

2016

Naam:	Nienke Spoor
Studentnummer:	2202811
Opleiding:	Sociale Studies
Voltijd/deeltijd:	Voltijd
Profiel:	Jeugd
Begeleiders:	Rachel van Tellingen-Klaver Suzanne Ollermann
Progresscode:	56V4J-AFOZ
Datum:	19-08-2016

Implementatie van de visie seksualiteit ter verbetering van het handelen van medewerkers.

Hoe kunnen medewerkers van groep H de visie seksualiteit van instelling K. implementeren in de praktijk om beter te kunnen voorzien in de seksuele behoeften van de cliënten van groep H?

Samenvatting

In het kader van een afstudeerscriptie is er onderzoek gedaan binnen instelling K. op groep H. Er is onderzoek gedaan naar hoe medewerkers op de groep de visie van de instelling kunnen implementeren, om beter te kunnen voorzien in de seksuele behoeften van de cliënten op groep H. Het onderzoek heeft zich gericht op de medewerkers op de groep, waar zij tegen aan liepen in de omgang met seksuele uitingen bij cliënten, wat er al wel goed ging en welke handvaten zij nodig hadden.

Het doel van het onderzoek is kennis en inzicht verwerven in wat medewerkers van groep H nodig hebben om de visie van de instelling in de praktijk te implementeren, zodat zij beter kunnen voorzien in de behoeften van de cliënten en op basis daarvan aanbevelingen doen.

Het onderzoek is een kwalitatief onderzoek. In de probleemanalyse is gebruik gemaakt van verschillende literatuur ter vorming en onderbouwing van de probleemstelling en daarmee de hoofdvraag. In het theoretisch kader zijn theorieën en inzichten verworven die nodig waren om het praktijk probleem op te lossen. Hierna zijn in hoofdstuk 3 de methodologische keuzes verantwoord. De data is verzameld aan de hand van halfgestructureerde interviews met ter ondersteuning een topiclijst. In totaal zijn er acht interviews afgenomen bij medewerkers van groep H.

Een van de meest opmerkelijke resultaten was dat medewerkers niet op de hoogte waren van de inhoud van de visie seksualiteit die instelling K. heeft. Hierdoor is er nooit ingespeeld op de seksuele behoeften van cliënten en was het bij lang niet alle cliënten duidelijk of zij überhaupt behoeften of een hulpvraag hadden op het gebied van seksualiteit. Ook scheen er vanuit de instelling, ook al wordt dit wel geëist in de visie, geen insteek te zijn om medewerkers deskundig te maken op het gebied van seksualiteit. Ook werd er door medewerkers aangegeven dat seksualiteit vaak niet is opgenomen in het persoonlijk plan van cliënten en er geen voorlichting wordt gegeven. Voornaamste redenen voor het niet kennen van de visie seksualiteit waren tijdsnood en het feit dat het belang van seksualiteit niet wordt gezien.

De conclusie is dat groep H zowel ondersteuning van professionals met betrekking tot seksualiteit als mensen met kennis over de visie van instelling K. nodig heeft om deze visie goed te kunnen implementeren in de praktijk. Daarna moet er per cliënt gekeken worden waar zijn of haar behoeftes liggen en hier op de juiste, passende manier op ingestoken worden.

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksrapport 'Implementatie van de visie om beter te voorzien in de seksuele behoeften van de cliënt.' Het onderzoek voor deze scriptie is uitgevoerd bij instelling K. op groep H. Deze scriptie is geschreven in het kader van mijn afstuderen aan de opleiding Sociale Studies aan de Fontys Hogeschool Eindhoven. Van februari 2016 tot en met juni 2016 ben ik bezig geweest met het schrijven van de ze scriptie.

Tijdens mijn stage en onderzoek bij groep H ben ik samen met medewerkers tot dit onderwerp en deze hoofdvraag gekomen. Na maanden van onderzoek heb ik deze vraag kunnen beantwoorden. Tijdens dit onderzoek stonden mijn collega's van groep H en mijn begeleiders vanuit school, Rachel van Tellingen-Klaver en Suzanne Ollermann, altijd voor mij klaar. Zij hebben al mijn vragen beantwoord en mij door mijn onzekerheden geholpen waardoor ik verder kon met mijn onderzoek.

Hierbij wil ik mijn begeleiders bedanken voor de fijne begeleiding en goede feedback die ik heb mogen ontvangen. Ook wil ik alle respondenten van groep H bedanken die mee hebben gewerkt aan dit onderzoek. Zonder hen had ik dit onderzoek nooit kunnen doen.

Ook wil ik graag mijn medestudenten bedanken die mijn vragen zo fijn hebben beantwoord, ondanks dat het er soms heel veel waren.

Veel plezier met het lezen van mijn scriptie

Nienke Spoor

Vught, 15-8-2016

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	1
Voorwoord	2
Inleiding	5
Hoofdstuk 1: Context en probleemschets	7
1.1 Probleemanalyse.....	7
Nationale en Internationale rechten	7
Visie van instelling K.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Cliënten en medewerkers.....	10
1.2 Probleemstelling (+ verificatie)	11
1.3 Onderzoeksdoelstelling	12
1.4 Hoofdvraag en deelvragen	12
1.5 Begripsafbakening	12
Hoofdstuk 2: Theoretisch kader	14
Seksuele ontwikkeling	14
Voorlichtingsmethode vanuit organisatie K.	16
Implementatie	18
Handelingsverlegenheid	16
Hoofdstuk 3: Methodologie.....	20
3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef.....	20
3.2 Dataverzamelmethode.....	21
3.3 Meetinstrument.....	23
3.4 Data-analyse	24
Hoofdstuk 4: Resultaten	26
Feitelijke steekproef.....	26
Seksuele ontwikkeling/ behoeften	26
Seksuele voorlichting.....	27
Visie instelling K.	28
Seksueel misbruik	30
Implementeren.....	30
Handelingsverlegenheid	31
Hoofdstuk 5: Conclusie en aanbevelingen	33

Conclusie	33
Aanbevelingen	35
Hoofdstuk 6: Discussie	37
6.1 Betekenis en bruikbaarheid	37
Bruikbaarheid.....	39
6.2 Sterkte- zwakteanalyse	40
Validiteit	40
betrouwbaarheid	41
Literatuurlijst	43
Bijlagen	45
Bijlage 1: topiclijst	45
Bijlage 2: codeboom	47

Inleiding

“Waarom wordt er bij hem niets gedaan aan seksualiteit als hij steeds zijn geslachtsdeel uit zijn broek haalt?” Antwoord: “Hij kan daar toch niets mee.”

Uit ervaring van medewerkers van groep H van instelling K. is gebleken dat er weinig aandacht besteed wordt aan seksualiteit bij de cliënten op deze groep, terwijl ieder mens recht heeft op seksualiteit. De International Federation heeft een verdrag voor de seksuele rechten ontwikkeld. Hierin is opgenomen dat alle jongeren rechten hebben als seksuele wezens ongeacht onder andere hun mentale of fysieke capaciteiten. Een ander recht dat jongeren hebben is het recht op ruimte voor expressie (Sensoa, 2016).

Ook is seksualiteit een belangrijk aspect van het leven. Volgens E-zin & Zorg (2016) is het belangrijk dat zorginstellingen seksualiteit beter bespreekbaar maken met cliënten. Dit omdat seksualiteit en intimiteit de kwaliteit van leven kunnen verhogen en dat door aandacht aan deze thema's lastige situaties, als ongewenst seksueel gedrag, vermeden kunnen worden (E-zin & Zorg, 2016).

Wat betreft aandacht voor het thema heeft instelling K. een uitgebreide visie seksualiteit. Hierin is opgenomen dat seksualiteit bij het leven hoort en een primaire behoefte is van ieder mens en als zodanig meebepalend is voor de kwaliteit van leven. In deze visie is ook opgenomen hoe begeleiding geboden moet worden rondom seksualiteit, dat eigen normen en waarden hierbij een rol spelen, maar dat de gedragscode van de instelling leidend is. (Schakenraed, Slot, Torie, & Vermeulen, 2010). Doordat dit zo vast ligt kan het zijn dat medewerkers last krijgen van handelingsverlegenheid. Dit heeft volgens Meininger (2009) steeds minder te maken met taboes rondom het onderwerp seksualiteit, maar steeds meer met seksuele ethiek en de ethiek in de zorg (Meininger, 2009).

Als er gekeken wordt naar de mentale capaciteit van mensen met een verstandelijke beperking wat betreft seksualiteit gaat volgens Rutgers (2015) de ontwikkeling van het lichaam en de ontwikkeling van het verstand bij mensen met een verstandelijke beperking niet gelijk op. Hierdoor kunnen zij een achterstand hebben in ervaring en kennis op het gebied van seksualiteit. Hierdoor en doordat mensen met een verstandelijke beperking afhankelijk zijn van andere mensen, is deze doelgroep erg kwetsbaar. Ook vinden zij het vaak moeilijk om hun wensen en gevoelens te verwoorden, waardoor zij vaker seksueel geweld meemaken dan mensen zonder een verstandelijke beperking. Er bestaat echter ook het risico dat zij pleger worden van seksueel misbruik (Rutgers, 2015).

Het doel van het onderzoek is om kennis en inzicht te verwerven in wat de medewerkers van groep H nodig hebben om de visie van de instelling in de praktijk te implementeren. Op basis hiervan worden aanbevelingen gedaan om te voorzien in de seksuele behoeften van de cliënten, waardoor er voldaan wordt aan een van de primaire behoeften van de cliënten.

Dit is belangrijk om te onderzoeken, omdat volgens de visie van de instelling seksualiteit een belangrijk onderdeel van het leven is en dusdanig meebepalend is voor de kwaliteit van leven (Schakenraed, Slot, Torie, & Vermeulen, 2010). Door meer aandacht te besteden aan seksualiteit en intimiteit in het dagelijks leven van de cliënten en hen de ruimte te geven dit bij zichzelf te ontdekken en te exploreren, wordt er voldaan aan een van de primaire behoeften van de mens. Hierdoor zou de

kwaliteit van leven verhoogd en het risico op ongewenst gedrag beperkt kunnen worden (E-zin & Zorg, 2016).

Dit rapport is onderverdeeld in verschillende hoofdstukken. In hoofdstuk 1 is de literatuurstudie te vinden. Hierin wordt uiteengezet dat ieder kind of jongere rechten heeft op het gebied van seksualiteit, de visie van de instelling wordt uiteengezet en er wordt gekeken naar wat een verstandelijke beperking doet met jongeren op het gebied van seksualiteit. Ook wordt er gekeken naar handelingsverlegenheid van medewerkers in de zorg ten aanzien van seksualiteit bij cliënten. Op basis van deze informatie worden de probleemstelling, doelstelling en hoofdvraag onderbouwd. In hoofdstuk 2 worden inzichten en theorieën beschreven die nodig zijn om het praktijk probleem op te lossen. Er wordt gekeken naar de verschillen en de overeenkomsten tussen seksuele ontwikkeling bij jongeren met en zonder verstandelijke beperking, naar de voorlichtingsmethode binnen de instelling, naar de oorzaak van handelingsverlegenheid bij medewerkers en tot slot wordt er beschreven wat implementatie is en hoe veranderingen het best geïmplementeerd kunnen worden. Hoofdstuk 3 bevat de onderbouwing van methodologische keuzes. Eerst worden de onderzoekspopulatie en steekproef beschreven en de dataverzamelingsmethode en meetinstrumenten worden onderbouwd. Tot slot wordt in hoofdstuk 3 de manier van data-analyse beschreven. In hoofdstuk 3 wordt er per kopje gekeken naar de betrouwbaarheid en validiteit van de keuzes en wordt er beschreven hoe de anonimiteit van de respondenten wordt gewaarborgd. In hoofdstuk 4 worden de resultaten uit de interviews beschreven. Allereerst wordt de feitelijke steekproef gepresenteerd, daarna worden per onderwerp uit de topic lijst, die gebruikt is voor de interviews, de resultaten beschreven. Deze onderwerpen zijn; de seksuele ontwikkeling/behoefte, seksuele voorlichting, visie instelling K., seksueel misbruik, implementeren en handelingsverlegenheid. In hoofdstuk 5 worden de resultaten verwerkt in een conclusie. Om tot een conclusie te komen op de hoofdvraag wordt er eerst per deelvraag een conclusie beschreven en wordt daarna een conclusie op de hoofdvraag geschreven. In hoofdstuk 6 wordt er kritisch gekeken naar de koppeling tussen de resultaten en de conclusie en de informatie uit de probleemanalyse en naar de bruikbaarheid van het onderzoek in de praktijk. In de sterkte zwakte analyse wordt er gekeken naar de betrouwbaarheid en de validiteit van de methodologische keuzes en de uitvoering van het onderzoek. In bijlage 1 staat de topiclijst die gebruikt is bij de interviews en in bijlage 2 is de codeboom van de data-analyse te vinden.

Hoofdstuk 1: Context en probleemschets

In dit hoofdstuk wordt eerst de probleemanalyse beschreven. Hierin worden resultaten uit eerdere onderzoeken beschreven. Op deze manier worden er inzichten verworven over wat al bekend is rondom het thema en wordt duidelijk gemaakt welke nieuwe inzichten daar een invulling op kunnen zijn. Na de probleemanalyse volgen de probleemstelling, doelstelling en vraagstelling. De vraagstelling is opgedeeld in deelvragen.

1.1 Probleemanalyse

Nationale en Internationale rechten

Kinderen over de hele wereld hebben rechten, dus ook rechten met betrekking tot seksualiteit.

Op 20 november 1989 heeft de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties het Verdrag inzake de Rechten van het Kind aanvaard. In Nederland is dit verdrag in 1995 in werking getreden. In het verdrag zijn in meerder artikelen de rechten van het kind beschreven. In Artikel 1 wordt de definitie van 'Kind' gegeven. Deze is als volgt: *"Als kind wordt aangemerkt ieder persoon jonger dan achttien jaar, tenzij de nationale wetgeving de meerderjarigheidsgrens lager stelt"*. Artikel 23 gaat over rechten van kinderen met een handicap. Hierover wordt het volgende beschreven: *"De staten die partij zijn, erkennen dat een geestelijk of lichamelijk gehandicapt kind een volwaardig en behoorlijk leven dient te hebben in omstandigheden die de waardigheid van het kind verzekeren, zijn zelfstandigheid bevorderen en het kind actief deel kan nemen aan de samenleving"* (Unicef, 2009).

De International Federation (2008) heeft een verdrag voor de seksuele rechten ontwikkeld, *Sexual Rights: an IPPF declaration*. IPPF, International Planned Parenthood Federation gelooft dat seksuele rechten een component zijn van mensenrechten. De seksuele rechten zijn een reeks ontwikkelingen die gerelateerd zijn aan seksualiteit en bijdragen aan de vrijheid, gelijkheid en waardigheid van alle mensen. Op 10 mei 2008 zijn deze rechten aangenomen door de raad van bestuur van IPPF (International Planned Parenthood Federation, 2008). Het verdrag bestaat uit tien artikelen waar kinderen en jongeren recht op hebben:

- Artikel 1:** recht op gelijkheid, gelijke bescherming door de wet en vrijheid van alle vormen van discriminatie. Alle jongeren hebben recht als seksuele wezens, ongeacht hun sekse, godsdienst, kleur, seksuele oriëntatie, mentale of fysieke capaciteiten.
- Artikel 2:** participatie in beslissingsprocessen. Jongeren hebben het recht betrokken te worden bij de planning van programma's voor de jeugd, deel te nemen aan seminars en vergaderingen op alle niveaus en invloed uit te oefenen op het beleid.
- Artikel 3:** vrijheid, lichamelijke integriteit en bescherming tegen seksueel grensoverschrijdend gedrag.
- Artikel 4:** privacy. Het recht om zelf beslissingen te nemen over hun eigen seksualiteit zonder dit te hoeven delen met anderen. Alle jonge mensen hebben het recht te kiezen of, wanneer, hoe en met wie ze informatie delen over hun seksualiteit zonder gedwongen te worden door anderen
- Artikel 5:** seksuele autonomie. Het recht zelf te beslissen om wel of geen seks te hebben en met wie.
- Artikel 6:** wettelijke erkenning en de vrijwaring van hun seksuele en reproductieve rechten.

-Artikel 7: Ruimte voor expressie. Ze zijn vrij om hun gedachten en gevoelens uit te drukken. Dit houdt ook het recht in om te genieten van seksualiteit.

-Artikel 8: seksuele en reproductieve gezondheid. Het recht om zichzelf te beschermen en beschermd te worden tegen ongeplande zwangerschap, seksuele overdraagbare aandoeningen en seksueel misbruik. Ook houdt dit in het recht op een betrouwbare, betaalbare, kwalitatieve en respectvolle gezondheidszorg.

-Artikel 9: informatie en vorming over relaties en seksualiteit.

-Artikel 10: de keuze om wel of niet te trouwen en/of kinderen te krijgen (Sensoa, 2016).

