

tijdschrift voor
seksuologie

- 97 Redactioneel**
- 99 TvS on the move**
- 100 De predictieve validiteit van de J-SOAP II bij mannelijke jeugdige zedendelinquenten**
Chantal J.W. van den Berg & Jan Hendriks
- 110 Problemen bij de aanpak van vrouwenbesnijdenis vanuit politieel perspectief**
Janine Janssen, Willem Timmer & Wilfred Janmaat
- 117 Perceptie van en tevredenheid met het uitwendig genitaal: een grootschalig cross-sectioneel vragenlijstonderzoek**
Loes Oomen, Liesbeth L. de Wall, Paul R.I. Rabszryn, Barbara B.M. Kortmann & Anke J.M. Oerlemans
- 155 Spreken is goud: Seksuele gezondheid bespreekbaar maken met de Onder 4 ogen methode. Ontwikkeling en implementatie bij huisartsen in Vlaanderen**
Ruth Borms & Katrien Vermeire
- 162 Literatuurbulletin**

Tijdschrift voor Seksuologie

Wetenschappelijk kwartaalblad over onderzoek en ontwikkelingen op het gebied van de seksuologie
www.tijdschriftvoorseksuologie.nl

Het Tijdschrift voor Seksuologie is een uitgave van de Stichting Tijdschrift voor Seksuologie en is een wetenschappelijk kwartaalblad over onderzoek en ontwikkelingen op het gebied van de seksuologie. Het staat open voor Nederlandstalige wetenschappelijke bijdragen over hulpverlening, onderzoek, opleiding en onderwijs, voorlichting en preventie.

Aanwijzingen voor auteurs

Manuscripten indienen via dr. Andrea Grauvogl, media- en redactieassistent,
E: redactie@tijdschriftvoorseksuologie.nl.
Voor uitgebreide informatie zie de website
www.tijdschriftvoorseksuologie.nl.

Redactie-adres

Voor Tijdschrift voor Seksuologie: dr. M. Dewitte
E: marieke.dewitte@maastrichtuniversity.nl
Voor Literatuurbulletin: dr. Andrea Grauvogl,
E: literatuurbulletin@gmail.com

Redactieraad

Dr. Marieke Dewitte (psycholoog, hoofd- en eindredactie), prof. dr. mr. Catrien Bijleveld (criminoloog), dr. med. Greta Bolle (arts), drs. Jelto Drenth (arts), dr. Els Elaut (psycholoog), prof. dr. Paul Enzlin, (pedagoog), drs. Erica Frans (agoog), prof. dr. Luk Gijs (psycholoog), dr. Hanneke de Graaf (senior onderzoeker), prof. dr. Jan Hendriks (pedagoog en ontwikkelingspsycholoog), prof. dr. Michiel Hengeveld (psychiater), prof. dr. Erick Janssen (psycholoog), prof. dr. Gerjo Kok (psycholoog), prof. dr. Ellen Laan (psycholoog), prof. dr. Jacques van Lankveld (psycholoog), dr. Peter Leusink (huisarts), prof. dr. Eric Meuleman (uroloog), prof. dr. Chijs van Nieuwenhuizen (psycholoog), dr. Cobi Reisman (uroloog), dr. Theo Sandfort (psycholoog), dr. Katrien Symons (socioloog), dr. Moniek ter Kuile (psycholoog), prof. dr. Alfons Vansteenen (psycholoog), prof. dr. Ine Vanwesenbeeck (psycholoog), prof. dr. Willibrord Weijmar Schultz (gynaecoloog).

Redactie Literatuurbulletin

Dr. Marieke Dewitte (psycholoog), drs. Erik van Beek (filosoof), drs. Jelto Drenth (arts), drs. Yuri Ohlrichs (consultant), drs. Hester Pastoor (psycholoog), prof. dr. Ine Vanwesenbeeck (psycholoog).

Uitgave

Stichting Tijdschrift voor Seksuologie.
Voorzitter: Prof. dr. J. van Lankveld.
E: Jacques.vanLankveld@ou.nl. Secretaris: Freek Jan Berkhout. Leden: Marieke Dewitte, Erick Janssen, Peter Leusink, Ine Vanwesenbeeck

Administratie-adres

Secretariaat TvS - Status Plus, Zaanweg 119a 1521 DS Wormerveer, België. T: +31 (0)75-6476367;
E: info@tijdschriftvoorseksuologie.nl.
Bank KBC, rekening: 744-3563000-86, t.n.v. Tijdschrift voor Seksuologie.

Technische verzorging

VGA Verspaget Grafische Afwerking Nuenen,
De Huufkes 8, 5674TM Nuenen.
T: 040 201 1432, E: vgabv@planet.nl

Omslagontwerp

Vlijtige Lis geeft Vorm, E: iris@vlijtigelis.nl

Abonnement

Abonnementsadministratie en verkoop losse nummers: Status Plus, zie Administratie-adres.
De abonnementsprijs bedraagt, inclusief BTW, €45,00 per jaar (vier nummers). Losse nummers €12,50. Leden van de Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie (NVVS) en de Vlaamse Vereniging voor Seksuologie (VVS) zijn via hun lidmaatschap geabonneerd.

Betaling

Via een toegestuurd factuur.

Wijziging naam of adres

Abonnement *zonder* lidmaatschap van beroepsverenigingen: melden aan het Administratie-adres. Abonnement met lidmaatschap: melden aan NVVS of VVS.

Opzeggen van abonnement

Abonnementen zonder lidmaatschap dienen schriftelijk te worden opgezegd vóór 1 december van het lopende kalenderjaar.

Copyright

De in dit tijdschrift gepubliceerde artikelen vallen onder het copyright van de Stichting Tijdschrift voor Seksuologie.

ISSN: 0167-5915

Redactioneel

Marieke Dewitte

Wanneer dit nummer in jullie bus valt, is de zomer alweer achter de rug. Een bijzondere zomer in een bijzondere periode waarin we geconfronteerd werden met een ongeziene crisissituatie die ons dagelijkse denken, voelen en handelen misschien wel voorgoed veranderd heeft. Na de eerste golf van paniek en verbijstering - hoewel er ook ontkenning en ongeloof was, zelfs (en misschien meer nog) op politiek niveau - brak er een tijd aan van rationalisatie, opinievorming en kritische reflecties. Politici, filosofen, medici tot *influencers* en media-figuren; iedereen met enige invloed had wel iets te zeggen over de pandemie, de gevolgen en de aanpak ervan. Ook op vlak van seksualiteit en relaties werden allerlei (al dan niet gefundeerde) inzichten gedeeld en voorspellingen gemaakt. Terwijl sommigen de pandemie en daaruit volgende *lockdown* als een opportuniteit beschouwden om de (seksuele) relatie nieuw leven in te blazen, routines te doorbreken en de partner te herwaarderen, gingen anderen uit van een grotere kans op conflicten, frustraties en uitvergroting van - al dan niet (bestaande) seksuele - problemen. Of deze pandemie zal uitmonden in een babyboom of een echtscheidingsgolf zal de toekomst uitwijzen. Het is alvast jammer te moeten merken dat voorspellingen over een toename van huiselijk geweld, seksueel misbruik, genderongelijkheid en stigmatisering/verwaarlozing van kwetsbare groepen realiteit geworden zijn.

Wereldwijd zijn er heel wat onderzoeksinitiatieven opgezet naar seks en relaties in tijden van corona en de media zal geen kans laten liggen om ons hierover te 'informereren' en 'adviseren'. Hoewel de wetenschap (en vooral de media) neigt naar algemene gemiddelden, wordt het moeilijk om uniforme conclusies te trekken over de impact van de COVID-19 maatregelen op seksuele relaties gezien de grote individuele verschillen in hoe mensen omgaan met stress en angst, wat medebepaald wordt door specifieke individuele, relationele en contextuele factoren. Verschillen binnen en tussen koppels worden mogelijks uitvergroot tijdens een crisis. Over onderzoek ga ik niet verder uitweiden, omdat de voorlopige conclusies prematuur zijn en omdat we in maart een volledig themanummer zullen wijden aan de impact van de pandemie op onze seksualiteitsbeleving. Verschillende onderwerpen zullen aan bod komen, zoals (onder andere) de seksuele ontwikkeling van jongeren, seks en relaties, uitdagingen op vlak van reproductieve gezondheid, HIV-preventie, sekswerk,

de LGBTQI-gemeenschap en online hulpverlening. Ik verheug me alvast op deze reeks van boeiende bijdragen zodat we ons verder kunnen verdiepen in hoe de seksuologie, zowel op vlak van onderzoek als hulpverlening, zich situeert in een dergelijke crisisperiode en hoe onze discipline verder zal evolueren als gevolg van de pandemie.

Verschillen in de manier waarop mensen omgaan met pandemie-stress reiken uiteraard verder dan de relationele sfeer. Terwijl sommigen op zoek gingen naar verstillings, ontsnaptten uit de ratrace van het dagelijkse leven, de pauzeknop indrukten en meer tijd maakten voor zelfzorg, de relatie en het gezin, leken anderen meer druk dan ooit te ervaren door de onbegrensde van thuiswerk en *online meetings* alsook het combineren van rollen. Eindelijk is er tijd om die *to do lijst* af te werken, om achterstallige vakliteratuur bij te benen, om dat artikel te schrijven dat al zolang op de plank ligt. Sommigen hebben nauwelijks de tijd genomen om de stroom aan nieuwsberichten en emoties te verwerken. Mijn eigen reactie balanceerde tussen deze twee uitersten, al neigde ik meer naar de categorie "ik moet de vrijgekomen tijd van geannuleerde meetings, workshops en congressen extra benutten om werk in te halen en meer te schrijven." Dat het tijd is om de balans te herstellen blijkt tijdens het schrijven van dit redactioneel. Ik zou dit stuk kunnen aangrijpen om jullie massaal uit te nodigen om een bijdrage te leveren aan ons tijdschrift. Er is nu veel tijd om te schrijven toch? Nu de reisplannen zijn weggefallen of het werk op een lager pitje draait? Bij mezelf merk ik echter vooral aarzeling en twijfel. En de nood aan rust, reflectie en bewustwording. Elk thema dat ik wil aanhalen lijkt banaal in het licht van de voorbije periode en degene die nog komt. We staan voor een aantal grote uitdagingen, in de economie, culturele sector, sociale sector, wetenschap, onderwijs en hulpverlening. Ik ben bang voor en terzelfdertijd benieuwd naar het "nieuwe" normaal. Maar ik houd me vast aan de idee dat we als mens veerkrachtig zijn en bovenal betekenis-verlenende wezens en dat we ook deze crisis een plaats zullen geven in ons eigen en maatschappelijk waardensysteem.

Als jullie, samen met mij, op zoek gaan naar een pauze-moment, dan kan ik jullie alvast het huidige nummer aanraden. We bieden een reeks boeiende artikelen over een aantal heel diverse thema's.

Chantal van den Berg en collega's hebben op exploratieve, thans nauwgezette, wijze onderzocht of het

veel gebruikte *Juvenile Sex Offender Assessment Protocol II* een valide instrument is om recidive bij jeugdige mannelijke zedendelinquenten te voorspellen. Wanneer de uitkomsten van dit instrument vergeleken worden met het klinisch oordeel en de feitelijke recidivecijfers, blijkt er een sterke overschatting op te treden. Dat een adequate risicotaxatie verstrekkende gevolgen kan hebben voor de behandeling van jeugdige zedendelinquenten wijst op het belang van deze validatie-studie. Over het hoe en waarom van risicotaxatie lees je meer in het artikel.

Janine Janssen en collega's gaan dieper in op een belangrijk en beladen, maar tot nu toe weinig belicht, thema: vrouwenbesnijdenis. Na een uiteenzetting over de keuze van terminologie en diens implicaties, de prevalentie in Nederland en de risico's en gevolgen van deze ingrepen voor vrouwen, krijgen we een mooi overzicht van de manier waarop het Landelijk Expertise Centrum Eer Gerelateerd Geweld van de nationale politie omgaat met deze problematiek. Vrouwenbesnijdenis wordt benaderd als een vorm van geweld uit naam van de familie-eer en de strafrechtelijke implicaties hiervan worden geëxpliciteerd. Er volgt ook een oproep tot samenwerking tussen medici en politie om aldus de herkenning, melding en misschien wel preventie van deze traditioneel-culturele, maar onrechtmatige en onrechtvaardige, praktijk te bevorderen.

Ook in het artikel van Loes Oomen en collega's staan de genitaliën centraal. Tegen de achtergrond van een toenemende vraag naar cosmetische genitale chirurgie, werd een grootschalig onderzoek opgezet naar de perceptie van en tevredenheid met het uitwendig genitaal. Hoewel grote evenementen en festivals even ver weg lijken (en de gedachte eraan misschien wel verdrongen wordt) in deze Corona-tijden, bood het Lowlands festival vorig jaar de ideale setting om een grote groep mannen en vrouwen te bevragen over het uiterlijk van hun eigen genitaal en dat van hun laatste seksuele partner. Dit leverde een aantal interessante inzichten op, wijzende op het belang van openheid, variatie en normalisatie.

Als laatste geven we het woord aan Ruth Borms en Katrien Vermeire, die vanuit het Vlaamse experti-

secentrum voor seksuele gezondheid (Sensoa) en in samenwerking met relevante beroepsorganisaties, een methodiek ontwikkeld hebben om huisartsen te sensibiliseren en te ondersteunen bij het proactief bespreekbaar maken van seksuele gezondheid bij hun patiënten. Hun 'Onder 4 Ogen' model omvat een eenvoudig en praktisch stappenplan dat concrete handvaten biedt aan huisartsen om het thema seksualiteit ter sprake te brengen tijdens hun consulten. De ontwikkeling en opbouw van het instrument wordt beschreven, alsook een eerste evaluatie-toets onder huisartsen. Hoewel dit geen systematische effectmeting betreft, blijkt de eerste evaluatie veelbelovend, wat perspectieven biedt om deze methodiek verder te implementeren bij andere zorgverleners binnen de psychosociale hulpverlening.

Als deze corona-periode jullie aan het lezen heeft gezet, dan kan je je verder laten inspireren door ons literatuurbulletin. Als eerste werpen we een blik op een boek van Elaine Hatfield waarin historische verschuivingen en nieuwe ontwikkelingen beschreven worden op vlak van seksualiteit en relaties. Klinkt veelbelovend, en of die verwachtingen ook ingelost worden, leest u in de recensie van Ine Vanwesenbeeck. Vervolgens bespreken we een verhalenbundel, die Rutgers ontwikkelde in opdracht van het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, waarin ouders hun ervaringen delen over het opvoeden van kinderen met een vorm van intersekse/DSD. Als expert ter zake, beschrijft Tim van de Grift het belang van dergelijke verhalen voor zowel ouders, hulpverleners als geïnteresseerde lezers die meer willen weten over intersekse en, breder, diversiteit van lichamen. Het laatste boek dat aan bod komt in ons literatuurbulletin biedt een inkijk in de therapiekamer van de Vlaamse seksuoloog en relatietherapeut Filip Geelen. Hij bundelt een aantal verhalen van cliënten met relationele en seksuele problemen en mikt daarbij vooral op herkenbaarheid en het delen van concrete tips ten behoeve van individuen en koppels die worstelen met gelijkaardige problemen. Ik wens jullie veel leesplezier en hoop dat jullie zowel inspiratie als ontspanning kunnen vinden in deze editie van TvS.

TvS on the move



Beste lezer,

Ook bij TvS gaan we mee met onze tijd. Gezien de toenemende trend om artikelen online te lezen, schakelen steeds meer magazines over op een digitaal abonnement. Reeds geruime tijd bieden ook wij onze artikelen digitaal aan en dit in combinatie met een papieren versie die u per post toegestuurd wordt. Uit voorgaande rondvragen bij onze abonnees bleek dat sommigen de papieren versie niet langer nodig vinden, terwijl anderen wel een gedrukte versie verkiezen. Omdat we rekening willen houden met deze verschillen in voorkeur en willen evolueren naar een duurzaam blad, bieden we vanaf januari 2021 een gedifferentieerd abonnement aan, waarbij u zelf kiest of u TvS enkel digitaal wil lezen of digitaal in combinatie met een gedrukte versie. Voor de twee abonnementen gelden verschillende tarieven, namelijk 25 euro voor een online-only abonnement en 45 euro voor een combinatie-abonnement. Instututen betalen 65 euro voor een volledig abonnement.

Voor NVVS en VVS leden is een abonnement in hun lidmaatschap inbegrepen en gelden aangepaste tarieven. Leden van de NVVS en VVS zullen voor het jaar 2021 zelf een keuze kunnen maken en dan ook een aangepaste rekening krijgen voor het lidmaatschap 2021.

De predictieve validiteit van de J-SOAP II bij mannelijke jeugdige zedendelinquenten

Chantal J.W. van den Berg¹ & Jan Hendriks^{2,3,4}

¹ Faculteit Rechten, Departement Criminologie, Vrije Universiteit Amsterdam

² De Waag, Den Haag

³ Forensische Psychiatrie en Psychologie, Vrije Universiteit Amsterdam

⁴ Forensische Orthopedagogische Diagnostiek en Behandeling, Universiteit van Amsterdam

Samenvatting

Deze studie rapporteert een verkennend onderzoek naar de predictieve validiteit van de J-SOAP II voor de voorspelling van het zeden- en algemene recidiverisico onder jeugdige mannelijke zedendelinquenten. Data van 630 onderzochte dan wel behandelde mannelijke zedendelinquenten tussen 12 en 19 jaar oud werden verzameld. Zowel het klinisch oordeel als het voorspelde recidiverisico middels de J-SOAP II en de feitelijke recidivecijfers werden vervolgens vastgesteld en vergeleken. De J-SOAP II overschat het risico op recidive naar een zedendelict sterk, terwijl het algemene recidiverisico enigszins wordt onderschat. Hierbij wordt een statistisch significante samenhang gevonden tussen de recidiveschatting van de J-SOAP II en het daadwerkelijke algemene recidivecijfer. Voor zedenrecidive wordt geen samenhang gevonden met de inschatting van het recidiverisico door middel van de J-SOAP II. Omdat risicotaxatie verstrekkende gevolgen kan hebben voor de behandeling van jeugdige zedendelinquenten, is adequate risicotaxatie van groot belang. Gelet op de overschatting van de kans op zedenrecidive door de J-SOAP II, lijkt het niet wenselijk om voor risicovoorspelling enkel af te gaan op deze vragenlijst. Verder onderzoek naar de validiteit en verbetering van het instrument is daarom noodzakelijk.

De impact van zedendelicten is groot, voor zowel slachtoffer als maatschappij (Leuw, Bijleveld, & Daalder, 2003). Zo rapporteren slachtoffers doorgaans psychische problemen en melden zij bijvoorbeeld (kenmerken van) een posttraumatische stressstoornis (PTSS) (Bicanic & De Jongh, 2016). Zedendelicten roepen reacties van onbegrip, woede en afschuw op in de samenleving. De zogenoemde morele paniek - de disproportionele, negatieve sociale reactie op afwijkend gedrag - is groot (Hissel, Bijleveld, Hendriks, Jansen, & Collot d'Escury-Koenigs, 2006; Boone & Van de Bunt, 2016). De volwassen zedendelinquent is daardoor al jaren een veel besproken en onderzochte dader. Dit geldt in mindere mate voor de minderjarige zedendelinquent (Van Wijk, Loeber, Ferwerda, Smulders, & Vermeiren, 2005), voor wie - zowel op maatschappelijk als wetenschappelijk vlak - pas sinds eind

twintigste eeuw toegenomen aandacht is (Van Boetelaer, Hendriks, & Bijleveld, 2012).

De exacte prevalentie van zedendelicten gepleegd door jeugdigen is onduidelijk. Er is vermoeden van een groot *dark number* wegens lage aangiftebereidheid door bijvoorbeeld schaamte bij slachtoffers (Van Rosmalen, Kalidien, & Heer, 2012). Ook recidivecijfers variëren. In een recente meta-analyse, bestaande uit 106 studies met daarin 33783 adolescenten verdacht van één of meerdere zedendelicten, vond Caldwell (2016), op basis van studies tussen 1980 en 1995, een gemiddeld zedenrecidivecijfer van 10.3 procent. In studies tussen 2000 en 2015 recidiveerde gemiddeld slechts 2.75 procent van de jeugdige zedendelinquenten naar een zedendelict. Voor deze afname in recidive is nog geen duidelijke verklaring. Jeugdige zedendelinquenten blijken veel vaker, tussen de 33 en 50 procent, naar ander vormen van delicten te recidiveren (Caldwell, 2016).

Genoemde cijfers laten zien dat jeugdige mannelijke zedendelinquenten een grotere kans hebben op recidive naar een niet-zedendelict dan naar een zedendelict. Om herhaling van zowel zeden- als algemene delicten te voorkomen, is een goede risicotaxatie noodzakelijk om een behandeling te kunnen inzetten voor degenen bij wie het recidiverisico het hoogst wordt ingeschat. Het voorspellen van het recidiverisico kan op

Dr. van den Berg is Universitair Docent Criminologie aan de Vrije Universiteit Amsterdam

Prof. Dr. Jan Hendriks is klinisch psycholoog bij De Waag in Den Haag, Bijzonder Hoogleraar Forensische Psychiatrie en Psychologie aan de Vrije Universiteit Amsterdam en Bijzonder Hoogleraar Forensische Orthopedagogische Diagnostiek en Behandeling aan de Universiteit van Amsterdam

Correspondentieadres: c.j.w.vanden.berg@vu.nl

Ontvangen: 30 oktober 2018; Geaccepteerd: 12 mei 2020

verschillende wijzen benaderd worden. Zo bepaalt de subjectieve inschatting van een gedragsdeskundige het recidiverisico bij het klinisch oordeel en is de actuariële risicotaxatie gebaseerd op risicofactoren die empirisch samenhangen met delictgedrag (Lodewijks & Van Domburgh, 2012). De gestructureerde klinische benadering combineert deze twee benaderingen en hoopt zo beter te voorspellen dan op basis van één van beide methoden gebeurt. De behandelaar inventariseert de aanwezigheid van zowel statische als dynamische risicofactoren, evenals beschermende factoren, maar gebruikt ook klinische kennis om tot een risico-inschatting te komen (Harte & Breukink, 2010). Deze laatste benadering heeft bij jongeren de voorkeur (Van Horn, Scholing, & Mulder, 2005).

Risicotaxatie wordt ook gebruikt bij het vinden van een passende interventie. Dit gebeurt aan de hand van het *Risk-Need-Responsivity* (RNR) model, dat drie beginselen beschrijft waaraan effectieve interventies moeten voldoen (Bonta & Andrews, 2017; Lodewijks & Van Domburgh, 2012; Van Horn, Eisenberg, & Uzieblo, 2016). Het risicobeginsel geeft aan dat de interventie-intensiteit afgestemd moet worden op het recidiverisico. Een te lichte interventie is niet effectief, maar ook een te zware behandeling is ineffectief en kan het recidiverisico zelfs verhogen (Lodewijks & Van Domburgh, 2012). Het behoeftebeginsel stelt dat interventies gericht moeten zijn op criminogene behoeften, ofwel veranderbare risicofactoren die samenhangen met het recidiverisico. Het responsiviteitsbeginsel geeft tot slot aan dat de interventie moet aansluiten bij de mogelijkheden van de dader. Een te laat of te vroeg ingezette en/of verkeerde interventie bemoeilijkt de behandeling (Hissel et al., 2006; Van der Put, Assink, Bindels, Stams, & De Vries, 2013).

Bij risicotaxatie van jeugdige zedendelinquenten wordt (inter)nationaal veelal gebruik gemaakt van de (vertalingen van de) *Juvenile Sex Offender Assessment Protocol II* (J-SOAP II) (Prentky & Righthand, 2003; Nederlandse bewerking J-SOAP D: Bullens, Van Horn, Van Eck, & Das, 2004). De J-SOAP II is een gestructureerd klinisch risicotaxatie-instrument (Van Horn, Van Eck, Bullens, & Hendriks, 2012), welke beoogt zowel het seksuele als algemene recidiverisico te voorspellen aan de hand van 28 items, onderverdeeld in vier subschalen. De betrouwbaarheid van het instrument blijkt goed tot uitstekend te zijn (Martinez, Rosenfeld, Cruise, & Martin, 2015; Van Horn et al., 2005), maar over de voorspellende waarde van het instrument worden wisselende resultaten gerapporteerd. De J-SOAP II zou enerzijds een significante bijdrage leveren aan de voorspelling van het recidiverisico (Viljoen et al., 2008; Prentky et al., 2010), terwijl anderzijds een lage predictieve validiteit

gevonden wordt (Hempel, Buck, Cima, & Van Marle, 2011; Viljoen, Mordell, & Beneteau, 2012; Martinez et al., 2015).

Omdat de uitkomst van een risicotaxatie-instrument van invloed kan zijn op de strafmaat en leidend kan zijn bij het indiceren van een passende behandeling (Harte & Breukink, 2010), is het van groot belang een adequaat instrument te gebruiken om het recidiverisico te voorspellen. Huidig onderzoek richt zich daarom op de vraag 'In hoeverre is de 'J-SOAP II' een valide risicotaxatie-instrument om zeden- dan wel algemene recidive bij jeugdige zedendelinquenten te voorspellen?'. Er wordt onderzocht in hoeverre het met de J-SOAP II voorspelde zeden- dan wel algemene recidiverisico nauwkeuriger is dan het (over het algemeen niet valide) klinisch geschatte oordeel van feitelijke recidive.

Methodologie

Steekproef

De steekgroep bestaat uit 630 mannelijke jeugdige zedendelinquenten, die ten tijde van het zedendelict tussen de twaalf en negentien jaar oud¹ waren ($M = 14.55$; $SD = 1.51$). Deze jeugdigen zijn veroordeeld voor minimaal één *hands-on zedendelict*, hetgeen inhoudt dat er fysiek contact heeft plaatsgevonden met het slachtoffer. De steekproef bestaat uit zowel solistische daders ($N = 537$; 85.2%) als groepsdaders ($N = 93$; 14.8%), waarbij enkel groepsdaders die een actieve rol speelden (dus niet slecht toekeken) bij het plegen van het delict opgenomen zijn in de steekproef.

Binnen de geselecteerde steekproef zijn drie groepen te onderscheiden. Groep één bestaat uit 292 jeugdigen (46.3%), bij wie het voormalig Ambulant Bureau Jeugdwelzijnzorg (ABJ) een persoonlijkheidsonderzoek heeft verricht naar aanleiding van strafrechtelijke vervolging of een civiele maatregel. Jeugdigen uit de tweede groep ($N = 162$; 25.7%) zijn allen residentieel behandeld na veroordeling voor een zedendelict. De derde groep bestaat uit 176 jeugdige zedendelinquenten (27.9%) die tussen 2000 en 2010 ambulante behandeling ondergingen bij forensische polikliniek de Waag vanwege een zedendelict. Zij werden random geselecteerd uit een groep van 400 jeugdige, al dan niet veroordeelde, zedendelinquenten, die bij de Waag behandeld werden.

Recidive naar een algemeen dan wel zedendelict werd geregistreerd vanaf de datum van het indexdelict, echter bij een gevangenisstraf of een residentieel behandeling is recidive geregistreerd vanaf de datum van vrijlating dan wel beëindiging van de behandeling. De follow-up periode verschilt daardoor per persoon, maar bedraagt gemiddeld 12.3 jaar ($SD = 5.1$). In 2012 werd de follow-up registratie beëindigd.

¹ In principe wordt jeugd gedefinieerd als 12 tot 18 jaar. Eén van de onderzoeksobjecten valt net buiten deze categorie, echter is deze persoon gescreend door ABJ als jeugdige in verband met de datum van het delict, zijn verjaardag, en de beperkte intellectuele vermogens van deze persoon.

Variabelen

Voor het huidige onderzoek zijn zowel dossiervariabelen als delictvariabelen verzameld.

Dossiervariabelen zijn afkomstig uit onder andere intake- en behandelverslagen, zelfrapportage-vragenlijsten, intelligentietests en persoonlijkheidsonderzoeken opgesteld door gedragswetenschappers. De gegevens over onder andere persoonlijkheid, gezin en psychopathologie van de jeugdigen zijn gescoord door getrainde onderzoekers met behulp van gevalideerde meetinstrumenten (Hendriks, 2006). De geschatte zedenrecidivekans is gebaseerd op het klinisch oordeel van de behandelaren (Van Boetzelaer, Hendriks & Bijleveld, 2012). Een vergelijking met het klinisch oordeel is gemaakt om het mogelijke voordeel van een klinisch gestructureerd oordeel via de J-SOAP II aan te tonen.

Delictvariabelen, zoals het aantal eerdere (zeden) delicten en leeftijd van het eerste delict, zijn gescoord op basis van uittreksels uit het Justitiële Documentatie Systeem van het Ministerie van Veiligheid en Justitie, waarin overtredingen en misdrijven geregistreerd worden (Justitiële Informatiedienst, 2009). Delicten waarbij vrijspraak of een technische afdoening uitgesproken is, zijn niet in het onderzoek meegenomen, omdat met deze afdoeningen niet bewezen is dat een persoon het delict ook daadwerkelijk gepleegd heeft. De Justitiële Documentatie is gebruikt om het daadwerkelijke recidivepercentages te bepalen.

Meetinstrument: J-SOAP II

De J-SOAP II (Prentky & Righthand, 2003) is een risicotaxatie-instrument waarmee zowel het seksuele als het algemene recidiverisico van jeugdige zedendelinquenten met één berekening wordt voorspeld. Om de J-SOAP II te scoren, halen getrainde professionals informatie uit diverse bronnen, zoals hulpverleningsdossiers, zelfrapportages en/of strafrechtelijke rapportages. Dit betekent dat in alle bronnen gezocht wordt naar de informatie en op basis daarvan is de J-SOAP II gescoord.

De J-SOAP II bestaat uit 28 items, verdeeld over vier subschalen. Ieder item wordt gescoord op een driepuntsschaal, waarbij 0 duidelijke afwezigheid, 1 niet duidelijke aan- of afwezigheid en 2 duidelijke aanwezigheid van de risicofactor weergeeft. Per subschaal is een maximum van één ontbrekende score toegestaan (Bullens et al., 2004). Beschermende factoren zijn niet in het instrument opgenomen (Hendriks, 2006). De eerste twee schalen meten statische - onveranderbare - risicofactoren op gebied van 'seksuele drang/preoccupatie' en 'impulsiviteit/antisociaal gedrag'. 'Eerdere veroordelingen voor een seksueel delict' en 'voortdurende aanwezige woede' zijn hiervan voorbeelden. De scores op deze twee schalen kunnen worden vergeleken. Scoort een jeugdige hoger op schaal I 'seksuele drang/preoccupatie', dan wordt geconcludeerd dat er sprake is van een seksueel risicoprofiel. Wordt hoger gescoord op schaal II 'impulsiviteit/antisociaal gedrag', dan is eerder sprake van een antisociaal risicoprofiel (Van Horn et al., 2012). De andere twee schalen meten dynamische - veranderbare - risicofactoren behorende tot 'interventies' en 'stabiliteit van en aanpassing aan de omgeving'. 'Intrinsieke verandermotivatie' en 'stabiliteit van de huidige leefsituatie' zijn bijvoorbeeld items uit deze schalen.

Studies naar de J-SOAP II wezen op een goede tot uitstekende interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (ICC) op (sub)schaalniveau, met scores variërend van .78 tot .94 (Van Horn et al., 2005). Onderzoek naar de J-SOAP II vond eveneens een goede tot uitstekende betrouwbaarheid, gekeken naar zowel de ICC (ICC = .82) als naar de interne validiteit ($\alpha = .79$) (Martinez et al., 2015). De dynamische schaal bleek hierbij een hogere interne validiteit te hebben dan de statische schaal (respectievelijk $\alpha = .89$ en $\alpha = .67$). Subschaalvariaties van ICC = .65 tot ICC = .87 en $\alpha = .71$ tot $\alpha = .92$ gaven tot slot ook een adequate betrouwbaarheid weer (Martinez et al., 2015).

Er werden wisselende resultaten met betrekking tot de predictieve validiteit gevonden, waardoor de J-SOAP II uitkomsten met voorzichtigheid geïnterpreteerd dienen te worden (Van Horn et al., 2016). Zo gaven Area Under the Curve (AUC)-waarden² tussen .70 en .80 voor zedenrecidive een gemiddeld voorspellende waarde voor ambulante behandelde jeugdige zedendelinquenten, terwijl voor residentieel behandelde jongeren een lage voorspellende waarde (AUC = .66) werd vastgesteld voor zedenrecidive en een AUC-waarde van .64 voor algemene recidive (Viljoen et al., 2012). Chu, Ng, Fong en Teoh (2012) concludeerden zelfs dat zedenrecidive met de J-SOAP II niet beter voorspeld kon worden dan met toeval (AUC = .51). Martinez en collega's (2015) wijten de lage voorspellende waarde (AUC = .64) vooral aan de statische schaal (AUC = .52). De dynamische schaal kon wel bijdragen aan de voorspelling van zeden (AUC = .70) dan wel algemene recidive (AUC = .60) (Martinez et al., 2015). Onderzoek naar de predictieve validiteit van de J-SOAP D ontbreekt.

Procedure

Verzamelde data van drie steekproeven zijn samengevoegd tot één databestand. Door middel van de informatie in dit databestand zijn de 28 items uit de J-SOAP II voor de steekproef ingevuld. Elf items bleken direct overeen te komen met variabelen uit het databestand. Door diverse andere variabelen samen te voegen, konden nog eens twaalf J-SOAP II items gevormd worden. Antwoordmogelijkheden zijn zo nodig aangepast. Zo zijn tien items gescoord op een tweepuntsschaal in plaats van een driepuntsschaal, omdat op basis van het databestand enkel uitspraken gedaan konden worden over de duidelijke aan- of afwezigheid van de risicofac-

² De AUC-waarde is een maat waarmee de predictieve validiteit van een instrument wordt weergegeven (Brand, 2005). Een AUC-waarde van .50 betekent dat de voorspellende waarde gelijk is aan toeval en een AUC-waarde van 1.0 betekent een perfecte voorspelling.

tor. Een vijftal J-SOAP II items bleek niet gevormd te kunnen worden uit de beschikbare data, te weten 'Seksuele behoeften en seksuele preoccupatie', 'Discontinuitéit van ouders/verzorgers', 'Berouw en schuld', 'Omgang met/beheersing van seksuele behoeften en verlangens' en 'Bewijs van positieve steunnetwerken'. De twee laatstgenoemde items behoren tot de schaal 'stabiliteit van en aanpassing aan de samenleving'; de overige missende items behoren elk tot één van de overige drie schalen.

