zien dat deze conclusie voorbarig is. In het rapport staat dat wijkteams mogelijk beter in staat zijn om verborgen problematiek boven water te krijgen, wat heel waardevol kan zijn. Als hierdoor het aantal doorverwijzingen stijgt, kan dat zelfs wenselijk zijn. Ondanks de hogere kosten die hiermee gepaard gaan. Bovendien is de toename van het zorgverbruik alleen gemeten voor WMO-voorzieningen. Besparingen elders in de zorg zoals bijvoorbeeld ziekenhuizen en verpleeghuizen, zijn niet meegenomen in het onderzoek. 📄

Hoe behouden we studenten voor de wijk?



Vier studenten van het zorginnovatienetwerk Zorgboog (VVT regio Helmond/Deurne) en Fontys hebben onderzoek gedaan naar de beeldvorming onder derde en vierdejaars studenten hbo-v over de wijkzorg. Daaruit blijkt dat 62 procent van de ondervraagde studenten wijkzorg interessant te vinden vanwege de zelfstandigheid, druk, wisselingen en dankbaarheid. Sinds het BN2020 curriculum van Fontys is nadrukkelijker aandacht besteed aan wijkzorg. De ondervraagde studenten zien wijkzorg als persoonsgericht, tijdgebonden, zelfstandig en druk, maar ze verwachten ook veel administratieve werkzaamheden. 'Waar ik nieuwsgierig naar ben', zegt wijkverpleegkundige Irene van Kessel bij Zorgboog en opdrachtgever van het onderzoek, 'is wat de studenten hier precies mee bedoelen en wat wij hier als zorgorganisatie vervolgens mee kunnen doen om de studenten na de stage te boeien en te binden.' Een nieuwe groep studenten van het zorginnovatienetwerk gaat hier vervolgonderzoek naar doen. 📄

E-magazine 'Grip op preventie'

Sinds kort krijgen verpleegkundigen M&G via het e-magazine *Grip op preventie* toegang tot acht databases met mogelijkheden voor een effectieve lokale aanpak van gezondheidsproblemen. In het e-magazine kun je kijken of een interventie passend in het beleid van de gemeente. Het zoomt onder andere in op een aantal handige tools die direct te gebruiken zijn om meer te sturen op effectieve preventie: de *Toolkit Preventie in de wijk* geeft handvatten en inspiratie om invulling te geven aan een integrale aanpak van preventie in de wijk. Met de *Preventiematrix* krijgen gemeenten meer grip op jeugdbeleid. De *Interventiewijzer Sociaal en gezond* laat effectieve interventies zien, die zowel sociale factoren als de gezondheid verbeteren. Magazine zien? Ga naar www.rivm.nl en tik in zoekvenster Grip op preventie. 📄

Nieuwe genetische oorzaken van alzheimer ontdekt

Een Nederlands-Amerikaans onderzoeksteam heeft nieuwe kennis opgeleverd over het genetische risico om de ziekte van Alzheimer te ontwikkelen. Het onderzoek is op 7 januari gepubliceerd in *Nature Genetics*. De studie is de grootste genetische studie naar de ziekte van Alzheimer tot nu toe en omvat genetische data van meer dan 455.000 personen. Door dit onderzoek werden 29 plekken in het DNA ontdekt die bijdragen aan het risico op de ziekte van Alzheimer. Negen van deze plekken waren nog nooit eerder gevonden. Gezamenlijk wijzen deze bevindingen erop dat zowel defecten in het immuunsysteem van het brein als eiwitten die een rol spelen bij de vethuishouding, bijdragen aan het risico om alzheimer te ontwikkelen.



De onderzoekers zagen dat het risico op alzheimer voor een groot deel wordt bepaald door cellen van het afweersysteem in de hersenen. Hoogleraar Danielle Posthuma van de Vrije Universiteit: 'Dit wijst erop dat we ons niet alleen moeten focussen op de zenuwcellen, maar vooral op deze immuuncellen.' Naast genen van het immuunsysteem, waren ook bepaalde genen belangrijk die betrokken zijn bij de vethuishouding. De onderzoekers denken dat de veranderde vethuishouding wel eens verantwoordelijk kan zijn voor het aantasten van het afweersysteem en van de bloedvaten in de hersenen. Het onderzoek werd uitgevoerd door onderzoekers in Boston en Nederlandse onderzoekers van VU Amsterdam en Alzheimercentrum Amsterdam. 📄

Handreiking registratiestandaard Wijkverpleging

Alle betrokken organisaties in de wijkverpleging hebben gezamenlijk een handreiking ontwikkeld voor het werken met de registratiestandaard *Zorgplan = planning = realisatie, tenzij* in plaats van de minutenregistratie. Deze standaard valt binnen de handreiking *Registratiestandaard wijkverpleging* en is een middel om de administratieve lasten voor professionals terug te dringen. ActiZ, Zorgthuis.nl, Zorgverzekeraars Nederland en V&VN hebben in samenwerking met de Nederlandse Zorgautoriteit, het ministerie van VWS en accountants deze handreiking opgesteld. De handreiking legt aan de hand van voorbeelden uit de praktijk uit hoe wijkverpleegkundigen, zorgaanbieders en zorgverzekeraars de registratiestandaard *Zorgplan = planning = realisatie, tenzij* kunnen toepassen. Het document geeft zorgaanbieders ruimte voor een eigen specifieke uitwerking. De exacte invulling zal hierdoor in de praktijk per organisatie verschillen, afhankelijk van hoe de bedrijfsvoering is ingericht. Daarnaast is er voor wijkverpleegkundigen en teamleden een infographic gemaakt, waarbij in één oogopslag te zien is wat bepaalde keuzes voor de wijkverpleging kunnen betekenen. 📄

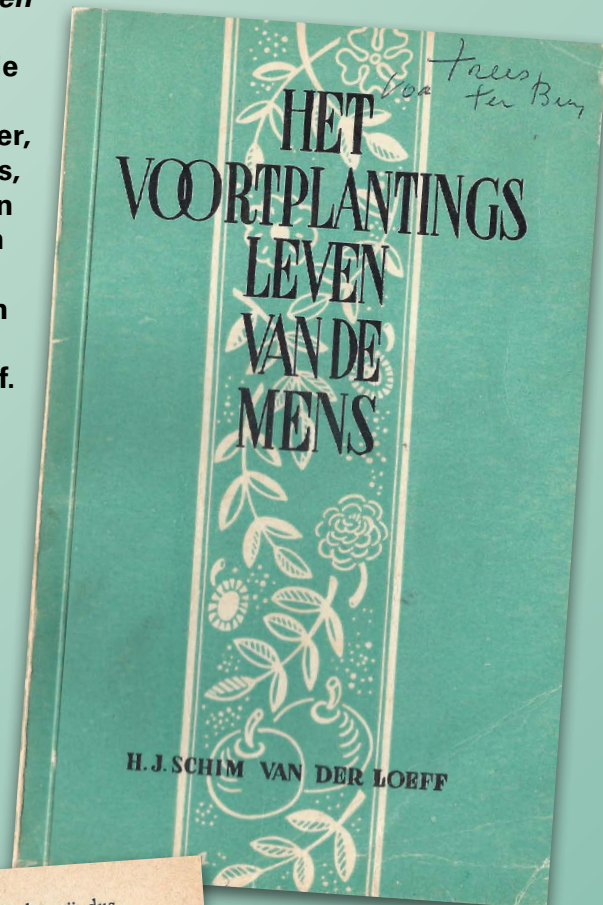
Thema van congres NCVGZ: Public Health next step

Het Nederlands congres Volksgezondheid 2019 vindt plaats op 11 april 2019 en heeft als thema: *Public Health next step, nieuwe perspectieven op preventie en gezondheidsbevordering*. Het belang van preventie en een integraal gezondheidsbeleid wordt steeds meer gezien en erkend. Markeringspunten in 2018 zijn het Preventieakkoord, het leefstijlmanifest en het besluit over de geïntegreerde leefstijlinterventie in de basisverzekering. Critici vinden dit (te) kleine stapjes vooruit. We moeten nog veel actiever met preventie aan de slag dan we nu doen. De zoektocht verleggen buiten de gebaande paden is aan te bevelen, en zelfs urgent. Deze thematiek vormt de rode draad van NCVGZ 2019. Weten wie de sprekers zijn, welke workshops er gegeven worden, kosten en je aanmelden? Ga naar www.ncvgz.nl. 📄

Over seks gesproken in 1948...

Redacteur en dementieverpleegkundige Gerben Jansen vond in een oude doos het boekje *Het voortplantingsleven van de mens*. Dit boekje dat in 1948 zijn veertiende druk (!) had, werd als richtlijn en achtergrondinformatie gebruikt door verpleegkundigen als het ging om seksualiteit in een katholieke context. Zijn grootmoeder, die in de naoorlogse jaren ook wijkverpleegkundige was, had het op zak als ze haar bezoeken deed aan cliënten thuis. Sommige adviezen en opmerkingen zijn van een bevreemdend en soms hilarisch gehalte. Maar er zijn er ook die niet zoveel verschillen van wat verpleegkundigen M&G heden ten dage vertellen. Door heel het tijdschrift heen publiceren we diverse passages. Lees en oordeel zelf.

'krachtens het huwelijk hebben beiden een recht op het stellen dezer daad'



De geslachtsvereniging is dus in het huwelijk een goede daad en het is derhalve aan de echtgenoten volkomen geoorloofd deze te stellen; meer nog: krachtens het huwelijk hebben beiden een *recht* op het stellen dezer daad, hebben beiden derhalve ook de plicht aan het verlangen der andere partij in deze te voldoen. Deze verplichting is er ene van rechtvaardigheid en als zodanig in het algemeen een zware verplichting. Zonder zeer geldige redenen (bijv. ziekte) mogen de echtgenoten elkaar dan ook de uitoefening van dit *recht* niet weigeren. Maar natuurlijk moet hierbij een zekere matigheid worden betracht en waar de grootste activiteit in deze veelal van de man uitgaat, heeft hij wel degelijk de plicht rekening te houden met de eventuele gesteldheid van zijn echtgenote en dus niet uitsluitend aan eigen verlangens te denken. Hij mag ook vooral niet vergeten, dat bij de vrouw, zoals wij in Hoofdstuk IX zagen, de drang tot lichamelijke tederheid vaak meer op de voorgrond treedt dan die tot de directe vereniging en dat dus de bovenvermelde voorbereidingen in de vorm van intieme aanrakingen voor haar aanleg natuurlijkerwijze zijn aangewezen en bevorderlijk voor het optreden der volkomen seksuele bevrediging. Aan de andere kant wordt maar al te vaak door de vrouw vergeten, dat de seksuele omgang een machtige factor is voor de verster-

72

king van de huwelijksband en dat zij dus uitermate verkeerd doet zich te dezen opzichte koel en onverschillig te tonen of zelfs op wrevelige wijze aan het verlangen van haar echtgenoot te voldoen. Hoeveel sterker bindt zij haar man aan zich, wanneer ook op dit gebied haar hartelijkheid zich uit, wanneer zij zich hierin gemakkelijk toont en haar echtgenoot met enige spontaniteit tegemoet komt. Dan pas werkt zij inderdaad mede tot bevestiging van de huwelijksrouw.

Onthouding van de geslachtsvereniging is met wederzijds goedvinden natuurlijk geoorloofd, maar alleen wanneer dit geen gevaar voor zondigen (sexuele omgang met anderen, of zondigen met zich zelf) bij één der partijen ten gevolge heeft. Bij jongere gehuwden is daarom onthouding in de regel niet gewenst.

Wat de veelvuldigheid van het huwelijksgebruik aangaat, deze is individueel zeer verschillend en afhankelijk van sexuele aanleg en temperament. Jongere echtgenoten zullen over het algemeen vaker daarvan gebruik maken (meerdere malen per week) dan oudere; een vaste norm is daarvoor niet aan te geven. Wat voor de éne constitutie nog heel normaal is, is voor de andere reeds een te veel. Het standpunt, dat Prof. Dr. F. Daels in zijn overigens zo mooi boek „Voor moeder

73

Voortplanting 4

Het voortplantingsleven van de mens

H.J. Schim van der Loeff

J. Romen & Zonen

Roermond - Maaseik

Drie seksuologen aan het woord over:

De seksuele ontwikkeling van baby tot oudere met dementie



In deze rubriek komen professionals die inspireren aan het woord. Deze keer een speciaal gesprek met drie seksuologen over de seksuele ontwikkeling van jonge kinderen, pubers en ouderen. Immers: wil je als professional seksualiteit bespreekbaar maken tijdens je werk dan is het belangrijk om te weten hoe de seksuele ontwikkeling bij mensen verloopt. Hoe verschillend de fases ook zijn, voor professionals geldt altijd: Ga actief het gesprek aan. Verwacht niet dat een cliënt, leerling of ouder er zelf over begint.

Jonge kinderen

Inger Tempels-van Zetten, seksuoloog NVVS, praktijk LEIF over de seksuele ontwikkeling bij kinderen van nul tot vier jaar: 'Het gaat nog niet om seks, maar om een prettige ervaring.'

'Vanaf de geboorte zijn er bij kinderen al seksuele responsen mogelijk. Bij jongens uit zich dat in een erectie en bij meisjes in zwelling van de clitoris en schaamlippen. Wat je vooral ziet is dat kinderen in deze leeftijdscategorie hun geslachtsorganen ontdekken. Voor het eerste levensjaar is dat vooral bij toeval, maar kan het al wel een prettig gevoel geven. Rond het tweede jaar zie je dat kinderen bewust hun geslachtsorgaan aanraken en dat ook prettig vinden. Het aanraken en het als plezierig ervaren is een belangrijk onderdeel in de seksuele ontwikkeling. Het zorgt ervoor dat je op latere leeftijd seksuele gevoelens als plezierig kan ervaren. Het is daarom erg belangrijk dat dit gedrag er mag zijn en dat het als normaal gezien wordt. Het gaat nog niet om seks, maar om een prettige ervaring. Als je dit als negatief bestempelt door bijvoorbeeld een handje weg te halen als een kind zich aanraakt of te zeggen dat het vies is, dan kan dit uiteindelijk negatieve gevolgen hebben voor de seksuele ontwikkeling. Een jongetje dat met zijn broek op z'n knieën friemelend aan zijn piemel een kamer vol visite inloopt kan je erop wijzen dat het vast heel fijn is om zo rond te lopen, maar dat hij toch maar even zijn broek omhoog moet doen. Dan erken je dat het een fijn gevoel is, maar je begrenst hem wel. Dit soort informatie kan je als jeugdverpleegkundige ook met ouders bespreken. Ik krijg regelmatig de vraag in hoeverre er in die leeftijdsfase al sprake kan zijn van genderproblematiek of homoseksualiteit. Maar het gedrag van kinderen op deze leeftijd heeft nog geen seksuele betekenis. Als een jongetje graag een jurk draagt en met meisjes speelt betekent dit niet dat hij graag een meisje wil



Tekst: Pascale Lavooij

zijn of homoseksueel is. Bij een transgender wordt vaak achteraf gezegd dat het er al vroeg in zat, maar het is zeker geen graadmeter voor de toekomst als een meisje jongensachtig gedrag vertoont of vice versa. Pas in de puberteit zie je dat genderidentiteit, seksuele respons en relatievorming geïntegreerd raken en niet meer los van elkaar staan.'