Uit bovenstaande informatie blijkt dat er voor jongeren rechten liggen wat betreft seksualiteit. In het Verdrag inzake de Rechten van het Kind staat beschreven dat kinderen met een geestelijke handicap een volwaardig leven dienen te hebben (Unicef, 2009). Volgens het IPPF horen seksuele rechten een component te zijn van mensen rechten (International Planned Parenthood Federation, 2011). De vraag is echter of hier ook aan voldaan wordt door zorginstellingen.

Seksualiteit in instellingen

Het is belangrijk dat er in instellingen aandacht wordt besteed aan seksualiteit en intimiteit. Dit omdat deze thema's bijdragen aan de kwaliteit van leven van cliënten.

Volgens vakblad E-zin & Zorg (2016) geven steeds meer instellingen aandacht aan seksualiteit. Dit is positief, omdat uit onderzoek naar voren komt dat de thema's seksualiteit en intimiteit voor alle leeftijden belangrijk zijn. Het bespreken van deze thema's worden vaak door medewerkers van zorginstellingen nog wel als spannend ervaren. Het is echter wel belangrijk dat het besproken wordt, omdat seksualiteit en intimiteit de kwaliteit van leven kunnen verhogen. Als er aandacht is voor deze thema's kunnen lastige situaties vermeden worden, zoals cliënten die hun seksuele behoeften op een ongewenste manier uiten of medewerkers die binnen lopen als cliënten graag privacy willen (E-zin & Zorg, 2016).

De visie van instelling K.

Instelling K. kent een uitgebreide visie als het gaat om de seksualiteit en seksuele vorming van haar cliënten.

Instelling K. biedt zorg en onderwijs aan mensen met een auditieve en/of communicatieve beperking, waarbij ook sprake kan zijn van een lichamelijke, verstandelijke of visuele beperking, een psychiatrische stoornis zoals een autismespectrumstoornis of cultureel linguïstische diversiteit.

Volgens Schakenraed, Slot, Torie en Vermeulen (2010) is seksualiteit een van de dingen die bij het leven hoort. Instelling K. gaat er vanuit dat seksualiteit een primaire behoefte is van ieder mens, daarmee een natuurlijk deel van ieders ontwikkeling is en als zodanig meebepalend voor de kwaliteit van leven. Bij seksualiteit horen aspecten als geslachtelijke identiteit, vriendschap en intimiteit, zelfrespect, lichaamsbeeld en bewustzijn, emotionele ontwikkeling en sociaal gedrag.

Veiligheid en respect vormen de grondslag voor beleid omtrent specifieke bejegenvingsvraagstukken als seksualiteit en daarmee ook de bestrijding van grensoverschrijdend gedrag. Een veilig werk- en woonklimaat vraagt om een open en positieve houding ten opzichte van seksualiteit. Als door taboes

een open communicatie over seksualiteit niet mogelijk is, kan niet duidelijk worden wat wel en niet gewenst is. Daarnaast is bij een onderwerp als seksualiteit wederzijds respect tussen medewerkers en cliënten en hun ouders van groot belang, net als respect tussen medewerkers en cliënten onderling. In zorg en onderwijs horen thema's als seksualiteit en seksuele intimidatie bijzondere aandacht te krijgen (Schakenraed, Slot, Torie, & Vermeulen, 2010).

Uitgangspunten

In de visie van instelling K. staan een aantal uitgangspunten centraal:

- Seksualiteit hoort bij het leven, dus ook bij het leven van een persoon met een beperking.
- Vragen over seksualiteit moeten worden benaderd vanuit het individuele ontwikkelingsniveau en afgestemd zijn op individuele mogelijkheden en behoeften.
- Medewerkers zijn deskundig in het begeleiden van cliënten inzake seksualiteit.
- Iedereen heeft recht op zijn eigen normen en waarden. In het professioneel handelen zijn de richtlijnen van de instelling echter richtinggevend.
- Discriminerende en kwetsende uitingen en/of gedrag dat betrekking heeft op de seksuele voorkeur van personen die op welke wijze dan ook verbonden zijn aan de instelling zijn niet toegestaan en heeft maatregelen tot gevolg (Schakenraed, Slot, Torie, & Vermeulen, 2010).

Individuele beleving van seksualiteit

Volgens Schakenraed et al (2010) beleeft ieder mens seksualiteit op zijn eigen manier. Dit kan gericht zijn op zichzelf maar ook op anderen. Seksualiteit kan, maar is niet per definitie gebonden aan een relatie met een persoon. De individuele beleving wordt gerespecteerd, voor zover deze beleving in zijn uitingsvorm niet tegenstrijdig is met de belangen van anderen en past binnen de door de instelling aangegeven normen. Eén daarvan is dat niemand anderen onnodig mag confronteren met zijn/haar seksuele leven. Waar het om kinderen en jongeren gaat is de beleving gebonden aan leeftijd en ontwikkelingsniveau. Prostitutie of alternatieve relatiebemiddeling wordt in principe geaccepteerd en door de cliënt zelf betaald. Hoe en in welke mate een cliënt voorlichting en hulp krijgt, wordt vastgelegd in het K. handelingsplan.

Begeleiding van seksualiteit

Schakenraed et al (2010) stelt dat in de zorg aan mensen met een beperking aandacht wordt besteed aan alle aspecten van het leven, dus ook aan seksualiteit. Dit behoort tot het privé terrein van de cliënt, zij geven hier zelf zoveel mogelijk vorm en uiting aan. Is dit niet of in mindere mate mogelijk, maar zijn er wel wensen en behoeften dan leveren medewerkers vanuit hun professionele rol ondersteuning. Een grote mate van zorgvuldigheid, voorzichtigheid en verantwoordelijkheidsbesef is van belang. Eigen normen en waarden spelen hierbij een rol, maar de gedragscode van de instelling is leidend.

In geval van cliënten kan voorwaardenscheppende hulp nodig zijn bij het vormgeven van seksualiteit en intimiteit. De ondersteuning die de instelling hierbij zal bieden betreft het beschikbaar stellen van scripts, scenario's in visuele taal en/of ondersteunde communicatievormen over lichaams/seksualiteitsbeleving en relatievorming. Daadwerkelijk hulp bij het verrichten van seksuele handelingen en seksuele contacten tussen medewerkers en cliënten is altijd ontoelaatbaar.

De algemene opvoedingswensen van ouders staan voorop bij minderjarige cliënten. Wanneer er echter sprake is van verschillende inzichten ten aanzien van de noodzaak van seksuele vorming, kiest de instelling voor het belang van de cliënt. Ook kan het gebeuren dat ouders een andere wens of opvatting hebben op het gebied van seksualiteit dan de meerderjarige cliënt zelf. In dat geval wordt er geprobeerd tot een oplossing te komen in dialoog met ouders en cliënt, rekening houdend met de factoren die een rol spelen in het levensverhaal van de cliënt. Wanneer er niet tot een oplossing gekomen wordt kiest de instelling in het belang van de cliënt.

Volgens E-zin & Zorg (2016) draagt seksualiteit en intimiteit bij aan de kwaliteit van leven. In de visie van de instelling van Schakenraed et al (2010) staat dit ook duidelijk omschreven en zetten zij uiteen hoe de instelling wil dat er omgegaan wordt met seksualiteit en alle bijkomende thema's bij haar cliënten. In gesprekken met medewerkers komt echter naar voren dat zij niet of gedeeltelijk op de hoogte zijn van deze visie. Er is dus iets misgegaan in het traject van het ontwikkelen van de visie naar het implementeren van de visie in de praktijk. De vraag die hier nog ligt is of de medewerkers van de instelling bekend zijn met en handelen naar de visie van de instelling.

Cliënten en medewerkers

De cliënten waar in dit onderzoek over wordt gesproken hebben een matig tot ernstig verstandelijke beperking.

Volgens het Nationaal Kompas Volksgezondheid(2014) heeft iemand met een verstandelijke beperking een aangeboren of een later in de ontwikkeling optredende beperking in het intellectueel functioneren. Dit gaat gepaard met beperkingen in de sociale (zelf)redzaamheid.

Intelligentiebeperkingen worden gemeten met een betrouwbare intelligentietest in een individueel onderzoek (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2014).

Een verstandelijke beperking is te onderscheiden naar ernst van de beperking in vier categorieën:

- milde verstandelijke beperking: IQ 50-70, ontwikkelingsleeftijd 9-12 jaar;
- matige verstandelijke beperking: IQ 35-49, ontwikkelingsleeftijd 6-9 jaar;
- ernstige verstandelijke beperking: IQ 20-34, ontwikkelingsleeftijd 3-5 jaar;
- diepe verstandelijke beperking: IQ <20, ontwikkelingsleeftijd 0-3 jaar.

(RadboudUMC, 2016)

Verstandelijke beperking en seksualiteit

Volgens Rutgers (2015) gaat de ontwikkeling van lichaam en verstand bij mensen met een verstandelijke beperking niet gelijk op. Zij kunnen een achterstand hebben in ervaring en kennis op gebied van seksualiteit.

Mensen met een verstandelijke beperking hebben net als de meeste mensen seksuele gevoelens en verlangens. Hier is echter weinig onderzoek over gedaan.

De emotionele en lichamelijke ontwikkeling loopt bij mensen met een verstandelijke beperking niet gelijk. Ze hebben te maken met het lijf, de hormonen en de kracht van een volwassene, maar met de beleving van een kind. Dit kan betekenen dat de fysieke mogelijkheden groter worden, terwijl de emotionele mogelijkheden om seksualiteit te begrijpen niet mee groeien.

Mensen met beperking een verstandelijke beperking kunnen een achterstand in kennis over seksualiteit hebben. Zij hebben minder toegang tot informatiebronnen of snappen de informatie die zij wel vinden niet goed, waardoor er een vervormd beeld van seksualiteit kan ontstaan. Mensen die in een instelling wonen hebben beperkte mogelijkheden om met zichzelf en anderen te experimenteren, omdat er een grote mate van controle is op cliënten binnen een instelling (Rutgers, 2015).

Mensen met een verstandelijke beperking kunnen het lastig vinden om hun wensen en gevoelens te verwoorden, zelfs als ze gesproken taal beheersen. Zij zijn kwetsbaar omdat ze afhankelijk zijn van andere mensen. Mensen met beperking een verstandelijke beperking hebben vaker seksueel geweld meegemaakt dan mensen zonder beperking. Maar ze kunnen ook pleger zijn van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Soms is iemand met een verstandelijke beperking zowel slachtoffer als pleger (Rutgers, 2015).

Handelingsverlegenheid bij medewerkers.

Waar er gesproken wordt over seksualiteit komen hoe dan ook de waarden en normen van het individu om de hoek kijken, ook bij werknemers in de zorg.

Meininger (2009) signaleert een 'nieuwe handelingsverlegenheid' rondom het onderwerp seksualiteit van mensen met een verstandelijke beperking. Er wordt gezien dat veel zorgorganisaties veel energie steken in externe verantwoording als juridische beschermingsconstructies, reglementen, protocollen en procedures. Er wordt echter minder energie gestoken in opleiding- en preventie als zorgvisie, personeelsbeleid en scholing gericht op persoonlijke kwaliteiten van zorgverleners.

Meininger (2009) merkt ook op dat er in de afgelopen dertig jaar steeds vaker gesproken wordt over seksualiteit in het algemeen, in welke uitingsvorm dan ook. In de afgelopen 15 jaar zijn er in de literatuur praktijkervaringen en handelingsaanwijzingen beschreven die erg toegankelijk zijn voor ouders en zorgverleners. Toch wordt er tegelijkertijd gesignaleerd dat seksuele voorlichting aan mensen met een verstandelijke beperking nog erg tekort schiet en dat de handelingsverlegenheid van professionals eerder is toegenomen dan afgenomen. De nieuwe handelingsverlegenheid lijkt steeds minder verband te hebben met taboes die heersen rondom het thema seksualiteit, maar meer met de seksuele ethiek en de ethiek van de zorg (Meininger, 2009).

In een gesprek met medewerkers van groep H van instelling K., kwam naar voren dat door het ontbreken van kennis over hoe te herkennen en hoe om te gaan met seksualiteit bij cliënten, er een zekere mate van handelingsverlegenheid ontstaat bij medewerkers. De vragen die hier nog liggen zijn of medewerkers kennis hebben van het verschil in lichamelijke en verstandelijke ontwikkeling bij cliënten en of zij handelingsverlegenheid ervaren in de omgang met seksualiteit bij cliënten.

1.2 Probleemstelling (+ verificatie)

Medewerkers van groep H zijn niet op de hoogte van de visie seksualiteit van instelling K. of weten niet hoe zij deze visie kunnen implementeren in de praktijk, zodat er op een effectieve manier voorzien kan worden in de seksuele behoeften van de cliënt. Indien medewerkers deze kennis niet hebben en niet kunnen voorzien in de seksualiteit van de cliënt ervaren zij een mindere kwaliteit van leven. Tevens zorgt de onwetendheid bij de medewerkers voor handelingsverlegenheid.

Verificatie:

Op 31 maart is er contact geweest met de medewerkers van groep H. Aan hen is de probleemstelling voorgelegd en zij gaven aan dat zij zich herkennen in de probleemstelling omdat ze weinig afweten van het thema seksualiteit bij jongeren met een verstandelijke handicap en hierdoor niets kunnen doen met de hulpvraag die de cliënten laten zien. Dit terwijl het vormgeven aan en uiten van seksualiteit bijdraagt aan de kwaliteit van leven. Door deze onwetendheid en het ontbreken van kennis over hoe zij seksualiteit bij cliënten moeten herkennen en hoe zij hiermee om moeten gaan, is er spraken van handelingsverlegenheid. Vaak weten ze niet of een cliënt behoefte heeft aan het vormgeven of uiten van seksualiteit. En als het op dit gebied niet goed loopt weten ze vaak niet hoe ze moeten handelen. Maar er mag ook meer duidelijkheid komen in het aangeven van de eigen grenzen van medewerkers. Dit is tot nu toe weinig bespreekbaar geweest.

1.3 Onderzoeksdoelstelling

Kennis en inzicht verwerven in wat medewerkers van groep H nodig hebben om de visie van instelling K. in de praktijk te implementeren en op basis daarvan aanbevelingen doen om te voorzien in de seksuele behoeften van cliënten waardoor er voldaan wordt aan een van de primaire behoeften van de cliënten.

1.4 Hoofdvraag en deelvragen

Hoofdvraag

Hoe kunnen medewerkers van groep H de visie seksualiteit van instelling K. implementeren in de praktijk om beter te kunnen voorzien in de seksuele behoeften van de cliënten van groep H?

Deelvragen

1. Zijn medewerkers op de hoogte van de visie seksualiteit van de instelling?
2. Welke knelpunten worden er ervaren in het voorzien in de seksuele behoeften van de cliënten?
3. Wat gaat er goed in het inzetten van de visie en in het voorzien in de seksuele behoeften van de cliënten?
4. Welke handvaten hebben medewerkers nodig om de visie beter in te zetten en beter te voorzien in de seksuele behoeften van de cliënten?

1.5 Begripsafbakening

Cliënten: De doelgroep van instelling K. is erg breed. Volgens de site van instelling K. zijn zij er voor mensen die moeite hebben met horen of communiceren. Voor jong en oud. Van baby en peuter, tot tiener en volwassene (Koninklijke Kentalis, z.j.). Wanneer er in dit onderzoek gesproken wordt over cliënten worden hier de cliënten van groep H bedoeld. Dit zijn 6 cliënten, 5 jongens en 1 meisje. Allen in de leeftijd van 17 tot 21 jaar. Zij hebben allemaal verschillende meervoudige complexe ziektebeelden variërend van doof/slechthorend of doofblind, spasme, Rubella of/en autisme. Ook hebben zij allemaal een verstandelijke beperking variërend van een diepe tot matige verstandelijke beperking.

Implementeren: volgens het NJI (2016) is implementatie een procesmatige invoering van een verandering (NJI, 2016). Wanneer er in dit onderzoek gesproken wordt over implementeren betreft dit de manier van handelen in de praktijk na de visie seksualiteit van organisatie K.

Seksuele behoeften: in de visie van de instelling wordt er gesproken over seksualiteit en de behoeften die hieruit voortkomen. Hieronder verstaan zij behoeften aan vriendschappen, verliefdheid, vrijen en geslachtsgemeenschap, masturbatie, prostitutie en bemiddelingsbureau alternatieve relatievorming en pornografie (Schakenraed, Slot, Torie, & Vermeulen, 2010). Wanneer er in dit onderzoek gesproken wordt over seksuele behoeften omvangt dit alle boven genoemde begrippen.

Visie seksualiteit: Instelling K. heeft een visie seksualiteit geschreven door Schakenraed, Slot, Torie en Vermeulen (2010). Hierin staat onder andere dat seksualiteit een belangrijk aspect is van het leven en als zodanig meebepalend is voor de kwaliteit van leven en dat in de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking aandacht te moet worden besteed aan alle aspecten van het leven, dus ook aan seksualiteit. In deze visie is ook opgenomen hoe medewerkers om horen gaan met seksualiteit bij cliënten. Zo stelt de visie dat eigen normen en waarden van medewerkers een rol spelen bij de begeleiding van seksualiteit, maar dat de gedragscode van de instelling leidend is.