De J-SOAP II items, bijbehorende variabelen en antwoordmogelijkheden zijn vastgelegd in een nieuw ontworpen codeboek. Middels het softwareprogramma *Statistical package for the Social Sciences* (SPSS) is de J-SOAP II vervolgens voor de steekproef gescoord. Voor de steekproef zijn gemiddelde scores, frequenties en percentages per item en schaal berekend, waarna de scores uiteindelijk vergeleken zijn met de vooraf geschatte zedenrecidivekans en de feitelijke specifieke en algemene recidivecijfers.

Analyse

Het geschatte recidiverisico en de feitelijke recidive worden door middel van frequentie-analyses vastgesteld. Gemiddeld behaalde totaal-, schaal- en item-scores op de J-SOAP II worden daarna berekend met behulp van frequentie-analyses. Hiermee wordt het voorspelde recidiverisico berekend. Dit is allereerst gedaan voor de gehele sample. Vervolgens is het geschatte recidiverisico en het voorspelde recidiverisico vergeleken met daadwerkelijke recidivecijfers. Dit is

gedaan op basis van een subsample ($N = 360$) waarbij voor alle drie de metingen data aanwezig waren. Dit ter verhoging van de vergelijkbaarheid van de voorspellingen en het daadwerkelijke recidivecijfer.

Resultaten

Geschatte zedenrecidiverisico

Voor aanvang of tijdens het persoonlijkheidsonderzoek dan wel de behandeling, is bij 360 van de 630 jeugdige zedendelinquenten (57.1%) de kans op zedenrecidive geschat op basis van het klinisch oordeel (zie Tabel 1). De zedenrecidivekans wordt in meer dan twee derde van de gevallen (67.8%) zeer klein tot klein geschat. Een groot tot zeer groot zedenrecidiverisico wordt voor 12.2 procent van de jeugdige zedendelinquenten voorspeld.

Feitelijke recidive

Uit feitelijke recidivecijfers blijkt dat 63.1 procent van de 360 jeugdige zedendelinquenten van wie een klinisch oordeel geveld is, recidiveerde met een delict (zie Tabel 2). Van hen pleegde 10.6 procent opnieuw een zedendelict binnen de gemiddelde follow-up periode van 12.3 jaar.

Binnen de totale steekproef ($N = 630$) recidiveerde bijna twee derde met enig delict (65.7%; zie Tabel 2). Als wordt gekeken naar recidive met enig delict *behalve* een zedendelict, dan wordt een recidivecijfer van 54.3 procent gevonden. Van de totale groep pleegde 11.4 procent opnieuw een zedendelict binnen tijdspanne.

Tabel 1. Geschatte kans zedenrecidive volgens klinisch oordeel

		N	%
Geschatte kans	Zeër klein – Klein	244	67.8
zedenrecidive	Gemiddeld	72	20.0
	Groot – Zeër groot	44	12.2
Totaal		360	100

Tabel 2. Aantal en percentage recidivisten met recidivedelict over tijd

		Totale sample ($N=630$)		Subgroep ($N=360$)	
		N	%	N	%
Recidivedelict	Geen	216	34.3	133	36.9
	Algemeen (zonder zeden)	342	54.3	189	52.5
	Zeden	72	11.4	38	10.6
	Totaal	630	100	360	100

Vergelijking geschatte recidiverisico en recidivecijfers

Het geschatte zedenrecidiverisico op basis van het klinisch oordeel wordt merendeels zeer klein tot klein geacht; een juiste inschatting wanneer gekeken wordt naar feitelijke recidivecijfers van de beoordeelde subgroep. De kans op zedenrecidive wordt op basis van het klinisch oordeel wel enigszins, maar niet statistisch significant, overschat. Waar 10.6 procent van de jeugdige zedendelinquenten recidiveert naar een zedendelict, wordt het groot - zeer groot geschatte risico door 12.2 procent van de behandelaars genoemd.

De feitelijke recidivecijfers van de totale groep zijn vrijwel vergelijkbaar met de feitelijke recidivecijfers van de subgroep jeugdige zedendelinquenten van wie het geschatte zedenrecidiverisico bekend is. Hierdoor wordt dan ook aangenomen dat het geschatte zedenrecidiverisico van de totale groep eveneens vergelijkbaar is met het geschatte zedenrecidiverisico van de betreffende subgroep.

Voorspelde recidiverisico met de J-SOAP II

In Tabel 3 zijn de gemiddelde J-SOAP II item-, schaal-, en totaalscores van de totale groep weergegeven.

Op de eerste schaal, waarin seksuele drang en (de aard van) eerdere (seksuele) delicten in kaart wordt gebracht, behaalt de totale steekproef een gemiddelde score van .402. Hierbij valt de lage gemiddelde score met betrekking tot eerder gepleegde zedendelicten op. Op de tweede schaal, waarin impulsief en antisociaal gedrag wordt gescoord, wordt een gemiddelde

score van .314 behaald. Samen vormen de twee schalen de statische schaal, welke het recidiverisico voorspelt aan de hand van onveranderbare factoren. Met een gemiddelde schaalscore van .358 zal, op basis van de statische factoren, 35.8 procent van de totale groep mogelijk naar een zeden- dan wel algemeen delict recidiveren, gezien voor beide typen recidivedelict dezelfde berekening wordt gehanteerd (zie Tabel 4).

Van de vier schalen wordt op de derde schaal, waarin factoren rondom behandeling bevraagd worden, gemiddeld de hoogste score behaald ($M = .757$). Deze score wordt deels verklaard door een hoge score op het item 'empathie'. Op de laatste schaal, waarin de stabiliteit van de leefomgeving wordt gemeten, wordt een gemiddelde totaalscore van .573 behaald. Hierbij valt op dat de jeugdigen zich gemiddeld gezien in een instabiele leefomgeving bevinden. De interventie en instabiele leefomgeving schaal vormen samen de dynamische schaal, die het recidiverisico voorspelt op basis van de veranderbare factoren. Op deze schaal wordt een gemiddelde totaalscore van .665 behaald; het voorspelde zeden- en algemene recidiverisico voor de totale groep jeugdige zedendelinquenten bedraagt daarmee 66.5 procent (zie Tabel 4).

Voor de subgroep van 360 jeugdige zedendelinquenten is dezelfde berekening gemaakt. Verschillen tussen de percentages bleken marginaal. Zo was het verschil tussen de totaalscores slechts 1 procentpunt, 52.1 procent voor de subgroep ten opzichte van 51.1 procent voor de gehele groep.

Tabel 3. Gemiddelde item-, schaal- en totaalscores J-SOAP II voor de totale onderzoeksgroep en de subgroep

Item	Totale sample N = 630		Subgroep N = 360	
	N	M	N	M
1 Eerder en huidige seksuele delicten	630	.159	360	.186
2 Aantal slachtoffers van seksuele delicten	622	.473	355	.490
3 Mannelijk en minderjarig slachtoffer (<10 jaar oud)	630	.233	360	.281
4 Periode waarin seksuele delicten zijn gepleegd	363	.333	171	.363
5 Mate van planning van seksueel delict(en)	630	.546	360	.586
6 Geseksualiseerde agressie	560	.479	339	.440
7 Seksuele behoeften en seksuele preoccupatie*				
8 Geschiedenis van seksueel misbruik	539	.588	333	.670
1. <i>Seksuele drang/preoccupatie schaal</i>	568	.402	325	.431
9 Discontinuïteit van ouders/verzorgers*				
10 Voortdurende aanwezige woede	630	.376	360	.375
11 Gedragsproblemen op school	604	.624	348	.693
12 Gedragsstoornissen in de kindertijd (<10 jaar oud)	630	.164	360	.225
13 Gedragsstoornissen in de puberteit (10-18 jaar)	459	.070	254	.075
14 Aangiften/arrestaties vóór de leeftijd van 18 jaar	504	.284	284	.250
15 Verschillende typen delicten	630	.333	360	.333
16 Lichamelijke mishandeling en/of blootstelling aan geweld binnen het gezin	542	.347	335	.325
2. <i>Impulsief-Antisociaal schaal</i>	571	.314	329	.325
17 Verantwoordelijkheid nemen voor het/de delict(en)	199	.457	75	.253
18 Intrinsieke motivatie voor verandering	150	.567	134	.545
19 Begrip van risicofactoren	133	.639	126	.595
20 Inlevingsvermogen	553	1.208	328	1.171
21 Berouw en schuld*				
22 Afwezigheid van cognitieve vervormingen	28	.714	19	.842
23 Adequate contacten met leeftijdgenoten	545	.954	333	1.015
3. <i>Inzicht en responsiviteit schaal</i>	268	.757	169	.737
24 Omgang met/beheersing van seksuele behoeften en verlangens*				
25 Omgang met/beheersing van woede	161	.317	138	.319
26 Stabiliteit van de huidige leefsituatie	630	1.114	360	1.189
27 Stabiliteit met betrekking tot school	630	.287	360	.267
28 Bewijs van positieve steunnetwerken*				
4. <i>Persoonlijke en maatschappelijke stabiliteit schaal</i>	474	.573	286	.591
1+2. Score statische schaal	570	.358	327	.378
3+4. Score dynamische schaal	371	.665	371	.664
Totaalscore	471	.511	349	.521

Noot. *items die wel tot de J-SOAP D behoren, maar niet gescoord konden worden in dit onderzoek

Tabel 4. Percentuele recidiverisico volgens de J-SOAP II

Schaaltype	%
Statische factoren	35.8
Dynamische factoren totaal	66.5
Totaal alle items	51.1

Vergelijking recidivecijfers en voorspelde recidiverisico

Het geschatte zedenrecidiverisico, het voorspelde recidiverisico met de J-SOAP II en de feitelijke (zeden)recidivecijfers van de subgroep ($N = 360$) zijn vervolgens met elkaar vergeleken (zie Tabel 5). Omdat de J-SOAP II met één berekening zowel het seksuele als algemene recidiverisico beoogt te voorspellen, worden ook de feitelijke algemene recidivecijfers (exclusief zedenrecidive) in de vergelijking meegenomen.

Tabel 4. Percentuele recidiverisico volgens de J-SOAP II

	Totaal
Geschatte kans zedenrecidive groot-zeer groot	12.2%
Recidiverisico volgens J-SOAP II (M)	52.1%
Feitelijke recidive totaal	63.1%
Feitelijke recidive zeden	10.6%
Feitelijke recidive algemeen (excl. zedenrecidive)	52.5%

Recidivecijfers van de totale groep laten zien dat het voorspelde zedenrecidiverisico door de J-SOAP II met factor 5 wordt overschat. Het klinisch oordeel 'groot-zeer groot' (12.2%) lijkt in dit onderzoek een betere voorspelling voor het daadwerkelijke zedenrecidiverisico dan de voorspelling met de J-SOAP II. Daarentegen verschilt het met de J-SOAP II voorspelde algemene recidiverisico inclusief zedenrecidive slechts 11 procent van de feitelijke algemene recidivecijfers. Hier lijkt sprake van een kleine onderschatting van recidive. Verder onderzoek naar de samenhang tussen de J-SOAP II score en daadwerkelijke recidive wijst uit dat er geen samenhang is tussen zedenrecidive en de voorspelling van de J-SOAP II. Voor algemene recidive en de J-SOAP II score wordt een zwak positief verband gevonden ($r = .237, p < .001$). Dit betekent dat wanneer de score op de J-SOAP II toeneemt, het daadwerkelijk aantal recidive-delicten ook toeneemt.

Discussie

In het huidige onderzoek werd getracht antwoord te geven op de vraag 'In hoeverre de 'J-SOAP II' een valide risicotaxatie-instrument is om zeden- dan wel algemene recidive bij jeugdige zedendelinquenten te voorspellen?'

Hiertoe werden recidivecijfers bestudeerd en werd de J-SOAP II voor een relatief grote steekgroep jeugdige zedendelinquenten gescoord. Geconcludeerd wordt dat de J-SOAP II het zedenrecidiverisico sterk overschat, terwijl het algemene recidiverisico, in- en exclusief zedenrecidive, vrij nauwkeurig wordt ingeschat. Daarbij wordt ook een verband gevonden tussen de J-SOAP II totaalscore en de daadwerkelijke algemene recidive, inclusief zedenrecidive. Voor de J-SOAP II totaalscore en zedenrecidive wordt geen verband gevonden. Verder moet opgemerkt worden dat het voorspelde algemene recidiverisico (exclusief zedenrecidive) met de J-SOAP II niet veel verschilt van een voorspelling die berust op toeval (50%). Deze uitkomst zou kunnen wijzen op een onbetrouwbare risicoschatting (Philipse, 2005). De voorspelling aan de hand van statische factoren verschilt minder van de *feitelijke zedenrecidivecijfers* dan de voorspelling op basis van dynamische factoren. De dynamische schaalscore wijkt echter minder af van de feitelijke algemene recidivecijfers dan de statische schaalscore. Veranderbare factoren lijken dus minder voorspellend voor het zedenrecidiverisico, maar meer voorspellend voor algemene recidive. Opvallend is verder dat - wanneer schaalscores op statische schalen I en II worden vergeleken - de steekproef beschreven kan worden als een groep met een seksueel risicoprofiel, die een groter risico zou hebben op recidive naar een zedendelict. Dit staat echter in contrast met het lage zedenrecidivecijfer. Het onderzoek laat tot slot zien dat het klinisch oordeel veel meer overeenkomt met de daadwerkelijk gevonden zedenrecidivecijfers. Dit impliceert dat het alleen toepassen van de J-SOAP II om zedenrecidive in te schatten onwenselijk is omdat daardoor veel jeugdige zedendelinquenten het risico lopen een te zware behandeling opgelegd te krijgen, hetgeen tot iatrogene effecten kan leiden. Het klinisch oordeel blijkt op basis van dit onderzoek redelijk accuraat waarbij het in kaart brengen en interpreteren van belangrijke recente ontwikkelingen in het leven van de jeugdige van groot belang is.

Geconcludeerd wordt dat de J-SOAP II onvoldoende valide is voor het voorspellen van het zedenrecidiverisico in een groep jeugdige zedendelinquenten. Deze resultaten komen grotendeels overeen met bevindingen uit eerdere onderzoeken. Zo kwamen Barra, Bessler, Landolt en Aebi (2018) recentelijk nog tot de conclusie dat risicotaxatie voor jeugdige zedendelinquenten niet slechts op basis van risicotaxatie-instrumenten plaats dient te vinden. Het is daarom zorgelijk dat de J-SOAP II in de praktijk een veelgebruikt instrument is om beide recidiverisico's te bepalen bij jeugdigen. Het is eveneens problematisch dat de J-SOAP II uitkomst verstrekende gevolgen kan hebben. Zo is het recidiverisico (mede) bepalend voor (het afronden van) behandeling, het inzetten van verlof bij residentiële behandeling en de (voorwaardelijke) beëindiging van een strafrechtelijke maatregel. De predictieve validiteit van een instrument met dergelijke invloed dient daarom zeer solide

te zijn, wil het op adequate wijze voor deze doeleinden ingezet kunnen worden.

Een kanttekening bij huidig onderzoek is dat de data zijn verzameld door secundaire analyse van dossiers. Informatie is - niet voor onderzoeksdoeleinden - vastgelegd door derden. Hierdoor ontbrak een deel van de benodigde informatie en konden vijf items uit de J-SOAP II in huidig onderzoek niet gescoord worden. Omdat één missende itemscore per schaal toegestaan is, leverde dit voor drie schalen geen problemen op. Enkel binnen de vierde schaal waren twee missende items, hetgeen mogelijk de resultaten van dit onderzoek heeft beïnvloed. Onderzoek van Powers-Sawyer en Miner (2009) toont echter aan dat statische variabelen - ook los van dynamische variabelen - zedenrecidive bij jongeren voorspellen. Uit recent onderzoek van Wijetunga, Martinez, Rosenfeld en Cruise (2018) blijkt daarbij dat wél de dynamische interventieschaal, maar niet de dynamische 'persoonlijke en maatschappelijke stabiliteit' subschaal een significante voorspeller is voor zedenrecidive. De invloed van de twee missende items binnen deze schaal wordt dan ook minimaal geacht. Verder is voor sommige items gekozen een tweepuntschaal te hanteren in plaats van een driepuntsschaal. De invloed op de betrouwbaarheid van de berekening van de J-SOAP II wordt minimaal geacht vanwege het feit dat rekening gehouden is met deze tekortkoming in de berekening van de J-SOAP II schaalcores.

Een andere beperking van huidig onderzoek is de betrouwbaarheid van de feitelijke zedenrecidivecijfers. Door een fors *dark number* bestaat de kans dat een deel van de steekproef wel gerecidiveerd is naar een zeden delict, maar dat er geen aangifte van is gedaan. Het delict wordt zodoende niet geregistreerd en de persoon wordt niet als recidivist aangemerkt. Daarbij worden ook personen die na de follow-up periode recidiveren, niet meer als recidivisten geregistreerd. Zedenrecidive door jeugdige zedendelinquenten vindt echter in de regel binnen enkele jaren plaats (Van den Berg, Bijleveld, & Hendriks, 2017), waardoor het onwaarschijnlijk is dat na een lange follow-up periode nog veel zedenrecidive zal plaatsvinden.

Een laatste beperking is dat niet uitgesloten kan worden dat de gemeten variabelen veranderd zijn tijdens behandeling. In huidig onderzoek werd de J-SOAP II enkel gescoord aan de hand van data verzameld voor aanvang van behandeling, terwijl verwacht wordt dat het recidiverisico na afloop van de behandeling lager is. Het voorspelde recidiverisico middels de J-SOAP II kan hierdoor overschat zijn. In vervolgonderzoek dient zowel tijdens als na de behandeling data verzameld te worden, zodat onderzocht kan worden of de J-SOAP II bij scoring in een later stadium van de behandeling meer correcte voorspellingen doet. Eerder onderzoek geeft hierover geen éénduidige conclusie. Zo stelt Hendriks (2006) dat behandelvariabelen in een klinische setting nauwelijks verband houden met het recidiverisico, waardoor het moment van afname weinig verschil

zal maken. Letourneau en collega's (2009) concludeerden echter dat behandeling gericht op bijvoorbeeld het versterken van het systeem rondom de jeugdige leidt tot afname van probleemgedrag. De J-SOAP II score kan dus variëren bij afname op verschillende momenten.

Vervolgonderzoek dient zich eveneens te richten op beschermende factoren, die ontbreken in de J-SOAP II. Zogenoemde protectieve factoren kunnen tegenwicht bieden aan risicofactoren en zo het recidiverisico positief beïnvloeden (Harte & Breukink, 2010), zoals onder volwassenen al eerder aangetoond werd (De Vogel, De Vries Robbé, De Ruiters, & Bouman, 2011). Hiertoe werd het gestructureerd klinisch risicotaxatie-instrument *Structured Assessment of Protective Factors for violence risk* (SAPROF) gebruikt (De Vogel, De Ruiters, Bouman, & De Vries Robbé, 2007), dat ook beschikbaar is voor jeugdigen (SAPROF-Youth Version; De Vries Robbé, Geers, De Vogel, Hiltermann, & Stapel, 2013). Mede daardoor kan mogelijk een meer adequate risicotaxatie tot stand komen, hetgeen zowel het verdere (behandel)traject van de jeugdige zedendelinquent als de veiligheid van de maatschappij ten goede komt.

Dankwoord

De resultaten beschreven in dit artikel zijn een afgeleide van de scriptie van Rosalie Haan (2017). Risicotaxatie jeugdige zedendelinquenten. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam. De auteurs bedanken Rosalie voor haar bijdrage aan dit artikel.

Literatuur

- Barra, S., Bessler, C., Landolt, M. A., & Aebi, M. (2018). Testing the validity of criminal risk assessment tools in sexually abusive youth. *Psychological Assessment*, 30, 1430-1443.
- Bicanic, I., & De Jongh, A. (2016). Het psychologisch, neurobiologisch en seksueel functioneren van adolescentie slachtoffers van een eerste verkrachting. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 40(1), 28-33.
- Bijleveld, C., & Hendriks, J. (2005). Jeugdige zedendelinquenten. Jong geleerd, oud gedaan? *Justitiële verkenningen*, 31(1), 95-104.
- Bijleveld, C. C. J. H., & Soudijn, M. (2008). Verdachten van een groepszedendelict. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 32(2), 80-89.
- Bonta, J., & Andrews, D.A. (2017). *The Psychology of Criminal Conduct* (6th edn). New York, NY: Routledge.
- Boone, M. M., & Van de Bunt, H. G. (2016). Dynamics between denial and moral panic: The identification of convicted sex offenders in the community. *Probation Journal*, 63(1), 23-40.
- Brand, E.F.J.M. (2005). Een maat voor de kwaliteit van instrumenten voor risicotaxatie. In: M.J. Sjerps & J.A. Coster van Voorhout (red.). *Het onzekere bewijs. Gebruik van statistiek en kansrekening in het strafrecht* (p. 429-456). Deventer: Kluwer.
- Bullens, R. A. R., Van Horn, J. E., Van Eck, A., & Das, J. (2004). J-SOAP D: De Nederlandse vertaling en bewerking van de J-SOAP II (*Juvenile Sex Offender Assessment Protocol II*). Handleiding. Den Haag: De Waag.
- Caldwell, M. F. (2010). Study characteristics and recidivism base rates in juvenile sex offender recidivism. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 54(2), 197-221.
- Caldwell, M.F. (2016). Quantifying the decline in juvenile sexual recidi-

- vism rates. *Psychology, Public Policy and Law*, 22(4), 414-426.
- Chu, C. M., Ng, K., Fong, J., & Teoh, J. (2012). Assessing youth who sexually offended: The predictive validity of the ERASOR, J-SOAP-II, and YLS/CMI in a Western context. *Sexual Abuse*, 24(2), 153-174.
- De Vogel, V., De Ruiter, C., Bouman, Y., & De Vries Robbé, M. (2007). *SAPROF. Richtlijnen voor het beoordelen van beschermende factoren voor gewelddadig gedrag. Nederlandse versie*. Utrecht: Forum Educatief.
- De Vogel, V., De Vries Robbé, M., De Ruiter, C., & Bouman, Y. H. A. (2011). Assessing protective factors in forensic psychiatric practice. Introducing the SAPROF. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10(3), 171-177.
- De Vries Robbé, M., Geers, M., De Vogel, V., Hiltermann, E., & Stapel, M. (2013). *SAPROF-YV pilot version*. Utrecht: Van der Hoeven Stichting.
- Duits, N., Doreleijers, T. A., & Van den Brink, W. (2008). Assessment of violence risk in youth for juvenile court: Relevant factors for clinical judgment. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(3), 236-240.
- Gerhold, C. K., Browne, K. D., & Beckett, R. (2007). Predicting recidivism in adolescent sexual offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 12(4), 427-438.
- Harte, J. M., & Breukink, M. D. (2010). Objectiviteit of schijnzekerheid? Kwaliteit, mogelijkheden en beperkingen van instrumenten voor risicotaxatie. *Tijdschrift voor Criminologie*, 52(1), 52-72.
- Hempel, I., Buck, N., Cima, M., & Van Marle, H. (2011). Review of risk assessment instruments for juvenile sex offenders: What is next? *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 57(2), 208-228.
- Hendriks, J. (2006). Jeugdige zedendelinquenten. *Een studie naar subtypen en recidive*. Utrecht: Forum Educatief.
- Hissel, S., Bijleveld, C. C. J. H., Hendriks, J., Jansen, B., & Collot d'Escury-Koenigs, A. (2006). Jeugdige zedendelinquenten: Specialisten, generalisten en 'first offenders'. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 31(4), 215-225.
- Justitiële Informatiedienst (2009). *Justitieel Documentatie Systeem. Leeuwarden*: Ministerie van Veiligheid en Justitie.
- Kim, B., Benekos, P. J., & Merlo, A. V. (2015). Sex offender recidivism revisited: review of recent meta-analyses on the effects of sex offender treatment. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(1), 105-117.
- Leuw, E., Bijleveld, C., & Daalder, A. (2003). Seksuele zedendelinquenten. *Tijdschrift voor Criminologie*, 45(4), 330-337.
- Letourneau, E. J., Henggeler, S. W., Borduin, C. M., Schewe, P. A., McCart, M. R., Chapman, J. E., & Saldana, L. (2009). Multisystemic therapy for juvenile sexual offenders: 1-Year results from a randomized effectiveness trial. *Journal of Family Psychology*, 23(1), 89-102.
- Lodewijks, H. P. B., & Van Domburgh, L. (2012). *Instrumenten voor risicotaxatie: Kinderen en jeugdigen*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information.
- Martinez, R., Rosenfeld, B., Cruise, K., & Martin, J. (2015). Predictive validity of the J-SOAP-II: Does accuracy differ across settings? *International Journal of Forensic Mental Health*, 14(1), 56-65.
- Parks, G. A., & Bard, D. E. (2006). Risk factors for adolescent sex offender recidivism: Evaluation of predictive factors and comparison of three groups based upon victim type. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 18(4), 319-342.
- Philippe, M. (2005). Predicting criminal recidivism. *Empirical studies and clinical practice in forensic psychiatry*. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Prentky, R. A., & Righthand, S. (2003). *Juvenile Sex Offender Protocol II: Manual*. USA: Center for Sex Offender Management.
- Prentky, R. A., Li, N. C., Righthand, S., Schuler, A., Cavanaugh, D., & Lee, A. F. (2010). Assessing risk of sexually abusive behavior among youth in a child welfare sample. *Behavioral Sciences and the Law*, 28, 24-45.
- Powers-Sawyer, A. B., & Miner, M. H. (2009). Actuarial prediction of juvenile recidivism: The static variables of the Juvenile Sex Offender Assessment Protocol-II (J-SOAP-II). *Sexual Offender Treatment*, 4(2), 1-11.
- Pullman, L., & Seto, M. C. (2012). Assessment and treatment of adolescent sexual offenders: Implications of recent research on generalist versus specialist explanations. *Child Abuse & Neglect*, 36(3), 203-209.
- Van Boetzelaer, E., Hendriks, J., & Bijleveld, C. (2012). Verschillen tussen zwakbegaafde en normaal begaafde jeugdige zedendelinquenten. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36(1), 30-36.
- Van den Berg, C. J. W., Bijleveld, C. C. J. H., & Hendriks, J. (2011). Jeugdige zedendelinquenten. Lange termijn criminele carrières en achtergrondkenmerken. *Tijdschrift voor Criminologie*, 53(3), 227-243.
- Van den Berg, C.J.W., Bijleveld, C.C.J.H., & Hendriks, J. (2017). The juvenile sex offender: criminal careers and life events. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 29(1), 81-101.
- Van den Berg, C.J.W., Bijleveld, C.C.J.H., & Hendriks, J. (2017). Chapter 12: The Juvenile Sex Offender: Criminal careers and recidivism risk. In: T. Sanders (ed.) *The Oxford Handbook of Sex Offences and Sex Offenders* (pp. 220-240). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Van Horn, J. E., Scholing, A., & Mulder, J. (2005). Risicotaxatie bij jeugdige zeden- en geweldplegers in een ambulante setting. *Diagnostiekwijzer*, 8(2), 63-76.
- Van Horn, J. E., Eisenberg, M., & Uzieblo, K. (2016). Risicotaxatie in de Nederlandse ambulante forensische geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58(8), 583-592.
- Van Horn, J., Van Eck, A.M., Bullens, R., & Hendriks, J. (2012). Juvenile Sex Offender Assessment Protocol, Dutch version (J-SOAP D). In H.P.B. Lodewijks & L. van Domburgh (Eds.), *Instrumenten voor risico-taxatie: Kinderen en jeugdigen* (pp. 135-150). Amsterdam: Pearson
- Van der Put, C., Assink, M., Bindels, A., Stams, G. J., & De Vries, S. (2013). *Effectief vroegtijdig ingrijpen. Een verkennend onderzoek naar effectief vroegtijdig ingrijpen ter voorkoming van ernstig delinquent gedrag*. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum.
- Vandiver, D. M. (2006). A prospective analysis of male juvenile sex offenders. Characteristics and recidivism rates as adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 21 (5), 673-688.
- Van Rosmalen, M. M., Kalidien, S. N., & De Heer, N. E. (2012). *Criminaliteit en rechtshandhaving*. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers
- Van Wijk, A., Loeber, R., Ferwerda, H., Smulders, A., & Vermeieren, R. (2005). Jeugdige zedendelinquenten en geweldplegers: Een vergelijking op grond van de Pittsburgh Youth Study. *Justitiële Verkenningen*, 31(1), 105-118.
- Viljoen, J. L., Mordell, S., & Beneteau, J. L. (2012). Prediction of adolescent sexual reoffending: A meta-analysis of the J-SOAP-II, ERASOR, J-SORRAT-II, and Static-99. *Law and Human Behavior*, 36(5), 423.
- Viljoen, J. L., Scalora, M., Cuadra, L., Bader, S., Chávez, V., Ullman, D., & Lawrence, L. (2008). Assessing risk for violence in adolescents who have sexually offended: A Comparison of the J-SOAP-II, J-SORRAT-II, and SAVRY. *Criminal Justice and Behavior*, 35(1), 5-23.
- White, S. F., Cruise, K. R., & Frick, P. J. (2009). Differential correlates to self-report and parent-report of callous-unemotional traits in a sample of juvenile sexual offenders. *Behavioral Sciences and the Law*, 26(7), 910-928.
- Wijetunga, C., Martinez, R., Rosenfeld, B., & Cruise, K. (2018). The influence of age and sexual drive on the predictive validity of the Juvenile Sex Offender Assessment Protocol-Revised. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(1), 150-169.

Summary

Assessing Dutch male juvenile sex offenders: The predictive validity of the J-SOAP II.

The current study assessed the predictive validity of the J-SOAP II to determine general and sexual reoffending risk in a sample of Dutch male juvenile sex offenders. The sample consisted of 630 clinically screened or treated juvenile sex offenders between the age of 12 and 19 years old. A comparison was made between the actual sexual and general recidivism rates, the clinically estimated sexual and general recidivism rates, and the outcome of the J-SOAP II risk assessment. The J-SOAP II significantly overestimated the sexual reoffending risk. The general reoffending risk was somewhat underestimated by the J-SOAP II. A statistically significant association was found between the J-SOAP II risk assessment and the actual general recidivism rates. This association was not found for the actual sexual reoffending rates and the J-SOAP II risk assessment. Risk assessment can have a significant impact on the treatment of juvenile sex offenders and therefore an adequate estimation of the recidivism risk is particularly important. Based on the current findings, the J-SOAP II cannot be considered as an accurate instrument to estimate sexual recidivism rate. Further studies into the validity and improvement of the J-SOAP II are needed.

Keywords: Risk Assessment Instruments, Juvenile Sex Offenders, J-SOAP II, Recidivism, Predictive Validity

Trefwoorden: Risicotaxatie, Jeugdige Zedendelinquenten, J-SOAP II, Recidive, Predictieve Validiteit

Problemen bij de aanpak van vrouwenbesnijdenis vanuit politieel perspectief

Janine Janssen^{1,2,3}, Willem Timmer¹ & Wilfred Janmaat¹

¹ Landelijk Expertise Centrum Eer Gerelateerd Geweld van de nationale politie.

² Veiligheid in Afhankelijkheidsrelaties, Avans Hogeschool.

³ Rechtsantropologie, Open Universiteit Heerlen.

Samenvatting

In deze bijdrage beschrijven wij hoe de Nederlandse politie in het algemeen en het Landelijk Expertise Centrum Eer Gerelateerd Geweld (LEC EGG) van de nationale politie omgaat met de besnijdenis van vrouwen. Er wordt uitgelegd dat besnijdenis van vrouwen wordt gezien als een uiting van geweld in naam van de familie-eer. In de periode 2016-2019 werden negen zaken bij het LEC EGG onder de aandacht gebracht. Komen dit soort zaken werkelijk zo weinig voor of komt niet alle casuïstiek bij politie onder de aandacht? Die vraag is moeilijk te beantwoorden. Opvallend is wel dat de politie relatief veel zaken ziet in de seksuele sfeer in dezelfde gemeenschappen waar ook besnijdenis van vrouwen plaats vindt. Hoewel wij ons bij de politie realiseren dat het voor medische professionals niet vanzelfsprekend is om met de politie samen te werken, nodigt de politie deze professionals daar echter wel toe uit. Bij de politie realiseren wij ons namelijk terdege dat wij deze complexe problematiek niet zonder de deskundigheid van medici kunnen behandelen.

Op 13 februari 2020 werd in de Tweede Kamer een rondetafelgesprek gevoerd over het besnijden van meisjes, ook wel ‘genitale verminking’ genoemd. Nederland hanteert een zerotolerancebeleid. Dit is er enerzijds op gericht om te voorkomen dat meisjes en vrouwen die in Nederland wonen worden besneden en anderzijds om goede medische en psychosociale zorg te bieden aan meisjes en vrouwen die besneden zijn. Het gaat niet alleen om juridische maatregelen, maar ook om preventie en gezondheidszorg. Een belangrijke vraag voor de parlementariërs was hoe de vervolging van deze praktijk eruitziet. Tijdens het gesprek werd dan ook aandacht besteed aan de problemen vanuit politieel perspectief. In deze bijdrage leggen wij eerst kort uit wat vrouwenbesnijdenis is, we beschrijven welke vormen de ingreep kan aannemen, wat de prevalentie is in Nederland, wat de voornaamste motieven en gevolgen zijn en we gaan dieper in op begripsvorming zelf. In de tweede paragraaf komen we

bij één van de twee hoofdvragen van dit artikel: wat neemt de politie waar en dan in het bijzonder het Landelijk Expertise Centrum Eer Gerelateerd Geweld (LEC EGG) van de nationale politie? Welke problemen heeft de politie bij het herkennen en aanpakken van besnijdenis bij een meisje? Aan het eind van dit stuk staan we kort stil bij de relatie tussen de politie en de medische sector.

Wat is vrouwenbesnijdenis?

In deze paragraaf wordt eerst uitgelegd wat voor soorten besnijdenis er zijn. Vervolgens wordt stil gestaan bij de motieven om die ingreep uit te voeren en de medische risico's. Vervolgens wordt een kritische noot gekraakt over de terminologie en tot slot komt de prevalentie aan bod.

