

JGZ-richtlijn

Seksuele ontwikkeling

2014

**Handelen bij normale, afwijkende en
zorgwekkende seksuele ontwikkeling**

Auteurs

S. Maris

I. van der Vlugt

J. Deurloo

C. Lanting

Een publicatie van het
Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ)
Churchilllaan 11
3527 GV Utrecht

©Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, Utrecht, 2014

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen aanvaardt redactie, auteurs en het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Alle rechten voorbehouden. Behoudens de of krachtens de in de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets van deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere wijze, zonder schriftelijke toestemming van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. Alleen organisaties die jeugdgezondheidszorg uitvoeren in opdracht van de gemeente mogen deze uitgave ongewijzigd verspreiden onder hun eigen medewerkers, hetzij in geprinte vorm, hetzij digitaal.

Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijke verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht (www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van gedeelten van deze uitgave in lezingen, readers en andere werken dient men zich tot het NCJ te wenden.

Gefinancierd door ZonMw



Inhoud

Verantwoording

1. Kader en definities
2. Seksuele ontwikkeling van 0- tot 19-jarigen: handelingsadviezen
3. Handvatten voor de uitvoering van taken in de JGZ-praktijk
4. Interventies en voorlichtingsmateriaal
5. Determinanten van seksuele gezondheid
6. Seksuele risico's
7. Juridische kaders
8. Aanbevelingen

Dankwoord

Literatuur

Bijlage 1: Zoekstrategie

Bijlage 2: Achtergrondinformatie geslachtsontwikkeling van geboorte

In de vroege zwangerschap is de geslachtsontwikkeling voor jongens en meisjes hetzelfde.

Bijlage 3 Interventies en voorlichtingsmateriaal uitgelicht

Bijlage 4: Relevante websites en hulpverleningsorganisaties

Verantwoording

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

De richtlijn is primair ontwikkeld voor professionals in de JGZ. Dit zijn in elk geval jeugdartsen, verpleegkundig specialisten, jeugdverpleegkundigen en doktersassistenten. In het kader van de bevordering van een gezonde seksuele ontwikkeling en de preventie van ongezond seksueel gedrag werkt het JGZ-team samen met, of verwijst naar, andere professionals. Voor aanpalende beroepsbeoefenaren kan de richtlijn een aanvulling op de eigen richtlijnen en/of protocollen zijn. De inhoud van de richtlijn sluit aan bij vragen die JGZ-professionals hebben en vragen die JGZ-professionals van ouders en jongeren krijgen.

Werkwijze

De ontwikkeling van de richtlijn *Seksuele ontwikkeling (0-19 jaar)* vond stapsgewijs plaats. Globaal ging het om de volgende stappen:

Samenstelling van de werkgroep

Voor de preventie van een ongezonde seksuele ontwikkeling is samenwerking met diverse ketenpartners noodzakelijk. Daarom werd allereerst een werkgroep samengesteld. In de werkgroep zijn, naast jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen en doktersassistenten, ook seksuologen, huisartsen en leerlingbegeleiders vertegenwoordigd.

Knelpuntanalyse

Vervolgens is een knelpuntanalyse uitgevoerd om inzicht te krijgen in de vragen en wensen van JGZ-professionals met betrekking tot het onderwerp seksuele ontwikkeling. Bij de knelpuntanalyse is gevraagd naar de huidige werkwijze en protocollen van JGZ-organisaties met betrekking tot de seksuele ontwikkeling. Door middel van een vragenlijst werd onderzocht of er voldoende draagvlak is voor een JGZ-richtlijn *Seksuele Ontwikkeling (0-19 jaar)*, welke vragen en problemen zich voordoen en wat de behoeften en wensen van JGZ-professionals zijn met betrekking tot de inrichting van de richtlijn.

De vragenlijst werd door 73 JGZ-professionals beantwoord. Een richtlijn seksuele ontwikkeling bleek in een duidelijke behoefte te voorzien. De belangrijkste vraag vanuit de JGZ-professionals was: *'Wat is normaal seksueel gedrag en wanneer is seksueel gedrag niet normaal?'* Een andere veelvoorkomende vraag was: *'Welke onderwerpen rond seksualiteit moeten gelet op de seksuele ontwikkeling in welke leeftijdsfase aan de orde komen?'* Er bleek tevens behoefte aan duidelijkheid over de verwijsmogelijkheden op dit gebied.

Formulering uitgangsvragen

Aan de hand van de resultaten van de knelpuntanalyse werden door de werkgroep de volgende uitgangsvragen geformuleerd:

1. Wat wordt verstaan onder een gezonde seksuele ontwikkeling van jeugdigen en wat zijn de belangrijkste criteria om te bepalen of de seksuele ontwikkeling gezond verloopt? (Zie de hoofdstukken 1 en 2 van deze richtlijn.)
Met als subvragen:
 - a. Wanneer is sprake van zorgwekkend of afwijkend gedrag en wanneer is welk gedrag, in welke mate en in welke fase van de seksuele ontwikkeling, ontoelaatbaar of schadelijk zowel op de korte als de lange termijn?
 - b. Wat zijn de belangrijkste signalen die kunnen duiden op een ongezonde seksuele ontwikkeling van jeugdigen?

2. Wat zijn de taken van het JGZ-team (arts, verpleegkundige, doktersassistente) met betrekking tot de begeleiding bij een gezonde seksuele ontwikkeling en de preventie van een ongezonde seksuele ontwikkeling? (Zie hoofdstuk 2.)
3. Welke competenties zijn relevant voor de JGZ-professionals om jeugdigen (en hun ouders) te kunnen begeleiden bij een gezonde seksuele ontwikkeling en/of seksueel riskant gedrag van kinderen/jeugdigen tijdig te signaleren? (Zie hoofdstuk 3.)
4. Welke interventies of type ondersteuning zijn bruikbaar voor de JGZ en (bewezen) effectief om een gezonde seksuele ontwikkeling van jeugdigen te bevorderen (en schade te beperken)? (Zie hoofdstuk 4.)
5. Wat zijn de belangrijkste risicofactoren en beschermende factoren voor een gezonde seksuele ontwikkeling? (Zie hoofdstuk 5 en 6.)
6. Wat zijn de belangrijkste sekse- en cultuurspecifieke aandachtspunten bij de (bevordering van) een gezonde seksuele ontwikkeling van jeugdigen? (Zie hoofdstuk 2 en 3.)

De werkgroep is van mening dat de uitgangsvragen zich, vanwege de aard van het onderwerp (seksuele ontwikkeling), het meest lenen voor een gemengde evidencebased/practicebased aanpak.

Afbakening

De JGZ-richtlijn *Seksuele ontwikkeling (0-19 jaar)* sluit aan bij de JGZ-richtlijn *Secundaire preventie kindermishandeling*, de JGZ-richtlijn *Niet-scrotale testis*, de JGZ-richtlijn *Opvoedingsondersteuning*, het handboek *Seksuele gezondheidszorg, deel 2, Handboek Seksualiteit en reproductie* en het *Standpunt Preventie van Vrouwelijke Genitale Verminking door de Jeugdgezondheidszorg*. Op sommige punten zal in deze richtlijn verwezen worden naar een van de bovengenoemde werken. De richtlijn is tevens afgestemd met richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK). De symptomen en signalen van seksueel misbruikt worden in de huidige richtlijn *Secundaire preventie kindersmishandeling* op pagina 129 genoemd. In 2014 start de update van deze richtlijn.

Systematisch literatuuronderzoek

Aan de hand van de resultaten van de knelpuntanalyse, de al beschikbare literatuur en kennis bij de projectgroep en de werkgroep heeft de werkgroep bepaald welke onderwerpen nader bestudeerd dienden te worden met systematisch literatuuronderzoek. Onderwerpen die controversieel waren of waarover naar de mening van de werkgroep bij Rutgers WPF en bij henzelf onvoldoende (nieuwe) wetenschappelijke kennis beschikbaar was, werden nader onderzocht door middel van systematisch literatuuronderzoek.

In het kader van de ontwikkeling van de richtlijn is systematisch literatuuronderzoek verricht naar de volgende onderwerpen:

- seksueel gedrag;
- lichamelijke ontwikkeling;
- genderidentiteit;
- seksuele oriëntatie;
- seksuele gevoelens bij kinderen vanaf 10 jaar.

Hoofdvraag bij het systematische literatuuronderzoek naar bovenstaande onderwerpen was steeds: wanneer is er sprake van een gezonde seksuele ontwikkeling, wanneer van een ongezonde seksuele ontwikkeling en wat zijn de taken van de JGZ op het gebied van preventie, signalering, advies en informatie, verwijzing en begeleiding bij deze onderwerpen?

Onderwerpen die relevant waren voor de richtlijn, maar niet controversieel en waarover bij Rutgers WPF en/of de werkgroep voldoende up-to-date kennis beschikbaar was, werden door de leden van de werkgroep uitgewerkt aan de hand van de bij hen bekende literatuur.

Voor het zoeken van literatuur werden de MEDLINE-, PsycINFO- en Cochrane-database geraadpleegd. Er werd gezocht naar tussen 2000 en 2011 gepubliceerde artikelen in het Nederlands en Engels. Bij de beoordeling van relevante artikelen werd gelet op drie aspecten, namelijk methodologische kwaliteit, toepasbaarheid in de praktijk en toepasbaarheid binnen de Nederlandse jeugdgezondheidszorg. Voor het beoordelen van de methodologische kwaliteit werd gebruikgemaakt van de systematiek ontwikkeld door het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. De gebruikte zoekstrategieën zijn te vinden in bijlage 1, de tabellen met de beoordelingen van de relevante artikelen zijn bij de ontwikkelaars van de richtlijn op te vragen.

Formuleren conclusies en aanbevelingen

Vanwege de aard van het onderwerp (seksuele ontwikkeling) is gekozen voor een gemengde evidencebased/practicebased aanpak. Conclusies en aanbevelingen in deze richtlijn zijn daar waar mogelijk gebaseerd op wetenschappelijk bewijs, aangevuld met kennis, ervaring en mening van de werkgroepleden. Voor het formuleren van aanbevelingen zijn naast het wetenschappelijk bewijs en de mening van deskundigen diverse andere aspecten van belang, bijvoorbeeld: voorkeuren van jongeren en ouders, kosten, beschikbaarheid, randvoorwaarden en organisatorische aspecten. Deze aspecten werden ook meegenomen bij de totstandkoming van de uiteindelijke aanbevelingen.

Autorisatie

Het eerste concept van de richtlijn werd opgesteld door deskundigen van Rutgers WPF en TNO, in samenwerking met de werkgroepleden. Dit concept werd beoordeeld door experts uit het veld en vertegenwoordigers van de belangrijkste omringende disciplines, zoals huisartsen, seksuologen, kinderartsen en maatschappelijk werkers. In juni 2012 is het eerste concept in de RAC (Richtlijn Advies Commissie) besproken en in november 2013 is het concept beoordeeld door de RAC van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ). In deze adviescommissie zijn alle leden van beroepsverenigingen die betrokken zijn bij de JGZ vertegenwoordigd, inclusief de koepelorganisaties (ActiZ en GGD Nederland), de Inspectie voor de Gezondheidszorg en experts op het gebied van richtlijnontwikkeling en implementatie.

De richtlijn is in januari 2012 ter commentariëring op de websites geplaatst van Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Alle relevante commentaren zijn verwerkt in de richtlijn. Door middel van een praktijktest werd de richtlijn uitgetest in de praktijk door JGZ-medewerkers uit zes organisaties, op basis waarvan de richtlijn opnieuw werd bijgesteld. De bijgestelde richtlijn werd geaccordeerd door de RAC van het NCJ (13-01-2014).

Herziening

Het verdient aanbeveling om uiterlijk vijf jaar na de publicatie te bepalen of de richtlijn nog actueel is. Bij belangrijke nieuwe ontwikkelingen vóór dit tijdstip dient de richtlijn eerder geactualiseerd te worden.

Inhoud

- Hoofdstuk 1 beschrijft het kader en definities van de seksuele ontwikkeling en seksueel gezond gedrag.
- In hoofdstuk 2 wordt de seksuele ontwikkeling vanuit een lichamelijk en psychosociaal perspectief beschreven per leeftijdsfase van zes jaar. Aan bod komen de thema's: lichamelijke verschijnselen, seksuele gevoelens, seksueel gedrag, genderidentiteit en seksuele oriëntatie. De taken van de JGZ-professional met betrekking tot preventie, signalering, voorlichting en advies, doorverwijzing en begeleiding zijn hieraan gekoppeld.
- In hoofdstuk 3 zijn de competenties voor de JGZ-professionals beschreven om jeugdigen (en hun ouders) te kunnen begeleiden bij een gezonde seksuele ontwikkeling en een ongezonde seksuele ontwikkeling tijdig te signaleren. En worden praktische handvatten voor begeleiding en het bespreken van de seksuele ontwikkeling beschreven.
- In hoofdstuk 4 wordt een overzicht gegeven van relevante en effectieve interventies en ondersteunende materialen voor kinderen, ouders en professionals.
- In hoofdstuk 5 wordt achtergrondinformatie gegeven over de belangrijkste determinanten voor gezond seksueel gedrag met risico- en beschermende factoren.

- In hoofdstuk 6 komen de aard, ernst en gevolgen van seksueel riskant en ongezond gedrag aan bod, met een korte beschrijving van de belangrijkste risicogroepen.
- In hoofdstuk 7 wordt een schets gegeven van de belangrijkste juridische kaders.
- In hoofdstuk 8 staan de belangrijkste aanbevelingen voor de praktijk van en ondersteuning en begeleiding door de JGZ.

In de bijlagen is een overzicht opgenomen van de zoekstrategie, een overzicht van hormonale ontwikkelingen in de puberteit met puberteitsstadia, een overzicht van te gebruiken materialen en interventies, en een overzicht van websites en relevante hulpverleningsorganisaties.

Naast dit handboek is er een samenvatting van de richtlijn beschikbaar (waarin de meeste relevante aanbevelingen voor de praktijk van de JGZ beschreven zijn). Ook zijn er drie overzichtskaarten, met een beschrijving per seksuele ontwikkelingsfase van de belangrijkste thema's en adviezen voor de JGZ-professionals. De projectgroep adviseert JGZ-professionals minimaal de samenvatting voor de JGZ goed door te nemen.

Taken en rollen van de JGZ

Basistakenpakket

Bij de start van het schrijven van de richtlijn in 2011 werd het aanbod van de JGZ omschreven in het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar (BTP). Het BTP bestaat uit een uniform en een maatwerkdeel. Het uniforme deel wordt aan alle kinderen en jongeren aangeboden. Het maatwerkdeel is per gemeente verschillend, omdat iedere gemeente het zorgaanbod afstemt op de zorgbehoefte en de gezondheidssituatie van de jeugd in de eigen gemeente. Inmiddels is er een advies geschreven voor de inhoud van het basispakket preventie (rapport-De Winter), waarbij het maatwerkdeel zo mogelijk een plek moet gaan krijgen in de nieuwe Jeugdwet bij de gemeente. Maar de praktische uitwerking daarvan voor de JGZ is nog niet gereed. Contactmomenten worden steeds meer flexibel ingevuld. Alhoewel de JGZ kinderen vanaf jonge leeftijd op verschillende momenten ziet, komen de onderwerpen 'seksualiteit' en 'seksuele ontwikkeling' vaak pas op latere leeftijd aan de orde.

Hoe de taken uit het Basistakenpakket (BTP) worden uitgevoerd is afhankelijk van de betreffende gemeente, JGZ-organisatie en van de professional die het contactmoment of advies uitvoert. De JGZ-richtlijn *Seksuele ontwikkeling (0-19 jaar)* richt zich op de professional. In hoofdstuk 2 beschrijven we wat er in de verschillende fasen van de seksuele ontwikkeling binnen de JGZ aan bod dient te komen. Indien er in de tekst wordt gesproken van 'verwijzen', dan kan dat een verwijzing naar de huisarts zijn of rechtstreeks naar de specialist met kennisgeving aan of na overleg met de huisarts. Bij sommige onderwerpen is specifiek benoemd of een verwijzing naar de huisarts of de specialist de voorkeur heeft. Als er op een bepaalde leeftijd geen contactmoment is, wordt beschreven hoe dit mogelijk deels ondervangen kan worden door screening of vragenlijsten.

Verantwoordelijke professional

Hoe de taken van de JGZ worden uitgevoerd is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van het JGZ-team. Van oudsher bestaat het JGZ-team uit een jeugdarts, een jeugdverpleegkundige en een (dokters)assistente. Vooral in de zorg voor 0- tot 4-jarigen wordt het team nog wel eens aangevuld met een verpleegkundig specialist preventie.¹ Over het algemeen valt de beoordeling van de medisch-fysieke gezondheid onder de verantwoordelijkheid van de jeugdarts of verpleegkundig specialist. De begeleiding op psychosociaal en opvoedkundig vlak is veelal toebedeeld aan de jeugdverpleegkundige of verpleegkundig specialist. Zo nodig wordt binnen het JGZ-team verwezen, bijvoorbeeld van jeugdverpleegkundige naar jeugdarts. In de JGZ-richtlijn *Seksuele ontwikkeling (0-19 jaar)* vormt deze taakverdeling het uitgangspunt.

Contactmomenten op een rij (gebaseerd op situatie anno 2013, bij meeste JGZ-organisaties)

¹ Een verpleegkundig specialist is een verpleegkundige met een erkende, specifieke masteropleiding en ervaring op expertniveau, die wordt ingezet op een omschreven groep patiënten/cliënten, die hij/zij zelfstandig begeleidt/behandelt. Care en cure worden met elkaar verenigd. In de JGZ houdt dat in het uitvoeren van alle consulten op het consultatiebureau.

De JGZ nodigt kind en ouders in de eerste 4 levensjaren ongeveer 15 keer uit. Tussen het 4e en 19e^e jaar zijn er 3 contactmomenten, die niet altijd face to face zijn: op 5-jarige leeftijd/groep 2 van het basisonderwijs, op 10-jarige leeftijd/groep 7 van het basisonderwijs en op 13-jarige leeftijd/klas 2 van het voortgezet onderwijs. Op 9- en 12-jarige leeftijd vindt daarnaast nog vaccinatie volgens het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) plaats. Vanaf 1 januari 2013 is een extra contactmoment mogelijk vanaf het 14e jaar. Naast de preventieve reguliere contacten zijn er in de praktijk veel variaties mogelijk in de leeftijd waarop kinderen door de JGZ gezien worden of gevolgd. Tevens zijn er extra contacten op indicatie of vraag mogelijk. Daarnaast kunnen derden zoals peuterspeelzaalleidsters, leidsters in de kinderopvang, leerkrachten, huisartsen en schoolmaatschappelijk werkers de JGZ consulteren bij vragen over de (seksuele) ontwikkeling van kinderen en jongeren en/of ouders adviseren om naar de JGZ te gaan. Naast het individuele contact zijn er groepsgerichte contacten mogelijk.

1. Kader en definities

In dit hoofdstuk worden de definities en kaders voor JGZ-professionals uiteengezet. Wat wordt er verstaan onder: seksualiteit, seksuele gezondheid, seksuele ontwikkeling en seksueel gedrag?

1.1 Seksualiteit

Seksualiteit omvat het geheel aan gevoelens, gedachten, opvattingen, fantasieën, verlangens en gedragingen die seksueel getint kunnen zijn. Seksualiteit is verbonden met genderrollen, seksuele oriëntatie, seksuele identiteit, intimiteit, plezier, erotiek en voortplanting. Kinderen beleven hun seksualiteit anders dan jongeren en volwassenen. Vanaf de puberteit, als kinderen geslachtsrijp zijn, gaan kinderen meer relationele en seksuele contacten aan (Van der Vlucht, 2012; WHO Regional Office for Europe, 2010).

1.2 Seksuele gezondheid

In de JGZ-richtlijn *Seksuele ontwikkeling 0-19 jaar* wordt de definitie van seksuele gezondheid gehanteerd die in 2010 is vastgelegd door de World Health Organisation - Regional Office for Europe (Van der Vlucht, 2012; WHO Regional Office for Europe, 2010).

‘Seksuele gezondheid is een met seksualiteit verbonden toestand van fysiek, emotioneel, geestelijk en sociaal welzijn. Seksuele gezondheid is dus meer dan de afwezigheid van ziekte, disfunctie of zwakte. Seksuele gezondheid wordt vooral vanuit een positieve benadering belicht met ruimte voor seksueel plezier. Seksuele gezondheid beperkt zich niet alleen tot de fysieke gezondheid, maar betreft hierin ook emotionele en psychosociale elementen. Om seksuele gezondheid te bereiken en te behouden moeten de seksuele rechten van ieder mens worden gerespecteerd, beschermd en uitgevoerd. Dit impliceert onder andere het aangaan van seksuele contacten vrij van dwang, discriminatie en geweld.’

1.3 Seksuele rechten van de mens

Soms kan seksueel gedrag binnen een bepaalde maatschappij, cultuur, levensbeschouwelijke overtuiging, gezin of groep als normaal gezien worden, maar wel een bedreiging vormen voor een gezonde seksuele ontwikkeling. Te denken valt bijvoorbeeld aan normen ten aanzien van seksueel gedrag op jonge leeftijd, homonegativiteit, beperking in partnerkeuze of uithuwelijking, genitale verminking (meisjesbesnijdenis), enzovoorts. De seksuele rechten van de mens (Van der Vlucht, 2012; WHO Regional Office for Europe, 2010) vormen in deze gevallen het uitgangspunt voor de categorisering van het seksuele gedrag als gezond, schadelijk of zorgwekkend.

‘Internationaal zijn seksuele en reproductieve rechten vastgelegd in verdragen die door de meeste landen zijn ondertekend. Deze rechten sluiten aan bij de fundamentele en universele rechten van de mens en dus ook van kinderen en jongeren. De belangrijkste rechten van het individu zijn:

- *De hoogst haalbare standaard van seksuele gezondheid, inclusief toegang tot voorzieningen (anticonceptie, veilige abortus, seksuologische hulp, etc.)*
- *Toegang tot en het ontvangen van betrouwbare informatie over seksualiteit.*
- *Seksuele en relationele vorming.*
- *Vrije partnerkeuze.*
- *Respect voor lichamelijke integriteit.*
- *Besluit om wel of niet seksueel actief te zijn.*
- *Seksuele relaties met wederzijdse instemming.*
- *Huwelijk met wederzijdse instemming.*
- *Besluit om wel of niet kinderen te krijgen en wanneer.*
- *Het nastreven van een bevredigend, veilig en plezierig seksleven.*

Het verantwoord naleven van deze rechten impliceert dat iedereen de rechten van de ander respecteert.’

1.4 Seksuele ontwikkeling

Tot halverwege de 20e eeuw was er alleen aandacht voor de biologische en fysieke kant van de seksuele ontwikkeling (De Graaf, 2009). Met de opkomst van de ontwikkelingspsychologie (o.a. Erikson) krijgt de psychosociale invalshoek meer voet aan de grond. De laatste decennia worden door onder andere Bancroft en Bronfenbrenner pogingen gedaan om de biomedische en psychosociale invalshoeken meer met elkaar te integreren (De Graaf, 2009). En is er meer aandacht voor de actieve rol van het individu. Het individu reageert niet alleen op invloeden vanuit de omgeving, maar geeft zelf ook betekenis aan ervaringen en inzichten, evalueert en reflecteert en maakt zelf eigen keuzes.

'De seksuele ontwikkeling start in de vroege kinderjaren en zet zich voort in de puberteit en volwassenheid. De seksuele ontwikkeling bestaat uit een samenspel tussen lichamelijke, cognitieve, psychische, sociale, relationele, ethische, religieuze en culturele factoren. Kinderen en jongeren spelen zelf een actieve rol in hun seksuele ontwikkeling door: (a) te reageren op de omgeving, (b) betekenis te geven aan denkbeelden, emoties en gedragingen en (c) zelf keuzes te maken.'

1.4.1 Seksuele ontwikkelingsdomeinen

De seksuele ontwikkeling van kinderen en jongeren richt zich op de volgende domeinen:

- De biologische en fysieke ontwikkeling: groei van de geslachtsdelen en primaire en secundaire geslachtskenmerken, lichamelijke veranderingen in de puberteit, lichaams- en zelfbeeld, lichaamsverzorging, (cosmetische) chirurgie, geslachtskenmerken en lichamelijke stoornissen.
- De psychosociale ontwikkeling, waaronder: seksueel gedrag, seksuele gevoelens (verliefdheid, verlangen, opwinding, orgasme, verslaving en disfuncties), seksuele oriëntatie, genderidentiteit en genderstoornissen, (seksuele) relaties, (seksueel) lichaams- en zelfbeeld (houding, emoties) en omgang met beelden in de media.
- Vruchtbaarheid, voortplanting, anticonceptie en gezinsvorming.

1.4.2 Volwassen perspectief op seksualiteitsbeleving

Volwassenen kijken vaak vanuit een volwassen perspectief – met alle ervaringen en gevoelens van een volwassen seksualiteitsbeleving – naar de seksuele ontwikkeling of seksueel getint gedrag van kinderen. De seksuele ontwikkeling van een kind kan vanuit dit perspectief een andere invulling of lading krijgen. Echter uit verschillende handboeken en onderzoeken blijkt dat het spelen van seksueel getinte spelletjes door jonge kinderen voortkomt uit nieuwsgierigheid naar het eigen lichaam en het lichaam van anderen (De Graaf, 2003; De Graaf, 2004; De Graaf, 2009; Van der Vlugt, 2012; WHO Regional Office for Europe, 2010). Seksueel spelgedrag draagt daarmee bij aan de ontwikkeling van een gezond lichaamsbesef en een gezonde identiteitsontwikkeling en maakt daardoor onderdeel uit van de 'normale' seksuele ontwikkeling.

(Pre)seksuele ontwikkeling?

Op het moment dat kinderen nog niet seksueel actief of seksueel rijp zijn, spreekt men ook wel van een 'preseksuele ontwikkeling' (De Graaf, 2003; De Graaf, 2009; Van der Vlugt, 2012; WHO Regional Office for Europe, 2010). Critici geven aan dat het woord 'pre' de lading niet dekt en juist de seksuele ontwikkeling bij kinderen op jonge leeftijd niet erkent. Studies laten zien dat kinderen op heel jonge leeftijd seksuele gevoelens of gevoelens van opwinding kunnen hebben. Ook zijn er observatiestudies waarin het aanraken van geslachtsdelen al in de baarmoeder is waargenomen, wat wijst op een seksuele ontwikkeling vanaf de geboorte (De Graaf, 2004). In deze richtlijn wordt daarom de term 'seksuele ontwikkeling' gehanteerd voor de seksuele ontwikkeling van 0- tot 19-jarigen.

1.4.3 Seksuele ontwikkelingsfasen

De seksuele ontwikkeling van kinderen en jongeren verloopt in een aantal fasen. Deze fasering loopt niet voor alle kinderen gelijk. De lichamelijke, psychosociale en cognitieve ontwikkeling kunnen per kind variëren en zijn afhankelijk van verschillende factoren. De seksuele ontwikkeling stopt niet na het 19e jaar, maar is een continu, levenslang proces. In algemene zin worden de volgende seksuele ontwikkelingsfasen aangehouden. Grofweg

maken we een onderscheid in fasen van 3 à 4 jaar:

- *0 tot 3 jaar:* In de eerste fase van de seksuele ontwikkeling ontwikkelen kinderen hun motoriek (van ongericht naar meer doelgericht) en dalen de hoeveelheden geslachtshormonen in waarde. Kenmerkend is het egocentrisch handelen. Ze ontwikkelen meer zelfbesef en zelfwaardering. Ze zijn voornamelijk bezig met het ontdekken en aanraken van het eigen lichaam, stimuleren de eigen geslachtsdelen en krijgen interesse in het lichaam van anderen. Ze genieten van lichamelijk contact. Ze worden zich bewust van hun eigen sekse, ontwikkelen seksestereotiepe gedragingen en weten welk gedrag bij mannen of vrouwen hoort.
- *3 tot 6 jaar:* In de tweede fase worden kinderen zich meer bewust van hun eigen lichaam, maar nog niet van sociale normen rondom uiterlijk. Ze vertonen (bijna rigide) seksestereotiepe voorkeuren. Kinderen worden gevoeliger voor sociale regels rondom al of niet toelaatbaar seksueel gedrag. Bijvoorbeeld: 'Je loopt niet naakt door de kamer als er visite is.' Ook ontdekken ze eigen en andermans geslachtsdelen door gebruik te maken van fantasie en spel, bijvoorbeeld doktertje spelen, en het stimuleren van de eigen geslachtsdelen. In deze fase gebruiken kinderen 'vieze' woorden. Ze weten dat voor de voortplanting een eitje van de vrouw en zaadjes van de man nodig zijn, maar ze weten niet precies hoe het werkt.
- *6 tot 9 jaar:* In de derde fase kunnen kinderen zich steeds beter inleven in de ander. Vriendschappen worden intenser, ze gaan meer om met kinderen van hun eigen sekse, ze zijn zich meer bewust van sociale regels. Internet begint een (grotere) rol te spelen. De eerste gevoelens van schaamte treden op; zo douchen sommige kinderen liever niet meer in het bijzijn van anderen. Ook kunnen kinderen zich ongemakkelijker voelen en minder vragen over seks stellen. Kinderen kunnen op deze leeftijd eerste gevoelens van verliefdheid ervaren en beschrijven. Ze fantaseren bijvoorbeeld over met wie ze later willen trouwen.
- *9 tot 12 jaar:* De vierde fase van de seksuele ontwikkeling wordt ook wel de fase van de prepuberteit genoemd. De eerste lichamelijke veranderingen worden zichtbaar, kinderen worden verliefd en sommige kinderen krijgen voor het eerst verkering. De lichamelijke veranderingen zorgen bij veel (pre)pubers voor onzekerheid. Zowel jongens als meisjes kunnen onzeker zijn over hun eigen lichaam. Leeftijdgenoten en vrienden spelen in deze periode een steeds grotere rol. De afhankelijkheid (naar ouders) neemt af en de zelfredzaamheid neemt toe. Het gebruik van internet neemt toe (70% heeft een eigen profiel). Kinderen hebben meer interesse in seks, maar er zijn onderling grote verschillen. Ze hebben seksuele fantasieën, ze praten meer met vrienden over seks en doen zoen- en masturbatiespelletjes.
- *12 tot 15 jaar:* In de vijfde fase zitten de meeste kinderen midden in de puberteit. De secundaire geslachtskenmerken groeien, de eerste menarche en spermarche doen zich voor, ze krijgen een volwassen transpiratiegeur en maken een groeispurt door. Meisjes zijn vaker ontevreden over hun eigen lichaam dan jongens. Twee op de vijf meisjes vindt zichzelf te dik of te dun. Jongens zouden gespierder willen zijn, maar zijn meer tevreden over hun geslachtsdelen en lichaam dan meisjes. Zowel jongens als meisjes kunnen onzeker zijn over hun lichaam, vanwege veranderingen in de puberteit. De nieuwsgierigheid naar seksualiteit neemt toe. Kinderen maken massaal gebruik van internet (Facebook, mobiele telefonie, e.d.) De drang naar zelfstandigheid kan voor ruzies met ouders zorgen. Leeftijdgenoten worden belangrijker. Er is een grotere sociale druk op genderstereotiepe gedrag. Homonegatieve gedachten en homofobie kunnen voorkomen, alsook twijfels of verwarring over seksuele oriëntatie. Kinderen hebben wel verkering maar er is nog weinig intimiteit. Ze hebben nog negatieve gevoelens en gedachten over seksualiteit. Jongens masturberen meer dan meisjes en jongens kijken meer naar porno. De meesten zijn nog niet aan seks toe. Ongeveer de helft van de pubers doet in deze fase ervaring op met tongzoenen en sommigen met voelen en strelen.
- *15 tot 19 jaar:* In de zesde fase in de seksuele ontwikkeling experimenteren jongeren meer met seksualiteit. Deze fase wordt ook wel 'bijna volwassen' genoemd. Lichaam en lichaamsbehandling groeien door. Uiterlijk is erg belangrijk maar de onzekerheid neemt af. Jongeren krijgen meer inzicht in zichzelf en anderen en maken zich los van hun ouders. De gevoeligheid voor de sociale norm neemt af, omdat de eigen identiteit zich meer ontwikkelt. Ze ontdekken hun seksuele identiteit en komen meer uit voor hun seksuele voorkeur (coming-out). Relaties (meestal wel kortdurend) worden persoonlijker en intiemer en seks speelt een grotere rol. Contact met erotisch materiaal neemt toe. Jongeren experimenteren meer met seks (aftrekken, vingeren, geslachtsgemeenschap, orale seks en soms anale seks). De helft van de 'bijna volwassenen' heeft op hun 17e jaar ervaring met geslachtsgemeenschap. In deze fase lopen

jongeren meer risico op een soa, ongewenste zwangerschap en seksueel geweld/seksueel misbruik/seksuele uitbuiting en sommigen ervaren seksuele problemen (pijn bij het vrijen, niet klaarkomen of te snel klaarkomen). Zichzelf leren beschermen tegen soa's en een ongewenste zwangerschap alsook het leren bewaken en respecteren van wensen en grenzen worden belangrijker. Ze oefenen in deze fase als het ware met relaties en bepalen hoe ver ze willen gaan.

1.5 Normaal, gezond en veelvoorkomend seksueel gedrag

Seksueel gedrag en seksueel getinte spelletjes van jonge kinderen kunnen plaatsen binnen de context van normaal, veelvoorkomend en (on)gezond seksueel gedrag vergt een genuanceerde benadering. In deze paragraaf worden de visie en begripsbepaling rondom normaal, gezond en veelvoorkomend seksueel gedrag van jonge kinderen en jongeren nader toegelicht. De hele seksuele ontwikkeling is breder dan alleen het seksuele gedrag.

1.5.1 Onderzoek naar seksueel gedrag

De meeste onderzoeken naar seksueel gedrag van kinderen zijn retrospectief of met behulp van observaties in kaart gebracht. Dergelijk onderzoek is niet vrij van sociaal-culturele waarden en normen. Immers de observator is vaak een volwassene die vanuit een volwassen blik naar kinderen kijkt en gedrag vanuit het eigen referentiekader interpreteert. In huidig onderzoek heerst geen algemene consensus rondom de vraag wat normaal en gezond seksueel gedrag is (De Graaf, 2007). Zo kan seksueel gedrag vaak voorkomen, maar dit zegt niets over de mate waarin dit gedrag een risico of bedreiging voor de seksuele ontwikkeling vormt.

1.5.2 Terminologie: normaal, gezond en veelvoorkomend seksueel gedrag

Normaal seksueel gedrag

Wat de een als normaal seksueel gedrag beschouwt, kan een ander als abnormaal of afwijkend bestempelen. De definitie van 'normaal seksueel gedrag' is dan ook subjectief. Vaak komt wat als normaal gezien wordt overeen met een norm die binnen een cultuur, maatschappij, gezin of groep aanvaard of geaccepteerd wordt. Abnormaal seksueel gedrag is dan het gedrag wat buiten de normen van de groep of het gezin ligt. De term 'normaal seksueel gedrag' wordt om deze reden in de JGZ-richtlijn *Seksuele ontwikkeling 0-19 jaar* niet gebruikt. In de richtlijn spreken we van *veelvoorkomend seksueel gedrag*. Daarnaast zijn criteria vastgesteld op basis waarvan bepaald wordt of dit gedrag mogelijk schadelijk of bedreigend is voor de ontwikkeling van het desbetreffende kind.

(On)gezond seksueel gedrag

De meeste kinderen ontwikkelen zich op een seksueel gezonde manier en maken op latere leeftijd seksueel gezonde keuzes. Veelvoorkomend seksueel gedrag is niet per definitie gezond seksueel gedrag. Ook is weinig voorkomend seksueel gedrag niet per definitie ongezond. Seksueel gezond gedrag is gedrag wat niet schadelijk is voor het eigen lichaam of psychosociaal welzijn. Gedrag is seksueel ongezond als het een (te verwachten) schadelijk of zorgwekkend risico vormt voor de (seksuele) ontwikkeling. Lichte seksuele grensoverschrijding kan bijgestuurd en gestopt worden, zodat de schade voor de seksuele ontwikkeling beperkt blijft. Ernstige seksuele grensoverschrijding kan schadelijk en bedreigend zijn voor een gezonde seksuele ontwikkeling. De impact hiervan is vooral afhankelijk van de aard, frequentie, ernst en omvang van het seksuele gedrag, de context waarbinnen het gedrag plaatsvond en de relatie met de pleger of dader. Zie ook de JGZ-richtlijn *Secundaire preventie kindermishandeling (2010, een update wordt verwacht in 2016)*.

Veelvoorkomend seksueel gedrag en beoordelingscriteria

Seksueel gedrag wat veel voorkomt hoeft niet per definitie 'gezond' te zijn en seksueel gedrag wat weinig voorkomt hoeft niet per definitie 'ongezond' te zijn. Daarentegen kan uitzonderlijk seksueel gedrag wel een signaal zijn van ervaring met seksueel misbruik, terwijl het gedrag zelf niet grensoverschrijdend is. Om seksueel gedrag goed te duiden en te beoordelen wordt in de richtlijn gebruikgemaakt van het vlaggensysteem² (Frans, 2010). In

² De criteria zijn op basis van verschillende onderzoeken tot stand gekomen. Op basis van consensus is in de werkgroep gekozen voor de criteria van dit Vlaamse vlaggensysteem (Frans & Franck, 2010).

deze richtlijn worden daarnaast ook de criteria beschreven voor de beoordeling van al of niet dwangmatig seksueel handelen/seksuele verslaving. Veel kinderen spelen op jonge leeftijd seksuele spelletjes met elkaar. Dit is veelvoorkomend gedrag en veelal niet schadelijk voor de seksuele ontwikkeling. In hoofdstuk 2 zijn deze criteria gebruikt bij de formulering van acties voor de JGZ-professional.

1.5.3. *Seksueel gedrag duiden volgens het vlaggensysteem*

Seksueel gedrag van kinderen (evenals seksueel spel met leeftijdgenoten) dient vrijwillig, met wederzijdse toestemming, zonder dwang of groepsdruk, gelijkwaardig, ontwikkelingsadequaat, contextadequaat en niet pijnlijk of schadelijk te zijn (Frans, 2010). Als aan deze criteria voldaan wordt, is er sprake van gezond seksueel gedrag.

De zes criteria van het vlaggensysteem

1. *Wederzijdse toestemming*: wil het kind het zelf, wil het eventuele andere kind het ook, vinden beide kinderen het seksuele gedrag prettig?
2. *Vrijwilligheid*: kiest het kind er zelf voor, durft het/is het in staat om nee te zeggen?
3. *Gelijkwaardigheid*: zijn het kind en het andere kind even sterk, oud, slim of is er sprake van een machtsverschil?
4. *Ontwikkelingsadequaat*: doet het kind niets waar het te jong of te oud voor is, past het seksuele gedrag bij de ontwikkelingsleeftijd van het kind?
5. *Contextadequaat*: is het seksuele gedrag van het kind gepast, stoort of choqueert het anderen in de omgeving niet?
6. *Zelfrespect*: heeft het kind zicht op de gevolgen van zijn of haar gedrag, neemt het geen risico's die schadelijke gevolgen kunnen hebben?

(Frans, 2010)

Seksueel gedrag wat niet aan alle criteria voldoet

Zodra het seksuele gedrag van kinderen/jongeren niet aan de criteria voldoet, moet de situatie nader bekeken worden. Meestal heeft seksueel gedrag een functie voor het kind. Zo kan het deel uitmaken van de 'gezonde seksuele ontwikkeling' en toch als 'licht grensoverschrijdend' of 'zwaarder grensoverschrijdend' benoemd worden. De meeste kinderen experimenteren met allerlei vormen van gedrag en dus ook met seksueel gedrag. Ze doen dit om hun eigen lichaam te ontdekken, hun eigen wensen en grenzen te ontdekken en om zich sociale regels eigen te maken. Ze provoceren, experimenteren en dienen bijgestuurd te worden door hun ouders. Oftewel ze tasten ook op seksueel gebied grenzen af. Ouders en professionals hoeven zich dan niet direct zorgen te maken. Ouders kunnen dit gedrag bijsturen, door het te benoemen, te begrenzen en uit te leggen waarom ze begrenzen (Frans, 2010). Voor zowel ouders als professionals is het goed om te beseffen dat (jonge) kinderen niet direct na één keer bijsturen het gewenste gedrag vertonen. Er sprake is van 'ernstig grensoverschrijdend seksueel gedrag' op het moment dat een kind bepaald gedrag vertoont en niet ontvankelijk is voor bijsturing door de ouders. Hier kunnen verschillende oorzaken aan ten grondslag liggen. Zo kan het ouders soms niet lukken om hun kind bij te sturen omdat zij zelf moeite hebben met de seksuele opvoeding of het praten over seksualiteit met hun kind. Ook kan het seksuele gedrag een signaal zijn voor onderliggende problematiek (Frans, 2010). In dat geval dienen gedragspatronen geobserveerd te worden en moet de betekenis van het gedrag geduid worden. Soms blijkt dat het kind extra informatie nodig heeft of een andere aanpak, voordat het seksuele gedrag stopt. Het is ook mogelijk dat aan het gedrag andere oorzaken ten grondslag liggen. Bijvoorbeeld een gedragsstoornis, een problematische gezinssituatie, (seksuele) kindermishandeling of verwaarlozing (Kaeser, 2000). De JGZ-professional gebruikt de handelingsadviezen uit hoofdstuk 2 om doorverwijzing te bepalen, met als doel: het tijdig signaleren van een niet-optimale seksuele ontwikkeling en het zo nodig inzetten van interventie maatregelen.

Verschillende gradaties

In het vlaggensysteem wordt onderscheid gemaakt in vier verschillende gradaties van seksueel gedrag. Bij de eerste drie vormen is bijsturing afdoende. De kinderen zijn dan bezig met experimenteren; ze proberen gedrag uit of ontdekken hun lichaam. In het vlaggensysteem zijn deze gradaties gekoppeld aan handelingsadviezen (zie

schema hieronder). Zo hoeft er bij gezond seksueel gedrag niet ingegrepen te worden. In sommige gevallen kan het goed zijn om het gedrag te benoemen of te bevestigen. Bij de tweede gradatie (ook wel 'licht grensoverschrijdend seksueel gedrag') is afleiden of benoemen en begrenzen afdoende. De ouder kan bijvoorbeeld het kind afleiden met ander speelgoed of het gedrag benoemen, begrenzen en uitleggen waarom de ouder het begrenst. Licht grensoverschrijdend gedrag is belangrijk voor het aanleren van sociale normen. Veel kinderen kunnen dit gedrag vertonen, ze hebben het nodig in hun ontwikkeling (Frans, 2010). De derde gradatie ('zwaarder grensoverschrijdend seksueel gedrag') dient beslist bijgestuurd te worden. De ouder benoemt wederom het gedrag, begrenst het en verbindt desnoods consequenties aan het gedrag, denk aan bijvoorbeeld een waarschuwing/straf als het gedrag nogmaals voorkomt (Frans, 2010). Bij de laatste gradatie, 'ernstig grensoverschrijdend seksueel gedrag,' moet het gedrag verboden worden. Ook moet er ingegrepen worden, zodat dit niet nogmaals voorkomt. Zoals eerder beschreven, is het dan soms nodig dat gedragspatronen geobserveerd worden om de oorzaak van het gedrag te achterhalen. De JGZ-professional gebruikt de handelingsadviezen uit hoofdstuk 2 om doorverwijzing te bepalen. Onderstaand schema kan als geheugensteun functioneren, met als doel: het tijdig signaleren van een niet-optimale seksuele ontwikkeling en het zo nodig inzetten van interventie maatregelen.

	GROEN 'gezonde seksuele ontwikkeling'	GEEL/ORANJE 'licht grensoverschrijdend' (nodig om normen te leren)	ROOD 'zwaar grensoverschrijdend' (afleren door verbieden)	ZWART 'ernstig grensoverschrijdend' (ingrijpen noodzakelijk')
Actie:	geef ruimte in ontwikkeling/ benoem	leid af/benoem	benoem	benoem
	bevestig/negeer	begrens	verbied	verbied/grijp in
	leg uit	leg uit	leg uit	leg uit
		observeer	observeer goed	straf en/of begeleid
				observeer extra

Schema afkomstig uit (Frans, 2010), pagina 49.

Voorbeelden van seksueel gedrag en gradaties

De onderstaande voorbeelden zijn afkomstig uit de theorie/evidence en praktijksituaties uit de praktijktoets van de JGZ-richtlijn *Seksuele ontwikkeling 0-19 jaar*. In de eerste kolom wordt de casuïstiek beschreven, in de tweede kolom wordt het gedrag geduid en in de laatste kolom staat het handelingsadvies beschreven, zoals geadviseerd in hoofdstuk 2 van de richtlijn.

Casuïstiek	Gradatie van seksueel gedrag	Handelingsadvies
Een jongetje van 5 zoent zijn zusje van 4 op de mond, tijdens 'vadertje en moedertje' spelen.	Veelvoorkomend en gezond seksueel gedrag, hoort bij een gezonde seksuele ontwikkeling.	Er hoeft niet ingegrepen te worden, eventueel kan het gedrag benoemd worden: <i>'Ik zie dat jullie leuk aan het spelen zijn.'</i>
Een meisje van 6 'rijdt' met haar vagina over meubels, terwijl ze dit	Veelvoorkomend en gezond seksueel gedrag, het meisje	Het meisje kan bijgestuurd worden door haar af te leiden of door het

doet gaat haar ademhaling sneller en krijgt ze rode wangen. Ze doet dit ook op school in bijzijn van anderen en maakt hier geluid bij.	ontdekt haar seksuele gevoelens en haar lichaam. Zij doet dit echter ook op school in bijzijn van anderen, buiten een privésituatie (criterium: contextadequaat). Dit meisje dient licht bijgestuurd te worden, sociale regels aan te leren.	gedrag te benoemen en begrenzen, bijvoorbeeld: <i>'Ik zie dat je dit fijn vindt. Ik heb liever niet dat je dat doet als andere mensen het kunnen zien, dat is privé en kun je beter op je eigen kamer doen.'</i>
Een jongen van 3 probeert een stukje speelgoed in zijn anus te steken.	Minder veelvoorkomend gedrag, hoeft niet ongezond te zijn, maar is mogelijk schadelijk voor het kind (criterium: zelfrespect/pijn).	Dit gedrag dient gecorrigeerd en gestopt te worden. Benoem, verbied, leg uit, bijvoorbeeld: <i>'Je mag geen kraal in je anus steken, dat kan pijn doen en is gevaarlijk.'</i> Hier kan nodig zijn om consequenties te verbinden aan het gedrag, bijvoorbeeld: <i>'Als het nog een keer gebeurt, mag je niet meer [straf].'</i>
Een meisje van 8 dwingt haar broertje van 6 herhaaldelijk mee te doen aan een seksueel spelletje en doet haar broertje hierbij pijn. Ze is herhaaldelijk gestraft voor haar gedrag, maar niet bij te sturen.	Seksueel gedrag wat weinig voorkomt, het kind is <u>niet ontvankelijk voor bijsturing</u> en doet een ander kind <u>herhaaldelijk pijn</u> (criteria: vrijwilligheid, wederzijdse toestemming).	Dit gedrag dient gestopt te worden. Hiervoor zijn mogelijk andere interventies en maatregelen gewenst, zoals het observeren van gedragspatronen om de betekenis te achterhalen.

De voorbeelden en adviezen zijn deels afkomstig uit (Frans, 2010).

1.6 Conclusie

In dit hoofdstuk zijn de definities en kaders voor deze richtlijn uiteengezet. Seksuele gezondheid is meer dan de afwezigheid van problemen, er moet ook aandacht zijn voor de positieve aspecten van seksualiteit. De seksuele ontwikkeling is een levenslang proces en begint al in de eerste levensjaren. De lichamelijke, psychosociale en cognitieve ontwikkeling kunnen per kind variëren en zijn afhankelijk van verschillende factoren. Tussen de 0 en 19 jaar zijn er verschillende ontwikkelingsfasen te herkennen.

In deze richtlijn wordt over 'veelvoorkomend' en 'niet veelvoorkomend' seksueel gedrag gesproken. Seksueel gedrag wat veel voorkomt hoeft echter niet per definitie gezond te zijn en seksueel gedrag wat weinig voorkomt hoeft niet per definitie ongezond te zijn. Voor het adequaat duiden van seksueel gedrag worden specifieke criteria gehanteerd. Deze zijn geïntegreerd in de adviezen voor de JGZ-professional (hoofdstukken 2 en 3).

2. Seksuele ontwikkeling van 0- tot 19-jarigen: handelingsadviezen

De seksuele ontwikkeling van kinderen roept vragen op: hoe verloopt de normale seksuele ontwikkeling, wat is normaal seksueel gedrag, wanneer moet je je zorgen maken en wanneer is het noodzakelijk om door te verwijzen?

In dit hoofdstuk vindt de JGZ-professional informatie om de seksuele ontwikkeling te kunnen plaatsen binnen de context van een gezonde seksuele ontwikkeling. De seksuele ontwikkeling is beschreven vanuit een lichamenlijk en psychosociaal perspectief aan de hand van verschillende leeftijdsfasen. De keuze voor deze leeftijdsfasen is op literatuur gebaseerd. Per thema krijgt de JGZ-professional adviezen om doelgericht voorlichting en advies te kunnen geven en problemen vroegtijdig te kunnen signaleren. In sommige gevallen is ondersteuning of bijsturing (door ouders) nodig. De praktische handvatten voor deze begeleiding worden nader toegelicht in hoofdstuk 3. In ernstige gevallen dient de ondersteuning bij de seksuele ontwikkeling door meer intensieve begeleidingstrajecten plaats te vinden. De JGZ-professional heeft dan een rol in signalering en doorverwijzing. In de JGZ-richtlijn *Secundaire preventie kindermishandeling* is informatie te vinden met betrekking tot de signalering en meldplicht op het moment dat seksueel misbruik vermoed wordt. In de acties voor de JGZ-professional wordt verwezen naar bovengenoemde richtlijn.

De JGZ-professional vraagt proactief naar de seksuele ontwikkeling van kinderen en jongeren op verschillende momenten. Ook reageert de JGZ-professional op vragen en zorgen van ouders, kinderen en professionals. Zie voor risicogroepen en risicofactoren hoofdstuk 5 en 6 van de richtlijn.

Voor kinderen van 0 tot 6 jaar wordt geadviseerd:

- De JGZ-professional vraagt proactief aan ouders: *'Heeft u vragen over de seksuele ontwikkeling van uw kind?'* De JGZ-professional licht de seksuele ontwikkeling bij kinderen toe aan de ouders. Dit kan door middel van een (digitale) folder of verwijzing naar www.opvoeden.nl.
- De JGZ-professional informeert ouders over een gezonde seksuele ontwikkeling, lichamenlijke veranderingen en veelvoorkomend seksueel gedrag. Ouders kunnen zelf monitoren, een (sociale) norm stellen of gedrag begrenzen waar nodig.

De JGZ-professional vraagt naar de seksuele ontwikkeling en informeert ouders herhaaldelijk, maar in ieder geval op de leeftijd van 2 à 3 jaar (zindelijkheidsfase) en op de leeftijd van (bijna) 4 jaar (voor overgang basisschool). Op de leeftijd van ongeveer 3 maanden biedt de JGZ-professional ouders informatie aan over de seksuele ontwikkeling, bijvoorbeeld via een (digitale) folder of website.

Voor kinderen van 6 tot 12 jaar wordt geadviseerd:

- De JGZ-professional vraagt (ouders) proactief naar de seksuele ontwikkeling van 10-jarigen: *'Heeft u vragen over de seksuele ontwikkeling van uw kind?'* De JGZ-professional informeert kind en ouders over de seksuele ontwikkeling en gebruikt hiervoor bijvoorbeeld een (digitale) folder ('Pubergids' van RutgersWPF) of verwijst naar www.opvoeden.nl en materiaal voor opvoedingsondersteuning (zie hoofdstuk 4).
- De JGZ-professional biedt ouders ondersteuning bij het voorbereiden van hun kind op de puberteit. Denk in dit verband aan: lichamenlijke veranderingen, masturbatie en vruchtbaarheid bij jongens en meisjes, zaadlozing en natte droom bij jongens.

De JGZ-professional vraagt naar de seksuele ontwikkeling en informeert ouders herhaaldelijk, maar in ieder geval op de leeftijd van 10/11 jaar (voorbereiding op de puberteit).

Voor jongeren van 12 tot 19 jaar wordt geadviseerd:

- De JGZ-professional vraagt proactief naar de seksuele ontwikkeling van de jongere (zie voor voorbeeldvragen hoofdstuk 3).
- De JGZ-professional informeert jongeren actief over een gezonde seksuele ontwikkeling (puberteit, lichamenlijke veranderingen, lichaamsbeeld, seksueel gedrag, seksuele gevoelens, seksuele oriëntatie en gender) en gebruikt hiervoor materiaal voor jongeren (denk aan www.sense.info en brochures).

De JGZ-professional vraagt naar de seksuele ontwikkeling en informeert jongeren herhaaldelijk, maar in ieder geval

op de leeftijd van 13/14 jaar (voorbereiding op seksuele activiteit) en 15/16 jaar (seksueel actief).

2.1 Seksuele ontwikkeling van kinderen van 0 tot 6 jaar

De seksuele ontwikkeling van kinderen van 0 tot 6 jaar beschrijft de lichamelijke ontwikkeling bij pasgeborenen (2.1.1), de lichamelijke ontwikkeling na de eerste weken na de geboorte (2.1.2) en de psychosociale ontwikkeling (2.1.3 t/m 2.1.6) van jonge kinderen in de leeftijd van 0 tot 6 jaar.

2.1.1 Lichamelijke verschijnselen: pasgeborenen (eerste weken)

Zowel bij meisjes als bij jongens kunnen in de eerste weken na de geboorte lichamelijke verschijnselen optreden die mogelijk onrust en vragen bij de ouders oproepen, maar vaak normaal (fysiologisch) zijn.

Vergrote borstjes

Door blootstelling aan moederlijke oestrogenen in de baarmoeder kunnen pasgeboren meisjes én jongens vergrote borstjes hebben. Bij 60 tot 90% van de pasgeborenen kunnen vergrote borstjes voorkomen. Soms met afscheiding van een melkachtige substantie ('heksenmelk'). Dit vocht dient niet uit het borstje gedrukt te worden, vanwege infectie- en ontstekingsgevaar (Kliegman, 2011). Binnen een maand verdwijnt dit vanzelf (Delemarre-van der Waal, 2006; Kliegman 2011).

Actie: Verwijzen indien het niet binnen een maand vanzelf verdwijnt of er sprake is van een duidelijk verschil in grootte tussen beide borstjes.

Gezwellen geslachtsdelen bij meisjes

De vrouwelijke geslachtsdelen kunnen er door blootstelling aan moederlijke oestrogenen wat gezwollen uitzien, vaak met aanzienlijke niet-pussende (heldere) afscheiding (Kliegman, 2011).

Actie: Uitleg en geruststelling.