Hoofdstuk 2: Theoretisch kader

In dit hoofdstuk worden al bestaande opvattingen, theorieën en ideeën beschreven die nodig zijn om het praktijkprobleem op te lossen.

Seksuele ontwikkeling

De seksuele ontwikkeling speelt een rol in het leven van alle kinderen, maar wat is precies het verschil in deze ontwikkeling?

Volgens Redflower (2010) is de seksuele ontwikkeling van kinderen onderverdeeld in verschillende fasen. Seksuele ontwikkeling begint al bij de 0 jaar. Tussen de 0 en 8 maanden neemt een baby waar door te zuigen, grijpen en voelen. Hierin is huid contact erg belangrijk, maar een baby maakt nog geen verschil tussen zichzelf en anderen. Van 8 tot 14 maanden gaat een baby zijn eigen lijf ontdekken, het ene plekje voelt fijner dan het andere plekje. Knuffelen en strelen spelen een grote rol. Er wordt ontdekt dat er onderscheid is tussen ik en een ander en de eigen identiteit wordt ontwikkeld. Baby's van 14 tot 36 maanden hebben een grote interesse in poepen en billen. Knuffelen en bloot lopen ervaren zij als prettig. Baby's ontdekken dan ook het geslachtverschil tussen jongens en meisjes. Openlijk masturberen en vragen stellen over het verschil tussen jongens en meisjes komt voor (Redflower, 2010).

Volgens de Graaf en Maris (2014) is de kleuter periode, van drie tot zes jaar, een echte ontdekkingsfase. Kleuters ontdekken dat ze een jongetje of meisje zijn en wat daarbij komt kijken. Ook leren ze hoe hun lichaam eruit ziet, hoe het voelt, hoe alles heet en wat je er mee kan, dit niet alleen bij zichzelf maar ook bij anderen. Ook komen er vragen over waar baby's vandaan komen. Doordat zij nog niet veel kunnen met sociaal culturele regels komt het wel eens voor dat zij hun billen aan anderen laten zien of in het openbaar aan hun geslachtsdeel zitten (Graaf & Maris, 2014).

Kinderen van zeven tot negen jaar kennen volgen de Graaf en Maris (2014) deze regels steeds beter, waardoor er ook schaamte optreedt en zij niet meer openbaar zichzelf naakt tonen. Toch provoceren zij de regels regelmatig door vieze woorden te roepen of tekeningen te maken van geslachtsdelen. Kinderen in deze leeftijd spelen steeds vaker in seksehomogene paren. De eerste verliefdheid vindt plaats en de sommige kinderen hebben de eerste verkering, al gaat dit nog niet verder dan de afspraak maken om verkering te hebben met elkaar (Graaf & Maris, 2014).

Rond het tiende jaar komen er pre-puberale processen op gang. Tussen de tien en twaalf jaar vinden al veel lichamelijke veranderingen plaats die vaak veel onzekerheden met zich mee brengen. De interesse in alles wat met seks te maken heeft komt op gang, gesprekken met vrienden en ouders vinden plaats en kinderen gaan zelf op zoek naar plaatjes en filmpjes over het onderwerp. De interesse in het thema loopt wel erg uit een bij kinderen van deze leeftijd, de een is er al erg mee bezig en de andere wil er nog niet aan denken (Graaf & Maris, 2014).

Tussen het 13^{de} en 15^{de} levensjaar gaan kinderen zich volgens de Graaf en Maris (2014) steeds meer losmaken van hun ouders. Tegelijkertijd gaat de mening van vrienden een steeds grotere rol spelen. De interesse in seks komt steeds meer op gang: jongeren gaan fantaseren, worden seksueel opgewonden en gaan masturberen. Dit laatste geldt voornamelijk voor jongens, zij gaan ook steeds

meer op zoek naar seksueel getint beeldmateriaal opzoeken. Vrijwel alle jongeren van deze leeftijd zijn wel eens verliefd geweest en hebben verkering gehad. Binnen deze relaties verschilt het contact van zoenen tot voelen en strelen (Graaf & Maris, 2014).

In de periode van 16 tot en met 18 jaar worden relaties en seksueel contact steeds serieuzer. Seks gaat stapje voor stapje verder en veel jongeren doen de eerste ervaring op met vingeren, aftrekken, geslachtsgemeenschap en orale seks. In deze periode ontdekken jongeren of ze op jongens of op meisjes vallen. Voor jongeren bij wie dit iemand van het eigen geslacht is, kan dit een verwarrende tijd zijn met het zoeken naar hoe dit uit te leggen is naar zichzelf en anderen (Graaf & Maris, 2014).

Volgens Lammers en Houdijk (2005) zijn mensen met een handicap lange tijd als asexueel gezien. Maar volgens hen heeft ieder mens, ook mensen met een verstandelijke beperking, seksuele gevoelens en behoeften. De lichamelijke, hormonale, seksuele ontwikkeling van jongeren met een verstandelijke beperking loopt niet anders dan die bij jongeren zonder verstandelijke beperking. Het hebben van seksuele gevoelens en verlangens is niet gekoppeld aan het ontwikkelingsniveau, deze jongeren hebben niet minder behoeften aan intimiteit, liefde en aandacht. Een achterstand in de ontwikkeling heeft volgens Lammers en Houdijk (2005) echter wel invloed op de manier van beleven en uiten van seksuele gevoelens. Het lichaam ontwikkelt zich volgens de biologische leeftijd.

Jongeren met een verstandelijke beperking kunnen volwassen seksueel gedrag ontwikkelen, maar de kennis en emotionele en sociale vaardigheden zijn wel conform aan de ontwikkelingsleeftijd. Hierdoor kunnen deze jongeren niet op een volwassen manier omgaan met seksualiteit. Om deze jongeren goed te kunnen begeleiden in vragen en problemen met betrekking tot seksualiteit, is het volgens Lammers en Houdijk (2005) belangrijk te weten op welk ontwikkelingsniveau de jongere zich bevindt. Hierin zijn drie niveaus te onderscheiden:

- *Verstandelijk of cognitief niveau*: dit is van invloed op wat iemand kan begrijpen en aan vaardigheden kan ontwikkelen
- *Emotioneel niveau*: heeft te maken met de draagkracht, wat kan een persoon aan met betrekking op gevoel, beleving en gemoedstoestand.
- *Sociaal niveau*: uit zich in gedrag naar zichzelf en de ander. Op dit niveau is er vaak sprake van aangeleerd gedrag.

Volgens Lammers en Houdijk (2005) is er bij mensen met een verstandelijke beperking vaak sprake van het achterblijven van de sociale en emotionele ontwikkeling ten aanzien van de cognitieve en lichamelijke ontwikkeling. Hierdoor ontstaat er een groot verschil in wat de jongere lichamelijk aan kan en wat hij emotioneel en sociaal aan kan. De puberteit kan erg verwarrend zijn voor deze mensen, want het lichaam en de hormonen veranderen, waardoor de seksuele gevoelens steeds sterker worden, maar de ontwikkelingsleeftijd blijft onveranderd ten opzichten van waar deze is blijven steken (Lammers & Houdijk, 2005).

Zoals hierboven beschreven verloopt de lichamelijke en hormonale seksuele ontwikkeling bij jongeren met een verstandelijke beperking niet anders dan bij jongeren zonder verstandelijke beperking. Bij alle mensen verloopt de seksuele ontwikkeling in fases en begint al bij 0 jaar. Waar het lichaam en de hormonen bij jongeren met een verstandelijke beperking wel doorloopt, heeft de achterstand in

verstandelijke ontwikkeling echter wel invloed op de uiting en beleving van seksualiteit. Dit gegeven is belangrijk in de begeleiding van seksualiteit bij jongeren met een verstandelijke beperking. Het is belangrijk voor hun begeleiders dat ze hier rekening mee houden. De vraag is echter of de medewerkers van groep H van dit gegeven op de hoogte zijn.

Voorlichtingsmethode vanuit organisatie K.

Door dat er een groot verschil is in wat jongeren met een beperking op het gebied van seksualiteit lichamelijk en emotioneel aankunnen, is het belangrijk dat er voorlichtingsmateriaal beschikbaar is wat hierop aansluit. Instelling K. heeft zelf een methodiek ontwikkeld om cliënten voorlichting te geven.

'Hallo IK' is een methodische training, ontwikkeld door instelling K., over het lichaam, gevoel, seksualiteit, weerbaarheid en sociale vaardigheden voor kinderen met een verstandelijke beperking. 'Hallo IK' sluit aan op het niveau, de belevingswereld, de voorkennis en de visuele manier van communiceren van deze mensen

Aan de hand van verschillende werkvormen en op basis van thema's als lichaam, gevoel en vriendschap leert de cliënt wie hij is en wat hij wil en kan. De rode draad is het ja- en nee-gevoel, wat is fijn en wat is niet fijn. Hierdoor leert de cliënt dit gevoel te herkennen, te benoemen en te uiten in verschillende situaties.

De training bestaat uit wekelijkse bijeenkomsten die in groepsverband of individueel gegeven kunnen worden. Elke bijeenkomst staat in het teken van een thema dat wordt behandeld via verschillende werkvormen als praten, rollenspellen, bordspellen en het maken van verwerkingsopdrachten. Lichaamsbeeld en lichaamsbesef zijn de basisthema's die als eerst worden behandeld. Hierdoor wordt meteen duidelijk of de deelnemer wel of geen of gedeeltelijk lichaamsbesef heeft. Dit is richtinggevend voor de rest van de training (Koninklijke Kentalis, z.j.).

Uit bovenstaande blijkt dat instelling K. een eigen voorlichtingsmethode heeft voor haar cliënten. Deze kan aangepast worden aan het niveau en de beleving van de cliënten. De vragen die dit echter oplevert is of de methode bekend is bij de medewerkers van groep H en of deze methode echt goed passend gemaakt kan worden.

Handelingsverlegenheid

Zoals eerder beschreven in de probleemanalyse is er volgens Meininger (2009) spraken van een nieuwe handelingsverlegenheid onder werknemers in de zorg. Dit heeft volgens Meininger te maken met de seksuele ethiek en de ethiek van de zorg.

De seksuele ethiek is in de laatste jaren erg veranderd. Door de beschikbaarheid van betrouwbare anticonceptie is het normenpatroon van seksualiteit verschoven van voortplantinggecentreerd naar behoeftegecentreerd. Waar seksualiteit eerst primair gezien werd als het voortbestaan van het menselijk geslacht, wordt het nu gezien als een lustbehoefte die net als honger en dorst bevredigd moet worden. Hierdoor ontstaat er een grote verscheidenheid aan morele gezichtspunten. Deze nieuwe vrijheid omtrent seksualiteit brengt volgens Meininger een nieuwe verlegenheid met zich mee. Zonder veel houvast moet ieder voor zich een eigen moraal ontwikkelen. Opvoeding rondom seksualiteit kan niet meer gegeven worden aan de hand van een bepaald gedragspatroon. Dit hoort nu vooral te draaien om de ondersteuning in de ontwikkeling van de eigen identiteit en persoonlijk

moraal in een sociale context die gekenmerkt wordt door veel verschillende seksuele 'scripts'. Als er gekeken wordt naar de ethiek in de zorg zijn er volgens Meininger twee spanningsvelden bij seksualiteit van mensen met een verstandelijke beperking. Ten eerste het spanningsveld tussen afstand en nabijheid. De meeste zorginstanties beschouwen de zorgverlener als het belangrijkste middel waarmee zorg wordt verleend. Hierdoor is een bepaald soort nabijheid onvermijdelijk, een vertrouwensrelatie met de cliënt. Zonder deze relatie is zorg ondenkbaar, maar hierdoor zit de zorgverlener de cliënt soms heel dicht op de huid. Maar de organisaties leggen ook de nadruk op het belang van afstand van de zorgverlener ten opzichte van de cliënt. Zorgverlening moet transparant zijn, objectief registreerbaar en controleerbaar. Alleen op deze manier is de zorg te verantwoorden aan de cliënt, maar zeker ook aan de geldgever. Juist hier, in de externe verantwoording, bevindt zich volgens Meininger het tweede spanningsveld. Namelijk het spanningsveld tussen publiek en persoonlijk moraal. De verantwoording naar buiten speelt zich af in het publiek moraal: datgene waarin wij in onze multiculturele samenleving een wederzijdse instemming hebben bereikt en de regels en procedures die zijn vastgesteld op deze instemming. Het persoonlijk moraal hoort in de publieke verantwoording geen rol te spelen. Maar in de professionele zorgverlening is er het besef dat dit persoonlijk moraal van cruciaal belang is. In eerste instantie omdat het de bron is van alle motieven om te zorgen. En in tweede instantie omdat zorgverlening voor mensen met een verstandelijke beperking er voor een belangrijk deel uit bestaat om deze mensen te ondersteunen in het vinden van een eigen weg in de vorming van een eigen seksuele identiteit. Dat vraagt om het aangeven van een richting die op niets anders dan op het persoonlijk moraal gebaseerd kan zijn. Dat kenmerkt volgens Meininger de moeilijke positie van de zorgverlener: zij bekleedt een functie die enerzijds een publiek karakter heeft, maar die anderzijds van zodanige aard is dat ze zich niet buiten het privédomein van de cliënt kan houden. Dit raakt uiteindelijk ook het privédomein, de eigen identiteit, gevoelens en overtuigingen van de zorgverlener. Het spanningsveld tussen publiek en persoonlijk moraal houdt de vraag levend of 'te verantwoorde zorg' ook 'goede zorg' is. Dit maakt de zorgverleners onzeker over hun rol.

Deze spanningsvelden weerspiegelen zich volgens Meininger (2009) in het beleid omtrent seksualiteit van organisaties. Er zijn twee lijnen te onderscheiden:

- De zorginhoudelijke lijn: visie op opvoeding en begeleiding en dus een mensbeeld dat een richtinggevende kracht heeft voor relaties in het algemeen. Deze invalshoek overstijgt noodzakelijke de grenzen van het publiek moraal en leidt tot een doordacht organisatiespecifiek kader van waarden. Met betrekking tot de beleving van seksualiteit behelst dat kader een omschrijving van een in de organisatie breed gedragen normatief beeld van seksualiteit dat werknemers in de zorgverlening aan cliënten voor willen houden zonder het op te dringen.

- De beheersmatige lijn: treedt vooral op de voorgrond als er sprake is van onzekerheid of van reacties op, dan wel vrees voor, grensoverschrijdend gedrag waarover verantwoording afgelegd moet worden. Op de achtergrond staat het publiek moraal dat zich neutraal opstelt, maar die vooral opkomt voor de openbare orde, veiligheid en integriteit van het lichaam en de rechten van mensen.

Handhaving hiervan vraagt om regels, protocollen en procedures ten aanzien van het gedrag en het handelen naar de cliënt toe. Al proberen organisaties met de regels en procedures greep te krijgen op

de situatie, er wordt keer op keer door incidenten bewezen dat de controle en naleving ervan vaak halfslachtig is, het veel zakelijke rompslomp met zich meebrengt en het uiteindelijk niet effectief is. Bovendien vertellen deze regels en protocollen niets over de inhoudelijke visie van de organisatie, hoogstens iets over wat zij willen voorkomen. Het overgebleven effect is dat het spanningsveld tussen persoonlijk moraal en publiek moraal steeds meer verstekt wordt.

In de praktijk voert volgens Meininger de beheersmatige lijn vrijwel altijd de boventoon. Dat heeft gevolgen voor de omgang met seksualiteit. Ten eerste versmalt de lijn het beeld van seksuele beleving. Het wordt gezien als een 'probleem' dat praktische 'oplossingen' vraagt. Er bestaat weinig aandacht voor procedures, structuren en culturen die beogen een positieve omgang met de eigen seksualiteit te bevorderen. Een tweede gevolg is dat het praten en handelen met betrekking tot seksualiteit in zorgorganisaties voor cliënten vaak een angstig en defensief karakter heeft. Tot slot bevordert een beheersmatige lijn een omgang met cliënten waarin elke vorm van lijfelijke aanraking van niet technische aard wordt uitgesloten.

De conclusie van Meininger is dat de eenzijdige focus op beheersing en de mantel van morele neutraliteit waarin zorgorganisaties zich verhullen de belangrijkste bronnen zijn van de handelingsverlegenheid rond seksualiteit van mensen met een verstandelijke beperking.

Zorgverleners worden geconfronteerd met een paradox. Door zich neutraal op te stellen lijkt er volop ruimte gegeven te worden aan de autonomie van de zorgvrager, maar aan de andere kant lijkt er een gedetailleerd kader van gedragsaanwijzingen nodig. Deze aanwijzingen geven zorgverleners echter niet antwoord op hoe zij cliënten die kwetsbaar zijn in hun autonome handelen kunnen begeleiden in de ontwikkeling van hun seksuele identiteit (Meininger, 2009).