Soorten besnijdenis

De World Health Organization (WHO) onderscheidt vier vormen van besnijdenis bij vrouwen:

1. Gedeeltelijke of totale verwijdering van de clitoris en/ of de voorhuid (cliterodectomie)
2. Gedeeltelijke of totale verwijdering van de clitoris en de binnenste schaamlippen, met of zonder verwijdering van de buitenste schaamlippen (excisie)
3. Vernauwing van de vaginale opening door wegsnijden en aan elkaar hechten van de binnenste schaamlippen en/of de buitenste schaamlippen, met of zonder verwijdering van de clitoris (infibulatie) en

Prof. dr. Janine Janssen is hoofd onderzoek van het Landelijk Expertise Centrum Eer Gerelateerd Geweld van de nationale politie, lector Veiligheid in Afhankelijkheidsrelaties aan Avans Hogeschool en bijzonder hoogleraar Rechtsantropologie aan de Open Universiteit.

Willem Timmer is commissaris van politie en hoofd van het Landelijk Expertise Centrum Eer Gerelateerd Geweld van de nationale politie.

Wilfred Janmaat is inspecteur van politie en coördinator bij het Landelijk Expertise Centrum Eer Gerelateerd Geweld van de nationale politie.

Correspondentieadres: jhljanssen@avans.nl

Ontvangen: 24 februari 2020; Geaccepteerd: 28 juli 2020

4. Alle overige niet-medisch noodzakelijke ingrepen zoals prikken, kerven, schrapen en wegbranden

Motivatie en medische risico's

De WHO (2016) geeft aan dat besnijdenis bij vrouwen om verschillende sociaal-culturele redenen wordt uitgevoerd: de hoofdreden is dat het een onderdeel is van de geschiedenis en culturele traditie van gemeenschappen. Het besnijden van meisjes is in feite een markeringsritueel dat ondergaan dient te worden om vrouw te kunnen worden. Het gaat daarbij om het bewaken van de maagdelijkheid en daardoor het vergroten van de kans op huwelijkssluiting (WHO, 2016). Een onbesneden 'open' vrouw tast de goede naam en eer van de familie aan, kan uitgestoten worden en heeft minder kans op een huwelijk (Vloeberghs et al., 2010; Janssen, 2017). Ook wordt het als een middel gezien om de kans op overspel tijdens het huwelijk te verkleinen en als preventie tegen verkrachting. Een ander motief dat genoemd wordt is de esthetica, het wordt als fraai en schoon beschouwd. Tot slot wordt ook een economische factor genoemd: het is een bron van inkomen voor de mensen die de besnijdenissen uitvoeren (WHO, 2016). De praktijk heeft een lange geschiedenis (Hodges, 2001) en is niet voorbehouden aan Moslims, het gebruik is ook bekend onder bijvoorbeeld Christenen en waarschijnlijk deed het al zijn intrede voor de komst van deze religies (Bartels, 1993). Het komt voor dat gemeenschappen zich beroepen op religieuze redenen, maar in de Koran of in de Bijbel wordt deze praktijk niet voorgeschreven (WHO, 2016).

De medische risico's zijn niet gering. Er kan onder meer gedacht worden aan acute complicaties na de ingreep, shock door overmatig bloedverlies, sepsis ten gevolge van de onhygiënische omstandigheden, schade aan anus of urethra en urineretentie en besmetting met hiv, Hepatitis B en C door gebruik van hetzelfde mesje. Op lange termijn kunnen er complicaties ontstaan ten gevolge van de littekenvorming: dyspareunie, inclusiecyten van de vulva, langdurige menses en urineweginfecties worden beschreven. Obstetrische problemen zijn niet-vorderende uitdrijving, fistelvorming en het ontstaan van rupturen. En dan hebben we het nog niet gehad over de psychische en seksuele aspecten. De WHO biedt een samenvatting van de gevolgen gebaseerd op een meta-analyse uit 2006 van beschikbaar onderzoek: 'Met betrekking tot de gynaecologische risico's die in verband worden gebracht met besnijdenis van vrouwen komt een studiegroep van de WHO (...) tot de conclusie dat besneden vrouwen significant meer risico hebben op negatieve gynaecologische gevolgen dan vrouwen die niet besneden zijn. Bovendien nemen die risico's toe, naarmate de ingreep ingrijpender was. Die negatieve gevolgen kunnen ook pasgeborenen raken. Voor meisjes en vrouwen kan het ondergaan van een besnijdenis een traumatische ervaring zijn en tot tal van problemen met de mentale

gezondheid leiden. Aangezien sommige vormen van besnijdenis de verwijdering van seksueel belangrijke structuren betreft, waaronder de glans clitoridis en delen van de kleine schaamlippen, geven sommige vrouwen aan dat ze een verminderde seksuele respons en bevrediging ervaren. Verder kan littekenvorming in het gebied rond de vulva leiden tot pijn, waaronder ook tijdens seksueel contact. Naast deze gezondheidsrisico's wordt ook last ondervonden bij activiteiten in het dagelijkse leven door anatomische vervormingen. Dat kan bijvoorbeeld opspelen bij gynaecologisch onderzoek, cytologietesten, het verwijderen van de baarmoeder na een abortus, het plaatsen van een spiraaltje of het gebruik van een tampon bij type 3 besnijdenissen' (vertaling uit het Engels door de auteurs) (WHO, 2016).

Terminologie

De WHO spreekt niet over besnijdenis maar gebruikt de term '*female genital mutilation*'. De term '*female genital cutting*' wordt ook wel gebruikt. Ook in Nederland wordt frequent de term 'vrouwelijke genitale vermindering' (vgv) gebruikt. Als paraplubegrip wordt de term 'schadelijke traditionele praktijken' gebruikt, waartoe niet alleen vrouwenbesnijdenis wordt gerekend maar ook geweld uit naam van de familie-eer. Dit paraplubegrip wordt als volgt gedefinieerd: 'Schadelijke traditionele praktijken is een verzamelterm voor vormen van onderdrukking en geweld tegen kinderen (vooral meisjes) en vrouwen die voortkomen uit traditie, cultuur, religie of bijgeloof. Deze geweldsvormen worden gepleegd en actief gedoogd door de ouders of familie van het slachtoffer of door religieuze en gemeenschapsleiders. Ze genieten de instemming van de meerderheid in de gemeenschap of zelfs de staat. Hierdoor kunnen ze lang voortbestaan en worden ze van generatie op generatie overgedragen' (zie ook: Askari et al., 2019). Hoewel er inmiddels ook debat is ontstaan over het besnijden van jongens, bestaat de neiging om schadelijke traditionele praktijken sterk op te vatten als gedragingen die hun oorsprong vinden in patriarchale verhoudingen en met name indruisen tegen de (mensen)rechten van vrouwen. En dan lijkt het vooral ook gericht op groepen met een niet-westerse achtergrond. Westerse praktijken - denk bijvoorbeeld aan vormen van plastische chirurgie zoals correctie van de schaamlippen - blijven buiten schot (Jeffreys, 2005). Hoewel er ongetwijfeld misstanden zijn die schendingen van mensenrechten tot gevolg hebben en hun oorsprong vinden in cultureel beïnvloede opvattingen, kleeft aan het gebruik van dit soort terminologie ook beperkingen. De kracht is gelegen in het normerende, dat wil zeggen het sterk afkeurende karakter van woorden als 'vermindering' en 'schadelijke praktijken'. Maar daarin zit gelijk ook een zwakte: want het normatieve karakter maakt het niet makkelijker om met individuen en groepen in contact te treden en debat over bepaalde normen te stimuleren op weg naar het uitbannen van

dit soort praktijken. Mensen kunnen zich aangevallen voelen omwille van die ene praktijk of hun culturele achtergrond in het verdachtenbankje geplaatst zien en niet als een reservoir dat wellicht ook oplossingen kan bieden. Bij de concrete casuïstiek heeft het LEC EGG ervaren dat deze terminologie de behandeling niet ten goede komt. Door terminologie te gebruiken zoals 'besnijdenis' en/of aansluiting te zoeken bij gebruikte terminologie binnen de groep is het voor betrokkenen duidelijk waar het om gaat en kan alsnog met klem de boodschap worden gegeven dat deze praktijk bij meisjes in Nederland niet getolereerd wordt, zonder dat de mensen in kwestie het gevoel hebben dat hun volledige culturele achtergrond gediskwalificeerd wordt. Belangrijk is dat de communicatie in stand kan worden gehouden (Pijpers et al., 2010; Janssen, 2017; Janssen, Aoulad Hadj, & Bentvelzen, 2017).

Geschatte omvang in Nederland

In een onderzoek uit 2005 werd ervan uit gegaan dat jaarlijks ten minste 50 meisjes uit Nederland besneden zouden worden. Het expertisecentrum Pharos heeft onlangs getracht inzicht te krijgen in de mate waarin besnijdenis onder vrouwen in Nederland een rol speelt. In Nederland woonden in 2018 ruim 95.000 vrouwen die afkomstig zijn uit landen waar meisjesbesnijdenis een cultureel gebruik is. Naar schatting is 43 procent van hen besneden: bijna 41.000 vrouwen. Het grootste deel van hen (82%) komt uit Somalië, Egypte, Ethiopië, Eritrea, Soedan en Irak. In Nederland wonen 38.000 meisjes van de leeftijd tussen 0-19 met tenminste 1 ouder uit een land waar vrouwenbesnijdenis voorkomt. Van deze 38.000 meisjes lopen 4200 meisjes het risico besneden te worden in de komende 20 jaar (zie ook Kawous et al., 2020). Dit is vooral het geval wanneer hun ouders de traditie voortzetten en preventieve maatregelen hen niet bereiken. Het risico wordt beïnvloed door sociale druk, kennis over wetgeving en (gezondheids)risico's en houding ten opzichte van het besnijden van vrouwen. Verondersteld wordt dat het risico afneemt naarmate mensen langer in Nederland verblijven en beter op de hoogte zijn van de regels hier en de weg naar hulpverlening weten te vinden. Hierbij moet volgens Pharos worden opgemerkt dat het risico voor een deel van de meisjes pas echt reëel wordt wanneer zij het land van herkomst bezoeken. Pharos geeft aan dat er geen aanwijzingen zijn dat de besnijdenis van de meisjes in Nederland zelf heeft plaatsgevonden.

De taak van het LEC EGG bij de aanpak van besnijdenis van vrouwen en meisjes

Voordat in de derde paragraaf wordt stil gestaan bij de belangrijke vraag naar kwesties bij de aanpak van besnijdenis van vrouwen en meisjes, wordt in deze paragraaf eerst kort uitgelegd wat het LEC EGG is en welke bijzondere rol dit centrum binnen de nationale politie vervult wat betreft de aanpak van onder meer besnij-

denis. Eerst wordt er kort beschreven waar het centrum zich mee bezig houdt en vervolgens wordt kort uitgelegd hoe besnijdenis zich verhoudt tot de eerproblematiek.

Wat is en doet het LEC EGG?

Formeel bestaat het LEC EGG sinds 2008. Sinds 2003 is tijdens een pilotperiode toegewerkt naar de oprichting van dit centrum. Informele navraag bij collega's heeft tot dusver niet geleid tot de observatie dat in de vijf jaar voor de formele oprichting van dit centrum andere casuïstiek in beeld kwam. Het takenpakket van het Landelijk Expertise Centrum Eer Gerelateerd Geweld richt zich op de behandeling van complexe eengerelateerde geweldszaken. Om dit op een adequate manier te kunnen doen, zijn in de loop der jaren vijf taakvelden benoemd:

- Operationele advisering en ondersteuning
- Wetenschappelijk onderzoek
- Ondersteuning beleid (rijks)overheid
- Onderwijs en voorlichting
- Opbouw en onderhoud van (internationale) netwerken, niet alleen onder professionals en wetenschappers, maar ook in gemeenschappen waarin zich facetten van de eerproblematiek voordoen

Het LEC EGG ondersteunt lokale eenheden van de politie, gespecialiseerde opvang, de Immigratie- en Naturalisatie Dienst, het Landelijk Knooppunt Huwelijksdwang en Achterlating (LKHA) en Veilig Thuis bij de analyse en het maken van een plan van aanpak bij complexe zaken. Voor een aantal lokale eenheden en externe partners neemt het LEC EGG ook het piket waar, dat betekent dat het centrum zaken in ontvangst neemt die buiten kantooruren worden voorgelegd, een eerste advies geeft en doorverwijst naar partners die een rol te spelen hebben in de aanpak. Dat kan de lokale politie en/of de hulpverlening zijn, afhankelijk van wat nodig is.

Wat is de relatie tussen geweld uit naam van de familie-eer en besnijdenis van meisjes?

In de eerste paragraaf werd aangegeven dat er kritiek is op terminologie die de communicatie met groepen negatief kan beïnvloeden. Bij de politie spreken wij dan ook niet over 'schadelijke traditionele praktijken', maar gebruiken we geweld uit naam van de familie-eer als paraplu-begrip. Bij familie-eer gaat het vaak om kwesties als het kiezen van een partner, het veroordelen van seksualiteit en zwangerschappen buiten het huwelijk en problemen bij het verbreken van relaties. In schema 1 wordt een overzicht gegeven.

Schema 1. Kwesties die aan de familie-eer kunnen raken in de levensloop en mogelijke reacties

Fase in de levensloop	Issues die aan familie-eer raken	Mogelijke reactie
Kindertijd 0-12 jaar	<ul style="list-style-type: none"> • Buiten de echt geboren worden • Verzet tegen regels in het gezin 	<ul style="list-style-type: none"> • Besnijdenis • Achterlating • (Dreiging met) geweld
Pubertijd 12-18 jaar	<ul style="list-style-type: none"> • Verzet tegen regels in het gezin • Verlies maagdelijkheid • Buitenechtelijke zwangerschap • Verkrachting • Het kiezen van een partner 	<ul style="list-style-type: none"> • Gearrangeerd huwelijk • Huwelijksdwang • Achterlating • (Dreiging met) geweld • Zelfdoding • (Dreiging met) verstoting
Jongvolwassenheid 18-24 jaar	<ul style="list-style-type: none"> • Verzet tegen regels in het gezin • Verlies maagdelijkheid • Buitenechtelijke zwangerschap • Verkrachting • Het kiezen van een partner • Echtscheiding en het opnieuw aangaan van een relatie, eventuele discussie over voogdij over de kinderen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gearrangeerd huwelijk • Huwelijksdwang • Huwelijksgevangenschap • Achterlating • (Dreiging met) geweld • Zelfdoding • (Dreiging met) verstoting
Volwassenheid 24 jaar en ouder	<ul style="list-style-type: none"> • Verlies maagdelijkheid • Buitenechtelijke zwangerschap • Het kiezen van een partner • Verkrachting • Gearrangeerde huwelijken • Echtscheiding en het opnieuw aangaan van een relatie, eventuele discussie over voogdij over de kinderen 	<ul style="list-style-type: none"> • Huwelijksdwang • Huwelijksgevangenschap • Achterlating • (Dreiging met) geweld • Zelfdoding • (Dreiging met) verstoting

Bron: Janssen, 2017

Veel Nederlanders zullen ongetwijfeld van mening zijn dat zaken als het kiezen of verlaten van een partner kwesties zijn waarbij hooguit twee individuen betrokken zijn. In onze samenleving zijn er echter ook groepen waarin de gedachte leeft dat dergelijke stappen in de individuele levensloop de hele familie aangaan, waarbij afwijkend gedrag in de ogen van de familie met geweld gesanctioneerd kan worden (Janssen, 2017). Schema 1 laat ook zien hoe daarop al dan niet met geweld gereageerd kan worden door de familie. Dwang bij het sluiten van huwelijken, het achterlaten van vrouwen en kinderen in het buitenland, dreiging met (fysiek) geweld, het komt helaas allemaal in beeld bij de politie. In paragraaf 1 zijn verschillende motieven beschreven waarom in gemeenschappen waarde kan worden gehecht aan de besnijdenis van vrouwen. Het niet besneden zijn kan onder meer de kansen op het vinden van een huwelijkspartner verkleinen. Ook hier geldt weer dat dit zaken zijn die in groepsverband spelen en waarbij sociale druk met betrekking tot de goede naam van de familie een belangrijke rol speelt. Kortom, het zijn geen beslissingen, waaraan individuen zich zo maar kunnen onttrekken.

Welke zaken komen bij het LEC EGG?

Ter voorbereiding op het onlangs gehouden rondetafelgesprek over genitale verminking in de Tweede Kamer zijn de door het LEC EGG gebruikte politieke informatiesystemen geraadpleegd. In Nederland zijn namelijk weinig empirische gegevens bekend. Om die reden is nagegaan hoeveel zaken bij het LEC EGG bekend zijn geworden. Daarbij konden wij teruggaan tot het jaar 2016. Tot en met 2019 zijn wij in totaal negen zaken tegen gekomen. In al die gevallen ging het om families van Somalische herkomst. Met het oog op de anonimiteit wordt hier verder een vrij beknopte beschrijving gegeven. In zes gevallen werd gevreesd voor een besnijdenis. Soms klopte hulpverlening of school bij de lokale politie aan met zorgen over een meisje. Het kwam ook voor dat familieleden hun zorg uitten. Als de politie merkt dat er gevreesd wordt voor besnijdenis of dat er problemen leven ten gevolge van een dergelijke ingreep, zal worden doorverwezen naar (medische) hulpverlening via Veilig Thuis en het LKHA. In het Nederlandse veiligheidsbeleid wordt een onderscheid gemaakt tussen acute veiligheid en duurzame veiligheid. De politie heeft een taak met betrekking

tot de acute zorg voor veiligheid. Dat heeft tot gevolg dat de politie dan ook geen zicht heeft op wat er op langere termijn gebeurt in bijvoorbeeld een hulpverleningstraject. Het is ook voorgekomen dat families naar het buitenland zijn verhuisd en daardoor uit het zicht verdwenen

In de andere drie gevallen kwamen de betrokken meisjes in eerste aanleg voor een andere zaak bij de politie in beeld (onderzoek naar een verkrachting, dreiging met huwelijksdwang en achterlating). In de loop van het onderzoek werd duidelijk dat de meisjes besneden waren. In deze gevallen werd uit verklaringen van betrokken familieleden afgeleid dat de ingreep voor vestiging in Nederland plaatsvond. Om wat voor soort besnijdenis het ging, was uit de politiegegevens niet op te maken.

Kwesties bij de aanpak van besnijdenis van vrouwen en meisjes vanuit politieel perspectief

Strafrechtelijke grond

In Nederland is er geen aparte strafbaarstelling voor besnijdenis van vrouwen. De handeling is strafbaar als een vorm van zware mishandeling met voorbedachten rade onder artikel 303 van het Wetboek van Strafrecht. Iedereen die een meisjesbesnijdenis uitvoert of meewerkt aan de besnijdenis van een meisje is strafbaar. Er staat een maximale gevangenisstraf van 12 jaar op of een geldboete van maximaal 76.000 euro. Deze handelingen worden volgens de Nederlandse strafwet beschouwd als uitlokking, medeplichtigheid of mededaderschap (artikel 47 en 48 Wetboek van Strafrecht). Als het plaatsvindt in familiale kring, geldt dat als een strafverzwarende omstandigheid (artikel 304 lid 1 Wetboek van Strafrecht). Het gaat hier dus om een vorm van geweld. Bij de opsporing, handhaving en het verlenen van noodhulp ligt dus een taak voor de politie.

Wegen naar de politie: 'halen' en 'brengen'

Het is belangrijk dat de politie die zaken ook opmerkt. In principe kan de politie op twee manieren kennis van een zaak nemen. In politiejargon wordt gesproken over 'halen' wanneer de politie zelf een zaak op het spoor komt. Bij 'brengen' brengen burgers een zaak onder de aandacht door te melden of aangifte te doen. Om zaken te kunnen 'halen' is het belangrijk dat politiemensen en hun partners kennis hebben van het fenomeen besnijdenis. Het LEC EGG probeert hiertoe bij te dragen door het ontwikkelen van les- en voorlichtingsmateriaal (zie bijvoorbeeld: Janssen, Aoulad Hadj & Bentvelzen, 2017). Het is echter een beperking dat besnijdenis een aangelegenheid is die zich in de intieme sfeer van de familie afspeelt. Voor de politie is het dan ook allesbehalve eenvoudig om zelf gevallen van besnijdenis te detecteren. Verplichte controles bij in Nederland gevestigden of personen die zich hier willen vestigen bij uit- en inreizen naar landen waarvan bekend is dat het risico bestaat dat er besnijdenissen worden uitgevoerd, lijken wellicht een oplossing te bieden. Maar aan der-

gelijke controles zitten de nodige haken en ogen. Naast het feit dat dit een repressieve maatregel is die belastend en zelfs traumatiserend kan werken, zijn er nog andere belangrijke vragen: wie moet er dan wel en niet gecontroleerd worden bij uitreis naar bepaalde landen? Is er dan geen sprake van discriminatie? Hoe wordt toestemming gegeven als het minderjarigen betreft? Wie moet die controles dan uit gaan voeren en onder welke omstandigheden? Bovendien zijn niet alle vormen van besnijdenis makkelijk vast te stellen met het blote oog, denk bijvoorbeeld aan prikken en incisies.

De politie is dan ook erg afhankelijk van de meldingsbereidheid van betrokken burgers en andere partners in de veiligheidszorg, zoals medische zorgverleners. De slachtoffers zelf zijn vaak jonge kinderen die niet uit eigen overweging naar de politie zullen gaan (Barre & Ressler, 2019). Daarnaast kan men in vraag stellen of familieleden en andere betrokkenen uit de eigen gemeenschap de weg weten in het Nederlandse landschap van de veiligheidszorg en of ze genegen zijn zulke intieme zaken met professionals te bespreken. Bovendien zal bij familieleden ook de gedachte meespelen dat zij zichzelf of een familielid belasten door verklaringen bij de politie af te leggen. Een belangrijke vraag die bij het LEC EGG in ieder geval leeft, is waarom bij ons zo weinig zaken worden voorgelegd, een verschijnsel dat overigens ook in het buitenland wordt waargenomen (zie Leye, Deblonde, García-Añón et al., 2007; Johnsdotter, 2019). Dit is opmerkelijk omdat de politie wel veel andere zaken binnen krijgt waarin vertrouwelijkheid rondom zeden en seksualiteit ook een belangrijke kwestie is. Is dat een indicatie voor een relatief lage prevalentie en incidentie? Die vraag kunnen wij niet beantwoorden, maar verdient wel aandacht.

Bewijslast

Iemand die een meisje heeft besneden of laten besnijden in het buitenland, kan in Nederland vervolgd worden als hij of zij de Nederlandse nationaliteit heeft. Of als hij of zij een vaste woonplaats of verblijfplaats heeft in ons land. Dat laatste kan voor problemen rondom de bewijslast zorgen als niet precies kan worden vastgesteld wanneer de ingreep heeft plaats gevonden: voor of na vestiging in Nederland. Voor datering van ingrepen is de politie mede afhankelijk van de kennis van medisch specialisten.

Tot slot: de samenwerking met artsen

In de 'Leidraad Medische zorg voor vrouwen en meisjes met vrouwelijke genitale verminking (VGV) 1 november 2019' van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG) is de volgende passage over de relatie met de veiligheidszorg opgenomen: 'Sinds 1 juli 2013 zijn organisaties en zelfstandigen verplicht een meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld te hebben. Iedere meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld behoort een Stappenplan te bevatten. Hulpverleners zijn wettelijk verplicht de stap-

pen van de meldcode te doorlopen bij vermoedens van huiselijk geweld en/of kindermishandeling en zo zelf te bepalen of men wel of niet meldt bij Veilig Thuis. Vanaf 1 januari 2019 moet zo'n Stappenplan ook een afwegingskader bevatten. Het afwegingskader maakt deel uit van Stap 5 van het Stappenplan van de KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld. Dit afwegingskader beschrijft op basis van welke overwegingen de arts/hulpverlener tot de conclusie kan komen dat een situatie of vermoeden van kindermishandeling en/of huiselijk geweld dermate ernstig is dat een melding bij Veilig Thuis noodzakelijk is. Gevallen van acute en/of structurele onveiligheid zijn hiervan een voorbeeld. Veilig Thuis kan vervolgens weer contact opnemen met het LEC EGG. Tot op heden heeft dat echter nog niet tot meer zaken geleid die bij het LEC EGG onder de aandacht zijn gebracht.

We realiseren ons dat deze geciteerde passage een dwingend karakter heeft, maar vanuit het standpunt van de politie juichen we deze kordate stellingname van de NVOG van harte toe. We beseffen ons dat voor artsen die gericht zijn op genezen en willen helpen, de weg naar instellingen als Veilig Thuis en de politie niet eenvoudig is. Een belangrijke reden om dit stuk te schrijven was om onze waardering voor de medische professie uit te spreken en van politieke kant het belang van samenwerking met artsen te onderstrepen. Dit complexe probleem kan de politie niet alleen te lijf. Uit hoofde van hun professie hebben artsen een grotere kans om deze dramatische ingrepen bij jonge mensen te ontdekken. Wij hebben hen niet alleen nodig om tijdig zaken te herkennen. Ook vinden wij het van belang dat artsen ons goed op de hoogte houden van de medische aspecten van deze ingreep, aangezien politiemensen die deskundigheid nu eenmaal niet hebben. Via deze bijdrage hopen wij in ieder geval de samenwerking met de medische stand verder te stimuleren.

Literatuur

- Askari, L., Dekkers, M., Eeden, Q. van, Nooijer, A. de (2019). *Verkenning 'schadelijke traditionele praktijken'. Voor een samenhangende aanpak van praktijken die zelfbeschikking beperken*, Utrecht: Andersson Elffers Felix.
- Barre, H.S. & Ressler, M. (2019). 'Vakantie in Kenia', in: *De Groene Amsterdammer*, 6, https://www.groene.nl/artikel/vakantie-in-kenia?fbclid=IwAR26WfQKpNWBMPbGGuKHHbsgz_Kwi76RDUopT3hTilvIXDw8lC6AedbloJRO
- Bartels, E. (1993). 'Vrouwenbesnijdenis als markeringsritueel', in: *Antropologische Verkenningen*, (12) 1: 1-19.
- Hodges FM. (2001). The ideal prepuce in ancient Greece and Rome: male genital aesthetics and their relation to lipodermos, circumcision, foreskin restoration, and the kynodesme. *Bulletin of the history of medicine*. 2001;75(3):375-405.
- Janssen, J. (2017). Focus op eer. Een verkenning van eerzaken voor politieambtenaren en andere professionals, Den Haag: Boom Criminologie.
- Janssen, J., Aoulad Hadj, M. & Bentvelzen, H. (2017). 'Seksualiteit in de multiculturele samenleving', in: Höing, M., Janssen, J., Boer, A. & Liebrechts, M. (red.), *Bespreekbaar maken van seksualiteit en intimiteit. Handboek voor professionals in zorg en welzijn*, Bussum: Coutinho, p. 57-66.
- Jeffreys, Sh. (2005). *Beauty and Misogyny: Harmful Cultural Practices in the West*, London: Routledge.
- Johndotter, S.(2019). 'Meaning well while doing harm: compulsory genital examinations in Swedish African girls', in: *Journal of Sexual and Reproductive Health Matters*, Volume 27, - Issue 2, doi/full/10.1080/26410397.2019.1586817
- Kawous, R. et al. (2020). 'The prevalence and risk of Female Genital Mutilation/Cutting among migrant women and girls in the Netherlands: An extrapolation method', in: PLOS ONE, 15(4), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230919>
- Kool, R.S.B., Beijer, A., Durmpt, C.F. van, Eelman, J.M. & Knoops, G.G.J. (2005). *Vrouwelijke genitale verminking in juridisch perspectief. (Rechtsvergelijkend) onderzoek naar de juridische mogelijkheden tot voorkoming en bestrijding van vrouwelijke genitale verminking*, Zoetermeer: Raad voor Volksgezondheid en Zorg.
- Leye, E., Deblonde, J., García-Añón, J. et al. (2007). 'An analysis of the implementation of laws with regard to female genital mutilation in Europe', in: *Crime Law Soc Change* 47, 1-31, <https://doi.org/10.1007/s10611-007-9055-7>
- Pijpers, F.I.M., Exterkate, M. & Jager, M. de (2010). *Standpunt Preventie van Vrouwelijke Genitale Verminking (VGV) door de Jeugdgezondheidszorg*, Den Haag: RIVM.
- Vloeberghs, E., Knipscheer, J., Kwaak, A. van der, Naleie, Z. & Muijsenbergh, M. van den (2010). *Versluierde Pijn: een onderzoek naar psychosociale gevolgen van meisjesbesnijdenis*, Amsterdam: Pharos.
- WHO (2016). *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*, Geneva: WHO.

Websites

- <https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/nieuwsuur-over-jongensbesnijdenis.htm>, 4 mei 2018.
- <https://www.movisie.nl/artikel/wat-zijn-schadelijke-traditionele-praktijken>
- <https://www.ntvg.nl/artikelen/vrouwenbesnijdenis-het-verhaal-van-3-patiënten/volledig>
- <https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2019/11/Leidraad-Medische-zorg-voor-vrouwen-en-meisjes-met-vrouwelijke-genitale-verminking-VGV.pdf>
- https://www.tweedekamer.nl/debat_en_vergadering/uitgelicht/ronde-tafelgesprek-over-genitale-verminking
- https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2019/06/Vrouwelijke-Genitale-Verminking_omvang-en-risico-in-Nederland.pdf
- https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2018/10/Beleidsadvies_bestrijding_vrouwelijke_genitale_verminking_Pharos.pdf
- <https://www.politie.nl/binaries/content/assets/politie/algemeen/onderwerpteksten/eergerelateerd-geweld/terublik-op-2018-jaarverslag-van-het-lec-egg.pdf>
- <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>

Summary

Dealing with female genital mutilation from the perspective of the police

In this contribution, we describe how the Dutch police in general and especially the national centre of expertise on honour-based violence of the police (LEC EGG) deals with female genital mutilation. It is explained that female genital mutilation is seen as a manifestation of violence in the name of honour of the family. From 2016 till 2019, nine cases were received by the (LEC EGG). Are we missing out on cases or is there a low prevalence? It is difficult to answer that question. Nevertheless, the police deals with many cases in the sexual realm that take place within the same communities as where circumcision of females is happening. Although the police realizes that it is not evident for medical professionals to work together with the police, they are cordially invited to do so: the police does realise that they cannot tackle this complex phenomenon on their own.

Keywords: female genital mutilation, prevention, police, collaboration between law enforcement and medical profession

Trefwoorden: besnijdenis van vrouwen, preventie, politie, samenwerking tussen rechtshandhaving en medische professionals

Perceptie van en tevredenheid met het uitwendig genitaal: een grootschalig cross-sectioneel vragenlijstonderzoek

Loes Oomen¹, Liesbeth L. de Wall¹, Paul R.I. Rabsztyn¹, Barbara B.M. Kortmann¹ & Anke J.M. Oerlemans²

¹ Radboudumc, Amalia kinderziekenhuis, Nijmegen

² Radboudumc, IQ healthcare, Nijmegen

Samenvatting

Onder (jong-)volwassenen neemt de vraag naar cosmetische genitale chirurgie toe en gemakkelijk beschikbare pornografie schetst een onrealistisch ideaalbeeld van het genitale uiterlijk. Omdat er veel onduidelijkheid is over het 'normale' genitale uiterlijk onderzochten wij de perceptie van verschillende veelvoorkomende variaties van het uitwendige genitaal en de tevredenheid daarmee. In dit cross-sectionele onderzoek vulden festivalbezoekers een anonieme vragenlijst in. Deze vragenlijst bestond uit drie onderdelen: 1) vragen over demografie en seksualiteit, 2) vragen over het uiterlijk van het eigen genitaal en de tevredenheid hierover aan de hand van voorbeeldafbeeldingen en 3) dezelfde vragen over het geslachtsdeel van de laatste sekspartner. Via beschrijvende statistiek is de variatie in uiterlijk beschreven en met een multivariate analyse zijn voorspellende factoren voor (on)tevredenheid geïdentificeerd. In totaal zijn 1472 deelnemers geïnccludeerd waarvan 91% onder de 41 jaar en 61% vrouw. Het merendeel was tevreden over het uitwendige genitaal (73% van de vrouwen vs. 72% van de mannen). Tevredenheid over het geslachtsdeel van de partner was hoger: 91% van de mensen met een mannelijke partner was tevreden vs. 89% van de mensen met een vrouwelijke partner. Mannen zijn het minst tevreden over de lengte van hun penis (55%) en vrouwen over de grootte van hun binnenste schaamlippen (63%). Mannelijk gender, 20+ sekspartners en een hogere waardering van het seksleven zijn positief voorspellend voor tevredenheid over het eigen geslachtsdeel. Ondanks de grote variabiliteit in het genitale uiterlijk zijn de meeste deelnemers tevreden over het eigen uitwendige genitaal en nog meer over dat van hun partners.

Er is een grote variatie in het uiterlijk van geslachtsdelen. Zo zijn er veel verschillen in bijvoorbeeld de lengte en kromming van de penis of de grootte van de schaamlippen en clitoris (Clerico, Lari, Mojallal, & Boucher, 2017). Hoewel er verschillende onderzoeken zijn gedaan over de normaliteit van geslachtsdelen, is hier weinig consensus over. Zo worden er verschillende definities van labia hypertrofie gehanteerd en zijn er veel wisselende onderzoeksresultaten over de penislengte (Littara, Melone, Morales-Medina, Iannitti, & Palmieri, 2019). Dit komt onder andere door verschillende meetmethoden en gebrek aan gedegen vergelijkende

onderzoeken onder verschillende etniciteiten (Shaeer & Shaeer, 2012).

In de afgelopen decennia is er een groeiende ontevredenheid over het eigen genitaal ontstaan en hierbij ook een toenemende vraag naar cosmetische chirurgie (Lykkebo, Drue, Lam, & Guldborg, 2017). Pornografie en andere media schetsen een vertekend beeld van 'normaal'. Zij tonen veelal een eenzijdig beeld van geslachtsdelen, met name een beeld van symmetrische, kleine schaamlippen en grote penissen (Moran & Lee, 2014). Ook de trend om het schaamhaar te verwijderen draagt bij aan aandacht hiervoor (Koning, Zeijlmans, Bouman, & van der Lei, 2009). Het is bekend dat tevredenheid met het genitaal samenhangt met een meer algemeen positief lichaamsbeeld en een actiever seksleven. Daarentegen is ontevredenheid geassocieerd met verlaagd zelfvertrouwen en verminderd seksueel plezier (Ålgars et al., 2011; Schick et al., 2010).

