

Richtlijn / **onderbouwing**

Seksuele ontwikkeling

De Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO) zijn de opstellers van de richtlijnen voor jeugdhulp en jeugdbescherming. Vermelde beroepsverenigingen zijn intellectueel eigenaar van zowel de richtlijnen zelf als de schriftelijke onderbouwing ervan, de eventuele bijbehorende werkkaarten en de cliëntversies. De beroepsverenigingen geven toestemming voor het verveelvoudigen en opslaan in een geautomatiseerd gegevensbestand van de tekst van deze publicaties alsmede het openbaar maken ervan hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of enige andere manier, op voorwaarde dat de drie beroepsverenigingen worden vermeld als de opstellers van betreffende richtlijn en de eventuele overige gebruikte teksten. Richtlijnen worden regelmatig aangepast. We adviseren dringend altijd de website te raadplegen voor de meest actuele versies.

TNO en Rutgers hebben deze richtlijn geschreven in opdracht van de BPSW, het NIP en de NVO. Dit project werd mogelijk gemaakt door financiering van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, vanuit het *Programma Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming*. Zie voor meer informatie de website www.richtlijnenjeugdhulp.nl.

Gebruik als titel van deze richtlijn in referenties altijd: '*Richtlijn Seksuele ontwikkeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming*'.

Eerste druk, mei 2020

Auteurs

Sanna Maris (Rutgers)
Remy Vink (TNO)
Jacqueline Deurloo (TNO)
Barbara Oud (Rutgers)
Gaby de Lijster-van Kampen (TNO)
Annelies Kuyper (Rutgers)

Ontwikkelwerkgroep

Ine Vanwesenbeeck (voorzitter)
Sandra de Jong
Erika van Kralingen
Mischa Wink
Pieter van Kessel
Rianne de Vries
Josine Holdorp
Natascha van Fucht
Odette Montens
Nora Zandbergen
Shirli Rachmani
Djolien Reusien
Jolanda Bergsma

Kernaanbevelingen

Onderstaande aanbevelingen moeten in ieder geval worden uitgevoerd om volgens de richtlijn te werken. Deze kernaanbevelingen zijn geselecteerd door de richtlijnontwikkelaars.

- Gebruik up-to-date kennis (de richtlijn) over de seksuele ontwikkeling, seksuele gezondheid, risico- en beschermende factoren, het *Vlaggensysteem* en landelijke interventies, belangrijke randvoorwaarden om jeugdigen goede ondersteuning en begeleiding te kunnen bieden.
Specifiek:
 - Weet globaal per leeftijdsgroep (0-6 jaar, 6-12 jaar en 12-23 jaar) hoe de seksuele ontwikkeling van jeugdigen verloopt.
 - Weet globaal per specifieke groep jeugdigen (LVB, autisme, problematische gehechtheid of ervaring met seksueel grensoverschrijdend gedrag) hoe de seksuele ontwikkeling kan verlopen en kan verschillen van die van leeftijdsgenoten.
 - Ken de belangrijkste risico- en beschermende factoren die van invloed kunnen zijn op de seksuele ontwikkeling van jeugdigen in de jeugdhulp en jeugdbescherming.
 - Ken de zes criteria, vier beoordelingscategorieën, 'normatieve lijst' en pedagogische reacties van het *Vlaggensysteem* om seksueel gedrag te kunnen duiden en weet hoe daarnaar te handelen.
 - Weet globaal welke (landelijke) interventies worden aangeraden voor welke doelgroep, leeftijd en doel (preventie, signalering en/of begeleiding/behandeling) en welke overige relevante materialen, voorzieningen en organisaties op het gebied van seksualiteit er in de regio zijn.
- Bied (pro)actief informatie, advies en begeleiding bij de seksuele ontwikkeling aan jeugdigen en/of ouders/opvoeders vanuit een **positieve** insteek, tegen de achtergrond van de algehele ontwikkeling van de jeugdige.
- Wijs jongeren (12-23 jaar) op betrouwbare informatie over seksualiteit (www.sense.info, www.qpido.nl, www.meldknop.nl, www.helpwanted.nl) en eventuele aanvullende seksualiteitshulpverlening (Sense-sprekuren, Fiom, Siriz).
- Normaliseer (gezond) seksueel gedrag dat niet beschadigend voor de jeugdige zelf of een ander is, leg uit, leer sociale regels aan en begrensvaar nodig (hoofdstuk 2 en 3).
- Bespreek de seksuele ontwikkeling in de intakefase met de jeugdige en/of ouders/opvoeders en laat dit regelmatig terugkomen tijdens de begeleiding/behandeling. Gebruik hiervoor hoofdstuk 4 en het *Vlaggensysteem* en - indien nodig - de *Child Sexual Behaviour Inventory (CSBI)* en/of het *Risicotaxatie Instrument Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag (RIS)*.
- Volg de handelingsadviezen (hoofdstuk 4) en de criteria van het *Vlaggensysteem* voor preventie, signalering en begeleiding van seksueel gedrag en seksuele risico's. Kortom:
 - bespreek zorgen, signalen en risico's betreffende de seksuele ontwikkeling met de jeugdige en/of ouders/opvoeders en overleg/werk samen met bijvoorbeeld de consulent

- of aandachtsfunctionaris seksualiteit/kindermishandeling, vertrouwenspersoon, collega, terzake deskundige of Veilig Thuis;
- volg bij vermoedens van onder andere seksueel misbruik de *Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling*.
 - Kies (op basis van gesprekken met jeugdigen en/of ouders/opvoeders en eventueel andere deskundigen) een passende interventie en evalueer de ingezette interventie regelmatig met de jeugdige en/of ouders/opvoeders.
 - Stimuleer of vraag om beleid, training en andere randvoorwaarden binnen de organisatie om het onderwerp seksualiteit te kunnen bespreken en ervoor te zorgen dat aandacht hiervoor wordt geborgd.

Inhoudsopgave

Kernaanbevelingen	3
Hoofdstuk 1. Introductie	9
1.1 Onderwerp van de richtlijn	10
1.1.1 Relevantie van het thema	10
1.1.2 Afbakening	11
1.1.3 Begripsbepaling	12
1.1.4 Vlaggensysteem	14
1.2 Uitgangsvragen	15
1.3 Verantwoording	16
1.3.1 Ontwikkeling van de richtlijn	16
1.3.2 Bronnen	16
1.4 Leeswijzer	17
Hoofdstuk 2. De seksuele ontwikkeling van 0 tot 23 jaar	19
2.1 De seksuele ontwikkeling van kinderen van 0 tot 6 jaar	20
2.1.1 Lichaam en zelfbeeld	20
2.1.2 Seksuele gevoelens	21
2.1.3 Seksueel gedrag	22
2.1.4 Genderidentiteit ontwikkeling	24
2.1.5 Seksuele oriëntatie	25
2.2 De seksuele ontwikkeling van kinderen van 6 tot 12 jaar – (pre) puberteit	25
2.2.1 Lichaam en zelfbeeld	25
2.2.2 Seksuele gevoelens	26
2.2.3 Seksueel gedrag	27
2.2.4 Genderidentiteit	30
2.2.5 Seksuele oriëntatie	31
2.3 De seksuele ontwikkeling vanaf start puberteit (ongeveer 12 jaar) tot 23 jaar	32
2.3.1 Lichaam en zelfbeeld	32
2.3.2 Seksuele gevoelens	36
2.3.3 Seksueel gedrag	39
2.3.4 Genderidentiteit	47
2.3.5 Seksuele diversiteit	49
2.4 Factoren die de seksuele gezondheid beïnvloeden	51
2.4.1 Seksuele interactiecompetentie model	51
2.4.2 Risico- en beschermende factoren van seksuele gezondheid	52
2.4.3 Invloed van persoonlijke factoren	52
2.4.4 Invloed van de (sociale) omgeving	55
2.5 Aanbevelingen	59
Hoofdstuk 3. De seksuele ontwikkeling van specifieke groepen jeugdigen	61
3.1 Introductie	62
3.1.1 Jeugdigen met een beperking, stoornis en/of psychische problematiek	63



3.2 De seksuele ontwikkeling van jeugdigen met een licht verstandelijke beperking (LVB)	64
3.2.1 Lichaam en zelfbeeld	65
3.2.2 Seksuele gevoelens.....	65
3.2.3 Seksueel gedrag	66
3.2.4 Genderidentiteitsontwikkeling	67
3.2.5 Seksuele oriëntatie	68
3.2.6 Onbedoelde zwangerschap & soa/hiv	69
3.2.7 Seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGOG)/ seksueel misbruik.....	70
3.2.8 Kennis over seksualiteit	71
3.2.9 Samenvatting seksuele ontwikkeling jeugdigen met een LVB.....	71
3.3 Seksuele ontwikkeling jeugdigen met een stoornis in het autismespectrum	76
3.3.1 Lichaam en zelfbeeld	77
3.3.2 Seksuele gevoelens.....	78
3.3.3 Seksueel gedrag	79
3.3.4 Genderidentiteitsontwikkeling	82
3.3.5 Seksuele oriëntatie	83
3.3.6 Seksuele risico's.....	84
3.3.7 Seksueel geweld en seksueel misbruik.....	84
3.3.8 Kennis en vaardigheden.....	85
3.3.9 Samenvatting Seksuele ontwikkeling autistische jeugdigen	86
3.4 Seksuele ontwikkeling jeugdigen met een problematische gehechtheid	91
3.4.1 Invloed (on)veilige gehechtheid op seksualiteit en relaties.....	93
3.4.2 Lichaam en zelfbeeld.....	94
3.4.3 Relationele gevoelens.....	94
3.4.4 Seksuele gevoelens en seksueel gedrag	94
3.4.5 Seksuele ervaring.....	96
3.4.6 Genderidentiteit en seksuele oriëntatie.....	97
3.4.7 Seksuele risico's	97
3.4.8 Seksueel geweld en seksueel misbruik.....	97
3.4.9 Samenvatting Seksuele ontwikkeling jeugdigen met problematische gehechtheid.	98
3.5 Seksuele ontwikkeling van jeugdigen met ervaren seksueel grensoverschrijdend gedrag en (mogelijk) seksueel trauma	100
3.5.1 Lichaam en zelfbeeld	102
3.5.2 Seksuele gevoelens en relationele ontwikkeling.....	102
3.5.3 Seksueel gedrag	103
3.5.4 Seksuele risico's.....	103
3.5.5 Seksuele eigen-effectiviteit	104
3.5.6 Ontwikkeling gedragsstoornis	104
3.5.7 Samenvatting Seksuele ontwikkeling jeugdigen met ervaren SGOG	105
3.6 Conclusie.....	107
3.7 Aanbevelingen.....	108



Hoofdstuk 4. Competenties van jeugdprofessionals

Handvatten voor advies en begeleiding.....	109
4.1 Introductie	110
4.2 Handelingsverlegenheid.....	110
4.3 Competenties	112
4.3.1 Kennis van de seksuele ontwikkeling	112
4.3.2 Een professionele houding, veilige omgeving en vertrouwd klimaat.....	112
4.3.3 Seksualiteit bespreekbaar kunnen maken.....	113
4.3.4 Gevoelige thema's bespreekbaar kunnen maken en omgaan met verschillende waarden en normen.....	114
4.3.5 Seksuele en relationele behoeften van jeugdigen ondersteunen en begeleiden.	115
4.3.6 Seksueel (grensoverschrijdend) gedrag en seksuele risico's kunnen duiden	115
4.4 Handvatten voor advies en begeleiding in de jeugdhulp en jeugdbescherming	117
4.4.1 Het BETTER-model in een notendop	117
4.4.2 De LOVE-regel in een notendop.....	117
4.4.3 Vlaggensysteem	118
4.4.4 Overzicht specifieke handvatten voor advies en begeleiding	120
4.5 Specifieke handvatten voor advies en begeleiding per leeftijdsgroep	122
4.5.1 Handvatten advies en begeleiding 0 – 6 jaar.....	122
4.5.2 Handvatten voor advies en begeleiding 6-12 jaar	123
4.5.3 Handvatten voor advies en begeleiding bij jongeren van 12 tot 23 jaar	127
4.5.4 Tips voor omgaan met diversiteit.....	131
4.5.5 Handvatten voor afstemming met overige professionals	133
4.6 Handvatten voor advies aan en begeleiding van specifieke groepen.....	134
4.6.1 Handvatten voor advies aan en begeleiding van jeugdigen met een LVB	134
4.6.2 Handvatten voor advies aan en de begeleiding van jeugdigen met ASS.....	135
4.6.3 Handvatten voor advies aan en de begeleiding van jeugdigen met gehechtheidsproblematiek.....	136
4.6.4 Handvatten voor advies aan en begeleiding van jeugdigen met seksueel trauma.....	137
4.7 Randvoorwaarden voor organisaties	137
4.7.1 Gezamenlijk gedragen visie.....	138
4.7.2 Van visie naar praktijk.....	138
4.7.3 Implementatie van een visie	139
4.8 Conclusie.....	141
4.9 Aanbevelingen	141
Hoofdstuk 5. Wettelijke kaders	143
5.1 Algemeen	144
5.2 Seksualiteit in het strafrecht.....	146
5.3 Toestemming voor behandeling.....	149
5.4 Beroepsgeheim en gegevensuitwisseling	150
5.5 Overleg met politie of justitie	151
5.6 Aanbevelingen.....	152



Hoofdstuk 6. Interventies	153
6.1 Introductie	154
6.2 Overzicht interventies.....	155
6.3 Interventies voor jeugdigen	163
6.4 Interventies voor jeugdigen tot 12 jaar	164
6.4.1 Goed onderbouwde interventies (evidence-based).....	164
6.4.2 Veelgebruikte interventies (practice-based).....	167
6.4.3 Aanvullende materialen (goed onderbouwd, evidence-based).....	168
6.4.4 Aanvullende materialen (veel gebruikt, practice-based)	169
6.5 Interventies voor jeugdigen tussen de 12 en 18 jaar.....	170
6.5.1 Goed onderbouwde interventies (evidence-based).....	170
6.5.2 Veelgebruikte interventies (practice-based).....	178
6.5.3 Aanvullende materialen (goed onderbouwd, evidence-based).....	183
6.5.4 Aanvullende materialen (veel gebruikt, practice-based)	186
6.6 Interventies voor jeugdigen tussen de 18 en 23 jaar	187
6.6.1 Goed onderbouwde interventies (evidence-based).....	187
6.6.2 Veelgebruikte interventies (practice-based).....	190
6.6.3 Aanvullende materialen (goed onderbouwd, evidence-based).....	193
6.6.4 Aanvullende materialen (veel gebruikt, practice-based)	194
6.7 Interventies voor jeugdigen uit specifieke groepen	195
6.7.1 Licht verstandelijke beperking	196
6.7.2 Jeugdigen met een stoornis in het autismespectrum.....	200
6.7.3 Problematische gehechtheid	201
6.8 Aanbevelingen.....	203
Literatuur.....	205
Bijlage 1. Samenstelling Projectteam, Ontwikkelwerkgroep en Klankbordgroep	219
Bijlage 2. Knelpuntenanalyse	221
Bijlage 3. Begrippen	225
Bijlage 4. Evidence-tabellen	231
Bijlage 5. Kennis- en ontwikkellacunes	263

Hoofdstuk 1

Introductie



1 Introductie

De richtlijn (inclusief onderbouwing en werkkaarten) is primair bedoeld voor jeugdprofessionals. Onder 'jeugdprofessionals' worden zowel gedragswetenschappers (psychologen, orthopedagogen of anderen met een gedragswetenschappelijke opleiding) als hbo-opgeleide professionals (zoals in wijkteams of groepsleiders binnen instellingen) verstaan. In dit hoofdstuk lees je waarom de *Richtlijn Seksuele ontwikkeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming* geschreven is en worden de uitgangspunten toegelicht.

1.1 Onderwerp van de richtlijn

1.1.1 Relevantie van het thema

Alle kinderen en jongeren, ongeacht achtergrond of problematiek, hebben recht op een gezonde en veilige seksuele ontwikkeling en voorlichting daarover als onderdeel van hun algehele ontwikkeling (Universele Verklaring van de Rechten van de Mens; Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind; WHO Regional Office for Europe, 2010).

Structurele en systematische aandacht voor de seksuele ontwikkeling van kinderen en jongeren in jeugdhulp en jeugdbescherming is dus relevant, ook als dit niet de primaire hulpvraag van jeugdigen zelf of ouders is, want:

- ouders en opvoeders zijn vaak verlegen met het onderwerp seksualiteit of voelen zich niet deskundig om hun kinderen te begeleiden bij de seksuele ontwikkeling,
- de seksuele ontwikkeling start al op jonge leeftijd, kinderen en jongeren hebben in verschillende fasen van hun ontwikkeling vragen over seksualiteit en vertonen al vanaf jonge leeftijd seksueel gedrag,
- kinderen en jongeren kunnen in aanraking komen met stereotiepe, vrouwonvriendelijke en eenzijdige beelden over seksualiteit (via pornografie, sexting, media, etc), door hier tegenwicht aan te bieden versterk je seksuele weerbaarheid,
- het internet en de huidige jeugdcultuur brengen uitdagingen met zich mee, denk aan de omgang met 'peer pressure' en het grijze gebied tussen privé en publieke domein in een online wereld,
- seksueel grensoverschrijdend gedrag komt in de (residentiele) jeugdzorg tussen jongeren onderling veel voor en deze situatie maakt hen extra kwetsbaar (Commissie Samson, 2012),
- 11 procent van de meisjes en 2 procent van de jongens van 12-25 jaar in Nederland is ooit gedwongen om iets te doen op seksueel gebied wat ze niet wilden (De Graaf et al., 2017).
- jeugdigen met een instabiele thuissituatie of problematische jeugd, vroege starters, laag opgeleide jongeren, hoog opgeleide jongeren, homoseksuele, biseksuele en lesbische jongeren, jeugdigen met een beperking of stoornis en migrantengroepen behoeven extra aandacht vanwege verhoogd risico op bijvoorbeeld seksuele dwang of onbedoelde zwangerschap (De Graaf et al., 2017).

Jeugdprofessionals zijn een belangrijke partner om jeugdigen van 0-23 jaar en hun ouder(s)/opvoeder(s) te **begeleiden** bij een gezonde seksuele ontwikkeling. Met de *Richtlijn Seksuele ontwikkeling voor de jeugdhulp en de jeugdbescherming* kunnen jeugdprofessionals jeugdigen **ondersteunen** bij een gezonde seksuele ontwikkeling (informatie en advies geven), problemen



vroegtijdig **signaleren** en **adequaot reageren** op seksueel grensoverschrijdend en risicovol gedrag, begeleiding bieden en indien nodig gericht **specifieke hulp** bieden en/of betrekken.

Ondanks de goede intenties vinden professionals het lastig om met elkaar, met jeugdigen en met ouders over seksualiteit te spreken. Er is onder jeugdprofessionals veel handelingsverlegenheid, gebaseerd op onvoldoende kennis en vaardigheden en/of beïnvloed door eigen attitude, opvattingen en sociale normen, en er wordt nog te vaak een restrictief beleid gevoerd dat gebaseerd is op angst voor 'incidenten' of reacties van ouders (De Lijster-Van Kampen et al., 2017). Jeugdprofessionals weten onvoldoende wat een gezonde seksuele ontwikkeling inhoudt en wanneer seksueel gedrag ongezond of afwijkend is. Ook vinden zij het lastig om te weten wanneer en hoe seksualiteit bespreekbaar te maken, welke handelingsperspectieven er zijn en welke interventies gewenst zijn om jeugdigen te ondersteunen bij een gezonde en veilige seksuele ontwikkeling.

De achtergrond en kwetsbaarheid van jeugdigen in de jeugdhulp en jeugdbescherming vragen om een bijzondere aanpak, waarbij rekening wordt gehouden met hun specifieke situatie, kwetsbaarheid en behoeften. Jeugdigen in jeugdhulp en jeugdbescherming zijn kwetsbaar voor seksuele risico's en problematisch seksueel gedrag omdat zij relatief vaak seksueel misbruik hebben meegemaakt of omdat het gezinsklimaat de seksuele ontwikkeling niet altijd heeft ondersteund (Van Zenderen et al., 2015). Praten over seksualiteit en seksueel gedrag is in sommige culturele en religieuze groepen bovendien een taboe waardoor jeugdigen uit deze groepen vaak onvoldoende voorbereid zijn op seksuele activiteit.

Dat het lastig is om over seksueel gedrag en seksuele ontwikkeling te praten kwam ook naar voren in de knelpuntenanalyse voor de richtlijn (bijlage 2). Communicatie over seksualiteit blijkt een van de meest genoemde knelpunten.

1.1.2 Afbakening

Deze richtlijn gaat over de seksuele ontwikkeling van jeugdigen van 0 tot 23 jaar die te maken hebben met jeugdhulp en/of jeugdbescherming. Dit kunnen jeugdigen zijn met uiteenlopende achtergronden, zowel wat betreft problematiek als diversiteit (leeftijd, cultuur, religie, genderidentiteit, leer- en ontwikkelingsniveau, seksuele oriëntatie).

Naast de gezonde seksuele ontwikkeling wordt in deze richtlijn besproken wat er mogelijk anders is in de seksuele ontwikkeling bij specifieke groepen jeugdigen in de jeugdhulp en jeugdbescherming, en wat risico- en beschermende factoren zijn. Samen met de ontwikkelwerkgroep en op basis van literatuur is nagegaan met welke specifieke problematiek bij jeugdigen in de jeugdhulp en jeugdbescherming professionals het meest te maken hebben en/of waar zij de meeste vragen over hebben. Voor deze specifieke groepen zijn literatuursearches uitgezet. De specifieke groepen jeugdigen die in de richtlijn aan de orde komen, zijn:

- jeugdigen met een licht verstandelijke beperking (LVB);
- jeugdigen met een stoornis in het autismespectrum (ASS);
- jeugdigen met problematische gehechtheid;
- jeugdigen met een seksueel trauma.

1.1.3 Begripsbepaling

In deze richtlijn worden de definities van seksualiteit en seksuele gezondheid gehanteerd die in 2010 zijn vastgelegd door de WHO Regional Office for Europe (2010) en gelden de volgende definities van gehanteerde begrippen. Zie voor definities van overige begrippen een overzicht in bijlage 3.

Seksualiteit

Seksualiteit omvat het geheel aan gevoelens, gedachten, opvattingen, fantasieën, verlangens en gedragingen die seksueel getint kunnen zijn. Het is een breed en dynamisch begrip. 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 zij geslachtsrijp zijn, gaan jongeren meer relationele en seksuele contacten aan. Kinderen en jongeren geven zelf betekenis aan seksualiteit onder invloed van de interactie met hun sociale en culturele omgeving. Kinderen en jongeren hebben informatie en vaardigheden nodig die hen in staat stellen op een positieve en verantwoorde wijze om te gaan met hun seksualiteit (veilig, vrijwillig, gelijkwaardig en geïnformeerd) en rekening te houden met de gezondheid en het welzijn van de ander (Van der Vlugt, 2016; WHO Regional Office for Europe, 2010).

Seksuele gezondheid

Seksuele gezondheid is een met seksualiteit verbonden toestand van fysiek, emotioneel, mentaal en sociaal welzijn. Seksuele gezondheid is dus meer dan alleen de afwezigheid van ziekte, disfunctie of zwakte en wordt vanuit een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit en seksuele relaties belicht. Om seksuele gezondheid te bereiken en te behouden, moeten de seksuele rechten van ieder mens worden gerespecteerd, beschermd en gerealiseerd. Dit impliceert onder andere het mogen en kunnen aangaan van prettige, vrijwillige en veilige seksuele contacten en ervaringen; zonder dwang, discriminatie en geweld (Van der Vlugt, 2016; WHO Regional Office for Europe, 2010).

Seksuele rechten van de mens

Soms kan seksueel gedrag binnen een bepaalde maatschappij, cultuur, levensbeschouwelijke overtuiging, een bepaald gezin of een bepaalde 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 vormen in deze gevallen het uitgangspunt voor de categorisering van het seksuele gedrag als gezond, schadelijk of zorgwekkend (Van der Vlugt, 2016; WHO Regional Office for Europe, 2010).

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. De belangrijkste seksuele en reproductieve 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 en voorlichting over seksualiteit;

- seksuele en relationele vorming;
- vrije partnerkeuze;
- respect voor lichamelijke integriteit;
- het besluit om wel of niet seksueel actief te zijn;
- seksuele relaties met wederzijdse instemming (binnen de kaders van wat op grond van de wet is toegestaan - zie paragraaf 5.2);
- een huwelijk met wederzijdse instemming (in Nederland geldt hiervoor achttien jaar als minimumleeftijdsgrens);
- bescherming tegen seksuele exploitatie en seksueel misbruik;
- het besluit om wel of geen kinderen te willen 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.

Mensenrechten gelden ook voor jeugdigen (van 0 tot 18 jaar). Jeugdigen hebben daarbovenop eigen specifieke rechten (Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind). De kern van deze kinderrechten wordt gevormd door het belang van het kind. Dit houdt in dat bij iedere beslissing, die een kind raakt, het belang van het kind de eerste overweging vormt.

Seksuele ontwikkeling

Een seksueel gezonde ontwikkeling refereert aan het vermogen om zich in vrijheid seksueel te ontwikkelen en daarover eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven (WHO Regional Office for Europe, 2010).

De seksuele ontwikkeling start in de vroege kinderjaren en zet zich voort in de puberteit en volwassenheid. De seksuele ontwikkeling bestaat uit een samenspel van lichamelijke, cognitieve, psychische, sociale, relationele, ethische, religieuze en culturele factoren. Jeugdigen spelen zelf een actieve rol in hun seksuele ontwikkeling door:

- te reageren op hun omgeving;
- betekenis te geven aan denkbeelden, emoties en gedragingen;
- en hierin zelf seksuele keuzes te maken.

De seksuele ontwikkeling van jeugdigen 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, 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.

Seksueel gedrag

De term 'normaal seksueel gedrag' is subjectief en komt overeen met de normen binnen een cultuur, maatschappij, gezin of groep. Deze term wordt daarom niet gebruikt in de richtlijn. Seksueel gedrag kan veelvoorkomend zijn, gezond of ongezond. Veelvoorkomend seksueel gedrag is niet per definitie gezond seksueel gedrag. Ook is weinig voorkomend seksueel gedrag niet per definitie ongezond seksueel gedrag. De meeste jeugdigen ontwikkelen zich op een seksueel gezonde manier en maken op latere leeftijd seksueel gezonde keuzes. Seksueel gezond gedrag is gedrag dat 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 van de jeugdige zelf of eventuele andere betrokkene(n). Voor de beoordeling van seksueel gedrag gebruiken we in de richtlijn het *Vlaggensysteem*.

1.1.4 Vlaggensysteem

De zes criteria en vier beoordelingscategorieën van het door Sensoa (Vlaams Expertisecentrum voor seksuele gezondheid) ontwikkelde *Vlaggensysteem* (Frans & Franck, 2014) worden in deze richtlijn gebruikt om seksueel gedrag van jeugdigen te duiden en te beoordelen als:

- acceptabel/oké (groene vlag);
- licht grensoverschrijdend (gele vlag);
- ernstig grensoverschrijdend (rode vlag);
- zeer ernstig grensoverschrijdend (zwarte vlag).

De zes criteria zijn:

- *Wederzijdse toestemming*: wil de jeugdige het zelf, wil de eventuele andere jeugdige het ook, vinden beide jeugdigen het seksuele gedrag prettig?
- *Vrijwilligheid*: kiest de jeugdige er zelf voor, durft hij/is hij in staat om nee te zeggen?
- *Gelijkwaardigheid*: zijn de jeugdige en de ander ongeveer even sterk, oud, slim en populair, of is er sprake van een machtsverschil?
- *Ontwikkelingsadequaatheid* (passend bij de ontwikkeling): doet de jeugdige niets waar het te jong of te oud voor is, past het seksuele gedrag bij de (ontwikkelings-)leeftijd van de jeugdige?
- *Context-adequaatheid* (passend bij de context): is het seksuele gedrag van de jeugdige gepast, stoort of choqueert het anderen in de omgeving niet?
- *Zelfrespect*: heeft de jeugdige zicht op de gevolgen van zijn gedrag, zijn er risico's, kunnen er schadelijke gevolgen zijn?

Deze zogenaamde 'normatieve lijst' van het *Vlaggensysteem* is wetenschappelijk onderbouwd, wordt regelmatig herzien, is in overeenstemming met de (onderbouwing van de) richtlijn en kan behulpzaam zijn bij het duiden en beoordelen van seksueel gedrag. De in het *Vlaggensysteem* geadviseerde pedagogische reacties zijn tevens geïntegreerd in de richtlijn.



1.2 Uitgangsvragen

De rode draad door de richtlijn is: wat moeten jeugdprofessionals weten (kennis), vinden (attitude) en kunnen (vaardigheden: hoe signaleren, hoe handelen, wanneer interveniëren, hoe opstellen) ten aanzien van het thema seksualiteit en relaties, en welke interventies kunnen dit ondersteunen?

De richtlijn beoogt professionals in de jeugdhulp en jeugdbescherming handvatten te geven voor de communicatie, de besluitvorming en het pedagogisch handelen ten behoeve van bevordering van een gezonde en veilige seksuele ontwikkeling van jeugdigen en de preventie van problemen die een gezonde ontwikkeling in de weg staan.

Bij aanvang van het ontwikkeltraject van de richtlijn zijn, op basis van een knelpuntenanalyse en samen met de ontwikkelwerkgroep, de uitgangsvragen aangescherpt en gebundeld tot de volgende set uitgangsvragen:

- *Kennis over de seksuele ontwikkeling*
 - a. Hoe verloopt de seksuele ontwikkeling bij jeugdigen van 0 tot 23 jaar?
 - b. Welke risico- en beschermende factoren zijn van invloed op de seksuele ontwikkeling (o.a. opvoeding, achtergrond, media, school, peers, groepsdruk, cultuur, religie)?

- *Kennis over de seksuele ontwikkeling bij specifieke groepen jeugdigen binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming*
 - a. Hoe verloopt de seksuele ontwikkeling bij specifieke groepen jeugdigen binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming, te weten: jeugdigen met een licht verstandelijke beperking, een stoornis in het autismespectrum, problematische gehechtheid of seksueel trauma? Wat is er (vaak) anders?
 - b. Welke specifieke risico- en beschermende factoren zijn van invloed op de seksuele ontwikkeling van deze jeugdigen en welke signalen duiden op deze risico's?

- *Competenties (kennis, attitude en vaardigheden) van jeugdprofessionals*
 - a. Hoe kunnen jeugdprofessionals jeugdigen en hun ouders ondersteunen om een gezonde seksuele ontwikkeling van jeugdigen te bevorderen en problemen te voorkomen?
 - Hoe signaleer je risico's en problemen met betrekking tot de seksuele ontwikkeling en seksueel gedrag?
 - Hoe duid je seksueel gedrag en reageer je pedagogisch adequaat?
 - Hoe maak je seksualiteit bespreekbaar?
 - b. Welke randvoorwaarden moeten organisaties bieden, zodat jeugdprofessionals jeugdigen en hun ouders kunnen ondersteunen bij een gezonde seksuele ontwikkeling?

- *Interventies*
 - a. Met welke interventies en methoden kunnen jeugdprofessionals een gezonde seksuele ontwikkeling van jeugdigen in de jeugdhulp en jeugdbescherming (blijven) ondersteunen en bevorderen?

1.3 Verantwoording

1.3.1 Ontwikkeling van de richtlijn

De richtlijn is ontwikkeld door een projectgroep in samenwerking met een ontwikkelwerkgroep, klankbordgroep en de cliëntentafel. De projectgroep (TNO en Rutgers) heeft het uitvoerend werk gedaan, zoals het systematische literatuuronderzoek, het beoordelen en samenvatten van de gevonden literatuur en het schrijven van de richtlijn, met aanbevelingen. Ook adviseerde de projectgroep het Nji bij de ontwikkeling van de werkkaart(en) en cliëntversie.

Ontwikkelwerkgroep

De ontwikkelwerkgroep heeft praktijkkennis over het thema seksualiteit en begeleiding in de seksuele ontwikkeling van de doelgroep. Ook heeft zij kennis over de achterliggende problematiek en het werk in de jeugdhulp en jeugdbescherming in het algemeen. Ze zijn afkomstig van de werkvloer, maar kunnen ook buiten de eigen praktijkkaders denken. De verschillende settingen van de jeugdhulp en jeugdbescherming zijn in de ontwikkelwerkgroep vertegenwoordigd. Voor de samenstelling van de ontwikkelwerkgroep is in eerste instantie geworven via de beroepsverenigingen (NIP, NVO en BPSW). Daarnaast is gebruik gemaakt van de verschillende netwerken van TNO, Rutgers en het Nji.

Klankbordgroep

De klankbordgroep controleert inhoudelijk en wordt (onafhankelijk) geraadpleegd op specifieke onderwerpen waarvoor diepgaande theoretische wetenschappelijk of specialistische kennis nodig is en/of consensus belangrijk is. De klankbordgroep is samengesteld met themawetenschappelijk inhoudelijke experts vanuit hogescholen, universiteit en specialistische behandel- en kenniscentra.

Cliëntentafel

In afstemming met het Programmateam zijn teksten aan de Cliëntentafel voorgelegd. Ze adviseerden ons vanuit het perspectief van ouders en jeugdigen. Ook in de ontwikkelwerkgroep hadden twee jeugdigen zitting.

1.3.2 Bronnen

De uitgangsvragen zijn beantwoord op grond van wetenschappelijk bewijs uit de literatuur, professionele praktijkkennis en cliëntkennis en -voorkeuren. Voor beantwoording van de uitgangsvragen is waar mogelijk systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd. Daarbij zijn zogenaamde PICO's geformuleerd. Om een literatuursearch gericht te maken wordt achtereenvolgens het volgende expliciet gemaakt: P = problem, I = intervention, C = comparison, O = outcome.

De volgende databases zijn geraadpleegd: Medline (Pubmed), Cochrane Library, Psychinfo, PsycLit, ERIC, Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEJ), databank Centrum Gezond Leven (CGL/ RIVM), Movisie Databank Sociale Interventies en Databank Justitiële Interventies. Het niveau van bewijs uit de literatuur is vastgesteld aan de hand van de beoordelingssystematiek van de Erkenningscommissie (Jeugd)interventies (Van Yperen & Van Bommel, 2009). Deze



methode onderscheidt zeven niveaus voor het beoordelen van wetenschappelijke publicaties (van 'zeer sterk bewijs' tot 'zeer zwak bewijs').

Voor de beschrijving van de seksuele ontwikkeling is, met toestemming van het NCJ, onder andere gebruik gemaakt van de *JGZ richtlijn Seksuele ontwikkeling 0-19 jaar* (2014). Op sommige plaatsen is bestaande tekst overgenomen, waar noodzakelijk is deze aangepast en aangevuld met recente literatuur, zoals de monitor *Seks onder je 25ste* (De Graaf et al., 2017) en van literatuur aangedragen door de ontwikkelwerkgroep en klankbordgroep.

Naast bewijs uit de wetenschappelijke literatuur is ook gekeken naar de 'grijze literatuur' zoals handelingsprotocollen. Professionele praktijkkennis en -ervaringen en cliëntervaringen en -voorkeuren zijn gewogen met de ontwikkelwerkgroep. De richtlijn sluit aan bij de *Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling* en bij de *Richtlijnen voor jeugdhulp en jeugdbescherming: Kindermishandeling* (Vink et al., 2016), *Trauma* (in ontwikkeling) en *Samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp* (Bartelink et al., 2015).

1.4 Leeswijzer

De *Richtlijn Seksuele Ontwikkeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming* is bedoeld voor jeugdprofessionals die met het onderwerp van deze richtlijn te maken hebben. Dit document bevat de onderbouwing van de keuzes in de richtlijn waarin gedetailleerd en gedocumenteerd wordt onderbouwd hoe de aanbevelingen tot stand zijn gekomen.

De feitelijke *Richtlijn Seksuele Ontwikkeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Maris et al., 2020) is in een apart document weergegeven zonder uitgebreide onderbouwing. Daarnaast is de richtlijn samengevat in werkkaarten. De richtlijn en werkkaarten ondersteunen jeugdprofessionals om de richtlijn toe te passen in de dagelijkse praktijk van de jeugdhulp en jeugdbescherming. Voor cliënten en andere geïnteresseerden is een cliëntversie van de richtlijn gemaakt. Deze is apart verkrijgbaar. Alle documenten zijn openbaar. Zie www.richtlijnenjeugdhulp.nl.

De eerste hoofdstukken van de richtlijn bieden **kennis** over de gezonde seksuele ontwikkeling en over de seksuele ontwikkeling bij enkele specifieke groepen jeugdigen in de jeugdhulp en jeugdbescherming. **Praktische tips** voor preventie, signalering, begeleiding/ behandeling zijn te vinden in hoofdstuk 4. Hoofdstuk 6 biedt **goed onderbouwde en effectieve interventies** om hierbij in te zetten. **Aanbevelingen** worden telkens in een kader aan het einde van een hoofdstuk genoemd. Als **bijlagen** zijn opgenomen: een overzicht van leden van projectteam, ontwikkelwerkgroep en klankbordgroep; de knelpuntenanalyse; begrippenlijst; *evidence*-tabellen; kennis- en ontwikkellacunes.

Na deze leeswijzer wordt in **hoofdstuk 2** de seksuele ontwikkeling van jeugdigen van 0 tot 23 jaar besproken en de beschermende en risicofactoren daarbij.

Hoofdstuk 3 gaat in op de seksuele ontwikkeling van jeugdigen die te maken hebben met jeugdhulp en jeugdbescherming. Daarbij wordt in het bijzonder besproken hoe de seksuele

ontwikkeling anders kan verlopen, en welke risico- en beschermende factoren een rol spelen bij jeugdigen met een LVB (licht verstandelijke beperking), stoornis in het autismespectrum, problematische gehechtheid of seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Hoofdstuk 4 bespreekt het handelen van de jeugdprofessional met betrekking tot het onderwerp seksualiteit: hoe bespreek je seksualiteit, hoe kun je seksueel gedrag inschatten, welke competenties (attitude en vaardigheden) en randvoorwaarden zijn er nodig om dit te kunnen doen?

Hoofdstuk 5 bespreekt kort de wettelijke kaders die van toepassing zijn op het thema seksualiteit en seksuele ontwikkeling.

In **hoofdstuk 6** worden bruikbare en beschikbare interventies op het gebied van preventie, signalering en begeleiding/behandeling besproken.

Basisteksten

Voor deze richtlijn is een aantal basisteksten van toepassing die voor alle richtlijnen Jeugdhulp en Jeugdbescherming gelden. Deze zijn te vinden op www.richtlijnenjeugdhulp.nl.

Het gaat om de volgende onderwerpen:

- doelgroep van de richtlijnen;
- gedeelde besluitvorming;
- diversiteit;
- beschikbaarheid interventies;
- juridische betekenis van de richtlijnen.

Op deze website is ook een algemene verantwoording van de werkwijze bij de ontwikkeling en herziening van de richtlijnen Jeugdhulp en Jeugdbescherming te vinden.

Als we in de richtlijn van 'jeugdigen' spreken, bedoelen we daarmee zowel kinderen van 0 tot 12 jaar als jongeren van 12 tot 23 jaar. Waar 'kinderen', 'jongeren' of 'jeugdigen' staat kan ook 'het kind', 'de jongere' of 'de jeugdige' worden gelezen, en omgekeerd.

Overal waar in de richtlijn over 'ouders' wordt gesproken, kunnen dit de biologische ouders zijn, maar ook de pleeg-, adoptie- of stiefouders, de gezinshuisouders, de juridische ouders of andere volwassenen die de ouderrol vervullen. Waar 'ouders' staat, kan ook 'een ouder' worden gelezen, en omgekeerd.

In deze richtlijn wordt met het oog op de leesbaarheid verder alleen de mannelijke vorm gehanteerd. Maar waar 'hij' staat, kan uiteraard ook 'zij' gelezen worden.

Hoofdstuk 2

De seksuele ontwikkeling van 0 tot 23 jaar

Dit hoofdstuk geeft antwoord op de volgende uitgangsvraag.

Hoe verloopt de seksuele ontwikkeling bij jeugdigen van 0 tot 23 jaar?

De seksuele ontwikkeling van jeugdigen wordt in dit hoofdstuk besproken per leeftijdsgroep: 0-6 jaar, 6-12 jaar en 12-23 jaar.

Deze informatie is nodig om jeugdigen te ondersteunen in hun seksuele ontwikkeling, hulpvragen te kunnen signaleren en op te kunnen pakken. Voor alle jeugdigen in de jeugdhulp en jeugdbescherming (met of zonder specifieke diagnose) is het belangrijk om aandacht te besteden aan hun seksuele ontwikkeling. De seksuele ontwikkeling is beschreven vanuit een lichamelijk en psychosociaal perspectief aan de hand van verschillende leeftijdsfasen.

De ontwikkelaars hebben dit hoofdstuk (met toestemming van het NCJ) onder andere gebaseerd op de *JGZ-richtlijn Seksuele Ontwikkeling 0-18 jaar*. De tekst is waar nodig bijgesteld en aangevuld met recente literatuur. Daarbij is ook gebruik gemaakt van de kennis en onderzoeken van Rutgers, het Nederlandse kenniscentrum rond seksualiteit, en van de leden van de ontwikkel- en klankbordgroep. Over diverse onderwerpen is geen recente literatuur beschikbaar, dan is gebruik gemaakt van oudere literatuur. Over interculturele aspecten van de seksuele ontwikkeling is slechts beperkte informatie beschikbaar uit onderzoek. Waar mogelijk is deze informatie beschreven.

2.1 De seksuele ontwikkeling van kinderen van 0 tot 6 jaar

- Vanaf het tweede jaar ontwikkelt zich een besef van een eigen genderidentiteit, ook ontdekken kinderen op deze leeftijd dat de geslachtskenmerken van jongens en meisjes verschillen. Experimenteren met genderidentiteit hoort bij een gezonde genderidentiteitsontwikkeling.
- Jonge kinderen ontdekken door het aanraken van hun eigen geslachtsdelen hun lichaam en hun seksuele gevoelens, dit is veelvoorkomend seksueel gedrag.
- De interesse in geslachtsdelen van anderen maakt deel uit van een gezonde seksuele ontwikkeling. Deze interesse uit zich vanaf 2-6 jaar onder andere in het aanraken van andermans geslachtsdelen. Ook dit gedrag is veelvoorkomend en behoort tot een gezonde seksuele ontwikkeling.
- Seksueel contact tussen kinderen onderling wordt ook wel seksueel spel genoemd en komt voor vanaf ongeveer 2 jaar. Vanaf een jaar of 4 speelt dit spel zich vaker buiten het gezichtsveld van volwassenen af.

2.1.1 Lichaam en zelfbeeld

De eerste levensjaren van een kind worden gekenmerkt door een snelle groei en ontwikkeling, zowel lichamelijk als sociaal-emotioneel. Op de peuterleeftijd ontdekt een kind dat het een eigen individu is, kinderen ontdekken dan ook hun eigen wil.



De basis van een gezond lichaams- en zelfbeeld wordt gelegd in een veilige gehechtheidsrelatie tussen ouder en kind. In het eerste levensjaar komt de gehechtheidsrelatie tot stand op basis van allerlei dagelijkse interacties (Ainsworth, 1978; Bowlby, 1982). De ouder reageert op huilen en lachen, geeft het kind te eten, doet het kind in bad, troost of kalmeert het kind, verschoont zijn/haar luier, en speelt met het kind. Vooral de manier waarop de ouder zijn reacties afstemt op de signalen van het kind (ook wel 'sensitiviteit' genoemd) is bepalend voor een veilige relatie (Pederson et al., 1998). Ouders die hun alledaagse interacties sensitief afstemmen op de baby verschaffen hun kind een gevoel van veiligheid. Het jonge kind ontwikkelt zo vertrouwen in de ouder en in zichzelf (Bohlin et al., 2000).

Jeugdprofessionals bespreken met ouders het belang van het benoemen van de geslachtsdelen vanaf jonge leeftijd. Hiermee leren kinderen dat het onderwerp seksualiteit bespreekbaar is.

2.1.2 Seksuele gevoelens

Er is nauwelijks onderzoek bekend of uitgevoerd naar seksuele gevoelens bij kinderen tot zes jaar. Onderzoeksmethoden zijn vaak niet geschikt voor deze leeftijdsgroep. Onderzoek naar seksuele gevoelens onder nul tot zesjarigen bestaat vooral uit observatie en retrospectief onderzoek.

Seksuele responsen

De onderzoeker Galenson (1990) observeerde onder kinderen vanaf 15-19 maanden uitingen van seksuele responsen, in de vorm van blozen, zweten en een verhoogde ademhaling. Op basis van dit onderzoek kan gesteld worden dat seksuele responsen onder kinderen vanaf vijftien maanden voor kan komen. Jongetjes kunnen een erectie krijgen, hier zijn geen volwassenen seksuele gevoelens aan gekoppeld.

Verliefde gevoelens

Ook blijkt dat kinderen vanaf vier jaar gevoelens van verliefdheid kunnen omschrijven (De Graaf & Rademaker, 2003). Ouders geven aan dat 28 procent van kinderen van twee tot vijf jaar wel eens verliefd zijn geweest (Roos & De Graaf, 2014).

Confrontatie met seksuele beelden

Over de effecten van de confrontatie met seksuele beelden en beelden van seksuele opwinding (in het echt en via de media) op jonge kinderen (nul tot zes jaar) is nog weinig bekend.

Aangenomen wordt dat peuters en kleuters seksueel getinte beelden anders interpreteren dan volwassenen, omdat ze nog geen duidelijk kader gevormd hebben over seksualiteit en seksuele opwinding. Het is mogelijk dat jonge kinderen seksuele opwinding of seksueel getinte beelden als ruzie of agressie interpreteren (Nikken, 2007).

Jeugdprofessionals/ouders/opvoeders kunnen hierin een ondersteunende rol spelen, door het kind een kader te bieden, te luisteren naar het verhaal en ideeën van het kind, en uit te leggen wat het gezien heeft (bijvoorbeeld als het kind volwassenen per ongeluk heeft zien vrijen), om zo onnodige angstgevoelens te voorkomen.



2.1.3 Seksueel gedrag

Aanraken en stimuleren van eigen geslachtsdelen

Het onwillekeurig aanraken van geslachtsdelen komt vaak voor bij jonge kinderen en is soms al zichtbaar in de baarmoeder (De Graaf & Rademaker, 2007). Meisjes raken de eigen geslachtsdelen vaak iets later en iets minder frequent aan dan jongens (De Graaf & Rademaker, 2007). Bij mannelijke foetussen zijn vanaf 26 weken erecties waargenomen (De Graaf et al., 2004). Tot zes jaar komt het zelf (thuis) aanraken van geslachtsdelen bij 90 procent van de kinderen voor (Roos & De Graaf, 2014). Het aanraken van de eigen geslachtsdelen onder nul tot zesjarigen behoort tot een gezonde seksuele ontwikkeling en is niet schadelijk voor het 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.

Jeugdprofessionals/ouders/opvoeders kunnen kinderen vanaf twee á drie jaar leren dat het aanraken van de eigen geslachtsdelen in het bijzijn van anderen niet in elke situatie wenselijk of acceptabel is.

Stimuleren van eigen geslachtsdelen

Doelgerichte (ritmische) stimulatie van geslachtsdelen komt bij kinderen vanaf een jaar voor. De motoriek is dan voldoende ontwikkeld om geslachtsdelen doelgericht te stimuleren (De Graaf et al., 2017). Stimuleren van geslachtsdelen met de hand komt bij 39 procent van de kinderen tot zes jaar voor (Roos & De Graaf, 2014). Sommige kinderen (17 procent van de kinderen tot zes jaar) gebruiken een voorwerp voor stimulatie (Roos & De Graaf, 2014). Jonge kinderen ontdekken door het aanraken van hun eigen geslachtsdelen hun seksuele gevoelens. Stimulatie van de eigen geslachtsdelen kan ook voorkomen in het bijzijn van anderen (zie ook 'seksueel spel: contact tussen kinderen').

- Stimulatie van geslachtsdelen bij kinderen onder de zes is veelvoorkomend seksueel gedrag en hoeft niet afgeleerd te worden, zolang er geen sprake is van zelfbeschadiging, pijn of excessieve stimulatie (= als het de ontwikkeling verstoort of remt), afhankelijk van de plek waar dat gebeurt.
- Als het kind voorwerpen gebruikt voor stimulatie (bijvoorbeeld inbrengen van kralen in vagina of anus) is er risico op zelfbeschadiging (criteria zelfrespect *Vlaggensysteem*), vanwege mogelijke schade aan vagina of anus. Het gedrag moet dan afgeleerd worden.
- Veelvuldige stimulatie van de eigen geslachtsdelen komt voor en is niet schadelijk tenzij het de ontwikkeling verstoort of remt (excessieve stimulatie). Het kán een aanwijzing zijn voor achterliggende problematiek zoals verwaarlozing of seksueel misbruik. Dit is echter nooit het enige symptoom, er is altijd samenhang met andere symptomen. De professional volgt bij vermoedens van seksueel misbruik of verwaarlozing de *Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming* en de *Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling*.

Interesse in geslachtsdelen van anderen

Vanaf dertien maanden tonen kinderen interesse in de mannelijke geslachtsdelen van anderen en vanaf 17 maanden in de vrouwelijke geslachtsdelen van anderen. De interesse is meestal eerst gericht op de geslachtsdelen van ouders/opvoeders, broers en/of zussen en later ook van andere kinderen (De Graaf & Rademaker, 2007). Van de twee tot vijfjarigen is 68 procent

van de kinderen nieuwsgierig naar mensen die bloot zijn (Roos & De Graaf, 2014). De interesse in geslachtsdelen van anderen maakt deel uit van een gezonde seksuele ontwikkeling en loopt synchroon met de genderidentiteitsontwikkeling. Jongens en meisjes onderzoeken vanaf twee jaar tot welke sekse ze behoren (De Graaf & Rademaker, 2007). Het bekijken van blote mensen en het laten zien van geslachtsdelen aan anderen maakt deel uit van een gezonde seksuele ontwikkeling en is niet schadelijk. Vanaf een jaar of drie kunnen kinderen leren dat het laten zien van de eigen geslachtsdelen aan anderen niet in elke situatie wenselijk of acceptabel is.

Jeugdprofessionals/ouders/opvoeders kunnen het kind sociale regels leren, door het gedrag te benoemen, te begrenzen en uit te leggen waarom ze het begrenzen. Voor een gezonde seksuele ontwikkeling is het belangrijk dat kinderen soms begrensd worden. Kinderen leren op die manier waarden, normen en sociale regels (Frans & Franck, 2014).

Aanraken van andermans geslachtsdelen

De interesse in eigen en andermans geslachtsdelen uit zich vanaf twee tot zes jaar in het aanraken van andermans geslachtsdelen, zo raakt 69 procent van de twee tot vijf jarigen wel eens de borsten van de moeder of een andere vrouw aan (Roos & De Graaf, 2014). Ook dit gedrag is veelvoorkomend en behoort tot een gezonde seksuele ontwikkeling. De grens van dit gedrag wordt (naast de criteria van het *Vlaggensysteem*) bepaald door wat ouders/opvoeders acceptabel vinden. De jeugdprofessional vraagt door om feitelijk gedrag te achterhalen (zie ook 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 ongeveer twee jaar (De Graaf et al., 2004; De Graaf & Rademaker, 2007). In het spel tussen kinderen speelt fantasie vaak een grote rol. Een bekend voorbeeld is doktertje spelen. Ongeveer een kwart van de ouders van twee tot vijf jarigen ziet dat hun kind doktertje speelt, dit wordt bij meisjes vaker dan bij jongens gezien (Roos & De Graaf, 2014). Seksueel spel wordt bij 53 procent van de twee tot vijfjarigen in België geobserveerd en bij 55 procent van de Nederlandse (nul tot elfjarige) jongens en 65 procent van de (nul tot elfjarige) Nederlandse meisjes (De Graaf & Rademaker, 2007). Vanaf een jaar of -vier tot zes speelt dit spel zich vaker buiten het gezichtsveld van volwassenen af (De Graaf & Rademaker, 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 & Rademaker, 2003), dat betekent niet direct dat het gedrag zorgwekkend is. Echter gedrag wat niet veel voorkomt kán een signaal zijn voor onderliggende problematiek. Overleg bij twijfel met een gedragswetenschapper of aandachtfunctionaris over het gedrag en de mate van zorg, en bepaal samen welke vervolgstappen nodig zijn om het gedrag te kunnen duiden (bijvoorbeeld observatie van gedragspatronen, nadere diagnostiek). Soms hebben kinderen extra informatie nodig of een andere aanpak. Ook kunnen ouders/opvoeders moeite hebben met het bijsturen van hun kind. Overleg bij twijfel met een gedragswetenschapper of aandachtfunctionaris over het gedrag en de mate van zorg, en bepaal samen welke vervolgstappen nodig zijn om het gedrag te kunnen duiden (bijvoorbeeld observatie van gedragspatronen, nadere diagnostiek).



Seksueel spel tussen kinderen hoort begrensd of afgeleerd te worden als er sprake is van dwang of onvrijwilligheid, het spel de ander of het kind zelf pijn doet, bij machtsmisbruik of ongelijkwaardigheid (Frans & Franck, 2014; De Graaf & Rademaker, 2007). Zodra het seksuele contact door een volwassene geïnitieerd wordt is er sprake van seksuele grensoverschrijding en wordt de *Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Vink et al., 2016) en de stappen van de *Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling* gevolgd.

2.1.4 Genderidentiteit ontwikkeling

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, et al., 2004). Ook ontdekken kinderen op deze leeftijd dat de geslachtskenmerken van jongens en meisjes verschillen. Vanaf ongeveer vier jaar kunnen kinderen begrijpen dat hun gender constant is (De Graaf et al., 2004). Ze weten dan ook welk gedrag typisch 'mannelijk' of 'vrouwelijk' is. Kinderen kunnen vanaf deze leeftijd erg normatief, rigide en stereotype zijn in hun reactie op mannelijk en vrouwelijk gedrag (De Graaf et al., 2004; Martin & Luke, 2010). Zo laat een onderzoek zien dat kinderen op deze leeftijd mannen, die iets typisch 'vrouwelijks' doen, later herinneren als vrouw en vice versa (De Graaf et al., 2004). Ondanks het feit dat kinderen tot zes jaar ook experimenteren met hun genderidentiteit, kunnen zij onderling negatief reageren op kinderen die geen genderspecifiek gedrag vertonen, zoals bijvoorbeeld jongens die zich als meisjes kleden of andersom (De Graaf et al., 2004).

Gender stereotypisch of atypisch gendergedrag van jonge kinderen hoeft nog niets te zeggen over de genderidentiteit van het kind. Wat als een 'gezonde' genderspecifieke ontwikkeling wordt gezien, verschilt per cultuur. In deze leeftijdsfase is het belangrijk om experimenteren met verschillende genderrollen te onderkennen als onderdeel van een gezonde ontwikkeling. Dit gedrag hoeft niet afgeleerd, sterker nog: afleren kan negatieve effecten hebben op de ontwikkeling. Ouders/opvoeders (en anderen in de omgeving) hebben er soms moeite mee als hun kind zich niet volgens de heersende gendernormen gedraagt. Mede hierdoor kunnen kinderen emotionele en sociale problemen ontwikkelen (Zucker & Cohen-Kettenis, 2008). In deze leeftijdsfase is het belangrijk om experimenteren met verschillende genderrollen te onderkennen als onderdeel van een gezonde ontwikkeling. Het is belangrijk voor jeugdprofessionals/ouders/opvoeders om hier niet veroordelend op te reageren, een kind te ondersteunen en gevoelens serieus te nemen, om zo emotionele en sociale problemen te voorkomen (Heatherington & Lavner, 2008; Peate, 2008; Tharinger & Wells, 2000).

Genderdysforie

Pas als een kind:

- een sterke voorkeur voor atypisch genderrolgedrag vertoont,
- én een afkeer heeft voor de 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 jonge kinderen met atypisch genderrolgedrag verdwijnt dit gedrag vanzelf weer.



Jeugdprofessionals/ouders/opvoeders kunnen met vragen of zorgen over extreem cross-gendergedrag of mogelijke genderdysforie terecht bij diverse gespecialiseerde organisaties (te vinden via Transvisie – www.transvisie.nl). Deze organisaties kunnen jeugdprofessionals/ouders/opvoeders opvoedingsondersteuning bieden om kinderen de ruimte te geven om zich te ontwikkelen (gedrag niet afwijzen/niet stimuleren). De medische behandeling van transgender jongeren wordt geboden door het genderteam van het VU Medisch Centrum. Zie ook: *Kwaliteitsstandaard psychische transgenderzorg* (Alliantie Transgenderzorg, 2017) en de *e-learning Jong en Transgender* voor jeugdprofessionals.

2.1.5 Seksuele oriëntatie

De ontwikkeling van de seksuele identiteit is een doorlopend proces. Vaak wordt de seksuele oriëntatie (bijvoorbeeld heteroseksueel, lesbisch, homoseksueel of biseksueel) van een kind duidelijk aan het begin van de puberteit. Op deze jonge leeftijd (nul tot zes jaar) zijn er nog geen relevante signalen die aanwijzingen geven over de seksuele oriëntatie. Het experimenteren met genderrollen komt voor (zie ook paragraaf genderidentiteitsontwikkeling). Het is belangrijk dat jeugdprofessionals/ouders/opvoeders een kind ondersteunen en gevoelens serieus nemen, om zo emotionele en sociale problemen te voorkomen (Heatherington & Lavner, 2008; Peate, 2008; Tharinger & Wells, 2000).

2.2 De seksuele ontwikkeling van kinderen van 6 tot 12 jaar – (pre) puberteit

- Traditionele en sterk genderstereotype ideeën nemen bij de meeste kinderen vanaf een jaar of zes weer af. De voorkeur voor spelen met leeftijdsgenoten van hetzelfde geslacht wordt sterker.
- Kinderen van acht à negen jaar kunnen 'lekkere' of 'spannende' plekjes op hun lichaam benoemen, sommige jongeren masturberen voor de puberteit. Dit maakt deel uit van een gezonde seksuele ontwikkeling en een gezond lichaamsbesef.
- Seksuele ervaringen, gedrag of contact tussen kinderen onderling komt regelmatig voor tussen zes tot twaalf jaar. Het tonen, aanraken en onderzoeken van geslachtsdelen bij een ander kind neemt vanaf het tiende/elfde jaar af. Er is wel een toename zichtbaar in het praten over seks en het kijken naar pornografische plaatjes, dit kan worden uitgelegd als interesse/nieuwsgierigheid naar volwassen seksualiteit.
- Tussen het tiende en dertiende jaar wordt duidelijker of eventueel atypisch gendergedrag en/of de onvrede met het eigen geslacht blijvend is of niet. Bij kinderen met genderdysforie wekken de (verwachte) lichamelijke veranderingen van de puberteit gevoelens van afkeer op: de onvrede met het eigen lichaam neemt toe.

2.2.1 Lichaam en zelfbeeld

De lichamelijke ontwikkeling wordt in deze leeftijdsperiode beïnvloed door de beginnende productie van de hormonen testosteron en oestrogeen. Er ontstaat (bij zowel jongens als meisjes) onder invloed van testosteron geleidelijk aan schaambeharing en enige versnelling in de lengtegroei. Bij meisjes begint de ontwikkeling van schaambeharing vaak vroeger dan bij jongens. Testosteron zorgt naast de schaambeharing ook voor beginnende okselbeharing, het

ontstaan van acne en een volwassen transpiratiegeur.

In deze fase worden kinderen zich langzamerhand steeds bewuster van de mening van anderen en vergelijken ze zichzelf ook met anderen of met hoe ze zouden willen zijn. Daardoor kunnen ze ook onzeker worden. Vanaf een jaar of zes kunnen kinderen al ontevreden zijn over hun lichaam.

Jeugdigen hebben uitleg nodig van jeugdprofessionals/ouders/opvoeders over veranderingen van en in het lichaam en over de verschillen tussen het mannelijk en vrouwelijk lichaam.

2.2.2 Seksuele gevoelens

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 (Van der Vlugt, 2016; WHO Regional Office for Europe, 2010). Jongens lijken er over het algemeen iets minder moeite mee te hebben als anderen hen bloot zien, alle kinderen hebben er naarmate ze ouder worden meer moeite mee als anderen hen bloot zien (De Graaf, 2016).

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.

Verliefde gevoelens

Van kinderen van negen tot twaalf jaar is 57 procent wel eens verliefd geweest, 44 procent heeft wel eens verkering gehad (De Graaf, 2016). In een ouder onderzoek naar verliefde gevoelens van kinderen van acht en negen jaar omschrijven zij dit als een positief gevoel, en de meesten zijn al eens verliefd geweest (De Graaf & Rademaker, 2003).

Seksuele opwindning en orgasme

Onderzoeken naar gevoelens van opwindning, aantrekkingskracht of seksuele fantasieën zijn vooral retrospectief van aard. Uitzondering is het Nederlandse onderzoek waarin kinderen van acht en negen jaar 'lekkere' en 'spannende' plekjes benoemen. De kinderen noemen hoofd en schouders het meest, geslachtsdelen werden veel minder genoemd (De Graaf & Rademaker, 2003; De Graaf & Rademaker, 2007). Alle ondervraagde kinderen konden op deze leeftijd 'lekkere' of 'spannende' plekjes op het lichaam aanwijzen (De Graaf & Rademaker, 2003; De Graaf & Rademaker, 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 opwindning door jongens vanaf 10,8 jaar en door meisjes vanaf 13,4 jaar gerapporteerd (Hatfield et al., 1988). Ook voor de puberteit kunnen kinderen (zowel jongens als meisjes) een orgasme ervaren. In een retrospectief Zweeds onderzoek gaf 44 procent van de jongens en 23 procent van de meisjes aan dat zij tussen zes en twaalf jaar een orgasme ervoeren door masturbatie (Larsson & Svedin, 2002).

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 & Rademaker, 2003; De Graaf



& Rademaker, 2007). Jongens fantaseren ook vaker dan meisjes, zo blijkt dat onder elf tot dertienjarigen 88 procent van de jongens ten opzichte van 77 procent van de meisjes weleens seksuele fantasieën heeft (De Graaf & Rademaker, 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.

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 procent (Australische meisjes) en 62 procent (Zweedse jongens) (De Graaf, 2013). Wel blijkt dat kinderen ook voor hun twaalfde jaar gevoelens van opwindning tijdens 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 procent van de jongens voelt zich schuldig na masturbatie op zes tot tienjarige leeftijd en 10 procent van elf tot twaalfjarige jongens. Onder meisjes nemen deze schuldgevoelens van 13 procent van de zes tot tienjarigen, toe naar 24 procent van de elf tot twaalfjarigen (De Graaf & Rademaker, 2003). Ook is een kleine daling waar te nemen omtrent het zich mal/giechelig voelen na masturbatie (De Graaf & Rademaker, 2003). De mate van opwindning tijdens masturbatie stijgt bij zowel jongens als meisjes vanaf het elfde jaar (De Graaf & Rademaker, 2003).

2.2.3 Seksueel gedrag

Masturbatie

Stimuleren van eigen geslachtsdelen komt voor vanaf de leeftijd van een 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 et al., 2017).

Jeugdprofessionals/ouders/opvoeders kunnen kinderen uitleggen dat masturbatie privé is en niet in elke situatie en omgeving wenselijk of acceptabel en dat masturbatie geen pijn hoort te doen (zelfbeschadiging afleren). Jonge kinderen zullen overigens vaak niet direct na één keer bijsturen het gewenste gedrag vertonen.

Veelvuldige stimulatie van de eigen geslachtsdelen komt voor en is niet schadelijk, tenzij een kind:

- dagelijks,
- meerdere malen per dag,
- voor een periode langer dan zes achtereenvolgende maanden masturbeert,

én dit gedrag de ontwikkeling van het kind dusdanig verstoort dat deze niet meer aan het dagelijks leven deel kan nemen (Kuzma & Black, 2008).

Seksueel gedrag tussen kinderen onderling

In een onderzoek onder negen tot twaalfjarige Nederlandse kinderen heeft 44 procent wel eens verkering gehad. Jongere kinderen (negen tot tien jaar) spelen vooral met hun verkering. Van de oudere kinderen (twaalf jaar) knuffelt 32 procent met hun verkering, 23 procent geeft kusjes en 4 procent tongzoent (De Graaf, 2016).



In Zweeds onderzoek geeft 64 procent van de onderzochte jongeren (61 procent van de jongens en 67 procent van de meisjes) aan dat ze tussen hun zesde en tiende jaar één of andere vorm van vrijwillig seksueel contact met andere kinderen gehad hebben. Tabel 1 geeft zicht op veelvoorkomende gedragingen en minder voorkomende gedragingen.

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). De start van de puberteit brengt bij kinderen van elf en twaalf jaar daarnaast een toename van seksueel gedrag als zoenen en knuffelen met zich mee (40 procent jongens/46 procent meisjes) (De Graaf & Rademaker, 2007). Ongeveer twee derde van de kinderen van zes tot twaalf jaar heeft al wel eens verkering gehad (Roos & De Graaf, 2014). Tabel 2 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 et al., 2003).

Tabel 1: Aard van vrijwillige seksuele contacten met andere kinderen (percentages) (Larsson & Svedin, 2002).

	6-10 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

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

	Groep 1-2		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

Bijsturen seksueel gedrag

Seksueel gedrag tussen kinderen onderling en in het openbaar komt voor en draagt bij aan een gezonde seksuele ontwikkeling, een gezond lichaamsbeeld en lichaamsbesef. Een aantal gedragingen komen minder vaak voor onder kinderen van zes tot twaalf jaar (bijvoorbeeld: vaginale, anale en orale geslachtsgemeenschap of het stoppen van voorwerpen in de vagina of anus van een ander kind).

Dit gedrag hoeft niet per definitie zorgelijk te zijn, maar moet wel afgeleerd of begrensd worden op het moment dat er sprake is van dwang, onvrijwilligheid, machtsmisbruik of ongelijkwaardigheid, of als het spel de ander of het kind zelf pijn doet. Het gedrag kán ook een signaal zijn voor onderliggende problematiek. Overleg bij twijfel met een gedragswetenschapper of aandachtsfunctionaris over het gedrag en de mate van zorg, en bepaal samen welke vervolgstappen nodig zijn om het gedrag te kunnen duiden (bijvoorbeeld observatie van gedragspatronen, nadere diagnostiek).

Zodra een kind niet ontvankelijk is voor bijsturing door jeugdprofessionals/ouders/opvoeders zullen gedragspatronen geobserveerd moeten worden om de betekenis van het gedrag te duiden (Frans & Franck, 2014).

Seksueel contact en gedrag in het openbaar

Vanaf het zesde jaar wordt minder seksueel gedrag bij kinderen in het openbaar geobserveerd (De Graaf & Rademaker, 2003; De Graaf & Rademaker, 2007). Dit wil echter niet zeggen dat seksueel gedrag niet meer voor komt (De Graaf et al., 2004; De Graaf & Rademaker, 2007). Zo blijkt uit retrospectief (Zweeds) onderzoek dat seksueel gedrag zich vanaf het zesde levensjaar vaker buiten het gezichtsveld van volwassenen afspeelt (Larsson & Svedin, 2002). Waarschijnlijk komt dit omdat kinderen vanaf ongeveer vier 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 et al., 2004; De Graaf & Rademaker, 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.

Jeugdprofessionals/ouders/opvoeders kunnen het kind sociale regels leren, door het gedrag te benoemen, te begrenzen en uit te leggen waarom ze het begrenzen (Frans & Franck, 2014). Voor een gezonde seksuele ontwikkeling is het belangrijk dat kinderen soms begrensd worden. Kinderen leren op die manier waarden, normen en sociale regels (Frans & Franck, 2014).

Interesse in volwassen seksualiteit

Het tonen, aanraken en onderzoeken van geslachtsdelen bij een ander kind neemt vanaf het tiende/elfde jaar af (De Graaf & Rademaker, 2007). Er is echter wel een toename zichtbaar in het op internet opzoeken van informatie over seksualiteit en het bekijken van seksueel getinte plaatjes (Roos & De Graaf, 2014). Dit kan worden uitgelegd als interesse/nieuwsgierigheid naar volwassen seksualiteit (De Graaf, 2005; Van der Vlugt, 2016; WHO Regional Office for Europe, 2010). Jongens praten hier vaker met leeftijdsgenoten over dan meisjes. Jongens halen hun informatie ook vaker uit erotisch materiaal (De Graaf et al., 2004).



Internet en social media

In 2017 had 68 procent van de tienjarigen en 92 procent van de twaalfjarigen een smartphone, 49 procent van de tien- tot twaalfjarigen gebruikt deze dagelijks (Kennisnet, 2017). Kinderen groeien tegenwoordig op met dagelijks gebruik van beeldschermen en social media. In de leeftijdsperiode van zes tot twaalf jaar zullen zij toenemend zelfstandig actief gaan zijn op internet en social media. Dit is een logische stap in hun ontwikkeling, deze zelfstandigheid brengt echter ook risico's met zich mee, zoals cyberpesten en ongewenste confrontatie met geweld of seksuele beelden.

Verwacht wordt dat bij kinderen onder de acht jaar expliciete beelden van geslachtsgemeenschap gevoelens van onzekerheid teweeg kunnen brengen, omdat kinderen op deze leeftijd de beelden niet goed in een context kunnen plaatsen (Nikken, 2007). Uitleg van jeugdprofessionals/ouders/opvoeders 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 is (Nikken, 2007). Er is nog weinig bekend over het effect van de confrontatie met seksuele beelden en beelden van seksuele opwindning (in het echt en via de media) bij kinderen van zes tot twaalf jaar, hier is geen onderzoek naar gedaan.

Jeugdprofessionals/ouders/opvoeders kunnen kinderen ondersteunen door seksuele mediaopvoeding te geven, als onderdeel van algemene mediaopvoeding.

2.2.4 Genderidentiteit

Genderspecifieke ontwikkeling

In deze leeftijdsfase is het belangrijk om experimenteren met verschillende genderrollen te onderkennen als onderdeel van een gezonde ontwikkeling. Het is belangrijk voor jeugdprofessionals/ouders/opvoeders om hier niet veroordelend op te reageren, een kind te ondersteunen en gevoelens serieus te nemen, om zo emotionele en sociale problemen te voorkomen (Heatherington & Lavner, 2008; Peate, 2008; Tharinger & Wells, 2000).

In alle facetten van het sociale leven zijn gendernormen aanwezig: in het gezin, in de media, op school en op straat. Internationaal is er veel overlap zichtbaar in de gehanteerde normen voor 'mannelijk' dan wel 'vrouwelijk' gedrag (Kaagsten et al., 2016). Zo wordt van jongens verwacht dat zij stoer en sterk zijn en op relationeel gebied het initiatief nemen. Meisjes 'behoren' lief en beleefd te zijn, en aandacht te besteden aan hun uiterlijk zonder uitdagend te worden. Dergelijke traditionele gendernormen zijn een belangrijke determinant voor seksueel (risicovol) gedrag. Bij de start van de puberteit (tien tot veertien jaar, ook wel de vroege adolescentie genoemd) worden gendernormen toenemend belangrijk (Kaagsten et al., 2016). In deze levensfase worden jongeren zich toenemend bewust van wat er van hen wordt verwacht op basis van hun geslacht. Ouders en leeftijdsgenoten spelen een grote rol in het vormen van deze gendernormen (Kaagsten et al., 2016). Als onderdeel van de Global Early Adolescent Study, een internationaal onderzoek naar gendernormen en seksuele gezondheid bij jonge adolescenten, is onderzoek gedaan naar jongeren die de heersende gendernormen trotseren. Er lijkt internationaal een groeiende acceptatie te zijn van meisjes die zich meer 'jongensachtig' gedragen (bijvoorbeeld qua kledstijl of voetbal spelen) (Yu et al., 2017). Dit gold niet voor

jongens die zich meer 'meisjesachtig' gedragen (door bijvoorbeeld te breien of nagellak te dragen) (Yu et al., 2017). In alle onderzochte regio's was het trotseren van de heersende gendernormen vaak aanleiding tot negatieve (verbale, fysieke of psychologische) reacties.

Genderdysforie

Tussen het tiende en dertiende jaar wordt duidelijker of atypische gendergedrag en/of de onvrede met het eigen geslacht blijvend is of niet (De Graaf, 2013). Bij 73-94 procent van de kinderen met een atypische genderidentiteitsontwikkeling op jonge leeftijd verdwijnt de onvrede over het eigen geslacht weer voor het begin van de puberteit. Bij genderdysfore kinderen is dit juist niet zo. Bij kinderen met genderdysforie wekken de (verwachtte) 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 transvrouwen een specifiek deel van de hersenen in aanleg/omvang vrouwelijk te zijn, en bleek het aantal neuronen vergelijkbaar met dat van vrouwen (Kruijver et al., 2000; Zhou et al., 1995).

Pas als een kind:

- een sterke voorkeur voor atypisch genderrolgedrag vertoont,
- én een afkeer heeft voor de eigen gender,
- én er duidelijke signalen zijn van onvrede met het eigen geslacht,

wijst dit mogelijk op genderdysforie. Jeugdprofessionals/ouders/opvoeders kunnen met vragen of zorgen over extreem cross-gendergedrag of mogelijke genderdysforie terecht bij diverse gespecialiseerde organisaties (te vinden via <https://www.transvisie.nl/transitie/jongeren/behandelaars/>). Deze organisaties kunnen jeugdprofessionals/ouders/opvoeders 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). De medische behandeling van transgender jongeren wordt geboden door het genderteam van het VU Medisch Centrum. Een genderteam kan kinderen vanaf jonge leeftijd volgen, zodat eventuele puberteitsremmers ingezet kunnen worden als genderdysforie tijdens de puberteit blijvend blijkt. Er is dan een duidelijk beeld van de ontwikkeling van het kind zodat tijdig tot een afgewogen besluit kan worden gekomen. Zie ook: *Kwaliteitsstandaard psychische transgenderzorg* (Alliantie Transgenderzorg, 2017) en de *e-learning Jong en Transgender voor jeugdprofessionals*.

2.2.5 Seksuele oriëntatie

De seksuele oriëntatie (bijvoorbeeld heteroseksueel, lesbisch, homoseksueel of biseksueel) van een kind wordt aan het begin van de puberteit duidelijker. Tussen tien en twaalf jaar kunnen kinderen voor het eerst verliefde gevoelens of seksuele aantrekkingskracht voor iemand van hetzelfde geslacht ervaren (Tharinger & Wells, 2000). Jongeren kunnen in de war raken van deze gevoelens en ze (nog) niet als lesbisch of homoseksueel benoemen. Dit gebeurt over het algemeen pas veel later (rond zestien jaar). Het is voor een gezonde seksuele ontwikkeling van het kind belangrijk dat zijn gevoelens serieus worden genomen en worden gerespecteerd. Acceptatie van gevoelens draagt bij aan een gezonde seksuele ontwikkeling, terwijl afwijzing van deze gevoelens emotionele en (psycho)sociale problemen teweeg kunnen brengen (Heatherington & Lavner, 2008; Tharinger & Wells, 2000). Zo hebben ouders/opvoeders,

vriendjes, school en leeftijdsgenoten er soms moeite mee als een kind zich niet volgens de heersende gendernormen gedraagt. Mede hierdoor kunnen LHBT¹ kinderen emotionele, sociale en psychische problemen ontwikkelen (Zucker & Cohen-Kettenis, 2008).

2.3 De seksuele ontwikkeling vanaf start puberteit (ongeveer 12 jaar) tot 23 jaar

Deze paragraaf betreft een grote leeftijdsperiode, waarin veel gebeurt. De seksuele ontwikkeling is een continuüm, waarin vaak geen specifieke leeftijdsgrenzen aan te geven zijn. In de richtlijn beschrijven we de gehele levensfase (twaalf tot drieëntwintig jaar) omdat het grootschalige onderzoek waarop deze paragraaf gebaseerd is (De Graaf et al., 2017) een brede leeftijdsgroep beschrijft. Om overlap in teksten te voorkomen is gekozen om in deze paragraaf alleen onderscheid tussen twaalf tot achttien jaar en achttien tot drieëntwintig jaar te maken als dit relevant is. De wet- en regelgeving hanteert wel grenzen op de leeftijd van zestien en achttien jaar, zie hiervoor hoofdstuk 5 *Wettelijke kaders*.

- De puberteit is een periode met veel lichamelijke veranderingen, de aandacht voor het eigen lichaam en dat van anderen neemt toe. Hierdoor voelen pubers zich vaker onzeker over hun lichaam en uiterlijk.
- Meisjes beginnen gemiddeld op de leeftijd van 10,5 jaar aan de puberteit (groei van borsten), jongens op de leeftijd van 11 jaar (groei van testikels). Bij 95 procent van de kinderen is de puberteit voltooid bij zeventien tot achttien jaar.
- 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.
- De meeste LHB jongeren beseffen langzaam dat ze homo, lesbisch of biseksueel zijn. Jongeren kunnen in de war raken van dit besef, of ze kunnen hun gevoelens (nog) niet als zodanig benoemen. Meisjes worden gemiddeld voor het eerst verliefd op een seksegenoot met 14,6 jaar en jongens met 15,1 jaar.
- De volgorde van seksueel gedrag verloopt voor ongeveer driekwart van de jongeren hetzelfde en stapsgewijs (de seksuele carrière). Jongeren starten met tongzoenen en strelen, dan volgt het (laten) strelen van de borsten, boven en onder de kleding, en het (laten) aanraken van de geslachtsdelen. Dan zetten deze jongeren de stap van naakt vrijen naar geslachtsgemeenschap. Tabel 4 toont de ervaring met seksueel gedrag naar leeftijd (zie paragraaf 2.3.3).
- Sexting is het versturen dan wel ontvangen, verspreiden of in bezit hebben van seksueel getinte foto's of opnames (van de jongere zelf of anderen). 1 op de 8 jongeren (leeftijd twaalf tot vijfentwintig jaar) heeft een naaktfoto of seksfilmpje van zichzelf naar iemand gestuurd.
- 2 procent van de jongens en 11 procent van de meisjes (leeftijd twaalf tot vijfentwintig jaar) geeft aan wel eens te zijn gedwongen om seksuele dingen te doen die ze niet wilden.

1 Het koepelbegrip LHBTI staat voor lesbische vrouwen, homoseksuele mannen, biseksuelen, transgenders en intersekse personen. Seksuele oriëntatie (LHB) is iets anders is dan genderidentiteit (T) of Intersekse (I). Daarnaast is onderzoek vaak gericht op LHB, en lang niet altijd ook op T of I. Daarom wordt in de richtlijn wisselend gesproken over LHB, LHBT of LHBTI.

2.3.1 Lichaam en zelfbeeld

De puberteit is een bio-psycho-sociaal proces waarin het kind volwassen wordt (Kliegman et al., 2011). In deze periode worden de secundaire geslachtskenmerken zichtbaar, groeit de puber uit tot volwassen lengte en kan hij/zij zich voortplanten. De puberteit begint met een groot aantal lichamelijke veranderingen, bij meisjes begint de ontwikkeling van de secundaire geslachtskenmerken vaak vroeger 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 veertien 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 et al., 2008). Seksuele gevoelens en gevoelens van aantrekkingskracht naar anderen nemen in deze fase toe. Hierdoor voelen pubers zich vaak onzeker over hun lichaam en uiterlijk. Ze vragen zich af of hun lichaam wel aantrekkelijk of normaal is (De Graaf et al., 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 een fase waarin kinderen volwassen worden en ook op seksueel gebied hun eigen weg zoeken. Steun van volwassenen (ouders/opvoeders en andere rolmodellen) blijft in deze fase belangrijk.