Hierboven staat beschreven waar de nieuwe handelingsverlegenheid bij medewerkers vandaan komt als het gaat om seksualiteit bij mensen met een verstandelijke beperking. Allereerst is dit omdat de ethiek rondom seksualiteit veranderd is. Vroeger werd seksualiteit gezien als voortplanting, terwijl er nu vaker gedacht wordt aan lust en behoeften. Hierdoor kan de voorlichting niet meer gegeven worden aan de hand van een bepaald gedragspatroon. Ten tweede speelt er binnen organisaties veel op beleidsniveau rondom seksualiteit waardoor zorgverleners niet goed weten hoe zij cliënten kunnen begeleiden in hun seksuele ontwikkeling. Door deze onduidelijkheid raken medewerkers handelingsverlegen als zij geconfronteerd worden met seksualiteit bij cliënten. De vraag die er nog ligt is hoe dit opgelost kan worden.

Implementatie

Ondanks dat er een goed ontwikkelde visie en voorlichtingsmateriaal bekend is bij de instelling is dit nog niet bij alle medewerkers het geval. De vraag is waar het is mis gegaan.

Volgens het NJI (2016) is implementatie een procesmatige uitvoering van een vernieuwing of verandering. Met als doel op de korte termijn dat de verandering is geïntegreerd in het beroepsmatig handelen, in het functioneren van organisaties of in de structuur van de sector. En als doel op de lange termijn dat de verandering verbetering oplevert.

De implementatie van een verandering verloopt in fases. Pas als de verandering in het hart, hoofd en handen van mensen is verankerd, kan er gesproken worden over een succesvolle implementatie. Bij

elke fase passen verschillende activiteiten zoals communicatie, scholing voorafgaand aan het gebruik van het veranderen en ondersteuning en uitwisseling tijdens het gebruik van de verandering. Ook is er baat bij monitoring en evaluatie, zodat helder wordt of het beoogde resultaat bereikt wordt. Er worden de volgende fasen onderscheiden:

- **Verspreiding:** de betrokkenen worden geïnformeerd over de verandering.
- **Adoptie:** de betrokkenen staan positief tegenover de verandering en voeren deze daadwerkelijk uit.
- **Invoering:** de betrokkenen leren omgaan met de verandering en voeren deze daadwerkelijk uit.
- **Borging:** de betrokkenen hebben de verandering geïntegreerd in hun dagelijkse werkwijze.

Volgens het NJI (2016) verlopen bovenstaande fasen niet lineair. In de praktijk kan het zijn dat een verandering zich in meerder fasen tegelijkertijd bevindt. Dit doordat er vaak meerdere betrokkenen zijn (NJI, 2016).

Is er een beste methode voor implementatie?

Volgens het NJI (2016) is er weinig wetenschappelijke literatuur beschikbaar over implementatie van vernieuwingen in de jeugdsector. Hierdoor is er weinig bekend over welke aanpak werkt in welke context. Een beste methode voor implementeren is er niet. Wat werkt is afhankelijk van vier factoren namelijk:

- **De organisatie(s)** waar de verandering wordt doorgevoerd;
- **De verandering** die wordt beoogd;
- **De context** waarbinnen de verandering plaatsvindt;
- **De betrokkenen** die met de verandering leren omgaan.

De aanpak van implementatie moet op deze factoren afgestemd worden, waarbij geldt dat een combinatie van verschillende activiteiten zorgt voor een groter effect. Het meest effectief is om voor elke verandering een 'strategie op maat' te maken, met passende activiteiten die aansluiten bij de fasen van de verandering en de verschillende factoren (NJI, 2016).

Hierboven is te lezen dat implementatie verloopt via verschillende fases en pas succesvol is als het al deze fases goed doorlopen heeft. Een juiste manier voor implementeren is er niet en is afhankelijk van verschillende factoren. Het inzicht dat dit geeft is dat een verandering in de gehele organisatie opgepakt moet worden en dan pas juist geïmplementeerd kan worden. De vraag die hier ligt is waar het met de implementatie van de visie seksualiteit van instelling K. is misgegaan.

Hoofdstuk 3: Methodologie

In dit hoofdstuk wordt de methodologie behandeld die gebruikt is voor het behandelen van de onderzoeksvraag. De populatie, steekproef, de manier van kennisverzameling en de manier waarop de anonimiteit gewaarborgd is, zijn beschreven. Ook is de manier van dataverzameling en de data-analyse beschreven. Hierbij komen de ethische verantwoording, betrouwbaarheid en de validiteit aan bod.

3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef

Volgens Baarda et al (2013) is de onderzoekspopulatie de groep waar over in het onderzoek uitspraken worden gedaan. Dit kunnen mensen zijn, maar ook groepen, bedrijven, organisaties of situaties.

De onderzoekspopulatie van dit onderzoek betreft de werknemers van groep H. van instelling K. Zij alleen vormen de onderzoekspopulatie, omdat er uitspraken gedaan worden over hoe zij de visie van instelling K. goed kunnen implementeren. De onderzoekspopulatie bestaat uit 13 vrouwen in de leeftijdscategorie van 21 tot 45 jaar. De gehele populatie is van Nederlandse afkomst. Het opleidingsniveau ligt van MBO niveau 4 tot universitaire opleiding. Zij zijn werkzaam in de functie stagiaire, BBL-leerling, assistent begeleider, begeleider en persoonlijk begeleider. De tijd dat de werknemers werkzaam zijn binnen instelling K. varieert van 2 maanden tot 26 jaar.

Nadat de onderzoekspopulatie bekend is, is de volgende stap om een selectie te maken van welke mensen uit de onderzoekspopulatie er betrokken moeten worden bij het onderzoek. Deze selectie wordt de steekproef genoemd (Baarda, et al., 2013).

Voor dit onderzoek is er gekozen voor een niet gerichte selecte steekproef. Dit wil zeggen dat de steekproef niet getrokken is op basis van bepaalde kenmerken, maar is getrokken uit de gehele populatie (Baarda, et al., 2013). In het onderzoek was het door agendatechnische redenen bij de respondenten niet mogelijk om een gerichte steekproef af te nemen. Hiervoor is digitaal gevraagd wie er mee kon en wilde werken. Hierdoor heeft niet iedereen uit de populatie een even grote kans gehad om mee te werken aan het onderzoek. Dit wordt ook wel een toevallige steekproef genoemd (Baarda, et al., 2013).

Het nadeel van een niet gerichte steekproef is dat niet iedereen uit de gehele populatie evenveel kans maakt om in een het onderzoek opgenomen te worden, hierdoor kan het zijn dat de representativiteit van het onderzoek in het geding komt. Met representativiteit wordt bedoeld dat de steekproef een goede afspiegeling is van de gehele populatie (Hofstede, z.j.). Dit is belangrijk om uitspraken te kunnen doen voor de gehele populatie. Wanneer de steekproef niet representatief is, kunnen er geen correcte uitspraken worden gedaan over de gehele populatie. Doordat er in dit onderzoek door agendatechnische redenen een niet gerichte selecte steekproef is getrokken, kan het zijn dat niet alle aspecten van de populatie in de steekproef naar voren zijn gekomen.

Als er gekeken wordt naar de kenmerken van de populatie en de kenmerken van de steekproef is er te zien dat alle omschreven kenmerken bij de populatie, ook terug komen in de steekproef:

Kenmerken	Populatie	Steekproef
Leeftijd	21 t/m 45 jaar	21 t/m 45 jaar
Opleidingsniveau	MBO niveau 4 tot universitaire opleiding	MBO niveau 4 tot universitaire opleiding
Functie	Stagiaire, BBL-leerling, assistent-begeleider, begeleider en persoonlijk begeleider.	Stagiaire, BBL-leerling, assistent-begeleider, begeleider en persoonlijk begeleider.
Duur werkzaamheid binnen de organisatie	2 maanden tot 26 jaar	2 maanden tot 26 jaar

Uit bovenstaande tabel blijkt dat alle belangrijke kenmerken van de populatie beslagen wordt door de steekproef. Hierdoor is het aannemelijk dat de steekproef representatief is voor de populatie. Dit draagt bij aan de externe validiteit van het onderzoek, oftewel hoeverre de onderzoeksresultaten kunnen worden gegeneraliseerd naar de beoogde populatie (Baarda, et al., 2013). Gezien het feit dat de steekproef representatief is voor de populatie, kunnen de uitspraken over de gehele populatie gegeneraliseerd worden.

De anonimiteit van de respondenten wordt gewaarborgd door hen niet met naam te vernoemen in het onderzoeksrapport. Dit werd in e-mailcontact al benoemd en zal voorafgaand aan de interviews nog eens benadrukt worden. Ook wanneer zij liever niet hebben dat het interview in het onderzoek gebruikt wordt zal hier rekening mee worden gehouden.

3.2 Dataverzamelmethode

De onderzoeksmethoden waar voor is gekozen in dit onderzoek is kwalitatief onderzoek. Deze keuze is gemaakt, omdat voor beantwoording van de hoofdvraag diepgaande informatie nodig is om de wensen, ervaringen, meningen en behoeften van de populatie kenbaar te krijgen (Baarda, et al., 2013).

Bij kwalitatief onderzoek zijn er verschillende manieren om data te verzamelen. Er wordt vaak gebruik gemaakt van meerdere methodes tegelijk, ook wel methode triangulatie genoemd. Methodes om data te verzamelen zijn: het gebruik van bestaand materiaal, interviewen en/of observeren (Baarda, et al., 2013). In dit onderzoek is er gekozen voor interviewen. Dit omdat na het beantwoorden van de onderzoeksvraag duidelijk moet zijn welke knelpunten er ervaren worden bij het voorzien in de seksuele behoeften van de cliënt, wat er al goed gaat en wat de medewerkers denken nodig te hebben om beter om te gaan met de seksuele behoeften van de cliënten. Het gaat er dus vooral om welke kennis de medewerkers hebben en missen, wat zij denken en wat zij voelen. Om hier achter te komen is interviewen de aangewezen manier om deze data te verzamelen (Baarda, et al., 2013).

De interviews worden afgenomen aan de hand van een half-gestructureerd interview. Hier is voor gekozen, omdat om bij de juiste informatie te komen er een aantal onderwerpen en daardoor ook vragen vast moeten liggen. Echter om er achter te komen wat iemand denkt of voelt hoeven juist niet alle vragen vast te liggen: er moet ruimte zijn om door te vragen. Dit is alleen mogelijk bij een half-

gestructureerd interview (Baarda, et al., 2013). Hierdoor wordt het verloop van het gesprek niet aan te veel toeval overgelaten en worden alle belangrijke onderwerpen aangesneden, maar er is wel ruimte om in te gaan op gedachten, gevoelens en meningen. Dit draagt bij aan de betrouwbaarheid van de interviews. Met betrouwbaarheid wordt bedoeld: “*de mate waarin de resultaten onafhankelijk zijn van toeval*” (Baarda, et al., 2013). Door in ieder interview dezelfde onderwerpen aan te snijden is het zeker dat alle respondenten hierover hun mening, visie, gedachten en kennis delen. Door in ieder interview hetzelfde onderwerp aan te snijden, wordt er ook voldaan aan de validiteit van het onderzoek. Met validiteit wordt bedoeld “*meten wat je beoogt te meten*” (Baarda, et al., 2013). Er wordt voldaan aan de interne validiteit, want door in ieder interview dezelfde onderwerpen aan te snijden kunnen de juiste conclusies getrokken worden. Door van te voren onderwerpen en vragen over te nemen uit de hoofdvraag, de deelvragen en het theoretische kader in de topic lijst en deze in elk interview terug te laten komen, is het zeker dat je beoogt wat je beoogt te meten. Elk onderwerp komt aan bod, dus op elke vraag hoort een antwoord te komen.

Om respondenten te werven is er in eerste instantie zowel mondeling als via e-mail contact geweest met de populatie. Hierin was al aangegeven dat het zou gaan om een interview, wat het onderwerp en het uiteindelijke doel van het onderzoek zouden zijn en dat het interview anoniem zou zijn. In de e-mail is gevraagd wie mee zou willen werken aan het onderzoek. Op deze manier had iedereen uit de populatie de kans om vrijwillig mee te werken aan het onderzoek. Hierdoor wordt voldaan aan de “*informed consent*”: voorafgaand aan een onderzoek toestemming vragen (Baarda, et al., 2013). De keuze om mensen vrijwillig mee te laten werken aan het onderzoek is gemaakt, omdat het een gevoelig onderwerp is en respondenten de keuze hebben kunnen maken of zij hier voor openstaan of niet. Een valkuil is echter dat mensen uit de populatie met een sterke mening zich niet vrijwillig opgeven om mee te werken. Hierdoor komt de betrouwbaarheid van de resultaten in het geding, want wanneer respondenten die zich opgegeven hebben alleen maar sociaal wenselijke antwoorden geven zijn de resultaten niet representatief.

Voor aanvang van de interviews is ook benoemd dat de interviews zouden worden opgenomen en uitgetypt, maar dat ze na 6 maanden verwijderd zouden worden, hier is ook nogmaals benoemd dat het interview anoniem is en wat het onderwerp en uiteindelijke doel was van het onderzoek. Ook is er aangegeven dat wanneer de respondent achteraf liever niet zouden willen dat het interview gebruikt zou worden, dit aangegeven kon worden. Dit alles draagt bij aan de ethiek van het onderzoek, omdat respondenten uit vrije wil hebben mee gewerkt en zich altijd nog terug konden trekken.

Alle interviews zijn individueel en mondeling afgenomen. Er is gekozen om de interviews individueel af te nemen, omdat bij het onderwerp sociale wenselijkheid een grote rol speelt. Het gaat om hoe werknemers staan tegen over en omgaan met de uitingen en behoeften aan seksualiteit bij cliënten. Tegenover directe collega's zullen respondenten niet snel toegeven iets niet op de juiste manier of via de regels te doen. In een individueel gesprek zullen zij dit sneller doen, indien de resultaten anoniem blijven (Baarda, et al., 2013). Dit draagt bij aan de validiteit, omdat er minder snel sociaal wenselijke antwoorden zullen worden gegeven en er eerlijke antwoorden kunnen worden verwacht. Hierdoor zullen de resultaten meer representatief zijn.

In de meeste kwalitatieve onderzoeken wordt gebruik gemaakt van mondelinge interviews (Baarda, et al., 2013), zo ook in dit onderzoek. Er is gekozen voor een mondeling interview, omdat op deze manier dieper ingegaan kan worden op onderwerpen. Zo valt het te zien wanneer een respondent twijfelt, iets niet begrijpt of ongemakkelijk wordt door een vraag en zo kan daarop ingegaan worden en kan er doorgevraagd worden. Om de betrouwbaarheid van individuele, mondelinge interviews te waarborgen is het belangrijk dat er zo weinig mogelijk aan het toeval overgelaten wordt. Om de betrouwbaarheid beter te waarborgen zijn alle interviews opgenomen via opnameapparatuur. Hierdoor is letterlijk uit te typen wat de respondenten hebben gezegd en kunnen er geen verkeerde interpretaties worden gedaan.

3.3 Meetinstrument

Je gebruikt meetinstrumenten om data te verzamelen (Baarda, et al., 2013).

Om een halfgestructureerd onderzoek af te kunnen nemen is er een topiclijst opgesteld. In een topiclijst worden onderwerpen opgenomen die in het interview ter sprake moeten komen (Baarda, et al., 2013). Om deze onderwerpen vast te stellen is er gebruik gemaakt van de onderzoeksvraag, maar ook van het theoretisch kader en de probleemanalyse. In de topiclijst is ook de inleiding opgenomen en een aantal voorbeeldvragen. Voor de topiclijst van dit interview wordt verwezen naar bijlage 1.

Om de topiclijst te maken is er gekeken naar het theoretisch kader en de hoofdvraag en deelvragen. Hierop zijn de onderwerpen in de lijst gebaseerd. Alle thema's uit het theoretisch kader zijn opgenomen in de topiclijst. Er is gekozen om seksuele ontwikkeling van jongeren mee te nemen in de topiclijst, omdat het belangrijk is te weten of medewerkers op de hoogte zijn van het verschil in lichamelijke en verstandelijke ontwikkeling. Hierop kunnen later aanbevelingen gebaseerd worden. De voorlichtingsmethode van de instelling is opgenomen in de topiclijst, om erachter te kunnen komen wat medewerkers van deze voorlichting vinden en of dit ook geschikt is voor de cliënten van groep H. Handelingsverlegenheid is opgenomen in de topiclijst om erachter te komen of dit speelt bij de medewerkers en waar zij denken dat het aan zou liggen. Tot slot is implementatie meegenomen in de topiclijst, omdat het belangrijk is te weten waar medewerkers denken dat het is misgelopen met het implementeren van de visie.