Voorgaand onderzoek is gericht op de genitale perceptie van mannen en vrouwen en zijn er diverse vragenlijsten ontwikkeld die proberen dit te meten (Gaitner et al., 2017; Herbenick & Reece, 2010; Herbenick, Schick, Reece, Sanders, & Fortenberry, 2013; Weber, Schonbucher, Landolt, & Gobet, 2008). Echter is het

Loes Oomen is Master student geneeskunde in het Radboudumc, Amalia kinderziekenhuis, Nijmegen

Liesbeth L. de Wall is kinderuroloog in het Radboudumc, Amalia kinderziekenhuis, Nijmegen

Paul R.I. Rabsztyn is verpleegkundige Seksuoloog NWS in het Radboudumc, Urologie, Nijmegen

Dr. Barbara B.M. Kortmann is kinderuroloog in het Radboudumc, Amalia kinderziekenhuis, Nijmegen

Dr. Anke J.M. Oerlemans is medisch ethicus in het Radboudumc, IQ healthcare, Nijmegen

Correspondentieadres: Loes.Oomen@radboudumc.nl

Ontvangen: 24 februari 2020; Geaccepteerd: 7 juli 2020

nog onduidelijk in hoeverre het daadwerkelijke uiterlijk, de perceptie hiervan en de tevredenheid over het uitwendige genitaal samenhangen. Tevredenheid over het genitale uiterlijk kan, naast de perceptie hiervan, ook door andere factoren worden beïnvloed. Dezelfde anatomie wordt wisselend beoordeeld in verscheidene culturen en de tevredenheid kan verschillen afhankelijk van de setting of partner (Fudge & Byers, 2017; Moran & Lee, 2014). Zo blijken onder andere een hogere leeftijd, mannelijk geslacht en meer seksuele activiteit van invloed te zijn alsmede de manier waarop men wordt blootgesteld aan beelden van het genitaal (Laan, Martoredjo, Hesselink, Snijders, & van Lunsen, 2017). Ook de (veronderstelde) tevredenheid van sekspartners kan van grote invloed zijn op de eigen tevredenheid. Angst voor de reactie van de sekspartner blijkt te leiden tot verminderd seksueel plezier (Schick, Calabrese, Rima, & Zucker, 2010). Uit eerder onderzoek is gebleken dat vrouwen hun lichaam met een gefragmenteerde blik bekijken. Zij zijn geneigd om specifieke lichaamsdelen apart te evalueren in plaats van naar het geheel te kijken (Fudge & Byers, 2017).

Om een realistisch beeld te krijgen van een 'normaal' genitaal is inzicht nodig in de perceptie van en tevredenheid met het genitaal van (jong-) volwassenen. In dit onderzoek willen we zowel het zelf-waargenomen uiterlijk van het genitaal als de subjectieve beleving hiervan beschouwen. Hierdoor kunnen we de relatie tussen de perceptie en de tevredenheid met het uitwendige genitaal onderzoeken en bepalen welke factoren bijdragen aan de (on)tevredenheid. We achten het zinvol om ook de perceptie van seksuele partners te onderzoeken en te zien in hoeverre deze overeenkomt met de eigen perceptie en de specifieke onderdelen van het uitwendig genitaal apart te bevragen. Dit onderzoek had als doel de volgende vragen te beantwoorden:

- Welke anatomische variaties in het eigen uitwendige genitaal rapporteren deelnemers?
- Welke anatomische variaties rapporteren deelnemers in het uitwendige genitaal van hun laatste sekspartner?
- Hoe tevreden zijn de deelnemers over het uiterlijk van hun geslachtsdeel en dat van hun eventuele sekspartner?

Welk verband is er tussen het genitale uiterlijk, de tevredenheid en verschillende persoonskenmerken?

Method

Om de perceptie van en tevredenheid met het genitaal te onderzoeken, is een vragenlijst ontwikkeld door een expertgroep van het *Difference in Sex Development* (DSD) team uit het Radboud UMC. Zij counselen jongeren en ouders en merken dat er veel vragen zijn over wat een normaal genitaal uiterlijk is. Deze groep bestond uit (kinder)urologen, een seksuoloog, een psycholoog, een medisch-ethicus en een student-onderzoeker.

Aan de hand van reeds bestaande en gevalideerde vragenlijsten (Berman, Berman, Miles, Pollets, & Powell, 2003; Bramwell & Morland, 2009; Herbenick & Reece, 2010; Herbenick et al., 2013; Weber et al., 2008) en de expert opinion van de teamleden is een vragenlijst ontwikkeld in samenwerking met een medisch tekenaar (appendix). Hierbij zijn relevante vragen uit voorgaande vragenlijsten vertaald en bestaande hiaten opgevuld. Deze vragenlijst was zowel in het Engels als Nederlands beschikbaar en werd afgenomen via afgeschermded tablets om te privacy van deelnemers te garanderen.

Inhoud van de vragenlijst

De vragenlijst is ontwikkeld in het online-programma Limesurvey en bestond uit drie onderdelen. Het eerste deel bestond uit demografische vragen en enkele vragen over seksualiteit. Gezien de eventuele invloed op de tevredenheid is gevraagd naar leeftijd, afkomst, opleidingsniveau alsmede de seksuele oriëntatie, seksuele activiteit en de manier waarop men wordt blootgesteld aan beelden van geslachtsdelen. Ook werd er naar medische ingrepen aan het genitaal gevraagd alsmede of men het eigen genitaal bestudeerd had. Aangezien dit onderzoek plaats vond op een festival is ook de mate van intoxicatie meegenomen.

Het tweede deel bevatte vragen over het uiterlijk van en de tevredenheid met het eigen genitaal. Het derde deel betrof het uiterlijk van en de tevredenheid met het genitaal van de (eventuele) laatste sekspartner. Er werd niet gevraagd om de vragen als koppel te beantwoorden.

In deel 2 en 3 kregen deelnemers reeksen van medische tekeningen te zien waarbij verschillende variaties van aspecten van het genitaal werd getoond (zie voor twee voorbeelden figuur 1 en 2). De vraag hierbij was welke afbeelding het beste overeenkwam met het eigen geslachtsdeel resp. dat van zijn/haar laatste sekspartner.

Bij de vulva werd onderscheid gemaakt tussen de grootte van de binnenste schaamlippen, de verhouding van binnenste en buitenste schaamlippen en de grootte van de clitoris met clitoriskap. Bij de penis werden de aspecten lengte, dikte, locatie van de uitgang van de plasbuis, lengte van de voorhuid, de grootte van de glans, de huid van de schacht in slappe toestand en de stand in erectie bevraagd. Bij beide geslachten werd ook gevraagd naar de mate van ontharing. Op een 5-punts-Likertschaal werd gevraagd naar tevredenheid met en belang van verschillende aspecten van het uitwendig genitaal.

Figuur 1. Voorbeeld van een vraag uit de 'vulva-vragenlijst'. Deelnemers met een vulva werd gevraagd de verhouding van hun eigen schaamlippen te beoordelen aan de hand van gestandaardiseerde afbeeldingen.

Hieronder zie je 5 tekeningen van hoe vulva's er uit kunnen zien. De verhouding tussen binnenste en buitenste schaamlippen verschilt.

Mijn schaamlippen lijken het meest op



- 1. Plaatje 1
- 2. Plaatje 2
- 3. Plaatje 3
- 4. Plaatje 4
- 5. Plaatje 5
- Weet ik niet

Figuur 2. Voorbeeld van een vraag uit de 'penis-vragenlijst'. Deelnemers met een penis werd gevraagd de voorhuid van hun eigen penis te beoordelen aan de hand van gestandaardiseerde afbeeldingen

Hieronder zie je 5 voorbeelden van hoe een penis er uit kan zien waarbij de voorhuid verschilt. De voorhuid van mijn penis in slappe toestand lijkt het meest op.



- 1. Plaatje 1
- 2. Plaatje 2
- 3. Plaatje 3
- 4. Plaatje 4
- 5. Plaatje 5
- Weet ik niet

Procedure

Dit cross-sectionele onderzoek werd uitgevoerd op popfestival Lowlands van 16 t/m 18 augustus 2019. Gedurende drie dagen konden bezoekers van 18 jaar en ouder op een afgeschermd tablet de vragenlijst anoniem invullen. Dit onderzoek vond plaats op het terrein van Lowlands Science, waar meerdere onderzoeksgroepen de mogelijkheid hadden wetenschappelijk onderzoek te doen onder de festivalbezoekers. Deelnemers konden de vragen voor zowel een vulva als een penis invullen als het eigen geslachtsdeel of dat van de partner kenmerken van beide had. Exclusiecriteria waren leeftijd onder de 18 jaar en het zodanig onder invloed zijn dat men niet in staat werd geacht de vragenlijst te kunnen voltooien. Deelname was vrijwillig en deelnemers werden geworven door mond-op-mondreclame, (social-) media-aandacht en posters op locatie. Alle festivalbezoekers hadden gratis toegang tot de onderzoekslocatie. Informed consent werd verkregen nadat zowel mondeling als op papier uitleg was gegeven over het onderzoek. Dit onderzoek werd ter toetsing voorgelegd aan de Commissie Mensgebonden Onderzoek Arnhem-Nijmegen (dossiernummer 2019/5490), die het onderzoek als niet-WMO-plichtig beoordeelde.

Statistische analyse

Beschrijvende en toetsende statistiek werd uitgevoerd met Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versie 25. Voor de toetsende statistiek is de 5-punts-Likertschaal gehercodeerd in 2 categorieën: ontevreden (antwoorden "zeer mee oneens" en "oneens" op de vraag "ik ben tevreden met hoe mijn ... eruitziet") en tevreden-neutraal ("neutraal", "mee eens" en "helemaal mee eens"). Verschillen tussen groepen werden geanalyseerd met een chi-kwadraattoets en t-test voor onafhankelijke steekproeven. Logistische regressieanalyses zijn uitgevoerd waarbij de verschillende factoren getoetst werden in een correlatiematrix en de factoren met $p < 0.1$ werden meegenomen in het regressie model. Hierna is een regressie-analyse uitgevoerd waarin de invloed van leeftijd, geartheid, gender, opleidingsniveau, blootstelling aan porno, seksueel actief in laatste 3 maanden, aantal sekspartners en tevredenheid met het seksleven op de ontevredenheid over het eigen en partners genitaal werd getoetst. Verschillen werden significant verondersteld bij $p < 0.05$, gebaseerd op tweezijdig toetsen.

Resultaten

Met het oog op de leesbaarheid worden in deze resultaten deelnemers met een penis man en met een vulva vrouw genoemd. Uiteraard kunnen geslacht en genderidentiteit van elkaar verschillen; dat was in onze studie bij 4 deelnemers en 3 partners van deelnemers het geval.

In totaal hebben 1472 deelnemers de vragenlijst volledig ingevuld. In tabel 1 zijn de demografische gegevens weergegeven evenals de parameters betreffende seksualiteit.

Van de deelnemers gaven 638 mensen (44%) aan op dat moment helemaal geen alcohol te hebben gedronken en 90 mensen (6%) hadden meer dan 5 glazen genuttigd. Op moment van invullen waren 80 (5%) deelnemers onder invloed van drugs. Deze deelnemers werden allemaal geïnccludeerd in de analyses.

De meerderheid had in de afgelopen 3 maanden seks met een ander gehad (1312; 89%) en 29 (2%) van de ondervraagden hadden nog nooit een seksuele partner gehad. Gemiddeld gaf men zijn/haar seksleven een 7,26 ($\pm 1,60$) met een range van 1-10.

Daarnaast gaven 110 (8%) deelnemers aan ooit geopereerd te zijn aan het uitwendige genitaal; het grootste deel van de ingrepen betrof een circumcisie of frenulotomie (62; 57%).

Van de mannen gaven 494 deelnemers (87%) aan porno te kijken, tegenover 482 (54%) van de vrouwen. De ruime meerderheid van de deelnemers had het eigen genitaal bestudeerd, 456 (80%) mannen en 812 (90%) vrouwen.

Tabel 1. Deelnemerskarakteristieken

Percentage van totaal (N=1472)		
Gender		
Man	39%	(569)
Vrouw	61%	(899)
Anders	0,3%	(4)
Leeftijd		
18-25 jaar	47%	(692)
26-40 jaar	44%	(645)
41 jaar of ouder	9%	(135)
Opleidingsniveau¹		
Middelbare school	13%	(191)
MBO	10%	(151)
HBO/WO bachelor	42%	(624)
HBO/WO master	34%	(506)
Etniciteit		
Westers	97%	(1424)
Niet-Westers	3%	(48)
Percentage van totaal (N=1468) ²		
Seksuele geaardheid		
	Man	Vrouw
Heteroseksueel	88% (500)	83% (749)
Homoseksueel	7% (38)	2% (21)
Biseksueel	4% (23)	13% (112)
Anders	1% (8)	2% (17)
Aantal sekspartners		
	Man	Vrouw
Geen	1% (8)	2% (21)
1-5	34% (195)	37% (329)
6-10	22% (123)	22% (194)
11-20	22% (123)	25% (224)
21 of meer	21% (120)	15% (131)
Masturbatiefrequentie		
	Man	Vrouw
Nooit	1% (4)	5% (41)
Minder dan 1x per maand	4% (24)	17% (154)
1-3 keer per maand	12% (69)	30% (265)
Wekelijks	68% (384)	46% (411)
Dagelijks	16% (88)	3% (28)

¹MBO, middelbaar beroepsonderwijs; HBO, hoger beroepsonderwijs; WO, wetenschappelijk onderwijs.²Vier van de 1472 deelnemers gaven aan zich geen man of vrouw te voelen; zij zijn bij de parameters "seksuele geaardheid", "aantal sekspartners" en "masturbatiefrequentie" niet in het totaal opgenomen.

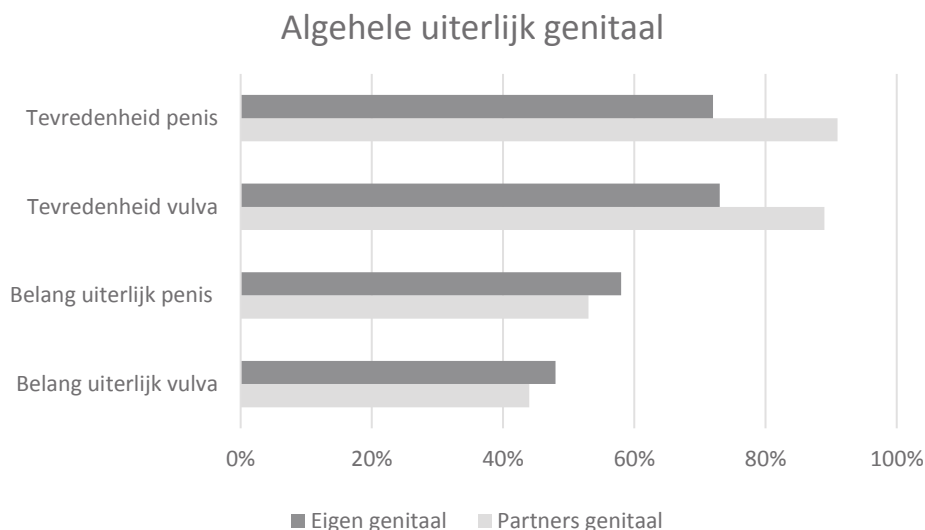
Tevredenheid uiterlijk uitwendig genitaal

Van de ondervraagden gaf het merendeel aan tevreden of zeer tevreden te zijn met het eigen genitaal (figuur 3). Er lijkt hierin geen verschil tussen mannen en vrouwen ($p=0.59$). Wel blijkt dat mannen significant meer belang hechten aan het uiterlijk van hun penis dan vrouwen aan hun vulva (OR 1.19, betrouwbaarheidsinterval (BI) 95% 1.08-1.32). Ook is men significant minder tevreden met het eigen genitaal dan met dat van hun partner (OR 0.24, BI 95% 0.14-0.40), maar hecht men meer belang aan het uiterlijk van het eigen genitaal (OR 2.64, BI 95% 2.13-3.27).

In tabel 2 zijn de resultaten van de multivariate analyse weergegeven, waarbij de invloed van verschillende factoren op genitale ontevredenheid is getoetst. Factoren die de ontevredenheid over het eigen geslacht negatief beïnvloeden zijn mannelijk gender, hogere beoordeling van het seksleven en het hebben gehad van meer dan 20 sekspartners in vergelijking met de andere 3 groepen (appendix 2). Factoren die de ontevredenheid over het genitaal van de laatste sekspartner negatief beïnvloeden zijn vrouwelijk gender, tevredenheid met het eigen genitaal en een hogere beoordeling van het seksleven. Andere factoren zoals leeftijd, seksuele oriëntatie, opleidingsniveau en afkomst waren niet van invloed op de ontevredenheid.

Tabel 2. Multivariate analyse

Factor	OR	95% betrouwbaarheidsinterval	P-waarde
Ontevredenheid eigen genitaal			
Mannelijk gender	.59	(.40 - .86)	.007
Aantal sekspartners			.024
0-5	2.00	(1.05-3.83)	
6-10	2.25	(1.08-4.26)	
11-20	2.79	(1.44-5.41)	
>20	Ref.		
Rapportcijfer seksleven in het algemeen ¹	.86	.78-.95	.003
Ontevredenheid partners genitaal			
Mannelijk gender	1.82	(1.06-3.12)	.029
Tevreden eigen genitaal	.20	(.11-.37)	<.001
Uiterlijk van partners genitaal belangrijk	1.77	(1.02-3.07)	.041
Seksueel actief in de afgelopen 3 maanden	3.71	(1.03-13.41)	.046
Rapportcijfer seksleven in het algemeen ¹	.77	(.65-.92)	.001

¹ Per 1 punt verschil op een 1-10-schaal**Figuur 3.** Tevredenheid met het uiterlijk van het eigen genitaal en dat van de laatste sekspartner.

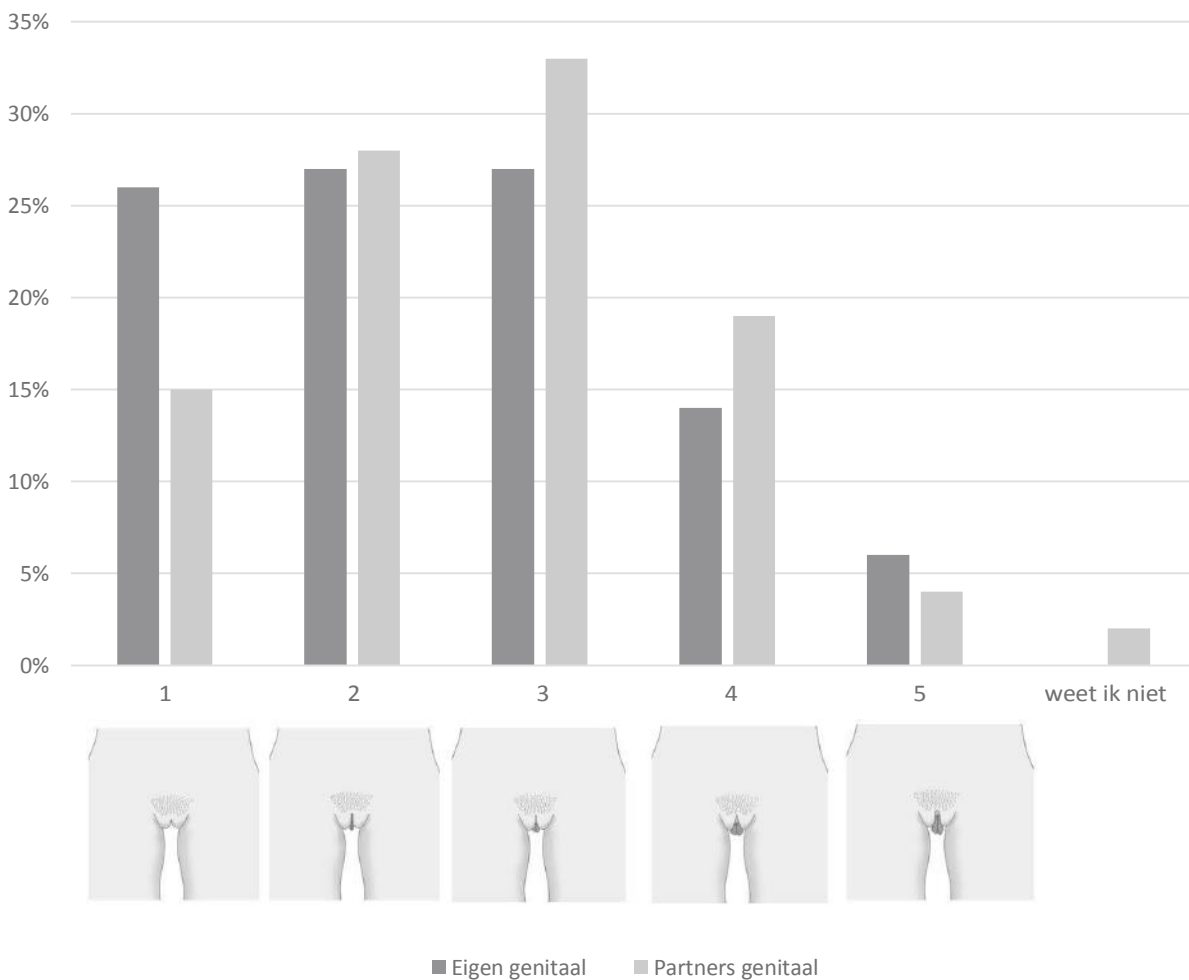
Perceptie en tevredenheid vulva

De meeste vrouwen gaven aan dat hun genitaal het meest op plaatje 2 en 3 lijkt, zowel wat betreft de verhouding tussen de binnenste schaamlippen en buitenste schaamlippen als de grootte van de binnenste schaamlippen (figuur 4 en 5). De helft van de deelnemers (450) gaf aan dat haar vulva volledig onthaard is,

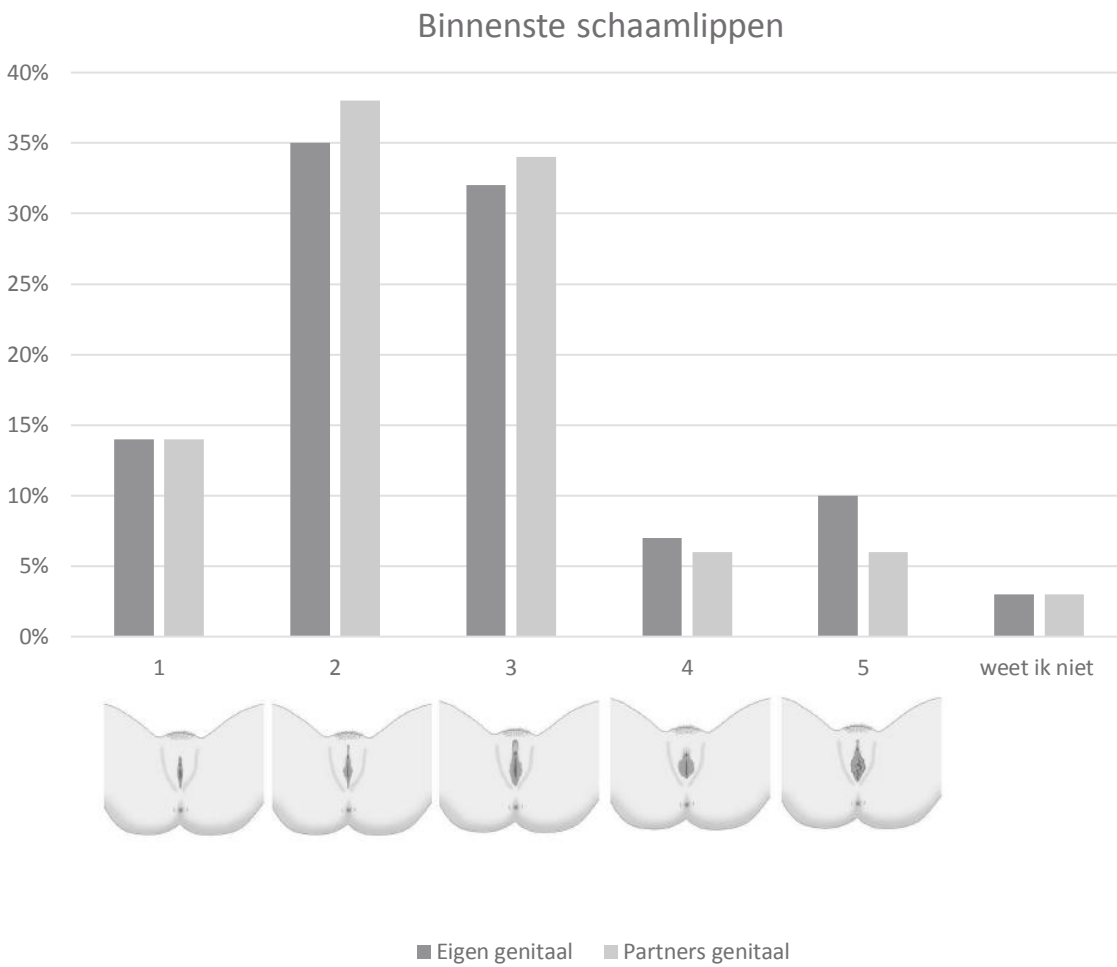
terwijl 22 mensen (3%) hun vulva helemaal niet onthaarden. Van de partners zien 287 (52%) de vulva het liefst volledig onthaard en 169 (31%) deels onthaard. In het algemeen schatten vrouwen hun binnenste schaamlippen kleiner dan de partners van de vrouwen in deze studie dat doen.

Figuur 4. Verhouding tussen de binnenste en buitenste schaamlippen – eigen genitaal en genitaal sekspartner

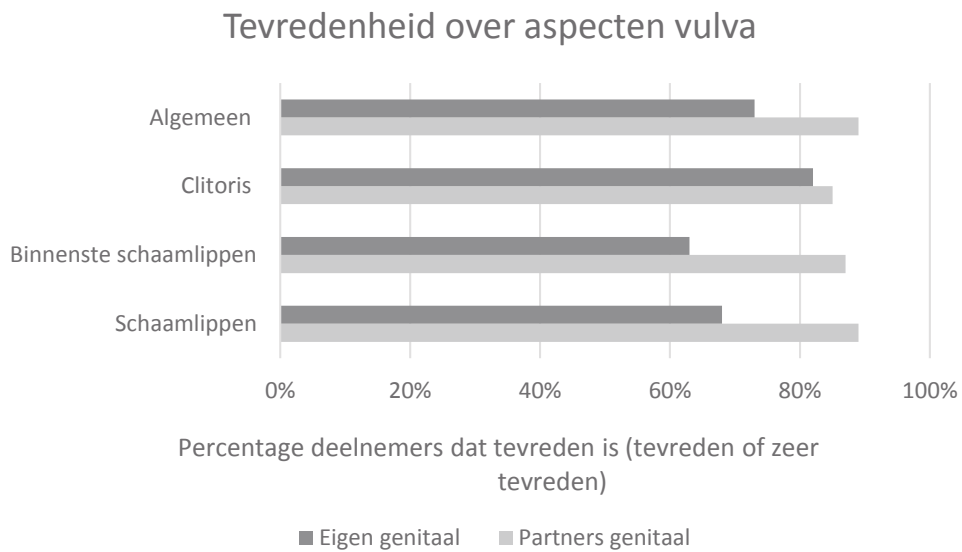
Verhouding grote en kleine schaamlippen



Figuur 5. Grootte van de binnenste schaamlippen – eigen genitaal en genitaal sekspartner



Figuur 6. Tevredenheid met verschillende aspecten van de vulva – eigen genitaal en genitaal sekspartner



Perceptie en tevredenheid penis

Het merendeel van de mannen gaf aan dat zijn penis van gemiddelde lengte en dikte is, evenals de grootte van zijn glans. Dit wordt ook door de partners zo gezien (figuur 7).

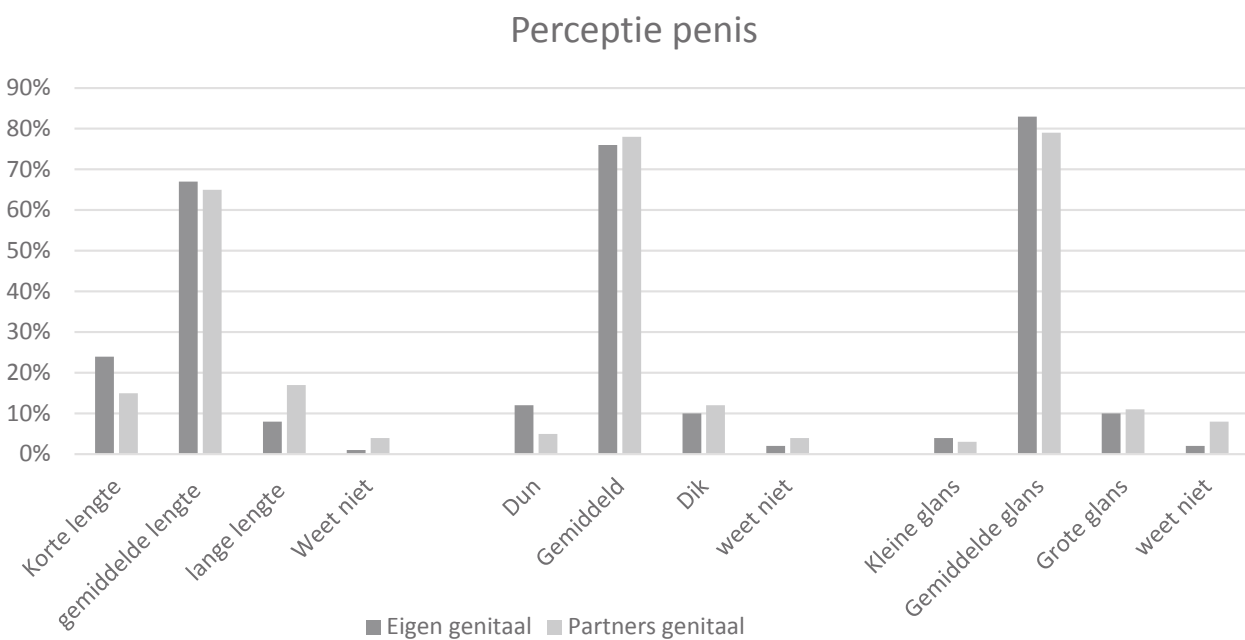
Over de locatie van de uitgang van de plasbuis gaven 531 (94%) van de deelnemers aan dat deze op de punt van de penis zit, 737 (84%) partners gaven dit ook aan, waarbij 98 deelnemers (11%) aandauiden dit niet te weten over hun laatste sekspartner.

In figuur 8 valt op dat partners vaker plaatje 3, 4 of 5 kiezen dan mannen zelf.

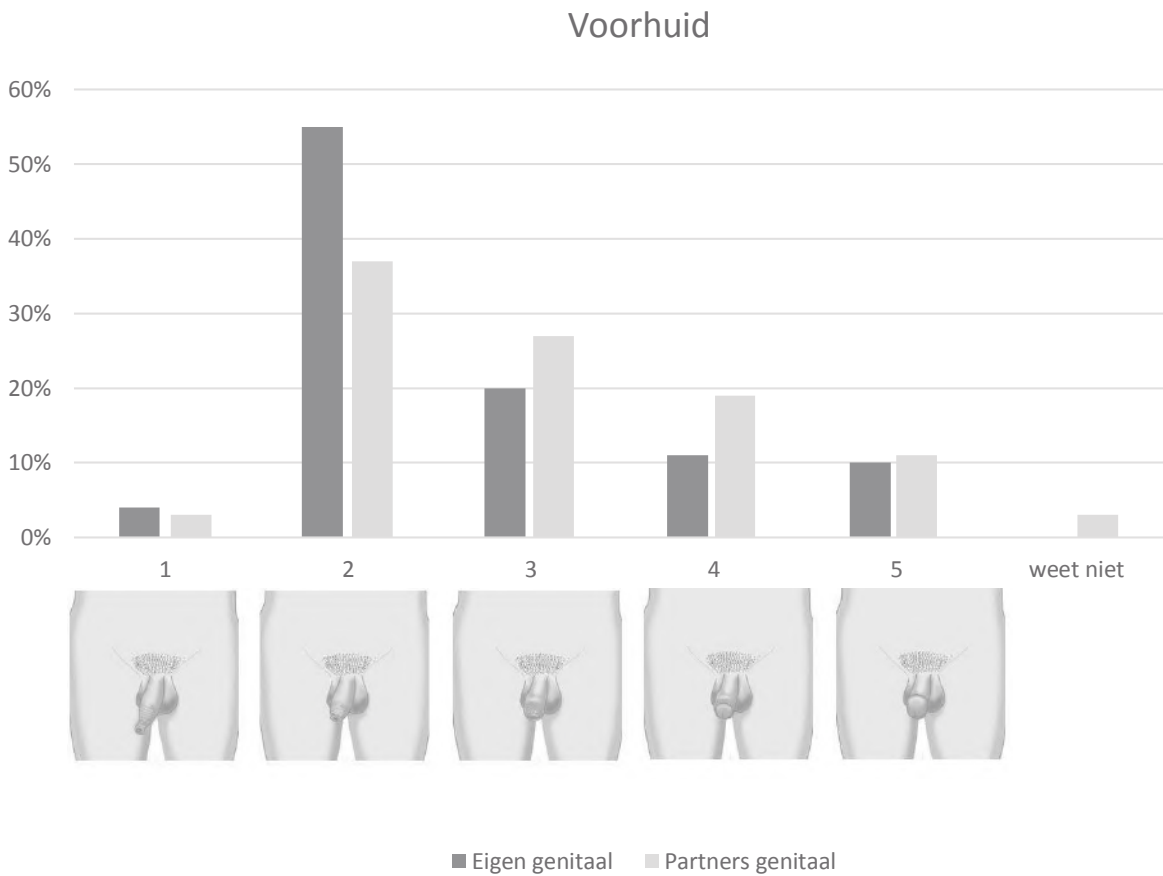
Verder gaven 452 (80%) mannen aan hun geslachtsdeel gedeeltelijk of volledig te ontharen en zien 618 (70%) partners de schaamstreek het liefst gedeeltelijk of volledig onthaard.