Vaginaal bloedverlies

Het optreden van vaginaal bloedverlies is fysiologisch en komt bij ongeveer 3 tot 10% van alle pasgeboren meisjes voor. Dit komt door het wegvallen van het moederlijk oestrogeen en progesteron, waardoor het baarmoederslijmvlies atrofieert (verschrompelt). Het wordt als slijm uitgescheiden, een enkele keer met (meestal weinig, soms veel) bloed vermengd, gedurende maximaal een week. Dit begint op de leeftijd van 2 tot 10 dagen en moet niet worden verward met anaal bloedverlies of bloed in de urine. Het onderscheid is te maken door lichamelijk onderzoek en eventueel urineonderzoek (Eekhof, 2011). Ook de rood-oranje (als 'gravel op een tennisveld') verkleuring van de urine door uraten (kristallen in de urine), die vooral bij weinig vochtintake kan worden gezien, is onschuldig indien het kind verder levendig is en er geen andere klachten zijn.

Actie: Bij vaginaal bloedverlies na de tweede levensweek moet men verwijzen. Er kan dan sprake zijn van een infectie, tumor of trauma.

Kleur en grootte scrotum

Het scrotum van een mannelijke pasgeborene is relatief groot en bij een stuitligging of bij een voorbijgaande hydrocele (waterbreuk) nog groter. Het scrotum van negroïde kinderen is relatief donker van kleur ten opzichte van de rest van de huid, die pas later zijn definitieve kleur krijgt.

Hydrocele

Bij een hydrocele is de lies of het scrotum (de balzak) gezwollen door een toename van vocht rondom de testis. Een zwelling door een hydrocele kan groot of klein zijn, kan in de loop van de dag in grootte wisselen en voelt zacht aan. Een hydrocele behoeft meestal geen behandeling en verdwijnt meestal in het eerste levensjaar.

Actie: Bij een hydrocele na het eerste levensjaar moet men verwijzen.

Liesbreuk

Bij een liesbreuk is de lies of het scrotum (de balzak) gezwollen door een darmlis die zich in het lieskanaal bevindt. Een liesbreuk is te herkennen aan een zwelling in de liesstreek, vaak is deze reponibel ('terug te duwen' de buikholte in). De zwelling kan in de loop van de dag in grootte wisselen, kan soms ook volledig afwezig zijn en zal

over het algemeen zacht en elastisch aanvoelen.

Actie: Bij een liesbreuk moet men verwijzen. Bij verdenking op een bekleemde breuk (de zwelling is dan pijnlijk en niet reponibel) is spoed vereist.

Ligging testes

De testes zijn meestal op een leeftijd van 35 weken ingedaald. Bij 30% van de prematuren zijn de testes daarom bij de geboorte nog niet scrotaal. Bij 3,5% van de op tijd geboren jongens zijn de testes niet in het scrotum ingedaald. Als de testes bij de geboorte niet zijn ingedaald, volgt indaling meestal nog in de eerste 3 maanden (Kliegman, 2011). Doordat de cremasterreflex (waarbij de testis door de cremastermus omhoog wordt getrokken) afwezig of niet zo actief is de eerste maanden, is dit een goed moment om de ligging van de testes vast te leggen. Na het eerste jaar is de cremasterreflex zo sterk dat testes gemakkelijk naar boven kunnen worden getrokken. Dit noemt men retractiele testes. Het regelmatig controleren en duidelijk noteren van de testesligging in het Digitaal Dossier JGZ is belangrijk om bij latere problematiek te kunnen achterhalen hoe de testesligging in het verleden is geweest. De JGZ-richtlijn *Niet-scrotale testis* geeft handvatten voor de JGZ hoe te handelen als de testis niet (goed) is ingedaald.

Penis

De voorhuid is strak en de binnenlaag van de voorhuid vormt nog een geheel met de buitenlaag van de eikel. Erectie van de penis komt ook in de eerste weken na de geboorte regelmatig voor.

Plaats urethra (plasbuis)

Bij ongeveer 1 op de 200 à 300 jongens komt de urethra niet op de top van de eikel uit, maar lager op de eikel (glandulaire hypospadie) of penis (peniele hypospadie), soms zelfs in het scrotum (scrotale hypospadie). Vaak is de penis ook in meer of mindere mate gekromd. Zeldzamer is de epispadie (1 op de 112.000 jongens en 1 op de 400.000 meisjes), waarbij de urethra boven op de penis uitkomt of bij meisjes te veel naar voren ligt (Kliegman, 2011). Bij epispadie is de penis vaak kort en naar boven gekromd, bij meisjes is de clitoris dan gespleten. Een epispadie of een ernstige hypospadie kan een aanwijzing zijn voor een abnormale geslachtsontwikkeling (zie 'onduidelijk of ambigu genitaal') of virilisatie (vermannelijking van een meisje).

Actie: Bij een hypospadie of epispadie dient voor de leeftijd van 6 maanden verwezen te worden, dit kan rechtstreeks naar de specialist (kinderarts, kinderuroloog of kinderchirurg) met kennisgeving aan of na overleg met de huisarts.

Onduidelijk of ambigu genitaal/disorders of sex development (DSD)

Soms zijn de uitwendige geslachtsorganen van een pasgeborene niet duidelijk mannelijk of vrouwelijk, dit wordt ook wel een ambigu genitaal of intersex genoemd. Dit wordt meestal kort na de geboorte door de verloskundige of kinderarts ontdekt. De JGZ zal dit niet vaak als eerste zien, meestal is nader onderzoek of een behandeling al gestart. Het adrenogenitaal syndroom (AGS, een stoornis in de bijnieren) is de meest voorkomende oorzaak. De prevalentie van AGS is 1 : 10.000 tot 1 : 20.000 pasgeborenen. Bij een meisje met AGS kunnen de schaamlippen door ernstige virilisatie het aspect van een scrotum hebben, waarin dan natuurlijk geen testes voelbaar zijn. Bij een jongen met AGS kan het scrotum donker van kleur zijn (hyperpigmentatie).

Actie: Bij een onduidelijk geslacht dient met spoed verwezen te worden naar een centrum met een endochirurgisch team voor DSD, voor verder onderzoek en zo nodig behandeling.

2.1.2 Lichamelijke verschijnselen (na de eerste weken na de geboorte)

Borstontwikkeling bij peuters (2-3 jaar)

Geïsoleerde borstontwikkeling noemt men premature thelarche. Premature thelarche kent twee leeftijdspieken: een rond de leeftijd van 2 jaar en een op de leeftijd van 6 tot 8 jaar. De oorzaak is niet duidelijk. Mogelijk is deze gelegen in een late onderdrukking van de hypothalamus-hypofysaire-gonadale as (HHG-as) bij de peuter of in een vroege activatie van die as (vanaf 6 jaar) (zie bijlage 2). Bij de peuter moet het innemen van oestrogenen, bijvoorbeeld het innemen van anticonceptie van de moeder door het kind (als 'snoepjes'), worden uitgesloten (door uitvragen aan moeder en zo nodig bloedonderzoek). Klinisch ziet men een geïsoleerde fluctuerende borstontwikkeling die niet progressief is en juist in de tijd afneemt. Bij premature thelarche is er geen versnelde

lengtegroei. De borstgroei kan blijven bestaan tot de leeftijd van een jaar of 5 (Kliegman, 2011). Dit kan beschouwd worden als een normale variant binnen de fysiologie van de gonadale as (Delemarre-van der Waal, 2006).

Actie: Op basis van expertopinie wordt aanbevolen om de groei en borstontwikkeling van deze meisjes een keer per (half) jaar te controleren; dit kan bij de jeugdarts, verpleegkundig specialist of bij de huisarts. Er dient te worden verwezen wanneer er bijkomende verschijnselen zijn zoals haargroei (pubes- of okselbehaarung) of toegenomen lengtegroei, of bij progressief toenemende borstgroei (Kliegman, 2011). Dit kan wijzen op een vroegtijdige puberteit. De kinderarts zal een botleeftijd bepalen. Zo nodig zal er verder onderzoek gedaan worden, zoals hormoonbepalingen in het bloed.

Verkleving van de schaamlippen

Bij verkleving van de schaamlippen (ook wel synechia genoemd), zijn de binnenste schaamlippen (labia minora) – gedeeltelijk – aan elkaar verkleefd, van vlak onder de clitoris tot aan de fourchette (het dorsale eind van de vulva). Dit kan voorkomen bij meisjes onder de 6 jaar. De prevalentie is niet bekend. Het wordt verklaard door een (fysiologische) verminderde hoeveelheid/activiteit van oestrogeen bij kinderen in deze leeftijdsfase (Kliegman, 2011). Verkleefde schaamlippen zijn vaak asymptomatisch maar kunnen soms klachten geven, zoals moeilijkheden bij het plassen, recidiverende urineweginfecties of vulvovaginitis (hierbij zijn er klachten als roodheid, jeuk, irritatie en afscheiding uit de vagina). Bij asymptomatische verkleving kan afgewacht worden tot de oestrogeenproductie op gang komt in de puberteit, eventueel kan vaseline worden gebruikt. Bij verklevingen op traumatische basis, zoals na seksueel misbruik, is het aspect van de adhesies vaak anders. Het contactvlak hoeft dan niet in de mediaanlijn te liggen. De adhesies zijn doorgaans minder uitgebreid en onregelmatiger dan bij niet-traumatische verklevingen. Vaak is er sprake van roodheid van het omgevende weefsel, die bij de asymptomatische adhesies juist niet gevonden wordt (Lubsen-Brandsma, 2003).

Actie: Wanneer verkleefde schaamlippen gepaard gaan met klachten zoals recidiverende urineweginfecties of vulvovaginitis, wordt verwezen naar de huisarts. Dit kan door de huisarts behandeld worden met oestrogeencrème of corticosteroïdecrème gedurende 2 tot 6 weken. In de meeste gevallen helpt dat goed. Recidieven kunnen worden voorkomen door Lanette-vaselinezalf FNA (Kliegman, 2011). Chirurgische behandeling van de verkleving is zelden nodig. Bij vermoeden van seksueel misbruik als mogelijke oorzaak van de verklevingen dient te worden overlegd met een AMK-arts. De JGZ-richtlijn *Secundaire preventie kindermishandeling* dient dan gevolgd te worden.

Nauwe voorhuid (fysiologische phimosis)

Bij de geboorte zijn voorhuid en eikel nog een geheel. Een phimosis in de eerste jaren is dan ook fysiologisch. In de eerste levensjaren treedt een slijting op en raakt de voorhuid los van de eikel. Op 3-jarige leeftijd kan bij een groot deel van de onbesneden jongetjes de voorhuid teruggetrokken worden, op 6-jarige leeftijd bij bijna alle kinderen. Tot de leeftijd van 10 jaar kan een phimosis echter nog steeds fysiologisch zijn (Kliegman, 2011). Tot die tijd (dus ook bij pasgeborenen) is de zorg voor de voorhuid eenvoudig: er is geen speciale reiniging nodig, men moet er vooral van afblijven. In bad of met de douche kan de voorhuid voldoende schoongemaakt worden, deze hoeft hiervoor niet teruggetrokken te worden. Aan debris (smegma, witte substantie) onder de voorhuid hoeft geen aandacht geschonken te worden (Kliegman, 2011). Ook als de slijting volledig is, is terugschuiven niet altijd mogelijk. Het lijkt dan alsof er een te kleine opening in de voorhuid is. Beter kan de voorhuid naar voren worden getrokken om de werkelijke opening in de voorhuid te zien. Geforceerde manipulaties door bijvoorbeeld artsen of ouders aan de voorhuid worden ontraden: er kunnen littekens ontstaan, die juist tot pathologische phimosis kunnen leiden. De jongen kan zelf voelen wanneer manipulaties pijnlijk zijn en zal zelf spelenderwijs zijn voorhuid (tot de pijngrens) leren oprekken. Meestal is de phimosis fysiologisch en kan men afwachten, de opening zal toenemen tot volwassen grootte op ongeveer het 17e jaar (Eekhof, 2011). De phimosis is pathologisch wanneer de opening te klein is om urine ongehinderd te laten passeren. Dit is zelden aangeboren en ontstaat door een fibrotische ring na een doorgemaakte ontsteking van de eikel (balanitis) (Van der Heijden, 2005). Een aanwijzing voor een pathologische phimosis kan maar hoeft niet te zijn: het opbollen van de ruimte tussen voorhuid en eikel bij het plassen. Het eenmalig doormaken van een ontsteking van de eikel zonder littekenvorming is geen indicatie voor een besnijdenis en een slurfvormige voorhuid evenmin. Het is mogelijk dat een nauwe voorhuid problemen op gaat leveren bij seksuele activiteit, dit hoeft echter niet het geval te zijn. Er kunnen problemen ontstaan als de voorhuid na de puberteit helemaal niet of slechts gedeeltelijk teruggeschoven kan worden of als de voorhuid bij

een erectie afknellend werkt.

Actie: Geef, als er geen klachten zijn, uitleg aan de ouders over het natuurlijke beloop. Geef aan dat men het beste kan afwachten en dat de ouders er vooral van af moet blijven. Bij een phimosis met recidiverende balanitis, plasproblemen of pijnklachten dient te worden verwezen. Behandeling van een phimosis met corticosteroïdecrème versus placebo gaf een goed resultaat bij 90% van de gevallen (Lund, 2000). Bij klachten in/na de puberteit in verband met seksualiteit is verwijzing naar de huisarts nodig.

Jongensbesnijdenis

Jongensbesnijdenis vindt soms plaats vanuit sterk cultureel gewortelde gewoonten en religieuze redenen. Het moment waarop jongens besneden worden varieert. Marokkaanse jongens worden besneden tussen hun geboorte en hun vierde jaar, Turkse jongens tussen hun vijfde en tiende jaar en Joodse jongetjes op de achtste levensdag. De leeftijd waarop islamitische jongens uit andere landen besneden worden, kan anders zijn. In sommige Afrikaanse landen worden jongens besneden om de overgang naar de geslachtsrijpheid te vieren. De leeftijd ligt dan tussen de 10 en 15 jaar. De KNMG heeft in mei 2010 een standpunt over niet-therapeutische circumcisie bij minderjarige jongens ingenomen. Hierin wordt beschreven dat er geen overtuigend bewijs is dat circumcisie in het kader van preventie of hygiëne zinvol of noodzakelijk is. Waarbij ook het 'recht op zelfbeschikking' wordt beschreven. Het standpunt van de KNMG is: 'Mede in het licht van de complicaties die tijdens of na de circumcisie kunnen ontstaan, is circumcisie om redenen anders dan medisch-therapeutische niet te rechtvaardigen'.

Actie: Indien ouders besnijdenis overwegen, is het van belang meer uitleg te geven over de operatie en de mogelijke complicaties van besnijdenis, zoals: bloedingen, infecties, plasbuisvernauwing, paniekaanvallen en mogelijke complicaties op seksueel gebied, alsmede over de schending van de integriteit van het lichaam van het kind. Zie ook het KNMG-standpunt. De JGZ-professional wijst ouders die desondanks een besnijdenis willen laten uitvoeren op erkende centra in Nederland. Verwijzing vindt plaats bij complicaties ten gevolge van jongensbesnijdenis (KNMG, 2010).

Meisjesbesnijdenis

Meisjesbesnijdenis wordt ook wel vrouwelijke genitale verminking genoemd (VGV). In Nederland komt meisjesbesnijdenis jaarlijks bij ongeveer 50 meisjes voor. Waarschijnlijk is dit een onderschatting. Zo kunnen meisjes woonachtig in Nederland bijvoorbeeld besneden worden in het land van herkomst tijdens een vakantie. VGV komt in veel Afrikaanse landen (Ethiopië, Egypte, Somalië, Soedan en Sierra Leone) en enkele Aziatische landen voor. De meisjes worden besneden tussen hun 4e en 12e jaar. In een land waar veel vrouwen besneden zijn, wordt besnijdenis niet als verminking gezien of als negatief beoordeeld. De gevolgen voor de gezondheid zijn echter ernstig: menstruatieklasten, chronische buikpijn, depressie, moeilijk of pijnlijk plassen. Als de clitoris is weggehaald, kan het meisje op latere leeftijd soms niet meer genieten van seks. Ook een bevalling kan door besnijdenis problemen opleveren. Meisjesbesnijdenis is verboden en strafbaar in Nederland (en diverse andere landen). Het wordt als een vorm van mishandeling gezien. In het Wetboek van Strafrecht valt het onder opzettelijke mishandelingsdelicten of onder het onbevoegd uitoefenen van geneeskunde.

Actie: De JGZ maakt het onderwerp bespreekbaar tijdens diverse contactmomenten als primaire preventie. Voor meer informatie zie het *Standpunt Preventie van Vrouwelijke Genitale Verminking door de Jeugdgezondheidszorg* (Pijpers, 2010).

Indien een JGZ-professional betrokken is bij een meisje bij wie een VGV is uitgevoerd, is het van belang na te vragen of er klachten zijn en zo nodig te verwijzen voor lichamelijke of psychische hulpverlening. Ook is het belangrijk om voorlichting te geven over mogelijke klachten en waar dan hulp te krijgen is. Conform de Meldcode Kindermishandeling van de KNMG wordt ook gemeld bij het AMK bij signalering van VGV. Tevens moet er aandacht besteed worden aan (jongere) zusjes in het gezin. Meisjes kunnen (afhankelijk van de ernst van de ingreep) tot maximaal hun 38e jaar aangifte doen van meisjesbesnijdenis.

Niet-scrotale testis (aangeboren of verworven)

Hiervoor wordt verwezen naar de JGZ-richtlijn *Niet-scrotale testis*. De niet-scrotale testis (NST) is gedefinieerd als een testis die niet in een stabiele ligging onder in het scrotum (balzak) is te krijgen tijdens het lichamelijke onderzoek. Andere gehanteerde benamingen voor NST zijn: cryptorchisme, niet-ingedaalde testis en maldescensus testis. Van de aangeboren (congenitale) vorm is sprake wanneer de testis vanaf de geboorte niet volledig is

ingedaald. Als de testis bij de geboorte wél normaal ingedaald was, maar op een later moment niet meer volledig stabiel onder in het scrotum is te brengen, wordt gesproken van een verworven NST.

Actie: In elk geval de eerste zes maanden de testesligging controleren en duidelijk noteren. Daarna controle op indicatie voor verworven vormen.

Voor verwijscriteria wordt verwezen naar de JGZ-richtlijn *Niet-scrotale testis*.

Hydrocele

Zie paragraaf 2.1.1.

Liesbreuk

Zie paragraaf 2.1.1.

2.1.3 Seksuele gevoelens

Er is nauwelijks onderzoek bekend of uitgevoerd naar seksuele gevoelens bij kinderen tot 6 jaar. Vanuit ethisch oogpunt wordt onderzoek rondom seksuele gevoelens bij jonge kinderen niet gestimuleerd. Onderzoek dat zicht geeft op mogelijke seksuele gevoelens bij jonge kinderen, kan ongewenste maatschappelijke gevolgen hebben. Zo kan seksueel misbruik – vanuit het perspectief van de misbruiker – mogelijkermits goedgepraat worden als er sprake is van seksuele gevoelens bij het kind. Ook schieten onderzoeksmethoden tekort. Onderzoek naar seksuele gevoelens bij 0- tot 6-jarigen bestaat vooral uit observatie en retrospectief onderzoek.

Seksuele opwinding

De onderzoeker Galenson observeerde in 1990 onder kinderen vanaf 15 tot 19 maanden uitingen van seksuele opwinding, in de vorm van blozen, zweten en een verhoogde ademhaling (Galenson, 1990). Op basis van dit onderzoek kan gesteld worden dat seksuele opwinding onder kinderen vanaf 15 maanden voor kan komen. Ook blijkt dat kinderen vanaf 4 jaar gevoelens van verliefdheid kunnen omschrijven (De Graaf, 2003). Andere onderzoeken over seksuele gevoelens gaan over kinderen vanaf 6 jaar.

Actie: De JGZ-professional dient ouders zo nodig te vertellen dat uitingen van seksuele opwinding bij kinderen vanaf 15 maanden voor kunnen komen en dat deze opwinding deel uitmaakt van een gezonde seksuele ontwikkeling.

Seksuele beelden

Over de confrontatie met seksuele beelden en beelden van seksuele opwinding (in het echt en via de media) is onder jonge kinderen (0 tot 6 jaar) nog weinig bekend. De verwachting is echter dat peuters en kleuters seksueel getinte beelden anders interpreteren dan volwassenen, omdat ze nog geen duidelijk referentiekader gevormd hebben over seksualiteit en seksuele opwinding. Verwacht wordt dat jonge kinderen seksuele opwinding of seksueel getinte beelden als ruzie of agressie interpreteren (Nikken, 2007). Ouders kunnen hierin een opvoedende rol spelen, door het kind een kader te bieden en uit te leggen wat het gezien heeft (bijvoorbeeld als het kind ouders per ongeluk heeft zien vrijen), om zo onnodige angstgevoelens te voorkomen.

Actie: De JGZ-professional dient ouders zo nodig te vertellen dat jonge kinderen seksuele beelden nog niet goed kunnen interpreteren. Ouders kunnen het kind een kader bieden en op een leeftijdsadequate manier uitleggen wat het kind gezien heeft.

2.1.4 Seksueel gedrag

Aanraken van eigen geslachtsdelen

Het onwillekeurig aanraken van geslachtsdelen komt vaak voor bij pasgeboren jongens (6 tot 8 maanden) en meisjes (8 tot 11 maanden) en is soms al zichtbaar in de baarmoeder (De Graaf, 2007). Meisjes raken de eigen geslachtsdelen vaak iets later en iets minder frequent aan dan jongens (De Graaf, 2007). Bij mannelijke foetussen zijn vanaf 26 weken erecties waargenomen (De Graaf, 2004). Tot 6 jaar komt het thuis aanraken van geslachtsdelen bij 97% van de jongens en 96% van de meisjes voor (De Graaf, 2004). Het aanraken van de eigen geslachtsdelen onder 0- tot 6-jarigen behoort tot een gezonde seksuele ontwikkeling en is niet schadelijk voor het kind.

Actie: De JGZ-professional dient ouders zo nodig te vertellen dat het aanraken van de eigen geslachtsdelen vaak

voorkomt en niet schadelijk is voor de ontwikkeling van een kind. Jonge kinderen ontdekken hun lichaam en dus ook hun geslachtsdelen. Ze leren zo spelenderwijs hun eigen lichaamsdelen kennen en ervaren ze wat zij prettig en niet prettig vinden.

Stimuleren van eigen geslachtsdelen

Doelgerichte (ritmische) stimulatie van geslachtsdelen komt bij kinderen vanaf 1 jaar voor. De motoriek is dan voldoende ontwikkeld om geslachtsdelen doelgericht te stimuleren (De Graaf, 2004). Het stimuleren van geslachtsdelen met de hand komt bij 57% van de jongens en 37% van de meisjes tot 6 jaar voor (De Graaf, 2003). Sommige kinderen (tot 6 jaar) gebruiken een voorwerp voor de stimulatie (12% van de jongens en 20% van de meisjes) (De Graaf, 2003). Stimulatie van geslachtsdelen bij kinderen onder de 6 jaar is veelvoorkomend seksueel gedrag en hoeft niet afgeleerd te worden, zolang er geen sprake is van zelfbeschadiging, pijn of excessieve stimulatie, afhankelijk van de plek waar dat gebeurt. Stimulatie van de eigen geslachtsdelen kan ook voorkomen in bijzijn van anderen (zie ook 'Seksueel spel: contact tussen kinderen'). Ouders kunnen hun kinderen vanaf 2 à 3 jaar leren dat het stimuleren van de eigen geslachtsdelen in het bijzijn van anderen niet in elke situatie wenselijk of acceptabel is.

- **Actie:** Stimulatie van de eigen geslachtsdelen komt voor op de leeftijd van 0 tot 6 jaar. Jonge kinderen ontdekken door het aanraken van hun eigen geslachtsdelen hun seksuele gevoelens. De JGZ-professional dient ouders zo nodig te vertellen dat dit veelvoorkomend gedrag is, bij een gezonde seksuele ontwikkeling hoort en niet schadelijk is.
- **Actie bij zelfbeschadiging.** Ouders dienen het gedrag af te leren als het kind gebruikmaakt van voorwerpen voor stimulatie (bijvoorbeeld door het inbrengen van kralen of voorwerpen in vagina of anus) met het risico op zelfbeschadiging, bijvoorbeeld schade aan de vagina of anus (zie hoofdstuk 3).
- **Actie bij veelvuldige stimulatie.** Veelvuldige stimulatie van de eigen geslachtsdelen komt voor en is niet schadelijk, tenzij het de ontwikkeling verstoort of remt. Ouders dienen het gedrag dan bij te sturen. Jonge kinderen zullen niet na één keer bijsturen het gewenste gedrag vertonen. De JGZ-professional dient ouders handvatten te geven voor seksuele opvoeding (zie hoofdstuk 3).

Veelvuldige stimulatie van de eigen geslachtsdelen kan een aanwijzing zijn voor verwaarlozing of een symptoom van seksueel misbruik. Dit is nooit het enige symptoom, er is altijd een samenhang met andere symptomen. De JGZ-professional volgt bij vermoedens van seksueel misbruik of verwaarlozing de JGZ-richtlijn *Secundaire preventie kindermishandeling*.

Interesse in geslachtsdelen van anderen

Vanaf de leeftijd van 13 maanden tonen kinderen interesse in de mannelijke geslachtsdelen van anderen en vanaf 17 maanden in de vrouwelijke geslachtsdelen van anderen. De interesse is meestal in eerste instantie gericht op ouders, broers en/of zussen en later ook op andere kinderen (De Graaf, 2007). Vanaf 2-jarige leeftijd uit deze interesse zich in het bekijken van blote mensen en het laten zien van de eigen geslachtsdelen aan anderen (De Graaf, 2003). Dit gedrag en deze interesse nemen tot het zesde jaar nauwelijks af (De Graaf, 2007). De interesse in de geslachtsdelen van anderen maakt deel uit van een gezonde seksuele ontwikkeling en loopt synchroon met de genderidentiteitsontwikkeling. Jongens en meisjes onderzoeken vanaf 2-jarige leeftijd tot welke sekse ze behoren (De Graaf, 2007). Ouders kunnen hier vragen over hebben.

Actie: De JGZ-professional dient ouders zo nodig te vertellen dat het bekijken van blote mensen en laten zien van eigen geslachtsdelen aan anderen deel uitmaakt van een gezonde seksuele ontwikkeling en niet schadelijk is. Ouders kunnen hun kinderen vanaf ongeveer 2- à 3-jarige leeftijd leren dat het laten zien van de eigen geslachtsdelen aan anderen niet in elke situatie wenselijk of acceptabel is. Jonge kinderen zullen niet direct na één keer bijsturen het gewenste gedrag vertonen. De JGZ-professional vindt in hoofdstuk 3 aanvullende handvatten voor het ondersteunen van ouders in de seksuele opvoeding.

Casus 'aanraken van andermans geslachtsdelen'

'C (leeftijd 2 jaar) had voor de eerste keer haar vaders penis opgemerkt. Het was 's ochtends in de badkamer

en haar vader had geen pyjama aan. C wees naar zijn penis en vroeg: 'Pappa is?' Haar vader zei dat het een piemel was. Daarna wilde C weten wat je daarmee doet. Haar vader zei dat er plas uit komt. Daarna wilde ze de penis aanraken. Dat mocht en C vond het gek aanvoelen. Ze was heel voorzichtig, eigenlijk veel voorzichtiger dan wanneer ze iets anders onderzocht. In de dagen erna vond steeds ongeveer dezelfde interactie plaats. Na enkele dagen verdween de interesse weer.'

De casus laat zien dat seksueel gedrag van kinderen onschuldig kan zijn, maar hen wel kwetsbaar kan maken. Tegelijkertijd is het voor volwassenen – zoals de vader in deze casus – vaak ingewikkeld om te bepalen waar de grens ligt. De JGZ-professional kan ouders hier over voorlichten en adviseren. Lees voor advies verder bij 'Aanraken van andermans geslachtsdelen'.

Aanraken van andermans geslachtsdelen

De interesse in eigen en andermans geslachtsdelen uit zich vanaf de leeftijd van 2 tot 6 jaar bij 29% van de Nederlandse jongens (2-6 jaar) en 38% van de Nederlandse meisjes (2-6 jaar) in het aanraken van andermans geslachtsdelen (De Graaf, 2007) en bij 74% van de Nederlandse jongens en 80% van de Nederlandse meisjes in het aanraken van borsten (De Graaf, 2004). Ook dit gedrag is veelvoorkomend en behoort tot de seksuele ontwikkeling.

Actie: De JGZ-professional dient ouders te vertellen dat het aanraken van andermans geslachtsdelen (van ouders, broers/zussen of andere kinderen) veelvoorkomend seksueel gedrag is. Ouders hoeven zich geen zorgen te maken, de grens wordt bepaald door wat de ouder acceptabel of normaal vindt. De JGZ-professional vraagt door om feitelijk gedrag te achterhalen (zie voor verwijscriteria 'Seksueel spel: contact tussen kinderen').

Seksueel spel: contact tussen kinderen

Seksueel contact tussen kinderen onderling wordt ook wel seksueel spel genoemd en komt voor vanaf de leeftijd van ongeveer 2 jaar (De Graaf, 2004; De Graaf, 2007). In het spel tussen kinderen speelt fantasie vaak een grote rol. Een bekend voorbeeld is doktertje spelen. Seksueel spel wordt bij 53% van de 2- tot 5-jarigen in België geobserveerd en bij 55% van de Nederlandse (0- tot 11-jarige) jongens en 65% van de Nederlandse (0- tot 11-jarige) meisjes. Vanaf de leeftijd van ongeveer 4 jaar speelt dit spel zich vaker buiten het gezichtsveld van volwassenen af (De Graaf, 2007). Over het algemeen draagt seksueel spel tussen kinderen bij aan een gezonde genderidentiteitsontwikkeling, de ontwikkeling van een gezond lichaamsbeeld en lichaamsbesef. Tongzoenen, het imiteren van geslachtsgemeenschap en het met de mond aanraken van andermans geslachtsdelen wordt onder jonge kinderen niet vaak geobserveerd (De Graaf, 2003), maar dit gedrag hoeft niet schadelijk te zijn.

Acties:

1. Voorlichting, advies en preventie

De JGZ-professional dient ouders zo nodig te vertellen dat seksuele spelletjes tussen kinderen onderling veel voorkomen en bijdragen aan een gezonde seksuele ontwikkeling, een gezond lichaamsbeeld en lichaamsbesef. De JGZ-professional kan ouders handvatten geven voor seksuele opvoeding (zie hoofdstuk 3).

2. Seksuele opvoeding, bijsturen en begrenzen

Jonge kinderen zullen ook op seksueel gebied zich verder ontwikkelen en grenzen aftasten. Ouders hoeven zich dan niet direct zorgen te maken. Ouders kunnen gedrag bijsturen: door het te benoemen, te begrenzen en uit te leggen waarom ze begrenzen (Frans, 2010). Seksueel spel dient begrensd of afgeleerd te worden als er sprake is van groepsdruk (of een andere vorm van dwang of onvrijwilligheid), het spel een ander of het kind zelf pijn doet (het lijf beschadigt) en/of het seksuele spel niet met wederzijdse instemming plaatsvindt (Frans, 2010). Ook worden machtsmisbruik en ongelijkwaardigheid genoemd als criteria (de Graaf, 2007; Frans, 2010). Vormen van ongelijkwaardigheid zijn bijvoorbeeld: verschil in leeftijd, lichaams grootte of lengte, of verschil in intelligentie. Jonge kinderen zullen niet direct na één keer bijsturen het gewenste gedrag vertonen. De JGZ-professional dient ouders handvatten voor seksuele opvoeding te geven (zie hoofdstuk 3).

3. Verwijzen

De JGZ-professional verwijst door of schakelt de hulp in van een deskundige als een kind:

- een ander kind/andere kinderen tijdens seksueel spel herhaaldelijk pijn blijft doen;
- seksueel expliciete gesprekken voert met anderen, waarbij sprake is van een groot leeftijdsverschil;

- herhaaldelijk voorwerpen in de anus of vagina steekt;
- herhaaldelijk oraal contact heeft;
- herhaaldelijk pogingen doet tot geslachtsgemeenschap;
én niet ontvankelijk is voor bijsturing door ouders.

Het gedrag is dan mogelijk een signaal voor onderliggende problematiek (Frans, 2010). In zo'n geval dienen gedragspatronen geobserveerd te worden en moet de betekenis van het gedrag geduid worden. Soms blijkt dat deze kinderen extra informatie nodig hebben of een andere aanpak, voordat het seksuele gedrag stopt. Ook kunnen ouders moeite hebben met het opvoeden of bijsturen van hun kind. Het is ook mogelijk dat aan het gedrag andere oorzaken ten grondslag liggen. Bijvoorbeeld een gedragsstoornis, een problematische gezinssituatie, (seksuele) kindermishandeling of verwaarlozing (Kaeser, 2000). De JGZ-professional verwijst de jongere door naar de ggz of een orthopedagoog, psycholoog of gedragstherapeut, afhankelijk van de onderliggende problematiek.

Ook verwijst de JGZ-professional door of schakelt de hulp in van een deskundige als het seksuele contact door een volwassene geïnitieerd wordt. Er is dan sprake van seksuele grensoverschrijding (De Graaf, 2004; De Graaf, 2005). Zie voor signalen van (seksuele) kindermishandeling de JGZ-richtlijn *Secundaire preventie kindermishandeling*.

2.1.5 Ontwikkeling van genderidentiteit

De ontwikkeling van de genderidentiteit is een doorlopend proces vanaf de geboorte. Het is het socialisatieproces van kinderen tot jongen of meisje (Martin, 2010), waarbij opvoeding, omgevingsfactoren én biologische factoren een grote rol spelen.

Genderspecifieke ontwikkeling

Al voor het eerste jaar blijken baby's verschillen tussen mannen en vrouwen te kunnen zien (De Graaf, 2004). Vanaf het tweede jaar ontwikkelt zich een besef van een eigen genderidentiteit (De Graaf, 2004; Martin, 2010). Jongens en meisjes worden vanaf de geboorte door ouders en omgeving vaak genderspecifiek of genderstereotiep benaderd (De Graaf, 2004; Martin, 2010). Het 'nadeel' van genderstereotiep opgroeien is dat bij zowel jongens als meisjes bepaalde kanten onderontwikkeld blijven. Zo zouden meisjes bijvoorbeeld onvoldoende kunnen leren om zich assertief op te stellen of het initiatief te nemen. En jongens minder goed leren om over hun gevoel te praten of zich kwetsbaar op te stellen. Kinderen die in een genderconform gezin opgroeien, kunnen zich beperkt voelen in hun genderontwikkeling. De genderidentiteit van een kind kan zich uiten in zichtbaar jongensachtig en meisjesachtig gedrag; bijvoorbeeld door haardracht, kleding, voorkeur voor spelletjes en voorkeur voor speelgoed (De Graaf, 2004). Ook ontdekken kinderen op deze leeftijd dat de geslachtskenmerken van jongens en meisjes verschillen. Vanaf de leeftijd van ongeveer 4 jaar kunnen kinderen begrijpen dat hun gender constant is (De Graaf, 2004). Ze weten dan ook welk gedrag typisch 'mannelijk' of 'vrouwelijk' is. Kinderen zijn vanaf deze leeftijd erg normatief, rigide en stereotiep in hun reactie op mannelijk en vrouwelijk gedrag (De Graaf, 2004; Martin, 2010). Zo laat een onderzoek zien dat kinderen van deze leeftijd mannen die iets typisch 'vrouwelijks' doen, zich later herinneren als vrouw en vice versa (De Graaf, 2004). Ondanks het feit dat kinderen tot 6 jaar ook experimenteren met hun genderidentiteit, kunnen zij onderling negatief reageren op kinderen die geen genderspecifiek gedrag vertonen (De Graaf, 2004). Zoals bijvoorbeeld jongens die zich als meisjes kleden of andersom. Experimenteren met genderidentiteit hoort bij een gezonde genderidentiteitsontwikkeling en hoeft dus niet afgeleerd te worden. Wat als een 'normale' genderspecifieke ontwikkeling wordt gezien, verschilt per cultuur. Zo vormen in sommige culturen traditionele rolpatronen het uitgangspunt, waar in andere culturen feminisme en de seksuele revolutie voor een minder traditionele invulling van man-vrouwrolpatronen hebben gezorgd en genderdiversiteit meer wordt geaccepteerd. Ouders (en anderen in de omgeving) hebben er soms moeite mee als hun kind zich niet volgens de heersende gendernormen gedraagt. Mede hierdoor kunnen deze kinderen emotionele en sociale problemen ontwikkelen (Zucker, 2008).

Actie: De JGZ-professional dient ouders zo nodig te vertellen dat gendervariaties voorkomen binnen een gezonde seksuele ontwikkeling van 0- tot 6-jarigen (Peate, 2008). De JGZ-professional legt ouders uit dat het belangrijk is kinderen de ruimte te geven in hun genderidentiteitsontwikkeling, variatie in gendergedrag te accepteren en gevoelens serieus te nemen (Peate, 2008), om zo emotionele en sociale problemen te voorkomen. De JGZ-professional vindt in hoofdstuk 3 handvatten voor het bespreekbaar maken van gendervariaties in genderconforme gezinnen.

Actie bij extreem cross-gendergedrag. Pas als een kind én een sterke voorkeur voor atypisch genderrolgedrag

vertoont én een afkeer heeft van het eigen gender én er duidelijke signalen zijn van onvrede met het eigen geslacht, wijst dit mogelijk op genderdysforie. Aan het begin van de puberteit zal duidelijk worden of er daadwerkelijk sprake is van genderdysforie. Bij een groot deel van de kinderen van 0 tot 6 jaar met atypisch genderrolgedrag verdwijnt dit gedrag vanzelf weer. Ouders kunnen met vragen of zorgen over extreem cross-gendergedrag/ mogelijke genderdysforie terecht op spreekuren bij het VUmc (hier is het enige genderteam voor kinderen en adolescenten). De JGZ wijst ouders op deze spreekuren bij vermoedens van genderdysforie.

2.1.6 Seksuele oriëntatie

De ontwikkeling van de seksuele identiteit is een doorlopend proces. De genderidentiteitsontwikkeling (paragraaf 2.1.5) speelt hier een rol in. Aan het begin van de puberteit zal de seksuele voorkeur van een kind duidelijk worden. Experimenteren met genderidentiteit hoort bij een gezonde genderidentiteitsontwikkeling en hoeft niet afgeleerd te worden. Ouders (en omgeving) hebben er soms moeite mee als hun kind zich niet volgens de heersende genderrollen gedraagt. Mede hierdoor kunnen homo- of biseksuele kinderen emotionele en psychische problemen ontwikkelen.

Actie: De JGZ-professional vertelt ouders zo nodig dat gendervariaties voorkomen binnen een gezonde seksuele ontwikkeling (Peate, 2008). De JGZ-professional dient ouders uit te leggen dat het belangrijk is om een kind te ondersteunen, variatie in gendergedrag te accepteren en gevoelens serieus te nemen (Heatherington, 2008; Tharinger, 2000) om emotionele en sociale problemen te voorkomen.

2.2 Seksuele ontwikkeling van kinderen van 6 tot 12 jaar - (pre)puberteit

De seksuele ontwikkeling van kinderen van 6 jaar tot 12 jaar (de (pre)puberteit) beschrijft de lichamelijke ontwikkeling (2.2.1) en de psychosociale ontwikkeling (2.2.2 t/m 2.2.5) van kinderen van 6 tot ongeveer 12 jaar (de start van de puberteit).

2.2.1 Lichamelijke verschijnselen

Vanaf de leeftijd van 6 jaar gaat de bijrij meer androgenen (mannelijke hormonen) produceren. Dit heet de adrenarche. Het mechanisme dat dit initieert is niet bekend. Er ontstaat geleidelijk aan schaambeharing (pubarche) en enige groeiversnelling. De pubarche is meestal het gevolg van de adrenarche (Delemarre-van der Waal, 2006). De adrenarche verloopt geleidelijk en meestal gelijktijdig met de andere puberteitskenmerken. De androgenen zorgen naast de pubesbeharing ook voor enige okselbeharing, het ontstaan van acne en een volwassen transpiratiegeur.

Nauwe voorhuid (fysiologische phimosis)

Zie paragraaf 2.1.2.

Hydrocele

Zie paragraaf 2.1.1.

Liesbreuk

Zie paragraaf 2.1.1.

Premature pubarche

Er is sprake van een premature pubarche (vroegtijdige start groei schaamhaar) wanneer deze voorkomt bij jongens onder de 9 jaar en bij meisjes onder de 8 jaar (gemiddelde - 2 SD). Deze grens impliceert dat dit bij 2 procent van de kinderen voorkomt. Er is bij een geïsoleerde premature pubarche (in tegenstelling tot bij pubertas praecox) geen vergroting van de clitoris of de penis, het testisvolume is prepuberaal (minder dan 4 ml), er is geen gedragsverandering en geen uitgesproken groeiversnelling. De botleeftijd kan soms wat voorlopen. De puberteit treedt uiteindelijk op een normale leeftijd op. Meestal is bij het optreden van een premature adrenarche geen sprake van onderliggende pathologie. Er is een kleine kans op een androgeen producerende tumor of een 'late onset' adrenogenitaal syndroom dan wel bij jongens een vroegtijdig intreden van de puberteit. In het laatste geval zijn de testes ook vergroot (Delemarre-van der Waal, 2006).

Actie: Bij een snelle toename van de pubisbeharing in combinatie met duidelijke groeiversnelling kan er sprake zijn

van pubertas praecox (zie aldaar) en dient te worden verwezen.

Premature thelarche

Zie hiervoor ook '*Borstontwikkeling bij peuters (2-3 jaar)*' (paragraaf 2.1.2).

Premature thelarche na het zesde jaar wordt waarschijnlijk veroorzaakt door een vroege activatie van de HHG-as (zie bijlage 2). Klinisch ziet men een geïsoleerde fluctuerende, niet-progressieve borstontwikkeling zonder versnelde lengtegroei of het ontstaan van pubes- of okselbehaarung. Bij premature thelarche op deze leeftijd is het risico op pathologie (bijvoorbeeld pubertas praecox) groter dan bij peuters.

Actie: Men dient te verwijzen bij premature thelarche op deze leeftijd (Noordam, 2010).

Pubertas praecox

Soms is er sprake van het te vroeg intreden van de puberteit (Derksen-Lubsen, 2006). Bij meisjes is hier sprake van bij een menarche voor de 10e verjaardag en/of borstontwikkeling (M2) al dan niet met pubisbehaarung (P2) voor de 8e verjaardag. Bij jongens bij penisgroei en/of testisgroei van 3 naar 4 ml en groter (G2) al dan niet met pubisbehaarung voor de 9e verjaardag. Dit zijn de -2 SD-waarden van de normale variatie. Dat betekent dat 2% van de kinderen per definitie 'te vroeg' in de puberteit komt. Bij de meeste kinderen, met name bij meisjes, die 'te vroeg' puberteitskenmerken vertonen, is geen sprake van pathologie. De familieanamnese (puberteit ouders en broers/zussen) is van belang. Tevens zijn groeigegevens van groot belang, omdat een groeiversnelling in de richting van pathologie wijst.

Actie: Bij het optreden van puberteitsverschijnselen voor bovengenoemde leeftijden dient te worden verwezen. De kinderarts zal door lichamelijk onderzoek, het bepalen van de botleeftijd en een eventuele GnRH-test differentiëren tussen een 'normaal' vroeg intredende puberteit en andere problematiek.

2.2.2 Seksuele gevoelens

Er is nog weinig bekend over seksuele gevoelens en gevoelens van opwinding bij kinderen onder de 12 jaar. Beschikbaar onderzoek laat zien dat ook jonge kinderen seksuele gevoelens hebben en dat deze onder invloed van geslachtshormonen vanaf ongeveer 11 jaar meer volwassen vormen aannemen.

Schaamte voor naakt zijn

In verschillende observatiestudies zien ouders dat verlegenheid omtrent naakt zijn (rondlopen in blootje, uitkleden in bijzijn van anderen) met de leeftijd toeneemt (De Graaf, 2003; Van der Vlugt, 2012; WHO Regional Office for Europe, 2010). Schaamte voor naakt zijn hoeft niet bijgestuurd te worden. Ook kinderen hebben recht op privacy en juist door ze serieus te nemen, leren kinderen op jonge leeftijd dat ze hun grenzen mogen aangeven en dat deze gerespecteerd worden.

Actie: De JGZ-professional dient ouders te vertellen dat het respecteren van grenzen van kinderen rondom privacy en schaamte voor naakt zijn, bijdraagt aan de ontwikkeling van de weerbaarheid van hun kind.

Verliefde gevoelens

Eén Nederlands onderzoek geeft zicht op verliefde gevoelens van kinderen in de leeftijd van 8 en 9 jaar (De Graaf, 2003). De meeste kinderen van deze leeftijd kunnen gevoelens van verliefdheid beschrijven, omschrijven deze als een positief gevoel en zijn al eens verliefd geweest (De Graaf, 2003). Jonge kinderen tussen de 10 en 12 jaar kunnen zich voor het eerst bewust worden van verliefde gevoelens of seksuele aantrekkingskracht met betrekking tot iemand van hetzelfde geslacht (Tharinger, 2000).

Actie: De JGZ-professional vertelt ouders zo nodig dat kinderen op deze leeftijd verliefd kunnen zijn en dat seksuele oriëntatie kan verschillen.

Seksuele opwinding

Onderzoeken naar gevoelens van opwinding, aantrekkingskracht of seksuele fantasieën zijn vooral retrospectief van aard. Uitzondering is het Nederlandse onderzoek waarin kinderen van 8 en 9 jaar 'lekkere' en 'spannende' plekjes benoemen. De kinderen noemen hoofd en schouders het meest, geslachtsdelen werden veel minder genoemd (De Graaf, 2003; De Graaf, 2007). Alle ondervraagde kinderen konden op deze leeftijd 'lekkere' of 'spannende' plekjes op het lichaam aanwijzen (De Graaf, 2003; De Graaf, 2007). De ontdekking van deze lekkere of

spannende plekjes maken deel uit van een gezonde seksuele ontwikkeling en een gezond lichaamsbesef. In Amerikaans retrospectief onderzoek wordt lichamelijke opwinding door jongens vanaf 10,8 jaar en door meisjes vanaf 13,4 jaar gerapporteerd (Hatfield, 1988). Sommige kinderen beleven voor hun 13e hun eerste orgasme (De Graaf, 2003). De bron van seksuele opwinding is bij jongens en meisjes verschillend. Bij meisjes ontstaat opwinding meer door lichamelijk contact, bij jongens meer door visuele stimulatie (De Graaf, 2003; De Graaf, 2007; Hatfield, 1988).

Actie: De JGZ-professional dient ouders te vertellen dat seksuele opwinding op deze leeftijd bij de gezonde seksuele ontwikkeling hoort (en niet 'te vroeg' is). De JGZ-professional dient ouders te vertellen dat de voorbereiding op de puberteit bij kinderen vanaf 8 en 9 jaar extra aandacht behoeft. Denk hierbij aan masturbatie bij jongens en meisjes, en zaadlozing en natte droom bij jongens.

Seksuele fantasieën

Jongens beginnen iets vroeger met seksueel fantaseren dan meisjes, namelijk op een leeftijd van 11,6 jaar. Meisjes zijn gemiddeld een jaar later (De Graaf, 2003; De Graaf, 2007). Jongens fantaseren ook vaker dan meisjes; zo blijkt dat onder 11- tot 13-jarigen 88% van de jongens ten opzichte van 77% van de meisjes weleens seksuele fantasieën heeft (De Graaf, 2003). Seksuele fantasieën kunnen zich bijvoorbeeld uiten in het aankleden van de slaapkamer met seksueel getinte posters of het wegdromen bij rolmodellen/idolen uit de media. Met name jongens zijn op deze leeftijd geïnteresseerd in seksueel getinte beelden.

Actie: De JGZ-professional dient ouders zo nodig te vertellen dat kinderen op deze leeftijd seksuele fantasieën kunnen hebben, deze veelvoorkomend zijn en deel uitmaken van een gezonde seksuele ontwikkeling. De JGZ-professional adviseert ouders dat mediaopvoeding op deze leeftijd nodig is. Ouders dienen kinderen uit te leggen dat beelden van seks in de media vaak vertekend zijn. De JGZ-professional vindt handvatten voor seksuele opvoeding (inclusief omgang met de seksueel getinte beelden in de media) in hoofdstuk 3 van de richtlijn.

Gevoelens na masturbatie

Sommige jongeren masturberen voor de puberteit. Onbekend is voor hoeveel Nederlandse jongeren dit geldt, maar in internationaal onderzoek variëren de percentages tussen de 21% (Australische meisjes) en 62% (Zweedse jongens) (De Graaf, 2013). Wel blijkt dat kinderen ook voor hun 12e jaar gevoelens van opwinding na masturbatie ervaren. Ze benoemen dat masturbatie natuurlijk en goed voelt en dat ze zich mal/giechelig voelen na masturbatie. Schuldgevoelens na masturbatie nemen bij jonge jongens amper toe, 9% van de jongens voelt zich schuldig na masturbatie op 6- tot 10-jarige leeftijd en 10% op 11- tot 12-jarige leeftijd. Onder meisjes nemen deze schuldgevoelens van 13% onder de 6- tot 10-jarigen toe tot 24% van de 11- tot 12-jarigen (De Graaf, 2003). Ook is een kleine daling waar te nemen omtrent het zich mal/giechelig voelen na masturbatie (De Graaf, 2003). De mate van opwinding na masturbatie stijgt bij zowel jongens als meisjes vanaf het 11e jaar (De Graaf, 2003).

Actie: De JGZ-professional dient ouders zo nodig te vertellen dat seksuele gevoelens tijdens of na masturbatie met de leeftijd toenemen en onderdeel uitmaken van een gezonde seksuele ontwikkeling. Jonge kinderen ontdekken hun seksuele gevoelens en wat ze prettig of niet prettig vinden.

2.2.3 Seksueel gedrag

Masturbatie

Het stimuleren van de eigen geslachtsdelen komt voor vanaf de leeftijd van 1 jaar en hoort bij een gezonde seksuele ontwikkeling. Kinderen ontdekken door het aanraken van hun eigen geslachtsdelen hun seksuele gevoelens. Ze kunnen daardoor zicht krijgen op wat ze prettig of niet prettig vinden. Ervaring met masturbatie neemt toe met de leeftijd (De Graaf, 2012). Jonge kinderen kunnen leren dat masturbatie privé is en niet in elke situatie en omgeving wenselijk of acceptabel. Jonge kinderen zullen niet direct na één keer bijsturen het gewenste gedrag vertonen.

Actie: De JGZ-professional geeft ouders betrouwbare informatie over masturbatie. Stimulatie van de eigen geslachtsdelen bij kinderen tussen de 6 en 12 jaar is veelvoorkomend seksueel gedrag en hoort bij de gezonde seksuele ontwikkeling.

Actie bij zelfbeschadiging: Ouders dienen het gedrag af te leren als het kind gebruikmaakt van voorwerpen voor stimulatie (bijvoorbeeld door het inbrengen van kralen of voorwerpen in vagina of anus) met het risico op zelfbeschadiging, zoals mogelijke schade aan de vagina of anus (zie hoofdstuk 3 voor handvatten).

Actie bij excessieve stimulatie: Veelvuldige stimulatie van de eigen geslachtsdelen komt voor en is niet schadelijk, tenzij een kind dagelijks meerdere malen per dag gedurende een periode langer dan zes achtereenvolgende maanden masturbeert **én** dit gedrag de ontwikkeling van het kind dusdanig verstoort dat het niet meer aan het dagelijks leven deel kan nemen (Kuzma, 2008). De JGZ-professional verwijst dan door voor verder onderzoek naar een andere vorm van hulpverlening (zoals een psycholoog of seksuoloog).

Seksueel gedrag tussen kinderen onderling

In Zweeds onderzoek geeft 67% van de onderzochte meisjes aan dat ze tussen hun 6e en 10e jaar een of andere vorm van vrijwillig seksueel contact (zie voor specificatie van gedrag Tabel 1) met andere kinderen gehad hebben. 74% van de onderzochte meisjes geeft aan hier ervaring mee te hebben tussen hun 11e en 12e levensjaar, voor jongens geldt dit voor respectievelijk 61% en 76% (De Graaf, 2007). Seksuele ervaringen, seksueel gedrag of seksueel contact met anderen komt voor het twaalfde jaar voor tussen kinderen onderling, met vriendjes of vriendinnetjes van hetzelfde of het andere geslacht en met familieleden (broers/zussen, neven/nichten) (De Graaf, 2003; De Graaf, 2007). De start van de puberteit brengt bij kinderen van 11 tot 12 jaar daarnaast een toename van seksueel gedrag als zoenen en knuffelen met zich mee (40% jongens/46% meisjes) (De Graaf, 2007).

Acties:

1. Voorlichting, advies en preventie

De JGZ-professional dient ouders te vertellen dat seksueel gedrag tussen kinderen onderling (zie Tabel 1) veel voorkomt en zich steeds vaker buiten het gezichtsveld van volwassenen afspeelt. Seksueel spel is veelvoorkomend seksueel gedrag en draagt bij aan een gezonde seksuele ontwikkeling, een gezond lichaamsbeeld en lichaamsbesef. Ouders hoeven zich hier geen zorgen over te maken.

2. Bijsturen: seksuele opvoeding

Vaginale, anale en orale geslachtsgemeenschap komt weinig voor onder kinderen van 6 tot 12 jaar (De Graaf, 2003; De Graaf, 2004; De Graaf, 2007). Ook het stoppen van een voorwerp in de vagina of anus van een ander kind komt op deze leeftijd minder vaak voor dan op de leeftijd van 0 - 6 jaar (De Graaf, 2003; De Graaf, 2004; De Graaf, 2007). Seksueel gedrag wat niet veel voorkomt hoeft niet per definitie zorgelijk te zijn. Ouders kunnen dit gedrag bijsturen door het te benoemen, te begrenzen en uit te leggen waarom ze het begrenzen (Frans, 2010). De JGZ-professional dient ouders handvatten te geven voor seksuele opvoeding (zie hoofdstuk 3).

Seksueel spel dient daarnaast begrensd of afgeleerd te worden als er sprake is van dwang of onvrijwilligheid, het spel niet met wederzijdse instemming plaatsvindt, het spel een ander of het kind zelf pijn doet en/of er sprake is van machtsmisbruik of ongelijkwaardigheid (De Graaf, 2007; Frans, 2010). Vormen van ongelijkwaardigheid zijn bijvoorbeeld: verschil in lichaamsgrootte of lengte, verschil in leeftijd of verschil in intelligentie. Jonge kinderen zullen niet direct na één keer bijsturen het gewenste gedrag vertonen. De JGZ-professional dient ouders handvatten voor seksuele opvoeding te geven (zie hoofdstuk 3).