Begrippen als seksuele behoeften, implementatie en handelingsverlegenheid zijn moeilijk te meten. Om ervoor te zorgen dat abstracte termen goed begrepen worden door respondenten, moet er geoperationaliseerd worden. Operationaliseren is het meetbaar maken van een begrip, een variabele kunnen we definiëren als een geoperationaliseerd begrip (Hogeschool Utrecht, 2006). Daarom zijn deze begrippen omgezet in meer begrijpelijke en meetbare termen. Seksuele behoeften is meetbaar in termen als behoeften aan intimiteit, vriendschap, zelfbevrediging en geslachtsgemeenschap. Met implementatie/implementeren wordt bedoeld: integreren de praktijk of inzetten in de praktijk. En handelingsverlegenheid kan gemeten worden in ongemakkelijk voelen bij het zien van handelingen, of het bespreken van een taboe onderwerp. Een topiclijst is hier een goede manier voor, omdat je zo de meetbare termen op kan nemen in topics en vastgestelde vragen.

Door een topiclijst op te stellen wordt de validiteit gewaarborgd, doordat er gekeken is naar de onderzoeksvraag en de theorieën en er hierdoor geen belangrijke onderwerpen en aspecten van het

onderzoek vergeten worden in de interviews. Zo kunnen de juiste conclusies worden getrokken per onderwerp. Hierdoor wordt ook de betrouwbaarheid gewaarborgd, want zoals eerder benoemd, wordt er door het maken van een topiclijst minder aan het toeval over gelaten. Hiermee wordt bedoeld dat in ieder interview dezelfde onderwerpen aan bod moeten komen en hierdoor is het verloop van het gesprek niet helemaal afhankelijk van wat de geïnterviewde verteld en het daarop doorvragen.

3.4 Data-analyse

Analyse is een zoektocht naar antwoorden op de onderzoeksvraag. Het doel van de analyse is een conceptueel model maken, vervolgens het materiaal ordenen en beschrijven op basis van het model (Baarda, et al., 2013). De onderzoeksvraag waar antwoord op gegeven moet worden is: "Hoe kunnen medewerkers van groep H de visie seksualiteit van de instelling implementeren in de praktijk om te voorzien in de seksuele behoeften van de cliënten van groep H?"

De deelvragen zijn:

- "Zijn medewerkers op de hoogte van de visie seksualiteit van de instelling?"
- "Welke knelpunten worden er ervaren in het voorzien in de seksuele behoeften van de cliënten?"
- "Wat gaat er goed in het inzetten van de visie en in het voorzien in de seksuele behoeften van de cliënten?"
- "Welke handvaten hebben medewerkers nodig om de visie beter in te zetten en beter te voorzien in de seksuele behoeften van de cliënten?"

Om de data te analyseren is er ook gebruik gemaakt van de voorkennis. De voorkennis uit het theoretische kader is gebruikt als *sensitizing concepts*, deze dienen als kapstok waaraan de bevindingen kunnen worden opgehangen (Baarda, et al., 2013). Deze begrippen zijn ook verwerkt in de topiclijst. Deze begrippen zijn: seksuele ontwikkeling/behoeften, seksuele voorlichting, visie instelling K., seksueel misbruik, implementeren, handelingsverlegenheid en eigen normen, waarden, visie en meningen.

Om data te analyseren is er volgens Baarda et al.(2013) onderzoeksmateriaal nodig. Dit kan gedaan worden aan de hand van een aantal vragen namelijk:

- Wanneer begint de analyse?
- Wordt al het materiaal letterlijk uitgeschreven?
- Met welk materiaal begint de analyse?

Wanneer begint de analyse?

In dit onderzoek is de analyse begonnen op het moment dat alle interviews afgenomen waren.

Wordt al het materiaal letterlijk uitgeschreven?

Alle interviews zijn opgenomen via opnameapparatuur maar dit is echter moeilijk te analyseren. Er is daarom een keuze gemaakt om alle interviews letterlijk uit te schrijven, om er een transcript van te maken.

Met welk materiaal begint de analyse?

In dit onderzoek is ervoor gekozen om de analyse te beginnen met het eerste interview. De keuze is gemaakt, omdat hier een duidelijke structuur in zat.

De analyse is begonnen met het lezen van alle transcripten met de bedoeling codes aan te brengen bij belangrijke stukken tekst. Codes zijn volgens Baarda et al. (2013) woorden waarmee de inhoud van het materiaal getypeerd wordt. Om te beginnen zijn onbelangrijke stukken tekst in de transcripten weg geschrapt en belangrijke stukken tekst zijn onder verdeeld in fragmenten. Deze fragmenten zijn een gedeelte van de tekst dat op logische gronden een geheel vormt. Nadat de tekst in fragmenten is ingedeeld zijn er open codes gegeven aan deze fragmenten. Bij open coderen gaat het erom dat elementen die van belang kunnen zijn zo veel mogelijk in kaart worden gebracht in de vorm van een code. Dit is gedaan aan de hand van in vivo coderen, dit wil zeggen dat er woorden die in de tekst voorkomen gebruikt worden als code (Baarda, et al., 2013).

In de tweede fase van de analyse worden alle open codes geordend. In deze fase wordt er gebruik gemaakt van axiaal coderen, dit wil zeggen fragmenten met dezelfde codes vergelijken op verschillen en overeenkomsten (Baarda, et al., 2013). In dit onderzoek zijn de codes geordend aan de hand van een boomstructuur via een top-downwerkwijze. Er is begonnen vanuit een centraal concept dat weer is opgesplitst in subconcepten en deze zijn uiteindelijk opgesplitst in losse code. Voor de gehele codeboom wordt verwezen naar bijlage 2.

In de laatste fase wordt er selectief gecodeerd, aan de hand van constante vergelijkingen wordt de samenhang tussen de codes geanalyseerd (Baarda, et al., 2013). Deze vergelijkingen en resultaten worden verder beschreven in hoofdstuk 4.

Hoofdstuk 4: Resultaten

In dit hoofdstuk worden de letterlijke resultaten uit de interviews beschreven aan de hand van de thema's in de codeboom en gekoppeld aan het theoretisch kader.

Feitelijke steekproef

Leeftijd	Functie	Hoe lang werkzaam binnen instelling
21	Stagiaire	5 maanden
27	Tijdelijk persoonlijk begeleider	5 jaar
35	Persoonlijk begeleider	13,5 jaar
29	Begeleider	7/8 jaar
34	Assistent begeleider	7 jaar
45	BBL-leerling	26 jaar
27	Begeleider	6,5 jaar
30	Assistent begeleider	2 maanden

Bovenstaande tabel laat de feitelijke steekproef zien. De leeftijd, functie, ervaring en opleidingsniveau kunnen allemaal invloed hebben op hoe zij tegen het onderwerp aankijken en dus op de resultaten.

Seksuele ontwikkeling/ behoeften

Hulpvraag/behoeften

Volgens Lammers en Houdijk (2005) zijn mensen met een handicap lange tijd als asexueel gezien. Maar volgens hen heeft ieder mens, ook mensen met een verstandelijke beperking, seksuele gevoelens en behoeften. Het hebben van seksuele gevoelens en verlangens is niet gekoppeld aan het ontwikkelingsniveau, deze jongeren hebben niet minder behoeften aan intimiteit, liefde en aandacht. Op de vraag of er een hulpvraag of behoeften herkend worden bij de cliënten van groep H antwoordden vijf met een "ja", drie van de acht antwoordden dat het verschilt per cliënt en twee respondent gaven aan dat het moeilijk in te schatten is en één van de respondenten gaf aan dat ieder mens behoeftes heeft. Één respondent zei het volgende: *"Ik vind het altijd lastig om te zeggen of dat de hulpvraag vanuit ons komt of vanuit de cliënt, maar ik denk wel uhm... ik denk wel dat we gewoon in het algemeen wel als begeleiding meer stil mogen staan bij de seksuele ontwikkeling van de cliënten."* Een andere respondent zei: *"maar 't lijkt wel alsof daar... of dat daar minder... of ja, het wordt denk ik aan de kant geschoven of zo weet je wel."* Een respondent gaf aan dat zij twijfelde of er wel een hulpvraag vanuit de cliënten lag. Op de vraag of er met het komen van lichaamsbesef wel een hulpvraag kon komen antwoordde zij: *"ja, en ik denk wel als je bijvoorbeeld eerder insteekt op een bepaald lichaamsbesef dat ze wel hun lijf anders kunnen gaan ervaren dat daar wel een hulpvraag uit kan komen."*

Ontwikkelingsleeftijd en kalender leeftijd

Zoals beschreven in het theoretisch kader is er volgens Lammers en Houdijk (2005) bij mensen met een verstandelijke beperking sprake van het achterblijven van de sociale en emotionele ontwikkeling

ten aanzien van de cognitieve en lichamelijke ontwikkeling. Hierdoor ontstaat er een groot verschil in wat de jongere lichamelijk aan kan en wat hij emotioneel aan kan (Lammers & Houdijk, 2005).

Op de vraag of de medewerkers hier verschil in merkten gaven drie van hen aan dat ze daar verschil in merken en één gaf aan dat ze qua ontwikkelingsleeftijd nog niet veel hoeven wat betreft seksualiteit. Eén respondent zei hierover het volgende: *“Ja maar dat speelt wel een rol inderdaad in wat ik ook zeg in dat ze het niet zo goed begrijpen...maar dat ze sommige dingen wel uh... wel ervaren.”*

Op de vraag of de medewerkers dachten dat cliënten ondanks het lage ontwikkelingsniveau wel iets zouden kunnen met seksualiteit, werd er door één respondent geantwoord met een ja. Eén respondent gaf aan dat peuters ook al seksueel getinte bewegingen maken en één van de respondenten gaf aan dat dit op een natuurlijke manier gebeurt. Eén respondent gaf aan dat iedereen met seksualiteit aan de slag kan en dat er met cliënten gesprekken gevoerd kunnen worden. Twee respondenten gaven aan dat het voor medewerkers wel moeilijk om te gaan is met seksualiteit bij een laag ontwikkelingsniveau.

Seksuele voorlichting

Op de vraag of er een seksuele voorlichting nodig is voor de cliënten antwoordden drie respondenten met een ja, drie respondenten zeiden dat het verschilt per cliënt en één van de respondenten zei dat ze het niet nodig vond als cliënten niets voelen. Eén van de respondenten vroeg zich af of het probleem daadwerkelijk zou worden opgelost en of het niet meer vragen op zou roepen dan dat het zou beantwoorden. Een andere respondent vond het juist goed als er meer vragen zouden komen naar aanleiding van een voorlichting. Eén van de respondent zei het volgende: *“ik denk dat dat niet gaat, ja je zou wel iemand die, ja van die vrouwkes die daarvoor kunnen komen... ja dat je zo iemand, maar... ik denk niet dat hun het dan leren”*

"Halo IK"

Zoals beschreven in het theoretisch kader is 'Halo IK' een methodische training, ontwikkeld door instelling K., over het lichaam, gevoel, seksualiteit, weerbaarheid en sociale vaardigheden voor kinderen met een verstandelijke beperking. 'Halo IK' sluit aan op het niveau, de belevingswereld, de voorkennis en de visuele manier van communiceren van deze mensen (Koninklijke Kentalis, z.j.). Op de vraag of deze methodiek bekend was, werd er door drie respondenten "ja" geantwoord en door drie respondenten "nee". Eén respondent wist dat deze er was, maar had er verder nog niets over gehoord en een andere respondent kende het een beetje en wist dat het heel basaal begint.

Op de vraag of de respondenten vonden dat ze het moesten kennen werd door twee van hen gezegd van wel. Op de vraag wie zijn taak het dan was om dit kenbaar te maken werd geantwoord met de persoonlijk begeleider, de behandelcoördinator en de unit manager.

Zoals te lezen is in het theoretisch kader beschrijft instelling K. dat 'Halo IK' aansluit op het niveau van de cliënten. Deze vraag is voorgelegd aan de respondenten. Drie respondenten vonden dat het wel aansluit bij de cliënten, één vond van niet, één vond het wisselend en twee respondenten wisten het niet of vonden het moeilijk te zeggen. Twee respondenten dachten dat het passend gemaakt kan worden. Op de vraag of er iets anders zou moeten zijn dan 'Halo IK' antwoordde één respondent:

“meestal met lager niveau wil je iets concreet maken. Er iets zou kunnen zijn wat je daarop kan bedenken dan is dat zeker zinvol.”

Eén respondent vindt het de taak van de instelling om “Hallo IK” toegankelijk te maken voor alle cliënten en een andere respondent denkt dat een seksuoloog hierin iets zou kunnen betekenen. Twee respondenten verwijzen naar de SAR.

SAR

In de visie van instelling K. wordt gesproken over prostitutie en bemiddelingsbureau alternatieve relatievorming, het SAR (Stichting Alternatieve Relatiebemiddeling) (Schakenraed, Slot, Torie, & Vermeulen, 2010). Eén van de respondenten zegt hierover het volgende: *“ik heb gezien hoe goed dat dat doet bij een cliënt, dat ie z’n frustratie kon”*.

Eén respondent gaf aan dit voor de cliënt iets moois te vinden. Op de vraag of dit ook kan helpen voor de cliënten van groep H werd aangegeven dat het kan werken. Zij gaf aan dit wel te willen voor de cliënt als hij het niet zelf kan, maar dat er specifiek gekeken moet worden naar de behoeften van de cliënt. Eén respondent gaf aan dat dit gedaan moet worden als het helpt en als de ouders en behandelcoördinator er achter staan. Eén andere respondent gaf aan dat ze denkt een kluit te hebben aan ouders.

Visie instelling K.

Instelling K. kent een duidelijke, uitgebreide visie op het thema seksualiteit. Zeven van de acht respondenten wisten dat er een visie is en één respondent wist niet dat deze er is. Alle zeven respondenten die de eerste vraag met ja beantwoord hadden wisten echter niet wat er in de visie staat. Op de vraag of medewerkers deze visie moeten kennen antwoordden zes respondenten ‘ja’ en één vond dat ze hem niet uit haar hoofd hoeft te weten. Op de vraag hoe het komt dat respondenten de visie niet kennen werd verschillend geantwoord. Eén respondent zei er niet mee bezig te zijn, een andere noemt tijdsgebrek, nog iemand gaf aan dat er andere prioriteiten zijn en als laatste werd genoemd dat er niet genoeg bij wordt stilgestaan.

Als er gekeken wordt naar verschillende aspecten van de visie kunnen deze onderverdeeld worden in de volgende kopjes:

Seksualiteit hoort bij het leven

Volgens de visie van K. hoort seksualiteit bij het leven van cliënten (Schakenraed, Slot, Torie, & Vermeulen, 2010). Eén respondent was het hier mee eens en zeven respondenten beantwoordden dit met ‘ja’. Eén respondent zei hierover: *“dat is een deel van je leven, dat merk je met een U. en een Z., laag niveau maar toch... speelt het wel en bij sommige speelt het niet, maar ja dat is... ik denk wel dat het een deel van je leven is.”* Op de vraag of seksualiteit niet speelt of het zich niet uit bij cliënten antwoordde zij *“het uit zich niet, het speelt wel, want zij hebben dezelfde hormonen.”* Een ander vond echter dat er niet voldaan wordt aan deze veronderstelling op de groep.

Deskundigheid

In de uitgangspunten van de visie seksualiteit van instelling K. staat: *“Medewerkers zijn deskundig in*

het begeleiden van cliënten inzake seksualiteit.” (Schakenraed, Slot, Torie, & Vermeulen, 2010). Aan de respondenten is gevraagd of zij zichzelf als deskundigen bestempelen, hierop antwoordden zeven respondenten ‘nee’ en één was het niet eens met deze veronderstelling. Eén iemand gaf aan wel deskundige te zijn in het kennen van de cliënten en een ander gaf aan zich in te kunnen leven in de cliënten.

Toen er gevraagd werd of zij het nodig achten deskundige te zijn gaven twee respondenten aan van wel, één vond het niet nodig deskundige te zijn, maar vond wel dat iemand hierin het voortouw moet nemen, een andere respondent vond niet dat medewerkers professioneel genoeg zijn op dat gebied en een ander zei dat verdieping nooit verkeerd is.

Op de vraag wat medewerkers nodig denken te hebben om wel deskundige te worden werd er twee keer geantwoord met meer theorie, twee keer met informatie, twee keer met cursus, één keer bespreekbaar maken met collega's, één respondent antwoordde met een gespecialiseerd iemand en één respondent antwoordde met onderwezen worden.

Op de vraag waar het aan ligt dat medewerkers geen deskundigen zijn werd geantwoord met te weinig uren, het kwijt zijn van overzicht, geen tijd en andere prioriteiten.

Handelingsplan

Hoe en in welke mate een cliënt voorlichting en hulp krijgt, wordt vastgelegd in het K. handelingsplan. (Schakenraed, Slot, Torie, & Vermeulen, 2010). Op de vraag of dit altijd gedaan wordt antwoordden twee respondenten dat het wel in de risico-inventarisatie staat. Eén respondent wist niet of dit gedaan wordt, één gaf aan daar geen zicht op te hebben. Een ander gaf aan dat er wel gesproken wordt over sociale en emotionele ontwikkeling, maar dat er weinig doelen op seksualiteit worden gesteld. Eén respondent gaf aan dat seksualiteit er niet altijd in staat en een andere respondent zei dat er geen kopje in User staat.

