

# e-hulp.nl

---

Deze scriptie is aangemeld voor de Scriptieprijs Online Hulp 2011.  
Een overzicht van alle scripties over hulpverlening via internet is te vinden op  
<http://www.e-hulp.nl/scriptieprijs>. Wij wensen u veel leesplezier.  
Stichting E-hulp.nl

---



---

De Scriptieprijs is een initiatief van stichting E-hulp.nl, kennis- en adviescentrum voor online hulpverlening.  
E-hulp.nl maakt online hulp mogelijk bij instellingen uit o.a. de GGZ, Jeugdzorg en Maatschappelijk Werk.  
Kijk voor meer informatie over online hulpverlening en E-hulp.nl op [www.e-hulp.nl](http://www.e-hulp.nl).

---

# Online hulpverlening voor jongeren met seksuele problemen?

## Online sexual healthcare for youngsters with sexual problems?

*Een literatuuronderzoek naar de behoefte van online hulpverlening voor jongeren tussen 18 en 25 jaar met seksuele problemen.*



**Naam** : Jolanda Hiemstra  
**Studentnr.** : 1695584  
**Cursus** : Bachelorthese  
**Cursuscode:** PSBA3-BT  
**Docent** : MSc. A. Grauvogl, Universiteit Maastricht

**Beoordelaar:** Prof. Dr. P.J. de Jong, Rijksuniversiteit Groningen

**Datum:** 31 maart 2011

<b>Inhoudsopgave</b>	<b>Blz.</b>
<b>Voorwoord</b> .....	3
<b>Samenvatting</b> .....	4
<b>Summary</b> .....	5
<b>Hoofdstuk 1: Inleiding</b> .....	7
1.1 Onderzoeksvraag en deelvragen .....	9
1.2 Selectie van literatuur .....	10
1.3 Opbouw rapportage .....	10
<b>Hoofdstuk 2: Seksuele problemen en jongeren</b> .....	12
2.1 Inleiding .....	12
2.2 Wat zijn seksuele problemen .....	12
2.3 Met welke seksuele problemen hebben jongeren te maken? .....	14
2.4 Waar kunnen jongeren terecht met seksuele problemen? .....	15
2.5 Waar zoeken jongeren hulp? .....	15
2.6 Samenvatting. ....	15
<b>Hoofdstuk 3: Online hulpverlening</b> .....	16
3.1 Inleiding .....	16
3.2 Wat is online hulpverlening? .....	16
3.3 Welke vormen van online hulpverlening zijn er? .....	17
3.4 Voor- en nadelen van online .....	20
3.4.1 Voordelen .....	20
3.4.2 Nadelen .....	21
3.5 Samenvatting. ....	22
<b>Hoofdstuk 4: Effectiviteit van online interventies</b> .....	23
4.1 Inleiding .....	23
4.2 Overzicht van onderzoeken naar online seksualiteitshulpverlening .....	23
4.3 Beschrijving van de onderzoeken .....	23
4.4 Online seksualiteitshulpverlening: effectieve interventies .....	30

4.5. Overige online hulpverlening: effectieve interventies .....	30
4.6 Kosteneffectiviteit van online (seksualiteits)hulpverlening .....	31
4.7 Samenvatting .....	32
<b>Hoofdstuk 5: Discussie en conclusie .....</b>	<b>33</b>
<b>Hoofdstuk 6: Aanbevelingen .....</b>	<b>36</b>
<b>Literatuurlijst .....</b>	<b>38</b>
<b>Online artikelen .....</b>	<b>42</b>

## **Voorwoord**

Voor u ligt mijn bachelorthese over online seksualiteitshulpverlening voor jongeren van 18 tot 25 jaar, welke ik heb geschreven in het kader van mijn studie Psychologie aan de Rijksuniversiteit Groningen. Door het schrijven van deze bachelorthese hoop ik mee te werken aan een goede en werkzame online behandelmethode voor jongeren met seksuele problemen.

Ik wil graag MSc Andrea Grauvogl bedanken voor haar tijd, de opbouwende feedback en waardevolle aanbevelingen. Verder bedank ik Prof. Dr. Peter de Jong van de Rijksuniversiteit Groningen voor het beoordelen van de bachelorthese. Ten slotte wil ik graag Fetzen de Groot, coördinator Sense Noord-Nederland, bedanken voor de werk/stageplek, het meedenken en zijn kritische blik.

Jolanda Hiemstra

Maart 2011

## Samenvatting

In dit literatuuronderzoek is gekeken of online hulpverlening een effectieve interventie kan zijn voor jongeren met seksuele problemen en of het past binnen het huidige seksualiteitshulpverleningsaanbod in (Noord-)Nederland.

De literatuur laat zien dat jongeren last hebben van seksuele problemen. Het kan gaan om geen of minder zin hebben in vrijen, niet of moeilijk seksueel opgewonden raken, (te) snel klaarkomen, geen orgasme kunnen krijgen of pijnklachten bij het vrijen. Ondanks een goed en kwalitatief seksualiteitshulpverleningsaanbod in Nederland hebben veel jongeren geen toegang tot de hulpverlening of ervaart een te hoge drempel. Het huidige seksualiteitshulpverleningsaanbod sluit niet goed aan op de vraag. Uitbreiding van het huidige aanbod met online hulpverlening biedt mogelijkheden.

Online hulpverlening kent diverse vormen van hulp en het aanbod kan variëren in intensiteit. Het biedt mogelijkheden voor een stepped-care aanbod. Online hulpverlening heeft voor zowel de organisatie als voor de cliënt diverse voordelen, maar kent ook een aantal potentiële nadelen. Belangrijke voordelen zijn de anonimiteit, toegankelijkheid en het grote bereik. Nadelen zijn ondermeer het gemis aan non-verbale communicatie en financiering van online hulpverlening. Een wisselwerking tussen online en face-to-face hulpverlening vergroot de keuzemogelijkheid voor cliënten.

Goed uitgevoerde effectstudies (Randomized Controlled Trials) op het terrein van online seksualiteitshulpverlening zijn schaars. De onderzoeken die zijn gedaan, laten zien dat online hulpverlening positieve behandelresultaten geeft. Zo mogelijk doet het niet onder voor face-to-face behandeling. Er kunnen echter nog geen harde uitspraken worden gedaan over de behandel-effectiviteit. Op het gebied van de Geestelijke Gezondheidszorg zijn wel een aantal goed uitgevoerde effectstudies verricht naar online hulpverlening. Daaruit blijkt dat online hulpverlening werkt. Het levert in veel gevallen een afname van de klachten op en de stabiliteit van de effecten zijn hoopgevend. Opvallend is dat de effectief bewezen interventies vaak gestoeld zijn op de cognitieve gedragstherapie en dat therapeutische steun van belang is. Er is nog relatief weinig onderzoek gedaan naar de kosteneffectiviteit van de interventies, maar de gevonden resultaten zijn bemoedigend.

Concluderend lijkt online hulpverlening een goede en effectieve behandelmethode te zijn. Het beoogde doel van de behandeling kan worden bereikt. De resultaten uit kosteneffectiviteitsstudies lijken positief. Wil een organisatie de huidige groep van zorgmissers en –mijders bereiken, dan is het zinvol om online hulpverlening aan te bieden. Toekomstig

onderzoek zal moeten uitwijzen of dergelijke resultaten ook worden gevonden voor online interventies ten behoeve van jongeren met seksuele problemen.

## Summary

This literature study investigated whether an online intervention can be an effective intervention for youngsters with sexual problems and whether online healthcare can be fitted into the current sexual health care as provided in (the northern part of) the Netherlands.

Literature shows that youngsters experience sexual problems. This can involve problems with sexual desire, sexual arousal, orgasm or pain during intercourse. Despite a good sexual healthcare system in the Netherlands, there is a large number of young people who do not have access to this system or who are not seeking for help or support. The sexual healthcare that is provided these days does not correspond with the sexual healthcare youngsters would wish for or would like. Adding online sexual healthcare to the current sexual healthcare creates new possibilities.

Online help can be offered in various ways each with a different intensity. This diversity makes it possible to provide stepped care. Online help has for both the organisation and the client several advantages, but also some potential disadvantages. Important benefits include the anonymity, accessibility and extensive reach. Disadvantages include the lack of nonverbal communication and the financing of online healthcare. A combination between offline (face-to-face) and online healthcare shows promising results and provides additional options for the client to choose from.

Well conducted effect studies (randomized controlled trial) in the field of online sexual healthcare are scarce. The studies that have been done show positive treatment results. Online help might be as effective as face-to-face treatment. However, firm conclusions about the effectiveness of online treatment can not be made. In the field of mental health in general are a number of well-conducted effect studies carried out. These studies show that online help can be a good intervention. It provides in many cases a decrease in complaints and the stability of the effects are encouraging.

It can be concluded that online sexual healthcare seems to be an effective and valuable intervention. The treatment goals can be achieved. The results of the few cost-effectiveness studies seem positive. Online sexual healthcare should be considered by organisations who would like to treat youngsters who avoid or do not have access to sexual

healthcare. Additional research should investigate whether online sexual health care youngsters is as effective as other online mental healthcare interventions.

## **Hoofdstuk 1: Inleiding**

Ondanks de schijnbare openheid rond relaties, intimiteit en seksualiteit in onze samenleving, hebben veel jongeren vragen en onzekerheden met betrekking tot deze thema's. In 2005 heeft de Rutgers WPF (voorheen Rutgers Nisso Groep) een grootschalig onderzoek ( $N = 9250$ ) gepubliceerd met betrekking tot de seksuele gezondheid onder 12 tot 25 jarigen in Nederland. Aangezien seksuele gezondheid een ruim begrip is, wordt eerst een definitie gegeven. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) houdt seksuele gezondheid in:

*“..... een staat van lichamelijk, emotioneel, mentaal en sociaal welbevinden met betrekking tot seksualiteit; het is niet alleen maar de afwezigheid van ziekte, disfunctie of gebrek. Seksuele gezondheid vereist een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit, vrij van dwang, discriminatie en geweld. Om tot seksuele gezondheid te komen en te handhaven moeten de seksuele rechten van alle mensen worden gerespecteerd en waargemaakt” (WHO, 2002).*

Uit het onderzoek van Rutgers WPF blijkt dat een groot deel van de jongeren problemen heeft met het vormgeven van hun seksualiteit, moeite heeft met het stellen van grenzen en wensen, pijn ondervindt bij het vrijen, moeite heeft met opwinding en verlangen, geen orgasme kan krijgen, slachtoffer is van falende anticonceptie en relatief vaak een seksueel overdraagbare aandoening (soa) oploopt. Eveneens ontbreekt het jongeren aan voldoende adequate kennis over seksualiteit (Graaf, Meijer, Poelman & Vanwesenbeeck, 2005).

Voor veel van deze problemen kunnen jongeren sinds 2008 terecht bij Sense. Sense is het Centrum voor Seksuele Gezondheid en is onderdeel van acht regionale Gemeentelijke Gezondheids Diensten (GGD) in Nederland. De organisatie wordt gefinancierd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Sense biedt brede, laagdrempelige en anonieme eerstelijns seksualiteitshulpverlening. Voor jongeren tot en met 24 jaar is de hulp gratis. Sense is een aanvulling op de reguliere curatieve gezondheidszorg door de huisarts en de tweedelijnszorg. Het is een samenwerkingsverband waarin de seksualiteitshulpverlening, soazorg, de abortuszorg en de anticonceptiezorg samen komen. Toch blijkt uit onderzoek dat meer dan de helft van de jongeren met seksuele problemen geen toegang heeft of vindt tot de seksualiteitshulpverlening of niet op zoek gaat naar hulp of advies (Bakker & Vanwesenbeeck, 2006). Barrières zijn de onbekendheid met de hulpverlening, gebrek aan vertrouwen in de hulpverlening of hulpverlener en de kosten van de hulpverlening. Daarnaast is er veelal sprake van onzekerheid, schaamte en angst op het

gebied van seksualiteit (Bakker et al., 2009; Qrius, 2010). Jongeren met vragen of problemen op seksueel gebied gaan liever voor raad naar de eigen ouders of naaste vrienden (Nicholas, Oliver, Klee & O'Brien, 2004). Ook zoekt een deel van de jongeren zijn of haar toevlucht tot het internet. Jongeren geven aan de voorkeur te hebben voor digitale consulten en contacten met hulpverleners (Qrius, 2009). Deze inzichten worden ondersteund door een bekendheidsonderzoek van Qrius (2010) naar de spreekuren van Sense, waarin naar voren is gekomen dat het aantal jongeren dat gebruik maakt van de face-to-face consulten achterblijft bij de verwachting. Uit genoemd onderzoek blijkt dat slechts twee procent van de jongeren die hulp zouden willen daadwerkelijk een Sense spreekuur heeft bezocht. In totaal zijn dit ongeveer 50.000 jongeren in de leeftijd 12 tot 25 jaar.