3. Verwijzing

De JGZ-professional verwijst ouder en kind door naar een andere vorm van hulpverlening als een kind:

- een ander kind/andere kinderen tijdens seksueel spel herhaaldelijk pijn blijft doen;
 - herhaaldelijk niet veelvoorkomend gedrag vertoont;
 - herhaaldelijk seksueel expliciete gesprekken voert met anderen, waarbij sprake is van een groot leeftijdsverschil;
 - herhaaldelijk voorwerpen in de anus of vagina blijft steken;
 - herhaaldelijk geslachtsdelen met de mond aanraakt;
 - herhaaldelijk onder (groeps)druk anderen dwingt mee te doen aan seksspelletjes;
 - (poging tot) geslachtsgemeenschap en/of anaal contact heeft met leeftijdsgenoten/jongere kinderen;
- én niet ontvankelijk is voor bijsturing door ouders.**

Het gedrag is dan mogelijk een signaal voor onderliggende problematiek (Frans, 2010). In zo'n geval dienen gedragspatronen geobserveerd te worden en moet de betekenis van het gedrag geïdentificeerd worden (Frans, 2010). Het is mogelijk dat aan het gedrag andere oorzaken ten grondslag liggen, bijvoorbeeld een gedragsstoornis, problematische gezinssituatie, (seksuele) kindermishandeling of verwaarlozing (Kaeser, 2000). De JGZ-professional verwijst de jongere door naar de ggz of een orthopedagoog, psycholoog of gedragstherapeut, afhankelijk van de onderliggende problematiek. Zie voor verwijscriteria en signalen van (seksuele) kindermishandeling de JGZ-richtlijn *Secundaire preventie kindermishandeling*.

Vormen van seksuele contacten van 6- tot 12-jarigen

De onderstaande tabel laat zien welke vormen van seksueel contact voorkomen. De tabel geeft zicht op veelvoorkomende gedragingen en minder voorkomende gedragingen. De JGZ-professional kan de tabel gebruiken als naslagwerk, om te zien welk contact op deze leeftijd meer of minder gebruikelijk is.

Tabel 1: Aard van vrijwillige seksuele contacten met andere kinderen (%) (Larsson, 2002)

	6-10 jaar	6-10 jaar	11-12 jaar	11-12 jaar
	jongens	meisjes	jongens	meisjes
Praten over seks	30	28	55	54
Naar pornografische plaatjes kijken	22	13	57	23
Zoenen en knuffelen	34	44	40	46
Geslachtsdelen tonen	28	23	11	7
Ander kind raakt jouw geslachtsdelen aan	17	19	10	5
Aanraken en onderzoeken van geslachtsdelen ander kind	17	19	9	5
Voorwerp in vagina of anus ander kind stoppen	10	4	5	1
Ander kind stopt voorwerp in jouw vagina of anus	2	2	2	1
Penis in mond van ander kind stoppen	5	-	3	-
Ander kind stopt penis in jouw mond	2	1	2	0
Vaginale geslachtsgemeenschap	4	1	3	1
Anale geslachtsgemeenschap	3	0	3	0

Gevoelens bij seksuele contacten met leeftijdsgenoten

Onderstaande tabel geeft zicht op de gevoelens van jonge kinderen bij seksuele contacten met andere kinderen tijdens de basisschoolperiode. De tabel laat zien dat de meeste gevoelens achteraf als positief omschreven worden (Reynolds, 2003). De JGZ-professional kan de tabel gebruiken als naslagwerk, om te zien welke gevoelens kinderen op deze leeftijd ervaren na seksueel contact met leeftijdsgenoten.

Tabel 2: Gevoelens bij seksuele contacten met andere kinderen tijdens de basisschoolperiode (%) (Reynolds, 2003).

	Groep 1-2	Groep 1-2	Groep 3-8	Groep 3-8
	jongens	meisjes	jongens	meisjes
Nieuwsgierigheid	64	77	60	83

Opwinding (niet seksueel)	38	53	46	66
Geluk	33	50	41	53
Angst/bezorgdheid	21	32	37	42
Schaamte/schuld	25	27	50	14
Verlegenheid	38	12	30	18
Seksueel genot	8	9	20	30

Seksueel contact en gedrag in het openbaar

Vanaf het zesde jaar wordt minder seksueel gedrag bij kinderen in het openbaar geobserveerd (De Graaf, 2003; De Graaf, 2007). Dit wil echter niet zeggen dat seksueel gedrag niet meer voorkomt (De Graaf, 2004; De Graaf, 2007). Zo blijkt uit retrospectief (Zweeds) onderzoek dat seksueel gedrag zich vanaf het zesde levensjaar vaker buiten het gezichtsveld van volwassenen afspeelt (De Graaf, 2004; De Graaf, 2007). Waarschijnlijk komt dit omdat kinderen vanaf ongeveer hun vierde jaar sociale regels begrijpen en volgen. Ze weten bijvoorbeeld dat het aanraken van geslachtsdelen en seksueel spel privé is en niet in elke situatie en omgeving acceptabel (De Graaf, 2004; De Graaf, 2007). De meeste kinderen pikken deze 'ongeschreven' sociale regels van een cultuur gaandeweg hun ontwikkeling op en onttrekken zich met hun spel en gedrag aan het zicht van volwassenen. Sommige kinderen zijn hier sneller in dan andere kinderen.

Actie: De JGZ-professional dient ouders (en zo nodig leerkrachten) te vertellen dat seksueel gedrag of seksueel contact bij kinderen na hun zesde jaar vaker buiten het gezichtsveld van volwassenen afspeelt. Ouders kunnen hun kind sociale regels leren door het gedrag te benoemen, te begrenzen en uit te leggen waarom ze het begrenzen (Frans, 2010). *Bijvoorbeeld: 'Ik heb liever niet dat je jouw piemel aan die meneer laat zien, dat mag niet en die meneer vindt dat niet fijn.'* De JGZ-professional dient ouders uit te leggen dat het voor een gezonde seksuele ontwikkeling belangrijk is dat kinderen soms begrensd worden. Kinderen leren op die manier waarden, normen en sociale regels (Frans, 2010).

Een kind van 6 jaar maakt verhitte bewegingen op een stoelleuning op school. De docent heeft het idee dat het kind zichzelf aan het bevredigen is en benoemt (niet in het bijzijn van andere kinderen) dat dit niet gewenst is in het klaslokaal. De docent kan eventueel een alternatief bieden, door bijvoorbeeld te zeggen: 'Dat is privé en kun je beter thuis op je slaapkamer doen.'

Interesse in volwassen seksualiteit

Het tonen van geslachtsdelen aan een ander kind en het aanraken en onderzoeken van geslachtsdelen bij een ander kind nemen vanaf het 10e/11e jaar af (De Graaf, 2007). Er is echter wel een toename zichtbaar in het praten over seks en het kijken naar pornografische plaatjes (De Graaf, 2007), wat wordt uitgelegd als interesse/nieuwsgierigheid naar volwassen seksualiteit (De Graaf, 2005; Van der Vlugt, 2012; WHO Regional Office for Europe, 2010). Jongens praten vaker met leeftijdsgenoten over seks dan meisjes. Jongens halen hun informatie ook vaker uit erotisch materiaal (De Graaf, 2004). De toegankelijkheid tot internet en online activiteiten (83% van de 6- tot 10-jarigen en 93% van de 6- tot 19-jarigen heeft in Nederland toegang tot internet en kan deelnemen aan online activiteiten)(De Haan, 2010) geeft blijk van een deels digitale exploratie naar volwassen seksualiteit. Verwacht wordt dat bij kinderen onder de 8 jaar expliciete beelden van geslachtsgemeenschap gevoelens van onzekerheid teweeg kunnen brengen, omdat kinderen op deze leeftijd nog bezig zijn met hun emotionele ontwikkeling en de beelden niet goed in een context kunnen plaatsen (Nikken, 2007). Uitleg van ouders is dan nodig. Vanaf het negende jaar worden gevoelens van ongemak en schaamte geobserveerd bij het zien van

seksueel getinte beelden. De observaties hangen mogelijk samen met het begrip dat bloot zijn en tederheid privé zijn en dat kinderen op deze leeftijd zelf nog niet toe zijn aan het ontdekken van hun eigen seksualiteit (Nikken, 2007). Het kijken naar pornografische beelden vormt (zolang vrijwillig) waarschijnlijk geen risico op een ongezonde seksuele ontwikkeling bij kinderen onder de 12 jaar. Hier is nog weinig onderzoek naar gedaan.

Actie: Vanwege de toegankelijkheid tot internet vergt de interesse in volwassen seksualiteit begeleiding van ouders, in de vorm van mediaopvoeding. De JGZ-professional dient ouders te vertellen dat jonge kinderen expliciete seksuele beelden nog niet goed kunnen interpreteren. Ouders kunnen hun kind een kader bieden en op een leeftijdsadequate manier uitleggen wat het kind gezien heeft. De JGZ-professional dient ouders te adviseren dat mediaopvoeding nodig is. Ouders dienen kinderen van 6 tot 12 jaar uit te leggen dat beelden van seks in de media vaak vertekend zijn. De JGZ-professional vindt in hoofdstuk 3 handvatten voor seksuele opvoeding (inclusief omgang met seksueel getinte beelden in de media).

2.2.4 Ontwikkeling van de genderidentiteit

Genderspecifieke ontwikkeling

Traditionele en sterk genderstereotiepe ideeën nemen bij de meeste kinderen vanaf een jaar of 6 weer af. Een jongen kan ook een jongen zijn als hij zich niet conform de genderrol gedraagt en voor een meisje geldt hetzelfde (De Graaf, 2013). De voorkeur voor spelen met leeftijdsgenoten van hetzelfde geslacht wordt sterker. Dit zorgt voor een meer 'genderspecifieke cultuur' onder zowel jongens als meisjes. Zo organiseren jongens hun onderlinge relaties door hiërarchie en competitie. Ze zoeken grenzen op en doorbreken regels. Daarnaast scheppen ze op over hun 'kennis' van seksualiteit. Terwijl meisjes vaker in kleine groepen en tweetallen spelen, waarbij het gaat om samenwerken en aardig zijn. Meisjes vertellen elkaar vaker persoonlijke dingen en stellen zich daarmee kwetsbaar op. Ze wisselen vaker van vriendinnen en doen zo ervaring op in het vormen en verbreken van (intieme) relaties (De Graaf, 2004).

Actie: De JGZ-professional dient ouders te vertellen dat gendervariaties voorkomen op de leeftijd van 6 tot 12 jaar (Peate, 2008). Ouders hoeven zich geen zorgen te maken over cross-gendergedrag op deze leeftijd. De JGZ-professional dient ouders te vertellen dat een acceptatie van dit gedrag bijdraagt aan een gezonde seksuele ontwikkeling. Terwijl een afwijzing van dit gedrag bij het kind emotionele en sociale problemen teweeg kan brengen. Steun van ouders en omgeving is voor kinderen essentieel om een gezonde seksuele ontwikkeling te doorlopen (Korte, 2008; Mallon, 2006). Zie voor genderdysforie de volgende paragraaf.

Genderdysforie

Tussen het 10e en 13e jaar wordt duidelijker of het atypische gendergedrag en/of de onvrede met het eigen geslacht blijvend is of niet (De Graaf, 2013). Bij 73 tot 94% van de genderdysfore kinderen verdwijnt de onvrede over het eigen geslacht weer voor het begin van de puberteit. In de periode dat de scheiding tussen de seksen sterker wordt, merken deze kinderen dat ze toch meer de behoefte krijgen om met kinderen van het eigen (biologische) geslacht op te trekken. Bij blijvend genderdysfore kinderen is dit juist niet zo. Bij kinderen met genderdysforie wekken de (verwachte) lichamelijke veranderingen van de puberteit gevoelens van afkeer op: de onvrede met het eigen lichaam neemt toe. Als deze gevoelens van afkeer uitblijven, is dit een teken dat de genderdysfore gevoelens waarschijnlijk verdwijnen (De Graaf, 2013). Onderzoek wijst op een neurobiologische basis voor genderdysforie. Zo blijkt bij man-vrouwtransseksuelen een specifiek deel van de hersenen in aanleg/omvang vrouwelijk te zijn en blijkt het aantal neuronen vergelijkbaar met dat van vrouwen (Kruijver, 2000; Zhou, 1995).

Actie: Bij een sterke verwarring omtrent de genderrol dient de JGZ-professional te vragen naar onder andere feitelijk gedrag, de mate van onvrede met het eigen geslacht, de mate van onvrede met het eigen lichaam en het eigen gender. Pas als een kind én een sterke voorkeur voor atypisch genderrolgedrag vertoont én een afkeer heeft van het eigen gender én er duidelijke signalen zijn van onvrede met het eigen geslacht, wijst dit mogelijk op genderdysforie.

Bij sterke aanwijzingen voor genderdysforie of als ouders en/of kind onderzoek/begeleiding wensen, is verwijzing naar een gespecialiseerd centrum voor genderdysforie (het VUmc biedt het enige genderteam voor kinderen en adolescenten) wenselijk. Hier kan advies worden gevraagd over hoe om te gaan met aanhoudende gendervariatie bij kinderen op jonge leeftijd. Het VUmc kan ouders daarnaast ondersteunen bij het maken van keuzes omtrent

geslachtsrolwisseling en opvoedingsondersteuning bieden om kinderen de ruimte te geven om zich te ontwikkelen (gedrag niet afwijzen/niet stimuleren). Het VUmc volgt kinderen graag vanaf vroege leeftijd, zodat eventuele puberteitsremmers ingezet kunnen worden als genderdysforie tijdens de puberteit blijvend blijkt. Ze hebben dan een duidelijk beeld van de ontwikkeling van het kind en kunnen eerder tot een afgewogen besluit komen.

Actie alert op psychosociale problemen en steun in de omgeving: Het is daarnaast belangrijk voor de JGZ-professional om stil te staan bij eventuele psychosociale problemen als gevolg van verwarring over de eigen seksuele identiteit of negatieve reacties uit de omgeving. Zo hebben ouders, vriendjes, school en leeftijdsgenoten er soms moeite mee als kinderen zich niet volgens de heersende gendernormen gedragen. Mede hierdoor kunnen deze kinderen emotionele, sociale en psychische problemen ontwikkelen (Zucker, 2008). De JGZ-professional dient ouders en school te adviseren om kinderen ruimte te geven in hun genderidentiteitsontwikkeling, variatie in gendergedrag te accepteren en gevoelens serieus te nemen (Peate, 2008). Steun van ouders en omgeving is voor kinderen essentieel om een gezonde seksuele ontwikkeling te doorlopen (Korte, 2008; Mallon, 2006). De JGZ-professional vindt in hoofdstuk 3 handvatten voor het bespreekbaar maken van gendervariaties in genderconforme gezinnen. De JGZ-professional dient ouders en kind daarnaast te wijzen op ondersteunende organisaties als Transvisie Zorg en Berdache en brochures (zie ook hoofdstuk 4). Deze organisaties kunnen ouders ook helpen met het maken van keuzes en het stellen van grenzen bij geslachtsrolwisseling (veranderen van naam of dragen van kleding van andere geslacht).

2.2.5 Seksuele oriëntatie

De seksuele voorkeur van een kind wordt aan het begin van de puberteit duidelijker. Tussen het 10e en 12e jaar kunnen kinderen voor het eerst verliefde gevoelens of seksuele aantrekkingskracht met betrekking tot iemand van hetzelfde geslacht ervaren (Tharinger, 2000). Jongeren kunnen in de war raken van deze gevoelens en ze (nog) niet als homoseksueel benoemen. Dit gebeurt over het algemeen pas veel later (rond het 16e jaar). Acceptatie van deze gevoelens draagt bij aan een gezonde seksuele ontwikkeling, terwijl afwijzing van deze gevoelens emotionele en (psycho)sociale problemen teweeg kan brengen (Heatherington, 2008; Tharinger, 2000). Zo hebben ouders, vriendjes, school en leeftijdsgenoten er soms moeite mee als een kind zich niet volgens de heersende gendernormen gedraagt. Dit kan cultureel of religieus van aard zijn. Mede hierdoor kunnen deze kinderen emotionele, sociale en psychische problemen ontwikkelen (Zucker, 2008).

Actie: De JGZ-professional dient ouders en kinderen van betrouwbare informatie te voorzien over de ontwikkeling van de seksuele voorkeur. De JGZ-professional dient ouders en kind te vertellen welke variaties in seksuele voorkeur voorkomen en dat deze bij een gezonde seksuele ontwikkeling horen. De JGZ-professional dient ouders en jongeren te voorzien van betrouwbare informatie over seksuele oriëntatie door ze te wijzen op de websites www.sense.info, www.allesovergay.nl, www.comingout.nl, www.iedereenisanders.nl, en organisaties als het COC (www.coc.nl).

Actie alert op psychosociale problemen: Het is daarnaast belangrijk voor de JGZ-professional om stil te staan bij eventuele psychosociale problemen als gevolg van verwarring over de eigen seksuele identiteit of negatieve reacties uit de omgeving (bijvoorbeeld door cultuur of religie). De JGZ-professional dient ouders en kind te vertellen dat de acceptatie van ontluikende seksuele gevoelens van een kind bijdraagt aan een gezonde seksuele ontwikkeling, terwijl een afwijzing van deze gevoelens emotionele en (psycho)sociale problemen teweeg kan brengen (Heatherington, 2008; Tharinger, 2000). Steun van ouders is voor kinderen essentieel (Korte, 2008; Mallon, 2006). De JGZ-professional vindt in hoofdstuk 3 handvatten voor het bespreekbaar maken van homo- en bisexualiteit. De JGZ-professional dient alert te zijn op signalen van depressie en psychische klachten bij LHB-jongeren (lesbische, homoseksuele en/of biseksuele jongeren)(Harrison, 2003) en door te verwijzen bij deze klachten.

2.3 Seksuele ontwikkeling vanaf start puberteit (ongeveer 12 jaar) tot 19 jaar

De puberteit begint met een groot aantal lichamelijke veranderingen. Paragraaf 2.3.1 laat zien dat bij meisjes de ontwikkeling van de secundaire geslachtskenmerken vaak vroeger begint dan bij jongens. In deze levensfase vindt ook een aantal veranderingen in de hersenen plaats die gevolgen hebben voor het psychologisch functioneren. Zo is het gebied in de hersenen dat belangrijk is voor controle, sturing en rationele afwegingen nog niet goed georganiseerd. Vroege adolescenten (tot ongeveer 14 jaar) hebben daarom grote behoefte om dingen te ontdekken, maar reageren nog vrij impulsief, zonder de risico's van de keuzes die ze maken te overzien (Crone,

2008). Seksuele gevoelens en gevoelens van aantrekkingskracht ten aanzien van anderen nemen in deze fase toe. Hierdoor voelen pubers zich vaak onzeker over hun lichaam en uiterlijk. Ze vragen zich af of hun eigen lichaam wel aantrekkelijk of normaal is (De Graaf, 2004). Veranderingen in hormoonspiegels zorgen voor wisselende gevoelens, waardoor pubers het ene moment ontzettend boos of verdrietig kunnen zijn en het andere moment blij en uitgelaten. Met de puberteit start dus een fase waarin jonge kinderen volwassen worden en ook op seksueel gebied hun eigen weg zoeken. Steun van volwassenen (ouders en andere rolmodellen) blijft in deze fase belangrijk.

1.3.1 Lichamelijke verschijnselen

De puberteit is een biopsychosociaal proces waarin het kind volwassen wordt (Kliegman, 2011). In deze periode worden de secundaire geslachtskenmerken zichtbaar, groeit de puber uit tot volwassen lengte en vanaf deze periode kan hij/zij zich voortplanten. Er zijn aanwijzingen dat bij overgewicht/obesitas de puberteit, vooral bij meisjes, eerder haar intrede doet, maar hierover bestaat controverse (Burt Solorzano, 2010; Rosenfield, 2009).

Etniciteit

Etnische verschillen spelen een rol bij de leeftijd waarop de puberteit start. Negroïde meisjes krijgen bijna een jaar eerder borstontwikkeling dan Kaukasische meisjes (Kliegman, 2011). Negroïde jongens komen een half jaar eerder in de puberteit dan Kaukasische jongens. Bij kinderen van bijvoorbeeld Marokkaanse en Turkse afkomst begint de puberteitsontwikkeling iets later dan bij Nederlandse kinderen. Gemiddeld is dat voor Marokkaanse meisjes 3 maanden en voor Marokkaanse jongens 10 maanden later. Voor Turkse jongens en meisjes begint de puberteit gemiddeld ongeveer een half jaar later. De menarcheleeftijd (leeftijd eerste menstruatie) is echter zowel bij Marokkaanse als Turkse meisjes gemiddeld vroeger dan bij Nederlandse meisjes (op de leeftijd van respectievelijk 12,6 en 12,5 jaar versus 13,05 jaar)(Talma, 2013).

Puberteitsstadia

De verschillende puberteitsstadia worden meestal beschreven aan de hand van de Tannerstadia. Hierbij wordt in 5 stadia de ontwikkeling van de pubisbehaaring (P1-5), de groei van de borsten (M1-5) en de mannelijke genitalia (G1-5) beschreven (zie figuur 3 en tabel 3-5 in bijlage 2).

In de middenfase van de puberteit treden bij jongens en meisjes veranderingen op in het slaappatroon: melatonine wordt later aangemaakt en pubers gaan steeds later slapen en hebben 's morgens moeite om op tijd wakker te worden (Kliegman, 2011). De lichamelijke en psychosociale rijping van pubers lopen niet altijd synchroon, daarom is geruststelling over vroege lichamelijke veranderingen bij veel pubers nodig. Bij 95% van de kinderen is de puberteit voltooid op 17- à 18-jarige leeftijd. Bij jongens verandert daarna nog de haarverdeling (gezicht, borsthaar). Ook kunnen acneproblemen langer blijven bestaan.

Actie: Jongeren hebben baat bij betrouwbare informatie over lichamelijke en emotionele veranderingen in de puberteit. De JGZ-professional dient alle jongeren bij de start van de puberteit informatie mee te geven over deze veranderingen (denk o.a. aan informatie over vruchtbaarheid, menstruatiecyclus, zaadlozing en natte droom). De JGZ-professional kan jongeren bijvoorbeeld wijzen op betrouwbare websites (www.sense.info) en foldermateriaal mee naar huis geven (pubergidsen).

Puberteitsontwikkeling bij meisjes

De start van de puberteit vindt bij meisjes gemiddeld plaats op de leeftijd van 10,5 jaar (spreiding 9-12 jaar). Onder invloed van oestrogenen uit de eierstokken ontstaat borstontwikkeling. Het beginpunt is klinisch zichtbaar als knopvorming van de borst (Tannerstadium M2). De klierschijf of de borst kan in het begin pijnlijk zijn bij aanraken of stoten. Ingetrokken tepels komen bij 10 tot 30% van de meisjes voor, dit is een normale variant. Ook enige mate van asymmetrie in borstgrootte is normaal. De variatie/range in de tijd van het doorlopen van de stadia is groot. Pas rond de leeftijd van 18 jaar zijn de borsten uitgegroeid.

Andere effecten van oestrogenen zijn: een toename van de hoeveelheid vet rond de heupen en groei van endometrium, vulva en vaginaslijmvlies. De vagina wordt vochtiger waardoor (heldere) afscheiding kan optreden. Onder invloed van androgenen uit de bijnier ontstaat pubesbehaaring, groeien de clitoris en labia minora (kleine schaamlippen) en treden acne en volwassen transpiratiegeur (in stadium M3) op; uiteindelijk ontstaat ook okselbehaaring (stadium M4) (Kliegman, 2011). De groeisput treedt bij meisjes op vanaf het begin van de puberteit en is maximaal bij M3-4. De menarche treedt gemiddeld op bij 13,05 jaar (Talma, 2013), de groeisput is dan

voorbij het maximum. In stadium M4 heeft bij 90% van de meisjes de menarche plaatsgevonden, de laatste 10% in M5. De timing van de menarche hangt samen met erfelijke factoren (puberteit ouders). Andere factoren die een rol kunnen spelen zijn overgewicht (menarche vroeger), weinig beweging (menarche vroeger) en chronische ziekte (menarche later). Omgekeerd gaan veel sporten en weinig eten gepaard met uitstel van de menarche (Kliegman, 2011). Na de menarche groeit een meisje nog ongeveer 6 cm (spreiding 4-10 cm)(Noordam, 2010).

Puberteitsontwikkeling bij jongens

Bij jongens start de puberteit gemiddeld op de leeftijd van 11 jaar (spreiding 9-13 jaar). Het beginpunt is klinisch zichtbaar aan de groei van de testis, die dan toeneemt van 3 ml naar 4 ml (G2), meestal snel gevolgd door penisgroei (G3) en haargroei in het genitale gebied (G1 t/m G4-5). De linkertestis is vaak wat groter dan de rechtertestis (Kliegman, 2011).

De groeispuurt bij jongens begint 1 à 2 jaar na het begin van de puberteit, in puberteitsstadium G3-4, wanneer de testis ongeveer 10 ml inhoud heeft. De groeisnelheid is maximaal wanneer de testis ongeveer 15-17 ml inhoud heeft (G4-5). Jongens groeien gemiddeld ongeveer 2 jaar langer door dan meisjes (Delemarre-van der Waal, 2006). De groeispuurt bij jongens begint met het groeien van handen en voeten, gevolgd door een toegenomen groei van armen en benen. Als laatste gaat de romp sneller groeien en worden de schouders breder. De handen en voeten zijn ook weer het eerst uitgegroeid (schoenmaat neemt niet meer toe). Eerst schieten jongens qua lengte de lucht in, daarna neemt het gewicht toe. De spieren nemen eerst in omvang toe, pas na 6 maanden neemt ook de kracht toe. Ook het strottenhoofd en de longinhoud groeien snel, zodat aan het eind van de puberteit de stem van jongens lager wordt (Kliegman, 2011).

De mediane leeftijd waarop de eerste ejaculatie plaatsvindt is 14 jaar, door masturbatie of 'natte dromen'. De eerste ejaculatie met sperma (spermarche) vindt meestal plaats halverwege de puberteit.

Pubertas tarda

Van een 'te laat' optredende puberteit is sprake:

- Bij meisjes wanneer er op de leeftijd van 13 jaar geen borstgroei is opgetreden of op de leeftijd van 16 jaar geen menarche.
- Bij jongens wanneer er op de leeftijd van 14 jaar geen testisgroei is opgetreden (Noordam, 2010).

Dit zijn de -2SD waarden van de normale variatie. Dat betekent dat 2% van de kinderen per definitie 'te laat' in de puberteit komt, zonder dat sprake is van pathologie.

Actie: Men dient te verwijzen bij het uitblijven van puberteitsverschijnselen na bovengenoemde leeftijden. De kinderarts zal aan de hand van anamnese (leeftijd ouders bij intreden puberteit), groeigegevens en botleeftijd bepalen of sprake is van pathologie. Zo nodig wordt ook hormonaal onderzoek en chromosoomonderzoek verricht.

Gynaecomastie

Gynaecomastie is reële borstontwikkeling bij jongens en mannen door een hormonale disbalans (Delemarre-van der Waal, 2006; Noordam, 2010). Zij moet onderscheiden worden van toegenomen vetweefsel rondom en onder de tepel (pseudogynaecomastie). Wanneer een klierschijf palpabel is, is er sprake van gynaecomastie. Fysiologische gynaecomastie treedt op bij 60 tot 70% van de jongens aan het begin van de puberteit (piekincidentie 13-14 jaar) en kan zowel eenzijdig als beiderzijds optreden. Deze verdwijnt meestal binnen 12 tot 18 maanden, met een uitloop naar 3 jaar; dan is het bij 90% van de jongens verdwenen (Kliegman, 2011). Erfelijke factoren kunnen hierbij een rol spelen (Delemarre-van der Waal, 2006; Noordam, 2010).

Actie: Wanneer gynaecomastie voor de puberteit ontstaat of aan het einde van de puberteit, moet worden verwezen, evenals bij een excentrisch (niet recht achter de tepel) gelegen zwelling (risico op maligniteit) (Kliegman, 2011). Ook bij twijfel of er sprake is van een fysiologische gynaecomastie of bij toename (in plaats van afname) gedurende een periode van langer dan 2 jaar moet worden verwezen. Dan zullen zo nodig hormoonbepalingen worden gedaan ter uitsluiting van pathologie. Behandeling (meestal plastisch chirurgisch) is in extreme gevallen mogelijk (Delemarre-van der Waal, 2006).

Menstruatieproblemen

Er kan sprake zijn van:

- *Metrorragie:* bloedverlies tussen de menstruaties in.

- *Hypermenorroe*: te veel bloedverlies.
- *Menorragie*: te veel (> 70 ml) en te langdurig (meer dan een week) bloedverlies, regulair.
- *Menometrorragie*: irregulair, te veel, te langdurig bloedverlies.
- *Primaire amenorroe*: geen menarche op de leeftijd van 16 jaar, zie pubertas tarda (late puberteit).

Na de menarche kunnen er nog anovulatoire cycli (cycli zonder eisprong) zijn, door onrijpheid van de hypothalamus-hypofyse-as. In de eerste 2 jaar na de menarche spreekt men dan ook pas van secundaire amenorroe wanneer de menstruatie meer dan 6 maanden uitblijft (Noordam, 2010). Na 2 jaar is een cyclusduur van 6 weken normaal, maar een cyclusduur van 3 tot 4 weken kan ook.

De normale duur van de menstruatie is 5 tot 7 dagen. De voornaamste oorzaak van te langdurig, te veel en irregulier bloedverlies is de anovulatoire cyclus. Oestrogenen laten het uteruslijmvlies aangroeien en er treedt geen progesteroneffect op, met als gevolg uiteindelijk een doorbraakbloeding. De menstruatie bij een anovulatoire cyclus is meestal pijnloos. Bij andere oorzaken van te langdurig, te veel en irregulier bloedverlies, zoals stollingsstoornissen (vooral lang en veel bloedverlies tijdens een regelmatige menstruatie) en infectie, komt pijn tijdens de menstruatie vaker voor.

Actie: Bij uitblijvende menarche moet de ontwikkeling van de secundaire geslachtskenmerken (Tannerstadia) gecontroleerd worden. Indien er sprake is van een uitblijvende menarche in combinatie met een vertraagde ontwikkeling van de secundaire geslachtskenmerken moet worden verwezen. Let ook op de groei (bijvoorbeeld afvallen of adipositas) en vraag of het meisje al seksueel actief is (kans op zwangerschap). Bij langdurig overvloedige menstruatie is het zinvol het meisje een menstruatiekalender te laten bijhouden en te verwijzen naar de huisarts voor een Hb-controle en zo nodig ijzersubstitutie. Bij een gezond meisje met een normaal Hb volstaat geruststelling. De behandeling bij matige hypermenorroe en lichte Hb-daling kan hormonaal zijn of met NSAID's (tenzij stollingsstoornis). Een volgende stap kan stollingsonderzoek of schildklierfunctieonderzoek zijn (Kliegman, 2011; Noordam, 2010).

Hydrocele

Zie paragraaf 2.1.1.

Liesbreuk

Zie paragraaf 2.1.1.

Lichaamsverandering en lichaamsbeeld

In de puberteit neemt de aandacht voor het eigen lichaam en dat van anderen toe. Hierdoor voelen pubers zich vaker onzeker over hun lichaam en uiterlijk. Ze vragen zich af (mede door vergelijking met mediabeelden) of hun eigen lichaam wel aantrekkelijk of normaal is (De Graaf, 2004). Jongens kunnen twifelen over de grootte van hun penis, meisjes over de grootte van hun schaamlippen of borsten. Deze lichaamsdelen groeien door tot ongeveer het 18e levensjaar. De definitieve grootte van de lichaamsdelen zal dus niet eerder bekend zijn. Er bestaat daarbij een grote variatie tussen jongeren onderling, ook tussen tweelingen is variatie in de ontwikkeling normaal. Ook wordt een erectie bij een kleinere penis in verhouding groter dan bij een grotere penis. De grootte van de penis in slappe toestand zegt dus niets over de grootte tijdens een erectie. Tevens kunnen kromstand van de penis of asymmetrie van de borsten aanleiding geven tot onzekerheid. Dit zijn beide normale varianten, de jongere kan hierover worden gerustgesteld.

Sommige jongeren zijn erg ontevreden over hun eigen lichaam. Er is geen wettelijke minimumleeftijd voor plastische chirurgie. De Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) hebben in hun richtlijn voor labiumreductie (schaamlipverkleining) aangegeven dat dit soort ingrepen bij voorkeur pas worden uitgevoerd wanneer het betreffende gebied is uitgegroeid, dit is meestal rond het 18e levensjaar het geval. De NVPC geeft in de 'Leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken' aan dat 'alleen jongeren ouder dan 18 jaar in aanmerking komen voor cosmetische ingrepen'.

Actie: De JGZ-professional dient jongeren te voorzien van betrouwbare informatie over lichamelijke veranderingen in de puberteit (tijdens een gesprek, met behulp van een folder of door verwijzing naar bijvoorbeeld www.sense.info, zie voor materialen hoofdstuk 4). De JGZ-professional vertelt de jongere dat er een grote variatie bestaat in de grootte van (secundaire) geslachtsdelen en dat dit normaal is. Ook vertelt de JGZ-professional dat er

pas een uitspraak over de definitieve grootte van de lichaamsdelen gedaan kan worden als het lichaam is uitgegroeid, na het 18e levensjaar. Bij grote ontevredenheid met het eigen lichaam en een sterke voorkeur voor cosmetische chirurgie, verwijst de JGZ-professional door naar de huisarts in verband met mogelijke psychosociale problemen. Cosmetische chirurgie dient afgeraden te worden.

Maagdenvlies (hymen)

De term 'maagdenvlies' wordt gebruikt voor het randje weefsel aan het begin van de vagina. Bij het ene meisje is dit randje wat stugger dan bij het andere, ook de doorsnede van de opening is bij iedereen anders. Van een echt maagdenvlies is geen sprake. Het is geen vlies wat de ingang van de vagina volledig afsluit en bij de eerste keer geslachtsgemeenschap hoeft dit randje niet te bloeden. Geen bloed tijdens de eerste keer geslachtsgemeenschap of huwelijksnacht betekent dus niet dat het meisje geen maagd was. Met name strenggelovige jongeren hechten sterk aan maagd zijn tot aan het huwelijk en zijn soms bang voor sancties in de eigen omgeving. Jongeren die toch seksueel actief zijn geweest, maar dit willen verbergen voor hun partner of familie, zien als enige uitweg of oplossing herstel van het maagdenvlies. Over het uitvoeren van een hersteloperatie van het maagdenvlies (hymenreconstructie) geeft de NVOG (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie) het volgende advies: een hymenhersteloperatie moet niet uitgevoerd worden, tenzij na counseling door een (kinder)gynaecoloog blijkt dat er geen ander acceptabel alternatief is.

Actie: De JGZ-professional dient jongeren te vertellen dat het maagdenvlies geen vlies is, maar een randje, wat niet altijd bloedt tijdens de eerste keer seks (zie ook de folder maagdelijkheid in hoofdstuk 4). Herstel van het maagdenvlies dient afgewezen te worden, tenzij er geen ander acceptabel alternatief is. De JGZ-professional dient de jongere in dat geval te wijzen op 'erkende centra in Nederland'.

1.3.2 Seksuele gevoelens

Seksuele fantasieën

De meeste jongens en meisjes hebben in de puberteit weleens seksuele fantasieën. Zowel bij jongens als bij meisjes neemt het fantaseren over seks toe met de leeftijd (De Graaf, 2005). In een studie onder respondenten van 8 tot 64 jaar leken jongeren van 14 en 15 jaar van alle leeftijdsgroepen het meest frequent aan seks te denken. Meisjes beginnen iets later met fantaseren dan jongens en fantaseren ook minder frequent. Dat jongeren fantaseren over seks en gevoelens van opwinding ervaren, wil niet direct zeggen dat ze ook aan seks toe zijn (De Graaf, 2013). Maar hier is wel een duidelijk verschil tussen jongens en meisjes zichtbaar. Zo zegt 26% van de 15-jarige jongens niet aan seks toe te zijn, tegenover 63% van de 15-jarige meisjes. Jongens en meisjes groeien hierin naar elkaar toe. Rond de 18-jarige leeftijd zeggen 9 op de 10 jongeren aan seks toe te zijn (De Graaf, 2005). Jongens fantaseren vanaf hun eerste ervaring met geslachtsgemeenschap ook tijdens de geslachtsgemeenschap, terwijl dit voor meisjes vaak pas komt na enige jaren seksuele ervaring (Leitenberg, 1995).

Actie: Seksuele fantasieën horen bij een gezonde seksuele ontwikkeling. De JGZ-professional dient jongeren te voorzien van betrouwbare informatie over relaties en seksualiteit, door bijvoorbeeld te wijzen op websites (www.sense.info) en/ of brochures.

Opwinding en verlangen

Aan het begin van de puberteit trekken jongeren wat betreft vriendschappen nog vooral naar seksegenoten. Vanaf het begin van de puberteit neemt de nieuwsgierigheid (bij heteroseksuele jongeren) naar de andere sekse toe alsook de seksuele aantrekkingskracht en gevoelens van verliefdheid (De Graaf, 2004). Veel jongeren ervaren dan in het contact met de andere (of eigen) sekse gevoelens van seksuele opwinding. Voor jongens worden de eerste gevoelens van opwinding meestal opgewekt door een visuele stimulus, voor meisjes eerder door fysiek contact (De Graaf, 2003). Met de leeftijd nemen deze gevoelens toe. Meisjes hebben eerder last van problemen met opwinding, niet kunnen klaarkomen of geen zin hebben in seks en jongens met te snel klaarkomen (De Graaf, 2005). Meisjes genieten vaak op een andere manier van seks dan jongens (bijvoorbeeld via stimulering van de clitoris)(Laan, 2012).

Actie: Gevoelens van opwinding en verlangen horen bij een gezonde seksuele ontwikkeling en kunnen prettig zijn. De JGZ-professional dient jongeren te voorzien van betrouwbare informatie over mogelijke sekseverschillen in opwinding en plezier bij seks. Zie ook de website www.sense.info en/of brochures.

Verliefd en relaties

Op 12- à 13-jarige leeftijd is 87% van de jongeren weleens verliefd geweest. Dit percentage neemt met de leeftijd toe, zoals zichtbaar is in tabel 3. Ook heeft op deze leeftijd 64% van de jongeren ervaring met verkering (De Graaf, 2012). De betekenis die aan verkering wordt gegeven, verandert vermoedelijk met de leeftijd (De Graaf, 2005). Vanaf een jaar of 14 gaan de meeste jongeren meer individuele contacten met leeftijdsgenoten aan. De meeste 16- en 17-jarigen hebben kortdurende verkeringen. Vanaf een jaar of 18 hebben jongeren vaker langdurige relaties. Hierin krijgt vooral het relationele aspect meer aandacht en is er een grotere emotionele betrokkenheid tussen de partners. Seksueel ervaren jongeren volgen vanaf de eerste keer geslachtsgemeenschap een 'seriële monogamie' in hun relatiepatroon: een opeenvolging van kortere of langere monogame relaties (De Graaf, 2004). Binnen de relatie gaat seks een steeds belangrijkere rol spelen. Liefde en seks blijken voor jongeren sterk met elkaar verbonden te zijn. Zo was 58% van de jongens en 79% van de meisjes erg verliefd op de laatste vaste partner (De Graaf, 2012). Seksueel ervaren meisjes van 15 jaar of ouder blijken meer wisselende partners te hebben dan volwassenen ouder dan 25 jaar (Bakker, 2009). Jongeren die seksueel actief zijn en wisselende partners hebben, lopen een hoger risico op een (on)geplande zwangerschap en seksueel overdraagbare aandoeningen.

Actie: Jongeren hebben voordat ze seksueel actief worden baat bij goede voorlichting over relaties en seksualiteit, soa's, anticonceptie, zwangerschap, grensoverschrijding, wensen en grenzen. De JGZ-professional dient jongeren te voorzien van betrouwbare informatie over deze thema's, risicogroepen te signaleren en hen gericht te ondersteunen. Zo kan de JGZ-professional jongeren wijzen op de website www.sense.info, en bij vragen of problemen verwijzen naar Sense-spreekuren in de regio.

Tabel 3: Ervaring met verliefdheid en verkering naar leeftijd (De Graaf, 2012)

	12 - 13 jaar (%)	14 - 15 jaar (%)	16 - 17 jaar (%)	18 - 20 jaar (%)	Gemiddelde leeftijd
Verliefdheid	87	90	94	96	--
Verkering	64	71	80	87	14,4 jaar

1.3.3 Seksueel gedrag

Vanaf een jaar of 10 begint de puberteit, wat gepaard gaat met lichamelijke veranderingen alsmede sterke stemningswisselingen (Van der Vlugt, 2012; WHO Regional Office for Europe, 2010). Vanaf de puberteit neemt seksueel gedrag onder jongeren in verschillende vormen toe. De volgorde van seksueel gedrag verloopt voor ongeveer driekwart van de jongeren hetzelfde en stapsgewijs. Dit wordt ook wel de 'seksuele carrière' van jongeren genoemd. Jongeren starten met tongzoenen en strelen. Waarna het (laten) strelen van de borsten, boven en onder de kleding, en het (laten) aanraken van de geslachtsdelen volgt. Dan zetten deze jongeren de stap van naakt vrijen naar geslachtsgemeenschap (De Graaf, 2004). In deze paragraaf worden de verschillende seksuele gedragingen van jongeren beschreven. De acties voor de JGZ worden in een aparte tabel (zie tabel 7) beschreven, daar waar voor de verschillende seksuele gedragingen dezelfde criteria gebruikt worden voor signalering, begeleiding en doorverwijzing. Op deze manier wordt herhaling van adviezen voorkomen.

Opvallende verschillen in seksueel gedrag

Laagopgeleide jongeren van 14 tot 17 jaar hebben over het algemeen meer ervaring met seksueel gedrag met een partner dan hoogopgeleide leeftijdsgenoten.

Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse jongens van 12 tot 17 jaar hebben meer seksuele ervaring met een partner dan Nederlandse en Turkse leeftijdsgenoten. Turkse en Marokkaanse meisjes juist minder dan Nederlandse, Surinaamse en Antilliaanse leeftijdsgenoten.

Bij jongens worden nauwelijks verschillen gevonden als gekeken wordt naar religie. Terwijl bij meisjes religie wel degelijk van invloed is. Zo blijken christelijke meisjes die veel belang aan het geloof hechten en islamitische meisjes (beide groepen 12 tot 17 jaar) minder ervaring op seksueel vlak (zowel solo als met

partner) te hebben dan niet-gelovige meisjes en christelijke meisjes voor wie het geloof minder belangrijk is (De Graaf, 2012).

Masturbatie

De helft van de jongeren heeft ervaring met masturbatie op 15-jarige leeftijd (zie tabel 4). Ervaring met masturbatie onder jongeren neemt toe met de leeftijd (De Graaf, 2012). Meer jongens dan meisjes geven aan te masturberen (De Graaf, 2005; De Graaf, 2012). Meisjes (12 tot 24 jaar) geven vaker aan zich te schamen voor seksuele gevoelens en zich vaker schuldig te voelen als ze (zouden) masturberen (De Graaf, 2005; De Graaf, 2012). Masturbatie hoort bij een gezonde seksuele ontwikkeling en is onschadelijk. Jongeren ontdekken door het aanraken van hun eigen lichaam en geslachtsdelen hun seksuele gevoelens en leren zo wat zij prettig en niet prettig vinden.

Actie: De JGZ-professional geeft betrouwbare informatie over masturbatie. Masturbatie is veelvoorkomend seksueel gedrag en hoort bij de gezonde seksuele ontwikkeling. De JGZ-professional vindt in hoofdstuk 3 handvatten om seksueel gedrag bespreekbaar te maken met jongeren.

De JGZ-professional verwijst door voor verder onderzoek naar een andere vorm van hulpverlening (zoals een psycholoog of seksuoloog) op het moment dat een jongere dagelijks meerdere malen per dag gedurende een periode langer dan zes achtereenvolgende maanden masturbeert én dit gedrag de ontwikkeling van de jongere dusdanig verstoort dat deze niet meer aan het dagelijks leven deel kan nemen (Kuzma, 2008). De JGZ-professional verwijst door volgens ACTIE 2 (zie tabel 7).

Actie bij zelfbeschadiging: De JGZ-professional dient het gedrag af te leren als de jongere gebruikmaakt van voorwerpen met risico op zelfbeschadiging, zoals mogelijke schade aan de vagina of anus (zie hoofdstuk 3).

Tongzoenen

Het aantal jongeren wat aangeeft ervaring te hebben met tongzoenen neemt met de leeftijd toe, zoals zichtbaar is in tabel 4. Op 12- en 13-jarige leeftijd geven meer jongens dan meisjes aan ervaring te hebben met tongzoenen. Voor oudere jongens en meisjes worden geen grote verschillen gevonden. Laagopgeleide jongens én meisjes in de leeftijd van 12 tot 15 jaar hebben wel meer ervaring met tongzoenen dan hun hoogopgeleide leeftijdsgenoten (De Graaf, 2005; De Graaf, 2012). Tongzoenen is veelvoorkomend seksueel gedrag en hoort bij de gezonde seksuele ontwikkeling van jongeren.

Actie: De JGZ-professional geeft betrouwbare informatie over tongzoenen, bijvoorbeeld door verwijzing naar www.sense.info of brochures (zie hoofdstuk 4). En wijst jongeren op informatie over relaties en seksualiteit zodat ze voorbereid zijn op seksuele contacten. Zie ook ACTIE 1 in tabel 7. De JGZ-professional vindt in hoofdstuk 3 handvatten om seksueel gedrag bespreekbaar te maken met jongeren. De JGZ-professional vraagt door op het moment dat er sprake/een vermoeden is van seksuele grensoverschrijding en probeert te achterhalen of er sprake is van dwang, onvrijwilligheid, overhalen, geen wederzijdse toestemming, machtsmisbruik of ongelijkwaardigheid of pijn of schade. Indien dit het geval is, verwijzen (zie voor verwijscriteria ACTIE 3 in tabel 7)(De Graaf, 2007; Frans, 2010).

Voelen en strelen

De helft van de jongeren heeft ervaring met voelen en strelen op een leeftijd van 15,2 jaar. Ook ervaring met dit seksuele gedrag neemt toe met de leeftijd (tabel 4). Voor jongens en meisjes worden hier slechts kleine verschillen gevonden (De Graaf, 2005; De Graaf, 2012). Voelen en strelen zijn voor driekwart van de jongeren de stap na tongzoenen en horen bij een gezonde seksuele ontwikkeling van jongeren.

Actie: De JGZ-professional geeft betrouwbare informatie over een gezonde seksuele ontwikkeling, waarin contact prettig, gelijkwaardig en veilig is. Bijvoorbeeld door verwijzing naar www.sense.info of brochures (zie hoofdstuk 4). Zie ook ACTIE 1 in tabel 7. De JGZ-professional vindt in hoofdstuk 3 handvatten om seksueel gedrag bespreekbaar te maken met jongeren. De JGZ-professional vraagt door op het moment dat er sprake/een vermoeden is van seksuele grensoverschrijding en probeert te achterhalen of er sprake is van dwang, on- vrijwilligheid, overhalen, geen wederzijdse toestemming, machtsmisbruik of ongelijkwaardigheid of pijn of schade. Indien dit het geval is, verwijzen (zie voor verwijscriteria ACTIE 3 in tabel 7) (De Graaf, 2007; Frans, 2010).

Vingeren en aftrekken

De helft van de jongeren heeft zo rond de 16,5 jaar ervaring met vingeren/aftrekken (zie tabel 4). Voor jongens en meisjes worden hier bijna geen verschillen gevonden (De Graaf, 2005; De Graaf, 2012). Vingeren en aftrekken horen bij een gezonde seksuele ontwikkeling en worden pas zorgwekkend als er seksuele grensoverschrijding of dwang en overhalen plaatsvindt en/of het contact niet als prettig of als pijnlijk wordt ervaren (De Graaf, 2007; Frans, 2010).

Actie: De JGZ-professional geeft betrouwbare informatie over een gezonde seksuele ontwikkeling, waarin contact prettig, gelijkwaardig en veilig is. Bijvoorbeeld door verwijzing naar www.sense.info of brochures (zie hoofdstuk 4). Zie ook ACTIE 1 in tabel 7. De JGZ-professional vindt in hoofdstuk 3 handvatten om seksueel gedrag bespreekbaar te maken met jongeren. De JGZ-professional vraagt door op het moment dat er sprake/een vermoeden is van seksuele grensoverschrijding en probeert te achterhalen of er sprake is van dwang, onvrijwilligheid, overhalen, geen wederzijdse toestemming, machtsmisbruik of ongelijkwaardigheid of pijn of schade. Indien dit het geval is, verwijzen (zie voor verwijscriteria ACTIE 3 in tabel 7) (De Graaf, 2007; Frans, 2010).

Tabel 4: Ervaring met seksueel gedrag naar leeftijd (De Graaf, 2012).

	12 – 13 jaar (%)	14 – 15 jaar (%)	16 – 17 jaar (%)	18 – 20 jaar (%)	Mediaan-leeftijd (jaar)
Masturbatie	27	50	71	84	15,0
Tongzoenen	32	57	84	91	14,4
Voelen en strelen	20	45	79	90	15,2
Manueel passief (laten vingeren/aftrekken)	7	23	61	80	16,3
Manueel actief	6	22	60	81	16,5
Geslachtsgemeenschap	3	16	51	77	17,1
Oraal passief	5	16	49	74	17,1
Oraal actief	3	13	44	71	17,4
Anaal	2	3	8	20	-

Geslachtsgemeenschap

De helft van de jongeren heeft ervaring met geslachtsgemeenschap op de leeftijd van 17,1 jaar. In tabel 4 zijn de percentages naar leeftijd uiteengezet. Meisjes hebben eerder ervaring met geslachtsgemeenschap dan jongens (De Graaf, 2005; De Graaf, 2012). Onder jongeren die zich (ook) aangetrokken voelen tot seksegenoten, valt de eerste keer geslachtsgemeenschap ongeveer gelijk met die van heterojongeren (De Graaf, 2013). Een deel van de jongeren heeft op deze leeftijd nog geen ervaring met geslachtsgemeenschap opgedaan (Keuzenkamp, 2010). De meeste meisjes die geen ervaring hebben met geslachtsgemeenschap geven als reden dat ze zichzelf hier nog te jong voor vinden of eerst een tijdje verkering willen hebben. Voor jongens is de meest genoemde reden dat het gewoon nog niet gebeurd is. Geen seks voor het huwelijk vanuit religieuze overwegingen is vooral in de oudste groepen van invloed. Meisjes noemen daarnaast verliefdheid als belangrijkste reden voor de eerste keer geslachtsgemeenschap en jongens opwinding, gevolgd door verliefdheid en nieuwsgierigheid (De Graaf, 2012). De meeste jongeren kijken positief terug op hun eerste geslachtsgemeenschap. Driekwart vond de timing goed. Een vijfde had nog even willen wachten. Een kwart van de meisjes vond de eerste keer ronduit vervelend. 18% van de meisjes had een beetje spijt na de eerste keer en 11% had veel spijt.

Actie: De JGZ-professional geeft betrouwbare informatie over een gezonde seksuele ontwikkeling, waarin contact prettig, gelijkwaardig en veilig is. Jongeren hebben baat bij betrouwbare informatie en het maken van eigen verantwoorde keuzes. De voorbereiding op de eerste keer geslachtsgemeenschap en seksueel contact behoeft extra aandacht bij kinderen vanaf 12 jaar. Bijvoorbeeld door verwijzing naar www.sense.info of www.anticonceptievoorjou.nl en brochures (zie hoofdstuk 4). Zie ook ACTIE 1 in tabel 7. De JGZ-professional vindt in hoofdstuk 3 handvatten om seksueel gedrag bespreekbaar te maken met jongeren.

Risico's bij geslachtsgemeenschap

Geslachtsgemeenschap maakt deel uit van de gezonde seksuele ontwikkeling van jongeren. Er zijn echter wel risico's verbonden aan geslachtsgemeenschap. Risico's zoals seksuele grensoverschrijding, soa's, ongewenste zwangerschap, pijn bij het vrijen, te snel klaarkomen en geen opwinding verdienen extra aandacht. Van de jongeren die op hun 13e jaar of jonger voor het eerst geslachtsgemeenschap hadden, gebruikte 37% van de jongens en 27% van de meisjes niets. Jonge starters (leeftijd van eerste keer geslachtsgemeenschap 12/13 jaar), laagopgeleide meisjes, Marokkaanse jongeren, Turkse meisjes, christelijke meisjes voor wie het geloof (zeer) belangrijk is en islamitische jongeren beschermen zich minder goed tegen een ongewenste zwangerschap en soa's. Ze gebruiken relatief minder vaak een condoom of anticonceptiemethode bij de eerste keer. Zeventien procent van de meisjes en 5% van de jongens is wel eens gedwongen seksuele dingen te doen die ze niet wilden. Seksuele problemen komen vooral onder meisjes behoorlijk vaak voor. Bijna de helft van de meisjes met enige seksuele ervaring heeft weleens of vaker last van opwindingsproblemen of pijn tijdens seks. Ruim een derde heeft weleens last van niet klaarkomen en een kwart heeft dit regelmatig of vaker. Jongens hebben vooral last van te snel klaarkomen. Een derde van de jongens heeft hier weleens last van en één op de vijf regelmatig (De Graaf, 2012).

Actie bij vermoeden van risico's: De JGZ-professional verwijst door als er sprake/een vermoeden is van seksuele grensoverschrijding, volgens ACTIE 3 (Tabel 7) (de Graaf, 2007; Frans, 2010). Als er sprake is van soa of ongewenste zwangerschap volgens ACTIE 4 (zie Tabel 7). Als er sprake is van seksuele problemen zoals opwindingsproblemen, pijn bij het vrijen of te snel klaarkomen, volgens ACTIE 5 (zie Tabel 7).

Orale en anale seks

De ervaring met orale seks loopt bijna gelijk met de ervaring met geslachtsgemeenschap. De leeftijd waarop de helft van de jongeren aangeeft ervaring te hebben met orale seks ligt tussen de 17,1 en 17,4 jaar (zie tabel 4). Beduidend minder jongeren geven aan ervaring te hebben met anale seks. De gemiddelde leeftijd voor anale seks ligt op 18,4 jaar. In landelijk onderzoek is geen evidentie gevonden dat anale seks vaker voorkomt onder jongeren die vanuit religieuze overwegingen het maagdevlies willen sparen en daarom voor deze vorm van seks kiezen (De Graaf, 2005; De Graaf, 2012). In tabel 4 zijn de ervaringen met orale en anale seks naar leeftijd in kaart gebracht. Jongeren van 15 tot 19 jaar die zich (ook) aangetrokken voelen tot seksegenoten hebben vaker ervaring met orale of anale seks dan hun hetero leeftijdsgenoten (De Graaf, 2012). Binnen de seksueel ervaren groep jongeren, heeft 12% van de meisjes en 4% van de jongens wel eens ongewild orale seks gehad en 5% van de meisjes en 3% van de jongens ongewild anale seks. (De Graaf, 2012).

