

KWALITEIT WAARBORGEN, TOUJOURS^o

Jan P.C. Moors*

Het is in onze vereniging een goed gebruik dat de winnaar van de "Van Emde Boas - Van Ussel - prijs" een rede uitspreekt, waarin deze iets over eigen seksuologisch werk te berde brengt. Ik wil vandaag, als huisarts/seksuoloog, uw aandacht vragen voor het waarborgen van de kwaliteit van ons werk. Het zal velen onder u niet vreemd in de oren klinken als ik deze toespraak begin met: eindelijk is er een bescheiden begin gemaakt met het inordenen van seksuologie-onderwijs in het gewone curriculum van de scholing en nascholing van huisartsen. We hebben daartoe een lange weg moeten afleggen. Ik wil vandaag een paar markante mijlpalen in herinnering roepen.

Uitgedaagd tot wetenschappelijk onderzoek door praktijkervaringen

Mijn eerste kennismaking met de seksuologie vloeide logisch voort uit mijn dissertatie "Gezinsregeling; een onderzoek in een huisartspraktijk naar gedrag en houding tegenover de gezinsregeling" [Moors, 1970]. Wij vonden het in die tijd min of meer vanzelfsprekend om in de titel het woord geboortenregeling te vermijden. Desondanks nam de redactie van Van Dale's Groot Woordenboek der Nederlandse Taal in haar tiende druk [1976] de in mijn proefschrift voorgestelde spelling van de samengestelde woorden; geboortenregeling, geboortenbeperking, geboortenspreiding etc, met een 'n' dus, over.

Toen Mariëtte en ik, begin zestiger jaren, onze huisartspraktijk startten, was het helpen bij geboortenregeling nog een klus. Een gesprek daarover, met man en vrouw, duurde tenminste een uur en vond meestal 's avonds plaats. Dat had twee redenen; op de eerste plaats was er 's avonds ruim tijd en op de tweede plaats was de kans klein dat men in of rond de praktijk bekenden tegenkwam. Het hele scala van mogelijkheden werd zorgvuldig besproken. In die gesprekken hebben we ervaren hoe groot de nood aan goede en betrouwbare anticonceptie in feite was. Ook kregen we via die lange geboortenregelingsgesprekken de indruk dat hoe gemakkelijker patiënten over hun seksualiteitsbeleving konden spreken, hoe beter het gewenste kindertal en de gewenste spreiding van die kinderen bereikt kon worden. Deze hypothese heb ik in mijn dissertatie kunnen staven.

De mensen, uit mijn praktijk in de zestiger jaren, hadden soms wel 12 of meer broers en zusjes. Jongehuwden wensten zichzelf in diezelfde tijd gemiddeld 'slechts' 3½ kind. Men beschouwde het toen als een vaak bijna onmogelijke opgave niet te 'hoeven' trouwen. Voor de curiositeit neem ik een paar tabellen, die voor zichzelf spreken, op.

Dat wat we later 'kwaliteit van het leven' zijn gaan noemen, werd tegen het einde van de zestiger jaren mede bepaald door het feit of men kon beschikken over een eigen woning. 35% van de echtparen uit mijn onderzoek woonde in het begin van hun huwelijk bij één van de ouders of iemand anders in.

* Dr J.P.C. Moors, huisarts/seksuoloog NVVS, Debussylaan 3, 5242 HH Rosmalen.
o De hier gepresenteerde tekst bevat, met enkele aanpassingen, de voordracht uitgesproken tijdens de jaarvergadering op 9 juni 1995 van de NVVS na het aanvaarden van de Van Emde Boas-Van Ussel prijs door de auteur.

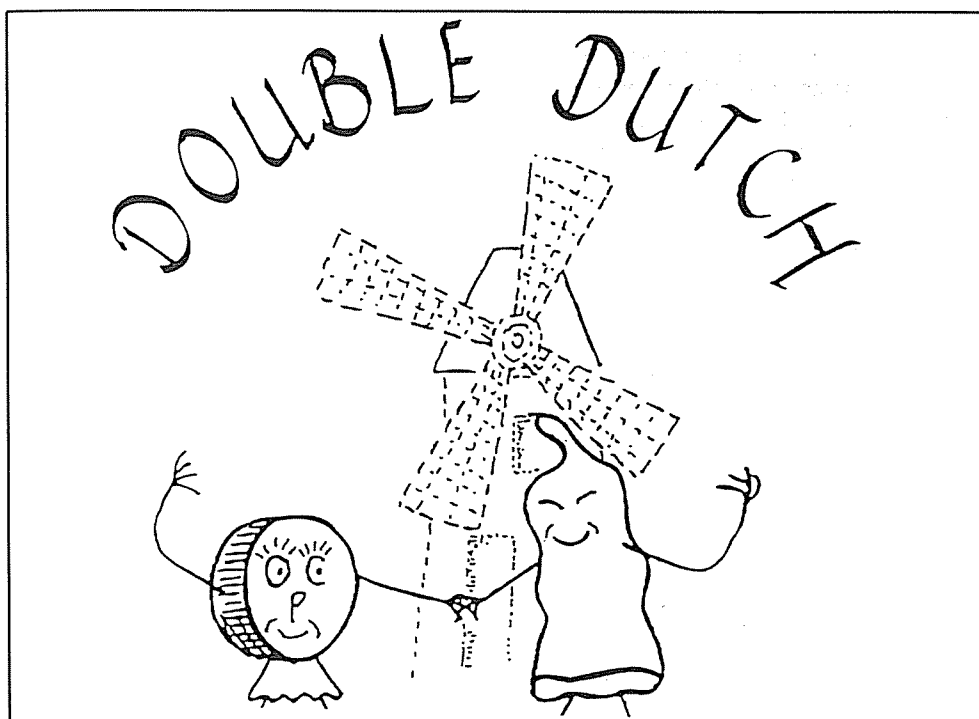
Wetenschappelijk onderzoek door huisartsen

Het mag nu verbazing wekken dat eind zestig en begin zeventig een *aantal* huisartsen wetenschappelijk onderzoek omtrent geboortenregeling deden. Uitgedaagd door de immense problemen van hun patiënten promoveerden in korte tijd de huisartsen Bangma [1970], Bekkering [1969], Wibaut [1975] en ik zelf [Moors, 1970] over een geboortenregelingsonderwerp. Later gaf Sips [1980] een overzicht van veranderingen in geboortenregeling tussen 1973 en 1980. Hand in hand met dat wetenschappelijk onderzoek vond in de huisartsenwereld het voorschrijven van de pil en het plaatsen van spiraaltjes op grote schaal ingang. Later werd het onderzoek overgenomen door het NISSO en Stimezo Nederland. Voorts plaatsten enkele gynaecologen zich geregeld in de schijnwerpers van de publiciteit.

Hulp bij geboortenregeling door huisartsen, ook aan jongeren, is in Nederland, als nergens ter wereld, al decennia lang vanzelfsprekend. Volgens onderzoek, onder andere door het bekende Alan Guttmacher Institute in New York [1985], heeft een en ander bijgedragen tot het feit dat meer dan 95% van alle anticonceptie-adviezen in ons land door huisartsen worden verstrekt.