Ten slotte hebben 284 (50%) mannelijke deelnemers een kromming in erectie (160 (28%) in het horizontale vlak, 87 (15%) verticaal en 37 (7%) beide) en 310 (35%) partners rapporteerden een kromming bij hun laatste sekspartner.

Figuur 7. Lengte en omtrek van de penis en grootte van de glans – eigen genitaal en genitaal sekspartner



Figuur 8. Lengte van de voorhuid van de penis – eigen genitaal en genitaal sekspartner

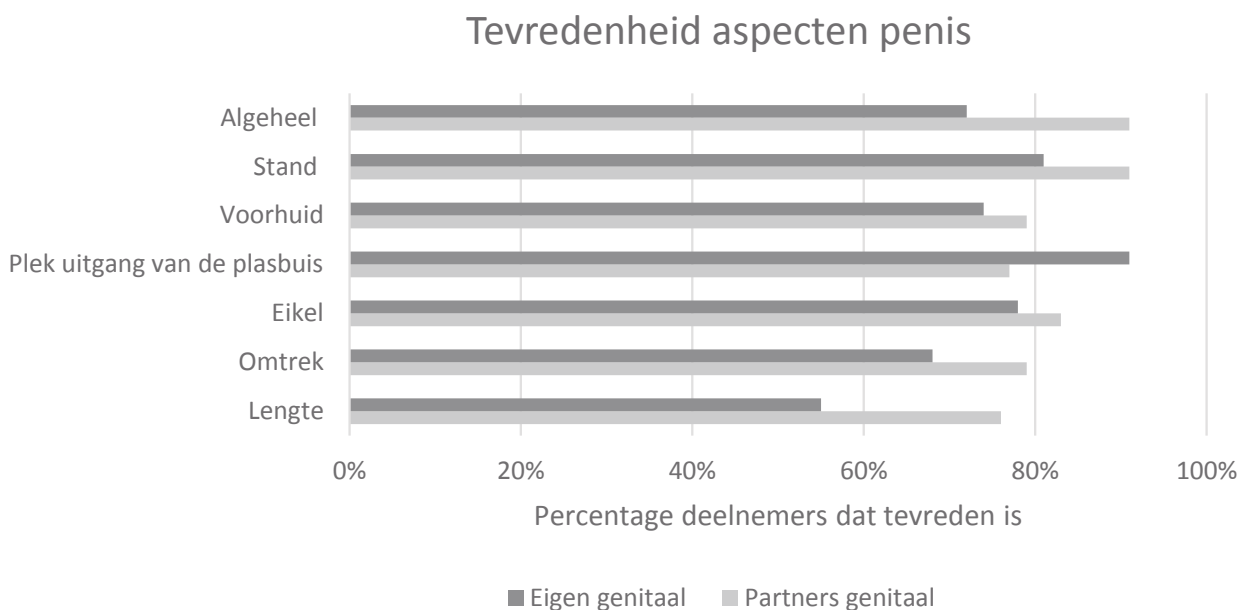


Tevredenheid aspecten penis

De meerderheid van zowel de mannen als de partners beoordeelt de penis positief (figuur 9), waarbij lengte het minst positief wordt beoordeeld. Partners vinden

de stand ook het belangrijkste (48%) en de lengte het minst (11%). Het algehele uiterlijk van de penis wordt door 466 (53%) partners belangrijk gevonden.

Figuur 9. Tevredenheid met verschillende aspecten van de penis – eigen genitaal en genitaal sekspartner



Discussie

In dit cross-sectionele onderzoek onder 1472 festivalbezoekers is gekeken naar de perceptie van en de tevredenheid over het uitwendige genitaal. Er blijkt een grote variatie te bestaan in de perceptie van het uiterlijk van geslachtsdelen.

Perceptie van het genitaal

In onze populatie zien we een ruime variatie in zelf-gereporteerde anatomie, waarbij de meeste deelnemers het eigen genitaal goed hadden bestudeerd. Dit is in overeenstemming met eerder onderzoek onder Nederlandse vrouwen (Koning et al., 2009). Er werd geen associatie gevonden tussen het bekijken van het eigen genitaal en de perceptie en tevredenheid. In eerdere studies varieerde de grootte van binnenste schaamlippen tussen de 7 mm en 5 cm, met een gemiddelde van 2 cm (Clerico et al., 2017). In deze studie gaf het grootste deel van de vrouwen aan in staande positie zichtbare binnenste schaamlippen te hebben. Sekspartners percipieerden de lengte van de binnenste schaamlippen als groter dan vrouwen zelf, waarschijnlijk heeft dit met de gezichtshoek te maken en het feit dat deze vaker door partners in opgewonden toestand worden gezien. De meeste mannen gaven aan hun eigen penis van gemiddelde lengte en dikte te vinden. In West-Europa is 6-20% van de mannen besneden, hetgeen overeenkomt met onze cijfers. Er werd geen verschil gevonden in de geobserveerde variatie van het eigen geslacht en dat van de laatste sekspartner, wat er op zou kunnen wijzen dat men een realistisch beeld heeft van het eigen genitaal. Tachtig procent van de mannen en 90% van de vrouwen onthaarde het genitaal deels of volledig. Het merendeel ziet bij sekspartners het liefst een onthaard genitaal en dit is in lijn met de trend om het schaamhaar te verwijderen (Butler, Smith, Colazzo, Caltabiano, & Herbenick, 2015).

Eigen versus partnertevredenheid

In dit onderzoek toonden we aan dat ruim 70% van de mensen tevreden is over het eigen geslachtsdeel. In de literatuur variëren deze cijfers sterk, tussen de 51% en de 92% (Ålgars et al., 2011; Gaither et al., 2017; Truong, Amaya, & Yazdany, 2017; Yurteri-Kaplan et al., 2012). Hoewel de meerderheid van de deelnemers tevreden is over het uiterlijk van het eigen geslachtsdeel blijkt men kritischer te zijn over het eigen genitaal dan dat van de laatste sekspartner. Dit is in lijn met eerder onderzoek waarin meer dan 90% tevreden was met het genitaal van de partner (Horrocks et al., 2016). Het meer kritisch zijn over het eigen genitaal en het meer belang hechten aan het uiterlijk hiervan zou deels verklaard kunnen worden door de zelf-objectiveringstheorie. Deze theorie wijst op het bekijken van het eigen lichaam vanuit het perspectief van een derde en het internaliseren van dit perspectief. Hierbij schrijft men de partner andere verwachtingen toe dan deze in werkelijkheid heeft (Ålgars et al., 2011). Dit hangt vaak samen met het con-

stant bewust zijn van het eigen lichaam (Vandenbosch & Eggermont, 2012). Waar vroeger werd aangenomen dat dit alleen voor vrouwen gold, is er tegenwoordig ook aandacht voor zelf-objectivering onder mannen (van den Brink et al., 2018).

Deel versus geheel

In de literatuur over genitale tevredenheid is bij mannen vooral de lengte van de penis onderzocht (Gaither et al., 2017; Herbenick et al., 2013). Het blijkt echter dat onder partners de lengte van de penis niet als belangrijkste aspect wordt gezien en dat genitale tevredenheid ook bij mannen uit meer bestaat dan penislengte alleen (Francken et al., 2002; Gaither et al., 2017; Ruppen-Greeff, Weber, Gobet, & Landolt, 2015). Ook in ons onderzoek bleek de lengte van de penis minder belangrijk voor de partners dan alle andere aspecten. Mannen zijn hier echter zelf het minst tevreden over. Dit zou verklaard kunnen worden doordat in de maatschappij een grote penis geassocieerd wordt met mannelijkheid en de gemiddelde penislengte over het algemeen overschat wordt (Ozer & Grift, 2014; Wylie & Eardley, 2007). De tevredenheid over de afzonderlijke aspecten van de penis komt overeen met eerder onderzoek onder Amerikaanse mannen (Gaither et al., 2017).

Vrouwen zijn het meest ontevreden over de lengte van hun binnenste schaamlippen. Dit is in overeenstemming met de literatuur. Labiareductie is de populairste ingreep wat betreft genitale cosmetische chirurgie en de belangrijkste reden om dit te overwegen blijkt esthetiek te zijn (Rouzier, Louis-Sylvestre, Paniel, & Haddad, 2000). Ook is de laatste jaren een opkomst van de 'designer'-vulva geobserveerd: kleinere binnenste schaamlippen die niet verder dan de buitenste schaamlippen uitsteken (Sharp, Tiggemann, & Mattiske, 2014). Westerse vrouwen vinden een vulva 'normaal' als de binnenste schaamlippen en de clitoriskap niet voorbij de buitenste schaamlippen komen (Yurteri-Kaplan et al., 2012). Wanneer mannen hun "ideale vulva" moeten beschrijven zijn de afmetingen van de binnenste schaamlippen groter dan wanneer dezelfde vraag aan vrouwen wordt gesteld. (Slief B, 2018). In een studie onder Australische mannen bleek de meerderheid geen voorkeur te hebben voor grote of kleine binnenste schaamlippen (Horrocks et al., 2016). Ook valt op dat de deelnemers de afzonderlijke aspecten van het geslachtsdeel relatief onbelangrijk vinden (11%-24%), terwijl het algehele uiterlijk van het geslachtsdeel van hun partner wel van belang is. Dit zou verklaard kunnen worden doordat men eerder naar het geheel kijkt en minder tijd en aandacht heeft voor de aparte aspecten.

Validiteit en betrouwbaarheid

Dit is het eerste Nederlandse onderzoek naar dit onderwerp in een grote groep mensen. Doordat het onderzoek anoniem was en het invullen afgeschermd en individueel gebeurde, verwachten we het risico op sociaalwenselijke antwoorden te hebben gemi-

maliseerd. Door het gebruik van gestandaardiseerde afbeeldingen kon de perceptie van het uiterlijk goed geobjectiveerd worden.

In deze steekproef gaf 85% van de deelnemers aan heteroseksueel te zijn, in grootschalig onderzoek in de Nederlandse populatie gaf 92% aan zichzelf heteroseksueel te noemen (Graaf, 2017). Slechts 0,2% van de deelnemers gaf aan zich niet te identificeren als man of vrouw, wat ook overeenkomt met eerder onderzoek {Graaf, 2017 #24}. In vergelijking met eerder onderzoek in de Nederlandse populatie is ons cohort seksueel actiever, masturbeert vaker en heeft meer sekspartners gehad (Graaf, 2017). Dit zou verklaard kunnen worden door de relatief lage leeftijd van onze groep, mensen onder de 40 jaar hebben over het algemeen vaker (solo) seks (Beutel, Stobel-Richter, & Brahler, 2008; Graaf, 2017; Kontula & Haavio-Mannila, 2009). Ook zou dit een relatief gezonde populatie zijn en zijn mensen die weinig seksueel actief zijn misschien minder bereid aan ons onderzoek mee te doen. Gemiddeld gaf men het seksleven een 7,26 ($\pm 1,60$), wat overeenkomt met eerder onderzoek in de Nederlandse bevolking (Graaf, 2017).

Een mogelijke zwakte van het onderzoek is de vertekening die kan zijn opgetreden in de deelnemersteekproef. Hoewel er niet actief geselecteerd is, zal slechts een deel van de Nederlandse bevolking bereid zijn om vragen over onderwerpen als seksualiteit en genitaal te beantwoorden en is het gemiddelde festivalpubliek geen afspiegeling van de algemene Nederlandse populatie. Analyse van de deelnemerskarakteristieken laat echter een redelijke spreiding in leeftijd, opleidingsniveau en seksualiteit zien.

Omdat het onderzoek op een festival plaatsvond is ook de invloed van geestverruimende middelen uitgevraagd. Alleen deelnemers die de volledige vragenlijst hebben afgerond werden geïnccludeerd. Aangezien het invullen ruim 10 minuten concentratie vereiste, gaan we ervan uit dat mensen die sterk onder invloed waren, de vragenlijst niet af kon maken en zijn ze dus niet geïnccludeerd. Ook bleek uit de analyse dat het gebruik van alcohol of drugs in deze populatie geen impact had op de tevredenheid.

Klinische relevantie

Tijdens het uitvoeren van dit onderzoek kwam het belang van het bespreken van dit onderwerp duidelijk naar voren. Deelnemers bleken opvallend geïnteresseerd in het onderwerp en ook na het onderzoek was er veel behoefte aan napraten en uitleg. Er is nog veel onwetendheid en misverstanden over het uiterlijke genitaal en er zijn veel uiteenlopende ideeën over normaliteit. De resultaten van dit onderzoek kunnen in de spreekkamer handvaten bieden om het gesprek over ontevredenheid aan te gaan, te benadrukken dat sekspartners veelal tevreden zijn en weinig belang hechten aan het uiterlijk van het genitaal en voorlichting te geven over de bestaande variëteit.

Hoewel een groot deel van de deelnemers aangeeft tevreden te zijn, is er ook een substantieel deel ontevreden of zeer ontevreden. Mannelijk gender en een hoger aantal sekspartners blijken hierop van invloed te zijn, maar de andere demografische en seksuele kenmerken hadden weinig prognostische waarde. Naar de reden van die ontevredenheid zou middels diepgaande interviews nader onderzoek gedaan kunnen worden. Ook de gevolgen van het ontevreden zijn over het genitaal en de invloed hiervan op de seksuele beleving en zelfbeeld, kunnen met dit onderzoek onvoldoende beschreven worden. Meer onderzoek is nodig om te achterhalen waarover men ontevreden is en welke prognostische factoren bepalen dat men meer risico loopt op ontevredenheid.

De deelnemersgroep betreft een volwassen populatie waarvan slechts 2% geen seksuele ervaring met een partner heeft gehad. Het blijkt dat het hebben van veel verschillende partners positief verband houdt met de tevredenheid met het eigen genitaal, al is onduidelijk wat hierbij oorzaak en gevolg is. Het zou waardevol zijn om hetzelfde onderzoek te verrichten bij een jongere populatie, waarvan een groter deel nog geen sekspartner heeft gehad. Ten slotte onderstreept dit onderzoek de behoefte aan openheid over genitaal uiterlijk en een meer realistisch beeld hiervan.

Dankbetuiging: De auteurs bedanken Reinier Akkermans voor zijn hulp bij de statistische analyses.

Belangenconflict: Er is geen sprake van belangenconflict

Literatuur

- Ålgars, M., Santtila, P., Jern, P., Johansson, A., Westerlund, M., & Sandnabba, N. K. (2011). Sexual Body Image and Its Correlates: A Population-Based Study of Finnish Women and Men. *International Journal of Sexual Health*, 23(1), 26-34. doi:10.1080/19317611.2010.509692
- Berman, L., Berman, J., Miles, M., Pollets, D., & Powell, J. A. (2003). Genital self-image as a component of sexual health: relationship between genital self-image, female sexual function, and quality of life measures. *J Sex Marital Ther*, 29 Suppl 1, 11-21. doi:10.1080/713847124
- Beutel, M. E., Stobel-Richter, Y., & Brahler, E. (2008). Sexual desire and sexual activity of men and women across their lifespans: results from a representative German community survey. *BJU Int*, 101(1), 76-82. doi:10.1111/j.1464-410X.2007.07204.x
- Bramwell, R., & Morland, C. (2009). Genital appearance satisfaction in women: the development of a questionnaire and exploration of correlates. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(1), 15-27. doi:10.1080/02646830701759793
- Butler, S. M., Smith, N. K., Collazo, E., Caltabiano, L., & Herbenick, D. (2015). Pubic hair preferences, reasons for removal, and associated genital symptoms: comparisons between men and women. *J Sex Med*, 12(1), 48-58. doi:10.1111/jsm.12763
- Clerico, C., Lari, A., Mojallal, A., & Boucher, F. (2017). Anatomy and Aesthetics of the Labia Minora: The Ideal Vulva? *Aesthetic Plast Surg*, 41(3), 714-719. doi:10.1007/s00266-017-0831-1
- Francken, A. B., van de Wiel, H. B., van Driel, M. F., & Weijmar Schultz, W. C. (2002). What importance do women attribute to the size of the

- penis? *Eur Urol*, 42(5), 426-431. doi:10.1016/s0302-2838(02)00396-2
- Fudge, M. C., & Byers, E. S. (2017). 'I Have a Nice Gross Vagina': Understanding Young Women's Genital Self-Perceptions. *J Sex Res*, 54(3), 351-361. doi:10.1080/00224499.2016.1155200
- Gaither, T. W., Allen, I. E., Osterberg, E. C., Alwal, A., Harris, C. R., & Breyer, B. N. (2017). Characterization of Genital Dissatisfaction in a National Sample of U.S. Men. *Archives of sexual behavior*, 46(7), 2123-2130. doi:10.1007/s10508-016-0853-9
- Graaf, W. (2017). Seksuele gezondheid in Nederland 2017 In *Rutgers Uitgeverij Ebon*.
- Herbenick, D., & Reece, M. (2010). Development and validation of the female genital self-image scale. *J Sex Med*, 7(5), 1822-1830. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01728.x
- Herbenick, D., Schick, V., Reece, M., Sanders, S. A., & Fortenberry, J. D. (2013). The development and validation of the Male Genital Self-Image Scale: results from a nationally representative probability sample of men in the United States. *J Sex Med*, 10(6), 1516-1525. doi:10.1111/jsm.12124
- Horrocks, E., Iyer, J., Askern, A., Becuzzi, N., Vangaveti, V. N., & Rane, A. (2016). Individual male perception of female genitalia. *Int Urogynecol J*, 27(2), 307-313. doi:10.1007/s00192-015-2836-0
- Koning, M., Zeijlman, I. A., Bouman, T. K., & van der Lei, B. (2009). Female attitudes regarding labia minora appearance and reduction with consideration of media influence. *Aesthet Surg J*, 29(1), 65-71. doi:10.1016/j.asj.2008.12.003
- Kontula, O., & Haavio-Mannila, E. (2009). The impact of aging on human sexual activity and sexual desire. *J Sex Res*, 46(1), 46-56. doi:10.1080/00224490802624414
- Laan, E., Martoredjo, D. K., Hesselink, S., Sniijders, N., & van Lunsen, R. H. W. (2017). Young women's genital self-image and effects of exposure to pictures of natural vulvas. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 38(4), 249-255. doi:10.1080/0167482x.2016.1233172
- Littara, A., Melone, R., Morales-Medina, J. C., Iannitti, T., & Palmieri, B. (2019). Cosmetic penile enhancement surgery: a 3-year single-centre retrospective clinical evaluation of 355 cases. *Scientific Reports*, 9(1), 6323. doi:10.1038/s41598-019-41652-w
- Lykkebo, A. W., Drue, H. C., Lam, J. U. H., & Guldberg, R. (2017). The Size of Labia Minora and Perception of Genital Appearance: A Cross-Sectional Study. *J Low Genit Tract Dis*, 21(3), 198-203. doi:10.1097/lgt.0000000000000308
- Moran, C., & Lee, C. (2014). What's normal? Influencing women's perceptions of normal genitalia: an experiment involving exposure to modified and nonmodified images. *Bjog*, 121(6), 761-766. doi:10.1111/1471-0528.12578
- Ozer, M., & van de Griff, T. (2014). Groot groter grootst. Achtergronden bij de hulpvraag 'te korte penis'.
- Rouzier, R., Louis-Sylvestre, C., Paniel, B. J., & Haddad, B. (2000). Hypertrophy of labia minora: experience with 163 reductions. *Am J Obstet Gynecol*, 182(1 Pt 1), 35-40. doi:10.1016/s0002-9378(00)70488-1
- Ruppen-Greeff, N. K., Weber, D. M., Gobet, R., & Landolt, M. A. (2015). What is a Good Looking Penis? How Women Rate the Penile Appearance of Men with Surgically Corrected Hypospadias. *J Sex Med*, 12(8), 1737-1745. doi:10.1111/jsm.12942
- Schick, V. R., Calabrese, S. K., Rima, B. N., & Zucker, A. N. (2010). Genital Appearance Dissatisfaction: Implications for Women's Genital Image Self-Consciousness, Sexual Esteem, Sexual Satisfaction, and Sexual Risk. *Psychology of Women Quarterly*, 34(3), 394-404. doi:10.1111/j.1471-6402.2010.01584.x
- Schick, V. R., Calabrese, S. K., Rima, B. N., & Zucker, A. N. (2010). Genital Appearance Dissatisfaction: Implications for Women's Genital Image Self-Consciousness, Sexual Esteem, *Sexual Satisfaction, and Sexual Risk. Psychol Women Q*, 34(3), 394-404. doi:10.1111/j.1471-6402.2010.01584.x
- Shaeer, O., & Shaeer, K. (2012). Impact of Penile Size on Male Sexual Function and Role of Penile Augmentation Surgery. *Current Urology Reports*, 13(4), 285-289. doi:10.1007/s11934-012-0260-2
- Sharp, G., Tiggemann, M., & Mattiske, J. (2014). Predictors of Consideration of Labiaplasty: An Extension of the Tripartite Influence Model of Beauty Ideals. *Psychology of Women Quarterly*, 39. doi:10.1177/0361684314549949
- Slief B, S. M. (2018). *Het ideaalbeeld van de vulva Amsterdam*
- Truong, C., Amaya, S., & Yazdany, T. (2017). Women's Perception of Their Vulvar Appearance in a Predominantly Low-Income, Minority Population. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*, 23(6), 417-419. doi:10.1097/spv.0000000000000442
- van den Brink, F., Vollmann, M., Sternheim, L. C., Berkhout, L. J., Zomerdijk, R. A., & Woertman, L. (2018). Negative Body Attitudes and Sexual Dissatisfaction in Men: The Mediating Role of Body Self-Consciousness During Physical Intimacy. *Archives of sexual behavior*, 47(3), 693-701. doi:10.1007/s10508-017-1016-3
- Vandenbosch, L., & Eggermont, S. (2012). Understanding Sexual Objectification: A Comprehensive Approach Toward Media Exposure and Girls' Internalization of Beauty Ideals, Self-Objectification, and Body Surveillance. *Journal of Communication*, 62(5), 869-887. doi:10.1111/j.1460-2466.2012.01667.x
- Weber, D. M., Schonbucher, V. B., Landolt, M. A., & Gobet, R. (2008). The Pediatric Penile Perception Score: an instrument for patient self-assessment and surgeon evaluation after hypospadias repair. *J Urol*, 180(3), 1080-1084; discussion 1084. doi:10.1016/j.juro.2008.05.060
- Wylie, K. R., & Eardley, I. (2007). Penile size and the 'small penis syndrome'. *BJU Int*, 99(6), 1449-1455. doi:10.1111/j.1464-410X.2007.06806.x
- Yurteri-Kaplan, L. A., Antosh, D. D., Sokol, A. I., Park, A. J., Gutman, R. E., Kingsberg, S. A., & Iglesia, C. B. (2012). Interest in cosmetic vulvar surgery and perception of vulvar appearance. *Am J Obstet Gynecol*, 207(5), 428.e421-427. doi:10.1016/j.ajog.2012.06.056

Summary

Perception of and satisfaction with genital appearance: a cross-sectional survey study

In the last decades, the demand for genital surgery has been rising and easily accessible pornography presents an unrealistic idealized picture of genital appearance. Since there is little consensus on the term 'normal genital appearance', the aim of this study was to gain insight in the common varieties in genital appearance and one's satisfaction with it. A cross-sectional study was conducted at a large Dutch festival where subjects filled out an anonymous digital survey. This survey consisted of three components: 1) questions on demography and sexuality, 2) questions on appearance of and satisfaction with their own genitals 3) these same question on the genitals of their last sex partner. A multivariate analysis was used to identify prognostic factors for (dis)satisfaction. 1472 participants completed the questionnaire of which 91% under the age of 41 and 61% female. Overall satisfaction with genital appearance was 73% (73% in women and 72% in men) without a significant difference between the sexes. Respondents were more satisfied with the appearance of their partner's genitalia (91% in men's partners, 89% in women's partners) than with their own. Men were least satisfied with their penis length (55%) and women with the size of their labia minora (63%). Factors positively influencing genital satisfaction were male gender, 20+ sexual partners, and higher rating of sex life. Despite large variability in genital appearance, most participants are satisfied with their own and even more with their partners' external genitalia.

Keywords: Genital satisfaction, penis, vulva, survey, external genitalia

Trefwoorden: Genitale tevredenheid, penis, vulva, surveyonderzoek, uitwendig genitaal

Appendix 1- vragenlijst ¹

¹Deze vragenlijst dient als voorbeeld van de vragenlijst die op Lowlands gebruikt is, daar was ook de mogelijkheid een vragenlijst in te vullen wanneer deelnemers en/of partners zowel een vagina als een penis hebben.

Algemene vragen

Hoe oud ben je?

- 18-25 jaar
- 26-40 jaar
- 41-60 jaar
- 61 of ouder

Ik ben

- Een man
- Een vrouw
- Anders

Wat is je hoogst behaalde schoolniveau/graad

- Basisschool
- Middelbare school
- Beroepsopleiding (mbo)
- Hbo/wo bachelor
- Hbo/wo master

Welke etniciteit heb je?

Selecteer alle mogelijkheden:

- Nederlands/westers
- Antilliaans
- Surinaams
- Marokkaans
- Turks
- Anders, namelijk:

Ben je op dit moment onder invloed van alcohol?

- Nee
- Ja, ik heb 1-5 glazen gedronken vandaag
- Ja, ik heb meer dan 5 glazen gedronken vandaag
- Ik wil dit niet beantwoorden

Ben je op dit moment onder invloed van drugs?

- Nee
- Ja
- Ik wil dit liever niet beantwoorden

Geef hier een toelichting op uw antwoord:

Wat is jouw seksualiteit?

- Ik ben heteroseksueel
- Ik ben homoseksueel
- Ik ben biseksueel
- Ik ben panseksueel
- Ik ben aseksueel
- Anders

Heb je in de afgelopen 3 maanden seks met iemand gehad? (Seks kan van alles zijn, bijvoorbeeld strelen penis of vagina, seks met de mond of met de penis in de vagina gaan) *

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- Ja
- Nee

Hoeveel sekspartners heb je tot nu toe in je leven gehad? (Seks kan van alles zijn, bijvoorbeeld strelen penis of vagina, seks met de mond of met de penis in de vagina gaan) *

- 0
- 1-5
- 6-10
- 11-20
- Meer dan 20

Masturbeer je?

- Nooit
- Minder dan 1 keer per maand
- 1-3 keer per maand
- 1 keer per week
- 2-3 keer per week
- Dagelijks

Welk cijfer geef jij je seksleven?

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-

Mensen komen op verschillende manieren in aanraking met geslachtsdelen. Waar en wanneer jij de geslachtsdelen van andere mensen ziet kan invloed hebben op hoe naar je eigen geslachtsdeel kijkt.

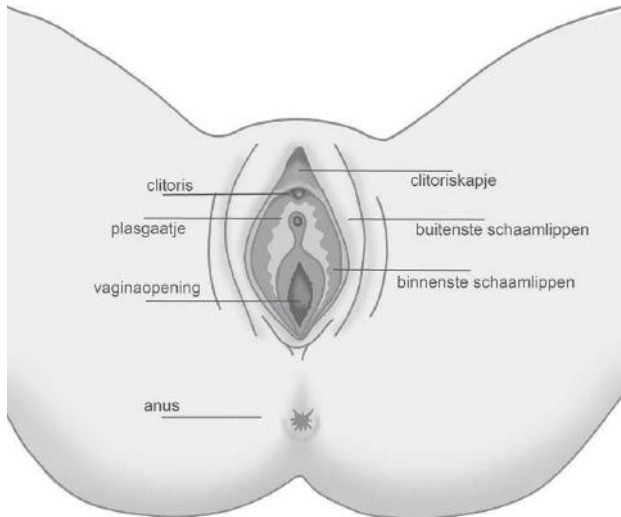
Waar zie jij wel eens geslachtsdelen van anderen?

Selecteer alle mogelijkheden:

- Expliciet seksuele beelden op tv
- Internet-bronnen (niet-pornografisch)
- Kleedruimtes/douches
- Medische teksten en illustraties
- Naaktstranden/ nudistische recreatiegebieden
- Via mijn beroep
- Pornografie
- Sekspartners
- Sauna
- Tijdschriften
- Anders
- Ik zie nooit geslachtsdelen van anderen

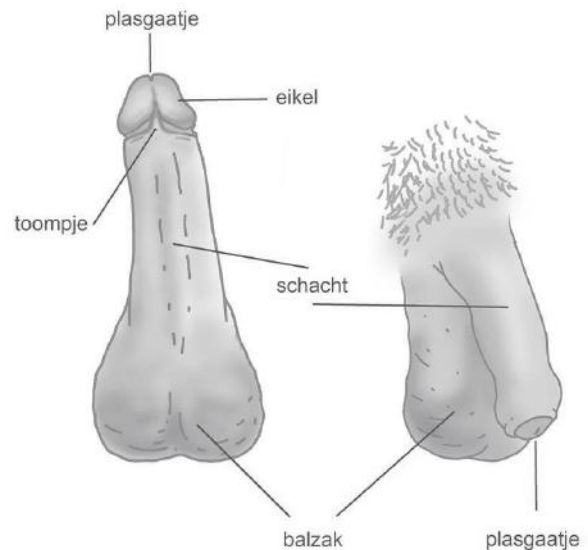
Beoordeling eigen geslachtsdeel

De volgende vragen gaan over jouw eigen geslachtsdeel.
We maken hierbij onderscheid tussen een vulva of een penis.



Hiernaast zie je een voorbeeld van een vulva met schaamheugel. De vulva is het uitwendige deel van het geslachtsorgaan. Hierbij horen de schaamlippen, de clitoris (inclusief de huid over de clitoris), het plasgaatje en de opening van de vagina.

Hiernaast zie je een voorbeeld van een penis met schaamheugel en balzak. De penis en balzak zijn het uitwendige deel van het geslachtsorgaan. Hierbij horen de penisschacht, de voorhuid, de eikel, het plasgaatje en de balzak.



Beantwoord de volgende vraag:

Mijn geslachtsdeel komt het meest overeen met:

- Een vulva:
Ga naar "Beoordeling eigen vulva" (pag 5)
- Een penis
Ga naar "Beoordeling eigen penis" (pag 8)
- Mijn geslachtsdeel heeft kenmerken van beide.
Ga naar "beoordeling eigen geslachtsdeel divers" (pag. 13)

Heb je ooit je eigen geslachtsdeel goed bekeken? Hiermee bedoelen we ook van de onderkant met bijvoorbeeld een spiegelkje.

- Ja
 Nee

Ben je ooit geopereerd aan je geslachtsdeel?

- Ja
 Nee

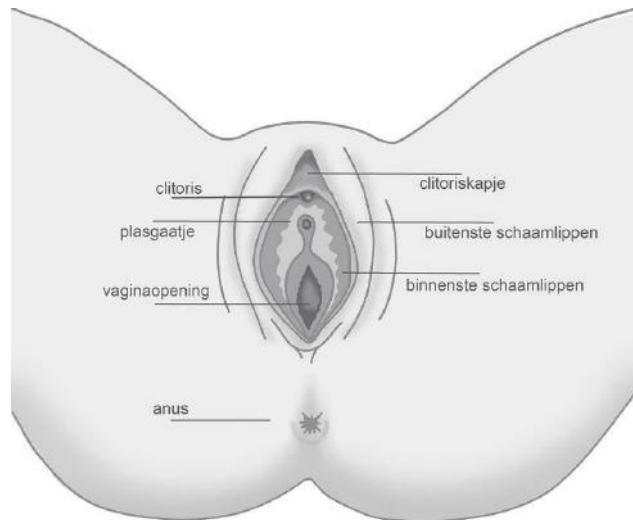
Zo ja, wat voor ingreep heb je ondergaan? Beschrijf kort wat er gedaan is:

Beoordeling eigen vulva

Hieronder zie je een voorbeeld van een vulva met schaamheugel. De vulva is het uitwendige deel van het geslachtsorgaan. Hierbij horen de schaamlippen, de clitoris (inclusief de huid over de clitoris), het plasgaatje en de opening van de vagina.

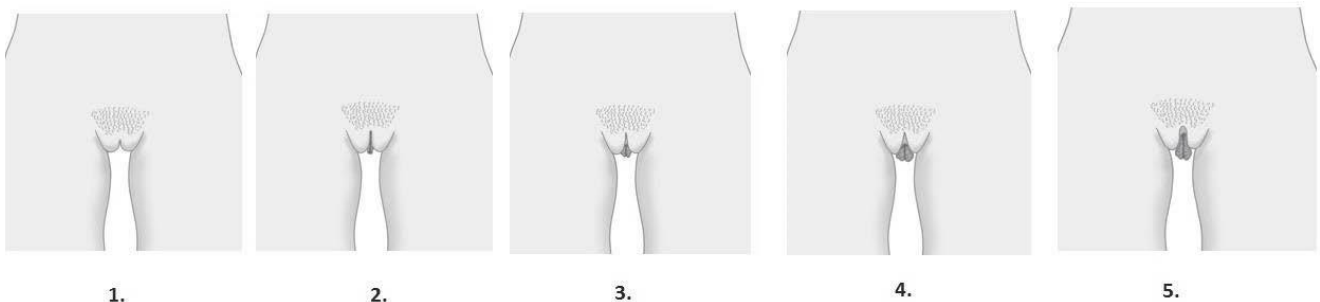
Graag willen we weten hoe jij je vulva beoordeelt. Eerst volgt een reeks met vragen waarin telkens 1 specifiek onderdeel van de vulva uitgelicht wordt, dit deel is dan blauw gekleurd. Daarna volgen er vragen over het algemene uiterlijk van je vulva.

Voor de duidelijkheid is het schaamhaar als stoppels weergegeven en is alles symmetrisch getekend: dat is in het echt vaak niet zo. Als er bij jou verschil is in grootte tussen bijvoorbeeld je linkse en rechtse schaamlip, kies dan de grootste. Het zou kunnen dat je niet zo goed weet hoe het er bij jou uitziet, je kunt dan "weet ik niet" aanklikken.



Hieronder zie je 5 tekeningen van hoe vulva's er uit kunnen zien. De verhouding tussen binnenste en buitenste schaamlippen verschilt.