Op de vraag of het wel zou moeten, antwoordden vier respondenten ja, één respondent vond dat het vanaf een bepaalde leeftijd zou moeten en een andere respondent vond dat er minder cijfers en meer praktische dingen in moeten staan.

Betrokkenheid ouders

De algemene opvoedingswensen van ouders staan voorop bij minderjarige cliënten (Schakenraed, Slot, Torie, & Vermeulen, 2010). In het interview is gevraagd naar de betrokkenheid van ouders en wat hiervan te merken is. Eén respondent gaf aan: *“ik het idee dat de ouders misschien vast wel weten dat erbij die cliënt bijvoorbeeld behoeften aan is, maar ik denk van eigenlijk bijna iedereen wel dat daarin niets mee gedaan wordt of aangedaan wordt.”* Andere gaven aan dat het een gevoelig onderwerp is voor ouders, ouders pas betrokken raken bij problemen en ze er niets van willen weten. Eén respondent gaf aan dat het vaak een grote stap is voor ouders, het afhankelijk is van geloof en ze ervaren heeft dat ouders weinig uitleg krijgen.

Op de vraag of ouders meer betrokken moeten worden, antwoordden twee respondenten met “ja”. Een ander gaf aan dat het afhankelijk is van de algemene betrokkenheid van ouders en hoe goed ze hun kind kennen. Nog drie andere respondenten gaven aan dat dit per ouder verschilt. Eén

respondent gaf aan dat wanneer seksualiteit meer in het handelingsplan wordt opgenomen, er meer communicatie komt.

Seksueel misbruik

Mensen met deze beperking hebben vaker seksueel geweld meegemaakt dan mensen zonder beperking. Maar ze kunnen ook pleger zijn van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Soms is iemand met een verstandelijke beperking zowel slachtoffer als pleger (Rutgers, 2015). Op de vraag of cliënten van groep H ook risico lopen om slachtoffer te worden van seksueel misbruik, werd er twee keer geantwoord met “ja”, drie respondenten gaven aan dat het altijd kan. Eén respondent gaf aan dat ze op alle vlakken kwetsbaar zijn, dus ook op seksueel vlak. Twee respondenten gaven aan dat de cliënten niet weerbaar zijn. Eén respondent zei dat seksueel misbruik vaker voorkomt dan gedacht wordt en een ander dacht dat cliënten overdag genoeg beschermd zijn, maar dat ze niet weet wat er 's nachts gebeurd of wanneer cliënten naar huis zijn.

Op de vraag hoe de cliënten beschermd worden op de groep gaf één respondent aan: *“we hebben best wel wat controle op elkaar ook”*, ook gaf zij aan: *“maar ik denk wel hè, we zijn wel op het privé gericht, de deuren dicht als cliënten in bad zitten....Uhm, ik denk wel dat we soms nog meer Z. in zijn blote piemel of D. mogen ”*. Een ander vroeg zich echter het volgende af: *“Hoeveel controle hebben wij nou eenmaal op elkaar? Als ik morgen vroeg bij eh.. U. hem ga douchen en ga scheren, ja er is niemand die daar bij staat te kijken.”*

Op de vraag wat er nog gedaan kan worden vond één respondent dat er vaker bij collega's binnen gelopen moet worden en er meer camera's moeten komen. Twee respondenten vonden dat er vertrouwen moet zijn bij collega's onderling.

Op de vraag of cliënten weerbaar te maken zijn voor seksueel misbruik werd eenmaal 'ja' geantwoord, twee maal 'nee', eenmaal werd aangegeven dat het moeilijk gaat, één respondent vroeg zich af in hoeverre dat kan en een ander vond dat als het kan het gedaan moet worden. Op de vraag hoe de weerbaarheid van de cliënten wordt gewaarborgd gaf één respondent aan dat er veel met open deuren wordt gewerkt, twee respondenten gaven aan dit de taak van de groepsleiding te vinden.

Implementeren

In het theoretisch kader is al beschreven dat implementatie een procesmatige uitvoering van een vernieuwing of verandering is, met als doel op de korte termijn dat de verandering is geïntegreerd in het beroepsmatig handelen, in het functioneren van organisaties of in de structuur van de sector (NJI, 2016). Op de vraag of de visie in de praktijk is geïntegreerd antwoordden drie respondenten met 'nee', twee gaven aan dat het meer mag, één respondent gaf aan dat het vooruit wordt geschoven en één respondent gaf aan dat het meeste wel geïntegreerd is. Drie respondenten gaven aan dat de gedragscode wel geïntegreerd is. Eén respondent zei hier het volgende over: *“Nou ja weet je de gedragscode die aan die visie hangt denk ik dat we allemaal wel heel erg mee bezig zijn. Uh, dat is ook gewoon iets wat bij je werk hoort. De hulpvragen denk ik dat we daar nog wel iets meer in mogen investeren.”*

Op de vraag hoe het kan dat de visie niet geïmplementeerd is, wordt er als volgt geantwoord: twee respondenten gaven aan dat het komt doordat ze niet weten wat ze moeten doen, twee respondenten gaven aan dat het een ondergeschoven kindje is, één respondent gaf aan te weinig op de hoogte te

zijn, één respondent gaf aan dat het er soms even over gaat maar dat het dan weer af zwakt, één respondent gaf aan er niet bewust van te zijn, een ander zei dat groepsleiding niet alles in de gaten kan houden, nog iemand gaf aan dat tijdsdruk ook een rol speelt, maar dat het er ook gewoon bij in schiet, één respondent gaf aan dat het te weinig besproken wordt en één respondent zei dat het aan de bezuinigingen ligt.

Op de vraag wat er wel al goed gaat werd door vier respondenten aangegeven dat er in sommige gevallen al toegegeven wordt aan behoeftes, vier respondenten gaven aan dat het al bespreekbaar is binnen het team, twee respondenten gaven aan er wel bewust van te zijn, één respondent gaf aan dat er al veel dingen goed gaan en een andere respondent zei dat er soms al stappen zijn gezet.

Op de vraag wat nodig is om de visie te implementeren werd aangegeven door zes respondenten dat het besproken moet worden in een teamvergadering, vijf respondenten gaven aan ondersteuning te willen van mensen met kennis op het gebied van seksualiteit, drie respondenten vonden dat er gericht gepraat moet worden per cliënt, twee respondenten gaven aan meer informatie te willen en één respondent gaf aan een cursus te willen en meer rapportagepunten.

Op de vraag wat beter kan in de omgang met seksualiteit gaven twee respondenten aan dat het meer besproken moet worden, gaf één respondent aan dat er verder doorgepakt moet worden en een ander gaf aan iemand nodig te hebben die haar op de visie wijst.

Wie zijn taak dat is volgens de respondenten, werd vier keer de behandelcoördinator aangewezen, drie keer het hele team genoemd, één keer de persoonlijk begeleider en één keer de teamcoach.

Handelingsverlegenheid

Meininger (2009) signaleert een “nieuwe handelingsverlegenheid” rondom het onderwerp seksualiteit van mensen met een verstandelijke beperking. Er wordt gezien dat veel zorgorganisaties veel energie steken in externe verantwoording als juridische beschermingsconstructies, reglementen, protocollen en procedures. Daarentegen wordt er minder energie gestoken in opleiding- en preventie als zorgvisie, personeelsbeleid en scholing gericht op persoonlijke kwaliteiten van zorgverleners (Meininger, 2009). Op de vraag of de respondenten last hebben van handelingsverlegenheid antwoordde één respondent met een beetje. Eén van de respondenten gaf aan hier wel last van te hebben als seksualiteit op haar is gericht, maar niet als het niet op haar is gericht. Een ander gaf aan dat het mee valt maar dat het wassen van cliënten niet went. Vier respondenten gaven aan hier geen last van te hebben en één respondent gaf aan dat ze denkt dat andere mensen het wel lastig kunnen vinden. Drie respondenten gaven aan tijdens de inwerk periode wel dat gevoel te hebben. Twee respondenten gaven aan dat zij minder last hebben van handelingsverlegenheid als er een duidelijk stappenplan en duidelijke afspraken zijn over hoe om te gaan seksualiteit bij cliënten

Op de vraag of het team veilig genoeg is om over seksualiteit te praten gaven vijf respondenten aan van wel, één respondent gaf aan dat dit niet voor iedereen het geval is. Eén respondent zei hier het volgende over: *“denk dat ik persoonlijk omdat ik natuurlijk zelf nog in ontwikkeling ben en dat ook eigenlijk mijn leerdoel is, dat dat iets is waarvan ik denk ... of ik dat dan daadwerkelijk ook zou doen is een vraag, maar uhm... ik denk wel dat ik van iedereen, tenminste dat krijg ik van iedereen terug te horen dat daar wel ruimte voor is om dat bespreekbaar te maken en dat ik denk dat op het moment dat ik me er echt niet prettig bij voel dat ik dat ook wel kan aangeven en dat dan ook doen”*

Normen, waarden, visie en meningen

Zoals beschreven in het theoretisch kader bevindt de hulpverlener zich volgens Meininger (2009) in een moeilijke positie. Zij bekleedt een functie die enerzijds een publiek karakter heeft, maar die anderzijds van zodanige aard is dat ze zich niet buiten het privédomein van de cliënt kan houden. Dit raakt uiteindelijk ook het privédomein, de eigen identiteit, gevoelens en overtuigingen van de zorgverlener. Het spanningsveld tussen publiek en persoonlijk moraal houdt de vraag levend of 'te verantwoorde zorg' ook 'goede zorg' is (Meininger, 2009). Op de vraag of de respondenten hun eigen normen, waarden, visie en mening meenemen in het werk werd door vier respondenten 'ja' geantwoord. Eén respondent gaf aan dat ze niet alleen af kan gaan op de visie van K. Een ander gaf aan dat het niet optimaal professioneel is, maar dat ze ook eigen grenzen heeft. Eén respondent gaf aan dat het niet te voorkomen is. Eén iemand gaf aan dat ze veel van haar eigen normen, waarden, visie en meningen meeneemt en deze niet aan de kant kan zetten en tot slot gaf één respondent aan dat ze graag zichzelf is.

Op de vraag of de eigen normen, waarden, meningen en visie overeenkomen met de van de instelling antwoordde één respondent ja en één denkt het wel.

Hoofdstuk 5: Conclusie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt aan de hand van de resultaten in hoofdstuk 4 een conclusie geschreven aan de hand van het beantwoorden van de hoofd- en deelvragen. Uit deze conclusie volgen aanbevelingen aan instelling K.

Conclusie

De hoofd- en deelvragen die beantwoord moeten worden zijn:

Hoofdvraag

Hoe kunnen medewerkers van groep H de visie seksualiteit van instelling K. implementeren in de praktijk om beter te kunnen voorzien in de seksuele behoeften van de cliënten van groep H?

Deelvragen

1. Zijn medewerkers op de hoogte van de visie seksualiteit van de instelling?
2. Welke knelpunten worden er ervaren in het voorzien in de seksuele behoeften van de cliënten?
3. Wat gaat er goed in het inzetten van de visie en in het voorzien in de seksuele behoeften van de cliënten?
4. Welke handvaten hebben medewerkers nodig om de visie beter in te zetten en beter te voorzien in de seksuele behoeften van de cliënten?

Eerst worden de deelvragen beantwoord om vervolgens tot het beantwoorden van de hoofdvraag te komen.

Deelvraag 1: Zijn medewerkers op de hoogte van de visie seksualiteit van de instelling?

Uit de interviews is naar voren gekomen dat het grootste gedeelte van de medewerkers op de hoogte is van het bestaan van de visie seksualiteit die de instelling hanteert, maar dat geen van hen bekend is met de inhoud van deze visie. Zij zijn het wel met elkaar eens dat ze wel op de hoogte moeten zijn. Ook vinden de medewerkers dat zij in grote lijnen moeten weten wat de instelling hierin uit wil dragen. De redenen die de respondenten geven voor het niet op de hoogte zijn van de inhoud van de visie, is dat zij er niet mee bezig zijn, er sprake is van tijdgebrek, medewerkers er niet genoeg bij stilstaan en er andere prioriteiten zijn. Een oplossing die de respondenten aandragen is het bespreken van deze visie in een teamvergadering, maar hierin zien een aantal respondenten ook een taak voor de behandelcoördinator.

Deelvraag 2: Welke knelpunten worden er ervaren in het voorzien in de seksuele behoeften van de cliënten?

Het eerste knelpunt dat opgemerkt wordt uit de resultaten is dat niet alle medewerkers zich bewust zijn van of denken dat er een hulpvraag speelt bij alle cliënten. Hierin wordt aangegeven dat dit verschilt per cliënt of dat het moeilijk in te schatten is, voornamelijk door de ontwikkelingsleeftijd. Ook zijn de meningen verdeeld over het geven van seksuele voorlichting, de één vindt dit wel nodig, terwijl anderen het niet nodig vinden. De voorlichtingsmethodiek van de instelling is ook niet bij iedereen bekend en gedacht wordt door een aantal medewerkers dat deze niet passend is bij het niveau van de cliënten van groep H.

Medewerkers geven aan dat de visie niet geïmplementeerd is door de voornaamste reden dat medewerkers niet weten wat ze moeten doen en seksualiteit een ondergeschoven kindje is. Het laatste hekelpunt is handelingsverlegenheid. Vrijwel geen van de medewerkers geeft aan hier last van te hebben, desondanks wordt er vaak aangegeven dat het een taboeonderwerp is en dan zeker naar ouders toe.

Deelvraag 3: Wat gaat er goed in het inzetten van de visie en in het voorzien in de seksuele behoeften van de cliënten?

Ondanks dat niet alle medewerkers zich bewust zijn van de behoeften of een hulpvraag bij cliënten, geven vijf respondenten aan hier wel bewust van te zijn. Ook zijn de meesten zich bewust van de rol die de ontwikkelingsleeftijd speelt bij het uiten of ervaren van seksualiteit bij cliënten en zij zijn van mening dat cliënten ondanks hun lage niveau wel iets kunnen met seksualiteit. De meeste respondenten zijn op de hoogte van het bestaan van de visie seksualiteit. Ook zijn alle medewerkers zich bewust van het risico dat cliënten lopen om slachtoffer te worden van seksueel misbruik en wordt hierop ingespeeld door met open deuren te werken en cliënten vrijwel niet alleen naar buiten te laten gaan. Op de vraag wat medewerkers zelf al goed vinden gaan geven zij aan dat er in sommige gevallen al toegegeven wordt aan behoeftes van cliënten, dat het goed bespreekbaar is in het team en dat er al bewustzijn is. Er wordt ook aangegeven dat het team veilig genoeg voelt om over seksualiteit te praten. Veel respondenten geven aan dat ze hun eigen normen, waarden, visie en meningen over seksualiteit meenemen in het werk, maar geven aan dat zij denken dat dit wel kan botsen met collega's en de instelling, maar hier dan wel over in gesprek te gaan.

Deelvraag 4: Welke handvaten hebben medewerkers nodig om de visie beter in te zetten en beter te voorzien in de seksuele behoeften van de cliënten?

Om de deskundigheid van medewerkers te vergroten geven de respondenten aan een aantal dingen nodig te hebben. Zij geven aan een cursus te willen, een gespecialiseerd iemand om het team te ondersteunen en er wordt aangegeven dat het stukje seksualiteit meer opgenomen moet worden in het handelingsplan van cliënten. Als het gaat om het implementeren van de visie benoemen de respondenten dat het meer besproken moet worden, dat seksualiteit meer gericht per individuele cliënt besproken moet worden en dat de visie en seksualiteit in het algemeen meer besproken moeten worden in teamvergaderingen. Ook wordt aangegeven dat er wat betreft seksualiteit en de hulpvraag die cliënten hebben verder doorgepakt moet worden en dat er meer rapportage punten nodig zijn bij cliënten. Wat betreft het verkleinen van handelingsverlegenheid hebben twee respondenten aan gegeven dat ze een duidelijk stappenplan en duidelijke afspraken nodig hebben om te weten hoe om te gaan met de seksuele uitingen van cliënten.

Hoofdvraag

Hoe kunnen medewerkers van groep H de visie seksualiteit van instelling K. implementeren in de praktijk om beter te kunnen voorzien in de seksuele behoeften van de cliënten van groep H?