Er was echter aan het geboortenregelingsfront van toen meer aan de hand. Een paar voorbeelden: In Rotterdam was de huisarts Dupuis een van de oprichters en jarenlang werkzaam in de Protestantse Stichting tot Verantwoorde Gezinsvorming [PSVG]. Huisartsen hebben aan de wieg gestaan van de meeste Nederlandse abortusklinieken. Ik wil er een paar noemen: Bekkering stond met de huisartsen Boissevain, de Winter en onze nieuwe voorzitter Connie Schreuders-Bais aan de wieg van de eerste Nederlandse abortuskliniek, het Mildredhuis, in Arnhem. Wibaut en Wong richtten met anderen in Amsterdam MR 70 en de Oosterparkkliniek op. Tielens in Eindhoven, was lange tijd voorzitter van de Stimezo-kliniek aldaar. In Utrecht stichtten huisartsen het Vrelinghuis. Bangma en ik hadden de leiding van de NHG-projectgroep "Man-Vrouw; Anticonceptie". In 1974 werd het cursusboek "Geboortenregeling in de praktijk" voor de huisarts uitgegeven. In 1982 volgt, bestemd voor de hele eerste lijn, "Dan moet je dit eens lezen, want het gaat er over". De inhoud van deze boeken was en is jarenlang toonaangevend voor huisartsen. Het daarin verdedigde beleid wordt meestal geciteerd als *'het'* NHG-standpunt. In de loop van een vijftal jaren lukte het de projectgroep een groot aantal huisartsen verantwoord na- en bij te scholen met betrekking tot hun kennis, vaardigheden en *attitudes* tegenover geboortenregeling. Daarvan werd het Nederlandse volk kond gedaan via Teleac-cursussen op TV. Het hele project werd wetenschappelijk begeleid door zogenaamde 'action research', waarmee het weten en kunnen van een doelgroep wordt onderzocht en waarin tegelijkertijd hulp wordt aangeboden bij het opvullen geconstateerde lacunes. In 1989 formuleerden de Vughtse huisarts Fons Sips, Mariëtte en ik de *officiële NHG-Standaard* over orale anticonceptie.

Een paar jaar geleden introduceerde de, helaas nog steeds niet van een ernstige hersenbloeding herstelde, huisarts en leider van de W.F. Stormkliniek Henk Doppenberg samen met de huisarts Wibaut jr. en de arts/seksuoloog Van Lunsen, in de wereld het begrip *Double Dutch*, waarbij de uitleg van het gebruik van de pil gekoppeld wordt aan een uitleg van het gebruik van het condoom.



Figuur 1: Cartoon uit IPPF-bulletin

In de tachtiger jaren heeft zich vooral in Amsterdam de AIDS-hulpverlening volgens eenzelfde patroon ontwikkeld. Ook daar waren en zijn een aantal huisartsen, die goed bekend zijn met de homoscene, actief. Ze leverden een belangrijke bijdrage bij het ontwikkelen van de zogenaamde buddy-hulp voor terminale AIDS-patiënten. Ze spanden zich vooral in om een kwalitatief goede categorale en reguliere *extramurale* medische zorg te ontwikkelen. De 'HIV-wijzer voor de huisarts' werd in 1988 voor het eerst onder redactie van de mannelijke huisartsen Lode Wigersma, Hochheimer, Heijnen en de vrouwelijke huisartsen Avenarius en Meijer samengesteld en aan alle huisartsen in Nederland gratis ter beschikking gesteld. Deze HIV-wijzer werd geregeld up to date gehouden. Nog onlangs leidde de huisarts Bert-Jan de Boer een HIV-avondsymposium voor huisartsen uit de regio Amsterdam, waaraan circa 350 huisartsen en 150 andere belangstellenden deelnamen.

Seksualiteitsbeleving en geboortenregeling

Terug naar de geboortenregeling. Geboortenregeling kan niet los gezien worden van de beleving van de seksualiteit. Ondanks veel onderzoek blijft het voorlopig een raadsel waarom, vooral, de Nederlandse vrouw ongewenste zwangerschap zo goed weet te voorkómen. Goede voorlichting in alle lagen van de bevolking, een open houding tegenover seksualiteit en een calculerende levenshouding van de doorsnee Nederlander, worden als redenen daarvoor aangevoerd. Maar nog steeds is er niet op iedere straathoek een condoomautomaat te vinden. Terwijl ik dat toch in 1970 reeds aanbeval.

Stelling no. 16 uit mijn proefschrift [Moors, 1970]:

Condoomautomaten dienen bij voorkeur in *woorwijken* te worden aangebracht. Het op beperkte schaal toestaan, dat deze automaten alleen in bars en kaffees worden geplaatst, verraadt een 'Victoriaanse' mentaliteit.

J.P.C. Moors, huisarts; Rosmalen/Utrecht, 9 juni 1970

'De pil kan met het condoom [double dutch] in de automaat op iedere straathoek in de *woorwijken*.

Tabak en sigaretten kunnen beter uitsluitend op recept in het kader van verslaafdenzorg, zoals dat ook gebeurt met methadon, verstrekt worden.'

Dr J.P.C. Moors, huisarts/seksuoloog-NVVS; Rosmalen/Amsterdam, 9 juni 1995.

Ook toen twijfelden we er over of het beter zou zijn de pil te laten verkopen door drogisten of ze louter op recept, door de huisdokter uitgeschreven, beschikbaar te stellen. Vanwege het Nederlands verzekeringssysteem hoeven patiënten de kosten dan zelf niet te dragen. Voor die laatste mogelijkheid werd toen vooral ook gekozen omdat daarmee de pil in het ziekenfondspakket kon komen. De slogan: 'De pil kan met het condoom ...', heeft nog steeds niets aan actualiteit verloren. Daarmee wil ik geen stelling nemen in het debat of de pil zonder kosten voor de gebruiker beschikbaar moet blijven. Gelukkig blijft, volgens de laatste berichten, de situatie rond de pil zoals die de laatste 25 jaar was. Eventuele gevolgen van ingrijpende veranderingen voor vooral jongeren, uitkeringtrekkers, nog niet geheel in onze cultuur ingeburgerde buitenlanders en andere met ongewenste zwangerschap extra bedreigde groepen zijn volgens mij in het geheel niet te voorspellen.

Het argument van sommige tegenstanders, tegen het zonder recept verkrijgbaar stellen van de pil, dat er daarvoor teveel negatieve medische aspecten aan deze geneesmiddelen verbonden zijn, snijdt volgens mij niet veel hout. Er zijn meer geneesmiddelen bij de drogist te koop waaraan ernstige gevaren verbonden zijn. Lees er de bijsluiters van een gewoon aspirientje maar eens op na. In de praktijk blijkt dat vervelende bijwerkingen niet gemakkelijk voorkomen kunnen worden. Het is bijna altijd onmogelijk *van te voren* door medisch onderzoek te voorspellen wie wel of geen [ernstige] nadelige bijwerkingen gaat ondervinden.

De nadelige gevolgen van hormonale anticonceptie zijn gelukkig statistisch zeer beperkt. Ik noem er slechts enkele. Er is voor sommige groepen vrouwen een verhoogde kans op een veneuze trombose bij factor V Leiden-mutatie [Vandenbroucke, et al., 1995], misschien is er soms ook een licht verhoogde kans op borstkanker, er zijn flauwe aanwijzingen dat herseninfarcten iets meer voorkomen bij vrouwen die de pil gebruiken, sommige vrouwen klagen over gewichtstoename, hoofdpijn in de stopweek en gespannen borsten. Deze en andere risico's zouden veel minder vaak voorkomen bij het gebruik van de zogenaamde sub-50 pillen, die momenteel meestal worden voorgeschreven. Toch is ook daarover het laatste woord nog niet geschreven. Men mag van de andere kant ook niet blind zijn voor de vele voordelen zoals minder bloedverlies en last bij de menstruatie, waardoor aantoonbaar minder arbeidsverzuim optreedt en minder bloedarmoede voorkomt, minder kans op kanker van het endometrium in de baarmoeder, minder kans op goedaardige borstaandoeningen, een verkleinde kans op eierstokkanker, minder kans op reumatoïde artritis, een verkleinde kans op nierbekkenontsteking en salpingitis om nog maar te zwijgen van allerlei problemen die zich kunnen voordoen rond een ongewenste zwangerschap en ectopische zwangerschappen. Bekend zijn de soms

ernstige gevolgen - tot de dood van de vrouw toe - tengevolge van een ondeskundig uitgevoerde illegale abortus. En dan zwijg ik nog over alle psychische gevolgen, de extra zorgen die daarmee op de schouders van vrouwen worden gelegd en het gemis van ongecompliceerd seksueel genot en lust.