Etniciteit

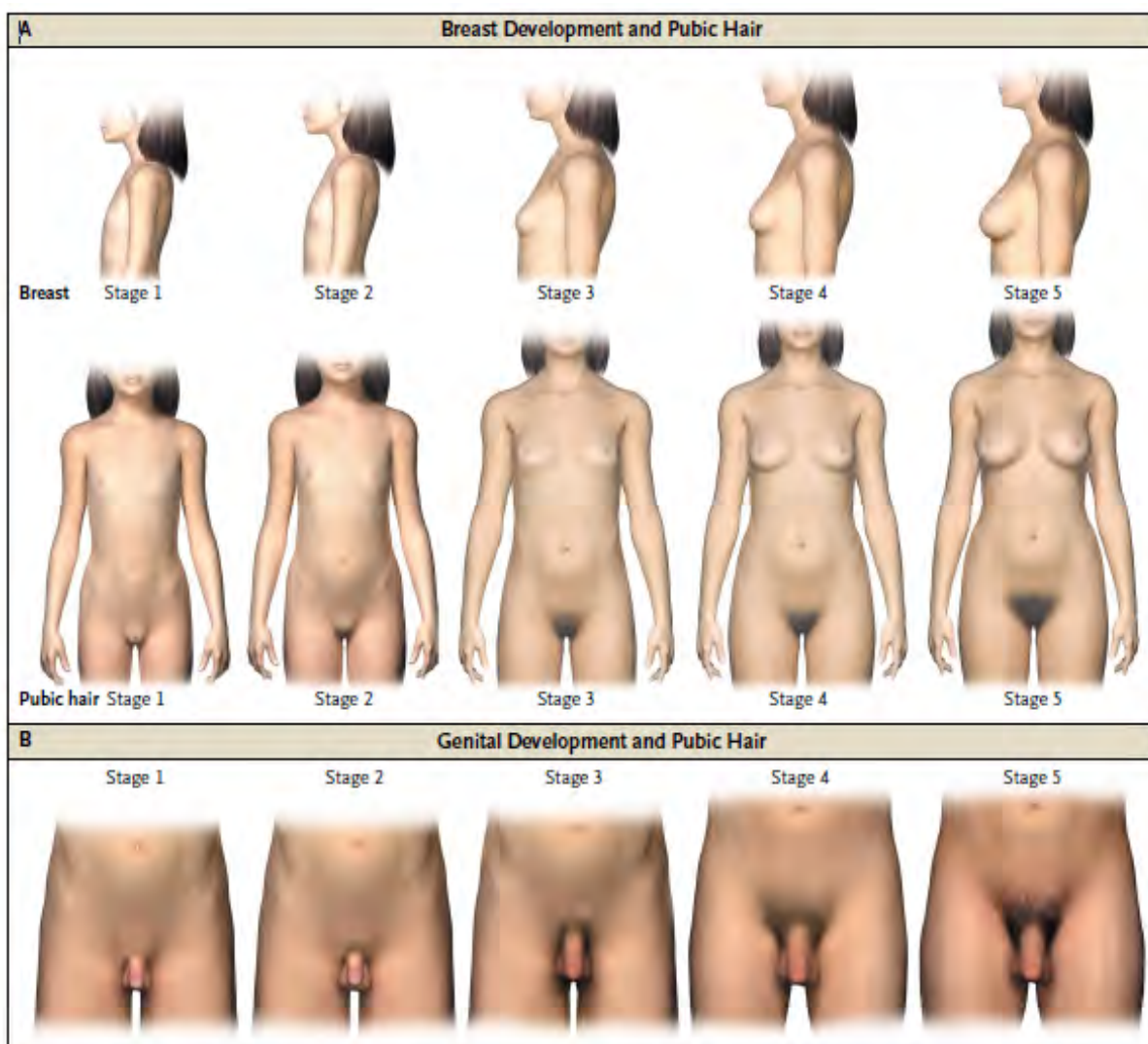
Etnische verschillen spelen een rol bij de leeftijd waarop de puberteit start. Afrikaans-Amerikaanse meisjes krijgen bijna een jaar eerder borstontwikkeling dan Kaukasische ('blanke') meisjes (Kliegman et al., 2011). Afrikaans-Amerikaanse jongens komen een half jaar eerder in de puberteit dan Kaukasische jongens. Bij Marokkaans-Nederlandse en Turks-Nederlandse jongeren begint de puberteitsontwikkeling iets later dan bij Nederlandse kinderen. Gemiddeld is dat voor Marokkaans-Nederlandse meisjes drie maanden en voor Marokkaans-Nederlandse jongens tien maanden later. Voor Turks-Nederlandse jongens en meisjes begint de puberteit gemiddeld ongeveer een half jaar later. De leeftijd waarop de eerste menstruatie optreedt is daarentegen bij zowel Turks-Nederlandse meisjes als Marokkaans-Nederlandse meisjes gemiddeld een half jaar vroeger dan bij Nederlandse meisjes (op de leeftijd van respectievelijk 12,6 en 12,5 jaar versus 13,05 jaar) (Talma et al., 2013).

Puberteitsstadia

De verschillende puberteitsstadia worden meestal beschreven aan de hand van de Tannerstadia (figuur 1). Hierbij wordt in vijf stadia de ontwikkeling van de schaambeharing (P1-5), de groei van de borsten (M1-5) en de mannelijke genitalia (G1-5) beschreven.

De lichamelijke en psychosociale rijping van pubers lopen niet altijd synchroon, daarom is geruststelling over vroege lichamelijke veranderingen bij veel pubers nodig. Bij 95 procent van de kinderen is de puberteit voltooid bij zeventien tot achttien jaar. Bij jongens verandert daarna nog de haarverdeling (gezicht, borsthaar). Ook kunnen acne problemen langer blijven bestaan.

Figuur 1: Puberteitsstadia volgens Tanner².



Puberteitsontwikkeling bij meisjes

De start van de puberteit vindt bij meisjes gemiddeld plaats op de leeftijd van 10,5 jaar (spreiding negen tot twaalf jaar). Onder invloed van oestrogeen ontstaat borstontwikkeling. Het beginpunt is zichtbaar als knopvorming van de borst (Tanner stadium M2). De klierschijf of de borst kunnen in het begin pijnlijk zijn bij aanraken of stoten. Ingetrokken tepels komen bij 10-30 procent 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 achttien jaar zijn de borsten uitgegroeid.

Andere effecten van oestrogeen zijn: toename vetverdeling rond de heupen, groei van de schaamlippen (bij veel meisjes zijn de binnenste schaamlippen groter dan de buitenste schaamlippen) en de inwendige en uitwendige delen van de clitoris. De bekleding van de vaginawand wordt dikker, er ontstaat een beschermend zuur milieu, en de vagina wordt vochtiger waardoor productie van vaginale afscheiding op gang komt. Onder invloed van

2 Uit: Precocious puberty, Carel JC, Léger J. *New England Journal of Medicine*. 2008; 358(22), 2366-2377. Copyright © (2008) Massachusetts Medical Society. Overgenomen met toestemming van Massachusetts Medical Society.

testosteron ontstaat schaambeharing en treden acne en volwassen transpiratiegeur op; uiteindelijk ontstaat ook okselbeharing (Kliegman et al., 2011). De groeispuurt treedt bij meisjes op vanaf het begin van de puberteit. De eerste menstruatie treedt gemiddeld op bij 13,05 jaar (Talma et al., 2013), de groeispuurt is dan voorbij het maximum. De timing van de eerste menstruatie hangt samen met erfelijke factoren (puberteit ouders). Andere factoren die een rol kunnen spelen zijn overgewicht (eerste menstruatie vroeger), weinig eten (eerste menstruatie later), weinig beweging (eerste menstruatie vroeger), veel sporten (eerste menstruatie later) en chronische ziekte (eerste menstruatie later) (Kliegman et al., 2011). De eerste twee jaar na de eerste menstruatie is een cyclusduur van zes weken normaal, uiteindelijk duurt een cyclus gemiddeld 28 dagen. De normale duur van de menstruatie is vijf tot zeven dagen.

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 de ander, ook de doorsnede van de opening is bij iedereen anders. Van een echt maagdenvlies is geen sprake. Het is geen vlies dat 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. In een retrospectief onderzoek bij vrouwen van diverse culturele achtergronden bleek dat iets minder dan de helft van de vrouwen geen bloedverlies had na de eerste keer geslachtsgemeenschap (Loeber, 2008). Met name strenggelovige jongeren hechten sterk aan het maagd zijn tot aan het huwelijk en zijn soms bang voor sancties vanuit 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 blijkt dat er geen andere mogelijkheid of oplossing is.

Puberteitsontwikkeling bij jongens

Bij jongens start de puberteit gemiddeld bij elf jaar (spreiding negen tot dertien jaar). Het beginpunt is af te meten aan de groei van de testikels, meestal snel gevolgd door penisgroei en schaambeharing. De linker testikel is vaak wat groter dan de rechter testikel (Kliegman et al., 2011) en hangt daardoor meestal lager.

De groeispuurt bij jongens begint een à twee jaar na het begin van de puberteit. Jongens groeien gemiddeld ongeveer 2 jaar langer door dan meisjes (Delemarre-Van der Waal et al., 2006). De groeispuurt bij jongens begint met het groeien van handen en voeten, gevolgd door 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. 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 longinhoud groeien snel, zodat aan het eind van de puberteit de stem van jongens lager wordt (Kliegman et al., 2011).

Als de prostaat, bijballen en zaadblaasjes volledig ontwikkeld zijn is een zaadlozing mogelijk. Op de leeftijd van veertien jaar heeft de helft van de jongens voor het eerst een zaadlozing gehad, meestal door masturbatie, en als er nog geen masturbatie is geweest door een 'natte droom'.



Omdat aan het begin van de puberteit nog relatief veel oestrogeen aanwezig is ten opzichte van testosteron kan bij jongens enige borstvorming optreden (Delemarre-van der Waal et al., 2006; Noordam et al., 2010). Door toegenomen vetweefsel rondom en onder de tepel kan het soms ook lijken alsof er borstontwikkeling optreedt. Borstontwikkeling treedt op bij 60-70 procent van de jongens aan het begin van de puberteit en kan zowel eenzijdig als aan beide kanten optreden. Wanneer de productie van testosteron verder toeneemt verdwijnt de borstvorming (meestal binnen twaalf tot achttien maanden, met een uitloop naar drie jaar) (Kliegman et al., 2011).

Lichaamsverandering & 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 lichaam wel aantrekkelijk of normaal is (De Graaf et al., 2004). Een cultuur van succes/ perfectionisme en angst voor exposure (door o.a. digitalisering en invloed van technologie) kunnen hier een rol in spelen (Cense, 2018). Sommige jongeren zijn erg ontevreden over hun eigen lichaam. Jongens kunnen twijfelen over de grootte van hun penis, meisjes over de grootte van hun schaamlippen of borsten. Deze lichaamsdelen groeien door tot ongeveer het achttiende 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. Bij veel meisjes zijn de binnenste schaamlippen groter dan de buitenste schaamlippen. Tevens kunnen kromstand van de penis of asymmetrie van de borsten aanleiding geven tot onzekerheid. Dit zijn allen normale varianten. Plastische chirurgie aan de geslachtsorganen leidt mogelijk tot ongewenste veranderingen op het gebied van seksueel functioneren. Er is geen wettelijke minimumleeftijd voor plastische chirurgie. Voor cosmetische ingrepen zonder medische noodzaak hanteren de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) en Nederlandse Vereniging Cosmetische Geneeskunde (NVCG) een minimumleeftijd van 18 jaar. Jeugdprofessionals/ouders/opvoeders kunnen jongeren uitleggen dat een lichaam doorgroeit tot een leeftijd van achttien jaar. Voor die tijd is een lichaam nog volop in ontwikkeling en is wordt niet-medisch ingrijpen afgeraden.

2.3.2 Seksuele gevoelens

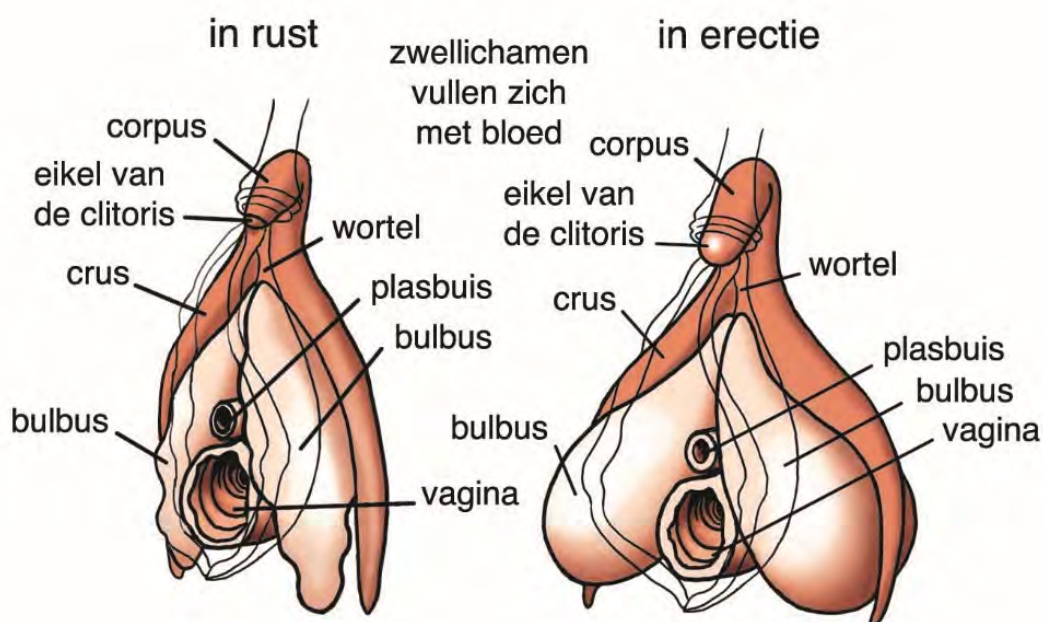
Seksuele fantasieën

De meeste jongens en meisjes hebben in de puberteit wel eens 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 8-64 jaar, leken jongeren van veertien tot vijftien 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 procent van de vijftienjarige jongens niet aan seks toe te zijn, tegenover 63 procent van de vijftienjarige meisjes. Jongens en meisjes groeien hierin naar elkaar toe. Rond achttienjarige leeftijd zegt negen op de tien jongeren aan seks toe te zijn (De Graaf, 2005).



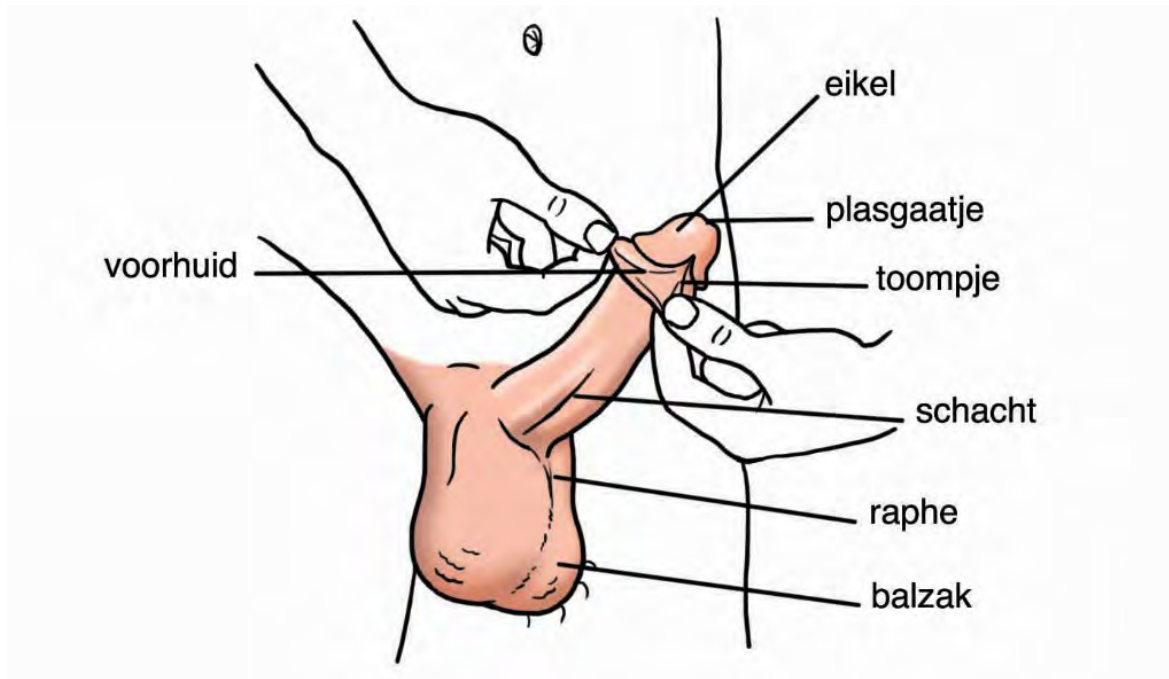
Opwinding, verlangen en orgasme

Aan het begin van de puberteit trekken jongeren voor 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 et al., 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 & Rademaker, 2003). Met de leeftijd nemen deze gevoelens toe. Voor meisjes en jongens is directe stimulatie van het geslachtsdeel (de clitoris voor meisjes en de penis voor jongens) van belang voor het ervaren van een orgasme. Over het algemeen is de kennis over de anatomie van de clitoris beperkter dan de kennis over de penis. Figuur 2 toont de clitoris in rust en in 'erectie', figuur 3 toont de penis. Er zijn wel sekseverschillen in de mate waarin meisjes en jongens een orgasme beleven tijdens seks met een partner van de andere sekse. Dat lijkt samen te hangen met het soort seksuele activiteit dat bij heteroseksuele meisjes en jongens het meest voorkomt: geslachtsgemeenschap (penetratie van de vagina door de penis). Voor jongens leidt geslachtsgemeenschap met vrij grote zekerheid tot een orgasme, voor meisjes is geslachtsgemeenschap een minder goede vorm van seksuele stimulatie tot orgasme (Frederick et al., 2018). Dat hangt samen met het anatomische gegeven dat (in tegenstelling tot de clitoris) de vagina relatief ongevoelig is voor seksuele stimulatie, en dat geslachtsgemeenschap niet de meest optimale vorm van stimulatie van de clitoris is (Van Rees et al., 2016).



Figuur 2: De clitoris in rust en in 'erectie'.

Bron: Van Lunsen & Laan (2017).



Figuur 3: De penis.

Bron: Van Lunsen & Laan (2017).

Verliefdheid en relaties

Op twaalf- tot dertienjarige leeftijd is 79 procent van de jongeren weleens verliefd geweest. Dit percentage neemt met de leeftijd toe, zoals zichtbaar is in tabel 3. Ook heeft op deze leeftijd 55 procent van de jongeren ervaring met verkering (De Graaf et al., 2017). De betekenis die aan verkering wordt gegeven, verandert vermoedelijk met de leeftijd (De Graaf, 2005). Vanaf een jaar of veertien gaan de meeste jongeren meer individuele contacten met leeftijdsgenoten aan. De meeste zestien- en zeventienjarigen hebben kortdurende verkeringsrelaties. Vanaf een jaar of achttien 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 vaak een 'seriële monogamie' in hun relatiepatroon: een opeenvolging van kortere of langere monogame relaties (De Graaf et al., 2004).

Tabel 3: Ervaring met verliefdheid en verkering naar leeftijd (De Graaf et al., 2017)

	12-13 jaar (%)	14-15 jaar (%)	16-17 jaar (%)	18-20 jaar (%)	21-24 jaar (%)
Verliefdheid	79	84	86	91	95
Verkering	55	62	63	72	85

2.3.3 Seksueel gedrag

Vanaf de puberteit neemt seksueel gedrag onder jongeren in verschillende vormen toe.

Er lijkt een relatie te zijn tussen de leeftijd waarop de puberteit begint en het seksuele gedrag: jongeren waarvan de puberteitsontwikkeling op een vroege leeftijd begon rapporteren meer seksuele ervaring en risicovolle seksuele ervaring dan jongeren die pas later in de puberteit kwamen. Bij meisjes hangt een vroege puberteitsontwikkeling sterker samen met (risicovolle) seksuele ervaringen dan bij jongens (Baams, Dubas, Overbeek, & Aken, 2015).

De volgorde van seksueel gedrag verloopt voor ongeveer driekwart van de jongeren stapsgewijs en hetzelfde. 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. Vervolgens zetten deze jongeren de stap van naakt vrijen naar geslachtsgemeenschap (De Graaf et al., 2004). In deze paragraaf worden de verschillende seksuele gedragingen van jongeren beschreven.

Opvallende verschillen in seksueel gedrag (De Graaf et al., 2017)

Laagopgeleide jongeren van veertien tot zeventien jaar hebben over het algemeen meer ervaring met seksueel gedrag met een partner dan hoogopgeleide leeftijdsgenoten. Marokkaans-Nederlandse jongens afkomst (twaalf tot zeventien jaar) hebben minder ervaring met verkering en Marokkaans- en Turks-Nederlandse meisjes (twaalf tot zeventien jaar) hebben minder ervaring met masturberen en vingeren of aftrekken met een partner. Surinaams-Nederlandse en Antilliaans-Nederlandse meisjes hebben relatief weinig ervaring met masturberen. Verder verschillen Surinaams-Nederlandse en Antilliaans-Nederlandse jongeren niet significant van andere jongeren.

Niet-gelovige twaalf- tot zeventienjarige jongeren hebben vaker ervaring met verschillende vormen van seks dan jongeren die zeer gelovig zijn. Het verschil is voor meisjes meer uitgesproken dan voor jongens. Meisjes die aangeven een islamitische en zeer christelijke achtergrond te hebben relatief weinig ervaring met alle vormen van seks, zowel met als zonder partner. Jongens die aangeven een islamitische achtergrond te hebben, hebben relatief weinig ervaring met verliefdheid, verkering, masturbatie, zoenen en orale seks. Jongens die aangeven een zeer christelijke achtergrond te hebben, hebben minder vaak verkering gehad en iets minder vaak ervaring met geslachtsgemeenschap en orale seks dan andere jongens.

Masturbatie

De helft van de jongeren heeft ervaring met masturbatie op 14,4 jarige leeftijd (De Graaf et al., 2017). Ervaring met masturbatie onder jongeren neemt toe met de leeftijd (De Graaf et al., 2017). Meer jongens dan meisjes geven aan te masturberen (De Graaf et al., 2017). Meisjes (twaalf tot vierentwintig jaar) geven vaker aan zich te schamen voor seksuele gevoelens en zich vaker schuldig voelen als ze (zouden) masturberen (De Graaf, 2005). 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.



Veelvuldige stimulatie van de eigen geslachtsdelen komt voor en is niet schadelijk, tenzij een jongere:

- dagelijks,
- meerdere malen per dag,
- voor een periode langer dan zes achtereenvolgende maanden masturbeert

én vooral als dit gedrag de ontwikkeling van de jongere dusdanig verstoort dat deze niet meer aan het dagelijks leven deel kan nemen (Kuzma & Black, 2008).

Tongzoenen

Het aantal jongeren dat aangeeft ervaring te hebben met tongzoenen neemt met de leeftijd toe, zoals zichtbaar is in tabel 4. Er worden geen grote verschillen gevonden in ervaring met tongzoenen tussen jongens en meisjes. Laagopgeleide jongens én meisjes hebben meer ervaring met tongzoenen dan hun hoogopgeleide leeftijdsgenoten (De Graaf et al., 2017). Tongzoenen is veelvoorkomend seksueel gedrag en hoort bij een gezonde seksuele ontwikkeling van jongeren.

Voelen en strelen

De helft van de jongeren heeft ervaring met voelen en strelen op een leeftijd van 16,2 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 et al., 2017). Voelen en strelen is voor driekwart van de jongeren de stap na tongzoenen en hoort bij een gezonde seksuele ontwikkeling van jongeren.

Aftrekken en vingeren

De helft van de jongeren heeft zo rond 16,5 jaar ervaring met aftrekken en vingeren (zie tabel 4). Voor jongens en meisjes worden hier bijna geen verschillen gevonden (De Graaf et al., 2017). Laagopgeleide jongens van twaalf à dertien en zestien à zeventien jaar hebben meer ervaring met aftrekken en vingeren dan hun hoogopgeleide leeftijdsgenoten (De Graaf et al., 2017). Vingeren en aftrekken hoort bij een gezonde seksuele ontwikkeling van jongeren.

Tabel 4: Ervaring met seksueel gedrag naar leeftijd (De Graaf et al., 2017).

	12-13 jaar (%)	14-15 jaar (%)	16-17 jaar (%)	18-20 jaar (%)	21-24 jaar (%)	Mediaan leeftijd (jaar)
Masturberen	13	43	69	83	91	14,4
Tongzoenen	11	41	65	81	91	15,4
Voelen en strelen	7	28	56	77	91	16,2
Aftrekken en vingeren	3	14	42	68	86	17,2
Geslachtsgemeenschap	1	8	33	61	81	18,0
Orale seks	1	9	35	64	83	17,9
Anale seks	1	1	5	18	30	- *

* Niet beschikbaar, omdat de mediane leeftijd niet voor het 25e jaar bereikt wordt.

Geslachtsgemeenschap

De helft van de jongeren heeft ervaring met geslachtsgemeenschap op de leeftijd van achttien jaar. In tabel 4 zijn de percentages naar leeftijd uiteengezet. Onder jongeren die zich (ook) aangetrokken voelen tot seksegenoten, valt de eerste keer geslachtsgemeenschap ongeveer gelijk met die van heterojongeren (De Graaf, 2013). De meeste meisjes die geen ervaring hebben met geslachtsgemeenschap geven als reden dat ze zichzelf hier nog te jong voor vinden, dat het gewoon nog niet gebeurd is, 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 bij jongeren boven de achttien jaar van invloed. Als reden voor de eerste keer geslachtsgemeenschap noemen meisjes 'ik vond de ander leuk' of 'we hadden een relatie'. Voor jongens waren 'ik was opgewonden' en 'ik vond de ander leuk' de belangrijkste redenen (De Graaf et al., 2017). Over het algemeen hebben jongeren de eerste geslachtsgemeenschap met iemand met wie ze een relatie hebben en die ze al een tijd kennen. Een kwart van de meisjes vond de eerste keer 'vervelend' (De Graaf et al., 2017).

Risico's bij geslachtsgemeenschap

Geslachtsgemeenschap maakt deel uit van een gezonde seksuele ontwikkeling van jongeren, maar kan risico's met zich meebrengen. Risico's en problemen zoals seksuele grensoverschrijding, soa (inclusief hiv/aids), (on)geplande zwangerschap en seksuele problemen (zoals pijn bij het vrijen, te snel klaarkomen, geen opwinding ervaren) verdienen extra aandacht. Anticonceptie- en condoomgebruik bij de eerste keer is behoorlijk hoog: 92 procent van de jongens en 94 procent van de meisjes gebruikte bij de eerste geslachtsgemeenschap een anticonceptiemethode (De Graaf et al., 2017).

Jonge starters (eerste keer geslachtsgemeenschap bij dertien jaar en jonger), laagopgeleide jongens en meisjes, Turks- Nederlandse en Marokkaans-Nederlandse jongeren, jongeren die aangegeven dat voor hen het christelijk geloof (zeer) belangrijk is en jongeren die hebben aangegeven een islamitische achtergrond te hebben beschermen zich tijdens de eerste keer minder goed tegen (on)geplande zwangerschap en soa. Zij gebruiken relatief minder vaak een condoom of anticonceptiemiddelen bij de eerste keer. Zij vormen hier dus de risicogroepen (De Graaf et al., 2017). Seksuele problemen komen vooral onder meisjes vaak voor, zo heeft ongeveer een derde van de meisjes met enige seksuele ervaring wel eens of vaker problemen met geen of weinig zin hebben in seks of heeft pijn tijdens seks. Ruim een derde heeft wel eens last van niet klaarkomen en ongeveer een kwart heeft dit regelmatig of vaker. Jongens hebben vooral last van te snel klaarkomen: ruim een derde van de jongens heeft hier wel eens last van (De Graaf et al., 2017).

Orale en anale seks

In tabel 4 zijn de ervaringen met orale en anale seks naar leeftijd in kaart gebracht. De ervaring met orale seks loopt bijna gelijk met de ervaring met geslachtsgemeenschap. De leeftijd waarop de helft van de jongeren aangeven ervaring te hebben met orale seks ligt op 17,9 jaar. Beduidend minder jongeren geven aan ervaring te hebben met anale seks (zie tabel 4). De jongeren die anale seks hebben gehad, waren gemiddeld 18,9 jaar tijdens hun eerste keer. Landelijk onderzoek laat zien dat er nauwelijks jongeren zijn die wel ervaring hebben met orale en/of anale seks, maar die geen ervaring hebben met geslachtsgemeenschap. Deze groep

bestaat relatief vaak uit homojongeren, ook blijkt dat jongeren die hebben aangegeven een zeer christelijk of islamitische achtergrond te hebben iets vaker uitsluitend orale en/of anale seks hebben dan jongeren met een niet-religieuze achtergrond (De Graaf et al., 2017). Een mogelijke overweging hierbij is dat sommige jongeren vanuit religieuze overwegingen het maagdevlies willen sparen en daarom voor orale en/of anale seks kiezen.

Erotisch materiaal

Erotisch materiaal wordt over het algemeen (veel) vaker door jongens dan door meisjes bekeken. Zo geven 78 procent van de jongens en 36 procent van de meisjes aan wel eens naar een pornofilm of een pornofoto te hebben gekeken, meestal online (De Graaf et al., 2017).

Zowel voor jongens als voor meisjes neemt kijkgedrag met de leeftijd toe (tabel 5). Zo geeft op de leeftijd twaalf tot veertien jaar 41 procent van de jongens aan het afgelopen half jaar porno te hebben gezien en op achttien- tot twintigjarige leeftijd is dit 90 procent. Voor meisjes neemt dit veel minder sterk toe met de leeftijd, van 7 procent bij twaalf tot veertien jaar tot 48 procent bij achttien tot twintig jaar. Het plafond bij meisjes wordt pas bereikt op eenentwintig jaar en ouder, 53 procent van de meisjes heeft dan in het afgelopen half jaar porno bekeken (De Graaf et al., 2017). De interesse in erotisch materiaal neemt waarschijnlijk toe doordat hun nieuwsgierigheid toeneemt en doordat ze er opwindende gevoelens bij krijgen. Interesse in erotisch materiaal is veelvoorkomend gedrag en hoort bij een gezonde seksuele ontwikkeling. De voorbereiding op seksualiteit en het verschil tussen seks en irreële seksuele beelden behoeven extra aandacht bij jongeren.

Tabel 5: Pornogebruik in de afgelopen zes maanden naar leeftijd (De Graaf et al., 2017).

	12-14 jaar (%)	15-17 jaar (%)	18-20 jaar (%)	21-24 jaar (%)
Jongens	41	82	90	93
Meisjes	7	29	48	53

In Nederland is tot op heden nog geen direct verband gevonden tussen seks gerelateerde online gedragingen (porno kijken, seks gerelateerde informatie zoeken, cyberseksuele activiteiten en het gebruik van sociale netwerksites) en seksuele ervaring van jongeren (Doornwaard et al., 2016). De overtuigingen van jongeren over gangbaar en geaccepteerd gedrag onder leeftijdsgenoten kunnen echter wel worden beïnvloed door deze seks gerelateerde online gedragingen (Doornwaard et al., 2016). Jongeren die meer seksueel getinte mediabeelden bekijken (films of websites waar seksuele beelden worden getoond) hebben ook meer permissieve seksuele attitudes (d.w.z. een meer tolerante of liberale houding over bijvoorbeeld seks buiten relaties) (Baams, Overbeek et al., 2015). Voor jongeren die seksuele media realistisch vinden geldt dit extra sterk.

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 et al., 2009; Malamuth et al., 2000; Vanwesenbeeck et al., 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). Pornokijken wordt ook zorgwekkend als er sprake is van preoccupatie met porno.

Uit eerder onderzoek bleek al dat jongeren met een sterke stereotype genderrol opvatting vaker seksueel getinte media keken. Ook in dit onderzoek hingen de opvattingen 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 et al., 2008; De Graaf & Rademaker, 2009). Wel kunnen die bestaande opvattingen en gedrag bestendigen.

Jeugdprofessionals/ouders/opvoeders kunnen jongeren ondersteunen door seksueel getinte beelden in de media te nuanceren en door mediaopvoeding te geven.

Internet en social media

Vrijwel alle dertien- tot achttienjarigen (98 procent) hebben een eigen smartphone (Kennisnet, 2017). Meisjes van twaalf tot vijftientig jaar gebruiken vaker sociale netwerken als Facebook en Instagram dan jongens: 91 procent gebruikt netwerken als Facebook en Instagram tegen 83 procent van de jongens (CBS, 2019).

Een derde van alle jongeren van twaalf tot vijftientig jaar heeft in de afgelopen zes maanden een datingapp gebruikt, waarbij Tinder de meest gebruikte wordt genoemd, door een op de vier jongeren (De Graaf et al., 2017). Het gebruik van datingapps is niet gebruikelijk bij jongeren onder de achttien jaar: in de leeftijdsgroep twaalf tot veertien jaar heeft 4 procent van de jongens en 5 procent van de meisjes ooit een datingapp gebruikt. In de leeftijdsgroep vijftien tot zeventien jaar is dit respectievelijk 18 en 25 procent (De Graaf et al., 2017). Bij jongeren van achttien tot vierentwintig jaar heeft ongeveer de helft van de jongeren ooit een datingapp gebruikt, waarbij *Tinder* en *Hot or not* de meest gebruikte apps zijn (De Graaf et al., 2017).

Jongeren die op deze leeftijd contact leggen met onbekenden of een afspraak maken met iemand via het internet, vertonen niet direct zorgwekkend gedrag. Online contacten of offline afspraken met onbekenden kunnen echter wel risico's met zich meebrengen. 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.

Jeugdprofessionals/ouders/opvoeders kunnen jongeren (als onderdeel van mediaopvoeding) voorlichting geven over online en offline contacten. Een belangrijk advies bij offline contacten kan zijn dat een afspraak plaats vindt op een openbare plek waar andere mensen zijn, en dat de jongere iemand meeneemt naar de afspraak.

(Ongewenste) sexting

Sexting is het versturen dan wel ontvangen, verspreiden of in bezit hebben van seksueel getinte foto's of opnames, van de jongere zelf of van anderen. Een op de acht jongeren (twaalf tot vijftientig jaar) heeft een naaktfoto of seksfilmpje van zichzelf naar iemand gestuurd (De Graaf et al., 2017).

Sexting gebeurt vaak vrijwillig en maakt dan onderdeel uit van een gezonde seksuele ontwikkeling. Als berichten zonder toestemming of ongewenst worden verspreid of onder dwang worden opgenomen, dan is dit seksueel grensoverschrijdend gedrag (= ongewenste

sexting). Een variant van ongewenste sexting is *wraakporno*. Hierbij worden, na een ruzie of het verbreken van een relatie, uit wraak naaktbeelden doorgestuurd of online geplaatst. Wanneer een jongere slachtoffer is geworden van sexting, is het belangrijk dat passende hulp en begeleiding wordt geboden zodat de jongere kan herstellen.

In tabel 6 zijn de ervaringen met diverse vormen van sexting in kaart gebracht. Een op de acht jongens en een op de vijf meisjes heeft meegemaakt dat iemand een naaktfoto of seksfilmpje van zichzelf aan hem/haar stuurde. Minder dan een op de twintig jongeren maakte mee dat een naaktfoto of seksfilmpje van hem of haar werd getoond aan of gedeeld met anderen (De Graaf et al., 2017). Het zien van beelden van anderen komt echter vaker voor. Zo heeft 29 procent van de jongens en 19 procent van de meisjes in de afgelopen zes maanden een naaktfoto of seksfilmpje van een bekende gezien (De Graaf et al., 2017). Naarmate jongeren ouder zijn, doen ze zelf vaker aan sexting en krijgen ze ook vaker te maken met sexting door anderen. Antilliaanse jongeren maken en versturen relatief vaak seksueel getinte beelden van zichzelf en zien ook vaker beelden van anderen. Jongeren die aangeven een islamitische of zeer christelijke achtergrond te hebben – vooral meisjes – hebben relatief weinig ervaring met sexting (De Graaf et al., 2017).

In een verkennend onderzoek onder 93 cliënten in opvang- en behandelvoorzieningen van een organisatie gericht op o.a. loverboyproblematiek, eengerelateerd geweld en mensenhandel bleek 66 procent van de meisjes wel eens een seksueel berichtje, een naaktfoto of een naaktfilmpje te hebben gestuurd (Kunseler, 2017). De eerste keer dat zij dit deden waren zij gemiddeld 13,6 jaar (met een spreiding van tien tot twintig jaar). Van de 54 meisjes van wie er ooit naaktfoto's of filmpjes waren gemaakt (door henzelf of door iemand anders), ondervonden 40 meisje negatieve gevolgen. Dat kon zijn omdat de beelden ongewenst werden verspreid, omdat zij er mee werden gepest, of omdat de beelden zijn gebruikt om hen onder druk te zetten. Deze bevindingen zijn niet representatief voor jongeren in het algemeen, gezien het relatief kleine aantal jongeren en de specifieke setting waarin het onderzoek is uitgevoerd. Uit onderzoek naar de motieven om sexy materiaal te verspreiden kwamen hiervoor zes redenen naar voren: iemand pijn doen/wraak nemen, ontladen van spanning, versterken van vriendschappen, praten en leren over seksualiteit, elkaars seksuele gedrag reguleren, populariteit vergroten (Naezer & Van Oosterhout, 2019).

Het maken, in bezit hebben en verspreiden van beelden van seksuele gedragingen van jongeren onder de achttien jaar is voor de Nederlandse wet strafbaar (Zedenwetgeving, zie hoofdstuk 5 *Wettelijke kaders*). Dit wordt namelijk gelijkgesteld aan het in bezit hebben en/of verspreiden van kinderporno. Jongeren dienen hiervan op de hoogte te zijn. Het is daarom belangrijk dat zij informatie en uitleg hierover ontvangen. In 2017 zijn criteria beschreven op basis waarvan de politie kan bepalen wat de aanpak voor een geval van sexting kan of moet zijn. Men wil hiermee voorkomen dat jongeren bijvoorbeeld strafbaar zijn bij vrijwillige sexting (Landelijk Expertisecentrum Kinderporno en Kindersekstoerisme, 2017).

Jeugdprofessionals/ouders/opvoeders kunnen jongeren ondersteunen door seksuele mediaopvoeding te geven, als onderdeel van algemene mediaopvoeding. Informatie en uitleg over de regels rond sexting zijn een onderdeel van de seksuele mediaopvoeding.

Tabel 6: Ervaringen met sexting in de afgelopen zes maanden bij jongeren van twaalf tot vijftientig jaar (percentages), (De Graaf et al., 2017)

	Jongens (%)	Meisjes (%)
Borsten of geslachtsdelen laten zien tijdens een videochat	8	5
Eigen naaktfoto of seksfilmpje aan iemand gestuurd	13	12
Seksuele dingen gedaan tijdens een videochat	7	3
Een naaktfoto of seksfilmpje van iemand anders verstuurd	6	2
Een naaktfoto of seksfilmpje van bekende gezien	29	20
Iemand stuurde mij een naaktfoto of seksfilmpje van zichzelf	24	19
Iemand maakte een naaktfoto of seksfilmpje van mij	2	3
Iemand liet een naaktfoto of seksfilmpje van mij aan anderen zien	4	3
Iemand deelde een naaktfoto of seksfilmpje van mij met anderen	2	1
Iemand vroeg mij om een naaktfoto of seksfilmpje van mezelf	12	18
Ik zag iemands geslachtsdelen tijdens een videochat	12	8
Ik zag iemand masturberen tijdens een videochat	11	7

Seksuele grensoverschrijding

2 procent van de jongens en 11 procent van de meisjes geeft aan wel eens te zijn gedwongen om seksuele dingen te doen die ze niet wilden (tabel 7) (De Graaf et al., 2017). Jongeren die seks tegen hun wil hebben meegemaakt, werden hierbij meestal met woorden onder druk gezet. Bij 15 procent van de jongens en 24 procent van de meisjes die seks tegen hun wil hebben meegemaakt, is geweld gebruikt. Jeugdigen met een licht verstandelijke beperking lopen een groter risico op zowel het ervaren als het plegen van seksueel grensoverschrijdend gedrag en seksueel misbruik (Borawska-Chakro et al., 2017). Het meemaken van seksueel geweld maakt jongeren kwetsbaar om dit opnieuw mee te maken (revictimisatie): ruim een op de twaalf jongens en een op de vijf meisjes maakt dit nog een keer mee met een ander persoon (De Graaf et al., 2017). Wanneer een jongere slachtoffer is geworden van seksuele grensoverschrijding, is het belangrijk dat passende hulp en begeleiding wordt geboden zodat de jongere kan herstellen. Jongeren die wel eens seks hebben onder invloed van alcohol of drugs hebben relatief vaak seksueel geweld meegemaakt. Andere belangrijke factoren die samenhangen met seksueel geweld zijn het versturen van een naaktfoto of -filmpje van zichzelf of het laten zien van seksuele handeling(en) tijdens een videochat (sexting), daten via een datingapp in de afgelopen zes maanden, een minder positief lichaamsbeeld, een minder goede psychische gezondheid en thuis emotioneel verwaarloosd of mishandeld zijn (De Graaf et al., 2017).

De meeste jongens en meisjes zeggen dat zij de eerste geslachtsgemeenschap even graag wilden als hun partner (De Graaf et al., 2017). Iets minder dan 3 procent van de jongens en bijna 12 procent van de meisjes geeft aan dat de ander hen bij de eerste geslachtsgemeenschap overhaalde. Een zeer kleine groep (0,2 procent van de jongens en 1,8 procent van de meisjes) werd hiertoe gedwongen (De Graaf et al., 2017). Jonge meisjes jonger dan dertien jaar bij eerste geslachtsgemeenschap) en laagopgeleide jongens en meisjes worden iets vaker overgehaald of gedwongen dan oudere meisjes en hoogopgeleide jongens en meisjes (De Graaf et al., 2017).

Tabel 7: Ooit gedwongen of ongewilde seksuele handelingen meegemaakt bij jongeren van twaalf tot vijftientig jaar (percentages) (De Graaf et al., 2017)

	Jongens (%)	Meisjes (%)
Ooit gedwongen (algemene vraag)	2	11
Tongzoen tegen wil	10	20
Aanraking tegen wil	11	38
Aftrekken of vingers tegen wil	1	6
Geslachtsgemeenschap tegen wil	1	5
Orale seks tegen wil	1	4
Anale seks tegen wil	1	1
Een van bovenstaande ervaringen tegen wil	17	44
Iemand deelde een naaktfoto of seksfilmpje van mij met anderen	2	1
Iemand vroeg mij om een naaktfoto of seksfilmpje van mezelf	12	18
Ik zag iemands geslachtsdelen tijdens een videochat	12	8
Ik zag iemand masturberen tijdens een videochat	11	7

Soa

Seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) zijn infectieziekten die meestal worden veroorzaakt door een bacterie of virus. Meestal vindt de overdracht van het virus of de bacterie plaats via onbeschermd seksueel contact (oraal, vaginaal of anaal). Jongeren blijken niet altijd over de juiste kennis over soa's te beschikken. Zo denkt 20 procent van de meisjes dat de pil de kans op een soa verkleint, 44 procent van de jongens meent dat je minder snel een soa oploopt als je je goed wast na seks, en ongeveer een kwart van de jongens en meisjes denkt dat de meeste soa's vanzelf overgaan. Jongeren scoren beter naarmate ze ouder en hoger opgeleid zijn, Turks-Nederlandse jongeren, Marokkaans-Nederlandse jongeren en zeer gelovige jongeren zijn minder goed op de hoogte.

Ongeveer driekwart van de jongeren gebruikt een condoom bij de eerste keer geslachtsgemeenschap. Bij latere seksuele contacten gebeurt dit minder vaak: 29 procent van de jongens en 19 procent van de meisjes geeft aan dat met de laatste partner (altijd) condooms werden gebruikt. Tijdens losse contacten wordt vaak geen condoom gebruikt: vier op de tien jongeren geeft aan hierbij geen condoom te hebben gebruikt (De Graaf et al., 2017).

Jongeren kunnen bij de huisarts of de GGD (Centra Seksuele Gezondheid - soa-poli) een soa-test laten doen. Bij de GGD is een soa-test gratis en anoniem voor specifieke doelgroepen zoals (onder andere) jongeren onder de vijftientig jaar en mannen die seks hebben met mannen. 21 procent van de seksueel ervaren jongens en 34 procent van de seksueel ervaren meisjes tussen de twaalf en vijftientig jaar heeft zich ooit laten testen op soa's (De Graaf et al., 2017). De meest genoemde redenen voor het testen waren: het hebben van onveilige seks of zeker willen weten dat je geen soa hebt. Slechts een klein percentage van de jongeren bleek ook een soa te hebben: 2 procent van de jongens en 4 procent van de meisjes is ooit gediagnosticeerd met een soa.

In 2016 hebben 143.139 mensen zich bij een van de soa-poli's laten testen (Visser, Van Aar et al., 2017). Bijna een kwart van de geteste jongeren (vijftien tot negentien jaar) had een of meer soa: 22 procent van de heteroseksuele jongens, 24 procent van de heteroseksuele meisjes en 21 procent van de mannen die seks hebben met mannen. Chlamydia is de meest frequent vastgestelde soa bij geteste heteroseksuele jongeren: 21 procent van de jongens en 23 procent van de geteste meisjes had chlamydia.

Tienerzwangerschap

In 2016 kregen 1492 tieners in Nederland een kind: drie op de duizend meisjes onder de twintig jaar. (CBS, 2017). Dat waren er opnieuw minder dan een jaar eerder, het aantal tienermoeders neemt al jaren af. Wereldwijd gezien heeft Nederland één van de laagste geboortecijfers onder tieners. De meeste tienermoeders in 2016 waren achttien of negentien jaar, een klein deel (95 meisjes) was zestien jaar of jonger toen hun kind geboren werd (CBS, 2017). Ook in het aantal zwangerschapsafbrekingen bij tieners is in de loop van de jaren een daling te zien, van 3.097 in 2015 naar 2.941 in 2016 (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2018).

Het aandeel tienermeisjes dat moeder wordt, is het hoogst bij meisjes met een niet-westerse migratieachtergrond (voornamelijk meisjes met een Antilliaanse, Arubaanse, Surinaamse, Marokkaanse en Turkse achtergrond). Over het algemeen is ook daar een daling zichtbaar, behalve bij de meisjes met een overige niet-westerse achtergrond (afkomstig uit landen in Afrika, Latijns-Amerika en Azië (exclusief Indonesië en Japan)). Dat houdt waarschijnlijk verband met de recente asielmigratie. Zo werden 92 meisjes met een Syrische en 40 met een Somalische achtergrond vorig jaar moeder. Dat waren respectievelijk 43 en 19 op de 1.000 tienermeisjes met die migratieachtergrond.

In een kwalitatief onderzoek bij 46 meisjes die voor hun twintigste zwanger raakten is het perspectief van de meisjes zelf onderzocht (Cense & Dalmijn, 2016). In de levensverhalen van de meerderheid van de geïnterviewde meisjes viel het gebrek aan structuur en stabiliteit en de onveiligheid thuis op als risicofactor. Andere relevante factoren waren: laag zelfvertrouwen en zelfbeeld, ongelijkheid in relaties, geringe kennis over anticonceptie. Veel van de meisjes waren bekend met (jeugd)hulpverlening.

De zorg voor een kind is lastig te combineren met het volgen van een opleiding. Jonge moeders en vaders hebben dan ook een verhoogd risico om uit te vallen en zonder startkwalificatie hun opleiding te verlaten. Dit heeft tot gevolg dat zij moeilijk een baan kunnen vinden en voor langere tijd in een afhankelijke positie verkeren. Om deze reden is door het Fiom de *Richtlijn Preventie schooluitval zwangere studenten en studerende ouders* ontwikkeld.

2.3.4 Genderidentiteit

Genderrolgedrag en gendernormen

In de ontwikkeling van 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 gendernorm-conform gedrag juist toe. In deze fase worden gendernormen 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 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. 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 et al., 2008). Bovendien zijn meisjes vaak zo sterk bezig 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 et al., 1999). 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 et al., 2008).

Naast de invloed op seksueel gedrag, blijken heersende gendernormen ook negatieve gevolgen te hebben diverse andere levensdomeinen: bijvoorbeeld op de positie op de arbeidsmarkt (voor vrouwen), knelpunten in de combinatie arbeid en zorg (voor mannen en vrouwen) en welzijn (mannen zoeken minder makkelijk hulp en nemen meer gezondheidsrisico's). Voor LHBT's brengen de heersende gendernormen een verhoogd risico op negatieve reacties, geweld en pesten met zich mee (Twisk et al., 2017).

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. De puberteitsremmers stellen de groei van (secundaire) puberteitskenmerken (borstgroei, menstruatie, baardgroei, lage stem) uit. De jongere en zijn of haar ouders/opvoeders 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 et al., 2008). Om een goede beslissing voor het gebruik van puberteitsremmers te maken moet naar het individu gekeken worden, zodat eventueel achterliggende oorzaken van atypisch gendergedrag en verwarring met homoseksualiteit uitgesloten kan worden (Korte et al., 2008). Een jongere komt pas in aanmerking voor puberteitsremmers, wanneer er gedurende de hele kindertijd sprake was van een extreme en volledige cross-gender identiteit. 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/opvoeders 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). Pas als een jongere:

- een sterke voorkeur voor atypisch genderrolgedrag vertoont,
 - én een afkeer heeft voor de 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/opvoeders en jongere verder onderzoek/begeleiding wensen, is verwijzing wenselijk naar een gespecialiseerde organisatie (te vinden via <https://www.transvisie.nl/transitie/jongeren/behandelaars/>). Het centrum kan kinderen volgen vanaf jonge leeftijd, zodat eventuele puberteitsremmers tijdig ingezet kunnen worden als genderdysforie tijdens de puberteit blijvend blijkt. Er is dan een duidelijk beeld van de ontwikkeling van het kind zodat eerder tot een afgewogen besluit kan worden gekomen.

2.3.5 Seksuele diversiteit

Seksuele aantrekking seksegenoten

De meeste LHB jongeren beseffen langzaam dat ze homo, lesbisch of biseksueel zijn (zie paragraaf 4 voor meer informatie over transgender). Vanaf de puberteit voelen LHB jongeren zich vaak (ook) aangetrokken tot iemand van hetzelfde geslacht, wat zich kan uiten in gevoelens van seksuele aantrekking, seksuele fantasieën of seksueel contact met iemand van hetzelfde geslacht (De Graaf et al., 2004). Een op de twaalf jongens en een op de acht meisjes geeft aan zich (ook) aangetrokken te voelen tot seksegenoten (De Graaf et al., 2017). Jongeren kunnen in de war raken van deze gevoelens, of ze (nog) niet als LHB 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 bij gemiddeld 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 LHB gevoelens van voorbijgaande aard zijn. Ze herkennen zichzelf niet altijd als LHB, en vaak hebben jongeren nog heteroseksuele contacten. Jongeren hebben vaak weinig LHB voorbeelden 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 et al., 2004).

Coming-out

Sommige jongeren beseffen al vroeg dat ze (ook) op seksegenoten vallen en sommige LHB accepteren dit meteen van zichzelf (De Graaf, 2005). Anderen maken een periode van verwarring of ontkenning mee. De meeste LHB jongeren (80 procent van de jongens en 90 procent van de meisjes) vinden het normaal dat ze (ook) op seksegenoten vallen. Dit aan iemand vertellen vinden ze lastiger: 64 procent van de jongens en 59 procent van de meisjes vindt het geen probleem om dit te vertellen (De Graaf et al., 2017). Op het moment dat een jongere zelf zekerheid over zijn of haar geaardheid heeft, gaat er tijd overheen voordat de jongere hier ook voor uit komt in de buitenwereld. De leeftijd waarop dit gebeurt is moeilijk te voorspellen en deels context afhankelijk (De Graaf et al., 2004). De *coming-out* vindt gemiddeld voor meisjes bij 16,0 jaar en voor jongens bij 17,1 jaar plaats (De Graaf et al., 2017). In een onderzoek onder jongeren die zich (ook) aangetrokken voelen tot seksegenoten was dit voor meisjes met 16,5 jaar en voor jongens met 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 het *coming-out* -proces klaar is. Dit is een levenslang proces, waarmee jongeren ook later in het leven worden geconfronteerd. Een vaak terugkerende vraag is dan: "Wie vertel je het? En wanneer?". In elke nieuwe sociale situatie

vindt wel of geen nieuwe comingout plaats. Het is van belang om de jongere vanaf het begin te ondersteunen in het *coming-out*-proces.

Heteronormativiteit

Jongeren die zich (ook) aangetrokken voelen tot seksegenoten zien dat er in hun omgeving negatief over homoseksualiteit wordt gedacht. De meeste LHB jongeren voelen zich dan ook niet helemaal geaccepteerd.

Op het voortgezet onderwijs geeft 18 procent van de leerlingen aan geen homoseksuele jongen als vriend te willen, en 13 procent accepteert geen vriendschap met lesbische meisjes (Scholte et al., 2016). Ongeveer een op de zeven leerlingen heeft liever geen les van een homoseksuele of lesbische docent (Scholte et al., 2016). Een kwart van de jongeren vindt dat LHB jongeren hierover open kunnen zijn op de middelbare school. Als het henzelf zou betreffen dan zou slechts 14 procent het aan iedereen durven te vertellen (Scholte et al., 2016).

Bijna alle jongeren vinden het (helemaal) goed als een jongen en een meisje elkaar zoenen op straat, maar 16 procent van de jongens en 24 procent van de meisjes keurt dit af als het om twee meisjes gaat. Gaat het om twee jongens, dan keurt 51 procent van de jongens en 25 procent van de meisjes dit af (De Graaf et al., 2017). Homonegativiteit is vooral hoog bij jongens in de jongste leeftijdsgroepen, jongeren met een Turkse of Marokkaanse achtergrond, jongeren met een streng christelijke of islamitische achtergronden lager opgeleide jongeren (De Graaf et al., 2017).

Ongeveer 40 procent van de jongens werd het afgelopen jaar uitgescholden vanwege de seksuele voorkeur, 16 procent werd bedreigd en 12 procent werd geschopt of geslagen (De Graaf et al., 2017). Meisjes krijgen hier minder vaak mee te maken: 18 procent werd het afgelopen jaar uitgescholden, 4 procent werd bedreigd en minder dan 2 procent werd geschopt of geslagen (De Graaf et al., 2017).

Seksuele grensoverschrijding

Seksuele grensoverschrijding komt onder LHBT's relatief vaak voor, zo bleek in een groot onderzoek naar de seksuele gezondheid van (16-88 jarige) LHBT's in Nederland (De Graaf et al., 2014). Ongeveer een op de zeven homo- en biseksuele mannen, een kwart van de lesbische vrouwen, ruim een derde van de biseksuele vrouwen, en een derde van de transgenders heeft seksueel geweld meegemaakt (De Graaf et al., 2014).

Psychische problemen

LHBT jongeren zijn een kwetsbare groep als het gaat om psychische problemen. Deze groep jongeren vraagt om specifieke aandacht van de jeugdprofessional en om een bijzondere aanpak. LHB jongeren beoordelen hun leven met een lager cijfer dan heteroseksuele scholieren: 6,3 versus 7,8 (Kuyper, 2015). Psychische en gedragsmatige problemen komen voor bij 53 procent van de LHB jongeren, waarbij vooral emotionele problemen (44 procent) en hyperactiviteit (48 procent) veel voorkomen (Kuyper, 2015). Ook suïcidale gedachten komen vaker voor bij LHB jongeren: 40 procent van de zestien- tot vijftientigjarigen heeft wel eens of vaak aan suïcide gedacht, tegenover 18 procent van de heteroseksuele jongeren. Het aantal LHB jongeren dat minstens een suïcidepoging heeft gedaan is vier keer zo hoog als bij heteroseksuele jongeren (9 procent versus 2 procent) (Kuyper, 2015).

In een andere studie onder LHB jongeren geeft 14 procent van de meisjes en 12 procent van de jongens aan dat zij zich (heel) vaak depressief voelen, en 50 procent heeft er wel eens aan gedacht zelfmoord te plegen (Keuzenkamp, 2010). Bij transgenders (zowel jongeren als volwassenen) is het percentage psychische problemen nog hoger: 51 procent van de transgenders is in licht tot ernstige mate psychisch ongezond (in de algemene bevolking is dit 14 procent) en 71 procent heeft er wel eens aan gedacht om zelfmoord te plegen (Keuzenkamp, 2012).

LHBT in de jeugdsector

De kans dat LHBT jongeren in aanraking komen met professionals in de jeugdhulp is groot, gezien het hogere aantal LHBT jongeren met psychische problemen.

Uit een onderzoek onder ruim 400 professionals in de jeugdsector (jeugdwelzijn, jeugdhulp (ambulant en residentieel) en jeugd LVB) blijkt echter dat aandacht van professionals voor seksuele oriëntatie en genderidentiteit niet vanzelfsprekend is. Veel professionals geven aan dat zij niet goed weten hoe zij kunnen signaleren dat een jongere worstelt met LHB of transgender gevoelens (respectievelijk 41 en 64 procent) (Emmen et al., 2015). 9 procent van de professionals ontmoette bij het uitvoeren van zijn/haar functie nooit bewust een LHBT jongere. Veel professionals (60 procent) bespreken hun vermoedens dat jongeren lesbisch, homo-, bi- of transgender zijn niet (altijd), en professionals brengen LHBT gevoelens niet in verband met andere psychische en sociale problemen die deze jongeren hebben (Emmen et al., 2015).

2.4 Factoren die de seksuele gezondheid beïnvloeden

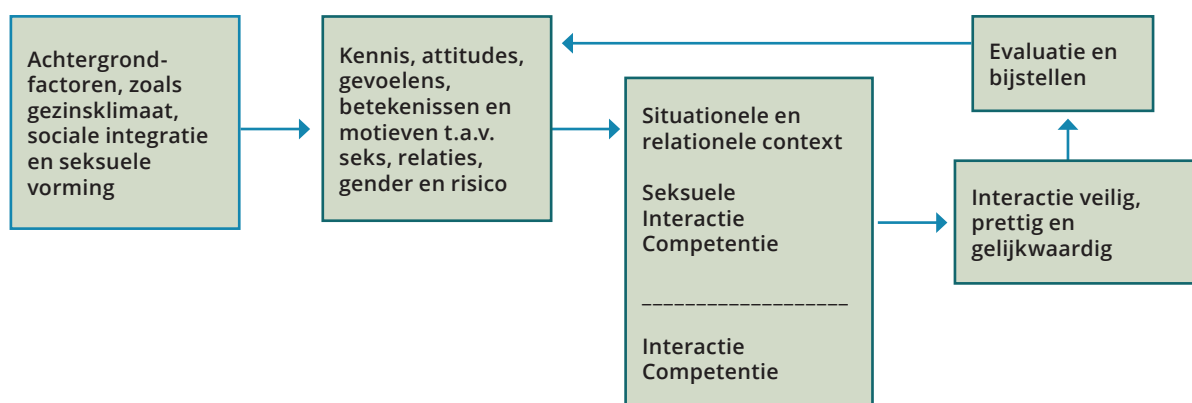
Om jeugdigen in jeugdhulp en jeugdbescherming te kunnen ondersteunen in hun seksuele ontwikkeling is het van belang om de factoren te kennen die van invloed zijn op een (on)gezonde seksuele ontwikkeling. Seksuele gezondheid is meer dan alleen seksueel (gezond) gedrag. Andere belangrijke factoren voor seksuele gezondheid zijn (gezonde) cognities, attitudes en emoties. Met cognities worden de kennis, ervaringen en overtuigingen van de jongere bedoeld. Met attitudes worden de opvattingen over en waarderingen van gedrag (zoals seks buiten relaties of homoseksualiteit) bedoeld. Relevante emoties zijn bijvoorbeeld zelfwaardering, plezier, schaamte en angst.

2.4.1 Seksuele interactiecompetentie model

Tijdens de seksuele ontwikkeling staan deze factoren (cognities, attitudes en emoties) niet op zichzelf. De seksuele ontwikkeling is een continue en dynamisch proces waarin jeugdigen zelf een actieve rol spelen. Ze reageren, geven betekenis aan gevoelens, situaties, risico's etc. en leren op die manier zelf keuzes maken. Het model van seksuele interactiecompetentie (figuur 4) geeft zicht op zowel de individuele factoren als de interacties tussen personen. Seksuele interactiecompetentie is het geheel van kennis, (sociale) vaardigheden en strategieën die nodig zijn om seksueel contact prettig, veilig en gewenst te maken. Het gaat om competenties, waarmee jeugdigen in seksuele situaties hun kennis, attitudes, gevoelens, betekenissen en vaardigheden in kunnen zetten om tot een positieve seksuele interactie te komen. Het inzetten van deze vaardigheden gebeurt meestal automatisch. Het model geeft ook zicht op de vaardigheden die jongeren nodig hebben om indirecte, subtiele en/of non-verbale uitingen van seksuele wensen en grenzen op te pikken. Jongeren leren in interactie de wensen en grenzen

van anderen adequaat te interpreteren, hierover te communiceren en deze te respecteren. Het model geeft geen zicht op de competenties van kinderen in de leeftijd van 0 tot 12 jaar. Mogelijk speelt het op jonge leeftijd ontwikkelen van zelfvertrouwen, een eigen mening, zicht hebben op eigen wensen en grenzen, initiatief durven nemen, contacten leggen en vriendschappen durven aangaan, seksuele weerbaarheid, een belangrijke rol in de ontwikkeling van gezonde seksuele interactiecompetenties van adolescenten.

Figuur 4: Model van seksuele interactiecompetentie (Vanwesenbeeck et al., 1999).



2.4.2 Risico- en beschermende factoren van seksuele gezondheid

Wetenschappelijk onderzoek is voornamelijk gericht op de determinanten van seksueel *riskant* gedrag. Onderzoek naar determinanten van seksueel gezond gedrag is nauwelijks voorhanden. Het accent in dit hoofdstuk zal dan ook liggen op risico- en beschermende factoren van seksueel riskant gedrag bij jongeren (twaalf tot drieëntwintig jaar). Risicofactoren vergroten de kans op seksueel riskant gedrag (bijvoorbeeld soa, onbedoelde zwangerschap, seksuele dwang) en beschermende factoren verminderen deze kans. Tabel 8 biedt een overzicht van risico- en beschermende factoren voor seksuele gezondheid van jongeren van twaalf tot drieëntwintig jaar. Beïnvloedende factoren zijn onder te verdelen in persoonlijke factoren en factoren in de sociale omgeving.

2.4.3 Invloed van persoonlijke factoren

Persoonlijke factoren zoals sekse, leeftijd, seksuele rijping, e.d. zijn van invloed op het seksuele gedrag maar zijn lastig te beïnvloeden. Andere meer beïnvloedbare (ook wel dynamische) persoonlijke determinanten van seksueel gedrag zijn: kennis, denkbeelden, opvattingen, motieven, attitudes, intenties, seksueel zelfbeeld, eigen effectiviteit, vaardigheden en seksuele leefstijl. We weten ook dat jonge starters, jongeren met een verstandelijke of lichamelijke beperking, jongeren met hechtingsproblematiek of seksueel trauma een hoger risico lopen op seksueel riskant gedrag (zie ook hoofdstuk 3).

Kennis

Een voorwaarde voor het maken van seksueel verstandige keuzes (prettig, veilig en gewenst) is kennis. Jongeren die seksueel actief worden, zijn bijvoorbeeld gebaat bij kennis over het lichaam (lichaams- en zelfbeeld), voortplanting, de positieve kanten van seks, relatievorming, seksuele

weerbaarheid, anticonceptiemethoden, vormen van seksuele dwang en risico's en gevolgen van onveilige seks (soa en zwangerschap). Zo blijkt dat meisjes die onvoldoende kennis hebben over anticonceptie en zich hier niet bewust van zijn (denken dat ze voldoende kennis over anticonceptie hebben) het hoogste risico lopen op een ongeplande zwangerschap (Van Berlo et al., 2005; Brückner et al., 2004).

Kennis alleen lijkt echter niet voldoende te zijn voor positieve seksuele ervaringen met een partner. Zo bleek in een Amerikaanse studie onder heteroseksuele vrouwen dat zij voldoende kennis hadden over de plaats van de clitoris en de rol van de clitoris bij seksueel genot en orgasme, maar er was geen verband tussen deze kennis en de kans op een orgasme tijdens seks met een partner. Er was wel een verband tussen de kans op een orgasme tijdens masturbatie en deze kennis (Wade et al., 2005).

Risicoperceptie

Bij risicoperceptie gaat het om de inschatting die jongeren maken over het risico dat 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 et al., 2010). De hersenen zijn pas uitgegroeid rond het twintigste tot vijfentwintigste 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 et al., 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 et al., 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 van grensoverschrijdend gedrag reageren meer indirect, minder actief en meer toegevend dan niet-slachtoffers (Gidycz et al., 2006).

Attitudes en intenties

Een positieve intentie om een onbedoelde zwangerschap te voorkomen blijkt één 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 et al., 2007). Jongeren – en dan vooral meisjes – 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, het moreel verkeerd is of dat anticonceptie 'slecht is voor hun reputatie' (Brückner et al., 2004). Als we kijken naar seksuele grensoverschrijding blijken jongens met opvattingen die seksueel geweld rechtvaardigen vaker seksueel grensoverschrijdend gedrag te vertonen (De Bruijn et al., 2006).

Seksueel zelfbeeld

In een groot Nederlands onderzoek bleek dat jongeren met een betere psychische gezondheid, een positiever lichaamsbeeld en een hogere eigenwaarde minder vaak seksueel geweld hebben ervaren (De Graaf et al., 2017). Jongeren met een positief zelfbeeld zijn beter in staat uiting te geven aan eigen wensen en grenzen. Zo speelt het seksueel zelfbeeld en of men onafhankelijkheid of intimiteit belangrijk vindt, een rol in de afweging bij grensoverschrijding binnen de context van een relatie (Norris et al., 2004; Nurius et al., 2004). Een negatief seksueel zelfbeeld (ontevreden over het seksleven, preoccupatie en schaamte) kan ten grondslag liggen aan seksueel geweld of hier 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 et al., 2008).

Zelf-effectiviteit

Zelf-effectiviteit is de eigen inschatting van jongeren in hoeverre zij 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, te communiceren over anticonceptie en condoomgebruik) speelt een belangrijke rol bij het voorkomen van seksuele grensoverschrijding, soa of ongeplande zwangerschap. Zo laat één studie zien dat jongeren die inschatten dat ze anticonceptiegebruik *kunnen* bespreken met hun partner, vaker anticonceptie gebruiken (Traen & Kvalem, 2007). Ook hangt de inschatting te kunnen praten over seks met de partner, samen met het kunnen weigeren van ongewenste seks (Sionéan et al., 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 eigen grenzen en wensen kunnen communiceren (De Neef & Van Dijk, 2010).

Gender

Gendernormen kunnen jongens en meisjes belemmeren of stimuleren in hun seksuele ontwikkeling. Meisjes die seksueel actief zijn worden hier soms negatief op beoordeeld, terwijl jongens die zich seksueel actief gedragen eerder waardering krijgen (dubbele moraal). In culturen waar familie-eer een belangrijke rol speelt lijkt deze ongelijkheid te worden uitvergroet. Deze gangbare gendernormen 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 voor jongens lastig is om nee te zeggen. De druk om seks te hebben is in sommige groepen jongens groot. Bovendien zijn jongens zich weinig bewust van hun grenzen. Het aangeven van grenzen is juist de taak van de meisjes (De Graaf et al., 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. Meisjes die zich verbonden voelen met school en die toekomstplannen hebben, hebben een kleinere kans op tienerzwangerschap (Kirby, 2007). Voor sommige meisjes is het krijgen van een kind een aantrekkelijke optie (Harden et al., 2006).

Ook voor wat betreft seksuele grensoverschrijding speelt toekomstperspectief een belangrijke rol. Jongeren die hun school als minder positief waarderen en minder gemotiveerd zijn op school, hebben een grotere kans om zowel slachtoffer als pleger te zijn (De Bruijn et al., 2006).

2.4.4 Invloed van de (sociale) omgeving

De omgeving waarin een jongere opgroeit en de situatie waarin de jongere verkeert is 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 sociale 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) dan jeugdigen die niet in een warm gezin opgroeien. Uit onderzoek blijkt ook dat jongeren uit een warm gezin iets later met geslachtsgemeenschap beginnen dan leeftijdsgenoten en zich beschermen beter tegen onbedoelde zwangerschap (De Graaf, 2007; Siebenbruner et al., 2007).

Jongeren die een goede relatie met hun ouders ervaren hebben minder vaak de intentie om seks te hebben in het volgende schooljaar, en zij beginnen minder vaak op jonge leeftijd (voor het zestiende jaar) met seks (Van de Bongardt et al., 2012; Van de Bongardt et al., 2014). Tevens blijkt dat jongeren die een goede relatie met hun ouders ervaren een hogere zelfwaardering hebben en meer positieve emoties ervaren na seks (Van de Bongardt et al., 2016).

Ook hebben jongeren uit een warm gezin een kleinere kans om pleger of slachtoffer van seksueel geweld te zijn (De Bruijn et al., 2006; De Graaf, 2007). Anderzijds wordt onder plegers 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 seksueel agressief gedrag (Hudson & Ward, 2000). Dit wil echter niet zeggen dat alle jongeren met een verstoorde relatie met ouders, zich ontwikkelen tot plegers van seksueel geweld. Zie ook hoofdstuk 3.

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 hoger opgeleid zijn en meer verdienen, is de kans op zwangerschap en agressie kleiner (Kirby, 2007; Xie et al., 2001). Als ouders excessief alcohol of drugs gebruiken of hun kinderen mishandelen is er een grotere kans op ongeplande

zwangerschap (Kirby, 2007; Woodward et al., 2001) agressie of seksuele victimisatie (Bogaerts et al., 2000; De Bruijn et al., 2006; De Graaf, 2007). Als moeder, broers of zussen een kind voor hun twintigste kregen, is de kans op tienerzwangerschap bij de jongere zelf groter (Kirby, 2007; Woodward et al., 2001).

Tot slot speelt ook de houding binnen het gezin ten aanzien van seks een rol. Zo is de kans groter dat jongeren anticonceptie gebruiken op het moment dat ouders/opvoeders 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 zij beter in staat om veranderingen aan te brengen, als seksuele ervaringen niet helemaal naar wens verlopen. Zij kunnen beter aangeven wat ze willen op seksueel gebied en beter ongewenste seks weigeren (De Graaf, 2007).

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 et al., 2005). Jongeren zullen derhalve minder adequaat gebruik maken van anticonceptie. Gebrek aan openheid en acceptatie van seksualiteit speelt 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 et al., 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 et al., 2008). Onder Marokkaans-Nederlandse en Turks-Nederlandse jongens is dit percentage hoger dan onder leeftijdsgenoten.

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 zetten. Een positieve houding van leeftijdsgenoten ten aanzien van beschermingsgedrag blijkt bij jongeren sterk samen te hangen met consequent condoomgebruik (De Graaf, 2005). Daarnaast blijkt dat jongeren die geloven dat hun leeftijdsgenoten meer risicovolle seks hebben vaker ook zelf meer risicovolle seks hebben (Van de Bongardt et al., 2015).

Jongens die vroeger in puberteit komen worden populairder gevonden door leeftijdsgenoten en meisjes met een snellere puberteitsontwikkeling worden populairder gevonden. Deze populariteit is gerelateerd aan het krijgen van meer seksuele ervaring voor vroeg ontwikkelende jongens en het eerder krijgen van verkering van snel ontwikkelende meisjes (Baams, Dubas et al., 2015).

Media

In Nederland is tot op heden nog geen verband gevonden tussen het zien van seksuele 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 videoclip) 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 et al., 2008; De Graaf & Rademaker, 2009). Wel kunnen ze bestaande opvattingen en 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 et al., 2008).

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 et al., 2009; Malamuth et al., 2000; Vanwesenbeeck et al., 1999). Wanneer echter de illusie wordt gewekt dat het slachtoffer de seks ook lekker vindt, kunnen jongeren die deze aanleg niet hebben, ook de opvatting krijgen dat het normaal 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 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 et al., 2006). Op het gebied van seksuele grensoverschrijding, blijkt de plegger in veel gevallen de partner te zijn (Maxwell et al., 2003; Testa et al., 2007). Ook lijken vrouwen minder geneigd om weerstand te bieden aan bekende pleggers. Als de plegger een vaste partner is, moet iemand kiezen tussen zijn eigen belang (weerstand bieden) of de relatie met de plegger (partner niet willen verliezen) (Gidycz et al., 2006).

Alcoholgebruik

Bij ongewenste seksuele ervaringen spelen alcohol of drugs vaak een rol (Messman-Moore et al., 2008). Dat geldt vooral voor seksueel grensoverschrijdend gedrag buiten een intieme relatie (Testa et al., 2007).

Jongeren die wel eens seks hebben onder invloed van alcohol of drugs hebben relatief vaak seksueel geweld meegemaakt (De Graaf et al., 2017). Ook geven meisjes die vaker en meer alcohol gebruiken, vaker aan dat ze spijt hebben gehad van een seksuele ervaring of wel eens tot seks gedwongen zijn (Corbin et al., 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 & Cater, 2005; Harreveld, 2009). Toch zijn er ook meisjes die veel uitgaan en drinken, die desondanks

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. Deze 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 slaappleaats dan meisjes met ongewenste ervaringen (Harreveld, 2009).

Tabel 8: Overzicht risico- en beschermende factoren voor seksueel riskant gedrag van jongeren van 12-23 jaar. De risico- en beschermende factoren bij jongeren van 12 tot 23 jaar waarvoor sterk wetenschappelijk bewijs is, zijn onderstreept.

Risicofactoren	Beschermende factoren
Persoonlijke factoren	
<u>Weinig of onjuiste kennis (over bijvoorbeeld het lichaam, voortplanting, relatievorming, weerbaarheid, anticonceptie)</u>	<u>Voldoende en betrouwbare kennis (over bijvoorbeeld het lichaam, voortplanting, relatievorming, weerbaarheid, anticonceptie)</u>
<u>Negatief (seksueel) zelfbeeld</u>	<u>Positief (seksueel) zelfbeeld en lichaamsbeeld</u>
<u>Beperkte onderhandelingsvaardigheden en communicatieve vaardigheden</u>	<u>Voldoende onderhandelingsvaardigheden en communicatieve vaardigheden</u>
<u>Lage risicoperceptie</u>	Risico's kunnen inschatten en gevolgen van eigen handelen kunnen overzien
<u>Weinig zelfvertrouwen (lage inschatting zelf-effectiviteit)</u>	<u>Voldoende zelfvertrouwen en weerbaarheid</u>
<u>Vroege leeftijd eerste seksuele ervaring</u>	
<u>Lichamelijke beperking, (licht) verstandelijke beperking, chronische ziekte</u>	
<u>LHBT</u>	
<u>Laag opleidingsniveau</u>	
<u>Beperkt toekomstperspectief</u>	Verbondenheid met school en werk, toekomstplannen
<u>Beperkte impulscontrole</u>	Goede impulsregulatie c.q. zelfbeheersing
<u>Negatieve opvattingen over anticonceptie- en condoomgebruik</u>	
	Nadelen van zwangerschap, soa en jong ouderschap inzien
<u>Traditionele gendernormen</u>	
	Permissieve opvattingen over seksualiteit
Omgevingsfactoren	
Gezin	
<u>Kindermishandeling</u>	
	<u>Warm gezinsklimaat, met openheid, affectie en steun</u>
	Ouders bespreken seksualiteit en relaties, wensen en grenzen, soa, zwangerschap en anticonceptie met kind
<u>Armoede, geweld en drugsgebruik in gezin</u>	
<u>Moeder of zus/broer krijgt kind voor twintigste levensjaar</u>	
	Opgroeien met beide biologische ouders

Risicofactoren	Beschermende factoren
Gezin vervolg	
Verstoorde relatie met ouders	
	Veilige gehechtheid
Traditionele en negatieve opvattingen over homoseksualiteit, abortus, anticonceptie en seksualiteit voor het huwelijk	
Vrienden en relatie	
Oudere partner (relatie)	
	Gelijkwaardige en respectvolle partner
Sociale druk	
Negatieve opvattingen over anticonceptiegebruik door leeftijdsgenoten	Leeftijdsgenoten met een positieve houding ten aanzien van beschermingsgedrag
Alcohol	
Alcoholgebruik	
Maatschappelijke factoren	
Cultuur	
Traditionele gendernormen in gezin en omgeving	
Media	
Het kijken van agressieve porno, waarin de illusie wordt gewekt dat het slachtoffer de seks lekker vindt	
	Mediabeelden niet realistisch of relevant vinden
Maatschappij	
Homonegativiteit/homodiscriminatie en discriminatie rond (trans)gendervariaties	Open maatschappelijk klimaat, positieve attitude ten opzichte van homoseksualiteit en seksuele diversiteit

2.5 Aanbevelingen

- Weet globaal per leeftijdsgroep (0-6 jaar, 6-12 jaar en 12-23 jaar) hoe de seksuele ontwikkeling van jeugdigen verloopt.
- Weet welke factoren van invloed kunnen zijn op de seksuele ontwikkeling van jeugdigen en welke factoren een risico kunnen vormen of beschermend zijn.
- Ondersteun en bevorder een gezonde seksuele ontwikkeling bij jeugdigen vanuit een **positieve** insteek. Normaliseer (gezond) seksueel gedrag dat niet beschadigend voor de jeugdige zelf of een ander is, leg uit, leer sociale regels aan en begrensvaar nodig.
- Signaleer eventuele bijzonderheden in de seksuele ontwikkeling, overleg of verwijst indien nodig en/of biedt passende hulp en ondersteuning (zie paragraaf 4.4.4, *Vlaggensysteem* en hoofdstuk 6).
- Gebruik de kennis in de begeleiding van en voorlichting en adviezen aan jeugdigen en/of ouders.



Hoofdstuk 3

De seksuele ontwikkeling van specifieke groepen jeugdigen

Dit hoofdstuk geeft antwoord op de volgende uitgangsvraag.

Hoe verloopt de seksuele ontwikkeling bij specifieke groepen jeugdigen binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming?

In dit hoofdstuk wordt de seksuele ontwikkeling besproken van specifieke groepen jeugdigen in de jeugdhulp en jeugdbescherming. Daarmee kan de jeugdprofessional hun seksuele gedrag en seksuele risico's plaatsen tegen de achtergrond van een diagnose of geschiedenis en hen ondersteunen in hun seksuele ontwikkeling. In hoofdstuk 4 wordt uitgelegd *hoe* de jeugdprofessional dit kan doen.

In dit hoofdstuk komen dezelfde thema's als in hoofdstuk 2 aan bod. In dat hoofdstuk is de seksuele ontwikkeling van jeugdigen in het algemeen besproken. De volgende thema's zijn daarbij behandeld:

- lichaam en zelfbeeld;
- seksuele gevoelens;
- seksueel gedrag;
- genderidentiteit;
- seksuele oriëntatie.

3.1 Introductie

Over het algemeen doorlopen jeugdigen in de jeugdhulp en jeugdbescherming eenzelfde seksuele ontwikkeling als andere leeftijdsgenoten. Ze hebben echter wel extra aandacht, ondersteuning en/of begeleiding nodig op dit gebied, omdat:

- *Draagkracht – draaglast.* Voor jongeren in de jeugdhulp en jeugdbescherming komt deze ontwikkelingstaak (goed doorlopen van seksuele ontwikkeling) bovenop het omgaan met problemen thuis, op school, in de wijk of anderszins. De draaglast kan dan te groot worden in verhouding tot de draagkracht, zeker in periodes als de puberteit, een levensfase met veel veranderingen en sowieso hogere draaglast.
- *Seksuele gezondheidsrisico's.* Emotionele verwaarlozing en psychische of fysieke mishandeling thuis (voor het zestiende jaar) hangen negatief samen met seksuele gezondheid. Jeugdigen die dit hebben meegemaakt zijn eerder seksueel actief, hebben vaker te maken met onbedoelde zwangerschap en een grotere kans op negatieve ervaringen met sexting of seksueel geweld (De Graaf et al., 2017). Voor sommige jeugdigen kunnen een verstoorde relatie met ouders, negatieve opvattingen over anticonceptiegebruik van leeftijdsgenoten, problemen in het gezin (armoede, geweld, drugsgebruik) of het niet opgroeien in het eigen gezin seksuele gezondheidsrisico's met zich meebrengen (zie tabel 8, hoofdstuk 2).
- *Specifieke groepen jeugdigen.* Jonge starters (eerste keer seks voor het veertiende jaar) en laagopgeleide jeugdigen hebben meer kans op soa/hiv, onbedoelde zwangerschap of seksuele dwang. Dit geldt ook voor jeugdigen met een beperking, ontwikkelingsstoornis of psychische problematiek. Ook vraagt de ondersteuning van de seksuele ontwikkeling

van deze jeugdigen om een specifieke aanpak, waarin o.a. rekening wordt gehouden met de situatie en behoeften van de jeugdigen. Dit vraagt naast specifieke kennis, ook om borging van een visie, beleid binnen organisaties en instellingen, en professionalisering van jeugdprofessionals (zie hoofdstuk 4).

“Jongeren met een beperking of ontwikkelingsstoornis zijn zich vaak bewust dat ze ‘anders’ zijn. Net als andere pubers, willen ze ‘normaal’ zijn en passen ze zich aan de heersende sociale groepsnorm aan. Ze imiteren of spiegelen gedrag van leeftijdsgenoten, zo compenseren ze hun eigen tekortkomingen. Voor professionals kan het lastig zijn om hier doorheen te prikken.”

Anne (42) – professional in de jeugdhulp

3.1.1 Jeugdigen met een beperking, stoornis en/of psychische problematiek

Omdat het onmogelijk is uitputtend te zijn, is aan de ontwikkelwerkgroep van de richtlijn gevraagd over welke specifieke groepen jeugdigen zij meer wilden weten met betrekking tot hun seksuele ontwikkeling. Ook is nagegaan welke groepen jeugdigen veel aanwezig zijn binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming. Op basis van deze input is afgewogen van welke specifieke groepen jeugdigen in dit hoofdstuk de seksuele ontwikkeling beschreven diende te worden. Dit zijn jeugdigen met:

- een licht verstandelijke beperking (LVB);
- een stoornis in het autismespectrum (ASS);
- problematische gehechtheid;
- een seksueel trauma.

De beschrijving van de seksuele ontwikkeling van deze specifieke groepen bieden een kader om de seksuele ontwikkeling en het seksuele gedrag van de jeugdige te kunnen plaatsen. Met als doel hen te ondersteunen in een (gezonde) seksuele ontwikkeling, zonder voorbij te gaan aan de specifieke context en eigenheid van de jeugdige.

We beschrijven de seksuele ontwikkeling van deze jeugdigen en welke risico's op het gebied van seksualiteit (soa, onbedoelde zwangerschap, seksuele grensoverschrijding, problemen op het gebied van seksuele oriëntatie, problemen op het gebied van genderidentiteitsontwikkeling) ze in het bijzonder kunnen lopen.

Overige overwegingen

Ook kan een stoornis, beperking, (co-morbiditeit met) psychische problematiek of andere onderliggende problematiek zich uiten in internaliserend of externaliserend gedrag bij jeugdigen. Dit kan specifieke risico's op seksueel gebied met zich meebrengen. We benoemen deze risico's binnen de specifieke groepen. Daarnaast kan medicijngebruik van invloed zijn op seksualiteit en seksualiteitsbeleving, zoals zin in seks, mogelijkheid tot erectie/ klaarkomen en andere seksuele problemen (Gianotten et al., 2008). Zie voor de invloed van specifieke medicijnen op seksualiteit: www.seksualiteit.nl.

De in dit hoofdstuk beschreven informatie is niet altijd van toepassing op elke jeugdige met specifieke problematiek. Het geeft wel een indicatie wat er anders kan gaan en wat mogelijke risico's zijn. In de onderbouwing van deze richtlijn wordt de seksuele ontwikkeling van de

specifieke groepen uitgebreider beschreven. Gebruik deze onderbouwing daarom bij voorkeur als naslagwerk.