Actie: De JGZ-professional dient jongeren te voorzien van betrouwbare informatie, bijvoorbeeld middels betrouwbare websites (www.sense.info) en foldermateriaal (zie ACTIE 1). Ook geeft de JGZ-professional informatie over verschillende vormen van seksueel contact, prettige en minder prettige seksuele contacten en mogelijke risico's (zoals soa en seksuele dwang). Hiernaast geeft de JGZ-professional aan dat als seksueel contact prettig, gewenst en veilig is, dit bijdraagt aan positieve gevoelens. Ook vertelt de JGZ-professional dat de jongere seksueel contact kan weigeren. De voorbereiding op seksualiteit behoeft extra aandacht bij kinderen vanaf 12 jaar. De JGZ-professional vindt in hoofdstuk 3 handvatten om seksueel gedrag bespreekbaar te maken met jongeren.

Actie bij risico's: De JGZ-professional verwijst door als er sprake is van seksuele grensoverschrijding, volgens ACTIE 3 (zie tabel 7) (De Graaf, 2007; Frans, 2010). Als er sprake is van een soa of (on)geplande zwangerschap, volgens ACTIE 4 (zie tabel 7). Als er sprake is van seksuele problemen zoals opwindingsproblemen, pijn bij het vrijen of te snel klaarkomen, volgens ACTIE 5 (zie tabel 7).

Contact met erotisch materiaal

Erotisch materiaal wordt over het algemeen (veel) vaker door jongens dan door meisjes bekeken. De seksblaadjes, films of dvd's verliezen het hierbij duidelijk van het internet. Zo geeft 61% van de jongens aan vaker een pornosite

bekeken te hebben, tegenover 1 op de 3 jongens die vaker een seksblaadje of seksfilm op televisie bekeken hebben (zie tabel 5).

Tabel 5: Contact met erotisch materiaal naar sekse onder jongeren van 12 tot 25 jaar (De Graaf, 2012).

	Jongens			Meisjes		
	Nooit (%)	Eén keer (%)	Vaker (%)	Nooit (%)	Eén keer (%)	Vaker (%)
In een seksblaadje of pornoboekje gekeken	54	18	28	85	10	5
Naar een videoclip met veel bloot of seks gekeken	27	14	59	68	14	19
Naar een seksfilm op televisie gekeken	59	14	27	80	11	9
Naar een porno-dvd gekeken	75	9	16	92	4	4
Een pornosite bekeken	27	12	61	79	9	11
Een sekslijn gebeld	93	4	3	99	1	0

In eerder landelijk onderzoek bleek dat voor zowel jongens als meisjes kijkgedrag met de leeftijd toeneemt. Zo geeft driekwart van de 15-jarige jongens aan het afgelopen half jaar porno te hebben gezien en rond de 17 jaar is dit 86%. Voor meisjes neemt dit veel minder sterk toe met de leeftijd, van 24% bij 15-jarige meisjes tot 29% bij 18-jarige meisjes. Het plafond bij meisjes wordt pas bereikt op 21-jarige leeftijd en ouder, 40% van deze meisjes heeft dan in het afgelopen half jaar porno bekeken (De Graaf, 2013). De interesse in erotisch materiaal neemt waarschijnlijk toe vanwege nieuwsgierigheid van jongeren en de opwindende gevoelens die hierbij komen kijken. Dit is veelvoorkomend gedrag en hoort bij een gezonde seksuele ontwikkeling. De voorbereiding op seksualiteit en het verschil tussen seks en irreële seksuele beelden behoeven wel extra aandacht bij jongeren. In onderzoek naar de invloed van porno op seksuele grensoverschrijding wordt gevonden dat vooral mannen met aanleg tot seksueel agressief gedrag de meer gewelddadige vormen van porno opzoeken, vaker porno kijken en hier sterker door beïnvloed worden (Kingston, 2009; Malamuth, 2000; Vanwesenbeeck, 1999). Als in gewelddadige porno de illusie wordt gewekt dat het slachtoffer de seks lekker vindt, kunnen ook jongeren zonder aanleg tot seksueel agressief gedrag het idee krijgen dat dit soort gedrag in orde is (Nikken, 2009). Naar porno kijken wordt daarnaast ook zorgwekkend als er sprake is van preoccupatie met porno.

In Nederland is tot op heden nog geen verband gevonden tussen het zien van seksueel getinte mediabeelden of beelden waarin vrouwen als lustobject worden gezien en onveilige of ongewenste seks. Wel toonde Nederlands onderzoek verbanden aan tussen het zien van seksueel getinte mediabeelden (porno en sterk seksueel getinte videoclips) en stereotiepe genderrolopvattingen. Jongeren met een sterke stereotiepe genderrolopvatting keken vaker seksueel getinte media. Deze opvattingen hangen samen met de mate waarin de jongeren mediabeelden realistisch vinden of relevant. Of het mediagebruik de oorzaak of het gevolg is van deze opvattingen, kan uit dit onderzoek echter niet geconcludeerd worden (De Graaf, 2008; De Graaf, 2009). Wel kunnen mediabeelden bestaande opvattingen en gedrag bestendigen.

Actie: Het is van belang om seksueel getinte beelden in de media te nuanceren en jongeren te ondersteunen middels mediaopvoeding. De JGZ-professional vertelt jongeren dat beelden van seks in de media vaak vertekend zijn, onrealistisch en soms vrouwonvriendelijk. De JGZ-professional geeft betrouwbare informatie over een gezonde seksuele ontwikkeling, waarin contact prettig, gelijkwaardig en veilig is. Bijvoorbeeld door verwijzing naar www.sense.info of brochures (zie hoofdstuk 4), zie ook ACTIE 1 in tabel 7. De JGZ-professional vindt in hoofdstuk 3 handvatten om seksueel gedrag bespreekbaar te maken met jongeren (inclusief mediaopvoeding). De

voorbereiding op seksualiteit behoeft daarnaast extra aandacht.

Actie bij risico's: De JGZ-professional vraagt door op het moment dat er sprake/een vermoeden is van seksuele grensoverschrijding en probeert te achterhalen of er sprake is van dwang, onvrijwilligheid, overhalen, geen wederzijdse toestemming, machtsmisbruik of ongelijkwaardigheid of pijn of schade. Indien dit het geval is, verwijzen (zie voor verwijscriteria ACTIE 3 in tabel 7) (De Graaf, 2007; Frans, 2010). Als er sprake is van preoccupatie, verwijst de JGZ-professional door volgens ACTIE 2 (tabel 7).

Seksuele communicatie via internet

Vrijwel alle 12- tot 14-jarigen zijn online en de meeste 13- tot 16-jarigen (87%) hebben een eigen profiel op een sociale netwerksite als Facebook (Livingstone, 2011). Jongeren die op deze leeftijd contact leggen met onbekenden of een afspraak maken met iemand via het internet, vertonen niet direct zorgwekkend gedrag. De meeste contacten met onbekenden pakken niet negatief uit, maar online contacten of offline afspraken met onbekenden kunnen wel risico's met zich meebrengen. Jongens hebben vaker online seksueel getinte contacten dan meisjes (zie tabel 6). Een op de drie jongens en een op de vijf meisjes heeft het afgelopen half jaar weleens over seks gepraat op het internet. Ook heeft een op de zes jongens en een op de tien meisjes weleens afgesproken met iemand die ze via internet kenden (De Graaf, 2012), waarbij seksueel contact niet het doel van de afspraak was. 72% van de jongens en 83% van de meisjes (12 tot 21 jaar) heeft weleens online een seksueel getinte vraag gekregen. De meeste jongens vinden dit soort vragen normaal, meisjes vinden deze vragen vaker niet leuk (De Graaf, 2005; De Graaf, 2006). Vooral jonge meisjes in de leeftijd van 12 tot 14 jaar hebben moeite om adequaat te reageren. Ze geven vaker dan oudere meisjes antwoord op seksueel getinte vragen. De reden hiervoor is dat ze niet weten wat ze anders moeten doen, ze niet onwaardig of preuts over willen komen of omdat de ander hen overhaalt (De Graaf, 2006).

Actie: De JGZ-professional dient jongeren te voorzien van betrouwbare informatie (bijv. door te wijzen op www.sense.info of brochures) en ouders/docenten te ondersteunen in de seksuele opvoeding (inclusief mediaopvoeding). Vooral het leren aangeven van eigen wensen en grenzen, het respecteren van wensen en grenzen van de ander en het communiceren over seksualiteit zijn voor jongeren belangrijk. De JGZ-professional dient seksueel online gedrag te bespreken, te informeren naar ervaringen en de risico's toe te lichten.

Actie bij risico's: De JGZ-professional vraagt door op het moment dat er sprake/een vermoeden is van seksuele grensoverschrijding en probeert te achterhalen of er sprake is van dwang, onvrijwilligheid, overhalen, geen wederzijdse toestemming, machtsmisbruik of ongelijkwaardigheid of pijn of schade. Indien dit het geval is, verwijzen (zie voor verwijscriteria ACTIE 3 in tabel 7) (De Graaf, 2007; Frans, 2010). Als er sprake is van preoccupatie, verwijst de JGZ-professional door volgens ACTIE 2 (tabel 7).

Onlineseks/cyberseks³

Onder 12- tot 14-jarigen geeft 6% van de jongens en 2% van de meisjes aan het afgelopen jaar seks te hebben gehad op internet. Van jongeren van 15 tot en met 18 jaar heeft 7% van de jongens en 3% van de meisjes het laatste half jaar internetseks (De Graaf, 2005; De Graaf, 2006; De Graaf, 2012). Jongeren die op deze leeftijd internetseks (of cyberseks) hebben met onbekenden of een afspraak maken om seks te hebben met iemand die ze via het internet hebben ontmoet, stellen zich bloot aan risico's. Mogelijk overzien de jongeren zelf de risico's niet. Soms komt het voor dat jongeren op het internet verleid worden, waarna bij offline contact tijdens een afspraak seksueel geweld of seksuele grensoverschrijding plaatsvindt. In een landelijk onderzoek gaf twee derde van de jongens en driekwart van de meisjes (12 tot 21 jaar) aan dat ze in het afgelopen jaar een verzoek hadden ontvangen om offline af te spreken. Van deze groep geeft 9% van de jongens en 6% van de meisjes aan dat ze een afspraak maakten die niet leuk was geweest. De redenen hiervoor waren dat het niet klikt of dat de ander heel anders was dan dat hij of zij zich had voorgedaan. Van deze meisjes (6%) gaf 9% aan dat ze tijdens de afspraak tot seks gedwongen werden (De Graaf, 2006).

Actie: De JGZ-professional vraagt door op het moment dat er sprake/een vermoeden is van seksuele

³ *Cyberseks* is het beleven van seks via internet. Dit kan op verschillende manieren. De eenvoudigste manier is het bekijken van erotische foto's of het lezen van erotische verhalen, waardoor men seksueel opgewonden raakt. Dit kan al dan niet gepaard gaan met masturbatie. Ook kan men door middel van chatten, met of zonder webcam, met andere internetgebruikers communiceren en erotische taal uitwisselen. Dit gaat in veel gevallen ook gepaard met masturbatie of uitwisseling van erotische foto's of filmpjes, al dan niet van zichzelf.

grensoverschrijding en probeert te achterhalen of er sprake is van dwang, onvrijwilligheid, overhalen, geen wederzijdse toestemming, machtsmisbruik of ongelijkwaardigheid of pijn of schade. Indien dit het geval is, verwijzen (zie voor verwijscriteria ACTIE 3 in tabel 7) (De Graaf, 2007; Frans, 2010). Als er sprake is van preoccupatie, verwijst de JGZ-professional door volgens ACTIE 2 (tabel 7).

Sexting

Sexting is het versturen dan wel ontvangen, verspreiden of in bezit hebben van seksueel getinte foto's of opnames. Slechts een kleine groep jongeren stript voor de webcam, verstuurt naaktfoto's of seksfilmpjes. Zo blijkt dat 7% van de jongens en 2% van de meisjes seksueel getinte opnames maakt en deze aan anderen doorstuurt (De Graaf, 2012). Het maken, in bezit hebben en verspreiden van beelden van seksuele gedragingen van jongeren van 12 tot 18 jaar is voor de Nederlandse wet strafbaar (zedewetgeving⁴, zie ook hoofdstuk 7). Dit wordt namelijk gelijkgesteld aan het in bezit hebben van kinderporno. Onlangs is de wetgeving over kinderporno voor jongeren versoepeld (leidraad landelijk expertisecentrum kinderporno). Jongeren dienen hiervan op de hoogte te zijn.

Actie: De JGZ-professional dient het gedrag rondom sexting te bevragen, te informeren naar de betekenis en context, en de positieve kanten maar ook de risico's toe te lichten. De JGZ-professional dient jongeren te voorzien van betrouwbare informatie en ouders/docenten te ondersteunen in de seksuele opvoeding (inclusief mediaopvoeding). Bijvoorbeeld door verwijzing naar www.sense.info of brochures (zie ook hoofdstuk 4), volgens ACTIE 1 in tabel 10. De JGZ-professional vindt in hoofdstuk 3 handvatten om seksueel gedrag bespreekbaar te maken met jongeren (inclusief mediaopvoeding). De JGZ-professional dient jongeren te vertellen welk gedrag acceptabel, strafbaar of ontoelaatbaar is (zie hoofdstuk 7, Juridische kaders).

Actie bij vermoeden van grensoverschrijding: De JGZ-professional vraagt door om feitelijk gedrag te achterhalen op het moment dat er sprake/een vermoeden is van seksuele grensoverschrijding (bij dwang, onvrijwilligheid, zonder wederzijdse toestemming, als er sprake is van machtsmisbruik of ongelijkwaardigheid of als de jongere zichzelf of de ander pijn doet), zie voor verwijscriteria ACTIE 3 in tabel 7) (De Graaf, 2007; Frans, 2010).

Tabel 6: Seksuele contacten via sociale media (De Graaf, 2012)

	Jongens			Meisjes		
	Nooit (%)	Eén keer (%)	Vaker (%)	Nooit (%)	Eén keer (%)	Vaker (%)
Over seks gepraat op internet	66	11	23	80	10	10
Geflirt op internet	58	12	29	69	13	18
Ergens afgesproken met iemand die je kent via het internet	84	9	7	90	7	3
Borsten, geslachtsdelen of billen laten zien voor de webcam	92	4	4	96	3	2
Een naaktfoto of seksfilmpje van jezelf aan iemand gestuurd	94	3	3	96	2	1
Een naaktfoto of seksfilmpje van iemand	94	4	3	98	1	1

⁴ *Sexting* zoals benoemd in zedewetgeving, artikel 240 (zie ook hoofdstuk 7): 'Het openlijk tentoonstellen of ongevraagd aan iemand toezenden van afbeeldingen of voorwerpen die in strijd komen met de seksuele fatsoensnormen (bijvoorbeeld sexting: via smartphones geseksualiseerde beelden versturen of ontvangen van een ander) door jongeren onder de 18 jaar is een vorm van kinderpornografie'.

anders verstuurd						
Seks gehad met iemand die je kent via internet	91	5	4	96	2	1
Online seks (cyberseks) met iemand gehad	92	4	5	97	2	2

Tabel 7: Acties voor de JGZ-professional

Actie	Acties voor de JGZ-professional
ACTIE 1	<p><i>Voorlichting, advies en preventie</i></p> <p>De JGZ-professional dient jongeren (en ouders/scholen) te voorzien van betrouwbare informatie over relaties en seksualiteit en het maken van seksueel gezonde keuzes. Bijvoorbeeld door middel van de website www.sense.info en foldermateriaal (zie hoofdstuk 4). De JGZ-professional informeert jongeren en ouders/scholen over het belang van veilige, prettige en gewenste seksualiteit. De voorbereiding op seksualiteit behoeft extra aandacht bij kinderen vanaf 12 jaar.</p> <p><i>Bijsturen</i></p> <p>De JGZ-professional dient te vragen naar seksualiteit en seksueel gedrag en te informeren naar betekenis en context. De JGZ-professional geeft dan betrouwbare informatie over een gezonde seksuele ontwikkeling, waarin contact prettig, gelijkwaardig en veilig is. En daarnaast informatie over seksuele risico's (zoals een soa, zwangerschap, seksuele dwang en seks & internet). Ook vertelt de JGZ-professional dat je seksuele contacten kunt weigeren.</p> <p>De JGZ-professional (en ouders/scholen) kan seksueel gedrag bijsturen, door het te benoemen, grenzen aan te geven en uit te leggen (Frans, 2010). De JGZ-professional vindt in hoofdstuk 3 handvatten om seksualiteit en seksueel gedrag bespreekbaar te maken met jongeren.</p>
ACTIE 2	<p><i>Verwijzing bij excessief seksueel gedrag</i></p> <p>De JGZ-professional geeft betrouwbare informatie over seksuele fantasieën, masturbatie, kijken naar porno en ander seksueel gedrag. Dit is veelvoorkomend seksueel gedrag en hoort bij een gezonde seksuele ontwikkeling. Veelvuldige masturbatie, veelvuldig kijken naar porno of veelvuldige seksuele fantasieën komen minder vaak voor, maar behoren ook tot een gezonde seksuele ontwikkeling. Dit gedrag kan echter omslaan in: preoccupatie, excessief seksueel gedrag of een verslaving. De JGZ-professional verwijst door voor verder onderzoek naar een andere vorm van hulpverlening (zoals een psycholoog of seksuoloog) op het moment dat het seksuele gedrag dagelijks meerdere malen per dag gedurende een periode langer dan zes achtereenvolgende maanden voorkomt <u>én dit gedrag de ontwikkeling van de jongere dusdanig verstoort dat deze niet meer aan het dagelijks leven deel kan nemen</u> (Kuzma, 2008). In zo'n geval is verder onderzoek (diagnose) nodig.</p>
ACTIE 3	<p><i>Seksueel grensoverschrijdend gedrag bijsturen</i></p> <p>De JGZ-professional geeft advies over bijsturing van gedrag van een jongere als er sprake is van de volgende seksuele grensoverschrijding:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● verlagen of vernederen van zichzelf met seksuele thema's; ● herhaaldelijk gluren, proberen anderen uit te kleden; ● herhaaldelijk seksuele pesterijen, ● interesse en in beslag genomen worden door agressieve porno, seksuele agressieve gedachten en thema's; ● eenmalig onder (groeps)druk dwingen mee te doen met seksspelletjes;

	<ul style="list-style-type: none"> • seksueel contact in ruil voor een beloning; • cyberseksessie ongevraagd opnemen; • anaal en oraal contact (12 tot 14 jaar); • voorwerpen in vagina/anus inbrengen (12 tot 14 jaar); • seksueel expliciete gesprekken met jongere kinderen (15+). <p>De JGZ-professional vertelt jongeren, ouders en andere professionals dat het belangrijk is om dit seksueel grensoverschrijdende gedrag bij te sturen, door het gedrag te benoemen, te begrenzen en uit te leggen waarom het begrensd wordt (Frans, 2010). Dit is nodig omdat jongeren experimenteren met seksualiteit en mogelijk zelf de risico's onvoldoende overzien. Er moeten in dat geval maatregelen genomen worden om het gedrag bij te sturen, zodat dit niet meer kan voorkomen. De JGZ-professional vindt in hoofdstuk 3 handvatten om seksualiteit en seksueel (gensoverschrijdend) gedrag bespreekbaar te maken met jongeren, ouders en overige professionals aan de hand van het vlaggensysteem (Frans, 2010).</p> <p><i>Verwijzing bij seksuele grensoverschrijding</i></p> <p>De JGZ-professional verwijst een jongere door naar een andere vorm van hulpverlening als er sprake is van de volgende seksuele grensoverschrijding:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bewust toekijken bij (groeps)verkrachting; • ongevraagd naaktfoto's maken en verspreiden; • interesse in kinderporno (maken of verspreiden); • herhaaldelijk onder (groeps)druk dwingen mee te doen met seksspelletjes; • de ander(en) pijn doen tijdens het seksuele spel (genitale verwondingen veroorzaken/ seksueel contact met dieren); • zich prostitueren of een prostituee bezoeken; • cyberseksessie ongevraagd verspreiden; • geslachtsgemeenschap, anaal contact en andere seksuele handelingen met significant niet-gelijkwaardige partner. <p>Het gedrag is dan mogelijk een signaal voor onderliggende problematiek. In zo'n geval dienen gedragspatronen geobserveerd te worden en moet de betekenis van het gedrag geduid worden (Frans, 2010). Het is mogelijk dat aan het gedrag andere oorzaken ten grondslag liggen, bijvoorbeeld een gedragsstoornis, problematische gezinssituatie, (seksuele) kindermishandeling of verwaarlozing (Kaeser, 2000).</p> <p>De JGZ-professional verwijst de jongere door naar de ggz of orthopedagoog, psycholoog of gedragstherapeut, afhankelijk van de onderliggende problematiek. Zie voor verwijscriteria en signalen van (seksuele) kindermishandeling de JGZ-richtlijn <i>Secundaire preventie kindermishandeling</i>. Bij seksuele dwang, seksuele grensoverschrijding of seksueel misbruik dient informatie gegeven te worden over aangifte bij de zedenrecherche. In overleg met de jongere kan aangifte gedaan worden bij de zedenrecherche.</p> <p>Vraag ook in hoeverre ouders op de hoogte zijn (zie hoofdstuk 7, Juridische kaders, wanneer bij kinderen van 12 tot 16 jaar toestemming van ouders vereist is).</p>
ACTIE 4	<p><i>Verwijzing bij vermoedens van een soa of zwangerschap</i></p> <p>De JGZ-professional verwijst een jongere door naar een andere vorm van hulpverlening (een Sense-spreekuur, huisarts of seksuoloog) en overlegt met de jongere over een soa- of zwangerschapstest. De JGZ-professional adviseert eventueel over het gebruik van de morning-afterpil en andere vormen van anticonceptie (zie o.a. hoofdstuk 4 en www.sense.info of www.anticonceptievoorjou.nl). De JGZ-professional gebruikt bij vermens an een soa of zwangerschap door verkrachting of seksueel misbruik de JGZ-richtlijn <i>Secundaire preventie kindermishandeling</i>.</p>

ACTIE 5	<p><i>Verwijzing bij seksuele problemen</i></p> <p>De JGZ-professional verwijst een jongere bij vermoedens van seksuele problemen, zoals problemen met seksuele opwinding, pijn bij het vrijen, niet genieten van seks, door naar een andere vorm van hulpverlening (een Sense-spreekuur, huisarts of seksuoloog) en overlegt met de jongere. De JGZ-professional adviseert eventueel over seksuele problemen (zie o.a. hoofdstuk 4@ en www.seksualiteit.nl).</p>
---------	--

1.3.4 Genderidentiteit

Genderrolgedrag en genderrolverwachtingen

In de ontwikkeling van de genderidentiteit vinden in deze levensfase twee tegengestelde processen plaats. Aan de ene kant neemt cognitief het vermogen tot flexibiliteit toe. Jongeren zijn dus cognitief prima in staat om te begrijpen dat een jongen zich best 'meisjesachtig' kan gedragen en toch een jongen is. Aan de andere kant neemt de sociale druk op genderstereotypie juist toe. In deze fase worden genderstereotypen ook steeds meer op seksuele relaties toegepast: er zijn duidelijke verwachtingen over hoe meisjes en jongens zich op seksueel gebied horen te gedragen. Jongens krijgen hierin meer vrijheden dan meisjes (de dubbele moraal). Meisjes die 'te makkelijk' overgaan tot seks kunnen op afkeuring rekenen, voor jongens is het juist statusverhogend om veel seksuele ervaring te hebben. Van jongens wordt verwacht dat ze 'altijd zin hebben' en dat ze het initiatief nemen op het gebied van versieren en seks. Van meisjes wordt juist verwacht dat zij de grenzen aangeven. Deze sekseongelijkheid lijkt te worden uitvergroot in culturen waar familie-eer een belangrijke rol speelt, zoals de Afghaanse, Turkse, Marokkaanse en Surinaams-Hindoestaanse cultuur (De Graaf, 2008). Deze ongeschreven regels belemmeren zowel jongens als meisjes in het maken van vrije keuzes op seksueel gebied. Jongens horen weliswaar het initiatief te nemen, maar mogen toch ook niet opdringerig zijn. Het is lastig voor hen om nee te zeggen tegen seks, omdat van hen verwacht wordt dat ze altijd zin hebben. Ze zijn zich nauwelijks bewust van hun eigen grenzen en maken zich in het aangeven van grenzen afhankelijk van meisjes. De druk om seks te hebben is, vooral in sommige groepen jongens, behoorlijk groot. Het aangeven van grenzen is juist de taak van meisjes. Dit geeft hen een zekere mate van controle over de interactie, maar levert ook een zware verantwoordelijkheid op (De Graaf, 2008). Bovendien zijn meisjes vaak zo sterk bezig zijn met het bewaken van grenzen dat ze onvoldoende toekomen aan het herkennen en realiseren van hun wensen. Het aangeven van wensen wordt bovendien niet 'vrouwelijk' gevonden (Vanwesenbeeck, 1999).

Actie: De JGZ-professional dient jongeren te vertellen over genderrolgedrag en genderrolverwachtingen rondom seksualiteit en te wijzen op betrouwbare informatie (www.sense.info en/of brochures, zie ook hoofdstuk 4). De JGZ-professional dient jongeren duidelijk te vertellen dat jongens en meisjes gelijkwaardig zijn en jongeren zelf hun eigen keuzes in seksueel gedrag kunnen maken. De JGZ-professional vindt in hoofdstuk 3 handvatten om seksualiteit en seksueel gedrag bespreekbaar te maken met jongeren. Zie voor genderdysforie de volgende paragraaf.

Genderdysforie

Vanaf de puberteit wordt zichtbaar of genderdysforie blijvend is. De afkeer ten aanzien van het eigen geslacht neemt in deze periode bij jongeren met genderdysforie toe (Peate, 2008). Jongeren in Nederland kunnen vanaf de puberteit puberteitsremmers krijgen (LHRH, luteïniserend hormoon-releasing hormoon). De puberteitsremmers stellen de groei van (secundaire) puberteitskenmerken (borstgroei, menstruatie, baardgroei, lage stem) uit. De jongere en zijn of haar ouders hebben dan tijd om te zien hoe de genderidentiteit zich verder ontwikkelt. Een eventuele latere geslachtsoperatie leidt vervolgens tot een beter resultaat (Cohen-Kettenis, 2000; Korte, 2008). Om een goede beslissing voor het gebruik van puberteitsremmers te maken moet naar het individu gekeken worden, zodat eventuele achterliggende oorzaken van atypisch gendergedrag en verwarring met homoseksualiteit uitgesloten kunnen worden (Korte, 2008). Een jongere komt pas in aanmerking voor puberteitsremmers wanneer er gedurende de hele kindertijd sprake was van een extreme en volledige cross-genderidentiteit. Daarnaast wanneer eerder een toename dan een afname van deze gevoelens rond de puberteit bestaat en wanneer de familie de behandeling ondersteunt (Cohen-Kettenis, 2000). Een atypische genderidentiteitsontwikkeling kan voor stress bij de jongere en zijn of haar ouders zorgen. Daarbij zijn de gevoelens van genderdysforie voornamelijk herkenbaar voor de jongere. Ook de jongere kan deze niet direct begrijpen en hiervan in verwarring raken (Peate,

2008).

Actie: De JGZ-professional dient jongeren en ouders te vertellen dat verwarring bij onzekerheid over de genderidentiteit normaal is en dat een afwijkende genderidentiteit niet abnormaal is. De JGZ-professional dient jongeren, ouders en scholen te vertellen dat een acceptatie van genderdysfore gevoelens bijdraagt aan een gezonde seksuele ontwikkeling. Terwijl een afwijzing van deze gevoelens bij een jongere emotionele en sociale problemen teweeg kan brengen. Steun van ouders is essentieel om een gezonde seksuele ontwikkeling te doorlopen (Korte, 2008; Mallon, 2006, Peate, 2008). De JGZ-professional vindt handvatten voor begeleiding van de seksuele opvoeding (inclusief genderdysforie) in hoofdstuk 3.

Bij een sterke verwarring omtrent de genderrol dient de JGZ-professional te vragen naar onder andere feitelijk gedrag, de mate van onvrede met het eigen geslacht, de mate van onvrede met het eigen lichaam en de eigen gender. Pas als een jongere én een sterke voorkeur voor atypisch genderrolgedrag vertoont én een afkeer heeft van het eigen gender én er duidelijke signalen zijn van onvrede met het eigen geslacht, wijst dit mogelijk op genderdysforie.

Bij sterke aanwijzingen voor genderdysforie, of als ouders en jongere verder onderzoek/verdere begeleiding wensen, is verwijzing naar het kennis- en zorgcentrum voor genderdysforie in het VUmc (dit is het enige genderteam voor kinderen en adolescenten) wenselijk. Het VUmc volgt kinderen graag vanaf jonge leeftijd, zodat eventueel puberteitsremmers ingezet kunnen worden als genderdysforie tijdens de puberteit blijvend blijkt. Ze hebben dan een duidelijk beeld van de ontwikkeling van het kind en kunnen eerder tot een afgewogen besluit komen.

Het is daarnaast belangrijk voor de JGZ-professional om stil te staan bij eventuele psychosociale problemen als gevolg van verwarring over de genderidentiteit of negatieve reacties uit de omgeving. Zo hebben ouders, vriendjes, school en leeftijdsgenoten er soms moeite mee als een kind zich niet volgens de heersende gendernormen gedraagt. Mede hierdoor kunnen deze kinderen emotionele, sociale en psychische problemen ontwikkelen (Zucker, 2008). Voor psychosociale begeleiding kunnen jongeren en/of ouders bij Transvisie Zorg en Berdache terecht. De JGZ-professional dient jongeren en/of ouders daarnaast te voorzien van betrouwbare informatie (o.a. brochures, zie ook hoofdstuk 4).

1.3.5 Seksuele oriëntatie

Seksuele aantrekking seksegenoten

De meeste homoseksuele jongeren beseffen langzaam dat ze homo, lesbisch of biseksueel zijn. Vanaf de puberteit voelen deze jongeren zich vaak aangetrokken tot iemand van hetzelfde geslacht, wat zich kan uiten in gevoelens van seksuele aantrekking tot, seksuele fantasieën over of seksueel contact met iemand van hetzelfde geslacht (De Graaf, 2004). Jongeren kunnen in de war raken van deze gevoelens of ze (nog) niet als homoseksueel benoemen. In een onderzoek onder een grote groep jongeren die zich (ook) aangetrokken voelen tot seksegenoten, gaven jongens aan dat zij de eerste gevoelens van aantrekking tot jongens gemiddeld met 12,6 jaar hadden. Meisjes gaven deze gevoelens gemiddeld iets later aan, met 13,5 jaar. Meisjes worden gemiddeld voor het eerst verliefd op een seksegenoot met 14,6 jaar en jongens met 15,1 jaar (Keuzenkamp, 2010). Op jonge leeftijd denken jongeren vaak dat hun homoseksuele gevoelens van voorbijgaande aard zijn. Ze herkennen zichzelf niet als homoseksueel en vinden homoseksuelen anders dan zichzelf. Ook kan er verwarring zijn over de eigen seksuele identiteit. Vaak hebben jongeren nog heteroseksuele contacten. Ook hebben jongeren vaak weinig voorbeelden van homoseksuelen in hun omgeving. Het duurt dan ook nog een hele tijd voordat iemand zichzelf homo, bi of lesbisch noemt en er zekerheid over de eigen geaardheid ontstaat (De Graaf, 2004).

Actie: Jongeren hebben baat bij betrouwbare informatie over gevoelens en uitingsvormen van homoseksualiteit en seksuele oriëntatie. De JGZ-professional dient jongeren te voorzien van betrouwbare informatie over seksuele oriëntatie door jongeren te wijzen op websites als www.sense.info, www.allesovergay.nl, www.comingout.nl, www.iedereenisanders.nl en organisaties als het COC (www.coc.nl).

Homonegativiteit

Jongeren die zich (ook) aangetrokken voelen tot seksegenoten kennen vaak de negatieve betekenis die de omgeving aan homoseksualiteit toekent. Zo vinden bijna alle jongeren het (helemaal) goed als een jongen en een meisje elkaar zoenen op straat, maar keurt 16% van de jongens en 24% van de meisjes dit af als het om twee meisjes gaat. Gaat het om twee jongens, dan keurt 51% van de jongens en 25% van de meisjes dit af.

Homonegativiteit is vooral groot bij jongens in de jongste leeftijdsgroepen, jongeren met een Turkse of Marokkaanse achtergrond, streng christelijke jongeren, islamitische jongeren en lageropgeleide jongeren (De Graaf, 2012). De meeste homo- of biseksuele jongeren voelen zich dan ook niet helemaal geaccepteerd. Zo geeft 68% van de jongens en 62% van de meisjes aan dat ze weleens een vervelende ervaring hebben gehad vanwege hun seksuele voorkeur. Het gaat dan om pesten, vervelende opmerkingen, belachelijk gemaakt worden, roddelen of negeren. Jongeren tussen de 16 en 18 jaar maken dit vaker mee dan oudere jongeren (Keuzenkamp, 2010).

Actie: De JGZ-professional dient jongeren van betrouwbare informatie te voorzien over de ontwikkeling van de seksuele voorkeur en jongeren te vertellen welke variaties in seksuele voorkeur voorkomen en dat deze bij een gezonde seksuele ontwikkeling horen (bijvoorbeeld via websites als www.allesovergay.nl, www.comingout.nl, www.iedereenisanders.nl en organisaties als het COC (www.coc.nl). Informeer naar acceptatie van henzelf en reacties in hun omgeving. Een afwijzing van deze gevoelens kan emotionele en (psycho)sociale problemen teweegbrengen. Wees alert op suicidale gedachten of depressieve gevoelens. De JGZ-professional dient jongeren bij vermoedens van emotionele en/of psychosociale problemen door te verwijzen naar andere vormen van hulpverlening.

Coming-out

Sommige jongeren beseffen al vroeg dat ze homoseksueel zijn en sommige homoseksuelen accepteren dit meteen van zichzelf (De Graaf, 2005). Anderen maken een periode van verwarring of ontkenning mee. Op het moment dat een jongere zelf zekerheid over zijn of haar geaardheid heeft, gaat er tijd overheen voordat de jongere hier ook voor uitkomt richting de buitenwereld. De leeftijd waarop dit gebeurt, is moeilijk te voorspellen en deels contextafhankelijk (De Graaf, 2004). In een landelijke studie vond de coming-out voor meisjes plaats op de leeftijd van 15,9 leeftijd en voor jongens op de leeftijd van 16,6 jaar (De Graaf, 2012). In een onderzoek onder jongeren die zich (ook) aangetrokken voelen tot seksegenoten was dit voor meisjes 16,5 jaar en voor jongens 16,3 jaar (Keuzenkamp, 2010). Waarschijnlijk geven beide studies een onderschatting weer, omdat voor een flink deel van de jongeren in beide studies de coming-out nog niet had plaatsgevonden (De Graaf, 2013). Echter als jongeren voor de eerste keer 'uit de kast' gekomen zijn, betekent dit niet dat ze klaar zijn. Het coming-outproces is een levenslang proces, waarmee jongeren later blijven worstelen. Denk aan vragen als: wie vertel je het en wanneer? In elke nieuwe sociale situatie vindt wel of geen nieuwe coming-out plaats.

Actie: De JGZ-professional dient jongeren van betrouwbare informatie te voorzien over de ontwikkeling van de seksuele voorkeur en jongeren te vertellen welke variaties in seksuele voorkeur voorkomen en dat deze bij een gezonde seksuele ontwikkeling horen (bijvoorbeeld via websites als www.allesovergay.nl, www.comingout.nl, www.iedereenisanders.nl, en organisaties als het COC (www.coc.nl). De JGZ-professional dient handvatten te bieden voor mogelijke ondersteuning bij het coming-outproces. Zie voor handvatten hoofdstuk 3 en voor materialen hoofdstuk 4.

2.4 Aanbevelingen

- De JGZ-professional vraagt proactief naar de seksuele ontwikkeling van kinderen en jongeren op verschillende momenten tijdens de seksuele ontwikkeling.
- De JGZ-professional informeert kinderen, jongeren en ouders over een gezonde seksuele ontwikkeling (lichamelijke veranderingen, veelvoorkomend seksueel gedrag, masturbatie, vruchtbaarheid bij jongens en meisjes, zaadlozing en natte droom bij jongens, lichaamsbeeld, seksuele gevoelens, seksuele oriëntatie, genderidentiteitsontwikkeling) en geeft ouders tips voor seksuele opvoeding. De JGZ-professional gebruikt hiervoor contactmomenten, brochures en websites (zie ook hoofdstuk 4).
- De JGZ-professional stelt vragen over en informeert ouders, kinderen en of jongeren over de seksuele ontwikkeling, in ieder geval op de leeftijd van:
 - Ongeveer 3 maanden (meegeven brochure *Seksuele ontwikkeling 0-6 jaar*, zie ook hoofdstuk 4).
 - 2 à 3 jaar (zindelijkheidsfase).
 - (Bijna) 4 jaar (voor de basisschool).
 - 10 á 11 jaar (voorbereiding op puberteit).
 - 13 á 14 jaar (voorbereiding seksuele activiteit).

- o 15 á 16 jaar (seksueel actief).
- De JGZ-professional onderzoekt tijdens contacten met kinderen/jongeren/ouders aan de hand van het gesprek en eventueel lichamelijk onderzoek of er signalen zijn die kunnen wijzen op een ongezonde seksuele ontwikkeling. Aan de hand van de beschreven acties in dit hoofdstuk worden zo nodig verdere stappen ondernomen.
- De JGZ biedt informatie en advies bij tussentijdse vragen en problemen over de seksuele ontwikkeling van kinderen, ouders en professionals.

3. Handvatten voor de uitvoering van taken in de JGZ-praktijk

In hoofdstuk 2 zijn de handelingsadviezen voor de JGZ-professional beschreven. Veel JGZ-professionals hebben behoefte aan handvatten voor het bespreekbaar maken van seksualiteit en de seksuele ontwikkeling. In dit hoofdstuk worden praktische tips en adviezen aangereikt voor HOE de JGZ-professional het onderwerp seksualiteit bij (jonge) kinderen en hun ouders bespreekbaar kan maken en kan aansluiten bij de ontwikkelingsfase van kinderen en vragen/zorgen van ouders (opvoeders) en professionals.

Allereerst worden de taken en competenties van de JGZ-professional beschreven. Vervolgens worden aan de hand van de verschillende ontwikkelingsfasen specifieke handvatten en tips gegeven voor informatie en advies, begeleiding en opvoedingsondersteuning. Tot slot wordt stilgestaan bij een aantal seksespecifieke en culturele aandachtspunten.

3.1 Taken JGZ-professional

De JGZ volgt kinderen in de leeftijd van 0 tot 19 jaar. Tan aanzien van de seksuele ontwikkeling kan de taak van de JGZ omschreven worden als:

- a. Het stimuleren van en adviseren rondom een gezonde seksuele ontwikkeling en opvoeding én het voorkomen van problemen.
- b. Het tijdig signaleren van een niet-optimale seksuele ontwikkeling op fysiek en psychoseksueel gebied en de risicofactoren hiervoor.
- c. Het zo nodig inzetten van interventie maatregelen en desgewenst verwijzen.

De bovengenoemde taken dienen bij te dragen aan de seksuele gezondheid van (jonge) kinderen en jongeren in de leeftijd van 0 tot 19 jaar. Het doel van de JGZ-richtlijn is het bevorderen van een positieve en gezonde seksuele ontwikkeling en opvoeding én het signaleren en voorkomen van problemen.

Voor meer algemene informatie over de uitvoering van de taken van de JGZ verwijzen wij naar de beschrijving in hoofdstuk 1.

3.2 Deskundigheid JGZ-professional

De JGZ-professional dient deskundig en competent te zijn om de taken (a, b en c) uit paragraaf 3.1 uit te voeren.

Competenties JGZ-professional

De seksuele ontwikkeling is een veelomvattend thema, met per ontwikkelingsfase specifieke aandachtspunten. De ene JGZ-professional is hier al meer vertrouwd mee of heeft meer deskundigheid opgebouwd dan de andere. In principe kan iedere JGZ-professional zich onderstaande competenties eigen maken. Naarmate men meer ervaring opdoet met het thema, zal de deskundigheid toenemen en kan handelingsverlegenheid overwonnen worden.

- **Kennis van de seksuele ontwikkeling**

Het spreekt voor zich dat een goede basiskennis over de seksuele ontwikkeling van 0 tot 19 jaar onontbeerlijk is om ouders, kinderen en jongeren goed te kunnen begeleiden. Hierbij is het van belang te weten hoe de normale en gezonde seksuele ontwikkeling verloopt en wanneer er sprake is van afwijkend, risicovol of zorgwekkend gedrag. Maar ook kennis over risico- en beschermende factoren, de belangrijkste risicogroepen en mogelijke gevolgen van een ongezonde of schadelijke seksuele ontwikkeling zijn van belang. Daarnaast is kennis gewenst over de seksuele opvoeding alsook kennis over interventies en instrumenten voor begeleiding en ondersteuning.

- **Proactieve en uitnodigende houding**

Een proactieve en uitnodigende houding – bijvoorbeeld kunnen vragen naar de seksuele ontwikkeling of seksueel gedrag en het belang van een gezonde seksuele ontwikkeling kunnen benoemen – kan barrières (zoals schuld en schaamte) wegnemen bij ouders of jongeren om over seksualiteit te praten. De kans is groot dat als de JGZ-professional hier niet zelf actief naar informeert of dit niet bespreekbaar maakt, het kind of de ouder dit onderwerp ook niet aan de orde stelt.

- **Duiden van seksueel gedrag**

De JGZ-professional zal het seksuele gedrag van kinderen moeten kunnen exploreren, bevragen en op merites kunnen beoordelen. De JGZ-professional is vaak aangewezen op observaties en informatie van anderen. Een JGZ-professional moeten kunnen doorvragen naar de beleving, aard, omvang en ernst van het seksuele gedrag en de context waarin het gedrag plaatsvond. De JGZ-professional zal feitelijke en relevante informatie moeten verzamelen om gedrag adequaat te kunnen duiden.

- **Waarden en normen en omgang met diversiteit**

Bij het bespreken van seksualiteit en de seksuele ontwikkeling is het belangrijk dat de JGZ-professional zich bewust is van zijn eigen normen en waarden en kan aansluiten bij de normen en waarden van cliënten. Deze kunnen binnen een bepaalde maatschappij, cultuur, levensbeschouwelijke overtuiging, gezin of groep verschillen. Zo zijn er verschillende opvattingen over seksueel gedrag op jonge leeftijd, homoseksualiteit, vrije partnerkeuze of uithuwelijking, vrouwelijke genitale verminking of jongensbesnijdenis, abortus, anticonceptiegebruik, seks voor het huwelijk, et cetera. Het is van belang dat de JGZ-professional de seksuele rechten van de mens kan onderschrijven en een positieve kijk heeft op seksualiteit.

'Mijn geloof speelt een belangrijke rol in mijn dagelijkse leven. Zo ook in de seksuele opvoeding van mijn kinderen. Soms krijg ik het gevoel dat artsen een negatief beeld hebben van de islam. Ze denken bijvoorbeeld dat mijn zoontje mij niet naakt mag zien. Terwijl ik dat juist goed vind voor zijn ontwikkeling. Ik hecht daarom veel waarde aan een open gesprek met professionals, vrij van vooroordelen.'

Aïsha, 44 jaar

3.3 Handvatten voorlichting en begeleiding 0 tot 6 jaar

In de eerste vier levensjaren is het contact tussen de JGZ, kinderen en ouders het meest intensief. Ouders kunnen de JGZ-professional vragen stellen over het seksuele gedrag en de opvoeding en de JGZ-professional kan relevante informatie en advies geven.

3.3.1. Veelgestelde vragen van ouders

Jonge kinderen ontdekken en onderzoeken hun eigen lichaam en gevoelens, ontdekken verschillen tussen jongens en meisjes, ontdekken eigen en andermans geslachtsdelen, spelen seksuele spelletjes, zijn nieuwsgierig naar het lichaam van andere kinderen, oefenen met het aangeven van wensen en grenzen in spel en leren sociale regels over seksueel gedrag. Voor de meeste kinderen verloopt de seksuele ontwikkeling niet problematisch of zorgwekkend. Ouders en professionals kunnen vragen hebben over de seksuele ontwikkeling of het seksuele gedrag van jonge kinderen. Ouders vragen zich bijvoorbeeld af of het gedrag veelvoorkomend is en/of weten bijvoorbeeld niet welk gedrag normaal of afwijkend is. Of ze realiseren zich niet dat kinderen al vanaf jonge leeftijd een seksuele ontwikkeling doormaken. Het is van belang ouders en professionals hierover goed te informeren en hen zo nodig gerust te stellen. Hiermee wordt voorkomen dat ouders en professionals zich onnodig zorgen maken of seksueel gedrag van kinderen onnodig wordt geproblematiseerd of bestraft.

Veelgestelde vragen van ouders in deze leeftijdsperiode zijn bijvoorbeeld:

- Mijn kind van 2 jaar speelt voortdurend met zijn plassertje, is dat normaal?
- Mijn dochter van 3 jaar wil mijn geslachtsdelen aanraken als ik in bad zit, kan ik dat toestaan?
- De voorhuid van mijn zoon van 2 jaar is erg nauw, is dat problematisch?
- Mijn zoontje van 5 jaar loopt voortdurend rond in vrouwenkleren, is hij homoseksueel?
- Ik betrap mijn dochter van 6 jaar soms op seksuele spelletjes, hoever mag ze hierin gaan?

Reageren op vragen en zorgen van ouders over seksueel gedrag

De volgende tips kunnen de JGZ-professional helpen bij het reageren op zorgen en vragen van ouders over gezond seksueel gedrag van jonge kinderen.

- *Seksueel gedrag heeft een functie.* Leg uit dat het gedrag (zie hoofdstuk 2 voor handelingsadviezen) veelvoorkomend is en een functie heeft voor het kind. Bijvoorbeeld kinderen die hun eigen geslachtsdelen aanraken ontdekken hun eigen lichaam en eigen gevoelens (wat voelt fijn en wat niet); jongens die in vrouwenkleren rond lopen experimenteren met hun eigen genderidentiteit. Deze gedragingen horen bij een gezonde seksuele ontwikkeling.
- *Vorbijgaande aard.* Vertel ouders dat genoemd seksueel gedrag meestal na verloop van tijd vanzelf weer overgaat. Ouders hoeven daarom geen overmatige aandacht aan het seksuele gedrag (zoals: vieze woorden roepen, in vrouwenkleren lopen, geslachtsdelen aanraken) te besteden. De JGZ-professional komt in een volgend contactmoment terug op de vraag van de ouder, zodat de JGZ-professional kan monitoren of het gedrag van voorbijgaande aard was.
- *Adequate reacties op seksueel gedrag.* Soms reageren ouders in paniek op seksueel gedrag, terwijl dit niet nodig is. Bij gezond seksueel gedrag is negeren (geen aandacht aan besteden) of benoemen van het seksuele gedrag (zonder in te grijpen) een adequate reactie. Als ouders gezond seksueel gedrag bestraffen of afkeuren is het goed om door te vragen. Soms is er sprake van paniek, soms zijn persoonlijke waarden en normen in het spel. De JGZ-professional vraagt ouders hoe ze op het gedrag hebben gereageerd, welk gedrag de ouder ontoelaatbaar vindt en waarom. De JGZ-professional kan op basis van de criteria en handelingsadviezen uit hoofdstuk 2 aangeven dat straffen niet altijd de oplossing is en de seksuele ontwikkeling kan belemmeren. De JGZ-professional benoemt naar ouders dat het gedrag voor het kind geen seksuele lading heeft, maar bijdraagt aan (bijvoorbeeld) het ontdekken van het eigen lichaam of de eigen gevoelens.

3.3.2 Op welke leeftijd kun je wat bespreken?

Ouders maken zich soms zorgen over wat je op welke leeftijd aan kinderen kunt vertellen zonder dat het schadelijk is. De JGZ-professional vraagt ouders welke onderwerpen ze met hun kind hebben besproken. Aan de hand van de brochure *Seksuele ontwikkeling 0-6 jaar* (zie hoofdstuk 4) laat de JGZ-professional zien welke thema's nog meer relevant zijn. Laat ouders weten dat kinderen die informatie oppakken waar ze zelf aan toe zijn. Betrouwbare informatie is nooit schadelijk voor een kind.

3.3.3 Begeleiding van de seksuele ontwikkeling

In bepaalde situaties hebben kinderen extra begeleiding of ondersteuning nodig. Ouders spelen dan een belangrijke rol. Ze kunnen de seksuele ontwikkeling van hun kind monitoren en volgen en seksueel gedrag van hun kind tijdig bijsturen, begrenzen en corrigeren. De JGZ-professional dient ouders hierbij te ondersteunen door handvatten voor de seksuele opvoeding te bieden.

De JGZ-professional geeft ouders bijvoorbeeld voorbeelden van hoe ze hun kind kunnen uitleggen dat bepaald gedrag niet gepast of toelaatbaar is. In de casuïstiek wordt seksueel gedrag beschreven, met tips voor de JGZ-professional om dit bespreekbaar te maken met ouders. De JGZ-professional kan onderstaande voorbeelden gebruiken bij het bieden van seksuele opvoedingsondersteuning aan ouders.

Casus 1: imiteren van geslachtsgemeenschap.

Vrijwillige seksuele spelletjes, zoals stapelen (naakt op elkaar liggen) komen vaker voor en zijn niet zorgwekkend. Imitatie van geslachtsgemeenschap komt minder vaak voor, maar hoeft niet direct zorgwekkend te zijn. Ouders dienen dit gedrag echter wel af te leren, door het gedrag te benoemen, te begrenzen en uit te leggen waarom ze het begrenzen (Frans, 2010). Bijvoorbeeld: 'Ik zie dat jullie doen alsof jullie vrijen. Ik heb liever niet dat jullie dat doen, dat vind ik meer iets voor grote mensen.' Leg ouders uit dat het voor een gezonde seksuele ontwikkeling belangrijk is dat kinderen soms begrensd worden. Op deze manier leren kinderen sociale regels (Frans, 2010).

Casus 2: genderidentiteitsontwikkeling.

Een moeder van Ghanese afkomst vraagt hoe zij het vrouwelijke gedrag van hun zoontje van 5 jaar kan bijsturen. Ze heeft geen behoefte aan 'westers' advies. Ze vertelt dat in haar cultuur mannen een sterke genderstereotiepe rol

hebben.

In hoofdstuk 2 worden theorie en handelingsadviezen beschreven. In dit geval staat er het volgende: *‘De ontwikkeling van de genderidentiteit is een doorlopend proces vanaf de geboorte. Het is het socialisatieproces van kinderen tot jongen of meisje, waarbij opvoeding, omgevingsfactoren én biologische factoren een grote rol spelen. [...] De genderidentiteit van een kind kan zich uiten in zichtbaar jongensachtig en meisjesachtig gedrag; bijvoorbeeld door haardracht, kleding, voorkeur voor spelletjes en voorkeur voor speelgoed. [...] Experimenteren met genderidentiteit hoort bij een gezonde genderidentiteitsontwikkeling en hoeft dus niet afgeleerd te worden. [...] Ouders hebben er soms moeite mee als hun kind zich niet volgens de heersende gendernormen gedraagt. Mede hierdoor kunnen deze kinderen emotionele en sociale problemen ontwikkelen. Wat als een “normale” genderspecifieke ontwikkeling wordt gezien, verschilt per cultuur.’*

De JGZ-professional stelt ouders gerust en legt uit dat gendervariaties voorkomen binnen een gezonde seksuele ontwikkeling. De JGZ-professional vraagt naar de visie van ouders en neemt de zorgen serieus. De JGZ-professional geeft aan de hand van de literatuur (cultuuronafhankelijk) aan dat het belangrijk is kinderen ruimte te geven in hun genderidentiteitsontwikkeling. Kinderen kunnen anders emotionele en sociale problemen ontwikkelen. De JGZ-professional adviseert om variatie in gendergedrag te accepteren en gevoelens van het kind serieus te nemen. De JGZ-professional kan kind en ouders ondersteunen. In dit geval vraagt de JGZ-professional de ouders hoe ze ondersteund willen worden: waar willen ze hulp bij?

Casus 3: aanraken van geslachtsdelen van andere kinderen met de mond.

Of bijvoorbeeld het stoppen van voorwerpen in vagina of anus (bij zichzelf of andere kinderen). In deze situatie dienen ouders het gedrag te corrigeren. Bijvoorbeeld: ‘Je mag geen kraal in de anus van je broertje stoppen. Dat is gevaarlijk en doet pijn.’ Vertel ouders dat ze ook consequenties aan dit gedrag moeten verbinden. Bijvoorbeeld: ‘Als je het nog een keer doet, mag je niet meer buiten spelen’ (Frans, 2010). Leg ouders uit dat seksueel gedrag gecorrigeerd moet worden als het pijnlijk of schadelijk is voor het kind zelf of de ander.

Stappen voor begeleiding van ouders

De JGZ-professional dient vragen en zorgen van ouders over seksueel gedrag serieus te nemen en ouders de ruimte te geven om hun verhaal te vertellen. Voor een goede begeleiding dient de JGZ-professional een goed beeld van de vraag of het gedrag te krijgen. Vraag door naar feitelijk waarneembaar gedrag van het kind. Stem vervolgens met de ouders af aan welke ondersteuning ze behoefte hebben. Waar willen ze hulp bij? Hebben ze behoefte aan tips voor begrenzen/corrigeren? Laat ouders hun kind tijdelijk monitoren: wanneer vertoont hun kind het seksuele gedrag en hoe vaak? Zo kunnen ouders zich een beter beeld vormen van het gedrag. In een volgend gesprek kan de JGZ-professional er dan ook makkelijker op terugkomen. De volgende stappen voor begeleiding kunnen de JGZ-professional helpen bij het ondersteunen van ouders in de seksuele opvoeding van jonge kinderen:

- *Stap 1: reageren op zorgen van ouders of opvoeders.* De JGZ-professional neemt de zorgen van ouders serieus en geeft ruimte aan de visie en kijkt op het gedrag van de ouders.
- *Stap 2: doorvragen.* De JGZ-professional vraagt door naar feiten en observeerbaar gedrag van het kind. Spreek de ouders niet op een beschuldigende manier aan, maar leg uit dat het belangrijk is om de situatie goed in beeld te krijgen. Waar maken de ouders zich vooral zorgen om?
- *Stap 3: criteria doornemen.* De JGZ-professional gebruikt de handelingsadviezen uit hoofdstuk 2 ten aanzien van de ontwikkelingsfase van 0 tot 6 jaar om te interpreteren/beoordelen of het gaat om een gezonde seksuele ontwikkeling. De JGZ-professional legt uit hoe het gedrag geïnterpreteerd kan worden. Als er sprake is van gedrag waarvoor doorverwezen dient te worden, verwijst de JGZ-professional door.
- *Stap 4: begeleiding bepalen.* Vraag de ouders hoe ze ondersteund willen worden. Waar willen ze vooral hulp bij? Geef ouders tips over het stellen van regels en begeleiding van het gedrag. Vertel ouders dat het kan helpen om het gedrag van hun kind tijdelijk te monitoren, bijvoorbeeld door bij te houden wanneer hun kind het seksuele gedrag vertoont, in welke situatie en hoe vaak. Ouders kunnen zo tijdig ingrijpen als het ongewenste gedrag zich blijft voordoen. De JGZ-professional kan in een volgend contactmoment de observaties van de ouders navragen.