Pubertijd

Meike van 't Hof, sociaal verpleegkundige VO/ seksuoloog NVVS over de seksuele ontwikkeling in de puberteit: 'Pubers weten echt niet altijd alles als ze al seksueel actief zijn.'

'Wanneer iemand in de puberteit belandt, hangt af van het geslacht maar is ook persoonlijk. Gemiddeld komen meisjes tussen 10 en 12 jaar in de puberteit en jongens tussen de 12 en 14 jaar. Er gebeurt heel veel in het lijf. Natte dromen bij jongens, menstruatie bij meisjes.

Naast de lichamelijke veranderingen hebben pubers ook te maken met het verder ontdekken van zichzelf, wie ze zijn, welke seksuele voorkeur ze hebben, wat ze willen en met wie. Dit maakt deze fase spannend. Je hoopt dan ook dat jongeren op deze leeftijd al seksuele voorlichting hebben gehad. Pubers vinden het best lastig om met hun ouders over seks te praten. Vanaf zes jaar stellen kinderen vaak uit nieuwsgierigheid vragen en is het goed daar al op in te gaan.

Dat het lichaam zich gaat ontwikkelen betekent niet dat pubers al daadwerkelijk bezig zijn met seksualiteit. Soms duurt het nog een aantal jaren voordat ze toe zijn aan verliefdheid of zoenen of meer.

De hormoonhuishouding (testosteron bij jongens en oestrogenen bij meisjes) jaagt de behoefte aan seksualiteit aan, maar het is met name ook de omgeving die van invloed is op de seksuele ontwikkeling van pubers. De opvoeding: wordt er thuis open over gesproken of mag er juist niet over gesproken worden of wordt het weg gelachen.

Maar ook de invloed van internet, films en sociale media zijn groot. Als jongeren in de puberteit alles wat ze zien

op tv of internet als gangbaar beschouwen dan kan dit een negatieve invloed hebben op de seksuele ontwikkeling en hoe zij seksualiteit ervaren. Als een meisje denkt dat ze klaar moet komen tijdens penetratie of dat de binnenste schaamlippen niet groter mogen zijn dan de buitenste dan kan ze heel onzeker worden en denken dat ze niet normaal is. Hierdoor zal ze mogelijk over haar grenzen gaan en seks als minder prettig gaan ervaren. Bij jongens kan er onzekerheid ontstaan als zij binnen vijf minuten klaarkomen en denken dat dit veel te snel is, terwijl het heel normaal is. In een pornofilm duurt het misschien een half uur maar dat is niet reëel.

'Bij jongens kan er onzekerheid ontstaan als zij binnen vijf minuten klaarkomen, terwijl dit heel normaal is'

Het is van belang om je als ouder of professional te realiseren dat pubers echt niet altijd alles weten als ze al seksueel actief zijn. Ben er open over en durf door te vragen. Niet alleen of ze al seksueel actief zijn, maar ook hoe ze seks en hun eigen lichaam ervaren. Of ze er zorgen of vragen over hebben, er met andere mensen over kunnen praten. En waar ze hun informatie vandaan halen. Ik hoor vaak van pubers dat hun ouders zeggen 'je kunt altijd bij mij terecht als je vragen hebt', maar als je er niet actief over begint dan komen ze daar vaak niet mee.' Praat erover. Seksualiteit is normaal.'



Ouderen

Peter Leusink, huisarts en seksuoloog over de seksuele behoeftes van ouderen:

‘Er is meer behoefte aan intimiteit en aanraken.’

‘De behoefte aan seksualiteit, gevoel van intimiteit, aangeraakt worden, opgewonden zijn of een orgasme krijgen, blijft. Ongeacht de leeftijd. Wat wel verandert is de behoefte aan lustvolle seksualiteit. Er is meer behoefte aan intimiteit en aanraken. Dat wil niet zeggen dat er geen behoefte is aan bijvoorbeeld een orgasme, maar door hormonale veranderingen, veranderingen in bloedvaten en zenuwbanen wordt het allemaal wat trager. Het duurt langer voordat ouderen een orgasme krijgen. Dat er geen behoefte meer is aan gepassioneerde seks geldt overigens niet voor elke oudere. Ik heb wel eens iemand gesproken die recent weer verliefd was geworden en zich herboren voelde. Ook op seksueel vlak. Het heeft ook te maken met het feit dat mensen soms al heel lang bij elkaar zijn. De betekenis van seks verandert daardoor.

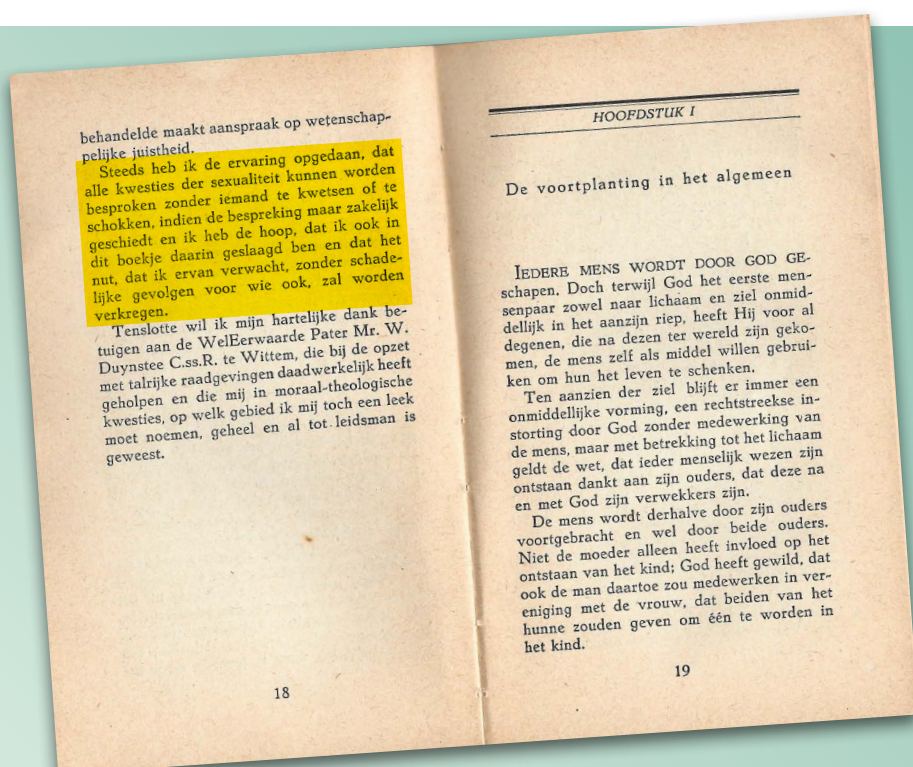
‘Dat er geen behoefte meer is aan gepassioneerde seks geldt niet voor elke oudere’

Als er sprake is van een ziekte of aandoening zoals COPD of beginnende dementie dan heeft dit een groot effect. Mannen gaan vaak seks vermijden en vrouwen passen zich dan vaak aan waardoor ze als ze seks hebben vaak pijn ervaren omdat ze niet opgewonden genoeg raken. Bij wat verder gevorderde dementie zie je soms dat



patiënten verliefd worden op iemand anders of seksueel ontremd raken. Dit is vooral heel lastig voor de partner en familie. Goede uitleg over wat er gebeurt en dat dit niet aan hen ligt is belangrijk. Rollen veranderen ook vaak. Als je partner ook je mantelzorger is die in de weer is met een washandje en met kopjes koffie, dan is het soms moeilijk om diezelfde partner als seksuele partner te zien. Het is belangrijk om deze twee rollen uit elkaar te houden, maar dat is erg moeilijk. Ik heb ooit een patiënt met ALS gehad die uiteindelijk bedlegerig werd. Ik sprak heel open met hem en zijn vrouw over seksualiteit. Zijn vrouw gaf aan dat ze graag een tweepersoons hoog-laagbed in de woonkamer wilde hebben zodat ze naast hem kon liggen. Het had wat voeten in de aarde, maar het is gelukt en daar ben ik nog steeds blij om. Ze heeft de laatste maanden van het leven van haar man nog naast hem kunnen liggen. Dan gaat het niet over gepassioneerde seks, maar over aanraken en lekker tegen elkaar aan kruipen. Ook in die levensfase is het belangrijk om actief over seksualiteit te praten met cliënten. Dat hoeft niet meteen bij de intake, maar vrij kort daarna kan je er al vrij algemeen over beginnen door te vragen wat voor invloed een ziekte of aandoening van de cliënt op de relatie met de partner heeft. Cliënten doen dit bijna nooit uit zichzelf.’

Pascale Lavooij is medewerker deskundigheidsbevordering & voormalig verpleegkundige bij de GGD Rotterdam-Rijnmond



Over seks gesproken in 1948...

‘Alle kwesties der sexualiteit kunnen worden besproken zonder iemand te kwetsen’

Uit Het voortplantingsleven van de mens. 1948

Seksueel onbegrepen gedrag leren begrijpen

Voor de analysefase is doorslaggevend



Als dementie- of wijkverpleegkundige krijg je tijdens je werk geregeld te maken met seksueel onbegrepen gedrag bij je cliënt met dementie. Hoe herken je dit gedrag, waar komt het vandaan en hoe ga je ermee om? Marleen Prins van het Trimbos-instituut geeft er workshops over aan wijk- en dementieverpleegkundigen. In dit artikel beschrijft ze hoe je naar onbegrepen gedrag kunt kijken.

*Tekst:
Marleen Prins*

Onbegrepen gedrag is een verzamelnaam. Het wordt gebruikt om gedrag van mensen met dementie te beschrijven en gaat om gedrag dat veranderd is nadat zij de ziekte kregen. Het wordt ook wel probleemgedrag, veranderd gedrag of moeilijk hanteerbaar gedrag genoemd. Deze benaming levert wel eens discussie op in mijn workshops. Professionals zeggen: 'Ook al begrijp ik het gedrag, dan weet ik nog steeds niet hoe ik ermee om moet gaan'. Dat is zo, maar ik leg mijn cursisten altijd uit dat de term onbegrepen gedrag je uitdaagt om te proberen het gedrag te begrijpen. Je bent geneigd om meteen al naar oplossingen te zoeken, terwijl je nog geen volledig beeld hebt van wat er precies aan de hand is.

Onbegrepen gedrag opmerken

Onbegrepen gedrag komt voor in verschillende soorten en maten. Van agressie tot verbloemd gedrag, seksueel ontremd gedrag, onrust in de nacht, lusteloosheid en nog meer. Mijn cursisten laten vaak weten dat ze het soms

moeilijk in te schatten vinden of iets echt onbegrepen gedrag is. Een dementieverpleegkundige vertelde eens: 'Een cliënt van mij met dementie zit een groot deel van de dag op de bank en kijkt televisie. In eerste instantie lijkt er

'Onbegrepen gedrag komt voor in verschillende soorten en maten'

niet zoveel aan de hand. Maar toen de partner vertelde dat de cliënt vroeger erg actief was en dagelijks anderhalf uur fietste, werd ik getriggerd. De cliënt bleek ook nu nog steeds te genieten van een blokje door de buurt fietsen. Toen concludeerde ik dat er toch sprake was van onbegrepen gedrag, omdat het gedrag anders was dan vroeger en de cliënt er last van had. Ik sprak toen met de mantelzorger en de cliënt af dat zij een vaste dag en tijdstip zouden uitkiezen waarop ze samen zouden gaan fietsen. Nu zie ik dat zij er beiden van genieten en de cliënt weer in beweging is.'



'Oefenen met lastige praktijksituaties'

Joke van Woestijne, dementieverpleegkundige bij Geriant: 'Ik heb de uitgebreide training *Onbegrepen gedrag bij dementie in de thuissituatie* gevolgd. Ik wist al het een en ander, maar door de training kreeg ik handvatten om een goede analyse te kunnen maken. We kregen uitleg over de theorie en oefenden met lastige praktijksituaties, zoals het motiveren van cliënten om gedrag te veranderen. Wat mij heel duidelijk werd tijdens de training, was dat ik het gedrag van een cliënt niet kan oplossen. Wat ik wel kan is een goede analyse maken van het gedrag, het bespreken met de betrokkenen en proberen interventies in te zetten, te monitoren en te evalueren. Zo had ik onlangs een mevrouw met dementie in zorg die in een kleinschalige woonvorm was opgenomen. Zorgmedewerkers vertelden dat zij erg aan het roepen was, vooral 's nachts. Eerst heb ik met de arts een lichamelijke oorzaak, zoals bijvoorbeeld een blaasontsteking, uitgesloten. Toen ging ik met de verzorging in gesprek: wanneer roept mevrouw het meest? Wat roept ze? Wanneer roept ze niet? Toen ontdekten we dat mevrouw na het douchen 's ochtends altijd rustig in haar stoel zit. Drie dagen achter elkaar hebben we haar 's avonds gedoucht en is het roepen erg afgenomen. Voorheen had ik misschien de link tussen het douchen en het effect daarvan op mijn cliënt niet opgemerkt. Dan zou ik meteen in de oplossingen geschoten zijn. Ik probeer nu een relatie te ontdekken met wat er in de omgeving gebeurt. Als dementieverpleegkundige ben ik degene die de helikopter-view moet houden, ik moet goed alle informatie bij elkaar brengen. Ik gebruik nog vaak het analyseformulier. Want daarmee kan ik samen met de familie en andere disciplines aan de slag om onbegrepen gedrag in kaart te brengen en uiteindelijk te begrijpen.'