3.2 De seksuele ontwikkeling van jeugdigen met een licht verstandelijke beperking (LVB)

Een deel van de jeugdigen die te maken krijgt met jeugdhulp en jeugdbescherming heeft een licht verstandelijke beperking (LVB). Deze jeugdigen hebben een beperking in zowel hun intelligentie als hun adaptief gedrag.

De WHO definieert een verstandelijke beperking als: *"a significantly reduced ability to understand new or complex information and to learn and apply new skills (impaired intelligence). This results in a reduced ability to cope independently (impaired social functioning), and begins before adulthood, with a lasting effect on development"* (Wissink et al., 2015). Bij adaptief gedrag gaat het om het sociale aanpassingsvermogen van een persoon (zie voor de volledige definitie van LVB de onderbouwing van deze richtlijn). Dit is van invloed op zijn seksuele ontwikkeling. Zo richten jeugdigen met een LVB hun aandacht vaker op minder relevante informatie, op letterlijk gesproken informatie en op negatieve informatie (Kuyper & Höing, 2017). Dit maakt hen kwetsbaar op seksueel gebied.

Een jeugdige met een LVB ervaart beperkingen op het gebied van: (a) conceptuele vaardigheden (zoals taal, tijd-, getal- en geldbegrip), (b) sociale vaardigheden (zoals communicatieve vaardigheden en het oplossen sociale problemen) en (c) praktische vaardigheden (zoals persoonlijke verzorging en gebruikmaken van vervoer). Afhankelijk van de kalenderleeftijd en de cultuur zijn er bepaalde verwachtingen over iemands sociale aanpassingsvermogen. Wanneer iemand niet aan die verwachtingen kan voldoen en beperkt is in het aanpassingsvermogen en in het IQ, dan kan deze persoon gezien worden als licht verstandelijk beperkt (Douma, 2018). Ook jeugdigen met een IQ tussen 70 en 85 die beperkingen in hun sociale aanpassingsvermogen ervaren, worden tegenwoordig gezien als licht verstandelijk beperkt (Zoon, 2013).

Jeugdigen met een licht verstandelijke beperking hebben een beperkt aanpassingsvermogen, een beperkt werkgeheugen en een beperkt probleemoplossend vermogen. Dit is van invloed op hun seksuele ontwikkeling. Zo richten jeugdigen met een LVB hun aandacht vaker op minder relevante informatie, op letterlijk gesproken informatie en op negatieve informatie (Kuyper & Höing, 2017). Dit maakt hen kwetsbaar op seksueel gebied. Aangezien jeugdigen met een LVB grotere seksuele risico's lopen, ligt de nadruk in de omgeving en opvoeding van deze jeugdigen vaak op *'bescherming door beperking'* van hun seksuele ontwikkeling. Hierdoor doen jeugdigen met een LVB minder seksuele ervaring op en zijn ze minder goed in staat bepaalde competenties te ontwikkelen. Voor jeugdprofessionals is het belangrijk om een goede balans te vinden: bevorder beïnvloedbare beschermende factoren en wees alert op risicofactoren. Gebruik hiervoor vereenvoudigd taalgebruik dat goed aansluit op de behoeften en het begripsniveau van de jeugdige (zie paragraaf 4.6.1 voor meer concrete tips).

Onderbouwing relevante literatuur

Doordat een groot deel van de jeugdigen met een LVB niet specifiek die diagnose heeft gekregen, is het doen van onderzoek onder deze doelgroep lastig. Veel onderzoek is gedaan

naar volwassenen en niet specifiek naar kinderen en jongeren. De nadruk in onderzoek ligt vooral op kennis over seksualiteit en het ervaren en plegen van grensoverschrijdend gedrag (bijvoorbeeld Borawska-Charko et al., 2017; Medina-Rico et al., 2017; Wissink et al., 2012).

Rutgers heeft onderzoek gedaan naar de seksuele gezondheid van jongeren met een LVB tussen de 14 en 20 jaar. Het onderzoek richt zich op jongeren in het voortgezet speciaal onderwijs cluster 3, met een IQ boven de 50. De uitkomsten van dit onderzoek zijn in 2019 gepubliceerd op www.seksonderje25e.nl en www.rutgers.nl.

Daarnaast doet Rutgers periodiek onderzoek naar de seksuele gezondheid van jongeren van 12 tot 25 jaar. In dit onderzoek zijn cijfers gepubliceerd over jongeren die praktijkonderwijs volgen (De Graaf et al., 2017). Praktijkonderwijs is bedoeld voor jongeren met een IQ tussen 55 en 80, gecombineerd met een leerachterstand van drie jaar of meer op minimaal twee domeinen; inzichtelijk rekenen, begrijpend lezen, technisch lezen, spellen (*Hoe krijgt mijn kind praktijkonderwijs?*, 2018). Veel jongeren met een licht verstandelijke beperking komen terecht in het praktijkonderwijs. De cijfers die over deze groep bekend zijn, geven daarom zicht in een deel van de groep jeugdigen met een LVB. De kanttekening die hierbij geplaatst moet worden is dat niet iedereen die praktijkonderwijs volgt een licht verstandelijke beperking heeft, en dat niet alle jeugdigen met een licht verstandelijke beperking praktijkonderwijs volgen. De cijfers geven dus een inzicht in een deel van de groep met een licht verstandelijke beperking, maar de vergelijking is niet sluitend.

3.2.1 Lichaam en zelfbeeld

De lichamelijke ontwikkeling van jeugdigen met een LVB verloopt hetzelfde als die van jeugdigen zonder een LVB. Sommige jongeren met een LVB komen iets later in de puberteit, maar bij de meesten start de puberteit op hetzelfde moment. Ook de eerste menstruatie en zaadlozing vinden ongeveer plaats op dezelfde momenten als bij jongeren zonder een LVB. De lichamelijke ontwikkeling van jongeren met een LVB loopt echter vaak niet parallel met de sociaal-emotionele ontwikkeling. Een goede voorlichting rondom de voortplanting en implicaties van de lichamelijke veranderingen in de puberteit is dus noodzakelijk.

‘Een jongere kan bijvoorbeeld fysiek in staat zijn om zwanger te raken of iemand anders zwanger te maken, maar eigen en andermans seksuele gevoelens nog niet goed plaatsen.’

Jaap – jeugdprofessional in de jeugdhulp

3.2.2 Seksuele gevoelens

Jeugdigen met een licht verstandelijke beperking worden – net als hun niet beperkte leeftijdsgenoten – verliefd. Ze willen graag een relatie en het liefst met iemand zonder beperking. Ook worden jongeren met een LVB vaker verliefd op ‘beroemdheden’ of mensen van televisie dan hun niet beperkte leeftijdsgenoten. Je ziet deze vorm van verliefdheid wel bij jongere kinderen zonder beperking (tussen de 8 en 12 jaar).

Let op: jeugdigen met een LVB kunnen hun beperking vaak goed maskeren. Ze zien bijvoorbeeld in de samenleving wat er van een vijftienjarige verwacht wordt en imiteren leeftijdsgenoten.



Ze zijn daardoor in staat om mee te draaien in de maatschappij, zonder dat direct zichtbaar is dat zij een LVB hebben. Ze vertonen gedrag wat leeftijdsgenoten zonder een beperking ook laten zien, maar begrijpen niet goed wat dit betekent. Dit kan voor hen extra risico's op het gebied van kwetsbaarheid voor soa/hiv, zwangerschap en grensoverschrijding met zich meebrengen.

3.2.3 Seksueel gedrag

Net als leeftijdsgenoten doen jeugdigen met een licht verstandelijke beperking seksuele ervaringen op. Jongeren met een LVB ervaren moeilijkheden met seks en masturbatie en doen vaker dan niet beperkte leeftijdsgenoten negatieve ervaringen op (Kuyper & Höing, 2017). Mogelijk doen jongeren met een LVB ook eerder seksuele ervaring op dan leeftijdsgenoten zonder beperking. Zo blijkt dat jongeren in het praktijkonderwijs eerder seksuele ervaring opdoen dan jongeren op het vmbo (De Graaf et al., 2017). Het praktijkonderwijs is bedoeld voor jongeren met een lager dan gemiddeld IQ en een leerachterstand. Jongeren met een LVB komen vaak terecht in het praktijkonderwijs, maar niet iedereen in het praktijkonderwijs heeft een licht verstandelijke beperking. De vergelijking is hiermee dus niet sluitend.

Ervaring met zoenen, vingeren, aftrekken en geslachtsgemeenschap

Uit onderzoek naar jongeren in het praktijkonderwijs blijkt dat zij eerder ervaring opdoen met zoenen dan jongeren op het vmbo. 62 procent van de jongens tussen 12 en 14 jaar in het praktijkonderwijs geeft aan gezoend te hebben, ten opzichte van 23 procent van de jongens op het vmbo. Voor meiden is dit verschil ook aanwezig; 50 procent van de meiden in het praktijkonderwijs geeft aan gezoend te hebben ten opzichte van 26 procent van de meiden op het vmbo.

Tabel 9: *Ervaring met tongzoenen naar leeftijd, opleiding en sekse (percentages) (De Graaf et al., 2017)*

	12-14 jaar jongens praktijk (%)	12-14 jaar jongens VMBO (%)	12-14 jaar meisjes praktijk (%)	12-14 jaar meisjes VMBO (%)
Tongzoenen	62	23	50	26

Jongens in het praktijkonderwijs tussen 12 en 14 jaar rapporteren meer seksuele ervaring dan meiden, en ook dan jongens op het vmbo. Zo geven zij vaker aan ervaring te hebben met geslachtsgemeenschap en met aftrekken of vingeren. Het kan zijn dat de jongens in het praktijkonderwijs daadwerkelijk eerder beginnen met seks. Het kan ook zijn dat zij aangeven dat ze deze ervaringen gehad hebben, zonder dat dit daadwerkelijk het geval is. Bij jeugdigen in het praktijkonderwijs van 15 jaar en ouder vervallen de meeste verschillen in ervaring ten opzichte van jeugdigen op het vmbo. Wel hebben jeugdigen in het praktijkonderwijs meer ervaring met zoenen dan jeugdigen op het vmbo (De Graaf et al., 2017).

“Twee jongeren – beiden 17 jaar – met een LVB zijn erg verliefd. Ze zijn graag zo vaak mogelijk samen. In een vertrouwd gesprek vertelden ze, los van elkaar, hoe fijn ze het vinden om hand in hand te lopen en elkaar te zoenen. Ze krijgen er een prettig gevoel van om elkaar aan te raken en soms voelen ze ook onder elkaars kleding. Ik ben er blij dat zij positieve seksuele ervaringen opdoen en ondersteun hen bij het uitvragen van elkaars wensen (en grenzen) en gebruik van anticonceptie en voorbehoedsmiddelen.”

Ciska (38 jaar, jeugdprofessional)



Sexting en online seksueel gedrag

Sexting (zie begrippenlijst in bijlage 3 voor definitie) is niet altijd een probleem, zolang dit vrijwillig, met wederzijdse toestemming en binnen een gelijkwaardige relatie plaatsvindt. Pas als de ontvanger (later) kwade bedoelingen heeft, kunnen naakt- of seksfoto's en filmpjes gemakkelijk doorgestuurd en/of op internet gezet worden. Ook als een jongere niet herkenbaar in beeld is, blijkt deze persoon vaak nog wel te herleiden (met alle gevolgen van dien). Juist voor jongeren met een LVB kan sexting voor problemen zorgen. De reden hiervoor is dat deze jeugdigen zich minder bewust zijn van de gevolgen van hun acties doordat ze minder kennis hebben over seksualiteit en hun seksuele ontwikkeling, maar ook doordat zij sociale situaties minder goed in kunnen schatten.

Ruim een derde van de jongeren in het praktijkonderwijs heeft wel eens een naaktfoto van iemand die zij kennen gezien, en ruim een kwart heeft een seksfilmpje van iemand die zij kennen gezien. 1 op de 12 meiden heeft wel eens een naaktfoto van zichzelf verstuurd, ten opzichte van 1 op de 50 van de jongens. 32 procent van de meiden geeft aan dat iemand wel eens om een naaktfoto van haar heeft gevraagd, en 13 procent van de meiden is gevraagd om een naaktfilmpje. Deze cijfers kunnen helaas niet vergeleken worden met leerlingen op het vmbo. Wel blijkt dat laagopgeleide jongeren vaker negatieve ervaringen met sexting hebben (De Graaf et al., 2017). Het is aannemelijk dat in deze groep ook jeugdigen met een LVB aanwezig zijn.

Voor jeugdigen met een LVB is het belangrijk om specifiek aandacht te besteden aan seksuele vorming op het gebied van sexting en social media. Jeugdigen maken steeds meer gebruik van sociale media. Daardoor vindt seksueel overschrijdend gedrag vaker online plaats (Stichting Kennisnet, 2014). Het is daarom ook belangrijk om jeugdigen te leren dat je nooit een naakt- of seksfoto of filmpje van jezelf of een ander naar iemand anders doorstuurt, zonder instemming.

“Een cliënt (meisje, 16 jaar, LVB) was verliefd op een jongen zonder beperking. Hij was niet verliefd op haar, maar hij liet haar dit wel geloven. Ze aptte met de jongen, en de jongen vroeg om foto's. Eerst van haar borsten, daarna van haar hele naakte lichaam. Het meisje verstuurde de foto's waar hij om vroeg, en de jongen verstuurde ze vervolgens naar al zijn vrienden. Hij vond het stoer om te laten zien wat hij dit meisje kon laten doen. Het meisje kon niet inschatten wat de gevolgen waren van het versturen van de foto's.”

3.2.4 Genderidentiteitsontwikkeling

Van de jongens zegt 1.7 procent en van meisjes 2.9 procent zich niet geheel of uitsluitend te voelen als hun geboortegeslacht (De Graaf et al., 2017). Tot op heden wijst niets erop dat de percentages bij jeugdigen met een LVB anders zijn.

Risico's op gebied van genderidentiteit

Jongens met transgendergevoelens hebben vaker ervaring met seksuele handelingen tegen hun wil, namelijk 33 procent ten opzichte van 17 procent van de jongens zonder transgendergevoelens. Bij meiden is dit juist andersom: 33 procent van de meiden met transgendergevoelens heeft ervaring met seksuele handelingen tegen haar wil, ten opzichte van 44 procent van de meiden zonder transgendergevoelens. Of deze cijfers anders zijn bij

jeugdigen met een LVB is onbekend. Uit onderzoek in het praktijkonderwijs blijkt dat jongens een negatief beeld hebben over gender non-conform gedrag. 47 procent van de jongens vindt het niet oké als een meisje eruit ziet als jongen, en zelfs 61 procent van de jongens vindt het niet oké als een jongen eruit ziet als meisje. Minder meiden staan hier negatief tegenover; hier zijn de percentages respectievelijk 20 procent en 27 procent (De Graaf et al., 2017).

Combinatie LVB en transgendergevoelens

Jeugdigen met een genderdysforie of transgendergevoelens én een LVB vormen een risicogroep. Veel jeugdigen met een LVB hebben een negatief beeld van transgenders. De combinatie met het beperkte aanpassingsvermogen van jeugdigen met een LVB, het verhoogde risico op misbruik en hun kwetsbaarheid, maakt dat er extra aandacht nodig is voor deze groep.

“Voor een trans meisje in de groep was het erg lastig om zich te gaan kleden als meisje. De jeugdigen denken zwart-wit; een jongen in meisjeskleding hoort niet. Als jeugdprofessional was het mijn taak om een veilige omgeving te creëren waarin het trans meisje wel zichzelf kon zijn. Ik ging het gesprek aan met de groep. We vonden allemaal dat iedereen anders is en dat het fijn is als iedereen zichzelf kan zijn. Zo creëerden we samen een omgeving waarin ook dit meisje zichzelf kon uiten zonder gepest te worden.”

3.2.5 Seksuele oriëntatie

Eén op de twaalf jongens en één op de acht meiden voelt zich niet uitsluitend aangetrokken tot het andere geslacht. 3 procent van de jongens en 1 procent van de meiden noemt zich homoseksueel of lesbisch. 3 procent van de meiden en 2 procent van de jongens noemt zichzelf biseksueel. (De Graaf et al., 2017). Tot op heden is er geen onderzoek dat erop wijst dat homo- en biseksualiteit vaker of minder vaak voorkomt bij jongeren met een LVB dan bij jongeren zonder beperking.

Opgroeien in een heteronormatieve omgeving

Uit onderzoek in het praktijkonderwijs blijkt dat deze jongeren een negatieve houding hebben ten aanzien van homoseksualiteit. 57 procent van de jongens en 27 procent van de meiden in het praktijkonderwijs vindt het niet goed als twee jongens met elkaar zoenen op straat. Jongens zijn minder negatief over zoenende meiden; ruim een kwart van de jongens én meiden vindt het niet goed als twee meiden met elkaar zoenen op straat (De Graaf et al., 2017). Homo- of biseksuele jongeren met een LVB in het praktijkonderwijs hebben dus te maken met een omgeving die negatief denkt over homoseksualiteit. Dit kan psychosociale problemen als gevolg hebben.

Risico's

Jeugdigen die zowel een licht verstandelijke beperking hebben als homo- of biseksueel zijn, behoren daarmee tot twee minderheidsgroepen. Als seksuele oriëntatie niet besproken wordt en het moeilijk is om aan gevoelens uiting te geven, dan kunnen deze jongeren makkelijker slachtoffer worden van seksuele grensoverschrijding. Homo- en biseksuele jeugdigen mannen met een LVB zijn in het bijzonder een kwetsbare groep. Lesbische en biseksuele vrouwen met een LVB vormen een groep die vooralsnog buiten beeld is.

“Eén van mijn cliënten (homoseksuele jongen, 16 jaar, LVB) kwam via internet in contact met een andere jongen. Mijn cliënt ontmoette de ander thuis, waar hij door een groep mannen werd misbruikt. Toen ik wat zocht op internet kwam ik erachter dat er groepen criminelen zijn die zich (online) specifiek richten op homoseksuele jongens met een LVB om misbruik van ze te maken.”

3.2.6 Onbedoelde zwangerschap & soa/hiv

Onbedoelde zwangerschap

In vergelijking met andere EU-landen komen tienerzwangerschappen (= zwangerschap bij vrouwen jonger dan 20 jaar) in Nederland relatief weinig voor (Dalmijn & Van Lisdonk, 2017). In 2016 kregen 1.492 tieners een kind, waarvan 95 meisjes 16 jaar of jonger was bij de geboorte van haar kind (CBS, 2017). Cijfers van jeugdigen met een LVB en ervaring met een tienerzwangerschap zijn niet bekend, omdat bij de registratie niet wordt meegenomen of er sprake is van een beperking. Wel blijkt uit kwalitatief onderzoek dat jongeren met een LVB vaker op jonge leeftijd een kinderwens hebben en romantische beelden over jong ouderschap. Zo blijkt uit kwalitatief onderzoek van Dalmijn en Van Lisdonk (2017) onder meisjes met een LVB die zwanger zijn geweest voor hun twintigste jaar komen verschillende factoren naar voren die een rol spelen bij het ontstaan van de zwangerschap:

- het risico op zwangerschap laag inschatten,
- het missen van kennis over juist anticonceptiegebruik en zwangerschap,
- het hebben van een negatieve houding ten aanzien van anticonceptie,
- het hebben van een (latente) kinderwens: sommige meisjes hebben een actieve kinderwens, anderen doen weinig om een zwangerschap te voorkomen,
- het hebben gemist van ouderlijke steun en begeleiding,
- in beeld zijn bij Jeugdzorg of andere hulpverleningsinstantie vanwege de eigen kwetsbaarheid of onveilige thuissituatie,
- minimale of niet passende ondersteuning en voorlichting op gebied van seksualiteit en relaties;
- afhankelijk zijn in relaties met mannen,
- een combinatie van factoren:
 - vroeg aan de pil gaan, een lage risico-inschatting, ervaring met een loverboy en/of een relatie met een oudere man kunnen er aan bijdragen dat meisjes die uit een warm gezin komen de pil onjuist gebruiken. De bijkomende factor van het hebben van een kinderwens kan maken dat meisjes bewust geen anticonceptie gebruiken;
 - bij meisjes die een slechte relatie met hun ouders hebben, speelt de combinatie van emotionele verwaarlozing en veel aandacht voor hun vriend een rol bij onjuist pilgebruik. Ook in deze combinatie draagt een (latente) kinderwens er aan bij dat de meisjes bewust geen anticonceptie gebruiken;
 - wanneer meisjes een problematische thuissituatie kennen met geweld en psychische problemen, spelen uithuisplaatsing, emotionele verwaarlozing en persoonlijke problemen van het meisje in combinatie met gerichtheid op hun vriend, en een kinderwens een rol bij het niet goed gebruiken van anticonceptie. Soms is er sprake van het niet mogen gebruiken van anticonceptie;
 - een uithuisplaatsing, het afzetten tegen hun omgeving, een kinderwens en een lage risico-inschatting kunnen er aan bijdragen dat meisjes met gescheiden ouders of een alleenstaande ouder geen anticonceptie gebruiken of hier onzorgvuldig mee om gaan.

Soa/HIV

Jeugdigen met een licht verstandelijke beperking hebben een grotere kans op het oplopen van een soa dan hun leeftijdsgenoten, onder andere doordat zij over minder kennis hebben over veilige seks (Dukes & McGuire, 2009). Het is niet bekend hoeveel jeugdigen met een LVB een soa hebben.

3.2.7 Seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGOG)/ seksueel misbruik

Jeugdigen met een licht verstandelijke beperking zijn door hun beperking kwetsbaarder dan andere jeugdigen. Ze lopen een groter risico op zowel het ervaren als het plegen van seksueel grensoverschrijdend gedrag en seksueel misbruik (Borawska-Chakro et al., 2017).

Jongens en meisjes

Meiden met een licht verstandelijke beperking hebben een grotere kans om slachtoffer te worden van seksueel misbruik dan jongens, net zoals dit bij meiden en vrouwen over het algemeen het geval is. Plegers zijn vaak mannen en bekend met het slachtoffer. In relatief veel gevallen zijn plegers leeftijdsgenoten en hebben zij ook een LVB.

Mildere vorm LVB

Van alle jeugdigen met een LVB, lopen de jeugdigen met een mildere vorm van een LVB waarschijnlijk het hoogste risico op problemen met seksuele activiteiten (seksuele instemming, mishandeling en misbruik), omdat zij in het algemeen actieve deelnemers zijn aan de samenleving op allerlei aspecten (school, werk, en vrije tijd activiteiten) en omdat zij meer persoonlijke vrijheid en mogelijkheden hebben om met anderen in contact te komen (Wissink et al., 2015). Ze weten hun beperking vaak goed te maskeren of te compenseren, waardoor de beperking voor anderen onopgemerkt kan blijven. Door deze kwetsbaarheid zijn ze minder beschermd tegen (seksuele) grensoverschrijding (Kuyper et al., 2018).

Dit hangt onder andere samen met gevoelens van onzekerheid, naïviteit en de behoefte om geaccepteerd te worden. Jongeren met een LVB bevinden zich vaak in een 'machteloze positie'. Ze hebben minder invloed op hun omstandigheden, maar wel een sterke behoefte aan acceptatie. Daarnaast zijn ze minder weerbaar, minder assertief, en is hun beoordelingsvermogen minder goed dan dat van jongeren zonder een LVB (Wissink et al., 2012).

Inschattingsvermogen

Jeugdigen met een LVB zien zelf seksuele grensoverschrijding niet altijd aankomen of ervaren dit niet als grensoverschrijdend. Ze beschrijven dat ze verrast waren en niet begrepen wat er gebeurde: hoewel ze veelal wel in de gaten hadden dat er iets niet goed zat, komt het regelmatig voor dat jeugdigen met een LVB hun ervaring niet als misbruik benoemen (Van Berlo et al., 2011).

Ze hebben vaak een afhankelijke positie en krijgen niet genoeg begeleiding op het gebied van seksualiteit. Daarnaast zijn hulpverleners soms onbekend met de kans op seksueel misbruik en de signalen daarvan (Wissink et al., 2012).



‘Een meisje (14 jaar) uit mijn groep zag dat een ander meisje van haar leeftijd verkering had en met haar partner zoende. Ze imiteerde dat en begon op het schoolplein met een jongen te zoenen. Het was onduidelijk of de jongen dat ook wilde.’

Naar aanleiding van een studie onder seksueel misbruikte kinderen van 6-16 jaar oud, werd vastgesteld dat in de groep kinderen met LVB (intelligentie niveau lager dan 70), seksueel misbruik (waaronder penetratie en seksueel contact) vaker voorkwam, dat deze kinderen vaker blootgesteld werden aan herhaalde misstanden, en dat zwangerschappen na het misbruik vaker voorkwamen, in vergelijking met de groep kinderen zonder LVB (intelligentieniveau 80 en hoger) (Soylu et al., 2013).

3.2.8 Kennis over seksualiteit

Studies naar jeugdigen met een licht verstandelijke beperking laten zien dat er grote verschillen bestaan binnen deze groep als het gaat om de kennis over seksualiteit (Borawska-Chakro et al., 2017). Over het algemeen hebben jeugdigen met een LVB minder kennis dan jeugdigen zonder een LVB. De kennis die jeugdigen met een LVB hebben is vooral over lichaamsdelen. Over seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) en voorbehoedsmiddelen/anticonceptie hebben ze het minste kennis (Borawska-Chakro et al., 2017).

Jeugdigen met een LVB ontdekken de wereld samen met vrienden die vaak ook licht verstandelijk beperkt zijn, en alles wat minder goed begrijpen. Doordat ze hun beperkingen kunnen maskeren worden hun kennis en vaardigheden over veilige en gewenste seks overschat. Hun behoefte aan ondersteuning blijft onzichtbaar (Kok et al., 2009). Praten over seksualiteit met jeugdigen met een LVB is voor ouders, opvoeders en professionals lastig. Jeugdigen met een LVB nemen dingen vaak erg letterlijk en begrijpen nuances of verhullend taalgebruik niet (De Graaf et al., 2014). Ouders, opvoeders en professionals vinden het over het algemeen lastig om heel expliciet over seksualiteit te praten, terwijl deze jeugdigen dit echt nodig hebben. Mede hierdoor ontvangen jeugdigen met een licht verstandelijke beperking minder informatie. Bovendien begrijpen ze de informatie minder goed en vinden jeugdigen met een LVB het lastiger om de informatie te onthouden. Ook vinden ze minder makkelijk zelf goede informatie en pikken ze waarschijnlijk andere informatie op van bijvoorbeeld TV en internet. Jeugdigen met een LVB hebben daardoor minder kennis over seksualiteit (De Graaf & Maris, 2014; Kuyper & Höing, 2017). Mede daardoor zien zij seksuele risico's of seksuele grensoverschrijding niet altijd aankomen, of ervaren ze dit niet als grensoverschrijdend.

3.2.9 Samenvatting seksuele ontwikkeling jeugdigen met een LVB

De seksuele ontwikkeling van jeugdigen met een LVB komt op een groot aantal punten overeen met die van niet beperkte leeftijdsgenoten. Ze doorlopen dezelfde lichamelijke ontwikkeling, hebben ook seksuele gevoelens en geven hier ook uiting aan in seksueel gedrag. Er zijn geen aanwijzingen dat er meer of minder vaak sprake is van homo- of bisexualiteit binnen de groep LVB'ers en ook transgendergevoelens komen voor bij jeugdigen met een LVB. Wel zijn jeugdigen met een LVB door de beperking kwetsbaar in hun seksuele ontwikkeling.

Jeugdigen met een LVB kunnen vaak hebben:

- minder zicht op de risico's en gevolgen van seksueel gedrag;
- sociale situaties minder goed inschatten;
- minder kennis over seksualiteit;
- starten mogelijk vroeger met hun eerste seksuele ervaring;
- vaker negatieve ervaringen met sexting;
- negatieve houding t.a.v. transgenders;
- negatieve houding t.a.v. homo- en biseksualiteit;
- onbedoelde zwangerschap/ tienerzwangerschap komt voor;
- kwetsbaar voor seksuele grensoverschrijding;
- minder kennis over seksualiteit.

Aangezien deze jeugdigen met een LVB vaak kwetsbaarder zijn voor seksuele risico's, ligt de nadruk in de omgeving en opvoeding van deze jeugdigen vaak op bescherming en beperking van hun seksuele ontwikkeling. Hierdoor doen ze minder ervaring op en zijn ze niet in staat bepaalde competenties te ontwikkelen. Voor jeugdprofessionals is het belangrijk om een goede balans te vinden: stimuleer beïnvloedbare beschermende factoren en wees alert op risicofactoren.

In tabel 10 is de paragraaf LVB uit de onderbouwing samengevat. De tabel volgt inhoudelijk dezelfde thema's als hoofdstuk 2. Er wordt onderscheid gemaakt tussen de invloed van de beperking op de seksuele ontwikkeling, de beschermende factoren en de risicofactoren. Let er bij het lezen van de tabel op dat de beschermende factoren niet één op één correleren met de risicofactoren. Een complete aanpak, waarin op meerdere beschermende factoren in samenhang wordt ingezet, is het meest effectief. Leg als jeugdprofessional de nadruk op het beïnvloeden van de beschermende factoren.

Tabel 10: Overzichtstabel Seksuele ontwikkeling en invloed LVB, inclusief risico- en beschermende factoren

Invloed LVB	Beschermende factoren	Risicofactoren
Lichaam en zelfbeeld		
<i>Persoonlijke factoren</i>		
De puberteit start ongeveer op dezelfde leeftijd als bij leeftijdsgenoten.		
De kalenderleeftijd (lichamelijke leeftijd) verschilt van de ontwikkelingsleeftijd.		Jeugdigen met een LVB hebben minder zicht op de implicaties van de puberteit.
	Kennis over voortplanting, anticonceptie en voorbehoedsmiddelen.	
	Een positief zelf- en lichaamsbeeld.	
	Zelfvertrouwen.	

Tabel 10: Overzichtstabel Seksuele ontwikkeling en invloed LVB, inclusief risico- en beschermende factoren (vervolg)

Invloed LVB	Beschermende factoren	Risicofactoren
Seksuele gevoelens		
<i>Persoonlijke factoren</i>		
Ook jeugdigen met een LVB worden verliefd en kunnen romantische en seksuele gevoelens ervaren.		Jeugdigen met een LVB kunnen (seksueel of relationeel) gedrag van niet-beperkte leeftijdsgenoten imiteren, zonder zicht te hebben op de gevolgen en mogelijke risico's.
<i>Omgevingsfactoren</i>		
	In gezin of instelling ruimte bieden voor experimenteren met seksualiteit en relaties en deze in een positief kader plaatsen/ bespreken.	
	In gezin of instelling expliciet aandacht schenken aan positieve relaties (en het onderscheid tussen een goede en een slechte relatie).	
Seksueel gedrag		
<i>Persoonlijke factoren</i>		
Ook jeugdigen met een LVB kunnen positieve ervaringen hebben met seksualiteit.		
Jeugdigen met een LVB hebben mogelijk eerder seks (voor veertiende jaar) met een partner, dan leeftijdsgenoten.		Een vroege start kan risico's met zich meebrengen: minder kennis over seks, soa, anticonceptie, vaker sprake van overhalen.
Jeugdigen met een LVB hebben vaker negatieve ervaringen met sexting.	Niet (door-)sturen van naaktfoto's of -filmpjes van een ander naar iemand, zonder instemming.	
	Mediabeelden (bijvoorbeeld naaktfoto's, of -video's) onrealistisch of niet-relevant vinden.	
	De gevolgen van het eigen handelen kunnen overzien.	
<i>Omgevingsfactoren</i>		
	In gezin en instelling seksuele vorming/opvoeding vanaf jonge leeftijd stimuleren.	
	Met daarin specifieke aandacht voor: wensen, seksuele weerbaarheid, sociale groepsdruk, online seksueel gedrag en social media	

Tabel 10: Overzichtstabel Seksuele ontwikkeling en invloed LVB, inclusief risico- en beschermende factoren (vervolg)

Invloed LVB	Beschermende factoren	Risicofactoren
Genderidentiteit		
<i>Persoonlijke factoren</i>		
Er zijn geen aanwijzingen dat er meer of minder transgendergevoelens en/of genderdysforie aanwezig is onder jeugdigen met een LVB.		
Jeugdigen met een LVB hebben vaker een negatief beeld van transgenders.		Een verhoogd risico op psychosociale problemen onder transgender jeugdigen met een LVB.
<i>Omgevingsfactoren</i>		
	In gezin en instelling gelijkwaardigheid en respect stimuleren.	
	Hierbij aandacht schenken aan de gevolgen van negatieve uitingen op anderen (transgenders).	
Seksuele oriëntatie		
<i>Persoonlijke factoren</i>		
Er zijn geen aanwijzingen voor meer/minder homo- of biseksualiteit bij jeugdigen met een LVB.		
Jeugdigen met een LVB hebben vaker een negatieve houding ten aanzien van homo- en biseksualiteit		Een homo-negatieve omgeving verhoogt het risico op psychosociale problemen bij homo- en/of biseksuele jeugdigen met een LVB.
<i>Omgevingsfactoren</i>		
	In gezin en instelling gelijkwaardigheid en respect stimuleren	
	In gezin en instelling aandacht schenken aan de gevolgen van negatieve uitingen op anderen (homo-/biseksuelen)	
Seksuele risico's		
<i>Persoonlijke factoren</i>		
Onbedoelde (tiener-) zwangerschap komt voor	De gevolgen van het eigen handelen kunnen overzien.	Het risico op zwangerschap laag inschatten.
Jeugdigen met een LVB hebben een grotere kans op soa dan leeftijdsgenoten.	Risico's op zwangerschap en soa/hiv kunnen inschatten.	Jeugdigen met een LVB hebben vaak onvoldoende kennis over anticonceptie/ voorbehoedsmiddelen, soa/hiv
		Vaker een negatieve houding ten aanzien van anticonceptie/ voorbehoedsmiddelen
	Zowel onderhandelings- als communicatieve vaardigheden (op gebied van anticonceptie/ condoomgebruik) hebben.	
		Kunnen een latente kinderwens hebben.

Tabel 10: Overzichtstabel Seksuele ontwikkeling en invloed LVB, inclusief risico- en beschermende factoren (vervolg)

Invloed LVB	Beschermende factoren	Risicofactoren
Seksuele risico's		
<i>Omgevingsfactoren</i>		
	In instelling en gezin aandacht besteden aan kinderwens, ouderschap en realistische beeldvorming.	
Seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGOG)		
<i>Persoonlijke factoren</i>		
Jeugdigen met een LVB lopen een hoger risico op het ervaren én het plegen van SGOG (inclusief seksueel misbruik). Jongeren met een mildere vorm van LVB, lopen een nog groter risico.		Jeugdigen met een LVB zijn minder weerbaar, minder assertief, hebben een minder goed beoordelingsvermogen.
	Een positief zelf- en lichaamsbeeld en zelfvertrouwen.	Jeugdigen met een LVB hebben vaker dan leeftijdsgenoten gevoelens van onzekerheid, naïviteit en een grotere behoefte geaccepteerd te worden.
	Onderhandelings- en communicatieve vaardigheden.	
	Risico's kunnen inschatten.	Jeugdigen met een LVB benoemen ervaringen van misbruik of SGOG vaak niet zo
	Anderen gelijkwaardig en respectvol benaderen.	
<i>Omgevingsfactoren</i>		
	Jeugdhulpverleners en jeugdbeschermers dienen bekend te zijn met signalen van seksueel misbruik en SGOG.	Professionele hulpverleners zijn soms onbekend met signalen van misbruik.
		Jeugdigen met een LVB verkeren vaker in een machteloze en/of afhankelijke positie.
Overige aandachtspunten		
<i>Persoonlijke factoren</i>		
Jeugdigen met een LVB hebben minder kennis over seksualiteit		Jeugdigen met een LVB vinden zelf minder makkelijk informatie over seksualiteit en relaties
		Jeugdigen met een LVB onthouden gevonden informatie minder goed.
		Jeugdigen met een LVB begrijpen nuances of verhullend taalgebruik niet of minder goed.
	Mediabeelden (naaktfoto's of -video's) onrealistisch of niet-relevant vinden.	Jeugdigen met een LVB pikken andere informatie op van bijvoorbeeld tv en internet.

Tabel 10: Overzichtstabel Seksuele ontwikkeling en invloed LVB, inclusief risico- en beschermende factoren (vervolg)

Invloed LVB	Beschermende factoren	Risicofactoren
Overige aandachtspunten		
<i>Omgevingsfactoren</i>		
	De professional en/of ouders verhogen de kennis en vaardigheden over veilige en gewenste seksualiteit van de jeugdigen met een LVB. Let op: hierbij navragen of kennis is begrepen en expliciet en duidelijk taalgebruik hanteren.	De kennis en vaardigheden over veilige en gewenste seks van jeugdigen met een LVB worden vaak overschat door mensen in de directe omgeving (ouders, professionals).
		De behoefte aan ondersteuning op het gebied van seksualiteit en relaties blijft vaak onzichtbaar bij jongeren met een LVB.
	Ondersteuning van ouders (let op: zij kunnen ook LVB hebben!) op het gebied van seksuele opvoeding.	Ook ouders vinden het lastig om expliciet over seksualiteit te praten.

3.3 Seksuele ontwikkeling jeugdigen met een stoornis in het autismespectrum

De term autismespectrumstoornis komt uit de DSM-5 en wordt gebruikt om te laten zien dat er een breed spectrum bestaat en grote variaties in uitingen van autismerkennmerken voorkomen. Ook laat het benoemen van het spectrum zien dat autisme zich in milde of ernstigere mate kan uiten.

Bejegening

In Groot Brittannië is onderzoek gedaan naar voorkeuren van volwassenen, familieleden, vrienden, ouders en professionals in termen om autisme te beschrijven (Kenny et al., 2016). In het onderzoek werd duidelijk dat er veel verschillende termen gebruikt worden voor het beschrijven van autisme. De termen 'autisme' en 'in het autisme spectrum' werden het meest onderschreven. De term 'autistisch' wordt door autistische volwassenen, familieleden, vrienden en ouders geprefereerd, maar minder gebruikt onder professionals. Professionals gebruikten vaker 'jongere of volwassene met autisme' wat door autistische volwassenen en ouders minder geprefereerd werd. In de richtlijn gebruiken we om deze reden alleen *stoornis in het autisme spectrum* of *autistisch*.

Wat wordt verstaan onder een stoornis in het autismespectrum?

Een stoornis in het autismespectrum wordt gekenmerkt door (American Psychiatric Association, 2013; GGZ, 2017):

- beperkingen in de sociale communicatie en interactie (kernsymptomen: deficiënties in de wederkerigheid, in de non-verbale communicatie en in het ontwikkelen, onderhouden en begrijpen van relaties),
- beperkt, repetitief gedrag, waaronder specifieke interesses en sensorische onder- of overgevoeligheid (kernsymptomen: stereotiepe motoriek, gebruik van voorwerpen of spraak, hardnekkig vasthouden aan hetzelfde, gefixeerde interesses en hyper/hyporeactiviteit op zintuiglijke prikkels).

Wat kenmerkt een stoornis in het autismespectrum?

Het is een ontwikkelingsstoornis die bij zowel kinderen, jongeren als volwassenen en in alle lagen van de bevolking, in alle culturen en onder alle intelligentieniveaus voorkomt (GGZ, 2017). De stoornis komt bij mannen 4 keer zoveel voor als bij vrouwen (Rubenstein et al., 2015). Ervaringsdeskundigen geven aan dat wat 'een stoornis in het autismespectrum' voor iemand persoonlijk betekent of is, sterk verschilt tussen personen. Ook zijn ervaringsdeskundigen het erover eens dat een stoornis in het autismespectrum niet eendimensionaal beschreven moet worden, maar begrepen als een complex samenspel tussen drie lagen:

- de biologische laag (hieronder vallen bijvoorbeeld zintuiglijke prikkelverwerking, motorische ontwikkeling en fysieke gezondheid),
- de psychologische laag (cognities, gedrag, emoties, hieronder vallen bijvoorbeeld aanwezige psychopathologie en niveau van sociaal-emotionele en cognitieve ontwikkeling),
- de sociale laag (hierbij gaat het om kwetsbaarheden en beschermende factoren in gezin, school, werk- en woonomgeving, maar ook over stereotiepe beeldvorming in de maatschappij over autistische mensen) (GGZ, 2017).

Bijkomende moeilijkheden

- Comorbiditeit. Volgens de zorgstandaard autisme van de GGZ (2017) heeft 40 procent van de autistische mensen comorbide klachten als ADHD, angst- en/of dwangstoornissen, depressie. Ook bijkomende ontwikkelingsstoornissen, trauma (PTSS), burn-out, psychoses en verslavingsproblematiek komen voor. Eén op de vier mensen met een stoornis in het autismespectrum kreeg eerst een andere diagnose (en bijbehorende behandeling), in sommige gevallen ging het om een foute diagnose en soms om comorbiditeit (Nederlands Autisme Register, 2017).
- Verstandelijke beperking. Een stoornis in het autismespectrum komt voor in combinatie met verstandelijke beperking. In de wetenschappelijke literatuur is geen eenduidigheid over de percentages hoe vaak dit voorkomt. Zo wordt in de NAR-populatie 15 procent gevonden (GGZ zorgstandaard), beschreven Levy en collega's (2009) een range van 40-80 procent en vond Gougeon (2010) er 70 procent. Tegenwoordig wordt aangenomen dat circa 50 procent van de mensen met een stoornis in het autismespectrum ook een verstandelijke beperking heeft.

3.3.1 Lichaam en zelfbeeld

De lichamelijke ontwikkeling van autistische kinderen en jongeren verloopt niet anders dan bij leeftijdsgenoten. Er zijn geen aanwijzingen dat bijvoorbeeld de puberteit vroeger of later begint. In sommige gevallen is dit bijvoorbeeld bij het syndroom van Down het geval, maar in een onderzoek van Levy en collega's (2009) wordt benoemd dat minder dan 1 procent van de autistische kinderen ook een aangeboren aandoening heeft, zoals bijvoorbeeld het syndroom van Down of een andere genetische of chromosomale stoornis (Rubenstein et al., 2015). In hoofdstuk 2 staan de verschillende fasen in de lichamelijke ontwikkeling beschreven, deze kunnen ook aangehouden worden voor kinderen en jongeren in het autismespectrum.

Sommige autistische jongeren zonder verstandelijke beperking ervaren moeite met de lichamelijke veranderingen tijdens de puberteit. Deze jongeren zijn in de puberteitsfase meer vatbaar voor bijvoorbeeld angst en eenzaamheid. Sommige autistische meisjes

zonder bijkomende verstandelijke beperking ervaren angst/ stress (lager seksueel welzijn) in vergelijking met autistische jongens zonder bijkomende verstandelijke beperking. Dit geldt niet alleen voor de puberteit maar voor de gehele seksuele levensloop, wat uitdagingen biedt voor de ondersteuning van een gezonde seksuele ontwikkeling (Pecora et al., 2016)

Circa 50 procent van de kinderen met een stoornis in het autismespectrum vertoont zelfbeschadigend gedrag (Rubenstein et al., 2015). De link met puberteit wordt in de literatuur niet gelegd. In de praktijk wordt hier wel een link gemaakt. Zo stelt een professional uit de ontwikkelwerkgroep dat “De lichamelijke veranderingen in de puberteit overweldigend kunnen zijn voor autistische jongeren.” Zij ziet in haar praktijk ook autistische jongeren die zichzelf om die reden schade aan doen, bijvoorbeeld door het wegdrukken van opkomende borsten of het uittrekken van schaamhaar. In de literatuur wordt dit verband niet onderbouwd.

3.3.2 Seksuele gevoelens

Ook autistische jongeren hebben seksuele interesse, seksuele gevoelens en seksuele verlangens en behoefte aan een romantische en/of seksuele relatie en seksueel contact (Dewinter et al., 2015; Duke, 2011; Gougeon, 2010).

- Een groot deel van de autistische jeugdigen zonder bijkomende verstandelijke beperking weet een relatie en/of seksueel contact ook te realiseren, maar het is voor hen lastiger om een relatie te behouden (Boudesteijn et al., 2011).
- Jongeren met minder sociale en communicatieve vaardigheden in een relatie vaak minder tevreden, onzekerder en angstiger zijn (Dewinter et al., 2013).
- Autistische jongeren met behoefte aan een relatie en seksueel contact, waarbij het niet lukt om een (seksuele) relatie te realiseren, krijgen te maken met gevoelens van frustratie (Gougeon, 2010).
- Jongeren met een stoornis in het autismespectrum zijn iets vaker verliefd op een onbereikbaar persoon (beroemdheid, verzorger) dan jongeren zonder autisme.
- Ongeveer eenderde van de autistische jongeren met bijkomende verstandelijke beperking heeft geen behoefte aan een partner/ geen duidelijke seksuele interesse (Fernandes et al., 2016).

Opvallend gegeven is dat seksuele gevoelens bij autistische jeugd vaak als iets problematisch wordt gelabeld (*‘deficiency framework’*). Er wordt dus niet gesproken over ‘verliefd’ of ‘verkering’, maar over ‘staren’ of ‘stalken’ (Gougeon, 2010). Het is belangrijk om de seksuele gevoelens van jongeren met een stoornis in het autismespectrum ook vanuit een framework van gezonde seksuele ontwikkeling te bekijken en dus te spreken over verliefd, verkering etc.

“Het geven van ‘taal’ aan seksualiteit is voor deze jongeren essentieel. Sommige jeugdigen kennen de woorden met betrekking tot seksualiteit niet en kunnen daardoor geen woorden geven aan wat ze ervaren. Voor hen is het zich bewust zijn van wat er in het lichaam gebeurt en daar woorden aan kunnen geven het grootste probleem. Door hen de juiste taal aan te leren bied je hen bescherming.”

3.3.3 Seksueel gedrag

Autistische jongeren laten een scala aan seksuele gevoelens, interesses, behoeften, oriëntaties en gedrag zien. Ze zijn dus niet allemaal asexueel, zoals soms gedacht wordt (Duke, 2011; Gougeon, 2010; Dewinter et al., 2015). Autistische jongens zonder bijkomende verstandelijke beperking worden ook verliefd, masturberen, hebben een orgasme, tongzoenen en doen andere seksuele ervaring met een partner op (Dewinter, et al., 2015). Ze zijn hierin niet later dan niet-autistische leeftijdsgenoten.

Masturbatie

Ook autistische jongens hebben ervaring met masturberen en orgasme (Dewinter et al., 2015). Autistische jongens zonder bijkomende verstandelijke beperking masturberen vaker dan meisjes uit deze doelgroep (Pecora et al., 2016). Ook in de algemene bevolking rapporteren meer jongens dan meisjes ervaring met masturbatie. Voor alle jongeren (met en zonder een stoornis in het autismespectrum, jongens en meisjes) kan masturbatie een manier zijn om seksuele spanning te ontladen. Voor autistische jeugdigen is het belangrijk dat zij leren hoe ze seksuele impulsen kunnen uitdrukken op een sociaal geaccepteerde manier. Fernandes en collega's (2016) pleiten voor een positieve accepterende houding van ouders en opvoeders richting masturbatie, om op die manier het gesprek aan te kunnen gaan over waar dit wel en niet kan.

Een professional uit de ontwikkelwerkgroep benadrukt dat dit niet altijd even makkelijk is voor ouders: "Het vraagt veel van een ouder of opvoeder om masturbatie aan autistische jongeren uit te leggen. Het gaat echt om de technische handeling: hoe doe je dat? Zonder deze uitleg kan masturbatie voor zelfbeschadigend gedrag zorgen. Zo had ik een cliënt met een stoornis in het autismespectrum die had begrepen dat hij een uur lang moest masturberen, en dus het volle uur (ook na het orgasme) bleef masturberen. Dit deed hem vreselijk veel pijn. We moesten de cliënt uitleggen dat hij moest stoppen na het orgasme. Gelukkig is er ondersteunend visueel materiaal beschikbaar om masturbatie uit te leggen."

Seksuele ervaring met partner

Op jonge leeftijd (15-18 jaar) heeft een vergelijkbaar aantal autistische jongens ervaring met een partner (manuele, orale seks, geslachtsgemeenschap of anale seks) in vergelijking met leeftijdsgenoten (Dewinter et al., 2015). Het aantal autistische jongeren zonder seksuele ervaring blijft echter hoger (in vergelijking met leeftijdsgenoten) als de leeftijd stijgt (Dewinter, 2016).

Autistische jongeren met seksuele ervaring hadden dit op vergelijkbare leeftijd als hun leeftijdsgenoten zonder stoornis in het autismespectrum. Autistische jongens zonder bijkomende verstandelijke beperking hebben vaker seksuele ervaring dan verstandelijk beperkte autistische jongens.

Voorals mannen laten een hogere seksuele 'drive', meer seksuele frustratie en lagere seksuele tevredenheid zien (Pecora et al., 2016). Dit hangt mogelijk samen met ervaring met een (seksuele) relatie. Autistische jongeren zonder ervaring met een (seksuele) relatie ervaren: meer seksuele angst, minder seksuele opwinding, minder seksueel verlangen en hebben minder

positieve seksuele cognities. Autistische jongeren met ervaring met een (seksuele) relatie laten meer (seksueel) zelfvertrouwen zien. Dit laat het belang zien van een actieve seksuele ontwikkeling voor deze doelgroep (Byers et al, 2013).

Seksueel ongepast en grensoverschrijdend gedrag

Er is relatief veel aandacht voor ongepast en grensoverschrijdend gedrag onder autistische jongeren. Er is echter geen systematisch onderzoek dat dit verband aantoont (Dewinter et al., 2013; Kellaher, 2015; Rutten et al., 2017). Beperkt sociaal inzicht of vaardigheden, gebrek aan empathie, minder remmingen, neiging tot preoccupatie en zich herhalende (stereotype) gedragspatronen, maar ook beperkte seksuele vorming kunnen bij sommige autistische jongeren de kans op ongepast gedrag of victimisatie wel verhogen (Boudestijn et al., 2011; Dewinter et al., 2013).

De kernsymptomen van een stoornis in het autismespectrum (beperkingen in de sociale communicatie en interactie, sensorische onder- of overgevoeligheid en repetitief gedrag) kunnen bij sommige autistische mensen leiden tot de ontwikkeling van ongepast of problematisch seksueel gedrag en 'niet normatieve' seksuele interesses, zoals hyperseksualiteit, parafilieën en seksuele grensoverschrijding (Schöttle et al., 2017).

Ongeveer een kwart van de autistische jongeren met bijkomende verstandelijke beperking laten seksueel onaangepast gedrag zien (zoals masturberen in het openbaar), doordat ze minder goed onderscheid kunnen maken tussen gepast en ongepast gedrag (Dewinter, 2013; Fernandes et al., 2016; Gougeon, 2010). Nederlandse autistische jongeren zonder bijkomende verstandelijke beperking beoordelen verschillende seksuele situaties (gepast, ongepast, licht grensoverschrijdend, zwaar grensoverschrijdend en ernstig grensoverschrijdend) uit het *Vlaggensysteem* op eenzelfde manier als niet-autistische leeftijdsgenoten (Visser, Greaves-Lord et al., 2017).

Naast de kernsymptomen van autisme, noemen Schöttle en collega's (2017) ook minder kennis over seksualiteit en minder mogelijkheid om te experimenteren met seksuele relaties als verklaringen die bij kunnen dragen aan ongepast of problematisch seksueel gedrag en 'niet normatieve' seksuele interesses (zoals hyperseksualiteit, parafilieën en seksuele grensoverschrijding). Gougeon (2010) stelt dat mensen met een stoornis in het autismespectrum vaak wel kennis hebben over seksualiteit, maar moeite hebben om dit toe te passen. Visser en collega's (2017) pleitten daarom voor verder onderzoek om te bepalen hoe de beoordeling van situaties en de daaraan gekoppelde acties in complexe levenssituaties overeind (kunnen) blijven.

Preoccupatie met seksualiteit

Dwangmatig masturberen en ongewone seksuele voorkeuren (opgewonden raken van andere prikkels, zoals voorwerpen of lichaamsdelen) komen ook onder autistische jongeren voor, maar er is geen onderzoek dat aantoont of dit meer dan wel minder voorkomt als bij niet-autistische leeftijdsgenoten (Dewinter, 2016). Als het voorkomt is het belangrijk om te beseffen dat een toename in seksuele belangstelling in de puberteit normaal is en ook autistische jongeren

seksuele ervaringen opdoen om hun eigen seksuele functioneren te leren begrijpen (Hénault, 2006). Er kan dus ook bij autistische jongeren een obsessie of preoccupatie ontstaan, net als bij leeftijdsgenoten. De verklaring voor een preoccupatie of een seksuele obsessie wordt door Hénault (2006) gevonden in de neiging van mensen met een stoornis in het autismespectrum tot repeterende en rituele activiteiten.

Kuzma en Black (2008) beschrijven dat veelvuldige masturbatie onder jongeren voor komt en pas schadelijk wordt (en excessief wordt genoemd) als een jeugdige: dagelijks, meerdere malen per dag en voor een periode langer dan zes aaneengesloten maanden veelvuldig masturbeert én dit gedrag de ontwikkeling van een jeugdige dusdanig verstoort dat deze niet meer aan het dagelijks leven kan deelnemen (*JGZ-richtlijn Seksuele Ontwikkeling 0-19 jaar*, 2014). Voorbeelden van excessieve masturbatie bij autistische jongeren zijn: excessief gebruik van pornografisch materiaal, voyeurisme, compulsieve masturbatie, excessief verlangen, zich herhalende fantasieën (Hénault, 2006). Zodra een seksuele handeling is uitgegroeid tot een obsessie kan het lastig om te buigen zijn, omdat de handeling vaak een bron van genoeg en bevrediging biedt. Als een obsessie niet bevredigd wordt, kan dit als gevolg hebben dan de jongere gefrustreerd raakt, geïsoleerd of gedeprimeerd (Hénault, 2006). Het is belangrijk om dan in te grijpen en gedrag bij te sturen om risico's te voorkomen.

Parafilieën³

Casestudies beschrijven voorbeelden van autistische jongeren en volwassenen met ongebruikelijke en soms ongepaste seksuele interesses (Dewinter et al., 2013; Kellaher, 2015). Er is slechts een beperkt aantal studies die het verband hebben onderzocht (Fernandes et al., 2016; Schöttle et al., 2017). Er kan daarom niet van een verband gesproken worden. We brengen in kaart wat er binnen het huidige onderzoek wel bekend is.

Zo concluderen Schöttle en collega's (2017) dat mensen met een stoornis in het autismespectrum meer hyperseksualiteit en meer parafilieën (fantasie en gedrag) laten zien dan mensen zonder stoornis in het autismespectrum. Parafiele seksuele fantasieën (=masochistische fantasieën, sadistische fantasieën, voyeuristische fantasieën, exhibitionistische fantasieën, frotteuristische fantasieën en pedofiele fantasieën ten aanzien van jonge meisjes) komen bij autistische volwassen mannen vaker voor dan bij mannen zonder autisme. Ook parafiel seksueel gedrag komt vaker voor onder autistische mannen, dan onder mannen zonder autisme. Pedoseksueel gedrag werd zowel door autistische als niet-autistische mannen niet gerapporteerd. Bij vrouwen werd geen verschil gevonden, behalve op masochistisch gedrag: autistische vrouwen laten minder masochistisch gedrag zien dan vrouwen zonder autisme (Schöttle et al., 2017). Fernandes en collega's (2016) vinden geen seksuele interesse voor kinderen bij autistische jongvolwassenen met bijkomende verstandelijke beperking. Bij autistische jongvolwassenen zonder bijkomende

3 Een parafilie wordt gedefinieerd als de verzamelnaam van seksueel gedrag of seksuele fantasieën die over het algemeen als afwijkend van de heersende norm worden beschouwd. In de DSM-5 wordt een onderscheid gemaakt tussen een parafilie en een parafiele stoornis (Schöttle et al., 2017). Het doel van dit onderscheid in de DSM-5 is om op deze manier onconventionele seksuele interesses en gedragingen die 'geen ongemak of beperking voor de persoon zelf veroorzaken of schade toebrengen aan anderen' te onderscheiden van interesses en gedragingen die dit wel doen. In de DSM-5 worden de volgende seksuele fantasieën en gedragingen genoemd onder parafiele stoornis: exhibitionisme, fetisj, frotteurisme, seksueel masochisme, voyeurisme, travestie en pedofilie. Terwijl in de ICD-11 fetisj, sadomasochisme en travestie niet opgenomen zijn als parafiele stoornis, omdat ze in de ICD-11 de toestemming (van de ander) centraal stellen (Schöttle et al., 2017).

verstandelijke beperking vinden zij dit wel, zij het nog steeds relatief zeldzaam. De kernsymptomen van autisme (beperkingen in de sociale communicatie en interactie, sensorische onder- of overgevoeligheid en repetitief gedrag), minder kennis over seksualiteit, minder seksuele vorming en minder experimenteer ruimte verklaren mogelijk ongepast of problematisch seksueel gedrag, zoals hyperseksualiteit, parafilieën en seksuele grensoverschrijding (Schöttle et al., 2017). Fernandes en collega's (2016) pleiten mede hierom voor seksuele vorming vanaf jonge leeftijd bij autistische kinderen en jongeren. Ze benoemen dat het belangrijk is dat er binnen seksuele vorming ook aandacht is voor seksueel ongepast gedrag en seksuele grensoverschrijding/ weerbaarheid. Het *Vlaggensysteem* (zie ook hoofdstuk 5) kan hierbij helpen.

3.3.4 Genderidentiteitsontwikkeling

De onderzoeken over de ontwikkeling van de genderidentiteit bij autistische jongeren gaan vooral over problemen in de genderidentiteitsontwikkeling en genderdysforie. In verschillende studies wordt aangegeven dat problemen met genderidentiteit voorkomen (Dewinter et al., 2013).

Genderdysforie komt relatief vaak voor onder autistische mensen, zonder bijkomende verstandelijke beperking (Duke, 2011; Van der Miesen et al., 2016; Pecora et al., 2016). Van der Miesen en collega's (2016) benoemen verschillende mogelijke verklaringen voor de relatie tussen autisme en genderdysforie. Bijvoorbeeld dat genderdysforie bij autisme wordt veroorzaakt door specifieke of obsessieve interesses of dat autistische mensen een mannelijker gedrags- en cognitiepatroon hebben. Toch houdt geen van deze verklaringen uiteindelijk stand.

Daarnaast blijkt dat meer autistische volwassenen, vooral vrouwen, zich niet volledig identificeren met de genderrol die overeenstemt met hun biologische geslacht, zonder dat er hierbij noodzakelijk sprake is van genderdysforie (Dewinter et al., 2017; Strang et al., 2014).

“Een van de grote gevaren die ik zie, is als jonge mensen gedwongen worden om te voldoen aan de verwachtingen van de maatschappij, zonder dat ze de mogelijkheden en instrumenten hebben om zichzelf te ontdekken.”
(autistische jongere – geciteerd in Hénault, 2006)

De gevoelens van genderdysforie zijn voornamelijk herkenbaar voor de jongere zelf. Ook de jongere kan deze niet (direct) begrijpen en hiervan in de war raken (Peate, 2008). Het is belangrijk om te weten dat verwarring bij onzekerheid over genderidentiteit normaal is en dat een afwijkende genderidentiteit niet abnormaal is. De acceptatie van deze gevoelens draagt bij aan een gezonde seksuele ontwikkeling, terwijl een afwijzing van deze gevoelens bij een jongere emotionele en sociale problemen teweeg kan brengen (Korte et al., 2008; Mallon & DeCrescenzo, 2006; Peate, 2008). In de *Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen* (Kan et al., 2013) wordt geadviseerd voor een 'grotere waakzaamheid' bij autistische mensen op genderdysforie.

Er worden geen specifieke gegevens in de multidisciplinaire richtlijn beschreven voor case-identificatie. Van der Miesen et al.. (2016) geven een aanzet door te benoemen dat behandeling

van genderdysforie bij autistische mensen kan en een individuele aanpak nodig is. In de literatuur wordt beschreven dat bij het vaststellen van genderdysforie goed naar het individu gekeken wordt, zodat eventueel achterliggende oorzaken uitgesloten kunnen worden (Korte et al., 2008; Van der Miesen et al., 2016).

In Nederland kan een jongere puberteitsremmers gebruiken om op deze manier extra tijd te genereren om tot een weloverwogen en goede beslissing te komen, om de psychologische gezondheid te optimaliseren en om iemand voor te bereiden op zijn of haar nieuwe genderrol. Een jongere komt in Nederland pas in aanmerking voor puberteitsremmers als er “gedurende de hele kindertijd sprake was van een extreme en volledige cross-gender identiteit”. De afkeer voor het lichaam in de puberteit is dan slechts een toename van deze gevoelens die reeds aanwezig waren in de kindertijd (Cohen-Kettenis, 2000). Er wordt gesproken van sterke verwarring als de jongere: een sterke voorkeur voor atypisch genderrolgedrag vertoont, én een sterke afkeer heeft voor de eigen gender én er duidelijke signalen zijn van onvrede met het eigen geslacht. Dit wijst dan mogelijk op genderdysforie, maar zal door een professional op dit vlak moeten worden vastgesteld. Bij sterke aanwijzingen voor genderdysforie, of als ouders/ opvoeders en jongere verder onderzoek/begeleiding wensen, is overleg met en eventueel verwijzing naar een gespecialiseerd team zinvol.

3.3.5 Seksuele oriëntatie

Recente onderzoeken tonen aan dat meer autistische mannen (10-20 procent) en meer autistische vrouwen (28 procent) ook aantrekking rapporteren ten opzichte van iemand van hetzelfde geslacht (Dewinter et al., 2017; George & Stokes, 2018). Op jongere leeftijd blijkt deze grotere variatie in seksuele aantrekking nog niet (Dewinter et al., 2015; Dewinter, 2016). Wel blijken jongeren met een stoornis in het autismespectrum een tolerantere houding ten aanzien van homoseksualiteit te hebben in vergelijking met niet-autistische leeftijdsgenoten. Het is nog onduidelijk hoe deze tolerantere houding verklaard kan worden, maar als overwegingen worden: (a) een lagere sensitiviteit ten aanzien van sociale normen en stereotype genderrolgedragingen, (b) een hogere tolerantie ten aanzien van ‘anders-zijn’, (c) sociaal wenselijke antwoorden, (d) minder herkenning van eigen seksuele oriëntatie en (e) meer homoseksuele gevoelens genoemd (Dewinter et al., 2015).

Autistische mensen zonder bijkomende verstandelijke beperking benoemen zichzelf ook vaker als homo- of biseksueel (Pecora et al., 2016). Fernandes en collega’s (2016) zien dat meer dan de helft (60 procent) van de autistische jongvolwassenen belangstelling heeft voor het andere geslacht (heteroseksueel). Ze rapporteren bij een derde van de autistische jongvolwassenen een homoseksuele interesse of interesse voor individueel seksueel gedrag (Fernandes et al., 2016). Van een groep autistische volwassenen binnen het onderzoek van George en Stokes (2018) wordt bijna 70 procent als niet-heteroseksueel benoemd, waarbij de groep ‘niet-heteroseksueel’ bestaat uit: homoseksueel, biseksueel en asexueel. De resultaten uit beide onderzoeken onderbouwen de indruk dat homo- en biseksualiteit onder autistische mensen vaker voorkomt.

Autistische jongeren hebben evenals niet-autistische jongeren baat bij betrouwbare informatie over seksuele oriëntatie, homoseksualiteit en biseksualiteit. Zo zullen lang niet alle autistische

jongeren gevoelens van homoseksualiteit of biseksualiteit (direct) van zichzelf accepteren. Ook is het belangrijk om aandacht te hebben voor eventuele psychosociale problemen als gevolg van de verwarring of negatieve reacties uit de omgeving. De meeste homo- of biseksuele jongeren zonder stoornis in het autismespectrum voelen zich namelijk niet helemaal geaccepteerd. Zo geeft bijna 68 procent van de jongens en 62 procent van de meisjes aan dat zij weleens een vervelende ervaring hebben gehad vanwege hun seksuele oriëntatie. Het gaat dan om pesten, vervelende opmerkingen, belachelijk gemaakt worden, roddelen of negeren. Jongeren tussen de 16-18 jaar maken dit vaker mee dan oudere jongeren (Keuzenkamp, 2010). Er is nog aanvullend onderzoek nodig om te kunnen bevestigen of dit ook voor autistische jongeren en volwassenen geldt. De behoefte aan gespecialiseerde seksuele vormingsprogramma's voor autistische mensen (ter ondersteuning en bewustwording) wordt hiermee erkend.

3.3.6 Seksuele risico's

Er zijn geen onderzoeksgegevens die laten zien of en hoe vaak seksuele risico's zoals onbedoelde zwangerschap en soa/hiv voorkomen onder autistische jongeren.

3.3.7 Seksueel geweld en seksueel misbruik

Seksueel geweld en seksueel misbruik komt – evenals onder jongeren zonder stoornis in het autismespectrum – onder autistische jongeren voor. De kans om slachtoffer van seksueel misbruik te worden, is bij autistische mensen hoger dan bij leeftijdsgenoten (Mandell et al., 2005). Het precieze aantal blijft onduidelijk. Volgens een rapportage van ouders heeft ongeveer 12 procent van de autistische jongeren tenminste één keer zelf seksueel misbruik meegemaakt (Sevlever, Roth & Gilles, 2013). Onder autistische vrouwen liggen deze percentages mogelijk nog hoger. Ze lopen een groter risico op vervelende seksuele ervaringen: naïeve promiscuïteit, seksueel geweld en misbruik (Pecora et al., 2016).

Ook blijkt uit onderzoek naar de samenhang van autistische kenmerken bij volwassen vrouwen met retrospectief gemeld seksueel misbruik, dat vrouwen in het hoogste kwintiel van autistische kenmerken meer kans hadden om seksueel misbruikt te zijn in hun kinderjaren (40,1 procent) dan vrouwen in het laagste kwintiel (26,7 procent). Daarnaast hadden zij meer kans om onder druk te zijn gezet in seksueel contact (25,4 procent versus 15,6 procent) (Roberts et al., 2015).

Uit onderzoek tot 2013 concluderen Dewinter en collega's (2013) dat het ontstaan van ongepast seksueel gedrag en seksueel grensoverschrijdend gedrag bij jongeren met een stoornis in het autismespectrum verschillende mogelijke oorzaken kunnen hebben. Zo kan onder andere beperkte seksuele en relationele vorming, beperkingen in sociale communicatie en interactie (bijvoorbeeld niet goed interpreteren van uitspraken van leeftijdsgenoten of porno) een rol spelen in het ontstaan van seksueel ongepast en seksueel grensoverschrijdend gedrag en de kans op victimisatie verhogen (Boudestijn et al., 2011; Dewinter et al., 2013). Ook spelen – net als bij jongeren zonder stoornis in het autismespectrum – andere factoren (zoals comorbide stoornissen en factoren in de voorgeschiedenis: meegemaakt seksueel misbruik of verwaarlozing) een rol bij seksuele grensoverschrijding. Sevlever en collega's (2013) beschrijven daarnaast dat anderen een persoon met een stoornis in het autismespectrum kunnen

overtuigen tot ongepast of seksueel grensoverschrijdend gedrag (bijvoorbeeld om zichzelf als grap in het openbaar bloot te laten zien). Dit komt niet voort uit een gebrek aan empathie, maar uit een sociaal onbegrip.

Een longitudinale studie van Baarsma en collega's (2016) laat zien dat onder jongeren die verdacht worden van of veroordeeld zijn voor een zedendelict vaker autistische kenmerken laten zien. Ook Higgs en Carter (2015) vinden onder jongeren en volwassenen die seksueel grensoverschrijdend gedrag laten zien autistische kenmerken, zoals bijvoorbeeld sociale en communicatieve problemen of beperkingen. Echter deze jongeren en volwassenen zijn niet gediagnosticeerd met een stoornis in het autismespectrum. Er is dan ook geen oorzakelijk verband tussen autisme en seksueel geweld of seksueel misbruik (Baarsma et al., 2016; Higgs & Carter, 2015; Sevlever et al., 2013). De mannen in de studie van Baarsma en collega's (2016) hadden wel minder kennis over seksualiteit, minder positieve opvattingen over pornografie en waren vaker slachtoffer van verbale seksuele intimidatie.

Ook dit pleit voor betere en passende seksuele en relationele vorming voor autistische jongeren, maar ook voor passende therapie voor autistische jongeren met een verleden van seksueel trauma of misbruik.

3.3.8 Kennis en vaardigheden

Het is onduidelijk of het kennisniveau met betrekking tot seksualiteit onder autistische jongeren minder goed is, verschillende studies laten verschillende resultaten zien (Dewinter et al., 2013). Gougeon (2010) benoemt raak dat seksualiteit bij mensen met een stoornis in het autismespectrum vaak wordt benaderd vanuit een kader van 'wat er gebrekkig verloopt' of 'wat er mist', een zogenaamd 'deficiency framework'. De seksuele ontwikkeling en seksualiteit wordt op deze manier vaak als iets problematisch gezien en ook op die manier benaderd in bijvoorbeeld seksuele vorming. Er wordt vooral ingezoomd op seksuele risico's en gevaren, in plaats van op beïnvloedbare beschermende factoren van seksuele gezondheid. Zo vertelt Ballan (2012) dat ouders zien dat anderen het gedrag van hun kind mis-interpreteren. Zo stelt een moeder in haar onderzoek "If you have a pattern on your shirt and he [her son] likes it, he is going to touch it, not because he wants to touch your breasts but because he wants to feel the shirt." Een volwassene met weinig specifieke kennis over stoornissen in het autismespectrum kan dit als ongepast seksueel gedrag labelen. De consequentie kan zijn dat deze volwassene de jongen als 'dader' gaat benaderen, in plaats van een kind of jongere die worstelt met een stoornis in het autismespectrum en begeleiding nodig heeft. Gougeon (2010) plaatst dit in perspectief en stelt dat autistische mensen vaak wel kennis over seksualiteit hebben, maar moeite hebben dit toe te passen. Door problemen met sociale vaardigheden pikken zij seksuele vaardigheden niet als vanzelfsprekend op uit hun omgeving, maar moet dit hen expliciet aangeleerd worden.

Professionals in de omgeving van autistische mensen blijken het lastig te vinden om seksualiteit bespreekbaar te maken. Zo beschrijven Holmes en collega's (2014) dat professionals het belang onderkennen, maar verschillende barrières ervaren om seksualiteit bespreekbaar te maken. Ze benoemen het ongemak bij ouders en professionals, een tekort aan training/deskundigheid en

de afwezigheid van specifieke materialen voor autistische kinderen en jongeren. Terwijl Ballan (2012) juist benoemt dat ouders graag met hun kind en met professionals zouden willen praten over de seksualiteit van hun kind. Ze weten niet hoe ze dit moeten aanpakken en willen leren hoe ze hun kind kunnen ondersteunen in hun seksuele ontwikkeling.

De Graaf en collega's (2014) benoemen de noodzaak voor expliciete informatie in relationele en seksuele vorming als bij seksuele contacten. Zo stelt zij dat autistische jongeren vaardigheden moeten aanleren om tijdens seksuele contacten duidelijke informatie van de ander te kunnen uitvragen, o.a. om zo ook de wensen en grenzen van de ander in te schatten. Fernandes en collega's (2016) benoemen dat mensen met een stoornis in het autismespectrum vaker moeite hebben met abstract denken, problemen ervaren op het gebied van communicatie en generaliserende vaardigheden lastiger vinden. Ze pleiten voor een gestructureerde aanpak en het proactief bespreekbaar maken van seksualiteit en ondersteunen van de seksuele ontwikkeling door seksuele vorming bij autistische kinderen en jongeren (Fernandes et al., 2016).

3.3.9 Samenvatting Seksuele ontwikkeling autistische jeugdigen

Seksualiteit en relaties maken ook deel uit van het leven van autistische jongeren. Ze doorlopen dezelfde lichamelijke ontwikkeling, hebben grotendeels dezelfde seksuele gevoelens en verlangens en hebben seksuele ervaringen: ze zijn dus niet allemaal asexueel zoals lange tijd verondersteld werd. Homo- en biseksualiteit komt onder autistische volwassenen vaker voor dan onder niet-autistische volwassenen, terwijl dit op jongere leeftijd nog niet gevonden wordt. Autistische jongeren hebben een positievere houding ten aanzien van homoseksualiteit dan hun niet-autistische leeftijdsgenoten. Er worden meer variaties in genderidentiteit gevonden onder autistische jongeren en volwassenen, zonder dat dit noodzakelijkerwijs op genderdysforie wijst. Maar ook genderdysforie blijkt relatief vaak voor te komen onder autistische jongeren en volwassenen. Onconventionele seksuele interesses en gedragingen (seksuele parafilieën) komen ook onder autistische jongeren voor. Ongepast seksueel gedrag komt voor en hangt mogelijk deels samen met comorbide problemen, zoals een bijkomende verstandelijke beperking. Autistische jongeren zijn vaker slachtoffer van seksueel misbruik dan niet autistische leeftijdsgenoten. Ook vertonen autistische jongeren zelf seksueel grensoverschrijdend gedrag.

De volgende factoren kunnen bij sommige autistische mensen leiden tot de ontwikkeling van ongepast of problematisch seksueel gedrag, niet normatieve seksuele interesses (hyperseksualiteit, parafilieën), preoccupatie of seksuele obsessie en seksuele grensoverschrijding

- beperkingen in de sociale communicatie en interactie;
- sensorische onder- of overgevoeligheid;
- repetitief gedrag en rituele activiteiten;
- minder kennis over seksualiteit;
- minder mogelijkheid om te experimenteren met seksuele relaties;
- minder seksuele vorming;
- minder remmingen;
- gebrek aan empathie.

De nadruk in de omgeving en opvoeding van autistische jeugdigen ligt vaak op de risico's en de seksuele ontwikkeling van autistische jeugdigen wordt vaak vanuit een *'deficiency framework'* gezien. Een toename in seksuele belangstelling in de puberteit is echter normaal en ook autistische jongeren doen seksuele ervaringen op om hun eigen seksuele functioneren te leren begrijpen.

Het is belangrijk om de seksuele ontwikkeling van deze jongeren te ondersteunen door passende seksuele en relationele vorming en niet alleen in te zoomen op risico's en gevaren. Autistische jongeren zijn voor seksuele vorming (meer dan andere jongeren) afhankelijk van ouders, zorg en school. Ze hebben duidelijke informatie nodig, niet alleen op vlak van kennis, maar ook over sociale en relationele vaardigheden, lichamelijke veranderingen in de puberteit, de wensen en grenzen van zichzelf, inschatten van de wensen en grenzen van een ander, aandacht voor seksuele oriëntatie en genderidentiteitsontwikkeling zijn belangrijk. Er is nog weinig onderzoek gedaan naar hoe autistische jongeren seksualiteit beleven. Autistische volwassenen benoemen echter een behoefte aan betere passende seksuele en relationele vorming, waarin aspecten van autisme (zoals bijvoorbeeld sensorische onder- of overgevoeligheid, belemmeringen in het vinden van een partner en onderhouden van een relatie en het belang van praten over wensen en grenzen) geïntegreerd zijn. Ook seksuele parafilieën (onconventionele seksuele interesses en gedragingen) hoeven geen probleem te vormen, zolang ze niet grensoverschrijdend zijn en inpasbaar in het dagelijkse leven. Open communicatie over seksualiteit is dus voor deze jeugdigen essentieel voor passende seksuele vorming. Ouders en zorgprofessionals moeten getraind en voorbereid worden om met autistische kinderen en jongeren over hun seksuele ontwikkeling te praten, als een positief en normaal onderdeel van hun leven. Voor jeugdprofessionals is het belangrijk om een goede balans te vinden tussen begeleiding en beperking van de seksuele ontwikkeling. Leg als jeugdprofessional de nadruk op het beïnvloeden van de beschermende factoren.

In tabel 11 wordt de beschikbare kennis over autisme samengevat. De tabel volgt inhoudelijk dezelfde thema's als hoofdstuk 2. Er wordt onderscheid gemaakt tussen de invloed van de beperking op de seksuele ontwikkeling, de beschermende factoren en de risicofactoren. Let er bij het lezen van de tabel op dat de beschermende factoren niet één op één correleren met de risicofactoren. Een complete aanpak, waarin op meerdere beschermende factoren in samenhang wordt ingezet, is het meest effectief.

Tabel 11: Overzichtstabel Seksuele ontwikkeling en invloed autisme, inclusief risico- en beschermende factoren

Invloed stoornis in autismspectrum	Beschermende factoren	Risicofactoren
Lichaam en zelfbeeld		
<i>Persoonlijke factoren</i>		
De lichamelijke ontwikkeling verloopt hetzelfde als bij leeftijdsgenoten.		
De lichamelijke veranderingen in de puberteit zijn voor sommige autistische jongeren beangstigend.		
	Een positief zelf- en lichaamsbeeld en zelfvertrouwen.	Sommige autistische jongeren zijn vatbaar voor angst en eenzaamheid.
		Ervaren angst en stress (lager seksueel welzijn)
		Zelfbeschadigend gedrag.
<i>Omgevingsfactoren</i>		
	Instellingen en/of ouders bieden passende seksuele vorming (bijvoorbeeld rondom de aankomende veranderingen in de puberteit).	
Seksuele gevoelens		
<i>Persoonlijke factoren</i>		
Jeugdigen met een stoornis in het autismspectrum hebben grotendeels dezelfde seksuele interesses, gevoelens en verlangens.		
Jeugdigen met een stoornis in het autismspectrum hebben grotendeels dezelfde behoefte aan romantische en/of seksuele relatie en/of seksueel contact.		
Jeugdigen met een stoornis in het autismspectrum vinden het vaker lastig om een relatie te behouden.		
Als het niet lukt om een (seksuele) relatie te realiseren, kan dit voor frustratie zorgen.		
Een gebrek aan sociale en communicatieve vaardigheden bij autistische jeugdigen kan van invloed zijn op het welbevinden in een (seksuele) relatie.	Communicatieve vaardigheden.	
Circa een derde van de autistische jongeren met een bijkomende verstandelijke beperking heeft geen behoefte aan een partner/geen duidelijke seksuele interesse.		
	Zelfvertrouwen.	Autistische jongeren zijn vatbaarder voor angst, ontevredenheid en onzekerheid.

Tabel 11: Overzichtstabel Seksuele ontwikkeling en invloed autisme, inclusief risico- en beschermende factoren (vervolg)

Invloed stoornis in autismspectrum	Beschermende factoren	Risicofactoren
Seksuele gevoelens		
<i>Omgevingsfactoren</i>		
	Ouders en professionals besteden aandacht aan seksuele gevoelens en relaties van autistische jongeren, vanuit gezond perspectief (verliefd, verkering, et cetera).	(Seksuele) relaties worden, door ouders en professionals van autistische jeugdigen, vaak vanuit een negatief perspectief bekeken – <i>deficiency framework</i> .
	Ouders en professionals hebben aandacht voor kenmerken van een stoornis in het autismspectrum en de manier waarop deze (persoonlijk) voor de jeugdige de beleving, ontwikkeling en ervaring mede vormen.	
	Ouders en professionals besteden specifiek aandacht aan relatievorming.	
Seksueel gedrag		
<i>Persoonlijke factoren</i>		
Jongeren met een stoornis in het autismspectrum laten voor een groot deel hetzelfde seksuele gedrag zien (masturberen, orgasme, seksuele ervaring met partner).	Ervaring met (seksuele) relaties bewerkstelligt meer (seksueel) zelfvertrouwen.	Geen ervaring met een (seksuele) relatie.
Voor sommige autistische jongeren is het aanvoelen van normen binnen een (sociale) situatie moeilijker en sommige autistische jongeren vertonen ongepast of seksueel grensoverschrijdend gedrag.	Leren uitdrukken seksuele impulsen op sociaal geaccepteerde manier (mogelijkheden kennen voor seksuele ontlading).	
Dwangmatig masturberen en onconventionele seksuele interesses en gedrag (seksuele parafilieën) komen onder autistische jongeren voor.		
<i>Omgevingsfactoren</i>		
	Seksuele vorming vanaf de kinderleeftijd, met aandacht voor seksueel ongepast gedrag, seksueel grensoverschrijdend gedrag en weerbaarheid, seksuele onderhandelingsvaardigheden, seksuele communicatieve vaardigheden en seksuele weerbaarheid (inclusief sociale en groepsdruk).	
	Een positieve/accepterende houding van ouders/professionals over masturbatie (samen zoeken naar manieren om seksualiteit en relaties in het dagelijkse leven in te passen).	

Tabel 11: Overzichtstabel Seksuele ontwikkeling en invloed autisme, inclusief risico- en beschermende factoren (vervolg)

Invloed stoornis in autismespectrum	Beschermende factoren	Risicofactoren
Genderidentiteit		
<i>Persoonlijke factoren</i>		
Genderdysforie komt relatief vaak voor onder autistische jongeren.		
<i>Omgevingsfactoren</i>		
	Een positieve houding van de omgeving ten aanzien van transgendergevoelens/afwijkende genderidentiteit. De acceptatie van deze gevoelens door omgeving en persoon zelf draagt bij aan een gezonde ontwikkeling.	Afwijzing door de omgeving van genderdysforie en transgender gevoelens.
	Alertheid op genderdysforie bij personen in directe omgeving; een individuele aanpak voor vaststelling genderdysforie bij autistische jeugdigen is nodig (door specialist).	
Seksuele oriëntatie		
<i>Persoonlijke factoren</i>		
Homo- en bisexualiteit komt vaker voor onder autistische volwassenen; we kunnen aannemen dat autistische jongeren hierin ook al zoekende zijn.		
<i>Omgevingsfactoren</i>		
	Verhoogde aandacht voor homo- en bisexualiteit in seksuele vorming en opvoeding (ouders, jeugdprofessionals).	
	Een positieve houding ten aanzien van gelijkwaardigheid en respect over seksualiteit bij ouders/ jeugdprofessionals/door de omgeving.	Afwijzing homo- en bisexualiteit door de omgeving.
Seksueel grensoverschrijdend gedrag		
<i>Persoonlijke factoren</i>		
Sommige autistische jongeren zijn slachtoffer van seksueel misbruik of seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGOG).	Voldoende kennis over seksualiteit.	<ul style="list-style-type: none"> - beperkingen in de sociale communicatie en interactie - sensorische onder- of overgevoeligheid - repetitief gedrag en rituele activiteiten - minder kennis over seksualiteit - minder mogelijkheid om te experimenteren met seksuele relaties - minder seksuele vorming - minder remmingen - minder empathiekan bij sommige autistische mensen leiden tot ongepast, problematisch seksueel gedrag, niet-normatieve seksuele interesses, preoccupatie en/of seksuele grensoverschrijding.