3.4 Handvatten voorlichting en begeleiding 6 tot 12 jaar

In deze leeftijdsfase ziet de JGZ-professional kinderen (en ouders) in principe eenmaal, op 10-/11-jarige leeftijd. In sommige regio's blijft het contact beperkt tot het invullen van een vragenlijst. Ouders en professionals kunnen vragen of zorgen hebben over het seksuele gedrag of de seksuele ontwikkeling van het kind.

3.4.1 Veelgestelde vragen van ouders

In deze fase ontdekken en onderzoeken kinderen nog steeds hun eigen lichaam en gevoelens, én het lichaam en de gevoelens van anderen. Alleen gebeurt dit vaker buiten het gezichtsveld van volwassenen. Ze krijgen meer gevoel voor sociale regels, waardoor ook gevoelens van schaamte kunnen ontstaan (niet meer bloot of douchen in bijzijn van anderen). Ook kunnen in deze fase de eerste gevoelens van verliefdheid ontstaan en begint tegen het eind van deze fase de voorfase van de puberteit, met bijbehorende lichamelijke en emotionele veranderingen en onzekerheid.

Voor en tijdens de (pre)puberteit kunnen ouders vragen hebben over de lichamelijke veranderingen van hun zoon of dochter (te snel, te vroeg), over gedrag waar ze zich zorgen over maken (opeens te sexy kleden, naar porno kijken, e.d.) maar ze kunnen ook vragen hebben over seksuele voorlichting: wanneer begin je daarmee en hoe doe je dat op een leeftijdsadequate manier? Ouders willen vaak weten hoe je kunt reageren op vragen over bijvoorbeeld: puberteit, voortplanting, zaadlozing of menstruatie. Ook kinderen zelf kunnen vragen hebben over menstruatie, zaadlozing, vruchtbaarheid, puberteit en negatieve ervaringen hebben met seksualiteit (seksuele grensoverschrijding of intimidatie) of zelf vroegrijp en seksueel actief zijn. De JGZ-professional dient ouders en kinderen te informeren en waar mogelijk gerust te stellen of te adviseren. Hiermee wordt voorkomen dat ouders en kinderen zich onnodig zorgen maken over de seksuele ontwikkeling of seksueel gedrag onnodig afkeuren of bestraffen.

Veelgestelde vragen van ouders

- Mijn dochter van 8 krijgt borsten, is dat te vroeg?
- Mijn zoon van 10 masturbeert dagelijks, hoe ver mag hij hierin gaan?
- Op welke leeftijd kan ik beginnen met seksuele voorlichting?
- Mijn kind wil niet met mij praten over seksualiteit, hoe pak ik dit aan?
- Ik betrap mijn dochter soms op het bekijken van erotische websites, kan ik dat toestaan?
- Mijn zoon speelt alleen met meisjes, is hij homoseksueel?
- Wat is geschikt voorlichtingsmateriaal en waar vind ik dat?

Reageren op zorgen van ouders over seksueel gedrag

Voor het ondersteunen van ouders bij de seksuele opvoeding van 6- tot 12-jarigen gebruikt de JGZ-professional de 'algemene handvatten seksuele opvoeding' en 'LOVE-regels' zoals deze beschreven zijn in paragraaf 3.6.1. Ook de tips uit paragraaf 3.3.1 sluiten aan bij 6- tot 12-jarigen.

3.4.2 Op welke leeftijd kun je wat bespreken?

Betrouwbare informatie is nooit schadelijk voor een kind. Laat ouders weten dat kinderen de informatie oppakken waar ze zelf aan toe zijn. Aan de hand van brochures over de seksuele ontwikkeling (zie hoofdstuk 4) laat de JGZ-professional zien welke thema's relevant kunnen zijn. Denk bij kinderen van 10 tot 12 jaar bijvoorbeeld aan: seksuele gevoelens, verliefdheid, zwangerschap & voortplanting, puberteit, seksuele oriëntatie, wensen en grenzen, seksuele grensoverschrijding (Van Lee, 2008).

Voorbeelden

- *Puberteit.* Ouders kunnen vanaf deze leeftijd praten over de lichamelijke en emotionele veranderingen in de puberteit (lichaam, gedrag, gevoelens). Ook kunt u ouders de folder *Puber in huis!* (zie hoofdstuk 4) meegeven. Informeer pubers zelf ook (bijvoorbeeld met de pubergids) en vraag of ze vragen hebben.
- *Voortplanting.* Adviseer ouders om in het kader van voortplanting en vrijen ook over de risico's te praten

(zoals een soa en ongeplande zwangerschap) en over voorzorgsmaatregelen (anticonceptie en voorbehoedsmiddelen). Vertel ouders dat de meeste pubers op deze leeftijd nog niet vrijen, maar dat ze juist baat hebben bij een goede voorbereiding op het moment dat ze vruchtbaar zijn. De JGZ-professional kan pubers ook zelf informeren over de seksuele rijping en de voortplanting.

- *Wensen en grenzen.* Ouders kunnen vanaf deze leeftijd over wensen en grenzen praten met hun kind(eren) in het kader van verliefdheid of verkering. Ouders kunnen vragen wat hun puber fijn vindt aan verkering en 'wat als'-situaties voorleggen: 'Wat zou je doen als iemand met jou wil zoenen, terwijl jij dat (nog) niet wilt?' De JGZ-professional kan pubers ook zelf informeren over wensen en grenzen.
- *Seksuele grensoverschrijding.* Seksuele grensoverschrijding kan op deze leeftijd voorkomen. Vertel ouders dat het belangrijk is dat ze hun kind(eren) laten merken dat het bij hen terecht kan als het iets vervelends heeft meegemaakt of geheimen heeft. Bespreek dit ook met de jongere zelf. Maak duidelijk dat seksuele grensoverschrijding niet toelaatbaar is en dat het belangrijk is wensen en grenzen te uiten en te respecteren.

Hoe praat je over voortplanting?

Shirley, 8 jaar: 'Waar is dit voor (pakje tampons uit de wc)?'

Ouder: 'Dat is voor als een vrouw ongesteld is.'

Shirley: 'Waarvoor dan?'

Ouder: 'In de buik van een vrouw zitten eitjes en die kunnen samen met een zaadje van een man een kind maken. Als je groter bent is er elke maand één eitje rijp om een kind van te maken. In de baarmoeder wordt dan een soort nestje gemaakt, waar het eitje in kan nestelen. Als er geen zaadje bij het eitje is gekomen, kan er geen kindje groeien. Het eitje komt dan samen met het nestje van slijm en bloed uit het lichaam. Een soort grote schoonmaak. Dat gebeurt elke maand en noem je "ongesteld". Iedere vrouw wordt ongesteld, het is heel normaal. Je gebruikt dan maandverband of tampons om het bloed op te vangen. Een meisje wordt meestal voor het eerst ongesteld tussen de 10 en 16 jaar.'

Shirley: 'Oké' (en speelt verder met haar pop).

3.4.3 Begeleiding van de seksuele ontwikkeling

In bepaalde situaties hebben kinderen extra begeleiding of ondersteuning nodig. Ouders spelen dan een belangrijke rol. Ze kunnen de seksuele ontwikkeling van hun kind monitoren en seksueel gedrag van hun kind tijdig bijsturen, begrenzen en corrigeren. De JGZ-professional dient ouders hierbij te ondersteunen.

Casus 1: masturbatie.

De meeste kinderen masturberen, jongens doen dit vaker dan meisjes. De aanleiding voor masturbatie kan een lichamelijke aanraking zijn of confrontaties met seksueel opwindend materiaal. Masturbatie hoort bij een gezonde seksuele ontwikkeling en hoeft niet afgeleerd te worden. Veelvuldige masturbatie komt minder vaak voor en hoeft niet direct zorgwekkend te zijn. Ouders kunnen het gedrag bijsturen door af te leiden, het gedrag te benoemen, te begrenzen en uit te leggen waarom ze begrenzen (Frans, 2010). Bijvoorbeeld: '*Zullen we even een spelletje x spelen?*' of '*Ik begrijp dat het aanraken van [fijn plekje, gevoelig plekje, geslachtsdeel] prettig voelt. Ik heb liever dat je dat niet in de woonkamer doet.*' Op het moment dat masturbatie de 'normale ontwikkeling van het kind verstoort of remt' – wat dus betekent dat het kind niet meer aan het gewone leven kan deelnemen omdat de masturbatie dit in de weg staat – kunnen ouders het beste in gesprek gaan met de jeugdarts. Aan het gedrag kan een dieperliggend probleem ten grondslag liggen. De JGZ-professional gebruikt dan de criteria zoals beschreven in hoofdstuk 2 om te bepalen of verwijzing noodzakelijk is.

Casus 2: seksueel opwindende beelden.

Vooraf jongens zijn vanaf een jaar of 10 geïnteresseerd in seksueel getinte beelden en pornografie. Ze vinden dit vaak spannend, raken er opgewonden van of zijn nieuwsgierig. Ouders hoeven zich hier niet direct zorgen over te maken. Wel kunnen ze uitleggen dat deze beelden niet altijd realistisch zijn. Ouders kunnen waarden en normen meegeven door bijvoorbeeld samen naar een videoclip te kijken en te vragen naar de mening van het kind/ de jongere: '*Wat vind jij van die videoclip? .. [antwoord] Ik vind [mening, bijvoorbeeld: dat de man niet echt vriendelijk*

doet naar de vrouw. Ik vind dat eigenlijk niet echt normaal als je verliefd bent, een relatie hebt, samen vrijt], wat vind jij daar dan van?... etc.'

Casus 3: seksueel spel of grensoverschrijding?

De ouders van een 7-jarige meisje komen tijdens een consult bij een JGZ-professional. Ze geven aan dat hun dochter van 7 jaar door een klasgenootje is misbruikt. Het vriendje (7 jaar) heeft het meisje gelikt aan haar kutje.

In hoofdstuk 2 staat het volgende:

'Vrijwillige [...] seksuele ervaringen, gedrag of contact met anderen komt voor het twaalfde jaar voor: tussen kinderen onderling, met vriendjes of vriendinnetjes van hetzelfde of het andere geslacht en met familieleden (broers/zussen, neven/nichten). [...] Oraal seksueel gedrag komt weinig voor onder kinderen van 6 tot 12 jaar. Seksueel gedrag wat niet veel voorkomt hoeft niet per se zorgelijk te zijn. Ouders kunnen dit gedrag bijsturen door het te benoemen, te begrenzen en uit te leggen waarom ze het begrenzen. [...] Seksueel spel dient begrensd of afgeleerd te worden als er sprake is van dwang/onvrijwilligheid, het spel niet met wederzijdse instemming plaatsvindt, het spel een ander of het kind zelf pijn doet of als er sprake is van machtsmisbruik of ongelijkwaardigheid.'

De JGZ-professional stelt in deze situatie ouders gerust, mits er geen sprake was van dwang/onvrijwilligheid, en legt uit dat seksueel contact tussen kinderen onderling op deze leeftijd vaker voorkomt en veelal buiten het gezichtsveld van volwassenen. Vervolgens legt de JGZ-professional uit dat het belangrijk is om een goed beeld van de situatie te krijgen en vraagt door naar feitelijk en observeerbaar gedrag. De JGZ-professional vraagt naar de visie van ouders op het seksuele gedrag en neemt de zorgen serieus. De JGZ-professional geeft aan de hand van de theorie aan dat seksueel contact tussen kinderen onderling (van dezelfde leeftijd) begrensd/afgeleerd dient te worden op het moment dat er geen wederzijdse instemming is, als er sprake is van dwang/onvrijwilligheid of als een kind herhaaldelijk geslachtsdelen met de mond aanraakt én niet ontvankelijk is voor bijsturing.

De JGZ-professional kan kind en ouders ondersteunen bij het begrenzen en afleren van seksueel gedrag. In dit geval vraagt de JGZ-professional de ouders hoe ze ondersteund willen worden: waar willen ze hulp bij? De JGZ-professional kan ouders tips geven of bijvoorbeeld doorverwijzen naar een andere vorm van hulpverlening waarbij ouders en kind ondersteund worden. Denk aan een verwijzing naar een psycholoog, pedagoog of gedragstherapeut.

Zie voor stappen bij begeleiding van ouders ook paragraaf 3.3.3.

3.5 Handvatten voorlichting en begeleiding 12 tot 19 jaar

De JGZ-professional ziet kinderen in deze leeftijdsfase meestal 1 à 2 keer. Meestal rond de 13 à 14 jaar en sinds kort op 15- of 16-jarige leeftijd (extra 14+-contactmoment). Jongeren kunnen verwezen worden naar Sense-sprekuren of de Sense-ijfolijn indien zij specifieke vragen of problemen hebben op het gebied van seksualiteit.

3.5.1 Veelgestelde vragen van jongeren

Vanaf een jaar of 12 komen kinderen in de puberteit. Ze worden zelfstandiger en zetten hun eerste stappen in hun 'seksuele carrière'. Ze beginnen met tongzoenen, voelen/strelen, vingeren/afrekken en geslachtsgemeenschap. Ook ontdekken pubers in deze fase hun seksuele voorkeur en leren ze hun wensen en grenzen aan te geven. De centrale thema's voor 12- tot 19-jarigen zijn: relaties en verliefdheid, seksuele oriëntatie, seksueel gedrag (masturbatie, zoenen, voelen onder de kleren, elkaar bevredigen, geslachtsgemeenschap, orale/anale seks, porno), seksuele gevoelens/opwinding, genderidentiteitsontwikkeling, anticonceptie/voorbehoedsmiddelen, soa'sa, (ongepande) zwangerschap, wensen en grenzen/weerbaarheid en seksuele grensoverschrijding, omgang met media, positieve en negatieve ervaringen.

Jongeren vinden het over het algemeen zelf niet gemakkelijk om vragen aan professionals te stellen over seksualiteit en relaties. Ze hebben zelf vaak wel vragen, maar voelen zich soms onzeker of schuldig op dit terrein.

De JGZ-professional informeert jongeren proactief en maakt seksualiteit bespreekbaar.

Veelgestelde vragen van jongeren:

- Hoe weet ik of ik een soa heb?
- Hoe ziet een vrouwen- of mannenlichaam eruit?
- Hoe vertel je iemand dat je verliefd op hem/haar bent?
- Mijn penis is een beetje krom, is dat normaal?
- Mijn borsten zijn zo klein, komt dit nog goed?
- Hoe lang duurt een normale ongesteldheid en hoeveel kramp heb je dan?
- Als je de pil een paar maanden doorslikt en een paar dagen vergeet, hoeveel kans heb je dan om zwanger te worden?
- Als ik moet blozen als een jongen naar me kijkt, ben ik dan homoseksueel?

Reacties op vragen en zorgen

Voor jongeren is het niet altijd eenvoudig om vragen te stellen aan professionals over seksualiteit. Schaamte, onervarenheid of schuldgevoelens kunnen hierbij een rol spelen. Voor het ondersteunen van jongeren in hun seksuele ontwikkeling zijn in paragraaf 3.4.4 tips opgenomen om seksualiteit met jongeren bespreekbaar te maken.

3.5.2 Op welke leeftijd kun je wat bespreken?

In deze leeftijdsfase zijn veel verschillende thema's relevant. Denk voor jongeren van 12 tot 19 jaar bijvoorbeeld aan: de seksuele carrière, (voorbereiding op) de eerste keer seks, flirten op internetsites, interesse in porno/erotisch materiaal, wensen en grenzen in een relatie, seksuele oriëntatie, genderidentiteitsontwikkeling, seksuele risico's en grensoverschrijding (Van Lee, 2008).

Voorbeelden

De JGZ-professional kan de verschillende relevante thema's op onderstaande wijze bespreekbaar maken.

- *Seksuele carrière.* Voor de meeste jongeren verloopt de seksuele ontwikkeling stapsgewijs (zoenen, tongzoenen, strelen, naakt vrijen, geslachtsgemeenschap, orale seks). Ouders en de JGZ-professional kunnen jongeren betrouwbare informatie geven over relaties en seksualiteit, bijvoorbeeld door jongeren te wijzen op www.sense.info en jongeren foldermateriaal (pubergidsen) mee te geven.
- *Eerste keer seks.* Sommige jongeren doen al op zeer jonge leeftijd ervaring op met geslachtsgemeenschap (7% op 12- tot 14-jarige leeftijd), de zogenaamde vroege starters. De eerste keer seks, met name op jonge leeftijd, wordt niet altijd als prettig ervaren. Laat weten dat iedere puber hierin een eigen tempo heeft en dat de ander je niet onder druk mag zetten. Als er sprake is van een groot leeftijdsverschil tussen de partners, kan seksualiteit verschillend beleefd worden. Als de ander seksueel meer ervaren is en ouder, kan het lastig zijn goed voor eigen wensen en grenzen op te komen. Leg uit dat dwang of overhalen niet thuishoort in een gelijkwaardige relatie.
- *Interesse in porno/erotisch materiaal.* Bij veel jongeren (vooral jongens) groeit de interesse in erotisch materiaal vanwege nieuwsgierigheid en opwindende gevoelens. Ook dit is veelvoorkomend gedrag en hoort bij een gezonde seksuele ontwikkeling. De JGZ-professional dient jongeren te informeren over het realiteitsgehalte van erotisch materiaal, om zo te voorkomen dat jongeren een irrealistisch beeld ontwikkelen over wat 'normaal' is in seks en waar jongens/meisjes van genieten tijdens seks.
- *Flirten op internet/datingsites.* Internet en/of mobiele applicaties spelen een belangrijke rol bij het contact leggen en/of flirten onder jongeren. Wijs jongeren op de voor- en nadelen van digitale communicatie (zie ook www.kindonline.nl), de risico's en hoe ze hier verantwoord mee om kunnen gaan.
- *Wensen en grenzen in relaties.* Jongeren doen vanaf deze leeftijd ervaring op met relaties (verliefdheden, verkering maar ook eerste seksuele contacten). Een belangrijk aandachtspunt is de communicatie over wensen en grenzen. Maak duidelijk dat lang niet alle jongeren meteen weten wat ze wel en niet prettig vinden en dat het lastig is om wensen en grenzen aan te geven. Wijs jongeren op 'Can you Fix It' (filmpjes

op www.sense.info), waar jongeren kunnen oefenen met het aangeven van eigen wensen en grenzen en het herkennen van andermans wensen en grenzen. Ouders kunnen informatie vinden op www.uwkindenseks.nl.

- *Seksuele oriëntatie.* Sommige jongeren worstelen met hun seksuele voorkeur, onder andere vanwege een geringe zelfacceptatie of geringe acceptatie in hun eigen omgeving. Het is belangrijk aan te geven dat seksuele diversiteit normaal is en dat iedereen het recht heeft hier op eigen wijze uiting aan te geven. Wijs jongeren voor meer informatie naar www.sense.info of www.allesovergay.nl
- *Genderidentiteit.* Soms vertonen jongeren sterk atypisch gendergedrag en/of zijn ze ontevreden over hun eigen geslacht. Veelal wordt in de puberteit duidelijk of dit gedrag/gevoel blijvend van aard is. In het literatuuronderzoek (hoofdstuk 2) en de overzichtskaarten is duidelijk beschreven wanneer mogelijk sprake is van genderdysforie en wat de JGZ-professional dan doet.
- *Seksuele risico's.* Jongeren moeten weten wat de risico's van onveilige seks kunnen zijn: seksueel overdraagbare aandoeningen en ongeplande zwangerschap. De JGZ-professional kan jongeren vertellen over anticonceptiemethoden en de morning-afterpil of wijzen op relevante informatiebronnen zoals Sense.info, de infolijn en Sense-sprekuren. De website www.anticonceptievoorjou.nl is een handig zelfkeuze-instrument voor jongeren die anticonceptie overwegen.
- *Seksuele dwang en grensoverschrijding.* Seksuele dwang en overhalen komen nog steeds veel voor. Maak duidelijk dat ook deze onderwerpen bespreekbaar zijn bij de JGZ. Indien er sprake is van een strafbaar feit (zie ook hoofdstuk 7, Juridische kaders) kan men overwegen een melding of aangifte te doen bij de politie. Tevens kan een gesprek of onderzoek bij de huisarts zinvol zijn of hulp gewenst zijn bij de verdere verwerking.

3.5.3 Begeleiding van de seksuele ontwikkeling

Soms hebben jongeren extra begeleiding of ondersteuning nodig. Dit kan zijn vanwege seksueel gedrag wat schadelijk voor henzelf of anderen is of vanwege seksuele risico's. De JGZ-professional kan onderstaande voorbeelden gebruiken bij het bieden van begeleiding en ondersteuning aan jongeren en jongeren bij seksuele problemen en wijzen op de Sense-sprekuren (zie www.sense.info).

Casus 1: Digitaal daten/sexting.

Een jongen van 16 jaar had met instemming van zijn vriendin (15 jaar) een bloot filmpje van haar gemaakt. Na een paar maanden maakte zijn vriendin de verkering uit. Hij was hier zo boos over dat hij het filmpje doorstuurde naar twee vrienden. Zonder dat hij het wist, hebben zij het filmpje op Facebook gezet. Het meisje schaamde zich diep en durfde niemand meer onder ogen te komen.

Het maken en verspreiden van filmpjes met geseksualiseerde beelden is in principe strafbaar. In dit geval hadden beiden hier aanvankelijk samen mee ingestemd, maar heeft de jongen nadien de consequenties van zijn eigen daden niet goed overzien. Het is belangrijk jongeren tijdig te informeren over de risico's en de gevolgen van dergelijk gedrag en dit gedrag te begrenzen. De filmpjes moeten zo snel mogelijk verwijderd worden van internet. Ook de twee vrienden moeten gewezen worden op de gevolgen en aangesproken worden op hun gedrag. Voor het meisje moet gekeken worden of extra zorg nodig is.

Casus 2: seksueel gedrag.

Seksueel gedrag zoals het aanwrijven van het eigen lichaam tegen dat van anderen, lolitagedrag (verleidelijk gedrag ten aanzien van volwassenen), eenmalig gluren, eenmalig seksuele plagerijen, grote interesse in porno, opvallend bezig zijn met seks, promiscue gedrag en geslachtsgemeenschap op zeer jonge leeftijd (12 tot 14 jaar) hoeft niet direct zorgwekkend te zijn, maar is belangrijk om te begrenzen (Frans, 2010). Ook kunnen andere professionals hun zorgen over dit gedrag uiten. Vertel jongeren, ouders en professionals in hun omgeving dat het belangrijk is om het gedrag te benoemen, te begrenzen en uit te leggen waarom het begrensd wordt (Frans, 2010). Jongeren zijn aan het experimenteren en zijn aan het leren dat sommige gedragingen zichzelf of anderen schade toebrengen. Mogelijkerwijs overzien ze zelf deze risico's nog onvoldoende.

Casus 3: onzekerheid over seksuele identiteit of ervaringen met discriminatie/pesten vanwege seksuele voorkeur.

Een jongen van 15 jaar merkt dat hij verliefd is op een jongen in zijn klas. Hij is hierover in verwarring en is bang dat

als zijn klasgenoten hierachter komen ze hem uitmaken voor mietje. Hij is nog nooit eerder verliefd geweest op een jongen en viel altijd op meisjes.

Jongeren kunnen zich in deze fase onzeker voelen over hun seksuele voorkeur, zichzelf hierin niet accepteren of last hebben van of bang zijn voor negatieve reacties uit hun omgeving. De JGZ-professional dient stil te staan bij de twijfels van jongeren over de eigen seksuele identiteit, de mate van zelfacceptatie en mogelijke negatieve reacties uit sociale omgeving. Het is belangrijk om informatie geven over de seksuele ontwikkeling en seksuele voorkeur en steun of hulp bij een eventuele coming-out.

Rachel (15)

'Ik zou me eigenlijk wel ongemakkelijk voelen als een arts of verpleegkundige mij een vraag zou stellen over seks. Maar als je erens mee zit, kun je er dan wel makkelijker over beginnen.'

Stappen voor de begeleiding van jongeren

De JGZ-professional dient vragen en zorgen van jongeren serieus te nemen en jongeren de ruimte te geven om hun eigen verhaal te vertellen. Hiervoor is een vertrouwensrelatie van groot belang. De JGZ-professional dient jongeren op hun gemak te stellen en uit te leggen dat veel jongeren vragen of zorgen hebben over hun relaties en seksualiteit. De JGZ-professional laat jongeren zien dat ze bij de JGZ terecht kunnen voor vragen over dit onderwerp en wijst hen op Sense.info of Sense-sprekuren in de regio. De JGZ-professional probeert een goed beeld te krijgen van de behoefte of vraag van jongeren. En onderzoekt of de jongere een informatieve vraag heeft of behoefte heeft aan intensievere begeleiding. Willen ze bijvoorbeeld leren hoe ze beter hun grenzen kunnen aangeven? Of willen ze hulp vanwege negatieve ervaringen? De JGZ-professional nodigt de jongere zelf uit na te denken over verantwoord seksueel gedrag en het maken van seksueel gezonde keuzes.

De volgende stappen kunnen de JGZ-professional helpen bij het ondersteunen van jongeren.

- **Stap 1: vragen en zorgen serieus nemen.** De JGZ-professional neemt de vragen en zorgen van de jongere serieus en geeft ruimte aan de eigen visie en kijkt op het seksuele gedrag van de jongere zelf.
- **Stap 2: doorvragen.** Voor een goede begeleiding vraagt de JGZ-professional door naar feiten, beleving, context en achterliggende motivaties/redenen voor het seksuele gedrag van de jongeren. Spreek de jongeren niet op een beschuldigende manier aan, maar leg uit dat het belangrijk is om de situatie goed in beeld te krijgen. Waar maken ze zich vooral zorgen om/waar hebben ze met name vragen over?
- **Stap 3: criteria doornemen.** De JGZ-professional vraagt de jongeren wat voor hen seksueel verantwoord gedrag inhoudt en bespreekt de verschillende criteria (3.2.2) en de evidence uit hoofdstuk 2 (inclusief de handelingsadviezen). Als de jongere al wat ouder is, kan hij of zij zelf leren het gedrag te duiden en te kijken wat hij of zij een volgende keer in zo'n situatie zou kunnen doen. Als er sprake is van gedrag waarvoor doorverwezen dient te worden, verwijst de JGZ-professional door.
- **Stap 4: begeleiding bepalen.** Vraag de jongere waarbij ze ondersteuning willen, van wie en hoe. Wijs de jongere onder andere op de Sense-sprekuren in de regio. Vraag ook in hoeverre ouders op de hoogte zijn (zie hoofdstuk 7, Juridische kaders, wanneer bij kinderen van 12 tot 16 jaar toestemming van ouders ook vereist is).

3.5.4 Tips om seksualiteit te bespreken met jongeren

Jongeren vinden het over het algemeen zelf niet gemakkelijk om vragen aan professionals te stellen over seksualiteit en relaties. De volgende tips kunnen de JGZ-professional helpen bij het bespreekbaar maken van seksualiteit en de seksuele ontwikkeling met jongeren.

- **Wie begint?** Jongeren vinden het niet altijd gemakkelijk om over relaties en seksualiteit vragen te stellen. Ze vinden het privé, gênant en soms zijn ze gewoon onzeker. Start zelf een gesprek, wacht niet op de jongere. Refereer desnoods in het gesprek aan kennis uit onderzoek over jongeren. Bijvoorbeeld: 'Wij weten dat veel jongeren die al jong seksueel actief zijn, niet altijd leuke ervaringen hebben met seks.' En/of: 'Misschien heb je dit zelf ook meegemaakt of ben je niet goed voorbereid op seks. Ik kan je hier informatie over geven.'
- **Privacy.** De meeste jongeren krijgen steeds meer behoefte aan privacy. Voor sommige jongeren is het

daarom voldoende om te weten dat ze met vragen over seks ook bij de JGZ terecht kunnen. Andere jongeren stellen gemakkelijk intieme vragen. De JGZ-professional kan jongeren ook vragen of ze personen in hun eigen omgeving hebben die ze in vertrouwen kunnen nemen of om advies kunnen vragen bij problemen of vragen over seksualiteit. Respecteer de privacy van jongeren, maar ga een gesprek niet uit de weg. Licht ook toe waarom je bepaalde vragen stelt.

- *Veilige sfeer.* De jongere moet zich op z'n gemak voelen bij dit onderwerp. Zorg voor een prettige sfeer. Soms praten meisjes makkelijker over dit onderwerp met vrouwelijke dan met mannelijke professionals en vice versa.
- *Klikt het?* Soms 'klikt' het met de ene jongere gewoon beter dan met de andere. Juist bij een gesprek over relaties en seksualiteit kan deze 'klik' belangrijk zijn. De JGZ-professional kan merken dat een jongere dichtklapt bij vragen over dit onderwerp. Verwijs de jongere dan naar een collega, de chat of mail van de Sense-Infolijn of het Sense-spreekuur.
- *Vragen en behoeften van jongeren.* Verschillende inventarisaties laten zien dat jongeren veel vragen hebben over relaties en seksualiteit, het vrouwelijke en mannelijke lichaam, soa's, anticonceptie, seksueel misbruik, vervelende seksuele ervaringen, pijn bij het vrije en (ongepande) zwangerschap. Het liefst willen ze weten hoe ze seks leuker kunnen maken. De JGZ-professional kan deze onderwerpen gebruiken om ook andere onderwerpen aan de orde te stellen, zoals de kwaliteit van de relatie, de beleving van seksualiteit en eigen wensen en grenzen.
- *Websites en folders.* Jongeren hebben op deze leeftijd steeds meer behoefte aan zelfstandigheid. Ze zoeken het zelf wel uit, hebben geen vragen of weten alles al. Toch valt dat in de praktijk vaak tegen. Gebruik folders, websites of brochures om jongeren informatie te geven. Een betrouwbare website voor jongeren tussen de 12 en 25 jaar is www.sense.info of wijs hen op de Sense-Infolijn of Sense-spreekuren.
- *Vragenlijsten.* Een verontrustend signaal of een verontrustende uitkomst van een vragenlijst kan aanleiding zijn voor een individueel gesprek. Zo kunnen jongeren bijvoorbeeld op 15-/16-jarige leeftijd een EMOVO-vragenlijst invullen en als blijkt dat jongeren op seksueel gebied problemen of vragen hebben, kan verwezen worden naar de JGZ. De JGZ kan ook op scholen spreekuren houden waarbij seksualiteit een van de onderwerpen is.

'Ik zou het niet fijn vinden om met een vreemde over seksualiteit te praten. Maar ik vind wel dat het moet kunnen. Een algemeen gesprek vind ik niet zo erg, maar een persoonlijk gesprek wel.'

Joris, 15 jaar

3.5.5 Aanbevelingen van jongeren

In gesprekken met jongeren over de vraag of zij vragen over seksualiteit met de JGZ zouden bespreken kwamen verschillende aandachtspunten naar voren (Maris, 2011). De respondenten waren voornamelijk Nederlandse havoscholieren van een kleine gemeente. Ook deze jongeren gaven een beeld wat overeenkomt met ander onderzoek: namelijk dat ze het zelf lastig vinden om vragen te stellen (de drempel te hoog vinden). Tips om de drempel te verlagen van de jongeren zelf zijn:

- *Algemeen.* Een algemeen praatje over seksualiteit heeft een drempelverlagende werking. Jongeren stellen dan eerder zelf vragen en doen ze dit niet, dan krijgen ze toch de informatie zonder dat ze persoonlijk hoeven te worden.
- *Veilige sfeer.* De jongeren willen zich veilig voelen. Als de JGZ-professional erin slaagt een veilige sfeer te creëren, is het mogelijk dat de gesprekken persoonlijker worden.
- *Seksuele risico's.* In meer algemene zin praten over seksuele risico's is een ingang om meer persoonlijke vragen over seksuele risico's te stellen.
- *Chat en mail.* Jongeren vinden het soms prettig om 'anoniem' met een hulpverlener te chatten of mailen over seksuele vragen of problemen. Wijs hen op de [Sense-Infolijn](http://www.sense.info) en kijk op www.sense.info of kijk of er chat- en mailmogelijkheden zijn binnen de JGZ.

3.6 Seksuele opvoedingsondersteuning aan ouders

3.6.1 Handvatten voor seksuele opvoedingsondersteuning

Ouders en opvoeders kunnen al in een vroeg stadium van de opvoeding een belangrijke rol spelen bij een gezonde seksuele ontwikkeling van hun kinderen. Veel ouders zijn zich niet bewust van hun rol en taak in de seksuele opvoeding van hun kind. Ze zijn soms niet op de hoogte van de seksuele ontwikkelingsfasen en weten niet hoe ze hun kind hierin adequaat kunnen ondersteunen. Ouders ervaren bij dit thema vaak handelingsverlegenheid, schaamte- of schuldgevoelens of voelen zich onvoldoende deskundig op dit terrein. De JGZ-professional kan ouders handvatten bieden voor de seksuele opvoeding.

Belang warm gezinsklimaat

Een warm gezinsklimaat heeft een positief effect op de seksuele ontwikkeling van kinderen en jongeren. Als de band met ouders goed is, ontwikkelt een kind zich seksueel beter. Jongeren uit een warm nest blijken in de puberteit later met seks te beginnen en zich beter te beschermen tegen zwangerschap of soa's. Ook lopen deze jongeren minder kans om tot seksuele handelingen gedwongen te worden of een ander hiertoe te dwingen.

LOVE-regel

De LOVE-regel biedt ouders een handvat om een warm gezinsklimaat te realiseren. De JGZ-professional kan dit kader gebruiken bij de ondersteuning van ouders in de seksuele opvoeding.

L = Let op uw kind. Voor een goede ondersteuning is het belangrijk dat ouders weten waar hun kind mee bezig is en hoe de seksuele ontwikkeling verloopt; denk aan erecties bij jongetjes, seksueel spel bij kinderen van boven de 4 jaar, stimulatie en masturbatie, internetgebruik, verkering en seksuele contacten. De JGZ-professional kan ouders motiveren de seksuele ontwikkeling van hun kinderen te monitoren. Ouders hebben immers ook een belangrijke signaleringsfunctie. De JGZ-professional kan ouders uitnodigen duidelijke regels en afspraken te maken met het kind waarbinnen seksueel gedrag toelaatbaar en acceptabel is (begeleiding, bijsturen).

O = Open communicatie. Ouders kunnen een belangrijke rol in de seksuele opvoeding vervullen door vragen van hun kind te beantwoorden of een gesprek te beginnen met hun kind over relaties en seksualiteit. De JGZ-professional vertelt ouders in welke ontwikkelingsfase hun kind zich bevindt en wat voor die ontwikkelingsfase geschikte gespreksonderwerpen zijn. Ook geeft de JGZ-professional ouders informatie (m.b.v. brochures en websites) over hoe zij vragen van kinderen adequaat kunnen beantwoorden of wijst hen op betrouwbare informatiebronnen voor kinderen.

V = Voorbeeld geven. Ouders zijn altijd een voorbeeld voor hun kind. Voor een positieve seksuele ontwikkeling is het goed als het kind zich kan spiegelen aan ouders die respectvol en liefdevol met elkaar en anderen omgaan. De kans is dan groot dat ze die houding overnemen.

E = Er zijn voor uw kind. Voor zowel jonge kinderen als jongeren is het belangrijk dat de thuissituatie warmte, veiligheid en bescherming biedt. Jongeren dienen zich gesteund te voelen door hun ouders. De JGZ-professional geeft ouders positieve opvoedtips zoals: het knuffelen van jonge kinderen, het serieus nemen van de wensen en grenzen van het kind, het kind begrenzen en corrigeren als seksueel gedrag niet toelaatbaar is, het kind ondersteunen bij het maken van seksueel gezonde keuzes, maar ook het kind ruimte bieden om te experimenteren met relaties en seksualiteit binnen de grenzen van wat toelaatbaar of acceptabel is.

3.6.2 Praten over seksualiteit: ouder en kind

Onderwerpen waarover ouders met hun kinderen praten

Met jonge kinderen over seksualiteit praten vinden ouders het meest lastig. Bij jonge kinderen komen bepaalde onderwerpen – zoals verliefdheid op iemand van hetzelfde geslacht en hoe een baby in en uit de buik komt – minder aan bod dan andere onderwerpen. Moeders praten meer over seksualiteit met hun kinderen dan vaders. Erg gelovige jongeren gaan minder vaak naar hun ouders met vragen over seksualiteit dan niet-gelovige jongeren (De Graaf, 2012). Jongeren van 12 tot 25 jaar – en met name meisjes – praten met name over thema's als verliefdheid en relaties, het voorkomen van zwangerschap en soa's, anticonceptie en condoomgebruik. Over onderwerpen zoals wensen en grenzen, plezier in seks of homoseksualiteit wordt veel minder gesproken.

Houding van ouders

Een minderheid van de ouders vindt dat hun kind geen seks mag hebben voor het huwelijk (De Graaf, 2009). Ouders dragen bij jongeren vooral de boodschap uit: 'je moet pas seks hebben als je eraan toe bent' en dat 'je niets op seksueel gebied moet doen wat je niet wilt'. In streng religieuze gezinnen is seksualiteit minder bespreekbaar en wordt seksuele activiteit voor het huwelijk niet geaccepteerd. In islamitische gezinnen zijn het met name de meisjes die de (seksuele) familie-eer hoog moeten houden.

Seksualiteit en seksuele opvoeding bespreekbaar maken

De volgende tips kunnen de JGZ-professional helpen bij het bespreekbaar maken van de seksuele ontwikkeling met ouders.

- *Zorg voor een veilige sfeer.* Een gesprek over de seksuele ontwikkeling loopt het best als ouders zich op hun gemak voelen. Laat merken dat een ouder met vragen over dit onderwerp altijd bij je terecht kan. In een volgend contactmoment kan de JGZ-professional hierop terugkomen en vragen of de ouder nog vragen heeft naar aanleiding van de informatie.
- *Bied informatie aan.* Leg op een zichtbare plek informatie, zoals (voor)leesboeken, brochures en flyers met betrouwbare informatie over de seksuele ontwikkeling. De JGZ-professional kan ouders tijdens het contactmoment op deze informatie wijzen of de informatie samen met de ouder inzien. Ouders kunnen de boeken en brochures gebruiken voor de seksuele opvoeding. Als er geen contactmoment met ouders is, kan op informatie worden gewezen via een website of folder.
- *Bespreek de seksuele ontwikkeling.* Voor lang niet alle ouders is seksualiteit een makkelijk te bespreken onderwerp. De JGZ-professional stelt het thema aan de orde, benoemt het belang ervan en geeft relevante informatie over de seksuele ontwikkeling. De brochure 'Seksuele ontwikkeling van kinderen (0 tot 18 jaar) en wat ouders kunnen doen' geeft ouders een duidelijk beeld van de seksuele ontwikkeling (zie hoofdstuk 4). De JGZ-professional kan aan de hand van voorbeelden en situaties uit de folder de seksuele ontwikkeling met ouders bespreken.
- *Actief vragen stellen.* De JGZ-professional dient proactief vragen te stellen over de seksuele ontwikkeling tijdens de contactmomenten, zoals: 'Ziet u uw kind weleens seksuele spelletjes doen met andere kinderen?' of: 'Op deze leeftijd is het normaal voor kinderen om seksuele spelletjes met andere kinderen te spelen, ziet u dit ook bij uw kind?' of: 'Maakt u zich weleens zorgen over de seksuele ontwikkeling of seksueel gedrag van uw kind?' De JGZ-professional kan vervolgens uitleggen dat kinderen vanaf jonge leeftijd een seksuele ontwikkeling doorlopen. Ouders maken zich hier soms onnodig zorgen over of weten niet welk gedrag 'gezond' of 'schadelijk/risicovol' is.

Hoe praat je over seks?

Vader: 'Mijn dochter van 3 jaar legt de laatste tijd haar hand op mijn geslachtsdeel als we samen in bad zitten.

Ik weet niet zo goed ik hierop kan reageren, is dit normaal, moet ik me zorgen maken?'

JGZ-professional: 'Wat gebeurde er precies? Kunt u vertellen wat u dochter zei en deed?'

Vader: 'Ze zat in bad en vroeg: "Papa wat is dat, mag ik aanraken?" Ik schrok en voelde me niet erg op m'n gemak.'

JGZ-professional: 'Hoe heeft u in eerste instantie gereageerd?'

Vader: 'Ik heb gezegd: "Dat is mijn piemel, alle papa's en jongens hebben een piemel, net als dat alle mama's en meisjes een vagina hebben." Ze vroeg toen of ze hem mocht aanraken. Ik heb gezegd: "Doe maar niet, dat is papa's piemel en papa vindt het niet fijn als jij die aanraakt."'

JGZ-professional: 'Hoe reageerde uw dochttertje hierop?'

Vader: 'Ze speelde verder in bad. Maar ik durf nu eigenlijk niet meer met haar in bad.'

JGZ-professional: 'Ik vind het heel goed dat u aan uw dochter de verschillen tussen jongens en meisjes heeft uitgelegd. Ook heeft u uw eigen grens aangegeven en dat is prima. Uw dochter is aan het ontdekken wat verschillen tussen jongens en meisjes zijn, dat hoort bij haar leeftijd. Veel kinderen van haar leeftijd zijn geïnteresseerd in hun eigen geslachtsdeel en dat van anderen. Die interesse kan zich uiten in het kijken en aanraken van eigen en andermans geslachtsdelen. Vaak eerst bij ouders of broers/zussen en later bij andere leeftijdsgenoten. Zolang u niet zelf het initiatief neemt en uw dochter vraagt om uw piemel aan te raken, is er geen sprake van grensoverschrijding. Als u het zelf niet prettig vindt of u zich er ongemakkelijk bij voelt, is het goed dat u uw grens aangeeft. U kunt bijvoorbeeld met uw dochter een boek lezen of iets op internet bekijken over de verschillen tussen jongens en meisjes, zodat ze op die manier leert wat een piemel en een vagina is.'

3.6.3 Aanbevelingen van ouders

In gesprekken met ouders over de rol van de JGZ bij de seksuele ontwikkeling van kinderen kwam een aantal aandachtspunten naar voren (Maris, 2011).

Praten met kinderen

Ouders willen graag weten hoe ze met hun kind kunnen praten over seksualiteit en hoe ze zo'n gesprek kunnen beginnen. Ook willen ze weten wat ze kunnen vertellen in welke fase. Ze zijn daarnaast graag klankbord voor hun kind als hij of zij vragen heeft over seksualiteit. De ouders uit de focusgroepen zien in de JGZ een betrouwbare partner. Zo geeft een van de ouders aan *'het gevoel te hebben altijd met vragen bij de JGZ-professional terecht te kunnen'* en zegt een andere ouder dat *'het knap is hoe de JGZ-professionals zo snel het vertrouwen van een kind weten te wekken'* en *'vertrouwen te hebben'* in de deskundigheid van de JGZ.

Waarden en normen

Met name gelovige ouders vragen zich af of hun normen en waarden wel stroken met die van de JGZ. De gelovige ouders uit de focusgroep geven aan dat ze zich niet altijd begrepen voelen door de JGZ-professionals en soms te maken hebben met vooroordelen. De islamitische ouders benoemen dat hun geloofsovertuiging niet altijd met respect benaderd wordt. Seksualiteit is daarbij een gevoelig thema. Het erkennen en respecteren van verschillen zorgt voor een veilige sfeer. Om aansluiting bij deze ouders te vinden, is het belangrijk om het belang van seksuele opvoeding uit te leggen en aan te geven dat de JGZ-richtlijn *Seksuele ontwikkeling 0-19 jaar* niet is gebaseerd op de waarden en normen van de JGZ-professional.

Lichamelijk onderzoek

Bij lichamelijk onderzoek is het van belang ouders en kinderen uitleg te geven bij bepaalde handelingen. Ouders begrijpen niet altijd waarom de JGZ-professional sommige handelingen uitvoert. Zo geeft een JGZ-professional aanvullende informatie bij het onderzoek van het scrotum: *'Dit is om te zien of het balletje blijft liggen en om te achterhalen of het balletje is ingedaald'*. Een heldere uitleg (transparantie) zorgt ervoor dat handelingen niet verkeerd geïnterpreteerd worden.

Kinderen bij het gesprek

Wat – met name gelovige – ouders lastig vinden, is het feit dat de ouder in het bijzijn van het kind een gesprek over dit onderwerp voert. De gelovige ouders in de focusgroep geven aan dat ze het liefst zorgen en vragen over de seksuele ontwikkeling niet in het bijzijn van hun kind willen bespreken. Het is van belang te achterhalen wat de motieven zijn en als JGZ-professional goed uit te leggen waarom het juist wel belangrijk kan zijn om dit gesprek in bijzijn van de kinderen te voeren. De JGZ-professional dient zich bewust te zijn van deze drempel bij ouders.

Informatie en tips

Ouders stellen het op prijs als de JGZ kinderen informatie meegeeft en dat ze zelf ook concrete tips krijgen over de seksuele opvoeding. De ouders in de focusgroepen vinden het prettig als de JGZ-professional hun kind iets vertelt over de seksuele ontwikkeling.

'Het contact met de jeugdverpleegkundige is goed. Mijn dochter durfde om een folder over seksualiteit te vragen die een vriendinnetje ook had gekregen. Ze heeft de folder thuis helemaal uitgeplozen en stelde daarna allerlei vragen over het onderwerp.'

Juriaan, 40 jaar

3.7 Specifieke culturele en religieuze aandachtspunten

Niet-westerse of religieuze ouders en jongeren kunnen zich verlegen voelen bij het onderwerp seksualiteit. Praten over seksualiteit en de seksuele ontwikkeling kan voor sommigen een taboe zijn. De JGZ-professional dient aan te sluiten bij vragen en zorgen van ouders, eventuele verlegenheid, schaamte en schuldgevoelens te erkennen en is bekend met bepaalde gevoeligheden.

3.7.1 Tips voor omgaan met diversiteit

- *Toon begrip.* Door ontspannen en uitnodigend het onderwerp te berde te brengen laat u zien dat het onderwerp voor u bespreekbaar is. Merkt u enige terughoudendheid bij de ander, toon hiervoor dan begrip en vraag of het al of niet makkelijk is om over dit onderwerp te praten. Forceer niets. Geef wel aan waarom de seksuele opvoeding en een gezonde seksuele ontwikkeling van belang zijn en welke rol ouders hierin kunnen spelen.
- *Individuele verschillen.* Vermijd stereotypering en heb oog voor individuele verschillen, ook binnen eenzelfde cultuur of religie. Controleer of bepaalde vooronderstellingen juist zijn. Informeer of en hoe religie of cultuur een rol speelt in de seksuele opvoeding en wat ouders van belang vinden om hun kind mee te geven op dit gebied.
- *Taboe.* Informeer bij ouders en jongeren welke onderwerpen moeilijk bespreekbaar zijn. Er zijn daarnaast vaak grote verschillen in de seksuele opvoeding van jongens en meisjes. In een gezin waar een taboe is op seksualiteit, zullen kinderen en jongeren logischerwijs ook een andere beleving hebben van bijvoorbeeld ontlukende seksuele gevoelens; denk hierbij ook aan thema's als: maagdelijkheid, maagdenvlies, besnijdenis, masturbatie, homoseksualiteit en genderidentiteit.
- *Niet direct persoonlijke vragen stellen.* Veel Nederlanders zijn gewend aan een vrij directe manier van communicatie. Ouders en jongeren kunnen dit als bedreigend ervaren. Bijvoorbeeld: in plaats van een Somalisch meisje te vragen naar haar mening over seksualiteit, de vraag algemeen formuleren: *'Praten jongeren in Somalië onderling over seksualiteit? Hoe gaat het daar? Is het hier anders tussen Somaliërs onderling?'*
- *Samenwerkingspartners.* Soms zijn er externe organisaties (kerken en moskeeën) die adviezen over de seksuele ontwikkeling en opvoeding kunnen en willen geven, volgens de seksuele rechten van de mens. Wees op de hoogte van mogelijke regionale samenwerkingspartners.

3.8 Overige professionals

Een belangrijke taak van de JGZ is het signaleren van een niet-optimale seksuele ontwikkeling en het begeleiden en zo nodig doorverwijzen van ouders en kinderen/jongeren. Signalen vanuit peuterspeelzaal, kinderdagverblijf, school of het schoolmaatschappelijk werk kunnen aanleiding zijn om extra aandacht te besteden aan bepaalde kinderen en kwetsbare groepen. Met scholen of de Centra voor Jeugd en Gezin (of soortgelijke samenwerkingsverbanden) kan samengewerkt worden op terrein van preventie en seksuele opvoedingsondersteuning.

Indien de JGZ-professional zelf signalen krijgt of zorgen heeft over een niet-optimale seksuele ontwikkeling, is het aan te raden om (met toestemming van de ouders) bij peuterspeelzaal, kinderdagverblijf of school te informeren naar het functioneren van het kind/de jongere aldaar. Onderstaande maatregelen bieden de JGZ-professional handvatten bij het invullen van de signaleringstaken van de JGZ buiten de contactmomenten om.

3.8.1 Afstemming met overige professionals die werken met kinderen 0 - 12 jaar

- **Groepsvoorlichting.** De JGZ kan haar preventieve taak 'het stimuleren van een gezonde seksuele ontwikkeling' al vanaf jonge leeftijd bij kinderen invulling geven. Hiervoor is samenwerking en afstemming met de kinderopvang, peuterspeelzalen of basisonderwijs in de regio gewenst. Voor 0- tot 12-jarigen zijn verschillende (onderwijs)materialen beschikbaar waarin de bevordering van een gezonde seksuele ontwikkeling van (jonge) kinderen centraal staat. De JGZ kan de scholen en andere instellingen wijzen op de gezondheidswinst van relationele en seksuele vorming en de ondersteuningsmogelijkheden vanuit de JGZ. Het feit dat seksualiteit en seksuele diversiteit vanaf 2013 onderdeel uitmaken van de kerndoelen voor het onderwijs kan scholen extra motiveren. Ook cijfers uit de regionale Jeugdmonitor, bijvoorbeeld rondom weerbaarheid, puberteit en internetgebruik, kunnen aanleiding zijn voor groepsgerichte activiteiten. De JGZ is vaak betrokken bij het ondersteunen van (basis)scholen bij relationele en seksuele vorming, middels de Week van de Lentekriebels en of de Gezonde School Methode. Afstemming met preventiemedewerkers of gezondheidsvoorlichters is daarom aan te raden. Zij bieden scholen bijvoorbeeld ondersteuning in de vorm van training van docenten, informatieavonden op school, leskisten, peertrainingen of de aanschaf van onderwijsmaterialen. Sommige scholen kennen de ondersteuningsmogelijkheden vanuit de JGZ niet. De JGZ kan deze dan onder de aandacht brengen (Cense, 2011). Scholen zijn ook gevoelig voor ambassadeurs/andere scholen die succesvolle ervaringen hebben opgedaan met deze vorm van universele preventie. Een goed onderbouwd en veelgebruikt lespakket voor het basisonderwijs is *Relaties & Seksualiteit*. Het lespakket is flexibel inzetbaar in het onderwijs en sluit goed aan bij de belevingswereld en ontwikkelingsfasen van kinderen. Voor scholen zijn dit stimulerende factoren om het lesmateriaal te gebruiken (Cense, 2011). Voor het voortgezet onderwijs is *Lang Leve de Liefde* een goed onderbouwd en veelgebruikt lespakket. Het lespakket kan ingezet worden in de onderbouw van het vmbo met een variant voor het praktijkonderwijs.

- **Opvoedingsondersteuning.** De JGZ kan haar preventieve taak 'het stimuleren van een gezonde seksuele opvoeding' afstemmen met gemeentelijke instanties en andere partners binnen de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG). Gezamenlijk kunnen zij de cursus *Opgroeien met liefde* of *Opvoeden & Zo* aanbieden. Binnen het CJG is een van de basistaken opvoed- en opgroei-ondersteuning. De opvoed- of welzijnsorganisaties binnen het CJG kunnen opvoedingsondersteuning collectief aanbieden. De samenwerking tussen instanties in het CJG is vastgelegd in de Wet op de jeugdzorg. De JGZ kan met partners binnen het CJG afstemmen wie verantwoordelijk is voor de collectieve opvoedingsondersteuning. Ook kunnen de ondersteuningsmogelijkheden van (deel)gemeenten en andere welzijnsorganisaties (binnen of buiten het CJG) besproken en bekeken worden. Afstemming met de desbetreffende CJG-medewerkers is belangrijk, omdat zij een coördinerende taak in de organisatie kunnen vervullen (Rouvoet, 2007). Zo wordt binnen sommige CJG's een opvoedcafé of ouderavond aangeboden over seksuele opvoeding van jonge kinderen door regionale welzijnsorganisaties (anders dan de JGZ of GGD). De JGZ kan ouders doorverwijzen naar dit aanbod en zo invulling geven aan haar signaleringstaak. Ook kan de JGZ zelf een aanbod richting peuterspeelzalen en kinderdagverblijven doen, of hierover afstemmen met regionale welzijnsorganisaties.

- **Vragenlijsten.** Om risicovol seksueel gedrag tijdig te kunnen signaleren en ouders/kinderen te begeleiden of door te verwijzen is het aan te raden om aanvullende vragen in bestaande vragenlijsten op te nemen. Zoals bijvoorbeeld: *is uw kind al in de puberteit, is uw kind goed voorbereid op de puberteit, is uw kind voorgelicht over seksualiteit, heeft uw kind negatieve ervaringen meegemaakt op het gebied van seksualiteit?* Met behulp van vragenlijsten kan de seksuele ontwikkeling in kaart gebracht worden en kan waar nodig geïntervenieerd worden. Als blijkt dat ouder en/of kind extra begeleiding of ondersteuning nodig heeft, worden ze vervolgens op indicatie uitgenodigd voor een gesprek.

Voorbeeld van gebruikte vragen in vragenlijsten

1. Is uw kind tevreden over zijn/haar eigen lichaam?
2. Is uw kind al ongesteld? Of heeft uw kind al een zaadlozing gehad?
3. Weet uw kind welke lichamelijke veranderingen zich voordoen tijdens de puberteit?

4. Is uw kind weleens verliefd? Of heeft uw kind al eens verkering gehad?
5. Heeft uw kind vervelende ervaringen op seksueel gebied meegemaakt?
6. Is uw kind voorgelicht over seksualiteit en relaties?
7. Kan uw kind bij u terecht met vragen over seksualiteit en relaties?
8. Geeft u uw kind uitleg over veranderingen in de puberteit, seksualiteit en relaties?
9. Is uw kind al in de puberteit en is uw kind hierop voorbereid?
10. Krijgt uw kind voorlichting over puberteit, seksualiteit en relaties op school?
11. Is uw kind tevreden met zijn/haar uiterlijk?
12. Is uw kind weleens lastig gevallen tijdens MSN/chatten?

Ook in een gesprek kan een JGZ-professional hier expliciet naar informeren. De JGZ-professional kan het kind (en ouders) informatie geven en ouders tips geven voor de verdere ondersteuning.