De hierboven vermelde uitkomsten zijn in de hulpverleningssector niet uniek. Diverse hulpverleningsinstanties zien eenzelfde trend en kijken naar nieuwe manieren om de cliënt te bereiken. Steeds vaker wordt gekozen voor online hulpverlening, omdat het veelbelovende perspectieven biedt (Riper et al., 2007). Online hulpverlening is een relatief nieuwe manier van hulp verlenen, waarbij gebruik wordt gemaakt van internettechnologie. De communicatie tussen cliënt en hulpverlener loopt via de computer. De hulp kan variëren van zelfhulp tot het geven van psychologische steun of therapie via chat of e-mail. Online hulpverlening is laagdrempelig, niet gebonden aan tijd of plaats en het zorgt voor een bepaalde mate van anonimiteit (Riper et al., 2007). Vooral door het laatste zullen mensen zich sneller openstellen en de problemen blootgeven (Schalken et al., 2010).

Uit een programmeringstudie van het Trimbos Instituut Nederland blijkt dat via het internet nieuwe doelgroepen bereikt kunnen worden. Bovendien kan met online hulpverlening een behoorlijke gezondheidswinst worden geboekt tegen betrekkelijk lage kosten. Tevens is het mogelijk om met online hulpverlening gericht toe te werken naar een getrapte vorm van hulp. Hiermee wordt bedoeld dat de verschillende vormen van dienstverlening in intensiteit kunnen variëren, al naar gelang de complexiteit van de problematiek. Voor sommige jongeren is weinig intensieve hulp (zoeken van informatie of het doen van een zelftest) al voldoende, terwijl bij meer complexe problematiek een jongere meer intensievere hulp via internet krijgt aangeboden (Riper et al., 2007). Dit sluit goed aan bij de stepped-care benadering van het PLISSIT-model. Het PLISSIT-model is een getrapte interventie model, dat speciaal is ontwikkeld voor de behandeling van seksuele problemen. Het model bestaat uit een viertal stappen en hanteert een indeling van beperkt naar uitvoerig in termen van duur, omvang, indringendheid en kosten van de hulp (Van Lankveld, Kuile & Leusink, 2010).

Op het gebied van de seksualiteitshulpverlening in Nederland zijn al wat initiatieven met betrekking tot online hulpverlening. Een aantal internetsites biedt de mogelijkheid om informatie over seksualiteit op te zoeken, vragen te stellen en/of te chatten met een hulpverlener cq. deskundige. Ook zijn sinds kort behandelingen via internet mogelijk voor jeugdige slachtoffers van seksueel geweld (Lange, Ven & Schrieken, 2003). Er is echter nagenoeg geen online aanbod gevonden voor het behandelen van jongeren met seksuele problemen. Dit is opvallend want uit onderzoek is gebleken dat online hulp, zeker voor adolescenten, drempelverlagend kan werken (Lange et al., 2003). Eveneens is uit onderzoek gebleken dat online hulpverlening effectief is bij het behandelen van verschillende psychische klachten, zoals depressie (Bowman, Scogin & Lyrene, 1995; Lange et al., 2005), posttraumatische stress, burn-out (Lange et al., 2003) en angststoornissen (Holmes, March & Spence, 2009; Ruwaard, Broeksteeg, Schrieken, Emmelkamp & Lange, 2010). Positieve resultaten van online interventies zijn gevonden in een follow-up studie voor angststoornissen na twee jaar (Floyd et al., 2002) en in een follow-up na drie jaar voor paniekstoornissen (Ruwaard et al., 2010). Uit onderzoek van het Trimbos Instituut, naar een aantal Nederlandse online behandelingen voor volwassenen, is naar voren gekomen dat wetenschappelijk onderbouwde internetbehandelingen over het algemeen niet minder effectief zijn dan face-to-face consulten. Of dit ook geldt voor jongeren is nog onduidelijk. De onderzoekers gaan er wel vanuit dat het gebruik van online hulpverlening bij jongeren potentieel heeft (Riper et al., 2007).

Als online hulp werkelijk een effectieve behandelmethodede lijkt te zijn, net zoals de reguliere hulp, is het zinvol om te kijken of het een plaats kan krijgen in het huidige seksualiteitsaanbod in (Noord-)Nederland.

## **1.1 Onderzoeksvraag en deelvragen**

De centrale vraag in dit literatuuronderzoek is: *Zou online hulpverlening een goede en effectieve interventie kunnen zijn voor jongeren met seksuele problemen en past het binnen het huidige seksualiteitshulpverleningsaanbod in (Noord-) Nederland?*

Deze centrale vraag wordt opgesplitst in drie deelvragen:

1. Wat zijn seksuele problemen, met welke seksuele problemen hebben jongeren te maken en waar ontvangen en zoeken jongeren hulp?

2. Wat is online hulpverlening, welke online hulpvormen zijn er en wat zijn de voor- en nadelen van online hulpverlening?
3. Hoe is het gesteld met de wetenschappelijke onderbouwing van online hulpverlening voor mensen met (seksuele) problemen in termen van behandel- en kosteneffectiviteit?

## **1.2 Selectie van literatuur**

De onderzoeksvragen zullen door middel van literatuuronderzoek worden beantwoord. In de periode van augustus tot en met november 2010 is uitgebreid gezocht naar (inter)nationale literatuur in de digitale databanken van Springerlink, PsychINFO, PsychCRITIQUES, PsychArticles, Medline, SocINDEX en Cochrane Library. Diverse zoektermen zijn gebruikt, zoals internet, e-therapy, e-mental health, online, online help, online therapy, internet, e-therapy, e-health, effectiveness, sexual, sexual dysfunction, sexual problem adolescents, help-seeking behavior, counselling en sexcounselling. De zoektocht op de afzonderlijke termen leverde veel treffers op. Zo leverde online therapy 743 treffers op via PsychINFO, 25 via SocINDEX en 66 via Medline. Het woord internet leverde 20.537 treffers op via PsychINFO, 12.540 via SocINDEX en 43.849 via Medline. Echter een combinatie van zoektermen leverde weinig resultaten op. Dit heeft er toe geleid dat de artikelen zijn geselecteerd op basis van de gevonden abstracts en middels het nalezen van de referentielijsten van diverse artikelen. Er is zo veel mogelijk gebruik gemaakt van recent wetenschappelijke literatuur. Overige relevante literatuur is gezocht bij het Trimbos Instituut, het Nederlands Jeugd Instituut (NJI), de Rutgers WPF, Interapy en de Stichting e-hulp.

## **1.3 Opbouw van de rapportage**

Het literatuuronderzoek is onderverdeeld in verschillende hoofdstukken. In de hoofdstukken 2, 3 en 4 zullen de afzonderlijke deelvragen worden behandeld. In hoofdstuk 5 volgt de discussie en de conclusie. Tot slot worden in hoofdstuk 6 aanbevelingen gedaan voor de seksualiteitshulpverlening in (Noord-)Nederland.

## Hoofdstuk 2: Seksuele problemen en jongeren

***“Schaamte bij de dokter komt dagelijks voor. Vooral seksuele problemen zijn taboe. Ruim veertig procent van de Nederlanders schaamt zich voor erectie- of libidoproblemen, zo blijkt uit het schaamteonderzoek van het tijdschrift gezondNU. Het aankaarten van de problemen valt vooral mannen zwaar. In de leeftijdsgroep tot dertig jaar gaat men helemaal met lood in de schoenen naar de dokter”.***

([www.gezondheidsnet.nl](http://www.gezondheidsnet.nl): “Schaamte bij de dokter”).

### 2.1 Inleiding

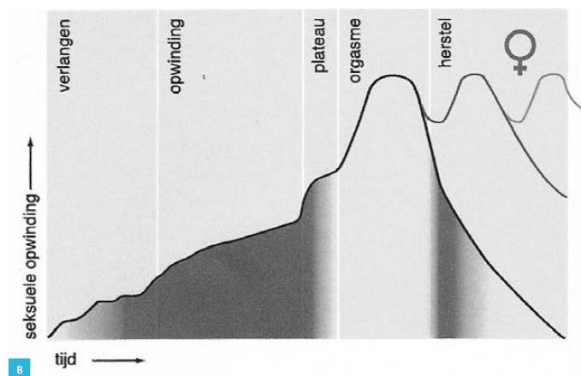
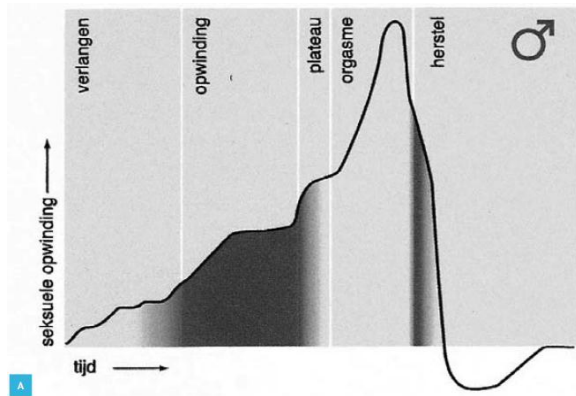
In dit hoofdstuk wordt ingegaan op wat seksuele problemen en disfuncties zijn, met welke problemen jongeren te maken kunnen hebben en waar jongeren hulp zoeken en hulp kunnen krijgen.

### 2.2 Wat zijn seksuele problemen?

De term seksueel probleem of seksuele moeilijkheid geeft aan dat iemand bij seksueel contact of bij soloseks (masturbatie) niet reageert zoals de persoon verwacht of gewend is te reageren. Hij of zij kan niet beleven wat hij of zij zou willen beleven (IJff, 1997). Van een *seksuele disfunctie of stoornis* is sprake wanneer uit anamnese en onderzoek blijkt dat er een verstoring of remming is van één of meer fasen van de normale seksuele responscyclus en de persoon en/of diens partner heeft daar last of lijden van (Van Lankveld, 2009). De seksuele responscyclus is een model dat de verschillende fasen in seksueel reageren beschrijft voor zowel mannen als vrouwen. De responscyclus ziet er als volgt uit (American Psychiatric Association, 2000):

- Fase van het verlangen: fase waarin men denkt aan seks, eventueel gepaard met seksuele fantasieën;
- Fase van opwinding: fase waarin een aantal lichamelijke tekenen van opwinding aanwezig zijn. Bij mannen kan het leiden tot een erectie en bij vrouwen tot het vochtig worden van de vagina;
- Plateaufase: sterk aanhoudend niveau van opwinding;

- Fase van het orgasme: opwinding die overgaat in een orgasme;
- Hersterstefase: fysieke en emotionele ontspanning.



Figuur 1: Grafische voorstelling van seksuele opwinding tijdens de verschillende fasen

Om een beeld te krijgen om welke seksuele problematiek het nu om gaat, volgt in tabel 1 een overzicht (Kedde & De Haas, 2006). Het overzicht is opgebouwd volgens de fasen van de seksuele responscyclus.

**Tabel 1: Fasen van de seksuele responscyclus en seksuele problemen of disfuncties (Kedde & De Haas, 2006)**

Problemen met het seksuele verlangen

- verminderd seksueel verlangen;
- overmatig seksueel verlangen;
- seksuele aversie (geen zin of afkeer van seks).