Tabel 11: Overzichtstabel Seksuele ontwikkeling en invloed autisme, inclusief risico- en beschermende factoren (vervolg)

Invloed stoornis in autismspectrum	Beschermende factoren	Risicofactoren
Seksueel grensoverschrijdend gedrag		
<i>Omgevingsfactoren</i>		
	Extra aandacht voor seksuele wensen en grenzen en seksuele weerbaarheid, in relatie tot autistische kenmerken als dit aan de orde is door ouders en jeugdprofessionals (omgeving).	
Overige aandachtspunten		
<i>Persoonlijke factoren</i>		
Seksuele vaardigheden worden door autistische jongeren niet vanzelfsprekend opgepikt uit de omgeving.		Moeite met abstract denken, ervaren van problemen op gebied van communicatie en moeite met generaliseren.
<i>Omgevingsfactoren</i>		
Seksualiteit wordt, door de omgeving, vaak vanuit problematisch perspectief benaderd (negatieve invloed op seksuele ontwikkeling van autistische jongeren).	Een positieve benadering.	
Professionals ervaren barrières om seksualiteit met autistische jongeren te bespreken. Er is een tekort aan training/deskundigheid bij professionals en ouders.	Een gestructureerde aanpak (seksuele vorming) en het proactief bespreekbaar maken van seksualiteit met autistische jeugdigen en hun ouders.	
De materialen voor seksuele vorming voor autistische jeugdigen zijn beperkt.	Expliciete seksuele en relationele vorming en ondersteuning van de seksuele ontwikkeling door aangepaste seksuele vorming.	

3.4 Seksuele ontwikkeling jeugdigen met een problematische gehechtheid

Hechting is een proces van interactie tussen een jeugdige en één of meerdere opvoeders dat leidt tot een duurzame affectieve relatie. Jeugdigen laten in hun gedrag zien of ze veilig gehecht zijn (ze gaan ervan uit dat de opvoeder hun signalen opmerkt en er direct en adequaat op in zal gaan) of onveilig gehecht (waarbij ze dat juist niet doen) (Nji, 2019). Er is een verschil tussen het hebben van gehechtheidsproblemen en een hechtingsstoornis. Niet elk kind dat onveilig gehecht is, heeft een hechtingsstoornis. Zie ook de *Richtlijn Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming*.

Hechtingsstoornis

In de DSM-5 valt een hechtingsstoornis in de categorie trauma en stress gerelateerde stoornissen: "Ernstige sociale verwaarlozing is een diagnostisch vereiste voor een hechtingsstoornis en is tevens bekend als de enige risicofactor. Echter het merendeel van de ernstig verwaarloosde kinderen ontwikkelt de stoornis niet. De prognose voor ontwikkeling van de stoornis hangt af van de kwaliteit van de zorgende omgeving na de ernstige verwaarlozing."

Problematische gehechtheid

Uit onderzoek komt naar voren dat bij jeugdigen in de jeugdhulp en jeugdbescherming vaker sprake is van onveilige gehechtheid dan bij andere jeugdigen (*Richtlijn Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming*). Problematische gehechtheid kan op verschillende manieren ontstaan.

Vaak spelen verschillende factoren een rol, zoals:

- het karakter van het kind,
- problematiek van de ouder(s), bijvoorbeeld: verslaving, psychiatrische problematiek, schuldenproblematiek of multi-problematiek,
- verwaarlozing, huiselijk geweld, seksueel misbruik of kindermishandeling,
- overige problematiek, bijvoorbeeld: ziekte van de jeugdige of de ouder(s), al dan niet met één of meer ziekenhuisopnames, verlies van een ouder, adoptie, wisselende verzorgers, uithuisplaatsing.

Verskillende problematische gehechtheidsrelaties

- Vermijdend-gehechte jeugdigen hebben, na veelvuldig te zijn afgewezen, geleerd geen beroep meer te doen op hun ouders als ze stress ervaren. Deze kinderen richten hun pijn, verdriet of angst eerder naar binnen, of reageren agressief bij spanning. In sociale contacten houden ze liever afstand: circa 10 procent van de jeugdigen met onveilige hechting zijn vermijdend-gehechte jeugdigen.
- Ambivalent-gehechte jeugdigen zijn vooral onzeker door het sterk wisselende, inconsistente gedrag van hun ouders. Het ene moment houden ouders de jeugdige dichtbij, een ander moment stoten ze de jeugdige af. Zij kunnen de jeugdige niet voldoende geruststellen dat 'het goed komt'. De jeugdigen zoeken voortdurend nabijheid, zijn soms erg aanhankelijk, passief of boos. Circa 20 procent van de jeugdigen met onveilige hechting zijn ambivalent-gehechte jeugdigen.
- Jeugdigen met een gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie weten niet hoe om te gaan met gehechtheidsrelaties. De gehechtheidsfiguur is zowel een bron van steun als van angst, dit is altijd gekoppeld aan trauma. Circa 15 procent van de onveilig gehechte jeugdigen heeft kenmerken van een gedesorganiseerde gehechtheid. Deze vorm van problematische gehechtheid komt meestal in combinatie met een andere stijl voor. Een gedesorganiseerde gehechtheid kan zich soms ook alleen in bepaalde situaties voordoen. Een gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie is het meest problematisch en is de grootste voorspeller van psychopathologie op latere leeftijd. Dit is de meest kwetsbare groep jeugdigen (*Richtlijn Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming*).

Mentaliseren

Mentaliseren is het reflecteren op je eigen en andermans gedrag en gevoelens. Jeugdigen die een veilige gehechtheidsrelatie hebben met hun ouders/opvoeders kunnen dat veel beter dan jeugdigen die onveilig gehecht zijn. Vooral jeugdigen met ernstige gehechtheidsproblemen blijken heel gebrekkig te mentaliseren. Deze jeugdigen zijn daardoor veel gevoeliger voor het ontwikkelen van psychopathologie later in het leven.



Veilige gehechtheid

Positieve ervaringen op latere leeftijd met belangrijke hechtingsfiguren, zoals vrienden en partners, kunnen ervoor zorgen dat onveilig gehechte jongeren een veilige gehechtheid ontwikkelen (Mikulincer & Shaver, 2010). Soms lijkt een kind het, door vele teleurstellingen, op te geven om zich te hechten, dit wordt een reactieve stoornis genoemd en komt bij ongeveer 1 procent voor. Door goede behandeling en begeleiding kunnen onveilig gehechte kinderen ook weer vertrouwen krijgen. Voor het ontstaan van een veilige gehechtheidsrelatie drie basale 'voorwaarden' benoemd:

- sensitief reageren op het kind,
- continuïteit in de aanwezigheid van de gehechtheidspersoon,
- het mentaliseren door de ouder.

Zie ook *Richtlijn Problematische Gehechtheid voor de jeugdhulp en jeugdbescherming*.

3.4.1 Invloed (on)veilige gehechtheid op seksualiteit en relaties

In Nederland is de afgelopen twaalf jaar drie keer, met tussenpozen, onderzoek gedaan onder een grote groep jongeren naar seksualiteit (seksuele gevoelens, seksueel gedrag, seksuele ervaring, seksuele oriëntatie, genderidentiteitsontwikkeling, et cetera) (De Graaf et al., 2017).

De uitkomsten van deze onderzoeken geven aanwijzingen over veilige en niet veilige gehechtheid in relatie tot seksueel gedrag en seksuele risico's. Zo komt uit *Seks onder je 25e* in 2005 naar voren dat verschillende niet-demografische factoren samen blijken te hangen met seksuele ervaring. Jongeren uit een gezin met relatief veel affectie, steun en betrokkenheid van de ouders doen het beter op seksueel gebied. Een warm gezinsklimaat betekent dat jongeren affectie, hulp en steun van de ouders ervaren en dat ouders veel af weten van het reilen en zeilen van hun kind. Jongeren die een dergelijk gezinsklimaat rapporteren hebben een hogere interactiecompetentie: ze zeggen in het contact met de laatste partner assertiever en zelfverzekerder te zijn, meer controle te hebben en beter te kunnen praten. Deze jongeren beginnen ook iets later aan geslachtsgemeenschap en/of anale seks. Wanneer ze wel ervaring hebben met geslachtsgemeenschap, beschermen zich hierbij beter tegen zwangerschap. Ook blijkt een warm gezinsklimaat een beschermende factor tegen ervaringen met seksuele dwang te zijn. Jongeren uit een warm gezin hebben zowel een kleinere kans weleens gedwongen te zijn, als weleens iemand gedwongen te hebben tot seksuele handelingen. Het lijkt aannemelijk te stellen dat het hier vooral jeugdigen zal betreffen die veilig gehecht zijn. Omdat deze jongeren niet gediagnostiseerd zijn als veilig of onveilig gehecht kunnen we dit niet met zekerheid zeggen.

Uit het laatste grootschalige onderzoek naar seksualiteit onder jongeren (De Graaf et al., 2017) komt naar voren dat emotionele verwaarlozing en psychische en fysieke mishandeling thuis voor het zestiende jaar negatief samenhangen met seksuele gezondheid in brede zin. Jongeren die dit hebben meegemaakt zijn eerder seksueel actief, kregen vaker te maken met ongeplande zwangerschap en hebben een grotere kans op een negatieve ervaring met sexting of een ervaring met seksueel geweld in het algemeen. Ook hier lijkt het aannemelijk te stellen dat het hier vooral jeugdigen zal betreffen die onveilig gehecht zijn. Omdat deze jongeren niet gediagnostiseerd zijn als onveilig gehecht kunnen we dit niet met zekerheid zeggen. Tot slot

hangt ook psychische gezondheid samen met seksuele gezondheid, hoewel hier nog sterker dan bij emotionele verwaarlozing of mishandeling thuis geldt dat niets gezegd kan worden over de richting van deze verbanden. Zo hangt een goede psychische gezondheid samen met een latere seksuele start, consequent anticonceptiegebruik, minder vaak testen op soa, minder ervaringen met seksueel geweld en minder negatieve ervaringen met sexting (de Graaf, et al., 2017).

Deze bevindingen komen overeen met wat uit de praktijk bekend is over ouders van jeugdigen die onveilig gehecht zijn. Het betreft vaak ouders van wie de intimiteitsgrenzen ernstig geschaad zijn, die zelf niet assertief zijn en geen controle hebben ten aanzien van seksualiteit en intimiteit, of hier in doorgeschoten zijn en zelf ultieme controle willen hebben. Een voorbeeld van ultieme controle hebben op seksueel gebied is prostitutie.

3.4.2 Lichaam en zelfbeeld

Voor zo ver bekend verloopt de lichamelijke ontwikkeling bij onveilig gehechte jeugdigen niet anders dan bij leeftijdsgenoten. Wel is bekend dat veilig gehechte jeugdigen vaker een positief seksueel zelfbeeld hebben, terwijl bij angstig gehechte jongeren vaker sprake is van angst voor afwijzing (De Graaf, 2013). Het is denkbaar dat de grote lichamelijke veranderingen in de puberteit van mede van invloed zijn op het lichaams- en zelfbeeld en een factor spelen bij deze angst voor afwijzing. Dit wordt echter niet in de literatuur als zodanig beschreven.

3.4.3 Relationale gevoelens

Doorgaans hebben jeugdigen die niet veilig gehecht zijn minder zelfvertrouwen, kunnen ze hun emoties minder goed reguleren en zijn ze minder sociaalvaardig dan jeugdigen met een veilige gehechtheid, afhankelijk van de ernst van de gehechtheidsproblemen.

3.4.4 Seksuele gevoelens en seksueel gedrag

Een problematische gehechtheidsrelatie gaat nogal eens samen met probleemgedrag bij de jeugdige, vooral als de gehechtheidsproblemen ernstig zijn. Beide problemen, verdienen serieuze aandacht.

In de *Richtlijn Problematische gehechtheid jeugdhulp en jeugdbescherming* wordt aanbevolen dat er in een dergelijke situatie naast diagnostiek en behandeling van de gehechtheidsproblemen, ook altijd aanvullende begeleiding gezocht moet worden voor de omgang met gedragsproblemen van de jeugdige. Voor deze aanvullende begeleiding wordt verwezen naar de Richtlijn Ernstige gedragsproblemen. Andersom geldt dat bij jeugdigen met veel probleemgedrag het altijd van belang is om te kijken naar de gehechtheidsrelatie.

Voorbeelden uit de praktijk van probleemgedrag bij problematisch gehechte kinderen zijn o.a. bij jonge kinderen:

- Een kind dat bij doktertje spelen (leeftijdsadequaat gedrag) vanwege hechting niet de gangbare grenzen hanteert en toch doorgaat als de ander dat niet wil.
- Een kind doet of zegt iets op seksueel gebied omdat de omgeving daarop reageert.
- Een kind dat dingen/gedrag uitprobeert of nadoet wat het gezien heeft op tv of internet.

In nationale en internationale onderzoeken en artikelen wordt gesproken over een samenhang tussen de manier waarop iemand gehecht is en diens seksuele gevoelens en gedrag.

Bij veilige gehechtheid:

- Jeugdigen en volwassenen die veilig gehecht zijn kunnen de ander vertrouwen, hebben vertrouwen in de relatie en geloven dat de liefde blijft voortbestaan over een langere periode. Men is comfortabel met intimiteit en autonomie, handhaaft een gevoel van zelfwaardering, en verwacht dat anderen in het algemeen acceptierend en betrokken zijn (Zapf, Greiner & Carroll, 2008).
- Veilig gehechte mensen zijn in staat om zowel aandacht te hebben voor hun eigen seksuele wensen en behoeften als zich met openheid en aandacht te richten op de verlangens van de ander. Een lange en intieme relatie aangaan met daarin een gelijkwaardige seksuele relatie is mogelijk, seks kan zowel gericht zijn op lust als op ontlading als ook emotioneel intiemer van aard zijn (Deij & Van Verseveld, 2013).
- Veilig gehechte mensen zijn gevoelig voor de wensen en grenzen van hun partner, hebben meer seksueel zelfvertrouwen en kunnen meer genieten van seks. Lust en intimiteit zijn bij deze mensen met elkaar in balans. Ze hebben een voorkeur voor seks binnen een intieme relatie. Veilig gehechte jongeren hebben een positief seksueel zelfbeeld en een positief beeld van hun partner. Hun motieven voor seks zijn vaker relatiegericht en ze ervaren meer positieve emoties tijdens seks (De Graaf, 2013).

Bij angstige en/of vermijdende gehechtheid:

- Voor angstig gehechte jeugdigen en volwassenen zijn seks en liefde bijna gelijk aan elkaar. Seks is voor hen omgeven met angsten en zorgen, wat het moeilijk maakt om van seks te kunnen genieten. Ze hebben vooral seks om zich geliefd te voelen of om de partner niet te verliezen en doen daarbij ook vaker dingen die ze eigenlijk niet willen. In het seksleven van vermijdend gehechte jeugdigen en volwassenen staan lust en intimiteit vrijwel los van elkaar. Ze proberen intimiteit te vermijden door ofwel seksuele contacten helemaal te vermijden, ofwel uitsluitend 'losse' seksuele contacten te hebben. Deze mensen hebben vaker seks vanuit machtsmotieven of om hun eigen waarde te vergroten. De ervaringen met seks en relaties van angstig ambivalente gehechte jongeren zijn gekleurd door de angst voor afwijzing. Ze worden gemakkelijk verliefd, soms al direct wanneer iemand aandacht voor hen heeft. Ook hebben ze soms al op jonge leeftijd de eerste seksuele ervaringen en overschrijden ze vaker hun eigen grenzen (praktijk experts).
- De ervaringen met seks en relaties van angstig ambivalente gehechte jongeren zijn gekleurd door de angst voor afwijzing. Ze worden gemakkelijk verliefd, soms al direct wanneer iemand aandacht voor hen heeft. Ook hebben ze soms al op jonge leeftijd de eerste seksuele ervaringen en overschrijden ze vaker hun eigen grenzen.
- Jongeren met een vermijdende gehechtheid gaan intimiteit uit de weg: ze hebben geen seks of one-night-stands, hebben moeite met het aangaan van intieme relaties, geven aan seks minder belangrijk te vinden en hebben op latere leeftijd voor het eerst seks (Tracy et al., 2003).
- Mensen met een angstige of vermijdende gehechtheid kunnen bang zijn voor intimiteit, of een extreme behoefte hebben aan intimiteit, kunnen uitermate jaloers zijn of zijn niet in staat op hun partner te vertrouwen (Zapf et al., 2008).

- Mensen met een vermijdende, niet angstige, gehechtheid vermijden intimiteit, zijn onafhankelijk, handhaven een gevoel van zelfwaardering, evalueren de ander als negatief, streven naar onafhankelijkheid en onkwetsbaarheid om zichzelf te beschermen voor teleurstelling (Zapf et al., 2008).
- Vermijdend gehechte volwassenen zijn juist niet op zoek naar (emotionele) verbinding tijdens seks. Seks is een middel van ontlasting of regulatie van stress en er kan vrij liefdeloos gevreeën worden. Korte seksuele relaties (one-night stands) of posities die contact vermijdend zijn komen relatief vaak voor (Deij & Van Verseveld, 2013).
- Mensen met een gepreoccupeerde, angstige gehechtheid: men is gepreoccupeerd met relaties, heeft een gevoel van waardeloosheid, ziet de ander als positief, en probeert de acceptatie van de belangrijke ander te verkrijgen om zo tot zelfacceptatie te komen (Deij & Van Verseveld, 2013).
- Mensen met een angstig-vermijdende gehechtheid: men is bang voor intimiteit en is sociaal vermijdend. Men heeft een aanhoudend gevoel van waardeloosheid, heeft negatieve verwachtingen van de ander (onbetrouwbaarheid, afwijzing) en vermijdt anderen om zichzelf te beschermen voor de verwachte afwijzing (Deij & Van Verseveld, 2013).

3.4.5 Seksuele ervaring

Er zijn nauwelijks studies gevonden over de relatie tussen gehechtheid en seksuele ervaring. Yarkovsky en Timmons-Fritz, 2013 vonden in hun onderzoek geen relatie tussen gehechtheid en leeftijd van eerste seksuele contact. Stroud en collega's (2015) vonden wel een relatie tussen gehechtheid en seksuele activiteit:

- naarmate jongeren een meer vermijdende gehechtheid lieten zien, ze ook minder seksuele activiteit lieten zien,
- naarmate jongeren een meer vermijdende gehechtheid lieten zien, ze minder non-exclusieve seksuele contacten hadden,
- naarmate jongeren een meer angstige gehechtheid lieten zien, ze meer non-exclusieve seksuele contacten hadden.

Ook in de praktijk zijn door experts observaties gedaan (case-studies) naar de relatie tussen hechtingsproblematiek en seksuele ervaring:

- Problematisch gehechte jeugdigen zijn vaker gericht op sensatie (sensatiezoekers): dit geeft hen mogelijk het gevoel controle te hebben. Op het gebied van intimiteit en seksualiteit kan dit tot problemen leiden (denk aan seksueel grensoverschrijdend gedrag).
- In de groep met problematisch gehechte jeugdigen zien professionals steeds meer jeugdigen die geen ervaring hebben met 'gezonde' intimiteit en seksualiteit, maar seks als ruilmiddel inzetten.
- Ook is er onder deze jeugdigen (evenals onder leeftijdsgenoten) in toenemende mate contact via social media. De professionals in de praktijk benoemen hier een verhoogd risico op seksuele risico's: sociale media is vaak 'ingewikkeld' voor jeugdigen met hechtingsproblematiek. Door hun gebrek aan mentaliserend vermogen hebben ze geen inzicht in hoe contact werkt op social media. In direct contact snappen ze eerder wat er speelt en worden ze door hun omgeving eerder gecorrigeerd. Ook vinden op social media 'verkeerde combinaties' elkaar vaker, waarbij jeugdigen met hechtingsproblemen grotere risico's lopen op het meemaken van seksuele grensoverschrijding of zich er zelf schuldig aan maken.

3.4.6 Genderidentiteit en seksuele oriëntatie

Er is geen literatuur gevonden over seksuele oriëntatie en genderidentiteitsontwikkeling in relatie tot (on)veilige hechting.

3.4.7 Seksuele risico's

Er is enig onderzoek gedaan omtrent gehechtheid en seksuele risico's. De uitkomsten van verschillende onderzoeken hierover zijn niet eenduidig. In een studie kon geen verschil aangetoond worden tussen veilige of niet veilige gehechte personen en het nemen van seksuele risico's. In een andere studie werden wel significante verschillen gevonden tussen mensen met een angstige of vermijdende gehechtheid en het nemen van gezondheidsrisico's, waaronder seksuele risico's. Ook wordt in enkele studies een verband gevonden tussen hechting en ontrouw. Er zijn geen studies gevonden waarin specifiek naar ongewenste en ongeplande zwangerschap, abortus, soa/hiv en seksuele problemen wordt gespecificeerd.

3.4.8 Seksueel geweld en seksueel misbruik

De conclusie van Tarren-Sweeney (2008) was dat hechtingsproblemen een rol lijken te kunnen spelen in het ontwikkelen van seksueel probleemgedrag bij kinderen. De experts uit de praktijk vullen dit onderzoek verder aan. Zij zien bij deze kinderen vaak een spanningsveld tussen controle en machteloosheid. Als een kind onveilig gehecht is, kan het ook prettig zijn dat iemand anders de controle heeft. Het criterium (on)gelijkwaardigheid (zie ook de methode *Vlaggensysteem*) kan dan een rol spelen binnen relaties of seksualiteit.

Een studie laat zien dat jeugdigen met een vermijdende gehechtheid vaker onvrijwillige seks hebben of meemaken. De mate van toegevendheid was hierbij de sterkste voorspellende factor (Stroud et al., 2015).

Uit de resultaten van een vragenlijstonderzoek van Dang en Gorzalka (2015) onder heteroseksuele mannelijke studenten (gemiddelde leeftijd 20,7 jaar) bleek een significante relatie tussen onveilige gehechtheid en de neiging tot seksuele dwang.

Een angstige gehechtheid was significant gecorreleerd met:

- verhoogde acceptatie van verkrachtingsmythes,
- vijandigheid ten aanzien van vrouwen,
- verhoogde interesse in verkrachting,
- slechter seksueel functioneren (seksuele activiteit/prestatie; seksuele interesse; seksuele tevredenheid; fysiologische competentie).

Een vermijdende gehechtheid was significant gecorreleerd met:

- verhoogde acceptatie van verkrachtingsmythes,
- vijandigheid ten aanzien van vrouwen,
- slechter seksueel functioneren (seksuele activiteit/prestatie; seksuele interesse; seksuele tevredenheid; fysiologische competentie).

3.4.9 Samenvatting Seksuele ontwikkeling jeugdigen met problematische gehechtheid

Jeugdigen in de jeugdhulp en jeugdbescherming zijn vaker onveilig gehecht dan leeftijdsgenoten. Een veilige hechting is een belangrijke randvoorwaarde voor intieme relatievorming op latere leeftijd. Ook een warm opvoedingsklimaat is relevant. Als er sprake is van hechtingsproblematiek en/of onveilige hechting is het van belang om te zien hoe dit gecompenseerd kan worden, zorg te dragen voor veiligheid en vertrouwen in de opvoedrelatie en/of hulpverleningsrelatie en alert te zijn op risicogedrag.

In de praktijk blijkt het vergroten van het *mentaliserend* vermogen vaak het meest werkzame element in interventies te zijn, zowel voor de ouder als de jeugdige. Ze leren zichzelf en ander snappen en leren hun eigen binnenwereld af te stemmen op die van de ander. Zo blijken kortdurende interventies gericht op het verbeteren van de sensitieve opvoedingshouding van ouders effectief te zijn om een veilige hechting te bewerkstelligen (voorbeelden hiervan zijn de *Basic Trust methode* en *NIKA*). Ouders verbeteren hun eigen gedrag ten opzichte van hun kind, en het kind reageert daar positief op: het gaat zich na verloop van tijd veilig hechten aan de ouders (zie voor meer tips de *Richtlijn Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming*).

Voor jeugdprofessionals die werken met onveilig gehechte jeugdigen is het belangrijk om ook te reflecteren op de eigen gehechtheid. Sommige professionals zullen immers zelf ook te maken hebben (gehad) met onveilige hechting. Je bent als professional ook rolmodel en voorbeeld. Onverwerkte hechtingsproblematiek kan ook van invloed zijn op wat je als professional uitstraalt naar de jeugdigen.

In tabel 12 is de paragraaf over gehechtheidsproblematiek uit de onderbouwing samengevat. De tabel volgt inhoudelijk dezelfde thema's als hoofdstuk 2. Er wordt onderscheid gemaakt tussen de invloed van gehechtheidsproblematiek op de seksuele ontwikkeling, de beschermende factoren en de risicofactoren. Let er bij het lezen van de tabel op dat de beschermende factoren niet één op één correleren met de risicofactoren. Een complete aanpak, waarin op meerdere beschermende factoren in samenhang wordt ingezet, is het meest effectief.

Tabel 12: Overzicht Seksuele ontwikkeling en invloed hechtingsproblematiek, inclusief risico- en beschermende factoren

Invloed gehechtheidsproblematiek	Beschermende factoren	Risicofactoren
Lichaam en zelfbeeld		
<i>Persoonlijke factoren</i>		
De lichamelijke ontwikkeling in de puberteit, verloopt waarschijnlijk hetzelfde.	Kennis van lichaam en geslachtsdelen.	
Angstig gehechte jeugdigen zijn vaker bang voor afwijzing, dit is mogelijk van invloed op lichaams- en zelfbeeld en verminderd zelfvertrouwen.	Een positief zelf- en lichaamsbeeld en zelfvertrouwen.	Een negatief lichaams- en zelfbeeld kan ten grondslag liggen aan seksueel geweldservaringen

Tabel 12: Overzicht Seksuele ontwikkeling en invloed hechtingsproblematiek, inclusief risico- en beschermende factoren (vervolg)

Invloed gehechtheidsproblematiek	Beschermende factoren	Risicofactoren
Seksuele gevoelens		
<i>Persoonlijke factoren</i>		
Jeugdigen met gehechtheidsproblematiek kunnen emoties minder goed reguleren, zijn minder sociaal-vaardig en soms (door angst voor afwijzing) gemakkelijk/snel verliefd.	Jeugdige kan én durft duidelijk over eigen wensen en grenzen te communiceren.	
Jeugdigen met hechtingsproblematiek kunnen gepreoccupeerd zijn met relaties vanuit een gevoel van waardeloosheid. Of ze proberen de acceptatie van de ander te krijgen om tot zelfacceptatie te komen.	Mentaliserend vermogen (leren zichzelf en de ander te begrijpen en de eigen binnenwereld af te stemmen op die van de ander).	
Seksueel gedrag		
<i>Persoonlijke factoren</i>		
Jeugdigen met gehechtheidsproblematiek hebben vaker een vroege eerste seksuele ervaring (voor het veertiende jaar).	Seksuele weerbaarheid (zicht op eigen wensen en grenzen en die van de ander, goede communicatieve vaardigheden).	Verhoogd risico op soa/hiv, onbedoelde zwangerschap, grensoverschrijding door: <ul style="list-style-type: none"> - onduidelijke communicatie, - (veel) wisselende relaties, - machtsongelijkheid, - afhankelijkheidsrelatie.
Sommige angstig gehechte jeugdigen hebben seks om zich geliefd te voelen of om hun partner niet te verliezen. Ze doen daardoor mogelijk vaker dingen die ze eigenlijk niet willen.		
Jeugdigen met gehechtheidsproblematiek gaan soms intimiteit uit de weg (sociaal vermijdend gedrag) of hebben extreme behoefte aan intimiteit (jaloers, partner niet vertrouwen).		
Sommige vermijdend gehechte jeugdigen vermijden intimiteit (of breken relatie voortijdig af) door: <ul style="list-style-type: none"> a) seksuele contacten te vermijden (om zichzelf te beschermen voor teleurstelling) of b) uitsluitend 'losse' seksuele contacten te hebben. Ze hebben mogelijk seks uit machtsmotieven of om eigenwaarde te vergroten. 		
<i>Omgevingsfactoren</i>		
	Expliciete aandacht aan seksuele risico's en veiligheid door omgeving (ouders, instelling). Inclusief check door omgeving (ouders/ jeugdprofessional) of informatie begrepen is.	
	Rustige en consequente (niet emotionele) reactie van omgeving (ouders, jeugdprofessional) op seksueel gedrag. Betrouwbaar en voorspelbaar gedrag van omgeving (jeugdprofessional, ouders).	

Tabel 12: Overzicht Seksuele ontwikkeling en invloed hechtingsproblematiek, inclusief risico- en beschermende factoren (vervolg)

Invloed gehechtheidsproblematiek	Beschermende factoren	Risicofactoren
Seksuele risico's		
<i>Persoonlijke factoren</i>		
- Eerder seksueel actief - Vaker onbedoelde zwangerschap - Grotere kans op negatieve ervaring met sexting.	Het kunnen inschatten van risico's en de gevolgen van het eigen handelen kunnen overzien.	Angstig of vermijdend gehechte jeugdigen nemen grotere seksuele gezondheidsrisico's.
	Voldoende kennis over seksualiteit en relaties.	
	Een positieve houding ten aanzien van gelijkwaardigheid en respect over seksualiteit, seksuele weerbaarheid.	
	Mediabeelden onrealistisch of niet-relevant vinden.	
<i>Omgevingsfactoren</i>		
Emotionele verwaarlozing, psychische en fysieke mishandeling thuis - voor het zestiende jaar - hangt negatief samen met seksuele gezondheid		
Seksueel grensoverschrijdend gedrag		
<i>Persoonlijke factoren</i>		
Jeugdigen met gehechtheidsproblematiek maken vaker SGOG mee dan leeftijdsgenoten.	Seksuele weerbaarheid en het kunnen inschatten van risico's.	De mate van toegevendheid als sterkste voorspellende factor.
Onveilige hechting hangt bij jongens mogelijk samen met neiging tot seksuele dwang.	Een positieve houding van jeugdige ten aanzien van gelijkwaardigheid en respect ten aanzien van seksualiteit.	Angstige gehechtheid bij jongens is significant gecorreleerd met: verhoogde acceptatie verkrachtingsmythes, vijandigheid ten aanzien van vrouwen, verhoogde interesse in verkrachting, slechter seksueel functioneren.
	Gevolgen van eigen handelen kunnen overzien.	Vermijdende gehechtheid bij jongens is significant gecorreleerd met: verhoogde acceptatie verkrachtingsmythes, vijandigheid ten aanzien van vrouwen, slechter seksueel functioneren.

3.5 Seksuele ontwikkeling van jeugdigen met ervaren seksueel grensoverschrijdend gedrag en (mogelijk) seksueel trauma

Jeugdigen kunnen slachtoffer zijn (geweest) van seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGOG), seksueel misbruik of seksueel geweld. Deze jeugdigen hebben recht op specialistische hulp en ondersteuning. Niet alle slachtoffers ontwikkelen traumaklachten. Jeugdigen in de jeugdhulp en jeugdbescherming zijn vaker slachtoffer van seksueel grensoverschrijdend gedrag (inclusief seksueel misbruik en seksueel geweld) dan leeftijdsgenoten.

Wat is seksueel trauma?

De term trauma wordt in de DSM-5 omschreven als “de psychische reactie op het blootstellen aan een directe dreiging of persoonlijke ervaring, waarbij iemand geconfronteerd wordt met ernstige verwondingen, de dood of seksueel geweld. De blootstelling kan ook te maken hebben met getuige zijn, een nabij familielid of vriend als slachtoffer hebben en herhaaldelijk blootgesteld worden aan details van de gebeurtenis”. Op basis van deze definitie, hanteren we in de richtlijn als definitie van seksueel trauma: “de psychische reactie op het blootstellen aan een directe dreiging of persoonlijke ervaring door seksueel geweld”.

Hoe vaak komt SGOG in Nederland voor?

De cijfers over seksueel grensoverschrijdend gedrag in Nederland zijn niet eenduidig. Zo geven cijfers vanuit zelfrapportage aan dat 4 procent van de jeugdigen onder de 13 jaar geslachtsgemeenschap heeft gehad. Eén op de drie van deze jeugdigen zegt zelf dat hier sprake was van overhalen of dwang. Deze ervaringen op jonge leeftijd kunnen gaan over seksuele grensoverschrijding tussen jeugdigen en het kan ook gaan over seksueel misbruik door een volwassene (Van Zenderen et al., 2015). Een kanttekening bij deze cijfers is dat kinderen die op jonge leeftijd (voor hun dertiende) seksueel misbruik of seksueel geweld ervaren hebben, dit soms zelf (nog) niet (kunnen) benoemen als misbruik of geweld.

In de *Richtlijn Kindermishandeling voor de jeugdhulp en jeugdbescherming* (Vink et al., 2016) wordt de jaarprevalentie van slachtofferschap van seksueel misbruik op basis van een informantstudie geschat op 1 op de 1000 jeugdigen. Van scholieren tussen de 12 en 17 jaar zeggen er echter 14 per 1000 (1,4 procent) in het afgelopen jaar gedwongen te zijn om te kijken naar de geslachtsdelen van een volwassene (binnen het gezin) of deze aan te raken. Volgens de Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen is de omvang van het aantal slachtoffers van seksueel geweld (zowel binnen als buiten het gezin) veel groter. Zo beschrijft de rapporteur dat één op de tien meisjes tijdens minderjarigheid ‘wel eens’ (geen jaarprevalentie, maar ooit) tegen haar wil manuele seks (vingeren, aftrekken) heeft gehad en 5 tot 10 procent heeft ervaring met ongewilde orale seks of ongewilde geslachtsgemeenschap. De cijfers van jongens die seksueel misbruik hebben meegemaakt worden in de *Richtlijn Kindermishandeling voor de jeugdhulp en jeugdbescherming* (Vink et al., 2016) niet beschreven. Van geregistreerde slachtoffers van seksueel misbruik is circa eenderde jongen (Transact, 2001).

Wat zijn gevolgen van SGOG?

Kinderen die seksueel misbruik meegemaakt hebben kunnen uiteenlopende symptomen hebben. Er bestaat niet zoiets als een duidelijk symptoom-complex. Sommige symptomen zijn meer algemeen van aard of specifiek, sommigen zijn seksualiteit gerelateerd. Sommige symptomen kunnen indirect wel invloed hebben op iemands seksueel welzijn en welbevinden (bijv. eigenwaarde). Ook heeft een substantieel deel van de kinderen geen klachten. Genoemde aantallen variëren tussen 20 procent en 50 procent. Soms komen symptomen alsnog op latere leeftijd maar het is ook mogelijk dat een kind klachtenvrij blijft (Van Berlo, & Mooren, 2009).

Hoe vaak komt SGOG en seksueel trauma in de jeugdhulp en de jeugdbescherming in Nederland voor?

In de residentiële jeugdzorg wordt vaak gezegd dat “alle of bijna alle jeugdigen in de jeugdzorg een seksueel trauma hebben” (Van Zenderen et al., 2015). Onderzoek geeft echter geen eenduidig beeld en geeft geen zicht op jeugdigen in de ambulante zorg. Zo laat onderzoek van Leenarts en collega’s (2013) zien dat tot 90 procent van de jeugdigen in de verplichte residentiële zorg als kind verschillende vormen van misbruik heeft meegemaakt. 25 procent van deze 90 procent lijdt volgens de definitie aan een posttraumatische stressstoornis (PTSS), met name meisjes (Leenarts et al., 2013). Terwijl onderzoek van Lamers-Winkelman & Tierolf (2012) aangeeft dat 50 procent van de uithuisgeplaatste kinderen in residentiële instellingen en pleeggezinnen is in hun voorgeschiedenis slachtoffer geweest van seksueel misbruik of ander seksueel grensoverschrijdend gedrag (Lamers-Winkelman & Tierolf, 2012). De auteurs doen hierbij geen uitspraken over het verschil tussen meisjes en jongens.

In de richtlijn gebruiken we de cijfers uit het Nederlandse onderzoek van de Commissie Samson (2012). Dit toonde aan dat jongeren in de residentiële jeugdzorg een tweemaal zo groot risico lopen op seksueel geweld als jongeren in de algemene populatie, waarbij meisjes een nog groter risico lopen dan jongens (Commissie Samson, 2012). Voor jeugdprofessionals is het belangrijk om er rekening mee te houden dat jeugdigen in de jeugdhulp en jeugdbescherming:

- binnen kunnen komen met ervaringen met seksuele grensoverschrijding en mogelijk een seksueel trauma
- tijdens hun verblijf of begeleiding in/door de jeugdhulp en jeugdbescherming ervaringen met seksuele grensoverschrijding en een seksueel trauma kunnen oplopen

De seksuele grensoverschrijding kan nog plaatsvinden of al gestopt zijn, bekend of niet bekend zijn bij de jeugdprofessional of er kan een vermoeden zijn. Volg bij vermoedens van seksueel geweld of seksueel misbruik de *Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling*, Werken met de Meldcode of www.meldcode.nl (zie hiervoor ook de *Richtlijn Kindermishandeling voor de jeugdhulp en jeugdbescherming* (Vink et al, 2016).

3.5.1 Lichaam en zelfbeeld

Jeugdigen die gepest zijn, die thuis emotioneel verwaarloosd of mishandeld zijn of die seksueel geweld hebben meegemaakt, hebben vaak een minder positief lichaamsbeeld (De Graaf et al., 2017). Een belangrijke voorspeller voor een gezonde seksuele ontwikkeling is een positief lichaams- en zelfbeeld. Jongeren met een positief zelfbeeld blijken beter in staat uiting te geven aan eigen wensen en grenzen. Zo blijkt een positief seksueel zelfbeeld gepaard te gaan met meer seksueel plezier en minder seksuele problemen. Ook draagt een positief seksueel zelfbeeld en positief lichaamsbeeld bij aan seksuele weerbaarheid. Een negatief seksueel zelfbeeld (ontevreden over seksleven, preoccupatie en schaamte) kan ten grondslag liggen aan seksueel geweld of hier juist aan voorafgaan.

3.5.2 Seksuele gevoelens en relationele ontwikkeling

Een kind dat seksueel wordt of is misbruikt, wordt geconfronteerd met seksueel gedrag waar het qua leeftijd en ontwikkeling nog niet aan toe is. Zowel het vermijden van seksueel gedrag als juist een overmatige seksuele activiteit kan hiervan het gevolg zijn. Door een gevoel van verraad is het vertrouwen in volwassenen en een basaal gevoel van veiligheid beschadigd. Hierdoor kan het voorkomen dat slachtoffers later in hun leven niet goed in staat zijn om een intieme

relatie aan te gaan; ze kunnen niet goed beoordelen wie er te vertrouwen is en wie niet, en wantrouwen intieme relaties of vermijden die zelfs helemaal (Van Berlo & Mooren, 2009).

3.5.3 Seksueel gedrag

In verschillende onderzoeken is beschreven wat de gevolgen van seksueel misbruik en seksueel geweld zijn op seksuele gevoelens, seksueel gedrag en de beleving van seksualiteit. Ook biedt verschillende literatuur zicht op mogelijke verklaringen hiervoor (Van Berlo & Mooren, 2009). Zo kan een misbruikte jeugdige geleerd hebben dat het liefde en aandacht krijgt in ruil voor seks, of dat het anderszins voor seks wordt beloond. Eén van de belangrijkste gevolgen van deze disfunctionele ontwikkeling is dat het kind al jong geseksualiseerd gedrag gaat vertonen. Seks is een manier om iets gedaan te krijgen, om liefde of aandacht te krijgen of om het gevoel van eigenwaarde te verhogen. In verschillende onderzoeken komt naar voren dat jeugdigen die te maken hebben gehad met seksueel misbruik in de kindertijd vaker eerder zijn met de eerste keer geslachtsgemeenschap met wederzijdse toestemming. Zo laat een tweelingonderzoek zien dat de leeftijd van de eerste keer seks met wederzijdse toestemming lager is bij tweelingen die seksueel misbruik hebben ervaren, dan bij tweelingen die geen seksueel misbruik ervaring hebben (Waldron, Heath, Turkheimer, et al., 2008). Ook Buckingham en Daniolos (2013) vinden meer vroege starters (eerste keer geslachtsgemeenschap met wederzijdse toestemming voor het veertiende levensjaar) onder jeugdigen met ervaring met seksueel misbruik.

3.5.4 Seksuele risico's

Onbedoelde en ongewenste zwangerschap en abortus

Meisjes die seksueel misbruikt zijn door familieleden, hebben vaak te kampen met psychische klachten, angsten, eenzaamheid en lage eigenwaarde. Hierdoor zoeken zij hun toevlucht bij vriendjes en belanden zij in ongelijkwaardige relaties en risicosituaties. In combinatie met een lage risico perceptie en slordig omgaan met anticonceptie, kan dit gedrag leiden tot een zwangerschap (Cense & Dalmijn, 2016). Draucker en Mazurczyk (2013) vinden aanvullend ook meer zwangerschappen op jonge leeftijd (tienerzwangerschappen), vaker ooit zwanger geweest en meer abortus. Ze relateren seksueel misbruik dan ook aan zwangerschap in de adolescentie. Dit geldt overigens niet alleen voor meisjes. Ook jongens die seksueel misbruik hebben meegemaakt hebben een hogere kans op onbeschermd seks, betrokkenheid in zwangerschap en meerdere seksuele partners (soa/hiv) (Homma, Wang, Saewyc & Kishor, 2012).

Problematisch seksueel gedrag

Seksueel gedrag is problematisch als het niet past bij het ontwikkelingsniveau voor die leeftijd en/of als er sprake is van gedrag met druk of dwang dat herhaaldelijk wordt vertoond. In een explorerende studie onder jonge kinderen komt naar voren dat problematisch seksueel gedrag samenhangt met ervaringen met seksueel misbruik (Lepage, Tourigny, Pauzé, Mcduff & Cyr, 2010). Zo vinden Buckingham en Daniolos (2013) een relatie tussen meegemaakt seksueel misbruik in de kindertijd en hyperseksualiteit. Ook Draucker en Mazurczyk (2013) brengen een flink aantal seksuele risico's (jonge leeftijd eerste keer vrijwillige geslachtsgemeenschap, meerdere seksuele partners, vaker onveilige seks, middelengebruik bij seks, ruilseks, oudere leeftijd van mannelijke partner bij eerst keer vrijwillige seks, meer casual seks en vaker seks met meerdere personen tegelijkertijd) in verband met meegemaakt seksueel misbruik.



Seksuele grensoverschrijding (inclusief seksueel geweld)

Emotionele disregulatie (een verminderd vermogen om negatieve emoties te reguleren en/of te tolereren) kan als onderliggend mechanisme worden gezien van risicovol seksueel gedrag en seksuele revictimisatie onder jongvolwassen slachtoffers van seksueel misbruik (Dvir et al., 2014). Zo werd in onderzoek van Dvir en collega's (2014) ervaren fysiek en seksueel misbruik in de kindertijd geassocieerd met zowel risicovol seksueel gedrag als een verhoogd risico om te zijn verkracht als adolescent of volwassene. Emotionele dis-regulatie lijkt hierin een mediërende factor te zijn. Het hebben meegemaakt van seksueel geweld of misbruik is sowieso een risico factor voor het opnieuw meemaken van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Het is ook een risicofactor voor het plegen van seksueel grensoverschrijdend gedrag (De Graaf, Van Dijk & Wijssen, 2010; De Haas & De Graaf, 2011; De Haas, 2012). Onderzoek suggereert dat patronen van blootstelling aan seksueel misbruik en dis-regulatie intergenerationeel zijn. Moeders die tijdens hun eigen jeugd seksueel misbruikt waren, bleken een verhoogd risico te hebben op een verstoord hechtingspatroon met hun dochters. Deze dochters vertoonden een verminderde capaciteit van hun emotie regulatie, en liepen zelf ook het risico om seksueel misbruikt te worden (Dvir et al., 2014). Jongens die seksueel geweld hebben meegemaakt hebben een hogere kans om zelf seksueel geweld te vertonen (Seto & Lalumière, 2010).

3.5.5 Seksuele eigen-effectiviteit

In een Canadese studie werd bij adolescente meiden de relatie tussen vormen van slachtofferschap (seksueel misbruik in de kindertijd en ervaringen met datinggeweld) en gevoelens van seksuele eigen-effectiviteit (het vermogen om met partners over seks en anticonceptie te praten) onderzocht (Hovsepian et al., 2010). Er bleek een verband te zijn tussen seksuele eigen-effectiviteit en zowel ervaringen met seksueel misbruik in de jeugd als seksuele dwang in datingrelaties. Meiden die te maken hebben gehad met seksueel misbruik hadden het idee dat ze minder goed met hun partners over seks en anticonceptie konden praten dan meiden die dit niet hadden meegemaakt. Een mogelijke verklaring is dat deze meiden – als gevolg van het misbruik - het gevoel dat ze geen controle hebben over seksuele ervaringen geïnternaliseerd hebben. Het verband tussen seksueel misbruik in de kindertijd en seksuele eigen-effectiviteit was echter minder sterk als rekening wordt gehouden met seksuele dwang in relaties: dit suggereert dat recentere ervaringen van seksuele victimisatie meer voorspellend zijn voor de mate van seksuele eigen-effectiviteit.

3.5.6 Ontwikkeling gedragsstoornis

Vroeg seksueel misbruik kan een predispositie zijn voor het ontstaan van een gedragsstoornis op latere leeftijd, wat op zijn beurt kan leiden tot verder seksueel slachtofferschap door omgang met leeftijdgenoten die seksueel geweld gebruiken of door betrokkenheid bij gevaarlijke situaties of seksuele overlevingsstrategieën (Maniglio, 2015). Ook onderzoek wat vanuit het perspectief van jeugdigen met een gedragsstoornis naar seksueel geweld of misbruik kijkt, vindt een verband. Jeugdigen met een gedragsstoornis (gemiddeld/ernstig) hebben een verhoogd risico om seksueel misbruik mee te maken (OR 7.65; 95 procent CI 3.56-16.41) (Govindshenoy & Spencer, 2007). De prevalentie van seksueel misbruik in de kindertijd bij jeugdigen met een gedragsstoornis is 27 procent. Jongeren met een gedragsstoornis lopen het risico om seksueel misbruikt te worden (of te zijn geweest), hoewel dergelijk risico's voor hen niet specifiek of sterker lijken te zijn dan voor personen met andere psychiatrische stoornissen (Maniglio, 2014).



Over het algemeen blijken jeugdigen met externaliserende gedragsproblemen (gedragsstoornis) een hoger risico op onbedoelde zwangerschap, soa en seksueel geweld te hebben. Zo blijken dat meisjes met externaliserende problemen in de kindertijd een verhoogd risico hebben om tienermoeder te worden. Deze problemen kunnen hun moederschap ook bemoeilijken. 5 procent van de meisjes met externaliserende problemen was op de leeftijd van bevallen 15-19 jaar oud (Lehti et al., 2012). Er is een mogelijk verband tussen symptomen van een gedragsstoornis op vijftienjarige leeftijd en latere zwangerschappen: tussen de leeftijd van 15 en 19 jaar hadden 27 vrouwen (4 procent) een kind gekregen, terwijl 40 vrouwen (5 procent) een abortus hadden ondergaan. Sommigen meldden beide ervaringen. Van de in totaal 67 zwangerschappen die waren gemeld in deze leeftijdsgroep, werden er 40 (60 procent) afgebroken. 214 Vrouwen (28 procent) tussen de 20 en 28 jaar oud hadden ten minste één kind gekregen en 91 vrouwen (12 procent) hadden een abortus ondergaan. Van de in totaal 330 zwangerschappen die waren gemeld in deze leeftijdsgroep, werden er 101 (32 procent) afgebroken. Een toenemend aantal symptomen van een gedragsstoornis gaat gepaard met een overeenkomstige toename van de kans om zwanger te worden tijdens de tienerjaren (Pedersen & Mastekaasa, 2011).

3.5.7 Samenvatting Seksuele ontwikkeling jeugdigen met ervaren SGOG

Ervaren seksueel grensoverschrijdend gedrag kan van invloed zijn op de seksuele ontwikkeling, op iemands seksueel welzijn en welbevinden. Soms komen klachten op latere leeftijd, ook heeft een substantieel deel van de kinderen geen klachten. Voor jeugdprofessionals is het belangrijk om een goede balans te vinden tussen begeleiding van de seksuele ontwikkeling en behandeling van seksueel trauma. Leg als jeugdprofessional de nadruk op het beïnvloeden van de beschermende factoren.

In tabel 13 is de paragraaf over seksueel grensoverschrijdend gedrag en seksueel trauma samengevat. Er wordt onderscheid gemaakt tussen de invloed van meegemaakt seksueel grensoverschrijdend gedrag op de seksuele ontwikkeling, de beschermende factoren en de risicofactoren. Let er bij het lezen van de tabel op dat de beschermende factoren niet één op één correleren met de risicofactoren. Een complete aanpak, waarin op meerdere beschermende factoren in samenhang wordt ingezet, is het meest effectief.

Tabel 13: Overzicht Seksuele ontwikkeling en invloed SGOG, inclusief risico- en beschermende factoren

Invloed SGOG	Beschermende factoren	Risicofactoren
Lichaam en zelfbeeld		
<i>Persoonlijke factoren</i>		
Minder positief lichaamsbeeld.	- Een positief zelf- en lichaamsbeeld - Zelfvertrouwen - Kennis over lichaam en geslachtsdelen	Een negatief seksueel zelfbeeld (ontevreden seksleven, preoccupatie en schaamte).
Seksuele gevoelens		
<i>Persoonlijke factoren</i>		
Intieme relaties wantrouwen of vermijden (niet goed in staat om een intieme relatie aan te gaan).	Eerder opgedane positieve ervaringen en prettige (seksuele/ intieme) ervaringen opdoen.	
Seksueel misbruikte meisjes belanden vaker in ongelijkwaardige relaties en risicosituaties.	Risico's kunnen inschatten en gevolgen van eigen handelen kunnen overzien.	Niet goed kunnen beoordelen wie er te vertrouwen is en wie niet.
Seksueel gedrag		
<i>Persoonlijke factoren</i>		
Zowel vermijden van seksueel gedrag als overmatige seksuele activiteit.	- Een positieve houding van jeugdige ten aanzien van gelijkwaardigheid, - respect ten aanzien van seksualiteit en seksuele weerbaarheid.	
Kind vertoont op jonge leeftijd seksualiserend gedrag.		
Vroege eerste keer geslachtsgemeenschap met wederzijdse toestemming.		Vroeg starten met seksualiteit (12-14 jaar).
Seksuele risico's		
<i>Persoonlijke factoren</i>		
Seksueel misbruikte jongens hebben hogere kans op onbeschermd seks en betrokkenheid bij zwangerschap.		
Meer seksueel probleemgedrag (vaker onveilige seks, middelengebruik bij seks, ruilseks, oudere leeftijd van mannelijke partner bij eerste keer vrijwillige seks, vaker losse seksuele contacten, vaker seks met meerdere personen tegelijk).	- Zelfrespect, zelfvertrouwen en positief zelf- en lichaamsbeeld - Weerbaarheid - Kunnen inschatten van risico's - Gevolgen van eigen handelen kunnen overzien. - Communicatieve vaardigheden - Onderhandelingsvaardigheden	Opnieuw meemaken van seksueel grensoverschrijdend gedrag.
Kan leiden tot onbedoelde (tiener-) zwangerschap, abortus, soa en/of hiv.		
Plegen van seksueel grensoverschrijdend gedrag.		
Algemene aandachtspunten bij begeleiding		
<i>Persoonlijke factoren</i>		
Meegemaakt SGOG is van invloed op de seksuele eigen-effectiviteit		Moeite hebben met bespreken van negatieve ervaring (schuld, schaamte, loyaliteit)

Tabel 13: Overzicht Seksuele ontwikkeling en invloed SGOG, inclusief risico- en beschermende factoren (vervolg)

Invloed SGOG	Beschermende factoren	Risicofactoren
Algemene aandachtspunten bij begeleiding		
<i>Persoonlijke factoren (vervolg)</i>		
Meegemaakt SGOG kan zorgen voor de ontwikkeling van een gedragsstoornis op latere leeftijd (hoger risico op onbedoelde zwangerschap, soa en SGOG).		
	Communicatieve en onderhandelings-vaardigheden (over wat je wel/ niet wilt op seksueel gebied of op het gebied van anticonceptie of condoomgebruik).	Onvermogen om met partners over seks en anticonceptie te praten
<i>Omgevingsfactoren</i>		
	Seksualiteit is bespreekbaar in de omgeving (door begeleiding, professionals, ouders).	
	Veilige 'oefenruimte' (thuis of in omgeving/ instelling, organisatie)	

3.6 Conclusie

Alle jeugdigen doorlopen een seksuele ontwikkeling. Jeugdigen die in aanraking komen met jeugdhulp of jeugdbescherming zijn echter op meerdere fronten extra kwetsbaar, waardoor de nadruk in de begeleiding en opvoeding bij hen vaker ligt op bescherming, inperking van seksualiteit en aandacht voor seksuele risico's dan bij leeftijdsgenoten. Hoewel het belangrijk is om alert te zijn op deze risico's en deze risico's met jeugdigen te bespreken, is het van cruciaal belang om jeugdigen te ondersteunen in hun seksuele ontwikkeling én in het maken van gezonde en verantwoorde keuzes.

De toename van seksuele belangstelling in bijvoorbeeld de puberteit is gezond. Ook jeugdigen uit specifieke groepen doen seksuele ervaringen op om hun eigen seksuele functioneren te leren begrijpen. Als de nadruk ligt op bescherming en beperking van de seksuele ontwikkeling, zullen deze jeugdigen minder ervaring opdoen en niet in staat zijn bepaalde competenties te ontwikkelen.

Voor de jeugdprofessional is het belangrijk om een goede balans te vinden tussen begeleiding en beperking van de seksuele ontwikkeling: besteed aandacht aan de beïnvloedbare beschermende factoren, bied experimenteeruimte (soms onder begeleiding) en wees alert op risico's. Betrek ouders hierbij en benoem het belang van een positieve insteek. Gebruik de informatie uit hoofdstuk 3 om de seksuele ontwikkeling (hoofdstuk 2) te begrijpen vanuit mogelijk onderliggende problematiek.

3.7 Aanbevelingen

- Weet globaal hoe de seksuele ontwikkeling van specifieke groepen jeugdigen (LVB, stoornis in het autismespectrum, problematische gehechtheid of ervaring met seksueel grensoverschrijdend gedrag) verloopt.
- Weet waarin deze kan verschillen van de seksuele ontwikkeling van leeftijdsgenoten.
- Ken de belangrijkste risico- en beschermende factoren die van invloed zijn op de seksuele ontwikkeling van deze specifieke groepen jeugdigen.
- Gebruik deze kennis om een gezonde seksuele ontwikkeling van jeugdigen te bevorderen en te ondersteunen vanuit een positieve insteek en eventuele bijzonderheden te signaleren.
- Normaliseer gezond seksueel gedrag dat niet beschadigend is voor de jeugdige zelf of een ander, leer sociale regels aan en begrenst waar nodig. Overleg of verwijst indien nodig en/of biedt passende hulp en ondersteuning (zie paragraaf 4.4.4, het *Vlaggensysteem* en hoofdstuk 6).
- Gebruik deze kennis in de proactieve voorlichting en adviezen aan jeugdigen en ouders.

Hoofdstuk 4

Competenties van jeugdprofessionals Handvatten voor advies en begeleiding



Dit hoofdstuk geeft antwoord op de volgende uitgangsvraag:

Hoe kun je als jeugdprofessional de seksuele ontwikkeling van jeugdigen in de jeugdhulp en jeugdbescherming ondersteunen en versterken en welke competenties heb je daarvoor nodig?

In dit hoofdstuk lees je welke competenties het meest relevant zijn voor professionals in de jeugdhulp en jeugdbescherming. Ook is een aantal specifieke handelingsadviezen geformuleerd voor advies en begeleiding van verschillende leeftijdsgroepen en specifieke groepen jeugdigen in de jeugdhulp en jeugdbescherming. Je gebruikt deze informatie om de kennis uit de hoofdstukken 2 en 3 en de interventies uit hoofdstuk 6 in de praktijk toe te passen.

4.1 Introductie

In de richtlijn wordt het begrip 'competenties' breed opgevat, als het geheel van individuele competenties (zoals kennis, vaardigheden, attituden, determinanten van gedrag, eigen normen en waarden, cultuur-sensitiviteit, diversiteit en het rekening houden met de achtergrond van jeugdigen en hun ouders en determinanten daarvan) en wat randvoorwaardelijk is vanuit de organisatie. We sluiten tevens aan bij de bestaande competentie- en beroepsprofielen jeugdprofessionals (Kleine & Beijer, 2013), het Kwaliteitskader Jeugd (2016) en bestaande richtlijnen, zoals de *Richtlijn Samen met ouders en jeugdige beslissen over passende zorg voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Bartelink, Meuwissen & Eijgenraam, 2015) waarin principes van 'shared decision-making' en de 'oplossingsgericht benadering' uitgewerkt zijn.

In verschillende documenten worden de competenties van professionals binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming beschreven. Vanuit het Kwaliteitskader Voorkomen Seksueel misbruik in de jeugdzorg is een 'themacompetentie seksuele ontwikkeling' voortgekomen. Vanuit onderzoek naar het *Vlaggensysteem* in de residentiële jeugdzorg zijn competenties voor professionals beschreven (Bernaards et al., 2017; Van Zenderen et al., 2015). In de Jeugdwet (2015) is vastgelegd waar de jeugdhulp en jeugdbescherming wettelijk aan moet voldoen.

4.2 Handelingsverlegenheid

Ondanks goede intenties vinden professionals en ouders/opvoeders seksualiteit nog steeds een lastig onderwerp. De handelingsverlegenheid van professionals wordt onder andere beïnvloed door onvoldoende kennis en vaardigheden, eigen attitude, eigen ervaringen, (levensbeschouwelijke) opvattingen en sociale normen (De Lijster-Van Kampen et al., 2017). Professionals vragen zich vaak af hoe de seksuele ontwikkeling verloopt, wanneer seksueel gedrag gezond, ongezond, afwijkend of zorgwekkend is, wanneer en hoe seksualiteit besproken kan worden, welke handelingsperspectieven er zijn en welke interventies gewenst zijn om de seksuele ontwikkeling van jeugdigen te ondersteunen (Van Zenderen et al., 2015). In principe kan elke jeugdprofessional zich de benodigde competenties eigen maken. Naarmate je meer ervaring opdoet met het onderwerp, zal de deskundigheid toenemen en kan handelingsverlegenheid overwonnen worden (Maris et al., 2014).

Bevorderen van beïnvloedbare beschermende factoren

De omgeving en achtergrond van jeugdigen in de jeugdhulp en jeugdbescherming vormen een extra complicerende factor. Zo wordt er in instellingen vaak nog een restrictief beleid gevoerd (De Lijster-Van Kampen et al., 2017). Ook zijn jeugdigen in de jeugdhulp en jeugdbescherming – in zowel de ambulante hulpverlening en pleegzorg als de residentiële hulpverlening – extra kwetsbaar voor seksuele risico's en problematisch seksueel gedrag, omdat zij relatief vaak seksueel misbruik hebben meegemaakt of omdat het gezinsklimaat de seksuele ontwikkeling niet altijd heeft ondersteund (Van Zenderen et al., 2015). Ook is er aandacht nodig voor de veiligheid in de fysieke omgeving, zowel in ambulante als residentiële zorg. Hierdoor licht de nadruk in de begeleiding en opvoeding vaker op bescherming, inperking van seksualiteit en aandacht voor seksuele risico's. Hoewel het belangrijk is om alert te zijn op de risico's, deze risico's met jeugdigen te bespreken en veiligheid te bieden, is het van cruciaal belang om hen te ondersteunen bij een gezonde seksuele ontwikkeling én het maken van gezonde en verantwoorde keuzes. Als de nadruk ligt op bescherming en beperking van de seksuele ontwikkeling, zullen deze jeugdigen minder ervaring op doen en niet in staat zijn bepaalde competenties te ontwikkelen. Voor de jeugdprofessional is het belangrijk om een goede balans te vinden tussen ondersteuning/begeleiding van de (gezonde) seksuele ontwikkeling en begrenzing van risicovol en/of grensoverschrijdend seksueel gedrag. De jeugdprofessional doet dit door aandacht te besteden aan beïnvloedbare factoren die seksuele gezondheid bevorderen, vroegtijdig problemen en risico's te signaleren en de seksuele ontwikkeling te begrijpen vanuit mogelijke onderliggende problematiek (hoofdstuk 3).

Belangrijke beïnvloedbare factoren zijn volgens Maris en collega's (2014):

- voldoende kennis over seksualiteit en relaties;
- een positief zelf- en lichaamsbeeld;
- veel zelfvertrouwen;
- goede onderhandelingsvaardigheden (bijvoorbeeld over wat je wel of niet wilt op seksueel gebied; of op het gebied van anticonceptie of condoomgebruik);
- goede communicatieve vaardigheden;
- anderen benaderen vanuit gelijkwaardigheid en respect;
- voldoende weerbaarheid tegen sociale druk/groepsdruk;
- voldoende kunnen inschatten van risico's;
- de gevolgen van het eigen handelen goed kunnen overzien;
- mediabeelden onrealistisch of niet-relevant vinden.

Je kunt deze factoren beïnvloeden door seksuele opvoeding of seksuele vorming. Zo bied je tegenwicht aan onrealistische mediabeelden door hierover met een jeugdige in gesprek te gaan en aandacht te besteden aan 'seksuele media-opvoeding'. Meer beschermende en risicofactoren en determinanten van gedrag zijn beschreven in hoofdstuk 2.

In principe kan elke jeugdprofessional zich de benodigde competenties eigen maken. Naarmate je meer ervaring opdoet met het onderwerp, zal de deskundigheid toenemen en kan handelingsverlegenheid overwonnen worden. In dit hoofdstuk zijn handelingsadviezen opgenomen om de drempels voor jeugdprofessionals te verlagen.

4.3 Competenties

De onderstaande competenties komen voort uit de professionele kaders voor de jeugdhulp en jeugdbescherming. Het zijn benodigde competenties voor jeugdprofessionals om jeugdigen te ondersteunen en begeleiden bij een gezonde seksuele ontwikkeling én het maken van gezonde en verantwoorde keuzes. Ze zijn relevant voor alle jeugdprofessionals, zowel in de residentiële als in de ambulante setting en de pleegzorg. Om deskundigheid te borgen is deskundigheidsbevordering van belang (zie ook paragraaf 4.7 'Randvoorwaarden vanuit de organisatie'). In de onderbouwing van de richtlijn vind je een toelichting op elke competentie en wordt beschreven wat er per specifieke competentie van de jeugdprofessional wordt verwacht:

- kennis van de seksuele ontwikkeling hebben;
- een professionele houding, een veilige omgeving en een vertrouwd klimaat kunnen bieden;
- seksualiteit bespreekbaar kunnen maken;
- gevoelige thema's bespreekbaar kunnen maken – zowel met ouders als jeugdigen – en kunnen omgaan met verschillende waarden en normen;
- seksuele en relationele behoeften van jeugdigen kunnen ondersteunen en begeleiden;
- seksueel (grensoverschrijdend) gedrag en seksuele risico's kunnen duiden.

4.3.1 Kennis van de seksuele ontwikkeling

Het spreekt voor zich dat een goede basiskennis over de seksuele ontwikkeling van 0-23 jaar een belangrijke randvoorwaarde is om jeugdigen en ouders/opvoeders goed te kunnen ondersteunen en begeleiden. Het is belangrijk om te weten hoe een gezonde seksuele ontwikkeling verloopt en wanneer er sprake is van afwijkend, risicovol of zorgwekkend gedrag. In de hoofdstukken 2 en 3 wordt de seksuele ontwikkeling van 0-23-jarigen beschreven, respectievelijk de seksuele ontwikkeling van specifieke groepen jeugdigen in de jeugdhulp en jeugdbescherming. De jeugdprofessional moet op de hoogte zijn van de specifieke behoeften en problemen van jeugdigen met een beperking of andere problematiek en hoe de beperking en problematiek van invloed kan zijn op de seksuele ontwikkeling. Daarbij is ook kennis over beschermende en risicofactoren, de belangrijkste risicogroepen en mogelijke gevolgen van schadelijk gedrag van belang. Evenals de kennis over de seksuele opvoedingsondersteuning en interventies en instrumenten voor begeleiding en ondersteuning.

4.3.2 Een professionele houding, veilige omgeving en vertrouwd klimaat

Als jeugdprofessional heb je competenties nodig om te kunnen handelen, reflecteren en een open en eerlijke houding te hebben ten aanzien van het onderwerp seksualiteit (Bernaards et al., 2017). Een veilige omgeving en een vertrouwd klimaat (bijv. een prettige ruimte voor het gesprek binnen de ambulante en pleegzorg en een veilige ruimte binnen de residentiële setting) is voor jeugdigen een belangrijke voorwaarde om te kunnen praten over seksualiteit. De jeugdprofessional draagt zorg voor deze omgeving, zodat grenzen en privacy van jeugdigen worden gerespecteerd. Heldere gedragsregels en afspraken kunnen daarbij behulpzaam zijn. Ook is de jeugdprofessional in een residentiële/ groepssetting in staat om bijvoorbeeld seksueel ongepast of grensoverschrijdend gedrag te corrigeren. Daarnaast is een professionele houding (open, uitnodigend, proactief) van de jeugdprofessional belangrijk. Ook moet de jeugdprofessional in staat zijn om te reflecteren op de eigen waarden en normen, om zonder

oordeel aan te kunnen sluiten bij de behoeften en vragen van jeugdigen en te voorkomen dat hij of zij eigen waarden en normen oplegt aan anderen (Maris, et al., 2014).

De genoemde competenties voor een professionele houding, veilige omgeving en vertrouwd klimaat zijn (Bernaards et al., 2017):

- de jeugdprofessional is zich bewust van de positie als rolmodel voor de jeugdige (en de groep),
- de jeugdprofessional is zich bewust van de eigen seksuele ontwikkeling (en geschiedenis) en in staat tot zelfreflectie,
- de jeugdprofessional weet wat er van hem of haar verwacht wordt van de organisatie/instelling (randvoorwaarden organisatie/instelling) en draagt deze visie uit,
- de jeugdprofessional is in staat om verantwoordelijkheid te nemen en er voor de jeugdigen te zijn als ze de professional nodig hebben: dit betekent ook dat je ondersteuning durft te vragen als je er zelf op dit onderwerp niet uitkomt,
- de jeugdprofessional is in staat om seksueel (grensoverschrijdend) of ander ongezond gedrag (inclusief seksueel misbruik) vanuit een objectief kader te bezien (gebruikt hierbij het *Vlaggensysteem*),
- de jeugdprofessional kan onderscheid maken tussen de persoon en het gedrag: je accepteert de persoon, ook als je het gedrag niet accepteert: en kunt hier ook naar handelen,
- de jeugdprofessional gaat professioneel om met jeugdigen op gebied van afstand en nabijheid, is authentiek, open, transparant, proactief en eerlijk en kan zich inleven in de jeugdige.

4.3.3 Seksualiteit bespreekbaar kunnen maken

De jeugdprofessional heeft verschillende competenties nodig om seksualiteit met jeugdigen, ouders/opvoeders en collega's te bespreken, jeugdigen en ouders/opvoeders te begeleiden en waar nodig specialistische hulp in te roepen. Dit geldt voor het gestructureerd en proactief bespreken van de gezonde seksuele ontwikkeling en voor het neutraal (niet emotioneel) bespreken van seksueel grensoverschrijdend gedrag. De jeugdprofessional is bijvoorbeeld in staat om te kunnen vragen naar de seksuele ontwikkeling of seksueel gedrag en kan het belang van een gezonde seksuele ontwikkeling benoemen. Dit veronderstelt neutraal taalgebruik van de professional.

De genoemde competenties hiervoor zijn (Bernaards et al., 2017):

- de jeugdprofessional weet en erkent dat seksualiteit onderdeel uitmaakt van de ontwikkeling van jeugdigen en dat zij hier een ontwikkelingstaak op te volbrengen hebben,
- de jeugdprofessional heeft kennis over de seksuele ontwikkeling van 0-23 jaar in verschillende leeftijdsgroepen (zie hoofdstuk 2),
- de jeugdprofessional heeft kennis over de seksuele behoeften, vragen en problemen van jeugdigen in verschillende ontwikkelingsfasen (hoofdstuk 3),
- de jeugdprofessional weet en erkent dat je niet alles over seksualiteit en de seksuele ontwikkeling hoeft te weten om met jeugdigen, ouders/opvoeders en collega's over seksualiteit te praten,
- de jeugdprofessional richt zich op gezond seksueel gedrag en kan dit bespreken vanuit een positief kader en rechtenperspectief (hoofdstuk 1),
- de jeugdprofessional kan seksualiteit bespreken met jeugdigen, ouders/opvoeders en collega's (op een neutrale/ niet-emotionele manier, het vocabulaire aanpassen aan de context

en de personen met wie je praat, jongeren stimuleren/ ondersteunen tijdens het praten over hun ervaringen),

- de jeugdprofessional kan ouders/opvoeders ondersteunen/ coachen in het praten over seksualiteit met hun kind(eren): bieden van seksuele opvoedingsondersteuning,
- de jeugdprofessional kan een weloverwogen beoordeling van de situatie maken en waarschuwingssignalen serieus nemen, maar niet overreageren,
- de jeugdprofessional heeft kennis van methoden en materialen die professionals kunnen gebruiken om seksualiteit te bespreken met jeugdigen, ouders/opvoeders en collega's (hoofdstuk 5).

4.3.4 Gevoelige thema's bespreekbaar kunnen maken en omgaan met verschillende waarden en normen

De jeugdprofessional heeft competenties nodig om verschillende normen, waarden en culturen te herkennen, ermee om te gaan en kennis te hebben over de invloed hiervan op de seksuele ontwikkeling. De jeugdprofessional is in staat om seksualiteit in brede zin bespreekbaar te maken: betrouwbare en relevante kennis aan te reiken, mythes bespreekbaar te maken en te ontkrachten, is nieuwsgierig naar jeugdigen en stimuleert hen zelf na te denken over keuzen in relaties en seksualiteit. Ook is de jeugdprofessional in staat om jeugdigen vaardigheden aan te leren zoals: communicatie over wensen en grenzen, onderhandelen en zelfreflectie. Om dit te kunnen is de jeugdprofessional zich bewust van de eigen waarden en normen en kan de jeugdprofessional zich inleven in de waarden en normen van zijn of haar cliënten. In een maatschappij, cultuur, subcultuur, gezin, of groep of bij een individu, kunnen deze telkens verschillen. Er zijn bijvoorbeeld veel verschillende opvattingen over seksueel gedrag op jonge leeftijd, over homo- en biseksualiteit, genderidentiteit, vrije partnerkeuze, uithuwelijking, abortus, anticonceptiegebruik, seks voor het huwelijk, et cetera. De jeugdprofessional is alert op mogelijke conflicten en verschillen in seksuele waarden en normen tussen de jeugdige en ouders/opvoeders. Een specifiek aandachtspunt hierbij is vermoedens van eerschending, welke mogelijk tot eer-gerelateerd geweld kan leiden. Let op: eerschending leidt niet automatisch tot eer-gerelateerd geweld. Belangrijk is dat de jeugdprofessional - wanneer hij/zij ervoor kiest seksueel gedrag met de ouders/opvoeders te bespreken - dit op een zodanige manier doet dat de veiligheid gegarandeerd is. De professional kan aan ouders/opvoeders uitleggen waarom seksualiteit bij de ontwikkeling van jeugdigen hoort en wat belangrijke elementen in de seksuele opvoeding zijn. De jeugdprofessional kan de seksuele rechten van de mens onderschrijven en heeft een positieve kijk op seksualiteit. Hierdoor is de jeugdprofessional in staat seksueel gedrag en seksuele risico's zo objectief mogelijk te toetsen, waarbij de positieve seksuele ontwikkeling van de jeugdige centraal staat.

De genoemde competenties hiervoor zijn (Bernaards et al., 2017):

- de jeugdprofessional kent de eigen waarden en normen met betrekking tot seksualiteit en relaties en is in staat hierop te reflecteren,
- de jeugdprofessional is op de hoogte van bestaande stereotype opvattingen en vooroordelen over genderrollen (zoals heersende stereotype opvattingen over mannelijkheid en vrouwelijkheid, negatieve beelden over homo- en biseksualiteit, dubbele seksuele moraal, abortus, zwangerschap, seks voor het huwelijk, maagdelijkheid) en weet deze in perspectief

te plaatsen door aandacht voor een positieve houding van jeugdigen ten aanzien van gelijkwaardigheid en respectvolle omgang (zie ook richtlijn residentiële jeugdhulp – preventie seksueel misbruik),

- de jeugdprofessional weet dat brede maatschappelijke trends van invloed zijn op de seksuele ontwikkeling van jeugdigen (anno 2018 kun je denken aan: cultuur van succes/perfectionisme, prestatiedruk, gendernormen, angst voor exposure, digitalisering, invloed technologie),
- de jeugdprofessional kan omgaan met de sociale en culturele invloeden op seksuele waarden en normen van jeugdigen en de gender-, culturele en religieuze verschillen die deze beïnvloeden (zie ook tips omgaan diversiteit) en is alert op mogelijke verschillen in waarden en normen tussen jeugdige en ouders/opvoeders.

4.3.5 Seksuele en relationele behoeften van jeugdigen ondersteunen en begeleiden

De jeugdprofessional heeft ook competenties nodig om de behoeften van jeugdigen in de jeugdhulp en jeugdbescherming met betrekking tot relaties, intimiteit en een gezonde seksuele ontwikkeling te kunnen ondersteunen en hier ook naar te kunnen handelen.

De genoemde competenties hiervoor zijn (Bernaards et al., 2017):

- de jeugdprofessional kent veel gestelde vragen en problemen van jeugdigen (gespecificeerd naar verschillende leeftijdsfasen) over seksualiteit en relaties (zie paragraaf 4.4),
- de jeugdprofessional kan jeugdigen ondersteunen door adequate seksuele vorming (zelfrespect vergroten, jeugdigen ondersteunen bij het maken van eigengezonde keuzes, hen leren: verantwoorde beslissingen te nemen, eigen wensen en grenzen te respecteren en de grenzen van anderen te respecteren, het stimuleren van sociale vaardigheden om hen te leren praten over seksualiteit en intimiteit – in relaties) en kent de kerncompetentie van jeugdigen die hiervoor nodig zijn (zie matrix in de Richtlijn seksuele vorming, van der Vlugt, 2016),
- de jeugdprofessional draagt (o.a. door voorbeeldfunctie) bij aan het herstel van het vertrouwen in anderen van jeugdigen met specifieke problematiek (hechtingsproblematiek, seksueel trauma) en is op de hoogte van en verwijst naar specifieke behandelingstrajecten om dit vertrouwen weer te laten groeien (paragraaf 4.5).

4.3.6 Seksueel (grensoverschrijdend) gedrag en seksuele risico's kunnen duiden

Ook is de professional in staat problemen en vragen op het terrein van seksualiteit tijdig te signaleren, hiertoe zo nodig eerste ondersteuning te bieden en indien nodig relevante of specifieke zorg of hulpverlening in te roepen. De jeugdprofessional zal seksueel gedrag van kinderen en jongeren moeten kunnen beoordelen en hier adequaat op moeten kunnen reageren. Hij of zij moet in staat zijn signalen van seksueel misbruik te herkennen en eerste opvang kunnen bieden. Ook moet de professional seksuele riskant gedrag – zoals onbedoelde zwangerschap of vermoeden van soa/hiv – moeten kunnen herkennen en hier adequaat op kunnen reageren. Als de professional is aangewezen op observaties en informatie van anderen zal de professional goed moeten kunnen doorvragen op de beleving, aard, omvang en ernst van het seksuele gedrag en de context waarin het gedrag plaatsvond. De jeugdprofessional zal feitelijke en relevante informatie moeten verzamelen om gedrag adequaat te kunnen duiden (zie

ook de *Richtlijn Kindermishandeling* en de *Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling*).

De genoemde competenties hiervoor zijn (Bernaards et al., 2017):

- de jeugdprofessional is in staat om aan de hand van het *Vlaggensysteem* seksueel (grensoverschrijdend) gedrag adequaat te herkennen, signaleren, beoordelen en bespreekbaar te maken,
- de jeugdprofessional weet hoe te reageren op seksueel (grensoverschrijdend) gedrag en gebruikt hierbij het *Vlaggensysteem* om een adequate pedagogische reactie te bepalen.
- de jeugdprofessional durft te reageren op seksueel (grensoverschrijdend) gedrag en reageert hierop,
- de jeugdprofessional is in staat om waarschuwingssignalen op het gebied van seksueel grensoverschrijdend gedrag (inclusief seksueel misbruik) te herkennen (uitroeptekens in normatieve lijst van het *Vlaggensysteem*) en ongezond seksueel gedrag te herkennen en hier op een professionele manier op te reageren,
- de jeugdprofessional heeft kennis over traumagedrag van seksueel misbruikte jeugdigen (zie hoofdstuk 3), kennis over specifieke risico- en beschermende factoren die seksueel gedrag en de seksuele ontwikkeling van de jeugdige kunnen beïnvloeden (hoofdstuk 2) en kennis over de seksuele ontwikkeling van specifieke groepen die risico's lopen (hoofdstuk 3),
- de jeugdprofessional is in staat om vermoedens van seksueel grensoverschrijdend gedrag adequaat en vertrouwelijk te bespreken met jeugdigen, ouders/opvoeders en collega's en hanteert hiervoor (indien nodig) de stappen van de *Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling*,
- de jeugdprofessional maakt een risicoanalyse, mede op basis van de voorgeschiedenis, zoals beschreven in de *Richtlijn Residentiële Jeugdhulp – deel: preventie seksueel misbruik* en gebruik hiervoor het Instrument *Risicotaxatie Seksueel Grensoverschrijdend* gedrag als hulpmiddel. Aanvullend kan de kans in kaart gebracht worden in hoeverre de jeugdige het risico loopt om in een onveilige situatie terecht te komen of zelf grensoverschrijdend gedrag te vertonen, met instrumenten zoals LIRIK of CARE (zie ook richtlijn residentiële jeugdhulp – preventie seksueel misbruik). Waarbij de instrumenten niet als afvinklijst, maar als praatdocument gebruikt worden,
- de jeugdprofessional is in staat om seksueel riskant gedrag en seksuele risico's (onbedoelde zwangerschap, soa/hiv) adequaat te herkennen, signaleren en bespreekbaar te maken en weet welke anticonceptiemethoden en voorbehoedsmiddelen beschikbaar zijn om een passende keuze te maken,
- de jeugdprofessional kan kinderwens, ouderschap en anticonceptie bespreekbaar maken,
- de jeugdprofessional kan jeugdigen wijzen op betrouwbare informatiebronnen (sense.info) en hulp en advies bij onbedoelde zwangerschap (Fiom – zwangerwatnu.nl – en Siriz) en kan de jeugdige wijzen op keuzemogelijkheden bij onbedoelde zwangerschap (abortus of geboorte kind), eerste hulp bieden en partner, ouders/opvoeders betrekken bij het keuzeproces,
- de jeugdprofessional kan de jeugdige wijzen op hulp en adviesmogelijkheden bij vermoeden soa/hiv (partnerwaarschuwing en soa testen bij soa sense spreekuren).

4.4 Handvatten voor advies en begeleiding in de jeugdhulp en jeugdbescherming

Ouders/opvoeders en jongeren vinden het vaak lastig om zelf over seksualiteit te beginnen of om hulp te vragen. De jeugdprofessional zal dus het initiatief moeten nemen. Professionals stellen seksualiteit eerder aan de orde als zij het gevoel hebben hierop voorbereid te zijn (bijv. door training) en 'toestemming' hebben om het onderwerp te bespreken (randvoorwaarden organisatie). Gebruik voor het bespreekbaar maken van seksualiteit in de begeleiding van jeugdigen en ouders/opvoeders het *BETTER model* (Mick & Cohen, 2003) als uitgangspunt voor gespreksvoering. Gebruik de *LOVE-regel* om ouders/opvoeders een handvat te bieden voor seksuele opvoeding.

4.4.1 Het BETTER-model in een notendop

- B** = *Bring up*: begin erover (in een gesprek, vragenlijst, op de website). Laat zien dat het een onderwerp van gesprek is: het staat op de agenda!
- E** = *Explain*: leg uit dat seksualiteit een onderdeel van het leven is en besproken kan en mag worden in de setting waar de jeugdprofessional werkt.
- T** = *Tell*: vertel dat jij als jeugdprofessional regelmatig terug zult komen op het onderwerp, zodat er op een volgend moment ook ruimte voor is als het nu niet het juiste moment is (dit is immers voor iedereen anders). Het valt dus niet van de agenda af als er nú niets over te vertellen valt.
- T** = *Time*: neem er de tijd voor als er wel iets over te vertellen valt.
- E** = *Educate*: geef informatie en psycho-educatie (seksuele vorming).
- R** = *Record*: noteer in het dossier dat het thema besproken is en wordt.

4.4.2 De LOVE-regel in een notendop

De *LOVE-regel* behelst specifieke aandachtspunten die voor de seksuele opvoeding van belang zijn. De regel sluit aan bij de autoritatieve opvoedstijl. Een interventie zoals *Triple-P* (positief opvoeden) kan ouders helpen zich deze opvoedstijl eigen te maken. De interventie *Opgroeien met Liefde* (ondersteuning voor professionals) kan jeugdprofessionals helpen bij het bieden van seksuele opvoedingsondersteuning aan ouders. De interventie is in eenvoudige taal verwoord, zodat een grote groep ouders ermee uit de voeten kan.