Mijn schaamlippen lijken het meest op



- *
 Plaatje 1
 Plaatje 2
 Plaatje 3
 Plaatje 4
 Plaatje 5
 Weet ik niet

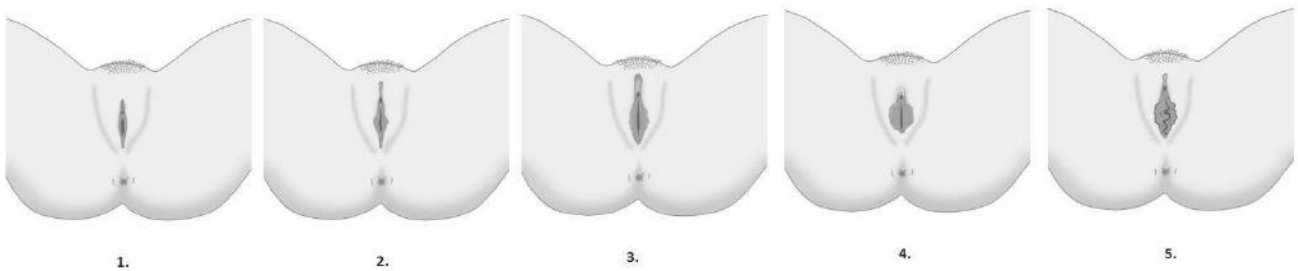
In hoeverre ben je het eens met deze stelling: "Ik ben tevreden met hoe mijn schaamlippen er uit zien."

- Helemaal mee oneens

- Mee oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens
- Hier heb ik nooit naar gekeken

Hieronder zie je 5 tekeningen in onderaanzicht van hoe vulva's er uit kunnen zien. De binnenste schaamlippen verschillen in grootte en vorm.

Mijn binnenste schaamlippen lijken het meest op



- Plaatje 1
- Plaatje 2
- Plaatje 3
- Plaatje 4
- Plaatje 5
- Weet ik niet

In hoeverre ben je het eens met deze stelling: "Ik ben tevreden met hoe mijn binnenste schaamlippen er uit zien."

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens
- Hier heb ik nooit naar gekeken

De clitoris en de huid over de clitoris kunnen in grootte en vorm verschillen.

In hoeverre ben je het eens met deze stelling: "Ik ben tevreden met hoe mijn clitoris er uit ziet."

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens
- Hier heb ik nooit naar gekeken

Is jouw geslachtsdeel op dit moment onthaard?

- Ja, volledig onthaard
- Ja, gedeeltelijk onthaard

- Ik scheer alleen mijn bikinilijn
- Nee, ik onthaar mijn geslachtsdeel niet.

In hoeverre ben je het eens met deze stelling: "Ik ben tevreden met het algehele uiterlijk van mijn vulva"

We bedoelen hiermee specifiek alleen het uiterlijk.

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens
- Weet ik niet

In hoeverre ben je het eens met deze stelling: "Het uiterlijk van mijn vulva is belangrijk voor me"

We bedoelen hiermee specifiek alleen het uiterlijk.

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens

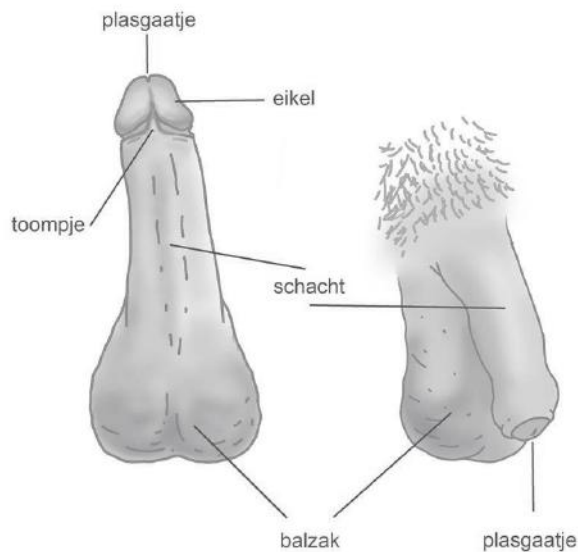
Beoordeling eigen penis

Hiernaast zie je een voorbeeld van een penis met schaamheugel en balzak. De penis en balzak zijn het uitwendige deel van het geslachtsorgaan. Hierbij horen de penisschacht, de voorhuid, de eikel, het plasgaatje en de balzak

Graag willen we weten hoe jij jouw penis beoordeelt. Eerst volgt een reeks met vragen waarin telkens 1 specifiek onderdeel van de penis uitgelicht wordt, dit deel is steeds blauw gekleurd. Daarna volgen er vragen over het algemene uiterlijk van je penis.

De tekeningen zijn slechts voorbeelden van hoe een penis er uit kan zien, als je twijfelt, kies het plaatje dat het meest lijkt.

Voor de duidelijkheid is het schaamhaar als stoppels weergegeven. Het zou kunnen dat je niet zo goed weet hoe het er bij jou uit ziet, je kunt dan "weet ik niet" aanklikken.



De lengte van de penis kan verschillen. Hoe beoordeel jij de lengte van jouw eigen penis in slappe toestand

- Mijn penis is kort
- Mijn penis is gemiddeld
- Mijn penis is lang
- Weet ik niet

In hoeverre ben je het eens met deze stelling: "Ik ben tevreden met de lengte van mijn penis in slappe toestand?"

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens
- Hier heb ik nooit naar gekeken

De dikte van de penis kan verschillen. Hoe beoordeel jij de dikte van jouw eigen penis in slappe toestand

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Mijn penis is dun
- Mijn penis is gemiddeld
- Mijn penis is dik
- Weet ik niet

In hoeverre ben je het eens met deze stelling: "Ik ben tevreden met de dikte van mijn penis in slappe toestand?"

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens
- Hier heb ik nooit naar gekeken

De grootte van de eikel kan verschillen. Hoe beoordeel jij jouw eigen eikel in slappe toestand?

- Mijn eikel is klein
- Mijn eikel is gemiddeld
- Mijn eikel is groot
- Weet ik niet

In hoeverre ben je het eens met deze stelling: "Ik ben tevreden met de grootte van mijn eikel in slappe toestand?"

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens
- Hier heb ik nooit naar gekeken

Hieronder zie je 5 voorbeelden van hoe een penis er uit kan zien waarbij de voorhuid verschilt. De voorhuid van mijn penis in slappe toestand lijkt het meest op.



1.

2.

3.

4.

5.

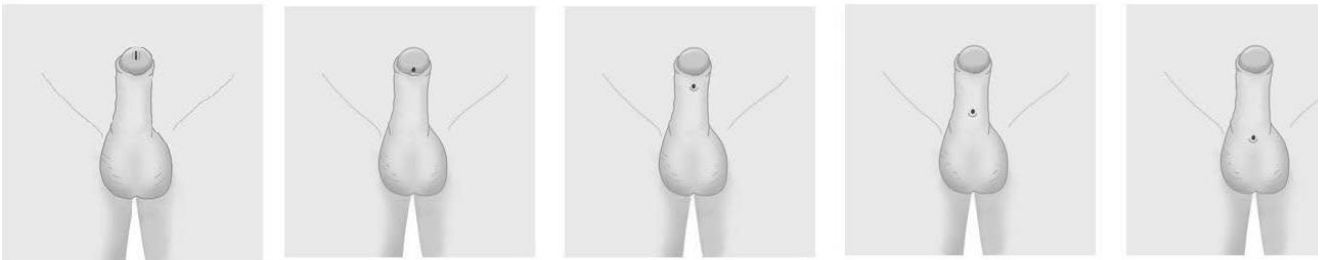
- Plaatje 1
- Plaatje 2
- Plaatje 3
- Plaatje 4
- Plaatje 5
- Weet ik niet

In hoeverre ben je het eens met deze stelling: "Ik ben tevreden met de voorhuid van mijn penis in slappe toestand?"

- Helemaal mee oneens

- Mee oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens
- Hier heb ik nooit naar gekeken

Hieronder zie je 5 voorbeelden van hoe een penis er uit kan zien waarbij de plek van het plasgaatje verschilt. Mijn penis in slappe toestand lijkt het meest op.



1.

2.

3.

4.

5.

- Plaatje 1
- Plaatje 2
- Plaatje 3
- Plaatje 4
- Plaatje 5
- Weet ik niet

In hoeverre ben je het eens met deze stelling: "Ik ben tevreden met de plek van mijn plasgaatje?"

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens
- Hier heb ik nooit naar gekeken

In hoeverre ben je het eens met deze stelling: "Ik ben tevreden met de huid van de schacht van mijn penis in slappe toestand."

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens
- Hier heb ik nooit naar gekeken

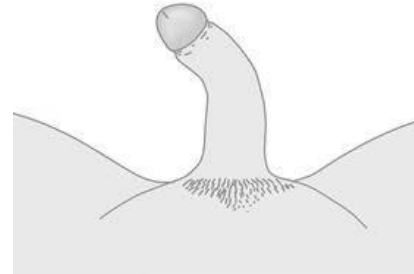
Zo niet, Waar ben je ontevreden over?

De stand van de penis in erectie kan verschillen. Hiernaast zie je een voorbeeld van hoe een kromming er uit kan zien. Hoe beoordeel jij je eigen penis in erectie:

- Mijn penis is recht
- In mijn penis zit een kromming naar links of rechts
- In mijn penis zit een kromming naar boven (richting buik) of naar beneden (richting balzak)
- Weet ik niet

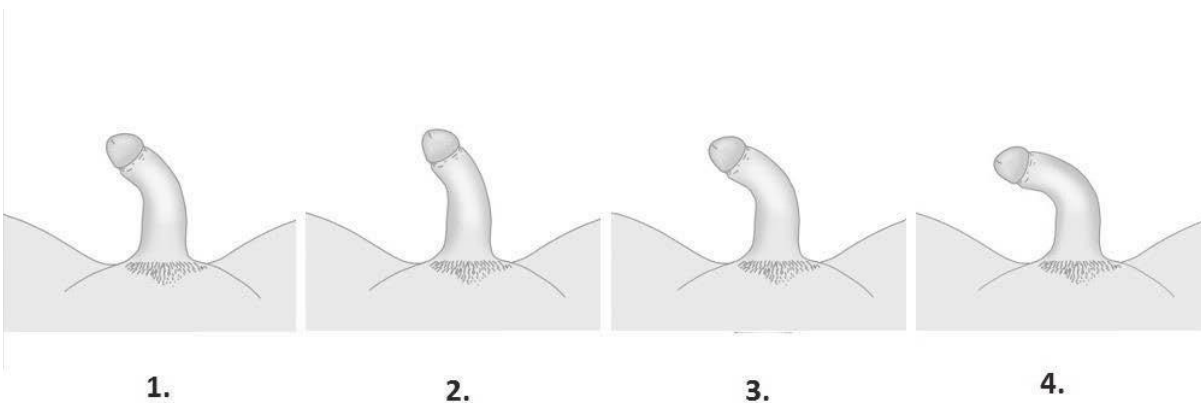
In hoeverre ben je het eens met deze stelling: "Ik ben tevreden met de stand van mijn penis in erectie"

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens
- Hier heb ik nooit naar gekeken



Als je een kromming naar links of naar rechts hebt:

Hieronder zie je 4 verschillende tekeningen van een penis in erectie waarbij de stand verschilt. De tekeningen zijn vanuit bovenaanzicht. Mijn penis in erectie lijkt het meest op.

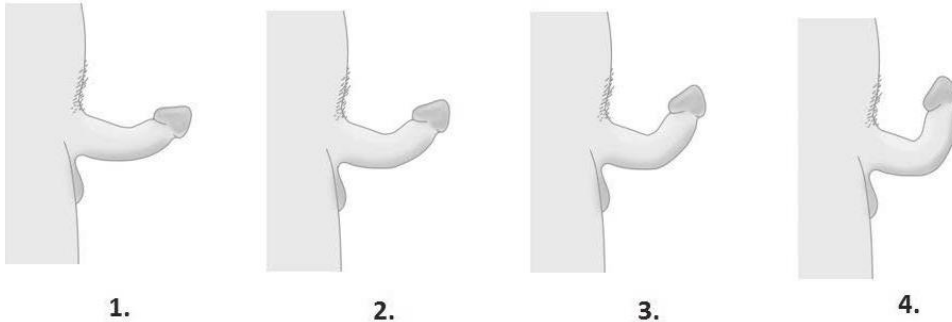


Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Plaatje 1
- Plaatje 2
- Plaatje 3
- Plaatje 4
- Weet ik niet

Als je een kromming naar boven of naar beneden hebt:

Hieronder zie je 4 verschillende tekeningen van een penis in erectie waarbij de stand verschilt. De tekeningen zijn vanuit zijaanzicht. Mijn penis in erectie lijkt het meest op.



- Plaatje 1
- Plaatje 2
- Plaatje 3
- Plaatje 4
- Weet ik niet

Is jouw geslachtsdeel op dit moment onthaard?

- Ja, volledig onthaard
- Ja, gedeeltelijk onthaard
- Nee, mijn geslachtsdeel is niet onthaard

In hoeverre ben je het eens met deze stelling: "Ik ben tevreden met het algehele uiterlijk van mijn penis in slappe toestand."

We bedoelen hiermee specifiek alleen het uiterlijk.

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens
- Weet ik niet

In hoeverre ben je het eens met deze stelling: "Het uiterlijk van mijn penis is belangrijk voor me."

We bedoelen hiermee specifiek alleen het uiterlijk.

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens

Beoordeling geslachtsdeel van je sekspartner

De volgende vragen gaan over het geslachtsdeel van je laatste sekspartner. Dit kan een eenmalig contact zijn geweest, maar ook je vaste relatie. Seks kan van alles zijn: bijvoorbeeld strelen van penis of vagina, seks met de mond of met de penis in de vagina gaan.

Wanneer er meerdere personen betrokken waren bij het laatste seksuele contact vragen we je er één te kiezen.

"Mijn meest recente partner had"

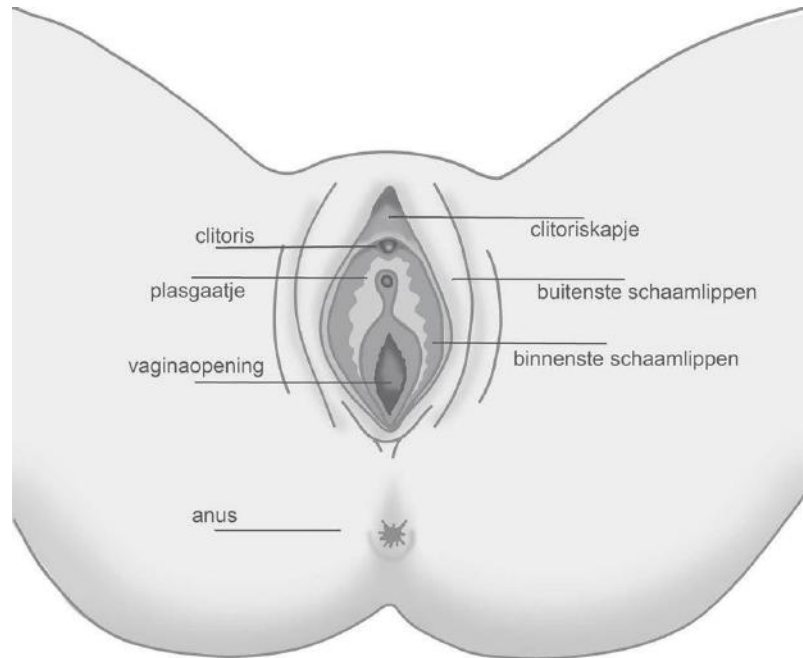
- Een vulva
Ga naar "Beoordeling partners vulva" (pag. 21)
- Een penis
Ga naar "Beoordeling partners penis" (pag. 25)
- Kenmerken van zowel een penis als een vulva
Ga naar "Beoordeling partners geslachtsdeel divers" (pag. 32)
- Ik ben niet seksueel actief met anderen
Je bent klaar met deze vragenlijst. Hartelijk dank.

Beoordeling partners vulva

Hieronder zie je een voorbeeld van een vulva met schaamheuveld. De vulva is het uitwendige deel van het geslachtsorgaan. Hierbij horen de schaamlippen, de clitoris (inclusief de huid over de clitoris), het plasgaatje en de opening van de vagina.

Graag willen we weten hoe jij de vulva van je partner beoordeelt. Eerst volgt een reeks met vragen waarin telkens 1 specifiek onderdeel van de vulva uitgelicht wordt, dit deel is dan blauw gekleurd. Daarna volgen er vragen over het algemene uiterlijk van de vulva.

Voor de duidelijkheid is het schaamhaar als stoppels weergegeven en is alles symmetrisch getekend: dat is in het echt vaak niet zo. Als er bij jouw partner verschil is in grootte tussen bijvoorbeeld de linkse en rechtse schaamlip, kies dan de grootste. Het zou kunnen dat je niet zo goed weet hoe het er bij jouw partner uitzag, je kunt dan "weet ik niet" aanklikken.



Hieronder zie je 5 verschillende vulva's waarbij de verhouding tussen binnenste en buitenste schaamlippen verschilt. De schaamlippen van mijn laatste partner lijken/leken het meest op



1. 2. 3. 4. 5.

- Plaatje 1
- Plaatje 2
- Plaatje 3
- Plaatje 4
- Plaatje 5
- Weet ik niet

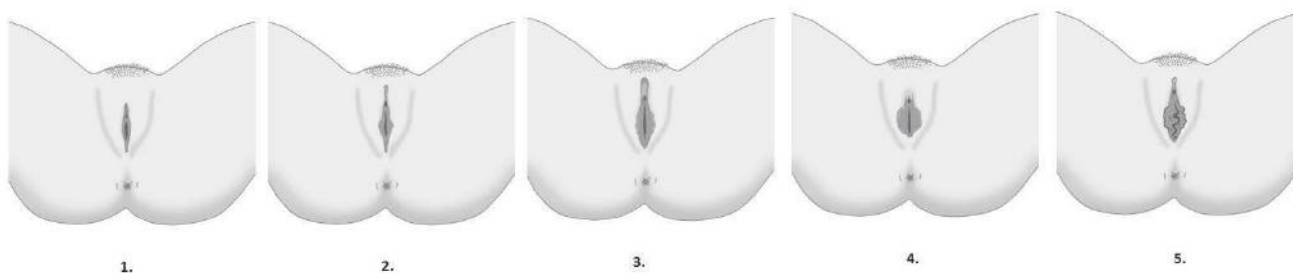
In hoeverre ben je het eens met deze stelling: "Ik ben/was tevreden met hoe de schaamlippen van mijn partner er uit zien."

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens
- Hier heb ik nooit naar gekeken

In hoeverre ben je het eens met deze stelling: "Ik vind de grootte van de schaamlippen van mijn partner belangrijk."

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens

Hieronder zie je 5 verschillende vulva's vanuit onderaanzicht waarbij de binnenste schaamlippen in grootte en vorm verschillen. De binnenste schaamlippen van mijn laatste partner lijken/leken het meest op



- Plaatje 1
- Plaatje 2
- Plaatje 3
- Plaatje 4
- Plaatje 5
- Weet ik niet

In hoeverre ben je het eens met deze stelling: "Ik ben/was tevreden met hoe de binnenste schaamlippen van mijn partner er uit zien."

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens
- Hier heb ik nooit naar gekeken

In hoeverre ben je het eens met deze stelling: "Ik vind de grootte van de binnenste schaamlippen van mijn partner belangrijk."

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens

De clitoris en de huid over de clitoris kunnen in grootte en vorm verschillen.

In hoeverre ben je het eens met deze stelling: "Ik ben/was tevreden met hoe mijn partners clitoris er uit ziet."

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens
- Hier heb ik nooit naar gekeken

In hoeverre ben je het eens met deze stelling: "Ik vind het uiterlijk van de clitoris van mijn partner belangrijk."

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens

Was het geslachtsdeel van je sekspartner tijdens het laatste seksuele contact onthaard?

- Ja, volledig onthaard
- Ja, gedeeltelijk onthaard
- Ja, alleen de bikinilijn
- Nee, niet onthaard
- Hier heb ik niet naar gekeken

Hoe zie jij de vulva van je partner het liefst?

- Geheel onthaard
- Gedeeltelijk onthaard
- Alleen de bikinilijn onthaard
- Niet onthaard
- Dit maakt mij niets uit

In hoeverre bent je het eens met de volgende stelling:

"Ik vind het belangrijk hoe het schaamhaar van mijn partner er uit ziet"

- Helemaal mee oneens
- Oneens
- Neutraal
- Eens
- Helemaal mee eens

In hoeverre ben je het eens met deze stelling: “Ik ben/was tevreden met het algehele uiterlijk van de vulva van mijn partner.”

We bedoelen hiermee specifiek alleen het uiterlijk.

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens
- Weet ik niet

In hoeverre ben je het eens met deze stelling: “Het algehele uiterlijk van de vulva van mijn partner is belangrijk voor me” We bedoelen hiermee specifiek alleen het uiterlijk.

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens

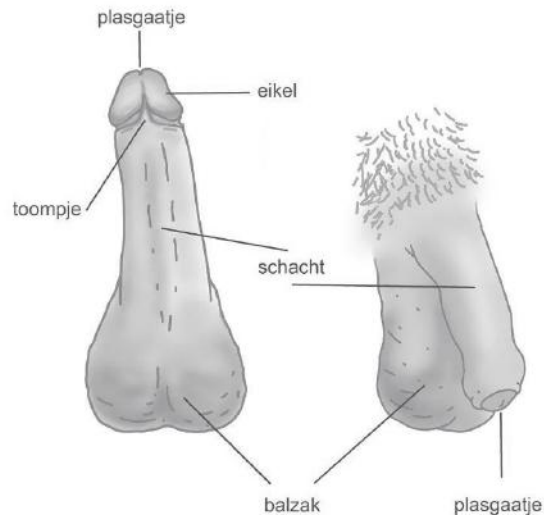
Beoordeling partners penis

Hieronder zie je een voorbeeld van een penis met schaamheugel en balzak. De penis en balzak zijn het uitwendige deel van het geslachtsorgaan. Hierbij horen de penisschacht, de voorhuid, de eikel, het plasgaatje en de balzak

Graag willen we weten hoe jij de penis van je partner beoordeelt. Eerst volgt een reeks met vragen waarin telkens 1 specifiek onderdeel van de penis uitgelicht wordt, dit onderdeel is steeds blauw gekleurd. Daarna volgen er vragen over het algemene uiterlijk van de penis.

De tekeningen zijn slechts voorbeelden van hoe een penis er uit kan zien, als je twijfelt, kies het plaatje dat het meest lijkt.

Voor de duidelijkheid is het schaamhaar als stoppels weergegeven. Het zou kunnen dat je niet zo goed weet hoe het er bij jouw partner uitzag, je kunt dan "weet ik niet" aanklikken.



De lengte van de penis kan verschillen. Hoe beoordeel jij de lengte van de penis van je laatste partner in slappe toestand?

- De penis is/was kort
- De penis is/was gemiddeld
- De penis is/was lang
- Weet ik niet

In hoeverre ben je het eens met deze stelling: "Ik ben/was tevreden met de lengte van de penis van mijn partner in slappe toestand?"

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens
- Hier heb ik nooit naar gekeken

In hoeverre ben je het eens met deze stelling: "Ik vind de lengte van de penis van mijn partner in slappe toestand belangrijk?"

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens

De dikte van de penis kan verschillen. Hoe beoordeel jij de dikte van de penis van je laatste partner in slappe toestand?

- De penis is/was dun
- De penis is/was gemiddeld
- De penis is/was dik
- Weet ik niet

In hoeverre ben je het eens met deze stelling: "Ik ben/was tevreden met de dikte van de penis van mijn partner in slappe toestand?"

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens
- Hier heb ik nooit naar gekeken

In hoeverre ben je het eens met deze stelling: "Ik vind de dikte van de penis van mijn partner in slappe toestand belangrijk?"

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens

De grootte van de eikel kan verschillen. Hoe beoordeel jij de eikel van je laatste partner in slappe toestand?

- De eikel is/was klein
- De eikel is/was gemiddeld
- De eikel is/was groot
- Weet ik niet

In hoeverre ben je het eens met deze stelling: "Ik ben/was tevreden met de grootte van de eikel van mijn partner in slappe toestand?"

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens
- Hier heb ik nooit naar gekeken

In hoeverre ben je het eens met deze stelling: "Ik vind de grootte van de eikel van mijn partner in slappe toestand belangrijk?"

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens

Hieronder zie je 5 voorbeelden van hoe een penis er uit kan zien waarbij de voorhuid verschilt.
De voorhuid van de penis van mijn laatste partner in slappe toestand lijkt/leek het meest op



1.

2.

3.

4.

5.

- Plaatje 1
- Plaatje 2
- Plaatje 3
- Plaatje 4
- Plaatje 5
- Weet ik niet

In hoeverre ben je het eens met deze stelling: “Ik ben/was tevreden met de voorhuid van de penis van mijn partner in slappe toestand?”

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens
- Hier heb ik nooit naar gekeken

In hoeverre ben je het eens met deze stelling: “Ik vind de voorhuid van mijn partner in slappe toestand belangrijk?” *

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens

Hieronder zie je 5 voorbeelden van hoe een penis er uit kan zien waarbij de plek van het plasgaatje verschilt. De penis van mijn laatste partner lijkt/leek het meest op



1.

2.

3.

4.

5.

- Plaatje 1
- Plaatje 2
- Plaatje 3
- Plaatje 4
- Plaatje 5
- Weet ik niet

In hoeverre ben je het eens met deze stelling: "Ik ben/was tevreden met de plek van het plasgaatje van mijn partner?"

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens
- Hier heb ik nooit naar gekeken

In hoeverre ben je het eens met deze stelling: "Ik vind de plek van het plasgaatje van mijn partner belangrijk."

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens
- Hier heb ik nooit naar gekeken

In hoeverre ben je het eens met deze stelling: "Ik ben/was tevreden met de huid van de schacht van de penis in slappe toestand?"

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens

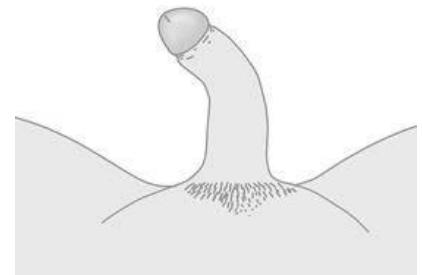
Zo niet, waar ben/was je ontevreden over?

De stand van de penis in erectie kan verschillen. Hieronder zie je een voorbeeld van hoe een kromming er uit kan zien. Hoe beoordeel jij de penis van je partner in erectie:

- De penis van mijn partner is/was recht
- In de penis van mijn partner zit/zat een kromming naar links of rechts
- In de penis van mijn partner zit/zat een kromming naar boven (richting buik) of naar beneden (richting balzak)
- Weet ik niet

In hoeverre ben je het eens met deze stelling: "Ik ben/ was tevreden met de stand van de penis van mijn partner in erectie?"

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens
- Hier heb ik nooit naar gekeken

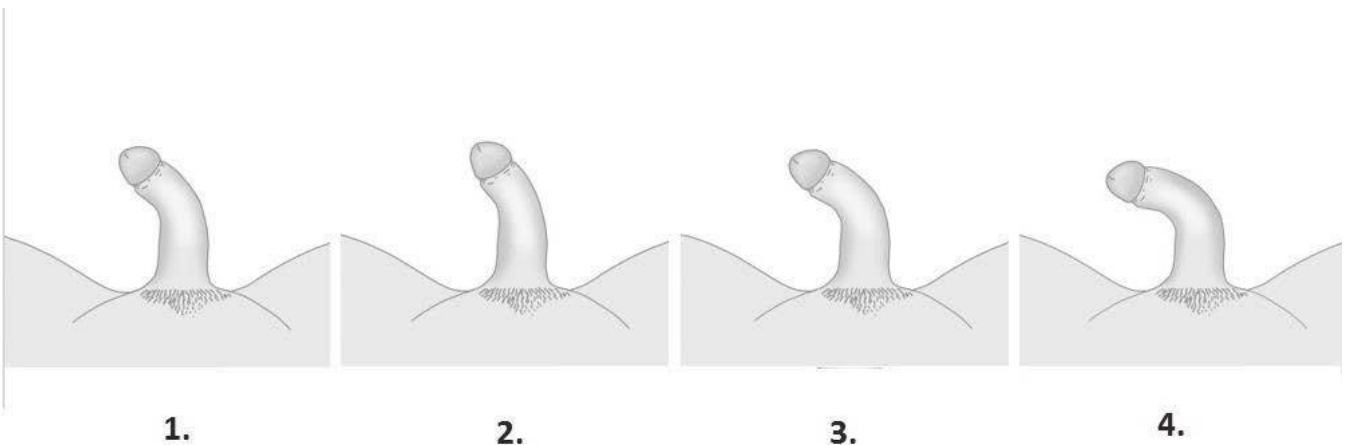


In hoeverre ben je het eens met deze stelling: "Ik vind de stand van de penis van mijn partner in erectie belangrijk?"

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens

Als hij een kromstand naar links of recht heeft:

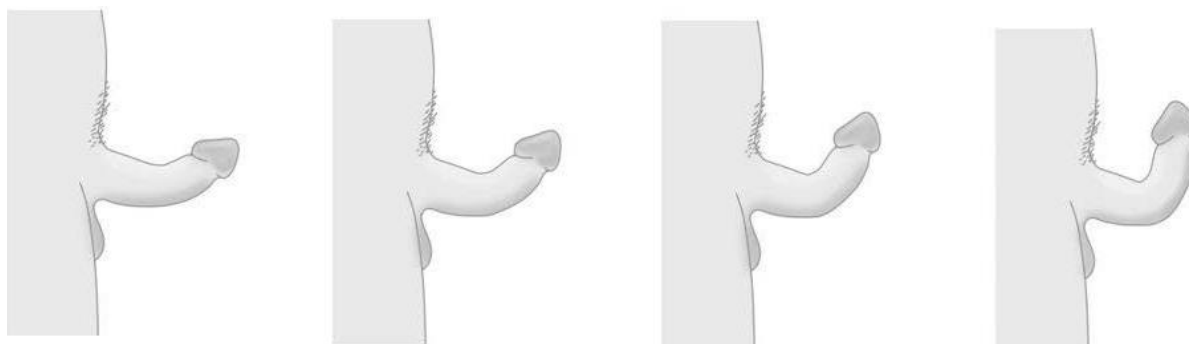
Hieronder zie je 4 tekeningen van een penis in erectie waarbij de stand verschilt. De tekeningen zijn in bovenaanzicht. De penis van mijn laatste partner in erectie lijkt/leek het meest op.



- Plaatje 1
- Plaatje 2
- Plaatje 3
- Plaatje 4
- Weet ik niet

Als hij een kromstand naar boven of beneden heeft:

Hieronder zie je 4 tekeningen van een penis in erectie waarbij de stand verschilt. De tekeningen zijn in zijaanzicht. De penis van mijn laatste partner in erectie lijkt/leek het meest op.



1.

2.

3.

4.

- Plaatje 1
- Plaatje 2
- Plaatje 3
- Plaatje 4
- Weet ik niet

Was het geslachtsdeel van je partner onthaard tijdens het laatste seksuele contact?

- Ja, volledig onthaard
- Ja, gedeeltelijk onthaard
- Nee, het geslachtsdeel was niet onthaard
- Weet ik niet

Hoe zie jij de penis van je partner het liefst?

- Geheel onthaard
- Gedeeltelijk onthaard
- Niet onthaard
- Dit maakt mij niets uit

In hoeverre bent je het eens met de volgende stelling:

"Ik vind het belangrijk hoe het schaamhaar van mijn partners penis er uit ziet"

- Helemaal mee oneens
- Oneens
- Neutraal
- Eens
- Helemaal mee eens

In hoeverre ben je het eens met deze stelling: "Ik ben/was tevreden met het algehele uiterlijk van de penis van mijn laatste partner"

We bedoelen hiermee specifiek alleen het uiterlijk.

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens
- Weet ik niet

In hoeverre ben je het eens met deze stelling: "Het uiterlijk van de penis van mijn partner is belangrijk voor me"

We bedoelen hiermee specifiek alleen het uiterlijk.

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens

Appendix 2- logistische regressie model

Model 1. Tevredenheid eigen genitaal

Variables in the Equation		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp (B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1a	Gender(1)	-.528	.195	7.336	1	.007	.590	.402	.864
	Q00010new			9.446	3	.024			
	Q00010new(1)	.694	.331	4.404	1	.036	2.001	1.047	3.825
	Q00010new(2)	.764	.350	4.766	1	.029	2.147	1.081	4.263
	Q00010new(3)	1.025	.338	9.199	1	.002	2.788	1.437	5.409
	Q00012_SQ001	-.149	.050	8.889	1	.003	.862	.781	.950
	Constant	-1.664	.471	12.466	1	.000	.189		

a. Variable(s) entered on step 1: Gender, Q00010new, Q00012_SQ001.

Variabelen

- Gender: (1) man (2)vrouw
- Q00010 new: > 20 sekspartners
- Q00010 new (1): 1-5 sekspartners
- Q00010 new (2): 5-10 sekspartners
- Q00010 new (3): 11-20 sekspartners
- Q00012_SQ001: rapportcijfer seksleven

Model 2. Ontevredenheid partners genitaal

Variables in the Equation		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp (B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1a	Gender(1)	.600	.274	4.785	1	.029	1.822	1.064	3.120
	Q00009(1)	1.310	.656	3.991	1	.046	3.707	1.025	13.409
	Q00012_SQ001	-.259	.091	8.109	1	.004	.772	.646	.922
	tevreden_eigen_genitaal_dich(1)	-1.607	.305	27.707	1	.000	.201	.110	.365
	belang_partner_genitaal_dich(1)	.572	.280	4.170	1	.041	1.772	1.023	3.067
	Constant	-1.748	.761	5.283	1	.022	.174		
	Constant	-1.664	.471	12.466	1	.000	.189		

a. Variable(s) entered on step 1: Gender, Q00009, Q00012_SQ001, tevreden_eigen_genitaal_dich, belang_partner_genitaal_dich.