Problemen met de seksuele opwinding

- lubricatiestoornis bij vrouwen (gebrek aan lichamelijke opwinding in de vorm van vochtig worden van de vagina);
- erectiestoornis bij mannen (moeite om een stijve penis te krijgen of te houden)

tijdens seks);

- problemen met de subjectieve seksuele opwinding (weinig intens of kort aanhoudend gevoel van seksuele opwinding).

#### Problemen met het orgasme

- orgasmestoornis bij vrouwen (moeite met klaarkomen of niet kunnen klaarkomen);
- orgasmestoornis bij mannen (moeite met het opwekken van een zaadlozing, ondanks adequate seksuele stimulatie);
- voortijdige ejaculatie (zaadlozing);
- seksuele pijnstoornis (pijn bij aanraken van genitalia of bij penetratie).

Naast de problemen in de verschillende fasen kan er sprake zijn van pijnproblemen zoals:

- dispareunie (genitale pijn geassocieerd met geslachtsgemeenschap);
- vaginisme (geen penetratie van de penis in de vagina kunnen toelaten).

## **2.3 Met welke seksuele problemen hebben jongeren te maken?**

Er is tot op heden nog weinig onderzoek gedaan naar de seksuele problemen bij jongeren. In de bevolkingstudie 'Seks onder je 25ste', zijn op beperkte schaal enkele vragen gesteld. Deze vragen zijn uitsluitend gesteld aan jongeren van 12 tot 25 jaar die al enige ervaring met vrijen hebben (Graaf et al., 2005). Uit het onderzoek blijkt dat zowel meisjes als jongens problemen hebben met seksuele opwinding, verlangen, pijn bij het vrijen en het uitblijven van een orgasme. Jongens hebben hier minder mee te maken dan meisjes. Iets minder dan de helft van de jongens heeft wel eens of vaker geen zin in seks. Bij meisjes is dat driekwart. Een derde van de jongens krijgt wel eens of vaker geen orgasme. Bij meisjes zegt tweederde hier last van te hebben. Veertien procent van de jongens heeft wel eens of vaker pijn bij het vrijen, terwijl dit bij meisjes 57% is. Tweederde van de jongens geeft aan wel eens of vaker last hebben van te snel klaarkomen. Ook een derde van de meisjes heeft hier mee te maken. Daarnaast zijn er verschillen in verlangen tussen jongens en meisjes. Zestien procent van de jongens is ontevreden over de seksfrequentie. Bij meisjes gaat het om 10%. Opvallend is dat vooral hoogopgeleide meisjes meer problemen hebben met betrekking tot verlangen, opwinding en pijn (Graaf et al., 2005).

Wanneer we kijken naar de soort klachten van patiënten tussen de 20 en 29 jaar, die terecht komen bij de poliklinieken seksuologie van de ziekenhuizen in Nederland, dan is de meest voorkomende klacht bij vrouwen pijn bij het vrijen. De belangrijkste klacht bij mannen is een erectieprobleem (Kruijer & Kedde, 2009).

## 2.4 Waar kunnen jongeren terecht met seksuele problemen?

Sinds 2008 kunnen jongeren met seksualiteitsvragen en -problemen terecht bij Sense Nederland. Sense, onderdeel van de Gemeentelijke Gezondheids Diensten (GGD), is een aanvulling op de reguliere curatieve gezondheidszorg door de huisarts en de tweedelijnszorg. Sense kan gezien worden als een soort alternatieve huisartsenfunctie. Het is dus een zogenaamde 'nulde lijns' hulpaanbod. Het idee achter Sense is dat als jongeren hun problemen en vragen rond seksualiteit snel en vroeg in hun leven beantwoord en opgelost krijgen, zij op latere leeftijd gezondheidswinst behalen. Een tweede idee is dat de huisarts of een psycholoog/seksuoloog in veel gevallen een te hoge drempel is om met dergelijke vragen naar toe te gaan. Sense beschikt over een website ([www.sense.info.nl](http://www.sense.info.nl)) waar allerlei informatie over seksualiteit voorhanden is. Daarnaast is er een landelijke informatielijn waar men telefonische informatie kan krijgen. Ook wordt er geëxperimenteerd met een landelijke chatfunctie. Globaal gesproken biedt Sense hulp bij vragen en problemen rond veilig vrijen (incl. soa/HIV onderzoek), genderidentiteit (het gevoel man of vrouw te zijn) en seksualiteit (denk hierbij bijvoorbeeld aan erectie-, ejaculatie- en lubricatieproblemen, seksueel geweld, 'normaliteitsvragen', onbedoelde zwangerschap en anticonceptie).

In Noord-Nederland is Sense Noord opgezet voor de drie noordelijke provincies door de GGD Groningen, Fryslân en Drenthe, het Centrum Seksuele Gezondheid Noord Nederland (CSGNN), de stichting ambulante FIOM Noord Nederland en de poliklinieken seksuologie van het Medisch Centrum Leeuwarden en het Universitair Medisch Centrum Groningen. Daarnaast zijn uiteraard nog vele andere instellingen actief op het terrein van seksualiteitshulpverlening. Te denken valt aan het aanbod in de eerste lijn, waaronder de vrijgevestigde seksuologenpraktijken en het aanbod van het CSGNN. Ook is er een degelijk tweede lijns- seksualiteitshulpverleningsaanbod. Te denken valt aan Geestelijke Gezondheids Zorg Friesland en PsyQ Groningen voor cliënten met psychiatrische comorbiditeit en de poliklinieken seksuologie in het Medisch Centrum Leeuwarden en Universitair Medisch Centrum Groningen voor de somatische problematiek. De genoemde instellingen werken nauw met elkaar samen, verwijzen naar elkaar door en voelen zich gezamenlijk verantwoordelijk voor een kwalitatief goed seksualiteitshulpverleningsaanbod in de noordelijke regio.

## **2.5 Waar zoeken jongeren hulp?**

Uit onderzoek blijkt dat meer dan de helft van de jongeren in Nederland met seksuele problemen geen toegang heeft tot de seksualiteitshulpverlening of niet op zoek gaat naar hulp of advies (Bakker & Vanwesenbeeck, 2006). Verklaringen hiervoor zijn bijvoorbeeld gebrek aan vertrouwen in de hulpverlening, de hoge kosten, de tijdsinvestering, de slechte bereikbaarheid, maar vooral ook de angst of gêne om voor seksuele problemen een professionele hulpverlener in te schakelen (Bakker et al., 2009; Carlbring, Ekselius, & Andersson, 2003). Sense komt pas in beeld bij grote en ingrijpende of medische problemen, zoals seksueel geweld, soa's en zwangerschappen. Jongeren geven aan de voorkeur te hebben voor digitale consulten en contacten met hulpverleners (Qrius, 2010). Deze bevinding wordt bevestigd in het onderzoek van Nikken (2007). Uit dit onderzoek blijkt dat er een grote toename is in het aantal hulpverleningssites. Er zijn ruim vijftig Nederlandse online websites gevonden voor jongeren en een aantal sites gaan in op vragen of problemen rond seksualiteit (26% van de websites). Uit onderzoek van het Trimbos instituut komt naar voren dat online hulpverlening voor een aantal psychische aandoeningen in potentie kan leiden tot een vergroting van de reikwijdte. De verwachting is dat beginnende klachten met behulp van vroeg signaleren en vroegtijdig ingrijpen kunnen worden verholpen. Bovendien kan het aantal ernstige probleemgevallen worden ingeperkt. Op termijn zou dit mogelijk weer kunnen leiden tot een afname van het aantal behandelingen in de tweedelijnszorg. Daarnaast leidt het tot een meer doelmatig gebruik van middelen voor cliënten die de zorg echt nodig hebben (Riper et al., 2007).

## **2.6 Samenvatting**

Het merendeel van het onderzoek naar seksuele problemen richt zich op volwassenen en ouderen. Dankzij ondermeer Seks onder je 25<sup>e</sup> is in Nederland toch iets bekend over de seksuele problemen waar jongeren mee te maken hebben. Het kan gaan om geen of minder zin hebben in vrijen, niet of moeilijk seksueel opgewonden raken, (te) snel klaarkomen, geen orgasme kunnen krijgen of pijnklachten bij het vrijen. Soms zijn deze problemen tijdelijk en gaan ze vanzelf weer over, soms blijven ze bestaan of verergeren ze. Ondanks een goed kwalitatief seksualiteitsaanbod zoekt een deel van de jongeren met seksualiteitsvragen of problemen de hulp online. Hulpvraag en –aanbod sluiten niet goed op elkaar aan. Online hulpverlening zou een goede aanvulling kunnen zijn.

## Hoofdstuk 3: Online hulpverlening

*“Steeds meer mensen zoeken hulp via het internet bij psychische, sociale en/of maatschappelijke problemen. De vraag naar online hulpverlening is het afgelopen jaar met ruim veertig procent gegroeid, na een stijging van meer dan vijftig procent het jaar daarvoor. Zestig procent van de mensen die chatten is tussen de 12 en 23 jaar. Dat blijkt uit cijfers van het Netwerk Online Hulp, die op 10 november 2010 gepresenteerd zijn op het congres Online hulpverlening in de Jaarbeurs te Utrecht”.*

([www.e-hulp.nl](http://www.e-hulp.nl) “Groei online hulpverlening”)

### 3.1 Inleiding

Uit bovengenoemde publicatie blijkt dat hulp via het internet een stormachtige groei doormaakt. Het internet is een belangrijk en populair medium geworden. Online hulpverlening is na 10 jaar niet meer weg te denken. In dit hoofdstuk zal een aantal punten rond de online hulpverlening op een rij gezet worden.

### 3.2. Wat is online hulpverlening?

Online hulpverlening wordt op het internet en daarbuiten met een verscheidenheid in terminologie aangeduid, enkele voorbeelden zijn e-hulp, e-mental health en digitale hulpverlening. Er is echter (nog) geen internationaal gestandaardiseerde omschrijving (Oh, Rizo, Enkin & Jadad, 2005). In dit literatuuronderzoek wordt de definitie van de Nederlandse Stichting E-hulp als uitgangspunt genomen. Deze luidt als volgt:

*“Online hulpverlening is het bieden van hulp bij psychische, sociale of maatschappelijke problemen waarbij gebruikgemaakt wordt van internettechnologie. Het richt zich op het primaire zorgproces van informatie, advies, ondersteuning, begeleiding, behandeling en/of nazorg” (E-hulp, 2007).*

Voorbeelden van online hulpverlening zijn het geven van algemene informatie over ziekte en gezondheid, zelfhulp, cursussen, e-mail contact, chatsessies met een hulpverlener, lotgenotencontact via een forum en online behandeling of therapie (Schalken et al., 2007).

Online hulpverlening is in principe geschikt voor een tal van doelgroepen, zoals jongeren en adolescenten, ouderen, allochtonen, werknemers, ouders, kinderen, mannen en vrouwen.

In het kader van een online behandeling of therapie kan online hulpverlening niet zondermeer worden gezien als 'gewone hulpverlening per de computer'. Er komt wel degelijk meer bij kijken. Zo dient de hulpverlener te beschikken over specifieke competenties om een online hulpverleningsgesprek te kunnen voeren. Naast ervaring met typen, computers en internet zijn bijzondere communicatieve vaardigheden nodig, aangezien de non-verbale informatie ontbreekt. Online gesprekken zijn door het internetmedium afstandelijker en de communicatie verloopt niet altijd synchroon. Verder is er nog de paradox van snelheid van online gesprekken. Typen gaat langzamer dan praten, maar de cliënt komt veelal sneller tot het formuleren van de hulpvraag. Online hulpverlening valt dus op door een aantal specifieke karakteristieken. Deze karakteristieken zouden in een face-to-face contact nadelig kunnen werken, maar zijn vaak van grote meerwaarde in een online hulpverleningscontact (Schalken et al., 2010, Vanhuele & Vertommen, 2008).