Er is op de wereld veel onderzoek gedaan rond alle mogelijke aspecten van anticonceptie. Desondanks lukt het ons niet echt vat te krijgen op het ingewikkelde kluwen van interacties tussen geboortenregelend gedrag en seksualiteitsbeleving. Paul Vennix [1990/1994] deed op het einde van de tachtiger jaren met: 'De pil en haar alternatieven; ervaringen van Nederlandse vrouwen met de pil en andere vormen van anticonceptie' opnieuw een te waarderen poging de discussie daarover in de seksuologische onderzoekerswereld opgang te brengen. Als voorbeeld zou nader onderzocht kunnen worden welke gevolgen door het wegvallen van de cyclische veranderingen ervaren worden door [jonge] vrouwen die langdurig de pil gebruiken. Vrouwen die op [heel] jeugdige leeftijd de pil gingen gebruiken, hebben vaak tot ze besluiten zich een kind te wensen, geen weet van de veranderingen in hun lichaam en geest vanwege de 'hormonale eb en vloed'. Als ze zich dan ook nog laten verleiden, vroegtijdig, hormonen te gaan gebruiken in verband met mogelijke gevolgen van osteoporose op latere leeftijd, worden hen ook nog de zo typische opvliegers van de overgang ontnomen. Welke uitwerking bepaalde hormonen op het seksuele leven van vrouwen hebben is niet goed bekend. Ook Ellen Laan [1994] heeft in haar magnifieke onderzoek helaas een kans laten liggen na te gaan of er verschil in seksuele opwindning en respons in de verschillende hormonale fasen van de vrouwelijke cyclus voorkomt. Ik vrees dat als het NISSO gaat verdwijnen goed onderzoek omtrent seksuologische aspecten van anticonceptie voorlopig voor lange tijd gaat stagneren. Desondanks zou ik onderzoekers van allerlei snit willen oproepen meer en beter onderzoek te doen omtrent de *totale impact* van anticonceptie, in al haar vormen, op de *beleving van de seksualiteit*.

Mét een condoom vrijen behoort fijn te zijn!

Er is meer. Er zouden tekenen zijn die er op duiden dat de ziekte AIDS zich langzaam maar zeker ook in de kringen van de gemiddelde zich heteroseksueel gedragende Nederlandse burger begint te manifesteren. De tijd zal nog moeten bewijzen hoe ver dit schrikbeeld om zich heen gaat grijpen. Deze plaag kan alleen gekeerd worden door aangepast seksueel gedrag. Dit betekent in de praktijk dat zulks alleen lukt als werkelijk alle betrokkenen, of in ieder geval het merendeel van hen, vaginaal en anaal penetreren met condooms van goede kwaliteit het allerfijnste gaat vinden wat er op de wereld aan de seks te beleven valt. Dat dit in principe mogelijk is, heb ik indertijd gehoord van mannen en vrouwen die vóór het piltijdperk het vrijen met een condoom waren gaan waarderen. Ze vertelden mij indertijd dat het vrijen zonder condoom minder gedoe, maar ook minder genot en spanning opriep. Wellicht kan verder onderzoek naar lustbeleving en vrijen met condooms, onder alle lagen van de bevolking en vooral in de groep starters, ons verder helpen.

Er is hier weer werk aan de winkel voor straathoekwerkers, sociaalwerkers in de 'gekleurde wijken', GVO-medewerkers van de gemeentelijke gezondheidsdiensten, school- en jeugdartsen en de biologie/maatschappijleraren in het voortgezet onderwijs. Toch geloof ik niet dat alléén door goed aan iedere doelgroep apart aangepaste voorlichting het vrijen met een condoom werkelijk populair zal worden. En ik kan me al helemaal niet voorstellen dat orale seks met befoekjes of condooms met een smaakje een voor velen aantrekkelijk alter

natief zullen worden. Bovendien wordt de AIDS-dreiging in de hetero-wereld niet als een echt probleem ervaren. De nood moet eerst voelbaar worden. De dodelijke gevolgen moeten dichterbij komen. Dan pas zullen wij, als goede Hollandse kooplui, eieren voor ons geld gaan kiezen. Te hopen en wellicht te verwachten is, dat dit schrikbeeld in Nederland, binnen afzienbare tijd, geen werkelijkheid wordt.

Verbreiding van kennis verhoogt de kwaliteit van hulp

In de groep waarin wij, Mariëtte en ik, ons in de zeventiger jaren bewogen was het vanzelfsprekend dat goed anticonceptief gedrag alleen bereikt kan worden als de seksualiteit tussen mannen en vrouwen bespreekbaar is. Dus verlegden we onze aandacht als vanzelf naar de seksuele hulpverlening. Goede Nederlandse literatuur was niet gemakkelijk bereikbaar. In 1976 werd met vallen en opstaan het Tijdschrift voor Seksuologie gesticht. Mariëtte ging als redactiesecretaris de kar van het Handboek Seksuele Hulpverlening [1983 t/m 1988] trekken. In 1977 verscheen de eerste druk van een boek voor hulpverleners: *Helpen bij seksuele moeilijkheden* en kort daarna een tien dagdelen in beslagnemende cursus voor eerstelijns hulpverleners met diezelfde titel. Ook op Teleac verscheen een verkorte versie van deze cursus. Daarmee werd de aandacht in de nascholing van de huisarts verlegd van de geboortenregeling naar het onderkennen van seksuele problemen bij hun patiënten. De impact van deze beide cursussen is in 1986 door Frenken, Rodenburg en van Stolk onderzocht en hun verslag werd onder de titel: *Huisarts helpen bij seksuele moeilijkheden* in 1988 gepubliceerd. Een belangrijke konklusie van hen: "Goede nascholing die aansluit op geconstateerde lacunes verhoogt het weten en kunnen van huisartsen en waarborgt de kwaliteit van de verleende hulp."

Indirecte bijdrage		Directe bijdrage	
Weinig persoonlijke belemmeringen ervaren	→	Positieve taakopvatting	goed
Weinig weerstand bij patiënten zien	↗	Vernieuwingsgezind	helpen
Positieve attitude t.a.v. seksualiteit	→	Weinig praktische belemmeringen zien	bij
Adequate opleiding seksuologie	→	Open staan	seksuele moeilijkheden
Breed behandelingspectrum	↘	Seksuologische kennis	

Figuur 2. Kenmerken van huisartsen die direct en indirect bijdragen tot de kwaliteit van de seksuele hulpverlening (uit: Frenken e.a., 1988)

De aandacht in de nascholing van huisartsen werd dus verlegd van de geboortenregeling naar het onderkennen van seksuele problemen bij hun patiënten. De toenmalige seksuologische scene stond positief tegenover het huisartsen wegwijs maken in de zogenaamde 'kleine' seksuologie. Deze neerbuigende term wordt gelukkig niet veel meer gehoord. Er is sinds het begin van de zestiger jaren een duidelijke verschuiving te constateren in de aard van seksuele problemen die aan seksuologen worden aangeboden. De eerste lijn en wellicht ook de media hebben ervoor gezorgd dat door voorlichting veel zogenaamde 'gemakkelijke' proble-

men door de mensen zelf kunnen worden opgelost. De gecompliceerdere problemen die nu op het bord van de seksuologie komen, vragen een grotere deskundigheid. Kennelijk betreft het hier een internationaal fenomeen. Walter Everaerd [1995] citeerde onlangs, in zijn rede over het werk van Rutgers, Keith Hawton: "Gemakkelijke seksuele problemen zijn tegenwoordig goed te verhelpen. Seksuele stoornissen van mannen komen er daarbij slechter vanaf dan stoornissen bij vrouwen. Er zit eigenlijk al jaren geen voortgang in het onderzoek over de behandeling van seksuele stoornissen. Wel is het zo, en dat is tenslotte een belangrijke positieve noot, dat hulp bij seksuele problemen goed landelijk gespreid beschikbaar is. Dat dreigt nu overigens door allerlei bezuinigingen, onder andere bij de Rutgers Stichting, weer snel te verslechteren."