Een andere casus ging over Annie en Jan. De dementieverpleegkundige beschreef het als volgt: 'Annie en Jan waren veertig jaar gelukkig getrouwd. Maar naarmate de dementie vorderde, vergat Jan steeds meer. Ook dat zij net gevreeën hadden. En dan wilde Jan snel daarna weer. Annie gaf aan dat zij dit niet zo vaak achter elkaar kon en wilde. Maar dan werd Jan boos, achterdochtig en zelfs fysiek agressief. Annie voelde vooral veel onmacht. Zij kende dit soort gedrag helemaal niet van Jan. Ik heb met Annie besproken dat ze haar grenzen aan moet blijven geven. En dat de boosheid van Jan waarschijnlijk voortkomt uit zijn eigen onzekerheid. Samen probeerden we te bedenken hoe Annie hem op die momenten gerust kan stellen. Hierdoor voelde Annie zich sterker in haar schoenen staan; de situatie escaleerde ook minder snel.'

Het gedrag uitpluizen

Ik probeer in mijn workshops over te brengen dat het allemaal begint met het opmerken van onbegrepen gedrag. Je stelt eerst vast dat de persoon met dementie en/of de mantelzorger er last van heeft. Immers; als niemand moeite heeft met het gedrag, is het de vraag of je er iets aan moet doen. Houd daarbij wel het voorbeeld van de persoon met het lusteloze gedrag in je achterhoofd: soms is het niet zichtbaar dat iemand er zelf last van heeft. Stel daarom veel vragen aan de mantelzorger en degene met dementie: Was dit gedrag er altijd al? Hoe ervaren ze dit gedrag? Probeer een goed beeld

te krijgen van wat het gedrag precies inhoudt en hoe ernstig het is. Je maakt als het ware een analyse van het gedrag. Je gaat op zoek naar de oorzaken.

Tom Kitwood, de Engelse grondlegger van persoonsgerichte zorg, ziet de mens als meer dan alleen zijn ziekte. Gedrag van mensen kan volgens hem alleen verklaard worden door te kijken naar meerdere factoren. Hij benoemt er vijf: persoonlijkheid, levensloop, sociale en fysieke omgeving en lichamelijke gezondheid. Dit alles maakt een mens tot wie hij is en hoe hij zich gedraagt. Wees je dus bewust dat al deze factoren meespelen als je naar gedrag kijkt. Als je je alleen maar op de dementie richt, mis je een hoop. Wat is er gebeurd in iemands levensloop? Hoe was iemands persoonlijkheid? Hoe gaan de mensen in de omgeving om met het gedrag? Zorgt dit ervoor dat het gedrag juist erger of juist minder wordt? Als je deze vragen stelt, krijg je een beter beeld. En wanneer je weet wat er precies aan de hand is, kun je bedenken hoe je ermee om kunt gaan. Dit doe je samen met de mensen dichtbij de persoon met dementie. Tijdens de workshop delen we een formulier uit waarop de analyse beschreven kan worden aan de hand van de vijf factoren. Dit maakt de analyse niet alleen inzichtelijk voor jou, maar ook voor de cliënten. Zonder dat je echt weet wat er aan de hand is, kun je wel oplossingen bedenken, maar de kans dat je dan de juiste manier hebt bedacht om met het gedrag van deze specifieke persoon om te gaan, is dan klein.



Nadat je een analyse hebt gemaakt, kun je bedenken hoe je met het gedrag kunt omgaan. Die omgang moet wel bij deze persoon passen. Als iemand zijn hele leven al vrij ontremd is geweest, is de kans klein dat dit gedrag door jouw benadering ineens ophoudt. Stel daarom doelen: Wil je dat het gedrag minder wordt of ophoudt? Of is het doel dat de mantelzorger beter met het gedrag om kan gaan? Tijdens de workshops vertellen dementieverpleegkundigen mij vaak dat dit laatste meestal het belangrijkste doel is. De mantelzorger komt per slot van rekening het meest in aanraking met het gedrag.

Oneerbare voorstellen

Zo vertelde een dementieverpleegkundige dat hij was gevraagd door medewerkers van de dagbehandeling om mee te denken over mogelijke manieren om een meneer met seksueel ongeremd gedrag te benaderen. 'Deze meneer deed oneerbare voorstellen naar vrouwen in zijn omgeving. Hij werd ook handtastelijk, pakte hen vast en wilde hen kussen. Ik ging met de medewerkers van de thuiszorg, dagbehandeling, de arts en de psycholoog om tafel om uit te pluizen waar het gedrag bij deze meneer vandaan kwam. Samen kwamen we tot de conclusie dat meneer vaak overprikkeld was en dan seksueel ontremd gedrag vertoonde. Daarna hebben we nagedacht over hoe we dit gedrag zouden kunnen

voorkomen, door bijvoorbeeld op de dagbehandeling tijdens de koffie één-op-één contact met hem te hebben zodat hij minder snel overprikkeld raakte. Na dit een paar ochtenden uitgetest te hebben, merkten we dat het gedrag minder vaak voorkwam.'

Samen kom je tot meer dan alleen

Bij het omgaan met onbegrepen gedrag heb je vaak het gevoel dat je aan het puzzelen bent. En het is makkelijker om de puzzel af te maken wanneer alle puzzelstukjes door verschillende mensen bij elkaar worden verzameld. Mijn boodschap is: ga het niet alleen aan! Gebruik juist ook de kennis en expertise van je collega, de psycholoog, arts, de GGZ, maatschappelijk werk en alle andere extra invalshoeken. En betrek ook de mantelzorger en familieleden, vrienden en kennissen bij het omgaan met onbegrepen gedrag. Vraag of zij willen meedenken over wat de oorzaak kan zijn van het gedrag en of zij ideeën hebben over hoe je ermee kan omgaan. Zij kennen de persoon met dementie vaak al heel lang en hebben waardevolle inzichten voor het maken van de analyse. Zij zijn vaak de belangrijkste schakel om het gestelde doel te bereiken. [B](#)

Meer informatie over de workshops of een uitgebreide training? Ga naar www.trimbos.nl

Marleen Prins is psycholoog en werkt als onderzoeker bij het programma Ouderen van het Trimbos-instituut

Verpleegkundige seksuele gezondheid Ingrid van de Berg

'Ik krijg weer energie van mijn werk'

In de rubriek **Vers bloed** komen beginnende verpleegkundigen Maatschappij & Gezondheid aan het woord. Ditmaal Ingrid van de Berg (47), verpleegkundige seksuele gezondheid bij de GGD Brabant Zuid Oost. Van de Berg maakte een jaar geleden de overstap van de zorgambulance naar verpleegkundige seksuele gezondheid. 'Ik krijg weer energie van mijn werk.'

Waarom koos je voor verpleegkundige seksuele gezondheid?

'Ik werkte al tien jaar op de zorgambulance en in deze functie deed ik weinig verpleegtechnische handelingen. Dat begon ik te missen. Daarom heb ik ook nog een half jaar in de wijkverpleging gewerkt om mijn verpleegkundige kennis op peil te houden. Ik zocht meer uitdaging. Met behulp van een loopbaancoach ben ik me gaan oriënteren. Ik dacht al lang over verpleegkundige in de soa-bestrijding, maar durfde de stap niet te nemen. De coach gaf me net dat zetje dat ik nodig had.'

Is het een goede keuze geweest?

'Ik vind het echt ontzettend leuk! Ik heb eerst enkele maanden meegelopen en heel veel gelezen, bijvoorbeeld de richtlijnen van het RIVM, preventieadviezen en motiverende gespreksvoering. Daar heb ik echt veel tijd aan besteed. Ook heel belangrijk: ik ga weer met energie naar mijn werk!'

Moet je vaak de angst om een soa of hiv bij een cliënt wegnemen?

'De meeste mensen zijn niet heel erg bang, vooral als het gaat om goed te behandelen soa's als chlamydia of gonorrroe. Als mensen een waarschuwing kregen dat ze wellicht geïnfecteerd zijn met hiv is het een andere zaak. Dan vraag ik naar hun seksueel gedrag. Hoe groot het risico op hiv is, hangt namelijk samen met je seksueel gedrag. Afhankelijk van het ingeschatte risico kan ik iemand geruststellen. Mannen die seks hebben met mannen hebben weinig schaamte over soa's. Jongeren daarentegen praten er minder open over.'

Wat zijn de meest voorkomende vragen die je krijgt?

'Iedere doelgroep heeft zijn eigen specifieke vragen. Maar meestal gaat het om vragen als: wat ik heb, wat ik voel, hoe dit eruitziet, is dat wel normaal? Loop ik veel risico? Wat kan ik het beste doen? En: hoe voorkom ik een soa? Soms zet een cliënt me extra aan het denken.'



Tekst: Monique Kemner

Zo had ik onlangs een heel kwetsbaar meisje in mijn behandelkamer dat een soa had opgelopen. Ze vertelde me dat ze moeilijk nee kan zeggen als iemand met haar wil vrijen en zij dat niet wil. Ik heb haar aangeraden om deel te nemen aan de praatgroep *No shame*. Daar leert ze hoe ze nee kan zeggen en wat haar grenzen zijn.'

Waar sta jij over vijf jaar?

'Dan werk ik nog steeds als verpleegkundige seksuele gezondheid. Ik heb dan de verdiepende module gevolgd over soa's. Ik hoop dat ik dan ook keuzehulpgesprekken mag voeren met vrouwen die zwanger zijn, maar niet weten of ze de zwangerschap willen voldragen. Op die manier kan ik echt wat betekenen voor deze vrouwen. Dat vind ik prachtig.' 🍷

BIO

Naam: Ingrid van de Berg

Werkt bij? GGD Brabant Zuid Oost in Eindhoven

Opleiding: Inservice A-verpleegkunde, SOSA-opleiding verpleegkundig centralist (hbo)

Is goed in? 'Ik kan goed organiseren en veroordeel mensen niet.'

Minder goed in? 'Ik wil teveel, uit enthousiasme en verantwoordelijkheidsgevoel. Ik heb soms iemand nodig die me terugfluit.'

Monique Kemner is adviseur Zorginnovatie (www.ko-diezijn.nl) en wijkverpleegkundige, niet praktiserend

Verpleegkundigen M&G:

Praten over seks met je cliënt; hoe doe je dat?



Het is lang niet altijd gemakkelijk om met je cliënt over seks of seksueel getint gedrag te praten. Toch hebben verpleegkundigen M&G er regelmatig mee te maken. Zeven verpleegkundigen M&G geven voorbeelden uit de praktijk.

Tekst:
Hellen
Kooijman

Verpleegkundige infectieziekten

**'Pascale Lavooij, medewerker deskundigheidsbevordering
& voormalig verpleegkundige bij de GGD Rotterdam-Rijnmond:**

'Ik was begin 30 toen er een Turkse man van rond de vijftig met zijn vrouw op het spreekuur van team infectieziekten verscheen. Een traditionele islamitische man. Hij had Hepatitis B. We vragen dan naar bloed-bloed, maar ook seksuele contacten. Om hem veilig zijn verhaal te kunnen laten doen, vroeg ik zijn vrouw op de gang te wachten. Ik vond het spannend, dus begon met bloed-bloed contacten; had hij een scheermesje of tandenborstel gedeeld? Daarna moest ik zijn seksuele contacten bespreken. Ik merkte dat ik eigenlijk vooroordelen had, er vanuit ging dat die man daar niet over zou willen praten. Ik begon met een grapje. Ze hadden kinderen dus ik zei: "Ik ga er vanuit dat u seksueel contact heeft gehad?" En ik zei dat ik me voor kon stellen dat dit een lastig onderwerp was. En dat alles wat hij mij vertelde niet bij zijn vrouw zou komen. Aanvankelijk was hij terughoudend. Ineens ging hij op het puntje van zijn stoel zitten en vertelde hij dat hij erectieproblemen had. En dat hij naar een prostituee geweest was omdat hij wilde weten of het alleen niet meer bij zijn vrouw lukte. Maar bij die prostituee lukte het ook niet. Ik was aangenaam verrast over zijn openheid. Helaas kon ik die man niet helpen, wij kunnen geen viagra voorschrijven. Maar ik kon wel de huisarts vragen deze man te helpen. Dat vond de man in kwestie ook een goed idee. Wat ik hieruit geleerd heb is dat je je vooroordelen opzij moet zetten. En dat als je je vragen respectvol stelt en duidelijk maakt dat het er niet om gaat iemand te beschuldigen en je zelf over seksualiteit ook normaal doet, mensen vaak heel open zijn.'