### **3.3 Welke vormen van online hulpverlening zijn er?**

Het online hulpverleningsaanbod is breed en gevarieerd. Veelal zijn van de verschillende hulpvormen weer afgeleide vormen ontwikkeld om het goed te laten aansluiten bij de doelgroep of de vraag van de cliënt. De hulpvormen worden nogal eens door elkaar gehaald of op een hoop gegooid, maar er zijn toch evidente verschillen. Zo onderscheiden Schalken et al. (2010) drie typen hulpvormen, namelijk passieve, actieve en interactieve hulpvormen. Bij passieve hulpvormen heeft de gebruiker geen invloed op de inhoud. Denk bijvoorbeeld aan een informatieve website met adviezen, een overzicht van de meest gestelde vragen of verwijzingen naar andere organisaties. Bij actieve hulpvormen is er wel sprake van invloed op de inhoud. Het gaat hierbij om ervaringsverhalen, zelftesten, inzichtinstrumenten en zelfhulp. Bij interactieve hulpvormen, ten slotte, gaat het om wederzijdse beïnvloeding van cliënten en/of hulpverleners. Voorbeelden zijn: internetforum, e-mailcontact, een-op-een chat en behandeling of begeleiding door een hulpverlener.

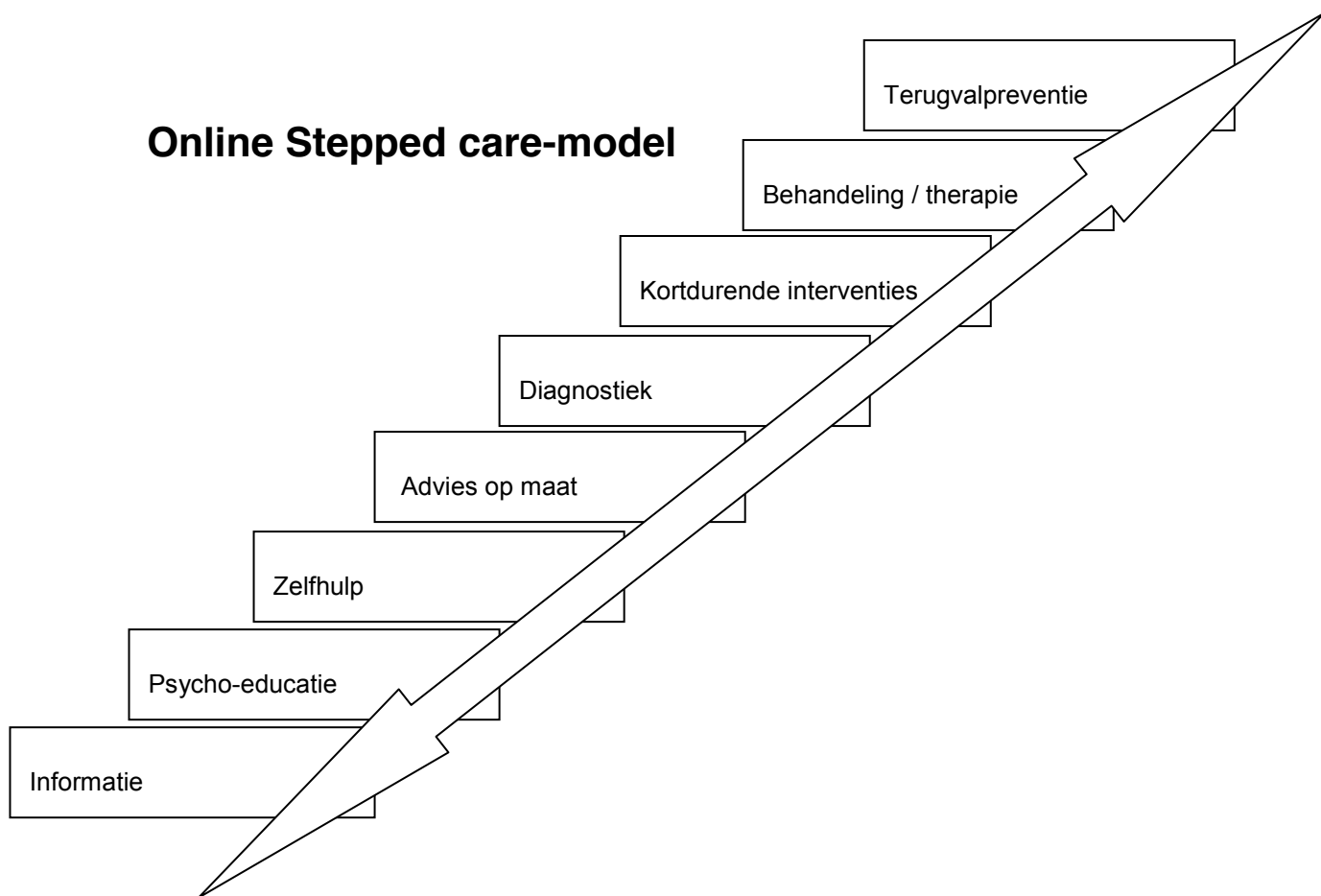
Carlbring en Andersson (2006) maken een enigszins vergelijkbaar onderscheid en gaan uit van vier categorieën, namelijk pure zelfhulp, lichtbegeleide zelfhulp, minimaal contact therapie en therapie die vooral door een therapeut wordt gegeven. Bij pure zelfhulp neemt de gebruiker alleen het materiaal door en is er geen contact met een hulpverlener. Zo is psycho-educatie of informatieverschaffing een goed voorbeeld van zelfhulp. Bij

lichtbegeleide zelfhulp geeft de hulpverlener informatie over het doel van de hulpvorm en laat hij of zij zien hoe het materiaal gebruikt kan worden. De cliënt wordt ondersteund in het afmaken van de behandeling. De minimaal contact therapie kan gezien worden als begeleide zelfhulp, met actieve betrokkenheid van de hulpverlener. De hulp is alleen wel minder dan bij traditionele therapieën. Bij de minimaal contact therapie kan gedacht worden aan videotherapie, e-mailcontact, online discussiegroepen of online chat. Bij de therapie door de therapeut, ten slotte, hebben behandelaar en cliënt frequent contact in een aantal sessies, en gaat de cliënt aan de gang met het zelfhulpmateriaal. Denk hierbij aan volledige cognitieve gedragstherapie via het internet, waarbij wel een beroep wordt gedaan op de zelfwerkzaamheid van de cliënt (Lange et al, 2009).

Het maken van een onderscheid tussen de verschillende vormen is belangrijk. Ten eerste om de programma's onderling te kunnen vergelijken. Ten tweede om te voorkomen dat er een onrealistisch beeld wordt gevormd ten aanzien van de effectiviteit. Van veel (anonieme) zelfhulp programma's kan niet verwacht worden dat ze net zo effectief zijn als een (online) therapeutische behandeling. Online zelfhulpprogramma's kunnen het beste worden beschouwd als een preventieve interventie die ingezet kan worden om te voorkomen dat lichte klachten uitgroeien tot ernstige en/of langdurige klachten (Lange et al., 2009).

Online hulpverlening omvat dus diverse vormen van hulp die in intensiteit verschillen (Nikken, 2007). Zoals in de inleiding al is aangegeven kan op deze manier gericht worden toegewerkt naar een getrapte vorm van hulpverlening, ook wel stepped-care model genoemd. Bij seksuele problemen wordt gebruikt gemaakt van het PLISSIT-model. Dit model is een gestructureerde aanpak die uit vier stappen bestaat. De eerste stap is het geven van toestemming (**P**ermission) om over seksualiteit te praten. Er is een luisterend oor en de vraag of klacht wordt serieus genomen. De tweede stap bestaat uit het verstrekken van informatie en psycho-educatie (**L**imited **I**nformation). De derde stap is het geven van advies (**S**pecific **S**uggestions) en de laatste stap bestaat uit regelmatig contact en behandeling (**I**ntensive **T**herapy). Een onderdeel van deze stap zou een op maat gesneden cognitieve gedragstherapeutische interventie kunnen zijn. Na elke stap vindt een evaluatie plaats en wordt gekeken of het probleem is verholpen. Bij onvoldoende resultaat wordt overgegaan naar een volgende stap in het model (Van Lankveld et al., 2010) (zie figuur 2).

## Online Stepped care-model



<b>Permission</b>	<b>Limited Information</b>	<b>Specific Suggestions</b>	<b>Intensive Therapy</b>
-------------------	----------------------------	-----------------------------	--------------------------

Figuur 2. Online stepped-care-model (naar voorbeeld van Rippen et al., 2007)

Onderzoek laat zien dat online hulpverlening zich in principe goed laat combineren met face-to-face hulpverlening (Haas et al., 2009). Online hulpverlening zou gezien kunnen worden als een soort opstap naar face-to-face hulpverlening. Vaak durven of kunnen cliënten na een online contact gemakkelijker een face-to-face contact aan te gaan (Riper et al., 2007). Door de combinatie van zowel online als face-to-face hulp wordt de keuzemogelijkheid voor de cliënt behoorlijk vergroot en kan een beter effect worden bereikt (Postel, Huurne, Haan & Jong, 2009). Iedereen krijgt op die manier de meest passende hulp aangeboden (De Nooijer et al., 2005).

### **3.4 Wat zijn de voor- en nadelen van online hulpverlening?**

#### **3.4.1 Voordelen**

Steeds meer organisaties breiden hun zorgaanbod uit met online hulpverlening, omdat het vele voordelen biedt.

Ten eerste de anonimiteit en laagdrempeligheid van online hulpverlening. Het typen van gevoelens, gedachten en emoties wordt door veel cliënten als minder bedreigend ervaren dan het direct bespreken hiervan met een hulpverlener. Door het gevoel van anonimiteit zijn cliënten meer open en komen zij sneller tot de kern van het probleem; dit wordt “online disinhibition effect” genoemd (Schalken et al., 2010, Barak, Boniel-Nissim & Suler, 2008). Uit onderzoek van Manhal-Baugus (2001) blijkt dat de populariteit van online hulpverlening met name te danken is aan de anonimiteit.

Een tweede voordeel is dat online hulpverlening toegankelijker is dan andere vormen van hulp. Nieuwe of andere doelgroepen kunnen met online hulpverlening worden bereikt. Dit in tegenstelling tot doelgroepen die bereikt kunnen worden met de ‘normale hulpverlening’ (Riper et al., 2007). Dit is mogelijk doordat in de afgelopen jaren het bezit van een computer en internet is toegenomen. Op de internetsite van het Trimbos Instituut is te lezen dat 9 van de 10 Nederlanders toegang heeft tot het internet en dat ongeveer 75% van de gebruikers online informatie zoekt over ziekte en gezondheid ([www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl) “Toegang tot het internet”).

Ten derde maakt de techniek het mogelijk dat de hulpvrager zelf de keuze heeft in het bepalen van het tijdstip en de plaats van de hulpverlening. Mensen hoeven voor hulp niet het huis uit en de hulp kan op ieder gewenst ogenblik ingeroepen worden. Ook kan de hulp regio overstijgend worden aangeboden (Nikken, 2007).

Ten vierde biedt online hulpverlening onzichtbaarheid. Mensen hoeven zich niet druk te maken om hun uiterlijk of hoe ze bij iemand overkomen. Veelal kunnen deze factoren in een face-to-face gesprek belemmerend werken. Daarnaast is online hulpverlening status neutraal (geen duur kantoor, chique kleding, enz.), waardoor een cliënt het gevoel heeft van gelijkwaardigheid (Barak et al., 2008).

Als vijfde voordeel kan het schrijven een therapeutische werking hebben. Bij het nalezen van de tekst worden mensen geconfronteerd met wat zij hebben geschreven en dit kan leiden tot meer reflectie (Lange, Schoutrop, Schrieken & Ven, 2002)

Tot slot is online hulphulpverlening relatief betaalbaar. Niet alleen voor de persoon zelf, maar ook voor de hulpverleningsinstellingen en uiteindelijk de maatschappij. Online hulpverlening kan een behoorlijke vermindering van de arbeidstijd van hulpverleners met

zich meebrengen. Er kunnen meer mensen in minder tijd geholpen worden en dat maakt online hulpverlening in financieel opzicht interessant (Nikken, 2007).