Variabelen

- Gender: (1) man (2) vrouw
- Q00009 (1): heeft in afgelopen 3 maanden seks gehad
- Q00012_SQ001: rapportcijfer seksleven
- Tevreden_eigen_genitaal (1): (heel) tevreden of neutraal
- Belang_partner_genitaal (1): (heel) onbelangrijk of neutraal

Spreken is goud: Seksuele gezondheid bespreekbaar maken met de Onder 4 Ogen methode.

Ontwikkeling en implementatie bij huisartsen in Vlaanderen

Ruth Borms¹ & Katrien Vermeire¹

¹ *Sensoa vzw, Antwerpen*

Samenvatting

De Onder 4 Ogen methode (O4O) helpt - in eerste instantie - huisartsen bij het proactief bespreekbaar maken van seksuele gezondheid met hun patiënten. Onderzoek wijst immers uit dat huisartsen het bespreken van seksuele gezondheid vermijden omwille van verschillende drempels zoals gebrek aan kennis, vaardigheden en de angst om te intrusief binnen te treden in de privésfeer van de patiënt. De O4O methode pakt deze hindernissen aan en bevat een eenvoudig, hands-on stappenplan om seksuele gezondheid proactief te bespreken.

De methode wordt in Vlaanderen geïmplementeerd bij zowel praktiserende huisartsen als bij huisartsen in opleiding. Het maakt deel uit van een navormingspakket dat - dankzij een projectsubsidie van de Vlaamse overheid - gedurende vijf jaar aangeboden wordt aan één derde van alle Lokale Kwaliteitsgroepen (LOK). Daarnaast is de Onder 4 ogen methode en de toepassingen ervan opgenomen in het verplicht curriculum van de huisarts in opleiding.

Het navormingspakket wordt door de deelnemende praktiserende huisartsen zeer positief geëvalueerd: de Onder 4 ogen methode is een meerwaarde om seksuele gezondheid te bespreken en bijna driekwart heeft de intentie om seksuele gezondheid meer te zullen bespreken. Bovendien blijkt dat de helft van de huisartsen dit vier weken na de navorming ook daadwerkelijk gedaan heeft.

De huisarts is een belangrijke, maar niet de enige zorgprofessional die een taak heeft in het bespreekbaar maken van seksuele gezondheid. Daarom wordt de Onder 4 Ogen methode ook ingezet bij niet-medische zorgprofessionals om seksuele gezondheid meer bespreekbaar te maken binnen psychosociale hulpverlening.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) benadrukt dat seksuele gezondheid een essentieel onderdeel is van gezondheid. Meer nog, seksuele gezondheid wordt gedefinieerd als "een met seksualiteit verbonden toestand van lichamelijk, emotioneel, mentaal en sociaal welzijn; het is niet enkel de afwezigheid van ziekte, disfunctie. Seksuele gezondheid vereist een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit en seksuele relaties. Seksuele gezondheid vereist ook het mogen en kunnen aangaan van plezierige en veilige seksuele ervaringen; vrij van dwang, discriminatie en geweld" (WHO, 2006).

Vlaanderen heeft kwaliteitsvolle gespecialiseerde hulpverlening rond seksuele gezondheid ter beschikking. Zo zijn er gespecialiseerde centra voor abortus,

slachtoffers van seksueel geweld kunnen onder meer terecht in de 'Zorgcentra na seksueel geweld' en testen kan bij de huisarts of anoniem in een laagdrempelig testcentrum. Mensen met hiv worden multidisciplinair opgevolgd binnen hiv-referentiecentra. Voor seksuele gezondheidsproblemen of advies kan men ook terecht bij seksuologen. Meer nog, er ligt een advies klaar van de Hoge Gezondheidsraad om klinische seksuologen te erkennen als een autonoom gezondheidsberoep (Hoge Gezondheidsraad, 2016). In afwachting daarvan hanteert de Vlaamse Vereniging voor Seksuologen strikte toelatingsvoorwaarden om een pool van goed opgeleide seksuologen ter beschikking te stellen om aldus de kwaliteit van de geboden zorg te waarborgen wanneer mensen de stap durven zetten om hulp te zoeken voor hun seksuele problemen.

Hoewel er een uitgebreide hulpverlening is voor seksuele gezondheid, blijven er in Vlaanderen heel wat vragen onbesproken en geraken mensen niet tot bij de juiste hulpverlening. Zo wees het Sexpert onderzoek bijvoorbeeld uit dat 85% van de mensen met een seksuele disfunctie nog nooit contact gehad hebben met een zorgverstrekker (Hendrickx & Enzlin, 2013). Moge-

Ruth Borms is klinisch seksuoloog en beleidsmedewerker seksueel welbevinden bij Sensoa vzw
Katrien Vermeire is socioloog en beleidsmedewerker gezinsplanning en anticonceptie bij Sensoa vzw

Correspondentieadres: ruth.borms@sensoa.be

Ontvangen: 7 april 2020; Geaccepteerd: 24 augustus 2020

lijks weten ze niet bij wie ze terecht kunnen, denken ze dat hun probleem normaal is of durven ze geen hulp te zoeken omwille van een schaamtegevoel (Hendrickx & Enzlin, 2013). Hierdoor blijven heel wat moeilijkheden of bezorgdheden rond seksuele gezondheid nog steeds onbesproken.

Inzetten op het bespreekbaar maken van seksuele gezondheid in de eerste lijn door gezondheids- en zorgverstrekkers is dus belangrijk. Niet enkel met het oog op detecteren van seksuele gezondheidsproblemen, ook in kader van preventie en inzetten op het seksueel welzijn (Nusbaum & Hamilton, 2002). Bovendien wordt het belang van het bespreekbaar maken ondersteund door het PLISSIT model van Annon (Annon, 1976). Hij ontwikkelde begin jaren zeventig dit model waarin hij vier verschillende niveau's van behandeling voor seksuele problemen naar voor schuift: permissie (P), beperkte informatie (LI), specifieke suggesties (SS) en intensieve therapie (IT). Het is een *stepped-care* aanpak waarbij de interventies worden onderscheiden gaande van eenvoudig naar complex en het verenigt zowel preventieve als curatieve elementen (Kruijver, Bender & Meesters, 2015). Dit model geeft het belang aan om ruimte en toelating te geven (*giving permission*) aan de patiënt om te mogen praten over zijn seksuele bezorgdheden. De meeste mensen zijn hiermee reeds geholpen omdat het beluisteren van het verhaal de mogelijkheid biedt om erkenning en normalisering te bieden. Hoewel dit model reeds in de jaren '70 werd ontwikkeld, is het nog steeds erg actueel. Het gebruik en het effect van dit model voor behandeling van seksuele problemen bij uiteenlopende ziektebeelden werd meermaals aangetoond (Ayaz & Kubilay, 2009; Chun, 2011; Rostamkhani et al., 2015; Faghani & Ghaffari, 2016; Bennett, 2019).

Nochtans is het bespreken en informeren over seksuele gezondheid niet ingebed in de dagdagelijks praktijk van de eerste lijn (Byers, 2011). Voor heel wat zorg- en gezondheidsverstrekkers is proactief praten over seksuele gezondheid geen evidente opdracht (Gott, Galena, Hinchliff & Elford, 2004). Internationale studies tonen aan dat huisartsen het bespreken van seksuele gezondheid vermijden omwille van verschillende factoren. De meest voorkomende drempels die worden aangegeven zijn gebrek aan kennis, gebrek aan vaardigheden, het niet intrusief willen binnentreden in de privésfeer van de patiënt, het ontbreken van een directe aanleiding, eigen gevoelens van schaamte en ongemak, verwachting dat de patiënt dit zelf ter sprake brengt, aanwezigheid van een derde of de veronderstelling dat patiënten deze vragen ongeschikt zouden vinden (Gott et al., 2004; Dyer & Nair, 2013; Haboubi & Lincoln, 2003; Birkhoff et al., 2016; Komlenac & Hochleitner, 2019). Of deze laatste aanname ook klopt, werd in bevragingen bij patiënten weerlegd (Wendt et al., 2007; Meystre-Agustoni et al., 2011; Latreille et al., 2014). Het merendeel van de patiënten percipieert vragen over seksuele gezondheid als normaal en wensten dat de arts deze

vraag aan hen zou stellen (Meystre-Agustoni et al., 2011; Leusink et al., 2019). In Vlaanderen zijn er weinig recente onderzoeken naar de drempels bij huisartsen. In 2007, onderzochten Verhoeven en collega's welke drempels huisartsen ervaren in het bespreekbaar maken van seksueel overdraagbare aandoeningen (soa). Het gebrek aan tijd en training, een taalbarrière, aanwezigheid van een derde, afwezigheid van symptomen, angst om de patiënt in verlegenheid te brengen werden als hinderende factoren aangehaald (Verhoeven, 2007). Sensoa bevroeg 102 huisartsen (Sensoa, 2016) tijdens de Huisartsenconferentie van 2016 (georganiseerd door Domus Medica). Hieruit bleek dat bijna alle deelnemers (94%) seksuele gezondheid meer ter sprake zouden willen brengen. Om dit te doen heeft 89% nood aan meer kennis rond dit thema. Bijna drie vierde (73%) van de artsen willen meer getraind worden om dit gesprek te voeren. Opvallend is dat slechts 2% van de bevraagde artsen aangaven geen nood te ervaren om seksuele gezondheid bespreekbaar te maken. Hieruit concludeerde Sensoa dat er in Vlaanderen wel degelijk een draagvlak is bij huisartsen om seksuele gezondheid meer ter sprake te brengen bij hun patiënten. En dat het essentieel is om in de ondersteuning van huisartsen aandacht te schenken aan de drempels die zij ervaren om dit gesprek aan te gaan. Er werd een methode ontwikkeld die deze hindernissen aanpakt. In dit artikel wordt de ontwikkeling en implementatie van de methode beschreven alsook de resultaten van een evaluatie bij huisartsen besproken. Deze evaluatie focust ondermeer op in hoeverre de Onder 4 Ogen methode een impact heeft op de attitudes en vaardigheden om seksuele gezondheid bespreekbaar te maken.

We stellen hierbij als centrale vraag in hoeverre de Onder 4 Ogen methode bijdraagt aan het bespreekbaar maken van seksuele gezondheid door huisartsen in Vlaanderen.

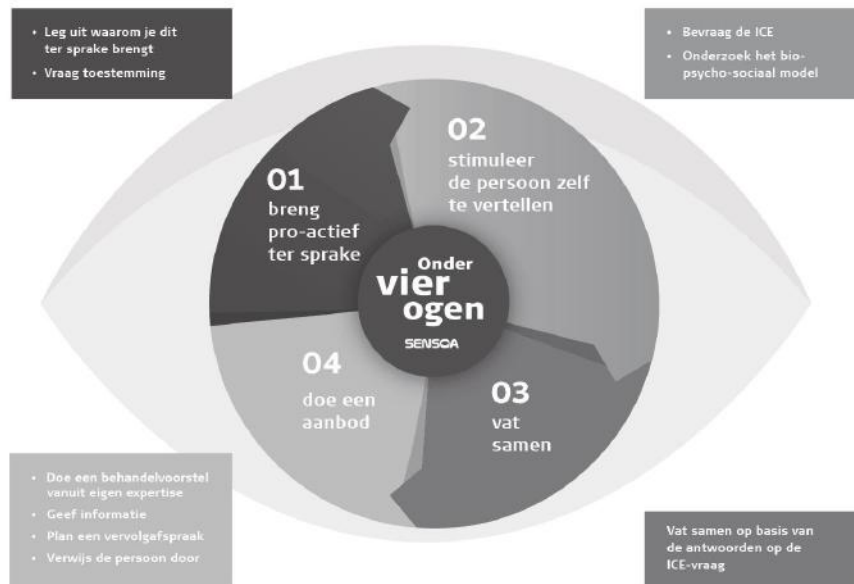
Methoden

Ontwikkeling en opbouw methodiek

Sensoa ontwikkelde in samenwerking met de beroepsorganisatie van huisartsen (Domus Medica), seksuologen (Vlaamse Vereniging voor Seksuologen) en een Sensoa Huisartsenstuurgroep de Onder 4 Ogen methode (Sensoa vzw,z.d.). De methode vindt zijn theoretische onderbouwing in verschillende (gespreks)modellen, het PLISSIT model (Annon, 1976), Motivationale Interviewtechnieken (Miller & Rollnick, 2006), ICE (Ideas, Concerns, Expectations) bevraging (Silverman, Kurtz & Draper, 2013) en het BioPsychoSociaal denkkader (Engel, 1977). Per stap worden kapstukken aangereikt die helpen om de stap concreet uit te voeren en toe te passen op verschillende seksuele gezondheidsthema's. De Onder 4 Ogen methode kan gebruikt worden om onder andere een soa of hiv-test, gezinsplanning (anticonceptie gebruik), seksualiteitsbeleving, seksueel overschrijdend geweld proactief en respectvol ter sprake te brengen. Sensoa werkte verschillende toepassingen verder

uit naargelang thema of specifieke doelgroep (Borms & Vermeire 2017; Borms & Vermeire, 2018, Sensoa vzw z.d.).

Figuur 1: Onder 4 ogen methode: Pro-actief bespreekbaar maken van seksuele gezondheid.



In de eerste stap brengt de huisarts het onderwerp zelf ter sprake. De essentie in deze stap is om seksuele gezondheid op een niet-intrusieve manier ter sprake te brengen. Dit kan door aan de patiënt uit te leggen waarom seksuele gezondheid wordt aangekaart; een concreet aanknopingspunt van deze patiënt wordt gelinkt aan seksuele gezondheid. De verklaring waarom de huisarts dit concreet aanknopingspunt linkt aan seksuele gezondheid situeert zich op een algemeen niveau. Het veralgemenen kan door te verwijzen naar kennis ("We weten dat...") of ervaring ("We zien mensen die..."). Deze stap eindigt door de expliciete toestemming te vragen aan de patiënt om verder te gaan en vanuit deze veralgemening te focussen op de persoonlijke situatie van deze patiënt (stap 2). Deze aanpak om seksuele gezondheid ter sprake te brengen heeft een aantal voordelen. Het verduidelijkt aan de patiënt dat seksuele gezondheid ter sprake wordt gebracht vanuit een professionele intentie. Tegelijkertijd geeft het ook een impliciete boodschap van (h)erkenning mee. De patiënt hoort dat andere patiënten ook problemen kunnen ervaren met hun seksuele gezondheid en dat deze huisarts hier aandacht aan schenkt. Door expliciet toestemming te vragen om dit thema verder te bespreken, krijgt de patiënt een gedeeld eigenaarschap over dit gesprek. De arts krijgt de toelating van de patiënt om verder te exploreren. Hierdoor wordt één van de meest genoemde drempels door artsen om dit gesprek niet aan te gaan weggewerkt, namelijk de angst om té

intrusief te zijn. Toestemming vragen betekent ook dat de patiënt de mogelijkheid heeft om te weigeren. De rationale voor deze stap steunt op het PLISSIT model van Annon (Annon, 1976).

In de tweede stap bevraagt de huisarts of het seksueel gezondheidsthema van toepassing is op de patiënt. Deze tweede stap is erop gericht om het patiënten-perspectief te exploreren. De huisarts krijgt op het einde van stap 1 de toestemming het gesprek verder te zetten, in deze stap geeft de arts de patiënt de ruimte om zijn/haar verhaal te brengen (*giving permission*, Annon, 1976). Meer nog, de arts stimuleert de patiënt zijn/haar ervaringen en beleving met betrekking tot dit seksueel gezondheidsthema verder uit te diepen. Hiervoor kan hij/zij twee vragenkapstokken gebruiken. De eerste bestaat uit drie vragen afkomstig uit de ICE-gesprekstechniek (Silverman, Kurtz & Draper, 2013). Er wordt gepeild naar de thema's waar de patiënt zich (het meeste) zorgen over maakt (*Concerns*), welke ideeën of verklaringen (*Ideas*) de patiënt hier zelf over heeft geconstrueerd en welke verwachtingen of hoop hij/zij heeft (*Expectations*). Deze vragen nodigen de patiënt uit om te vertellen en dragen bij tot de arts-patiëntrelatie, wat leidt tot betere afstemming (Silverman, Kurtz & Draper, 2013). Daarenboven biedt het de huisarts inzicht in de prioriteiten die de patiënt stelt. Ook informatie-tekorten of foutieve informatie kunnen blootgelegd worden als de patiënt uitgenodigd wordt te vertellen over de eigen ideeën of verklaringen. De tweede vragenkap-

stok steunt op het BioPsychoSociaal model (BPSM, Engel, 1977). Dit geeft aan dat seksuele gezondheid net zoals gezondheid een integratie is van zowel biologische, psychologische als sociale componenten (Engel, 1977). Vertrekkend vanuit het BPSM kan de arts polsen of er lichamelijke, psychische en relationele factoren meespelen met betrekking tot het seksueel probleem. Ter volledigheid polst de huisarts naar positieve aspecten rond seksualiteitsbeleving om niet in een éézijdig probleemgericht verhaal terecht te komen.

In de derde stap vat de huisarts de antwoorden samen op basis van de gestelde vragen in stap 2 (de ICE-vragen en het BPSM). Deze techniek geeft de patiënt niet alleen het gevoel gehoord te zijn, een samenvatting helpt ook om het verhaal voor de patiënt te structureren. Daarenboven geeft deze techniek de arts de mogelijkheid om het gesprek terug in handen te nemen, aspecten uit te lichten of te benadrukken (Miller & Rollnick, 2006).

In de laatste stap zal een gedifferentieerd aanbod op maat van deze patiënt voorgelegd worden. Naast een (eventueel) medisch behandelplan, kan dit aanbod ook bestaan uit: een vervolgspraak inplannen, het aanreiken van informatie en/of interdisciplinair doorverwijzen. In dit gedifferentieerd aanbod wordt de rationale van het PLISSIT model (Annon, 1976) gevolgd. Door een vervolgspraak in te plannen, geeft de arts opnieuw de ruimte aan de patiënt om zijn verhaal te brengen (*Permission giving*) en kan een volledig consult hieraan gewijd worden. Sommige patiënten hebben ook informatiekorten rond seksuele gezondheid. Door de exploratie in stap 2 kan de arts inschatten of deze patiënt ook nood heeft aan informatie op maat (*Limited Information*). Dit kan door de arts zelf aangebracht worden of hij/zij kan doorverwijzen naar websites die degelijke seksuele gezondheidsinformatie bevatten. Afhankelijk van de biopsychosociale exploratie in stap 2, is inzetten op interdisciplinaire samenwerking aangewezen en kan een doorverwijzing geïndiceerd zijn (*Intensive Therapy*). In het PLISSIT model worden ook Specifieke Suggesties als behandelinterventie aangereikt. Binnen de Onder 4 Ogen methode wordt dit niet expliciet opgenomen omdat dit specifieke kennis en competenties veronderstelt die niet algemeen verwacht worden van huisartsen. Dit neemt niet weg dat heel wat huisartsen op basis van persoonlijke interesse en ervaring in deze thema's in staat zijn om Specifieke Suggesties aan te reiken.

De huisarts als prioritaire doelgroep

De Onder 4 Ogen methode werd in eerste instantie ontwikkeld voor huisartsen met als doel hen te sensibiliseren en te ondersteunen bij het zelf bespreekbaar maken van seksuele gezondheid. De keuze om huisartsen als eerstelijns gezondheidsberoep te ondersteunen lag

voor de hand omwille van hun groot bereik. Zo heeft in België 94.1% een vaste huisarts (Drieskens et al, 2018). Geen enkel ander gezondheidszorg beroep bereikt zo'n groot deel van de volwassenen. Deze keuze om de bespreekbaarheid van seksuele gezondheid in de huisartsenpraktijk te verbeteren werd ook opgenomen in de aanbevelingen van het valorisatielook van het Sexpert onderzoek (Buysse e.a., 2013).

De Onder 4 Ogen methode werd opgenomen in een navormingspakket dat werd aangeboden aan Lokale Kwaliteitsgroepen (LOK) waaraan huisartsen verplicht zijn om meermaals per jaar aan deel te nemen.

Evaluatie opzet

Om te evalueren of de Onder 4 Ogen methode de vooropgestelde doelen bereikt, werd gebruikt gemaakt van de evaluatiegegevens van de vorming voor huisartsen rond de methode. Gezien een voor- en nameting bij de deelnemers en een controlegroep niet binnen de mogelijkheden ligt van het expertisecentrum, betreft dit geen gestandaardiseerde effectmeting. Er werd gekozen voor een impactmeting bij deelnemers van de vorming, waarbij gevraagd werd hoe zij zelf de impact van de methode op hun attitude, vaardigheden en gedrag evalueren. Bij een impactmeting gaat het dus om het evalueren van het subjectieve effect. Dit gebeurde via een korte schriftelijke vragenlijst afgenomen na de vorming. De vragenlijst peilde naar het belang dat de arts hecht aan het zelf bespreekbaar maken van seksuele gezondheid bij de patiënten, en dit zowel voor als na de vorming. Er werd ook gepeild naar de mate waarin de arts drempels ervoer om seksuele gezondheid bespreekbaar te maken vóór de vorming en in welke mate de vorming bijdraagt aan het omgaan met deze drempels. De vragen konden beantwoord worden aan de hand van een Likertschaal gaande van 1 tot 10. Ook peilde de vragenlijst naar de mate waarin de arts reeds vóór de vorming seksuele gezondheid proactief ter sprake bracht en of de arts van plan is om dit na de vorming meer te doen (ja - neen - weet het niet - ik deed het al voldoende).

Sensoa verwerkte en analyseerde de evaluatieformulieren van de vorming. Na een periode van 4 weken werden de deelnemers opnieuw uitgenodigd om een korte online bevraging in te vullen. Met deze bijkomende evaluatie werd gepeild of de vorming concreet iets veranderd had in de praktijk van de artsen. Er werd bevraagd in hoeverre de deelnemers seksuele gezondheid proactief bespreekbaar maken en welke belemmerende en bevorderende factoren ze (nog) ervaren. De resultaten die in dit artikel besproken worden zijn gebaseerd op de evaluaties van 43 navormingen waar 491 huisartsen aan hebben deelgenomen tijdens de periode november 2018-december 2019.

Implementatie

De Onder 4 Ogen methode werd ontwikkeld en geïmplementeerd bij huisartsen. Er werd ingezet op implementatie via twee sporen; enerzijds naar huisartsen die werkzaam zijn in de praktijk, anderzijds naar huisartsen in opleiding. De implementatie naar praktiserende huisartsen verliep in samenwerking met Domus Medica¹. Er werd een navormingspakket ontwikkeld 'Bespreekbaar maken van seksuele gezondheid' dat werd aangeboden aan Lokale Kwaliteitsgroepen (LOK). Sensoa verkreeg in 2017 een driejarige projectsubsidie van de Vlaamse overheid in het kader van het preventieve gezondheidsbeleid met als doel om praktiserende huisartsen te sensibiliseren en te ondersteunen in het bespreekbaar maken van seksuele gezondheid. Deze financiering maakte het mogelijk om het navormingspakket gratis aan te bieden aan 60 Lokale Kwaliteitsgroepen (LOK) in samenwerking met Domus Medica. Het navormingspakket werd in duo gegeven door een huisarts en een seksuoloog die hiervoor een training voor trainers hebben gekregen. Deze training bestond uit het overlopen van het draaiboek en de powerpoint van de LOK en werd gegeven door een Sensoa (seksuoloog) en een Domus Medica (huisarts) medewerker.

De implementatie bij studenten huisartsengeneeskunde verliep in samenwerking met het Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding (ICHO) en de universiteiten die aan Nederlandstalige artsen-in-opleiding een master huisartsengeneeskunde aanbieden. In 2018 werd er gewerkt aan een hervorming van de huisartsenopleiding (master na master). Samen met de steun van verschillende partnerorganisaties stuurde Sensoa een oproep 'Seksuele gezondheid moet meer op de agenda komen in de huisartsenopleiding' uit naar de verschillende universiteiten (Sensoa, 2017). Deze oproep werd positief beantwoord. Mede door de steun van het ICHO en de Sensoa stuurgroep Huisartsen werd Sensoa uitgenodigd om bij te dragen tot de hervormingsoefening en het thema seksuele gezondheid werd opgenomen in het verplicht curriculum onder de cluster 'gendergerelateerde zorg'. Sensoa ontwikkelde samen met de docenten van de verschillende universiteiten lespakketten voor vier dagdelen. In consensus werd beslist dat één dagdeel volledig aan de Onder 4 Ogen methode gewijd wordt. De drie andere dagdelen verdiepen in seksuele gezondheidsthema's (seksuele diversiteit, reproductiviteit en urologische klachten) waar telkens de link naar het bespreekbaar maken met de patiënt wordt gelegd. Dit betekent dat de Onder 4 Ogen methode en de toepassingen, simultaan op vier verschillende universiteiten door de eigen docenten in het verplicht curriculum gegeven wordt. De lespakketten werden voor het eerst aangeboden in het academiejaar 2018-2019.

Evaluatieresultaten

De evaluatie van het navormingspakket werd door 466 deelnemers ingevuld. Bijna alle (99%) respondenten waren ervan overtuigd dat het proactief ter sprake brengen van seksuele gezondheid belangrijker was dan ze voor de LOK-vorming dachten. De meeste respondenten (97%) vonden de gespreksmethodiek Onder 4 Ogen een meerwaarde om seksuele gezondheid te bespreken. Peilend naar de intentie om seksuele gezondheid meer te bespreken, gaf bijna driekwart aan (72%) dat ze dit van plan waren. Slechts 2% van de respondenten gaf aan dat ze seksuele gezondheid niet meer dan voorheen zouden bespreken, 10% meldde dat ze dit reeds voldoende bespraken. Wat betreft de na-evaluatie (4 weken na de navorming) werd een *response rate* van 36% bereikt. Deze *response rate* ligt duidelijk lager dan deze bij de meting onmiddellijk na de vorming. Hiervoor zijn verschillende verklaringen mogelijk; de methode van afname was verschillend. Vlak na de vorming werden de deelnemers schriftelijk bevraagd, de na-evaluatie werd online afgenomen. Wegens de algemene verordening gegevensbescherming wetgeving (General Data Protection Regulation of GDPR) kon de link naar de online bevraging niet rechtstreeks naar de deelnemers gestuurd worden en gebeurde dit via de organisator van de vorming, wat een extra drempel is. Vier weken na de LOK-navorming bleek dat meer dan de helft van de respondenten seksuele gezondheid meer proactief ter sprake brachten (sinds de LOK). Zestig procent van de respondenten gaven aan dat ze minder drempels ervoeren om seksuele gezondheid te bespreken dan voor ze de LOK-vorming hadden gevolgd.

Discussie

Om mensen tot bij de juiste hulpverlening te krijgen en om de seksuele gezondheid van de Vlaming te bevorderen is het belangrijk dat het gesprek rond dit thema geïntegreerd wordt in de eerstelijnsgezondheidszorg. Maar professionals vermijden het proactief bespreken van seksuele gezondheid omwille van verschillende drempels zoals gebrek aan kennis en gebrek aan vaardigheden. Sensoa ontwikkelde in samenwerking met beroepsorganisatie van huisartsen en seksuologen en een Sensoa Huisartsenstuurgroep de Onder 4 Ogen methode om ondersteuning te beiden bij het aangaan van het gesprek. De ontwikkeling was onder meer gesteund op het PLISSIT model, maar werd op maat geherformuleerd en aangevuld met gesprekstechnieken zodat deze Onder 4 Ogen methode tegemoet komt aan de hinderende factoren die huisartsen tegenhouden om dit gesprek aan te gaan. De essentie zit in het proactief aanklaarten, zonder ongevraagd binnen te treden in de privésfeer van de patiënt. Verdergaand op

¹ Domus Medica vzw behartigt de belangen van de huisartsen en de huisartsenkringen in Vlaanderen op wetenschappelijk, maatschappelijk en syndicaal vlak via democratische besluitvorming en wetenschappelijke onderbouw en bevordert de ontwikkeling en realisatie van een goede patiëntgerichte gezondheidszorg en zorgbeleid (www.domusmedica.be)

de WHO-definitie focust de methode op het holistisch exploreren van de belevingsaspecten van seksuele gezondheid. Het houdt rekening met het beperkte tijdsbestek binnen een huisartsenconsultatie en biedt een kapstok om een gedifferentieerd hulpaanbod te formuleren.

De evaluatie van deze methode is gebaseerd op een impactmeting bij deelnemers aan vormingen over deze methode. De impactmeting bij 491 Vlaamse huisartsen leverde positieve resultaten wat betreft de meerwaarde van de Onder 4 Ogen methode. Huisartsen geven aan dat deze methode hen helpt om de drempels die ze hebben om dit gesprek aan te gaan, te verminderen. Meer dan de helft gaf aan dat ze seksuele gezondheid meer bespraken na de navorming over de O4O methode. Op basis van deze positieve tussentijdse resultaten werd de projectsubsidie verlengd (2020-2022) en werd een budget toegekend om 87 extra navormingen in LOK-bijeenkomsten gratis aan te bieden. Dit betekent dat tegen het einde van deze subsidie één derde van alle Lokale Kwaliteitsgroepen (Vlaanderen en Brussel) opgeleid zullen zijn in het bespreekbaar maken van seksuele gezondheid met behulp van de Onder 4 Ogen methode.

Een effectmeting waarbij gebruik werd gemaakt van een voor- en nameting zou ons toelaten om hardere uitspraken te formuleren over het effect van deze methode. Een bevraging bij patiënten van de deelnemende artsen zou informatie kunnen geven over hoe de patiënten deze gesprekken ervaren. De evaluatie stelde op de subjectieve inschatting door de huisarts zelf. Er is geen voor- en nameting gebeurd, dus we kunnen geen verschillen in gedrag voor en na de navorming meten. Niettegenstaande deze limitatie van het huidig onderzoek, zijn onze resultaten hoopgevend. Tegelijk blijft het een uitdaging om deze gedragsverandering vol te houden op langere termijn. Huisartsen geven te kennen dat dit thema snel op de achtergrond geraakt en dat reminders (bijvoorbeeld in nieuwsberichten) helpend kunnen zijn om dit te voorkomen (Sensoa, 2016). Daarnaast worden er ook andere pistes onderzocht zoals een intervisie-aanbod om artsen ervaringen te laten uitwisselen. Een verandering op lange termijn zou bovendien ondersteund moeten worden door structurele aanpassingen. Zo zou seksuele gezondheid standaard opgenomen kunnen worden in het elektronisch medisch dossier of een financiële tegemoetkoming voorzien worden voor huisartsen die dit thema bespreekbaar maken.

Het belang van sensibilisering en ondersteuning van huisartsen rond dit thema zien we ook in Nederland. Daar ontwikkelde het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) reeds in 2015 een richtlijn rond seksuele klachten (NHG standaard, 2015). Gezien de ervaren drempels voor artsen in Vlaanderen en Nederland op vele vlakken gelijkaardig is, zal Rutgers in samenwerking met Sensoa een interactieve tool ontwikkelen op

basis van de Onder 4 Ogen methode. Verdere uitrol en samenwerking wordt bekeken.

De huisarts is een belangrijke, maar niet de enige zorgprofessional die een taak heeft in het bespreekbaar maken van seksuele gezondheid (Aanbevelingen Eindrapport Seksuele gezondheid, Agentschap Zorg en Welzijn, 2018). Om de seksuele gezondheid van de Vlaaming te bevorderen is het belangrijk dat meer zorgprofessionals proactief seksuele gezondheid aankaarten. De Onder 4 Ogen methode is dan wel in eerste instantie ontwikkeld voor huisartsen, het kent zijn toepasbaarheid en bruikbaarheid ook voor andere zorg- en gezondheidsprofessionals. Afhankelijk van hun functie kunnen seksuele thema's meer uitgelicht worden met behulp van Onder 4 Ogen methode. Momenteel lopen er verschillende Onder 4 Ogen opleidingen bij niet-medische zorgprofessionals om seksuele gezondheid meer bespreekbaar te maken binnen psychosociale hulpverlening. Sensoa rolt daarnaast ook trajectbegeleidingen uit op teamniveau en ijvert om seksuele gezondheid met behulp van deze methode te integreren in de opleiding verpleegkunde en orthopedagogie. Verder zal er verkend worden of vroedvrouwen en gynaecologen als gezondheidsberoep een meerwaarde ondervinden van de Onder 4 Ogen methode.

Tot slot benadrukken we dat zowel binnen medische als niet-medische gezondheidszorg-settings het uitermate belangrijk is om seksuele gezondheid als thema te verankeren in een algemeen gezondheidsbeleid. Deze omkadering draagt bij tot en ondersteunt de individueel gemotiveerde gezondheidswerker in het bespreekbaar maken van seksuele gezondheid op lange termijn.