Rutgers Stichting exit? Hoe verder?

Het is zeer te betreuren dat door de recente bezuinigingen de Rutgers Stichting in moeilijkheden gekomen is. Het belang van de Rutgers Stichting met betrekking tot geboortenregeling was vooral gelegen in een gemakkelijke toegankelijkheid, voor bepaalde groepen [jonge] vrouwen, die moeite hebben met hulpvragen aan regulier werkenden. In de praktijk vervulde de Rutgers Stichting ook een voortrekkersrol met betrekking tot het introduceren van nieuwe seksuologische therapieën. Het zal u niet ontgaan zijn dat de viering van het vijftienvig jarig bestaan van de diverse afdelingen van de Rutgers Stichting en MR 70 met goede symposia gevierd werd. Het is daarom dubbel te betreuren dat er nooit een goede overall evaluatie van het vele werk dat door de medewerkers van de Rutgers Stichting verzet werd, gemaakt is. Misschien helpt het als ik vandaag nog eens de hoofden van de universitaire seksuologische poliklinieken, van MR 70, en van de overgebleven vestigingen van de Rutgers Stichting uitnodig het zich tot een eer te rekenen jaarlijks een overzicht van hun werkzaamheden te publiceren. Dat kan bijvoorbeeld heel wel in het Tijdschrift voor Seksuologie.

De ergste kou schijnt tijdelijk weer uit de lucht te zijn. Desondanks zou ik willen wijzen op eventuele positieve kanten van het verdwijnen van een categorale hulpverlening. Natuurlijk moet geprobeerd worden te redden wat er te redden valt. Het is mijns inziens nu de juiste tijd dat directie, management en hulpverleners van de Rutgers Stichting serieus gaan onderzoeken hoe kwalitatief verantwoorde seksuologische hulp ingebed kan worden in reguliere hulpverlening. Als de Rutgers Stichting door welke omstandigheden dan ook zou gaan verdwijnen, wat ik hogelijk zou betreuren, dan meen ik hier nadrukkelijk te mogen stellen dat de Nederlandse samenleving met het eventueel verdwijnen van de voortrekkers in de Rutgers Stichting hogere eisen kan en moet gaan stellen aan het adequaat overnemen van hun werk door psychotherapeuten. Dat komt in de praktijk erop neer dat de bij de RIAGG's aangesloten therapeuten, even goed als hun vrijgevestigde collega's, zich dienen af te vragen of ze wel voldoende 'seks' in hun pakket hebben en of hun seksuologische hulp van voldoende kwaliteit is. Een paar onderzoeken die daar de laatste jaren naar gedaan zijn, laten de vrees bestaan dat 'de' psychotherapie een beetje vies is van seks [Vroege, 1991]. Ik laat vandaag in het midden hoe dat zou kunnen komen. Maar ook van de directies van de RIAGG's in Nederland zou verwacht mogen worden dat ze op geregelde tijd aan hun achterban en zeker aan hun verwijzers laten weten hoeveel kwalitatief verantwoorde seksuele hulpverlening in hun pakket zit.

Kwaliteitswaarborg

Kwaliteitsborging kan alleen als men er het in brede beroepskring over eens is wat die kwaliteit precies inhoudt. Hulp in het kader van acuut seksueel geweld en hulp bij posttraumatische stress stoornissen is, volgens mij, geen *seksuologische* hulpverlening in engere zin. Goede seksuologische hulp overstijgt hulp voor seksueel geweld. Vrijgevestigde psychotherapeuten en zij die werkzaam zijn bij een RIAGG wier seksuologische aandacht niet verder reikt dan partnerrelatieproblematiek en problemen die verband houden met seksueel geweld, hebben volgens mij een te beperkt *seksuologisch* hulpaanbod. Misschien is het mogelijk dat de NVVS samen met RIAGG's, met het NVP, met het NIP, met de verenigingen voor Gedragstherapie, Gezins- en Relatietherapie en niet te vergeten met de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie eisen opstelt waaraan seksuologische hulpverlening door psychotherapeuten **minimaal** zou moeten voldoen.

Professionalisering kan niet zonder kwaliteitscontrole

In het kader van de professionalisering van de Nederlandse seksuologie is de NVVS een paar jaar geleden begonnen met het opzetten een registratie. Als de geregistreerde seksuoloog-NVVS voor de buitenwereld een duidelijke meerwaarde krijgt, is dat alleen door de kwaliteit van het produkt dat hij of zij aflevert. Voor de seksuoloog zelf kan een hogere kwaliteit meer plezier in het werk opleveren.

Vooraf in een vakgebied dat zich zelf afficheert als multidisciplinair is kwaliteit een betrekkelijk begrip. De seksuoloog dient zijn deskundigheid, verkregen in het initiële vakgebied voldoende op peil te houden. Het is volgens mij **niet** de taak van de Registratiecommissie om de kwaliteit als arts, psycholoog of voorlichter, om maar een paar voorbeelden te noemen, bij registratie en herregistratie te toetsen. Volgens de jurisprudentie die langzaam aan het ontstaan is, mag en moet de Registratiecommissie **wél** beoordelen of kandidaten hun eigen grenzen en mogelijkheden kennen, en of verwacht mag worden dat patiënten of cliënten, indien hun kunnen tekort schiet, tijdig verwezen zullen worden. De belangrijkste taak van de Registratiecommissie bestaat er uit de kwaliteit van de *seksuologische* hulpverlening te beoordelen.

Frissen en van der Lans [1995] haalden onlangs in Medisch Contact [28 april 1995] N.S. Klazinga en Casparie aan die een aantal fasen beschrijven waardoor de kwaliteit van de medische beroepsuitoefening gestimuleerd en gehandhaafd kan worden.

Ontwikkelingsfasen van kwaliteitssystemen bij beroepsbeoefenaren:

Wet BIG;
 beroepsprofiel;
 gedragsregels;
 opleiding en vervolgopleiding;
 onderwijscontinuüm;
 registratie/herregistratie;
 visitatie;
 intercollegiale toetsing;
 richtlijnen/standaarden.

Deze fasen bepalen, mijns inziens, ook de kwaliteitswaarborging van seksuologische beroepsbeoefenaren. In de BIG is nu nog geen plaats voor seksuologische hulpverlening, maar wat niet is, kan komen. Het lijstje overziende, zijn er door de NVVS de laatste jaren al een paar heel belangrijke stappen gezet. De vandaag besproken beroepscode en het verslag van het werk van de Onderwijs Commissie zijn daar voorbeelden van. In mijn ogen is het een opdracht voor het nieuwe bestuur om de nog ontbrekende schakels snel aan te brengen. Een ketting geeft pas houvast als alle schakels stevig zijn en goed en soepel in elkaar passen.