- L** = *Let op uw kind*. Voor een goede ondersteuning is het belangrijk dat ouders weten waar hun kind mee bezig is en hoe een gezonde seksuele ontwikkeling verloopt. De jeugdprofessional motiveert ouders het seksuele gedrag van hun kind te monitoren en geeft tips hoe ze kunnen anticiperen op een volgende fase. Hij kan hiervoor bijvoorbeeld de folders *Seksuele ontwikkeling 0-18 jaar en Seksuele opvoeding van kinderen en jongeren 0-18 jaar met een beperking* (www.rutgers.nl) gebruiken.
- O** = *Open communicatie*. Ouders spelen een belangrijke rol in de seksuele opvoeding door vragen van hun kind te beantwoorden of met hun kind te praten over relaties en seksualiteit. De jeugdprofessional moedigt ouders aan open met hun kind te praten over seksualiteit en geeft informatie over geschikte gespreksonderwerpen. Hij kan hiervoor bijvoorbeeld de folders *Seksuele ontwikkeling 0-18 jaar en Seksuele opvoeding van kinderen en jongeren 0-18 jaar met een beperking* (www.rutgers.nl) gebruiken.

- V** = *Voorbeeld geven*. Ouders zijn altijd een voorbeeld voor hun kind. Voor een positieve seksuele ontwikkeling is het goed als hun 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. De jeugdprofessional geeft ouders positieve opvoedtips, zoals het knuffelen van jonge kinderen, een luisterend oor bieden, beschikbaar zijn zonder (meteen) te oordelen, het serieus nemen van de wensen en grenzen van het kind, en het kind begrenzen en corrigeren als seksueel gedrag niet toelaatbaar is. Hij kan hiervoor bijvoorbeeld de folder *Over de grens. Seksueel opvoeden met behulp van het Vlaggensysteem* (www.sensoa.be) gebruiken of de tips voor ouders op www.weekvandelentekriebels.nl.

4.4.3 Vlaggensysteem

Om seksueel gedrag van jeugdigen adequaat te kunnen duiden en te beoordelen wordt in de richtlijn aangeraden gebruik te maken van de zes criteria, de vier beoordelingscategorieën, de normatieve lijst en de pedagogische reacties zoals beschreven in het *Vlaggensysteem* (Frans & Franck, 2014) (www.sensoa.be/vlaggensysteem of www.vlaggensysteem.nl).

Voor het inschatten en beoordelen van het gedrag wordt gebruik gemaakt van zes criteria, vier beoordelingscategorieën (zichtbaar als vier verschillend gekleurde vlaggen) en een normatieve lijst.

De zes **criteria** zijn:

- *Wederzijdse toestemming*: wil de jeugdige het zelf, wil de eventuele andere jeugdige het ook, vinden beide jeugdigen het seksuele gedrag prettig?
- *Vrijwilligheid*: kiest de jeugdige er zelf voor, durft hij/is hij in staat om nee te zeggen?
- *Gelijkwaardigheid*: zijn de jeugdige en de ander ongeveer even sterk, oud, slim, populair, of is er sprake van een machtsverschil?
- *Ontwikkelingsadequaat*: doet de jeugdige niets waar hij te jong of te oud voor is, past het seksuele gedrag bij de ontwikkelingsleeftijd van de jeugdige?
- *Contextadequaate*: is het seksuele gedrag van de jeugdige gepast, stoort of choqueert het anderen in de omgeving niet?
- *Zelfrespect*: heeft de jeugdige zicht op de gevolgen van zijn gedrag, neemt hij geen risico's die schadelijke gevolgen kunnen hebben?

Beoordelingscategorieën

Op basis van de zes criteria wordt bepaald of gedrag oké is (groene vlag), licht grensoverschrijdend (gele vlag), ernstig grensoverschrijdend (rode vlag) of zeer ernstig grensoverschrijdend (zwarte vlag). De jeugdprofessional werkt, indien nodig, multidisciplinair samen bij de toetsing aan de zes criteria. Veel seksueel gedrag van jeugdigen is gezond. Jeugdigen experimenteren immers vanaf jonge leeftijd met seksualiteit, ze proberen gedrag uit en/of ontdekken hun eigen lichaam en dat van anderen. Dit gedrag is nodig voor een gezonde seksuele ontwikkeling. Bij 'licht grensoverschrijdend' seksueel gedrag is afleiden of



het gedrag benoemen en begrenzen afdoende. Jeugdigen moeten soms immers nog leren welk seksueel gedrag wel of niet acceptabel of toelaatbaar is. Het is belangrijk om dit op een begrijpelijke manier aan de jeugdige uit te leggen. 'Ernstig grensoverschrijdend seksueel gedrag' moet beslist afgeleerd en bijgestuurd worden, bijvoorbeeld door er consequenties, een waarschuwing of een straf aan te verbinden. Bij 'zeer ernstig seksueel grensoverschrijdend gedrag' is ingrijpen noodzakelijk. Dit kan door het gedrag te verbieden, er straf of sancties aan te verbinden en/of begeleiding te geven om herhaling te voorkomen. Extra observaties zijn wenselijk. Let op: het *Vlaggensysteem* is een pedagogisch instrument gericht op de jeugdige die seksueel grensoverschrijdend gedrag vertoont. Voor meer informatie zie ook de adviezen in de onderbouwing van de richtlijn (hoofdstukken 2 en 3).

Aan de vlaggen wordt een pedagogische reactie gekoppeld. De normatieve lijst is een wetenschappelijk onderbouwde tabel waarin voorbeelden van seksuele activiteiten en gedragingen per leeftijdscategorie (0-18 jaar) staan beschreven. Deze lijst (die goed wordt bijgehouden) is gebaseerd op recente onderzoeksgegevens die het seksuele gedrag van kinderen en jongeren op verschillende leeftijden beschrijven. Je gebruikt deze lijst om te checken of de gekozen pedagogische reactie en vlag, ook zo in de literatuur wordt beschreven.

Vlaggensysteem RJ

Vanuit het project *Gezond seksueel gedrag in de residentiële Jeugdzorg* dat van 2013 tot 2017 is uitgevoerd door een consortium bestaande uit Accare Jeugd GGZ, Avans Hogeschool, Movisie, Rutgers en TNO, is het *Vlaggensysteem* doorontwikkeld voor de residentiële jeugdzorg (*Vlaggensysteem RJ*). Zo zijn er tekeningen voor de residentiële jeugdzorg ontwikkeld met situaties die zich in de residentiële jeugdzorg kunnen voordoen, en die aansluiten bij de jeugdigen. Ze zijn op deze manier herkenbaar, zowel voor professionals als jeugdigen. De gedragingen op deze tekeningen zijn beoordeeld met een vlag. De beoordeling en weging van het gedrag – aan de hand van de criteria - staat op de achterzijde van de situatiekaarten (tekeningen) beschreven. Dit is in lijn met de reguliere versie van het *Vlaggensysteem*. Ook zijn er richtlijnen voor het adequaat beoordelen en handelen in de residentiële jeugdzorg ontwikkeld, mede op basis van literatuuronderzoek (Van Zenderen et al., 2015) en de doelen van het *Vlaggensysteem* (Janssens et al., 2017).

4.4.4 Overzicht specifieke handvatten voor advies en begeleiding

Handvatten voor advies en begeleiding voor de jeugdprofessional	
1	<p><i>Preventie, advies en begeleiding</i></p> <p>De jeugdprofessional voorziet jeugdigen (en ouders) van betrouwbare en begrijpelijke informatie over relaties en seksualiteit en het maken van eigen verantwoorde keuzes. Bijvoorbeeld door middel van de website www.sense.info, educatief lesmateriaal en foldermateriaal (zie hoofdstuk 6). De jeugdprofessional informeert jeugdigen en ouders over het belang van veilige, prettige en gewenste seksualiteit. De voorbereiding op seksuele activiteit behoeft extra aandacht bij kinderen vanaf tien jaar.</p> <p><i>Bijsturen</i></p> <p>De jeugdprofessional vraagt naar seksualiteit en seksueel gedrag, en betekenis en context. De jeugdprofessional geeft dan betrouwbare informatie over een gezonde seksuele ontwikkeling, waarin contact prettig, gelijkwaardig en veilig is. En daarnaast informatie over seksuele risico's (zoals soa, zwangerschap, seksuele dwang en seks & internet) en hoe deze te voorkomen. Ook vertelt de jeugdprofessional dat je seksuele contacten kunt weigeren.</p> <p>De jeugdprofessional kan (met ouders) seksueel gedrag bijsturen, door het te benoemen, te begrenzen en uitleg te geven. Gebruik hierbij het <i>Vlaggensysteem</i>.</p>
2	<p><i>Seksueel grensoverschrijdend gedrag bijsturen/begeleiden (geel/rood)</i></p> <p>De jeugdprofessional stopt of stuurt gedrag van een jeugdige bij als er sprake is van seksuele grensoverschrijding welke volgens het <i>Vlaggensysteem</i> een gele of rode vlag krijgt en reageert zoals geformuleerd in het <i>Vlaggensysteem</i>: de jeugdprofessional vertelt jeugdigen, ouders en andere professionals dat het belangrijk is om dit gedrag bij te sturen door het gedrag te benoemen, te begrenzen en uit te leggen waarom het begrensd wordt. Dit is nodig omdat jeugdigen 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 voorvallen. Overleg met een collega (bijv. gedragswetenschapper of andere deskundige) kan hierbij helpen.</p>
3	<p><i>Begeleiding/behandeling bij excessief seksueel gedrag</i></p> <p>De jeugdprofessional geeft betrouwbare informatie over seksuele fantasieën, masturbatie, kijken naar porno en ander veelvoorkomend seksueel gedrag. Zulk gedrag hoort bij een gezonde seksuele ontwikkeling. Dit gedrag kan echter omslaan in preoccupatie, excessief seksueel gedrag of een verslaving. De jeugdprofessional analyseert (indien nodig samen met collega's uit andere disciplines) de situatie en maakt hierbij gebruik van de informatie over de seksuele ontwikkeling van jeugdigen (ook van specifieke groepen). De jeugdprofessional duidt zo mogelijk onderliggende problematiek en schakelt hier (indien nodig) een andere professional voor in. De jeugdprofessional verwijst door of gaat over naar een andere vorm van hulpverlening/behandeling op het moment dat het seksuele gedrag:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dagelijks; - meerdere malen per dag; - voor een periode langer dan zes achtereenvolgende maanden voorkomt, <p>maar vooral als dit gedrag de ontwikkeling van de jongere dusdanig verstoort dat deze niet meer aan het dagelijks leven deel kan nemen (Kuzma & Black, 2008). In zo'n geval is een diagnose en specifieke behandeling nodig.</p>

4	<p><i>Begeleiding en behandeling bij ernstige seksuele grensoverschrijding (zwart)</i></p> <p>De jeugdprofessional grijpt in als er sprake is van seksuele grensoverschrijding die volgens het <i>Vlaggensysteem</i> een zwarte vlag zou krijgen en reageert zoals geformuleerd in het <i>Vlaggensysteem</i>.</p> <p>Het gedrag (van pleger) is mogelijk een signaal voor onderliggende problematiek. In zo'n geval dienen gedragspatronen (bij pleger) geobserveerd te worden door een deskundige professional en moet de betekenis van het gedrag geïdentificeerd worden. Het is mogelijk dat aan het gedrag andere oorzaken ten grondslag liggen, bijvoorbeeld een gedragsstoornis, problematische gezinssituatie, (seksuele) kindermishandeling of verwaarlozing. De jeugdprofessional analyseert (indien nodig samen met collega's uit andere disciplines) de situatie en maakt hierbij gebruik van de informatie over de seksuele ontwikkeling van specifieke groepen (hoofdstuk 3). De jeugdprofessional duidt zo mogelijk onderliggende problematiek. De jeugdprofessional bespreekt (met jeugdige – slachtoffer en pleger -, ouders/opvoeders, collega's, gedragswetenschappers of andere deskundigen, en indien noodzakelijk met Veilig Thuis) vormen van hulpverlening en behandeling (bijv. in de GGZ), afhankelijk van de onderliggende problematiek.</p> <p>De jeugdprofessional meldt de situatie bij de verantwoordelijke teammanager en legt de situatie in geanonimiseerde vorm voor aan de aandachtsfunctionaris, deskundige op gebied van seksualiteit, gedragswetenschapper en/of Veilig Thuis. Volg hierin de stappen van de <i>Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling</i> en het protocol van de organisatie/ instelling.</p> <p>Zie voor verwijscriteria en signalen van (seksuele) kindermishandeling de <i>Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming</i> (Vink et al., 2016). De jeugdprofessional overlegt met de jeugdige (slachtoffer) over aangifte bij de zedenrecherche en - gelet op de wettelijke leeftijdsgrenzen - over het eventueel betrekken/op de hoogte stellen van ouders - zie ook hoofdstuk 5 voor wettelijke kaders. Ook wijst de jeugdprofessional de jeugdige (slachtoffer) op zijn of haar recht op hulp en zorg binnen zeven dagen na een verkrachting of aanranding bij één van de Centra voor Seksueel Geweld. Bij jonge kinderen overlegt de jeugdprofessional met de ouders en eventueel met Veilig Thuis en/of de zedenrecherche.</p>
5	<p><i>Verwijzing bij vermoedens van soa of onbedoelde zwangerschap</i></p> <p>De jeugdprofessional betreft andere hulpverlening (een anoniem Sense-spreekuur (www.sense.info), huisarts of seksuoloog), en overlegt met de jongere over een soa- en/of zwangerschapstest. De jeugdprofessional informeert over het gebruik van de morning-afterpil en andere vormen van anticonceptie, en wijst de jongere op betrouwbare informatiebronnen (www.sense.info) en mogelijkheden voor hulp en advies bij onbedoelde zwangerschap (www.zwangerwatnu.nl/FIOM of Siriz). De jeugdprofessional wijst de jongere op keuzemogelijkheden bij onbedoelde zwangerschap (abortus of geboorte kind) en biedt eerste hulp. De jeugdprofessional overlegt met de jeugdige over het betrekken van de partner en/of ouders bij het keuzeprocess, en houdt hierbij rekening met de wettelijke leeftijds-kaders (hoofdstuk 5). Eventueel laat de jeugdprofessional zich ondersteunen door een professional gespecialiseerd in het bespreekbaar maken van een kindermishandeling bij mensen met een verstandelijke beperking (zie ASVZ: https://www.asvz.nl/specialismen/kinderwens-ouderschap). Ook bespreekt de jeugdprofessional hulp- en adviesmogelijkheden bij het vermoeden van soa/hiv (partnerwaarschuwing en op soa laten testen bij de soa-Sense-sprekuren). De jeugdprofessional gebruikt bij vermoedens van een soa of zwangerschap door verkrachting of seksueel misbruik de <i>Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming</i> (Vink et al., 2016) en volgt de stappen van de <i>Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling</i>. Ook verwijst de jeugdprofessional – indien binnen zeven dagen na een verkrachting of aanranding - naar een Centrum Seksueel Geweld.</p>
	<p><i>Verwijzing bij seksuele problemen</i></p> <p>De jeugdprofessional overlegt met de jongere en 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).</p>

4.5 Specifieke handvatten voor advies en begeleiding per leeftijdsgroep⁴

4.5.1 Handvatten advies en begeleiding 0 – 6 jaar

Het is belangrijk dat ouders/opvoeders goede informatie hebben, zodat zij zich niet onnodig zorgen maken, seksueel gedrag niet onnodig problematiseren of bestraffen, de seksuele ontwikkeling van hun kind kunnen monitoren en seksueel gedrag kunnen bijsturen, begrenzen en corrigeren als dat nodig is.

De jeugdprofessional kan het onderwerp benoemen en bespreken, en bijvoorbeeld de folder *De seksuele ontwikkeling van kinderen 0-18 jaar* (Rutgers), de folder *Seksuele opvoeding van kinderen 0-6 jaar* (Rutgers) en/of de folder *Over de grens. Seksueel opvoeden met het Vlaggensysteem* (Sensoa en Movisie) meegeven aan ouders.

Veelgestelde vragen of zorgen van ouders met kinderen in deze leeftijdsfase:

- Mijn kind van twee jaar speelt voortdurend met zijn plassertje, is dat normaal?
- Mijn dochter van drie jaar wil mijn geslachtsdelen aanraken als ik in bad zit, kan ik dat toestaan?
- Mijn zoon van vijf jaar loopt voortdurend rond in vrouwenkleren, is hij homoseksueel?
- Mijn dochter van zes jaar speelt seksuele spelletjes, hoever mag ze hierin gaan?

Stappen voor de begeleiding van ouders

- Stap 1: Bespreek. Vraag de ouders of ze vragen of zorgen hebben over de seksuele ontwikkeling of seksueel gedrag van hun kind. Benoem eventuele vragen of gedrag wat je zelf ziet. Laat zien dat het een onderwerp van gesprek is, zet het op de agenda.
- Stap 2: Ouders of opvoeders maken zich zorgen of hebben vragen. Neem de vragen of zorgen van ouders serieus. Laat ouders vertellen hoe zij aankijken tegen het seksuele gedrag van hun kind. Vraag of zij zelf oplossingen of ideeën hebben.
- Stap 3: Doorvragen. Vraag door naar feiten en te observeren gedrag van het kind. Let op: 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 4: Criteria doornemen. Gebruik de informatie over de seksuele ontwikkeling (uit hoofdstuk 2 en 3 van de richtlijn en onderbouwing) en waar nodig de criteria van het *Vlaggensysteem* om te beoordelen of het gaat om een gezonde seksuele ontwikkeling/gezond seksueel gedrag of om een zorgelijke seksuele ontwikkeling of zorgelijk seksueel gedrag. Gebruik het *Vlaggensysteem* en de folder *Over de grens* (Sensoa/ Movisie) om een adequate pedagogische reactie te bepalen. Werk waar nodig multidisciplinair samen bij de beoordeling van seksueel gedrag en de bepaling van een adequate pedagogische reactie. Leg uit hoe het gedrag geïnterpreteerd kan worden. Gebruik bijvoorbeeld de *tips voor het reageren op vragen en zorgen over gezond seksueel gedrag* (zie hierna).

4 Deze paragraaf is gebaseerd op de handvatten per leeftijdsgroep zoals beschreven in de JGZ-richtlijn Seksuele Ontwikkeling 0-19 jaar.

- Stap 5: 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 de 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 jeugdprofessional kan tijdens een volgend gesprek de observaties van de ouders bespreken. Als er sprake is van gedrag waarvoor behandeling of verder onderzoek nodig is, benoem dat dan en zoek de juiste behandeling en/of gespecialiseerde professional.

Tips voor het reageren op vragen en zorgen over gezond seksueel gedrag

- *Seksueel gedrag heeft een functie.* Leg uit dat het seksuele gedrag veelvoorkomend is en een functie heeft voor het kind. Kinderen die hun eigen geslachtsdelen aanraken ontdekken bijvoorbeeld hun eigen lichaam en eigen gevoelens (wat voelt fijn en wat niet); jongens die in vrouwenkleden rondlopen experimenteren met hun genderidentiteit. Deze gedragingen horen bij een gezonde seksuele ontwikkeling en hoeven dus niet afgeleerd te worden.
- *Voorbijgaande aard.* Vertel ouders dat het (gezonde) seksuele gedrag meestal na verloop van tijd vanzelf weer over gaat. Ouders hoeven daarom geen overmatige aandacht te besteden aan het seksuele gedrag (zoals: geslachtsdelen aanraken). Kom in een volgend gesprek terug op de vraag of zorg van de ouder, zodat je kunt 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 het adequaat om er geen overmatige aandacht aan te besteden of het te benoemen zonder in te grijpen. Als ouders gezond seksueel gedrag bestraffen of afkeuren is het goed om door te vragen. Soms is er sprake van paniek, soms zijn persoonlijke normen en waarden in het spel. Vraag ouders hoe ze op het gedrag hebben gereageerd, welk gedrag de ouder ontoelaatbaar vindt en waarom. Gebruik de criteria van het *Vlaggensysteem* en de gezonde seksuele ontwikkeling uit hoofdstuk 2 en 3. Benoem in deze leeftijdsfase dat het gedrag voor het kind geen seksuele lading heeft, maar bijdraagt aan (bijvoorbeeld) het ontdekken van het eigen lichaam of de eigen gevoelens. Leg uit dat het bestraffen of afkeuren van het gezonde gedrag onbedoeld een negatief effect op de ontwikkeling van het kind kan hebben.

4.5.2 Handvatten voor advies en begeleiding 6-12 jaar

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). Ze kunnen ook vragen hebben over seksuele voorlichting (wanneer, hoe). Ouders willen vaak weten hoe je kunt reageren op vragen over puberteit, voortplanting en vruchtbaarheid. Kinderen zelf kunnen vragen hebben over dezelfde onderwerpen, vroegrijp of seksueel actief zijn of negatieve ervaringen met seksualiteit hebben (grensoverschrijding, misbruik of intimidatie). Ook als jeugdprofessional kun je seksueel gedrag observeren en dit bespreekbaar willen maken.

Ook in deze leeftijdsfase benoem en bespreek je het onderwerp. Geef ouders daarnaast bijvoorbeeld de folder *De seksuele ontwikkeling van kinderen 0-18 jaar* (ook een versie voor ouders



van een kind met een beperking), de folder *De seksuele opvoeding van kinderen 6-9 jaar*, de folder *Puber in huis! De seksuele opvoeding van kinderen 9-15 jaar* (allemaal van Rutgers) of de folder *Over de grens. Seksueel opvoeden met het Vlaggensysteem* (Sensoa/ Movisie). Voor kinderen zelf bestaan er veel verschillende (voor)leesboeken (van bijvoorbeeld de auteur Sanderijn van der Doef en de auteur Channah Zwiep), folders (pubergids) en websites (www.kindertelefoon.nl en www.pubergids.nl). In hoofdstuk 6 zijn *evidence-based* interventies beschreven.

Veelgestelde vragen/zorgen van ouders met kinderen in deze leeftijdsfase:

- Mijn zoon van tien masturbeert dagelijks, hoe ver mag hij hierin gaan?
- 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?
- Mijn dochter kleedt zich opeens seksueel uitdagend, moet ik mij zorgen maken?
- Op welke leeftijd kan ik beginnen met seksuele voorlichting? Wat is geschikt voorlichtingsmateriaal en waar vind ik dat?

Stappen in de begeleiding van ouders

De stappen in de begeleiding van ouders zijn hetzelfde als de stappen in de begeleiding van ouders van nul- tot zesjarigen. Benoem in deze fase welke thema's relevant kunnen zijn als je een gesprek over seksualiteit begint. Denk bij tien- tot twaalfjarigen bijvoorbeeld aan verliefdheid, seksuele gevoelens, voortplanting, vruchtbaarheid, zwangerschap, puberteit, seksuele oriëntatie, genderidentiteit, seksuele weerbaarheid, grensoverschrijding, wensen en grenzen. In bepaalde situaties hebben kinderen extra begeleiding of ondersteuning nodig, in alle situaties dient rekening gehouden te worden met het recht van het kind op privacy (zie ook Wettelijke kaders in hoofdstuk 5). 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. Je kunt als jeugdprofessional ouders hierbij ondersteunen.

Casuïstiek

In deze sub paragraaf volgen een aantal voorbeelden van casuïstiek waar een jeugdprofessional mee te maken kan krijgen. De voorbeelden zijn toegevoegd ter illustratie, op verzoek van leden van de ontwikkelwerkgroep. Ook uit de proefimplementatie kwam de vraag naar concrete voorbeelden omhoog.

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. Ouders kunnen kinderen uitleggen dat masturbatie privé is en niet in elke situatie of omgeving wenselijk of acceptabel. Ouders kunnen het gedrag bijsturen, door hun kind af te leiden, het gedrag te benoemen, te begrenzen en uit te leggen waarom ze begrenzen (Frans

& Franck, 2017). Bijvoorbeeld: 'Zullen we even knutselen?' 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.' Jonge kinderen en kinderen met een licht verstandelijke beperking zullen vaak niet direct na één keer bijsturen het gewenste gedrag vertonen. Veelvuldige masturbatie komt minder vaak voor, maar hoeft niet direct zorgwekkend te zijn. 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 – zal specifieke hulp nodig zijn. Aan het gedrag kan een dieperliggend probleem ten grondslag liggen. De jeugdprofessional gebruikt de informatie uit hoofdstuk 2 en 3 en overlegt met een collega (bijv. gedragswetenschapper) om te bepalen of verwijzing noodzakelijk is.

Casus 2: Seksueel opwindende beelden.

Vooraf jongens zijn vanaf een jaar of tien 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 om te maken. Wel kunnen ze uitleggen dat deze beelden niet altijd realistisch zijn (gebruik van photoshop, werken met acteurs – met extra grote piemels en extra grote borsten –, scenes worden meerdere malen opgenomen en de beste scene wordt uitgekozen, niet vergelijkbaar met seks in de realiteit, bedoeld voor seksuele opwindende, etc.). Ouders kunnen waarden en normen meegeven door bijvoorbeeld in gesprek te gaan over seksueel getinte beelden en pornografie en te vragen naar de mening van het kind.

Casus 3: Genderdiversiteit.

De ontwikkeling van de genderidentiteit is een doorlopend proces vanaf de geboorte. De genderidentiteit van een jeugdige kan zich uiten (genderexpressie) in zichtbaar jongens- of meisjesachtig gedrag (door haardracht, kleding, voorkeur voor spellen/ speelgoed). Wat als een 'normale' genderspecifieke ontwikkeling wordt gezien, verschilt per cultuur. Experimenteren met genderidentiteit en genderexpressie hoort bij een gezonde genderidentiteitsontwikkeling. Ouders hebben er soms moeite mee als hun kind zich niet volgens de heersende gendernormen gedraagt, wat emotionele en/of sociale problemen als gevolg kan hebben. Voor een groot deel van de kinderen die experimenteren met genderidentiteit en -expressie, verdwijnen deze gevoelens voor het begin van de puberteit. Tussen het tiende en het dertiende levensjaar wordt vaak duidelijker of transgendergevoelens blijvend zijn of niet (De Graaf, 2013). Bij blijvende transgendergevoelens kunnen jeugdigen, ouders en jeugdprofessionals met vragen en zorgen terecht op spreekuren bij een gespecialiseerde organisatie (te vinden via <https://www.transvisie.nl/transitie/jongeren/behandelaars/>). Het genderteam van een centrum kan ouders en jeugdprofessionals ondersteunen en opvoedingsondersteuning bieden, zodat ouders leren hoe ze hun kind ruimte kunnen geven om zich te ontwikkelen. Stel ouders en jeugdigen in ieder geval gerust en leg uit dat genderdiversiteit onderdeel uitmaakt van een gezonde seksuele ontwikkeling. Vertel dat het belangrijk is dat jeugdigen ruimte krijgen om zichzelf te zijn, om emotionele en sociale problemen te voorkomen. Neem zorgen serieus. In de gratis toegankelijke online e-learning 'Jong en transgender' zijn handige tips, tools en video's te vinden ter ondersteuning.

Casus 4: Seksueel spel of grensoverschrijding?

De ouders van een zevenjarig meisje vertellen je dat hun dochter door een buurtkind is misbruikt. Het buurtkind (ook zeven jaar) heeft de vagina van hun dochtertje gelikt. Volg in deze situatie de stappen voor begeleiding van ouders. Gebruik de informatie uit de hoofdstukken 2 en 3 en het *Vlaggensysteem* om te beoordelen of het gaat om seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Analyse van de situatie: oraal seksueel gedrag 6-12 jaar

(zie ook hoofdstuk 2 en het *Vlaggensysteem*)

Vrijwillige seksuele ervaringen, vrijwillig seksueel gedrag of contact met anderen komen ook voor het twaalfde jaar voor: tussen leeftijdsgenoten 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 zes tot twaalf jaar. Seksueel gedrag dat niet veel voorkomt hoeft niet per se zorgelijk te zijn, het kan wel een signaal zijn. In het *Vlaggensysteem* krijgt deze situatie een uitroepteken: let op, wat ligt er ten grondslag aan dit gedrag? Kopieert het kind gedrag dat het op televisie heeft gezien, of bij een vriendje, of zijn er andere oorzaken aan te wijzen? Leg ouders uit dat seksueel spel bijgestuurd, begrensd of afgeleerd dient te worden als er sprake is van dwang of onvrijwilligheid, het spel niet met wederzijdse toestemming plaatsvindt, het spel een ander of het kind zelf pijn doet, het spel niet in een adequate context plaatsvindt, of als er sprake is van machtsmisbruik of ongelijkwaardigheid. Vertel ouders dat het kan helpen om het gedrag van hun kind tijdelijk te monitoren en zo de criteria in beeld te krijgen. Bijvoorbeeld door bij te houden wanneer hun kind het seksuele gedrag vertoont, in welke situatie en hoe vaak. Zie ook de *Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming* voor aanvullende informatie bij vermoedens van seksueel misbruik. Volg bij vermoedens van seksueel misbruik de *Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling*. Indien er sprake is van misbruik is het van belang dat passende (gespecialiseerde) hulp en ondersteuning aan plegger en slachtoffer wordt geboden.

Begeleiding situatie

Als er in deze situatie sprake is van wederzijdse toestemming, vrijwilligheid en gelijkwaardigheid, stel dan de ouders gerust. Leg uit dat seksueel contact tussen kinderen onderling op deze leeftijd vaker voorkomt en veelal buiten het gezichtsveld van volwassenen. Leg uit dat het wel belangrijk is om een goed beeld van de situatie te krijgen en vraag door naar feitelijk en observeerbaar gedrag. Vraag naar de visie van de ouders op het seksuele gedrag en neem zorgen serieus. Leg uit dat je het kind en de ouders kunt ondersteunen bij het begrenzen en afleren van ongewenst seksueel gedrag. Reageer volgens de pedagogische aanbevelingen die staan beschreven bij het *Vlaggensysteem*. Vraag de ouders hoe ze ondersteund willen worden: waar willen ze hulp bij? Geef zelf tips of bespreek mogelijke interventies (hoofdstuk 5), betrek andere hulpverlening op het moment dat er sprake is van onderliggende problematiek of vermoedens van seksueel misbruik of geweld.

4.5.3 Handvatten voor advies en begeleiding bij jongeren van 12 tot 23 jaar

Op deze leeftijd kunnen jongeren zelf vragen of zorgen hebben of ouders/opvoeders vragen of zorgen. De centrale thema's voor 12 tot 23-jarigen zijn: relaties en verliefdheid, zelfbeeld, lichaamsbeeld, seksuele oriëntatie, genderidentiteitsontwikkeling, seksuele gevoelens/opwinding, online/offline seksueel gedrag (masturbatie, zoenen, voelen onder de kleren, elkaar bevredigen, geslachtsgemeenschap, orale/anale seks, porno, sexting, grooming, dating), kindervens, anticonceptie/voorbehoedsmiddelen, soa, (ongeplande) zwangerschap, wensen en grenzen/weerbaarheid en seksuele grensoverschrijding, omgang met media, positieve en negatieve ervaringen. Jongeren kunnen zelf behoefte hebben aan betrouwbare informatie (sense.info/ sense spreekuren of sens infolijn).

Veelgestelde vragen van jongeren in de puberteit:

- 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?

Veelgestelde vragen van jongeren vanaf 15 jaar:

- Hoe weet ik of ik een soa heb?
- Wat moet ik doen als ik onveilige seks heb gehad of zwanger ben?
- Wat moet ik doen als een ander een naaktfoto van mij heeft doorgestuurd?
- Ik ben verliefd op een jongen met een ander geloof, hoe vertel ik dit aan mijn ouders? Zij keuren dit nooit goed.
- Welke anticonceptie is de beste voor mij?
- Wat doe ik als mijn vriend(in) vreemdgaat?
- Mijn vriend(in) wil geen seks met mij terwijl ik daar wel behoefte aan heb. Hoe ga ik hiermee om?
- Ik kijk veel porno en trek me af, is dat schadelijk?

Stappen voor begeleiding van ouders

De stappen in de begeleiding van ouders zijn hetzelfde als de stappen in de begeleiding van ouders van nul- tot zesjarigen en van zes- tot twaalfjarigen. Benoem in deze fase welke thema's relevant kunnen zijn als je een gesprek over seksualiteit begint.



Relevante thema's

De jeugdprofessional kan ouders en jongeren bijvoorbeeld ondersteunen op onderstaande thema's.

- *Seksuele carrière.* Voor de meeste jongeren verloopt de seksuele ontwikkeling stapsgewijs (zoenen, tongzoenen, strelen, naakt vrijen, geslachtsgemeenschap, orale seks). De jeugdprofessional en ouders kunnen jongeren betrouwbare informatie geven over relaties en seksualiteit, bijvoorbeeld door hen 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, 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 ouder en seksueel meer ervaren is, 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.* Veel jongeren (vooral jongens) worden nieuwsgierig naar erotisch materiaal, mede doordat ze opwindende gevoelens ervaren. Die interesse in erotisch materiaal hoort bij een gezonde seksuele ontwikkeling. Plaats dit materiaal in perspectief door jongeren te informeren over het realiteitsgehalte ervan. Zo kun je voorkomen dat jongeren een irreëel beeld ontwikkelen van wat 'normaal' is in seks, hoe een vrouwelijk en mannelijk lichaam er uitziet, en waar jongens/meisjes van genieten tijdens seks.
- *Flirten op internet/datingsites.* Internet en/of mobiele applicaties spelen een belangrijke rol bij het contactleggen en/of flirten onder jongeren. Wijs jongeren op de voor- en nadelen van digitale communicatie (zie ook www.kindonline.nl, www.meldknop.nl) en de risico's ervan, en laat zien hoe ze hier verantwoord mee om kunnen gaan.
- *Wensen en grenzen in relaties.* Jongeren doen in deze fase ervaring op met relaties (verliefdheden, verkering), maar hebben ook hun 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 www.canyoufixit.nl, een online game waarin 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.opvoeden.nl.
- *Seksuele oriëntatie.* Sommige jongeren worstelen met hun seksuele identiteit. De oorzaak kan liggen in geringe zelfacceptatie of geringe acceptatie in 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 hebben jongeren transgendergevoelens en/of zijn ze ontevreden over hun geslacht. Veelal wordt in de puberteit duidelijk of dit gevoel blijvend van aard is. In hoofdstuk 2 en hoofdstuk 3 en de overzichtskaarten is beschreven wanneer mogelijk sprake is van transgendergevoelens en wat je als jeugdprofessional dan moet doen.
- *Seksuele risico's.* Jongeren moeten weten wat de risico's van onveilige seks kunnen zijn: seksueel overdraagbare aandoeningen en ongeplande zwangerschap. De jeugdprofessional

kan jongeren vertellen over anticonceptiemethoden en de morning-afterpil of wijzen op relevante informatiebronnen zoals www.sense.info, de Sense-infolijn en de 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 komt nog steeds veel voor. Maak duidelijk dat ook dit onderwerp bespreekbaar is. Indien er sprake is van een strafbaar feit (zie ook hoofdstuk 5) kan het slachtoffer overwegen een melding of aangifte te doen bij de politie. Tevens kan een gesprek of onderzoek bij de huisarts zinvol zijn, of kan hulp om de ervaring te verwerken gewenst zijn. Wanneer de jeugdprofessional besluit om (na het volgen van de stappen van de *Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling*) een melding of aangifte te doen - van een pleger, of van huiselijk of seksueel geweld - bij de politie, wordt dit indien mogelijk met de jeugdige en diens ouders besproken (zie wettelijke kaders in hoofdstuk 5).
- *Soa en ongeplande zwangerschap* komen onder kwetsbare jongeren meer voor. Maak seksualiteit, kinderwens en veilige seks tijdig bespreekbaar. Bespreek hierin ook de gedeelde verantwoordelijkheid van jongens en meisjes bij condoom- en anticonceptiegebruik, en leg uit dat je meer plezier beleeft aan seks als je dit veilig doet. Wijs hen ook op hulpmogelijkheden bij een vermoeden van soa of zwangerschap (folder Anticonceptie voor jou (Rutgers) en www.anticonceptievoorjou.nl).

Stappen voor de begeleiding van jongeren

Jongeren vinden het over het algemeen zelf niet gemakkelijk om vragen aan professionals te stellen over seksualiteit en relaties. Schaamte, onervarenheid of schuldgevoelens kunnen hierin een rol spelen. De jeugdprofessional neemt het initiatief en informeert jongeren proactief en maakt seksualiteit bespreekbaar. De jeugdprofessional neemt vragen en zorgen van jongeren serieus en geeft hen de ruimte om hun eigen verhaal te vertellen. Hiervoor is een vertrouwensrelatie van groot belang. Stel de jongere op zijn of haar gemak en leg uit dat veel jongeren vragen of zorgen hebben over relaties en seksualiteit. Leg uit wat de kaders zijn van vertrouwelijkheid van het gesprek en wanneer je informatie moet delen (als het in het belang is van de jongere zelf, de zorgen zo groot zijn dat er actie ondernomen moet worden voor de veiligheid van de jongere, etc.). Vertel ook dat je altijd zult benoemen welke informatie je wel en welke informatie je niet zult delen. Probeer een goed beeld te krijgen van de behoefte of vraag van de jongeren. Hebben ze louter een informatieve vraag, willen ze jouw mening peilen of hebben ze behoefte aan intensievere begeleiding? Willen ze bijvoorbeeld leren hoe ze beter hun grenzen kunnen aangeven? Of willen ze hulp vanwege negatieve ervaringen? Nodig hen uit zelf ook na te denken over verantwoord seksueel gedrag of het maken van seksueel gezonde keuzes.

Let goed op: kinderen en jongeren praten over het algemeen niet over seksueel misbruik, seksueel geweld of seksueel grensoverschrijdend gedrag. Schuldgevoelens, schaamte en/of loyaliteit kunnen praten over negatieve ervaringen in de weg staan. Gebruik bij vermoedens van negatieve ervaringen dus altijd de signaleringslijsten, zoals beschreven in de aanbevelingen.

De volgende tips kunnen helpen bij het bespreekbaar maken van seksualiteit met jongeren.

- *Bring it up!* 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. Doe dit op een tact- en respectvolle manier, die aansluit bij de capaciteiten en behoeften van de jongere. Refereer bijvoorbeeld in het gesprek aan kennis uit onderzoek over jongeren: 'Uit onderzoek blijkt dat veel jongeren die al jong seksueel actief zijn, niet altijd leuke ervaringen hebben met seks' en 'wat is jouw ervaring?' of 'misschien was je niet goed voorbereid op de eerste keer seks en wat daar allemaal bij komt kijken, ik kan je hier meer over vertellen'.
- *Privacy.* Sommige jongeren hebben een sterke behoefte aan privacy, ze willen alleen maar weten dat ze met vragen over seks ook bij jou terecht kunnen. Andere jongeren stellen gemakkelijk intieme vragen. Respecteer de privacy van jongeren, maar ga een gesprek niet uit de weg. Licht ook toe waarom je bepaalde vragen stelt. Houd in alle situaties rekening met het recht op privacy van de jeugdige.
- *Veilige sfeer.* De jongere moet zich op z'n gemak voelen bij dit onderwerp. Zorg voor een prettige sfeer. Besteed aandacht aan de omgeving waarin het gesprek plaatsvindt, je houding en gespreksvaardigheden. Soms praten meisjes makkelijker over dit onderwerp met vrouwelijke dan met mannelijke professionals en vice versa. 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. Als je merkt dat een jongere bij jou dichtklapt over dit onderwerp, overleg dan met een collega of hij het eens wil proberen.
- *Vragen en behoeften van jongeren.* Verschillende inventarisaties laten zien dat jongeren veel vragen hebben over relaties en seksualiteit, het vrouwelijke en mannelijke lichaam, soa, anticonceptie, seksueel misbruik, vervelende seksuele ervaringen, pijn bij het vrijen en (ongepande) zwangerschap. Het liefst willen ze weten hoe ze seks leuker kunnen maken. Je kunt deze onderwerpen gebruiken als ingang 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-sprekuren.
- *Vragenlijsten.* Zorg ervoor dat in intake/vragenlijsten het onderwerp seksualiteit is opgenomen. Een verontrustend signaal of uitkomst van een intake/vragenlijst kan aanleiding zijn om door te vragen of op een ander moment een verdiepend gesprek in te plannen.

4.5.4 Tips voor omgaan met diversiteit

“Hoeveel een professional ook leest en hoort, hij of zij zal altijd voor nieuwe onbekenden komen te staan. Altijd zijn er jeugdigen voor wie het pasgeleerde niet opgaat. Gebrek aan kennis kan zeker een nadeel zijn en onzekerheid veroorzaken en bepaalde kennis over een groep kan beslist een voordeel zijn, maar kennis alleen is nooit voldoende. Het grote risico van kennis over de ander is de generalisatie, waarbij de eenling wordt geduid vanuit algemene kennis. In veel scholing over diversiteit staan cultuurverschillen centraal. Het wordt al snel een denken in stereotiep ‘wij’ en ‘zij’. Mensen worden gezien als vertegenwoordiger van een bepaalde cultuur. Soms wil de professional de jeugdige inpassen in of analyseren vanuit dat algemene ‘geleerde’ concept en gaat daarmee voorbij aan de specifieke context en eigenheid van de jeugdige” (Bos & Cense, 2005).

Uit Nederlands onderzoek (De Graaf et al., 2017) kan worden geconcludeerd dat etniciteit op zichzelf geen risicofactor is voor bijvoorbeeld seksueel grensoverschrijdend gedrag. Cultuur en religie spelen wel een rol in het seksuele gedrag, de seksuele ervaringen en opvattingen van kinderen en jongeren over seks. Zo blijkt dat seksuele opvoeding, genderopvoeding en cultuur onder andere impact heeft op de bewegingsvrijheid en weerbaarheid van jongeren op het gebied van seksualiteit (Cense en Van Dijk, 2010). De scheidslijn tussen religie en cultuur is hierin niet altijd duidelijk en soms overlappen cultuur en religie elkaar. Beide beïnvloeden waarden, normen, opvattingen en gedragingen van mensen. Het is belangrijk om te bedenken dat opvattingen en denkbeelden per persoon verschillen en niet per definitie naar een hele groep te generaliseren zijn.

“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 zorgprofessionals een negatief beeld hebben van mijn geloof. Ze denken bijvoorbeeld bij voorbaat dat ik tegen homoseksualiteit ben, terwijl dit voor mij veel genuanceerder ligt. Ik proef dan de vooroordelen bij professionals, terwijl ik zelf juist veel waarde hecht aan een open gesprek: vrij van vooroordelen.”

Esther, 48 jaar

Sommige ouders en jongeren voelen verlegenheid bij het onderwerp seksualiteit. Ze praten er niet makkelijk over of het is taboe. Het kan dan voor de jeugdprofessional lastig zijn om aansluiting te vinden bij de vragen of zorgen van ouders en jongeren. Ouders en jongeren zullen er dan zelf niet snel over beginnen, en verlegenheid, schaamte en schuldgevoelens ervaren als jij erover begint. Erken op zulke momenten deze gevoelens en wees je bewust van het feit dat deze gevoeligheden kunnen spelen. Realiseer je tegelijkertijd dat je de drempel bij de jongere en ouders ook verlaagt door het onderwerp seksualiteit op een aansluitende en respectvolle manier te bespreken.

Tips en tools (Bos & Cense, 2005; Storms & Bartels, 2008; Maris et al., 2014)

- *Erken je eigen cultuur.* De eerste stap in het cultuursensitief werken is zien en erkennen dat iedereen (inclusief jijzelf als professional) een eigen culturele achtergrond heeft. Een grote valkuil is om alleen bij ‘de ander’ een cultuur te zien.
- De organisatie waar je voor werkt heeft een cultuur (er zijn regels, richtlijnen, normen).
- Jijzelf hebt culturele bagage (hoe jij denkt over seksualiteit is gevormd door hoe je bent

- gesocialiseerd). Deze kan afwijken van bijvoorbeeld die van je collega.
- Je cliënten zullen een diversiteit aan achtergronden hebben (bijvoorbeeld verschil achterstandswijk en stadscentrum).
 - De ouders van je cliënten kunnen weer anders over seksualiteit denken dan jouw cliënten.
 - *Vertrouwen*. De diversiteitsgevoeligheid (gevoeligheid voor verschillen tussen mensen) is van belang en zelfs een vereiste om vertrouwen tot stand te brengen en een goede professionele relatie op te bouwen. Zonder aandacht voor diversiteit bestaat het risico dat je als professional te veel in stereotyperingen denkt en daar ook vanuit handelt. Een ouder of jeugdige kan zich dan niet gezien of juist beoordeeld (op basis van vooroordelen) voelen. Het is dus belangrijk om hen als individu te benaderen: wees je ervan bewust dat er ook binnen culturen en religieuze groepen veel verschillende opvattingen zijn.
 - *Sensitief*. Veel jeugdigen, ouders en/of collega's vinden het moeilijk over seksualiteit te praten. Ze voelen zich verlegen, of ervaren schaamte- of schuldgevoelens als ze dit wel doen. Wees je dus bewust van het feit dat dit kan meespelen. Binnen sommige culturele groepen geldt dit sterker.
 - *Persoonlijke vragen*. Stel niet direct vragen over seksualiteit of persoonlijke vragen. Besteed eerst aandacht aan het opbouwen van een vertrouwensband en stel vervolgens eerst vragen over seksualiteit in het algemeen (bijvoorbeeld: *Praten jeugdigen in Somalië onderling over seksualiteit? Hoe gaat dat daar dan? Is het hier anders tussen Somaliërs onderling?*) voordat je over meer persoonlijke ervaringen van kind of jongere praat.
 - *Erken cultuur en levensbeschouwing*. De grootste deskundige zit tegenover jou als professional. De ouder en jeugdige weten precies wat er wel en niet kan in hun cultuur: welke ruimte er is voor onderhandeling en welke taboes er zijn. In een open dialoog is die deskundigheid in te zetten en te benutten.
 - *Overeenkomsten*. Zet geen vergrootglas op de cultuur of levensbeschouwing van de jeugdige of ouder, zoek naar overeenkomsten. Door niet met een stereotype bril naar een situatie te kijken, kunnen problemen worden opgespoord die wellicht heel bekend zijn, zoals bijvoorbeeld communicatieproblemen tussen ouders en jeugdige.
 - *Specifieke onderwerpen*. Er zijn gevoelige onderwerpen, zoals abortus, homoseksualiteit en maagdelijkheid. Wees je bewust van deze gevoeligheden, maar ga ze niet uit de weg. Besteed bijvoorbeeld aandacht aan de gelijkwaardigheid tussen meisjes en jongens, seksuele oriëntatie, genderdiversiteit, weerbaarheid en respect voor elkaar.
 - *Feiten of fabels*. Nodig jeugdigen uit om ervaringen en betekenissen vanuit de eigen cultuur of levensbeschouwing in te brengen. Leg uit dat er geen 'juiste' mening of 'juiste' waarden en normen bestaan. Stuur wel bij als een opvatting als een feit wordt gepresenteerd (bijvoorbeeld: jongens willen altijd seks, alleen jongens gaan over de grens, alleen meisjes zijn slachtoffer van grensoverschrijding, eens een plegger altijd een plegger, je kunt beter niet over seksueel geweld praten).
 - *Samenwerkingspartners*. Soms zijn er externe organisaties (kerken en moskeeën) die adviezen over de seksuele ontwikkeling en opvoeding kunnen en willen geven. Beoordeel of zij dit volgens de seksuele rechten van de mens (zie hoofdstuk 1) doen. Wees op de hoogte van mogelijke regionale samenwerkingspartners.
 - *Taal*. Wees ook als het gaat om taal (begrijp je elkaar goed, taalniveau, toek) op de hoogte van mogelijke regionale samenwerkingspartners. Gebruik eventueel www.zanzu.nl als

- ondersteuning in een gesprek waar taal een belemmering vormt.
- *Collega's*. Overleg met collega's als je er niet uitkomt. Soms conflicteren eigen waarden en normen met die van de jeugdige/ouders. Ga dan voor moreel beraad naar collega's. Overleg bijvoorbeeld met de aandachtsfunctionaris seksualiteit. Zo trek je de angel eruit. Je hoeft niet alles zelf te weten en op te lossen.
 - *Gender*. Er kunnen grote verschillen zijn in de seksuele opvoeding van jongens en meisjes in hetzelfde gezin, dus wees hier alert op. Dit kan van invloed zijn op gevoel van gelijkwaardigheid in relaties/relatievorming.
 - *Taboe*. In een gezin waar een taboe heerst op seksualiteit, zullen kinderen en jongeren logischerwijs ook een andere beleving hebben van bijvoorbeeld ontluikende seksuele gevoelens. Denk hierbij ook aan thema's als maagdelijkheid, maagdenvlies, besnijdenis, masturbatie, homo- en biseksualiteit en genderidentiteit.
 - *Andere normen en waarden*. Erg gelovige jongeren of jongeren met een niet-westerse achtergrond of nieuwkomers zijn vaak met andere normen en waarden opgegroeid. Soms zijn deze diep verankerd of worden jongeren juist geheel losgelaten in een vrijere samenleving. Dit kan fricties en frustraties met zich meebrengen.
 - *Geen excuus*. Laat diversiteit geen excuus zijn om het onderwerp niet te bespreken.

4.5.5 Handvatten voor afstemming met overige professionals

Bij zorgen over de seksuele ontwikkeling van een jeugdige is het belangrijk om (met toestemming van ouders en/of jeugdige) bij overige professionals (peuterspeelzaal, kinderdagverblijf, school, Zorgadviesteam (ZAT), Centra voor Jeugd en Gezin (CJG)) te informeren naar het functioneren van de jeugdige daar. Anderzijds kun je als jeugdprofessional ook signalen van andere professionals krijgen, die zicht geven op relationele of seksueel gerelateerde problematiek (zoals schooluitval, regelmatig verzuim, psychosociale problemen). Lees hieronder aandachtspunten voor samenwerking met overige professionals, zoals het onderwijs.

- *Onderwijs*. Seksualiteit en seksuele diversiteit maken sinds 2012 onderdeel uit van de kerndoelen voor het onderwijs. Op gemeentelijk/regionaal niveau kunnen cijfers uit de regionale Jeugdmonitor (bijvoorbeeld rondom weerbaarheid, puberteit en internetgebruik) aanleiding zijn voor groeps- of gebiedsgerichte interventies binnen en buiten het onderwijs. De GGD (preventiemedewerkers, gezondheidsvoorlichters) is vaak betrokken bij het ondersteunen van (basis)scholen bij relationele en seksuele vorming, door middel van de Week van de Lentekriebels, Week van de Liefde of de Gezonde School Methode. Zo kan via de Gezonde School Methode extra aandacht worden besteed aan een veilige schoolomgeving en kan eventueel nader onderzoek gedaan worden naar de context waarin seksuele grensoverschrijding, homonegatief gedrag of seksueel misbruik plaatsvindt. Een school kan desgewenst maatregelen nemen door duidelijke gedragsregels in te voeren, te zorgen voor goede seksuele vorming (educatie) en toezicht te houden op gedrag in de klas of op school. Ook zijn binnen de GGD de Jeugdgezondheidszorg (jeugdarts, jeugdverpleegkundige, doktersassistente) en Sense-verpleegkundigen (Sense-sprekuren) betrokken bij het bevorderen van een gezonde seksuele ontwikkeling en signaleren van een niet-optimale seksuele ontwikkeling. Afstemming met docenten, preventiemedewerkers of gezondheidsvoorlichters, Jeugdgezondheidszorg (JGZ) of Sense is aan te raden.

- *Zorgadviesteam*. Jeugdprofessionals maken in veel gevallen deel uit van het Zorgadviesteam binnen onderwijsinstellingen (ZAT). Binnen het ZAT worden specifieke casussen besproken. Aan sommige ZATs nemen ook de ouders deel. Er is binnen een ZAT altijd sprake van een multidisciplinaire aanpak, vanwege de deelnemers (docenten, schoolmaatschappelijk werk, jeugdhulp, de Jeugdgezondheidszorg (JGZ), Bureau Leerplicht). Seksueel gedrag van jeugdigen kan ook binnen het ZAT een onderwerp van gesprek zijn. De jeugdprofessional kan binnen het ZAT informatie geven over de seksuele ontwikkeling van jeugdigen en tips geven voor preventie en begeleiding. Het ZAT hoeft 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.
- *(Lichte) opvoedingsondersteuning*. De Jeugdgezondheidszorg (JGZ) en Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) hebben een preventieve taak in het stimuleren van een gezonde seksuele opvoeding. De opvoed- of welzijnsorganisaties binnen het CJG kunnen opvoedingsondersteuning collectief aanbieden. In sommige regio's wordt bijvoorbeeld de cursus 'Opgroeien met Liefde' aangeboden of de training 'Een gezonde start' vanuit het traject 'Gezonde kinderopvang (ouders van kinderen van nul tot twaalf jaar). Je kunt als jeugdprofessional met partners binnen de JGZ en 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 (Commissie Kwaliteitskader Voorkomen Seksueel Misbruik in de Jeugdzorg, 2013). Zo wordt binnen sommige CJGs een opvoedcafé of ouderavond aangeboden over seksuele opvoeding van jonge kinderen door regionale welzijnsorganisaties (anders dan JGZ of GGD).

4.6 Handvatten voor advies aan en begeleiding van specifieke groepen

In de begeleiding en behandeling van groepen jeugdigen die bijzonder kwetsbaar zijn, is het belangrijk om rekening te houden met hun specifieke kwetsbaarheden en behoeften. Gebruik hiervoor de handvatten voor advies en begeleiding uit paragraaf 4.5 en de belangrijkste beïnvloedbare factoren die seksuele gezondheid bevorderen uit paragraaf 4.2 als uitgangspunt. Vul aan met de specifieke aandachtspunten in deze paragraaf voor specifieke groepen.

4.6.1 Handvatten voor advies aan en begeleiding van jeugdigen met een LVB

Voor de seksuele ontwikkeling van jeugdigen met een LVB is het van belang dat deze jeugdigen aangesproken worden op een manier die aansluit op hun belevingswereld en ontwikkelingsniveau. Houd rekening met een disharmonisch profiel van functioneren (het cognitieve en emotionele ontwikkelingsniveau kan uiteenlopen op verschillende domeinen). Dit heeft consequenties voor de begeleiding en behandeling. Met deze jeugdigen praat je over seksualiteit in concrete taal, zónder nuances, verhullend taalgebruik of beeldspraak, en mét met concrete voorbeelden. Zo zal een jongere met een licht verstandelijke beperking beeldspraak of verhullend taalgebruik (denk bijvoorbeeld aan 'met elkaar naar bed gaan')

minder goed begrijpen of heel letterlijk opvatten. Je zult dus duidelijke taal moeten spreken. Geef handelingsalternatieven en veel herhaling. Een interventie (inclusief werkboek voor de cliënt) die goed aansluit is Praten over seks van Paulien van Doorn (zie voor meer interventies hoofdstuk 6).

Ouders en opvoeders vinden het lastig om over seksualiteit en relaties te praten, waardoor het risico bestaat dat dit niet of nauwelijks gebeurt. Jeugdprofessionals kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan de kennis van jongeren met een licht verstandelijke beperking, door het gesprek aan te gaan en te helpen bij het opdoen van kennis over seksualiteit. De kennis die jongeren aangereikt krijgen moet vereenvoudigd zijn en goed aansluiten op hun behoeften en begripsniveau (De Wit et al., 2011; Douma, 2018). Kortom:

- gebruik korte zinnen van ongeveer vijf woorden;
- gebruik concrete woorden, zonder kinderachtig te praten (bijv. piemel, vagina);
- definieer begrippen (bijv. seks, vrijen, zoenen, knuffelen);
- vraag naar de betekenis van begrippen en vul aan;
- sluit aan bij het taalgebruik van de jeugdige door dezelfde woorden te gebruiken;
- praat rustig;
- stel één vraag tegelijkertijd;
- geef de jeugdige tijd om te antwoorden;
- gebruik geen figuurlijk taalgebruik, zoals spreekwoorden, woordspelingen en cynisme;
- zorg dat non-verbale en verbale informatie overeenkomen;
- ga na of de jeugdige je begrepen heeft, bijvoorbeeld door te vragen of de jeugdige in eigen woorden kan vertellen wat er gezegd is;
- gebruik visuele ondersteuning, zoals foto's, tekeningen of pictogrammen (www.sclera.be heeft pictogrammen over seksualiteit en relaties).

4.6.2 Handvatten voor advies aan en de begeleiding van jeugdigen met ASS

Het is belangrijk dat jeugdprofessionals aandacht hebben voor specifieke kenmerken van autisme (beperkingen in de sociale communicatie en interactie, sensorische onder- en overgevoeligheid, repetitief gedrag en rituele activiteiten, minder kennis over seksualiteit, minder mogelijkheid om te experimenteren met seksuele relaties, minder seksuele vorming, minder remmingen, gebrek aan empathie) en de manier waarop deze de (individuele) seksuele en relationele ontwikkeling, beleving en ervaring mede vormen. Kortom:

- besteed extra aandacht aan seksuele weerbaarheid (wensen en grenzen) in relatie tot autistische kenmerken;
- besteed proactief aandacht aan sociale en communicatieve vaardigheden, bijvoorbeeld in relatievorming en -behoud: zich verplaatsen in de ander, uitvragen wat de ander wil, inschatten van sociale situaties, omgaan met teleurstellingen en (seksuele) frustraties. Gebruik hiervoor de interventie/training *Ik Puber* (Yulius, www.ikpuber.nl);
- besteed extra aandacht aan homo- en biseksualiteit in seksuele en relationele vorming en wees alert op genderdysforie en een negatieve omgeving;
- bespreek stereotype interesses (zoals preoccupatie of parafilieën) in seksuele vorming en gesprekken over seksualiteit en relaties. Zoek samen met ouders en/of jeugdigen naar manieren om seksualiteit en relaties in het dagelijkse leven in te passen.

Hoe doe je dat? De kennis die autistische jongeren aangereikt krijgen moet rustig, overzichtelijk en consequent zijn (Academische Werkplaats Autisme, 2018). Kortom:

- gebruik expliciete en concrete taal;
- wees consequent in taalgebruik en regels;
- leg nuanceringen uit/gebruik geen dubbelzinnige taal;
- definieer begrippen;
- vraag naar de betekenis en vul aan;
- herhaal informatie;
- praat kalm, rustig en duidelijk;
- stel één vraag tegelijkertijd;
- geef jeugdige de tijd om te antwoorden ;
- gebruik relevant en realistisch beeld materiaal (foto's, tekeningen, pictogrammen);
- gebruik relevante en duidelijke visuele ondersteuning (schema's, diagrammen, checklists, rijtjes);
- besteed aandacht aan de theoretische uitleg van sociale regels;
- bied ruimte voor het (anoniem) stellen van persoonlijke vragen;
- betrek ouders bij de behandeling/begeleiding.

4.6.3 Handvatten voor advies aan en de begeleiding van jeugdigen met gehechtheidsproblematiek

Voor jeugdprofessionals is het belangrijk om een goede balans te vinden: soms moet eerst ingezet worden op verbetering van de opvoedingshouding van ouders om een veilige gehechtheid te bewerkstelligen vóórdat er aandacht aan de seksuele ontwikkeling gegeven kan worden. Verwijs naar of gebruik uitgangspunten van de *Basic Trust Methode* (www.basictrust.com) of *NIKA* (www.dejeugdverzorgacademie.nl) om de gehechtheid en het basisvertrouwen te verstevigen. Zet in op het verstevigen van een warm (gezins-)klimaat, waarin de jeugdige zich gezien en gehoord voelt.

- Besteed expliciet aandacht aan veiligheid en seksuele risico's: differentieer expliciet, leer jeugdigen wat veilig is en wat niet, wat risico's zijn, wat 'foute' relaties zijn.
- Besteed expliciet aandacht aan het mentaliserend vermogen: leer de jeugdige zichzelf en de ander te begrijpen én de eigen binnenwereld af te stemmen op die van de ander. Randvoorwaarden hiervoor zijn: goede ondersteuning van de jeugdprofessional en goede samenwerking binnen het team.
- Let op: de jeugdige kan (onbewust) op zoek gaan naar de bevestiging van eerdere negatieve ervaringen; het opdoen van positieve ervaringen beïnvloedt de jeugdige positief.
- Reageer rustig en consequent (niet emotioneel) op seksueel gedrag van jeugdigen. Voor onveilig gehechte jeugdigen kan een emotionele reactie namelijk erg onveilig voelen, zeker als het gaat over relaties en seksualiteit. Gebruik het *Vlaggensysteem* om je reactie te bepalen.
- Wees voorspelbaar en betrouwbaar: zeg wat je doet en doe wat je zegt. Benoem bijvoorbeeld bij hele jonge kinderen stap voor stap wat je doet als je hen wast.
- Zorg dat de jeugdige met gehechtheidsproblematiek weet bij wie hij wanneer terecht kan met vragen (vertrouwenspersoon, spreekuur, website www.sense.info). Wees zelf ook – als jeugdprofessional – beschikbaar, ook als het moeilijk is.
- Bespreek zorgen omtrent de seksuele ontwikkeling van de jeugdige met de jeugdige en in overleg met collega's en/of de ouders en leraren van de jeugdige.

- Reflecteer op je eigen gehechtheid. Onverwerkte hechtingsproblematiek kan van invloed zijn op wat je als professional uitstraalt naar de jeugdige.

4.6.4 Handvatten voor advies aan en begeleiding van jeugdigen met seksueel trauma

Voor jeugdprofessionals is het belangrijk om een goede risicoanalyse te maken, mede op basis van de voorgeschiedenis, om te analyseren of er sprake is (geweest) van seksueel misbruik, geweld en/of trauma, zoals beschreven in de *Richtlijn Residentiële Jeugdhulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Gebruik hiervoor het Instrument Risicotaxatie Seksueel Grensoverschrijdend gedrag als hulpmiddel. Werk indien nodig en waar mogelijk multidisciplinair samen om tot een goede risicoanalyse te komen.

Aanvullend kan de kans in kaart gebracht worden in hoeverre de jeugdige het risico loopt om in een onveilige situatie terecht te komen of zelf grensoverschrijdend gedrag te vertonen, middels instrumenten als LIRIK of CARE (zie *Richtlijn Residentiële Jeugdhulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming*). Waarbij de instrumenten niet als afvinklijst, maar als praatdocument gebruikt worden.

- Ga een gesprek over seksualiteit en seksuele ervaringen niet uit de weg.
- Ondersteun jongeren bij het maken van seksueel gezonde, veilige, gelijkwaardige en prettige keuzen en het opdoen van positieve ervaringen Dit is een beschermende factor.
- Zorg ervoor dat je (indien relevant) eigen ervaringen met seksueel misbruik of seksueel grensoverschrijdend gedrag hebt verwerkt.
- Sluit aan bij de ervaring, leefwereld en behoeften van de jeugdige.
- Zorg ervoor dat je seksueel misbruik of seksuele grensoverschrijding herkent en signaleert. Volg de *Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling* indien noodzakelijk.
- Een jeugdige die seksueel grensoverschrijdend gedrag, seksueel misbruik en/of seksueel geweld heeft meegemaakt, heeft recht op specialistische hulp en ondersteuning. Bied eerste opvang en roep desgewenst specialistische hulp in bij klachten en problemen als gevolg van seksueel grensoverschrijdend gedrag of negatieve seksuele ervaringen (zie hoofdstuk 5 voor behandeling). Zorg ervoor dat je de regionale *Centra voor Seksueel Geweld* kent – waarin samenwerking met politie, forensisch arts en specialistische hulp gegarandeerd zijn - en draag zorg voor passende (gespecialiseerde) hulp.

4.7 Randvoorwaarden voor organisaties

Om de seksuele ontwikkeling van jeugdigen te ondersteunen, is het belangrijk dat aan een aantal randvoorwaarden is voldaan. Het is van belang dat jeugdprofessionals werken op een veilige werkplek, in een goede sfeer, en dat zij ondersteund worden door de organisatie. De competenties van de jeugdprofessionals - zoals beschreven in hoofdstuk 4 van deze richtlijn - zijn hierbij cruciaal. Deze competenties stellen jeugdprofessionals in staat om jeugdigen de juiste begeleiding te bieden. Om jeugdigen te ondersteunen in hun seksuele ontwikkeling is echter meer nodig dan dat. Het is van belang dat de organisatie positieve aandacht heeft voor de seksuele ontwikkeling van jeugdigen. Visie op, beleid omtrent en aandacht voor seksualiteit moeten op de juiste manier ingebed zijn in de organisatie om een goede ontwikkeling van jeugdigen te

bevorderen. Dit moet vervolgens ook ondersteund worden door het management en binnen teams. Bovendien is het belangrijk dat er aandacht is voor deskundigheidsbevordering. Bijscholing is van cruciaal belang om jeugdprofessionals in staat te stellen de seksuele ontwikkeling van jeugdigen te ondersteunen. Wanneer seksuele ontwikkeling net als andere thema's een plek heeft binnen de organisatie, worden de jeugdprofessionals zelf ook ondersteund bij de ondersteuning van de jeugdigen. Dit is een randvoorwaarde voor jeugdprofessionals om jeugdigen goed te kunnen ondersteunen in hun seksuele ontwikkeling.

4.7.1 Gezamenlijk gedragen visie

Eén van de uitgangspunten van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO Regional Office for Europe, 2010) is dat jeugdigen informatie moeten krijgen over seksualiteit, intimiteit en relaties die past bij hun leeftijds- en ontwikkelingsfase, en dat zij begeleid worden in hun seksuele ontwikkeling. Voor jeugdprofessionals die werken in de residentiële én ambulante jeugdhulp ligt hier een belangrijke taak.

Om jeugdigen op een goede manier te kunnen begeleiden, is het van belang dat de organisatie visie en beleid ontwikkelt om seksuele ontwikkeling in de jeugdhulp en jeugdbescherming te implementeren. Om de visie en het beleid goed te implementeren, is het van belang dat:

- de visie en het beleid breed gedragen worden in de organisatie,
- de jeugdprofessionals in de organisatie de visie en het beleid onderschrijven,
- de jeugdprofessionals kundig en competent zijn om de visie en het beleid uit te voeren,
- de jeugdprofessionals gestimuleerd en gefaciliteerd worden om jeugdigen & ouders/ opvoeders van advies en begeleiding te voorzien,
- door borging van de visie en het beleid continuïteit geboden wordt.

Casus: (seksuele) relaties

Veel instellingen en organisaties worstelen met relaties van jeugdigen binnen de instelling (bijv. residentiële setting), omdat ze er geen visie op hebben. Jongeren zijn kwetsbaar en hebben vaak een verleden of bagage. Juist de ondersteuning van deze jongeren bij het maken van seksueel gezonde, prettige, gelijkwaardige en veilige keuzen en het opdoen van positieve ervaringen werkt als een beschermende factor. Ga een gesprek dus niet uit de weg en sluit aan bij de ervaring, leefwereld en behoefte van de jeugdige. Begeleid (seksuele) relaties tussen jeugdigen en zorg ervoor dat je seksuele grensoverschrijding, seksuele risico's en problemen herkent en signaleert. Geef hier bijvoorbeeld een consultant seksuele gezondheid of aandachtsfunctionaris seksualiteit een rol in. Volg de *Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling* indien noodzakelijk.

4.7.2 Van visie naar praktijk

Er is een aantal uitgangspunten bij het opstellen van een visie op seksuele ontwikkeling (Heeringa et al., 2010; Kuyper, 2013).

Begeleiding en klimaat

Er wordt gewerkt aan een pedagogisch klimaat waarin openlijk gesproken kan worden over seksualiteit, intimiteit en relaties, met respect voor elkaars normen en waarden, wensen en grenzen. Respect voor elkaar, respect voor elkaars religieuze achtergrond of levensovertuiging, gelijkwaardigheid, privacy en verantwoordelijkheid spelen hierin een grote rol.



Pedagogische didactische behandeling

Seksualiteit is één van de terreinen binnen basisvorming en opvoeding. Seksualiteit moet geen apart of losstaand onderwerp zijn, maar moet onderdeel zijn van het algemene hulpverlenersplan.

Intake en screening

Seksuele ontwikkeling is een standaardonderdeel van de intake- en screeningsprocedure van elke jeugdige.

Hulpverleningsplan

Op basis van de intake en screening wordt in overleg met de jeugdige en -afhankelijk van de leeftijd van de jeugdige- ook met diens ouders een hulpverleningsplan ontwikkeld. De seksuele ontwikkeling maakt hier standaard deel van uit. Seksualiteit is een ontwikkeltaak voor alle jongeren. In het hulpverleningsplan worden de belangrijkste seksuele ontwikkelingspunten voor de betreffende jeugdige beschreven en eventuele problemen en mogelijke oorzaken benoemd. Het plan beschrijft de doelen voor de jeugdige en de middelen om deze doelen te bereiken. Bespreek het hulpverleningsplan vervolgens met jeugdige en ouders. Leg het op een begrijpelijke manier uit, zodat zij weten hoe het plan tot stand is gekomen en op welke wijze hun ideeën hierin zijn verwerkt of overwogen. Vertel ook wat er van hen wordt verwacht. Bied de mogelijkheid aan de jeugdige en ouders om te reageren op het hulpverleningsplan.

Afstemming met onderwijs, dagbesteding, dagbehandeling

Vanuit een integrale visie op behandelen is het van belang dat er afstemming plaatsvindt tussen de organisaties van de jeugdhulp/jeugdbescherming en scholen, dagbesteding en dagbehandeling. Dit geldt ook voor het onderwerp seksuele ontwikkeling.

Preventie seksueel grensoverschrijdend gedrag

Het behoort tot de verantwoordelijkheid van een organisatie om te zorgen voor een veilig leef-, behandel- en werkklimaat. De preventie van seksueel grensoverschrijdend gedrag is ook een thema binnen dit veiligheidsbeleid. Aandacht voor seksualiteit en duidelijke afspraken met de jeugdigen over seksueel gedrag kan seksuele grensoverschrijding voorkomen. Deze afspraken bouwen voort op het seksualiteitsbeleid van een organisatie. Dit beleid geeft jeugdprofessionals handvatten wanneer grensoverschrijdend gedrag toch plaatsvindt. De cultuur van een organisatie is hierbij belangrijk. Een open cultuur, waarin seksualiteit en waarden en normen bespreekbaar zijn, werkt in de hand dat de preventie van seksueel misbruik in praktijk wordt gebracht.

4.7.3 Implementatie van een visie

Uit ervaring met implementatietrajecten op het gebied van seksualiteit in de langdurige zorg, blijkt dat het succes van implementatie voor een belangrijk deel door drie factoren bepaald wordt (uit *Zorg voor Beter*; Heeringa et al., 2010):

- attitude van jeugdprofessionals/-medewerkers;
- competenties van jeugdprofessionals/-medewerkers;
- sturing door het management (stimuleren en faciliteren).



Attitude van jeugdprofessionals/-medewerkers

De implementatie van de visie en het beleid omtrent seksualiteit staat of valt met de attitude van degenen die het in de praktijk moeten uitvoeren. Wanneer er niet genoeg draagvlak is, zullen jeugdigen niet voldoende ondersteund worden in hun seksuele en relationele ontwikkeling.

Het doel is om een klimaat te bereiken waarin:

- professionals zich vrij voelen om met jeugdigen en ouders over seksualiteit te praten en een positief rolmodel te zijn. Hierbij is de professional zich bewust van de invloed van eigen normen en waarden,
- medewerkers zich veilig en gesteund voelen om over seksualiteit te praten. Het is een taak van de organisatie, het management en de teamleiding om zo'n klimaat na te streven, medewerkers te steunen en richtlijnen te geven.

Competenties van jeugdprofessionals/-medewerkers

Jeugdprofessionals moeten competent zijn om jongeren ook daadwerkelijk te kunnen ondersteunen in hun seksuele en relationele ontwikkeling. Zie hiervoor de paragrafen 4.3 tot en met 4.5.

Sturing door het management

Een effectieve implementatie van een visie op seksualiteit staat of valt met sturing, waardoor het werken aan een gezonde seksuele ontwikkeling van de jeugdige niet afhankelijk is van één of enkele personen, maar een geïntegreerd onderdeel is van het takenpakket van alle medewerkers. Deze sturing bevat vijf essentiële elementen:

- opnemen van het onderwerp in alle activiteiten betreffende de begeleiding en behandeling van een jeugdige, zoals intake(gesprek) en (besprekingen van) het hulpverlenersplan;
- agenderen van het onderwerp bij de verschillende overleggen, zoals werkoverleg, teamoverleg, afdelingsoverleg en managementoverleg;
- opnemen van het onderwerp in jaarverslagen en werkplannen;
- opnemen van het onderwerp in personeelsbeleid en het onderdeel laten zijn van het reguliere instrumentarium om de kwaliteit van het personeel te bewaken en aan te sturen (denk aan aanname-, sollicitatie-, functionerings- en beoordelingsgesprekken; deskundigheidsbevordering; intervisie- of supervisiebijeenkomsten, instellen van een aandachtsfunctionaris seksualiteit en/of consulent seksuele gezondheid);
- periodiek uitvoeren van een sterkte/zwakteanalyse op seksualiteitsbeleid van de instelling/ organisatie, om een duidelijk beeld van de feitelijke situatie op dit gebied te krijgen (voelen medewerkers zich vrij, competent, gesteund om seksualiteit met jeugdigen en ouders bespreekbaar te maken, is er een veilig klimaat om vermoedens van grensoverschrijding aan te kaarten, ook als het gaat over collega's, etc.).

4.8 Conclusie

Bij het ondersteunen van de seksuele ontwikkeling van jeugdigen in de jeugdhulp en jeugdbescherming is een positieve insteek belangrijk. Door rekening te houden met de seksuele ontwikkelingsfasen van de jeugdigen, de leerstijl en het leervermogen kan beter aangesloten worden bij de behoeften van elk individu. We spreken dan van een ontwikkelingsgerichte aanpak, zoals deze ook in de Richtlijn Seksuele vorming (WHO Regional Office for Europe, 2010) beschreven staat. Juist voor jeugdigen die te maken krijgen met jeugdhulp is het belangrijk om niet alleen in te zoomen op risico's en gevaren, maar (preventief) in te zetten op het voorkomen van risico's en gevaren, en bij te sturen, door te richten op bijvoorbeeld: de ontwikkeling van een positief lichaamsbeeld, ontwikkeling van gepast seksueel gedrag, ontwikkeling van weerbaarheid en het aanleren van vaardigheden op het gebied van positieve omgangsvormen (relatievorming, seksuele diversiteit en sociale normen). De competenties en attitudes van de professional spelen daarbij een essentiële rol, net als de visie en het beleid van organisaties.

4.9 Aanbevelingen

- Bied jeugdigen en/of ouders/opvoeders pro-actief informatie, advies en begeleiding bij de seksuele ontwikkeling, vanuit een **positieve** insteek, tegen de achtergrond van de algehele ontwikkeling van de jeugdige.
 - Het kan daarbij gaan over: lichamelijke ontwikkeling, puberteit, vruchtbaarheid, anticonceptie, veilige, gelijkwaardige, vrijwillige en prettige seks, relaties, seksuele gevoelens, seksuele oriëntatie, genderidentiteitsontwikkeling, seksueel gedrag (ook tussen jeugdigen onderling), seksuele risico's, seksueel grensoverschrijdend gedrag inclusief misbruik en geweld.
- Bespreek de seksuele ontwikkeling in de intakefase met de jeugdige en/of ouders/opvoeders en laat dit regelmatig terugkomen tijdens de begeleiding/behandeling. Gebruik hiervoor paragraaf 4.4.4 en het *Vlaggensysteem* en - indien nodig - de *Child Sexual Behaviour Inventory (CSBI)* en/of het *Risicotaxatie Instrument Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag (RIS)*. Werk indien nodig multidisciplinair samen. Maak seksuele ontwikkeling tot een vast onderdeel in rapportage.
- Volg de handelingsadviezen (hoofdstuk 4) en de criteria van het *Vlaggensysteem* voor preventie, signalering en begeleiding van seksueel gedrag en seksuele risico's:
 - bespreek zorgen, signalen en risico's betreffende de seksuele ontwikkeling met de jeugdige en/of ouders/opvoeders en overleg met bijvoorbeeld de consulent of aandachtsfunctionaris seksualiteit/kindermishandeling, vertrouwenspersoon, deskundige (op gebied van seksualiteit) of Veilig Thuis;
 - volg bij vermoedens van onder andere seksueel misbruik de *Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling*.

- Sluit aan bij de leefwereld, ontwikkelingsfase en competenties van jeugdigen:
 - houd rekening met specifieke kwetsbaarheden en behoeften van de jeugdige;
 - respecteer en houd rekening met de privacy van de jeugdige;
 - gebruik raakvlakken (lichaam, zelfvertrouwen, verkering) in een eerste gesprek, creëer een vertrouwensband, bespreek later ook gevoeliger onderwerpen (grensoverschrijding, risico's).

Hoofdstuk 5

Wettelijke kaders



In dit hoofdstuk bespreken we kort de wet- en regelgeving die betrekking heeft of kan hebben op seksualiteit en seksueel gedrag.

5.1 Algemeen

Voor deze richtlijn, het thema seksualiteit en het handelen van de jeugdprofessional gelden de volgende algemene wetten als uitgangspunt.

- Het *Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind (IVRK)* is van toepassing op personen jonger dan achttien jaar. Het verdrag stelt onder andere dat de jeugdige beschermd moet worden tegen alle vormen van lichamelijk of geestelijk geweld, letsel of misbruik, met inbegrip van seksueel misbruik, seksuele uitbuiting en lichamelijke en geestelijke verwaarlozing (Art. 19 IVRK). De overheid moet zorgdragen voor wet- en regelgeving om jeugdigen te beschermen tegen seksueel misbruik en seksuele exploitatie (Art. 34 IVRK).
- Jeugdigen die slachtoffer zijn geworden van (seksueel) geweld hebben recht op passende zorg en bijstand (Art. 39 IVRK).
- Jeugdigen hebben recht op informatie. Ook hebben zij er recht op om hun mening in te brengen en serieus genomen te worden bij alle beslissingen die hen aangaan (Art. 17 IVRK en Art. 12 IVRK). Er dient serieus naar de mening van de jeugdige te worden geluisterd en teruggekoppeld te worden wat er met de mening van de jeugdige is gedaan.
- Jeugdigen hebben recht op (bescherming van) hun privacy (Art. 16 IVRK).
- De ouders of voogd hebben de eerste verantwoordelijkheid voor de opvoeding en ontwikkeling van de jeugdige (Art. 5 IVRK en Art. 18 IVRK).

De rechten en plichten uit het verdrag moeten in onderlinge samenhang worden gezien en begrepen als een concretisering van het belang van de jeugdige. Het belang van de jeugdige (Art. 3 lid 1 IVRK) staat centraal en houdt in dat bij iedere beslissing die een kind of jongere raakt het belang van de jeugdige de eerste overweging moet zijn.

Samengevat zijn de kinderrechten die betrekking kunnen hebben op seksualiteit en seksueel gedrag:

- het belang van de jeugdige dient centraal te staan bij iedere beslissing;
 - recht om mening geven;
 - recht op privacy;
 - recht op bescherming tegen geweld;
 - recht op (seksuele) gezondheid en gezondheidszorg;
recht op bescherming tegen seksueel misbruik;
 - recht op passende zorg voor slachtoffers van geweld.
-
- In het *Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM)* is onder andere opgenomen dat iedereen, ongeacht achtergrond of problematiek, recht heeft op een gezonde en veilige seksuele ontwikkeling als onderdeel van de algehele ontwikkeling. Deze rechten sluiten aan bij de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens (UVRM). De belangrijkste seksuele en reproductieve 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 en voorlichting over seksualiteit;
- seksuele en relationele vorming;
- vrije partnerkeuze;
- respect voor lichamelijke integriteit;
- het besluit om wel of niet seksueel actief te zijn;
- seksuele relaties met wederzijdse instemming (binnen de kaders van wat op grond van de wet is toegestaan. Zie paragraaf 5.2);
- een huwelijk met wederzijdse instemming (in Nederland geldt hiervoor 18 jaar als minimumleeftijdsgrens);
- bescherming tegen seksuele exploitatie en seksueel misbruik;
- het besluit om wel of geen kinderen te willen 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.

- In de *Jeugdwet* (2015) zijn de wettelijke taken voor gemeenten op het gebied van jeugdhulp en jeugdbescherming vastgelegd. In de *Jeugdwet* staan ook verplichtingen voor aanbieders van jeugdhulp en voor jeugdhulpverleners, zoals de geheimhoudingsplicht, dossierplicht en meldrechten. Naast de *Jeugdwet* geldt de *WGBO* voor jeugdhulpverleners die op de gezondheid gerichte diensten verrichten, zoals behandeling, begeleiding en diagnostiek. De bepalingen in hoofdstuk 7 van de *Jeugdwet* zijn bijna identiek aan de *WGBO*.
- De *Wet Verplichte Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling* (2013) (zie ook de *Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Vink et al., 2016)) verplicht alle professionals die met ouders en/of jeugdigen werken om een meldcode over huiselijk geweld en kindermishandeling vast te stellen en het gebruik daarvan te bevorderen. Een meldcode is een vijfstappenplan waarin staat wat een professional moet doen bij een vermoeden van huiselijk geweld (waaronder partnergeweld) of kindermishandeling. De wet schrijft voor dat een *Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling* minimaal de volgende onderdelen moet bevatten:
 1. in kaart brengen van de situatie (signalen, risico- en beschermende factoren);
 2. overleggen met Veilig Thuis, collega's en interne en externe deskundigen (bijvoorbeeld voor letselduiding);
 3. praten met jeugdige en/of ouders/verzorgers;
 4. wegen van het huiselijk geweld of de kindermishandeling (m.b.v. het afwegingskader) en bij twijfel: Veilig Thuis raadplegen,;
 5. beslissen:
 - is melden noodzakelijk?
 - is hulp verlenen of organiseren (ook) mogelijk?

Per 2019 is de wet verbeterd door uitbreiding met een afwegingskader in de stappen 4 en 5. Het is nu de professionele norm om een melding te doen bij Veilig Thuis als er vermoedens zijn van ernstig huiselijk geweld of ernstige kindermishandeling (en bijvoorbeeld seksueel misbruik); dat wil zeggen wanneer vermoedens bestaan van acute of structurele onveiligheid. Om te bepalen of daar sprake van is, dient het *Afwegingskader in de meldcode huiselijk geweld*

en kindermishandeling (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018) te worden gehanteerd en moet de afweging om geen melding te doen zorgvuldig worden onderbouwd. Zie: <https://www.nji.nl/nl/Download-Nji/Het-afwegingskader-in-de-meldcode-huiselijk-geweld-en-kindermishandeling.pdf>.