3.8.2 Afstemming met overige professionals die werken met jongeren 12+

Een belangrijke taak van de JGZ is het signaleren van een niet-optimale seksuele ontwikkeling en het begeleiden en zo nodig doorverwijzen van jongeren. Signalen vanuit school, zorg- en adviesteams (ZAT's), het CJG of schoolmaatschappelijk werk geven zicht op relationele of seksueel gerelateerde problematiek. Schooluitval, regelmatig verzuim en psychosociale problemen zoals depressie en eenzaamheid kunnen ook duiden op relationele of seksuele problematiek. Met scholen en Centra voor Jeugd en Gezin (of soortgelijke samenwerkingsverbanden) kan samengewerkt worden, bijvoorbeeld aan de hand van: groepsvoorlichting, screening, peer-educatie, inzetten van ZAT-teams en de invoering van een extra contactmoment voor kinderen vanaf 14 jaar.

Onderstaande voorbeelden zijn gebaseerd op ervaringen uit het werkveld van de JGZ en bieden de JGZ-professional handvatten bij het invullen van de signaleringstaken buiten de contactmomenten om.

- *Zorg- en adviesteams.* De JGZ maakt in veel gevallen deel uit van het zorg- en adviesteam (ZAT) binnen onderwijsinstellingen. Binnen het ZAT worden specifieke casussen besproken. Aan sommige ZAT's nemen ook de ouders deel. Er is binnen een ZAT altijd sprake van een multidisciplinaire aanpak, vanwege de diverse deelnemers (docenten, schoolmaatschappelijk werk, Bureau Jeugdzorg, de jeugdgezondheidszorg, Bureau Leerplicht). Seksueel gedrag van jongeren kan ook binnen het ZAT een onderwerp van gesprek zijn. De JGZ-professional kan binnen het ZAT informatie geven over de seksuele ontwikkeling van jongeren en tips geven voor preventie en begeleiding. Het ZAT dient niet uitsluitend gebruikt te worden bij vermoedens van seksueel misbruik. Ook bij lichtere grensoverschrijding biedt het ZAT bij uitstek een plek om tot een multidisciplinair advies te komen, waarbij zo mogelijk ouders (opvoedondersteuning) betrokken worden.
- *Groepsvoorlichting.* Voor het voortgezet onderwijs en middelbaar beroepsonderwijs zijn verschillende interventies om de seksuele gezondheid van jongeren te bevorderen. Deze worden veelal collectief in de klas aangeboden. Een jeugdinterventie is het lespakket *Lang Leve de Liefde* voor het vmbo. Ook op scholen voor voortgezet onderwijs is afstemming met preventiemedewerkers of gezondheidsvoorlichters aan te raden om groepsvoorlichting vorm te geven. Daarnaast kan de JGZ op scholen spreekuren houden voor jongeren. Hierin dient samengewerkt te worden met Sense in de regio. Jongeren kunnen tijdens de spreekuren informatie krijgen over relaties en seksualiteit. Indien zich in bepaalde groepen, klassen of scholen veel problemen voordoen rondom seksualiteit, homonegatief gedrag of seksuele grensoverschrijding, is het raadzaam met de directie van de school te kijken naar oplossingen. Zo kan via de Gezonde School Methode extra aandacht besteed worden aan een veilige schoolomgeving en kan eventueel nader onderzoek gedaan worden onder jongeren naar de context waarin seksueel misbruik of grensoverschrijding zich voordoet. Een school kan desgewenst maatregelen nemen door duidelijke gedragsregels in te voeren, zorg te dragen voor goede seksuele voorlichting en toezicht te houden op gedrag in de klas of op school.

- *Opvoedingsondersteuning.* De Centra voor Jeugd en Gezin kunnen zich inzetten voor seksuele opvoedingsondersteuning aan ouders en samen met de JGZ groepsvoorlichting of ouderbijeenkomsten organiseren.
- *Vragenlijsten.* Om risicovol seksueel gedrag tijdig te kunnen signaleren en ouders/jongeren op de juiste manier te kunnen begeleiden of door te verwijzen is het aan te raden om aanvullende vragen in vragenlijsten op te nemen. Zoals bijvoorbeeld: *heb je weleens met iemand gevreeën, zonder geslachtsgemeenschap (tongzoenen, strelen, aftrekken/vingeren), heb je weleens geslachtsgemeenschap met iemand gehad, heb je weleens een seksuele ervaring met iemand gehad zonder dat je dat wilde (zoenen, intiem betasten, geslachtsgemeenschap, via internet), vind je het lastig om seksueel contact met een ander te weigeren, ben je weleens ongewenst zwanger geraakt?* Met behulp van signaleringslijsten kan de seksuele ontwikkeling in kaart gebracht worden en kan waar nodig geïntervenieerd worden. Als blijkt dat de jongere extra begeleiding of ondersteuning nodig heeft, wordt hij/zij vervolgens op indicatie uitgenodigd voor een gesprek of gewezen op de seksualiteitshulpverlening van Sense.

3.8.3 Extra contactmoment voor kinderen vanaf 14 jaar

Bij een aantal JGZ-organisaties wordt in samenwerking met het voortgezet onderwijs of een roc al gewerkt met vragenlijsten c.q. gezondheidsonderzoek voor leerlingen van 14 jaar en ouder. In de EMOVO-vragenlijsten of andere Jeugdmonitors zijn soms extra vragen opgenomen over seksualiteit, zodat de JGZ de seksuele ontwikkeling van jongeren kan monitoren. Voorbeelden van vragen zijn:

- Heb je verkering of een vaste relatie?
- Val je op jongens, meisjes of weet je dit nog niet?
- Ben je al seksueel actief?
- Ben je tevreden over je seksuele contacten/relatie?
- Heb je ervaring met geslachtsgemeenschap, orale of anale seks?
- Vrij je altijd veilig met condoom?
- Gebruik je anticonceptie?
- Ben je wel eens onbedoeld zwanger geraakt?
- Vind je het lastig om anticonceptie te gebruiken?
- Heb je weleens te maken met seksuele grensoverschrijding of andere negatieve seksuele ervaringen?
- Kun je bij iemand terecht als je vragen over of problemen met seksualiteit hebt?
- Zou je graag met een deskundige hierover willen praten?

In de vragenlijsten kunnen jongeren aangeven of ze een contactmoment met de JGZ of Sense op prijs stellen. In andere regio's worden jongeren door de JGZ uitgenodigd voor een contact waarbij extra aandacht is voor een gezonde leefstijl. In het gesprek is aandacht voor roken, alcohol, middelengebruik, voeding, bewegen en seksuele ontwikkeling. Afhankelijk van de uitkomsten van de vragenlijsten en de wens van de jongere zelf kan de JGZ-professional zelf ook bepaalde accenten leggen. In het contactmoment wordt stilgestaan bij de seksuele ervaring, eventuele seksuele risico's en gewenste ondersteuning.

Voorbeeldvragen voor jongeren vanaf 12 jaar	Voorbeeldvragen voor jongeren vanaf 15 jaar
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Praat je thuis weleens over relaties en seksualiteit? ▪ Heb je vragen over de puberteit? ▪ Weet je of je op jongens of op meisjes valt? ▪ Weet je waar je terechtkunt als er problemen zijn? ▪ Weet je wat veilige seks is? ▪ Heb je een relatie en ben je seksueel actief? ▪ Heb je positieve, negatieve of vervelende 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ben je al seksueel actief of heb je een vaste relatie? ▪ Over welke onderwerpen met betrekking tot seksualiteit zou je graag eens doorpraten? ▪ Over welke onderwerpen op het gebied van seksualiteit en relaties maak je je weleens zorgen (bijvoorbeeld zwangerschap, soa, homoseksualiteit, seksueel misbruik, e.d.) ▪ Kijk je vaak naar porno?

<p>ervaringen met seks?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wordt er op school relationele en seksuele vorming gegeven? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durf je goed je wensen en grenzen met betrekking tot seksualiteit aan te geven aan je partner? ▪ Kun je makkelijk praten over condoomgebruik of anticonceptie met je partner? ▪ Heb je weleens vervelende of minder prettige seksuele ervaringen meegemaakt?
---	--

3.9 Aanbevelingen

- De JGZ-professional heeft voldoende kennis over de seksuele ontwikkeling om bijzonderheden te signaleren en is in staat om kinderen/jongeren/ouders proactief vragen te stellen over de seksuele ontwikkeling, deze goed te duiden en waar nodig te begeleiden.
- De JGZ-professional kan omgaan met diversiteit en is zich bewust van mogelijke verschillen in culturele en religieuze waarden en normen ten aanzien van seksualiteit bij zichzelf en ouders en jongeren.
- De JGZ-professional gebruikt de richtlijn en de criteria van het Vlaggensysteem bij de beoordeling van (mogelijk) grensoverschrijdend seksueel gedrag.
- De JGZ-professional is in staat ouders te ondersteunen bij de seksuele opvoeding en kan adequaat reageren op vragen en problemen (van derden).

4. Interventies en voorlichtingsmateriaal

4.1 Gebruik van interventies

Binnen de JGZ is het streven vooral te werken met theoretisch goed onderbouwde interventies waarmee ook resultaten worden geboekt in de praktijk. Om interventies te beoordelen en te erkennen is er een onafhankelijke commissie in het leven geroepen: de Erkeningscommissie Interventies. Erkende interventies worden opgenomen in diverse databanken.

De interventies die relevant zijn voor een gezonde seksuele ontwikkeling van kinderen en jongeren zijn te vinden onder het thema seksuele gezondheid, preventie en ondersteuning. Voor de preventie van seksuele opgroei- en opvoedingsproblemen alsook seksueel riskant gedrag en de bevordering van seksueel gezond gedrag c.q. een gezonde seksuele ontwikkeling van kinderen en jongeren binnen de JGZ zijn nog nauwelijks theoretisch goed onderbouwde interventies beschikbaar. Er is een specifiek instrument wat bruikbaar is voor het duiden van seksueel gedrag (het Vlaggensysteem), maar dit is nog niet beoordeeld door de Erkeningscommissie Interventies. Vandaar dat in dit overzicht ook interventies en materialen worden beschreven die veelbelovend zijn en gewaardeerd worden in de praktijk.

4.2 Interventies en voorlichtingsmateriaal

Naast het geven van voorlichting en advies over en begeleiding en zo nodig verwijzing bij seksuele gezondheidsproblemen bij kinderen en jongeren, heeft de JGZ ook als taak de seksuele opvoedingscompetenties van ouders te versterken en hen te ondersteunen bij seksuele opvoedingsvragen. In deze paragraaf vindt de JGZ-professional interventies en voorlichtingsmateriaal voor kinderen, jongeren en hun ouders, evenals specifieke materialen voor JGZ-professionals.

Voor ouders:

4.2.1 *Specifieke interventie ten behoeve van seksuele opvoedingsondersteuning voor ouders*

Rondom het thema seksualiteit kunnen ouders vragen hebben over de seksuele ontwikkeling en opvoeding zonder dat er direct sprake is van een probleem of noodsituatie. Ouders kunnen twijfelen over hun eigen competenties, zijn onzeker of voelen zich incompetent om hun kind te begeleiden bij hun seksuele ontwikkeling. Ze schamen zich over seksualiteit of zijn zelf niet vertrouwd met het thema. Ze durven seksualiteit bijvoorbeeld niet ter sprake te brengen uit schaamte of angst kinderen vroeg aan te zetten tot seksueel gedrag. Ouders kunnen ook behoefte hebben aan informatie en advies. Ze missen bijvoorbeeld kennis over de seksuele ontwikkelingsfasen van kinderen en weten onvoldoende wat normaal of niet normaal seksueel gedrag is.

De cursus ***Opgroeien met liefde*** biedt verdiepende informatie voor ouders. Met als doel ouders te ondersteunen bij de seksuele opvoeding van hun kinderen, opdat zij op latere leeftijd in staat zijn seksueel gezonde keuzes te maken (zie voor een uitgebreide beschrijving bijlage 3).

4.2.2 *Algemene interventies waar seksuele opvoedingsondersteuning onderdeel van uitmaakt*

De oudercursus *Omgaan met pubers* en het opvoedingsprogramma *Triple P* bieden opvoedingsondersteuning, waarvan de seksuele ontwikkeling deel uitmaakt (zie bijlage 3).

4.2.3 *Aanvullende materialen en informatie voor ouders*

- Brochure *Seksuele opvoeding van kinderen tussen 0 en 6 jaar* (Rutgers WPF).
- Brochure (Rutgers WPF, goed te gebruiken voor laaggeletterden).
- *Puber in huis!* Tips voor de seksuele opvoeding van kinderen tussen 9 en 15 jaar (Rutgers WPF).
- Folder *Over de grens? Seksueel opvoeden met het Vlaggensysteem* (Movisie).
- Website www.uwkindenseks.nl.
- Website www.oudersonline.nl.
- Website www.opvoeden.nl.
- *Hoera, het is een mensje* (Transvisie).

- *Begeleiding bij genderdysforie op school* (Transvisie).

In veel regio's zijn aanvullende materialen beschikbaar, bijvoorbeeld folders in het kader van nazorg rondom vrouwenbesnijdenis. Het is aanbevolen om op de hoogte te zijn van regionale materialen, voorzieningen en organisaties.

Voor jongeren:

4.2.4 Materialen en informatie gericht op kinderen en pubers

Brochures en boeken (zie voor volledige omschrijving bijlage 3)

- Pubergidsen (voor pubers 9 tot 12 jaar en 12 tot 15 jaar) (Rutgers WPF).
- Brochure *Wel seks, geen zorgen* (Rutgers WPF)
- *Feiten en fabels over het maagdevlies* (Rutgers WPF)

Op de website van Rutgers WPF is daarnaast ook een boekenlijst te vinden met leesboeken voor kinderen en pubers over de seksuele ontwikkeling. De boeken sluiten aan bij verschillende leeftijdsfasen en kunnen door kinderen en pubers zelf gelezen worden of samen met ouders. De brochures en folders zijn gratis op de website te downloaden.

Websites (zie voor volledige beschrijving bijlage 3)

- www.sense.info (voor jongeren van 12 tot 25 jaar).
- Voor Marokkaanse jongeren www.geentaboes.marokko.nl en www.maroc.nl.
- Voor Turkse jongeren www.geentaboes.hababam.nl.
- Voor Antilliaanse jongeren www.kitatin.com.
- Rondom homoseksualiteit www.allesovergay.nl.
- *Can You Fix It*. Omgang met wensen en grenzen en preventie van seksuele dwang. Via www.canyoufixit.nl en www.sense.info.
- *Go or no go*: een digitaal zelfmeetinstrument via Sense.info.

4.2.5 Materialen gericht op JGZ-professionals

Anticonceptiekoffer met handleiding voor professionals

Om jongeren adequaat te informeren en begeleiden bij verantwoorde anticonceptiekeuze en -gebruik (zie bijlage 3 voor volledige informatie).

4.3 Aanbevelingen

- De JGZ-professional gebruikt in ieder geval de volgende materialen:
 - 0 tot 6 jaar: brochure *Seksuele opvoeding van kinderen tussen 0 en 6 jaar* (Rutgers WPF).
 - 10/11 jaar: *Puber in huis!* Tips voor de seksuele opvoeding van kinderen tussen de 9 en 15 jaar (Rutgers WPF); pubergidsen (voor pubers van 9 tot 12 jaar) (Rutgers WPF).
 - 13/14 jaar: pubergidsen (voor pubers van 9 tot 12 jaar en van 12 tot 15 jaar) (Rutgers WPF), www.sense.info.
 - 15/16 jaar: www.sense.info.
- De JGZ-professional gebruikt de overige interventies en materialen uit hoofdstuk 4 bij de seksuele gezondheidsbevordering van kinderen en jongeren en de seksuele opvoedingsondersteuning van ouders. De JGZ-professional maakt een keuze op maat op basis van de benodigde zorg van kind/jongere/ouder.
- De JGZ-professional is op de hoogte van relevante materialen/voorzieningen/organisaties (op het gebied van seksualiteit) in de eigen regio.
- De JGZ-professional kent de Sense-sprekuren voor jongeren van 12 tot 19 jaar en verwijst voor aanvullende hulpverlening op het gebied van seksualiteit naar de Sense-sprekuren.

5. Determinanten van seksuele gezondheid

Om kinderen en jongeren te kunnen ondersteunen in hun seksuele ontwikkeling is het van belang om de factoren te kennen die van invloed zijn op een (on)gezonde seksuele ontwikkeling. In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van risico- en beschermende factoren voor seksueel gezond gedrag. Informatie over de aard en omvang en de psychosociale gevolgen van seksueel riskant gedrag vindt de JGZ-professional in hoofdstuk 6.

Er is vooral onderzoek gedaan naar determinanten van seksueel riskant gedrag onder jongeren. Onderzoek naar determinanten van seksueel riskant gedrag onder kinderen is nauwelijks voorhanden omdat jonge kinderen nog niet seksueel actief zijn. Ook onderzoek naar determinanten van seksueel gezond gedrag of een gezonde seksuele ontwikkeling is nog nauwelijks voorhanden. Het accent in dit hoofdstuk zal dan ook liggen op risico- en beschermende factoren van seksueel riskant gedrag bij jongeren.

5.1 Theoretische verklaringmodellen seksueel gedrag

In de gezondheidsbevordering worden verschillende modellen gebruikt om seksueel riskant gedrag van jongeren te verklaren of duiden (Schutte, 2010). De meest bekende modellen zijn:

- a. de theorie van gepland gedrag (Ajzen, 1988);
- b. het health belief model (Rosenstock, 1974);
- c. de protectieve-motivatietheorie (Rogers, 1975);
- d. de sociaal-cognitieve theorie (Abraham, 1998);
- e. het seksuele-interactiecompetentiemodel (Vanwesenbeeck, 1999);

Voor de volledigheid worden de eerste drie modellen kort toegelicht. De sociaal-cognitieve theorie en het sociaal interactieve verklaringmodel worden bij de beschrijving van risico- en beschermende factoren in dit hoofdstuk als uitgangspunt genomen.

5.1.1 Theorie van gepland gedrag

In de theorie van gepland gedrag wordt gesteld dat het gedrag het best te voorspellen is door jongeren te vragen of ze van plan zijn dat gedrag te vertonen: de gedragsintentie. De gedragsintentie wordt bepaald door de eigen opvattingen, opvattingen van anderen en de eigen inschatting om het gedrag uit te kunnen voeren.

5.1.2 Health belief model

Het besluit van jongeren om zich seksueel gezond te gedragen wordt bepaald door de ervaren gezondheidsdreiging (bijvoorbeeld zwangerschap, soa/hiv) en de evaluatie van het aanbevolen gedrag. Zij laten zich bijvoorbeeld screenen op soa als ze denken dat ze een gezondheidsrisico lopen en weten dat dit ernstige consequenties kan hebben. Het bewustzijn van de vatbaarheid en het bewustzijn of besef over de ernst van de gevolgen vormen dus samen de risicoperceptie.

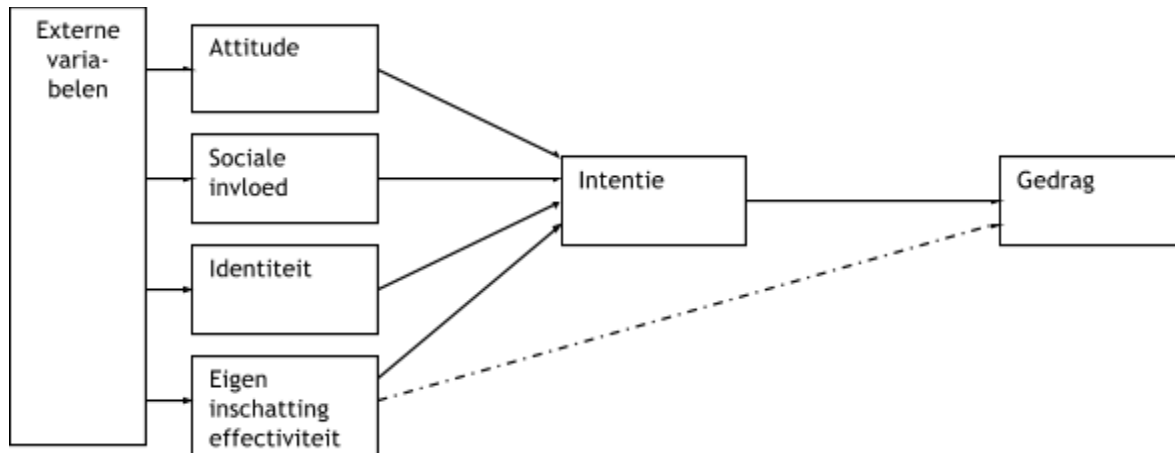
5.1.3 Protectieve-motivatietheorie

Volgens deze theorie kunnen jongeren op twee manieren reageren op informatiebronnen: adaptieve respons (gedrag gericht op bescherming van de gezondheid) en maladaptive respons (gedrag dat niet goed is voor de gezondheid). Een verhoogde angst zal leiden tot verhoogde inschatting van de ernst en vatbaarheid waardoor de kans wordt vergroot om zich te beschermen.

5.1.4 Sociaal-cognitief verklaringmodel

Er zijn verschillende sociaal-cognitieve verklaringmodellen voor gezond gedrag. Onderstaand model is de meestgebruikte theorie om seksueel gedrag onder jongeren te verklaren of te duiden. Dit model is gebaseerd op een review van een groot aantal sociaal-cognitieve modellen.

Figuur 1: Sociaal-cognitief model van gedragsdeterminanten (Abraham, 1998).



In dit model gaat men ervan uit dat gedrag wordt bepaald door verwachtingen en intenties om dit gedrag te vertonen. De intentie wordt beïnvloed door de volgende factoren:

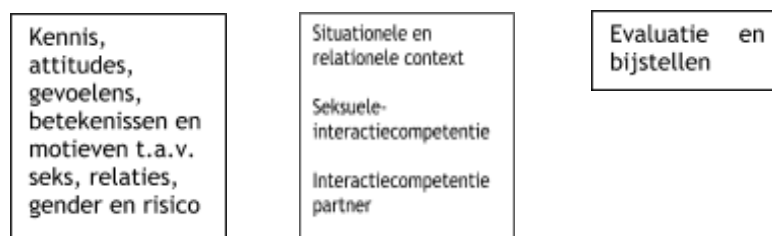
Attitude	Opvattingen over het gedrag en waarderingen ten opzichte van de voor- en nadelen van het gedrag.
Sociale invloeden	Inschattingen van wat belangrijke anderen van het gedrag vinden, wat belangrijke anderen doen en sociale druk.
Eigen inschatting effectiviteit	De (eigen) inschatting dat iemand het gedrag kan uitvoeren in verschillende contexten en onder verschillende omstandigheden.
Identiteitsoverwegingen	De mate waarin het gedrag in overeenstemming of tegenspraak is met het zelfbeeld.

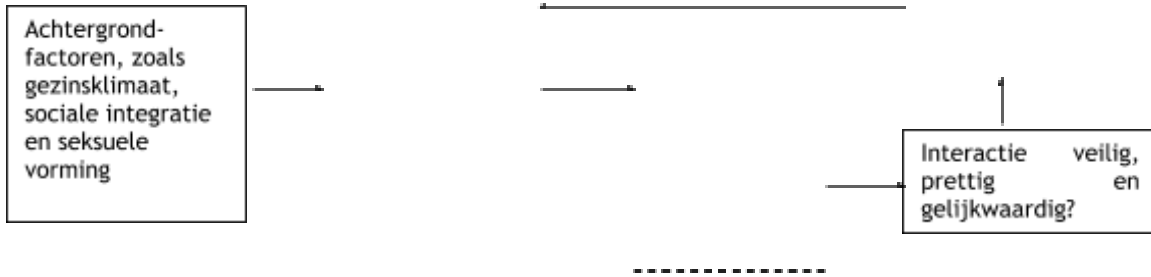
In bovenstaand model wordt kennis niet genoemd, maar kennis maakt wel deel uit van gezondheidsbevorderingsmodellen (Fisher, 1999). In gezondheidsbevorderingsmodellen wordt ervan uit gegaan dat kennis (lees: informatie) een noodzakelijke voorwaarde is voor gezond gedrag. En dat deze samen met iemands motivatie (bestaande uit attitude, sociale normen en risicoperceptie) en vaardigheden bepaalt in hoeverre iemand gezond gedrag vertoont.

5.1.5 Sociaal-interactief verklaringsmodel

In het model van Abraham et al. (Abraham, 1998) (zie 5.1.4) is weinig oog voor interactie. Tijdens de seksuele ontwikkeling staan de factoren genoemd in het model niet op zichzelf. De seksuele ontwikkeling is een continu en dynamisch proces waarin kinderen en jongeren zelf een actieve rol spelen. Ze reageren, geven betekenis aan gevoelens, situaties, risico's et cetera en leren op die manier zelf keuzes maken. Het model van Vanwesenbeeck et al. (Vanwesenbeeck, 1999) geeft zicht op zowel individuele factoren als de interacties tussen personen.

Figuur 2: Model van seksuele-interactiecompetentie (Vanwesenbeeck, 1999).





De seksuele interactiecompetentie heeft betrekking op 'het geheel aan vaardigheden, gevoeligheden en strategieën die nodig zijn om een seksueel contact prettig, veilig en gelijkwaardig te maken'. Het gaat dus om de mate waarin kinderen en jongeren in seksuele situaties hun kennis, attitudes, gevoelens, betekenissen en vaardigheden kunnen inzetten om tot een positieve seksuele interactie te komen. Het inzetten van deze vaardigheden gebeurt grotendeels automatisch.

Voorbeeld

Om een ongeplande zwangerschap te voorkomen, moeten jongeren de intentie hebben zich te beschermen tijdens seksueel contact, condoom en anticonceptie kunnen gebruiken en seks zonder anticonceptie of condoom kunnen weigeren (Kirby, 2009). Anticonceptie wordt daarnaast ook vaker gebruikt als dit vooraf met de partner is besproken (Kirby, 2009; Sionéan, 2002; Stone, 2002; Traen, 2007).

Het model van Vanwesenbeeck et al. (Vanwesenbeeck, 1999) geeft ook zicht op de vaardigheden die jongeren nodig hebben om indirecte, subtiele en/of non-verbale communicatie uitingen van seksuele wensen en grenzen op te pikken. Jongeren leren in interactie wensen en grenzen van anderen adequaat te interpreteren, hierover te communiceren en deze te respecteren.

Voorbeeld

Om te komen tot een gewenst en prettig seksueel contact maken jongeren gebruik van seksuele-interactiecompetenties. Ze weten wat de gevolgen zijn van grensoverschrijdend seksueel gedrag en hebben de intentie grenzen en wensen te respecteren. De ander moet wel in staat zijn wensen en grenzen duidelijk te uiten op het gebied van zoenen, strelen, vingeren, aftrekken of (orale) geslachtsgemeenschap en niet-ambigu te communiceren (O'Sullivan, 1998). Het respecteren van wensen en grenzen van de ander is een belangrijke vaardigheid om grensoverschrijdend seksueel gedrag te voorkomen (De Bruijn, 2006). Zo moeten jongeren zich seksueel kunnen beheersen als de ander iets niet (meer of verder) wil.

Het interactiecompetentiemodel (Vanwesenbeeck, 1999) geeft geen zicht op de competenties van kinderen in de leeftijd van 0 tot 12 jaar. Wellicht is het model ook voor kinderen van 0 - 12 jaar te gebruiken.

5.2 Determinanten van seksueel gedrag

In onderzoeken komen meer dan 500 risico- en beschermende factoren naar voren die invloed hebben op seksueel gedrag van jongeren (Schutte, 2010). Risicofactoren vergroten de kans op seksueel riskant gedrag en beschermende factoren verminderen deze kans. Deze invloeden zijn gerelateerd aan persoonlijke factoren en omstandigheden van de jongeren zelf en factoren in de sociale omgeving. Het meeste onderzoek is gebaseerd op jongeren die een 'normale' seksuele ontwikkeling doorlopen. Naar de determinanten van seksueel gedrag onder jongeren met een verstandelijke of lichamelijke beperking of jongeren met psychiatrische problematiek is nog nauwelijks onderzoek verricht.

5.2.1 Invloed van persoonlijke factoren

Persoonlijke factoren zoals sekse, leeftijd, seksuele rijping en dergelijke zijn van invloed op het seksuele gedrag maar lastig beïnvloedbaar. Andere, meer beïnvloedbare persoonlijke determinanten van seksueel gedrag zijn: kennis, seksuele gevoelens, denkbeelden, opvattingen, motieven, attitudes, intenties, seksueel zelfbeeld, eigen effectiviteit, vaardigheden en seksuele leefstijl. We weten ook dat jonge starters, laagopgeleide jongeren, gelovige jongeren, bepaalde etnische groepen en jongeren met een verstandelijke of lichamelijke beperking een groter risico lopen op seksueel riskant gedrag. In hoofdstuk 6 worden de kwetsbare groepen apart besproken.

Kennis

Een voorwaarde voor het maken van seksueel verstandige keuzes is kennis. Jongeren die seksueel actief worden zijn bijvoorbeeld gebaat bij kennis over de voortplanting, de menstruatiecyclus, anticonceptiemethoden, vormen van seksuele dwang en risico's en gevolgen van onveilige seks (soa's en zwangerschap). Zo blijkt dat meiden die onvoldoende kennis hebben over anticonceptie én zich hier niet bewust van zijn (ze denken dus dat ze voldoende kennis over anticonceptie hebben), het hoogste risico lopen op een ongeplande zwangerschap (Brückner, 2004; Van Berlo, 2005).

Risicoperceptie

Bij risicoperceptie gaat het om de inschatting die jongeren maken over het risico wat ze lopen. In recente studies is gebleken dat de frontale cortex van de hersenen tijdens de puberteit nog rijpt. De frontale cortex reguleert de cognitieve controletaken, zoals planning, abstract denken en doelgericht gedrag. Ook de afstemming tussen de hersengebieden tijdens taken waar emoties worden afgewogen, functioneert nog niet optimaal (Doreleijers, 2010). De hersenen zijn pas uitgegroeid rond het 20e à 25e jaar. Onderzoekers verklaren hiermee dat jongeren in de puberteit nog niet in staat zijn om hun gedrag te reguleren of controle op handelingen uit te oefenen en extra gevoelig zijn voor de acceptatie door anderen (Doreleijers, 2010). Onderzoek naar risicoperceptie op seksueel gebied toont aan dat het onderschatten, ontkennen en negeren van risico's belangrijke oorzaken zijn waardoor jongeren zichzelf niet goed beschermen tegen soa's en zwangerschap (O'Sullivan, 2010). Het risico op seksuele grensoverschrijding wordt door vrouwen structureel te laag ingeschat. Vrouwen denken vrijwel altijd dat andere vrouwen meer risico lopen dan zichzelf. Het is onduidelijk of een lage risicoperceptie op dit gebied zorgt voor een hoger risico op grensoverschrijding. Verschillende onderzoeken laten hier verschillende resultaten zien. Het maakt vooral uit hoe vrouwen reageren op een risico wanneer het risico eenmaal is waargenomen. Slachtoffers reageren meer indirect, minder actief en meer toegevend (Gidycz, 2006).

Attitudes en intenties

Een positieve intentie om een onbedoelde zwangerschap te voorkomen blijkt een van de beste voorspellers voor daadwerkelijk anticonceptiegebruik. Als jongeren bijvoorbeeld positiever over anticonceptie denken en meer nadelen en minder voordelen aan een zwangerschap en jong ouderschap zien, gebruiken ze vaker anticonceptie (Kirby, 2007; Ryan, 2007). Jongeren – en dan vooral meiden – die geen anticonceptie gebruiken, hebben vaker negatieve opvattingen over anticonceptie. Ze vinden het te veel gedoe, te duur, te veel planning, ze vinden het moeilijk om jongens over te halen, ze vinden dat anticonceptie het seksuele plezier beperkt, anticonceptie moreel verkeerd is of dat anticonceptie slecht is voor hun reputatie (Brückner, 2004). Wat betreft seksuele grensoverschrijding blijken jongens met opvattingen die seksueel geweld rechtvaardigen vaker grensoverschrijdend seksueel gedrag te vertonen (De Bruijn, 2006). Ook een vijandige houding tegenover mannen en vrouwen vergroot de kans op verbaal en fysiek geweld (Maxwell, 2003).

Seksueel zelfbeeld

Een positief seksueel zelfbeeld en lichaamsbeeld dragen bij aan meer weerbaarheid. Jongeren zijn beter in staat uiting te geven aan hun eigen wensen en grenzen. Zo speelt het seksuele zelfbeeld, en of men vooral onafhankelijkheid of intimiteit belangrijk vindt, een rol in de afweging bij grensoverschrijding binnen de context van een relatie (Norris, 2004; Nurius, 2004). Een negatief seksueel zelfbeeld (ontevreden over het seksleven, preoccupatie en schaamte) kan ten grondslag liggen aan seksueel geweld of hier ook juist aan voorafgaan. Ook vergroot het hebben van seks uit bijvoorbeeld eenzaamheid of om de relatie goed te houden de kans op seksueel geweld (Messman-Moore, 2008).

Zelfeffectiviteit

Zelfeffectiviteit is de eigen inschatting van jongeren dat ze in staat zijn een bepaalde actie uit te voeren. De inschatting van de eigen effectiviteit (bijvoorbeeld om anticonceptie effectief te gebruiken, te communiceren over wensen en grenzen of te communiceren over anticonceptie en condoomgebruik) speelt een belangrijke rol bij het voorkomen van seksuele grensoverschrijding, een soa of een ongeplande zwangerschap. Zo laat één studie zien dat jongeren die inschatten dat ze anticonceptiegebruik kunnen bespreken met hun partner, vaker anticonceptie gebruiken (Traen, 2007). Ook hangt het idee te kunnen praten over seks met de partner samen met het kunnen weigeren van ongewenste seks (Sionéan, 2002).

Communicatieve vaardigheden

Communicatieve vaardigheden zijn van belang om te komen tot seksueel gezond gedrag. Veel jongeren praten niet met elkaar over seksualiteit, wensen en grenzen of anticonceptiegebruik. Jongeren zien zelf de voordelen niet van communicatie of beschikken niet over de juiste vaardigheden. Om seks zonder condoom te weigeren zijn onderhandelingsvaardigheden nodig. Om seksueel riskant gedrag te voorkomen moet een jongere duidelijk over de eigen grenzen en wensen kunnen communiceren (De Neef, 2010).

Gender

Gender heeft betrekking op sociale constructies die bepalen welke gedragingen van jongens en meisjes in een bepaalde cultuur wel of niet acceptabel of gewenst zijn. Sekserolopvattingen kunnen jongens en meisjes belemmeren dan wel stimuleren in hun seksuele ontwikkeling. Jongens en meisjes ondervinden andere beperkingen, maar deze werken wel complementair (Tolman, 2003). Meisjes die seksueel actief zijn kunnen op afkeuring rekenen. Jongens die zich seksueel actief gedragen krijgen eerder waardering. In culturen waar familie-eer een belangrijke rol speelt (zoals de Afghaanse, Turkse, Marokkaanse en Surinaams-Hindoestaanse cultuur) lijkt deze ongelijkheid te worden uitvergroot. Deze gangbare genderrollen beperken zowel jongens als meisjes in het aangeven van hun wensen en grenzen. Jongens horen het initiatief te nemen, maar mogen niet opdringerig zijn. Ook wordt van hen verwacht altijd zin te hebben, waardoor het lastig is om nee te zeggen. De druk om seks te hebben is in sommige groepen jongens behoorlijk groot. En daarbij komt dat jongens zich nauwelijks bewust zijn van hun eigen grenzen. Het aangeven van grenzen is juist de taak van de meisjes (De Graaf, 2008). Omdat meisjes zo sterk bezig zijn met het bewaken van grenzen, komen ze onvoldoende toe aan het herkennen en realiseren van hun wensen. Zo belemmeren genderopvattingen meisjes bij het aangeven van hun wensen. Bovendien wordt het aangeven van wensen niet 'vrouwelijk' gevonden (Vanwesenbeeck, 1997).

Toekomstperspectief

Voor zowel jongens als meisjes blijkt dat een beperkt toekomstperspectief, geen uitzicht op een baan en negatieve verwachtingen ten opzichte van school, bijdragen aan een ongeplande zwangerschap. Voor sommige meisjes is een kind dan de meest aantrekkelijke optie (Harden, 2006). Meiden die zich verbonden voelen met school en die toekomstplannen hebben, hebben een kleinere kans op tienerzwangerschap (Kirby, 2007). Ook wat betreft seksuele grensoverschrijding speelt toekomstperspectief een belangrijke rol. Jongeren die hun school minder positief waarderen en minder gemotiveerd zijn op school, hebben een grotere kans om zowel slachtoffer als dader te zijn (De Bruijn, 2006).

5.2.2 Invloed van de (sociale) omgeving

De omgeving waarin een jongere opgroeit en de situatie waarin de jongere verkeert zijn van invloed op de mate waarin gewenst, veilig en prettig seksueel contact tot stand komt. De jongere moet zich dus kunnen aanpassen aan

de eisen die de situatie of omgeving aan sociaal-seksuele vaardigheden stelt.

Gezinsfactoren

Jongeren die in een warm gezin opgroeien, met veel openheid, affectie en steun, zeggen dat ze bij het vrijen assertiever en zelfverzekerder zijn. Ook geven ze aan meer controle te hebben en beter te kunnen praten met hun partner (De Graaf, 2007). Deze jongeren beginnen iets later met geslachtsgemeenschap en beschermen zich beter tegen een ongeplande zwangerschap (De Graaf, 2007; Siebenbruner, 2007). Ook hebben jongeren uit een warm gezin een kleinere kans om dader of slachtoffer van seksueel geweld te zijn (De Bruijn, 2006; De Graaf, 2007). Anderzijds wordt onder daders van seksueel geweld vaker een verstoorde relatie met ouders gevonden. Ze ontwikkelen hierdoor beperkte vaardigheden rondom het aangaan van intieme relaties, wat kan leiden tot agressief seksueel gedrag (Hudson, 2000). Dit wil echter niet zeggen dat alle jongeren met een verstoorde relatie met ouders zich ontwikkelen tot daders van seksueel geweld.

Jongeren die opgroeien in een omgeving met veel armoede, geweld en drugsgebruik worden vaker op jonge leeftijd zwanger (Kirby, 2007). Dit heeft mogelijk ook te maken met het ontbreken van een toekomstperspectief. Jongeren die opgroeien met beide biologische ouders (ten opzichte van stiefouders of eenoudergezinnen) gebruiken vaker anticonceptie en worden minder vaak ongepland zwanger. Als ouders hogeropgeleid zijn en meer verdienen, is de kans op zwangerschap en agressie kleiner (Kirby, 2007; Van Lee, 2009; Xie, 2001). Ook als ouders excessief alcohol of drugs gebruiken of hun kinderen mishandelen is er een grotere kans op ongeplande zwangerschap (Kirby, 2007; Woodward, 2001), agressie of seksuele victimisatie (Bogaerts, 2000; De Bruijn, 2006; De Graaf, 2007). Als moeder, broers of zussen voor hun 20e een kind kregen, is de kans op tienerzwangerschap bij de jongere zelf groter (Kirby, 2007; Woodward, 2001).

Tot slot speelt ook de houding ten aanzien van seks in het gezin van herkomst een rol. Zo is de kans groter dat jongeren anticonceptie gebruiken op het moment dat ouders ruim van tevoren seks en anticonceptie met hun kind bespreken. Als dit door de moeder gebeurt, is de invloed sterker (De Graaf, 2007; Kirby, 2007). Meisjes die vaker met hun moeder over seks spraken voor hun eerste keer, en niet alleen over de biologische kanten (maar ook over de emotionele kanten en over opwinding), ervaren de eerste keer vaker als iets plezierigs, kiezen zelf vaker voor de eerste keer geslachtsgemeenschap, kijken ernaar uit en zijn beter voorbereid. Ook zijn ze beter in staat om veranderingen aan te brengen als seksuele ervaringen niet helemaal naar wens verlopen. Ze kunnen beter aangeven wat ze willen op seksueel gebied en beter ongewenste seks weigeren (De Graaf, 2007). Maar ook de opvoedingscultuur is van invloed: in Antilliaanse en Surinaamse culturen komt alleenstaand jong ouderschap meer voor en wordt minder snel als een probleem gezien (Van Berlo, 2005). Jongeren zullen derhalve minder adequaat gebruikmaken van anticonceptie. Gebrek aan openheid en acceptatie van seksualiteit spelen een rol in islamitische en streng religieuze gezinnen. Hierdoor zijn streng religieuze jongeren soms minder goed voorbereid op hun seksuele contacten of ze ervaren schuld- en schaamtegevoelens.

Leeftijdsgenoten

In veel onderzoek is aangetoond dat leeftijdsgenoten in de puberteit belangrijker worden en dat jongeren overeenkomsten vertonen met hun vrienden, ook wat seksuele ervaring betreft. Veelal kiezen jongeren gelijkgestemden als hun vriendengroep (Engels, 2007). In sommige (jeugd)subculturen kan wel sprake zijn van sociale druk. Zo ervaren sommige jongeren dat het in hun vriendengroep belangrijk is om seksueel ervaren te zijn om erbij te horen (De Graaf, 2008). Onder Marokkaanse en Turkse jongens is dit percentage hoger dan onder autochtone Nederlandse jongens.

Opvattingen over seksualiteit onder leeftijdsgenoten zijn van invloed op seksueel gedrag. Als iemand bijvoorbeeld weet dat veilig vrijen en het bij je hebben van condooms de norm is, is het eenvoudiger om de stap naar veilig vrijen te maken. Een positieve houding van leeftijdsgenoten ten aanzien van beschermingsgedrag blijkt bij jongeren sterk samen te hangen met consequent condoomgebruik (De Graaf, 2005).

Media

In Nederland is tot op heden nog geen verband gevonden tussen het zien van seksueel getinte mediabeelden of beelden waarin vrouwen als lustobject worden gezien en onveilige of ongewenste seks. Wel toonde Nederlands

onderzoek verbanden aan tussen het zien van seksueel getinte mediabeelden (porno en sterk seksueel getinte videoclips) en seksueel gedrag of opvattingen over seksualiteit. Dit gedrag en deze opvattingen hangen samen met de mate waarin de jongeren mediabeelden realistisch vinden of relevant. Of het mediagebruik de oorzaak of het gevolg is van deze opvattingen, kan hieruit niet geconcludeerd worden (De Graaf, 2008; De Graaf, 2009). Wel kunnen de beelden bestaande opvattingen en bestaand gedrag bestendigen.

Inmiddels is er wel één longitudinale Amerikaanse studie die een verband heeft gevonden tussen het zien van seksueel getinte beelden en de kans op tienerzwangerschap. Jongeren die uitzonderlijk veel kijken naar seksueel getinte media, hebben een twee keer zo grote kans om in de jaren erna zwanger te worden dan jongeren die hier uitzonderlijk weinig naar kijken (Chandra, 2008). In de uitgebreide literatuurstudie werd de nadruk gelegd op eventuele negatieve gevolgen van geseksualiseerde media. Onderzoek waar geen of een positief effect werd gevonden, werd in dit rapport simpelweg weggelaten.

In onderzoek naar de invloed van porno op seksuele grensoverschrijding wordt gevonden dat vooral mannen met aanleg tot seksueel agressief gedrag de meer gewelddadige vormen van porno opzoeken, vaker porno kijken en hier sterker door beïnvloed worden (Kingston, 2009; Malamuth, 2000; Vanwesenbeeck, 1999). Wanneer echter de illusie wordt gewekt dat het slachtoffer de seks ook lekker vindt, kunnen andere jongeren ook het idee krijgen dat het in orde is om vrouwen te belagen (Nikken, 2009).

Kenmerken van de partner

De meeste seksuele ervaringen van jongeren vinden plaats binnen een relatie. Het hebben van een partner vergroot de kans dat iemand seksuele ervaring heeft. Wanneer de partner (veel) ouder is, is de kans op seksuele ervaring nog groter. Waarmee ook de kans op inadequaat anticonceptiegebruik en zwangerschap groter wordt. Echter op het moment dat de partner positief staat ten opzichte van anticonceptiegebruik, is de kans op daadwerkelijk gebruik ook groter (Widman, 2006). Op het gebied van seksuele grensoverschrijding blijkt de dader in veel gevallen de partner te zijn (Maxwell, 2003; Testa, 2007). Ook lijken vrouwen minder geneigd om weerstand te bieden aan bekende daders. Als de dader een vaste partner is, moet iemand kiezen tussen zijn eigen belang (weerstand bieden) of de relatie met de dader (partner niet willen verliezen) (Gidycz, 2006).

Alcoholgebruik

Bij ongewenste seksuele ervaringen spelen alcohol of drugs vaak een rol (Messman-Moore, 2008). Dat geldt vooral voor grensoverschrijdend seksueel gedrag buiten een intieme relatie (Testa, 2007). Ook geven meisjes die vaker en meer alcohol gebruiken, vaker aan dat ze spijt hebben gehad van een seksuele ervaring of weleens tot seks gedwongen zijn (Corbin, 2001; Harreveld, 2009). Verklaringen die de meisjes zelf gaven, waren bijvoorbeeld dat alcohol ervoor zorgde dat ze iets deden wat ze anders niet hadden gedaan, dat ze de ander aantrekkelijker gingen vinden, dat ze de risico's niet meer goed konden inschatten of dat ze niet meer in staat waren weerstand te bieden (Coleman, 2005; Harreveld, 2009). Toch zijn er ook meisjes die veel uitgaan en drinken die toch geen ongewenste seksuele ervaringen hebben. Ze beschrijven ongeveer dezelfde effecten. Maar de meisjes uit deze groep hebben vaker sterke 'principes' (bijvoorbeeld: geen seks hebben met een onbekende), waar ze – ook onder invloed – niet van afwijken. De principes bestaan vaak ook in de vriendengroep (die hen daarom kan helpen om zich eraan te houden). Voldoende zelfvertrouwen kan hierbij helpen. Meisjes zonder ongewenste seksuele ervaringen zorgen daarnaast vaker voor een veilige slaapplek dan meisjes met ongewenste ervaringen (Harreveld, 2009).

5.3 Aanbevelingen

De JGZ-professional ondersteunt jongeren bij de bevordering van seksueel gezond gedrag of een positieve seksuele ontwikkeling door:

- betrouwbare en relevante informatie;
- een positieve attitude (ten opzichte van bijvoorbeeld condoomgebruik en anticonceptiemiddelen, vrije partnerkeuze, genderrolopvattingen, respect voor wensen en grenzen);
- het aanleren van vaardigheden (in bijvoorbeeld communicatie met de partner over veilige en prettige seks of effectief gebruik van anticonceptie en condooms).

De belangrijkste risicofactoren voor een ongezonde seksuele ontwikkeling bij jongeren van 12 tot 19 jaar zijn:

- Weinig kennis, lage risicoperceptie.
- Negatief (seksueel) zelfbeeld.
- Jonge start en meerdere seksuele partners.
- Lichamelijke of geestelijke beperking, chronische ziekte.
- LHBT (lesbische, homoseksuele, biseksuele oriëntatie of transgender).
- Surinaamse of Antilliaanse opvoeding en omgeving.
- Zeer christelijke of islamitische (erg gelovige) opvoeding en omgeving.

De belangrijkste beschermende factoren voor een gezonde seksuele ontwikkeling zijn bij jongeren van 12 tot 19 jaar zijn:

- Voldoende kennis.
- Positieve attitude ten aanzien van gelijkwaardigheid en respect in relaties.
- Voldoende zelfvertrouwen, positief zelfbeeld en weerbaarheid.
- Onderhandelingsvaardigheden en communicatieve vaardigheden.
- Warm gezinsklimaat, met openheid, controle, affectie en steun.

De JGZ-professional kent de belangrijkste risico- en beschermende factoren voor een gezonde seksuele ontwikkeling bij kinderen/jongeren van 12 tot 19 jaar. Indien er sprake is van een negatieve balans tussen risico- en beschermende factoren, bepaalt de JGZ-professional samen met de jongere/ouders of er extra voorlichting, begeleiding of hulpverlening noodzakelijk is.

Tabel 12: Overzicht risico- en beschermende factoren seksuele gezondheid van jongeren van 0 tot 19 jaar

Risicofactoren		Beschermende factoren
	Microniveau	
	<i>persoonlijke factoren</i>	
Weinig kennis		Voldoende betrouwbare kennis
Negatief (seksueel) zelfbeeld		Positief zelfbeeld en lichaamsbeeld
Beperkte impulscontrole		Impulsregulatie c.q. zelfbeheersing
Negatieve opvattingen over anticonceptie- en condoomgebruik		Nadelen van zwangerschap, soa's en jong ouderschap inzien
Traditionele genderopvattingen		Permissieve opvattingen over seksualiteit
Beperkte communicatieve vaardigheden		Onderhandelingsvaardigheden en communicatieve vaardigheden
Lage risicoperceptie		Risico's kunnen inschatten en gevolgen kunnen overzien van eigen handelen
Laag zelfvertrouwen (lage inschatting zelf effectiviteit)		Voldoende zelfvertrouwen en weerbaarheid
Beperkt toekomstperspectief		Verbondenheid met school, werk en toekomstplannen

Vroege leeftijd eerste seksuele ervaring		
Laag opleidingsniveau		
Lichamelijke beperking, verstandelijke beperking, chronische ziekte		
LHBT (lesbische, homoseksuele, biseksuele oriëntatie of transgender)		
Religieus of erg gelovig		

Risicofactoren		Beschermende factoren
	Mesoniveau	
	<i>(sociale) omgevingsfactoren</i>	
	Gezin	
Kindermishandeling		Warm gezinsklimaat, met openheid, controle, affectie en steun
Armoede, geweld en drugsgebruik in gezin		Ouders bespreken seksualiteit en relaties, wensen en grenzen, soa's, zwangerschap en anticonceptie met kind
Moeder of zus/broers krijgen kind voor 20e		Opgroeien met beide biologische ouders
Verstoorde relatie met ouders		
Traditionele en negatieve opvattingen over homoseksualiteit, abortus, anticonceptie en seksualiteit voor het huwelijk		
	Vrienden	
Sociale druk		
Negatieve opvattingen over anticonceptiegebruik leeftijdsgenoten		Positieve houding beschermingsgedrag leeftijdsgenoten
Oudere partner (relatie)		Gelijkwaardige en respectvolle partner
	Media	
Agressieve porno, waarin illusie wordt gewekt dat het slachtoffer de seks lekker vindt, kan attitude negatief beïnvloeden		Mediabeelden niet realistisch of relevant vinden

	Alcohol	
Alcoholgebruik		

	Macroniveau	
	<i>Culturele factoren</i>	
Surinaamse of Antilliaanse opvoeding en omgeving		
Zeer christelijke of islamitische opvoeding en omgeving		
Traditionele genderrolvattingen in gezin en omgeving		
	<i>Maatschappelijke factoren</i>	
Homonegativiteit/homodiscriminatie, idem discriminatie rond transgender-/gendervariaties		Open maatschappelijk klimaat, positieve attitude ten opzichte van homoseksualiteit en seksuele diversiteit

6. Seksuele risico's

In dit hoofdstuk worden de *aard, omvang en gevolgen* van seksueel ongezond en seksueel riskant gedrag van jongeren tussen de 0 en 19 jaar beschreven. Voor kinderen in de leeftijd van 0 tot 12 jaar en jongeren in de leeftijd van 12 tot 19 jaar zijn specifieke risico's te onderkennen. Deze worden apart van elkaar beschreven. Daarnaast wordt een aantal risicogroepen belicht.

6.1 Seksuele risico's onder 0- tot 12-jarigen

6.1.1 Seksuele dwang

In landelijk onderzoek gaven 11 op de 1000 jongens (12 tot 14 jaar) en 13 op de 1000 meisjes (12 tot 14 jaar) aan vóór het 12e jaar gedwongen te zijn tot seksuele handelingen. Onder 12- tot 24-jarigen gaven 23 op de 1000 meisjes en 7 op de 1000 jongens aan dat dit voor het 12e jaar gebeurde (De Graaf, 2005). Uit onderzoek onder jonge kinderen zou ongeveer 1 op de 33 kinderen ervaring hebben met kindermishandeling. Bij 1 op de 750 kinderen zou sprake zijn van seksueel misbruik (Van IJendoorn, 2007). De Inspectie van het Onderwijs krijgt jaarlijks melding van ongeveer 150 gevallen van seksueel misbruik. Mogelijk is hier sprake van onderrapportage.

Als de eerste geslachtsgemeenschap voor het 14e jaar plaatsvindt, is de kans dat iemand hiertoe werd overgehaald of gedwongen ruim twee keer groter dan wanneer geslachtsgemeenschap op latere leeftijd plaatsvindt. 33% van de meisjes en 8% van de jongens van wie de eerste keer met 13 jaar of eerder plaatsvond, zegt de eerste keer te zijn overgehaald of gedwongen (De Graaf, 2012). Ook jongeren met een lichamelijke en cognitieve beperking zijn kwetsbaarder voor seksueel misbruik. Zij hebben door verzorgende aanrakingen vaak moeite om ongewenste en gewenste aanrakingen te onderscheiden (Meihuizen-de Regt, 2008; Van Berlo, 2011).

Seksueel geweld dat heeft plaatsgevonden tijdens de kindertijd kan negatieve gevolgen hebben voor het welzijn en de gezondheid. Jonge kinderen kunnen last krijgen van bedplassen, angsten, isolement, lichamelijke klachten en dergelijke. Ook op volwassen leeftijd kan seksueel misbruik in de kindertijd impact hebben op het psychosociale

welzijn. Dit kan zich uiten in seksuele problemen, geweld in de partnerrelaties, alcohol- of drugsmisbruik en zelf opnieuw slachtoffer worden (Blom, 2011).

6.1.2 Sexting

Sexting is een nieuw fenomeen waar nog weinig onderzoek naar gedaan is. Het gaat bij sexting om het versturen dan wel ontvangen/in bezit hebben van seksueel getinte opnames (foto of videomateriaal) van jongeren tot 18 jaar. Het maken, in bezit hebben en verspreiden van beelden van seksuele gedragingen van jongeren tot 18 jaar was strafbaar bij de Nederlandse wet, maar is versoepeld (zie hoofdstuk 7, Juridische kaders). In totaal blijkt 33% van de Europese 9- en 10-jarigen (vrijwel) dagelijks online te zijn. Van de 9- tot 12-jarige Nederlandse kinderen heeft 70% een profiel op een sociale netwerksite (meestal Hyves), en vooral onder de allerjongsten is Nederland hierin koploper (Livingstone, 2011). Op deze leeftijd komen sommige kinderen ook in contact met pornografische beelden. In Europa heeft 11% van de 9- en 10-jarigen in de laatste 12 maanden erotische beelden gezien (Livingstone, 2011). Slechts een kleine groep jongeren stript voor de webcam, verstuurt naaktfoto's of seksfilmpjes of heeft seks via internet. Het aantal is echter wel toegenomen in vergelijking met eerder onderzoek. Zo bleek in 2006 dat ongeveer 2% van de jongeren seksueel getinte opnames maakt van hun vriend of vriendin en dit aan anderen doorstuurt (De Graaf, 2006), terwijl in recentere publicaties dit cijfer op 7% onder jongens en 2% onder meisjes ligt (De Graaf, 2012).