Paradigma's moeten ook goed onderbouwd worden

Een curriculum wordt helaas vaker impliciet dan expliciet gebouwd op paradigma's. Het zal nog wel even duren voordat we het gehele curriculum van de opleiding tot seksuoloog-NVVS in kaart gebracht hebben. Om een goed curriculum te kunnen opbouwen moeten alle betrokkenen het eens zien te worden over een aantal basale uitgangspunten. Bijvoorbeeld: wat wordt verstaan onder gezonde, heilzame of normale seks? Beschrijft de DSM-IV of ICD-10 fundamenteel en allesomvattend wat dysfunctionerend en deviant seksueel gedrag is? Ik ben van mening dat in die diagnostische systemen als vanzelfsprekend, zonder voldoende definiëring, aangenomen wordt dat iedereen bijvoorbeeld hetzelfde bedoelt met de termen seksueel verlangen en seksuele opwinding. Vrouwelijke seksuele opwinding [arousal] wordt, in de DSM-IV, bepaald door een adequate lubrikatie en zwelling als respons op seksuele prikkeling [excitement]. De man komt er slechter vanaf. Zijn seksuele opwinding wordt slechts bepaald door de mate en de duur van zijn erectie. Gehéél onduidelijk blijft de relatie tussen seksueel verlangen en seksuele opwinding.

We moeten ons ook indringend gaan bezinnen op de seksuologische 'scripts' die we in ons werk hanteren. Het is zaak dat velen in de NVVS zich daar actief mee bezig gaan houden. Men moet er daarbij niet voor schromen veel bereden stokpaarden even terzijde te zetten. Tevens verdient het, volgens mij, aanbeveling dat we het in de beta-wetenschappen zo veel toegepaste verificatie model verlaten en meer volgens het zogenaamde falsificatie model te werk gaan. Via het **verificatiemodel** wordt steeds opnieuw getracht een theorie te bevestigen door te proberen nieuwe feiten en verschijnselen daar in te passen. Soms rekt men daarvoor de theorie desnoods een beetje op. In het **falsificatiemodel** daarentegen probeert men de eigen theorie voortdurend basaal te ondermijnen. Zolang het niet lukt de theorie onderuit te halen, kan ze gehandhaafd worden. Een theorie is in het falsificatiemodel dus maar '*voorlopig*' houdbaar. Gezien de windstilte in basale seksuologische theorievorming in de laatste vijf en twintig jaar, zou ik ervoor willen pleiten wat meer terug te vallen op het falsificatiemodel. Ook als dat tot resultaat heeft dat we een tijdlang onze zekerheden verliezen. Het is beter geen schijnbaar sluitend model te hebben, dan met onze hulp mensen in ons eigen keurslijf, dat de cliënt vreemd is, proberen te wringen.

Cees Straver [1994] gaf daar een goed voorbeeld van toen hij twee jaar geleden de Van Emde Boas - Van Ussel-prijs kreeg. Hij stelde toen aan de orde dat de seksualiteitsbeleving van laagopgeleiden ingekaderd wordt in andere ideaalbeelden dan waarover hogeropgeleiden beschikken. Zoals u misschien nog weet onderkent hij twee tegenover elkaar staande huwelijksmodellen:

- a. Het zogenaamde *interpersoonlijk gerichte onderhandelingshuwelijk* dat vooral teruggevonden wordt bij een aanmerkelijk deel van de hoog opgeleiden.
- b. Het *coöperatief ingestelde solidariteitshuwelijk* dat hij vooral aantrof bij de grote meerder-

heid van de laag opgeleiden. Bij het coöperatieve solidariteitshuwelijk gaat het om een andere manier van denken en problemen oplossen ['een andere logica'], met zijn eigen sterke en zwakke kanten, dan bij het op zelfstandigheid gerichte huwelijk. Beide typen sluiten ieder aan bij een verschillende cultuur waarin men dagelijks leeft en denkt. Hun beider seksualiteitsbeleving is door die verschillende 'logica' van de regels die de onderlinge relatie bepalen ook totaal verschillend. De gevolgen van deze constatering werkt volgens mij nog maar nauwelijks door in de seksuologische hulpverlening. Ik weet dat het veel gevraagd is, maar het zou de NVVS sieren als de secties onderzoek en hulpverlening c.q. voorlichting en preventie er binnenkort eens een nascholingsdag aan zouden wijden.

Seksuologische basistaken van hulpverleners

Ideaal zou zijn als iedere hulpverleningsdiscipline eigen seksuologische hulpverleningspakketten zou formuleren. Het is me bekend dat in de Werkgroep psychosomatiek in de gynaecologie en obstetrie [WPOG] plannen daartoe bestaan. Ook zijn er geluiden dat in de opleiding tot uroloog aanzetten gegeven worden om tot het formuleren van specifieke seksuologische hulpverlening te komen. Helaas zijn mij nog geen tekenen bekend dat ook psychiaters en psychotherapeuten van welke snit dan ook, seksuologische basistaken voor hun beroepsgroep formuleerden. De Onderwijs Commissie van de NVVS zou aan de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid die het Register van Psychotherapeuten beheert, kunnen vragen welke seksuologische basistaken voor registratie vereist zijn.

De Nederlandse/Vlaamse vereniging voor Impotentie Onderzoek [NVIO] heeft een 'beslisboom' met betrekking tot onderzoek en behandeling van erektezwakte gemaakt (zie Fig. 3).

Voor de huisartsopleiding en nascholing werden enkele basistaken van de huisarts met betrekking tot het helpen bij seksuele problemen geformuleerd:

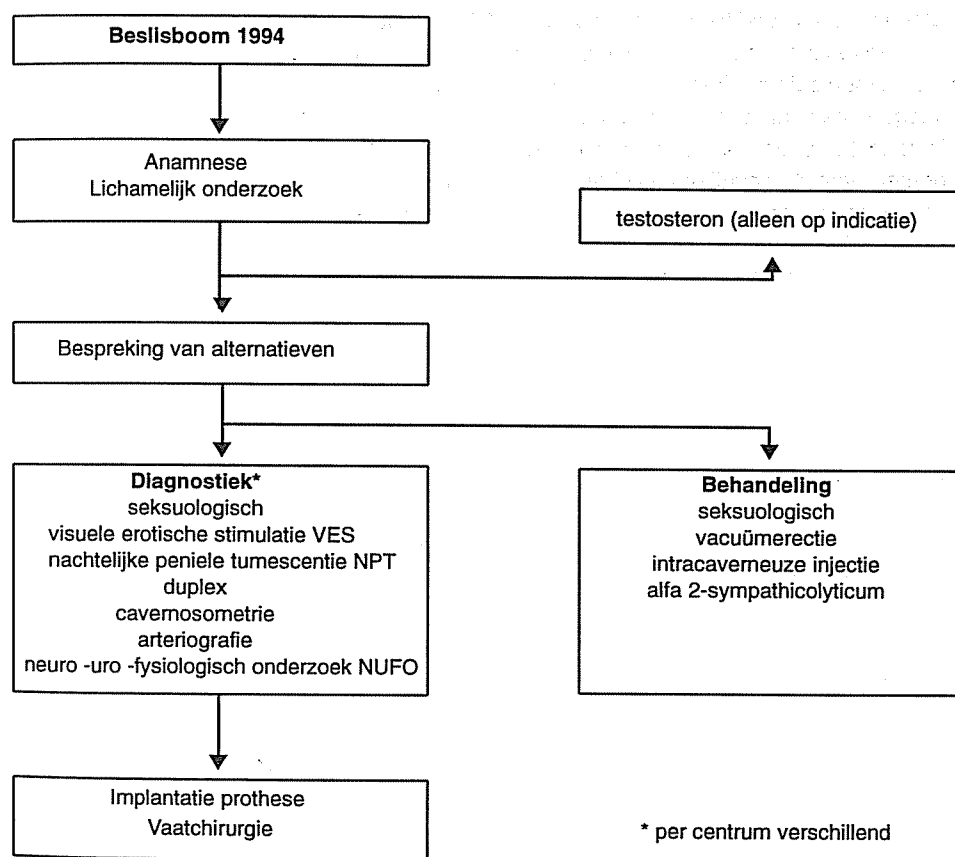
Seksuologische basistaken van de huisarts

De huisarts:

- staat open voor seksuele problemen van zijn patiënten;
- is in staat eventuele seksuele problematiek vroegtijdig te onderkennen;
- kan een seksuologische mini-anamnese afnemen;
- kan klachten en vragen van patiënten over seksualiteit verhelderen;
- kan zonodig op het juiste tijdstip een adequaat lichamelijk onderzoek uitvoeren;
- kan na anamnese en lichamelijk onderzoek de uiteindelijke hulpvraag [her]formuleren;
- kan indien nodig of wenselijk de partner bij de diagnostiek en/of de behandeling te betrekken;
- kan de behandelmogelijkheden met de patiënt of het paar bespreken en hen eventueel op een adequate manier verwijzen.