Zie ook de handreiking *Participatie van kinderen in de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling* (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018).

- De *Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG)* bevat regels voor de kwaliteit van de zorgverlening en beschermt cliënten tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door zorgverleners. Zorgverleners uit bepaalde beroepsgroepen kunnen zich in het BIG-register laten registreren als zij voldoen aan de wettelijke opleidingseisen die voor hun beroep gelden. Met een BIG-registratie mogen zij hun beroepstitel gebruiken en vallen zij onder het tuchtrecht.
- De *Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek)* 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 (Art. 7:446 BW). Hieronder vallen ook aanpalende handelingen, zoals het verplegen en verzorgen van personen in het kader van een geneeskundige behandeling. 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 bepalingen in de WGBO zijn vrijwel identiek aan die in de Jeugdwet. Wanneer de jeugdprofessional zorg levert in de zin van geneeskundige behandeling, is naast de Jeugdwet ook de WGBO van toepassing. Zie ook onder Jeugdwet.
- In de *Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)* – de opvolger van de *Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP)* – is een aantal algemene plichten opgenomen over het zorgvuldig omgaan met gegevens die over personen worden verwerkt (van het verzamelen en bewaren 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). Organisaties moeten kunnen aantonen dat zij voldoen aan de AVG.
- Het *Wetboek van Strafrecht (WvSr)* – zie paragraaf 5.2.

5.2 Seksualiteit in het strafrecht

In het Nederlandse strafrecht is strafbaar seksueel gedrag terug te vinden bij de ‘misdrijven voor de zeden’ (Art. 239 tot en met Art. 253 Sr). Er is een aantal verboden seksuele interacties, zoals deze in Art. 242 tot en met Art. 249 Sr worden beschreven: de zogenaamde *hands-on* delicten (aanranding, verkrachting of het vervaardigen van kinderporno) en *hands-off* delicten (zoals exhibitioneren of het 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 zestien jaar (de leeftijd van wettelijke seksuele meerderjarigheid ligt in Nederland op zestien jaar), personen met een verstandelijke beperking en personen buiten bewustzijn. Ook kan het zo zijn dat iemand niet in een positie is om in te stemmen doordat hij in een afhankelijkheidsrelatie met de pleger verkeert, zoals bijvoorbeeld (stief)vader en (stief)dochter, arts en patiënt, leraar en leerling, hulpverlener en cliënt.

Strafbaar seksueel gedrag

Of seksueel gedrag strafbaar is wordt bepaald door:

- het al dan niet gebruiken van fysieke dwang of geweld (of dreiging daarmee);
- het al dan 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 onder de zestien jaar en personen boven de zestien jaar die niet in staat zijn tot instemming vanwege verminderde weerbaarheid). Bij seks met minderjarigen (onder de zestien jaar) of wilsonbekwamen is sprake van een klachtdelict. Dat wil zeggen dat het misdrijf strafbaar is en vervolging door het Openbaar Ministerie (OM) kan plaatsvinden als er een klacht is ingediend. Een klacht kan worden ingediend door de minderjarige zelf; zijn ouders of wettelijke vertegenwoordigers en de Raad voor de Kinderbescherming.

Zedenwetgeving

Delicten die onder de zedenwetgeving vallen zijn de volgende.

- *Schennis van eerbaarheid*: schending van seksuele fatsoensnormen jegens anderen in het openbaar, in een plaats die toegankelijk is voor jeugdigen onder de zestien jaar of in aanwezigheid van iemand (zoals een jeugdige) die het eerbaarheid schendende karakter (nog) niet beseft of kan overzien (Art. 239 Sr).
- *Pornografie*: het openlijk tentoonstellen of ongevraagd aan iemand toezenden van afbeeldingen of voorwerpen die in strijd zijn met de seksuele fatsoensnormen (Art. 240 Sr).
- *Sexting valt onder een zedenmisdrijf* (Art. 240b Sr): het verspreiden, aanbieden, openlijk tentoonstellen, vervaardigen, invoeren, doorvoeren, uitvoeren, verwerven, in bezit hebben of zich door middel van een geautomatiseerd werk of met gebruikmaking van een communicatiedienst de toegang daartoe verschaffen van een afbeelding – of een gegevensdrager bevattende een afbeelding – van een seksuele gedraging, waarbij iemand die kennelijk de leeftijd van achttien jaar nog niet heeft bereikt, is betrokken of schijnbaar is betrokken. Het via smartphones geseksualiseerde beelden versturen of ontvangen van een ander onder de achttien jaar, kan een vorm van 'kinderpornografie' zijn.
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 en Kindersekstoerisme). Anders zou online seks strafbaarder zijn dan seks in het dagelijks leven.



De *Leidraad afdoening sextingzaken* (Landelijk Expertisecentrum Kinderporno en Kindersekstoerisme, 2017) van het OM biedt handvatten om per geval een afweging te maken of strafrechtelijk ingrijpen op grond van Art. 240b Sr of een ander zedenfeit is gewenst.

- *Verkrachting:*

- iemand met dwang of (dreiging met) geweld of een andere feitelijkheid dwingen tot het seksueel binnendringen van het lichaam (Art. 242 Sr);
- seksueel binnendringen van een bewusteloze, onmachtige of gestoorde (Art. 243 Sr);
- seksueel binnendringen bij iemand beneden de twaalf jaar (Art. 244 Sr);
- buiten echt (d.w.z. er is geen huwelijksrelatie) seksueel binnendringen bij iemand beneden de zestien jaar (Art. 245/247 Sr).

Art. 245 Sr: 'Hij die met iemand, die de leeftijd van twaalf jaren maar nog niet die van zestien jaren heeft bereikt, buiten echt (d.w.z. er is geen huwelijksrelatie), ontuchtige handelingen pleegt die bestaan uit of mede bestaan uit het seksueel binnendringen van het lichaam, wordt gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste acht jaren of een geldboete van de vijfde categorie.'

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 (Art. 246 Sr).

- *Ontuchtige handelingen:*

- handelingen met een slachtoffer onder of boven de zestien jaar maar niet in staat tot instemming ("bewusteloos, onmachtig of gestoord") (Art. 247 Sr);
- iemand onder de zestien jaar verleiden tot het plegen of dulden van ontuchtige handelingen met derden (Art. 247 Sr).

- *Jeugdprostitutie (zoals loverboy-problematiek/mensenhandel):*

- iemand onder de achttien jaar met giften en beloften of met misbruik van macht of overwicht verleiden tot het plegen of dulden van ontuchtige handelingen (Art. 248a Sr);

- ontucht plegen met iemand tussen de zestien en achttien jaar die zich beschikbaar stelt voor seksuele handelingen tegen betaling (Art. 248b Sr).
- *Ontucht met misbruik van gezag of vertrouwen*: wanneer iemand ontucht pleegt met zijn minderjarige kind, stiefkind of pleegkind, pupil, een aan zijn zorg, opleiding of waakzaamheid toevertrouwde minderjarige of minderjarige bediende of ondergeschikte (Art. 249 Sr).
- Seksuele contacten met kinderen onder de twaalf jaar. Ook seks vanaf twaalf jaar is strafbaar, maar wordt bij vrijwilligheid, gering leeftijdsverschil en een affectieve relatie vaak niet gemeld en bestraft.

Mishandelingsdelicten

Een delict dat onder de mishandelingsdelicten valt, is meisjesbesnijdenis. Hier is het volgende over op te merken.

- In Nederland zijn alle vormen van meisjesbesnijdenis verboden. De straf bedraagt maximaal twaalf 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 volgens 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 Vrouwelijke Genitale Verminking* (Pijpers et al., 2010).

5.3 Toestemming voor behandeling

Een behandelingsovereenkomst in de zin van de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) wordt afgesloten tussen de rechtspersoon en opdrachtgever onder de volgende voorwaarden:

- Tot twaalf jaar beslissen de gezagdragende ouders over hulp aan hun kind. Formeel speelt de wil van het kind zelf geen rol, maar zal een hulpverlener de wensen van het kind zoveel mogelijk bij beslissingen over de hulp moeten betrekken. Bovendien heeft het kind wel recht op informatie. De jeugdprofessional moet de voorlichting afstemmen op het bevattingsvermogen van het kind. Weigeren ouders toestemming te geven voor een dringend noodzakelijke ingreep of behandeling, dan kan via de Raad voor de Kinderbescherming worden bewerkstelligd dat dit tijdelijk wordt overruled door een kinderbeschermingsmaatregel. Het ouderlijk gezag kan in dat geval tijdelijk geheel of gedeeltelijk worden geschorst (Art. 1:268 lid 1 onder b BW). Zie ook de *Handreiking Toestemmingsvereiste voor hulp bij kindermishandeling* (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2016).
- Bij jeugdigen van twaalf tot en met vijftien jaar is in principe dubbele toestemming vereist, zowel van de ouders als van de jeugdige zelf (KNMG, 2019). Er zijn echter uitzonderingen bijvoorbeeld bij abortus en anticonceptie, opgenomen in Art. 7:450 lid 2 BW. 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, deskundigen (Fiom, huisarts). Het is uiteindelijk de behandelaar die besluit of de ouders/ voogd bij het te nemen besluit betrokken moet(en) worden.

- Vanaf zestien jaar beslist de jeugdige zelf over de hulp, tenzij hij wilsonbekwaam is. Voor jeugdigen van zestien en zeventien jaar wordt in de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) een uitzondering gemaakt. Vanaf het zestiende jaar gaan adolescenten, mits wilsbekwaam, zelfstandig een geneeskundige behandelingsovereenkomst aan en beslissen ze zelf over diagnostisch onderzoek of behandeling.

5.4 Beroepsgeheim en gegevensuitwisseling

Iedere professional die zorg biedt aan cliënten heeft een beroepsgeheim op grond van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG; Art. 88) en de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO; Art. 7.457 BW). Deze 'zwijgplicht' verplicht de professional om geen informatie over de cliënt aan derden te verstrekken tenzij de cliënt hem daarvoor toestemming geeft. Met toestemming van de jeugdige en/of ouders (afhankelijk van de leeftijd) mag altijd ter zake overlegd worden door de betrokken professional met relevante andere, externe professionals. Daarbij is het belangrijk dat de jeugdprofessional de jeugdige en de ouders vooraf goed informeert, zodat voor hen duidelijk is waar zij toestemming voor geven. Dat wil niet zeggen dat gegevensuitwisseling met andere professionals alleen maar mogelijk is als de jeugdige en/of ouders (afhankelijk van de leeftijd) expliciet toestemming geven. Bij het beroepsgeheim gaat het om geheimhouding waar mogelijk, en zorgvuldige doorbreking van het geheim waar nodig. Bij vermoedens van mishandeling spant de beroepskracht zich in om toestemming voor bijvoorbeeld de melding te krijgen. Als dit niet lukt, kan een wettelijke 'plicht tot spreken' bestaan of een zogenaamd 'conflict van plichten'. Als de professional meent de zwijgplicht te moeten doorbreken zal een ander belang zwaarder wegen, bijvoorbeeld het belang van de jeugdige tegenover het belang van de ouder. Overleg met de consulent seksuele gezondheid of aandachtsfunctionaris kindermishandeling/seksualiteit en Veilig Thuis en noteer dit met beargumentering in het dossier. Bij vermoedens van kindermishandeling (zoals seksueel misbruik) is er bovendien het wettelijke recht van geheimhouders om vermoedens te melden bij Veilig Thuis.

Leg ouders en jeugdigen de werking van het beroepsgeheim uit. Beloof jeugdigen nooit een 'geheim te bewaren'; beloof wel om de jeugdige altijd te zullen informeren en niet iets 'achter de rug om' te zullen ondernemen.

Bij de afweging om privacygevoelige informatie zonder toestemming uit te wisselen met andere professionals is het van belang de volgende vragen te beantwoorden:

- Welk doel moet bereikt worden met het geven van de informatie?
- Kan dit doel ook bereikt worden zonder de informatie te verstrekken?
- Is echt al het nodige geprobeerd om toch toestemming te verkrijgen van de gezinsleden?
- Weegt het gevaar of ernstig nadeel bij een van de gezinsleden (een of meer jeugdigen) wel op tegen het belang dat een ander gezinslid bij geheimhouding heeft?
- Wie heeft de informatie echt nodig om het gevaar of het ernstige nadeel voor het gezinslid af te wenden? Welke informatie heeft die professional echt nodig?



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/mensenhandel). Aan dergelijke netwerken doen vaak mensen uit meerdere disciplines mee, zoals leerkrachten, maatschappelijk werkenden, de jeugdgezondheidszorg en andere jeugdprofessionals. De casuïstiek wordt zoveel mogelijk anoniem of met toestemming van betrokkenen behandeld. Ook hier geldt dat het belang van de jeugdige zwaarder kan wegen dan het belang dat gediend is met de handhaving van de zwijgplicht. Gegevensuitwisseling kan plaatsvinden als daarmee het seksueel riskante gedrag kan worden voorkomen of gestopt. Zie ook de *Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Vink et al., 2016).

5.5 Overleg met politie of justitie

Ook in contacten met politie of justitie bewaart de professional het beroepsgeheim (zie ook paragraaf 5.4).

Het beroepsgeheim kan doorbroken worden als sprake is van:

- toestemming van de cliënt;
- een wettelijke plicht tot spreken (o.b.v. de Wet op de lijkbezorging en de Wet publieke gezondheid);
- een conflict van plichten: alleen met het vrijgeven van informatie aan politie of justitie kan ernstige schade voor de client of anderen worden voorkomen. Hiervan kan sprake zijn bij een ernstig misdrijf of een mogelijk strafbaar feit, binnen of buiten de hulpverlening, zoals:
 - seksueel misbruik;
 - geweld;
 - wapenbezit;
 - ernstige vormen van lichamelijke kindermishandeling of lichamelijke verwaarlozing;
 - eer gerelateerd geweld;
 - vrouwelijke genitale verminking;
 - huwelijksdwang.

Bij twijfel over het doen van aangifte of overleggen met politie of justitie: overleg intern met de aandachtfunctionaris en/of leidinggevende; vraag advies aan Veilig Thuis en eventueel ook bij de beroepsvereniging. Maak vervolgens een gezamenlijke afweging en besluit wie aangifte doet (dit kan ook door Veilig Thuis gedaan worden) en/of welke informatie gedeeld wordt en met welk doel. Afstemming van te ondernemen stappen in relatie tot politie of justitie zijn ook belangrijk omdat gesprekken van de jeugdprofessional met (minderjarige) slachtoffers en getuige(n) het leveren van bewijs in een strafzaak kunnen belemmeren of beïnvloeden. Dit geldt zowel voor het spreken met de ouders als met de jeugdige; en zowel met als zonder toestemming. Zie ook: Handreiking Praten met kinderen bij mogelijk seksueel misbruik (Kwakman & Polders, 2017). Omgekeerd kan de politie aanvullende informatie verstrekken die relevant is voor de jeugdprofessional om een veiligheids- en risicotaxatie te kunnen maken voor het hele gezin.

Veilig Thuis kan tevens aanvullende informatie navragen bij de politie over alle personen die direct betrokken zijn bij een melding.

Verwijs slachtoffers van seksueel misbruik (zowel binnen als buiten het gezin) naar een Centrum voor Seksueel Geweld (bij (vermoeden van) verkrachting; zo snel mogelijk en niet douchen).

Indien nodig kan de politie assisteren om de fysieke veiligheid van jeugdigen en

jeugdprofessionals te bewaken bij een huisbezoek of een gesprek.

Wijs ouders op de mogelijkheid om aangifte te doen of op het bestaan van het Tijdelijk Huisverbod. Dit is een bestuursrechtelijke maatregel die de politie, onder verantwoordelijkheid van de burgemeester, kan opleggen aan een pleger van huiselijk geweld (waaronder ook kindermishandeling).

In Nederland bestaan er tevens zogenaamde Veiligheidshuizen waarin politie, justitie, welzijn en zorg samenwerken rondom casuïstiek waarin de diverse domeinen een rol spelen. In de meeste Veiligheidshuizen maken huiselijk geweldsincidenten (waaronder kindermishandeling zoals seksueel misbruik) een belangrijk deel uit van de casuïstiek. De jeugdprofessional kan overleggen met het Veiligheidshuis en/of zelf benaderd worden voor overleg over een casus. Ook hiervoor geldt dat de professional het beroepsgeheim bewaart tenzij (zie paragraaf 5.4).

Zie ook: *Handvat Gegevensuitwisseling in het Zorg- en Veiligheidsdomein* (<https://www.veiligheidshuizen.nl>).

Zie ook: *Handreiking Beroepsgeheim en politie/justitie* (KNMG, 2012).

Zie ook: *Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Vink et al., 2016).

5.6 Aanbevelingen

- Werk altijd conform de wet.
- Stel je op de hoogte van de strekking van de wet BIG, de Jeugdwet, de WGBO en de AVG en weet dat:
 - tot twaalf jaar de gezagdragende ouders beslissen over hulp aan hun kind;
 - tussen twaalf en zestien jaar de gezagdragende ouders en de jeugdige samen beslissen;
 - vanaf zestien jaar de jeugdige zelf beslist over de hulp, tenzij hij wilsonbekwaam is.
- Handel bij vermoedens van kindermishandeling (waaronder seksueel misbruik) volgens de *Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling*.
- Bij een 'conflict van plichten' (zwijgplicht versus plicht tot spreken): vraag advies aan de aandachtsfunctionaris kindermishandeling/seksualiteit en/of Veilig Thuis en raadpleeg de beroepsvereniging. Noteer de beargumentering om het beroepsgeheim te doorbreken in het dossier van de jeugdige.
- Weet op hoofdlijnen wanneer seksueel gedrag strafbaar is.
- Wanneer je door signalen een vermoeden hebt van seksueel misbruik of geweld (een ernstig misdrijf of een mogelijk strafbaar feit), kun je na zorgvuldige onderbouwde afweging overleggen met de politie, bij voorkeur via Veilig Thuis en met verwijzing naar een Centrum voor Seksueel Geweld.

Hoofdstuk 6

Interventies



Dit hoofdstuk geeft antwoord op de volgende uitgangsvraag:

Met welke interventies kunnen jeugdprofessionals een gezonde seksuele ontwikkeling van jeugdigen in de jeugdhulp en jeugdbescherming (blijven) ondersteunen en versterken?

6.1 Introductie

In dit hoofdstuk lees je meer over de beschikbare interventies om de seksuele ontwikkeling van jeugdigen te ondersteunen. Er zijn interventies die geschikt zijn voor jeugdigen in het algemeen, en er zijn interventies die specifiek bedoeld zijn voor bepaalde groepen jeugdigen.

Voor dit hoofdstuk is gebruik gemaakt van het overzichtartikel van Goenee en collega's (2012) en is geput uit verschillende databanken: de Interventiedatabase van het Centrum Gezond Leven, de *Databank Effectieve Jeugdinterventies*, de *Databank Effectieve Sociale Interventies* en de *Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie*. Deze databanken houden een up-to-date overzicht bij van goed onderbouwde en effectieve interventies. In dit hoofdstuk is hiervan een selectie gemaakt op basis van bruikbaarheid en beschikbaarheid voor de jeugdhulp en jeugdbescherming.

In Nederland zijn slechts zeer weinig interventies op het gebied van seksualiteit en seksuele gezondheid bewezen effectief. Om die reden worden interventies die 'goed onderbouwd' zijn meegenomen in dit overzicht. Van goed onderbouwde interventies in bovengenoemde databanken wordt de werkzaamheid van de interventie met (wetenschappelijk gefundeerde) modellen, theorie of literatuur onderbouwd. Dit is de eerste stap naar het onderzoeken van de effectiviteit van deze interventies.

In afstemming met de praktijk is besloten om een aantal veelgebruikte *practise-based* interventies voor specifieke groepen jeugdigen in de richtlijn op te nemen, omdat er geen goed onderbouwde of effectieve interventies beschikbaar zijn voor een aantal specifieke groepen. De *practise-based* interventies zijn gekozen aan de hand van een aantal selectiecriteria:

- de definitie van 'interventie': een doel- en/of planmatige activiteit gericht op het voorkomen of verminderen van seksuele risico's of problemen en/of het bevorderen van seksueel gezond en competent gedrag. Factsheets en folders worden daarom in dit hoofdstuk niet benoemd;
- interventies zijn gericht op universele preventie, signalering en behandeling en/of: gericht op de specifieke groepen die in deze richtlijn beschreven zijn.
- Interventies moeten beschikbaar, leverbaar en verkrijgbaar zijn in Nederland.

Het is uitermate belangrijk dat de jeugdprofessional eerst een goede analyse maakt, op basis van de kennis uit hoofdstuk 2 en 3, om van daaruit een juiste interventie te kiezen.

6.2 Overzicht interventies

In de onderstaande tabel zijn interventies verwerkt die jeugdprofessionals kunnen gebruiken om een gezonde seksuele ontwikkeling van jeugdigen in de jeugdhulp en jeugdbescherming te (blijven) ondersteunen en versterken. Maak eerst een goede analyse van de problematiek, indien nodig met andere disciplines, op basis van de kennis uit hoofdstuk 2 en 3, om van daaruit vervolgstappen te zetten. In de tabel vind je vervolgens passende interventies. Voor sommige doelen en doelgroepen zijn meerdere interventies beschikbaar. Je maakt dan als professional (eventueel organisatiebreed) een keuze.

De interventies staan op leeftijd van de doelgroep gerangschikt. Per interventie worden naam, niveau van effectiviteit, doel, doelgroep en methode genoemd. Ook is aangegeven of een interventie preventief, voor signalering of als begeleiding/behandeling in te zetten is. Per interventie is een beschrijving en een link voor meer informatie opgenomen. Daarnaast zijn de interventies in de genoemde databanken te vinden.

Tabel 14. Evidence-based interventies

Naam interventie	Niveau van effectiviteit	Doel van interventie	Doelgroep	Methode	Preventie	Signalering	Begeleiding en/of behandeling
Interventies voor kinderen onder de 12 (en hun ouders/opvoeders)							
Kriebels in je buik	Goed onderbouwd	Bevorderen gezonde seksuele ontwikkeling, voorkomen seksuele problemen.	Kinderen (4-12 jaar)	Groepsgerichte aanpak	x		
Opgroeien met Liefde	Goed onderbouwd	Bevorderen gezonde seksuele ontwikkeling, voorkomen seksuele problemen.	Ouders (van jeugdigen van 0-18 jaar)	Groepsgerichte aanpak	x		
Vlaggensysteem (incl. Buiten de Lijnen en Vlaggensysteem RJ)	Goed onderbouwd	Beoordelen (gezond) seksueel gedrag en voorkomen seksueel grensoverschrijdend gedrag	Jeugdigen (0-18 jaar), professionals, ouders	Groepsgerichte en/of individuele aanpak	x	x	x
NIKA	Goed onderbouwd	Aanleren van sensitief opvoedgedrag bij ouders.	Multiprobleemgezinnen, met kinderen van 9 maanden tot 6 jaar	Individuele aanpak			x
Basic Trustmethode	Effectief volgens eerste aanwijzingen	Afname van (ernstige) gedrags- en/of emotionele problemen van het kind.	Kinderen (2-12 jaar) met hechtingsproblematiek	Gezinsgerichte aanpak			x
Horizon methodiek	Goed onderbouwd	Gevolgen van seksueel misbruik verminderen en verdere problemen voorkomen.	Seksueel misbruikte kinderen (4-12 jaar)	Groepsgerichte aanpak (parallel aanbod voor ouders)			x
Out of the Circle	Goed onderbouwd	De kans op recidive in een seksueel geweldsdelict verminderen.	Jonge plegers van seksuele delicten (12-24 jaar)	Individuele/ groepsgerichte aanpak			x

Tabel 14. Evidence-based interventies (vervolg)

Naam interventie	Niveau van effectiviteit	Doel van interventie	Doelgroep	Methode	Preventie	Signalering	Begeleiding en/of behandeling
Interventies voor jongeren van 12 – 18 jaar (en hun ouders en opvoeders)							
Lang Leve de Liefde (meerdere modulen)	Versie voor onderbouw (13-15 jaar): effectief volgens goede aanwijzingen, voor bovenbouw (15-19 jaar): goed onderbouwd.	Bevorderen gezonde seksuele ontwikkeling, preventie seksuele problemen.	Jongeren 13-25 jaar (meerdere niveaus)	Groepsgerichte aanpak	x		
Benzies en Batchies	Goed onderbouwd	Preventie seksueel grensoverschrijdend gedrag.	Jongeren 12-16 jaar (niveau praktijkonderwijs)	Groepsgerichte aanpak	x		
Je Lijf, Je Lief!	Goed onderbouwd	Preventie seksueel grensoverschrijdend gedrag.	Moeilijk lerende jongeren en jongeren met een licht verstandelijke beperking (12-14 jaar)	Groepsgerichte aanpak	x		
Liefde is ... voor meisjes	Goed onderbouwd	Bevorderen seksuele ontwikkeling, preventie seksuele risico's.	Meisjes (13-16 jaar)	Groepsgerichte aanpak	x		
Girls' Talk	Goed onderbouwd	Selectieve preventie: voorkomen onbedoelde zwangerschap en verlagen risico op meemaken seksueel geweld.	Meiden (14-21 jaar) met verhoogd risico op negatieve seksuele ervaringen (+ variant voor meiden met een LVB)	Groepsgerichte aanpak	x		x
Make a Move	Goed onderbouwd	Selectieve preventie: voorkomen van seksueel grensoverschrijdend gedrag.	Laagopgeleide jongens, 12-21 jaar (+ variant voor jongens met een LVB)	Groepsgerichte aanpak	x		x
Romeo	Goed onderbouwd	Versterken seksuele interactiecompetentie om herhaling van seksueel grensoverschrijdend gedrag te voorkomen.	Jongens 12-19 jaar die SGOG vertonen en risico lopen op herhaling daarvan.	Individuele aanpak	x		x

Tabel 14. Evidence-based interventies (vervolg)

Naam interventie	Niveau van effectiviteit	Doel van interventie	Doelgroep	Methode	Preventie	Signalering	Begeleiding en/of behandeling
Interventies voor jongeren van 12 – 18 jaar (en hun ouders en opvoeders)							
Julia	Goed onderbouwd	Bevorderen van gezonde seksuele ontwikkeling en het risico op herhaald of ernstiger SGOG en/ of slachtofferschap van een loverboy verkleinen.	Meisjes (13-19 jaar) die seksueel grensoverschrijdend gedrag hebben meegemaakt of daar signalen van vertonen.	Individuele aanpak	x		x
Asja	Goed onderbouwd	Drie samenhangende doelen: meisje is veilig en beschermd tegen netwerk, functioneert leeftijdsadequaat, goede basis uitgangspositie.	Meisjes van 12-23 jaar, slachtoffers van loverboys	Gecombineerde aanpak			x
PINQ – crisis (Meisa)	Goed onderbouwd	Situatie van het meisje vanuit beschermde en veilige omgeving in kaart brengen, nagaan of er sprake is van mensenhandel, advies voor vervolghulp.	Meisjes 12 t/m 18 jaar, crisisopvang, loverboyslachtoffers	Gecombineerde aanpak			x
PINQ - gesloten	Goed onderbouwd	Veiligheid van het meisje zodanig herstellen dat een gesloten plaatsing niet langer nodig is (losgemaakt uit afhankelijkheidsrelatie, risico opnieuw slachtoffer te worden aanzienlijk verkleind, basis voor een gezond toekomstperspectief).	Meisjes, 12 t/m 18 jaar, loverboyslachtoffers	Gecombineerde aanpak			x

Tabel 14. Evidence-based interventies (vervolg)

Naam interventie	Niveau van effectiviteit	Doel van interventie	Doelgroep	Methode	Preventie	Signalering	Begeleiding en/of behandeling
Interventies voor jongeren van 12 – 18 jaar (en hun ouders en opvoeders) (vervolg)							
Pas op de grens Jeugd	Goed onderbouwd	Voorkomen recidive.	Jongeren 12-21 jaar die seksueel grensoverschrijdend gedrag hebben vertoond waarbij risico is op recidive	Individuele aanpak			x
Ken je grens	Goed onderbouwd	Bevorderen positieve ontwikkeling, verminderen problemen, voorkomen recidive.	Jongeren 12-21 jaar die seksueel grensoverschrijdend gedrag hebben vertoond waarbij risico is op recidive	Individuele aanpak			x
Interventies voor jong volwassenen van 18 – 23 jaar (en hun ouders)							
Vriendschap, verkering, vrijen, kinderwens	Goed onderbouwd	Bevordering van bewustzijn eigen wensen en behoeften op gebied van vriendschap, verkering, vrijen en kinderwens.	Jongvolwassenen (18+) met een licht verstandelijke beperking die (enigszins) kunnen lezen en schrijven	Gecombineerde aanpak	x		
Vroeger en verder	Effectief volgens goede aanwijzingen	Vermindering van klachten die horen bij een complexe PTSS.	Volwassenen (18+) met een geschiedenis van seksueel misbruik en/ of lichamelijk geweld	Gecombineerde aanpak			x
Pas op de grens	Goed onderbouwd	Seksueel grensoverschrijdend gedrag in het heden stoppen en kans op recidive in toekomst reduceren.	Volwassen mannen (18+) met een licht verstandelijke beperking die SGOG vertonen of hebben vertoond (matig/ hoog recidive-risico)	Gecombineerde aanpak			x
Samen misbruik de baas	Goed onderbouwd	Problemen als gevolg van het misbruik verminderen.	Volwassen vrouwen (18+) met een verstandelijke beperking die slachtoffer zijn van seksueel misbruik	Groepsgerichte aanpak			x

Vanwege de goede onderbouwing en/of aanwijzingen voor effectiviteit worden interventies, afhankelijk van het doel, uit tabel 14 aangeraden voor gebruik. Ook brengen we een aantal veelgebruikte practise-based interventies in de richtlijn in kaart. Een preventieve aanpak op het gebied van gezonde seksualiteitsontwikkeling is immers onontbeerlijk voor jeugdigen in de jeugdhulp en jeugdbescherming. Voor een aantal specifieke groepen jeugdigen - jeugdigen met een licht verstandelijke beperking, autistische jeugdigen - zijn geen goed onderbouwde of effectieve (preventieve) interventies in de genoemde databanken beschikbaar. Dit terwijl de begeleiding van deze jeugdigen een specifieke aanpak vereist (zie paragraaf 4.6). Ook bleek er behoefte aan een aantal interventies op specifieke thema's (genderidentiteitsontwikkeling, doorbreken van sociale normen) en aanvullende materialen voor jeugdigen zelf (websites, spellen). Zij worden in tabel 15 gepresenteerd. De selectiecriteria staan beschreven in de onderbouwing. De interventies in onderstaande tabel dienen als aanvulling op de interventies uit tabel 14.

Tabel 15: Practice-based interventies

Naam interventie	Doel	Doelgroep	Methode	Preventie & begeleiding
Algemene interventies om thema seksualiteit mee in te leiden (vertrouwensband)				
Levensvaardigheden	Algemene interventie om thema seksualiteit mee in te leiden.	Jongeren 13-17 jaar	Groepsgerichte aanpak	x
Interventies gericht op preventie SGOG, doorbreken gendernormen, gericht op jongens				
Be a Man	Preventie seksueel grensoverschrijdend gedrag.	Laagopgeleide jongens met een migranten achtergrond (12-16 jaar)	Groepsgerichte aanpak, peer-educators	x
Genderbread Kit	Bespreekbaar maken van genderdiversiteit en seksuele diversiteit.	Jongeren (12-18 jaar)	Groepsgerichte aanpak (workshops)	x
LEF Gozers	Preventie SGOG, vergroten van acceptatie LHBT's, bevorderen gezonde seksuele ontwikkeling.	Jongens (14-18 jaar)	Groepsgerichte aanpak	x
Jongens	Seksueel grensoverschrijdend gedrag voorkomen, jongens leren zelf normen aan seksueel gedrag te stellen en vragen over seksualiteit beantwoord krijgen.	Laagopgeleide jongens (12-14 jaar)	Groepsgerichte aanpak	x
Interventies gericht op specifieke groepen				
Halt-interventie: Respect Online	Herhaling van online SGOG voorkomen.	Jongeren (12-17) die lichte vormen van online SGOG hebben vertoond	Niet vrijblijvend (justitieel kader), gecombineerde aanpak	x
Lief, Lijf & Leven	Bevorderen gezonde seksuele ontwikkeling (inclusief videomateriaal).	Jongeren vanaf 12 jaar met een LVB	Individuele aanpak	x
Praten over Seks	Bevorderen gezonde seksuele ontwikkeling.	Jongeren en volwassenen (12+) met een LVB	Individuele aanpak	x
Seks@relaties.kom	Bevorderen gezonde seksuele ontwikkeling.	Jongeren en volwassenen (12+) met een LVB	Groepsgerichte aanpak	x
YIP!	Begeleiding slachtoffers mensenhandel/prostitutie.	Meiden en vrouwen met een LVB (12-27 jaar)	Groepsgerichte aanpak	x
Toolkit Kinderwens en ouderschap	Bespreekbaar maken kinderwens en ouderschap.	Volwassenen (18+) met een LVB	Gecombineerde aanpak	x
Ik-Puber training	Bevorderen gezonde relationele en seksuele ontwikkeling.	Autistische jeugdigen (12-18 jaar)	Gecombineerde aanpak	x

Tabel 15: Practice-based interventies (vervolg)

Naam interventie	Doel	Doelgroep	Methode	Preventie & begeleiding
Interventies gericht op specifieke groepen vervolg				
Training Seksualiteit (GGZ Rivierduinen)	Bevorderen gezonde relationele en seksuele ontwikkeling.	Autistische jeugdigen (12-18 jaar)	Leesboeken	x
Relaties@autisme.kom	Bevorderen gezonde relationele ontwikkeling.	Autistische jongeren en volwassenen (12+)	Bordspel	x
Seks@autisme.kom	Bevorderen gezonde seksuele ontwikkeling.	Autistische jongeren en volwassenen (12+)	Bordspel	x
Aanvullende materialen (websites, spellen, online games)				Bordspel
Verschillende leesboeken (bijv. van auteur Sanderijn van der Doef of auteur Channah Zwiép)	Bespreekbaar maken seksualiteit en relaties, seksuele opvoeding.	Kinderen 4-12 jaar	Leesboeken	x
Boys R Us	Bespreekbaar maken seksualiteit en relaties.	Jongens 10-16 jaar	Bordspel	x
Girls'Choice	Bespreekbaar maken seksualiteit en relaties.	Meisjes 10-15 jaar	Bordspel	x
SeCZ Talk	Bespreekbaar maken seksualiteit en relaties.	Jongeren (12-25 jaar) met een lichamelijke beperking en/of chronische ziekte	Bordspel	x
Liefdesweetjes	Bespreekbaar maken seksualiteit en relaties.	Jongeren en volwassenen (12+) met een licht verstandelijke beperking	Bordspel	x
Can You Fix it	Preventie SGOG.	Jongeren 12-18 jaar	Online game (individueel)	x
www.sense.info	Informatie seksualiteit en relaties.	Jongeren 12-25 jaar	Website	x
https://islamenliefde.maroc.nl/	Informatie over seksualiteit en relaties.	Islamitische jongeren 12+	Website	x
https://www.lovensex.nl/nl/	Informatie over seksualiteit en relaties.	Antilliaanse jongeren 12+	Website	x

6.3 Interventies voor jeugdigen

In dit hoofdstuk zijn de interventies beschreven. Ze zijn ingedeeld in drie leeftijdsgroepen: 0 tot 12 jaar, 12 tot 18 jaar, en 18 tot 23 jaar. Wanneer een interventie geschikt is voor jeugdigen uit meerdere leeftijdscategorieën, dan wordt de interventie in alle relevante categorieën benoemd. *Zo wordt een interventie die voor jeugdigen van 15 tot 25 jaar ontwikkeld is, zowel in de categorie 12 tot 18 jaar als 18 tot 23 jaar genoemd.*

Indeling en beschrijving

Per leeftijdscategorie worden de interventies ingedeeld in vier subgroepen: goed onderbouwd (*evidence based*), veelgebruikt (*practice based*), aanvullend materiaal (goed onderbouwd, *evidence based*) en aanvullend materiaal (veel gebruikt, *practice based*).

Per interventie worden naam, niveau van effectiviteit, doel, doelgroep en methode genoemd. Ook is aangegeven of een interventie preventief, voor signalering of als begeleiding/behandeling in te zetten is. Ook staat er bij elke interventie een link naar meer informatie. Ten slotte worden interventies die ontwikkeld zijn voor de in de richtlijn beschreven groepen ook apart benoemd. Interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking, een stoornis in het autismespectrum, hechtingsproblematiek, of seksueel trauma worden zowel bij de leeftijdscategorieën benoemd als in specifieke paragrafen aan het einde van dit hoofdstuk.

N.B. Niet voor alle beschreven groepen zijn specifieke interventies ontwikkeld. Veel interventies zijn ontwikkeld voor jeugdigen in het algemeen, of voor in het reguliere onderwijs. Wanneer een interventie is ontwikkeld voor het reguliere onderwijs, dan is het vaak mogelijk om deze interventie eventueel met wat aanpassing te gebruiken in de jeugdhulp en jeugdbescherming. Bijvoorbeeld kan een aanpassing er uit bestaan dat er praktische voorbeelden gegeven moeten worden zodat de informatie aansluit bij de belevingswereld van de jeugdigen in de jeugdzorg. Tips om dit te doen zijn te vinden in hoofdstuk 4 (*Handvatten voor specifieke doelgroepen*) van deze richtlijn.

Overige aandachtspunten

Om de seksuele ontwikkeling van jeugdigen te ondersteunen is het belangrijk dat zij de juiste begeleiding krijgen. De competenties van de jeugdprofessionals zoals beschreven in hoofdstuk 4 van deze richtlijn zijn hierbij cruciaal. Deze competenties stellen de jeugdprofessional in staat om jeugdigen de juiste begeleiding te bieden. Om te ondersteunen in hun seksuele ontwikkeling is echter meer nodig dan dat. Het is van belang dat er vanuit de organisatie positieve aandacht is voor de seksuele ontwikkeling van jeugdigen. Visie, beleid en aandacht voor seksualiteit moet op de juiste manier ingebed zijn in de organisatie om een goede ontwikkeling van jeugdigen te ondersteunen. Dit moet vervolgens ook ondersteund worden door het management en binnen teams. Bovendien is het belangrijk dat er aandacht is voor deskundigheidsbevordering. Bijscholing van jeugdprofessionals is van cruciaal belang om hen in staat te stellen de seksuele ontwikkeling van jeugdigen te ondersteunen. Wanneer seksuele ontwikkeling net als andere thema's een plek heeft binnen de organisatie, worden de jeugdprofessionals zelf ook ondersteund bij de ondersteuning van de jeugdigen. Dit zijn belangrijke randvoorwaarden voor het slagen van de uitvoering van een interventie.



Maak als jeugdprofessional eerst een goede analyse: wat heb je nodig voor de jeugdige en/of ouder(s)/opvoeder(s). Hiervoor gebruik je de kennis uit hoofdstukken 2 en 3. In dit hoofdstuk kun je vervolgens een passende interventie vinden op basis van: doelgroep, leeftijd, preventie, signalering of begeleiding/ behandeling.

6.4 Interventies voor jeugdigen tot 12 jaar

Interventies kunnen materialen, methoden of programma's zijn. Er zijn veel interventies ontwikkeld om de seksuele gezondheid van jeugdigen te bevorderen en seksuele risico's te voorkomen. In deze paragraaf zijn interventies te vinden voor kinderen tot 12 jaar. Sommige interventies zijn voor kinderen in het algemeen, en sommigen voor een specifieke groep kinderen. Dit staat per interventie benoemd.

6.4.1 Goed onderbouwde interventies (*evidence-based*)

PREVENTIE

Kriebels in je Buik	
Doelgroep	algemeen
Leeftijd	4 tot 12 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.kriebelsinjebuik.nl/
Omschrijving	Kriebels in je buik is een samenhangend lespakket over het jongens- en meidenlichaam, gender, relaties, seksualiteit, wensen, grenzen, veranderingen tijdens de puberteit, media en seksuele weerbaarheid voor kinderen op de basisschool. Het online lespakket beoogt bij te dragen aan een veilige en gezonde seksuele ontwikkeling van kinderen van 4 tot 12 jaar. De interventie is beoordeeld als goed onderbouwd. Begin 2018 is een aangepaste versie voor gebruik in het speciaal onderwijs gelanceerd. De versie sluit aan bij de leerlijn seksuele vorming voor het SO ZML. De versie wordt in 2019 ingediend voor onderbouwing.

PREVENTIE & SIGNALERING

Vlaggensysteem	
Doelgroep	algemeen
Leeftijd	0 tot 18 jaar
Doel	preventie & signalering
Meer informatie	https://vlaggensysteem.nl/
Omschrijving	<p>Het <i>Vlaggensysteem</i> is gericht op kinderen in de leeftijd van 0 tot 18 jaar. Het '<i>Vlaggensysteem</i>' stimuleert gezond seksueel gedrag en draagt bij aan het voorkómen en terugdringen van seksueel grensoverschrijdend gedrag onder kinderen en jongeren. Het biedt professionele opvoeders handvatten om seksueel gedrag adequaat te beoordelen, het bespreekbaar te maken en om gepast te reageren. Uit onderzoek naar praktijkervaringen blijkt dat het '<i>Vlaggensysteem</i>' door professionals wordt gewaardeerd en dat ze beter kunnen aangeven of gedrag bij de reguliere seksuele ontwikkeling hoort. Het '<i>Vlaggensysteem</i>' is verder doorontwikkeld voor specifieke doelgroepen:</p> <ul style="list-style-type: none">- <i>Buiten de Lijnen</i> (jeugdigen met een beperking, met een seksueel trauma, inclusief specifieke aandacht op cultuursensitiviteit en genderidentiteitsontwikkeling)- <i>Vlaggensysteem Rj</i> (voor de residentiële jeugdzorg) <p>Ook zijn er aanvullende materialen (zoals het '<i>Oké spel</i>' en de folder '<i>Over de grens</i>' voor ouders over het '<i>Vlaggensysteem</i>'). De interventie is goed onderbouwd.</p>

Vlaggensysteem	
Doelgroep	jeugdigen met een beperking of met een seksueel trauma
Leeftijd	0 tot 18 jaar
Doel	signalering & behandeling
Meer informatie	https://www.movisie.nl/publicatie/vlaggensysteem
Omschrijving	<p><i>Buiten de Lijnen</i> is een pedagogische interventie die professionals helpt om te reageren op seksueel (grensoverschrijdend) gedrag bij minderjarigen met een beperking of jeugdigen met een seksueel trauma. De interventie past de methodiek van het '<i>Vlaggensysteem</i>' toe. Er is veel aandacht voor ontwikkelingsaspecten zoals 'gender' en 'cultuur', omdat deze veel invloed hebben op de seksuele ontwikkeling van kinderen en op de houding van professionals. De interventie heeft de vorm van een handboek dat professionals ondersteunt.</p>

BEHANDELING

Horizonmethodiek	
Doelgroep	kinderen die seksueel misbruik hebben meegemaakt
Leeftijd	4 tot 12 jaar
Doel	behandeling
Meer informatie	https://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Erkende-interventies/Horizonmethodiek.html
Omschrijving	De <i>Horizonmethodiek</i> is gericht op kinderen van 4 tot 12 jaar die seksueel misbruik hebben meegemaakt, en hun niet-misbruikende ouders. Het doel is het verminderen van negatieve gevolgen van seksueel misbruik en het herstellen van vertrouwen en (sociaal) functioneren bij de kinderen. De ouders worden begeleid bij het optimaal steunen van hun kind. De interventie is goed onderbouwd.

Out of the Circle	
Doelgroep	Jonge plegers van seksueel geweld
Leeftijd	6 tot 18 jaar
Doel	behandeling
Meer informatie	https://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Erkende-interventies/Out-of-circle
Omschrijving	<i>Out of the Circle</i> is een intensieve cognitief gedragstherapeutische interventie voor jeugdige plegers (soloplegers) van 6 tot 18 jaar. De interventie is ingebed in een klinische behandeling in de gesloten setting. Uitgangspunt is dat de jeugdigen een (relatief) hoog risico op recidive kennen. 'Out of the Circle' bestaat uit 20 groepsbijeenkomsten en 10 logboek-bijeenkomsten met de groep, een individuele intake, een individuele tussenevaluatie en een netwerkgesprek. De interventie heeft een totale duur van minimaal 23 weken en is beoordeeld als goed onderbouwd door de Dienst Justitiële Inrichtingen.

6.4.2 Veelgebruikte interventies (*practice-based*)

PREVENTIE

Rots en Water	
Doelgroep	algemeen
Leeftijd	9 tot 18 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.rotsenwater.nl/
Omschrijving	<p><i>Rots en Water</i> is een interventie voor jeugdigen van 9 tot 18 jaar. In het programma leren jeugdigen zich enerzijds te verdedigen tegen verschillende vormen van geweld en anderzijds oog en gevoel te krijgen voor eigen grensoverschrijdend gedrag. De basis van '<i>Rots en Water</i>' bestaat uit sociale vaardigheidstraining, met extra fysieke elementen. De training is doorontwikkeld voor jeugdigen met een autismespectrumstoornis.</p> <p>Let op! In verschillende databanken wordt de interventie verschillend beoordeeld. De interventie is niet erkend in de Databank Effectieve Jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut (Nji), omdat de interventie onvoldoende aansluit bij de gekozen doelgroep. Daarnaast komt de beschrijving van de interventie op meerdere punten niet overeen met de handleiding, de website en de praktijk van het '<i>Rots en Water</i>' programma. In de Databank van het Centrum Gezond Leven (CGL) wordt aangegeven dat er een scala aan onderzoeken naar effectiviteit heeft plaatsgevonden. Algemene uitkomsten zijn: minder pesten en geweld op school en in de klas, betere coping strategieën in geweldsituaties, betere sociale vaardigheden, meer zelfvertrouwen en zelfbeheersing, minder meeloopgedrag, beter in staat eigen mening en keuzes naar voren te brengen en zelfstandig een eigen weg te gaan, betere leerresultaten op school, groter algemeen welbevinden. De interventie heeft de status niet beoordeeld.</p> <p><i>Rots en Water</i> wordt in dit hoofdstuk genoemd om gebruikers te laten weten dat de interventie verschillend beoordeeld is in de geraadpleegde databanken.</p>

6.4.3 Aanvullende materialen (goed onderbouwd, *evidence-based*)

PREVENTIE

Girls' Choice	
Doelgroep	meiden
Leeftijd	10 tot 15 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.rutgers.nl/producten/girls-choice-nl
Omschrijving	<i>Girls' Choice</i> is een interactief bordspel voor meiden van 10 tot 15 jaar. Het spel is gericht op vijf thema's; seksualiteit en relaties, veilig vrijen, zwangerschap en moederschap, jongens en weerbaarheid. Deze thema's worden uitgewerkt in rollenspelen, kennisvragen, persoonlijke vragen, verbale opdrachten en non-verbale opdrachten. Er zijn twee sets opdrachtkaartjes, voor meiden van 10 tot 13 jaar en voor meiden van 13 tot 15 jaar. De interventie is goed onderbouwd.

Boys R Us	
Doelgroep	jongens
Leeftijd	10 tot 16 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.rutgers.nl/producten/boys-r-us
Omschrijving	<i>Boys R Us</i> is een bordspel voor jongens waarin het omgaan met relaties, seksualiteit, communiceren met meiden, sociale invloeden en beeldvorming via de media centraal staan. Het spel bestaat uit twee varianten; één voor jongens van 10 tot 13 jaar en één voor jongens van 13 jaar en ouder. Door middel van kennis- en meningsvragen en doe-opdrachten in de categorieën vrienden, meiden, ik en omgeving maken jongens op een speelse en interactieve manier kennis met seksualiteit en relaties. De interventie is goed onderbouwd.

Opgroeien met Liefde	
Doelgroep	algemeen
Leeftijd	0 tot 18 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://shop.rutgers.nl/webwinkel/opgroeien-met-liefde/210668
Omschrijving	<i>Opgroeien met Liefde</i> is een interventie die bestaat uit een handleiding ter ondersteuning van ouders bij de seksuele opvoeding. De interventie is bedoeld voor gebruik in groepsbijeenkomsten met ouders. Er wordt een onderscheid gemaakt in een programma gericht op ouders met kinderen onder de 12 jaar en een programma gericht op ouders met kinderen in de leeftijd van 12 tot 18 jaar. De interventie is goed onderbouwd.



6.4.4 Aanvullende materialen (veel gebruikt, *practice-based*)

PREVENTIE

Pubermind	
Doelgroep	algemeen/jeugdigen met ASS of ADHD
Leeftijd	9 tot en met 21 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	http://www.pubermind.nl/
Omschrijving	<i>Pubermind</i> is een methode waarbij een spel wordt ingezet om ervaringen, ideeën en verwachtingen van de puberteit spelenderwijs te bespreken. De manier van spelen creëert een open sfeer met als doel dat eventuele weerstand afneemt en de jongere open staat voor nieuwe informatie en vragen zal stellen. De methodiek is ontwikkeld voor jeugdigen van 9 tot en met 21 jaar met ASS of ADHD, maar ook voor de reguliere populatie.

Leesboeken Sanderijn van der Doef	
Doelgroep	algemeen
Leeftijd	4 tot 18 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	http://sanderijnvanderdoef.nl/
Omschrijving	Sanderijn van der Doef schreef voorlichtingsboeken voor zowel ouders als kinderen en pubers. <i>Ben jij ook op mij?</i> is een boek over seks voor jeugdigen van 7 tot 12 jaar. Jeugdigen krijgen de boodschap dat seks niet raar of vies is, maar in de meeste gevallen vooral leuk en fijn. Ook schreef ze boeken voor jeugdigen van 4 tot 7 jaar. <i>Ik vind jou lief</i> gaat over seksualiteit en <i>NEE!</i> is een licht en humoristisch prentenboek over Ja en Nee zeggen, dat ouders en verzorgers wil helpen om kinderen weerbaar te maken. Voor pubers maakten zij <i>Het puberboek</i> , waarin alles staat wat pubers moeten en willen weten over hun lichaam, seksualiteit en omgang met anderen. <i>Kleine mensen, grote gevoelens</i> is een boek voor opvoeders waarin de seksuele ontwikkeling van baby tot puber omschreven wordt, en hoe deze zo goed mogelijk begeleid kan worden.

6.5 Interventies voor jeugdigen tussen de 12 en 18 jaar

Een groot deel van de beschikbare interventies is voor jeugdigen tussen 12 en 18 jaar oud. Naast interventies die geschikt zijn voor de gehele leeftijdsgroep, zijn er ook interventies specifiek gericht op jongens of op meiden. Er is een aantal interventies ontwikkeld specifiek voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. Ook zijn er interventies gericht op jeugdigen die slachtoffer of pleger zijn van seksueel grensoverschrijdend gedrag en/of seksueel misbruik.

6.5.1 Goed onderbouwde interventies (*evidence-based*)

PREVENTIE

Lang Leve de Liefde – Onderbouw	
Doelgroep	praktijk en regulier voortgezet onderwijs
Leeftijd	13 tot en met 15 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.langlevedeliefde.nl/docenten
Omschrijving	<i>Lang Leve de Liefde – Onderbouw</i> is een lespakket over liefde, relaties, seksualiteit en veilig vrijen voor de onderbouw van het voortgezet onderwijs. Het lespakket is bedoeld voor tweede klas van praktijkonderwijs, vmbo, havo en vwo, voor leerlingen van 13 tot en met 15 jaar. Met het lespakket worden leerlingen ondersteund in een prettige, veilige en gewenste seksuele ontwikkeling. Er wordt gewerkt aan kennis, maar ook houding en vaardigheden van de leerlingen ten aanzien van relaties en seksualiteit. Er zijn goede aanwijzingen voor de effectiviteit van de interventie.

Lang Leve de Liefde – Bovenbouw	
Doelgroep	regulier voortgezet onderwijs
Leeftijd	15 tot en met 19 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.langlevedeliefde.nl/docenten
Omschrijving	<i>Lang Leve de Liefde – Bovenbouw</i> heeft als doel om gezonde en gewenste (seksuele) relaties en het respectvol omgaan met seksuele diversiteit te bevorderen. De doelgroep betreft scholieren in de bovenbouw van havo/vwo (klassen 4-5-6) in de leeftijd van 15 tot en met 19 jaar. Het lespakket is aan de hand van het Intervention Mapping Protocol ontwikkeld en wordt online aangeboden in de vorm van acht lessen waarbij vier thema's aan bod komen (relaties, zwangerschapspreventie, soa-preventie en seksuele diversiteit). De interventie is goed onderbouwd.

Lang Leve de Liefde – MBO	
Doelgroep	MBO
Leeftijd	15 tot en met 25 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.langlevedeliefde.nl/docenten
Omschrijving	<i>Lang Leve de Liefde</i> – MBO ondersteunt jeugdigen op het MBO in de leeftijd van 15 tot en met 25. De jeugdigen krijgen handvatten aangereikt die helpen bij het maken van gezonde en verantwoorde keuzes met betrekking tot liefde, relaties en seks. De interventie voor de onderbouw is effectief volgens goede aanwijzingen, de interventie voor de bovenbouw is goed onderbouwd.

Lang Leve de Liefde – Aanvullende modules	
Doelgroep	divers
Leeftijd	divers
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.langlevedeliefde.nl/docenten
Omschrijving	Er zijn een aantal aanvullende modules voor 'Lang Leve de Liefde': 'Jij en de Media', 'Seksuele diversiteit', 'Soa-practicum', 'Wensen en grenzen', 'Toolkit L.O.V.E. Online'.

Je Lijf, je Lief!	
Doelgroep	praktijkonderwijs
Leeftijd	12 tot en met 14 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.seksuelevorming.nl/producten/je-lijf-je-lief
Omschrijving	<i>Je Lijf, je Lief!</i> is een lesprogramma dat zich richt op moeilijk lerende jeugdigen en jeugdigen met een licht verstandelijke beperking in de leeftijd van 12 tot en met 14 jaar in het praktijkonderwijs. Doel is hen te ondersteunen in het beter herkennen en respecteren van de eigen seksuele grenzen en die van anderen. Tijdens vijf lessen gaan zij met elkaar in gesprek over thema's zoals beeldvorming, grenzen aangeven en groepsdruk. De docenten krijgen van tevoren van de GGD een korte bijscholing om met het programma te werken. Het lespakket sluit goed aan op het lespakket 'Lang leve de Liefde'. De interventie is goed onderbouwd. NB. Dit lespakket is in 2017 doorontwikkeld. Aan de nieuwe versie is een effectonderzoek gekoppeld. De nieuwe interventie wordt naar verwachting in 2018 beschikbaar gesteld.

Girls' Talk	
Doelgroep	kwetsbare meiden
Leeftijd	14 tot 21 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.rutgers.nl/producten/girls-talk-0
Omschrijving	<i>Girls' Talk</i> is een groeps-counseling programma voor seksueel actieve, kwetsbare meiden van 14 tot 21 jaar met een relatief laag opleidingsniveau. Hieronder vallen onder andere meiden met een niet-Nederlandse achtergrond, meiden met een lage sociaal economische status, en tienermoeders. Het programma is gericht op hun seksuele 'empowerment' en weerbaarheid. Het is de bedoeling om hun seksuele gezondheid en welzijn te verbeteren. In het programma wordt daarom niet alleen aandacht besteed aan veilig vrijen en geslachtsgemeenschap, maar er wordt ook gesproken over het realiseren van plezierige seksuele ervaringen, vrij van dwang, discriminatie en geweld. De interventie is goed onderbouwd.

Girls' Talk+	
Doelgroep	meiden met een LVB
Leeftijd	14 tot 21 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.rutgers.nl/producten/girls-talk
Omschrijving	<i>Girls' Talk+</i> is een groeps-counseling programma voor meiden met een licht verstandelijke beperking van 14 tot 21 jaar. Het programma heeft als doel de seksuele weerbaarheid van deze meiden te vergroten en om seksuele grensoverschrijding (online en in real life), ongeplande zwangerschap en soa's te voorkomen. De interventie is goed onderbouwd.

Make a Move	
Doelgroep	laagopgeleide jongens
Leeftijd	12 tot 17 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.rutgers.nl/producten/make-move
Omschrijving	<i>Make a Move</i> is een groepsprogramma over seksualiteit en relaties voor laagopgeleide jongens van 12 tot 17 jaar. Het doel is om seksuele gezondheid te bevorderen en seksueel grensoverschrijdend gedrag te voorkomen. In acht wekelijkse groepsbijeenkomsten verkennen de jongens stapsgewijs thema's als mannelijkheid, meiden, daten en seksualiteit. De interventie is goed onderbouwd.



Make a Move+	
Doelgroep	jongens met een LVB
Leeftijd	14 tot 21 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.rutgers.nl/producten/make-move-0
Omschrijving	<i>Make a Move+</i> is een groepscounselingsprogramma over seksualiteit, relaties en weerbaarheid voor jongens tussen de 14 en 21 jaar met een licht verstandelijke beperking. De interventie bouwt voort op het al bestaande programma 'Make a Move' voor normaal begaafde, laagopgeleide jongens. Het doel van 'Make a Move+' is om jongens met een licht verstandelijke beperking weerbaarder te maken in hun relaties en seksuele leven, vooral als het gaat om het voorkomen van het meemaken en het plegen van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Jongens leren onder andere over wensen en grenzen en hoe je op een prettige en respectvolle wijze met elkaar omgaat in vriendschap, relatie of bij seks. De interventie is nog niet beoordeeld. Het erkenningstraject is in 2018 in gang gezet.

Romeo	
Doelgroep	jongens die grensoverschrijdend gedrag vertonen
Leeftijd	12 tot 19 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.movisie.nl/interventie/romeo
Omschrijving	<i>Romeo</i> is ontwikkeld voor jongens van 12 tot 18 jaar. Het doel van 'Romeo' is versterking van de seksuele interactiecompetentie van jongens waarmee herhaling van seksueel grensoverschrijdend gedrag voorkomen wordt. 'Romeo' is een ambulante individueel programma van 12 bijeenkomsten, waarvan de kern van aanpak ligt in de werkrelatie, de cognitief gedragsmatige focus en oplossingsgerichte aanpak. Met discussie, (rollen)spel en humor komen relevante thema's rondom seksualiteit, relaties en liefde aan de orde, ter vergroting van kennis en versterking van betekenisgeving en vaardigheden. Cognitief gedragsmatige interventies worden ingezet om samen met de jongen te reflecteren op de relatie tussen zijn cognities en zijn gedrag en de invloed van factoren in zijn omgeving (groepsdruk, sociale media en internet) op zijn gedrag, om hiervan te leren voor de toekomst. De interventie is goed onderbouwd.

Benzies & Batchies - Ik hou van mij - Eerste aanwijzingen voor effectiviteit -	
Doelgroep	algemeen
Leeftijd	12 tot 17 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.kikid.nl/onderzoek/
Omschrijving	Het lesprogramma <i>Benzies & Batchies</i> is opgesteld voor jeugdigen van 12 tot 17 jaar. Het doel van het programma is om seksueel grensoverschrijdend gedrag bij adolescenten te voorkomen en seksuele weerbaarheid te bevorderen. ' <i>Benzies & Batchies</i> ' bestaat uit verschillende onderdelen die elkaar aanvullen: een introductieles, een educatieve theatervoorstelling gevolgd door een discussie met afsluitende opdracht, en de weerbaarheidstraining <i>Ik hou van mij</i> . De theatervoorstelling wordt door peer-educators opgevoerd op de school. Er zijn eerste aanwijzingen voor effectiviteit van de interventie.

PREVENTIE & SIGNALERING

Vlaggensysteem	
Doelgroep	algemeen
Leeftijd	0 tot 18 jaar
Doel	preventie & signalering
Meer informatie	https://vlaggensysteem.nl/
Omschrijving	Het <i>Vlaggensysteem</i> is gericht op kinderen in de leeftijd van 0 tot 18 jaar. Het ' <i>Vlaggensysteem</i> ' stimuleert gezond seksueel gedrag en draagt bij aan het voorkómen en terugdringen van seksueel grensoverschrijdend gedrag onder kinderen en jongeren. Het biedt professionele opvoeders handvatten om seksueel gedrag adequaat te beoordelen, het bespreekbaar te maken en om gepast te reageren. Uit onderzoek naar praktijkervaringen blijkt dat het ' <i>Vlaggensysteem</i> ' door professionals wordt gewaardeerd en dat ze beter kunnen aangeven of gedrag bij de reguliere seksuele ontwikkeling hoort. Het ' <i>Vlaggensysteem</i> ' is verder doorontwikkeld voor specifieke doelgroepen (' <i>Buiten de Lijnen</i> ' en bijvoorbeeld de versie voor de residentiële jeugdzorg) en aanvullende materialen (zoals het ' <i>Oké spel</i> ' en de folder ' <i>Over de grens</i> ' voor ouders over het ' <i>Vlaggensysteem</i> ') zijn ontwikkeld. De interventie is goed onderbouwd.

Liefde is... voor meisjes	
Doelgroep	regulier voortgezet onderwijs
Leeftijd	13 tot 16 jaar
Doel	preventie & signalering
Meer informatie	https://www.qpido.nl/aanbod/voorlichting-liefde-en-seks/
Omschrijving	<i>Liefde is... voor meisjes</i> is een voorlichtingsprogramma ter ondersteuning van de seksuele ontwikkeling en seksuele weerbaarheid van meiden uit de tweede en derde klas (13 tot 16 jaar) op het voortgezet onderwijs. De voorlichting wordt gegeven door twee vrouwelijke hulpverleners die op een laagdrempelige manier thema's gerelateerd aan seksualiteit en relaties bespreekbaar maken. De voorlichters zijn in staat problemen in de seksuele ontwikkeling of seksueel risicogedrag te signaleren en waar nodig meiden door te verwijzen naar passende vervolghulp. De interventie is goed onderbouwd.

Buiten de Lijnen	
Doelgroep	jeugdigen met een beperking of met een seksueel trauma
Leeftijd	0 tot 18 jaar
Doel	preventie & signalering
Meer informatie	https://www.movisie.nl/publicatie/vlaggensysteem
Omschrijving	<i>Buiten de Lijnen</i> is een pedagogische interventie die professionals helpt om te reageren op seksueel (grensoverschrijdend) gedrag bij minderjarigen met een beperking of jeugdigen met een seksueel trauma. De interventie past de methodiek van het <i>Vlaggensysteem</i> toe. Er is veel aandacht voor ontwikkelingsaspecten zoals 'gender' en 'cultuur', omdat deze veel invloed hebben op de seksuele ontwikkeling van kinderen en op de houding van professionals. De interventie heeft de vorm van een handboek dat professionals ondersteunt.

BEHANDELING

Ken je grens	
Doelgroep	jongens die grensoverschrijdend seksueel gedrag vertonen
Leeftijd	12 tot 18 jaar
Doel	preventie & behandeling
Meer informatie	https://www.rutgers.nl/wat-wij-doen/programmas-en-projecten/ken-je-grens
Omschrijving	<i>Ken je grens</i> is een training op maat voor jongens van 12 tot 18 jaar met als doel herhaling van seksueel overschrijdend gedrag, overlast en seksuele intimidatie te voorkomen. Groepsdruk, internetrisico's, omgangsregels en interactie op het gebied van relaties en seksualiteit, zijn belangrijke thema's in het programma. 'Ken je grens' is een afgeleide variant van de interventie 'Respect limits'. Deze interventie is opgenomen in de DEJ als goed onderbouwd.



Out of the Circle	
Doelgroep	Jonge plegers van seksueel geweld
Leeftijd	6 tot 18 jaar
Doel	behandeling
Meer informatie	https://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Erkende-interventies/Out-of-circle
Omschrijving	<i>Out of the Circle</i> is een intensieve cognitief gedragstherapeutische interventie voor jeugdige plegers van seksueel misbruik (soloplegers) van 6 tot 18 jaar, ingebed in een klinische behandeling. De interventie vindt plaats in een gesloten setting. Uitgangspunt is dat de jeugdigen een (relatief) hoog risico op recidive kennen. <i>Out of the Circle</i> bestaat uit 20 groepsbijeenkomsten en 10 logboekbijeenkomsten met de groep, een individuele intake, een individuele tussenevaluatie en een netwerkgesprek. De interventie heeft een totale duur van minimaal 23 weken en is beoordeeld als goed onderbouwd door de Dienst Justitiële Inrichtingen.

Julia	
Doelgroep	meiden die seksueel grensoverschrijdend gedrag hebben meegemaakt
Leeftijd	13 tot 19 jaar
Doel	behandeling
Meer informatie	https://www.movisie.nl/interventie/julia
Omschrijving	<i>Julia</i> is ontwikkeld voor meiden van 13 tot 19 jaar oud. Het doel van 'Julia' is om een gezonde seksuele ontwikkeling te bevorderen bij meiden die seksueel grensoverschrijdend gedrag hebben meegemaakt of signalen daarvan vertonen. Daarnaast is het doel om het risico op herhaald of ernstiger seksueel grensoverschrijdend gedrag en/of slachtofferschap van een loverboy/mensenhandelaar te verkleinen. De interventie is goed onderbouwd.

Crisiscentra	
Doelgroep	meiden die in de prostitutie terechtgekomen zijn
Leeftijd	14 tot 23 jaar
Doel	behandeling
Meer informatie	https://www.fier.nl/opvang/asja
Omschrijving	Diverse crisiscentra zijn ingericht voor meiden die in de prostitutie terecht gekomen zijn of daar risico op lopen. Een voorbeeld hiervan is <i>Asja</i> , een sterk gestructureerd 7x24 uren programma voor meiden van 14 tot 23 jaar. Het programma is erop gericht de meiden afstand te laten nemen van dat verleden en een nieuw begin te laten maken. Afhankelijk van de ernst van de problemen duurt het programma zes tot twaalf maanden. De interventie is goed onderbouwd.



PINQ-crisis	
Doelgroep	slachtoffers van loverboys
Leeftijd	12 tot 18 jaar
Doel	behandeling
Meer informatie	https://www.spirit.nl/hulpoverzicht/pinq/
Omschrijving	<i>PINQ-crisis</i> biedt opvang en crisisinterventie aan slachtoffers van loverboys gedurende een periode van 4 tot 8 weken. De interventie is ontwikkeld voor slachtoffers van 12 tot 18 jaar. De opvang wordt geboden vanuit een beschermd adres. De slachtoffers van mensenhandel zijn een deel van de meiden die hier worden geholpen. De naam van de crisisopvang is 'Meisa'. In de periode dat meiden hier verblijven, wordt nagegaan of er sprake is van mensenhandel, wordt de situatie in kaart gebracht en wordt er aan de hand hiervan een advies gegeven of, en zo ja, welke vervolghulp nodig is. Zowel de meiden als hun ouders krijgen intensieve begeleiding. Belangrijke doelen in de aanpak zijn de afname van de crisis, het herstellen van de veiligheid en het creëren van een situatie waarin behandeling mogelijk is. Deze interventie is goed onderbouwd.

PINQ-gesloten	
Doelgroep	slachtoffers van loverboys
Leeftijd	12 tot 18 jaar
Doel	behandeling
Meer informatie	https://www.spirit.nl/hulpoverzicht/pinq/
Omschrijving	<i>PINQ-gesloten</i> is een integraal zorgprogramma met een behandelaanbod van jeugdhulp, onderwijs en GGZ-behandeling in gesloten setting voor meiden die slachtoffer zijn geworden van een loverboy, en hun ouders. De interventie is ontwikkeld voor slachtoffers van 12 tot 18 jaar. Het doel is in de eerste plaats om de meiden veilig te stellen en te beschermen tegen verdere traumatisering. De problematiek van deze meiden is dermate ernstig en de risico's zo groot, dat behandeling in een gesloten setting als laatste redmiddel wordt gezien. De meiden verblijven in een meiden-specifieke groep en gaan naar een meidenklas in de interne school. De behandelduur bedraagt zes tot negen maanden. Veiligheid, stabilisatie en traumaverwerking, versterken van de eigenwaarde en het zelfbeeld, samenwerking met gezin en netwerk, versterken van algemene- en seksuele interactievaardigheden zijn de belangrijkste thema's. Deze interventie is goed onderbouwd.

6.5.2 Veelgebruikte interventies (*practise-based*)

PREVENTIE

Rots en Water	
Doelgroep	algemeen
Leeftijd	9 tot 18 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.rotsenwater.nl/
Omschrijving	<p><i>Rots en Water</i> is een interventie voor jeugdigen van 9 tot 18 jaar. In het programma leren jeugdigen zich enerzijds te verdedigen tegen verschillende vormen van geweld en anderzijds oog en gevoel te krijgen voor eigen grensoverschrijdend gedrag. In de basis is Rots en Water een sociale vaardigheidstraining, met extra fysieke elementen. De training is doorontwikkeld voor jeugdigen met een autismespectrumstoornis.</p> <p>Let op! In verschillende databanken is wordt de interventie verschillend beoordeeld. De interventie is niet erkend in de Databank Effectieve Jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut (Nji), omdat de interventie onvoldoende aansluit bij de gekozen doelgroep. Daarnaast komt de beschrijving van de interventie op meerdere punten niet overeen met de handleiding, de website en de praktijk van het 'Rots en Water' programma. In de Databank van het Centrum Gezond Leven (CGL) wordt aangegeven dat er een breed scala van onderzoeken naar effectiviteit heeft plaatsgevonden. Algemene uitkomsten zijn: minder pesten en geweld op school en in de klas, betere copingstrategieën in geweldsituaties, betere sociale vaardigheden, meer zelfvertrouwen en zelfbeheersing, minder meeloopgedrag, beter in staat eigen mening en keuzes naar voren te brengen en zelfstandig een eigen weg te gaan, betere leerresultaten op school, groter algemeen welbevinden. De interventie heeft de status <i>niet beoordeeld</i>.</p>

Genderbread Kit	
Doelgroep	algemeen
Leeftijd	12 tot 18 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	http://thegenderbreadkit.com/nl/
Omschrijving	<p>De <i>Genderbread Kit</i> is een educatief lesprogramma van twee lessen voor het voortgezet onderwijs dat gender- en seksuele diversiteit op een speelse en interactieve manier bespreekbaar maakt. In de workshop wordt gebruik gemaakt van koekjes om de vier 'ingrediënten' van de menselijke identiteit - sekse, gender, expressie en aantrekkingskracht - uiteen te zetten. Hiermee gaat de voorlichting verder dan enkel voorlichting over homoseksualiteit. Ook diverse gender identiteiten (waaronder transgender), diverse sekses (waaronder intersekse), diverse gender expressies en de verschillende seksuele oriëntaties die mensen kunnen worden hebben besproken. Iedereen is namelijk uniek, en diversiteit vind je in elke klas.</p>



Ik Puber-training	
Doelgroep	jeugdigen met autisme
Leeftijd	12 tot en met 18 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.ikpuber.nl/
Omschrijving	De <i>Ik Puber-training</i> is een individuele training voor jeugdigen met autisme van 12 tot en met 18 jaar. De training wordt één op één gegeven en heeft als doel om psychoseksuele en puberteitsontwikkeling van jeugdigen beter te laten verlopen. Ook het verminderen van seksueel grensoverschrijdend gedrag en slachtofferschap zijn belangrijke subdoelen. Onderwerpen die aan bod komen tijdens de ' <i>Ik Puber-training</i> ' zijn actueel en passend bij het huidige maatschappelijke klimaat. Voorbeelden van maatschappelijk actuele thema's zijn loverboys, het aangeven en herkennen van grenzen en acceptatie van homoseksualiteit.

Training Seksualiteit	
Doelgroep	jeugdigen met autisme
Leeftijd	12 tot en met 18 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.rivierduinen.nl/autisme/clienten/behandelingen/kinderen-en-jongeren/training-seksualiteit
Omschrijving	In de <i>Training Seksualiteit</i> geeft GGZ Rivierduinen jeugdigen van 12 tot en met 18 met autisme seksuele voorlichting. De training seksualiteit geeft jeugdigen inzicht in de moeilijkheden die zij kunnen ondervinden in het omgaan met seksuele gevoelens en relaties. De training bestaat uit twee delen. In deel komen de volgende thema's aan bod: contact met vrienden, veranderingen aan het lichaam, hygiëne, taalgebruik en gevoelens. Het tweede deel gaat in op het contact in relaties, zoals intimiteit, verliefdheid, romantiek, grenzen stellen en homoseksualiteit.

Praten over seks	
Doelgroep	jeugdigen met een LVB
Leeftijd	12 jaar en ouder
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.seksuelevorming.nl/producten/praten-over-seks
Omschrijving	<i>Praten over seks</i> is een methode die bestaat uit een begeleidersboek voor cliëntbegeleiders, een werkmap voor cliënten, stickers en een sekswoordenboek. De interventie is ontwikkeld voor mensen met een licht verstandelijke beperking vanaf 12 jaar oud. Het centrale onderwerp van deze methodiek is seksualiteit in de breedste zin van het woord: van lichaamsbesef tot geslachtsgemeenschap. De beleving en ervaring van mensen met een matig tot licht verstandelijke beperking is het vertrekpunt van de methodiek. Met de methode kan maatwerk geleverd worden. De methode stimuleert het zelfvertrouwen en de sociale vaardigheden van mensen met een licht verstandelijke beperking, zodat voldoende veerkracht wordt ontwikkeld. De interventie is nog niet beoordeeld, maar wordt veel gebruikt.



Lief, lijf & leven - DVD box	
Doelgroep	jeugdigen met een LVB, algemeen
Leeftijd	12 tot 35 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.lieflijvenleven.nl/
Omschrijving	'Lief, lijf & leven' is een voorlichtingsprogramma over seksualiteit voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking, maar ook voor een breder publiek. Het programma bestaat uit voorlichtingsfilms die op een gestructureerde manier alle facetten van de seksuele ontwikkeling belichten. Van kennis over het eigen lichaam tot de mogelijkheden en gevaren van internet. Van sociale netwerken tot seksueel misbruik. Van loverboys (en loverbegines) tot weerbaarheid.

Seks@autisme.com	
Doelgroep	jeugdigen en volwassenen met autisme
Leeftijd	12 jaar en ouder
Doel	preventie
Meer informatie	http://www.autismecentraal.com/public/shop-next.asp?lang=NL&pid=0&cat=1&ID=5
Omschrijving	<i>Seks@autisme.com</i> komt tegemoet aan de behoefte aan seksuele vorming voor jeugdigen en volwassenen met autisme. Dit werkboek bevordert de communicatie over seksualiteit. Thema's die aan bod komen zijn lichaam, lichamelijke veranderingen, seksuele gevoelens, masturbatie, voortplanting, vrijen, zwangerschap, geboorte, voorbehoedsmiddelen, seksueel overdraagbare ziektes. Het werkboek is ontwikkeld in België, maar wordt ook in Nederland gebruikt.

Relaties@autisme.com	
Doelgroep	jeugdigen en volwassenen met autisme
Leeftijd	12 jaar en ouder
Doel	preventie
Meer informatie	http://www.autismecentraal.com/public/shop-next.asp?lang=NL&pid=0&txtSearch=&auid=&search=relaties&cat=1&ID=58
Omschrijving	<i>Relaties@autisme.com</i> is een boek dat helpt om relaties bespreekbaar te maken bij mensen met autisme. Met respect voor de autistische stijl van informatieverwerking worden de vaak ongeschreven wetten en verborgen sociale regels van relaties verhelderd. Het boek bevat meerdere modules; algemeen, familierelaties, vriendschap, professionele relaties, weerbaarheid en partnerrelaties.

Seks@relaties.com	
Doelgroep	jeugdigen en volwassenen met een LVB
Leeftijd	12 jaar en ouder
Doel	preventie
Meer informatie	http://www.autismecentraal.com/public/shop-next.asp?lang=NL&pid=0&txtSearch=&aid=&search=relaties&cat=1&ID=58
Omschrijving	<i>Seks@relaties.com</i> is een werkboek waarmee voorlichting gegeven kan worden over seksualiteit en relaties aan mensen met een verstandelijke handicap, door middel van tekst, werkbladen en veel visueel materiaal. Thema's die aan bod komen zijn: seksualiteit (lichaam, lichamelijke veranderingen, seksuele gevoelens, masturbatie, voortplanting, vrijen, zwangerschap, geboorte, voorbehoedsmiddelen, seksueel overdraagbare ziektes) en relaties (zelfbeeld, gevoelens verkennen, relaties en verschillen in relaties, nieuwe relaties maken, relaties onderhouden, afstand in relaties, passend gedrag, grenzen, relaties afbreken en weerbaarheid). Via de tekeningen en werkbladen (ondersteund door de cd-rom) kan voor elke deelnemer een individuele training worden opgezet die resulteert in een persoonlijke deelnemersmap.

Lespakket Jongens Centrum 1622	
Doelgroep	jongens van het V(S)O, het praktijkonderwijs en het VMBO
Leeftijd	12 tot 14 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	http://www.centrum1622.nl/lespakketten/jongens
Omschrijving	Het lespakket <i>Jongens van Centrum 1622</i> heeft als doel om seksueel grensoverschrijdend gedrag van jongens te voorkomen. De lessen worden gegeven door een man, en focussen op seksuele en relationele vorming. In verschillende bijeenkomsten worden thema's besproken, zoals seks, man-zijn, meiden, liefde en grenzen. Het doel is om seksueel grensoverschrijdend gedrag van jongens jegens vrouwen/meiden te voorkomen, jongens te leren zelf normen aan normaal seksueel gedrag te stellen, en jongens de kans te geven om hun vragen over seksualiteit beantwoord te krijgen.

LEFgozers	
Doelgroep	jongens
Leeftijd	14 tot 18 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.rutgers.nl/wat-wij-doen/programmas-en-projecten/lefgozers
Omschrijving	<i>LEFgozers</i> (voorheen 'Beat the Macho') is een serie workshops met jongens, gegeven in het jongerenwerk of op school. Deze training gaat over mannelijkheid, machogedrag en groepsdruk. Nieuwe ' <i>LEFgozers</i> ' trainers volgen eerst een train de trainer. <i>LEFgozers</i> is een serie workshops met jongens tussen de 14 en 18 jaar waarin de machonorm ter discussie komt te staan en ruimte komt voor nieuwe, meer positieve vormen van mannelijkheid. Hiermee draagt <i>LEFgozers</i> bij aan het voorkomen van (seksueel) grensoverschrijdend gedrag, het vergroten van de acceptatie van LHBT's, een gezonde (seksuele) ontwikkeling van de jongens zelf.



Be a Man	
Doelgroep	laagopgeleiden jongens met een Marokkaanse of Turkse achtergrond
Leeftijd	12 tot en met 16 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.movisie.nl/publicatie/be-man-handleiding-peer-educators
Omschrijving	<i>Be a Man</i> gaat over relaties en seks voor laagopgeleide jongens met een Marokkaanse en Turkse achtergrond van 12 tot en met 16 jaar. Met de methode wordt jongens geleerd wanneer seksueel gedrag oké is en wanneer het grensoverschrijdend is. De methode is specifiek voor deze doelgroep ontwikkeld en houdt rekening hun achtergrond. Bij ' <i>Be A Man!</i> ' worden peer educators opgeleid om voorlichting te geven bij migranten- en jongerenwerkorganisaties.

BEHANDELING

YIP!	
Doelgroep	meiden en vrouwen met een LVB, die vermoedelijk slachtoffer zijn van mensenhandel/ prostitutie
Leeftijd	12 tot 27 jaar
Doel	behandeling
Meer informatie	https://www.koraalgroep.nl/nieuws/koraal-en-expertisecentrum-mensenhandel-en-lanceren-yip
Omschrijving	<i>Yip!</i> staat voor Your Inner Power, is een landelijk behandelprogramma voor jonge mensen met licht verstandelijke beperking en/of psychiatrische problematiek, die (vermoedelijk) slachtoffer zijn van mensenhandel en gedwongen prostitutie. De interventie is ontwikkeld voor meiden en vrouwen van 12 tot 27 jaar. Mensen met een licht verstandelijke beperking zijn steeds vaker slachtoffer van seksuele uitbuiting. Hun beperking vraagt om een specifieke benadering waardoor het risico bestaat dat zij binnen het reguliere zorgaanbod niet de juiste hulp krijgen en steeds verder in een neerwaartse spiraal terecht komen. 'Yip!' biedt snelle en deskundige hulp aan slachtoffers van seksuele uitbuiting met een licht verstandelijke beperking en/of een psychiatrische problematiek. Inmiddels vinden op twee locaties in het land opvang van slachtoffers en behandeling plaats. De interventie is (nog) niet ter beoordeling ingediend.

6.5.3 Aanvullende materialen (goed onderbouwd, *evidence-based*)

PREVENTIE

Girls' Choice	
Doelgroep	meiden
Leeftijd	10 tot 15 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.rutgers.nl/producten/girls-choice-nl
Omschrijving	<i>Girls' Choice</i> is een interactief bordspel voor meiden van 10 tot 15 jaar. Het spel is gericht op vijf thema's; seksualiteit en relaties, veilig vrijen, zwangerschap en moederschap, jongens en weerbaarheid. Deze thema's worden uitgewerkt in rollenspelen, kennisvragen, persoonlijke vragen, verbale opdrachten en non-verbale opdrachten. Er zijn twee sets opdrachtkaartjes, voor meiden van 10 tot 13 jaar en voor meiden van 13 tot 15 jaar. De interventie is goed onderbouwd.

Boys R Us	
Doelgroep	jongens
Leeftijd	10 tot 16 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.rutgers.nl/producten/boys-r-us
Omschrijving	<i>Boys R Us</i> is een bordspel voor jongens waarin het omgaan met relaties, seksualiteit, communiceren met meiden, sociale invloeden en beeldvorming via de media centraal staan. Het spel bestaat uit twee varianten; één voor jongens van 10 tot 13 jaar en één voor jongens van 13 jaar en ouder. Door middel van kennis- en meningsvragen en doe-opdrachten in de categorieën vrienden, meiden, ik en omgeving maken jongens op een speelse en interactieve manier kennis met seksualiteit en relaties. De interventie is goed onderbouwd.