### **3.4.2 Nadelen**

Naast de vele voordelen heeft online hulpverlening ook een aantal nadelen.

Een eerste nadeel is het ontbreken van bepaalde relevante informatie doordat betrokkenen elkaar niet zien. In een online gesprek ontbreken de paralinguale signalen (stem, intonatie en spreektempo), waardoor hulpverleners afhankelijk zijn van de zelfrapportages van de cliënt. Het ontbreken van non-verbale signalen (houding, gezichtsuitdrukkingen en motoriek) kunnen mogelijk leiden tot misverstanden (Schalken et al., 2010). Een compensatie hiervoor is het gebruik van emotie-icoonen, zoals smileys, die zowel de cliënt als de hulpverlener kunnen gebruiken (Manhal-Baugus, 2001).

Ten tweede wordt bij online hulpverlening een groot beroep gedaan op de schrijf- en leesvaardigheid van cliënt en hulpverlener. Niet iedereen beschikt over deze vereiste vaardigheden. Daarbij vereist online hulpverlening een grote mate van zelfredzaamheid van de cliënt. Veel trajecten zijn gericht op het laten nadenken van de hulpvrager over zijn of haar situatie. Er wordt inzicht gegeven in hoe het probleem kan worden opgelost of verminderd, maar betrokkene moet het zelf doen (Schalken et al., 2010).

Het is ten derde niet bekend of de cliënt de volledige interventie doorloopt. Een cliënt kan zo af en toe deelnemen of voortijdig afhaken. Dit geldt vooral voor interventies zonder begeleiding (Riper et al., 2007). Bovendien kan de cliënt nog op allerlei andere manieren via internet hulp ontvangen, zonder dat de hulpverlener dit weet (Nikken, 2007). Daarbij is het de vraag of deze hulp van goede kwaliteit is (Riper et al., 2007).

Een vierde nadeel is dat het voor de hulpverlener lastig is om door te verwijzen. Door het grenzeloze karakter van het internet dient een hulpverlener te beschikken over kennis van de landelijke sociale kaart (Schalken et al., 2010).

Ten vijfde kan online hulpverlening veiligheidsrisico's met zich mee brengen. Onzorgvuldigheid en geen goede beveiliging maken het mogelijk dat gegevens 'op straat' komen te liggen. Niet alleen kan dat leiden tot imago schade voor de organisatie, maar ook tot wantrouwen en angst bij de cliënt. Dit zou mogelijk een reden kunnen zijn tot het niet inschakelen van hulp of voortijdig afhaken (Schalken et al., 2010).

Tot slot de complexiteit van de financiering van online hulpverlening. Door het regio-overschrijdende karakter en de anonimiteit is de financiering lastig. Het internet kent geen

grenzen, terwijl de financieringsstructuur van gemeenten en provincies wel gebonden is aan grenzen. Gemeenten en provincies hebben er alle belang bij dat het geld dat wordt verstrekt aan instellingen in de regio ook ten goede komt aan de inwoners uit die bepaalde regio. Zorgverzekeraars op hun beurt willen alleen betalen aan de eigen verzekerden. Door de anonimiteit valt dit niet door de verzekeringsmaatschappij te controleren (Schalken et al., 2010). Diverse organisaties maken daarom vaak gebruik van subsidiemogelijkheden of andere tijdelijke middelen en dergelijke constructies kunnen de continuïteit van het aanbod onzeker maken ([www.e-hulp.nl](http://www.e-hulp.nl)).

### **3.5 Samenvatting**

De vraag naar online hulpverlening is explosief gestegen en stijgt nog steeds. Veel organisaties springen daarop in en breiden het traditionele hulpverleningsaanbod uit met online hulpverlening. De literatuur laat zien dat online hulpverlening diverse voordelen heeft, maar ook een aantal potentiële nadelen. Een organisatie dient zich daarvan bewust te zijn en zou bij de invoering van online hulpverlening daarop kunnen anticiperen. Online hulpverlening kent diverse vormen van hulp en het aanbod kan variëren in intensiteit. Het kan worden ingezet voor relatief lichte en veel voorkomende problematiek, maar ook bij ernstige en complexe stoornissen. Een wisselwerking tussen online en face-to-face hulpverlening is veelbelovend en vergroot de keuzemogelijkheid voor cliënten.

## **Hoofdstuk 4: Effectiviteit van online interventies**

### **4.1. Inleiding**

In dit hoofdstuk zullen twee vragen worden beantwoord, namelijk is online hulpverlening een effectieve interventie bij de behandeling van seksuele problemen en levert online hulpverlening een besparing op van de kosten?

### **4.2 Overzicht van onderzoeken naar online seksualiteitshulpverlening**

Om de effectiviteit van een behandelingsinterventie vast te stellen, is de 'randomized controlled trial' (RCT) de meest krachtige methode. RCT's hebben in de regel een hoge interne validiteit, dat wil zeggen dat het onderzoek zo zuiver mogelijk het effect van de interventie vaststelt, zonder dat er sprake is van allerlei storende invloeden. In de regel is er ook sprake van een 'follow up', zodat gekeken kan worden of de resultaten beklijven (Lange et al., 2009). In een RCT wordt de experimentele conditie vergeleken met een controleconditie. In een ideale omstandigheid zijn de proefpersonen willekeurig over de experimentele en de controlegroep verdeeld ([www.nji.nl](http://www.nji.nl)). Op het gebied van online seksualiteitshulpverlening is (nog) weinig onderzoek verricht middels RCT. Derhalve is ook gekeken naar andere soorten van onderzoek op het gebied van online hulpverlening. De zoekperiode is van september tot en met november 2010.

### **4.3 Beschrijving van de onderzoeken**

Het eerste onderzoek betreft een verkennende pilotstudie van Hall (2004) naar de effectiviteit van online sekstherapie. Aan het onderzoek deden in totaal negen personen mee. De seksuele problemen bij vrouwen bestonden uit anorgasmie, primair vaginisme, pijn bij het vrijen en een probleem in het verlangen. Bij mannen ging het om te snelle zaadlozing, erectieproblemen en anorgasmie. Na de online therapie rapporteerden acht deelnemers een vooruitgang. Eén deelnemer gaf aan dat er geen verbetering was opgetreden. De onderzoeker concludeert dat de resultaten van de online sekstherapie positief zijn en geeft aan dat online hulpverlening een goed alternatief kan zijn voor face-to-face therapie. Voor

een aantal personen is anonimiteit een voorwaarde om deel te nemen. De toegankelijkheid van het internet biedt perspectief voor mensen die moeilijk in staat zijn te reizen ten gevolge van bijvoorbeeld een handicap.

In het tweede onderzoek onderzochten Leusink en Aarts (2006) de effectiviteit van een internet consultatie voor mannen met een erectie stoornis. Het betreft een groep van 219 mannen. Eenentachtig procent van de deelnemers rapporteerde een verbetering van de klacht na de consultatie. Conclusie die de onderzoekers trekken is dat internet consultatie waarschijnlijk effectief is bij de behandeling van erectie stoornissen, met name voor mannen die het internet een handig medium vinden of die last hebben van schaamte.

Het derde onderzoek (Van Diest et al., 2007) betreft een pilotstudie naar de effecten van online sekstherapie voor 39 heteroseksuele mannen met een erectie stoornis of vroegtijdige zaadlozing. De behandeling bestond uit sekstherapie volgens Masters & Johnson en had een duur van drie maanden. Acht personen zijn niet gestart met de behandeling en tien personen hebben de post-meting niet voltooid. Dit betreft een drop-out van 46%. Veertien (67%) deelnemers rapporteerden een (sterke) verbetering van het seksueel functioneren door de internetbehandeling. Eén (5%) persoon rapporteerde een verslechtering. Zes (29%) deelnemers hebben geen verandering opgemerkt. In een follow-up rapporteerden zeven (47%) deelnemers dat hun probleem na afloop van de behandeling verder was verbeterd. Acht (53%) deelnemers rapporteerden geen verdere verandering. De conclusie van het pilotstudie is dat sekstherapie via het internet positieve resultaten kan opleveren en dat meer gecontroleerd onderzoek noodzakelijk is. Uit een evaluatie is naar voren gekomen dat de meerderheid van de participanten de behandeling als positief heeft ervaren, maar dat een enkele persoon de therapie als afstandelijk en onpersoonlijk had ervaren.

McCabe, Price, Piterman en Lording (2008) hebben de effectiviteit onderzocht van een online psychologische interventie voor mannen met een erectie stoornis. In totaal hebben 31 mannen (12 in behandeling groep, 19 in de controle groep) aan het programma meegedaan. De verbeteringen in erectiel functioneren waren significant groter bij mannen die het programma hadden afgerond ten opzichte van degenen die geen behandeling hebben ondergaan. Daarnaast zijn de positieve effecten van de behandeling stabiel gebleven tijdens follow-up periode van drie maanden. Een belangrijk aspect van deze online aanpak was dat het veel angst en schaamte heeft weggenomen.

De studie van McCabe en Price (2008) betreft een pilotstudie naar de effectiviteit van een gecombineerde online behandeling met orale medicatie in vergelijking met alleen internettherapie. Twaalf mannen met een erectie stoornis hebben deelgenomen aan het

onderzoek. De resultaten toonden aan dat de mannen in beide behandelingscondities verbeteringen lieten zien wat betreft het seksueel functioneren, de seksuele relatie en het persoonlijk welzijn. Nader onderzoek met grotere aantallen deelnemers is nodig voor een meer strikte evaluatie van behandelprogramma's.

Het zesde onderzoek betreft een review van Van Lankveld (2009). Hieruit komt naar voren dat zelfhulpbenaderingen relevant kunnen zijn voor mensen met seksuele problemen die geen therapeut kunnen bezoeken. Deze personen moeten echter wel over voldoende copingvaardigheden en motivatie beschikken om zich te kunnen houden aan de adviezen en voorschriften. Verschillende zelfhulpbenaderingen bleken, zowel statistisch als klinisch, doeltreffend te zijn in de behandeling van diverse seksuele problemen.

Het laatste onderzoek in de tabel betreft een RCT van Van Lankveld et al. (2009). Het doel van deze RCT is te onderzoeken of online sekstherapie effectiever is dan het niet behandelen van de seksuele problemen (wachtlIJst). De onderzoeksgroep bestaat uit 98 heteroseksuele mannen met een erectiestoornis (58 ES) of voortijdige ejaculatie (40 PE). De deelnemers in de behandelconditie kregen online sekstherapie, zonder dat er sprake was van face-to-face contact. De behandeling was gebaseerd op het sensate-focus model van Masters en Johnson, aangevuld met cognitieve herstructureringstechnieken. Belangrijke uitkomstmaten zijn een zelfgerapporteerde verbetering van het seksueel functioneren bij 40 deelnemers (48%). Onder de deelnemers met ES is een significant effect van de behandeling gevonden ( $P = 0,065$ ) en een verbeterd erectiel functioneren ( $P = 0,01$ ). De behandeling van de deelnemers met PE was niet superieur aan wachtlIJst. Het seksuele zelfvertrouwen bij mannen met PE bleef onveranderd tijdens de behandeling tot de follow-up van 3 maanden na de behandeling. Vervolgens bleek het seksuele zelfvertrouwen te zijn verbeterd na een follow-up van 6 maanden. De conclusie is dat online sekstherapie een werkzame behandeling is voor mannen met erectiestoornissen. Voor mannen met een vroegtijdige ejaculatie was de online behandeling niet effectiever dan de wachtlIJstconditie.