Om deze taken te kunnen uitvoeren dient de huisarts:

- de belangrijkste seksuologische protocollen te kennen en deze met enig gemak te kunnen hanteren;
- inzicht te hebben in de eigen mogelijkheden en belemmeringen met betrekking tot de seksuele hulpverlening;
- weet te hebben van eigen attitude [normen en waarden];
- geleerd te hebben welke relevante literatuur wáár te vinden is.



Figuur 3. Diagnostische benadering van mannen met erectieproblematiek zoals voorgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Impotentie Onderzoek (NVIO), 1994 (uit Drenth, 1995).

Volgens mij zijn we momenteel zover dat de Onderwijscommissie van de NVVS op korte termijn kan gaan inventariseren welke programma's er in de bestaande seksuologie-opleidingen en in de nascholing gehanteerd worden. De Onderwijscommissie heeft volgens het Reglement voor de Registratie de opdracht om die programma's op hun kwaliteit te toetsen. De Registratiecommissie zal binnenkort, de eerste herregistratie vindt al in de loop van 1998 plaats, behoefte hebben aan een overzicht van de opleidings- en nascholingsmogelijkheden en de kwaliteit daarvan.

Erectiezwakte na de 'loodgieters'

Ik wil nog een probleem nader onder de loupe nemen. Ik kan er niet om heen te constateren dat er in ons land, sinds het werk van Everaerd en Schacht in de zeventiger jaren in de psychotherapeutische aanpak van seksuologische problemen niet veel, zo niet helemaal niets meer veranderd is. Er is in het [psycho]fysiologisch onderzoek en de instrumentele therapie

met betrekking tot de erektezwakte, sinds Virag 15 jaar geleden de eerste papaverineinjecties in de corpora cavernosa gaf, wel veel veranderd. Volgens Everaerd [1995] doet deze *technologische* seksuologie denken aan loodgieterswerk. Tot begin tachtiger jaren beschouwden seksuologen, meestal psychotherapeuten, een erectieprobleem voor 90% of meer veroorzaakt door faalangst of ouderdom. Daarna kwamen er urologen die meenden dat deze klachten in 85% of meer van de gevallen uitsluitend door biologische oorzaken ontstaan. Injecties met papaverine, phentolamine of prostaglandine E1 deden hun intrede. Op de markt verschenen, vooral in de USA, populaire vacuümpompen en erectieprothesen die in allerlei maat en vernuft werden geïmplanteerd. Zelfs het in de middeleeuwen al bekende Yohimbine werd weer van stal gehaald. Ondertussen is mij één zaak duidelijk: erektezwakte is een multicausaal probleem. Een multicausaal probleem dient op meerdere fronten tegelijk aangepakt te worden. Daarbij kan de partner niet gemist worden.

Geen zin

Tenslotte wil ik nog heel in het kort, aan de hand van het meest aangeboden, seksueel probleem: 'geen zin in seks', nagaan welke rol onze 'ziekte- relatie- en seks-scripts' bij het tegemoet treden van mensen met deze klacht spelen. Bijna alle seksuologen zijn het er volgens Everaerd [1995] over eens dat seksuele behoefte-verschillen de belangrijkste seksuele stoornis is.

Seksueel verlangen manifesteert zich in een hevige verliefheidsperiode, voor iedereen zichtbaar, totaal anders dan bijvoorbeeld in een reeds jaren vastgelopen huwelijksrelatie. Te verdedigen valt dat de libido sexualis van betrokkenen in beide gevallen een zelfde karakteristiek behoudt. Wanneer geen zin of weinig zin in seks van een van de partners een dysfunctie wordt, hangt af van de visie van beide betrokkenen daarop. Soms wordt 'geen zin' daarmee in feite een relationeel probleem. Seksuologische hulpverleners moeten bij het tegemoet treden van hun cliënten accepteren dat zij misschien verschillende waarden en normen ten aanzien van een relatie hebben. In het licht van Straver's [1994] *coöperatief ingesteld solidariteitshuwelijksmodel* mogen we wellicht aannemen dat vrouwen in een relatie vooral **verbondenheid** en wederzijdse betrokkenheid van man en vrouw op elkaar zoeken. Ze willen vaker dan mannen een verhouding die gericht is op uitwisseling van emoties. Ze praten vaker over hun gevoelens en intimiteit. Ze willen gewaardeerd worden om wie ze *zijn*. Terwijl hun mannen [vooral] waardering zoeken om wat ze *doen*. Deze mannen willen geprezen worden om hun prestaties. Het doet er niet zo veel toe of dat gemeend is. Mannen zoeken vaak niet op de eerste plaats verbondenheid maar **gebondenheid**. Als mannen merken dat hun relatie niet lekker loopt, gaan ze niet praten maar de keuken opknappen. De vraag mag gesteld worden of deze wat ouderwets aandoende tweedeling ook voor de jongere generaties mannen en vrouwen in gelijke mate opgaat? Ik ben ervan overtuigd dat we in seksuologische kring ons deze vragen nog eens scherp voor de geest moeten halen. In de voorlichting en bij de behandeling van jonge mannen die seksueel gewelddadig waren, blijkt dat we misschien te enthousiast de door de tweede feministische emancipatiegolf aangedragen idealen van het *interpersoonlijke onderhandelingshuwelijks-model* hebben overgenomen.

Seksueel verlangen

Volgens mij kan het seksueel verlangen beschouwd worden als een eindpunt of misschien beter een tijdelijke eindtoestand van complexe interactie tussen een groot aantal menselijke

potenties. Of deze complexe momentane toestand, dit seksueel verlangen op een gegeven moment, in een gegeven situatie, op zichzelf [seksuele] opwinding uitdrukt of meer een persoonlijk gekleurde geneigdheid om seksueel opgewonden te [kunnen] geraken, moet per geval, nauw gezet, verhelderd worden. Bij elke emotie spelen allerlei krachten hun eigen, per persoon specifieke, rol. Daarbij valt te denken aan biologische krachten, bijvoorbeeld vanuit fysiologische, neurologische en endocrinologische systemen; aan psychologische krachten, zoals cognitief, affectief en emotioneel gekleurde persoonlijke systemen. Ook sociale krachten bijvoorbeeld vanuit structureel vergroeide gebruiken en gewoonten in een bepaalde samenleving en vanuit onze werk- en vrijetijdsleefwerelden zijn niet te ontkennen. En dan zijn er de moeilijk te vatten en te begrijpen culturele krachten, zoals die zich de laatste decennia ontwikkelden in onze Noord-West Europese multiculturele samenleving. Die zijn anders dan de oorspronkelijke patronen rond de Mediterranée of in Afrika. Tenslotte kunnen we niet heen om godsdienstige en metafysische krachten, die in hun uitersten angstaanjagend lijken.