Can you fix it?	
Doelgroep	jeugdigen die seksueel grensoverschrijdend gedrag vertonen
Leeftijd	12 tot 18 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://canyoufixit.sense.info/#/app/front-page
Omschrijving	De game Can You Fix It? is bedoeld om seksueel grensoverschrijdend gedrag van jeugdigen tussen de 12 en 18 jaar te verminderen. Can You Fix It? is een 'serious game', waarbij de speler de afloop van een videofragment kan beïnvloeden door middels een knop in te grijpen in de situatie en een keuze te maken uit twee verschillende gedragingen. De game heeft als doel om jeugdigen bewust te maken van risicosituaties voor seksueel grensoverschrijdend gedrag, en ze te laten oefenen met het aangeven van seksuele grenzen in deze risicosituaties. De interventie is goed onderbouwd.



SeCZ TaLK	
Doelgroep	jeugdigen met een chronische aandoening of lichamelijke beperking
Leeftijd	12 tot 25 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.rutgers.nl/producten/secz-talk
Omschrijving	<i>SeCZ TaLK</i> is een bordspel voor jeugdigen met een chronische aandoening of lichamelijke beperking in de leeftijd van 12 tot 25 jaar. Door het spelen van het spel wordt seksualiteit en relaties gemakkelijker bespreekbaar gemaakt en hebben jeugdigen beter toegang tot informatiebronnen. Hierdoor zijn zij beter toegerust om relaties aan te gaan en veilige, prettige en gewenste seksuele contacten te hebben. De interventie is goed onderbouwd.

Opgroeien met Liefde	
Doelgroep	meiden
Leeftijd	0 tot 18 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://shop.rutgers.nl/webwinkel/opgroeien-met-liefde/210668
Omschrijving	<i>Opgroeien met Liefde</i> is een interventie die ouders ondersteunt bij de seksuele opvoeding van hun kind. De interventie is bedoeld voor gebruik in groepsbijeenkomsten met ouders. Er wordt een onderscheid gemaakt in een programma gericht op ouders met kinderen onder de 12 jaar en een programma gericht op ouders met kinderen in de leeftijd van 12 tot 18 jaar. De interventie is goed onderbouwd.

Websites

Sense.info	
Doelgroep	algemeen
Leeftijd	12 tot 25 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.sense.info/nl/
Omschrijving	<i>Sense.info</i> ondersteunt jeugdigen van 12 tot 25 jaar in een gezonde, prettige en veilige seksuele ontwikkeling, preventie van seksueel risicogedrag, soa's en zwangerschappen en dwang, en de bevordering van seksuele gezondheid. De interventie is goed onderbouwd.



Lovensex.nl	
Doelgroep	Antilliaanse jeugdigen
Leeftijd	12 tot 26 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.lovensex.nl/nl/
Omschrijving	De website <i>LoveNsex</i> geeft Antilliaanse jeugdigen van 12 tot 26 informatie over seksualiteit en seksuele risico's. <i>LoveNsex</i> beantwoordt vragen over deze thema's via informatie (READ), beeldmateriaal (SEE) en ASK. <i>LoveNsex</i> is als subsite gekoppeld aan de communitywebsite www.kitatin.com (externe link). De interventie is goed onderbouwd.

Liefde, seks en islam	
Doelgroep	Marokkaanse jeugdigen
Leeftijd	12 tot 25 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://islamenliefde.maroc.nl/
Omschrijving	<i>Liefde, seks en islam</i> geeft online voorlichting aan jeugdigen van Marokkaanse afkomst tussen de 12 en 25 jaar. Het doel is om hun seksuele gezondheid te bevorderen. De interventie is goed onderbouwd.

6.5.4 Aanvullende materialen (veel gebruikt, *practice-based*)

PREVENTIE

Leesboeken Sanderijn van der Doef	
Doelgroep	algemeen
Leeftijd	4 tot 18 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	http://sanderijnvanderdoef.nl/
Omschrijving	Sanderijn van der Doef schreef voorlichtingsboeken voor zowel ouders als kinderen en pubers. <i>Ben jij ook op mij?</i> is een boek over seks voor jeugdigen van 7 tot 12 jaar. Jeugdigen krijgen de boodschap dat seks niet raar of vies is, maar in de meeste gevallen vooral leuk en fijn. Ook schreef ze boeken voor jeugdigen van 4 tot 7 jaar. <i>Ik vind jou lief</i> gaat over seksualiteit en <i>NEE!</i> is een licht en humoristisch prentenboek over Ja en Nee zeggen, dat ouders en verzorgers wil helpen om kinderen weerbaar te maken. Voor pubers maakten zij <i>Het puberboek</i> , waarin alles staat wat pubers moeten en willen weten over hun lichaam, seksualiteit en omgang met anderen. <i>Kleine mensen, grote gevoelens</i> is een boek voor opvoeders waarin de seksuele ontwikkeling van baby tot puber omschreven wordt, en hoe deze zo goed mogelijk begeleid kan worden.



Pubermind	
Doelgroep	algemeen/jeugdigen met ASS of ADHD
Leeftijd	9 tot en met 21 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	http://www.pubermind.nl/
Omschrijving	<i>Pubermind</i> is een methode waarbij een spel wordt ingezet om ervaringen, ideeën en verwachtingen van de puberteit spelenderwijs te bespreken. De manier van spelen creëert een open sfeer met als doel dat eventuele weerstand afneemt en de jongere open staat voor nieuwe informatie en vragen zal stellen. De methodiek is ontwikkeld voor jeugdigen van 9 tot en met 21 jaar met ASS of ADHD, maar ook voor de reguliere populatie.

Liefdesweetjes	
Doelgroep	mensen met een LVB
Leeftijd	onbekend
Doel	preventie
Meer informatie	http://www.edusex.nl/webwinkel/spelmateriaal/liefdesweetjes/
Omschrijving	<i>Liefdesweetjes</i> is een vrolijk en leerzaam bordspel voor mensen met een licht verstandelijke beperking. Het spel wordt met behulp van een dobbelsteen en pionnen gespeeld. Wie het eerst bij de grote liefdeskus in het midden van het bord komt, heeft gewonnen en krijgt het liefdesdiploma. Op een speelse manier leert men met elkaar praten over vragen op het gebied van seksualiteit. Met behulp van dit bordspel krijgen de deelnemers bovendien meer zicht op de eigen waarden en normen, alsmede waarden en normen binnen de samenleving. Het spel is geschikt voor pubers en volwassenen

6.6 Interventies voor jeugdigen tussen de 18 en 23 jaar

Een aantal van de al besproken interventies is ook geschikt voor jeugdigen van 18 jaar of ouder. Die interventies worden in deze paragraaf nogmaals besproken. Daarnaast zijn er interventies voor specifieke groepen zoals voor mensen met een niet-Nederlandse achtergrond, mensen met een licht verstandelijke beperking en mensen die slachtoffer of pleger zijn van seksueel grensoverschrijdend gedrag en seksueel geweld.

6.6.1 Goed onderbouwde interventies (evidence-based)

PREVENTIE

Lang Leve de Liefde – MBO	
Doelgroep	MBO
Leeftijd	15 tot en met 25 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.langlevedeliefde.nl/docenten
Omschrijving	<i>Lang Leve de Liefde – MBO</i> ondersteunt jeugdigen op het MBO in de leeftijd van 15 tot en met 25. De jeugdigen krijgen handvatten aangereikt die helpen bij het maken van gezonde en verantwoorde keuzes met betrekking tot liefde, relaties en seks. De interventie is goed onderbouwd.

Girls' Talk	
Doelgroep	kwetsbare meiden
Leeftijd	14 tot 21 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.rutgers.nl/producten/girls-talk-0
Omschrijving	' <i>Girls' Talk</i> ' is een groepscoachingprogramma voor seksueel actieve, kwetsbare meiden van 14 tot 21 jaar met een relatief laag opleidingsniveau. Hieronder vallen onder andere meiden met een niet-Nederlandse achtergrond, meiden met een lage sociaal economische status (SES), en tienermoeders. Het programma is gericht op hun seksuele 'empowerment' en weerbaarheid. Het is de bedoeling om hun seksuele gezondheid en welzijn te verbeteren. In het programma wordt daarom niet alleen aandacht besteed aan veilig vrijen en geslachtsgemeenschap, maar er wordt ook gesproken over het realiseren van plezierige seksuele ervaringen, vrij van dwang, discriminatie en geweld. De interventie is goed onderbouwd.

Girls' Talk+	
Doelgroep	meiden met een LVB
Leeftijd	14 tot 21 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.rutgers.nl/producten/girls-talk
Omschrijving	<i>Girls' Talk+</i> is een groepscoachingprogramma voor meiden met een licht verstandelijke beperking van 14 tot 21 jaar. Het programma heeft als doel de seksuele weerbaarheid van deze meiden te vergroten en om seksuele grensoverschrijding (online en in real life), ongeplande zwangerschap en soa's te voorkomen. De interventie is goed onderbouwd.

Make a Move+	
Doelgroep	jongens met een LVB
Leeftijd	14 tot 21 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.rutgers.nl/producten/make-move-0
Omschrijving	<i>Make a Move+</i> is een groepscounselingsprogramma over seksualiteit, relaties en weerbaarheid voor jongens tussen de 14 en 21 jaar met een licht verstandelijke beperking. De interventie bouwt voort op het al bestaande programma 'Make a Move' voor normaal begaafde, laagopgeleide jongens. Het doel van 'Make a Move+' is om jongens met een licht verstandelijke beperking weerbaarder te maken in hun relaties en seksuele leven, vooral als het gaat om het voorkomen van het meemaken en het plegen van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Jongens leren onder andere over wensen en grenzen en hoe je op een prettige en respectvolle wijze met elkaar omgaat in vriendschap, relatie of bij seks. De interventie is nog niet beoordeeld. Het erkenningstraject is in 2018 in gang gezet.

Vriendschap, verkering, vrijen en kinderwens	
Doelgroep	mensen met een LVB
Leeftijd	18 jaar en ouder
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.movisie.nl/interventie/vriendschap-verkering-vrijen-kinderwens
Omschrijving	Doel van deze interventie is dat jongvolwassenen van 18 jaar en ouder met een licht verstandelijke beperking zich meer bewust zijn van hun eigen wensen en behoeften op het gebied van vriendschap, verkering, vrijen en kinderwens. Ook beschikken ze na de cursus over meer kennis over bijvoorbeeld vrijen en voorbehoedsmiddelen. De interventie is goed onderbouwd.

BEHANDELING

Vroeger en Verder	
Doelgroep	mensen die seksueel misbruik en/of lichamelijk geweld hebben meegemaakt
Leeftijd	18 jaar en ouder
Doel	behandeling
Meer informatie	https://www.movisie.nl/interventie/vroeger-verder
Omschrijving	<i>Vroeger en Verder</i> richt zich op mensen van 18 jaar en ouder die in hun jeugd of in relaties te maken hebben gehad met seksueel misbruik en/of lichamelijk geweld. Doel van de cursus is dat klachten die bij een complexe PTSS horen, zijn verminderd en cursisten meer controle hebben over hun denken, voelen en handelen. De cursus wordt uitgevoerd door GGZ-instellingen. De interventie is beoordeeld als effectief.



Crisiscentra	
Doelgroep	meiden die in de prostitutie terecht zijn gekomen of daar risico op lopen
Leeftijd	14 tot 23 jaar
Doel	behandeling
Meer informatie	https://www.fier.nl/opvang/asja
Omschrijving	Diverse crisiscentra zijn ingericht voor meiden die in de prostitutie terecht gekomen zijn of daar risico op lopen. Een voorbeeld hiervan is 'Asja'. 'Asja' is een sterk gestructureerd 7x24 uursprogramma voor meiden van 14 tot 23 jaar. Het programma is erop gericht de meiden afstand te laten nemen van dat verleden en een nieuw begin te maken. Afhankelijk van de ernst van de problemen duurt het programma zes tot twaalf maanden. De interventie is goed onderbouwd.

Pas op de grens	
Doelgroep	mannen met een LVB die grensoverschrijdend gedrag vertonen
Leeftijd	18 jaar en ouder
Doel	behandeling
Meer informatie	https://www.movisie.nl/interventie/pas-grens
Omschrijving	<i>Pas op de grens</i> is bedoeld voor volwassen mannen van 18 jaar en ouder met een licht verstandelijke beperking die seksueel grensoverschrijdend gedrag vertonen of hebben vertoond. Het gaat om cliënten met een matig of hoog recidiverisico. <i>Pas op de grens</i> heeft als doel om seksueel grensoverschrijdend gedrag in het heden te stoppen en om de kans op recidive in de toekomst te reduceren. De interventie is goed onderbouwd.

Samen misbruik de baas	
Doelgroep	vrouwen met een LVB die seksueel misbruik hebben meegemaakt
Leeftijd	18 jaar en ouder
Doel	behandeling
Meer informatie	https://www.movisie.nl/interventie/samen-misbruik-baas
Omschrijving	De methode <i>Samen misbruik de baas</i> richt zich op vrouwen van 18 jaar en ouder met een licht verstandelijke beperking die slachtoffer zijn van seksueel misbruik. Doel is om problemen die zij als gevolg van het misbruik ondervinden te verminderen. Binnen een lotgenotengroep krijgen deelnemers inzicht in de gevolgen van seksueel misbruik en gaan ze aan de slag met schuld- en schaamtegevoelens. De interventie is goed onderbouwd.

6.6.2 Veelgebruikte interventies (*practise-based*)

PREVENTIE

Praten over seks	
Doelgroep	jeugdigen met een LVB
Leeftijd	12 jaar en ouder
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.seksuelevorming.nl/producten/praten-over-seks
Omschrijving	<i>Praten over seks</i> is een methode die bestaat uit een begeleidersboek voor cliëntbegeleiders, een werkmap voor cliënten, stickers en een sekswoordenboek. De interventie is ontwikkeld voor mensen met een licht verstandelijke beperking vanaf 12 jaar oud. Het centrale onderwerp van deze methodiek is seksualiteit in de breedste zin van het woord: van lichaamsbesef tot geslachtsgemeenschap. De beleving en ervaring van mensen met een matige tot licht verstandelijke beperking is het vertrekpunt van de methodiek. Met de methode kan maatwerk geleverd worden. De methode stimuleert het zelfvertrouwen en de sociale vaardigheden van mensen met een licht verstandelijke beperking, zodat voldoende veerkracht wordt ontwikkeld. De interventie is nog niet beoordeeld.

Lief, lijf & leven - DVD box	
Doelgroep	jeugdigen met een LVB, algemeen
Leeftijd	12 tot 35 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.lieflijvenleven.nl/
Omschrijving	' <i>Lief, lijf & leven</i> ' is een voorlichtingsprogramma over seksualiteit voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking, maar ook voor een breder publiek. Het programma bestaat uit voorlichtingsfilms die op een gestructureerde manier alle facetten van de seksuele ontwikkeling belichten. Van kennis over het eigen lichaam tot de mogelijkheden en gevaren van internet. Van sociale netwerken tot seksueel misbruik. Van loverboys (en loverbys) tot weerbaarheid.

Seks@autisme.com	
Doelgroep	jeugdigen en volwassenen met autisme
Leeftijd	12 jaar en ouder
Doel	preventie
Meer informatie	http://www.autismecentraal.com/public/shop-next.asp?lang=NL&pid=0&cat=1&ID=5
Omschrijving	<i>Seks@autisme.com</i> komt tegemoet aan de behoefte aan seksuele vorming voor jeugdigen en volwassenen met autisme. Dit werkboek bevordert de communicatie over seksualiteit. Thema's die aan bod komen zijn lichaam, lichamelijke veranderingen, seksuele gevoelens, masturbatie, voortplanting, vrijen, zwangerschap, geboorte, voorbehoedsmiddelen, seksueel overdraagbare ziektes. Het werkboek is ontwikkeld in België, maar wordt ook in Nederland gebruikt.

Relaties@autisme.com	
Doelgroep	jeugdigen en volwassenen met autisme
Leeftijd	12 jaar en ouder
Doel	preventie
Meer informatie	http://www.autismecentraal.com/public/shop-next.asp?lang=NL&pid=0&txtSearch=&aid=&search=relaties&cat=1&ID=58
Omschrijving	<i>Relaties@autisme.com</i> is een boek dat helpt om relaties bespreekbaar te maken bij mensen met autisme. Met respect voor de autistische stijl van informatieverwerking worden de vaak ongeschreven wetten en verborgen sociale regels van relaties verhelderd. Het boek bevat meerdere modules; algemeen, familierelaties, vriendschap, professionele relaties, weerbaarheid en partnerrelaties.

Seks@relaties.com	
Doelgroep	jeugdigen en volwassenen met een LVB
Leeftijd	12 jaar en ouder
Doel	preventie
Meer informatie	http://www.autismecentraal.com/public/shop-next.asp?lang=NL&pid=0&txtSearch=&aid=&search=relaties&cat=1&ID=58
Omschrijving	<i>Seks@relaties.com</i> is een werkboek waarmee voorlichting gegeven kan worden over seksualiteit en relaties aan mensen met een verstandelijke beperking, door middel van tekst, werkbladen en veel visueel materiaal. Thema's die aan bod komen zijn: seksualiteit (lichaam, lichamelijke veranderingen, seksuele gevoelens, masturbatie, voortplanting, vrijen, zwangerschap, geboorte, voorbehoedsmiddelen, seksueel overdraagbare ziektes) en relaties (zelfbeeld, gevoelens verkennen, relaties en verschillen in relaties, nieuwe relaties maken, relaties onderhouden, afstand in relaties, passend gedrag, grenzen, relaties afbreken en weerbaarheid). Via de tekeningen en werkbladen (ondersteund door de cd-rom) kan voor elke deelnemer een individuele training worden opgezet die resulteert in een persoonlijke deelnemersmap.



ASVZ - LVB & kinderswens	
Doelgroep	mensen met een LVB en een kinderswens
Leeftijd	18 jaar en ouder
Doel	preventie
Meer informatie	http://www.asvz.nl/specialismen/kinderswens-ouderschap/
Omschrijving	ASVZ biedt ondersteuning bij het gesprek over kinderswens met mensen met een licht verstandelijke beperking. ASVZ wil dat mensen met een verstandelijke beperking een volwaardig, betekenisvol leven leiden. Kinderswens en ouderschap moeten daarbij bespreekbaar zijn. Op de website staan aanbevelingen en een toolkit met gratis hulpmiddelen om met mensen met een verstandelijke beperking, ouders en hulpverleners in gesprek te gaan over kinderswens en ouderschap.

BEHANDELING

YIP!	
Doelgroep	meiden en vrouwen met een LVB, die vermoedelijk slachtoffer zijn van mensenhandel/ prostitutie
Leeftijd	12 tot 27 jaar
Doel	behandeling
Meer informatie	https://www.koraalgroep.nl/nieuws/koraal-en-expertisecentrum-mensenhandel-en-lanceren-yip
Omschrijving	<i>Yip!</i> staat voor Your Inner Power, is een landelijk behandelprogramma voor jonge mensen met licht verstandelijke beperking en/of psychiatrische problematiek, die (vermoedelijk) slachtoffer zijn van mensenhandel en gedwongen prostitutie. De interventie is ontwikkeld voor meiden en vrouwen van 12 tot 27 jaar. Mensen met een licht verstandelijke beperking zijn steeds vaker slachtoffer van seksuele uitbuiting. Hun beperking vraagt om een specifieke benadering waardoor het risico bestaat dat zij binnen het reguliere zorgaanbod niet de juiste hulp krijgen en steeds verder in een neerwaartse spiraal terecht komen. ' <i>Yip!</i> ' biedt snelle en deskundige hulp aan slachtoffers van seksuele uitbuiting met een licht verstandelijke beperking en/of een psychiatrische problematiek. Inmiddels vinden op twee locaties in het land opvang van slachtoffers en behandeling plaats. De interventie is (nog) niet ter beoordeling ingediend.



6.6.3 Aanvullende materialen (goed onderbouwd, *evidence-based*)

PREVENTIE

SeCZ TaLK	
Doelgroep	jeugdigen met een chronische aandoening of lichamelijke beperking
Leeftijd	12 tot 25 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.rutgers.nl/producten/secz-talk
Omschrijving	<i>SeCZ TaLK</i> is een bordspel voor jeugdigen met een chronische aandoening of lichamelijke beperking in de leeftijd van 12 tot 25 jaar. Door het spelen van het spel wordt seksualiteit en relaties gemakkelijker bespreekbaar gemaakt en hebben jeugdigen beter toegang tot informatiebronnen. Hierdoor zijn zij beter toegerust om relaties aan te gaan en veilige, prettige en gewenste seksuele contacten te hebben. De interventie is goed onderbouwd.

Websites

Sense.info	
Doelgroep	algemeen
Leeftijd	12 tot 25 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.sense.info/nl/
Omschrijving	<i>Sense.info</i> ondersteunt jeugdigen van 12 tot 25 jaar in een gezonde, prettige en veilige seksuele ontwikkeling, preventie van seksueel risicogedrag, soa's en zwangerschappen en dwang, en de bevordering van seksuele gezondheid. De interventie is goed onderbouwd.

Lovensex.nl	
Doelgroep	Antilliaanse jeugdigen
Leeftijd	12 tot 26 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.lovensex.nl/nl/
Omschrijving	De website <i>LoveNsex</i> geeft Antilliaanse jeugdigen van 12 tot 26 informatie over seksualiteit en seksuele risico's. <i>LoveNsex</i> beantwoordt vragen over deze thema's via informatie (READ), beeldmateriaal (SEE) en ASK. <i>LoveNsex</i> is als subsite gekoppeld aan de communitywebsite www.kitatin.com (externe link). De interventie is goed onderbouwd.



Liefde, seks en islam	
Doelgroep	Marokkaanse jeugdigen
Leeftijd	12 tot 25 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://islamenliefde.maroc.nl/
Omschrijving	<i>Liefde, seks en islam</i> geeft online voorlichting aan jeugdigen van Marokkaanse afkomst tussen de 12 en 25 jaar. Het doel is om hun seksuele gezondheid te bevorderen. De interventie is goed onderbouwd.

6.6.4 Aanvullende materialen (veelgebruikt, *practice-based*)

PREVENTIE

Pubermind	
Doelgroep	algemeen/jeugdigen met ASS of ADHD
Leeftijd	9 tot en met 21 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	http://www.pubermind.nl/
Omschrijving	<i>Pubermind</i> is een methode waarbij een spel wordt ingezet om ervaringen, ideeën en verwachtingen van de puberteit spelenderwijs te bespreken. De manier van spelen creëert een open sfeer met als doel dat eventuele weerstand afneemt en de jongere open staat voor nieuwe informatie en vragen zal stellen. De methodiek is ontwikkeld voor jeugdigen van 9 tot en met 21 jaar met ASS of ADHD, maar ook voor de reguliere populatie.

Liefdesweetjes	
Doelgroep	mensen met een LVB
Leeftijd	onbekend
Doel	preventie
Meer informatie	http://www.edusex.nl/webwinkel/spelmateriaal/liefdesweetjes/
Omschrijving	<i>Liefdesweetjes</i> is een vrolijk en leerzaam bordspel voor mensen met een licht verstandelijke beperking. Het spel wordt met behulp van een dobbelsteen en pionnen gespeeld. Wie het eerst bij de grote liefdeskus in het midden van het bord komt, heeft gewonnen en krijgt het liefdesdiploma. Op een speelse manier leert men met elkaar praten over vragen op het gebied van seksualiteit. Met behulp van dit bordspel krijgen de deelnemers bovendien meer zicht op de eigen waarden en normen, alsmede waarden en normen binnen de samenleving. Het spel is geschikt voor pubers en volwassenen

6.7 Interventies voor jeugdigen uit specifieke groepen

In deze paragraaf worden interventies die voor specifieke groepen jeugdigen in de jeugdhulp en jeugdbescherming ontwikkeld zijn op het gebied van relaties en seksualiteit beschreven. De interventies zijn in de voorgaande paragraaf ook genoemd, maar nu te vinden op specifieke doelgroep. In deze richtlijn zijn vier groepen in het bijzonder besproken, namelijk jeugdigen met een (licht) verstandelijke beperking (LVB), een stoornis in het autisme spectrum, hechtingsproblematiek en jeugdigen met een seksueel trauma. In deze paragraaf staan interventies die specifiek voor één van deze groepen bedoeld zijn.

Voor de groep jeugdigen met hechtingsproblematiek zijn geen specifieke interventies gevonden. Dit betekent niet dat er geen interventies speciaal op seksualiteit ontwikkeld zijn voor deze groep. Interventies die voor jeugdigen in het algemeen ontwikkeld zijn kunnen met aanpassingen door de jeugdprofessional geschikt gemaakt worden voor jeugdigen met hechtingsproblematiek (zie hoofdstuk 4). We raden echter aan om eerst te werken aan het herstel van het basisvertrouwen (bijvoorbeeld met behulp van de methoden Basic Trust of NIKA).

Voor veel jeugdigen in de jeugdzorg en jeugdbescherming is het belangrijk om aandacht te besteden aan algemene sociale en emotionele vaardigheden. Een interventie die hierbij kan ondersteunen is *Levensvaardigheden*.

Levensvaardigheden	
Doelgroep	algemeen
Leeftijd	13 tot 17 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://levensvaardigheden.nl/
Omschrijving	<i>Levensvaardigheden</i> is een lesprogramma voor het aanleren van sociale, emotionele en morele kerncompetenties bij leerlingen in het voortgezet onderwijs, in het tweede en derde leerjaar (13 tot 17 jaar). Het doel is om de jeugdigen in staat te stellen om effectief om te gaan met de sociale, emotionele en morele eisen en uitdagingen in het leven van alledag. Leerlingen leren gedachten, gevoelens en gedragingen adequaat te herkennen, benoemen en hiermee om te gaan. Het programma wordt gegeven door docenten van de school. Volgens eerste aanwijzingen is het lesprogramma effectief.

Specifiek ontwikkelde interventies zijn daarnaast:

6.7.1 Licht verstandelijke beperking

PREVENTIE

Girls' Talk+	
Doelgroep	meiden met een LVB
Leeftijd	14 tot 21 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.rutgers.nl/producten/girls-talk
Omschrijving	<i>Girls' Talk+</i> is een groepscoachingprogramma voor meiden met een licht verstandelijke beperking van 14 tot 21 jaar. Het programma heeft als doel de seksuele weerbaarheid van deze meiden te vergroten en om seksuele grensoverschrijding (online en in real life), ongeplande zwangerschap en soa's te voorkomen. De interventie is goed onderbouwd.

Make a Move+	
Doelgroep	jongens met een LVB
Leeftijd	14 tot 21 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.rutgers.nl/producten/make-move-0
Omschrijving	<i>Make a Move+</i> is een groepscoachingprogramma over seksualiteit, relaties en weerbaarheid voor jongens tussen de 14 en 21 jaar met een licht verstandelijke beperking. De interventie bouwt voort op het al bestaande programma 'Make a Move' voor normaal begaafde, laagopgeleide jongens. Het doel van 'Make a Move+' is om jongens met een licht verstandelijke beperking weerbaarder te maken in hun relaties en seksuele leven, vooral als het gaat om het voorkomen van het meemaken en het plegen van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Jongens leren onder andere over wensen en grenzen en hoe je op een prettige en respectvolle wijze met elkaar omgaat in vriendschap, relatie of bij seks. De interventie is nog niet beoordeeld. Het erkenningstraject is in 2018 in gang gezet.

Praten over seks	
Doelgroep	jeugdigen met een LVB
Leeftijd	12 jaar en ouder
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.seksuelevorming.nl/producten/praten-over-seks
Omschrijving	<i>Praten over seks</i> is een methode die bestaat uit een begeleidersboek voor cliëntbegeleiders, een werkmap voor cliënten, stickers en een sekswoordenboek. De interventie is ontwikkeld voor mensen met een licht verstandelijke beperking vanaf 12 jaar oud. Het centrale onderwerp van deze methodiek is seksualiteit in de breedste zin van het woord: van lichaamsbesef tot geslachtsgemeenschap. De beleving en ervaring van mensen met een matige tot licht verstandelijke beperking is het vertrekpunt van de methodiek. Met de methode kan maatwerk geleverd worden. De methode stimuleert het zelfvertrouwen en de sociale vaardigheden van mensen met een licht verstandelijke beperking, zodat voldoende veerkracht wordt ontwikkeld. De interventie is nog niet beoordeeld.

Lief, lijf & leven - DVD box	
Doelgroep	jeugdigen met een LVB, algemeen
Leeftijd	12 tot 35 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.lieflijvenleven.nl/
Omschrijving	' <i>Lief, lijf & leven</i> ' is een voorlichtingsprogramma over seksualiteit voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking, maar ook voor een breder publiek. Het programma bestaat uit voorlichtingsfilms die op een gestructureerde manier alle facetten van de seksuele ontwikkeling belichten. Van kennis over het eigen lichaam tot de mogelijkheden en gevaren van internet. Van sociale netwerken tot seksueel misbruik. Van loverboys (en lovergirls) tot weerbaarheid.

Liefdesweetjes	
Doelgroep	mensen met een LVB
Leeftijd	onbekend
Doel	preventie
Meer informatie	http://www.edusex.nl/webwinkel/spelmateriaal/liefdesweetjes/
Omschrijving	<i>Liefdesweetjes</i> is een vrolijk en leerzaam bordspel voor mensen met een licht verstandelijke beperking. Het spel wordt met behulp van een dobbelsteen en pionnen gespeeld. Wie het eerst bij de grote liefdeskus in het midden van het bord komt, heeft gewonnen en krijgt het liefdesdiploma. Op een speelse manier leert men met elkaar praten over vragen op het gebied van seksualiteit. Met behulp van dit bordspel krijgen de deelnemers bovendien meer zicht op de eigen waarden en normen, alsmede waarden en normen binnen de samenleving. Het spel is geschikt voor pubers en volwassenen

Seks@relaties.com	
Doelgroep	jeugdigen en volwassenen met een LVB
Leeftijd	12 jaar en ouder
Doel	preventie
Meer informatie	http://www.autismecentraal.com/public/shop-next.asp?lang=NL&pid=0&txtSearch=&aid=&search=relaties&cat=1&ID=58
Omschrijving	<i>Seks@relaties.com</i> is een werkboek waarmee voorlichting gegeven kan worden over seksualiteit en relaties aan mensen met een verstandelijke beperking, door middel van tekst, werkbladen en veel visueel materiaal. Thema's die aan bod komen zijn: seksualiteit (lichaam, lichamelijke veranderingen, seksuele gevoelens, masturbatie, voortplanting, vrijen, zwangerschap, geboorte, voorbehoedsmiddelen, seksueel overdraagbare ziektes) en relaties (zelfbeeld, gevoelens verkennen, relaties en verschillen in relaties, nieuwe relaties maken, relaties onderhouden, afstand in relaties, passend gedrag, grenzen, relaties afbreken en weerbaarheid). Via de tekeningen en werkbladen (ondersteund door de cd-rom) kan voor elke deelnemer een individuele training worden opgezet die resulteert in een persoonlijke deelnemersmap.

Vriendschap, verkering, vrijen en kinderwens	
Doelgroep	mensen met een LVB
Leeftijd	18 jaar en ouder
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.movisie.nl/interventie/vriendschap-verkering-vrijen-kinderwens
Omschrijving	Doel van deze interventie is dat jongvolwassenen van 18 jaar en ouder met een licht verstandelijke beperking zich meer bewust zijn van hun eigen wensen en behoeften op het gebied van vriendschap, verkering, vrijen en kinderwens. Ook beschikken ze na de cursus over meer kennis over bijvoorbeeld vrijen en voorbehoedsmiddelen. De interventie is goed onderbouwd.

ASVZ - LVB & kinderwens	
Doelgroep	mensen met een LVB en een kinderwens
Leeftijd	18 jaar en ouder
Doel	preventie
Meer informatie	http://www.asvz.nl/specialismen/kinderwens-ouderschap/
Omschrijving	ASVZ biedt ondersteuning bij het gesprek over kinderwens met mensen met een licht verstandelijke beperking. ASVZ wil dat mensen met een verstandelijke beperking een volwaardig, betekenisvol leven leiden. Kinderwens en ouderschap moeten daarbij bespreekbaar zijn. Op de website staan aanbevelingen en een toolkit met gratis hulpmiddelen om met mensen met een verstandelijke beperking, ouders en hulpverleners in gesprek te gaan over kinderwens en ouderschap.

BEGELEIDING



Buiten de Lijnen	
Doelgroep	jeugdigen met een beperking of met een seksueel trauma
Leeftijd	0 tot 18 jaar
Doel	signalering & behandeling
Meer informatie	https://www.movisie.nl/publicatie/vlaggensysteem
Omschrijving	<i>Buiten de Lijnen</i> is een pedagogische interventie die professionals helpt om te reageren op seksueel (grensoverschrijdend) gedrag bij minderjarigen met een beperking of jeugdigen met een seksueel trauma. De interventie past de methodiek van het <i>Vlaggensysteem</i> toe. Er is veel aandacht voor ontwikkelingsaspecten zoals 'gender' en 'cultuur', omdat deze veel invloed hebben op de seksuele ontwikkeling van kinderen en op de houding van professionals. De interventie heeft de vorm van een handboek dat professionals ondersteunt.

Samen misbruik de baas	
Doelgroep	vrouwen met een LVB die seksueel misbruik hebben meegemaakt
Leeftijd	18 jaar en ouder
Doel	18 jaar en ouder
Meer informatie	https://www.movisie.nl/interventie/samen-misbruik-baas
Omschrijving	De methode ' <i>Samen misbruik de baas</i> ' richt zich op vrouwen van 18 jaar en ouder met een licht verstandelijke beperking die slachtoffer zijn van seksueel misbruik. Doel is om problemen die zij als gevolg van het misbruik ondervinden te verminderen. Binnen een lotgenotengroep krijgen deelnemers inzicht in de gevolgen van seksueel misbruik en gaan ze aan de slag met schuld- en schaamtegevoelens. De interventie is goed onderbouwd.

YIP!	
Doelgroep	meiden en vrouwen met een LVB, die vermoedelijk slachtoffer zijn van mensenhandel/ prostitutie
Leeftijd	12 tot 27 jaar
Doel	behandeling
Meer informatie	https://www.koraalgroep.nl/nieuws/koraal-en-expertisecentrum-mensenhandel-en-lanceren-yip
Omschrijving	<i>Yip!</i> staat voor Your Inner Power, is een landelijk behandelprogramma voor jonge mensen met licht verstandelijke beperking en/of psychiatrische problematiek, die (vermoedelijk) slachtoffer zijn van mensenhandel en gedwongen prostitutie. De interventie is ontwikkeld voor meiden en vrouwen van 12 tot 27 jaar. Mensen met een licht verstandelijke beperking zijn steeds vaker slachtoffer van seksuele uitbuiting. Hun beperking vraagt om een specifieke benadering waardoor het risico bestaat dat zij binnen het reguliere zorgaanbod niet de juiste hulp krijgen en steeds verder in een neerwaartse spiraal terecht komen. ' <i>Yip!</i> ' biedt snelle en deskundige hulp aan slachtoffers van seksuele uitbuiting met een licht verstandelijke beperking en/of een psychiatrische problematiek. Inmiddels vinden op twee locaties in het land opvang van slachtoffers en behandeling plaats. De interventie is (nog) niet ter beoordeling ingediend.



6.7.2 Jeugdigen met een stoornis in het autismespectrum

PREVENTIE

Ik Puber-training	
Doelgroep	jeugdigen met autisme
Leeftijd	12 tot en met 18 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.ikpuber.nl/
Omschrijving	De <i>Ik Puber-training</i> is een individuele training voor jeugdigen met autisme van 12 tot en met 18 jaar. De training wordt één op één gegeven en heeft als doel om psychoseksuele en puberteitsontwikkeling van jeugdigen beter te laten verlopen. Ook het verminderen van seksueel grensoverschrijdend gedrag en slachtofferschap zijn belangrijke subdoelen. Onderwerpen die aan bod komen tijdens de ' <i>Ik Puber-training</i> ' zijn actueel en passend bij het huidige maatschappelijke klimaat. Voorbeelden van maatschappelijk actuele thema's zijn loverboys, het aangeven en herkennen van grenzen en acceptatie van homoseksualiteit.

Seks@autisme.kom	
Doelgroep	jeugdigen en volwassenen met autisme
Leeftijd	12 jaar en ouder
Doel	preventie
Meer informatie	http://www.autismecentraal.com/public/shop-next.asp?lang=NL&pid=0&cat=1&ID=5
Omschrijving	<i>Seks@autisme.kom</i> komt tegemoet aan de behoefte aan seksuele vorming voor jeugdigen en volwassenen met autisme. Dit werkboek bevordert de communicatie over seksualiteit. Thema's die aan bod komen zijn lichaam, lichamelijke veranderingen, seksuele gevoelens, masturbatie, voortplanting, vrijen, zwangerschap, geboorte, voorbehoedsmiddelen, seksueel overdraagbare ziektes. Het werkboek is ontwikkeld in België, maar wordt ook in Nederland gebruikt.

Relaties@autisme.kom	
Doelgroep	jeugdigen en volwassenen met ASS
Leeftijd	12 jaar en ouder
Doel	preventie
Meer informatie	http://www.autismecentraal.com/public/shop-next.asp?lang=NL&pid=0&txtSearch=&aid=&search=relaties&cat=1&ID=58
Omschrijving	<i>Relaties@autisme.kom</i> is een boek dat helpt om relaties bespreekbaar te maken bij mensen met autisme. Met respect voor de autistische stijl van informatieverwerking worden de vaak ongeschreven wetten en verborgen sociale regels van relaties verhelderd. Het boek bevat meerdere modules; algemeen, familierelaties, vriendschap, professionele relaties, weerbaarheid en partnerrelaties.



Training Seksualiteit	
Doelgroep	jeugdigen met autisme
Leeftijd	12 tot en met 18 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	https://www.rivierduinen.nl/autisme/clienten/behandelingen/kinderen-en-jongeren/training-seksualiteit
Omschrijving	In de <i>Training Seksualiteit</i> geeft GGZ Rivierduinen jeugdigen van 12 tot en met 18 met autisme seksuele voorlichting. De training seksualiteit geeft jeugdigen inzicht in de moeilijkheden die zij kunnen ondervinden in het omgaan met seksuele gevoelens en relaties. De training bestaat uit twee delen. In deel komen de volgende thema's aan bod: contact met vrienden, veranderingen aan het lichaam, hygiëne, taalgebruik en gevoelens. Het tweede deel gaat in op het contact in relaties, zoals intimiteit, verliefdheid, romantiek, grenzen stellen en homoseksualiteit.

Pubermind	
Doelgroep	algemeen/jeugdigen met ASS of ADHD
Leeftijd	9 tot en met 21 jaar
Doel	preventie
Meer informatie	http://www.pubermind.nl/
Omschrijving	<i>Pubermind</i> is een methode waarbij een spel wordt ingezet om ervaringen, ideeën en verwachtingen van de puberteit spelenderwijs te bespreken. De manier van spelen creëert een open sfeer met als doel dat eventuele weerstand afneemt en de jongere open staat voor nieuwe informatie en vragen zal stellen. De methodiek is ontwikkeld voor jeugdigen van 9 tot en met 21 jaar met ASS of ADHD, maar ook voor de reguliere populatie.

6.7.3 Problematische gehechtheid

Er zijn geen interventies opgenomen in de databanken die gericht zijn op seksualiteit en relaties specifiek voor jeugdigen met problematischer gehechtheid. We raden op basis van de gevonden kennis (hoofdstuk 3) aan om bij deze jeugdigen eerst aan een basis vertrouwen te werken, voordat er open en veilig over seksualiteit gesproken kan worden. Specifiek op hechting zijn er wel goed onderbouwde interventies.

Samen misbruik de baas	
Doelgroep	vrouwen met een LVB die seksueel misbruik hebben meegemaakt
Leeftijd	18 jaar en ouder
Doel	behandeling
Meer informatie	https://www.movisie.nl/interventie/samen-misbruik-baas
Omschrijving	De methode <i>Samen misbruik de baas</i> richt zich op vrouwen van 18 jaar en ouder met een licht verstandelijke beperking die slachtoffer zijn van seksueel misbruik. Doel is om problemen die zij als gevolg van het misbruik ondervinden te verminderen. Binnen een lotgenotengroep krijgen deelnemers inzicht in de gevolgen van seksueel misbruik en gaan ze aan de slag met schuld- en schaamtegevoelens. De interventie is goed onderbouwd.



PINQ-gesloten	
Doelgroep	slachtoffers van loverboys
Leeftijd	12 tot 18 jaar
Doel	behandeling
Meer informatie	https://www.spirit.nl/hulpoverzicht/pinq/
Omschrijving	<i>PINQ-gesloten</i> is een integraal zorgprogramma met een behandelaanbod van jeugdhulp, onderwijs en GGZ-behandeling in gesloten setting voor meiden die slachtoffer zijn geworden van een loverboy, en hun ouders. De interventie is ontwikkeld voor slachtoffers van 12 tot 18 jaar. Het doel is in de eerste plaats om de meiden veilig te stellen en te beschermen tegen verdere traumatisering. De problematiek van deze meiden is dermate ernstig en de risico's zo groot, dat behandeling in een gesloten setting als laatste redmiddel wordt gezien. De meiden verblijven in een meiden-specifieke groep en gaan naar een meidenklas in de interne school. De behandelduur bedraagt zes tot negen maanden. Veiligheid, stabilisatie en traumaverwerking, versterken van de eigenwaarde en het zelfbeeld, samenwerking met gezin en netwerk, versterken van algemene- en seksuele interactievaardigheden zijn de belangrijkste thema's. Deze interventie is goed onderbouwd.

Crisiscentra	
Doelgroep	meiden die in de prostitutie terechtgekomen zijn
Leeftijd	14 tot 23 jaar
Doel	behandeling
Meer informatie	https://www.fier.nl/opvang/asja
Omschrijving	Diverse crisiscentra zijn ingericht voor meiden die in de prostitutie terecht gekomen zijn of daar risico op lopen. Een voorbeeld hiervan is <i>Asja</i> , een sterk gestructureerd 7x24 uurs programma voor meiden van 14 tot 23 jaar. Het programma is erop gericht de meiden afstand te laten nemen van dat verleden en een nieuw begin te laten maken. Afhankelijk van de ernst van de problemen duurt het programma zes tot twaalf maanden. De interventie is goed onderbouwd.

6.8 Aanbevelingen

- Weet globaal welke interventies worden aanbevolen voor de ondersteuning van de seksuele ontwikkeling van jeugdigen en/of seksuele opvoedingsondersteuning van ouders/opvoeders.
- Weet globaal voor welke doelgroep, leeftijd en welk doel (preventie, signalering en/of begeleiding/behandeling) deze interventies bedoeld zijn.
- Maak op basis van de gesprekken met jeugdigen en/of ouders/opvoeders een passende keuze voor een interventie.
- Weet aanvullende seksualiteitshulpverlening voor jongeren van 12-23 jaar te vinden (Sense, Fiom, Siriz).
- Wijs jongeren (12-23 jaar) op betrouwbare informatie over seksualiteit (www.sense.info, www.qpido.nl, www.meldknop.nl, www.helpwanted.nl).
- Wees op de hoogte van overige relevante materialen, voorzieningen en organisaties op het gebied van seksualiteit, in de regio.



Literatuur



- Ainsworth, M. D. S. (1978). The Bowlby-Ainsworth attachment theory. *Behavioral and Brain Sciences*, 1, 436-438.
- Alliantie Transgenderzorg (2017) *Kwaliteitsstandaard psychische transgenderzorg* Amsterdam: Alliantie Transgenderzorg
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Publishing.
- Baams, L., Dubas, J. S., Overbeek, G., & Aken, M. A. van (2015). Transitions in body and behavior: A meta-analytic study on the relationship between pubertal development and adolescent sexual behavior. *Journal of Adolescent Health*, 56(6), 586-98. <https://doi:10.1016/j.jadohealth.2014.11.019>.
- Baams, L., Overbeek, G., Dubas, J. S., Doornwaard, S. M., Rommes, E., & Aken, M. A. van (2015). Perceived realism moderates the relation between sexualized media consumption and permissive sexual attitudes in Dutch adolescents. *Archives of Sexual Behavior*, 44(3), 743-54. [https://doi: 10.1007/s10508-014-0443-7](https://doi:10.1007/s10508-014-0443-7).
- Baarsma, M. E., Boonmann, C., 't Hart-Kerkhoffs, L. A., Graaf, H. de, Doreleijers, T. A., & Vermeiren, R. R. (2016). Sexuality and Autistic-Like Symptoms in Juvenile Sex Offenders: A Follow-Up After 8 Years. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 46(8), 2679-2691.
- Ballan, M. S. (2012). Parental Perspectives of Communication about Sexuality in Families of Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 42, 676-684.
- Bartelink, C., Meuwissen, I., & Eijgenraam, K. (2015). *Richtlijn Samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
- Berlo, W. van, Haas, S. de, Oosten, N. van, Dijk, L. van, Brants, L., Tonnon, S., & Storms, O. (2011). *Beperkt weerbaar: Een onderzoek naar seksueel geweld bij mensen met een lichamelijke, zintuiglijke of verstandelijke beperking*. Rutgers WPF/Movisie.
- Berlo, W. van, & Mooren, T. (2009). Seksueel geweld: Gevolgen en behandeling. In L. Gijs, W. Gianotten, I. Vanwesenbeeck, & P. Weijnenborg (Red.), *Seksuologie*. (2e Editie) pp 419 – 435. Bohn Stafleu van Loghum.
- Berlo, W. van, Wijssen, C., & Vanwesenbeeck, I. (2005). *Gebrek aan regie: Een kwalitatief onderzoek naar de achtergronden van tienerzwangerschappen*. Rutgers Nisso Groep.
- Bernaards, C., Walpot, M., Rijs Hansen, G. R., & Moentjes, G. (2017). *Core competencies for safeguarding young people in care*. Amsterdam: Amsterdam University of Applied Sciences
- 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.
- Bohlin, G., Hagekull, B., & Rydell, A. M. (2000). Attachment and social functioning: A longitudinal study from infancy to middle childhood. *Social Development*, 9, 24-39.
- Bongardt, D. van de, Graaf, H. de, Reitz, E., & Deković, M. (2014). Parents as moderators of longitudinal associations between sexual peer norms and Dutch adolescents' sexual initiation and intention. *Journal of Adolescent Health*, 55(3), 388-93. <https://doi:10.1016/j.jadohealth.2014.02.017>.
- Bongardt, D. van de, Reitz, E., & Deković, M. (2012). Vroeg seksueel debuut in Nederland: Een longitudinale studie naar de rol van individuele kenmerken, opvoeding en leeftijdgenoten. *Kind en Adolescent*, 33(4), 194-205.
- Bongardt, D. van de, Reitz, E., & Deković, M. (2016). Indirect Over-Time Relations Between Parenting and Adolescents' Sexual Behaviors and Emotions Through Global Self-Esteem. *Journal of Sex Research*, 53(3), 273-85. [https://doi: 10.1080/00224499.2015.1046155](https://doi:10.1080/00224499.2015.1046155).

- Bongardt, D. van de, Reitz, E., Sandfort, T., & Deković, M. (2015). A Meta-Analysis of the Relations Between Three Types of Peer Norms and Adolescent Sexual Behavior. *Personality and Social Psychology Review*, 19(3), 203-34.
- Borawska-Charko, M., Rohleder, P., & Finlay, W. M. L. (2017). The sexual health knowledge of people with intellectual disabilities: A review. *Sexuality Research and Social Policy*, 14(4), 393-409.
- Bos, M., & Cense, M. (2005). *Trainen over diversiteit. Werkboek voor trainingen op het gebied van diversiteit toegespitst op de thema's geweld en seksualiteit*. TransAct.
- Boudesteijn, F., Vegt, E. J. M. van der, Visser, K., Tick, N., & Maras, A. (2011). *Psychoseksuele ontwikkeling bij adolescenten met een autismespectrumstoornis*. Van Gorcum.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52, 664-678.
- 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.
- Bruijn, P. de, Burrie, I., & Wel, F. van (2006). A risky boundary: Unwanted sexual behavior among youth. *Journal of Sexual Agression*, 12, 81-96.
- Buckingham, E. T., & Daniolos, P. (2013). Longitudinal outcomes for victims of child abuse. *Current Psychiatry Reports*, 15(2).
- Byers, E. S., Nichols, S., & Voyer, S. D. (2013). Challenging stereotypes: Sexual functioning of single adults with high functioning autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(11), 2617-2627.
- Byers, E. S., Nichols, S., Voyer, S. D., & Reilly, G. (2013). Sexual well-being of a community sample of high-functioning adults on the autism spectrum who have been in a romantic relationship. *Autism*, 17(4), 418-33.
- CBS (2017). *Relatief weinig tienermoeders in Nederland*. Geraadpleegd op 20-5-2019, via <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2017/50/relatief-weinig-tienermoeders-in-nederland>.
- CBS (2019). *Meisjes vaker op sociale netwerken dan jongens*. Geraadpleegd op 29-5-2019, via <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/22/meisjes-vaker-op-sociale-netwerken-dan-jongens>.
- Cense, M. (2018). *Verklaringen voor een latere seksuele start*. Rutgers.
- Cense, M., & Dalmijn, E. (2016). *In een klap volwassen. Over tienerzwangerschap*. Rutgers.
- Cense, M., & Dijk, L. van (2010). *Niet zomaar seks. Jongeren over seks en grenzen*. Rutgers.
- Chandra, A., Martino, S. C., Collins, R. L., Elliott, M. N., Berry, S. H., & Kanouse, D. E. (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.
- Commissie Kwaliteitskader Voorkomen Seksueel Misbruik in de Jeugdzorg (2013). *Kwaliteitskader Voorkomen Seksueel Misbruik in de Jeugdzorg*. Jeugdzorg Nederland.
- Commissie Samson (2012). *Omringd door zorg, toch niet veilig. Seksueel misbruik van door de overheid uit huis geplaatste kinderen, 1945 tot heden*. Boom.

- 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., Plas, E. A. van der, 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.
- Dalmijn, E. W., & Lisdonk, J. van (2017). Tienerzwangerschap bij meiden met een lichte verstandelijke beperking. Inzicht in risicofactoren voor betere preventie. *Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg, 49*, 8-13.
- Dang, S. S., & Gorzalka, B. B. (2015). Insecure attachment style and dysfunctional sexual beliefs predict sexual coercion proclivity in university men. *Sexual Medicine, 3*, 99-108.
- Deij, P.C. & van Verseveld, J. (2013). Seksualiteit en EFT. *Tijdschrift voor Seksuologie, 37*(3), 109-111
- 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*. Bohn Stafleu van Loghem.
- Dewinter, J., De Graaf, H., & Begeer, S. (2017). Sexual Orientation, Gender Identity and Romantic Relationships in Adolescents and Adults with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 47*(9), 2927-2934.
- Dewinter, J. (2016). *Sexuality in adolescent boys with Autism Spectrum Disorder*. Ipskamp.
- Dewinter, J., Vermeiren, R., Vanwesenbeeck, I., Lobbestael, J., & Nieuwenhuizen, C. van (2015). Sexuality in adolescent boys with autism spectrum disorder: Self-reported behaviors and attitudes. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 45*(3), 731-741.
- Dewinter, J., Vermeiren, R., Vanwesenbeeck, I., & Nieuwenhuizen, C. van (2013). Autism and normative sexual development: A narrative review. *Journal of Clinical Nursing, 22*(23-24), 3467-3483.
- Doornwaard, S., Eijnden, R. van den, Vanwesenbeeck, I., & Bogt, T. ter (2016). It's kind of an exciting story: De rol van het Internet in de adolescentie seksuele ontwikkeling. *Tijdschrift voor Seksuologie, 40*(4), 212-218.
- Doreleijers, T., Crone, E., & Jansen, L. (2010). *Biologische ontwikkeling. Psychologie van de adolescentie. basisboek*. Thieme Meulenhoff.
- Douma, J. (2018). *Jeugdigen en (jong)volwassenen met een lichte verstandelijke beperking. Kenmerken en de gevolgen voor diagnostisch onderzoek en (gedrags)interventies*. Landelijk Kenniscentrum LVB.
- Draucker, C., & Mazurczyk, J. (2013). Relationships between childhood sexual abuse and substance use and sexual risk behaviors during adolescence: An integrative review. *Nursing Outlook, 61*(5), 291-310. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2012.12.003>
- Duke, T. S. (2011). Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Youth with Disabilities: A Meta-Synthesis. *Journal of LGBT Youth, 8*, 1-52.
- Dvir, Y., Ford, J. D., Hill, M., & Frazier, J. A. (2014). Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harvard Review of Psychiatry, 22*, 149-161.
- Emmen, M., Felten, H., Addink, A., Bakker, P. P., Boote, M., & Keuzenkamp, S. (2015). Jong en anders. Onderzoek naar de aandacht voor lesbische, homo, bi-jongeren, transgenderjongeren en jongeren met een intersekse conditie in de jeugdsector. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice, 24*(3), 21-42.
- Engels, R. C. M. E., Kerr, M., & Stattin, H. (2007). Friends, lovers and groups: Key relationships in adolescence. Wiley.

- Fernandes, L. C., Gillberg, C. I., Cederlund, M., Hagberd, B., Gillberg, C., & Billstedt, E. (2016). Aspects of Sexuality in Adolescents and Adults Diagnosed with Autism Spectrum Disorders in Childhood. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46, 3155-3165.
- Frans, E., & Franck, T. (2014). *Vlaggensysteem. Reageren op seksueel (grensoverschrijdend) gedrag van kinderen en jongeren*. Garant.
- Frederick, D. A., St John, H. K., Garcia, J. R., & Lloyd, E. A. (2018). Differences in orgasm frequency among gay, lesbian, bisexual, and heterosexual men and women in a U.S. national sample. *Archives of Sexual Behavior*, 47, 273-288.
- 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). Elsevier.
- George, R., & Stokes, M. A. (2018). Sexual Orientation in Autism Spectrum Disorder. *Autism Research*, 11, 133-141.
- GGZ (2017). Zorgstandaard autisme. Geraadpleegd juni 2019 via <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/autisme/specifieke-omschrijving-autisme>.
- Gianotten, W. L., Meihuizen-De Regt, M. J., & Son-Schoones, N. van (2008). *Seksualiteit bij ziekte en lichamelijke beperking*. Koninklijke Van Gorcum BV.
- 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.
- Goenree, M., Walle, R. van de, & Berlo, W. van (2012). *Interventies voor preventie, signalering en behandeling van seksueel geweld bij mensen met een beperking: Inventarisatie van aanbod en kwaliteit*. Rutgers WPF.
- Gougeon, N. A. (2010). Sexuality and Autism: A Critical Review of Selected Literature Using a Social-Relational Model of Disability. *American Journal of Sexuality Education*, 5(4), 328-361. [https://doi: 10.1080/15546128.2010.527237](https://doi.org/10.1080/15546128.2010.527237)
- Govindshenoy, M., & Spencer, N. (2007). Abuse of the disabled child: A systematic review of population-based studies. *Child: Care, Health and Development*, 33(5), 552-558.
- Graaf, H. de (2005). *Seks onder je 25e. Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2005*. Rutgers Nisso Groep/SOA Aids Nederland.
- Graaf, H. de (2007). *De rol van ouders in de seksuele ontwikkeling: Een literatuurstudie*. Rutgers Nisso Groep.
- Graaf, H. de (2013). *Van alle leeftijden. De seksuele levensloop van conceptie tot overlijden*. Eburon.
- Graaf, H. de (2016). *Hoe denken kinderen van 9 tot en met 12 jaar over seks?* Rutgers.
- Graaf, H. de, Bakker, B. H. W., & Wijzen, C. (2014). *Een wereld van verschil. Seksuele gezondheid van LHBT's in Nederland 2013*. Rutgers WPF.
- Graaf, H. de, Borne, M. van den, Nikkelen, S., Twisk, D., & Meijer, S. (2017). *Seks onder je 25ste. Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2017*. Rutgers WPF/Soa Aids Nederland.
- Graaf, H. de, & Maris, S. (2014). *De seksuele ontwikkeling van kinderen met een beperking of psychiatrisch probleem*. Rutgers WPF.
- Graaf, H. de, Neeleman, A., & Haas, S. de (2009). De seksuele levensloop. In L. Gijs, W. Gianotten, I. Vanwesenbeeck, & P. Weijenburg (Red.), *Seksuologie* (2e editie) (pp. 157-179). Bohn Stafleu Van Loghum.

- Graaf, H. de, Nikken, P., Janssens, K., Felten, H., & Berlo, W. van (2008). *Seksualisering: Reden tot zorg?*. Rutgers Nisso Groep/Nji/MOVISIE.
- Graaf, H. de, & Rademaker, J. (2003). *Seks in de groei. Een verkennend onderzoek naar de (pre)seksuele ontwikkeling van kinderen en jeugdigen*. RNG Studies, Eberon.
- Graaf, H. de, & Rademaker, J. (2007). Seksueel gedrag en seksuele gevoelens van prepuberale kinderen. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 31, 184-194.
- Graaf, H. de, & Rademaker J. (2009). *Seks in de groei' update anno 2009. Recente wetenschappelijke inzichten in de seksuele ontwikkeling van kinderen en jeugdigen*. Rutgers Nisso Groep.
- Graaf, H. de, Dijk, L. van & Wijsen, C. (2010), *Leefstijlcampagne seksuele weerbaarheid. Voorbereidend literatuuronderzoek*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Haas, S. de (2012). Seksueel grensoverschrijdend gedrag onder jongeren en volwassenen in Nederland. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36(2), 136-145.
- Haas, S. de, & Graaf, H. de (2011). *Aanpassing seksespecifieke groeps counseling Girls'Talk: literatuuronderzoek*. Utrecht: Rutgers WPF.
- 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*. EPPI-centre.
- Harreveld, C. (2009). *Ongewenste seks tijdens het uitgaan: Wanneer 'ja' tot spijt leidt en 'nee' niet wordt gerespecteerd*. 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*, 22(3), 329-343.
- Heeringa, N., Kuyper, A., Lammers, M., & Visser, T. (2010). *Zorg zelf voor betere preventie seksueel misbruik. Effectief werken aan preventie van seksueel misbruik met inzichten en instrumenten uit het verbetertraject Preventie Seksueel Misbruik van Zorg voor Beter*. Vilans, Rutgers Nisso Groep en Movisie.
- Hénault, I. (2006). *Asperger-syndroom & seksualiteit. In adolescentie en volwassenheid*. Uitgeverij Nieuwezijds.
- Higgs, Tamsin & Carter, Adam. (2015). Autism Spectrum Disorder and Sexual Offending: Responsivity in Forensic Interventions. *Aggression and Violent Behavior*. 22. 10.1016/j.avb.2015.04.003.
- Holmes, L. G., Himle, M. B., Sewell, K. K., Carbone, P. S., Strassberg, D. S., & Murphy, N. A. (2014). Addressing Sexuality in Youth with Autism Spectrum Disorders: Current Pediatric Practices and Barriers. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* 35, 172-178.
- Homma, Yuko & Wang, Naren & Saewyc, Elizabeth & Kishor, Nand. (2012). The Relationship Between Sexual Abuse and Risky Sexual Behavior Among Adolescent Boys: A Meta-Analysis. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*. 51. 18-24. 10.1016/j.jadohealth.2011.12.032.
- Hovsepian, S. L., Blais, M., Manseau, H., Otis, J., & Girard, M. E. (2010). Prior victimization and sexual and contraceptive self-efficacy among adolescent females under Child Protective Services care. *Health Education and Behavior*, 37(1), 65-83. [https://doi: 10.1177/1090198108327730](https://doi.org/10.1177/1090198108327730)

- Hudson, S. M., & Ward, T. (2000). Interpersonal competency in sex offenders. *Behavior Modification*, 24, 494-527.
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2018). *Gezond vertrouwen. Jaarrapportage 2016 van de Wet afbreking zwangerschap*. IGJ.
- Kaagesten, A., Gibbs, S., Blum, R. W., Moreau, C., Chandra-Mouli, V., Herbert, A., & Amin, A. (2016). Understanding Factors that Shape Gender Attitudes in Early Adolescence Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS ONE* 11(6), e0157805. <https://doi:10.1371/journal.pone.0157805>.
- Kan, C. C., Geurts, H. M., Bosch, K. van den, Forceville, E. J. M., Manen, J. van, Schuurman, C. H., Sizoo, B. B., Stekelenburg, F., Veldboom, E., Verbeeck, W. J. C., Vrijmoed, D., & Duin, D. van (2013). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen*. De Tijdstroom.
- Kellaher, D.C. (2015). Sexual behaviour and autism spectrum disorders: an update and discussion. *Current Psychiatry Reports*. 17 (4): 562. doi: 10.1007/s11920-015-0562-4.
- Kennisnet (2017). *Monitor Jeugd en Media 2017*. Kennisnet.
- Kenny, L., Hattersley, C., Molins, B., Buckley, C., Povey, C., & Pellicano, E. (2016). Which terms should be used to describe autism? Perspectives from the UK autism community. *Autism* 20(4), 442-462.
- Keuzenkamp, S. (2010). *Steeds gewoner, nooit gewoon: Acceptatie van homoseksualiteit in Nederland*. Sociaal Cultureel Planbureau.
- Keuzenkamp, S. (2012). *Worden wie je bent. Het leven van transgenders in Nederland*. 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: New Research finding on Programs to Reduce Teen Pregnancy*. Washington DC: Power to Decide (formerly The national campaign to prevent teen and unplanned pregnancy).
- Kleine, K., & Beijer, M. (2013). *Themacompetentie seksuele ontwikkeling, seksueel risicogedrag en seksueel misbruik. Addendum voor het competentieprofiel jeugdzorgwerker*. Jeugdzorg Nederland en Vereniging Hogescholen.
- Kliegman, R. M., Behrman, R. E., Jenson, H. B., & Stanton, B. F. (2011). *Nelson textbook of pediatrics*. Saunders Elsevier.
- KNMG (2012). *Handreiking Beroepsgeheim en politie/justitie*. KNMG.
- KNMG (2019). *KNMG-Wegwijzer Toestemming en informatie bij behandeling van minderjarigen*. KNMG.
- Kok, G., Maasen, R., Maaskant, M., & Curfs, L. (2009). Zorgverleners over seksualiteit van mensen met een verstandelijke beperking; Een kwalitatief onderzoek. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 33, 199-206.
- 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. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 85(5), 2034-2041.

- Kunseler, F. (2017). *Resultaten onderzoek sexting bij residentiële behandel- en opvangvoorzieningen van Fier: Prevalentie en gevolgen*. Fier.
- Kuyper, A. (2013). *Seksualiteitsbeleid of struisvogelpolitiek? Model voor visie en beleid op seksualiteit, relaties en omgangsvormen 12+ voor de residentiële jeugdzorg*. Rutgers WPF.
- Kuyper, L. (2015). *Jongeren en seksuele oriëntatie. Ervaringen van en opvattingen over lesbische, homoseksuele, biseksuele en heteroseksuele jongeren*. Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kuyper, A., & Höing, M. (2017). *Doelgroepen in de residentiële jeugdzorg. Gezond seksueel gedrag in de residentiële jeugdzorg (2013)* Rutgers, Avans Hogeschool- samen met Movisie, TNO en Accare.
- Kuyper, A., Reitzema, E., & Coehoorn, I. (2018). *Handleiding Make A Move +*. Rutgers.
- Kuzma, J. M., & Black, D. W. (2008). Epidemiology, prevalence, and natural history of compulsive sexual behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(4), 603-611.
- Kwakman, E. H. G. & Polders, J. (2017). *Handreiking Praten met kinderen bij mogelijk seksueel misbruik. Netwerkoeverleg Veilig Thuis, Politie, OM, Raad voor de Kinderbescherming en Reclassering*.
- Kwaliteitskader Jeugd (2016). *Kwaliteitskader Jeugd. Toepassen van de norm van de verantwoorde werktoedeling in de praktijk*. Uitgave: Programma Professionalisering Jeugdhulp & Jeugdbescherming. Nederlands Jeugdinstituut Utrecht.
- Lamers-Winkelmann, F. & Tierolf, B. (2012) *Deelonderzoek 3b: Literatuurstudie, interviews en dossierstudie seksueel misbruik in pleeggezinnen en instellingen voor jeugdzorg. In: Omringd door zorg, toch niet veilig. Seksueel misbruik van door de overheid uit huis geplaatste kinderen, 1945 tot heden*. Boom: Verwey-Jonker Instituut.
- Landelijk Expertisecentrum Kinderporno en Kindersekstoerisme (2017). *Leidraad Afdoening sextingzaken*. Geraadpleegd in maart 2018, via https://vnja.nl/wp-content/uploads/2018/03/pubers_in_beeld_-_leidraad_afdoening_sextingzaken.pdf.
- Larsson, I. B., & Svedin, C. G. (2002). Sexual experiences in childhood: Young adults' recollections. *Archives of sexual behavior*, 31(3), 263-273.
- Leenarts, L. E., Diehle, J., Doreleijers, T. A., Jansma, E. P., & Lindauer, R. J. (2013). Evidence-based treatments for children with trauma-related psychopathology as a result of childhood maltreatment: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(5), 269-283.
- Lehti, V., Niemelö, S., Heinze, M., Sillanmöki, L., Helenius, H., & Piha, J. (2012). Childhood predictors of becoming a teenage mother among Finnish girls. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91(11), 1319-1325.
- Lepage, J. & Tourigny, Marc & Pauzé, Robert & Mcduff, Pierre & Cyr, Mireille. (2010). Sexual behavior problems in children in Quebec youth protection services: Associated factors. *Sexologies*. 19. 87-91. 10.1016/j.sexol.2009.05.002.
- Levy, S. E., Mandell, D. S., & Schultz, R. T. (2009). Autism. *Lancet*, 374 (9701), 1627-1638.
- Lijster-Van Kampen, G. P. A. de, Vink, R. M., Berlo, W. van, Kuyper, A., Boer, A. H., & Höing, M. A. (2017). *Het Vlaggensysteem RJ. Rapportage implementatie- outcome- en tevredenheidsonderzoek*. TNO/Rutgers kenniscentrum Seksualiteit/Avans Hogeschool Expertisecentrum Veiligheid.
- Lindsay, W. R., & Michie, A. M. (2013). Individuals with developmental delay and problematic sexual behaviors. *Current Psychiatry Reports*, 15(4), [350]. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0350-y>

- Loeber, O. (2008). Over het zwaard en de schede; bloedverlies en pijn bij de eerste coïtus. Een onderzoek bij vrouwen uit diverse culturen. *Tijdschrift Voor Seksuologie*, 32, 129-137.
- Lunsen, R. van, & Laan, E. (2017). *Seks!* Prometheus.
- 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.
- Mandell, D. S., Walrath, C. M., Manteuffel, B., Sgro, G., & Pinto-Martin, J. A. (2005). The prevalence and correlates of abuse among children with autism served in comprehensive community-based mental health settings. *Child abuse & neglect*, 29(12), 1359-1372.
- Maniglio, R. (2014). Prevalence of sexual abuse among children with conduct disorder: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17(3), 268-282.
- Maniglio, R. (2015). Significance, Nature, and Direction of the Association Between Child Sexual Abuse and Conduct Disorder: A Systematic Review. *Trauma. Violence Abuse*, 16(3), 241-257.
- Maris, S, Vink, R. M., Oud, B., Deurloo, J., Kuyper, A., & Lijster-Van Kampen, G. P. A. (2020). *Richtlijn Seksuele ontwikkeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. TNO/Rutgers, Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
- Maris, S., Vlugt, I. van der, Deurloo, J., & Lanting, C. (2014). *JGZ-Richtlijn Seksuele ontwikkeling 0-19 jaar*. NCJ (Rutgers/TNO).
- 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.
- Medina-Rico, M., López-Ramos, H., & Quiñonez, A. (2017). Sexuality in People with Intellectual Disability: Review of Literature. *Sexuality and Disability*, 10.1007/s11195-017-9508-6..
- 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.
- Mick, J., & Cohen, M. Z. (2003). Sexuality and cancer: A BETTER approach to nursing assessment of patients' sexuality concerns. *Hematology Oncology News and Issues*, 2(10), 30-31.
- Miesen, A. I. R. van der, Hurley, H., & Vries, A. L. C. de (2016). Gender dysphoria and autism spectrum disorder: A narrative review. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 70-80. <https://doi:10.3109/09540261.2015.1111199>.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2016). *Handreiking Toestemmingsvereiste voor hulp bij kindermishandeling*. VWS.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). *Handreiking Participatie van kinderen in de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling*. VWS.
- Naezer, M., & Oosterhout, L. van (2019). *Sharing is caring? Jongeren, sexting en de ongewenste verspreiding van sexy beeldmateriaal*. Radboud Universiteit Nijmegen.

- Neef, M. de, & Dijk, L. van (2010). *Achtergronden van inadequaat anticonceptiegebruik bij jongeren*. Rutgers WPF.
- Nikken, P. (2007). *Jongeren, media en seksualiteit. Hoe media-interesses en -gebruik samenhangen met fantasieën, opvattingen en gedrag*. Nederlands Jeugdinstituut.
- Nikken, P. (2009). Seksualisering en de jeugd van tegenwoordig: De media als zondebok? *Tijdschrift Voor Seksuologie*, 33, 84-96.
- Nji (2019). *Definitie 'hechtingsproblematiek'*. Geraadpleegd in mei 2019, via <https://www.nji.nl/Hechting-en-hechtingsproblemen-Probleemschets-Definitie>.
- Noordam, C., Rotteveel, J., & Schroor, E. J. (2010). *Werkboek kinderendocrinologie Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde*. VU University Press.
- 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.
- 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*, 17(17), 1114-1118.
- Pecora, L. A., Mesibov, G. B., & Stokes, M. A. (2016). Sexuality in High-Functioning Autism: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46, 3519-3556.
- Pedersen, W. W., & Mastekaasa, A. (2011). Conduct disorder symptoms and subsequent pregnancy, child-birth and abortion: A population-based longitudinal study of adolescents. *Journal of Adolescence*, 34(5), 1025-1033.
- Pederson, D. R., Gleason, K. E., Moran, G., & Bento, S. (1998). Maternal attachment representations, maternal sensitivity, and the infant-mother attachment relationship. *Developmental Psychology*, 34, 925-933.
- Pijpers, F., Exterkate, M., & Jager, M. de (2010). *Standpunt 'preventie van vrouwelijke genitale verminking in de Jeugdgezondheidszorg'*. RIVM/Centrum Jeugdgezondheid.
- Pijpers, R. [red] (2014). *LVB-Jeugd en sociale media. Rapport over jongeren met een lichte verstandelijke beperking (LVB) en de risico's van sociale media*. Stichting Kennisnet.
- Rees, J. C. van, Spiering, M., & Laan, E. (2016). Orgasmeconsistentie van lesbische en heteroseksuele vrouwen tijdens partnerseks: De rol van clitorale stimulatie. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 40, 68-75.
- Reynolds, M. A., Herbenick, D. L., & Bancroft, J. H. (2003). The nature of childhood sexual experiences: Two studies 50 years apart. In J. Bancroft (Ed.), *Sexual Development in Childhood*. Indiana University Press. Bloomington 134 – 155.
- Roberts, A. L., Koenen, K. C., Lyall, K., Robinson, E., & Weisskopf, M. G. (2015). Association of autistic traits in adulthood with childhood abuse, interpersonal victimization, and posttraumatic stress. *Child Abuse and Neglect*, 45, 135-142.
- Roos, M. H., & Graaf, H. de (2014). Seksueel getint gedrag van twee- tot twaalfjarigen. Waarnemingen van ouders. *Kind en adolescent*, 35, 223-238.

- Rubenstein, E., Wiggins, L. D., & Lee, L. (2015). A review of the differences in developmental, psychiatric and medical endophenotypes between males en females with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 27(1), 119-139
- Rutten, A.X., Vermeieren, R.R.J.M., & van Nieuwenhuizen, C. (2017). Autism in adult and juvenile delinquents: A literature review. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11 (1), [45] <https://doi.org/10.1186/s13034-017-0181-4>
- Ryan, S., Franzetta, K., & Manlove, J. (2007). Knowledge, perceptions, and motivations for contraception: Influence on teens' contraceptive consistency. *Youth and Society*, 39, 182-208.
- Rijksoverheid (2018). *Hoe krijgt mijn kind praktijkonderwijs (pro)?* Geraadpleegd via <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/passend-onderwijs/vraag-en-antwoord/hoe-krijgt-mijn-kind-praktijkonderwijs>
- Scholte, R., Nelen, W., Wit, W. de, & Kroes, G. (2016). *Sociale veiligheid in en rond scholen*. Praktikon B.V.
- Schöttle, D., Briken, P., Tüscher, O., & Turner, D. (2017). Sexuality in autism: Hypersexual and paraphilic behavior in women and men with high-functioning autism spectrum disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(4), 381-393.
- Seto, M. C., & Lalumière, M. L. (2010). What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(4), 526-575. <https://doi.org/10.1037/a0019700>
- Sevlever, Melina & Roth, Matthew & Gillis, Jennifer. (2013). Sexual Abuse and Offending in Autism Spectrum Disorders. *Sexuality and Disability*. 31. 10.1007/s11195-013-9286-8.
- 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.
- Soylu, N., Alpaslan, A. H., Ayaz, M., Esenyel, S., & Oruc, M. (2013). Psychiatric disorders and characteristics of abuse in sexually abused children and adolescents with and without intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34(12), 4334-4342.
- Storms, O., & Bartels, E. (2008). *De keuze van een huwelijkspartner. Een studie naar partnerkeuze onder groepen Amsterdammers*. Vrije Universiteit.
- Strang, J. F., Kenworthy, L., Dominska, A., Sokoloff, J., Kenealy, L. E., Berl, M., Walsh, K., Menvielle, E., Slesaransky, P. G., Kim, K. E., Luong-Tran, C., Meagher, H., & Wallace, G.L. (2014). Increased gender variance in autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 43(8), 1525-1533.
- Stroud, Catherine & Hershenberg, Rachel & Cardenas, Stephanie & Greiter, Elizabeth & Richmond, Margaret. (2015). U.S. College Students' Sexual Activity: The Unique and Interactive Effects of Emotion Regulation Difficulties and Attachment Style. *International Journal of Sexual Health*. 28. 00-00. 10.1080/19317611.2015.1073824.
- Talma, H., Schönbeck, Y., Dommelen, P. van, Bakker, B., Buuren, S. van, & HiraSing, R. A. (2013). *Trends in menarcheal age between 1955 and 2009 in the Netherlands*. PLoS ONE, 8(4), e60056. <https://doi.org/10.1371>.

- Tarren-Sweeney, M. (2008). Predictors of problematic sexual behavior among children with complex maltreatment histories. *Child Maltreatment, 13*, 182-198.
- Testa, M., Zile-Tamsen, C. van, & 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.
- Tracy, J. L., Shaver, P. R., Albino, A. W., & Cooper, M. L. (2003). Attachment styles and adolescent sexuality. In P. Florsheim (Ed.), *Adolescent romantic relations and sexual behavior: Theory, research, and practical implications* (pp. 137-159). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Traen, B., & Kvaem, I. L. (2007). Investigating the relationship between past contraceptive behaviour, self-efficacy, and anticipated shame and guilt in sexual contexts among norwegian adolescents. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 17*(1), 19-34.
- Transact (2001). *Informatiewijzer over mannen en seksueel misbruik*. http://huiselijkgeweld.ypos3.ypos.nl/publicaties/handboeken/informatiewijzer_over_mannen_en_seksueel_misbruik
- Twisk, D., Cense, M., Vijlbrief, A., Felten, H., & Emmen, M. (2017). *Genderdiversiteit, literatuurstudie*. Alliantie Genderdiversiteit.
- 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*. 161 – 175. Tilburg University Press.
- Vanwesenbeeck, I., Zessen, G. van, Ingham, R., Jaramazovic, E., & Stevens, D. (1999). Factors and processes in heterosexual competence and risk: An integrated review of the evidence. *Psychology and Health, 14*, 25-50.
- Vink, R. M., Wolff, M. S. de, Broerse, A., & Kamphuis, M. (2016). *Richtlijn Kinder mishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
- Visser, K., Greaves-Lord, K., Tick, N. T., Verhulst, F. C., Maras, A., & Vegt, E. J. M. van der (2017). An exploration of the judgement of sexual situations by adolescents with autism spectrum disorders versus typically developing adolescents. *Research in autism spectrum disorders, 36*, 35-43.
- Visser, M., Aar, F. van, Oeffelen, A. A. M. van, Broek, I. V. F. van den, Coul, E. L. M. op de, Hofstraat, S. H. I., Heijne, J. C. M., Daas, C. den, Hoenderboom, B. M., Wees, D. A. van, Basten, M., Woestenberg, P. J., Götz, H. M., Sighem, A. I. van, Hoon, S. de, & Benthem, B. H. B. van, (2017). *Sexually transmitted infections including HIV, in the Netherlands in 2016*. RIVM.
- Vlugt, I. van der (2016). *Richtlijn seksuele vorming. Visie, doelen en uitgangspunten*. Rutgers.
- Wade, L. D., Kremer, E. C., & Brown, J. (2005). The incidental orgasm: The presence of clitoral knowledge and the absence of orgasm for women. *Women & Health, 42*, 117-138.
- Waldron, M., Heath, A. C., Turkheimer, E. N., Emery, R. E., Nelson, E., Bucholz, K. K., Madden, P. A. F., & Martin, N. G. (2008). Childhood sexual abuse moderate genetic influences on age at first consensual sexual intercourse in women. *Behavior Genetics, 38*, 1-10.
- Werkgroep relationele vorming (2016). *Autismevriendelijkheidsmeter. Academische Werkplaats Autisme Samen Doen!* <http://autisme-samendoen.nl.server11.firstfind.nl/factsheetrelaties.pdf>

- WHO Regional Office for Europe (2010). *Standards for sexuality education in Europe. A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists*. Cologne: 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. *Journal of Adolescent Health, 39*, 893-899.
- Wissink, I. B., Moonen, X., Vugt, E. S. van, Stams, G. J., & Vergeer, M. (2012). *Seksueel grensoverschrijdend gedrag en misbruik bij kinderen en jongeren met een (licht) verstandelijke beperking. Deelonderzoek 5B*. Amsterdam: Boom.
- Wissink, I. B., Vugt, E. van, Moonen, X., Stams, G. J. M., & Hendriks, J. (2015). Sexual abuse involving children with an intellectual disability (ID): A narrative review. *Research in Developmental Disabilities, 36*, 20-35.
- Wit, M. de, Moonen, X. M. H., & Douma, J. C. H. (2011). *Richtlijn effectieve interventies LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking*. Landelijk Kenniscentrum LVG.
- 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. *Journal of Marriage and 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.
- Yarkovsky, N., & Timmons-Fritz, P.A. (2014). Attachment style, early sexual intercourse and dating aggression victimization. *Journal of Interpersonal Violence, 29*(2), 279-98. [https://doi: 10.1177/0886260513505143](https://doi.org/10.1177/0886260513505143).
- Yperen, T. van, & Bommel, M. van (2009). *Erkenning interventies: Criteria 2009-2010*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Yu, C., Zuo, X., Blum, R. W., Tolman, D. L., Kågesten, A., Mmari, K., ... Lou, C. (2017). Marching to a Different Drummer: A Cross-Cultural Comparison of Young Adolescents Who Challenge Gender Norms. *Journal of Adolescent Health, Oct, 61*(4S), S48-S54. [https://doi: 10.1016/j.jadohealth.2017.07.005](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.07.005).
- Zapf, J. L., Greiner, J., & Carroll, J. (2008). Attachment styles and male sex addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity, 15*(2), 158-175. <https://doi.org/10.1080/10720160802035832>
- Zenderen, K. van, Berlo, W. van, Vink, R., & Feenstra, H. (2015). *Seksueel (ongewenst) gedrag in de residentiële jeugdzorg en reacties van professionals: een literatuuronderzoek*. Rutgers, Movisie, TNO.
- 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*(6552), 68-70.
- Zoon, M. (2012). *Wat werkt bij jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- 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). Wiley.



Bijlage 1

Samenstelling Projectteam, Ontwikkelwerkgroep en Klankbordgroep



Samenstelling Projectteam

Drs. Remy Vink	Projectleider; TNO Child Health
Drs. Sanna Maris	Rutgers
Dr. Jacqueline Deurloo	TNO Child Health
Barbara Oud, MA	Rutgers
Gaby de Lijster-van Kampen, PhD	TNO Child Health
Annelies Kuyper	Rutgers

Samenstelling Ontwikkelwerkgroep

Prof. Dr. Ine Vanwesenbeeck	Voorzitter; Rutgers / Universiteit Utrecht
Drs. Sandra de Jong	Combinatie Jeugdzorg / Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
Erika van Kralingen	William Schrikkergroep / Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW)
Mischa Wink, MSc	Zelfstandig Adviseur / Nederlandse Vereniging van pedagogen en Onderwijskundigen (NVO)
Pieter van Kessel	Flexus Jeugdplein
Rianne de Vries, MSc	Spirit Qpido
Josine Holdorp, MSc	Nederlands Jeugdinstituut (Nji)
Natascha van Fucht	Lijn 5
Drs. Odette Montens	Juzt
Drs. Nora Zandbergen	Veilig Thuis
Shirli Rachmani	Cliëntentafel
Djolien Reusien	Cliëntentafel
Jolanda Bergsma	Aandachtsfunctionaris Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG)

Samenstelling Klankbordgroep

Drs. Simone Ebbers	Zelfstandig Adviseur / Nederlandse Vereniging van pedagogen en Onderwijskundigen (NVO)
Inge Bok, MSc, PhD	Zelfstandig Adviseur / VU Medisch Centrum Amsterdam / Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
Muriale Mingels, MSc	Spirit / Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW)
Dr. Ellen Laan	Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS)
Egbert Kruijver	Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS)
Dr. Mechtild Hoïng	Avans Hogeschool
Marian Kuhl	Politie
Jeroen Dewinter	GGZ Eindhoven
Romana Luske, MSc	Fier!
Drs. Aafke Scharloo	Zelfstandig Adviseur / Landelijk OpleidingsCentrum Kindermishandeling (LOCK)
Prof. Dr. Peter Nikken	Nederlands Jeugdinstituut (Nji)
Iddegien Kok, MED	Hogeschool van Amsterdam



Bijlage 2

Knelpuntenanalyse



Wat zijn binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming knelpunten rond seksuele ontwikkeling en welke vragen moet een richtlijn beantwoorden?