Tabel 2 Overzicht van onderzoeken naar de effectiviteit van online hulpverlening bij seksuele problemen

	<b>Auteur</b>	<b>Seksuele problemen</b>	<b>Behandeling</b>	<b>N</b>	<b>Hulpvorm</b>	<b>Face-to-face contact</b>	<b>Effect</b>	<b>Soort studie</b>
1	Hall, 2004	Anorgasmie, weinig tot geen verlangen, vaginisme, dispareunie, erectie stoornis (ES), voortijdige ejaculatie (PE)	Psychoseksuele therapie	2 vrouwen, 7 mannen (waarvan 2 mannen namens hun vrouwelijke partner deel hebben genomen)	Interactieve hulpvorm (Schalken et al., 2010) Therapie (Carlbring & Andersson, 2006)	Geen	8 patiënten rapporteerden een vooruitgang in zelfbewustzijn, drie daarvan hebben een beter inzicht gekregen in de relatie en zes vermelden een toegenomen seksuele kennis. Eén patiënt gaf aan dat er geen verbetering is opgetreden.	Het betreft een ongecontroleerde pilot studie. Er is geen gerandomiseerde controle groep.
2	Leusink & Aarts, 2006	Erectie stoornis	Internet-consultatie	219 mannen	Actieve hulpvorm (Schalken et al., 2010) Minimaal contact therapie (Carlbring & Andersson, 2006)	Geen	81% van de mannen geeft aan dat er een verbetering van de klacht is opgetreden	Het betreft een ongecontroleerde studie. Er is geen gerandomiseerde controle groep

	<b>Auteur</b>	<b>Seksuele problemen</b>	<b>Behandeling</b>	<b>N</b>	<b>Hulpvorm</b>	<b>Face-to-face contact</b>	<b>Effect</b>	<b>Soort studie</b>
3	Van Diest, van Lankveld, Leusink, Slob & Gijs, 2007	Erectie stoornis, voortijdige ejaculatie	Sekstherapie (gebaseerd op het model van Masters & Johnson) met psycho-educatie, cognitieve interventies en farmacologische behandeling.	39 heteroseksuele mannen in de leeftijd van 18-66 jaar	Passieve en interactieve hulpvorm (Schalken et al., 2010) Zelfhulp en therapie (Carlbring & Andersson, 2006)	Geen	67% van de participanten geeft aan een verbetering te ervaren in seksueel functioneren. 47% vermeldt na 1 mnd nog steeds verbetering en bij 53% is geen verdere verandering. Therapie heeft positieve resultaten, meer gecontroleerde studies noodzakelijk.	Het betreft een pilot-studie. Er is gebruik gemaakt van een patient-as-own control design. Een experimentele controle groep ontbreekt.
4	McCabe, Price, Piterman & Lording, 2008	Erectie stoornis	Psychologische interventie gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie (CBT) via internet, inclusief sensate focus en communicatie oefeningen	31 mannen > 18 jaar (12 in behandelgroep en 19 in de controle groep)	Interactieve hulpvorm (Schalken et al., 2010) Therapie (Carlbring & Andersson, 2006)	Geen	Mannen die het programma geheel hebben gevolgd, geven aan verbetering te zien in erectiel functioneren. Er is een toename in tevredenheid v.w.b. het seksuele functioneren. De verbeteringen zijn na 3 maanden nog steeds stabiel voor de mannen in de behandelgroep.	Het betreft een gecontroleerde studie.

	<b>Auteur</b>	<b>Seksuele problemen</b>	<b>Behandeling</b>	<b>N</b>	<b>Hulpvorm</b>	<b>Face-to-face contact</b>	<b>Effect</b>	<b>Soort studie</b>
5	McCabe & Price, 2008	Erectie stoornis	Psychologische interventie gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie (CBT) via internet, inclusief sensate focus en communicatie oefeningen	12 heteroseksuele mannen > 18 jaar (7 kregen een gecombineerde behandeling van CBT en medicatie, 5 alleen CBT)	Interactieve hulpvorm (Schalken et al., 2010) Therapie (Carlbring & Andersson, 2006)	Geen	Mannen in de gecombineerde behandelgroep rapporteren dezelfde resultaten als de mannen die alleen internettherapie hebben ontvangen. Bij beide behandelgroepen is sprake van verbetering in relationeel-, seksueel functioneren en persoonlijk welbevinden.	Het betreft een gecontroleerde studie. Twee behandelgroepen zijn met elkaar vergeleken. Er is sprake van een pre- en post-meting. Deze gegevens hebben alleen betrekking op de psychologische component van de behandeling.
6	Van Lankveld, 2009	Verskillende seksuele disfuncties	Op media gebaseerde zelfhulp therapieën, zoals bibliotherapie, videotherapie, therapie door telefonisch contact, internettherapie en computer ondersteunende therapie		Passieve en actieve hulpvorm (Schalken et al., 2010) Van zelfhulp tot licht begeleide zelfhulp (Carlbring & Andersson, 2006)	Geen	Bibliotherapie geeft, in vergelijking met geen behandeling, direct winst. Uit een follow up blijkt dat de winst snel afneemt. Er is te weinig gecontroleerd onderzoek gedaan naar videotherapie. Desalniettemin zijn de uitkomsten van een aantal gecontroleerde studies bemoedigend. Seks therapie via chat of e-mail, in combinatie met zelfhulp, tonen goede vooruitzichten.	Review

	<b>Auteur</b>	<b>Seksuele problemen</b>	<b>Behandeling</b>	<b>N</b>	<b>Hulpvorm</b>	<b>Face-to-face contact</b>	<b>Effect</b>	<b>Soort studie</b>
7	Van Lankveld, Leusink, van Diest, Gijs & Slob, 2009	Erectie stoornis (ES), voortijdige ejaculatie (PE)	Behandeling is gebaseerd op het sensate focus model van Masters en Johnson, eventueel aangevuld met cognitieve herstructurering technieken In overleg eventueel farmacologische behandeling om de psychologische interventies te ondersteunen	98 heteroseksuele mannen > 18 jaar	Interactieve hulpvorm (Schalken et al., 2010) Therapie (Carlbring & Andersson, 2006)	Geen	Studie toont aan dat sekstherapie via het internet in vergelijking met niet behandelen bewijs vindt voor effectiviteit bij mannen met ES, zowel op de korte termijn als na 3 of 6 maanden. Dit effect is niet gevonden bij de behandeling van mannen met PE. Effectgrootte (d)* voor verbetering van de seksuele tevredenheid = 0,51 Effectgrootte (d) voor tijd = 0,63	Het betreft een gerandomiseerd gecontroleerd pilot onderzoek

\*De effecten zijn uitgedrukt als het gestandaardiseerde gemiddelde verschil tussen de vermindering van klachten in de behandelde groep t.o.v. veranderingen in de wachtlijstgroep. Volgens conventie kan  $d = 0.05$  geïnterpreteerd worden als gemiddeld effect en  $d = 0.08$  als een groot effect (Cohen, 1988)

#### **4.4. Online seksualiteitshulpverlening: effectieve interventies**

De onderzoeken die zijn verricht geven aanwijzingen dat online interventies een bijdrage zouden kunnen leveren in de afname van de seksuele klachten. Ook kan het leiden tot verbeteringen in de seksuele relatie en de ervaren kwaliteit van deze relatie. Internet is een prima medium voor mensen die last hebben van schaamte of gebonden zijn aan een thuissituatie. Echter is in vier van de zeven onderzoeken (Hall, 2004; Leusink & Aarts, 2006; Van Diest et al., 2007; McCabe & Price, 2008) geen gebruik gemaakt van een controlegroep. Het is daarom niet bekend of de resultaten zijn toe te schrijven aan de online interventie. Er dient grote voorzichtigheid te worden betracht met het generaliseren van de resultaten naar andere en grotere populaties. In het onderzoek van McCabe et al. (2008) is wel gebruik gemaakt van een controlegroep, maar hierbij is sprake van een te klein aantal participanten. Uit de RCT van Van Lankveld et al. (2010) blijkt dat online sekstherapie een werkzame behandeling is voor mannen met erectiestoornissen. Het seksuele zelfvertrouwen bleek te zijn verbeterd na een follow-up van 6 maanden. In het onderzoek is de statistische power echter vrij klein en dat heeft consequenties voor de externe validiteit. Het is dus de vraag of deze uitkomsten tevens gelden in andere omstandigheden en voor andere individuen.

Op het specifieke gebied van online interventies bij seksuele problemen zijn de behandelresultaten over het geheel genomen positief, maar vooralsnog kunnen geen harde uitspraken worden gedaan over de effectiviteit.

#### **4.5. Overige online hulpverlening: effectieve interventies**

Om toch iets meer te kunnen zeggen over de effectiviteit van online interventies, is het zoekterrein verbreed. Dat leverde op het gebied van de geestelijke gezondheid een aantal interessante studies op. Voor een vijftal probleemgebieden zijn RTC's uitgevoerd en de behandelprogramma's zijn effectief bevonden, te weten: posttraumatische stress (Lange et al., 2003), burn-out (Ruwaard et al., 2007), depressie (Ruwaard et al., 2007; Spek, Cuijpers, Nykliček, Riper, Keyzer, & Pop, 2007), paniek (Ruwaard et al., 2010; Spek et al., 2007) en bulimia nervosa (Renteria-Agirre & Lange, 2009; Ruwaard & Lange, 2010). De online interventies voor (milde) depressie en angststoornissen zijn het best onderzocht. De resultaten zien er buitengewoon goed uit: zowel statistisch als klinisch significant

([www.interapy.nl](http://www.interapy.nl)). Onlangs heeft Interapy de interventie aangepast voor seksueel getraumatiseerde jongeren en de resultaten lijken hoopgevend (Haas et al., 2009).

Het is opvallend dat diverse effectief bewezen online behandelprogramma's veelal zijn gebaseerd op cognitief gedragstherapeutische uitgangspunten. Zo bestaan de online interventies van de Interapykliniek in Nederland alleen maar uit cognitief gedragstherapeutische interventies ([www.interapy.nl](http://www.interapy.nl)) en zijn de eerder genoemde effectieve behandelingen voor boulimi (Ruwaard & Lange, 2010) en seksuele disfuncties (Van Lankveld et al., 2009) ook gestoeld op cognitieve gedragstherapeutische gronden. Uit de programmeringstudie van het Trimbos (Riper et al., 2007) komt naar voren dat diverse online behandelprogramma's een cognitief gedragsmatig theoretisch kader hebben. Uit een internationale meta-analyse van 92 studies (Barak, Hen, Boniel-Nissim & Shapira, 2008) blijkt dat cognitieve gedragstherapeutische interventies meer effectief zijn dan andere online therapeutische benaderingen, zoals psycho-educatie en gedragstherapie. Interapy geeft op hun website aan dat de effectiviteit van hun interventies voornamelijk komt door de geprotocolleerde en kortdurende methodieken ([www.interapy.nl](http://www.interapy.nl)).

Het bieden van (therapeutische) steun lijkt eveneens een rol te spelen in de effectiviteit. Zoals eerder genoemd, leidt begeleide hulp tot betere resultaten (Spek et al., 2007; Warmerdam et al., 2008). Daarnaast blijkt uit het onderzoek van Spek et al. (2007) dat grote drop-out percentages, die vaak voorkomen bij online interventies, verklaard kunnen worden door een gemis aan sociale steun en controle. Het onderzoek van Andersson en Cuijpers (2009) toont aan dat een bepaalde vorm van ondersteuning nodig is voor de werkzaamheid van online interventies. De Interapy kliniek biedt deelnemers ook therapeutische steun en diverse behandelprogramma's van deze kliniek zijn bewezen effectief. Maar de optimale vorm van ondersteuning, in termen van aantal contactmomenten, contactduur en aard van het contact, is nog onbekend (Warmerdam, 2010).

Nog een opvallend punt is dat er nagenoeg geen kennis is over de effectiviteit van online hulpverleningsprogramma's voor jongeren, terwijl er toch al voldoende aanbod is ontwikkeld (Nikken, 2007).