6.2 Seksuele risico's onder 12- tot 19-jarigen

In deze paragraaf worden de aard en omvang van seksueel riskant gedrag van jongeren tussen de 12 en 19 jaar beschreven. De cijfers uit de landelijke monitor *Seks onder je 25^{ste}* (De Graaf, 2012) worden hiervoor als uitgangspunt gebruikt met aanvullende gegevens uit ander onderzoek, van onder andere de Inspectie voor de Gezondheidszorg (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2010). Seksueel ongezond en seksueel riskant gedrag onder jongeren van 12 tot 19 jaar is afgebakend tot de onderwerpen: (on)geplande zwangerschap, seksueel overdraagbare aandoeningen en seksueel geweld, homonegativiteit en pijn bij het vrijen (De Graaf, 2012). Uiteraard zijn er meer thema's te benoemen die een risico vormen voor de lichamelijke of psychosociale gezondheid en welzijn van kinderen op korte en langere termijn; deze worden echter niet in deze paragraaf besproken vanwege gebrek aan onderzoek.

6.2.1 Ongeplande zwangerschap en abortus

Een meisje kan ongepland zwanger raken en een jongen kan een meisje ongepland zwanger maken vanaf het moment dat ze geslachtsrijp zijn. Ongeplande zwangerschap kwam in 2008 bij 11 op de 1000 meisjes van 15 tot 19 jaar voor (De Graaf, 2013). Van deze meisjes lieten er 7,1 (65%) de zwangerschap afbreken. De meeste meisjes uit deze groep waren 17 jaar of ouder. In 2009 zijn in totaal 101 abortussen uitgevoerd bij meisjes onder de 15 jaar. De Inspectie voor de Gezondheidszorg registreert in 2009 4434 abortussen bij meisjes tussen de 15 en 19 jaar, waarmee een dalende trend van abortussen bij tienerzwangerschap gesignaleerd wordt (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2010). Volgens cijfers uit 2009 kregen 5,9 op de 1000 meisjes van 15 tot 19 jaar een kind (De Graaf, 2013). In 2009 waren er naar schatting 3226 tienermoeders (meisjes tot 20 jaar). Van de tienermoeders is ongeveer de helft bij de geboorte van het kind 19 jaar, 29% is 18 jaar en 15% is 17 jaar. Een meisje van 16 jaar of jonger krijgt zelden een kind (De Graaf, 2013).

Extra risico op ongeplande zwangerschap en abortus

Ongeplande zwangerschap en abortus komen vaker voor onder laagopgeleide jongeren in vergelijking met hoogopgeleide jongeren (De Graaf, 2005; De Graaf, 2012). Uit landelijk onderzoek in 2005 blijkt dat Antilliaanse jongeren en Surinaamse meisjes vaker met een ongeplande zwangerschap te maken hebben. Antilliaanse meisjes hebben daarnaast vaker ervaring met een abortus (De Graaf, 2005). Ook blijkt onder Antilliaanse/Arubaanse en Kaapverdische meisjes het geboortecijfer relatief hoog te zijn; respectievelijk 29 en 21 per 1000 meisjes. Alleenstaand moederschap komt onder deze groepen veel voor, terwijl onder autochtone, Turkse en Marokkaanse meisjes het geboortecijfer rond de 4 per 1000 ligt (De Graaf, 2013).

Gevolgen voor seksuele gezondheid

Bij een ongeplande zwangerschap wordt een tiener voor een lastige keuze gesteld. De keuze voor adoptie, abortus of de geboorte van het kind kan stress met zich meebrengen, wat gevolgen heeft voor de (seksuele) gezondheid (Blom, 2011). De keuze voor abortus zorgt bij tieners voor een verhoogde kans op gezondheidsklachten van

psychosociale aard (bijvoorbeeld depressie of eenzaamheid). Ook zijn er aanwijzingen dat tieners die niet (of in een later stadium van de zwangerschap) voor abortus kiezen meer negatieve psychosociale gezondheidsklachten ervaren (Blom, 2011). De vooruitzichten voor een tienermoeder zijn slecht. Bij een beperkt sociaal netwerk en minder veerkracht lopen zij een hoger risico op psychosociale problemen zoals depressie, eenzaamheid en isolement. Daarnaast lopen zij een risico hun opleiding niet af te maken en minder maatschappelijk te participeren, wat zich vertaalt in een laag inkomen. Daarbij hebben zwangere tieners ten opzichte van volwassen vrouwen een verhoogde kans dat het kind te vroeg geboren wordt, een laag geboortegewicht heeft of sterft (Blom, 2011).

6.2.2 Seksueel overdraagbare aandoeningen

Jongeren kunnen een seksueel overdraagbare aandoening oplopen op het moment dat zij niet veilig vrijen. Jongeren in de leeftijd van 15 tot 19 jaar hebben een verhoogd risico op soa's, omdat ze meer wisselende partners hebben dan volwassenen. In 2010 lieten 8837 jongeren van 15 tot 19 jaar zich testen op een soa. Driekwart hiervan waren meisjes, 20% heterojongens en 6% homojongens. Van de heterojongeren die zich lieten testen, bleek ongeveer 17% van de heterojongens en 19% van de meisjes een soa te hebben, vrijwel altijd chlamydia, een enkele keer (ook) gonorrhoea of genitale wratten. Het totale soa-percentages en het percentage chlamydia onder meisjes in deze leeftijdsgroep zijn hoger dan in andere leeftijdsgroepen (Vriend, 2011). Een onbehandelde soa kan verschillende gevolgen hebben, te weten: onvruchtbaarheid (chlamydia), risico's ongebooren kind (syfilis, gonorrhoe), kanker, orgaanschade (hepatitis) en dood (hiv).

Prevalentie hiv

In 2010 zijn 1681 heteroseksuele jongens (15 tot 19 jaar) getest op hiv; geen van deze jongens is seropositief bevonden. Onder de 485 geteste homoseksuele jongens (15 tot 19 jaar), zijn 7 jongens seropositief bevonden. Van de 6310 geteste meisjes (15 tot 19 jaar), zijn er 2 hiv-positief getest (Vriend, 2011). Een onbehandelde hiv-infectie zorgt voor de afbraak van het immuunsysteem, waardoor de jongere vatbaar is voor allerlei ziektes (aids). De levensduur van een jongere kan met hiv-remmers verlengd worden. Echter een levenslange behandeling met hiv-remmers zorgt voor meer kans op bepaalde vormen van kanker en ouderdomsziekten. Een chronische ziekte (hiv, hepatitis, herpes, virale soa) kan daarbij de kwaliteit van leven verlagen door veel ziekteperiodes en psychosociale klachten. Ook kampen mensen die leven met hiv met stigmatisering en diverse vormen van discriminatie (Blom, 2011).

6.2.3 Seksuele dwang

De prevalentie van seksuele dwang is hoog onder meisjes van 15 tot 17 jaar. In 2012 heeft 39% op deze leeftijd een seksuele ervaring tegen haar wil meegemaakt (hieronder valt bijvoorbeeld ook een opmerking over kleding), dit geldt ook voor 19% van de jongens. Ook geeft 15% van de meisjes (15 tot 17 jaar) aan ooit seksueel gedwongen te zijn, ten opzichte van 5% van de 15- tot 17-jarige jongens (De Graaf, 2012). Onder seksuele dwang worden 'seksuele handelingen die jongeren tegen hun wil hebben ondergaan' verstaan. In totaal geeft 13,5% van de meisjes en 4,7% van de jongens (12 tot 24 jaar) aan bij de eerste keer geslachtsgemeenschap te zijn overgehaald. En 3,3% van de meisjes geeft aan te zijn gedwongen bij de eerste keer, ten opzichte van 0,2% van de jongens (De Graaf, 2012). Van alle jongeren in de leeftijd 12 tot 24 jaar geeft 17% van de meisjes en 5% van de jongens aan 'weleens gedwongen te zijn tot seksuele handelingen' (De Graaf, 2012). Onder seksuele handelingen wordt verstaan: een tongzoen, aanraking, manuele seks, geslachtsgemeenschap, orale seks of anale seks tegen je wil. Meisjes zijn met betrekking tot alle afzonderlijke seksuele handelingen vaker gedwongen dan jongens (De Graaf, 2012), Antilliaanse meisjes vaker dan Nederlandse, Turkse en Marokkaanse meisjes.

Online dwang

Vooraf jonge meisjes (12 tot 14 jaar) vormen op het internet een kwetsbare groep. Deze meisjes geven relatief vaak aan dat ze vervelende seksuele ervaringen hebben op internet. Dit komt niet zozeer doordat ze vaker ongewenste seksueel getinte vragen of verzoeken krijgen of beelden zien, maar meer door het onvermogen om hier adequaat op te reageren. Deze meisjes geven bijvoorbeeld vaker dan oudere meisjes antwoord op een seksueel getinte vraag, omdat ze niet weten wat ze anders moeten doen, omdat ze niet onaardig of preuts over willen komen of omdat de ander hen overhaalt (De Graaf, 2006).

In een landelijk onderzoek gaf onder een groep meisjes met een gemiddelde leeftijd van 16 jaar die lid waren van profielsites als 'sugababes.nl' 38% aan dat ze in het afgelopen jaar ongevraagd geslachtsdelen of seksuele

handelingen te zien kregen. Dit soort ervaringen lijken weinig impact te hebben: meisjes geven aan dat het 'niet leuk' is, maar toch ook niet echt vervelend (De Graaf, 2006). Zodra meisjes iets seksueel hebben verteld of gedaan voor de webcam omdat ze hiertoe overgehaald werden (bijvoorbeeld door chantage), wordt dit wel als vervelend ervaren.

Ook komt het voor dat jongeren op internet verleid worden, waarna bij een offline afspraak seksueel geweld plaatsvindt. Twee derde van de jongens en driekwart van de meisjes uit kregen in het afgelopen jaar een verzoek om offline af te spreken. Hiervan geven 9% van de jongens en 6% van de meisjes aan dat ze een afspraak maakten die niet leuk was. De redenen hiervoor waren dat het niet klikte of dat de ander heel anders was dan hij of zij zich had voorgedaan. Van de meisjes die aangaven dat de afspraak niet leuk was, zegt 9% dat ze tijdens de afspraak tot seks gedwongen werden (De Graaf, 2006).

Ten slotte maken sommige jongeren zich ook zelf schuldig aan grensoverschrijdend gedrag, bijvoorbeeld door seksueel getinte opnames te maken van hun vriend of vriendin en dit aan anderen door te sturen. Deze verdergaande vormen van grensoverschrijding komt bij ongeveer 2% van de jongeren voor (De Graaf, 2006).

Loverboys

Een loverboy (pooier of mensenhandelaar) is geen nieuw verschijnsel. Een loverboy is een jongen die een meisje verleidt en zorgt dat ze verliefd op hem wordt. Vaak isoleert zo'n jongen het meisje van haar omgeving. Het meisje wordt daarbij afhankelijk gemaakt, gemanipuleerd of gechanteerd. In het ergste geval kan dit leiden tot gedwongen prostitutie. Er is dan sprake van vrouwenhandel en seksueel geweld. De werkwijze van een loverboy blijft veranderlijk en kan ook leiden tot andere vormen van uitbuiting (bijv. drugsmokkel). Soms is de loverboy zelf vrouw (Verwijs, 2011).

Risicogroep

Jongeren met een groter risico op seksueel misbruik, zijn jongeren:

- waarvan de thuissituatie instabiel is (verschillende problemen, zoals werkloosheid, alcohol- of drugsgebruik, huiselijk geweld of ziekte);
- die erg gevoelig zijn voor aandacht en bevestiging;
- met een negatief zelfbeeld/weinig zelfvertrouwen;
- die minder weerbaar zijn;
- die alcohol en drugs gebruiken;
- met een lichamelijke of verstandelijke beperking;
- met een gedragsstoornis.

Gevolgen seksuele dwang voor seksuele gezondheid

Afhankelijk van de aard, omvang, ernst en frequentie van het geweld alsook de leeftijd en persoonlijkheid van het kind, de omstandigheden en het type relatie met de pleger zijn de gevolgen van seksueel geweld in meer of mindere mate ernstig. Seksueel geweld kan gevolgen hebben voor de lichamelijke gezondheid (denk bijvoorbeeld aan ongewenste zwangerschap, besmetting met een soa en lichamelijk letsel), de psychische gezondheid (denk aan angst- en slaapstoornissen, posttraumatische stressreacties, gedragsproblemen, regressief gedrag, depressieve klachten, concentratieproblemen, seksualiserend gedrag, wantrouwen, eetproblemen, zelfverwonding, seksuele of relationele problemen) en de sociale omgeving (Blom, 2011). Seksuele disfuncties komen twee keer zoveel voor onder mensen die gedurende hun jeugd seksueel grensoverschrijdend gedrag hebben meegemaakt in vergelijking met mensen zonder seksuele geweldservaring (monitor Seksuele gezondheid in Nederland 2012, Rutgers WPF).

6.2.4 Homonegativiteit

Homonegativiteit is hoog onder jongeren van 12 tot 24 jaar in Nederland. Zo blijkt dat 12% van de jongens en 3% van de meisjes hun vriendschap zou verbreken als een van hun vrienden homo of lesbisch blijkt te zijn. Ook blijkt uit landelijk onderzoek dat bijna alle jongeren in deze leeftijdsgroep het goed vinden als een heterostel elkaar op

straat zocht, terwijl 16% van de jongens en 24% van de meisjes dit afkeurt als het om twee meisjes gaat en 51% van de jongens en 25% van de meisjes dit afkeurt als het om twee jongens gaat (De Graaf, 2012). Dit wijst erop dat homo- en biseksuele jongens op meer negatieve reacties uit de omgeving kunnen rekenen. Kite en Whitley (Kite, 2003) benoemen dat maatschappelijke afkeuring inderdaad vaker op homo- of biseksuele mannen gericht is, in vergelijking met lesbische of biseksuele vrouwen. De meeste homo- of biseksuele jongeren hebben dus te maken met een vorm van homonegativiteit. Zo geeft 68% van de jongens en 62% van de meisjes aan dat ze weleens een vervelende ervaring hebben gehad vanwege hun seksuele voorkeur. Het gaat dan om pesten, vervelende opmerkingen, belachelijk gemaakt worden, roddelen of negeren. Jongeren tussen de 16 en 18 maken dit vaker mee dan oudere jongeren (Keuzenkamp, 2010). Homonegativiteit is vooral hoog onder jongens, de jongste leeftijdsgroepen, bij jongeren met een Turkse of Marokkaanse achtergrond, bij streng christelijke en islamitische jongeren en bij lageropgeleide jongeren.

Zelfacceptatie en gevolgen homonegativiteit

Homonegativiteit heeft zo zijn weerslag op homo- en biseksuele jongeren. Uit recent landelijk onderzoek komt naar voren dat 30% van de homo- en biseksuele jongens liever hetero wil zijn, een kwart het best een probleem vindt om aan anderen te vertellen dat ze op jongens vallen en ruim 1 op de 5 het niet fijn vindt om als homo te leven. Voor lesbische en biseksuele meisjes liggen deze percentages lager op respectievelijk 10% en 8% (De Graaf, 2012). De meeste homo- en biseksuele jongeren beseffen langzaam dat ze homo, lesbisch of biseksueel zijn. Vanaf de puberteit voelen deze jongeren zich vaak aangetrokken tot iemand van hetzelfde geslacht. Wat zich kan uiten in gevoelens van seksuele aantrekking tot, seksuele fantasieën over of seksueel contact met iemand van hetzelfde geslacht (De Graaf, 2004). Uit recent onderzoek blijkt dat de exploratie naar de eigen seksuele geaardheid risico's voor homo- en biseksuele jongeren met zich meebrengt (denk bijvoorbeeld aan isolatie van leeftijdsgenoten, gebrek aan ondersteuning door ouders en afkeuring of veroordeling door de maatschappij) (Bedard, 2010). Moeite hebben met de eigen seksuele oriëntatie, niet uit de kast durven komen en negatieve reacties uit de omgeving leiden vaak tot een negatief zelfbeeld onder homoseksuele, lesbische en biseksuele jongeren. 1 op de 3 geeft aan nergens goed voor te zijn en 37% zou meer zelfrespect willen hebben (Van Bergen, 2010). Homo- en biseksuele jongeren zijn een kwetsbare groep als het gaat om psychisch welbevinden. Ze hebben bijvoorbeeld vaker depressieve gevoelens en suïcidale gedachten. 9% van de homo- of biseksuele jongens en 16% van de lesbische of biseksuele meisjes heeft een zelfmoordpoging achter de rug. Jongeren die religieus zijn opgevoed, hebben vaker een zelfmoordpoging gedaan (Keuzenkamp, 2010).

Beschermende factoren rondom homoseksualiteit

Een open maatschappelijk klimaat draagt bij aan het open kunnen zijn van jongeren over hun seksuele geaardheid. De meeste jongeren – waarvan de ouders op de hoogte zijn van hun seksuele voorkeur – voelen zich grotendeels of helemaal geaccepteerd door hun ouders. Steun van ouders en behoud van vrienden bieden bescherming voor deze jongeren en worden geassocieerd met minder psychische klachten (D'Augelli, 2002). In gezinnen waar veel waarde wordt gehecht aan religie, trouwen of kinderen krijgen heerst vaker een negatieve kijk op homo- en biseksualiteit (Heatherington, 2008). Jongeren die gelovig zijn opgevoed geven dan ook vaker aan dat ze zich niet geaccepteerd voelen door hun ouders (De Graaf, 2013). Lesbische en biseksuele meisjes die open zijn over hun seksuele geaardheid hebben minder last van psychische klachten dan homo- of biseksuele jongens. Mogelijk ervaren deze meisjes meer steun van de omgeving en draagt deze steun bij aan een positievere mentale gezondheid (Kuyper, 2011).

6.2.5 Pijn bij het vrijen

Meisjes in de leeftijd van 12 tot 24 jaar ervaren vaker seksuele problemen. Zo blijkt 13% van de meisjes met enige seksuele ervaring problemen met opwindingsproblemen te ervaren en heeft 11% van de meisjes regelmatig of vaker pijn tijdens het vrijen. Ook komt een kwart van de meisjes regelmatig niet klaar en heeft 17% regelmatig geen zin in seks (De Graaf, 2012; De Graaf, 2012). Meisjes zeggen daarnaast ook vaker dan jongens zich te schamen voor seksuele gevoelens, zich schuldig te voelen als ze (zouden) masturberen of seks eigenlijk vies te vinden (De Graaf, 2012). Oorzaken van pijn tijdens het vrijen kunnen lichamelijk zijn, maar ook geen zin hebben in seks en angst- of schaamtegevoelens kunnen zorgen voor pijn tijdens het vrijen. Meisjes met een lichamelijke beperking of chronische ziekte kunnen vaker last hebben van pijn bij het vrijen. Zo kan een ziekte of beperking ervoor zorgen dat de vagina minder/niet vochtig raakt of kunnen zich problemen met de bekkenbodemspieren voordoen,

waardoor meisjes pijn ervaren. Jongens met een lichamelijke beperking of chronische ziekte kunnen moeite hebben met het krijgen van een erectie en te vroeg of niet klaarkomen (Meihuizen-de Regt, 2008). De eerste keer geslachtsgemeenschap komt voor 38% van de jongens en 31% van de meisjes (12 tot 24 jaar) onverwacht. Jongeren ervaren de eerste keer vaker als vervelend als deze onverwachts komt (De Graaf, 2012).

6.3 Maatschappelijke gevolgen

De in deze paragraaf genoemde seksuele risico's hebben op de korte en lange termijn gevolgen voor de persoonlijke ontwikkeling, de gezondheid en het lichamelijk en psychosociaal functioneren van kinderen en jongeren. Over het algemeen presteren deze jeugdigen slechter op school, is er vaker sprake van schooluitval en en is er minder maatschappelijke participatie. Naast de individuele gevolgen brengt seksueel ongezond gedrag hoge kosten met zich mee voor de gezondheidszorg (medische zorg, abortushulpverlening, soa-/hiv-behandeling, verloskundige zorg, traumahulp), politie en justitie (aangifte, opsporing en vervolging) en de handhaving van veiligheid (controle en toezicht) (Blom, 2011).

6.4 Kwetsbare groepen

Sommige kinderen en jongeren lopen meer risico op seksuele grensoverschrijding, een soa, hiv of een ongeplande zwangerschap dan anderen. Hieronder worden de groepen met een verhoogd risico beschreven.

7.4.1 Vroege starters

Landelijk onderzoek toont aan dat niet veel jongeren onder de 14 jaar seksueel actief zijn. De groep seksueel actieve jongeren van 12 en 13 jaar loopt echter wel meer risico op seksuele grensoverschrijding, soa's en een ongeplande zwangerschap. Ook blijken vroege starters nog relatief weinig kennis te hebben over seksualiteit en voortplanting (De Graaf, 2012).

Tabel 13: Ervaring met seksualiteit naar leeftijd (De Graaf, 2012).

	12 – 13 jaar (%)	14 – 15 jaar (%)
Masturberen	27	50
Orgasme	22	48
Tongzoenen	32	57
Voelen en strelen	20	45
Manueel passief	7	23
Manueel actief	6	22
Geslachtsgemeenschap	3	16
Oraal passief	5	16
Oraal actief	3	13
Anale seks	2	3
N	827	1781

Van de vroege starters geeft 60% van de jongens als motivatie voor de eerste keer geslachtsgemeenschap *'ik was opgewonden (geil)'*, 60% van de meisjes geeft aan verliefd te zijn. Ook geeft 52% van de jongens als reden *'ik was nieuwsgierig'*, tegenover 50% van de meisjes die als reden gaven *'we hadden al een tijd verkering'* (De Graaf,

2012). Jongens geven bij vrijwel alle vormen van seks vaker aan ervaring te hebben dan meisjes. Ook in eerder landelijk onderzoek werd dit verschil gevonden (De Graaf, 2012). Meisjes geven namelijk over het algemeen de voorkeur aan een oudere partner en in oudere leeftijdsgroepen komen de meeste verschillen tussen seksen niet meer voor. De onderzoekers stellen dat er mogelijk sprake is van overrapportage van jongens of onderrapportage van meisjes (De Graaf, 2012).

Risico's onder vroege starters

Seksuele grensoverschrijding komt onder vroege starters vaak voor. Zo blijkt dat voor 33% van de meisjes voor wie de eerste keer op 13-jarige leeftijd of eerder plaatsvond geldt dat zij werden overgehaald of gedwongen. Minder weerbaarheid is een verklaring. Zo denken meisjes tussen de 12 en 14 jaar vaker dat ze ongewilde seks niet zouden kunnen weigeren, ten opzichte van oudere seksegenoten. Ook zijn jongens en meisjes van deze leeftijd minder assertief en hebben ze minder zelfvertrouwen of controle dan oudere jongeren (De Graaf, 2012). Uit hetzelfde onderzoek blijkt dat Nederlandse vroege starters minder vaak anticonceptie gebruiken. Het gebruik van de morning-afterpil is in de leeftijdsgroep 12- tot 14-jarigen relatief hoog. Jongeren van deze leeftijd hebben ook relatief weinig kennis over seksualiteit, voortplanting, anticonceptie en soa (De Graaf, 2012).

7.4.2 Laagopgeleide jongeren

Laagopgeleide jongeren zijn al jarenlang een zogenaamde risicogroep (De Graaf, 2005; De Graaf, 2013; De Graaf, 2012). Over het algemeen genomen hebben laagopgeleide jongeren vaker ervaring met seks (zoenen, strelen, vingeren, aftrekken, geslachtsgemeenschap) en meer verschillende sekspartners dan hun hoogopgeleide leeftijdsgenoten. Zo heeft 22% van de 14- en 15-jarige vmbo'ers weleens geslachtsgemeenschap gehad, ten opzichte van 7% van hun hogeropgeleide leeftijdsgenoten. De ervaring met seks gaat echter niet gepaard met meer kennis over seksualiteit, voortplanting, anticonceptie en soa's. Een (on)geplande zwangerschap komt onder laagopgeleide meisjes vaker voor. Ook grensoverschrijding komt bij deze groep vaker voor. Zo blijkt 20% van de laagopgeleide meisjes weleens gedwongen te zijn om iets te doen op seksueel gebied, tegenover 13% van de hoogopgeleide meisjes. Voor jongens ligt dit percentage respectievelijk op 6% vs. 3%. Van de laagopgeleide meisjes heeft daarnaast 10% weleens geslachtsgemeenschap tegen haar wil gehad, tegenover 5% van de hoogopgeleide meisjes. Jongens die laagopgeleid zijn hebben vaker seksueel getinte contacten via het internet (De Graaf, 2012).

7.4.3 Religieuze jongeren

Jongeren voor wie het geloof erg belangrijk is (zeer christelijke of islamitische jongeren) lopen eveneens meer risico's op seksueel gebied. Zo geven zeer christelijke jongeren iets vaker dan andere jongeren aan dat ze bij hun eerste keer geslachtsgemeenschap overgehaald of gedwongen werden. Zeer christelijke meisjes en islamitische jongens en meisjes gebruiken vaker geen anticonceptie. Onder islamitische meisjes is het gebruik van de morning-afterpil hoog. Bij islamitische jongeren wordt thuis minder over seksualiteit en relaties gepraat ten opzichte van niet-gelovige en christelijke jongeren. Ze hebben ook minder kennis over voortplanting, anticonceptie en soa's (De Graaf, 2012). Islamitische meisjes kunnen de JGZ-professional vragen stellen over het maagdenvlies en eventueel herstel hiervan, zie hiervoor ook hoofdstuk 2.

7.4.4 Jongeren van niet-Nederlandse of niet-westerse afkomst

Aangetoond is dat Nederlandse meisjes en meisjes van Antilliaanse afkomst relatief veel seksuele ervaring hebben ten opzichte van meisjes van Marokkaanse en Turkse afkomst (De Graaf, 2004; De Graaf, 2005). Daarnaast blijkt uit landelijk onderzoek in 2012 dat jongens met een Antilliaanse achtergrond meer sekspartners hebben dan de totale groep jongens. Surinaamse meisjes geven relatief vaak aan dat ze de eerste keer werden overgehaald of gedwongen. Antilliaanse jongeren geven iets vaker aan dat ze tijdens hun relatie met de laatste sekspartner ook seks met anderen hadden of dat hun laatste sekspartner iemand was waar ze zelf mee vreemdgingen. Daarbij gebruiken jongeren met een Surinaamse achtergrond en meisjes met een Antilliaanse achtergrond minder vaak de pil en/of een condoom. Jongens van Surinaamse, Turkse of Marokkaanse afkomst hebben relatief vaak weleens voor seks betaald en/of seks met een prostituee gehad (De Graaf, 2012).

Jonge asielzoekers, vluchtelingen en nieuwkomers vormen eveneens een kwetsbare groep als het gaat om seksuele en reproductieve gezondheid. De abortuscijfers van jonge asielzoekers (15 tot 19 jaar) zijn vier keer zo hoog als bij Nederlandse tieners. 90% van hen werd zwanger in Nederland en 60% had een abortus na een of meer kinderen. De hoogste abortuscijfers komen voor onder tieners uit Centraal- en Oost-Azië en West- en Centraal-

Afrika (Goosen, 2010).

7.4.5 Jongeren met een beperking of chronische ziekte

Zoals beschreven in paragraaf 3.2 is het voor jongeren lastig om risico's in te schatten en gepast te reageren op seksuele risico's. De nog onrijpe hersenen zijn hier deels de oorzaak van. Voor jongeren met een ernstige psychische of gedragsstoornis of een verstandelijke beperking blijft de ontwikkeling van de hersenen nog meer achter in vergelijking met die van hun gezonde leeftijdsgenoten (Doreleijers, 2010).

Jongeren met een beperking of chronische ziekte hebben behoefte aan specifieke informatie over hun ziekte of beperking en seksualiteit. Deze informatie is niet altijd beschikbaar. Hierdoor hebben jongeren met een ziekte of beperking minder kennis over seksualiteit en zijn ze minder bekend met de invloed van hun ziekte of beperking op hun seksuele ontwikkeling. Ook hebben deze jongeren minder seksuele ervaring (masturbatie, zoenen, vingeren/afrekken, geslachtsgemeenschap) in vergelijking met gezonde leeftijdsgenoten of starten zij later met hun seksuele carrière (Gianotten, 2008). Jongeren met een lichamelijke beperking, verstandelijke beperking of chronische ziekte zijn daarnaast gewend aan functionele en noodzakelijke aanrakingen (door bijvoorbeeld verzorging). Hierdoor kunnen ze ongewenste aanrakingen en seksueel misbruik moeilijker herkennen en benoemen (Van Berlo, 2011). Tot slot vinden jongeren met een onzichtbare beperking of verborgen gebreken (incontinentie, brandwonden, stoma, etc.) als gevolg van een chronische ziekte, het moeilijk om gebreken te bespreken. Ze houden hierdoor intimiteit en seksualiteit vaker af (Gianotten, 2008).

Risico's onder jongeren met een beperking of chronische ziekte

Seksuele grensoverschrijding of misbruik komt onder jongeren met een lichamelijke beperking, chronische ziekte of cognitieve beperking vaker voor dan bij gezonde leeftijdsgenoten (Van Berlo, 2011). Mensen met een cognitieve beperking lopen meer risico omdat ze gedragsimpulsen moeilijk kunnen controleren, gevoelig zijn voor dominantie en autoriteit, uitgaan van de goede bedoelingen van anderen en het misbruik of de grensoverschrijding niet goed kunnen benoemen (Van Berlo, 2011). Andere risicofactoren om slachtoffer te worden van seksuele grensoverschrijding bij jongeren met een lichte verstandelijke beperking (waaronder ook moeilijk lerende kinderen) zijn een negatief zelfbeeld, gebrek aan sociale en communicatieve vaardigheden, een verstoorde en moeizame relatie tot seksualiteit, laat voorgelicht worden door ouders en minder toezicht van ouders op school en tijdens het vervoer als kinderen in een instelling verblijven (Cense, 2011; Van Denderen, 2001). Bruinsma (1996) en Heestermans (1999), geciteerd in Lammers et al. (Lammers, 2005), benoemen ook een aantal factoren om pleger te worden: een minder ontwikkelde gewetensfunctie, een beperkte impulscontrole, zich minder kunnen inleven in de ander en ervaring hebben met seksueel geweld. Voor jongeren met een chronische ziekte of lichamelijke beperking spelen machtsfactoren, (sociale) isolatie, het niet goed kunnen interpreteren van (on)gepaste aanrakingen, weinig kennis, een negatief zelfbeeld en de (fysieke) drempel om te kunnen reageren op seksueel misbruik een belangrijke rol bij het verhoogde risico op seksueel misbruik (Gianotten, 2008; Van Berlo, 2011).

7.4.6 Lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgenderjongeren (LHBT-jongeren)

In hoofdstuk 2 en 3 is al beschreven dat kinderen en jongeren met een lesbische, homoseksuele of biseksuele oriëntatie en transgenderkinderen/-jongeren een kwetsbare groep vormen voor problemen rondom de seksuele ontwikkeling. Zo worden onder LHBT-kinderen en -jongeren vaker psychische en emotionele problemen gerapporteerd. Dit ten gevolge van verwarring over de genderidentiteit of seksuele oriëntatie evenals (verwachte) negatieve reacties uit de omgeving. Zo hebben ouders, vriendjes, school en leeftijdsgenoten er soms moeite mee als een kind zich niet volgens de heersende gendernormen gedraagt. Mede hierdoor kunnen deze kinderen emotionele, sociale en psychische problemen ontwikkelen (Zucker, 2008). Ze kunnen hierdoor lichamelijk contact vermijden of zichzelf distantiëren van hun eigen lichaam. Het is belangrijk dat kinderen en jongeren ondersteund worden, variatie in gendergedrag geaccepteerd wordt en gevoelens van genderdysforie, homoseksualiteit en biseksualiteit serieus genomen worden (Heatherington, 2008; Tharinger, 2000).

Risico's onder LHBT-jongeren

Jonge mannen die seks hebben met mannen rapporteren meer onbeschermd anale seks. Ook komen hiv en soa's onder deze groep relatief vaak voor. Onder deze groep is de laatste jaren een toename te zien van risicovol seksueel gedrag (bij losse partners) en zij laten zich niet of minder vaak dan wenselijk is testen op hiv en soa's dan oudere mannen. Zij rapporteren significant minder kennis over hiv en soa's en zijn daardoor minder goed

voorbereid op risico's (Van Empelen, 2011). Ook blijkt het percentage jongeren wat te maken heeft met grensoverschrijding hoger te liggen onder homo- en biseksuele jongeren. 16% van de homo- en biseksuele jongens, 21% van de heteroseksuele meisjes en 33% van de biseksuele en lesbische meisjes geeft aan weleens gedwongen te zijn seksuele dingen te doen tegen haar of zijn wil. Bij heteroseksuele jongens is dit 4% (De Graaf, 2012). Over risico's rondom hiv, soa's en grensoverschrijding bij transgenderjongeren/jongeren met genderdysforie zijn geen gegevens gevonden.

Homo-, lesbische en biseksuele jongeren hebben vaker dan andere jongeren te maken met psychische problemen. 14% van de lesbische en biseksuele meisjes, en 12% van de homo- en biseksuele jongens, geeft aan dat ze vaak of heel vaak last hadden van depressieve klachten als eenzaamheid, somberheid, hopeloosheid over de toekomst en het gevoel geen interesse te kunnen opbrengen voor dingen. Bijna de helft van de homojongeren heeft ooit suïcidale gedachten gehad en 12% heeft ooit een zelfmoordpoging ondernomen; onder heterojongeren is dit resp. 30% en 3%. Homo-, lesbische en biseksuele jongeren die gepest worden doen vaker een poging tot zelfdoding dan andere jongeren (Van Bergen, 2010). Jongeren met genderdysforie ervaren daarbij een afkeer voor hun eigen geslacht/(secundaire) geslachtskenmerken en lichaam (Peate, 2008).

6.5 Aanbevelingen

Kwetsbare groepen die meer risico lopen op seksuele grensoverschrijding, een soa, hiv of een ongeplande zwangerschap dan anderen, zijn:

- Vroege starters.
- Laagopgeleide jongeren.
- Religieuze jongeren.
- Jongeren met een niet-Nederlandse of niet-westerse achtergrond.
- Jongeren met een beperking of chronische ziekte.
- Lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgenderjongeren.

De JGZ-professional dient extra alert te zijn op risico's bij deze groepen en zo nodig extra ondersteuning te bieden. Ook is extra alertheid geboden ten aanzien van de invloed en reacties vanuit omgeving/ouders bij genderdysforie, homoseksuele gevoelens, seksuele activiteit, maagdenvlies en dergelijke.

De JGZ-professional volgt deze groepen intensiever vanaf de leeftijd van 10 à 11 jaar en biedt extra ondersteuning bij het maken van seksueel gezonde keuzes ter voorbereiding op de puberteit en seksuele activiteit.

7. Juridische kaders

Juridische kaders bij seksueel gedrag van kinderen en jongeren binnen de context van een gezonde seksuele ontwikkeling.

JGZ-professionals hebben (onder andere bij seksualiteitsvraagstukken) te maken met wet- en regelgeving. In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens besproken: relevante wet- en regelgeving, zeggenschap over geneeskundig onderzoek, het beroepsgeheim, het recht op gegevensuitwisseling, klacht- en tuchtrecht, het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling, de gegevensverstrekking aan politie en justitie en de gegevensuitwisseling via andere netwerken.

7.1 Relevante wet- en regelgeving

7.1.1 Verdrag inzake de rechten van het kind

Het betreft hier het internationale verdrag inzake de rechten van het kind. De staten die het verdrag hebben ondertekend (waaronder Nederland), beloven daarmee maatregelen te treffen ter bescherming van deze rechten. Het verdrag is van toepassing op personen jonger dan 18 jaar. De leeftijd van seksuele meerderjarigheid ligt in Nederland op 16 jaar. Het kind moet beschermd worden tegen alle vormen van lichamelijk of geestelijk geweld, letsel of misbruik, met inbegrip van seksueel misbruik, seksuele uitbuiting en lichamelijke en geestelijke verwaarlozing (artikel 19). De overheid moet zorg dragen voor wet- en regelgeving om kinderen te beschermen

tegen seksueel misbruik en seksuele exploitatie (artikel 34). Niet alleen de kinderen maar ook de (beide) ouders of voogd hebben de eerste verantwoordelijkheid voor de opvoeding en ontwikkeling van het kind.

7.1.2 *Burgerlijk Wetboek*

Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO, boek 7 van het Burgerlijk Wetboek).

De WGBO is van toepassing op geneeskundige handelingen die rechtstreeks betrekking hebben op personen (patiënten) en die ertoe strekken hen van een ziekte te genezen, hen voor het ontstaan van een ziekte te behoeden, hun gezondheidstoestand te beoordelen of hen verloskundige bijstand te verlenen (artikel 7:446 BW). Hieronder vallen ook aanpalende handelingen, zoals het verplegen en verzorgen van personen in het kader van een geneeskundige behandeling. De WGBO geldt daarmee ook voor de preventieve zorg en voor de werkzaamheden van de JGZ-professional.

De patiënt heeft een aantal rechten waar de hulpverlener aan tegemoet moet komen, zoals de informatieplicht, toestemmingsvereiste voor onderzoek en behandeling, dossierplicht en geheimhoudingsplicht.

De behandelingsovereenkomst wordt afgesloten tussen de rechtspersoon en opdrachtgever:

- Bij minderjarigen tot 16 jaar zijn de ouders of voogd de rechtspersoon.
- Bij kinderen tot 12 jaar is altijd toestemming nodig van de wettelijke vertegenwoordiger van het kind. Weigeren ouders toestemming te geven voor een dringend noodzakelijke ingreep, dan kan via de Raad voor de Kinderbescherming worden bewerkstelligd dat zij tijdelijk buitenspel worden gezet door een kinderschermingsmaatregel.
- Bij kinderen van 12 tot 16 jaar is in principe dubbele toestemming vereist, zowel van de ouders als van het kind zelf. Er zijn echter uitzonderingen, bijvoorbeeld bij abortus en anticonceptie, opgenomen in art. 450 lid 2. Er kan een abortus worden uitgevoerd en anticonceptie worden voorgeschreven zonder de toestemming van ouders indien zij kennelijk nodig is teneinde ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen en indien de minderjarige de verrichting weloverwogen blijft wensen. De patiënt zal zich hierbij moeten wenden tot andere volwassenen en deskundigen (bijvoorbeeld Fiom, huisarts, maatschappelijk werk). Het is uiteindelijk de behandelaar die besluit of de ouders/voogd bij het te nemen besluit betrokken moet(en) worden.
- Voor adolescenten van 16 tot 18 jaar wordt in de WGBO een uitzondering gemaakt. Vanaf het 16e jaar gaan adolescenten, mits wilsbekwaam, zelfstandig een geneeskundige behandelingsovereenkomst aan en beslissen zelf over geneeskundig onderzoek of geneeskundige behandeling.

7.1.3 *Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp)*

In de Wbp is een aantal algemene plichten opgenomen over het zorgvuldig omgaan met gegevens die over personen worden verwerkt (van het verzamelen van gegevens tot het vernietigen van gegevens). De verplichtingen rondom beheer en instandhouding van de persoonsgegevens liggen bij de verantwoordelijke (doorgaans het management of bestuur van een organisatie). In de meldcode van de KNMG wordt het belang van schriftelijke vastlegging van kindermishandeling in het dossier benadrukt. Hiermee wordt continuïteit gewaarborgd bij waarneming en opvolging. Zie ook de KNMG-publicatie *Privacywetgeving en omgaan met patiëntengegevens*, onderdelen A en C.

7.1.4 *Wet publieke gezondheid (Wpg)*

In de Wpg worden alle gemeentelijke taken omschreven voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg. Het Basistakenpakket JGZ 0-19 jaar, wat verankerd is in de Wpg, kent op dit moment nog een uniform deel en een maatwerkdeel. Het uniforme deel van het Basistakenpakket biedt alle kinderen in Nederland hetzelfde preventieve gezondheidsprogramma. Naar verwachting zal in januari 2015 het Basispakket JGZ van kracht worden.

7.1.5 *Wetboek van Strafrecht (WvSr)*

In het Nederlandse strafrecht is strafbaar seksueel gedrag terug te vinden bij de misdrijven voor de zeden (artikel 239 tot en met 253). Er is een aantal verboden seksuele interacties, zoals deze in artikel 242 tot 249 worden beschreven (de zogenaamde hands-on delicten,) en er zijn de zogenaamde hands-off delicten (het exhibitioneren of downloaden van kinderporno). Bij de hands-on delicten staat het begrip instemming centraal. Seksuele interacties zijn verboden als ze plaatsvinden met personen die daarvoor geen instemming hebben gegeven of met personen die niet in staat worden geacht instemming te geven. Dit kunnen personen zijn onder de 16 jaar, zwakbegaafde mensen en personen buiten bewustzijn. Ook kan het zo zijn dat iemand niet in een positie is om in te stemmen doordat hij of zij in een afhankelijkheidsrelatie met de pleger verkeert, zoals bijvoorbeeld (stief)vader

en dochter, arts en patiënt, leraar en leerling.

Strafbaar seksueel gedrag

Of het seksuele gedrag strafbaar is wordt bepaald door:

- Het al dan niet gebruiken van fysieke dwang of geweld (of dreiging daarmee).
- Het al of niet penetreren (of binnendringen) van het lichaam van het slachtoffer (hieronder valt ook penetreren met vingers, tongzoen of gedwongen orale seks).
- De leeftijd van het slachtoffer (kinderen beneden de 12 jaar, kinderen onder de 16 jaar en personen boven de 16 jaar die niet in staat zijn tot instemming vanwege verminderde weerbaarheid).

Bij seks met minderjarigen (onder de 16 jaar) of wilsonbekwamen is sprake van een klachtdelict. Dat wil zeggen dat het misdrijf strafbaar is en vervolging door het Openbaar Ministerie kan plaatsvinden als er een klacht is ingediend. Een klacht kan worden ingediend door de minderjarige zelf, zijn of haar ouders of wettelijke vertegenwoordigers en de Raad voor de Kinderbescherming.

Zedenwetgeving

Delicten die onder de zedenwetgeving vallen zijn:

Schennis van eerbaarheid

Schending van seksuele fatsoensnormen jegens anderen in het openbaar, een plaats toegankelijk voor jongeren onder de 16 jaar of in aanwezigheid van iemand die daar zijns ondanks tegenwoordig is (artikel 239).

Pornografie

Het openlijk tentoonstellen of ongevraagd aan iemand toezenden van afbeeldingen of voorwerpen die in strijd komen met de seksuele fatsoensnormen (artikel 240). (Bijvoorbeeld sexting, het via smartphones geseksualiseerde beelden versturen of ontvangen van een ander onder de 18 jaar, is een vorm van kinderpornografie). NB Als beide jongeren minderjarig zijn en beiden hebben ingestemd met het uitwisselen van seksuele beelden van zichzelf en er geen sprake was van dwang of chantage of een ongelijkwaardige relatie, wordt dit niet meer als een strafbaar feit gezien (nieuwe leidraad landelijk expertisecentrum kinderporno). Anders zou online seks strafbaarder zijn dan seks in het dagelijks leven.

Verkrachting

- Iemand met dwang of (dreiging met) geweld of een andere feitelijkheid dwingen tot het seksueel binnendringen van het lichaam (artikel 242).
- Seksueel binnendringen van een bewusteloze, onmachtige of gestoorde (artikel 243).
- Seksueel binnendringen bij iemand beneden de 12 jaar (artikel 244).
- Buiten echt seksueel binnendringen bij iemand beneden de 16 jaar (artikel 245/247).

Art. 245 Sr: ‘Hij die met iemand, die de leeftijd van twaalf jaren maar nog niet die van zestien jaren heeft bereikt, buiten echt, ontuchtige handelingen pleegt die bestaan uit of mede bestaan uit het seksueel binnendringen van lichaam, wordt gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste acht jaren of geldboete van vijfde categorie.’

Op grond van art. 1:31 Burgerlijk Wetboek kan de minister dispensatie verlenen voor het aangaan van een huwelijk voor personen jonger dan 16 (dan wel 18) jaar.

Art. 247 Sr: ‘Hij die met iemand van wie hij weet dat hij in staat van bewusteloosheid, verminderd bewustzijn of lichamelijk onmacht verkeert, dan wel aan een zodanige gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens lijdt dat hij niet of onvolkomen in staat is zijn wil daaromtrent te bepalen of kenbaar te maken of daartegen weerstand te bieden of met iemand beneden de leeftijd van zestien jaren buiten echt ontuchtige handelingen pleegt of laatstgemelde tot het plegen of dulden van zodanige handelingen buiten echt met derde verleidt, wordt gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste zes jaren of geldboete van vierde categorie.’

Art. 248a Sr: ‘Hij die door giften of beloften van geld of goed, misbruik van uit feitelijke verhoudingen voortvloeiend overwicht of misleiding een persoon waarvan hij weet of redelijkerwijs moet vermoeden dat deze de leeftijd van achttien jaar nog niet heeft bereikt, opzettelijk beweegt ontuchtige handelingen te plegen of

zodanige handelingen van hem te dulden, wordt gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste vier jaren of geldboete van de vierde categorie”.

Aanranding

- Iemand dwingen tot het plegen of dulden van ontuchtige handelingen (artikel 246).

Ontuchtige handelingen

- Ontuchtige handelingen met een slachtoffer onder of boven de 16 jaar maar niet in staat tot instemming (bewusteloos, onmacht of gestoord) (artikel 247).
- Iemand onder de 16 jaar verleiden tot het plegen of dulden van ontuchtige handelingen met derden (artikel 247).

Jeugdprostitutie

- Iemand onder de 18 jaar met giften en beloften of met misbruik van macht of overwicht verleiden tot het plegen of dulden van ontuchtige handelingen (artikel 248a).
- Ontucht plegen met iemand tussen de 16 en 18 jaar die zich beschikbaar stelt voor seksuele handelingen tegen betaling (artikel 248b).

Ontucht met misbruik van gezag of vertrouwen

- Ontucht plegen met zijn minderjarige kind, stiefkind of pleegkind, zijn pupil, een aan zijn zorg, opleiding of waakzaamheid toevertrouwde minderjarige of minderjarige bediende of ondergeschikte (artikel 249).

Seksuele contacten

- Seksuele contacten met kinderen onder de 12 jaar zijn strafbaar. Seks vanaf 12 jaar is strafbaar, maar wordt bij vrijwilligheid, gering leeftijdsverschil en een affectieve relatie vaak niet gemeld en bestraft.

Mishandelingsdelicten

Delicten die onder de mishandelingsdelicten vallen:

Meisjesbesnijdenis

- In Nederland zijn alle vormen van meisjesbesnijdenis verboden. De straf bedraagt maximaal 12 jaar gevangenis voor zware mishandeling met voorbedachten rade. Wanneer de ingreep wordt verricht door iemand die geen arts is en die daartoe geen opdracht heeft gekregen van een arts, dan valt dit onder het onbevoegd uitoefenen van een voorbehouden handeling van de Wet BIG.
- Indien de besnijdenis door een ouder zelf wordt uitgevoerd op de eigen dochter kan de straf met een derde worden verhoogd. Ook wanneer ouders opdracht geven voor een besnijdenis, hiervoor betalen, middelen leveren waarmee de besnijdenis kan worden uitgevoerd en/of meehelpen tijdens de besnijdenis, zijn zij strafbaar (zie ook het standpunt VGV).

7.1.6 Meldcode huiselijk geweld, kindermishandeling, vrouwelijke genitale verminking en eerge relateerd geweld

In een meldcode worden de verantwoordelijkheden van bepaalde beroepsgroepen of instellingen vastgelegd. De meldcode moet professionals in de jeugdzorg, jeugdgezondheidszorg, bij de politie, in het onderwijs, bij justitie, in de kinderopvang en dergelijke alert maken op signalen van kindermishandeling en hen stimuleren hier desgewenst melding van te doen. Hiertoe wordt een stappenplan aangereikt. Een meldcode beschermt het kind omdat niet melden bij vermoedens van mishandeling beschouwd kan worden als niet zorgvuldig handelen. Zie hiervoor ook de KNMG-meldcode *Kindermishandeling en huiselijk geweld* (zie JGZ-richtlijn *Secundaire preventie kindermishandeling*).

7.1.7. Beroepsgeheim

Iedere beroepskracht die zorg biedt aan cliënten heeft een beroepsgeheim. Deze zwijgplicht verplicht de beroepskracht geen informatie over de cliënt aan derden te verstrekken tenzij de cliënt hem daarvoor toestemming geeft. Voor de jeugdartsen en verpleegkundigen is dit beroepsgeheim vastgelegd in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) (artikel 7.457 Burgerlijk Wetboek). Bij het beroepsgeheim gaat het om: geheimhouding waar mogelijk, zorgvuldige doorbreking van het geheim waar nodig. Bij vermoedens van mishandeling spant de beroepskracht zich in om toestemming voor de melding te krijgen. Als dit niet lukt, kan een wettelijke plicht tot spreken bestaan of een conflict van plichten. Zo bestaat in geval van infectieziekten de

wettelijke plicht tot melden. Bij vermoedens van kindermishandeling is er het wettelijke recht van geheimhouders om vermoedens te melden bij het AMK. Als een arts of verpleegkundige meent de zwijgplicht te moeten doorbreken zal een ander belang zwaarder wegen. Bijvoorbeeld het belang van het kind tegenover het belang van de ouder (zie ook richtlijn KNMG).

7. 8 Advies- en Meldpunt Kindermishandeling

Het AMK valt op dit moment nog onder de verantwoordelijkheid van de jeugdzorg. Hier zal in de toekomst, met de 'transitie jeugdzorg', verandering in komen. Bij vermoedens van (seksuele) kindermishandeling zijn organisaties en zelfstandige beroepsprofessionals verplicht een meldcode te gebruiken. Hiermee wordt beter gereageerd op signalen. Zij zijn verplicht volgens een vijfstappenmodel te werken en kunnen tussentijds advies inwinnen en/of vermoedens melden bij het AMK. Een JGZ-professional kan bij een vermoeden ook melding maken van (vermoedens van) kindermishandeling bij het AMK en kan in uitzonderingsgevallen zelf anoniem blijven.

7. 9 Gegevensverstrekking politie/justitie

Als de JGZ een geval van seksueel misbruik meldt bij het AMK, kan het AMK aangifte doen bij de politie. Vanuit een strafrechtelijk onderzoek kan de JGZ om nadere informatie gevraagd worden door politie of justitie. De JGZ maakt zelf de afweging of ze in kan stemmen met gegevensverstrekking of dat er sprake is van een conflict van plichten. Wordt een hulpverlener in een strafproces als getuige opgeroepen, dan heeft hij de plicht te verschijnen. Hij kan zich wel beroepen op zijn zwijgrecht, waar de rechter uiteindelijk over beslist.

7. 10 Gegevensuitwisseling via netwerken

Op het terrein van seksuele gezondheid zijn in regio's en gemeenten initiatieven voor structureel overleg (bijvoorbeeld rondom seksueel gedrag, sexting, pornografie, seksuele dwang, loverboys, e.d.) In dergelijke netwerken functioneren vaak meerdere disciplines, zoals leerkrachten, pedagogen, maatschappelijk werkers, de JGZ en dergelijke. De casuïstiek wordt zoveel mogelijk anoniem of met toestemming van betrokkenen behandeld. Ook hier geldt dat het belang van het kind zwaarder weegt dan het belang dat gediend is met de handhaving van de zwijgplicht. Gegevensuitwisseling kan plaatsvinden als daarmee het seksuele riskante gedrag kan worden voorkomen of gestopt. Voor het onderwijs geldt geen specifiek wettelijk geregeld beroepsgeheim. Wel zijn er voorschriften voor het regelen van geheimhouding. Zoals alle hulpverleners mogen leerkrachten uitsluitend gegevens verstrekken over derden met toestemming van de ouders en/of het kind.

7. 11 Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de juridische kaders omschreven, zoals relevante wet- en regelgeving, waarbinnen seksueel gedrag wel of niet toelaatbaar c.q. strafbaar is. Tevens wordt informatie gegeven over de regelgeving rondom beroepsgeheim en gegevensverstrekking aan derden alsook over het klacht- en tuchtrecht. De JGZ-professional dient de informatie in dit hoofdstuk, die past bij de algemene professionele kennis, te kennen.

8. Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de aanbevelingen beschreven. De aanbevelingen zijn gebaseerd op een combinatie van informatie uit het literatuuronderzoek, overleg met de werkgroep en inzichten uit de praktijk.

8. 1 Informeren, vroeg signaleren en monitoren

- De JGZ-professional vraagt proactief en in eenvoudige taal naar de seksuele ontwikkeling van kinderen en jongeren op verschillende momenten tijdens de seksuele ontwikkeling.
- De JGZ-professional informeert kinderen, jongeren en ouders over een gezonde seksuele ontwikkeling (denk aan: lichamelijke veranderingen, veelvoorkomend seksueel gedrag, masturbatie, vruchtbaarheid bij jongens en meisjes, zaadlozing en natte droom bij jongens, lichaamsbeeld, seksuele gevoelens, seksuele oriëntatie, genderidentiteitsontwikkeling), geeft ouders tips voor seksuele opvoeding en gebruikt hiervoor contactmomenten, brochures en websites (zie ook hoofdstuk 4).
- De JGZ-professional vraagt en informeert ouders (met kinderen/ jongeren in de leeftijd van), kinderen en

jongeren herhaaldelijk, maar in ieder geval op de leeftijd van:

- o Ongeveer 3 maanden (de JGZ biedt informatie aan, bijvoorbeeld in de vorm van een (digitale) folder of verwijzing naar www.opvoeden.nl (zie ook hoofdstuk 4)).
 - o 2 à 3 jaar (zindelijkheidsfase).
 - o (Bijna) 4 jaar (voor de basisschool).
 - o 10/11 jaar (voorbereiding op puberteit).
 - o 13/14 jaar (voorbereiding seksuele activiteit).
 - o 15/16 jaar (deel seksueel actief).
- De JGZ-professional onderzoekt tijdens contacten met kinderen/jongeren/ouders aan de hand van het gesprek en eventueel lichamelijk onderzoek of er signalen zijn die kunnen wijzen op een ongezonde seksuele ontwikkeling. Aan de hand van de beschreven acties in hoofdstuk 2 worden zo nodig verdere stappen ondernomen.
 - De JGZ-professional biedt informatie en advies bij tussentijdse vragen en problemen over de seksuele ontwikkeling aan kinderen, ouders en professionals.
 - De JGZ-professional heeft voldoende kennis over de seksuele ontwikkeling om bijzonderheden te signaleren en is in staat om kinderen/jongeren/ouders proactief naar de seksuele ontwikkeling te vragen, deze ontwikkeling proactief te bespreken en de kinderen/jongeren/ouders proactief te begeleiden.
 - De JGZ-professional stimuleert ouders hun rol in de seksuele opvoeding op te pakken.
 - De JGZ-professional is in staat ouders te ondersteunen bij de seksuele opvoeding en is in staat adequaat te reageren op vragen en problemen (van derden).
 - De JGZ-professional kan omgaan met diversiteit en is zich bewust van mogelijke verschillen in culturele en religieuze waarden en normen van zichzelf en ouders en jongeren.
 - De JGZ-professional gebruikt de richtlijn en de criteria van het vlaggensysteem bij de beoordeling van (mogelijk) grensoverschrijdend seksueel gedrag.
 - JGZ-organisaties zorgen ervoor dat kennis van en aandacht voor het onderwerp seksualiteit (de seksuele ontwikkeling van kinderen en jongeren en seksuele opvoedingsondersteuning van ouders) binnen de organisatie worden geborgd.
 - De JGZ biedt informatie, advies en begeleiding rondom de seksuele ontwikkeling en opvoeding van kinderen individueel of collectief aan, face to face of digitaal via bijvoorbeeld chat/e-health.
 - De JGZ heeft oog voor risicofactoren (omgevings- of kindfactoren) die de seksuele ontwikkeling van het kind kunnen schaden of beperken.
 - De JGZ-professional kent de belangrijkste risico- en beschermende factoren voor een gezonde seksuele ontwikkeling. Indien er sprake is van een negatieve balans tussen risico- en beschermende factoren bepaalt de JGZ-professional samen met de jongere/ouders of er extra voorlichting, begeleiding of hulpverlening noodzakelijk is.
 - De JGZ besteedt expliciet aandacht aan de seksuele ontwikkeling bij risicogroepen en risicogezinnen tijdens de contactmomenten. Risicogroepen met meer risico op seksuele grensoverschrijding, een soa, hiv of een ongeplande zwangerschap dan anderen zijn:
 - o Vroege starters.
 - o Laagopgeleide jongeren
 - o Religieuze jongeren.
 - o Jongeren met een niet-Nederlandse of niet-westerse achtergrond.
 - o Jongeren met een beperking of chronische ziekte.
 - o Lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgenderjongeren.
 - De JGZ-professional biedt extra ondersteuning op 10- à 11-jarige leeftijd bij risicogroepen ter voorbereiding op de puberteit en seksuele activiteit.
 - De JGZ-professional is extra alert op de invloed en reacties vanuit omgeving/ouders van bepaalde risicogroepen bij genderdysforie, homoseksuele gevoelens, seksuele activiteit, maagdelijkheid e.d.
 - De JGZ stemt de aandacht voor de seksuele ontwikkeling alsook de preventie op het gebied van de seksuele ontwikkeling af met het onderwijs, de kinderopvang en eventueel de afdeling gezondheidsbevordering van de JGZ of GGD.
 - De JGZ-professional kent de Sense-sprekuren voor jongeren van 12 tot 19 jaar en verwijst voor aanvullende seksualiteitshulpverlening naar de Sense-sprekuren.