'Zet je vooroordelen opzij'

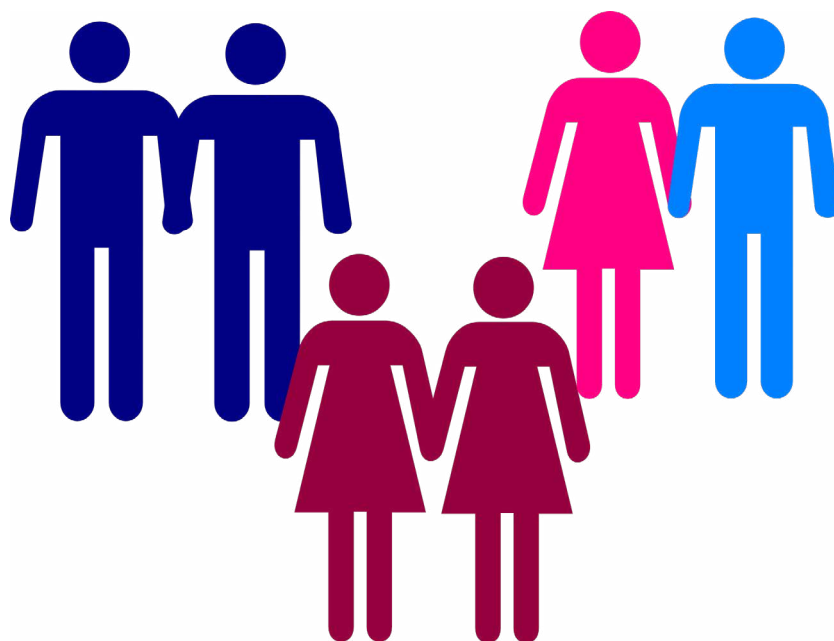
Jeugdverpleegkundige

Lia van Aaken, jeugdverpleegkundige 12 plus, GGD Zeeland:

'Laatst sprak ik tijdens een tweedeklas gesprek een meisje van 13. Ze had een goed verhaal, zat lekker in haar vel, deed het goed op school. Toen vroeg ik, zoals ik altijd doe: "En ben je weleens verliefd geweest? Weet je al of je op jongens of meisjes valt of op allebei?" Verbaasd zei ze: "Weet je, dit is de eerste keer dat iemand dit zo rechtstreeks vraagt". Ze vertelde dat ze met haar ouders goed over van alles kon praten, ook over seks, maar dat ze er toch een beetje vanuit gingen dat ze op jongens zou vallen. Terwijl ze zelf dacht dat ze biseksueel was. Tijdens ons gesprek bleek dat ze toch meer lesbisch was. En dat ze graag meer informatie wilde en ook wilde weten hoe ze lesbische meisjes kon ontmoeten in Zeeland. Toen hebben we samen naar een site gekeken waar ze dat kon vinden. Aan het einde van het gesprek zei ik dat ik graag wilde weten of ze het thuis zou gaan vertellen. "Jazeker", zei ze. "Dan zeg ik dat ik met jou besproken heb dat ik lesbisch ben." Dit is een goed voorbeeld van hoe een gesprek kan lopen als je als jeugdverpleegkundige open en onbevooroordeeld het gesprek ingaat. Het is belangrijk dat je er niet van uitgaat dat je al weet hoe een jongere zich voelt, of op welk geslacht hij of zij valt. Of dat ze al seks hebben. Ook dat komt vaak voor. Ze zijn dan 13 of 14 en menen

'Ga er niet vanuit dat je al weet hoe een jongere zich voelt'

dat al hun vrienden het al eens gedaan hebben. En zij nog niet. Soms maken ze zich daar zorgen over. Dan helpt het om de feiten erbij te halen. Uit onderzoek blijkt dat de gemiddelde leeftijd waarop jongeren seks hebben in Nederland 18,6 is. Dat stelt ze gerust.'



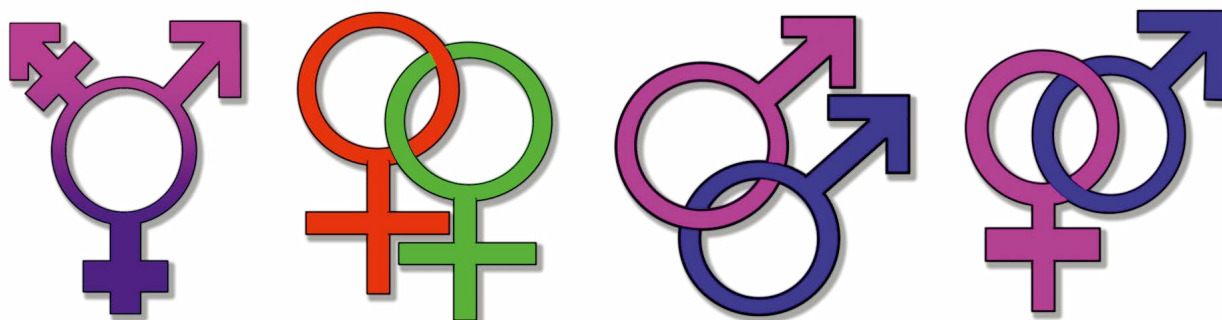
TBC-verpleegkundige

Oda van de Waarsenburg, sociaal verpleegkundige tbc-bestrijding, GGD Gelderland-Midden:

'Een tijd geleden begonnen mijn collega San Borkus en ik met een verpleegkundig onderzoek in verband met het medicijn rifampicine, een medicijn dat zes maanden gebruikt wordt om tbc te behandelen. Door dit medicijn werkt de pil niet goed, zo bleek. We geven daarom voorlichting over alternatieve vormen van anticonceptie. Er komen vrouwen uit verschillende culturen bij ons. Soms komt de man mee, maar we willen liever een vrouw apart spreken. Omdat ze dan zelf kan aangeven hoe ze een andere vorm van anticonceptie bespreekbaar kan maken bij haar partner. Er zijn natuurlijk goede alternatieven voor de pil. Je kunt bijvoorbeeld een spiraaltje gebruiken of condoms.'

**'Bij het medicijn rifampicine, blijkt de anticonceptiepil niet goed te werken.
Je moet dan alternatieve vormen van anticonceptie bespreken'**

Maar voor het laatste ben je afhankelijk van je partner. Je kunt ook besluiten geen seks te hebben tijdens de behandeling. Maar het moet háár keuze zijn. We bespreken dit daarom zo neutraal mogelijk. En we hoeven ook niet te weten of en wat de vrouw als anticonceptie gebruikt. Van belang is dat je ook na een eerste gesprek terug komt op het feit dat de pil niet werkt bij rifampicinegebruik. Door de hoeveelheid informatie in het eerste gesprek kan een cliënt deze informatie vergeten zijn. Bovendien kan er sprake zijn van een veranderde seksuele context. Vrouwen kunnen een (nieuwe) partner hebben bijvoorbeeld. Die weer anders met haar keuze voor anticonceptie omgaat.'



Verpleegkundige reizigerszorg

Pascale Lavooij, medewerker deskundigheidsbevordering & voormalig verpleegkundige bij de GGD Rotterdam-Rijnmond:

‘Een stagiaire deed zelfstandig een gesprek tijdens het reizigersspreekuur. Ik zat ernaast als begeleider. Het was een studente met een christelijke achtergrond. Dat zou geen rol moeten spelen, maar dat deed het bij haar wel. Er kwamen twee jongens binnen die net eindexamen hadden gedaan en die een beetje provocerend tegen ons zeiden: "We gaan naar Thailand en daar lopen leuke meiden rond." Tijdens zo'n spreekuur licht je voor over risico's op zo'n reis, over bescherming tegen muggen, wat je doet bij diarree. Maar seksueel contact hoort daar ook bij. We hadden een speciaal paspoortje hiervoor; een pakketje met info over soa's en hiv en een gratis condoom. Die liggen onder de tafels. Ze was de standaard zaken aan het bespreken en ik dacht: wanneer begint ze nu over veilig vrijen. Maar dat deed ze niet. Ook niet toen ik haar onder de tafel wees op de paspoortjes. Die heb ik later

'Je kunt het als persoon moeilijk vinden; als professional heb je een andere rol en moet je seksualiteit wel bespreken met een cliënt'

nog aan de jongens gegeven toen ze weggingen, want ik wilde me verder niet in haar gesprek mengen. Maar we hebben het er later wel over gehad. Zij gaf aan dat ze het moeilijk vond om het erover te hebben, vanwege haar opvoeding en de norm dat je pas seks hebt in het huwelijk. Maar ze snapte wel dat ze in haar rol als verpleegkundige daar ook over moest leren spreken. Ze schrok wel van haar eigen reactie, merkte ik. En het is haar uiteindelijk gelukt om het in latere gesprekken wel bespreekbaar te maken. Voor mij was het weer een eye-opener. Je kunt dit als persoon moeilijk vinden en niet willen; als professional heb je een andere rol en moet je dit wel kunnen bespreken met een cliënt. En dat kan best zonder je eigen normen en waarden te verloochenen.'

Dementieverpleegkundige

Gerben Jansen, dementieverpleegkundige TWB Thuiszorg met Aandacht, Roosendaal:

‘Het komt nogal eens voor dat mensen met dementie binnen hun relatie ontremd seksueel gedrag laten zien. Waar de man bijvoorbeeld vroeger heimelijk naar porno keek, doet hij het nu waar zijn vrouw naast zit. Soms masturbeert hij ook met haar in de buurt. Dat is pijnlijk voor de mantelzorger. Ook al hoort het bij het ziektebeeld. Maar enkel dat

'Seksuele ontremming hoort bij het ziektebeeld'

benoemen, daar is de mantelzorger niet mee geholpen. Soms denken mantelzorgers, dat zijn meestal vrouwen,

dat je het beste websites kunt blokkeren of een filter erop kunt zetten. Maar dan komt haar partner wellicht op een andere manier aan zijn behoeftes en kan hij handtastelijk worden. Dat is ook niet wat je wilt. Het komt voor dat ik het advies geef om het gedrag te negeren als je samen bent. Maar ik erken wel dat het heel moeilijk is. Partners van mensen met dementie moeten constant hun grenzen verleggen. Dit is er ook zo eentje.

Dat kan heel zwaar zijn. Overigens komt het vaker voor dat er helemaal geen intimiteit meer is; geen seks, maar ook geen knuffel of aandacht. Van de kant van de persoon met dementie. Maar ook van de andere kant. Er wordt al zoveel gevraagd van een mantelzorger, die zit niet echt meer in een gelijkwaardige relatie.

Dan zijn de seksuele gevoelens voor de partner vaak ook minder. Soms willen mantelzorgers het er niet over hebben. Dan hoor je later dat ze een ander hebben. En nee, dat veroordeel ik niet. Laatst hoorde ik van de vrouw van een cliënt van mij – net vijftig was hij – dat ze 'vreemd ging'. Die vrouw was nog geen veertig. Als je dan geen (seksuele) intimiteit van je partner meer ontvangt, dan is de stap snel gezet. Ik snap dat wel. Hoe dan ook: geef altijd aan dat beide kanten hun verhaal kwijt kunnen. Dat is het belangrijkste.'



Wijkverpleegkundige

Valerie Schipper, wijk- en dementieverpleegkundige, Zorggroep Meander, Groningen:

‘Een cliënte van mij, eind vijftig, had een CVA gehad en was halfzijdig verlamd. Ze zat in een rolstoel, was getrouwd geweest maar haar man had haar verlaten. Tijdens een gesprek met haar vertelde ze dat ze nog wel behoefte had aan intimiteit en seks en dat ze graag bevredigd wilde worden. Ze had nog wel gevoel rondom haar vagina. Ze was zelf online op zoek

‘Het plaatsen van een katheter heeft veel invloed op het seksleven van een cliënt’

gegaan naar een sekswerker. Daar hebben we over gesproken. Open, zonder oordeel. Hoe konden wij haar helpen? Mijn collega's en ik hebben haar voor- dat hij kwam wel toonbaar gemaakt. Het incontinentiemateriaal verschoond, haar geschoren. Ze was er erg blij mee. Zo'n cliënte is uitzonderlijk. De meeste mensen vertellen niet open over hun behoeftes. En ik merk dat veel collega's er niet bijilstaan dat ook oudere mensen of mensen die ziek zijn een seksleven kunnen hebben. Bij het plaatsen van een katheter bijvoorbeeld. Dit heeft veel invloed op het seksleven. Ik vind dat je er daarom wel naar moet vragen. Maar ik merk dat veel collega's het lastig vinden om over seks te praten met hun cliënten. En dat is jammer. Want je doet de cliënt er misschien mee tekort.’

Jeugdverpleegkundige

Tessa Goorsenberg, Jeugdverpleegkundige 12plus, GGD Zeeland:

‘Ik merk vaak dat jongeren tijdens het tweedeklas gesprek bij mij aangeven dat hun ouders het lastig vinden om met hen over seks te praten. En als ouders dit doen, dat dit vaak in de waarschuwendende sfeer gebeurt. Zo van : “Pas op dat je niks doet wat je niet wilt, doe het veilig, gebruik condooms.” Dan vertellen ze aan mij: “Maar ik ben pas veertien hoor. Ik heb nog geen seks.” Binnen de jeugdgezondheidszorg leggen wij in het gesprek de nadruk op het leuke van verliefd zijn en het fijne van seks. De puberteit is een grote ontdekkingsfase wat dat betreft. De jeugdverpleegkundige geeft ze tools om daarmee om te gaan en te weten wat ze wel en niet willen. Dit moeten jongeren echt nog leren. We bespreken

‘Het is ook van belang om het mooie en fijne van seks te benadrukken’

dit ook op deze manier met de ouders. Soms hebben we contact met de ouders na zo'n tweedeklas gesprek. Dan geven we het advies hun zoon of dochter serieus te nemen en de jongere het gevoel te geven dat ze met al hun vragen en verhalen bij hun ouders terecht kunnen. En dat het als ouder natuurlijk logisch is om bang te zijn. En dat het zeker goed is om met hun kind te praten over grenzen. Maar dat het ook van belang is om het mooie en fijne van seks te benadrukken. Soms is het moeilijk voor de ouders om rechtstreeks met hun kind over seks te praten. Dan kan het helpen om het wat breder te maken, te praten over een programma wat ze op tv hebben gezien bijvoorbeeld. Door seks als onderwerp algemeen te maken, kun je vaak opener het gesprek in.’

PrEP; het wondermiddel om hiv te voorkomen?



Geen zin in een condoom? Dan neem je toch PrEP? Een preventief middel dat hiv voorkomt. Of is dat te kort door de bocht? Volgens senior sociaal verpleegkundige Remy Welleman van Centrum Seksuele Gezondheid GGD Haaglanden, ligt het allemaal wat genuanceerder. Sinds december 2017 geeft hij informatie over PrEP, monitort, test, begeleidt en schrijft de arts PrEP voor aan mannen en vrouwen die een hoog risico lopen op hiv. Vanaf aankomende zomer komt er een landelijk project vanuit VWS waardoor deze cliënten tegen een geringe vergoeding PrEP kunnen krijgen.

Tekst: Remy Welleman

Als je je wilt beschermen tegen hiv kun je een condoom gebruiken, geen seks hebben, een monogame relatie aangaan of - sinds kort - PrEP (Pre Expositie Profylaxe) gebruiken. Dit medicijn bevat hiv-remmers (NRTI's nucleoside/nucleotide reverse transcriptieremmers) en voorkomt daardoor dat je hiv oploopt tijdens seks wanneer je geen condoom gebruikt. Het zorgt er namelijk voor dat hiv niet in je immuunsysteem terechtkomt. Je kunt het op twee manieren gebruiken: of je slikt elke dag een pil of je slikt alleen rond de momenten dat je seks hebt (of risico loopt) de medicatie. Vergelijk het met een vaccinatie tegen hepatitis B. Je neemt het bij PrEP in de vorm van een pil in. Je beschermt jezelf op deze manier tegen hiv, maar ook je omgeving. En daardoor ook publieke gezondheid.