#### **4.6 Kosteneffectiviteit online (seksualiteits)hulpverlening**

Het Trimbos Instituut heeft als enige organisatie in Nederland voor een aantal online hulpverleningsinterventies op macroniveau gekeken naar de kosten. Er is een berekening gemaakt (op basis van ruwe schattingen) van de kosten van effectieve online interventies in

relatie tot het aantal gewonnen gezonde levensjaren. Hieruit komt naar voren dat de kosten van de online interventies relatief laag zijn, in vergelijking met de hoge maatschappelijke kosten die diverse stoornissen jaarlijks met zich mee brengen. Ook op instellingsniveau zijn er aanwijzingen dat effectieve online interventies leiden tot besparing. De besparing zit onder andere in de reductie van de contacttijd met een hulpverlener. Er blijft meer tijd over voor gecompliceerde hulpvragen. Verder is de verwachting dat op termijn de wachtlijsten korter worden en voor hetzelfde geld meer cliënten geholpen kunnen worden (Riper et al., 2007).

Uit een aantal effectiviteitsstudies op het gebied van online seksualiteitshulpverlening (Hall, 2004; Leusink & Aarts, 2006; McCabe et al., 2008) komt naar voren dat internet een toegankelijk medium is voor mensen die niet kunnen reizen of last hebben van angst en schaamte. Zoals eerder is aangegeven kan toegankelijkheid ervoor zorgen dat klachten sneller worden behandeld. Volgens het principe van stepped-care kan een snellere behandeling leiden tot een vermindering van het aantal intensieve behandelingen en dus mogelijk tot een goedkopere seksualiteitshulpverlening (Schalken et al., 2010). Daarnaast blijkt uit onderzoek van Ritterband et al. (2003) dat een gestandaardiseerde vorm van interveniëren op lange termijn kosteneffectief kan zijn. Al met al zijn de gevonden resultaten met betrekking tot kosteneffectiviteit hoopgevend.

#### **4.7 Samenvatting**

Onderzoeken op het terrein van online seksualiteitshulpverlening zijn schaars. Het summier aantal onderzoeken laat wel positieve behandelresultaten zien. Mogelijk dat de resultaten van een online behandeling niet onderdoen voor de resultaten uit een face-to-face behandeling. Het zoekterrein is verbreed en de resultaten van een aantal RCT's op het gebied van behandel-effectiviteit zijn weergegeven. Uit deze onderzoeken blijkt dat online hulpverlening daadwerkelijk effectief is. Opvallend is dat de effectief bewezen interventies vaak gestoeld zijn op de cognitieve gedragstherapie en dat therapeutische steun van belang is. Daarnaast is het opvallend dat effectonderzoek onder jongeren nagenoeg ontbreekt, terwijl het aanbod zich wel (mede) op hen richt. Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de kosteneffectiviteit van de interventies, maar de gevonden resultaten zijn hoopgevend.

## Hoofdstuk 5: Discussie en Conclusie

Aan de hand van deelvragen (hieronder nogmaals geformuleerd) volgt de discussie.

1. Wat zijn seksuele problemen, met welke seksuele problemen hebben jongeren te maken en waar ontvangen en zoeken jongeren hulp?
2. Wat is online hulpverlening, welke online hulpvormen zijn er en wat zijn de voor- en nadelen van online hulpverlening?
3. Hoe is het gesteld met de wetenschappelijke onderbouwing van online hulpverlening voor mensen met (seksuele) problemen in termen van behandel- en kosteneffectiviteit?

Op basis van de gevonden antwoorden op de deelvragen zou online seksualiteitshulpverlening jongeren kunnen helpen die kampen met seksuele problemen. Jongeren weten vaak niet waar ze terecht kunnen en vinden het lastig om in een face-to-face gesprek met een hulpverlener de problemen aan te kaarten. Gevoelens van schaamte, angst en onzekerheid spelen hierin een grote rol. Wanneer jongeren door blijven lopen met de klachten lopen ze het risico dat deze verergeren. Vroegtijdig ingrijpen door bijvoorbeeld een lichte online interventie voorkomt mogelijk op termijn het aantal intensieve behandelingen in de tweedelijnszorg (Riper et al., 2007).

Online hulpverlening kent grote voordelen, namelijk het anonieme karakter, de laagdrempeligheid en de 'timeless en placeless' beschikbaarheid. Anonimiteit zorgt ervoor dat de drempel om hulp te vragen wordt verlaagd en dat cliënten zich sneller 'bloot' geven. Taboegerelateerde onderwerpen, zoals seksualiteit en seksuele problemen, worden sneller ter sprake gebracht (Schalken et al., 2010). Aan de andere kant kleven aan de anonimiteit ook bezwaren, namelijk problemen rond de financiering van online hulpverlening. Verzekeraars en overheid achten het van groot belang om controle te houden. Verzekeraars willen het zorggebruik terugvoeren op het individu en lagere overheden hebben een financieringsstructuur die is gebonden aan grenzen (Schalken et al., 2010; Lange et al., 2009). Tijdelijke financiële middelen in de vorm van bijvoorbeeld een subsidie, maken de continuïteit van het aanbod onzeker. Om online hulpverlening een vaste plek te kunnen geven in het totale zorgaanbod, is een brede discussie noodzakelijk tussen overheid, zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Online hulpverlening is laagdrempelig, maar daarmee ook vrijblijvender dan de reguliere hulpverlening. Een aantal onderzoeken spreken van (grote) drop-out percentages. Angst voor onveiligheid en een gebrek aan privacy kan bijvoorbeeld een reden zijn om er

voortijdig mee op te houden. Bij een open medium als het internet bestaat het risico dat vertrouwelijke informatie 'op straat komt te liggen' (Schalken et al., 2010). Er is echter meer nodig om te bepalen waardoor uitval ontstaat en hoe dit beter voorkomen kan worden.

Met online hulpverlening kunnen nieuwe en andere doelgroepen worden bereikt (Riper et al., 2007). Het is echter de vraag of dat bij seksualiteitsproblemen daadwerkelijk gaat gebeuren. Het is namelijk nog niet duidelijk *hoe* doelgroepen bereikt kunnen worden. Het huidige online aanbod in de Geestelijke Gezondheidszorg bereikt op dit moment in beperkte mate alloctonen en mensen met een lagere sociaal economische status (SES) ([www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl)). Daarnaast is het de vraag of bepaalde doelgroepen zitten te wachten op online seksualiteitshulpprogramma's en beschikken zij überhaupt over de vereiste schrijf- en leesvaardigheden (Riper et al., 2007).

De derde deelvraag is ingegaan op de wetenschappelijke onderbouwing van online interventies in termen van behandel-effectiviteit. Het aantal gevonden studies naar de effectiviteit van online seksualiteitsinterventies is summier, maar de resultaten bieden enige empirische ondersteuning voor de gedachte dat online hulpverlening effectief kan zijn in de behandeling van seksuele problemen en het verminderen van de seksuele klachten. Resultaten laten zien dat er verbeteringen optreden in het seksueel functioneren, de seksuele relatie en het persoonlijk welzijn. De behandelresultaten van online interventies kunnen zich meten met de behandelresultaten van face-to-face consulten. Toch zijn er nog wel een aantal kanttekeningen te maken. Ten eerste is er op het gebied van online seksualiteitshulpverlening slechts één RCT gedaan. Ten tweede is de kwaliteit van deze RCT niet geheel optimaal, gezien de vrij kleine statistische power. Ten derde maakt de anonimiteit het lastig om goed onderzoek te doen (middels RCT) naar de behandel-effectiviteit van online interventies (Riper et al., 2007).

Op het gebied van de Geestelijke Gezondheidszorg zijn al wel diverse RCT's uitgevoerd naar de behandel-effectiviteit van diverse online interventies. Uit deze onderzoeken blijkt dat de aangeboden interventies effectief zijn in die zin dat er een afname is van de diverse soorten klachten en dat de behandeluitkomsten stabiel lijken te blijven. Interventies gestoeld op cognitieve gedragstherapeutische uitgangspunten zouden meer effectief zijn dan andere online therapeutische benaderingen. Therapeutische steun lijkt dus niet onbelangrijk te zijn in de werkzaamheid van online interventies. Er zijn echter (nagenoeg) geen effectiviteitsstudies uitgevoerd voor online behandelinterventies voor jongeren. Daarnaast is (nog) geen literatuur gevonden over wat nu werkt bij jongeren. Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen of de hierboven vermelde positieve

behandelresultaten van online hulpverlening ook zullen gelden voor online interventies ten behoeve van jongeren met seksuele problemen.

Online hulpverlening kan in financieel opzicht interessant zijn. Het zou naast een gezondheidswinst mogelijk een kostenbesparing kunnen opleveren. Denk aan vermindering van de wachtlijsten, reductie van de contacttijd met een hulpverlener en minder intensieve interventies door het principe van stepped-care. Het is echter wel van belang om zich bewust te zijn van het feit dat de kosten in het beginstadium verschuiven. Bijvoorbeeld, lagere kosten voor minder therapeutcontact, kunnen worden vervangen door kosten verbonden aan de ontwikkeling van behandelprotocollen, opleiding van hulpverleners en investeringen in de ICT (Riper et al., 2007; Schalken et al, 2010).

## **Conclusie**

Met de verzamelde informatie kan er geen eenduidig ja of nee worden geantwoord op de centrale vraag in het onderzoek, namelijk zou online hulpverlening een goede en effectieve interventie kunnen zijn voor jongeren met seksuele problemen en past het binnen het huidige seksualiteitshulpverleningsaanbod in (Noord-) Nederland? De literatuur laat zien dat online hulpverlening een goede en effectieve methode lijkt te zijn. Verder kan een gestandaardiseerde vorm van interveniëren op lange termijn kosteneffectief zijn. Daarnaast maakt online hulpverlening het mogelijk om gericht toe te werken naar een getrapte vorm van hulpverlening (stepped-care model). Op termijn zou dit kunnen leiden tot een afname van het aantal behandelingen in de duurdere tweedelijnszorg. Online hulpverlening zou een passend instrument kunnen zijn in aanvulling op het huidige aanbod. Er ontstaan keuzemogelijkheden voor de cliënt. Het ziet er naar uit dat door de anonimiteit en laagdrempeligheid de huidige groep zorgmissers en zorgmijders bereikt kan worden.

## **Hoofdstuk 6: Aanbevelingen**

### **Start klein**

Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat online hulpverlening niet zondermeer kan worden gezien als 'gewone hulpverlening per computer'. Uiteraard kan de reguliere hulpverlening wel als uitgangspunt worden genomen, maar hoe meer de online hulpverlening afwijkt van de reguliere vorm, hoe groter de investering voor organisatie en medewerkers (Schalken et al., 2010).

### **Kijk bij collega's en/of zoek de samenwerking**

Het internet biedt de mogelijkheid om meer en andere doelgroepen te bereiken, omdat het laagdrempelig en toegankelijk is. Een interactieve website moet als middel dienen om het bovenstaande te kunnen bewerkstelligen. Het aanbieden van kwalitatief goede hulp en het daarbij bereiken van zoveel mogelijk jongeren, is echter lastig. Het advies is dan ook te kijken bij collega's en/of de samenwerking te zoeken met andere seksualiteitshulpverleningsorganisaties (Schalken et al., 2010).

### **Handhaaf de vertrouwelijkheid en veiligheid**

Het is van belang dat er vertrouwelijk wordt omgegaan met e-mails en andere bronnen van informatie van online gebruikers. Het mag niet zo zijn dat vertrouwelijke informatie naar buiten komt. Zoals aangegeven kan een gebrek aan privacy en beveiliging leiden tot het voortijdig beëindigen van de online hulp (Schalken et al., 2010). Het zou een goede zaak zijn om een protocol op te stellen voor veilige online toepassing (Abbott, Klein & Ciechomski, 2010).

Om uitval tegen te gaan bestaan een aantal effectieve strategieën, zoals het geven van positieve feedback, het gebruik van 'reminders' (bijvoorbeeld kaartjes of e-mails), zelfmonitorsystemen (bijvoorbeeld online dagboeken) en het geven van beloningen (Nijland, Van Gemert-Pijnen, Boer, Steehouder & Seydel, 2008).

### **Investeer in ICT**

Online hulpverlening kan niet zonder goede ICT ondersteuning. Enerzijds levert online hulpverlening een besparing op, anderzijds brengt het ook kosten met zich mee. Realiseer dat de kosten voor de baten gaan (Riper et al., 2007; Schalken et al, 2010).