- In verband met preventie van seksueel ongezond of riskant gedrag is het van belang dat in het JGZ-dossier expliciet melding wordt gemaakt van mogelijke risicofactoren, vermoedens van seksueel ongezond en seksueel riskant gedrag. Hiertoe zal de Basisdataset JGZ moeten worden uitgebreid met risicofactoren.
- De JGZ-professional gebruikt in ieder geval de volgende materialen:
 - 0 tot 6 jaar: brochure *Seksuele opvoeding van kinderen van 0 tot 6 jaar* (Rutgers WPF).
 - 10/11 jaar: brochure *Puber in huis!* Tips voor de seksuele opvoeding van kinderen tussen de 9 en 15 jaar (Rutgers WPF); pubergidsen (voor pubers 9 tot 12 jaar) (Rutgers WPF).
 - 13/14 jaar: pubergidsen (voor pubers van 9 tot 12 jaar en van 12 tot 15 jaar) (Rutgers WPF); www.sense.info.
 - 15/16 jaar: www.sense.info.
- De JGZ-professional gebruikt de interventies en materialen uit hoofdstuk 4 bij de seksuele gezondheidsbevordering van kinderen en jongeren en de seksuele opvoedingsondersteuning van ouders.
- De JGZ-professional is op de hoogte van relevante materialen/voorzieningen/organisaties (op het gebied van seksualiteit) in de eigen regio.

8.8 Deskundigheid JGZ-professionals

- Kennis en vaardigheden over de seksuele ontwikkeling van jeugdigen van 0 tot 19 jaar alsook bevordering van de seksuele gezondheid maken expliciet onderdeel uit van de opleiding tot jeugdarts, jeugdverpleegkundige en doktersassistent.
- JGZ-professionals zijn in staat seksualiteit als vanzelfsprekend onderdeel van de psychosociale ontwikkeling van kinderen mee te nemen in de gespreksvoering met ouders en kinderen.
- JGZ-professionals zijn in staat de seksuele ontwikkeling van kinderen proactief aan de orde te stellen in gesprekken met ouders.
- JGZ-professionals zijn in staat aan te sluiten bij veelvoorkomende vragen en zorgen van ouders en kinderen over de seksuele ontwikkeling.
- JGZ-professionals zijn in staat advies en ondersteuning te bieden bij vragen en zorgen van externe professionals (leerkrachten, school maatschappelijk werk, zorg- en adviesteams, pedagogen) over de seksuele ontwikkeling van kinderen of jongeren.
- In de na- en bijscholing van de JGZ heeft de seksuele ontwikkeling van 0- tot 19-jarigen een plek.

8.9 Samenwerking

- De JGZ volgt de JGZ-richtlijn *Seksuele ontwikkeling (0-19 jaar)* en verwijst zo nodig door naar deskundigen.
- De JGZ-professional wijst jongeren van 12 jaar en ouder bij vragen over seksualiteit op Sense-sprekuren in de regio.
- Bij vermoedens van seksuele opvoedingsproblemen zoekt de JGZ samenwerking met relevante partijen binnen de Centra voor Jeugd en Gezin of jeugdzorg in de regio.

8.10 Onderzoek en beleid

- De JGZ neemt, indien dit nog niet is gebeurd, de seksuele ontwikkeling op in de gebruikelijke informatie voor de ouders.
- In het beleid van de JGZ en het CJG wordt de seksuele ontwikkeling van 0 tot 19 jaar als relevant onderwerp opgenomen.
- De JGZ breidt in het kader van de vroegsignalering van ongezond seksueel gedrag de contactmomenten uit met een contactmoment op latere leeftijd. Een contactmoment rond de leeftijd van 15 à 16 jaar wordt momenteel vormgegeven.
- Meer onderzoek naar de seksuele ontwikkeling bij jonge kinderen en de schade van seksuele gedragingen voor de latere seksuele ontwikkeling is nodig.
- Meer onderzoek naar de rol van internet en social media op de seksuele ontwikkeling is wenselijk.
- Meer onderzoek naar de seksuele ontwikkeling van kinderen/jongeren met een fysieke en verstandelijke beperking is wenselijk alsook de begeleiding bij een gezonde seksuele ontwikkeling.
- Onderzocht moet worden of een specifieke (valide) vragenlijst of screeningslijst om de seksuele ontwikkeling bij kinderen in verschillende fasen in de JGZ te kunnen volgen nodig is.

- De interventies voor de seksuele opvoedingsondersteuning van ouders dienen op effectiviteit en bruikbaarheid in de JGZ te worden onderzocht.
- Gezien de uitbreiding van het contactmoment van de JGZ met adolescenten vanaf 14 jaar, is het gewenst eventuele behoeften aan extra ondersteuning en leemtes in interventies op termijn goed in beeld te krijgen en hierin te voorzien.

Dankwoord

De JGZ-richtlijn *Seksuele ontwikkeling (0-19 jaar)* is tot stand gekomen met dank aan de volgende personen:

Werkgroepleden:

- Lia van Aaken (Fractie Jeugd V&VN, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland)
- Sanderijn van der Doef (NVVS, Nederlandse Vereniging voor Seksuologie)
- Annelies Haanenbrink (NVS-NVL, Nederlandse Vereniging van Schooldecanen en Leerlingbegeleiders)
- Carine Slots (NVS-NVL, Nederlandse Vereniging van Schooldecanen en Leerlingbegeleiders)
- Trudi Herweijer (NVK, Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, sectie sociale pediatrie)
- Marjolein van der Laan (Arts Maatschappij & Gezondheid; Sense)
- Peter Leusink (NHG, Nederlands Huisartsen Genootschap)
- Yvonne van Straten (NVDA, Nederlandse Vereniging Doktersassistenten)
- Margreet Verdel (Fractie Jeugd V&VN, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland)
- Pauline Verloove-Vanhorick (TNO, kinderarts)
- Yrma Atema (AJN, Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland)

Meelezers:

- Ellen van Hoorn (arts Maatschappij en Gezondheid, bestuurslid AJN, Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland)
- Mascha Kamphuis (Jeugdarts KNMG, vice-voorzitter AJN, onderzoeker TNO)
- Judith van Leeuwen (Jeugdarts KNMG)
- Nelleke Meester (Arts Maatschappij en Gezondheid)
- Huda Talib (jeugdarts KNMG i.o.)
- Robert de Gier (Nederlandse Vereniging voor Urologie, Werkgroep Kinderurologie)
- Peter Nikken (Specialist jeugd, media en opvoeding, Nederlands Jeugdinstituut/Bijzonder hoogleraar Mediaopvoeding Erasmus Universiteit Rotterdam)
- Gera Hoorweg-Nijman (kinderarts-endocrinoloog)
- Vasanthi Iyer (arts Maatschappij & Gezondheid, Master of Public Health, voorzitter AJN Noord Holland)
- Berna Kramer (jurist)
- Sabine de Muinck Keizer-Schrama (kinderarts-endocrinoloog)

Adviseurs:

- Hanneke de Graaf (senior-onderzoeker, Rutgers WPF)
- Bouko Bakker (senior-consultant, Rutgers WPF)

Literatuur

- Abraham C., Sheeran P., Johnston M. (1998). From health beliefs to self-regulation: Theoretical advances in the psychology of action control. *Psychology and Health*, 13, 569-591.
- Ajzen I. (1988). *Attitudes, personality and behaviour*. England: Milton Keynes: Open University Press.
- Bakker F., de Graaf H., de Haas S., Kedde H., Kruijjer H., Wijzen C. (2009). *Seksuele gezondheid in Nederland 2009*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Bedard K. K., Marks A. K. (2010). Current psychological perspectives on adolescent lesbian identity development. *Journal of Lesbian Studies*, 14(1), 16-25.
- Blom C., Vlugt van der I., Neef de M. (2011). *Handreiking lokaal gezondheidsbeleid: Seksuele gezondheid. Rutgers WPF en Soa Aids Nederland*. Bilthoven: RIVM Loket Gezond Leven.
- Bogaerts S., Goethals J., Vervaeke G. (2000). Volwassen gehechtheid en ouderlijke sensitiviteit in relatie tot intimiteit en eenzaamheid bij seksuele delinquenten: Een literatuuranalyse. *Tijdschrift Voor Seksuologie*, 24, 141-151.
- Brückner H., Martin A., Bearman P. S. (2004). Ambivalence and pregnancy: Adolescents' attitudes, contraceptive use and pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36(6), 248-257.
- Burt Solorzano C. M., McCartney C. R. (2010). Obesity and the pubertal transition in girls and boys. *Reproduction (Cambridge, England)*, 140(3), 399-410.
- Cameron P., Biber H. (1973). Sexual thought throughout the life-span. *The Gerontologist*, 13(2), 144-147.
- Carel J. C., Léger J. (2008). Precocious puberty. *New England Journal of Medicine*, 358(22), 2366-2377.
- Cense M., Martens M., Maris S., Janssen E., de Graaf, H. (2011). *Onderzoek naar determinanten van succesvolle implementatie van het leskatern relaties & seksualiteit in het basisonderwijs*. Utrecht: ResCon & Rutgers WPF.
- Cense M., van de Walle R., van Dijk, L. (2011). *Moeilijk lerende jongeren over seks en grenzen*. Utrecht: Rutgers WPF.
- Chandra A., Martino S. C., Collins R. L., Elliott M. N., Berry S. H., Kanouse D. E., et al. (2008). Does watching sex on television predict teen pregnancy? findings from a national longitudinal survey of youth. *Pediatrics*, 122(5), 1047-1054.
- Cohen-Kettenis P. T. (2000). Transseksualiteit: Een overzicht. *Tijdschrift Voor Seksuologie*, 24, 63-72.
- Coleman L. M., Cater S. M. (2005). A qualitative study of the relationship between alcohol consumption and risky sex in adolescents. *Archives of Sexual Behavior*, 34(6), 649-661.
- Corbin W. R., Bernat J. A., Calhoun K. S., McNair L. D., Seals K. L. (2001). The role of alcohol expectancies and alcohol consumption among sexually victimized and nonvictimized college women. *Journal of Interpersonal Violence*, 16(4), 297-311.
- Crone E. A., Bullens L., van der Plas E. A., Kijkuit E. J., Zelazo, P. D. (2008). Developmental changes and individual differences in risk and perspective taking in adolescence. *Development and Psychopathology*, 20(4), 1213-1229.
- D'Augelli A. R. (2002). Mental health problems among lesbian, gay, and bisexual youths ages 14 to 21. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(3), 433-456.
- de Bruijn P., Burrie I., van Wel, F. (2006). A risky boundary: Unwanted sexual behavior among youth. *Journal of Sexual Agression*, 12, 81-96.
- de Graaf H. (2005). *Seks onder je 25^e. Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2005*. Delft: Rutgers Nisso Groep/SOA Aids Nederland. Eberon.
- de Graaf H. (2007). *De rol van ouders in de seksuele ontwikkeling: Een literatuurstudie*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- de Graaf H. (2013). *Leeflijn seksuele ontwikkeling (in ontwikkeling)*. Rutgers WPF: Utrecht.
- de Graaf H. (2012 (in publicatie)). *De bloemetjes en de bijtjes of eitjes en zaadjes, onderzoek naar seksuele opvoeding van ouders*. Utrecht: Rutgers WPF.
- de Graaf H., Kruijjer H., Acker J., Meijer S. (2012). *Seks onder je 25e: Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2012*. Utrecht: Amsterdam: Rutgers WPF;SOA AIDS Nederland.
- de Graaf H., Neeleman A., Vennix P., van Son-Schoones N. (2004). De seksuele levensloop. In L. Gijs, W. Gianotten, I. Vanwesenbeeck & P. Weijenborg (Eds.), *Seksuologie* (). Houten: Bohn, Stafleu van Loghum.

- de Graaf H., Nikken P., Janssens K., Felten H., van Berlo W. (2008). *Seksualisering: Reden tot zorg?*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep/Nji/MOVISIE.
- de Graaf H., Rademaker J. (2003). *Seks in de groei. een verkennend onderzoek naar de (pre)seksuele ontwikkeling van kinderen en jeugdigen*. Delft: RNG Studies, Eberon.
- de Graaf H., Rademaker J. (2007). Seksueel gedrag en seksuele gevoelens van prepuberale kinderen. *Tijdschr Seksuol*, 31, 184-194.
- de Graaf H., Rademaker J. (2009). *Seks in de groei' update anno 2009. recente wetenschappelijke inzichten in de seksuele ontwikkeling van kinderen en jeugdigen*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- de Graaf H., Vanwesenbeeck I. (2006). *Seks is een game: Gewenste en ongewenste seksuele ervaringen van jongeren op internet*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- de Haan J. (2010). *NL kids online. nieuwe mogelijkheden en risico's van internetgebruik door jongeren*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- de Neef M., van Dijk L. (2010). *Achtergronden van inadequaate anticonceptiegebruik bij jongeren*. Utrecht: Rutgers WPF.
- Delden P., Haterd J., Hens H., Prinsen B., Zwikker N. (2010). *Professionals in het centrum voor jeugd en gezin. samenwerken in het belang van jeugdigen en opvoeders*. Den Haag: Centrum voor Jeugd en Gezin.
- Delemarre-van der Waal H. A., Bocca G., Cohen-Kettenis P. T., Haasnoot K., Hack W. W. M., Rotteveel J., et al. (2006). *Praktische kindergeneeskunde: Kinderendocrinologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghem.
- Derksen-Lubsen G., Moll H. A., Büller H. A. (2006). *Compendium kindergeneeskunde*. Houten: Bohn Stafleu van Loghem.
- Doreleijers T., Crone E., & Jansen L. (2010). Biologische ontwikkeling. *Psychologie van de adolescentie. basisboek*. Zutphen: Thieme Meulenhoff.
- Eekhof J. A. K., Knuistingh Neven A., Opstelten W. (2011). *Kleine kwalen bij kinderen* Elsevier Gezondheidszorg.
- Engels R. C. M. E., Kerr M., Stattin H. (2007). *Friends, lovers and groups: Key relationships in adolescence*. London: Wiley.
- Fisher W. A., Williams S. S., Fisher J. D., Malloy T. E. (1999). Understanding AIDS risk behavior among sexually active urban adolescents: An empirical test of the information-motivation-behavioral skills model. *AIDS and Behavior*, 3(1), 13-23.
- Frans E., Franck T. (2010). *Vlaggensysteem. praten met kinderen en jongeren over seks en seksueel grensoverschrijdend gedrag*. Antwerpen - Apeldoorn: Garant.
- Galenson E. (1990). Observation of early infantile sexual and erotic development. In M. E. Perry (Ed.), *Handbook of sexology vol. 7: Childhood and adolescent sexology* (pp. 169-178). Amsterdam: Elsevier.
- Gianotten W. L., Meihuizen-de Regt M. J., Son-Schoones van N. (2008). *Seksualiteit bij ziekte en lichamelijke beperking*. Assen: Van Gorcum.
- Gidycz C. A., McNamara J. R., Edwards K. M. (2006). Women's risk perception and sexual victimization: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 11(5), 441-456.
- GINNEKEN, B., Ohlrichs, Y., Vlugt, I. van der (2011). *Zwijgen is zonde*. Rutgers WPF, Utrecht.
- Goosen S., van Oostrum I. E. A., Essink-Bot M. (2010). Zwangerschapsuitkomsten en zorgbehoeften bij asielzoeksters. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 154, A2318.
- Harden A., Brunton G., Fletcher A., Oackley A., Burchett H., Backhams M. (2006). *Young people, pregnancy and social exclusion: A systematic synthesis of research evidence to identify effective, appropriate and promising approaches for prevention and support*. London: EPPI-centre.
- Harreveld C. (2009). *Ongewenste seks tijdens het uitgaan: Wanneer 'ja' tot spijt leidt en 'nee' niet wordt gerespecteerd*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Hatfield E., Schmitz E., Cornelis J., Rapson R. L. (1988). Passionate love: How early does it begin? *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 1, 35-51.
- Heatherington L., Lavner J. A. (2008). Coming to terms with coming out: Review and recommendations for family systems-focused research. *Journal of Family Psychology : JFP : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 22(3), 329-343.
- Hudson S. M., Ward T. (2000). Interpersonal competency in sex offenders. *Behavior Modification*, 24, 494-527.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2010). *Jaarrapportage 2009 van de wet afbreking zwangerschap*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Kaeser F., DiSalvo C., Moglia R. (2000). Sexual behaviors of young children that occur in schools. *J Sex Educ*

Ther, 25(4), 277-285.

Keuzenkamp S. (2010). *Steeds gewoner, nooit gewoon: Acceptatie van homoseksualiteit in nederland*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

Kingston D. A., Malamuth N. M., Fedoroff P., Marshall W. L. (2009). The importance of individual differences in pornography use: Theoretical perspectives and implications for treating sexual offenders. *Journal of Sex Research*, 46(2-3), 216-232.

Kirby D. (2007). *Emerging answers 2007: Research finding on programs to reduce TeenPregnancy and sexually transmitted diseases*. Washington DC: The national campaign to prevent teen and unplanned pregnancy.

Kite M. E., Whitley B. R. (2003). Do heterosexual women and men differ in their attitudes toward homosexuality? A conceptual and methodological analysis. In L. D. Garnets, & D. C. Kimmel (Eds.), *Psychological perspectives on lesbian, gay, and bisexual experiences*. (2nd ed., pp. 165-187). New York: Columbia University Press.

Kliegman R. M., Behrman R. E., Jenson H. B., Stanton B. F. (2011). *Nelson textbook of pediatrics*. Philadelphia: Saunders Elsevier.

KNMG. (2010). *Standpunt 'niet-therapeutische circumcisie bij minderjarige jongens'*. Utrecht: KNMG.

Korte A., Lehmkuhl U., Goecker D., Beier K. M., Krude H., Gruters-Kieslich A. (2008). Gender identity disorders in childhood and adolescence: Currently debated concepts and treatment strategies. *Deutsches Arzteblatt International*, 105(48), 834-841.

Kruijver F. P., Zhou J. N., Pool C. W., Hofman M. A., Gooren L. J., Swaab D. F. (2000). Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 85(0021-972; 0021-972; 5), 2034-2041.

Kuyper L. (2011). *Sexual orientation and health: General and minority stress factors explaining health differences between lesbian, gay, bisexual, and heterosexual individuals (thesis)*. Utrecht: Utrecht University.

Kuzma J. M., Black D. W. (2008). Epidemiology, prevalence, and natural history of compulsive sexual behavior. *The Psychiatric Clinics of North America*, 31(4), 603-611.

Laan E. (2012). *Genot voor mannen en vrouwen. het plezier van seks ontrafeld*. Utrecht: RutgersWPF.

Lammers M., Kok E., Oude Avenhuis A. (2005). *Preventie van seksueel misbruik bij vrouwen en mannen met een handicap. Noodzaak, doel en effectiviteit van preventieactiviteiten. Overzicht programma's en materialen*. Utrecht: TransAct.

Leitenberg H., Henning K. (1995). Sexual fantasy. *Psychological Bulletin*, 117(3), 469-496.

Livingstone S., Haddon L., Görzig A., Ólafsson K. (2011). *Risks and safety on the internet: The perspective of european children. full findings*. London: LSE.

Lubsen-Brandtsma M. A. C. (2003). Adhesies van de labia minora bij 3 jonge meisjes. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 147, 53-56.

Lund L., Wai K. H., Mui L. M., Yeung C. K. (2000). Effect of topical steroid on non-retractile prepubertal foreskin by a prospective, randomized, double-blind study. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 34(0036-5599; 0036-5599; 4), 267-269.

Malamuth N. M., Addison T., Koss M. (2000). Pornography and sexual aggression: Are there reliable effects and can we understand them? *Annual Review of Sex Research*, 11, 26-91.

Mallon G. P., DeCrescenzo T. (2006). Transgender children and youth: A child welfare practice perspective. *Child Welfare*, 85(2), 215-241.

Maris S. (2011). *Focusgroepen met ouders over de rol van de JGZ bij seksuele ontwikkeling en opvoeding van kinderen*. Utrecht: RutgersWPF.

Martin K. A., Luke K. (2010). Gender differences in the ABC's of the birds and the bees: What mothers teach young children about sexuality and reproduction. *Sex Roles*, 62, 278-291.

Maxwell C. D., Robinson A. L., Post L. A. (2003). The nature and predictors of sexual victimization and offending among adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 32(6), 465-477.

Meihuizen-de Regt M. J., Wiegerink D. J. H. G., Doef van de S. (2008). De psychoseksuele ontwikkeling verstoord. In W. L. Ginanotten, M. J. Meihuizen-de Regt & N. Son-Schoones van (Eds.), *Seksualiteit bij ziekte en lichamelijke beperking*. (pp. 154-163). Assen: Van Gorcum.

Messman-Moore T. L., Coates A. A., Gaffey K. J., Johnson C. F. (2008). Sexuality, substance use, and susceptibility to victimization: Risk for rape and sexual coercion in a prospective study of college women. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(12), 1730-1746.

- Nikken P. (2007). *Jongeren, media en seksualiteit. hoe media-interesses en – gebruik samenhangen met fantasieën, opvattingen en gedrag*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Nikken P. (2009). Seksualisering en de jeugd van tegenwoordig: De media als zondebok? *Tijdschrift Voor Seksuologie*, 33, 84-96.
- Noordam C., Rotteveel J., Schroor E. J. (2010). *Werkboek kindereocrinologie* Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde.
- Norris J., Masters N. T., Zawacki T. (2004). Cognitive mediation of women's sexual decision making: The influence of alcohol, contextual factors, and background variables. *Annual Review of Sex Research*, 15, 258-269.
- Nurius P. S., Norris J., Macy R. J., Huang B. (2004). Women's situational coping with acquaintance sexual assault. applying an appraisal-based model. *Violence Against Women*, 10, 450-478.
- Ohlrichs J., Vlugt, I. van der (2013). *Zwijgen is zonde. Seksuele en relationele vorming aan jongeren in religieus en cultureel diverse groepen*. Utrecht: Rutgers WPF.
- O'Sullivan L. F., Udell W., Montrose V. A., Antoniello P., Hoffman S. (2010). A cognitive analysis of college students' explanations for engaging in unprotected sexual intercourse. *Archives of Sexual Behavior*, 39(5), 1121-1131.
- Peate I. (2008). Understanding key issues in gender-variant children and young people. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 17(17), 1114-1118.
- Pijpers F., Exterkate M., de Jager M. (2010). *Standpunt 'preventie van vrouwelijke genitale verminking in de Jeugdgezondheidszorg'*. Bilthoven: RIVM/Centrum Jeugdgezondheid.
- Rogers R. (1975). A protection motivation of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91, 93-114.
- Rosenfield R. L., Lipton R. B., Drum M. L. (2009). Thelarche, pubarche, and menarche attainment in children with normal and elevated body mass index. *Pediatrics*, 123(1098-4275; 0031-4005; 1), 84-88.
- Rosenstock I. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 1-8.
- Rouvoet A. (2007). *Kamerbrief: Centra voor jeugd en gezin en regierol gemeente*. Den Haag: Centrum Jeugd en Gezin.
- Ryan S., Franzetta K., Manlove J. (2007). Knowledge, perceptions, and motivations for contraception: Influence on teens' contraceptive consistency. *Youth and Society*, 39, 182-208.
- Siebenbruner J., Zimmer-Gembeck M. J., Egeland B. (2007). Sexual partners and contraceptive use: A 16-year prospective study predicting abstinence and risk behavior. *Journal of Research on Adolescence*, 17, 179-206.
- Sionéan C., DiClemente R. J., Wingood G. M., Crosby R., Cobb B. K., Harrington K., et al. (2002). Psychosocial and behavioral correlates of refusing unwanted sex among African-American adolescent females. *Journal of Adolescent Health*, 30(1), 55-63.
- Steensma T. D., Biemond R., de Boer F., Cohen-Kettenis P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(4), 499-516.
- Talma H., Schönbeck Y., van Dommelen P., Bakker B., van Buuren S., HiraSing R.A. (2013). Trends in menarcheal age between 1955 and 2009 in the Netherlands. *PLoS ONE* 8(4): e60056. doi:10.1371
- Testa M., VanZile-Tamsen C., Livingston J. A. (2007). Prospective prediction of women's sexual victimization by intimate and nonintimate male perpetrators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 52-60.
- Tharinger D. J., Wells M. G. (2000). An attachment perspective on the developmental challenges of gay and lesbian adolescents: The need for continuity of caregiving from family and school. *School Psychology Review*, 29, 158-172.
- Tolman D. L., Striepe M. I., Harmon T. (2003). Gender matters: Constructing a model of adolescent sexual health. *Journal of Sex Research*, 40, 4-12.
- Traen B., Kvale I. L. (2007). Investigating the relationship between past contraceptive behaviour, self-efficacy, and anticipated shame and guilt in sexual contexts among norwegian adolescents. *J Commun Appl Soc Psychol*, 17(1), 19-34.
- van Bergen D. D., van Lisdonk J. (2010). Psychisch welbevinden en zelfacceptatie van homojongeren. In S. Keuzenkamp, D. van Bergen, D. Bos, H. Bos & et al. (Eds.), *Steeds gewoner, nooit gewoon. acceptatie van homoseksualiteit in Nederland*. (). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- van Berlo W., Wijssen C., Vanwesenbeeck I. (2005). *Gebrek aan regie: Een kwalitatief onderzoek naar de achtergronden van tienerzwangerschappen*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.

- van Berlo W., de Haas S., Oosten N., van Dijk L., Brants L., Tonnon S., et al. (2011). *Beperkt weerbaar: Een onderzoek naar seksueel geweld bij mensen met een lichamelijke, zintuigelijke of verstandelijke beperking*. Utrecht: Rutgers WPF/Movisie.
- van Denderen M. (2001). Moeilijk lerende kinderen, een risicogroep voor seksueel misbruik. *FOSS-Taal*, 9, 8-9.
- van der Heijden A. J., Nijman J. M., van Wijk J. A. F., de Jong T. P. V. M. (2005). *Praktische kindergeneeskunde: Kinderurologie en -nefrologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghem.
- van der Vlugt I. (2012). *Richtlijn seksuele vorming*. Utrecht: Rutgers WPF.
- van Empelen P., van Berkel M., Roos E., Zuilhof W. (2011). *Schorer monitor 2011*. Amsterdam: Schorer Stichting.
- Van IJzendoorn M. H., Prinzie P. J., Euser E. M., Groeneveld M. G., Brilleslijper-Kater S. N., Van Noort-Van der Linden A. M. T., et al. (2007). *Kindermishandeling in nederland anno 2005: De nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen (NPM-2005)*. Leiden: Casimir.
- van Lee L., Dafesh Z., Daal M., Mouthaan I. (2008). *Opgroeien met liefde. handleiding voor het begeleiden van ouders bij de seksuele opvoeding*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep/Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie.
- van Lee L., van der Vlugt I., Wijsen C., Cadée F. (2009). *Tienermoeders en abortus in nederland: Factsheet*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Vanwesenbeeck I. (1997). Female sexual power and control: From problem to promise. In A. van Lenning, M. Bekker & I. Vanwesenbeeck (Eds.), *Feminist utopias in a postmodern era*. Tilburg: Tilburg University Press.
- Vanwesenbeeck I., van Zessen G., Ingham R., Jaramazovic E., Stevens D. (1999). Factors and processes in heterosexual competence and risk: An integrated review of the evidence. *Psychol.Health*, 14, 25-50.
- Verwijfs R., Mein A., Goderie M., Harreveld C., Jansma A. (2011). *Loverboys en hun slachtoffers. inzicht in aard en omvang problematiek en in het aanbod aan hulpverlening en opvang*. Utrecht: Verwey Jonker Instituut.
- Vriend H. J., Koedijk F. D. H., Broek van den I. V. F., Veen van M. G., Coup op de E. L. M., Sighem van A. I., et al. (2011). *Sexually transmitted infections, including HIV, in the netherlands in 2010*. Bilthoven: RIVM.
- WHO Regional Office for Europe. (2010). *Standards for sexuality education in europe. A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists*. Federal Centre for Health Education, BZgA.
- Widman L., Welsch D. P., McNulty J. K., Little K. C. (2006). Sexual communication and contraceptive use in adolescent dating couples. *J Adolescent Health*, 39, 893-899.
- Woodward L., Fergusson D. M., Horwood L. J. (2001). Risk factors and life processes associated with teenage pregnancy: Results of a prospective study from birth to 20 years. *J Marriage Family*, 63(4), 1170-1184.
- Xie H., Cairns B. D., Cairns R. B. (2001). Predicting teen motherhood and teen fatherhood: Individual characteristics and peer affiliations. *Social Development*, 10, 488-511.
- Zhou J. N., Hofman M. A., Gooren L. J., Swaab, D. F. (1995). A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature*, 378(0028-0836; 0028-0836; 6552), 68-70.
- Zucker K. J., Cohen-Kettenis P. T. (2008). Gender identity disorder in children and adolescents. In D. L. Rowland, & L. Incrocci (Eds.), *Handbook of sexual and gender identity disorders*. (pp. 376-422). Hoboken New Jersey: Wiley.

Bijlage 1: Zoekstrategie

Gezocht in PsychInfo via Ovid

Zoekstrategie:

'gender identity disorder' and ('adolescent development' of 'child development') en een combinatie van 'sexual orientation' and ('adolescent development' of 'child development') met documenttype 'literature review' of 'systematic review' AND gelimiteerd van 2000-2011.

Gezocht in Medline

Zoekstrategie:

'Child development' and 'psychosexual development' (0-18 jaar) and reviews laatste 10 jaar

'Sexual and gender disorders/diagnosis'(0-18 jaar) and reviews laatste 10 jaar

'Homosexuality/psychology'(0-18 jaar) and reviews laatste 10 jaar

'Transsexualism/diagnosis/psychology' (0-18 jaar) and reviews laatste 10 jaar

'Gender-identity' and 'psychosexual development' and 'child development' (0-18 jaar) and reviews de laatste 10 jaar

- Na ontdebbling bleven 115 artikelen over.

Gezocht in PsychInfo via Ovid

Zoekstrategie:

'sexual arousal' OR 'sex drive' OR 'sexual attraction' OR 'sexual fantasy' OR 'sexual development'

AND 'adolescence' AND gelimiteerd van 2000-2011 en een combinatie van 'psychosexual development' AND 'adolescence' AND gelimiteerd van 2000-2011

Beiden in combinatie met de methodology limits

'follow-up study' or 'prospective study' or 'longitudinal study' or 'retrospective study' of 'field study' or 'literature review' or 'systematic review' or 'meta-analysis'

- Leverde 67 artikelen op

NB. Het trefwoord 'psychosexual development' heeft in PsychInfo de volgende scope note:

Psychological maturation and development of sexual identity, desires, beliefs, and attitudes throughout the life cycle

Bijlage 2: Achtergrondinformatie geslachtsontwikkeling van geboorte

In de vroege zwangerschap is de geslachtsontwikkeling voor jongens en meisjes hetzelfde.

Bij een XY- geslachtschromosomenpaar worden de kiemcellen testes. Bij een normaal aanwezig androgeen-receptorgen (X-linked) en sex determining region (XRY) op het Y-chromosoom worden uit de gang van Wolf de zaadblaasjes en de zaadleider gevormd. De penis en urethra worden gevormd door fusie van de urogenitale plooien en uitgroei van het tuberculum genitale. Door fusie van de scrotale wallen wordt het scrotum gevormd (Delemarre-van der Waal, 2006). Bij de in aanleg mannelijke foetus beginnen de testes bij 30 weken zwangerschap met indalen naar het scrotum. Bij 35 weken zijn zij meestal in het scrotum ingedaald.

Bij een XX- chromosomenpaar, mits zonder Y en mits zonder XRY, differentiëren in- en uitwendige geslachtskenmerken zich in vrouwelijke richting bij 10-11 weken zwangerschapsduur. De gang van Muller groeit uit

tot uterus, eileiders en bovenste deel van de vagina.

De kiemcellen van het ovarium produceren oestradiol, waardoor de clitoris, labia majora en minora en het onderste deel van de vagina zich kunnen ontwikkelen. Er is voor de geboorte een goed ontwikkeld baarmoederslijmvlies, mede door het oestrogeen en progesteron, die in de placenta worden gevormd, vooral tijdens de laatste zwangerschapsweken.

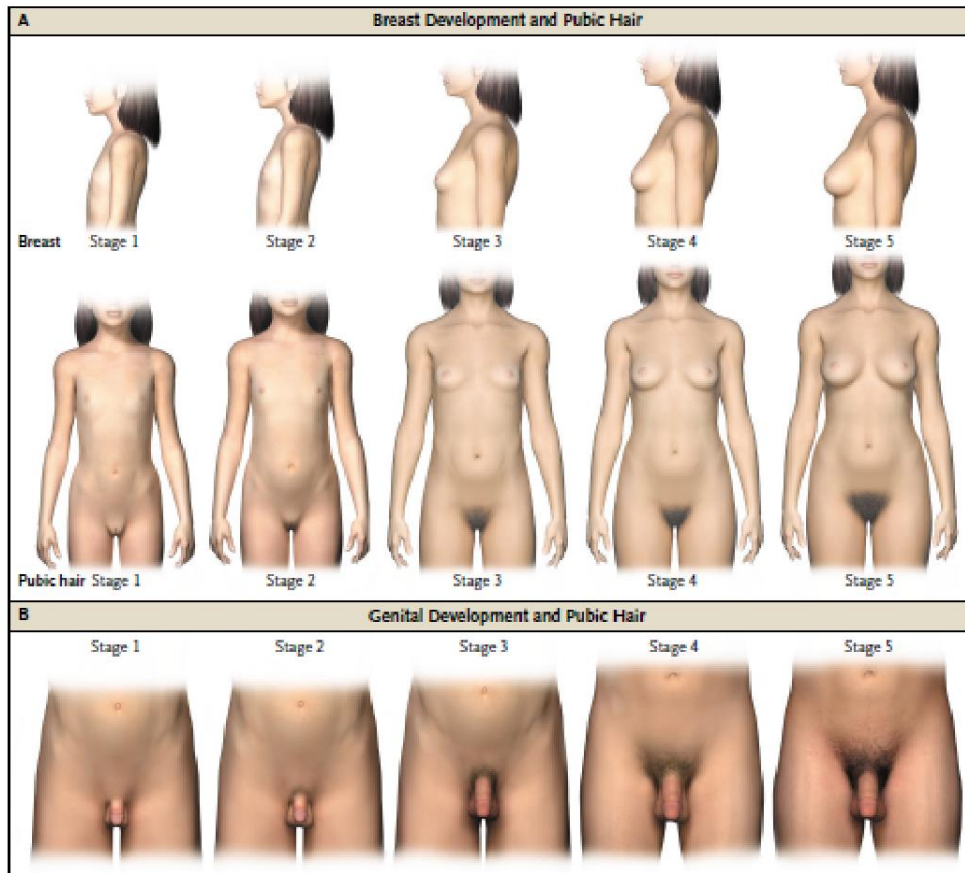
In de eerste levensweken zijn bij de baby de hormonen LH, FSH, testosteron of oestrogenen nog meetbaar. Daarna zijn deze waarden laag tot aan de puberteit, wanneer de hypothalamus-hypofysaire-gonadale as (HHG-as, een regulatiesysteem waarin een deel van de hormoonproductie in de hypothalamus, hypofyse en gonaden wordt geregeld) weer wordt geactiveerd.

De puberteit komt op gang doordat de hypofyse gevoeliger wordt voor de effecten van gonadotrofine releasing hormoon (GnRH) uit de hypothalamus. Door nog niet opgehelderde mechanismen gaat de hypothalamus pulserend GnRH afscheiden, waardoor de LH- en FSH-spiegels stijgen. Dit gebeurt in het begin vooral 's nachts, later ook overdag.

FSH zorgt bij het meisje voor follikelgroei in de ovaria en oestrogeenproductie door de granulocellen. LH zorgt voor hormoonproductie in de thecacellen en uiteindelijk de eisprong.

FSH zorgt bij de jongen voor testisgroei van 4 ml tot uiteindelijk 20 ml. FSH zorgt ook, samen met testosteron, voor het tot stand komen van de spermatogenese. Het LH zet de testosteronproductie aan in de Leydigcellen in de testis wat o.a. voor de groeispurt zorgt.

Figuur 3: Puberteitsstadia (met toestemming overgenomen uit: Carel, 2008).



Tabel 3: Tannerstadia pubisbehaving (jongens en meisjes)

Stadium	Kenmerken
P1	Geen pubisbehaving aanwezig.
P2	Kleine hoeveelheid lange, rechte (of slechts licht gekrulde), licht gepigmenteerde, haartjes aan de basis van de penis en het scrotum (man) en op de grote schaamlippen (vrouw).
P3	Merkbaar donkerdere, stuggere en meer gekrulde beharing. De beharing verspreidt zich naar lateraal over de pubes.
P4	Volwassen beharing maar het bedekte oppervlak is nog steeds minder dan bij volwassenen. Er is nog geen verspreiding naar het mediale oppervlak van de dij.
P5	Volwassen beharing, zowel qua type als hoeveelheid. Het behaarde oppervlak ziet eruit als een omgedraaide driehoek. Er is beharing aan de binnenzijde van de dij maar niet tot aan de linea alba of tot boven de basis van de omgedraaide driehoek.

Tabel 4: Tannerstadia borstontwikkeling (meisjes)

Stadium	Kenmerken
M1	Preadolescent; alleen de tepel is verheven boven het vlak van de borst. Geen klierweefsel aanwezig.
M2	Knopvormige verheffing en vergroting van de tepelhof. Het klierweefsel wordt voelbaar als een harde schijf/knoop achter de tepel. Lichte welving rond de tepelhof.
M3	Verdere vergroting van de borst en tepel. Eerste duidelijke borstvorm zichtbaar.
M4	Toenemende groei van borst, de tepelhof is wat verheven boven het niveau van de borst.
M5	Volwassen stadium; de tepelhof valt (meestal) terug in niveau van de borst.

Tabel 5: Tannerstadia genitalia (jongens)

Stadium	Kenmerken
G1	Preadolescent; testes, scrotum en penis hebben ongeveer dezelfde grootte en vorm als bij kinderen.
G2	Het scrotum en de testes zijn vergroot. De penis vertoont nog geen of slechts weinig groei. De scrotale huid is enigszins roder, dunner en gerimpelder geworden.
G3	De penis is gegroeid, vooral in de lengte. Verdere groei van de testes en uitzakken van het scrotum.
G4	Toenemende groei van de penis en zichtbaar worden van de contouren van de glans. Ook scrotum en testes zijn verder gegroeid. Toenemende pigmentatie van de scrotale huid.
G5	Volwassen stadium; met ruim scrotum en penis die ongeveer tot de onderrand van het scrotum komt.

Tabel 6: Enkele kenmerken van puberteitsontwikkeling van Nederlandse kinderen van oorspronkelijk Nederlandse ouders (aangepast naar Fredriks et al).

	Kenmerk	Gemiddeld	Spreiding* P10-P90
Meisjes	Start borstontwikkeling (M2) Start groeispuurt Menarche Groei na menarche	10,72 jaar 10,5 jaar 13,05 jaar 6 cm	9,01 – 12,16 11,77 - 14,88
Jongens	Start puberteit (= testisgroei \geq 4 ml) Start groeispuurt Virilisatie <ul style="list-style-type: none"> ▪ lage stem ▪ penisgroei ▪ mannelijk beharingspatroon 	11,3 jaar Bij testisvolume 8-10 ml= 1 à 2 jaar na start puberteit	~ - 13,04

Bijlage 3 Interventies en voorlichtingsmateriaal uitgelicht

Interventies voor ouders

Cursus 'Opgroeien met liefde'

Doel: Ouders ondersteunen bij de seksuele opvoeding van hun kinderen opdat zij op latere leeftijd in staat zijn seksueel gezonde keuzes te maken.

Doelgroep: Ouders van kinderen van 0-18 jaar.

Inhoud: Het materiaal bestaat uit een programmatische handleiding voor het organiseren van drie ouderbijeenkomsten. Ouders krijgen informatie over de seksuele ontwikkelingsfasen en relevante thema's op terrein van seksuele gezondheid zoals puberteit, relatievorming, seksuele identiteit, voorkomen van seksuele dwang en bevorderen van weerbaarheid, preventie ongewenste zwangerschap en soa, omgang met sociale media en pornografie. Er wordt aandacht besteed aan het belang van de seksuele opvoeding en de rol van ouders waarbij tips en handvatten worden aangereikt voor de seksuele opvoedingspraktijk. Het materiaal is ook geschikt voor migrantenouders. Er zijn op DVD vijf niet-Nederlandse taalversies opgenomen. Het materiaal is ook geschikt voor individuele contacten met ouders.

Gebruikersgroep: professionals werkzaam in de JGZ, Centra voor Jeugd & Gezin, Jeugdzorg en Jeugdhulpverlening

Beoordeling: de interventie is beoordeeld door een onafhankelijke commissie van Centrum Gezond Leven en gekwalificeerd als 'goed beschreven'. Dat houdt in dat "Opgroeien met liefde" voldoet aan de criteria voor een goede beschrijving, handleiding en procesevaluatie. De interventie is opgenomen in de I-databank van het Centrum Gezond Leven.

Oudercursus 'Omgaan met pubers'

Doelgroep: Laag opgeleide ouders van pubers van 12-18 jaar.

Doel: Ouders in een vroeg stadium steun bieden bij de opvoeding van hun opgroeiende kinderen om te voorkomen dat problemen escaleren en dat ouders een beroep moeten doen op de hulpverlening.

Inhoud: Beter Omgaan met Pubers is een oudercursus bestaande uit zes vaste groepsbijeenkomsten en drie keuzebijeenkomsten. Thema's van de vaste bijeenkomsten zijn: (1) Veranderingen in de puberteit; (2) Positieve aandacht en manieren van opvoeden; (3) Ruzie voorkomen: luisteren naar je puber; (4) Ruzie voorkomen: praten met je puber; (5) Ruzie oplossen: overleggen met je puber; (6) Grenzen stellen en straffen. Een van de keuzebijeenkomsten betreft de seksuele opvoeding van pubers.

Beoordeling: Door panel jeugdgezondheidszorg en preventie beoordeelt als theoretisch goed onderbouwd. Opgenomen in databank NJI.

Opvoedingsprogramma Triple P

Doelgroep: Ouders van kinderen van 0-16 jaar met opvoedingsvragen.

Doel: Preventie van (ernstige) emotionele en gedragsproblemen bij kinderen door het bevorderen van competent ouderschap en betere communicatie over opvoedingskwesties.

Inhoud: Triple P is een ondersteuningsprogramma voor ouders met kinderen in de leeftijd van 0-16 jaar. Het is een laagdrempelig en integraal programma waarin ouders informatie en steun krijgen. Seksuele opvoeding is een van de keuzethema's in het programma.

Beoordeling: Door panel jeugdgezondheidszorg en preventie beoordeelt als theoretisch goed onderbouwd. De interventie is opgenomen in de databank NJI.

Materialen voor ouders

- *Brochure Seksuele ontwikkeling 0-6 jaar*

In de brochure staat informatie over de seksuele ontwikkeling en het seksuele gedrag van jonge kinderen. Ouders krijgen informatie over welke gedrag passend is en tips voor de seksuele opvoeding. Zie ook website www.rutgerswpf.nl

- *Brochure over de seksuele ontwikkeling van kinderen van 0-18 jaar*
Ouders krijgen toegankelijke en aansprekende informatie over het seksuele gedrag van kinderen in de verschillende ontwikkelingsfasen. Ouders weten welk gedrag passend is en krijgen tips voor de seksuele opvoeding. De brochure kan gebruikt worden om het gesprek over seksualiteit met ouders bespreekbaar te maken. Zie ook website www.rutgerswvf.nl
- *Pubers in huis! Tips voor de seksuele opvoeding van kinderen tussen 9 en 15 jaar*
In deze brochure krijgen ouders informatie over de seksuele ontwikkeling en de rol die zij zelf kunnen spelen in de seksuele opvoeding van pubers. De brochure is voorzien van alledaagse voorbeelden uit de opvoedingspraktijk. Zie ook website www.rutgerswvf.nl
- *Folder Over de grens? Seksueel opvoeden met het Vlaggensysteem'*
In deze folder wordt informatie gegeven over de zes criteria om seksueel gedrag van kinderen beter te kunnen duiden met tips voor ouders. Zie ook website www.movisie.nl
- *Website www.uwkindenseks.nl*
Ouders krijgen informatie over het belang van seksuele opvoeding en de rol van ouders en tips hoe seksualiteit met pubers bespreekbaar te maken. Aan de hand van verschillende opvoedingskwesaties uit het alledaagse leven worden filmpjes vertoond waarin ouders in gesprek gaan met pubers over seksualiteit.
- *Website www.oudersonline.nl*
Op deze website is een aparte rubriek ingericht met veel gestelde vragen van ouders over seksualiteit en seksueel gedrag bij kinderen. Bijvoorbeeld: 'mijn 10 jarige zoon kijkt regelmatig naar pornosites, is dit schadelijk?' Een seksuoloog geeft antwoord op veel gestelde vragen.
- *Hoera, het is een mensje.*
Boekje voor ouders van genderdysforie kinderen. Els Schijf, Transvisie, december 2010. Zie ook de website www.transvisiezorg.nl
- *Genderdysforie en school*
Leidraad voor de begeleiding van genderdysforie leerlingen op school. Els Schijf, Transvisie, december 2010. Zie ook de website: www.transvisiezorg.nl

Materialen voor kinderen en jongeren

- *Pubergidsen (voor pubers 9 tot 12 jaar en 12 tot 15 jaar)*
Voor pubers (jongens en meisjes) zijn er toegankelijke en betrouwbare informatieve folders geschreven. De pubergids voor jongens/ pubergids voor meisjes voor pubers van 9 tot 12 jaar. En Just4boys/Just4girls voor pubers van 12 tot 15 jaar. Op basis van wetenschappelijk onderzoek naar de seksuele ontwikkeling worden relevante thema's beschreven en krijgen pubers informatie en advies om seksueel gezonde keuzes te maken. Thema's zijn o.a. veranderingen in de puberteit, verliefdheid en relaties, seksuele dwang, voortplanting en (ongewenste) zwangerschap, soa en veilige seks, seksuele oriëntatie, weerbaarheid en omgang met sociale media. Zie ook website www.rutgerswvf.nl
- *www.sense.info (voor jongeren 12-25 jaar)*
Dit is een website met betrouwbare en aansprekende informatie over seksualiteit. Jongeren kunnen op zoek naar informatie over het vrouwelijke en mannelijk lichaam, verliefdheid en relaties, eerste keer seks, veilige seks, de voortplanting, ongewenste zwangerschap en anticonceptie, seksuele dwang en weerbaarheid, seksuele identiteit, pornografie en media, cultuur en geloof. De website is ontwikkeld om jongeren te ondersteunen bij het maken van seksueel gezonde keuzes waarin seksuele contacten prettig, gewenst en veilig zijn. De site is gelinkt aan een helpdesk zodat jongeren via chat, e-mail en telefoon vragen kunnen stellen over seksualiteit. Bij problemen en hulpvragen kunnen jongeren een afspraak

maken met een Sense verpleegkundige in hun eigen regio. Voor allochtone jongeren zijn er specifieke sub-sites over relaties en seksualiteit ontwikkeld.

- Voor Marokkaanse jongeren www.geentaboes.marokko.nl en www.maroc.nl; voor Turkse jongeren www.geentaboes.hababam.nl en voor Antilliaanse jongeren www.kitatin.com.
- Rondom homoseksualiteit is er voor jongeren de website www.allesovergay.nl.
- *Brochure "Wel seks, geen zorgen"*
Een informatieve brochure voor jongeren die starten met hun seksuele carrière en een keuze willen maken op terrein van anticonceptie. Jongeren krijgen betrouwbare informatie over anticonceptiemethodes, voor- en nadelen, effectief gebruik en wat te doen bij een ongewenste zwangerschap. Zie ook website www.rutgerswfpf.nl
- Folder 'Feiten en fabels over het maagdenvlies'.
Een informatieve brochure over het maagdenvlies. Zie ook website www.rutgerswfpf.nl
- *"Can You Fix it": Omgang met wensen en grenzen en preventie van seksuele dwang*
Via de site www.canyoufixit.nl kunnen jongeren verschillende filmpjes bekijken van alledaagse situaties waarin sprake is van seksuele grensoverschrijding. Jongeren kunnen zelf aangeven waar voor hen de eigen wensen en grenzen zouden liggen en krijgen gericht advies hoe weerbaar te worden en duidelijker te communiceren als een grens wordt bereikt. De filmpjes maken onderdeel uit van de landelijke campagne "Maak seks lekker duidelijk" ter preventie van seksueel geweld.

Op de website van RutgersWPF is daarnaast ook een boekenlijst te vinden met leesboeken voor kinderen en pubers over de seksuele ontwikkeling. De boeken sluiten aan bij verschillende leeftijdsfasen en kunnen door kinderen en pubers zelf gelezen worden, of samen met ouders.

Materialen voor de JGZ

Vlaggensysteem

Doelgroep: Professionals werkzaam in JGZ, Centra Jeugd & Gezin, Jeugdhulpverlening en Jeugdzorg die seksueel gedrag en seksueel grensoverschrijdend gedrag van kinderen en jongeren tijdig en adequaat willen duiden en bij sturen.

Doel: Seksueel gedrag van kinderen van 0-18 jaar aan de hand van een beoordelingskader kunnen beoordelen en begeleiden.

Inhoud: Het Vlaggensysteem is een theoretisch onderbouwde en in de praktijk uitgeteste pedagogische interventie die ontwikkeld is door Sensoa. Het beoordelingssysteem bevat een zestal criteria voor seksueel gezond en seksueel grensoverschrijdend gedrag. Zie voor meer informatie paragraaf 1.5.3. Zie ook website www.movisie.nl.

Beoordeling: Het Vlaggensysteem is nog niet erkend door een onafhankelijke beoordelingscommissie maar wordt gewaardeerd in de praktijk.

Anticonceptiekoffer met handleiding voor professionals

Doelgroep: professionals werkzaam bij JGZ, Sense, eerstelijns gezondheidszorg en onderwijs.

Doel: jongeren adequaat informeren en begeleiden bij verantwoorde anticonceptiekeuze en gebruik.

Inhoud: Voor de seksuele voorlichting en anticonceptiecounseling aan jongeren is een speciale anticonceptiekoffer samengesteld ("De koffer in"). Naast kennis van verschillende anticonceptiemethodes, een zwangerschapstest en de morning afterpil kan veilig condoomgebruik worden gedemonstreerd aan de hand van een kunstpenis.

Bij de koffer zit een handleiding met achtergrondinformatie over tienerzwangerschappen en anticonceptiegebruik onder jongeren met tips voor de seksuele voorlichting en anticonceptiecounseling. Zie ook website www.rutgerswfpf.nl.

Beoordeling: de interventie is nog niet erkend door een onafhankelijke beoordelingscommissie.

Bijlage 4: Relevante websites en hulpverleningsorganisaties

Algemeen over seksualiteit:

www.seksualiteit.nl

Informatie voor jongeren over seksualiteit:

www.sense.info (voor alle jongeren van 12-15 jaar)

www.geentaboes.hababam.nl (voor Turkse jongeren)

www.geentaboes.marokko.nl (voor Marokkaanse jongeren)

www.kitatin.com (voor Antilliaanse jongeren)

www.maroc.nl (voor Marokkaanse jongeren)

www.weetal.nl (voor slechthorende en dove jongeren)

www.zoenenenzo.nl (voor jongeren met een fysieke beperking)

Veilig vrijen, soa en hiv

www.anticonceptievoorjou.nl

www.safesex.nl

www.vrijsoavrij.nl

Seksueel misbruik, wensen en grenzen

www.bewareofloverboys.nl

www.internetsoa.nl www.onderzoekjegrans.nl

www.stayinlove.nl

Seksuele oriëntatie:

www.expreszo.nl

www.veilige-haven.nl

Informatie voor ouders over seksuele opvoeding:

www.stichtingopvoeden.nl

www.uwkindenseks.nl

www.oudersonline.nl

Landelijke organisaties:

www.movisie.nl

www.soaaid.nl

www.rutgerswpf.nl

www.pharos.nl

Hulpverleningsorganisaties:

Vragen en problemen over seksualiteit:

Sense.infolijn: mail en chat en telefonische hulp (tel. 0900 402 40 20)

Sense spreekuren in de regio (gratis en anoniem)

Ongewenst zwanger:

www.casa.nl

www.fiom.nl

www.siriz.nl

www.stisan.nl

Seksueel geweld:

www.seksueelgeweld.info

Seksuele oriëntatie:

www.allesovergay.nl

www.comingout.nl

www.cocamsterdam.nl/veilige-haven/

www.expreszo.nl

www.jongenout.nl

www.iedereenisanders.nl

Maagdenvliesherstel:

www.Kliniekoverzicht.nl

Genderverwarring en genderdysforie:

www.transvisiezorg.nl

www.transvisie.nu

www.vumc.nl/afdelingen/zorgcentrum-voor-gender/

www.VUmc.nl