Om de inhoud van de visie seksualiteit van instelling K. bekend te krijgen bij de medewerkers vinden zij het belangrijk om deze te bespreken in een teamvergadering. Om de visie van instelling K. te implementeren in de praktijk moeten de medewerkers van groep H ondersteuning vragen van mensen

met kennis over seksualiteit en de visie van K. Door zich meer bezig te houden met de visie en deze te bespreken worden de fases van implementatie van een verandering in gang gezet. Wanneer de visie bekend is bij de medewerkers kan er per cliënt, zoals beschreven in de visie, een stukje seksualiteit opgenomen worden in het handelingsplan. Om dit te bereiken moet er per cliënt gekeken worden naar de behoeften op ontwikkelingsniveau en lichamelijk niveau en kan hierop worden ingespeeld, met onder andere een voorlichting. Doordat de lichamelijke en verstandelijke ontwikkeling omtrent seksualiteit niet gelijk loopt bij jongeren met een verstandelijke beperking is het belangrijk dat er een passende methode komt die aansluit op de belevingswereld van de cliënt. Er kan gekeken worden of de methode van de instelling 'Hallo IK' passend is bij de cliënten. Om handelingsverlegenheid bij medewerkers tegen te gaan moeten er duidelijke stappenplannen komen wat betreft omgang bij uitingen van seksuele behoeften. Dit omdat volgens Meininger (2009) onduidelijkheid over handelen handelingsverlegenheid kan veroorzaken. Hierdoor kunnen cliënten beter ondersteund worden in hun omgang met seksualiteit.

Aanbevelingen

In dit stuk worden aanbevelingen gegeven aan de hand van de onderzoeksresultaten.

Zoals beschreven in de probleemanalyse zijn veel medewerkers niet goed op de hoogte van de visie seksualiteit van instelling K. en dit is ook duidelijk geworden in de resultaten van het onderzoek. Om veranderingen te implementeren is verspreiding een belangrijke fase (NJI, 2016). Advies om deze visie bij alle medewerkers van groep H bekend te krijgen is om hem te bespreken in een teamvergadering. Hierbij kunnen mensen met kennis over seksualiteit en de visie betrokken worden. Acties die ondernomen moeten worden zijn het toevoegen van de visie in de agenda van een teamvergadering. Ook moet er contact worden gelegd met professionals op het gebied van seksualiteit. Om er zeker van te zijn dat de visie seksualiteit bekend blijft bij de medewerkers en aan het licht wordt gebracht bij eventueel nieuwe medewerkers is het belangrijk dat deze één keer per half jaar besproken wordt in een teamvergadering. Om dit goed te laten verlopen zou er een medewerker uit het team aangewezen moeten worden die er voor waakt dat seksualiteit zeker twee maal per jaar op de teamagenda terecht komt. Hierdoor wordt voorkomen dat het weer een ondergeschoven kindje wordt en er geen tijd is om het te bespreken.

Zoals te lezen is in het theoretisch kader is een andere belangrijke fase in implementatie invoering van de verandering (NJI, 2016). In de visie van instelling K. staat dat seksualiteit opgenomen moet worden in het handelingsplan van de individuele cliënt. Uit de interviews kwam naar voren dat dit lang niet altijd het geval is. Advies aan persoonlijk begeleiders is om te kijken of en wat de seksuele behoeften zijn van de individuele cliënt en deze op te nemen in het handelingsplan. Om deze inzichten duidelijk te krijgen kunnen zij het hele team instrueren en de behandelcoördinator of experts op het gebied van seksualiteit om hulp vragen. In een bespreking van het persoonlijk plan moet dan naar voren komen dat het deel seksualiteit is opgenomen en welke acties er ondernomen gaan worden. Hierdoor worden ouders meteen bij het plan betrokken.

Uit de interviews kwamen wisselende reacties op het geven van seksuele voorlichting aan cliënten. Vaak werd aangegeven dat dit verschilt per cliënt. Als de behoeften per cliënt duidelijk zijn en vastliggen in het handelingsplan moet er gekeken worden door het team, persoonlijk begeleiders en de behandelcoördinator of cliënten baat hebben aan een seksuele voorlichting. Er kan dan gekeken worden of de voorlichtingsmethodiek 'Hallo IK' passend is of gemaakt kan worden bij cliënten. Het is belangrijk dat er een passende methodiek komt, omdat volgens Lammers en Houtdijk (2005) de lichamelijke, hormonale en seksuele ontwikkeling van jongeren met een verstandelijke beperking niet afwijkt van die van jongeren zonder beperking, maar dat het verschil ligt in het ervaren en uiten van deze gevoelens. Door 'Hallo IK' leren cliënten het ja- en nee-gevoel kennen en deze te herkennen, benoemen en uiten in verschillende situaties (Koninklijke Kentalis, z.j.). Het is ook belangrijk voor medewerkers om te bepalen of zij zelf de voorlichting willen en kunnen geven of dat zij dit uit willen besteden aan mensen die meer kennis hebben over seksualiteit en voorlichting geven. Om de voorlichting bij cliënten goed te laten verlopen is het belangrijk dat er professionals met betrekking tot seksualiteit en voorlichting aan jongeren met een handicap betrokken worden in dit traject. Hierdoor kan de voorlichting goed worden neergezet en kan er specifiek ingespeeld worden op de behoeften van de cliënten.

Zoals beschreven in de probleemanalyse zorgt onwetendheid in handelen bij de medewerkers van groep H voor handelingsverlegenheid in situaties waarin seksualiteit geuit wordt, dit kwam ook naar voren in de resultaten. Het advies is dan ook aan persoonlijk begeleiders om wanneer er sprake is van seksuele handelingen en uitingen er een duidelijk stappenplan en duidelijke afspraken moeten zijn voor medewerkers over hoe om te gaan met deze situatie. Hierdoor wordt voorkomen dat het persoonlijk moraal van de medewerker botst met het publiek moraal wat de instelling wil uitdragen, doordat zij allen op dezelfde manier handelen. Dit is volgens Meininger (2009) een van de spanningsvelden die handelingsverlegenheid veroorzaakt. Om dit goed te laten verlopen kan de behandelcoördinator betrokken worden bij het opstellen van een stappenplan en afspraken. Hierdoor komt er een duidelijk stappenplan voor medewerkers, dat gebaseerd is op de behoeften van de cliënt.

Hoofdstuk 6: Discussie

In dit hoofdstuk wordt het onderzoek geëvalueerd en gereflecteerd. Er wordt gekeken naar de conclusie en deze wordt gekoppeld aan de probleemanalyse. Ook wordt er gekeken of het onderzoek bruikbaar is voor de beroepspraktijk. In het kopje sterke- zwakteanalyse wordt er gekeken naar de sterke en zwakke punten van de kwaliteit van het onderzoek en worden de resultaten op waarden geschat, er wordt gereflecteerd op methodologische keuzes en uitvoering van het onderzoek. Ook wordt er gekeken naar de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek.

De onderzoeksvraag die centraal stond in het onderzoek is: Hoe kunnen medewerkers van groep H de visie seksualiteit van instelling K. implementeren in de praktijk om te voorzien in de seksuele behoeften van de cliënten van groep H?

6.1 Betekenis en bruikbaarheid

In dit stuk zal er een koppeling gelegd worden tussen de resultaten en conclusie en de informatie uit de probleemanalyse. Vervolgens zal de bruikbaarheid van het onderzoek kritisch bekeken worden.

Als er gekeken wordt naar de probleemanalyse wordt op macroniveau een aantal rechten beschreven die kinderen en jongeren hebben. Ten eerste is er het Verdrag inzake de Rechten van het Kind van de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties. Hierin wordt de definitie van kind als volgt gegeven: *“Als kind wordt aangemerkt iedere persoon jonger dan achttien jaar, tenzij de nationale wetgeving de meerderjarigheidsgrens lager stelt”*. In dit verdrag staat ook beschreven dat geestelijk en lichamelijk gehandicapten kinderen een volwaardig en behoorlijk leven dienen te hebben (Unicef, 2009). Ook is in de probleemanalyse de Sexual Rights van het IPPF te vinden. Hierin staan rechten die jongeren en kinderen hebben betreft seksualiteit. Rechten zijn onder andere het recht op privacy, recht op lichamelijk integriteit en bescherming tegen seksueel overschrijdend gedrag, recht op ruimte voor expressie en recht op informatie en vorming over relaties en seksualiteit (Sensoa, 2016).

Gekeken naar de definitie van kind in het Verdrag inzake de Rechten van het Kind, geldt dit verdrag voor de meerderheid van de cliënten van groep H niet. Vijf van de zes cliënten zijn al ouder dan achttien, waardoor het verdrag niet van toepassing is op hen.

Als er gekeken wordt naar de conclusie is het nog niet voor alle medewerkers duidelijk of er bij alle cliënten een hulpvraag speelt. Hierdoor wordt er geen voorlichting gegeven en wordt er bijna geen uitingen van seksualiteit herkend bij cliënten. Over het geven van voorlichting zijn de meningen hoe dan ook erg verdeeld bij de medewerkers. Dit is in strijd met de Sexual Rights van het IPPF, want doordat er nog niet bekend is of alle cliënten een hulpvraag hebben, krijgen zij ook niet de ruimte voor expressie die de rechten voorschrijft. Ook het recht op informatie en vorming over seksualiteit wordt de cliënten onthouden.

Op mesoniveau is er in de probleemanalyse de visie van instelling K. beschreven, dit is gedaan aan de hand van verschillende onderdelen die naar voren komen in deze visie. Instelling K. is van mening dat seksualiteit een primaire behoefte is van de mens en daardoor meebepalend voor de kwaliteit van leven. Op basis hiervan zijn een aantal uitgangspunten opgenomen in de visie, een aantal hiervan

zijn: seksualiteit hoort bij het leven, medewerkers zijn deskundige in begeleiding van cliënten inzake seksualiteit en iedereen heeft recht op eigen normen en waarden, die van de instelling zijn echter richtinggevend. In het stukje begeleiding van seksualiteit is opgenomen dat alle aspecten van het leven aandacht verdienen in de zorg van cliënten, dus ook seksualiteit. Ook is hierin opgenomen dat de opvoedingswensen van ouders voorop staan als het gaat om de begeleiding van minderjarige cliënten. Bij meerderjarige cliënten kan het zijn dat ouders een andere wens of opvatting hebben dan de cliënt zelf, dan dient er in een gesprek gekomen te worden tot een compromis. Als er niet tot een compromis gekomen kan worden, zal de instelling kiezen in het belang van de cliënt (Schakenraed, Slot, Torie, & Vermeulen, 2010).

Uit de resultaten en conclusie komt naar voren dat veel medewerkers niet op de hoogte zijn van de inhoud van de visie. Ook weten veel medewerkers niet of seksualiteit speelt bij de cliënten. Hieruit kan worden opgemaakt dat, ondanks dat de visie vindt dat er aandacht aan moet worden besteed, dit in de praktijk niet gebeurt. Medewerkers zijn zich er vaak niet eens van bewust, dus kan er ook geen aandacht aan worden besteed. Dit ondanks dat alle medewerkers het eens zijn met de stelling dat seksualiteit bij het leven hoort. De medewerkers zouden zichzelf ook geen deskundigen noemen op het gebied van seksualiteit en zeggen hier meer informatie en kennis voor nodig te hebben. En als het gaat over ouders geven veel medewerkers aan dat zij niet betrokken zijn bij het stukje seksualiteit, laat staan dat hun opvoedingswensen en opvattingen een rol spelen in de begeleiding van seksualiteit. Er kan dus gezegd worden dat de visie in zijn geheel niet geïmplementeerd is en dat dit dus nog helemaal opgepakt moet worden.

Op microniveau is er gekeken op cliëntniveau naar een verstandelijke beperking en wat dit precies inhoudt qua IQ en ontwikkelingsleeftijd. Ook is dit gekoppeld aan seksualiteit. Volgens Rutgers (2015) gaat de ontwikkeling van het lichaam en verstand bij mensen met een verstandelijke beperking niet gelijk op, hierdoor hebben zij een achterstand in kennis en ervaring op het gebied van seksualiteit. De fysieke mogelijkheden groeien, terwijl het emotionele gedeelte achterblijft en seksualiteit vaak niet begrepen wordt. Ook hebben mensen met een verstandelijke beperking moeite met het uiten van gevoelens en wensen en zijn zij kwetsbaar en afhankelijk van anderen. Hierdoor maken zij vaker seksueel geweld mee (Rutgers, 2015).

Als het gaat om het verschil tussen de lichamelijke ontwikkeling en de verstandelijke ontwikkeling geven medewerkers aan zich hier wel bewust van te zijn. Ze weten dat er lichamelijk veel gebeurt, maar dit niet begrepen wordt. Toch zijn alle medewerkers zich wel bewust van het feit dat ondanks de lage ontwikkelingsleeftijd er wel iets gedaan kan worden met seksualiteit bij de cliënten. Ook zijn zij zich bewust van het risico dat de cliënten lopen op seksueel misbruik. Er kan dus gesteld worden dat medewerkers goed op de hoogte zijn van het verschil, maar omdat er in zijn algemeen nog weinig gedaan wordt met seksualiteit op de groep, kan hier nog niet op ingespeeld worden.

Op medewerkerniveau is er gekeken naar handelingsverlegenheid. Volgens Meininger (2009) steken zorginstanties veel energie in de externe verantwoording, maar minder in opleiding en preventie. Meininger stelt ook dat de afgelopen 30 jaar meer gesproken wordt over seksualiteit, maar dat

seksuele voorlichting aan mensen met een beperking erg te kort schiet. Hij merkt ook op dat handelingsverlegenheid bij medewerkers juist is toegenomen. Dit ligt volgens hem echter niet aan de taboes die heersen rondom het thema, maar lijkt meer verband te hebben met de seksuele ethiek en de ethiek in de zorg (Meininger, 2009).

Meininger (2009) stelt dat instellingen minder insteken op opleiding en preventie, zoals een zorgvisie op het gebied van seksualiteit. Als er gekeken wordt naar instelling K. lijkt het erop dat zij wel degelijk aandacht hebben besteed aan preventie, omdat er een uitgebreide visie seksualiteit gemaakt is. Veel medewerkers hebben aangegeven niet te weten wat deze visie inhoudt, dus kan er gesteld worden dat er wel een visie is, maar er vrijwel niets gedaan wordt aan opleiden van medewerkers op dit gebied. Op de rechtstreekse vraag of de medewerkers last hebben van handelingsverlegenheid is vaker met 'nee' geantwoord dan met 'ja', ook wordt aangegeven dat het team veilig genoeg voelt om over het onderwerp te praten. Dit komt overeen met de stelling van Meininger (2009) dat er de afgelopen 30 jaar meer over seksualiteit gesproken kan worden. Als er echter gevraagd wordt waar het implementeren van de visie is blijven liggen, wordt aangegeven dat er meer over gepraat moet worden, seksualiteit nog een ondergeschoven kindje is en het voornamelijk naar ouders toe nog altijd een taboeonderwerp is. Dit komt dan weer niet overeen met de stelling van Meininger (2009) dat de handelingsverlegenheid niet meer ligt aan het taboe rond het onderwerp.

Bruikbaarheid

De bruikbaarheid van het onderzoek voor de medewerkers van groep H wordt goed geacht. Zij wilden graag weten wat er gedaan kon worden om de visie beter in te zetten in de praktijk op zo beter in te kunnen spelen op de behoeften van de cliënten. Uit het onderzoek kwam naar voren dat de inhoud van de visie nog niet bij alle medewerkers bekend is en dat zij ook niet weten of en welke hulpvraag er per cliënt speelt. Het onderzoek heeft haalbare aanbeveling opgeleverd op de gebieden waar knelpunten worden ervaren. Onder andere het bespreekbaar maken in een teamvergadering, hulp vragen bij mensen met kennis over seksualiteit, duidelijkheid krijgen in de behoeften van cliënten, een passende voorlichting geven aan cliënten en een duidelijk stappenplan bij uitingen van seksualiteit om de handelingsverlegenheid te verkleinen. De aanbevelingen kunnen door het hele team opgepakt worden, maar dat is ook waar de valkuil kan liggen. Als er gekeken wordt naar de redenen waardoor de visie nog niet is geïmplementeerd wordt er gezegd dat het soms wel al over seksualiteit gaat maar dat het dan weer afzwakt. Ook wordt tijdsdruk en daardoor erbij inschieten aangedragen als reden, net als het feit dat de groepsleiding niet alles in de gaten kan houden. Door iemand uit het team aan te wijzen die ervoor moet waken dat seksualiteit niet opnieuw een ondergeschoven kindje wordt, kan worden voorkomen dat er opnieuw in de valkuilen gelopen wordt.

6.2 Sterkte- zwakteanalyse

In dit stuk zal er gekeken worden naar de sterke en zwakke punten van het onderzoek. Er zal kritisch gekeken worden naar de betrouwbaarheid en validiteit van de methodologische keuzes en de uitvoering van het onderzoek.