Knelpuntenanalyse

Knelpunten

Kennis

1 Jeugdprofessionals missen kennis over culturele en/of religieuze achtergronden en de invloed hiervan op seksueel gedrag of opvattingen.

Communicatie

2 Jeugdprofessionals weten niet wanneer en hoe seksuele ontwikkeling te bespreken tijdens de opvoeding.

3 Jeugdprofessionals vinden het lastig om seksualiteit bespreekbaar te maken met jeugdigen en collega's.

Preventie

4 Jeugdprofessionals weten niet hoe ze gezonde seksuele ontwikkeling kunnen stimuleren bij jeugdigen in een 24-uursopvang.

5 Jeugdprofessionals weten niet hoe om te gaan met seksuele ontwikkeling van jeugdigen met een stoornis.

Interventie

6 Jeugdprofessionals pakken vaak de zichtbare problemen van jeugdigen aan zonder de onderliggende problemen te kennen.

Richtlijn seksuele ontwikkeling

Uitgangsvragen

- Welke kennis over cultuur en religie en de invloed hiervan op seksualiteit hebben jeugdprofessionals nodig om gezonde seksuele ontwikkeling te stimuleren?
- Waarmee moeten jeugdprofessionals rekening houden in de communicatie met ouders en jeugdigen met andere religieuze en/of culturele achtergronden?
- Met welke interventies kunnen jeugdprofessionals gezonde seksuele ontwikkeling stimuleren in situaties waar cultuur of religie een rol speelt?

- Wat is een gezonde seksuele ontwikkeling van jeugdigen?
- Hoe kunnen jeugdprofessionals seksualiteit bespreekbaar maken met jeugdigen en ouders?
- Hoe dragen jeugdprofessionals effectief relevante informatie over de seksuele ontwikkeling van jeugdigen over aan andere zorgverleners?
- Welke informatie over de seksuele ontwikkeling van jeugdigen delen jeugdprofessionals met ouders of andere hulpverleners bij ernstig seksueel grensoverschrijdend gedrag?

- Welke kennis hebben jeugdprofessionals nodig om seksualiteit bespreekbaar te maken bij jeugdigen en collega's?
- Welke methodes en instrumenten kunnen jeugdprofessionals gebruiken om seksualiteit met jeugdigen en collega's te bespreken?
- Welke gespreksvaardigheden hebben jeugdprofessionals nodig om seksualiteit met jeugdigen en collega's te bespreken?
- Wat moeten jeugdprofessionals weten over hun eigen normen over seksualiteit om professioneel om te gaan met seksualiteit?
- Welke randvoorwaarden moeten organisaties stellen zodat jeugdprofessionals open over seksualiteit praten?

- Met welke methodes kunnen jeugdprofessionals gezonde seksuele ontwikkeling in 24-uursopvang bevorderen?
- Welke vaardigheden hebben jeugdprofessionals nodig om samen met jeugdigen en ouders gezonde seksuele ontwikkeling te bevorderen?
- Welke randvoorwaarden moeten organisaties stellen zodat jeugdprofessionals gezonde seksuele ontwikkeling kunnen faciliteren in 24-uursopvang?

- Welke kennis hebben jeugdprofessionals en ouders nodig om te weten wat normaal seksueel gedrag is van jeugdigen met een stoornis per (ontwikkelings)leeftijdsgroep?
- Wat zijn voor jeugdprofessionals en ouders interventies om met jeugdigen open te spreken over seksualiteit?
- Hoe kunnen jeugdprofessionals en ouders de gezonde seksuele ontwikkeling van jeugdigen met een stoornis (blijven) stimuleren?

- Hoe kunnen onderliggende problemen zich uiten in een ongezonde seksuele ontwikkeling?
- Hoe kunnen jeugdprofessionals bij een ongezonde seksuele ontwikkeling de onderliggende problemen signaleren en diagnosticeren?

Over deze kaart

Deze kaart geeft een overzicht van de belangrijkste knelpunten en bijbehorende uitgangsvragen voor het onderwerp seksuele ontwikkeling. De knelpuntenanalyse helpt het Programma Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming bepalen of het opstellen van een richtlijn over seksuele ontwikkeling zinvol is en zo ja, wat de precieze afbakening ervan moet zijn.

Wanneer we het over jeugdigen hebben bedoelen we kinderen en jongeren van 0 tot 23 jaar. Met ouders bedoelen we ouders en/of verzorgers. De knelpuntenanalyse is het resultaat van twee denksessies met jeugdprofessionals, cliënten en wetenschappers. Wij danken hen voor hun denkwerk.

in opdracht van: 

een initiatief van:

BPSW
bureau voor jeugdprofessionals
in sociaal werk

 **NIP**
Nationaal Instituut voor de Jeugd en de Jeugdzorg

 **nvo**
Nederlandse Vereniging van Organisaties in de Jeugdzorg

gemaakt door:



De ArgumentenFabriek



De Informatiekaart

   2017



Bijlage 3

Begrippen



Geslacht	De lichamelijke kenmerken waarmee je wordt geboren of die je later ontwikkelt, zoals genitalia, lichaamsvormen, stemhoogte, lichaamsbehairing, hormonen, chromosomen, et cetera. Aan de hand van de lichamelijke geslachtskenmerken wordt bij de geboorte het geslacht 'man', 'vrouw' of iets anders (bijv. intersekse) toegekend. Wij gebruiken 'seks' en 'geslacht' als synoniemen. 'Geslacht' wordt meer gebruikt in de medische hoek.
Geslachtskenmerken	De lichamelijke kenmerken waarmee je wordt geboren of die je later ontwikkelt, zoals genitalia, lichaamsvormen, stemhoogte, lichaamsbehairing, hormonen, chromosomen, et cetera.
Geslachtsaanpassende behandeling	Verwijst naar de hormoonbehandeling en vaak ook de operaties waarbij het lichaam (deels) wordt aangepast aan het gewenste geslacht.
Heteronormatief	Betreft de meestal impliciete veronderstelling dat heteroseksueel en cisgender de voorkeur heeft, verwacht wordt of de enige werkelijkheid is, en integratie van deze veronderstelling in de sociale en/of institutionele praktijk.
Heteroseksueel	Verwijst naar seksuele oriëntatie, (seksuele) contacten, relaties en/of leefstijlen gericht op partners van het andere geslacht/de andere seks/de andere gender. Sommigen gebruiken de term ook om de eigen identiteit te beschrijven.
Homonegativiteit	Betreft een negatieve houding en reacties ten aanzien van homoseksualiteit. Deze term raakt uit zwang omdat de term niet het hele LHBT-spectrum omvat.
Homoseksueel	Verwijst naar seksuele oriëntatie, contacten, relaties en/of leefstijlen gericht op partners van hetzelfde geslacht/dezelfde seks/dezelfde gender. Sommigen gebruiken de term ook om de eigen identiteit te beschrijven. Soms worden met de term alleen mannen bedoeld.
In transitie gaan	Gaan leven in de geslachtsrol die past bij de gewenste genderidentiteit. Transitie bestaat bijvoorbeeld uit het dragen van andere kleding en haardracht, het aannemen van een nieuwe naam, 'hij' genoemd willen worden in plaats van 'zij' of andersom. Voor veel transgenders hoort ook de geslachtsaanpassende behandeling bij hun transitie. Een transitie kan op allerlei terreinen plaatsvinden, bijvoorbeeld sociaal, juridisch en medisch.
Intersekse	Betreft mensen die geboren zijn met lichamelijke kenmerken die anders zijn dan wat gezien wordt als (volledig) 'man' of 'vrouw'. Lichamelijke kenmerken zijn bijvoorbeeld genitalia, lichaamsvormen, stemhoogte, lichaamsbehairing, hormonen, chromosomen et cetera. Intersekse-personen identificeren zich meestal als 'man' óf 'vrouw'. Artsen gebruiken sinds 2006 de term DSD (Disorders of Sex Development), maar steeds vaker wordt het woord Disorders vervangen door Differences. De oude term 'hermafrodiët' wordt over het algemeen als kwetsend ervaren en wordt niet meer gebruikt.

Lesbisch/lesbo	Verwijst naar een vrouw van wie de seksuele oriëntatie, contacten, relaties en/of leefstijl gericht is op partners van hetzelfde geslacht/dezelfde sekse/dezelfde gender. Sommigen gebruiken de term ook om de eigen identiteit te beschrijven.
LHBTI	Koepelbegrip voor lesbische vrouwen, homoseksuele mannen, biseksuelen, transgenders en intersekse-personen. Vaak wordt gesproken over LHBTI als een verzamelbegrip. Veel onderzoek is echter gericht op LHB, en lang niet altijd ook op de T of de I.
Minderheidsstress	De extra stress die minderheden (zoals LHBTI'ers) ervaren vanwege hun minderheidsstatus: stress vanwege (de angst voor) negatieve reacties, het verbergen van de seksuele oriëntatie, geïnternaliseerde homonegativiteit en/of het ontbreken van sociale steun.
Mononormatief	Betreft de meestal impliciete aanname dat een seksuele oriëntatie uitsluitend gericht is op mannen óf vrouwen. Er wordt dan verondersteld dat mensen óf homoseksueel óf heteroseksueel zijn, en deze veronderstelling wordt in de sociale of institutionele praktijk geïntegreerd. Mononormativiteit maakt biseksualiteit onzichtbaar.
Monoseksueel	Betreft iemand die zich aangetrokken voelt tot slechts één geslacht. Het gaat dus om mensen die zich identificeren als heteroseksueel, lesbisch of homoseksueel.
MSM	Afkorting voor mannen die seks hebben met mannen. Een vooral beleidsmatig gebruikte term in hiv- en soa-preventie. De term weerspiegelt de opvatting dat het in de hiv- en soa-preventie gaat om seksueel gedrag, en niet om seksuele oriëntatie of zelfbenoeming. MSM kunnen zichzelf homo- of biseksueel noemen, maar ook heteroseksueel.
Niet-binaire genderidentiteit	Verwijst naar mensen die zich als niet-binair identificeren, dus niet als man of vrouw. Ze zien of presenteren zichzelf als man én als vrouw, of als geen geslacht hebbend. Ze kunnen van gender veranderen al naar gelang de context en in de loop van de tijd. Niet-binaire personen wensen lang niet altijd een lichamelijke aanpassing. Synoniem voor 'genderfluïde'.
Omniseksueel	Betreft iemand die zich aangetrokken voelt tot mensen van alle geslachten en genders. Synoniem voor 'panseksueel'.
Panseksueel	Betreft iemand die zich aangetrokken voelt tot mensen van alle geslachten en genders. Synoniem voor 'omniseksueel'.
Polyamorie	Een relatiestijl waarbij mensen openlijk meerdere seksuele en/of romantische relaties hebben op hetzelfde moment.
Queer	Een term waarmee sommigen (bijvoorbeeld queer-activisten en queer-theoretici) verwijzen naar LHBT'ers in het algemeen. Anderen beschouwen mensen die vraagtekens zetten bij binaire opvattingen van seksualiteit (dat mensen ofwel homo- ofwel heteroseksueel zijn) en gender (dat mensen óf alleen man, óf alleen vrouw zijn) als queer.
Questioning	Betreft een persoon die vragen stelt bij zijn seksuele oriëntatie of genderidentiteit.

Sekse	De lichamelijke kenmerken waarmee je wordt geboren of die je later ontwikkelt, zoals genitalia, lichaamsvormen, stemhoogte, lichaamsbehaar, hormonen, chromosomen, et cetera. Aan de hand van de lichamelijke geslachtskenmerken wordt bij de geboorte het geslacht 'man', 'vrouw' of iets anders (bijv. intersekse) toegekend. Wij gebruiken 'sekse' en 'geslacht' als synoniemen. 'Geslacht' wordt meer gebruikt in het medische domein.
Seksediversiteit	De verscheidenheid aan seksen: mannen, vrouwen en intersekse-personen.
Seksuele diversiteit	De uiteenlopende vormen waarmee mensen uiting geven aan hun seksualiteit in gedrag, sociale contacten en leefwijzen. In Nederland verwijst seksuele diversiteit vaak naar diversiteit in seksuele oriëntaties.
Seksuele oriëntatie	Iemand's capaciteit om zich seksueel of romantisch aangetrokken te voelen tot één of meerdere seksen/genders en daar romantische/seksuele relaties of seks mee te kunnen hebben. Individuele dimensies die doorgaans worden onderscheiden, zijn aantrekking, relaties, seksueel gedrag en seksuele identiteit (zelfbenoeming). Seksuele oriëntatie wordt aangeduid in relatie tot de eigen genderidentiteit. Bij heteroseksuelen is de seksuele oriëntatie gericht op de andere sekse/gender en bij homoseksuele of lesbische mensen op dezelfde sekse/gender. Biseksuele en panseksuele mensen vallen op meer dan één sekse/gender. Meer recent wordt ook asexualiteit tot seksuele oriëntatie gerekend. Asexualiteit ervaren geen of weinig seksuele aantrekking.
Transgender	Iemand bij wie de huidige genderidentiteit niet overeenkomt met het geslacht dat bij de geboorte is toegekend. Transgender wordt gebruikt als 'parapluterm' waar verschillende categorieën en identiteiten onder vallen, zoals 'transseksueel', 'genderqueer', 'travestiet'. Voor sommigen is het ook een omschrijving van een genderidentiteit tussen/voorbij man en vrouw.
Transgenderist	Een verouderde term voor een genderfluide of non-binair persoon.
Trans-man/ trans-jongen/ VM-transgender	Iemand die zich man voelt en ook zo leeft, maar aan wie bij de geboorte het geslacht 'vrouw' werd toegekend.
Trans-vrouw/ trans-meisje/ MV-transgender	Iemand die zich vrouw voelt en ook zo leeft, maar aan wie bij de geboorte het geslacht 'man' werd toegekend.
Transseksueel	Medische term voor transgenders die een geslachtsoperatie nodig hebben. Niet alle transgenders willen een operatie.

Travestiet/ crossdresser	Iemand die een deel van de tijd, meestal in de privésetting, een genderexpressie heeft die verschilt van het geboortegeslacht. Meestal gaat het om mannen die zich een deel van de tijd als vrouw kleden en uiten. De genderidentiteit van crossdressers verschilt; sommigen voelen zich geheel man, anderen voelen zich deels ook vrouw. 'Crossdressing' wordt vaak opgevat als een prettigere term dan 'travestie', en hoeft niet gerelateerd te zijn aan iemands seksuele oriëntatie of genderidentiteit.
VSV	Een afkorting voor vrouwen die seks met vrouwen hebben. De term richt zich op seksueel gedrag en niet op iemands seksuele oriëntatie of genderidentiteit. VSV omvat ook vrouwen die zichzelf identificeren als heteroseksueel en die seks hebben met vrouwen. De term wordt het meest gebruikt in een klinische omgeving en binnen de gezondheidszorg. Het is een vertaling van het Engelse WSW (women who have sex with women).

Begrippenlijst Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag (SGOG)

Seksuele grensoverschrijding	Seksuele grensoverschrijding bestaat uit seksuele gedragingen of toenaderingen waarbij er geen of onvoldoende sprake is van wederzijdse instemming, vrijwilligheid, gelijkwaardigheid, leeftijdsadequaatheid, contextadequaatheid en zelfrespect. Deze criteria zijn gebaseerd op het <i>Vlaggensysteem</i> (Frans & Franck, 2014). Er zijn verschillende vormen van seksuele grensoverschrijding, zoals (geciteerd uit: Seksuele grensoverschrijding en seksueel geweld: feiten en cijfers, Rutgers/Movisie, 2018):
Seksueel geweld	Seksueel geweld is wat in de wet als aanranding en verkrachting is gedefinieerd, dat wil zeggen penetratie (verkrachting) of andere seksuele handelingen (aanranding) waarbij geweld is gebruikt, dreiging met geweld of gebruik is gemaakt van een situatie of toestand waardoor iemand niet in staat was te weigeren (bijvoorbeeld door middelengebruik).
Seksueel misbruik	Seksueel misbruik is elke vorm van seksuele grensoverschrijding waarbij sprake is van seks tussen een volwassene met een kind omdat hier per definitie sprake is van ongelijkwaardigheid, of andere situaties waarbij misbruik wordt gemaakt van een leeftijds- of machtsverschil, bijvoorbeeld wanneer een leerkracht seks heeft met een leerling of een hulpverlener met een cliënt. Seksueel misbruik van kinderen wordt ook wel seksuele kindermishandeling genoemd.
Pedofilie	Pedofilie betekent een seksueel verlangen naar seks met een kind van dertien jaar of jonger. Dit betekent niet dat iemand met een pedofiele voorkeur daadwerkelijk seks heeft met kinderen. Vaak gebeurt dat niet, bijvoorbeeld omdat de betreffende persoon weet dat het schadelijk is voor een kind. Het meeste seksueel misbruik van kinderen wordt gepleegd door mensen die niet pedofiel zijn. Seksueel misbruik van kinderen en pedofilie kunnen wel samengaan, maar niet per definitie.

Incest	Incest betreft seks tussen familieleden. Dit hoeft niet per se ongewenst of grensoverschrijdend te zijn, bijvoorbeeld wanneer een neef en een nicht een seksuele relatie hebben waar beiden mee instemmen. Incest is dan ook geen goede term om misbruik van jeugdigen mee aan te duiden. Seksueel contact met een kind gaat echter altijd over een grens, en is seksueel misbruik.
Seksuele intimidatie	Seksuele intimidatie is verbaal, non-verbaal of fysiek gedrag met een seksuele betekenis dat als doel of gevolg heeft dat de waardigheid van een persoon wordt aangetast, in het bijzonder wanneer een bedreigende, vijandige, beledigende, vernederende of kwetsende situatie wordt gecreëerd (Wet Gelijke behandeling, art. 1a). De term 'seksuele intimidatie' wordt meestal gebruikt in werksituaties, maar het kan overal voorkomen waar mensen samen zijn.
Aanranding	Iemand (onder dreiging) met geweld of anderszins dwingen tot het plegen of dulden van ontuchtige handelingen. Ook geldt dit wanneer iemand bewusteloos of onmachtig is, of een beperking of stoornis heeft.
Grooming	Het actief benaderen en verleiden door meerderjarigen van minderjarigen, bijvoorbeeld via internet en social networking sites, chatrooms of webcams, met als doel seksueel getinte contacten (verleiding tot online seks of afspraken in het echt om misbruik te plegen). Vaak vertellen de volwassenen niet dat zij veel ouder zijn als ze online contact leggen.
Sexting	Sexting bestaat uit de Engelse woorden 'seks' en 'texting' en is een verzamelterm voor het versturen van seksueel getinte berichten of pikante foto's en video's, meestal via direct messages of whatsapp. Zolang beide partijen te goeder trouw zijn is er weinig aan de hand, maar als de ontvanger (later) kwade bedoelingen heeft, dan kunnen foto's en filmpjes gemakkelijk doorgestuurd en/of op internet gezet worden. Dat is strafbaar. Een variant van ongewenste sexting is wraakporno. Na ruzie in een vriendschap of het verbreken van een relatie kan wraak het motief zijn om naaktbeelden, soms in combinatie met gedetailleerde persoonsinformatie, door te sturen of online te plaatsen. Wanneer kinderen of jongeren worden gechanteerd (afpersing) met verspreiding van online beelden is er sprake van sextortion.

Bijlage 4

Evidence-tabellen



Niveau van bewijs

Indeling van de methodologische kwaliteit van individuele studies (CBO, 2007)

	Interventie	Diagnostisch accuratesse onderzoek	Schade/bijwerkingen*, etiologie, prognose
A1	Systematische review van tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau		
A2	Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit van voldoende omvang.	Onderzoek ten opzichte van een referentietest (een 'gouden standaard') met tevoren gedefinieerde afkapwaarden en onafhankelijke beoordeling van de resultaten van test en gouden standaard, betreffende een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten die allen de index- en referentietest hebben gehad.	Prospectief cohort onderzoek van voldoende omvang en follow-up, waarbij adequaat gecontroleerd is voor 'confounding' en selectieve follow-up voldoende is uitgesloten.
B	Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook patiëntcontrole onderzoek, cohortonderzoek)	Onderzoek ten opzichte van een referentietest, maar niet met alle kenmerken die onder A2 zijn genoemd	Prospectief cohort onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 of retrospectief cohort onderzoek of patiëntcontrole onderzoek
C	Niet-vergelijkend onderzoek		
D	Mening van deskundigen		

** Deze classificatie is alleen van toepassing in situaties waarin om ethische of andere redenen gecontroleerde trials niet mogelijk zijn. Zijn die wel mogelijk dan geldt de classificatie voor interventies.*

Indeling van het eindoordeel (conclusie) (CBO, 2007)

	Eindoordeel (conclusie) gebaseerd op:
1	Onderzoek van niveau A1 of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2.
2	Eén onderzoek van niveau A2 of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B.
3	Eén onderzoek van niveau B of C.
4	Mening van deskundigen

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	(Meet methode) (6)	N (aantal) (7)	Uitkomstmaat (8)	Bevindingen / Resultaten (9)	Opmerkingen (10)	Wel / niet meenemen (11)
Evidence tabel Wat is de invloed van LVB, ODD, ASS, Seksueel trauma, Hechttingsproblematiek op het vóórkomen van seksuele risico's bij jeugdigen 0-23 jaar Wel / niet opgenomen studies (reviews en meta-analyse)										
Barger, E., Wacker, J., Macy, R., & Parish, S. (2009)			Volwassenen?	To determine the scope and nature of available sexual assault programs geared for participants with intellectual disabilities						NEE
Chave-Cox, R.S. (2014)		review	volwassenen	aim of this review is to discuss sexual offences against adults with mental disabilities and the identification and management of these individuals					Wel wat referenties over prevalentie misbruik bij (volwassen) LVB	NEE
Crotty, G., Doody, O., & Lyons, R. (2014)	A1	Syst review	Alle leeftijden met lvb	to report on the prevalence of aggressive behaviour reported for individuals with intellectual disability		39 studies	Inappropriate sexual behavior (als een vorm van aggressive behavior, pleger)	Weinig ogv Inappropriate sexual behavior		JA
Doughty, A.H., & Kane, L.M. (2010)	A1	Review	Personen met (l)vb - meest volwassenen	to include empirical, peer-reviewed studies involving abuse directed towards people with intellectual disabilities since 1997 + abuse-protection skills		6 studies			Betreft abuse protection skills en training	NEE
Fisher, M.H., Baird, J.V., Currey, A.D., & Hodapp, R.M. (2016)	A1	Syst review	Volwassenen met een lvb	to identify the empirical research related to victimisation and social vulnerability of adults with intellectual disability		23 studies	Slachtofferschap van vormen van criminaliteit zoals o.a. seksueel geweld		Want volwassenen	NEE
Griffiths, D., Fedoroff, J.P., Richards, D., et al., (2007)		review	Algemene populatie; met lvb specifiek	review of the diagnostic criteria and definitions of sexual and gender identity disorders -aanpassing daarvan					Boek hoofdstuk, niet in bezit.	NEE

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	(Meet methode) (6)	N (aantal) (7)	Uitkomstmaat (8)	Bevindingen / Resultaten (9)	Opmerkingen (10)	Wel / niet meenemen (11)
Evidence tabel Wat is de invloed van LVB, ODD, ASS, Seksueel trauma, Hechtingsproblematiek op het vóórkomen van seksuele risico's bij jeugdigen 0-23 jaar Wel / niet opgenomen studies (reviews en meta-analyse)										
Lindsay, W.R., & Michie, A.M. (2013)		review	Sex ofeenders met LVB	To discuss pathways to sex offending by people with IDD (LVB)				Mediërende factor is gebrek aan kennis en handelingsalternatieven	Hoewel op volwassenen gericht wel relevant	JA
Maniglio, R. (2015)	A1	Syst review		To elucidate the significance, nature and direction of the potential relationship between child sexual abuse and Conduct Disorder		36 studies; 185.358 participants		Conduct Disorder was significantly and directly related to child sexual abuse, especially repeated sexual molestation and abuse involving penetration, even after controlling for various sociodemo-graphic, family and clinical variables.		JA
Maniglio, R. (2014)	A1	Syst review	Individuals with a history of childhood sexual abuse	To estimate the prevalence of sexual abuse among children with conduct disorder		23 studies; 7.256 participants	Prevalence rate of sexual abuse among children with conduct disorder	Prevalence of child sexual abuse among participants with conduct disorder was 27 procent; female participants with conduct disorder, compared with males, were significantly more likely to report child sexual abuse		JA
Marotta, P.L. (2017)				reviews evaluation studies of programs designed to treat sex offenders with intellectual and developmental disabilities					Want betreft programs to treat sex offenders	NEE

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	(Meet methode) (6)	N (aantal) (7)	Uitkomstmaat (8)	Bevindingen / Resultaten (9)	Opmerkingen (10)	Wel / niet meenemen (11)
Evidence tabel Wat is de invloed van LVB, ODD, ASS, Seksueel trauma, Hechtingsproblematiek op het vóórkomen van seksuele risico's bij jeugdigen 0-23 jaar Wel / niet opgenomen studies (reviews en meta-analyse)										
Martorell, A., & Tsakanikos, E. (2008)		Review		To evaluate recent research on life events and traumatic experiences (zoals seksueel geweld) as predictors of psychopathology in people with intellectual disability.					Want omgekeerd: the role of traumatic experiences in the development of psychopathology bij lvb en erg beperkt artikel	NEE
McCann, E., Lee, R., & Brown, M. (2016)	A1	Syst review	Slechts 2 geïncludeerde studies gericht op jongeren (met LVB)	The aim of this review is to establish the views and experiences of people with ID who identify as LGBT and highlight issues that may guide future policy, education, supports and service provision. 1 What are the views and experiences of service users who have ID and identify as LGBT? 2 What are the policy, education, support and service responses necessary for people who have ID and identify as LGBT?		14 publ			Want betreft de ervaringen mbt LHBT. Wel 2 referenties (1 Ned) mogelijk bruikbaar voor andere vraag.	NEE

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	(Meet methode) (6)	N (aantal) (7)	Uitkomstmaat (8)	Bevindingen / Resultaten (9)	Opmerkingen (10)	Wel / niet meenemen (11)
Evidence tabel Wat is de invloed van LVB, ODD, ASS, Seksueel trauma, Hechtingsproblematiek op het vóórkomen van seksuele risico's bij jeugdigen 0-23 jaar Wel / niet opgenomen studies (reviews en meta-analyse)										
Medina-Rico, M., Lopez-Ramos, H., & Quinonez, A. (2017)	A1	Syst review	Een paragraaf specifiek op adolescenten	Sexuality is an important component in people's lives, however forgotten in people with intellectual disabilities. Faced with this situation, people with intellectual disabilities tend to be in a situation of vulnerability with greater risk of sexual abuse and altered sexual behavior that give them difficulties to have a lasting relationship.		38 publ			m.n. LVB maar ook alinea specifiek Down en Autisme	JA
Newmann, S.S., & Ghaziuddin, M. (2008)		Review	Subjects were divided into three categories; those with definite psychiatric disorder; those with probable psychiatric disorder; and those with no clear evidence of a psychiatric disorder.	The aim of this review is to determine to what extent psychiatric factors contribute to offending behavior in this population.		17 publications and 37 cases		These findings underscore the role of psychiatric disorders in the occurrence of violent crime in persons with Asperger syndrome and highlight the need for their early diagnosis and treatment.		NEE (age not defined)

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	(Meet methode) (6)	N (aantal) (7)	Uitkomstmaat (8)	Bevindingen / Resultaten (9)	Opmerkingen (10)	Wel / niet meenemen (11)
Evidence tabel Wat is de invloed van LVB, ODD, ASS, Seksueel trauma, Hechtingsproblematiek op het vóórkomen van seksuele risico's bij jeugdigen 0-23 jaar Wel / niet opgenomen studies (reviews en meta-analyse)										
Razza, N.J., Tomasulo, D.J., & Sobsey, D. (2011)		Narrative review	people with intellectual disability	<p>To summarize data on rates of sexual abuse and interpersonal trauma in people with intellectual disability (ID); to demonstrate the relationship between such trauma and psychological distress; and to describe a promising treatment technique for such exposed individuals.</p> <p>A review of the literature on rates of abuse and trauma among people with ID is presented with particular attention paid to the role of developmental level in both the experience and impact of trauma.</p>			The Complex Trauma Task Force of the National Child Traumatic Stress Network (Cook et al., 2003) reports that children traumatized in early childhood are at increased risk for autism, learning disabilities, and cognitive and behavioral self-management disorders, such as ADHD.	This paper establishes the inverse relationship between the higher-than-average rates of trauma and interpersonal violence in the ID population, co-occurring with lower-than-average access to treatment, and lower-than-average treatment model development for this population. Further, this paper provides a description of a theoretically based therapeutic intervention with preliminary research efficacy.	Trauma → meer symptomen autism, adhd ed. →meer risico ook seksueel?	JA
Shaffer, A., Huston, L., & Egeland, B. (2008)				Vershil in uitkomsten tussen retrospectieve en prospectieve onderzoek naar kindermishandeling (waaronder seksueel misbruik).						NEE

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	(Meet methode) (6)	N (aantal) (7)	Uitkomstmaat (8)	Bevindingen / Resultaten (9)	Opmerkingen (10)	Wel / niet meenemen (11)
Evidence tabel Wat is de invloed van LVB, ODD, ASS, Seksueel trauma, Hechtingsproblematiek op het vóórkomen van seksuele risico's bij jeugdigen 0-23 jaar Wel / niet opgenomen studies (reviews en meta-analyse)										
Shaw, J.A., Lewis, J.E., Chitiva, H.A., & Pangilinan, A.R. (2017)	B	Clinical Review	Female adolescent victims of commercial sexual exploitation versus sexually abused female adolescents	The present study was conducted as a result of an increasing realization that adolescent victims of sexual exploitation present with a greater array of psychological morbidity and are less amenable to traditional treatment approaches than are those adolescents with a history of sexual abuse. In an effort to gain a better understanding of this difference, we compared the demographic and clinical characteristics of adolescent victims of CSE with those of adolescents who are sexually abused without a history of sexual exploitation.	Review of mental health records of 25 consecutive admissions of adolescent CSE victims (CSEAs; < 18 years of age) enrolled in an intervention called Project Gold. A control group of 25 sexually abused adolescents (SAAs) was matched by age to the CSEA cases.	50	Assessment measures included the Child Behavior Checklist (CBCL) completed by the parent or guardian and the Youth Self Report (YSR) and the Trauma Symptoms Checklist for Children (TSCC) completed by the participant. Charts were reviewed to extract data on history of sexual abuse, early sexual experiences, menarche, running away, legal engagement, substance abuse, physical abuse, history of mental disorders, and use of psychotropic medications.	Victims of sexual exploitation were more likely to be in foster care; to have arrests, suspensions from school, and a history of running away; to abuse drugs; to be more impaired in social and school activities; to be withdrawn and depressed; to manifest social and thought problems and aggressive and rule-breaking behaviors; and to have a diagnosis of mood or conduct disorder or both.		JA
Sondenaa, E., Rasmussen, K., & Nottestad, J.A. (2008)		review	Sexoffenders	Percentage LVB in detentie en in het bijzonder onder seks offenders						NEE

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	(Meet methode) (6)	N (aantal) (7)	Uitkomstmaat (8)	Bevindingen / Resultaten (9)	Opmerkingen (10)	Wel / niet meenemen (11)
Evidence tabel Wat is de invloed van LVB, ODD, ASS, Seksueel trauma, Hechtingsproblematiek op het vóórkomen van seksuele risico's bij jeugdigen 0-23 jaar Wel / niet opgenomen studies (reviews en meta-analyse)										
Strang, J.F., Kenworthy, L., Dominska, A., Sokoloff, J., Kenealy, L.E., Berl, M. et al., (2014)		Chart review study	children and adolescents (ages 6-18 years) who participated in this study were either typically developing controls (N=165, 61 females and 104 males) or had one of four neurodevelopmental disorders: an ASD (N=147, 24 females and 123 males), ADHD (N=126, 38 females and 88 males), or a medical neurodevelopmental disorder [epilepsy (N=62, 28 females and 34 males) or neurofibromatosis 1 (N=54, 29 females and 25 males)].					study to compare the occurrence of wishing to be the other gender (gender variance) among children and adolescents with different neurodevelopmental disorders relative to nonreferred controlgroups, we found participants with ASD to have significantly elevated rates of gender variance. Gender variance was 7.59 times more common in participants with ASD than in a large non-referred comparison group.		NEE -maar wel voor Rutgers (andere vraag)

Biblio- grafische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	(Meet methode) (6)	N (aantal) (7)	Uitkomst- maat (8)	Bevindingen / Resultaten (9)	Opmerkingen (10)	Wel / niet mee- nemen (11)
Evidence tabel Wat is de invloed van LVB, ODD, ASS, Seksueel trauma, Hechtingsproblematiek op het vóórkomen van seksuele risico's bij jeugdigen 0-23 jaar Wel / niet opgenomen studies (reviews en meta-analyse)										
Van Schalkwyk, G.I., Klingensmith, K., & Volkmar, F.R. (2015)		Review	individuals with ASD	In this review, we briefly summarize much of the existing literature on gender-related concerns and autism spectrum disorders (ASD), drawing attention to critical shortcomings in our current understanding and potential clinical implications.				Some authors have concluded that gender identity disorder (GID), or gender dysphoria (GD), is more common in individuals with ASD, providing a range of potential explanations. However, existing literature is quantitatively limited, and our capacity to draw conclusions is further complicated by conceptual challenges regarding how gender identity is best understood. Discourses that emphasize gender as a component of identity formation are gaining prominence and seem particularly salient when applied to ASD. Individuals with ASD should enjoy equal rights with regard to treatment for gender dysphoria. Clinicians may be able to assist individuals in understanding this aspect of their identity by broadening the social frame and facilitating an exploration of gender roles.		Nee -maar wel voor Rutgers (andere vraag)

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	(Meet methode) (6)	N (aantal) (7)	Uitkomstmaat (8)	Bevindingen / Resultaten (9)	Opmerkingen (10)	Wel / niet meenemen (11)
Evidence tabel Wat is de invloed van LVB, ODD, ASS, Seksueel trauma, Hechtingsproblematiek op het vóórkomen van seksuele risico's bij jeugdigen 0-23 jaar Wel / niet opgenomen studies (reviews en meta-analyse)										
Wigham, S., Hatton, C., & Taylor, J.L. (2011)				Validatie psychometrische eigenschappen van een instrument LANS						NEE
Wissink, I.B., Van Vugt, E., Moonen, X., Stams, G.J., & Hendriks, J. (2015)		Narrative Review	Children with Intellectual Disability	Based on the literature, what can be said concerning (1) the extent of sexual abuse involving children with ID, (2) the nature of sexual abuse involving children with ID (such as victim characteristics, perpetrator characteristics, abuse characteristics), and (3) what were the reactions following the sexual abuse involving children with ID?			Sexual abuse	Children with ID are very vulnerable and at a higher than average risk for sexual abuse.		JA

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	(Meet methode) (6)	N (aantal) (7)	Uitkomstmaat (8)	Bevindingen / Resultaten (9)	Opmerkingen (10)	Wel / niet meenemen (11)
Evidence tabel Wat is de invloed van LVB, ODD, ASS, Seksueel trauma, Hechtingsproblematiek op het vóórkomen van seksuele risico's bij jeugdigen 0-23 jaar Wel opgenomen studies (reviews en meta-analyse)										
Crotty, G., Doody, O., & Lyons, R. (2014)	A1	Syst review	Alle leeftijden met lvb	to report on the prevalence of aggressive behaviour reported for individuals with intellectual disability	review	39 studies	Inappropriate sexual behavior (als een vorm van aggressive behavior, pleger)	Weinig ogv Inappropriate sexual behavior		JA
Griffiths, D., Fedoroff, J.P., Richards, D., et al., (2007)		review	Algemene populatie; met lvb specifiek	review of the diagnostic criteria and definitions of sexual and gender identity disorders -aanpassing daarvan					Boek hoofdstuk, niet in bezit.	NEE
Lindsay, W.R., & Michie, A.M. (2013)	B	review	Sex offenders met LVB	To discuss pathways to sex offending by people with IDD (LVB)	review	?		Mediërende factor is gebrek aan kennis en handelingsalternatieven	Hoewel op volwassenen gericht wel relevant	JA
Maniglio, R. (2015)	A1	Syst review		To elucidate the significance, nature and direction of the potential relationship between child sexual abuse and Conduct Disorder	review	36 studies; 185.358 participants		Conduct Disorder was significantly and directly related to child sexual abuse, especially repeated sexual molestation and abuse involving penetration, even after controlling for various sociodemographic, family and clinical variables.		JA
Maniglio, R. (2014)	A1	Syst review	Individuals with a history of childhood sexual abuse	To estimate the prevalence of sexual abuse among children with conduct disorder	review	23 studies; 7.256 participants	Prevalence rate of sexual abuse among children with conduct disorder	Prevalence of child sexual abuse among participants with conduct disorder was 27 procent; female participants with conduct disorder, compared with males, were significantly more likely to report child sexual abuse		JA

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	(Meet methode) (6)	N (aantal) (7)	Uitkomstmaat (8)	Bevindingen / Resultaten (9)	Opmerkingen (10)	Wel / niet meenemen (11)
Evidence tabel Wat is de invloed van LVB, ODD, ASS, Seksueel trauma, Hechtingsproblematiek op het vóórkomen van seksuele risico's bij jeugdigen 0-23 jaar Wel opgenomen studies (reviews en meta-analyse)										
Medina-Rico, M., Lopez-Ramos, H., & Quinonez, A. (2017)	A1	Syst review	Een paragraaf specifiek op adolescenten	Sexuality is an important component in people's lives, however forgotten in people with intellectual disabilities. Faced with this situation, people with intellectual disabilities tend to be in a situation of vulnerability with greater risk of sexual abuse and altered sexual behavior that give them difficulties to have a lasting relationship.	review	38 publ			m.n. LVB maar ook alinea specifiek Down en Autisme	JA
Razza, N.J., Tomasulo, D.J., & Sobsey, D. (2011)		Narrative review	people with intellectual disability	To summarize data on rates of sexual abuse and interpersonal trauma in people with intellectual disability (ID); to demonstrate the relationship between such trauma and psychological distress; and to describe a promising treatment technique for such exposed individuals. A review of the literature on rates of abuse and trauma among people with ID is presented with particular attention paid to the role of developmental level in both the experience and impact of trauma.	review		The Complex Trauma Task Force of the National Child Traumatic Stress Network (Cook et al., 2003) reports that children traumatized in early childhood are at increased risk for autism, learning disabilities, and cognitive and behavioral self-management disorders, such as ADHD.	This paper establishes the inverse relationship between the higher-than-average rates of trauma and interpersonal violence in the ID population, co-occurring with lower-than-average access to treatment, and lower-than-average treatment model development for this population. Further, this paper provides a description of a theoretically based therapeutic intervention with preliminary research efficacy.	Trauma → meer symptomen autism, adhd ed. → meer risico ook seksueel?	JA

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	(Meet methode) (6)	N (aantal) (7)	Uitkomstmaat (8)	Bevindingen / Resultaten (9)	Opmerkingen (10)	Wel / niet meenemen (11)
Evidence tabel Wat is de invloed van LVB, ODD, ASS, Seksueel trauma, Hechtingsproblematiek op het vóórkomen van seksuele risico's bij jeugdigen 0-23 jaar Wel opgenomen studies (reviews en meta-analyse)										
Shaw, J.A., Lewis, J.E., Chitiva, H.A., & Pangilinan, A.R. (2017)	A1	Clinical Review	Female adolescent victims of commercial sexual exploitation versus sexually abused female adolescents	The present study was conducted as a result of an increasing realization that adolescent victims of sexual exploitation present with a greater array of psychological morbidity and are less amenable to traditional treatment approaches than are those adolescents with a history of sexual abuse. In an effort to gain a better understanding of this difference, we compared the demographic and clinical characteristics of adolescent victims of CSE with those of adolescents who are sexually abused without a history of sexual exploitation. Review of mental health records of 25 consecutive admissions of adolescent CSE victims (CSEAs; < 18 years of age) enrolled in an intervention called Project Gold. A control group of 25 sexually abused adolescents (SAAs) was matched by age to the CSEA cases.		50 (25 exp; 25 contr)	Assessment measures included the Child Behavior Checklist (CBCL) completed by the parent or guardian and the Youth Self Report (YSR) and the Trauma Symptoms Checklist for Children (TSCC) completed by the participant. Charts were reviewed to extract data on history of sexual abuse, early sexual experiences, menarche, running away, legal engagement, substance abuse, physical abuse, history of mental disorders, and use of psychotropic medications.	Victims of sexual exploitation were more likely to be in foster care; to have arrests, suspensions from school, and a history of running away; to abuse drugs; to be more impaired in social and school activities; to be withdrawn and depressed; to manifest social and thought problems and aggressive and rule-breaking behaviors; and to have a diagnosis of mood or conduct disorder or both.		JA
Wissink, I.B., Van Vugt, E., Moonen, X., Stams, G.J., & Hendriks, J. (2015)	B / A1?	Narrative Review	Children with Intellectual Disability	Based on the literature, what can be said concerning (1) the extent of sexual abuse involving children with ID, (2) the nature of sexual abuse involving children with ID (such as victim characteristics, perpetrator characteristics, abuse characteristics), and (3) what were the reactions following the sexual abuse involving children with ID?	review	13 publ	Sexual abuse	Children with ID are very vulnerable and at a higher than average risk for sexual abuse.		JA

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	(Meet methode) (6)	N (aantal) (7)	Uitkomstmaat (8)	Bevindingen / Resultaten (9)	Opmerkingen (10)	Wel / niet meenemen (11)
Evidence tabel Wat is de invloed van LVB, ODD, ASS, Seksueel trauma, Hechtingsproblematiek op het vóórkomen van seksuele risico's bij jeugdigen 0-23 jaar Niet opgenomen studies (reviews en meta-analyse)										
Barger, E., Wacker, J., Macy, R., & Parish, S. (2009)			Volwassenen?	To determine the scope and nature of available sexual assault programs geared for participants with intellectual disabilities						NEE
Chave-Cox, R.S. (2014)		review	volwassenen	aim of this review is to discuss sexual offences against adults with mental disabilities and the identification and management of these individuals					Wel wat referenties over prevalentie misbruik bij (volwassen) LVB	NEE
Doughty, A.H., & Kane, L.M. (2010)			Personen met (l)vb - meest volwassenen	to include empirical, peer-reviewed studies involving abuse directed towards people with intellectual disabilities since 1997 + abuse-protection skills		6 studies			Betreft abuse protection skills en training	NEE
Fisher, M.H., Baird, J.V., Currey, A.D., & Hodapp, R.M. (2016)	A1	Syst review	Volwassenen met een lvb	to identify the empirical research related to victimisation and social vulnerability of adults with intellectual disability		23 studies	Slachtofferschap van vormen van criminaliteit zoals o.a. seksueel geweld		Want volwassenen	NEE
Marotta, P.L. (2017)				reviews evaluation studies of programs designed to treat sex offenders with intellectual and developmental disabilities					Want betreft programs to treat sex offenders	NEE

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studiotype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	(Meet methode) (6)	N (aantal) (7)	Uitkomstmaat (8)	Bevindingen / Resultaten (9)	Opmerkingen (10)	Wel / niet meenemen (11)
Evidence tabel Wat is de invloed van LVB, ODD, ASS, Seksueel trauma, Hechtingsproblematiek op het vóórkomen van seksuele risico's bij jeugdigen 0-23 jaar Niet opgenomen studies (reviews en meta-analyse)										
Martorell, A., & Tsakanikos, E. (2008)				To evaluate recent research on life events and traumatic experiences (zoals seksueel geweld) as predictors of psychopathology in people with intellectual disability.					Want omgekeerd: the role of traumatic experiences in the development of psychopathology bij lvb. een erg beperkt artikel	NEE
McCann, E., Lee, R., & Brown, M. (2016)		Syst review	Slechts 2 geïncludeerde studies gericht op jongeren (met LVB)	<p>The aim of this review is to establish the views and experiences of people with ID who identify as LGBT and highlight issues that may guide future policy, education, supports and service provision.</p> <p>1 What are the views and experiences of service users who have ID and identify as LGBT? 2 What are the policy, education, support and service responses necessary for people who have ID and identify as LGBT?</p>		14 publ			<p>Want betreft de ervaringen mbt LHBT.</p> <p>Wel 2 referenties (1 Ned) mogelijk bruikbaar voor andere vraag.</p>	NEE

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	(Meet methode) (6)	N (aantal) (7)	Uitkomstmaat (8)	Bevindingen / Resultaten (9)	Opmerkingen (10)	Wel / niet meenemen (11)
Evidence tabel Wat is de invloed van LVB, ODD, ASS, Seksueel trauma, Hechtingsproblematiek op het vóórkomen van seksuele risico's bij jeugdigen 0-23 jaar Niet opgenomen studies (reviews en meta-analyse)										
Newmann, S.S., & Ghaziuddin, M. (2008)		Review	Subjects were divided into three categories; those with definite psychiatric disorder; those with probable psychiatric disorder; and those with no clear evidence of a psychiatric disorder.	The aim of this review is to determine to what extent psychiatric factors contribute to offending behavior in this population.		17 publications and 37 cases		These findings underscore the role of psychiatric disorders in the occurrence of violent crime in persons with Asperger syndrome and highlight the need for their early diagnosis and treatment.		NEE (age not defined)
Shaffer, A., Huston, L., & Egeland, B. (2008)				Verskil in uitkomsten tussen retrospectieve en prospectieve onderzoek naar kindermishandeling (waaronder seksueel misbruik).						NEE
Sondenaar, E., Rasmussen, K., & Nottestad, J.A. (2008)		review	Sexoffenders -volwassenen?	Percentage LVB in detentie en in het bijzonder onder seks offenders						NEE

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	(Meet methode) (6)	N (aantal) (7)	Uitkomstmaat (8)	Bevindingen / Resultaten (9)	Opmerkingen (10)	Wel / niet meenemen (11)
Evidence tabel Wat is de invloed van LVB, ODD, ASS, Seksueel trauma, Hechtingsproblematiek op het vóórkomen van seksuele risico's bij jeugdigen 0-23 jaar Niet opgenomen studies (reviews en meta-analyse)										
Strang, J.F., Kenworthy, L., Dominska, A., Sokoloff, J., Kenealy, L.E., Berl, M. et al., (2014)		Chart review study	children and adolescents (ages 6–18 years) who participated in this study were either typically developing controls (N=165, 61 females and 104 males) or had one of four neuro-developmental disorders: an ASD (N=147, 24 females and 123 males), ADHD (N=126, 38 females and 88 males), or a medical neuro-developmental disorder [epilepsy (N=62, 28 females and 34 males) or neuro-fibromatosis 1 (N=54, 29 females and 25 males)].					study to compare the occurrence of wishing to be the other gender (gender variance) among children and adolescents with different neurodevelopmental disorders relative to nonreferred controlgroups, we found participants with ASD to have significantly elevated rates of gender variance. Gender variance was 7.59 times more common in participants with ASD than in a large non-referred comparison group.		Nee -maar wel voor Rutgers (andere vraag)

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	(Meet methode) (6)	N (aantal) (7)	Uitkomstmaat (8)	Bevindingen / Resultaten (9)	Opmerkingen (10)	Wel / niet meenemen (11)
Evidence tabel Wat is de invloed van LVB, ODD, ASS, Seksueel trauma, Hechtingsproblematiek op het vóórkomen van seksuele risico's bij jeugdigen 0-23 jaar Niet opgenomen studies (reviews en meta-analyse)										
Van Schalkwyk, G.I., Klingensmith, K., & Volkmar, F.R. (2015)		Review	individuals with ASD	In this review, we briefly summarize much of the existing literature on gender-related concerns and autism spectrum disorders (ASD†), drawing attention to critical shortcomings in our current understanding and potential clinical implications.				Some authors have concluded that gender identity disorder (GID), or gender dysphoria (GD), is more common in individuals with ASD, providing a range of potential explanations. However, existing literature is quantitatively limited, and our capacity to draw conclusions is further complicated by conceptual challenges regarding how gender identity is best understood. Discourses that emphasize gender as a component of identity formation are gaining prominence and seem particularly salient when applied to ASD. Individuals with ASD should enjoy equal rights with regard to treatment for gender dysphoria. Clinicians may be able to assist individuals in understanding this aspect of their identity by broadening the social frame and facilitating an exploration of gender roles.		NEE -maar wel voor Rutgers (andere vraag)
Wigham, S., Hatton, C., & Taylor, J.L. (2011)				Validatie psychometrische eigenschappen van een instrument LANS						NEE

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	(Meet methode) (6)	N (aantal) (7)	Uitkomstmaat (8)	Bevindingen / Resultaten (9)	Opmerkingen (10)
Evidence tabel Wat is de invloed van LVB, ODD, ASS, Seksueel trauma, Hechtingsproblematiek op het vóórkomen van seksuele risico's bij jeugdigen 0-23 jaar									
Opgenomen studies									
Pecora, Mesibov & Stokes, 2016	A1	Review en meta-analyse	Nvt	Samenvatten van de literatuur omtrent seksualiteit bij mensen met hoog-functionerend autisme (HFA), specifiek wordt gekeken naar sekseverschillen	Literatuuronderzoek, meta-analyse	Nvt	Kennis, well-being, seksueel gedrag, angst	<ul style="list-style-type: none"> - Jongeren met HFA hebben meer moeite om te wennen aan de veranderingen die ze doormaken tijdens de puberteit. Dit geldt voor meisjes nog meer dan voor jongens, omdat ze meer gericht zijn op sociale relaties en daardoor er zich meer bewust van zijn dat ze anders zijn dan hun peers. - Meer seksuele angst en daardoor lagere seksuele well-being in meisjes met HFA dan jongens met HFA. - Jongeren met HFA hebben minder mogelijkheden om kennis en vaardigheden op te doen om relaties aan te gaan en gezond seksueel gedrag te beoefenen. - Kennis van seksualiteit is lager in mensen met HFA, maar het is onduidelijk of hier sekseverschillen in zitten. - Mensen met HFA identificeren zich vaker als homoseksueel, biseksueel en laten vaker genderdysforie zien. Mogelijk komt dit vaker voor in vrouwen, maar weinig over bekend. - Net zoals in de normale populatie is seks drive hoger in mannen met HFA dan vrouwen met HFA. - Mensen met HFA laten seksueel gedrag zien, maar wat minder dan mensen zonder HFA. Latere seksuele start onder jongeren met HFA. Eerste aanwijzing dat vrouwen met HFA wat seksueel actiever zijn dan mannen met HFA, maar nog weinig onderzoek naar gedaan. - Mensen met HFA masturberen minder vaak dan mensen zonder HFA. Groot verschil tussen mannen en vrouwen met HFA. Mannen met HFA masturberen masturberen veel vaker dan vrouwen met HFA. Waarschijnlijk wordt er weinig aandacht aan besteedt in educatie aan vrouwen met HFA. - Mensen met HFA - met name mannen met HFA - laten meer seksuele frustratie zien en lagere seksuele tevredenheid. Waarschijnlijk door verschil tussen desire en gedrag. 	Meeste studies gaan over volwassenen, maar er zitten er ook tussen over jongeren, er wordt niet altijd apart gekeken naar jongeren en volwassenen

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	(Meet methode) (6)	N (aantal) (7)	Uitkomstmaat (8)	Bevindingen / Resultaten (9)	Opmerkingen (10)
Evidence tabel Wat is de invloed van LVB, ODD, ASS, Seksueel trauma, Hechtingsproblematiek op het vóórkomen van seksuele risico's bij jeugdigen 0-23 jaar									
Opgenomen studies									
Dewinter, Vermeieren, Vanwesenbeeck & van Nieuwenhuizen, 2014		Literatuur Review	Nvt	Samenvatten van de literatuur omtrent seksualiteit en autisme spectrum stoornissen	Literatuur onderzoek	Nvt	Sexual behavior, sexual selfhood, sexual socialization	<p>[Alleen de meest relevante resultaten opgesomd, i.e., die betrekking hebben op seksuele ontwikkeling]</p> <ul style="list-style-type: none"> - Percentage jongeren met ASS wat masturbeert is lager dan onder een reguliere sample jongeren en jongeren met ASS hebben minder vaak een orgasme gehad. - Compulsief masturberen en ongewone seksuele voorkeuren komen voor (maar niet duidelijk of dit meer of minder is dan in de gewone populatie). - Jongeren met ASD laten een duidelijke interesse zien in romantische en/of seksuele relaties. - Onduidelijk of seksueel gedrag (manuele, orale of anale seks of geslachtsgemeenschap) meer of minder voorkomt t.o.v. reguliere sample. - Jongeren met ASS laten meer diversiteit zien in tot wie ze zich romantisch aangetrokken voelen. Soms onrealistisch (verzorgers, beroemdheden). - Ongepast seksueel gedrag komt relatief vaak voor. - Homo- en biseksualiteit komt vaker voor onder jongeren met ASS dan onder jongeren uit een reguliere sample. - Onduidelijk of het kennisniveau van jongeren met ASS minder goed is; studies laten verschillende resultaten zien. - Problemen met gender identiteit komen voor. 	Er staat heel veel interessante literatuur opgesomd in dit artikel
Van der Miesen, Hurley & de Vries, 2016		Literatuur review	Nvt	Samenvatten van de literatuur omtrent het voorkomen van genderdysforie bij mensen met ASS	Literatuur-onderzoek	Nvt	Voorkomen van genderdysforie	<ul style="list-style-type: none"> - Gendysforie komt relatief vaak voor onder mensen met ASS. - Studie somt ook hypothesen op die een mogelijke verklaring kunnen geven voor het vaker voorkomen van GD onder mensen met ASS. 	Artikel gaat zowel over jongeren als volwassenen

Biblio- grafische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onder- zochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	(Meet methode) (6)	N (aantal) (7)	Uitkomst- maat (8)	Bevindingen / Resultaten (9)	Opmerkingen (10)
Evidence tabel Wat is de invloed van LVB, ODD, ASS, Seksueel trauma, Hechtingsproblematiek op het vóórkomen van seksuele risico's bij jeugdigen 0-23 jaar									
Opgenomen studies									
Gougeon, 2010		Literatuur review	Nvt	Samenvatten van de literatuur omtrent seksualiteit bij mensen met ASS	Literatuur- onderzoek	Nvt	Kennis Seksuele interesse Seksueel gedrag	<ul style="list-style-type: none"> - Mensen met ASS laten seksuele interesse zien (zijn niet asexueel). - Interesse en gedrag lijken niet met elkaar overeen te komen (wel interesse in seks, maar hebben niet altijd seksuele dingen gedaan, dit zou tot frustratie kunnen leiden). - Mensen met ASS laten wat vaker ongepast seksueel gedrag zien (zoals masturberen in het openbaar), waarschijnlijk doordat er minder goed onderscheid gemaakt kan worden tussen wat gepast en ongepast gedrag is, door slechtere social skills. - Seksualiteit in mensen met ASS wordt vaak benaderd vanuit een 'deficiency framework' en als iets problematisch gezien, i.p.v. vanuit ene framework van gezonde seksuele ontwikkeling. Wanneer mensen met ASS worden onderwezen in seksualiteit wordt vaak gefocust op risico's en gevaren. - Mensen met ASS hebben vaak wel enige kennis over seksualiteit, maar hebben moeite om dit toe te passen, waardoor ze meer seksueel onaangepast gedrag laten zien. - Door problemen met social skills pikken mensen met ASS seksuele vaardigheden vaak niet op vanuit hun omgeving (bv. door het observeren van gedrag van vrienden) maar moet ze dit expliciet aangeleerd worden. 	Artikel gaat zowel over jongeren als volwassenen
Duke, 2011		Literatuur review	Nvt	Samenvatten van onderzoek naar seksuele oriëntatie en genderidentiteit van jongeren met een beperking (waaronder ASS)	Literatuur- onderzoek	Nvt	Seksuele oriëntatie, gender-identiteit	<ul style="list-style-type: none"> - Mogelijke relatie tussen ASS en gendersyforie - Jongeren met ASS laten een range aan seksuele gevoelens, interesses, behoeften, oriëntaties en gedrag zien (zijn dus niet asexueel zoals soms gedacht wordt) - Jongeren met ASS lijken relatief vaak biseksueel te zijn 	Artikel gaat slechts in kleine stukjes dieper in op ASS

Biblio- grafische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onder- zochte populatie (4)	Doel v/d studie (5)	(Meet methode) (6)	N (aantal) (7)	Uitkomst- maat (8)	Bevindingen / Resultaten (9)	Opmerkingen (10)
Evidence tabel Wat is de invloed van LVB, ODD, ASS, Seksueel trauma, Hechtingsproblematiek op het vóórkomen van seksuele risico's bij jeugdigen 0-23 jaar									
Aanvullende studies uit ontwikkelwerkgroep aangeleverd									
Lucrecia Cabral Fernandes, Carina I. Gillberg, Mats Cederlund, Bibbi Hagberg, Christopher Gillberg, Eva Billstedt (2016). Aspects of Sexuality in Adolescents and Adults Diagnosed with Autism Spectrum Disorders in Childhood	B	Cohort studie	Een cohort van 184 adolescenten en jonge volwassenen (leeftijd 15-39 jaar) met ASS gediagnosticeerd in jeugd, inclusief zowel laag- als hoogfunctionerende individuen, werd onderzocht.	In kaart brengen van relatie tussen seksualiteit bij autisme spectrumstoornissen (ASS) en ongepast seksueel gedrag en parafilieën en haar relatie tot leeftijd, verbale vaardigheid, ernst van de symptomen, intellectuele vaardigheid, of adaptief functioneren.				<ul style="list-style-type: none"> - Het merendeel van de jong volwassenen met ASS heeft seksuele interesse, toch rapporteerde bijna een derde geen duidelijke seksuele interesse. - Laag functionerende jong volwassenen met ASS laten minder seksuele interesse zien dan de groep hoog functionerende autisten (jongvolwassenen met asperger). – ook in de winter 2015. - Van de jong volwassenen met een seksuele interesse: had meer dan de helft (60 procent) belangstelling voor het andere geslacht, een derde had interesse voor hetzelfde geslacht of interesse voor individueel seksueel gedrag. Ongeveer 10 procent was niet zeker over seksuele interesse. - Er is geen relatie gevonden tussen ongepast seksueel gedrag en verbale vaardigheid, intellectueel vermogen of adaptief functioneren. - Onder ongeveer een kwart van de jong volwassenen met ASS werd ongepast seksueel gedrag gevonden (masturbatie in openbaar, exhibitionisme en ongepaste heteroseksualiteit). De meeste jong volwassenen vertoonden één van de typen ongepast seksueel gedrag. Seksuele interesse voor kinderen werd alleen gerapporteerd onder hoogfunctionerende autisten, zij het relatief zeldzaam (behoeft wel aandacht in preventieve voorlichting, vanwege schadelijke karakter/ gevolgen). - Masturbatie is een belangrijke manier voor ontladen van seksuele spanning. Belangrijk om deze jongeren te leren hoe ze seksuele impulsen kunnen uitdrukken op sociaal aanvaardbare manieren (waar wel en waar niet passend). - Een gestructureerde aanpak is belangrijk bij seksuele vorming voor kinderen en jongeren met ASS, vanwege hun moeite met abstract denken, begrip en communicatie en problemen met generaliserende vaardigheden: continue ondersteuning is nodig. - Er werden echter associaties gevonden tussen parafilieën en ASD symptoom ernst, intellectueel vermogen, en adaptief functioneren 	

Biblio- grafische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onder- zochte populatie (4)	Doel v/d studie	(Meet methode) (6)	N (aantal) (7)	Uitkomst- maat (8)	Bevindingen / Resultaten(9)	Opmerkingen (10)
Evidence tabel Wat is de invloed van LVB, ODD, ASS, Seksueel trauma, Hechtingsproblematiek op het vóórkomen van seksuele risico's bij jongdigen 0-23 jaar Niet opgenomen studies									
Chen, Grandjean & Richard, 2016									Review gaat over farmacologische interventies van seksueel ongepast gedrag bij jongeren met ASS
Normand & Sallafranque- St-Louis, 2016									Reviewed artikelen over jongeren in het algemeen en betreft dit vervolgens op jongeren met een LVB/ ASS, er wordt dus niet direct gekeken naar jongeren met een ASS
Fisher, 2016									Artikel gaat niet over seksueel gedrag/ ontwikkeling
Furze, 2015									Boekreview, boek zelf kan wellicht interessant zijn

Biblio- grafische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onder- zochte populatie (4)	Doel v/d studie	(Meet methode) (6)	N (aantal) (7)	Uitkomst- maat (8)	Bevindingen / Resultaten(9)	Opmerkingen (10)
Opgenomen studies									
Stroud et al., 2016	B	Cross- sectioneel.	Amerikaanse studenten (under- graduates, leeftijd onduidelijk, maar voornamelijk eerste en tweedejaars).	Onderzoeken van de rol van emotieregulatie in seksueel gedrag en de modererende rol van emotieregulatie in de relatie tussen hechtingsstijl en seksueel gedrag.	Vragen- lijsten.	373	Hoeveelheid non- exclusieve seksuele contacten (aantal keer dat iemand seksuele activiteiten doet met iemand met wie ze niet in een relatie zitten).	- Naarmate studenten een meer vermijdende hechtingsstijl lieten zien, lieten ze ook minder seksuele activiteit zien. - Naarmate studenten een meer vermijdende hechtings-stijl lieten zien, hadden ze minder non- exclusieve seksuele contacten, naarmate studenten een meer angstige hechtings- stijl lieten zien, hadden ze meer non- exclusieve seksuele contacten. [rol van emotie-regulatie hier buiten beschouwing gelaten, valt buiten de scope]	Hechting is hier gemeten met een vragenlijst, niet met behulp van een klinische maat. Het gaat hier dus niet over hechtingsproblematiek per se, maar over hechtingsstijlen.

Biblio- grafische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onder- zochte populatie (4)	Doel v/d studie	(Meet methode) (6)	N (aantal) (7)	Uitkomst- maat (8)	Bevindingen / Resultaten(9)	Opmerkingen (10)
Evidence tabel Wat is de invloed van LVB, ODD, ASS, Seksueel trauma, Hechtingsproblematiek op het vóórkomen van seksuele risico's bij jeugdigen 0-23 jaar									
Opgenomen studies									
Dang & Gorzalka, 2015	B	Cross-sectioneel	Amerikaanse mannelijke studenten	Onderzoeken van de rol van hechtingsstijl en disfunctionele seksuele gedachten in kans op seksuele dwang	Vragenlijsten	367	Sexual functioning, rape myth acceptance, dys-functional sexual beliefs, sexual coercive behaviors	- Naarmate studenten een meer vermijdende hechtingsstijl of een meer angstige hechtingsstijl lieten zien, hadden ze een hogere 'rape myth acceptance' en een hogere vijandigheid jegens vrouwen. Angstige hechtingsstijl was ook positief gecorreleerd met interesse in verkrachting.	voornamelijk over probleemgedrag, maar kan daarmee wellicht ook iets zeggen over ontwikkeling. Hechting is hier gemeten met een vragenlijst, niet met behulp van een klinische maat. Het gaat hier dus niet over hechtingsproblematiek per se, maar over hechtingsstijlen
Yarkovsky & Timmons-Fritz, 2013	B	Cross-sectioneel	Vrouwelijke undergraduate students (18-25 jaar)	Onderzoeken van de relatie tussen hechtingsstijl en leeftijd van eerste seksuele contact (oraal en vaginaal) en meemaken van seksueel geweld	Vragenlijst	137	Leeftijd eerste seksuele contact. Meemaken van seksueel geweld	- Geen relatie tussen hechtingsstijl en leeftijd van eerste seksuele contact - Naarmate studenten een meer angstige hechtingsstijl hadden, hadden ze vaker seksueel geweld meegemaakt, maar deze relatie verdween met toevoeging van controlevariabelen	Leeftijdswaarde wijkt iets af van inclusiecriteria. Hechting is hier gemeten met een vragenlijst, niet met behulp van een klinische maat. Het gaat hier dus niet over hechtingsproblematiek per se, maar over hechtingsstijlen
Gerber, 2008	C/D	Nvt	Nvt	Overzicht geven van kennis omtrent voorspellers van sexual compulsive behaviors, waaronder hechtingsproblematiek	Nvt	Nvt	Sexual compulsive behaviors	- Auteur legt uit dat hechtingsproblematiek leidt tot problemen in zelf-regulatie en problemen met het zelfconcept, wat vervolgens kan zorgen voor sexual compulsive behaviors	Het is geen mening (want wel gebaseerd op onderzoek) maar ook geen onderzoek
Tarren-Sweeney, 2008	B	Cross-sectioneel	Kinderen, 6-11	Onderzoeken wat voorspellers kunnen zijn voor seksueel probleemgedrag, waaronder hechtingsproblematiek	Vragenlijst	347	Seksueel probleemgedrag (bv. Geslachtsdelen laten zien, grof taalgebruik)	- Hechtingsproblemen lijken een rol te kunnen spelen in het ontwikkelen van seksueel probleemgedrag	

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie	(Meet methode) (6)	N (aantal) (7)	Uitkomstmaat (8)	Bevindingen / Resultaten(9)	Opmerkingen (10)
Evidence tabel Wat is de invloed van LVB, ODD, ASS, Seksueel trauma, Hechtingsproblematiek op het vóórkomen van seksuele risico's bij jeugdigen 0-23 jaar									
Opgenomen studies									
Borawska-Charko, Rohleder & Finley, 2017		Literatuur review	Nvt	Samenvatten van literatuur over het kennisniveau ten aanzien van seksuele gezondheid van mensen met een LVB	Literatuur-onderzoek	Nvt	Mate van kennis omtrent seksuele gezondheid	<ul style="list-style-type: none"> - Kennis omtrent (de werking van) lichaamsdelen verschilt; in sommige studies werd gevonden dat de kennis van mensen met een LVB goed is, in andere studies dat de kennis slecht is. Mogelijke verklaring van leeftijd: in één studie werd gevonden dat kennis beter was <18 jaar. Ook lijkt de kennis over interne geslachtsorganen minder goed te zijn dan de kennis over zichtbare geslachtsorganen. - Kennis over 'seks' (sexual intercourse), zwangerschap, masturbatie en menstruatie is wisselend: in sommige studies was deze goed bij mensen met een LVB, in andere slecht - Kennis omtrent wetten rondom seksueel gedrag is laag. Mensen met een LVB weten vaak wel wat wel en niet mag, maar niet waarom en begrijpen de wetten niet. - Kennis omtrent anticonceptie, soa's en hiv is het minst goed, met name rondom besmetting en voorkomen van soa's. 	Review bevat zowel artikelen over volwassenen, als over jongeren of beide. Wel wordt geconcludeerd dat er geen effect van leeftijd lijkt te zijn. Review bevat ook artikelen over mensen met autisme, maar alleen wanneer er sprake was van een IQ<70. Dit zijn echter maar 3 van de 46 artikelen.
Medina-Rico, López-Ramos, & Quinonez, 2017		Literatuur review	Nvt	Samenvatten van literatuur over seksualiteit in mensen met een LVB	Literatuur-Onderzoek	Nvt	Versillende aspecten van seksualiteit	<ul style="list-style-type: none"> - Eerste manifestaties van seksuele interesse (flirten, daten, seksuele verlangens) verschilt niet tussen jongeren met en zonder LVB - Jongens met een LVB laten vaker problemen met openlijk masturberen zien - Kennis is lager onder jongeren met een LVB - Jongeren met een LVB krijgen minder vaak seksuele voorlichting 	Artikel gaat deels over jongeren en deels over volwassenen. Hier alleen de informatie beschreven die over jongeren gaat.

Bibliografische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie	(Meet methode) (6)	N (aantal) (7)	Uitkomstmaat (8)	Bevindingen / Resultaten(9)	Opmerkingen (10)
Evidence tabel Wat is de invloed van LVB, ODD, ASS, Seksueel trauma, Hechtingsproblematiek op het vóórkomen van seksuele risico's bij jeugdigen 0-23 jaar Opgenomen studies									
Abajobir et al., 2017	A1	Review/ Meta-analyse	Nvt	Onderzoeken van sekseverschillen in de relatie tussen het meemaken van seksueel misbruik in de kindertijd en risicovol seksueel gedrag	Literatuuronderzoek/ meta-analyse	Nvt	Risicovol seksueel gedrag (vroegse seksuele start, onveilige seks, seks met onbekende of wisselende partners, seks met middelengebruik, seksueel geweld, ruilseks)	<ul style="list-style-type: none"> - Positieve relatie tussen seksueel misbruik en seksueel risicogedrag - Geen sekseverschillen hierin, behalve wanneer gekeken wordt naar 'substantiated childhood sexual abuse' (?), dan is het effect bij vrouwen groter dan bij mannen 	
Draucker & Mazurczyk, 2013		Literatuur review	Nvt	Onderzoeken van de relatie tussen seksueel misbruik en seksueel risicogedrag	Literatuuronderzoek	Nvt	Seksueel risicogedrag	<ul style="list-style-type: none"> - Seksueel misbruik in de kindertijd is gerelateerd aan seksueel risicogedrag (hiv risicogedrag, het ooit gehad hebben van seks, jongere leeftijd van eerste vrijwillige geslachtsgemeenschap, meer seksuele partners, onveilige seks, middelengebruik bij seks, ruilseks, oudere leeftijd van mannelijke partner bij eerste seksuele contact, more biseksuele relaties, casual seks en seks met meerdere personen tegelijkertijd) - Seksueel misbruik gerelateerd aan zwangerschap in adolescentie (meer zwangerschappen, jongere leeftijd eerste zwangerschap, vaker ooit zwanger geweest, meer tienerzwangerschappen, meer abortussen) - Seksueel misbruik gerelateerd aan meer soa risico 	

Biblio- grafische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onder- zochte populatie (4)	Doel v/d studie	(Meet methode) (6)	N (aantal) (7)	Uitkomst- maat (8)	Bevindingen / Resultaten(9)	Opmerkingen (10)
Evidence tabel Wat is de invloed van LVB, ODD, ASS, Seksueel trauma, Hechtingsproblematiek op het vóórkomen van seksuele risico's bij jeugdigen 0-23 jaar									
Opgenomen studies									
Homma, Wang, Saewyc, & Kishor, 2012	A1	Meta- analyse	Nvt	De relatie onderzoeken tussen seksueel misbruik en seksueel risicogedrag in adolescente jongens	Meta- analyse	Nvt	Onbeschermd seks. Meerdere seksuele partners. Betrokkenheid in zwangerschap	- Jongens die seksueel misbruik hebben meegemaakt hebben een hogere kans om de drie risicogedragingen te laten zien	
Seto & Lalumière, 2010	A1	Review en meta- analyse	Nvt	Onderzoeken van mogelijke factoren die een rol kunnen spelen in het plegen van seksueel geweld door adolescente jongens (één van die factoren is het zelf meegemaakt hebben van seksueel geweld)	Literatuur- onderzoek en meta- analyse	Nvt	Plegen van seksueel geweld	- Jongens die seksueel geweld hebben meegemaakt hebben een hogere kans om zelf seksueel geweld te vertonen	Het artikel gaat dieper in op de verklaring waarom jongens die zelf seksueel misbruikt zijn meer kans lopen om zelf dader te worden

Biblio-grafische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie	(Meet methode) (6)	N (aantal) (7)	Uitkomstmaat (8)	Bevindingen / Resultaten(9)
Evidence tabel Wat is de invloed van LVB, ODD, ASS, Seksueel trauma, Hechttingsproblematiek op het vóórkomen van seksuele risico's bij jongedigen 0-23 jaar Overzicht overige literatuur - Naam beoordelaar: Sanne Veldhuis-Nikkelen								
De Graaf, van den Borne, Nikkelen, Twisk & Meijer, 2017. Seks onder je 25e: Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2017.	nvt	Cross-sectioneel	Jongeren; jongeren in het praktijk-onderwijs. 12-25 jaar	Beschrijving geven van de seksuele gezondheid van jongeren in Nederland, waaronder van jongeren in het praktijkonderwijs	Vragenlijst	683 pro jongeren	Verschillende aspecten van seksuele gezondheid en ontwikkeling	Enkele van de bevindingen: - Wanneer pro- en vmbo-jongeren met elkaar vergeleken worden, zien we bij 12-tot en met veertienjarigen dat met name jongens op het pro wat meer seksuele ervaring rapporteren dan jongeren op het vmbo. In de groep van 15 jaar en ouder zijn minder verschillen tussen het pro en het vmbo te zien. - Vergeleken met jongens op het vmbo zijn jongens op het pro op een aantal punten wat conservatiever en hebben ze een negatievere attitude ten aanzien van homoseksualiteit - Zonen en geslachtsgemeenschap tegen de wil komen iets vaker voor onder meisjes op het pro dan onder meisjes op het vmbo
Vink, de Wolff, Broerse, & Kamphuis (2016). <i>Richtlijn kindermishandeling voor Jeugdhulp en Jeugdbescherming</i>	nvt	nvt	nvt	Doel van deze richtlijn is om professionals in de jeugdhulp en jeugdbescherming een gedragen (wetenschappelijk) onderbouwd fundament te bieden voor het handelen bij (mogelijke) kindermishandeling en -verwaarlozing.	Nvt	Nvt	Nvt	Publicatie beschrijft richtlijn en geeft o.a. een overzicht van wat er bekend is in de literatuur omtrent kindermishandeling (waaronder seksueel misbruik)
Vink, de Wolff, Broerse, Heerdink, van Sleuwen, & Kamphuis (2016). NCJ Richtlijn Kindermishandeling	nvt	nvt	nvt	Doel van deze richtlijn is om professionals in de jgz een gedragen (wetenschappelijk) onderbouwd fundament te bieden voor het handelen bij (mogelijke) kindermishandeling en -verwaarlozing.	Nvt	Nvt	Nvt	Publicatie beschrijft richtlijn en geeft o.a. een overzicht van wat er bekend is in de literatuur omtrent kindermishandeling (waaronder seksueel misbruik)
De Baat, van den Bergh & de Lange (2015). <i>Richtlijn Pleegzorg voor jeugdhulp en Jeugdbescherming</i>	nvt	nvt	nvt	De <i>Richtlijn Pleegzorg voor jeugdhulp en jeugdbescherming</i> is bedoeld voor professionals die zijn betrokken bij de uitvoering van pleegzorg.	nvt	nvt	nvt	Publicatie beschrijft de richtlijn en geeft o.a. een overzicht van wat er bekend is in de literatuur omtrent pleegzorg

Biblio-grafische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie	(Meet methode) (6)	N (aantal) (7)	Uitkomstmaat (8)	Bevindingen / Resultaten(9)
Evidence tabel Wat is de invloed van LVB, ODD, ASS, Seksueel trauma, Hechttingsproblematiek op het vóórkomen van seksuele risico's bij jeugdigen 0-23 jaar Overzicht overige literatuur - Naam beoordelaar: Sanne Veldhuis-Nikkelen								
Addink, Haspels & Geurts (2017). <i>Richtlijn residentiële jeugdhulp</i>	nvt	nvt	nvt	De <i>Richtlijn Residentiële jeugdhulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming</i> richt zich op het handelen van de pedagogisch medewerkers op de leefgroep en op de gedrags-wetenschappers die hen daar inhoudelijk bij ondersteunen.	nvt	nvt	nvt	Publicatie beschrijft de richtlijn en geeft o.a. een overzicht van wat er bekend is in de literatuur omtrent residentiële jeugdzorg
Maris, van der Vlugt, Deurloo & Lanting (2014). JGZ-richtlijn Seksuele ontwikkeling (0-19 jaar)	nvt	nvt	nvt	Met de JGZ-richtlijn 'Seksuele ontwikkeling 0 - 19 jaar' kan de JGZ kinderen volgen in hun seksuele ontwikkeling, informatie en advies geven, problemen vroegtijdig signaleren, begeleiding bieden en indien nodig gericht verwijzen.	nvt	nvt	nvt	Publicatie beschrijft de richtlijn, en geeft o.a. een overzicht van wat er bekend is in de literatuur omtrent de reguliere seksuele ontwikkeling
Tijhuis (2014) Kwaliteitskader jeugdzorg	nvt	nvt	nvt	De organisaties in de jeugdzorg hebben samen vastgelegd wanneer het nodig is om geregistreerde professionals in te zetten. Samen hebben zij, in overleg met de beroepsgroepen, bepaald voor welke taken binnen de jeugdzorg een geregistreerde professional moet worden ingezet. In dit kwaliteitskader jeugdzorg zijn deze taken beschreven. Dit kwaliteitskader jeugdzorg vormt daarmee de operationalisering van de norm van verantwoorde werktoedeling zoals opgenomen in het Uitvoeringsbesluit bij de Wet op de Jeugdzorg	nvt	nvt	nvt	Publicatie beschrijft het kwaliteitskader jeugdzorg

Biblio-grafische referentie (1)	Mate van bewijs (2)	Studietype (3)	Onderzochte populatie (4)	Doel v/d studie	(Meet methode) (6)	N (aantal) (7)	Uitkomstmaat (8)	Bevindingen / Resultaten(9)
Evidence tabel Wat is de invloed van LVB, ODD, ASS, Seksueel trauma, Hechttingsproblematiek op het vóórkomen van seksuele risico's bij jeugdigen 0-23 jaar								
Overzicht overige literatuur - Naam beoordelaar: Sanne Veldhuis-Nikkelen								
Lijster-Van Kampen, G.P.A. de, Vink, R.M., Berlo, W. van, Kuyper, A., Boer, A.H., & Höing, M.A (2017). Het vlaggensysteem RJ: Rapportage implementatie-outcome- en Tevredenheids-onderzoek	nvt	nvt	nvt	Deze rapportage geeft de resultaten weer van het onderzoek naar de implementatie, het gebruik, de waardering en doelrealisatie van het Vlaggensysteem Residentiële Jeugdzorg (RJ) gedurende de proefimplementatie in twaalf instellingen voor residentiële jeugdzorg in de periode juni 2015 tot en met oktober 2016. Het onderzoek maakte deel uit van het RAAK-Pro project Gezond seksueel gedrag in de residentiële Jeugdzorg.	nvt	nvt	nvt	Publicatie beschrijft de resultaten van het onderzoek naar de implementatie, het gebruik, de waardering en doelrealisatie van het Vlaggensysteem Residentiële Jeugdzorg (RJ)



Bijlage 5

Kennis- en ontwikkelacunes



1. Onderzoek naar invloed van beperking, probleem of ontwikkelingsstoornis op seksuele ontwikkeling

De invloed van specifieke beperkingen, ontwikkelingsstoornissen of problemen van jeugdigen op hun seksuele ontwikkeling is niet voldoende onderzocht. Voor jongeren met een licht verstandelijke beperking en/of autisme is redelijk wat onderzoek vindbaar. Voor een grote groep jongeren echter niet (gehechtheidsproblematiek, seksueel trauma/ meegemaakt seksueel geweld, externaliserende gedragsproblematiek). Terwijl ook deze groep extra kwetsbaar is voor seksueel geweld, soa/hiv en onbedoelde zwangerschap.

In huidig onderzoek is voornamelijk gekeken naar risico's van aandoening, beperking of het probleem op de seksuele gezondheid, maar niet in de breedte naar invloed op seksuele ontwikkeling. De informatie over de invloed op de seksuele ontwikkeling (in zijn hele breedte) geeft meer handvatten om bij preventie in te zetten. Zodat een complete aanpak (gericht op samenhang beschermende factoren, in plaats van alleen risico-preventie) gevolgd kan worden. In 2019 is voor het eerst Seks onder je 25e in het voortgezet speciaal onderwijs uitgevoerd. Het is wenselijk dat deze monitor in een cyclus wordt afgenomen, evenals Seks onder je 25e voor het reguliere onderwijs.

2. Interventies voor specifieke groepen jongeren missen, of zijn onvoldoende onderbouwd.

Voor specifieke groepen jongeren missen interventies of deze zijn niet onderbouwd en daarmee niet opgenomen in de databank voor effectieve interventie. Ook zijn veel interventies ontwikkeld voor bijv. de onderwijssetting. De inhoud van deze interventies voor de schoolse setting, zou toegankelijk gemaakt kunnen worden voor gebruik binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming. Daarnaast zijn er voor bijvoorbeeld jongeren met gehechtheidsproblematiek alleen interventies voor het herstellen van het basisvertrouwen. Maar geen interventies gericht op seksualiteit en relaties. Ook is een groot aantal bestaande interventies niet beschreven of onderbouwd in bestaande databanken voor effectieve interventies, terwijl sommige interventies bijvoorbeeld vanuit een ander land naar Nederland zijn gehaald en daar wel effectief bewezen of onderbouwd zijn.

3. Instrumenten voor signalering van seksuele gezondheid.

De meeste instrumenten voor signalering van seksuele gezondheid zijn zogenaamde risico-taxatie instrumenten. Zeer belangrijk. Maar wat mist zijn gestandaardiseerde vragenlijsten voor het bespreekbaar maken van seksualiteit en relaties in brede zin. De professionals in de jeugdbescherming en jeugdhulp werken nu met eigen vragenlijsten. Een standaard of een uitgangspunt zou handig zijn voor deze professionals.

4. Invloed van seksuele opvoeding en educatie ter ondersteuning van de seksuele ontwikkeling: vroeg beginnen!

Er is weinig onderzoek beschikbaar over de invloed van seksuele opvoeding en educatie passend bij de ontwikkelingsleeftijd van een kind/ jongere. Het is aan te bevelen het ontwikkelingsgericht werken te onderbouwen, om zo het effect van een doorlopende ondersteuning inzichtelijk te maken.