'Het zou goed zijn als PrEP in het basispakket wordt opgenomen'

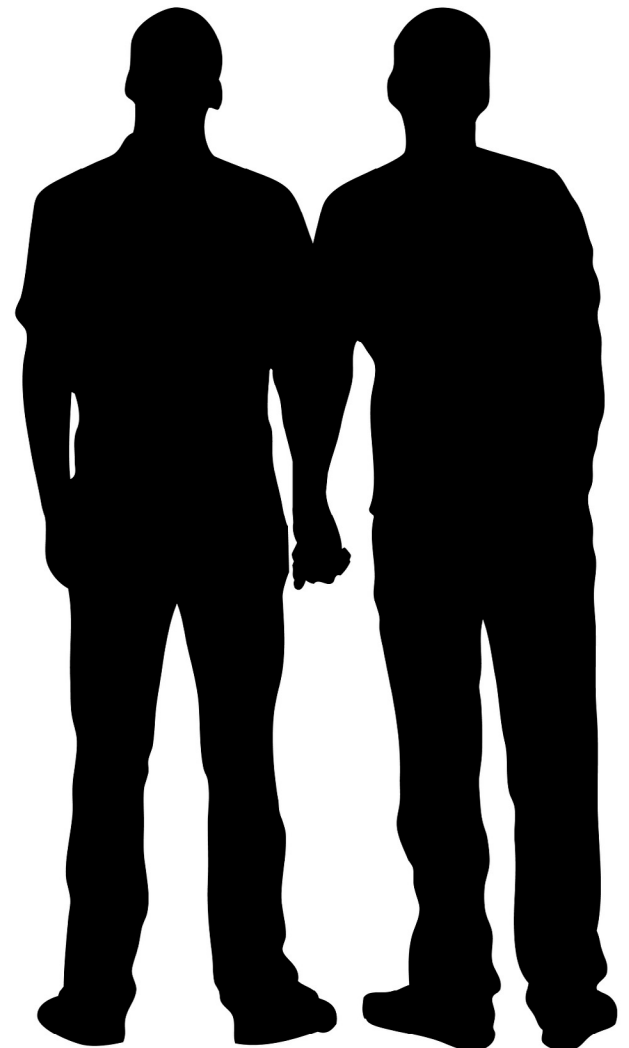
Uit twee grote recente trials in Europa (PROUDi en IPERGAY) bij mannen die seks hebben met mannen met een hoog risico op hiv, was de effectiviteit van PrEP 86 procent voor dagelijks gebruik en 86 procent voor intermitterend, ofwel incidenteel gebruik. In een vervolgstudie van IPERGAY onder patiënten bij wie de therapietrouw was geobjectiveerd, werd zelfs een hogere effectiviteit gerapporteerd: 97 procent. Daaruit blijkt dus dat PrEP zeer effectief is, mits elke dag trouw de medicatie wordt gebruikt.

Ik zie dagelijks mannen die seks hebben met mannen (MSM). Ze komen via onze website, via de site www.mantotman.nl of worden doorverwezen na een soa-test bij de GGD. De verpleegkundige die de test afnam, heeft dan vermoedens dat er een hoger risico is op hiv. Heel soms zijn het heteroseksuele vrouwen, en dan vooral sekswerkers. Maar dat komt eigenlijk niet vaak voor. Sekswerkers gebruiken over het algemeen bijna altijd een condoom. Bovendien werkt de opname van PrEP bij vrouwen wat

langzamer en beschermt het medicijn pas na vier dagen dagelijkse inname. Het incidenteel innemen ervan is bij vrouwen daarom niet mogelijk. Dan beschermt PrEP te weinig.

Condoomgebruik

Tijdens het consult bespreken we altijd eerst het condoomgebruik. Want dat beschermt de cliënt niet alleen tegen hiv, maar ook tegen alle ander soa's.



Wat zijn de spelregels?

Om PrEP effectief en veilig te laten gebruiken, is er een landelijke richtlijn opgesteld genaamd: HIV Pre-expositie profylaxe (PrEP) richtlijn Nederland. Deze groepen komen er voor in aanmerking:

- MSM of transgender personen die de afgelopen zes maanden anale seks zonder condoom hadden met een mannelijke partner met onbekende hiv-status of met een bekend hiv-positieve partner die een (veronderstelde) detecteerbare viral load had.
- MSM of transgender personen bij wie in de afgelopen zes maanden een rectale soa gediagnosticeerd werd.
- MSM of transgender personen aan wie in de afgelopen zes maanden een Post-expositie profylaxe (PEP) kuur voorgeschreven werd.

Daarin worden de volgende punten vastgelegd:

- PrEP is op recept verkrijgbaar
- PrEP kun je op twee inname manieren gebruiken, intermitterend en continu
- De lever- en nierfuncties moeten met regelmaat getest worden of er geen schade is ontstaan door het gebruik van PrEP

Testen

- Uitsluiten van hiv
- Uitsluiten hepatitis B en C
- Elke drie maanden screening lever- en nierfunctie
- Soa-testen

Verder is counseling belangrijk en in gesprek gaan met de cliënt over zijn/haar seksueel gedrag en risico's.

Ik ga dit gesprek zonder vooroordeel in. Ik vraag of een condoom gebruiken in *the heat of the moment* lukt of niet. Ik en mijn collega's oordelen dan niet als het antwoord nee is. Wat we helaas wel merken is dat er in de gay-community steeds minder condooms gebruikt worden. Daarom blijven we het gebruik ervan sterk adviseren.'

Intermitterend of continu

Wat betreft de counseling rondom PrEP-gebruik, kijk ik altijd eerst samen met de cliënt wat de beste manier is; een intermitterend of continuegebruik. Er zijn voor- en nadelen van zowel het een als het ander. Bij continu gebruik van PrEP moet je er echt elke dag rond dezelfde tijd aan denken. Bovendien kan het bijwerkingen hebben, zeker de eerste zes weken. Zo kun je er maag- en darmproblemen van krijgen, slapeloosheid, en onder andere een droge mond. Die bijwerkingen zijn er overigens ook als je PrEP enkel gebruikt rondom het moment dat je seks hebt. Ofwel bij intermitterend gebruik. Dan slik je twee pillen twee tot 24 uur voordat je seks gaat hebben, de dag erna nog een pil op hetzelfde tijdstip en de dag daarna ook weer een pil. De bijwerkingen kunnen bij intermitterend gebruik meer voorkomen doordat je start met een dubbele dosis, maar het voordeel is dat je niet





na hoeft te denken over dagelijks pilgebruik. Bovendien; als je maar af en toe seks hebt, heb je niet de bijwerkingen voor een langere periode.

Weg met de hiv-infectie

Ik denk dat het goed is als PrEP in het basispakket wordt opgenomen. Er komen in Nederland elk jaar vijfhonderd personen bij die geïnfecteerd zijn met de hiv-infectie. Uit onderzoek blijkt dat als je elf mensen uit die groep op PrEP-medicatie zet, dit minstens een nieuwe hiv-infectie voorkomt. Wellicht helpen we zo geleidelijk aan alle hiv-infecties de wereld uit.

Opmerkelijk is dat in de ons omringende landen zoals België, het Verenigd Koninkrijk en Frankrijk PrEP al - met een kleine eigen bijdrage - in het basispakket zit. In Nederland bungelen we tot nu toe ergens onderaan qua verstrekking van PrEP. En dat is opmerkelijk als je dat afzet tegen het feit dat Nederland ooit een van de koplopers was in de wereldwijde hiv- en aidsbestrijding.

Op dit moment betaal je dertig euro voor dertig tabletten. Dat klinkt als niet veel, maar voor bepaalde groepen is dit best een hoog bedrag. Neem migranten, laag opgeleide jongeren en scholieren. Die kunnen dat niet betalen. Maar deze MSM lopen wel veel risico. Gelukkig is het heren der in Nederland zo geregeld dat deze groep MSM PrEP goedkoper kunnen krijgen. Dit is het geval in Den Haag.

‘Wellicht helpen we zo geleidelijk aan alle hiv-infecties de wereld uit’

Daar is een vangnetconstructie; als iemand een hoog risico heeft op hiv en PrEP aantoonbaar niet zelf kan betalen, wordt voor deze cliënt PrEP betaald. De rest van Nederland volgt in deze niet. Sterker nog; niet elke huisarts of GGD schrijft PrEP voor. Meestal omdat PrEP nieuw is en niet iedereen er aan denkt. Wellicht ook omdat huisartsen en

Remy Welleman is senior sociaal verpleegkundige bij Centrum Seksuele Gezondheid in Den Haag

PrEP in 2019

Minister Bruins van Volksgezondheid maakte in juli 2018 bekend dat in 2019 een vijfjarig project start waarbij PrEP deels vergoed wordt. Het medicijn wordt beschikbaar gesteld aan met name mannen die seks hebben met mannen. Op dit moment is het RIVM aan het bekijken of de uitwerking van het project haalbaar is. De minister moet nog een besluit nemen welke verwijzer PrEP mag voorschrijven. Zijn dat de acht GGD'en in Nederland, de huisartsen of beiden? Daarnaast is het ook nog niet duidelijk wie PrEP nu precies gaat verstrekken. Of dat de GGD'en zijn of de apotheken. Waarschijnlijk is dit alles medio 2019 bekend en kan het project van start gaan. Bruins verwacht dat ongeveer 6.500 mannen van de mogelijkheid gebruik gaan maken. De GGD vraagt gebruikers zich driemaandelijks te laten begeleiden. De GGD-arts houdt dan in de gaten of de gebruiker het medicijn wel trouw inneemt. PrEP is niet gratis in dit project. Er wordt een eigen bijdrage van maximaal 25 procent gevraagd. Dat is ongeveer twaalf euro per maand wanneer PrEP elke dag wordt gebruikt (voor dertig pillen). Bij intermitterend gebruik, zijn de kosten uiteraard lager. Na vijf jaar wordt het project geëvalueerd en gekeken of PrEP in het basispakket van de zorgverzekeraars gaat vallen of niet.

GGD'en het pas mogen uitschrijven nadat de cliënt is getest op soa en aanvullende lever - en niertesten. Er lopen nu voorbereidingen voor een proef met PrEP van vijf jaar (zie kader). Hopelijk zijn in de tweede helft van 2019 de kosten van het medicijn geen belemmering meer om de medicatie te nemen. Die worden tijdens deze proef vergoed vanuit de basisverzekering. Dat is goed nieuws, maar ik weet ook dat dit in de samenleving gemengde gevoelens met zich meebrengt. Want waarom betalen voor medicatie als je ook gewoon

condooms kunt gebruiken? We gaan toch niet betalen voor dit soort pillen, zodat homo's er lekker op los kunnen neuken? Ze kunnen toch ook een pil per dag slikken als ze hiv krijgen waar ze gewoon oud mee kunnen worden? Aan de andere kant van het spectrum menen voorstanders dat je het beste alle mannen die seks hebben met mannen aan de PrEP kunt zetten. Dat is veiliger en effectiever. Als het gaat om de volksgezondheid kan ik alleen maar concluderen dat PrEP voorschrijven meer voor- dan nadelen heeft. 

van te moeten biechten alvorens te Communie te gaan. Het schijnt mij toe, dat deze toestanden tegenwoordig niet zelden voorkomen; in zulke gevallen zal naast de godsdienstige middelen veelal hulp van een psychiater nodig zijn, die óf alleen langs psychotherapeutische weg óf deze combinerend met de seksuele prikkelbaarheid dempende middelen in een aantal gevallen er in slaagt deze gewoonte op te heffen.

Homosexualiteit

Wij spreken van homosexualiteit, wanneer de geslachtsdrijf niet zoals volgens de natuur is, zich richt op het andere geslacht, maar op personen van hetzelfde geslacht. Over dit onderwerp is in de laatste tijd ontzaglijk veel geschreven en er bestaan verschillende opvattingen over de oorzaak dezer afwijking; deze wordt door sommigen als aangeboren beschouwd, door anderen als ontstaan door seksuele invloeden in de jeugd, door derden als gekweekt door ongunstige omstandigheden en ten slotte weer door anderen als perverse uiting opgevat. Het valt buiten het bestek van dit boekje om uitvoerig op deze verschillende meningen in te gaan; hoe men ook over het ontstaan van deze afwijkende neiging moge denken, ten opzichte van de handelingen, die uit deze neiging kunnen voortvloeien, blijft het zede-

lijk oordeel hetzelfde. De neiging op zich is natuurlijk noch goed noch slecht, maar drijft tot het stellen van handelingen als wederzijdse onanie, welke handelingen, daar de orde tot de voortplanting ten eenmale ontbreekt, zondig zijn. Bij de homo-seksuele handelingen is deze orde natuurlijk *immer* afwezig, zodat deze handelingen onder geen enkele omstandigheid goed kunnen zijn, ook al ware 't bewezen, dat de homo-seksuele neiging aangeboren was. Immers het aangeboren zijn van deze abnormale neiging heft de verantwoordelijkheid voor de daaruit voortvloeiende handelingen niet op ¹, wel moeten wij medelijden gevoelen met deze mensen, die door hun afwijking vaak een leven van zware strijd en voortdurende zelfverloochening moeten leiden en die dan ook nog minder dan anderen een sterk en innig godsdienstig leven kunnen ontberen. Homosexuele handelingen met minderjarige zijn ook voor de wet zwaar strafbaar. Op zich zelf zijn homoseksuelen lang niet altijd minderwaardig — al wordt deze neiging nog al eens bij psychopathen aangetroffen — en wanneer zij hun neiging beheersen, kunnen zij tot de meest hoogstaande mensen worden. Sexuele handelingen tussen mensen van hetzelfde geslacht kunnen ook voorkomen.

¹ Het kan voorkomen, dat homoseksuelen op grond van ernstige psychische afwijkingen niet verantwoordelijk voor hun daden te stellen zijn.

Over seks gesproken in 1948...