**Investeer in scholing van hulpverleners**

Online hulpverlening is een unieke vorm van hulpverlening met een eigen interactie. Om deze vorm van hulpverlening te kunnen uitvoeren is het noodzakelijk dat de hulpverlener wordt getraind. Stel alleen hulpverleners aan die beschikken over goede schrijf- en leesvaardigheden (Schalken et al., 2010).

**Investeer in wetenschappelijk onderzoek**

Online seksualiteitshulpverlening staat nog in de kinderschoenen, waardoor er nog veel onderzoek nodig is en gedaan kan worden. Het is nodig om de toegevoegde waarde van online hulpverlening aan te tonen (Riper et al., 2007).

## Literatuurlijst

- Abbott, J., Klein B., & Ciechomski, L. (2008). Best practice in internet therapy. *Journal of Technology in Human Services, 26*, 360-375.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders [DSM-IV-TR]. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andersson, G., & Cuijpers, P. (2009). Internet-Based and Other Computerized Psychological Treatments for Adult Depression: A Meta-Analysis. *Cognitive Behaviour Therapy, 38*(4), 196 - 205
- Bakker, F., Graaf, H. de, Haas, S. de, Kedde, H., Kruijer, H. & Wijzen, C. (2009). *Seksuele gezondheid in Nederland 2009*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Bakker, F. & Vanwesenbeeck, I. (Eds.) (2006). *Seksuele gezondheid in Nederland 2006*. Delft: Eburon.
- Barak, A., Boniel-Nissim, M., & Suler, J. (2008). Fostering empowerment in online support groups. *Computers in Human Behavior, 24*, 1867-1883.
- Bowman, D., Scogin, F., & Lyrene, B. (1995). The efficacy of self-examination therapy and cognitive bibliotherapy in the treatment of mild to moderate depression. *Psychotherapy Research, 5*(2), 131-140.
- Carlbring, P., & Andersson, G. (2006). Internet and psychological treatment. How well can they be combined? *Computers in Human Behavior, 22*, 545-553.
- Carlbring, P., Ekselius, L., & Andersson, G. (2003). Treatment of panic disorder via the Internet: a randomized trial of CBT vs. applied relaxation. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry, 34*(2), 129-140.
- Crutzen, R.M.M. (2009). *Hard to get, hard to keep. Dissemination of and exposure to internet-delivered health behaviour interventions aimed at adolescents*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Floyd, M., McKendree-Smith, N., Bailey, E., Stump, J., Scogin, F., & Bowman, D. (2002). Two-year follow-up of self-examination therapy for generalized anxiety disorder. *Anxiety Disorders, 16*, 369-375.
- Graaf, H. de, Meijer, S., Poelman, J. & Vanwesenbeeck, I. (2005). *Seks onder je 25ste*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep & Soa Aids Nederland.
- Gregory, R.J., Canning, S.S., Lee, T.W., & Wise, J.C. (2004). Cognitive Bibliotherapy For Depression: A Meta-Analysis. *Professional Psychology: Research and Practice, 35*(3), 275-280.
- Haas, S. de, Höing, M., Schrieken, B., Tzagana, A., Wijnker, C., Michels, C., Kuyper, A. &

- Lange, A. (2009). Behandeling via het internet voor jeugdige slachtoffers van seksueel geweld: Een pilotstudie. *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 64(64), 981-997.
- Hall, P. (2004). Online psychosexual therapy: a summary of pilot study findings. *Sexual and Relationship Therapy*, 19, 167-178.
- Holmes, J., March, S., & Spence, S. (2009). Use of the Internet in the Treatment of Anxiety Disorders with Children and Adolescents. *Counselling, Psychotherapy, and Health*, 5(1), 187-231.
- Ijff, M. (1997). *Sekscounseling in de psychosociale hulpverlening*. Assen: Van Gorcum.
- Kedde, H. & Haas, S. de (2006). *Problemen met het seksueel functioneren*. In F. Bakker & I. Vanwesenbeeck (Eds.), *Seksuele gezondheid in Nederland 2006*. Delft: Eburon.
- Lange, A., Van de Ven, J.P., & Schrieken, B. (2003). Interapy: Treatment of Post-traumatic Stress via the Internet. *Cognitive Behavioural Therapy*, 32(2), 110-124.
- Lange, A., Schoutrop, M., Schrieken, B., & Van de Ven, J.P. (2002). Interapy: a model for therapeutic writing through the internet. In S.J. Lepore & J.M. Smyth (Eds.), *The writing cure; how expressive writing promotes health and emotional well being* (pp. 215-238). Washington: APA books.
- Lange, A., Schrieken, B., Scheijde, R., Broeksteeg, J., Ruwaard, J., Schrijver, M., Mehra, S., Ven, J.P. van de & Emmelkamp, P. (2005). Serie onderzoek en psychotherapie: Interapy. Diagnostiek en geprotocolleerde behandeling van welomschreven stoornissen via internet. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 31(5), 355-376.
- Lange, A., Ruwaard, J. & Schrieken, B. (2009). Hulpverlening voor psychische problematiek via het world wide web. *De psycholoog*, 44, 634-640.
- Lankveld, J.J.D.M. van (2009). Seksuele stoornissen. In G. Smeets, A.E.R. Bos, H.T. van der Molen & P. Muris (Eds.), *Klinische Psychologie, diagnostiek en therapie*. Groningen/Houten: Noordhof Uitgevers.
- Lankveld, J.J.D.M. van, Kuile, M. ter & Leusink, P. (2010). *Seksuele disfuncties. Behandeling en diagnostiek*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Leusink, P.M., & Aarts, E. (2006). Treating Erectile Dysfunction through Electronic Consultation: A Pilot Study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32, 401-407.
- Manhal-Baugus, M. (2001). Etherapy: Practical, ethical, and legal issues. *Cyber-Psychology & Behavior*, 4, 551-563.
- McCabe, M.P., & Price, E. (2008). Internet-based Psychological and Oral Medical Treatment Compared to Psychological Treatment alone for ED, *International Society for Sexual*

- medicine*, 5, 2338-2346.
- McCabe, M.P., Price, E., Piterman, L., & Lording, D. (2008). Evaluation of an Internet-based Psychological intervention for the treatment of erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 20, 324–30.
- Nicholas, J. Oliver, K., Klee K., & O'Brien M. (2004). Help-seeking behaviour and the Internet: An investigation among Australian adolescents.
- Nijland, N., Van Gemert-Pijnen, J.E.W.C., Boer, H., Steehouder, M., & Seydel, E. (2008). Evaluation of an Internet-based technology for supporting self-care: problems encountered by patients and caregivers when using self-care applications. *Journal of Medical Internet Research*, 10 (2), e13.
- Nikken, P. (2007). *Online hulp verdient nog veel aandacht: Een verkenning naar het hulpaanbod voor jeugdigen in Nederland*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut
- Nooijer J. de, Oenema A., Kloek G., Brug H., Vries H. de & Vries, N. de (2005). *Bevordering van gezond gedrag via internet nu en in de toekomst*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Oh, H., Rizo, C., Enkin M., & Jadad, A. (2005). What is eHealth?: a systematic review of published definitions. *The Official Journal Of The International Hospital Federation*, 41(1), 32-40.
- Postel, M.G., Huurne, E. D. ter, Haan, H.A. de & Jong, C.A.J. de (2009). *Alcoholdebaas.nl. Drie jaar online hulpverlening voor probleemdrinkers*. Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 64, 357-372.
- Qrius (2009). *Bekendheidsonderzoek Sense (sprekuren)*. In opdracht van RIVM.
- Qrius (2010). *Resultaten online kwalitatief determinanten onderzoek Sense Spreekuren onder jongeren 12-22 jaar* (rapport p 9096). In opdracht van RIVM.
- Riper, H., Smit, F., Zanden, R. van der, Conijn, B., Kramer, J. & Mutsaers, K. (2007). *E-mental health. High tech, high touch, high trust*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Ritterband, L., Gonder-Frederick, L.A., Cox, D.J., Clifton, A.D., West, R.W., & Borowitz, S.M. (2003). Internet interventions: in review, in use, and into the future. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 527-534.
- Ruwaard, J., Broeksteeg, J., Schrieken, B., Emmelkamp, P., & Lange, A. (2010). Web-based therapist-assisted cognitive behavioral treatment of panic symptoms: A randomized controlled trial with a three year follow-up. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(4), 387-396.
- Ruwaard, J., & Lange, A. (2010). Boulimie online overwinnen: resultaten van een gecontroleerd onderzoek. *Directieve Therapie*, 30(1), 17-34.

- Schalken, F., Wolters, W., Tilanus, W., Gemert, M. van de, Hoogenhuyze, C. van, Meijer, E., Kraefft, E., Brenninkmeijer, M. & Postel, M. (2010). *Handboek online hulpverlening. Hoe onpersoonlijk contact heel persoonlijk wordt* (1<sup>e</sup> druk). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Scogin, F., Bynum, J., Stephens, G., & Calhoun, S. (1990). Efficacy of self- Administered treatment programs: Meta-analytic review. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 42-47.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nykliček, I., Riper, H. Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine*; 37, 319-328.
- Van Diest, S.L., van Lankveld, J.J.D.M., Leusink, P.M. Slob, A.K., Gijs, L. (2007). Sex therapy through the internet for men with sexual dysfunctions: a pilot study. *Journal of sex & Marital Therapy*, 33(2), 115-33.
- Vanhuele, H. & Vertommen, M. (2008). Online: een meerwaarde voor de eerstelijns hulpverlening? *Sociale interventie*, 17(2), 47-57.
- Van Lankveld, J.J.D.M. (2009). Self-help therapies for sexual dysfunction. *Journal of Sex Research*, 46, 143-155.
- Van Lankveld, J.J.D.M., Leusink P., Van Diest, S., Luk, G., & Slob A.K. (2009). Internet-Based brief sex therapy for heterosexual men with sexual dysfunctions: a randomized controlled pilot trial. *The journal of sexual medicine*, 6(8), 2224-2236.
- Warmerdam, L., Straten, van A., Twisk, J., Riper, H., Cuijpers, P. (2008). Internet-Based Treatment for Adults with Depressive Symptoms: Randomized controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 10(4), e44.
- World Health Organization: Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health. Geneva: World Health Organization; 2002.

## Online artikelen

Kruijer H. & Kedde H. (2009). LOPS-registratie 2008. Geraadpleegd op internet op 1 november 2010, ca. 15.20 uur via URL <http://rutgersnissogroep.nl/kennisbank/productenendiensten/onderzoekpublicaties/lops-2008-definitief.pdf>

Warmerdam L. (2010). Online treatment of adults with depression: Clinical effects, Economic evaluation, Working mechanisms and Predictors. Geraadpleegd op 30 november 2010, ca. 10.00 uur via URL <http://www.online-hulpverlening.be/blog/2010/online-hulpverlening/online-therapie-bij-depressie-pst-vs-cbt/>

Toegang tot het internet. Geraadpleegd op internet op 31 augustus 2010, ca. 9.15 uur via URL <http://www.trimbos.nl/nieuws/trimbos-nieuws>

Groei online hulpverlening. Geraadpleegd op internet op 17 november 2010, ca. 10.00 uur via URL <http://www.e-hulp.nl/nieuws/vraag-naar-online-hulp-groeit-sterk/641>

Einde subsidie dreigt. Geraadpleegd op internet op 17 november 2010, ca. 10.10 uur via URL <http://www.e-hulp.nl/nieuws/einde-aan-113online-dreigt/639>

Effectiviteit van jeugdinterventies. Geraadpleegd op internet op 17 november 2010, ca. 14.00 uur via URL <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/07/381.html>

Schaamte bij de dokter. Geraadpleegd op internet op 1 maart 2011, ca. 15.15 uur via URL <http://www.gezondheidsnet.nl/verbeter-je-relatie/nieuws/2995/seksuele-problemen-grootste-taboe-bij-huisarts>