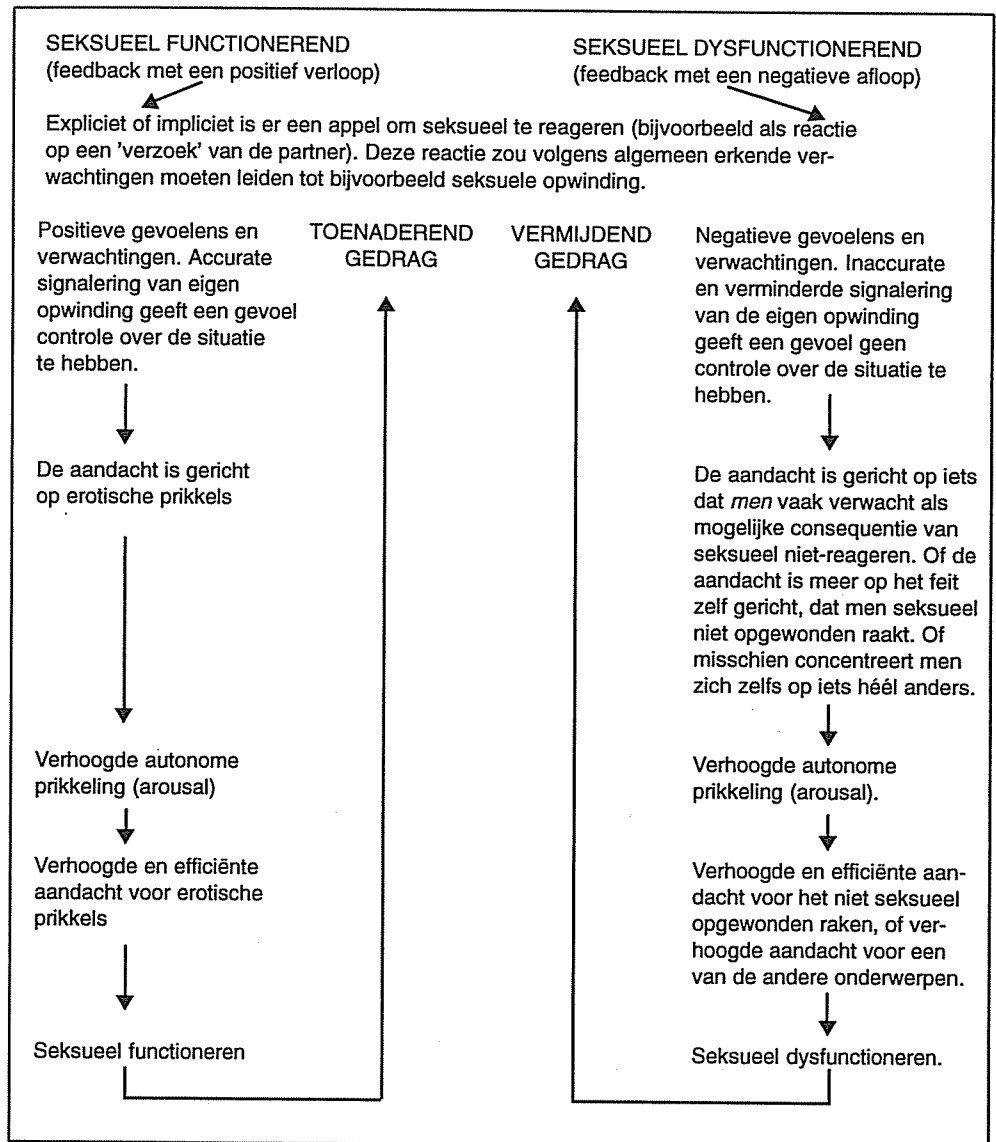
De term seksueel verlangen drukt volgens mij iets anders uit dan de begrippen libido, drift of erotisch instinct. Ook dekken de in de literatuur en spraakgebruik gebezigde woorden lust, geilheid en passie het begrip seksueel verlangen niet geheel en soms in het geheel niet. Tenslotte is het tegenwoordig weer toegestaan te poneren dat het seksueel verlangen van mannen en vrouwen wezenlijk verschillend is. Nu er wat meer klaarheid gekomen is in de anatomische en fysiologische aspecten van seksuele opwinding komt er misschien ruimte om het fundamenteel onderzoek te richten op het seksueel verlangen. We weten nog maar nauwelijks hoe seksueel verlangen en seksuele opwinding elkaar beïnvloeden. Daarbij valt zowel te denken aan een mogelijke positieve beïnvloeding, die een spiraal naar meer lustbeleving in gang zet, als ook aan aspecten die optreden bij een negatieve spiraal. Speelt in deze laatste situatie angst voor lust een belangrijke rol? Is faalangst en angst overweldigd te worden door lust de belangrijkste gangmaker in dit model van Barlow [1986]? (zie figuur 4).

Seksuele stoornissen van mannen komen er slechter van af dan stoornissen van vrouwen. Er zit eigenlijk al jaren geen voortgang in het onderzoek over de behandeling van seksuele stoornissen [Everaerd, 1995]. De eenzijdige medisch/somatische aandacht die erectiezwakte en focale vulvitis de laatste jaren ten deel valt, miskent de multicausaliteit van deze seksuele problemen. Everaerd noemt deze therapie dan ook het loodgieterswerk dat ver af staat van wat de smaakmakers zich bij een volwaardig seksueel leven voorstellen. De medische techniek, hoe waardevol soms ook, kan per definitie geen relationele consequenties van welke problemen dan ook oplossen. In het belang en het geluk van onze patiënten en cliënten is het mijns inziens meestal belangrijker er achter te komen hoe mensen met een seksueel probleem omgaan of er zich juist geen raad mee weten, dan het in kaart brengen van een paar biologische parameters.

Met collega en minister Mevrouw Borst-Eilers zou ik willen stellen dat artsen die met hun patiënten geen behoorlijk gesprek kunnen voeren over hoe ze een lichamelijke klacht beleven, zich maar beter terug kunnen trekken in het laboratorium. Hetzelfde kan gezegd worden van hulpverleners uit de psychotherapeutische hoek die geen adequate aandacht kunnen of willen schenken aan biologische aspecten van seksuele problemen die hen aangeboden worden.

Ziekte-scripts, relatie-scripts en seks-scripts

Ook in de huisartspraktijk komen libidoproblemen veel voor. De - ook in de huisartspraktijk - meest gepresenteerde seksuele klacht is verschil in "zin", verschil in seksueel verlangen



Figuur 4. Psychofysiologische processen bij seksueel functioneren of seksueel niet-functioneren (naar Barlow, 1986, uit Everaerd & Moors, 1995).

tussen man en vrouw dus. Waarom gaan, volgens mij, huisartsen zo moeilijk met deze seksuele problemen om? Pie Hobus [1994] hanteert in zijn promotie-onderzoek: 'Expertise van huisartsen; Praktijkervaring, kennis en diagnostische hypothesevorming' het begrip ziektescripts. Daarin zijn basale pathofysiologische achtergrond en presentatie van een probleem geïntegreerd in een praktische oplosstrategie. Ervaren huisartsen zijn bedreverner in het plaatsen van klachten tegen een epidemiologische achtergrond. Naarmate de ervaring van de huisarts toeneemt vormen zij een steeds groter depot aan ziektescripts en ze kunnen daar via

patroonherkenning steeds efficiënter uit putten. Huisartsen maken, anders dan specialisten, hierbij vooral gebruik van de *context* waarin hen de klachten gepresenteerd worden, aldus Hobus.

Men zou kunnen stellen dat huisartsen in hun dagelijkse werk aan een half woord genoeg hebben. Waarom lukt het huisartsen en veel RIAGG-medewerkers desondanks vaak niet een seksuele klacht van hun patiënt of cliënt naar waarde te schatten? Ik denk dat ik langzaam aan wat beter ga begrijpen hoe dat komt. Als huisartsen een klacht aangeboden krijgen proberen zij die onmiddellijk te plaatsen in hun persoonlijke voorraad ziektescripts. Die scripts zijn meestal gekoppeld aan oplossingsstrategieën. Bijvoorbeeld: de klacht bloedverlies met de ontlasting na het vijftigste jaar alarmeert een arts. Het vakje 'een kwaadaardige aandoening in het spijsverteringskanaal' gaat open. De huisarts zal zonder dralen de patiënt voor nader onderzoek naar een internist verwijzen en deze zal het onderste uit de kast halen.