'Wel moeten wij medelijden
gevoelen met deze mensen'

Uit Het voortplantingsleven van de mens. 1948

Actualisatie Expertisegebied wijkverpleegkundige

Het Expertisegebied wijkverpleegkundige uit 2012 is toe aan herziening. Aanleiding is onder andere het feit dat de wijkverpleging is overgegaan van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet en de wijkverpleegkundige weer verantwoordelijk is voor de indicatiestelling. Onder leiding van Nienke Bleijenberg (lector proactieve ouderenzorg aan de Hogeschool Utrecht) en met projectfinanciering van ZonMw is het expertisegebied in 2018 geëvalueerd. Deze uitkomsten zijn het startpunt voor de actualisatie van het expertisegebied. Een projectteam, bestaande uit Henk Rosendal (lector Hogeschool Rotterdam), Nienke Bleijenberg (lector Hogeschool Utrecht), Marjolein Zilverentant (voorzitter Vakgroep wijkverpleegkundigen en Mariska de Bont (adviseur beroepsontwikkeling V&VN) is in november gestart met de actualisatie. Het projectteam wordt bijgestaan door een klankbordgroep met wijkverpleegkundigen en een vertegenwoordiging namens de werkgevers (ActiZ en Zorgthuis.nl), de verzekeraars (ZN) en de Patiëntenfederatie (NPF). Ook hebben veertig wijkverpleegkundigen zich opgegeven voor een meeleesgroep. Naar verwachting zal het bijgestelde expertisegebied dit voorjaar verschijnen. [🔗](#)

Politiek: neem standpunt VTV over!

In de *Volksgezondheid toekomstverkenning 2018* (VTV) van het RIVM staat dat er vooral gewerkt moet worden aan het terugdringen van vermijdbare sociaal economische gezondheidsverschillen. Dit zou gerealiseerd moeten worden door een brede integrale preventie waarbij leefstijl, fysieke omgeving en sociale omgeving van belang zijn en elkaar onderling beïnvloeden. Dit geldt met name voor de gezondheid van maatschappelijk kwetsbaren. Afdeling M&G pleit er sterk voor om deze aanbeveling leidend te laten zijn in de dit jaar te verschijnen *Landelijke preventienota 2019-2022*. Dit is een reactie van het ministerie van Volksgezondheid op de VTV. Helaas ziet de afdeling dat het kabinet lijkt aan te sturen op een veel beperktere insteek. Namelijk het concentreren op de leefstijlbenadering in plaats van het terugdringen van vermijdbare sociaal economische gezondheidsverschillen. De afdeling is in gesprek met V&VN om te kijken of dit standpunt voor heel V&VN overgenomen kan worden. [🔗](#)

Position paper OGZ

De gezamenlijke vakgroepen Openbare Gezondheidszorg hebben hard gewerkt aan het position paper *Het belang van investeren in competentieontwikkeling bij verpleegkundigen in de openbare gezondheidszorg*. Hierin positioneren de verpleegkundigen OGZ zich als onmisbare factor in een goed functionerende publieke gezondheidszorg. Tegelijkertijd wordt geconstateerd dat er nauwelijks middelen zijn om de deskundigheid voor verpleegkundigen OGZ te optimaliseren. Gepleit wordt om hierin te investeren door voldoende financiële middelen te reserveren voor het volgen van de post-hbo-opleiding Verpleegkundige Maatschappij&Gezondheid, iets wat voor artsen Maatschappij&Gezondheid al sinds jaar en dag de gewoonste zaak van de wereld is. [🔗](#)

Wisseling van de wacht

Fokke Postma heeft de voorzittershamer van de vakgroep Seksuele gezondheid overgedragen aan Harriëtte Buel. Simone Beuman zal als contactpersoon naar het bestuur fungeren. Voorzitter Pascale Lavooij van de vakgroep Infectieziekten maakt plaats voor Caroline Verdonck. [🔗](#)

Wat gebeurde er nog meer?

- Anneke Bangma is de nieuwe contactpersoon van de afdeling M&G. Zij is de schakel tussen de vakgroepen, de afdeling, het bureau en V&VN. Bangma geeft ook ondersteuning aan het opstellen van onder andere jaarplannen, begrotingen, reglementen.
- Voorzitter van de vakgroep Jeugd Annemieke Korver nam deel aan de *Landelijke Coalitie Kansrijke Start*, een actieprogramma van minister Hugo de Jonge voor betere zorg rondom de geboorte. De vakgroep werkte ook mee aan het boek *Zo werkt de publieke gezondheid* van De Argumentenfabriek. Daarnaast schreef het een praatpapier over werkdruk met een analyse van de oorzaken en mogelijke oplossingsrichtingen.
- Gerben Jansen, voorzitter van de vakgroep Dementieverpleegkundigen, is geïnterviewd door niets minder dan BBC World Radio. Dit internationale radiostation maakte een documentaire over hoe dementiezorg er wereldwijd uitziet.
- De inschrijvingen voor de ambassadeurstrajecten die starten in september, zijn geopend. Dit geldt voor alle ambassadeurstrajecten: zowel voor de wijk- dementie-, jeugd als sociaal verpleegkundigen. Aanmelden kan via de website: mgz.venvn.nl. [🔗](#)

Inger Tempels- van Zetten

Seks is echt nog een taboe-onderwerp



Als seksuoloog praat ik veel, heel veel over lichamelijke intimiteit en seks. Ik geef seksuele voorlichting aan kinderen, behandel mensen die problemen ervaren op seksueel gebied en geef supervisie aan andere hulpverleners. Dan heb ik het nog niet eens over de huis, tuin en keuken gesprekken over seks, de grapjes over seks en de gesprekken met vriendinnen over het onderwerp. Als je daarbij optelt de uren dat ik lees over seks, op internet zoek naar leuke en leerzame sites en artikelen lees ter voorbereiding op mijn presentaties ben ik dus heel veel bezig met seks. Een vriend van mij zegt altijd 'over seks moet je niet praten dat moet je gewoon doen'. En ja natuurlijk ook ik doe aan seks waardoor alle seks uren opgeteld een weektaak zijn geworden.

Seks basisbehoefte

Seks is in mijn opvatting een basisbehoefte van ieder mens passend in het rijtje van slapen en eten. Natuurlijk niet de bruisende gelikte vrijpartijen zoals je ze ziet in de media met de spetterende hoogtepunten, maar ik bedoel de lichamelijke intimiteit, aanraking en seksualiteit van alledag. Dat is een basisbehoefte van ieder mens. Elk kind heeft aanraking, een knuffel en interactie nodig om zich te ontwikkelen tot een autonoom en gehecht individu. Maar deze basisbehoefte blijft in elke levensfase van groot belang. Hoe schrijnend is het dan te weten dat er heel veel mensen nauwelijks tot geen lichamelijke intimiteit en seksualiteit in hun leven hebben. Omdat ze een beperking

hebben, chronisch ziek zijn of in instanties woonachtig zijn waar niemand (een enkele verpleegkundige en arts uitgesloten) dit onderwerp met hen bespreekt.

'Waarom wordt er wel gevraagd naar wat iemand lekker vindt om te eten, maar niet naar het gemis aan lichamelijke intimiteit en seks'

Onder het motto 'als je het er niet over hebt is het er ook niet' wordt het thema lichamelijke intimiteit en seksualiteit ver weg gestopt. Hoe verdrietig is het dat je als mens wel de behoefte hebt aan warmte, liefde, aanraking en erotische prikkels, maar er geen mogelijkheden zijn dit zelf te regelen. Dat de aanraking die je kent vooral en alleen de kus op je voorhoofd is van het bezoek wat je krijgt of de washand van de verpleegkundige die jou verzorgt. Ze zullen je met de spreekwoordelijke uitdrukking met alle liefde verzorgen, maar het is en blijft een praktische aanraking in steeds minder beschikbare tijd.

Openheid oppervlakkig

Waar is de hulpverlener die het onderwerp seks bespreekbaar maakt met zijn cliënt? Waarom wordt er wel gevraagd naar wat iemand lekker vindt te eten of hoe men geslapen heeft, maar niet over het gemis en de behoefte aan lichamelijke intimiteit en seks? Mijn ervaring leert dat het vooral de drempel is die de hulpverlener ervaart over dit onderwerp te spreken. Het is nog steeds voor veel verpleegkundigen, verzorgers en ouders lastig te praten over (eigen) seksualiteit. Seks is dus zeker nog een taboe onderwerp ondanks alle openheid die er is. Maar die openheid is oppervlakkig, eenzijdig en niet compleet. Het ontbreekt aan eerlijke, open en complete verhalen en informatie over seks.

En als je niet over seks moet praten, maar gewoon doen, is het omgekeerde dan ook niet waar? Door het doen erover leren praten. Hoe over seks te praten, dat kan je leren via je te scholen en je te verdiepen in hoe het onderwerp aan te kaarten. Dan hoef je niet zelf tot oplossingen te komen, maar dan kan je wel iemand zijn verhaal aanhoren en iemand zo nodig verwijzen naar een seksuoloog. Die laatste heeft een werkweek aan seksuele kennis en ervaring. ☺

*Inger
Tempels- van
Zetten is
seksuoloog bij
Nederlandse
Vereniging
Van Seksuo-
logen*



Het ASE-model over gedragsverandering

Soms denk je: ah een mooie theorie. Maar hoe zat het nu ook alweer precies? Huub Sibbing behandelt in de rubriek De klepel en de klok elke keer een theorie die eigenlijk iedereen zou moeten kennen, maar waar velen niet genoeg of geen weet van hebben. Bij seksuele gezondheid gaat het vaak over gedragsverandering. Daarom deze keer het ASE-model – dat staat voor Attitude, Sociale invloed en Eigen effectiviteit – over gedragsverandering.

Tekst: Huub
Sibbing

A = Attitude

Het begint in dit model bij de A van Attitude. Dat is de motivatie om gedrag te willen veranderen. Ofwel; hoe belangrijk vind je het om meer te bewegen, veilig te vrijen, gezonder te eten en ga zo maar door. Die motivatie wordt bepaald door een complex van cultuur, normen en waarden, gewoontes en omstandigheden. Gewoontes ontstaan heel vroeg in de opvoeding en zijn hardnekkig. Die zet je niet zomaar opzij. Gewoontes geven immers herkenning, structuur, duidelijkheid en - binnen je eigen cultuur – waardering en zijn vaak sterker dan voornemens.

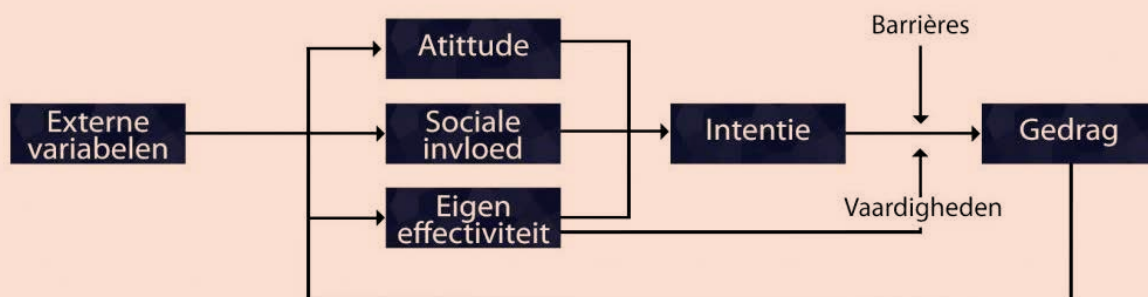
Uit de behoeftepiramide van de Amerikaanse sociaal psycholoog Abraham Maslow leren we dat mensen primair ingesteld zijn op het realiseren van hun primaire basisbehoeften, wat neerkomt op voedsel, drinken en onderdak, en het realiseren van zekerheid waar inkomen, veiligheid en werk onder vallen. Daarna

komen behoeften aan erkenning en waardering en sociale contacten. Pas als deze behoeften allemaal gerealiseerd zijn, gaan mensen werken aan zelfontwikkeling en cognitieve doelen. Mensen in achterstandssituaties daarentegen zijn vooral bezig om zich staande te houden, te overleven. Ze leven erg in het hier-en-nu. Bovendien staan ze vaak wantrouwig tegenover officiële instanties zoals overheid, professionals en wetenschap.

Uit eigen ervaring weet ik dat zelfs bij studenten gezondheidszorg vaak andere motieven hun eet- en drinkgedrag bepaalden, zoals lekker, betaalbaar, makkelijk, gezellig. Gezondheid is dus niet per definitie prioriteit nummer 1 of zoals de VTV 2010 al formuleerde: Voor een rokende werkloze heeft het vinden van een baan echt veel meer prioriteit dan stoppen met roken. Professionals, instanties en overheid zijn geneigd om bij onvoldoende motivatie daar voorlichting en

Wat doet het?

Het ASE-model is in 1988 ontwikkeld door hoogleraar voorlichtingskunde Hein de Vries. Het model gaat ervan uit dat intentie om bepaald gedrag te vertonen, leidt tot het daadwerkelijk uitvoeren van dat gedrag. Gedrag is daarbij de uitkomst van de afweging van een veelheid van persoonlijke, sociale, economische en gezondheidskundige factoren waarbij het uiteindelijk draait om de vraag: 'Wat win en verlies ik ermee? Pas wanneer de verwachte of ervaren winst hoger is dan het verlies ontstaat motivatie, intentie en uiteindelijk gedrag en gedragsbehoud.



informatieverstrekking tegenover te stellen. Hierbij wordt vaak geappelleerd aan angst. En in praktijk werkt deze aanpak dikwijls averechts. Neem het voorbeeld van jongeren die plaatjes verzamelden van de dreigende teksten op pakjes sigaretten en ze ruilden alsof het voetbalplaatjes waren. Bij deze jongeren was 'kicken' op shockerende beelden een onderdeel van hun cultuur. Veel raadzamer is het om je af te vragen waarom mensen de dingen doen die ze doen. Is het gewoonte, is het gemak, is het de kick, is het goedkoop, is het leuk, geeft het waardering? Ook kun je ze helpen om eerst de voorwaarden te treffen om hun gedrag te veranderen. Een aanbeveling uit VTV 2018 luidde dan ook: 'Het aanpakken van de achterliggende oorzaken van de stress, door bijvoorbeeld arbeidsbemiddeling of schuldhelpverlening, is voor deze groep vaak een beter startpunt om hun gezondheid te verbeteren dan inzetten op leefstijlfactoren.'

Het is volgens de VTV ook slim om aan te sluiten bij live-events. Regelmatig maken mensen een stap naar een nieuwe fase in hun leven door. Neem een zwangerschap, naar (een nieuwe) school gaan, een relatie aangaan, verhuizen of het krijgen van een (nieuwe) baan. Dit zijn de momenten waarop mensen nieuwe keuzes maken en openstaan voor verandering.