Literatuur

- Ayaz, S., & Kubilay, G. (2009). Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma. *J Clin Nurs*, 18(1), 89-98.
- Agentschap Zorg en Welzijn (2018). *Aanbevelingen Eindrapport Seksuele gezondheid*. Geraadpleegd van: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/symposium-seksuele-gezondheid-op-14-december-2018>
- Annon J. (1976). The PLISSIT Model: a proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *Journal of Sex Education and Therapy*, 2 (1), 1-15.
- Borms, R., & Vermeire, K. (2017). Hoe seksuele gezondheid ter sprake brengen? Huisartsen kunnen seksmythes weerleggen. *Huisarts Nu*, 46, 227-31.
- Borms, R., & Vermeire, K (2018). Hoe kan de huisarts seksuele gezondheid ter sprake brengen? Toepassing van het 'Onder vier ogen' stappenplan bij pijn bij het vrijen. *Huisarts Nu*, 5, 225-229.
- Bennett, M. (2019). PLISSIT Interventions and Sexual Functioning: Useful Tools for Social Work in Palliative Care? *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 15(4), 157-174.
- Birkhoff, E.M., Krouwel, E.M., Nicolai, M. P., de Boer, B. J., Beck, J.J., Putter, H., Pelger, R. C. & Elzevier, H. W. (2016). Dealing with patients facing a history of sexual abuse: A cross-sectional survey among Dutch general practitioners. *European Journal General Practice*, 22(2), 126-133.
- Buysse, A., Caen, M., Dewaele, A., Enzlin, P., Lievens, J., T'Sjoen, G., Van

- Houtte, M. & Vermeersch, H. (2013). *Seksuele gezondheid in Vlaanderen*, Academia Press, Gent.
- Byers, E. (2011). Beyond the Birds and the Bees and Was It Good for You? Thirty Years of Research on Sexual Communication. *Canadian Psychology*, 52(1), 20-28.
- Chun, N. (2011). Effectiveness of PLISSIT model sexual program on female sexual function for women with gynecologic cancer. *J Korean Acad Nurs*, 41(4), 471-480.
- Drieskens, S., Berete, F., Van der Heyden, J., Demarest S., Charafeddine R., Gisle L., Renard F., Scohy A., Hermans L. & Braekman E. (2018). Gezondheidsenquête 2018: *Gebruik van gezondheidsdiensten. Samenvatting van de resultaten. Rapportnummer: D/2020/14.440/30* Geraadpleegd van www.gezondheidsenquête.be.
- Dyer, K. & das Nair, R., (2013). Why Don't Healthcare Professionals Talk About Sex? A Systematic Review of Recent Qualitative Studies Conducted in the United Kingdom. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(11), 2658-2670.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286):129-136.
- Faghani, S., & Ghaffari, F. (2016). Effects of Sexual Rehabilitation Using the PLISSIT Model on Quality of Sexual Life and Sexual Functioning in Post-Mastectomy Breast Cancer Survivors. *Asian Pacific journal of cancer prevention*, 17(11):4845-4851.
- Gott, M., Galena, E., Hinchliff S. & Elford H. (2004). "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Family Practice*, 21(5), 528-536.
- Haboubi, N.H. & Lincoln, N. (2003). Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disability and rehabilitation*, 25(6), 291-296.
- Hendrickx, L. & Enzlin, P. (2013). Seksuele disfuncties. In Buysse, A., Caen, M., Dewaele, A., Enzlin, P., Lievens, J., T'Sjoen, G., Van Houtte, M. & Vermeersch, H. (Eds.), *Seksuele gezondheid in Vlaanderen* (pp. 193-216). Gent: Academia Press.
- Hoge Gezondheidsraad (2016). *Klinische seksuologie Brussel: HGR; Advies nr. 9333*. Geraadpleegd van https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/hgr_9333_seksuologie_a5.pdf
- Komlenac, N. & Hochleitner, M. (2019). Predictors for Low Frequencies of Patient-Physician Conversations Concerning Sexual Health at an Austrian University Hospital. *Sexual Medicine*, 8(1), 100-106.
- Kruiver, E; Bender & J., Meesters, J. (2015) "Ja! Seks kan gerevalideerd worden!" Revalidatieseksuologie bij Sophia Revalidatie als voorbeeld van good practice. *Tijdschrift voor seksuologie*, 39(3),96-100.
- Latreille, S., Collyer, A. & Temple-Smith, M. (2014). Finding a segue into sex: Young men's views on discussing sexual health with a General Practitioner. *Australian Family Physician*, 43(4), 217-21.
- Leusink, P., Steinmann, R., Makker, M., Lucassen, P.L., Teunissen, D., Lagro-Janssen, A.L. & Laan, E. (2019). Women's appraisal of the management of vulvodinia by their general practitioner: a qualitative study. *Family Practice*, 36(6), 791-796.
- Meystre-Agustoni, G., Jeannin, A., de Heller, K., Pécoud, A., Bodenmann, P. & Dubois-Arber, F. (2011). Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Medical Weekly*, 141, 13178.
- Miller W., & Rollnick S. (2006). *Motiverende gespreksvoering*. Ekklesia.
- NHG Standaard (2015). *Seksuele klachten*. Geraadpleegd van <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/seksuele-klachten>
- Nusbaum, M. & Hamilton, C. (2002). The Proactive Sexual Health History. *American Academy of Family Physicians*, 66(9), 1705-1712.
- Rostamkhani, F., Jafari, F., OZgoli, G., & Shakeri, M. (2015). Addressing the sexual problems of Iranian women in a primary health care setting: A quasi-experimental study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20(1), 139-146
- Silverman, J., Kurtz, S. & Draper J. (2013). *Skills for communicating with patients (3rd edition)*. CRC Press, Taylor and Francis Group, New York.
- Sensoa (2016, 15 oktober), Rapport huisartsenbevraging op Huisartsenbeurs Expo Antwerpen (intern rapport)
- Sensoa. (2017, 16 februari). *Opraep: seksuele gezondheid in de huisartsenopleiding* (intern document).
- Sensoa vzw. (z.d.) *Als professional praten over seksuele gezondheid*. Geraadpleegd van <https://www.pratenoverseks.be>
- Verhoeven, V., Colliers, A. & Verste, A. (2007). Collecting data for sexually transmitted infections (STI) surveillance: what do patients prefer in Flanders. *BMC Health Services Research*, 7, 149.
- Wendt, E., Hildingh, C., Lidell, E., Westerstahl, A., Baigi, A. & Marklund, B. (2007). Young Women's Sexual Health and Their Views on Dialogue with Health Professionals. *Acta Obstetrica & Gynecologica Scandinavica*, 86(5), 590-595.
- World Health Organization. (2006). *Sexual health document series. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002*. Geraadpleegd van https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf

Summary

Talking about sexual health using the One to One method. Development and implementation in the doctor's practice in Flanders

The One to One method (O2O) is a method to support general practitioners (GP) to initiate and discuss sexual health with their patients. Research has shown that GPs avoid discussing sexual health because of perceived barriers such as lack of knowledge or skills, or the fear of intrusion of the privacy of the patient. The O2O method addresses these barriers and provides a simple, hands-on step-by-step method to initiate and discuss sexual health. The method is offered in Flanders to general practitioners both in practice and in training. Funded by the Flemish government, a O4O training package has been developed and will be offered to one third of the local quality groups (LOK) to train general practitioners in practice. In addition, the One to One method and its applications are included in the mandatory curriculum of general practitioners in training. Practicing GP's evaluated the training package very positively. They agreed that the One to One method facilitates discussing sexual health. Almost 3 in 4 participants intended to discuss sexual health more often with patients. Moreover, 1 in 2 participating GP's declared that they actually did so in the four weeks following the training. The One to One method is not only of value to GPs. Conversations on sexual health can also be initiated by other health care professionals. Therefore, the One to one method is also valuable and thus offered to psychosocial or non-medical health care professionals.

Keywords: initiate sexual health discussions, sexual health, One to one method, general practitioner, communication method

Trefwoorden: proactief bespreekbaar maken, seksuele gezondheid, Onder 4 Ogen methode, huisarts, communicatiemethode

Literatuurbulletin



Hatfield, Elaine, Rapson, Richard & Purvis, Jeanette (2020).

What's Next in Love & Sex. Psychological and cultural perspectives.

New York, NY: Oxford University Press, 283 pagina's, €66,47.

Elaine Hatfield is een bekende naam op het we-

tenschapsterrein van intieme relaties en seksualiteit. Het eerste boek waaraan de hoogleraar psychologie gezeteld in Hawaï als coauteur bijdroeg, verscheen al een dikke halve eeuw terug. De coauteurs zijn, respectievelijk, oudgediende en nieuwgekomen collega's aan dezelfde universiteit. Hun gezamenlijke relaas is geschoeid op Noord-Amerikaanse, sociaalwetenschappelijk empirische leest: veel survey c.q. vragenlijstonderzoek en een heilig vertrouwen in percentages. Dat komt soms wat oppervlakkig over en leunt bovendien qua onderzoek heel sterk op de VS, maar geeft niettemin een aardige inkijk in seksueel gedrag en attitudes (aldaar) en, niet onbelangrijk gezien de insteek van dit boek, in historische verschuivingen op dat vlak. De belofte die de titel scheidt dat ons een blik in de toekomst gegund wordt, wordt echter eigenlijk pas in het laatste (korte) hoofdstuk enigszins ingelost.

Het leeuwendeel van het boek schetst de ontwikkelingen tot op heden. De volgende onderwerpen passeren de revue: verandering en diversiteit in seksueel gedrag en mores, Internet en globalisering op het terrein van liefde en seks, commercie en *dating apps*, *hookup culture* en *consensual non-monogamy*, pornografie en *seksrobots*. Op voorhand wordt gemeld dat seksueel geweld noch seks/gender oriëntatie uitgebreid aan de orde zullen komen; *'we cannot cover everything'*. In het hoofdstuk over *hook-up culture* wordt mij in herinnering gebracht dat Hatfield één van de onderzoekers is van dat notoir kortzichtige experiment waarin, surprise!, mannen beduidend meer het aanbod van seks door een vreemde accepteerden dan vrouwen. Iets van die ogenschijnlijke naïviteit klinkt ook met regelmaat wel door de teksten hier. Sommige van de in totaal 12 hoofdstukken zijn uitermate onderhoudend, andere rommelig, zonder duidelijke focus en met her en der notoir oppervlakkig percentage-gelepel. Het boek blinkt niet uit in evenwichtigheid. Maar het is bij vlagen best informatief. En de toon van het geheel is aangenaam open en optimistisch, een verademing in vergelijking met het defaitisme van Illouz in 'Het einde

van de liefde'; het boek dat ik in het vorige nummer besprak.

De auteurs schetsen allereerst hoe culturen op seks en relatiegebied steeds meer op elkaar gaan lijken: *'Everywhere, the winds of westernization, individualism and social change are blowing'*. Cruciale veranderingen betreffen, uiteraard, de switch van gearrangeerde huwelijken naar een hang naar *passionate love*, toenemende gendergelijkheid, afnemende hiërarchie en verminderde regulering van seksualiteit. In een prettig historisch-geografisch overzicht wordt de metamorfose geschilderd die zich, na Europa en de VS, inmiddels ook supersnel en diep in veel niet-westerse landen voltrekt. Het internet en, bij gebrek aan breedband op veel plaatsen, de mobiele telefoon spelen een cruciale rol in deze globalisering van westerse liefde. De invloed van westerse films en populaire cultuur op niet-westerse identiteiten is aantoonbaar. Een leuk weetje in dit kader is dat er op het internet 48 vertalingen beschikbaar zijn van de ondertitels bij *Fifty shades of grey*. Auteurs illustreren dat in deze globalisering lokale gebruiken niet zozeer worden vervangen door westerse, maar dat ze transformeren. Vaak is sprake van een *merging* van lokaal en globaal. Ontnuchterend bij al dit vooruitgangdenken is dan wel weer de constatering dat in 2016 de helft van alle huwelijken wereldwijd nog gearrangeerd was.

Een belangrijk onderwerp in het boek vormen de technologische veranderingen in de mogelijkheden voor het vinden van seksuele en liefdespartners. Het eerste computer matching programma werd ontwikkeld aan Stanford University in 1950. Daarna volgden de online *personal ads*, dan de *algorithm-based dating sites*, en recentelijk *smartphone-based dating* toepassingen. De meest populaire sites (totaal zo'n 12 à 15.000) worden kort besproken. Onder de dating apps is Tinder de meest populaire: onderzoek uit 2015 onder studenten in de VS liet zien dat 96% het wel eens gebruikt had. *Online dating has lost much of its stigma*, stelt Hatfield, en ze draagt daaraan bij door het gebruik (inclusief kenmerken en motieven van gebruikers en voor- en nadelen) volkomen *matter-of-fact* te behandelen. Gebruikers krijgen slechts de waarschuwing om niet te veel te verwachten van het vinden van *long-term* liefdespartners vanwege het gebrekkige succes van de sites op dat punt. En ook Tinder vormt in de ogen van deze auteurs beslist niet het einde van de liefde, zoals Illouz betoogt, maar dit medium zal evenmin je liefdesproblemen oplossen.

Ook de alom aanwezigheid en het toegenomen gebruik van porno sinds het internet wordt sterk normaliserend besproken. De veelzijdigheid van het aanbod wordt benadrukt. Ik kan me goed vinden in het standpunt dat porno *not binaric good or bad* is, maar dat de effecten afhankelijk zijn van vele (individuele, contex-

tuele) factoren: *'each individual is the agent for porn's impact'*. Ik kan me ook zeker vinden in de visie dat porno sterk bevrijdende kanten heeft, maar dat er vaak sprake is van exploitatie van de acteurs. Dat heeft dan weer alles te maken met het uitdijende aanbod, juist ook van niet-professionele vormen, en het feit dat mensen er (dus) te weinig voor willen betalen, inderdaad een veelgehoorde klacht onder porno-sekswerkers.

Sex dolls (kennelijk onder andere ook wel *'Dutch wives'* genoemd; toelichting waarom ontbreekt spijtig genoeg) en seks robots zijn een derde onderwerp onder de vlag voortschrijdende technologie. Hatfield e.a. halen met enige instemming futurologen aan (*'it would be foolish to pooh-poooh the possibility'*) die voorspellen dat over enkele decennia robots alle denken over liefde en seksualiteit getransformeerd zullen hebben en bovendien seks met *dolls* meer zal voorkomen dan seks met mensen. Ze werpen wel vragen op rond de ethiek van *sex dolls* (in het kader van pedofilie, menselijke verbondenheid en voortplanting), maar gedegen afwegingen in deze grote kwesties ontbreken, concrete antwoorden al helemaal. Dat is toch wel een tegenvaller in een boek dat pretendeert over de toekomst van liefde en seks te gaan.

De verwachtingen voor de toekomst die expliciet uitgesproken worden betreffen, ten eerste, een steeds verdergaande demystificering van seks. Gevoelens van zowel schuld als magie zullen verdorren en seks zal steeds meer, op z'n hawaiaans, *'no beeg teeng'* worden. Ten tweede wordt ook steeds verdergaande diversifiëring in het vooruitzicht gesteld, bijvoorbeeld in relatievormen. Het hoofdstuk over *consensual non-monogamy* en *polyamory* is leuk en informatief. Vooral nog *'has monogamy won the day'*, maar *'we are still early in the sexual revolution'*. Historisch gezien klopt dat natuurlijk wel. Met grote stelligheid wordt voorspeld dat relaties, seksueel gedrag, motieven voor seks, en platformen voor seks allen zullen verveelvoudigen en diversifiëren. Nu moeten de auteurs naar eigen zeggen studenten elk jaar nog overtuigen dat er, in seks, geen 'normaal' is. Behalve Kinsey halen ze daarbij stevast Milton Diamond aan: *Nature loves variety, society hates it*. Tot op heden geen groter risico dan seksuele non-conformiteit, zo wordt gesteld, zonder dat het waarom daarvan breed wordt uitgemeten. Conformereren om sociale uitsluiting te voorkómen is wijdverbreid. Dat weten we.

Maar dat zal dus allemaal gaan veranderen volgens Hatfield en co. Zij zien een toekomst *away from single standards* en *towards multiplicity and variability*. Veranderingen in het verleden bleken ook niet triviaal, dus waarom zouden ze dat nu wel zijn, vragen ze zich een beetje kinderlijk af. Evidentie wordt aangedragen van versoepelende normen in de VS, inzake porno, buitenechtelijke seks en homohuwelijk. Sekswork wordt niet genoemd. Terwijl het beleid op dat vlak juist sterk repressiever geworden is onder republikeins gezag. Zelfs de strijd om *comprehensive* seksuele voorlichting is in de VS nog lang niet gestreden nadat Bush miljarden

doteerde voor *abstinence-only* educatie en Trump ook nog eens een flinke duit in dat zakje deed. Maar aan beleid besteden deze auteurs opvallend weinig aandacht. Met hun focus op populatiestudies hebben ze bij de voorspelde veranderingen vooral oog voor de publieke opinie. En ze erkennen weliswaar dat er ook daar nog veel conservatieve krachten werkzaam zijn, maar hebben vooral een heilig vertrouwen in de technologie als de grote aanjager van verdere verandering. *'Popularizers'* roepen weliswaar om continuïteit maar *'change is unavoidable, undeniable and profound'*. Vooral jongeren zullen hier een grote rol spelen. Zij zullen de nieuwe technologische mogelijkheden volop benutten en het is ook aan hen om goede manieren te vinden om er mee om te gaan. De auteurs hebben er vertrouwen in dat het verlangen naar langdurige menselijke verbondenheid daarin ook een plaats zal krijgen, zij het wellicht vooral op latere leeftijd. Maar *there's no stopping diversification in ways to live and love, despite conservative forces*. Ik help het ze hopen. Want onder al dat gejuich dat *the name of the game variability, choice, and multiple options* zal zijn, blijk ik toch ineens degene die haar hart vasthoudt.

Ine Vanwesenbeeck
Psycholoog



De verhalenbundel 'Tot mijn kind zelf kan kiezen. Ervaringsverhalen van ouders van kinderen met een vorm van intersekse/DSD'

is te downloaden via
<https://shop.rutgers.nl/nl/>

Boeken over het ouderschap zijn wellicht al zo oud als de onzekerheden en

vragen die komen kijken bij het (moderne) opvoeden. Hoewel iedere ouder tegen unieke problemen aanloopt, blijken veel van deze unieke problemen betrekkelijk universele vragen (Mijn kind slaapt nog altijd niet door? Welk woord gebruik ik voor het genitaal van mijn kind?) en is een grote hoeveelheid informatie beschikbaar via blogs, vlogs, boeken en fora. Daarnaast kunnen veel ouders putten uit de ervaringen van naasten en familie.

Het wordt lastiger wanneer de vragen van ouders voortkomen uit een variatie van de geslachtsontwikke-

ling (DSD) van hun kind, ook wel intersekse genoemd. De schatting is dat één op de 200 Nederlanders een intersekseconditie heeft. Intersekse omvat een grote hoeveelheid variaties waarbij het genetische, hormonale en/of anatomische geslacht anders ontwikkelt dan bij een typische man of vrouw. Intersekse wordt meer en meer gezien als een variatie van de natuur en sommigen identificeren zich als "I" ook als onderdeel van de LHBTI+ gemeenschap. Tegelijkertijd kan intersekse gepaard gaan met medische problematiek, zoals plasproblemen, ernstige hormoonverstoringen of een verhoogd risico op tumorontwikkeling.

Hoewel het medische aspect van intersekse maar een deel is van wat het betekent om een intersekseconditie te hebben of om een intersekse-kind op te voeden blijkt al snel uit dit boek hoe sterk ouders afhankelijk zijn van de medische wereld. Ze zijn afhankelijk van artsen bij het duiden van wat er speelt bij hun kind, het leren over intersekse en het ouderschap van een intersekse-kind, en soms zelfs bij het in contact komen met andere ouders. Het feit dat ouders zo afhankelijk zijn van medici leidt tot een beperkte kijk op wat het betekent om een kind met intersekse op te voeden. Al met al een onwenselijke situatie zoals veel ouders in het boek beschrijven; er is immers geen zelfhulpboek, vlog of forum over de vraag hoe om te gaan met slaapfeestjes wanneer je dochter een clitoris heeft ter grootte van een micropenis.

Precies vanwege het feit dat veel ouders met dit soort lastige vragen blijven zitten is deze verhalenbundel, die Rutgers ontwikkelde in opdracht van het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, zo belangrijk. Rutgers kon daarbij gebruik maken van veel ervaring met betrekking tot dit onderwerp en een sterk team van onderzoekers. In het voorwoord wordt terecht vermeld dat deze bundel met ervaringsverhalen van ouders een belangrijke toevoeging is op het bestaande medische verhaal en helpt bij de zichtbaarheid en acceptatie van intersekse-kinderen en hun ouders. De bundel is mijns inziens een belangrijke stap in het beschrijven van intersekse buiten het medische denken, en in het voorzien van kennis over wat het betekent voor gezinnen wanneer een gezinslid een intersekseconditie heeft en welke variatie er is in hoe hiermee wordt omgegaan.

Uit de verhalenbundel blijkt dat ouders naast de gebruikelijke ouderlijke sores tegen een veelheid aan vragen aanlopen. Deze reiken van het omgaan met normaliteit en diversiteit, tot het maken van keuzes rondom privacy en autonomie, en het zich verhouden als gezin tot de omgeving en behandelaren. De grote variatie aan keuzes die ouders hierin maken en welke gevolgen dit heeft toont de belangrijke rol aan van dit boek voor ouders met een intersekse-kind. Het laat ouders zien dat ze niet de eerste zijn die met deze vragen worstelden. De grote variatie aan ervaringen die besproken worden (van gesloten, binair en medisch-georiënteerd tot fluïde en niet-pathologiserend) biedt

de lezers de ruimte om mee te nemen wat zij belangrijk vinden en hen helpt om keuzes te maken in hun opvoeding en in de spreekkamer.

Overigens leest de verhalenbundel regelmatig ook als een *'how-not-to'* gids voor hulpverleners. Uit de lange rij voorbeelden blijkt dat ouders te vaak op tactloze wijze geïnformeerd worden over iets dat hun leven (in ieder geval tijdelijk) op z'n kop zet. Het boek beschrijft dat ouders met beperkte tijd en informatie ingrijpende beslissingen moeten nemen en hoe dit een bron van spanning en onzekerheid is. Regelmatig worstelen ouders met de gevolgen van beslissingen die zij voor hun kinderen hebben moeten nemen.

Wat vooral blijkt uit de verhalen is de veerkracht en de creativiteit van de gezinnen met wie de onderzoekers in gesprek gingen. De gezinnen zijn inventief in de taal die ze ontwikkelen voor de diversiteit van hun gezinslid en ouders vinden prachtige metaforen om te praten over chromosomen, medische behandelingen en diversiteit van lichamen. Tegelijkertijd wordt op een mooie manier duidelijk hoe kinderen en uiteindelijk ook ouders in staat zijn zich zonder al te veel moeite aan te passen aan het anders zijn dan de norm.

Het is daarom fijn dat de verhalenbundel de kijk op gezinnen met een intersekse-kind verbreedt naar de veerkracht en naar de rijkdom aan diverse lijven, taal en opvoedstijlen. Dat dit van belang is tot in de volwassenheid werd mij recent duidelijk uit het verhaal van een jonge vrouw die meedeed aan een onderzoek naar seksualiteit bij adolescenten met een intersekseconditie in ons ziekenhuis. Ze beschreef dat haar kinderarts haar tijdens haar jeugd op zo'n manier had geïnformeerd over haar intersekseconditie en haar seksualiteit dat ze zich alleen bewust was van het risico op onbegrip, de seksuele problemen en de beperkingen. Toen ze begon te experimenteren ervoer ze dat er vooral plezier en verbinding was, en besepte ze dat het gemedicaliseerde begrip van haar lijf haar lange tijd tegengehouden had. Een dergelijk ervaringsverhaal bevestigt dat het goed is dat personen met een intersekseconditie en hun ouders meerdere bronnen hebben om zich te informeren, ook buiten het medisch model. En dat ze en passant leren over de grote variatie aan lijven en ervaringen, en wat de waarde hiervan is. Zo beschrijft moeder Hester in de verhalenbundel dat het geslachtsdeel van haar dochter Bai (6 jaar), dat tussen een piemel en een vagina in zit, de mooiste van de wereld is. Vanwege dit soort mooie verhalen en alle andere boodschappen over diversiteit en opvoeden hoop ik dan ook dat dit boek een breder publiek vindt dan de mensen die direct betrokken zijn bij dit onderwerp.

dr. Tim van de Grift

Psychiater i.o./seksuoloog i.o. en Universitair Docent Amsterdam UMC (VUmc)



Filip Geelen (2020).
Waar is de liefde gebleven? In het kabinet van de relatietherapeut.

Borgerhoff & Iambergits,
 Gent, 192 pagina's, €22,99.

Ik vind het niet gemakkelijk om dit boek te recenseren, en dat heeft niet zozeer te maken met het feit dat het altijd wat gevoelig ligt om

het werk van een collega-seksuoloog kritisch te lezen, maar vooral omdat het boek moeilijk te klasseren is. Het hangt een beetje tussen een zelfhulpboek voor koppels met relationele en seksuele problemen en een voorbereiding/uitnodiging om de stap naar therapie te zetten. Hoe dan ook, het boek leest ontzettend vlot, mede door de herkenbaarheid van de casussen die aan bod komen en de concrete manier van schrijven. Of heeft het te maken met mijn eigen achtergrond, waardoor ik me op bekend terrein bevond? Het boek is duidelijk geschreven voor individuen en koppels die worstelen met relationele en seksuele thema's en levert weinig nieuwe inzichten voor relatietherapeuten en seksuologen, maar daarvoor is het dus niet bedoeld. In zijn voorwoord introduceert de auteur het boek als een inkijk in het kabinet van de relatietherapeut met als bedoeling de drempel te verlagen, schroom weg te halen en een duwtje in de rug te geven om hulp te zoeken en te praten over zichzelf en de relatie. Dat het boek drempelverlagend werkt, klopt helemaal. Ik mis echter een concreet overzicht van het therapieproces, hoe de sessies opgebouwd worden, en wat je als cliënt precies kan verwachten. Er wordt veel informatie geboden teneinde meer inzicht te krijgen in zichzelf en de relatie, alsook concrete tips die de lezer zelf, en dus buiten therapie om, kan toepassen. Dat is best verwarrend want de auteur benadrukt dat het boek geen vervanging is van therapie en dat sommige oefeningen een kader nodig hebben waardoor de lezer er beter niet alleen mee aan de slag gaat. Veel oefeningen worden dan ook niet concreet, in de zin van stapsgewijs, uitgewerkt, wat wellicht tot doel heeft om de lezer warm te maken voor therapie.

De opbouw van het boek riep bij mij wat vragen op. Hoewel de auteur expliciet beschrijft dat seks en communicatie overlappen en dus moeilijk te scheiden zijn, worden de casussen toch opgedeeld in twee thema's, *in team* (focus op communicatie) en *intiem* (focus op seksualiteit). Daarmee lijkt de auteur een scheiding te maken tussen relatieproblemen en seksuele problemen, twee velden die sterk verbonden zijn, maar jammer genoeg nog te vaak los van elkaar beschouwd worden. Die indeling lijkt me overbodig want alle casussen zijn doorspekt van relationele en seksuele vraagstukken en

konden dus best wel als één serie gepresenteerd worden. Naar mijn gevoel krijgt het relatiestuk meer aandacht dan het seksuele stuk, wat wellicht ingegeven is door mijn eigen verwachtingen als seksuoloog. Of is het meer dan louter een gevoel als we het aantal pagina's (duidelijk in het voordeel van 'in team' tov 'intiem') alsook de beschrijving en uitwerking van de casuïstiek beschouwen. Deze lijkt meer uitgebreid en diepgaand wanneer relationele problemen aan bod komen. Het viel me ook op dat er meer metaforen gebruikt werden in het 'seks' deel. Ik denk niet dat de auteur zelf enige moeite heeft om de dingen bij naam te noemen, maar hij lijkt hiermee te anticiperen op en mee te gaan in de schroom en vermijding van de doorsnee lezer. Nu ja, misschien moet ik dit nuanceren, zo verhullend is het taalgebruik ook weer niet; woorden als penis, vagina en erectie komen best wel vaak voor.

Hier en daar lees ik, al dan niet impliciet, de idee dat de relatie een aangrijpingspunt of middel is om de seksuele interactie aan te pakken/te verbeteren. Wanneer bijvoorbeeld de impact van ontrouw besproken wordt, lijkt de boodschap dat het automatisch wel goed komt met de seks wanneer het vertrouwen hersteld wordt. Algemeen staat de relatie, met de nadruk op communicatie, centraal in het boek en overheerst de idee dat meer verbondenheid tussen partners bijna automatisch leidt tot goede seks. Een idee dat in sommige therapeutische kaders zoals *Emotion Focused Therapie* (EFT) geïmpliceerd is, maar door velen sterk in vraag gesteld wordt. Seksuele problemen vragen specifieke interventies en, hoewel de auteur daar dieper op ingaat in het onderdeel 'intiem', lijkt het advies om meer positieve relationele ervaringen te creëren of de focus weg te halen van seks om aldus de zin in seks te doen terugkeren mij te weinig genuanceerd. Actief op zoek gaan naar adequate seksuele stimulatie en het uitbreiden van het seksuele repertoire zijn nuttig(er) gebleken.

In sommige casussen over seks leek het relationeel perspectief te ontbreken, maar misschien ben ik te veel bevooroordeeld door mijn eigen mantra om seks als een dyadische wisselwerking te benaderen. Hoewel de rol van de partner steeds belicht wordt, bleef de focus soms uni-directioneel gericht op de "geïdentificeerde patiënt", degene met het seksuele probleem. Hiermee laat de auteur een mooie gelegenheid voorbijgaan om seksuele problemen expliciet te herkaderen als een koppel-probleem, een kleine interventie die in de praktijk veel effect kan hebben. Ik vond het verwonderlijk dat een boek waarin zo sterk de nadruk gelegd wordt op relaties, geen casus of toelichting bevat over 'verschil in seksueel verlangen'. Hoewel er duidelijk verwezen wordt naar het feit dat partners niet steeds zin hebben in hetzelfde op hetzelfde moment, ontbreekt een concrete uitwerking van dit thema. Er wordt evenwel een casus beschreven over verschil in seksuele voorkeur, waarna tips volgen over het aanvaarden van verschillen, nieuwsgierig zijn en compromissen sluiten, maar de casus zelf was nogal stereotiep gericht op de

ene partner die iets spannends wil uitproberen (zoals een parenclub) en de andere partner die een voorkeur heeft voor *vanille-seks*. Een verschil in frequentie van seksueel verlangen, in de praktijk vaak aangemeld als “mijn vrouw heeft minder of geen zin in seks”, is nochtans één van de meest voorkomende aanmeldingsklachten. Ik had graag nog wat andere thema’s aan bod zien komen, zoals hoe seks spannend houden in een langdurige relatie en wat met seks op leeftijd. Dat laatste heeft wellicht te maken met het feit dat de casussen vooral jonge koppels beschrijven, dertigers en veertigers, overigens alleen heteroseksuele koppels. Het gebrek aan diversiteit en de neiging tot stereotypering viel me op. Er wordt slechts op één plek verwezen naar niet-heteroseksuele koppels en de rest van de LGBTQI-gemeenschap komt al helemaal niet aan bod. Op dit punt ben ik wellicht te kritisch en te veeleisend, want een boek bedoeld voor het algemene publiek kan natuurlijk niet allesomvattend zijn en impliceert per definitie een selectie teneinde het geheel vlot leesbaar te houden. En toch... leek dit boek me een ideale opportuniteit om het algemene publiek te informeren over de eigenheid, diversiteit en individuele verschillen in seksualiteitsbeleving.

Ondanks het gebrek aan nuance hier en daar, draagt het boek sterk bij tot het normaliseren van bepaalde relationele en seksuele problemen. Ik denk dat veel lezers zich oprecht gerustgesteld zullen voelen na het lezen van de typische gedachten, gevoelens en gedragingen die beschreven worden in de casussen. Het is evenwel belangrijk om erover te waken dat normaliseren niet vervalt in generaliseren. Op vlak van seks en relaties zijn er weinig wetmatigheden. Niet alle koppels overleven overspel en een compleet gebrek aan seksueel verlangen is niet altijd terug te leiden tot een traumatische voorgeschiedenis (een gemiste kans om asexualiteit te normaliseren?).

Eén van de grote sterktes van het boek is dat de auteur niet vertrekt vanuit een welbepaald kader, maar diverse thema’s en technieken belicht, al lees ik toch veel verwijzingen naar het systemisch denken zoals de rol van stigma en sociale perspectieven, het belang van communiceren, communicatieregels, en de onmogelijkheid om niet te communiceren. De auteur heeft zich overigens goed ingelezen. Ik herken verschillende ideeën en theorieën, waaronder hechting, geweldloze communicatie, Dirk De Wachter zijn opvattingen over *gewoetheid* en ongelukkig mogen zijn en the *Good Enough Sex model* (gewoon is goed genoeg). Het leek me toch wenselijk om een aantal verwijzingen op te nemen in het boek of tenminste een literatuurlijst toe te voegen, al was het maar om de geïnteresseerde lezer een richting te geven voor verdere verdieping. Ik wil mijn bewondering uiten voor de manier waarop de auteur erin slaagde om allerlei begrippen uit het relatieveld in leekentaal uit te leggen. Toch vond ik dat sommige termen best wel bij naam genoemd mochten worden en bepaalde thema’s wat concreter of uitgebreider uit-

gewerkt mochten worden. Om een paar voorbeelden te geven: het belang van de hechtingsgeschiedenis en individuele hechtingsoriëntaties (opnieuw, ik ben niet onbevooroordeeld) die de betekenisverlening aan seks en relaties kleuren; de vicieuze cirkel van erectiele dysfunctie concreter beschrijven in termen van faalangst, prestatiedruk en zelf-monitoring waardoor er minder aandacht is voor seksuele prikkels en dus minder opwinding; de werking van het seksuele systeem stap voor stap uitleggen om van daaruit het verschil (en verband) tussen mentale en lichamelijke opwinding te verklaren en het belang van adequate seksuele prikkels om het systeem in gang te zetten (zin maken eerder dan spontane zin). Mijn ervaring leert dat cliënten best wel wat “theoretische” informatie aankunnen en zelfs waarderen zolang het logisch en concreet gepresenteerd wordt.

Verder zie ik veel waarde in de vele *statements* doorheen het boek die een rol kunnen spelen in het ombuigen van niet-helpende gedachten naar helpende gedachten: *Seks is maar seks. Je bent meer dan je erectie. Seksueel verlangen is actief en flexibel ipv rigide en onveranderlijk. Kiezen voor je partner, dat doe je dagelijks en onbewust. Iemand die gehoord wil worden, zal moeilijk zelf horen. Gelukkig zijn is geen knop die je aan en af kan zetten. Wanneer je je slecht in je vel voelt, laat je het moeilijker toe dat iemand eraan zit. Labels zijn enkel handig op een pot confituur. Een houtblok op een vuur in de regen gooien, zal geen effect hebben.*

Tot slot wil ik aanhalen dat ik best wel kritisch ben geweest in mijn recensie, dat ligt nu eenmaal in mijn aard. Maar zou ik het boek aanraden aan vrienden, cliënten en éénieder die worstelt met relationele en seksuele vragen? Jazeker en dat schrijf ik niet enkel om een collega gunstig te stemmen.

Marieke Dewitte
Psycholoog-Seksuoloog

Literatuur

- Bowlby J. (1969). *Attachment. Attachment and loss: Vol. 1. Loss*. New York: Basic Books.
- Rosenberg, M. B. (2014). *Geweldloos communiceren, hoe doe je dat?* Lemniscaat, Rotterdam.
- De Wachter, D. (2014). *Liefde. Een onmogelijk verlangen*. Lannoo Campus, Amsterdam.
- Metz, M. E., McCarthy, B. W. (2007). The Good Enough Sex Model for couple sexual satisfaction. *Sexual and Relationship Therapy*, 22, 351-362.