Het is mijn idee dat artsen op de een of andere manier geen adequate ziektescripts voor seksuele klachten in hun depots hebben. Als ze al dieper op een seksueel probleem ingaan, houden zij een seksuologische klacht, bij gebrek aan beter, tegen het licht van hun eigen seksuele ervaringen. Zij realiseren zich daarbij niet of in ieder geval te weinig dat die eigen ervaringen geen algemene geldigheid hebben.

Ga ik te ver als ik stel dat ook wij in onze *seksuologische* therapie en voorlichting bijna zonder uitzondering uitgaan van onze relatie-'scripts' die terug te vinden zijn in het zogenaamde *interpersoonlijk gerichte onderhandelingsmodel* van Cees Straver e.a. (1994).

Mijn laatste vraag is: 'In welke mate spelen deze scripts, waarvan we ons vaak niet goed bewust zijn, ook een rol bij onze eigen hulpverlening?' Misschien verwachtte u van mij vandaag een begin van een antwoord. Helaas blijf ik steken in het stellen van de vraag. Is de tijd angebroken dat de NVVS, bijvoorbeeld samen met het Instituut voor Emotie en Motivatie, multidisciplinair samengestelde studiegroepen rond een bepaalde vraagstelling gaat vormen? Als dat mogelijk zou zijn, zou het uitdiepen van de achtergronden van het seksueel verlangen, wat mij betreft, daar zeker voor in aanmerking komen. Dat lijkt mij een prima weg om de kwaliteit van ons werk toujours te waarborgen.

Literatuur:

- Bangma, P. (1970). *Huisarts en anticonceptie. Een onderzoek naar de houding van huisartsen in Nederland ten aanzien van de geboorteregeling*. Dissertatie Rijksuniversiteit Utrecht. Drukkerij Bronder-Offset, Rotterdam.
- Barlow, D.H. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *J. Consul Clin Psychology*, 564; 140-148.
- Bekkering, P.G. (1969). *De patiënt, de 'pil' en de huisarts. Een oriënterend onderzoek naar de anticonceptie, in het bijzonder de orale anticonceptie, in de huisartspraktijk door middel van twee schriftelijke enquêtes*. Dissertatie Katholieke Universiteit Nijmegen. Dekker & Van de Vegt, Nijmegen/Utrecht.
- Broekman, C.P.M. (1991). *Patiënten met erectieproblemen bij de huisarts*. Nisso studies nr. 9. Eburon, Delft.
- Drenth, J.J. (1995). Seksuele problemen en stoomissen bij mannen. In: A.K. Slob, C.W. Vink, J.P.C. Moors en W. Everaerd (red.). *Seksuologie voor de arts*. Bohn Stafleu van Loghem, Houten.
- Everaerd, W. (1995). Wetenschappelijke lust: het seksuele leven volgens de smaakmaker, de loodgieter en de leer van het overgeleverde gen. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 19: 19-27.
- Everaerd, W. en J.P.C. Moors (1995). De biopsychosociale benadering van seksualiteit. In: A.K. Slob, C.W. Vink, J.P.C. Moors en W. Everaerd (red.). *Seksuologie voor de arts*. Bohn Stafleu van Loghem, Houten.
- Frenken, J., K. Rodenburg en B. Van Stolk (1988). *Huisartsen helpen bij seksuele moeilijkheden. Onderzoek naar belemmeringen in de hulpverlening*. Van Loghem Slaterus, Deventer.

- Frissen, M.A.G. en S. van der Lans (1995). Kwaliteitsbeleid: de derde Leidschendam-conferentie. *Med. Contact* 50: 543-546.
- Heeren, H.J. en G.G. Moors (1968). *Gezinnen in groei. Een onderzoek naar de gezinsplanning van vrouwen van het huwelijkskohort 1961 te Utrecht*. Mededelingen van het Sociologisch Instituut van de Rijksuniversiteit te Utrecht. No. 51
- Hobus, P. (1994). *Expertise van huisartsen; Praktijkervaring, kennis en diagnostische hypothesevorming*. Dissertatie Rijksuniversiteit Limburg. Amsterdam Thesis.
- Jones, E.F., J.G. Forrest, N. Goldman, S.K. Henshaw, R. Lincoln, J.J. Rosoff, C.F. Westhoff, and D. Wulf, (1985). Teenage Pregnancy in Developed Countries: Determinants and Policy Implications. *Family Planning Perspectives*, 17: 53-63.
- Kruyskamp, C. (1976). *Van Dale Groot Woordenboek der Nederlandse Taal*. Van Dale Lexicografie, Utrecht/Antwerpen.
- Laan, E.Th.M. (1994). *Determinants of sexual arousal in women; Genital and subjective components of sexual response*. Dissertatie, Universiteit van Amsterdam.
- Moors, J.P.C. (1970). *Gezinsregeling. Een onderzoek in een huisartspraktijk naar gedrag en houding tegenover de gezinsregeling*. Dissertatie Rijksuniversiteit Utrecht. Dekker & Van de Vegt, Nijmegen.
- Moors, J.P.C., M.C.T. Moors, P. Bangma, C. Gisolf, M.J. van Trommel en B.S. Witte [red.] (1974). *Geboortenregeling in de praktijk*. Nederlands Huisartsen Genootschap & Excerpta Medica/ Agon Elsevier, Amsterdam.
- Moors-Mommers, M. en W. Bijlsma [red.] [1982]. *Dan moet je dit eens lezen, want het gaat erover*. Nederlands Huisartsen genootschap/Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Moors-Mommers, M.C.T. et al. [Red.] (1983 t/m 1988). *Handboek Seksuele Hulpverlening*. Van Loghum Slaterus, Deventer en Antwerpen.
- Nederlands Huisartsen genootschap (1989). NHG-Standaard orale anticonceptie. *Huisarts & Wetenschap*, 32: 62.
- Sips, A.J.B.I. (1980). *Veranderingen in geboorteregeling: waarnemingen in een huisartspraktijk van 1973 - 1980*. Dissertatie Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Straver, C.J., A.M. van der Heiden en R.W.F. van der Vliet (1994). *De huwelijkse logica; huwelijkmodel en inrichting van het samenleven bij arbeiders en anderen*. DSWO Press, Rijksuniversiteit Leiden.
- Vandenbroucke, J.P., E. Briët, F.M. Helmerhorst en F.J.M. van der Meer (1995). Orale contraceptie verhoogt de kans op veneuze trombose bij factor V Leiden-mutatie. *Ned. Tijdschr. Geneesk.* 139: 1067-1071.
- Vennix, P. (1990). *De pil en haar alternatieven; ervaringen van Nederlandse vrouwen met de pil en andere vormen van anticonceptie*. Eburon, Delft.
- Vink, C.W. en E. Van der Does (1995). Anamnese en onderzoek. In: Slob, A.K., C.W. Vink, J.P.C. Moors en W. Everaerd. *Seksuologie voor de arts*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Vroege, J.A. (1991). *Hulpverlening bij problemen op het gebied van de seksualiteit door de RIAGG*. Eburon, Delft.
- Wibaut, F.P. (1975). *Anticonceptie en seksualiteit*. Dissertatie Universiteit van Amsterdam. De Erven Bohn, Amsterdam.
- Wigersma, L. e.a. [Red.] (1992). *HIV-Wijzer: Losbladig informatiesysteem voor de huisarts*. Stichting Aanvullende Dienstverlening, Amsterdam.