S = Sociale invloed

Hierbij kun je denken aan partners, familie, vrienden en collega's. Maar ook de invloed van de samenleving zoals media en reclame. Je moet sterk in je schoenen staan om binnen je vriendengroep de enige te zijn die bij een avondje stappen geen bacootje neemt maar een sapje. En wat krijg je als meisje over je heen als je altijd condooms bij je hebt. Voor je het weet sta je op een slutlist.

Wat zou het de doelgroep helpen om niet het ongewenste gedrag negatief te framen maar juist het gewenste gedrag een positief imago te geven. Daarin kunnen we veel leren van de reclame. Zo slaagde Bavaria er in de jaren negentig van de vorige eeuw in om in Amerika maltbier een stoer imago te geven. Gebruik maken van sleutelfiguren die de doelgroep aanpreken kan daarbij een hoop helpen. Zo leverde Johan Cruyff een zeer succesvolle bijdrage aan een stop-met-roken campagne in Catalonië waar hij als ex-speler en trainer van Barcelona ongelooflijk populair was.

E = Eigen effectiviteit

Tenslotte gaat het in het ASE-model om eigen effectiviteit: het vertrouwen dat het gaat lukken. Voor gedragsverandering is dat niet makkelijk. Je gaat immers iets loslaten wat je jarenlang gedaan hebt en waar je profijt van hebt gehad. Te denken valt aan structuur, gemak, plezier, betaalbaar, gezelligheid en waardering bij je vrienden of collega's. Maar wat krijg je ervoor terug? Het nieuwe gedrag vereist zelfregie, zelfmanagement en doorzettingsvermogen: cognitieve en gezondheidsvaardigheden die lang niet voor iedereen zijn weggelegd.

Intentie

Als al het bovenstaande is gerealiseerd dan ben je zover: de intentie. Maar dan ben je er nog niet. Uit onderzoek van Roos Vonk, hoogleraar psychologie in Nijmegen blijkt dat 75 procent van de goede voornemens na een maand al verdwenen zijn. Er kunnen namelijk nog allerlei (onverwachte) beren op de weg (barrières) zijn die jou ervan weerhouden je intentie ten uitvoer te brengen. Er zijn daarnaast voldoende stimuli nodig die je helpen om het vol te houden.

Als je je gedrag verandert, ervaar je als eerste de nadelen. Je mist iets wat altijd waardevol voor je is geweest en de kans is aanwezig dat je negatieve reacties krijgt uit je omgeving of bijvoorbeeld financiële nadelen ervaart. Dat knaagt aan je attitude, je sociale steun en je eigen effectiviteit.

Om het dan toch vol te houden moet je stevig in je schoenen staan. Tegenover de barrières zul je stimuli moeten organiseren. Als eerste sociale steun: samen aan gezondheidsdoelen werken en elkaar bij de les houden zoals bijvoorbeeld groepsgewijs stoppen met roken werkt veel beter dan het in je eentje uitzoeken. Mogelijk nog belangrijker is om compensatie te organiseren voor het geleden verlies. Verplaats je in de doelgroep, vraag je af wat ze missen doordat ze hun oude gedrag hebben losgelaten en ga samen met de cliënt op zoek naar alternatieven zoals bijvoorbeeld een andere tijdsbesteding of aanboren van nieuwe sociale contacten. Zorg ervoor dat het nieuwe gedrag beloond wordt met een beloning die voor de doelgroep belangrijk is. Ook de overheid kan daarbij helpen door gezonde keuzes goedkoper of toegankelijker te maken. De hogere btw of groente en fruit is nou precies de manier waarop dat niet moet. 

*Huub Sibbing
is adviseur
van het
bestuur van
V&VN M&G
en redactielid
van Tijdschrift
M&G*

Online hulpverlening, hoe doe je dat?

Een kijkje in de keuken van Sense online hulp



Heb ik een te kleine piemel? Ik krijg geen orgasme, klopt dat? Zomaar twee vragen die vrijwel dagelijks via de chat binnenkomen bij de website www.Sense.info. Als de vragen complexer worden, hebben verpleegkundigen seksuele gezondheid van de GGD'en intensiever contact met de jongeren via Sense online hulp. Deze hulp mag zo'n drie maanden duren. Wat komt er bij online hulpverlening kijken en waar moet je rekening mee houden?

Tekst: Marieke Rijsbergen

Via de website www.sense.info kunnen jongeren tot 25 jaar hulp krijgen bij vragen over seksualiteit. Via de chat wordt 70 procent van de vragen meteen beantwoord en afgehandeld. De overige 30 procent wordt doorverwezen. Coördinator Fetzen de Groot van Sense Noord-Neder-

land: 'Als er meerdere problemen spelen, zoals bijvoorbeeld seksualiteit en eetstoornissen of depressies, dan sturen we door naar de huisarts of meer gespecialiseerde tweedelijns hulpverlening. De rest van de vragen komt bij Sense online hulp, ofwel bij de GGD terecht.'



Cijfers van Sense online hulp

- 70 procent (ruim 2.700 jongeren) die hulp kreeg van Sense online hulp is vrouw (periode 1 januari 2015 tot 1 juli 2018). Het percentage mannen is ten opzichte van de vorige meting (2015) met 10 procent gestegen. De gemiddelde leeftijd is 20,5 jaar en 88 procent is heteroseksueel, 8 procent biseksueel en 0,5 procent anders
- Ruim 60 procent heeft een laag tot middelbaar opleidingsniveau. 94 procent heeft de Nederlandse nationaliteit. Hoe groot de groep niet-westerse allochtonen is, is onduidelijk. De tweede generatie hiervan beschouwen zichzelf vaker als Nederlander dan allochtonen van de eerste generatie
- Ruim 75 procent ervaart een gunstige invloed van de interventie: 29 procent van de jongeren geeft aan dat de klachten volledig zijn opgelost. Bij bijna de helft (48 procent) verminderden de klachten. In 20 procent van de gevallen bleven de klachten gelijk. Bij 1 procent werden de klacht erger.
- Bijna 75 procent geeft aan meer vertrouwen te hebben gekregen in het seksleven.
- Na de hulp weet 67 procent waarom hij/zij klachten heeft. Vaak ontstaan de klachten door onzekerheid (18 procent), bang/angst (16 procent), door lichamelijke problemen (6 procent), slechte ervaringen (6 procent) of anders (6 procent).

Verpleegkundige seksuele gezondheid Kristin Nijenhuis bij GGD Groningen is vier uur per week actief voor Sense online hulp en is er vanaf het begin in 2006 bij betrokken. 'Bij zowel de chat als mail is het belangrijk goed contact te krijgen met de jongere. Dat doe je in eerste instantie vooral door bemoedigende woorden te gebruiken. "Wat goed dat je de stap maakte om contact met ons op te nemen." Ze moeten vertrouwen in je krijgen. Tot vijf jaar geleden was de teneur: zoveel mogelijk informatie geven omdat ze snel weer weg kunnen zijn. We weten nu dat dit ze juist afschrikt.'

Via de chat

Op de chat willen jongeren graag meteen antwoord op een actuele vraag. Zoals deze: 'Ik heb net seks gehad en ik ben ongesteld. Kan ik toch zwanger worden?' Nijenhuis: 'Als ze antwoord op hun vraag hebben, zijn ze weg.' Jongeren melden zich vaak aan op vrijdag-nacht. Dan zijn ze bijvoorbeeld uit geweest.

Sense online hulp is bedoeld voor problemen die meer aandacht en tijd vereisen en is echt een andere manier van werken dan het chatten, meent Nijenhuis. 'Het zijn vaak heel kleine stapjes die je maakt. Online hulp verlenen kan niet iedereen. Je moet wel talig zijn. Want taalgebruik is bij online hulpverlening een doorslaggevende sleutel tot succes. Je kunt immers iemand niet aankijken en non-verbale communicatie speelt ook geen rol. Daarnaast moet je heel veel uitvragen, doorvragen en in de beleavingswereld van de jongere gaan zitten. En telkens weer even checken of je op het goede spoor zit. Ik hoor mezelf heel veel vragen: "Je bedoelt dus dit? Je zegt dus dat?" Als dat duidelijk blijft, kun je namelijk samen weer een stap verder zetten.'

Puzzelstukjes

Ook moet je de context duidelijk hebben. Nijenhuis: 'Als een jongen problemen heeft met klaarkomen, moet je weten of dit de eerste keer is en of hij bijvoorbeeld een vaste vriendin heeft. Ofwel: je moet eerst alle puzzelstukjes hebben voordat je met oplossingen komt. Dat kan soms best lang duren omdat je soms even moet wachten tot diegene terugmailt. Daarnaast is er altijd de kans dat zo'n jongen helemaal niet meer terug mailt.'

'Taalgebruik is bij online hulpverlening een doorslaggevende sleutel tot succes'

Het contact is soms heel vluchtig en het aantal drop outs hoog. Daar moet je tegen kunnen en het vooral niet persoonlijk nemen. Het is en blijft het aanbieden van laagdrempelige hulp. Maar het kan ook zijn dat een jongere een hele avond de ene na de andere mail stuurt.'

Alle verpleegkundigen seksuele gezondheid van de GGD krijgen in hun gespecialiseerde basisopleiding lessen over online hulpverlening en twee keer per jaar is er intervisie via de Nederlandse Vereniging Voor Seksuologen. Daarnaast werken ze met het *Handboek seksualiteit* waardoor hun werk geprotocolleerd is. Coördinator Fetzen de Groot van Sense Noord-Nederland: 'Dat komt de kwaliteit ten goede omdat er op die manier eenheid is. Een verpleegkundige van de GGD in Limburg handelt dus hetzelfde als haar collega in Zeeland.'

Manier van schrijven

Nijenhuis vindt het een voorrecht dat zij met jongeren over een intiem onderwerp als seksualiteit mag praten.

En soms gaat dat verder dan alleen kort schriftelijk vragen beantwoorden. 'Als een jongere zich veilig bij je voelt, kan het voorkomen dat ze zich opeens kwetsbaar opstellen en onthullen dat ze bijvoorbeeld te maken hebben gehad met seksueel geweld. Je bent dan in eerste instantie het luisterende oor. Pas veel later druk je ze op het hart dat ze hulp moeten zoeken. Want wij zijn uiteindelijk verpleegkundigen en geen therapeuten. Maar we zijn wel al lang blij dat ze contact met ons opnemen en durven te praten. Hoe ver je met zo'n jongere komt, heeft sterk te maken met je manier van schrijven en invoelen en helder krijgen wat er aan de hand is. Een kunst op zich.'

Wat Nijenhuis zich terdege beseft is dat Sense online hulp, voorziet in een behoefte, vooral bij laagopgeleide jongeren. 'Ze hoeven niet te reizen, het kost geen geld en ze kunnen in hun eigen slaapkamer, schuurtje of in de trein de eerste stappen zetten. Ik zeg ook wel eens dat Sense een online inlooppreekuur is voor deze jongeren. Ze kunnen eigenlijk nergens anders terecht. Want tweedelijnhulpverlening kost immers geld. Dat vinden ze vaak ook veel te eng.'

Bij deze doelgroep is Nijenhuis, naast het helpen oplossen van een probleem of beantwoorden van een vraag, ook bezig om het beeld rondom seksualiteit te normaliseren. 'Zo had ik laatst een jongen die vroeg of je altijd in het gezicht van een meisje moest klaarkomen. Dat zag hij steeds in pornofilms. Dan moet je uitleggen dat porno

niet de werkelijke wereld is. En dat je ook echt niet vier keer per dag seks hoeft te hebben.'

Sense online hulp loopt zo goed, dat de kosten de pan uitrijzen. Er wordt gezocht naar goedkopere manieren van werken. Coördinator De Groot van Sense Noord Nederland: 'Nu is het zo geregeld dat verpleegkundigen alle online hulpverlening doen. We zijn op zoek naar systemen waarbij jongeren eerst zelf hun probleem proberen op te lossen met testen, informatie, filmpjes en als ze dat nodig vinden er een hulpverlener beschikbaar is. En ook wordt gekeken naar het gebruik van andere vormen van

'Sense is als een online inlooppreekuur voor laag opgeleide jongeren'

contact zoals webcam en telefonisch via WhatsApp. We onderzoeken op dit moment nauwgezet welke middelen het beste aansluiten bij welke hulpvraag.' Een ding is zeker voor De Groot. 'We mogen de laag opgeleide jongens die sinds kort ook contact zoeken met Sense online hulp, niet meer kwijtraken. Deze doelgroep is een risicogroep omdat ze vaak minder mondig zijn, last hebben van groepsdruk en zich minder goed kunnen uiten. Zij kunnen op dit ogenblik op geen enkele andere plek terecht. Daarom moeten we ze koesteren.' 

Marieke
Rijsbergen
is freelance
journalist
en hoofdredacteur van
Tijdschrift
M&G. Zie
ook [www.
bladritme.nl](http://www.bladritme.nl)

Over seks gesproken in 1948...

'Het onderwijzend personeel
moet hiervan zeker op de
hoogte zijn'

Uit Het voortplantingsleven van de mens, 1948

leven een zeer ongunstige invloed uit. Bioscoopvoorstellingen, platen in etalages en kiosken, dubbelzinnige taal, haast alles is er op gericht om het zinnenleven te prikkelen en het verlangen naar bevrediging abnormaal sterk te maken. Een niet te onderschatten rol speelt hierbij ook de hedendaagse kleding der vrouwen en meisjes, die er vaak als het ware op berekend is exciterend te werken op de sexualiteit van de jonge mannen.

Bij het meisje ontwaakt, zoals wij vroeger zagen, de sexuele drang in zijn uitgesproken lichamelijke vorm veel minder spontaan, de geslachtsdrift in haar is van nature veel meer passief, zodat het bij haar zeker minder dan bij jongens voorkomt dat zij uit eigen beweging tot onanie overgaat.

Ook bij meisjes bestaat de onanie hoofdzakelijk in het wrijven van de uitwendige geslachtsorganen, waardoor daar ter plaatse lichamelijke sexuele lustgevoelens worden opgewekt, die vooral bij herhaling zo sterk kunnen worden, dat 't gevoel van volledige bevrediging optreedt. Zijn deze lichamelijke gevoelens eenmaal gewekt, dan kunnen zij ook te voorschijn geroepen worden door schuivende en drukkende bewegingen van het lichaam tegen een harde onderlaag b.v. tegen de rand van de schoolbank; het onderwijzend personeel moet dan ook in het belang

van haar leerlingen hiervan zeker op de hoogte zijn. Het komt bij meisjes nog veel meer voor dan bij jongens, dat zij de gewoonte van onanie hebben aangenomen zonder het rechte beseft te hebben, dat het eigenlijk zonde is en bij het afleren dezer gewoonte doet men goed daarmee rekening te houden, ten einde een sterke depressie, die het overwinnen van deze gewoonte zeer bemoeilijkt, te vermijden.

Hoewel dus ook bij meisjes de drang tot onanie spontaan kan optreden, is dit toch lang niet algemeen en in zeer vele gevallen uit zich het ontwakend sexuele leven in en na de puberteit slechts in vage lichamelijke gevoelens zonder bewust sexueel karakter en zonder uitgesproken sexuele spanning. Het is daarom ook, dat tederheidsuitingen als geramd lopen, kussen en omhelzingen, welke bij jonge mannen al heel spoedig een lichamelijk-sexuele weerklank zouden vinden, bij normale meisjes geheel zonder dit gevolg kunnen plaats hebben en gewoonlijk ook plaats vinden. Natuurlijk zijn hierbij grenzen en zo kan b.v. het samenslapen van meisjes zeer zeker zijn gevaar hebben en moet dan ook in het algemeen worden vermeden.

Het is vooral aan uitwendige omstandigheden te wijten, dat onanie bij jonge meisjes nog vrij frequent voorkomt en onder deze speelt verleiding door verkeerde vriendinnen

Kersverse voorzitter vakgroep Seksuele gezondheid Harriëtte Buel:

'25-plussers met een lichtverstandelijke beperking ook onder soa-risicogroep laten vallen'



In dit themanummer over seksualiteit mag een gesprek met de kersverse voorzitter van de Vakgroep seksuele gezondheid niet ontbreken. Dat is verpleegkundige seksuele gezondheid bij GGD IJsselland Harriëtte Buel. Ze heeft zin in de voorzittershamer. 'Misschien wel het uitdagendste voor 2019 is te onderzoeken of mensen boven de 25 met een lichtverstandelijke beperking ook als soa-risicogroep in aanmerking kunnen komen. Zij vertonen veel risicogedrag.'

Harriëtte Buel is blij dat verpleegkundigen seksuele gezondheid sinds dit jaar een eigen kwaliteitsregister hebben bij V&VN. 'Tot vorig jaar moesten wij ons verplicht registreren bij de Nederlandse Vereniging voor Seksuologen (NVVS). Maar ons werk bestaat uit meer dan alleen seksualiteit. Wij houden ons ook bezig met het bestrijden van infectieziekten zoals soa's.'

'Seks moet fijn zijn. Dat moeten we niet uit het oog verliezen'

Met een eigen verplichte registratie kan de vakgroep de deskundigheid en wat daarvoor nodig is, via onder andere scholing goed afstemmen op hun vakgebied. Buel: 'De vakgroep wordt steeds professioneler. De eerste verpleegkundig specialist Seksuele gezondheid is al werkzaam op een poli seksuele gezondheid en een paar zijn in opleiding. Daarnaast nemen we deel aan diverse beleidstafels; die van het RIVM, de NVVS, het opleidingsinstituut NSPOH en Soa Aids Nederland bijvoorbeeld. Daar praten we mee als volwaardige gesprekspartners. Op deze manier kunnen we invloed uitoefenen.'

Onveilige contacten

Maar ook vanuit de eigen vakgroep ondernemen ze stappen om in te springen op actuele ontwikkelingen rondom hun vakgebied. 'We vergaderen vier keer per jaar. Daar schuift ook SOA Nederland bij aan omdat we nauw met hen samenwerken. Een lid van de vakgroep signaleerde onlangs dat mensen van boven de 25 met een lichtverstandelijke beperking een mogelijke risicogroep zijn als het gaat om soa's. Zij hebben vaak onveilige en wisselende contacten. Daarnaast hebben ze regelmatig tegen hun zin seks en gaan vaak over hun eigen grenzen heen. Waardoor ze meer soa's oplopen.'

De vakgroep gaat onderzoeken hoe groot deze groep is



Tekst: Marieke Rijsbergen

en of deze signalen kloppen. 'Als dat zo is, dan kunnen we gesprekken aangaan met het RIVM. Zij bepalen min of meer wie de risicogroepen zijn en wie er dus in aanmerking komen voor hulp en gratis soa-testen bij de GGD. Nu zijn dat alle jongeren tot 25 jaar, maar ook onder andere mannen die seks hebben met mannen en sekswerkers.' Tussen alle beleidsplannen en -ideeën door, wil Buel tevens kwijt waar het in haar vak uiteindelijk om draait. 'Seks moet fijn zijn. Dat is bottum line wat wij moeten uitstralen. Het moet een positief gevoel geven. Of je nu homo, hetero, transgender of weet ik wat, bent. Dus ook bij moeilijke problemen moeten we daar toch altijd weer de aandacht op vestigen en niet uit het oog verliezen. Dat is de kracht van een goede verpleegkundige seksuele gezondheid.'

Buel ziet het als een uitdaging om samen te werken met de andere vakgroepen binnen V&VN M&G. 'Seksuele gezondheid speelt op zoveel vlakken. Neem een ouder echtpaar dat altijd fijn heeft gevreeën. Nu ze ouder zijn levert dat wellicht problemen op. Deze mensen zien wij niet op onze GGD-poli's. Maar met onze expertise kunnen we ze wel helpen. We moeten elkaar, de wijk-, dementie-, maar ook de jeugdverpleegkundigen, alleen nog beter zien te vinden. Een mooie uitdaging voor de toekomst.' 🐾

Cliënt met dementie wordt te handtastelijk, zorg stoppen?

In de zorg gaat het voortdurend om zoeken naar goede afstemming: wat is hier het goede om te doen. Want wat doe je met een cliënt met dementie die handtastelijk wordt. Mag je die zorg weigeren? Ethicus Hans van Dartel plaats vanuit ethisch perspectief enkele kanttekeningen bij deze casus.

Tekst: Hans van Dartel

Casus

Meneer Ooms (81) heeft dementie. Soms is hij dusdanig seksueel ontremd dat hij de dementieverpleegkundige Marjan (32) die bij hem thuis komt 'bestookt' met verzoekjes of ze seks met hem wil. Heel soms raakt hij haar aan of geeft een tik op haar billen. Tot voor kort kon Marjan er wel mee omgaan. Ze lachte het weg of reageerde niet op zijn verzoekjes of aanrakingen. De laatste tijd werd hij echter ook steeds vaker handtastelijk. Marjan had daar al verschillende malen wat van gezegd, maar meneer Ooms leek dit niet op te pikken of niet te willen luisteren. De laatste keer dat ze bij hem kwam, duwde hij haar zelfs in een hoek, probeerde haar te zoenen en greep een van haar borsten vast. Voor Marjan was de maat vol. Ze gaf bij haar werkgever aan dat ze niet langer zorg kon verstrekken aan deze man. Daarop gaf haar werkgever meneer Ooms een waarschuwing, maar ook dat hielp niet. Na beraad in haar team bleek dat een verpleegkundige die meneer Ooms voor haar in zorg had gehad met dezelfde problemen kampte. Volgens Marjan zou een mannelijke collega soelaas kunnen bieden. Maar haar werkgever heeft een tekort aan mannelijke dementieverpleegkundigen. Wat dan. Geen zorg? Dat kan Marjan niet over haar hart verkrijgen. Want ze kent ook een andere kant van meneer Ooms, de zachte en vriendelijke kant.

Ze is ervan overtuigd dat hij er niets aan kan doen dat hij zo seksueel ontremd is. Maar wat dan?

Meneer Ooms is seksueel ontremd en laat dat merken ook. Of hij er zelf zo veel aan kan doen? Hij heeft dementie en dan raakt de persoonlijke moraal gemakkelijk ontgeld. Breineskundigen wijzen op een aantasting van structuren in de frontaalkwab van de hersenen, maar daar heb je niet heel veel aan als je in je werk met dat ontremde gedrag te maken krijgt. Nu ja, het enige wat je daaruit wel kunt leren is dat je mijnheer Ooms persoonlijk die ontremming niet heel erg kwalijk kunt nemen. Zijn kapotte brein zit achter het stuur. Het verlies aan persoon maakt dat mijnheer Ooms zich niet meer houdt aan normen die hij vroeger waarschijnlijk wel hanteerde. Dat verlies aan autonomie is zonder meer tragisch. Om te beginnen voor mijnheer Ooms, zelfs als hij het zich niet meer realiseert. Maar ook voor Marjan en haar collega's: een belangrijke opgave in de verpleegkunde is om mensen te ondersteunen om hun autonomie waar te maken en zo regie te houden. Als dat niet lukt ten aanzien van kerndimensies van het bestaan, bijvoorbeeld op het gebied van seksualiteit, dan raakt dat de zorgverlening in het hart.





Hoe lossen we het op?

Maar ja, hoe pak je zo'n situatie aan? In dit tijdperk van #metoo? De reacties in de situatie van mijnheer Ooms zijn een beetje dubbel: aan de ene kant is er het besef dat hij er niets aan kan doen, aan de andere kant wordt er wel op hem ingepreparaat alsof hij er wél wat aan kan doen. Zo krijgt hij een waarschuwing en als blijkt dat hij al eerder over de schreef ging, wordt het de vraag of de zorg hier niet gestopt zou moeten of mogen worden.

'Als meneer Ooms in een verpleeghuis zou wonen, zou niemand op de gedachte zijn gekomen de zorg te stoppen'

Begrijpelijk maar klaarblijkelijk houden we in deze situatie uiteindelijk toch de persoon méér verantwoordelijk voor zijn gedrag, dan dat kapotte brein. De vraag is of dat terecht is. En of we door zo te redeneren mijnheer Ooms niet nog meer slachtoffer maken van zijn kapotte brein. Zo wordt de tragiek in de casus nog wat meer verdiept. Maar ja, wat dan? Wat is hier goede zorg? Stoppen?

Verantwoordelijkheid

Opvallend in de casus is dat de verantwoordelijkheid voor de beslissing wat er gaat gebeuren vooral bij Marjan lijkt te liggen. Zij trekt zich de keuze persoonlijk aan en vindt dat je eigenlijk niet stoppen kan. Zeker, het is mooi en invoelbaar hoe betrokken zij is, en hoe zij zich op basis van haar kennis van mijnheer Ooms verzet tegen het idee om met de zorg te stoppen. Maar hoe begrijpelijk ook, het kan naar mijn mening niet zo zijn, dat de verantwoordelijkheid voor de invulling van de zorgplicht helemaal bij haar komt te liggen. Als het gaat om het beëindigen van de zorgovereenkomst is er duidelijk sprake van een instellingsverantwoordelijkheid: in die zin zou je mogen hopen en verwachten dat de werkgever van Marian het niet alleen had gelaten bij het waarschuwen van een verward brein maar terdege ook

zelf invulling had gegeven aan de verantwoordelijkheid om hier te kiezen. Wat is het instellingsbeleid? Houdt de zorgplicht op als een cliënt een verward brein heeft? En zich daarom misdraagt? Waarom is dat zo?

Zorg thuis

Complicerend in de casus is dat het om zorg thuis gaat. Wanneer mijnheer Ooms in een verpleeghuis zou wonen, zou echt helemaal niemand op de gedachte zijn gekomen dat de zorg in deze situatie gestopt zou mogen worden. Er zou nagedacht worden over mogelijke interventies, over afleidingsmanoeuvres, over medicamenteuze behandeling. Tja, mijnheer Ooms heeft 'het geluk' of beter, de pech dat hij vanwege beleidswijzigingen nog gewoon thuis is. Ondanks zijn verwarde brein. Tien jaar geleden konden mensen zoals hij nog gewoon in een verzorgingshuis terecht. Of in een verpleeghuis. Dat is veranderd. Maar hoezo kan mijnheer Ooms thuis niet de

'Wie of wat is hier nu verward?'

zorg krijgen die hij anders in het verpleeghuis zou krijgen? En als dat zo is, dat het thuis echt niet langer kan, is er dan niet minimaal de plicht om te zorgen dat hij in een zorgomgeving komt, waar zijn gedrag hem niet aangerekend wordt? En waar goede betrokken verpleegkundigen zoals Marian echt geholpen worden door collegiale steun van haar leidinggevenden: door haar tijdelijk te vervangen? Of door haar bijvoorbeeld met twee verpleegkundigen te laten werken? Is dat niet beter en goedkoper dan te stoppen met zorg en te wachten op een spoedopname van mijnheer Ooms in het verpleeghuis? Wie of wat is hier nu verward?

Hans van Dartel is ethicus en niet-praktiserend verpleegkundige, niet praktiserend

NIEUW

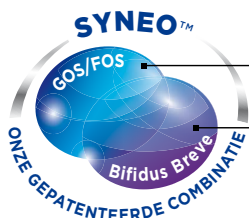
Nutrilon Prosyneo

Geef haar dezelfde kansen



Ieder kind heeft een andere start van het leven. Hoe ze starten kunt u niet altijd kiezen, hen zoveel mogelijk dezelfde kansen geven, kunt u wel. Sommige baby's hebben een grotere kans op dysbiose van de darmmicrobiota. Vaak wordt dit beïnvloed door externe factoren zoals een keizersnede, antibioticagebruik of een voorgeschiedenis van allergieën in de familie.^(1,2)

Nutrilon Prosyneo bevat Syneo™: onze gepatenteerde combinatie van pre- en probiotica, gebaseerd op 120 jaar wetenschappelijk onderzoek, die de opbouw van de darmmicrobiota ondersteunt.^(3,4) Zo draagt u bij aan de ontwikkeling van hun immuunsysteem en hun gezondheid op latere leeftijd.



Onze gepatenteerde prebiotische vezelmix

Een probiotische bacteriestam die van nature voorkomt in de darm



(1) Neu J, et al. Clin Perinatol. 2011;38(2):321-31. (2) Ahmadizar, et al. Pediatr Allergy Immunol. 2017;28(5):430-7. (3) Chin Chua M, et al. JPGN. 2017;65:102-106. (4) Van der Aa LB, et al. Clin Exp Allergy. 2010;40:795-804. Borstvoeding is de beste voeding. Deze informatie is uitsluitend bestemd voor (para-)medici.