Validiteit

Validiteit wil zeggen meten wat je boogt te meten (Baarda, et al., 2013). Als er gekeken wordt naar de externe validiteit, dit wil zeggen in hoeverre de onderzoeksresultaten generaliseerbaar zijn naar de gehele populatie (Baarda, et al., 2013), zijn hierin een paar sterke en zwakke punten te vinden. Het eerste zwakke punt dat gevonden is, is het feit dat er maar acht respondenten meegewerkt hebben aan de interviews. In de steekproef die getrokken is zijn er wel tien respondenten uitgekomen die bereid waren mee te werken aan het onderzoek, deze zijn ook alle tien ingepland voor het afnemen van een interview. Echter door persoonlijke omstandigheden en omstandigheden op de werkvloer moesten twee respondenten afvallen. Eén van de respondenten was ziek tijdens het geplande interview en door agendatechnische reden kon er geen nieuwe afspraak gemaakt worden. De andere respondent is in het tijdsbestek die het onderzoek besloeg veranderd van baan, waardoor er geen mogelijkheid was om haar te interviewen. De nieuwe collega die voor haar in de plaats is gekomen, had nog te weinig kennis over de groep en de cliënten om een bruikbaar, betrouwbaar en valide interview bij af te nemen. Door tijdsnood en werkdruk was het niet mogelijk een andere respondent te werven uit de populatie.

Ondanks dat er maar acht respondenten hebben mee gewerkt aan het onderzoek, kan er echter wel gezegd worden dat de steekproef de populatie beslaat. Dit kan gezegd worden omdat de populatie op zich klein is: deze bestaat uit dertien medewerkers van groep H. De totale steekproef beslaat acht van de dertien medewerkers. Als er gekeken wordt naar de kenmerken van de populatie en de kenmerken van de steekproef, komen deze goed overeen, zoals te zien in onderstaande tabel.

Kenmerken	Populatie	Steekproef
Leeftijd	21 t/m 45 jaar	21 t/m 45 jaar
Opleidingsniveau	MBO niveau 4 tot universitaire opleiding	MBO niveau 4 tot universitaire opleiding
Functie	Stagiaire, BBL-leerling, assistent-begeleider, begeleider en persoonlijk begeleider.	Stagiaire, BBL-leerling, assistent-begeleider, begeleider en persoonlijk begeleider.
Duur werkzaamheid binnen de organisatie	2 maanden tot 26 jaar	2 maanden tot 26 jaar

Op basis hiervan kan gezegd worden dat de steekproef en de resultaten die hieruit zijn voortgekomen generaliseerbaar zijn naar de gehele populatie.

De interne validiteit wordt gewaarborgd als je de juiste conclusies kan trekken. Hierbij spelen de dataverzamelmethode en het meetinstrument een belangrijke rol. In het onderzoek is ervoor gekozen om een interview te houden. Dit is passend bij de vraagstelling en draagt bij aan de validiteit,

omdat er ingegaan kan worden op gedachten, meningen en visies. Hierdoor wordt er dieper ingehaakt op wat de respondent verteld en kunnen er betere conclusies getrokken worden. De interviews zijn afgenomen aan de hand van een half gestructureerd interview door middel van een topic lijst. Dit draagt bij aan de validiteit doordat er in elk interview dezelfde onderwerpen aan bod komen. Door in elk interview dezelfde onderwerpen aan te snijden beoog je dat iedere respondent hier zijn/haar antwoord op geeft, waardoor er conclusies getrokken kunnen worden die ook generaliseerbaar zijn naar de gehele populatie.

Een zwak punt als het gaat om interviews is dat respondenten sociaal wenselijke antwoorden kunnen geven. Dit is moeilijk te voorkomen, omdat een interviewer geen invloed heeft op wat de respondent zegt. Om de kans op sociaal wenselijke antwoorden zo veel mogelijk te bespreken is ervoor gekozen om de interviews mondeling en individueel af te nemen en deze anoniem te verwerken in het onderzoeksrapport. Seksualiteit is een onderwerp wat gevoelig ligt en waar niet iedereen gemakkelijk over praat. Als dit individueel en vertrouwelijk gebeurd zijn de respondenten eerder geneigd om zo eerlijk mogelijk antwoord te geven dan wanneer collega's erbij zijn. Dan zullen respondenten eerder de schijn op willen houden en sociaal wenselijke antwoorden geven. Door anoniem, mondeling en individueel de interviews af te nemen is de kans klein dat er sociaal wenselijke antwoorden worden gegeven en kunnen er meer juiste conclusies getrokken worden.

Een ander zwak punt in het onderzoek is dat er geen oefeninterviews zijn afgenomen. Het afnemen van een oefeninterview had bij kunnen dragen aan de validiteit doordat er dan geoefend zou worden met de topiclijst en deze eventueel nog aangepast had kunnen worden voor de officiële interviews. Doordat de populatie zo klein is en het vinden van genoeg respondenten moeizaam ging is ervoor gekozen om geen oefeninterviews af te nemen. In een vervolgonderzoek zou dit wel raadzaam zijn. Over het algemeen kan gezegd worden dat de onderzoeksresultaten zowel intern als extern valide is. Zwakke punten zijn geprobeerd zoveel mogelijk te vermijden. Gezien de steekproef ten opzichte van de populatie kan gezegd worden dat de resultaten generaliseerbaar zijn. Gekeken naar de methodologische keuzes en de uitvoering daarvan kan gezegd worden dat deze op een enkel zwak punt na wel degelijk valide zijn.

Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid wil zeggen: *“de mate waarin de resultaten onafhankelijk zijn van toeval”* (Baarda, et al., 2013). In kwalitatief onderzoek is de betrouwbaarheid moeilijk te waarborgen, omdat deze afhangt van veel toevalligheden. Om dit zo veel mogelijk te beperken kan er gebruik worden gemaakt van triangulatie, dit is het gebruik maken van verschillende methoden om data te verzamelen (Baarda, et al., 2013). Een zwak punt in dit onderzoek is dat daar geen gebruik van is gemaakt.

Een sterk punt in dit onderzoek is dat er gebruik gemaakt is van een topiclijst. De topiclijst draagt bij aan de betrouwbaarheid van een onderzoek, omdat er in elk interview elke topic aangesneden wordt. Hierdoor is niet het hele gesprek afhankelijk van wat de geïnterviewde verteld, maar is het zeker dat de topic besproken worden. Door een topiclijst wordt het toeval enigszins beperkt, doordat de interviewer kan sturen op bepaalde onderwerpen.

Om de betrouwbaarheid van de topiclijst te waarborgen zijn de moeilijk te begrijpen en moeilijk meetbare begrippen omgezet in meer meetbare begrippen, er is gebruik gemaakt van het

operationaliseren van begrippen. Hierdoor is voor elke respondent duidelijk wat er bedoeld wordt en wordt de toevalligheid van verkeerde interpretatie vermeden.

Een ander zwak punt in het onderzoek is de ruimtes waarin de interviews werden afgenomen. Doordat interviews onder werktijd werden gehouden, was het moeilijk een rustige ruimte te vinden om de interviews af te nemen, ook waren er in sommige gevallen nog andere collega's aan het werk. Hierdoor was het onmogelijk om alle interviews in dezelfde ruimte af te nemen, met het gevolg dat de respondenten in andere ruimtes zaten tijdens het afnemen van het interview en zij door andere dingen afgeleid konden worden. Hierdoor hangt veel van het toeval af en kan het zijn dat de resultaten niet betrouwbaar zijn.

Doordat de interviews onder werktijd werden afgenomen waren er in sommige gevallen ook nog collega's aanwezig, hierdoor is het in ieder interview voorgekomen dat er gestoord werd. Dit had verschillende redenen, bijvoorbeeld om enkel doe te zeggen, maar ook wel eens om belangrijke vragen te stellen. Hierdoor werd de draad van het interview verstoord en kan het zijn dat de resultaten niet betrouwbaar zijn.

Een sterk punt wat betreft betrouwbaarheid is dat alle interviews zijn opgenomen en dat daar transcripten van zijn gemaakt. Dit zorgt ervoor dat op een betrouwbare wijze de data kan worden geanalyseerd, omdat de onderzoeker zo ieder woord letterlijk op papier heeft staan en hangt het niet af van hoe de onderzoeker het zich herinnert of het interpreteert.

Er zijn veel zwakke punten te vinden in het onderzoek als het gaat om betrouwbaarheid van de resultaten, daardoor is het moeilijk te zeggen of het onderzoek betrouwbaar is.

Literatuurlijst

Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Goede, M. d., Peters, V., et al. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv.

E-zin & zorg. (2016, juli). *Nieuwste E-zin & Zorg over seksualiteit en intimiteit*. Opgeroepen op 19 juli, 2016, van loc.nl: <http://loc.nl/nieuwsberichten-LOC/nieuwste-e-zin-zorg-over-seksualiteit-en-intimiteit>

Graaf, H. d., & Maris, S. (2014). *De seksuele ontwikkeling van kinderen met een beperking of psychiatrisch probleem*. Utrecht: Rutgers WPF.

Hofstede, H. (z.j.). *www.hhofstede.nl*. Opgeroepen op 31 mei, 2016, van Steekproeven: <http://www.hhofstede.nl/modules/steekproeven.htm>

Hogeschool Utrecht. (2006). *KG-publicatie nr. 11 Kwalitatief en kwantitatief onderzoek*. Utrecht: Hogeschool Utrecht.

International Planned Parenthood Federation. (2011). Exclaim! Young people's guide to 'Seksual rights: an IPPF declaration'. London, United Kingdom: International Planned Parenthood Federation.

International Planned Parenthood Federation. (2008). Seksual Rights: an IPPF declaration. London, United Kingdom: International Planned Parenthood Federation.

Kentalis. (z.j.). *Kentalis is er voor*. Opgeroepen op 31 maart, 2016, van <http://www.kentalis.nl/Kentalis-is-er-voor>

Koninklijke Kentalis. (z.j.). *Hallo Ik*. Sint-Michielsgestel: Koninklijke Kentalis.

Lammers, M., & Houdijk, N. (2005). *Een weerbaar kind*. Utrecht: Federatie van ouderverenigingen.

Meininger, H. (2009). Repressie of regie? Over goede zorg voor seksualiteit van mensen met een verstandelijke handicap. *Tijdschrift voor Seksuologie*, pp. 253-259.

Nationaal Kompas Volksgezondheid. (2014). *Wat is een verstandelijke beperking en wat zijn de gevolgen ervan?* Opgeroepen op 19 april, 2016, van <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/verstandelijke-beperking/beschrijving/>

NJI. (2016). *Is er een beste methode?* Opgeroepen op 31 maart, 2016, van <http://www.nji.nl/nl/Implementatie/Implementeren-met-effect/Is-er-een-beste-methode>

NJI. (2016). *Wat is implementeren?* Opgeroepen op 26 maart, 2016, van <http://www.nji.nl/nl/Implementatie/Implementeren-met-effect/Wat-is-implementeren>

RadboudUMC. (2016). *Verstandelijke beperking*. Opgeroepen op 24 maart, 2016, van www.radboudumc.nl: <https://www.radboudumc.nl/Zorg/Afdelingen/Genetica/KlinischeGenetica/Pages/Verstandelijkebeperking.aspx>

Redflower. (2010). *Seksualiteit bij jongeren met een verstandelijke beperking*. Opgeroepen op 9 maart, 2016, van <http://mens-en-samenleving.infonu.nl/pedagogiek/59005-seksualiteit-bij-jongeren-met-een-verstandelijke-beperking.html>

Rutgers. (2015). *Verstandelijke beperking*. Opgeroepen op 23 februari, 2016, van www.seksindepraktijk.nl: <http://www.seksindepraktijk.nl/themas/ziekte-en-beperking/verstandelijke-beperking><http://www.seksindepraktijk.nl/themas/ziekte-en-beperking/verstandelijke-beperking>

Schakenraed, T., Slot, A., Torie, M., & Vermeulen, L. (2010). *Koninklijke Kentalis Beleidsplan Seksualiteit*. Zwolle: Koninklijke Kentalis.

Sensoa. (2016). *De seksuele rechten van kinderen en jongeren*. Opgeroepen op 23 februari, 2016, van www.seksuelevorming.be: <http://www.seksuelevorming.be/achtergrond/over-rsv/de-seksuele-rechten-van-kinderen-en-jongeren>

Unicef. (2009). *Verdrag inzake de Rechten van het Kind*. Voorburg, Nederland.

Bijlagen

Bijlage 1: topiclijst

Topics	Vragen
Introductie	Hallo. Zoals ik in de mail al had aangegeven doe ik voor mijn afstuderen een onderzoek. Hiervoor moet ik interviews afnemen. Ik ga onderzoeken hoe wij hier op de groep beter om kunnen gaan met de seksuele behoeften van de cliënt. Omdat ik merk dat meerder cliënten een hulpvraag hebben als het gaat om seksualiteit, zoals zelfbevrediging en het veranderen van het lichaam, maar dat de groepsleiding hier niet of weinig op in speelt. Dit is door meerdere collega's bevestigd. Dit interview zal gebruikt worden om erachter te komen wat jullie als groepsleiding vinden, voelen en denken met betrekking tot het thema. Hieruit zal ik gegevens halen en uiteindelijk aanbevelingen schrijven. In het onderzoeksverslag zullen geen namen genoemd worden, dus je kunt er van op aan dat het anoniem is.
Algemene vragen	- Leeftijd? - Functie? - Hoe lang werkzaam binnen de instantie? - opleiding?
seksuele ontwikkeling seksuele behoeften: behoeften aan intimiteit, vriendschap, zelfbevrediging, geslachtsgemeenschap	- Ben jij je bewust van de hulpvraag van de cliënt? - Hoe denk jij over seksualiteit van cliënten - Kijk je naar de ontwikkelingsleeftijd of naar de kalenderleeftijd? - Hoe herken je het uiten van behoeften bij de cliënt?
Hallo ik	- Ken je de methodiek Hallo Ik? - Denk jij dat deze aansluit bij de cliënten van H, waarom wel/niet? - Wat zou er anders moeten?
Visie instelling K.	- Ben je op de hoogte van de visie die de

	instelling heeft? - Seksualiteit hoort bij het leven, hoe sta jij daarin? - Beschouw jij jezelf als deskundige in de begeleiding? - Is de begeleiding van seksualiteit vast gesteld in het handelingsplan (vraag voor persoonlijk begeleiders) - Wat merk je van betrokkenheid van ouders? - Uit onderzoeken wordt duidelijk dat mensen met een beperking vaker slachtoffer worden van seksueel misbruik, geldt dit ook voor deze cliënten, waarom wel/niet? - Ben je op de hoogte van de gedragscode voor medewerkers m.b.t. seksualiteit?
Implementeren: integreren de praktijk, inzetten in de praktijk	- Denk jij dat de visie goed is geïntegreerd in de praktijk? - waar is dit mis gegaan? - wat denk jij dat de instelling anders had kunnen doen? - wat denk jij dat er op de groep anders moet? - wat gaar we wel al goed?
Handelingsverlegenheid: ongemakkelijk bij het zien van handelingen, taboe onderwerp.	- Denk jij dat je last hebt van handelingsverlegenheid? - hoe ervaar jij de afstand/nabijheid met de cliënt? Moet je hier verantwoordelijkheid over afleggen? - in hoeverre speelt jouw eigen moraal wat betreft seksualiteit mee in de benadering van cliënten? En komt dit overeen met wat de instelling wil dat je uitdraagt? - Wat kan je zeggen over de bespreekbaarheid van seksuele hulpvragen binnen het team?

Bijlage 2: codeboom

[illegible]

	SAR	Beetje, begint basaal (+) Moeten kennen? Ja (++) Taak om te introduceren Pb-er (+/-) Coaches (+/-) Unit manager (+/-) Past bij cliënten? Ja (+++) Nee (-) Wisselend (+/-) Moeilijk zeggen (-) Weet niet (-) Kan passend maken (++) Moet er iets anders zijn? Zeker zinvol (+) Taak K. toegankelijke maken (+/-) Seksuoloog (+) Doet goed (+) Frustratie kwijt (+) Mooi iets (+) Ook voor deze cliënten? Doen als het helpt (+) Kan werken (+) Als cliënt echt niet zelf kan (+) Specifiek kijken naar behoeften (+) Ouders & BC-er er achter staan (+) Kluif aan ouders (-)
Visie instelling K.	Algemeen	Weet je dat die er is? Ja (++++++) Nee (-) Weet je wat er in staat? Nee (-----) Moeten medewerkers dit weten?

		Ja (++++++) Niet uit je hoofd kennen (-) Hoe komt het dat dat nu niet is? Niet mee bezig (-) Tijdgebrek (-) Andere prioriteiten (-) Niet genoeg bij stil staan (-) Wat kan gedaan worden? Zelf zoeken (+) Mee nemen in KHP (+) BC-er aansturen (+/-+/-+/-) Bespreken in vergadering (+++)
	Seksualiteit hoort bij het leven?	Eens (+) Ja (++++++) Bij sommige niet (-) Niet speelt of niet uit? Niet uit, wel speelt (+/-) Wordt er aan voldaan op de groep? Nee (-)
	Deskundigheid	Beschouw je jezelf als deskundige? Nee (-----) Niet mee eens (-) Wel deskundige kennen cliënten (+) Wel inleven (+) Is dat nodig? Ja (++) Niet deskundig (-), wel iemand die het voortouw neemt (+) Nee, niet professioneel genoeg (-) Verdieping nooit verkeer (+) Wat nodig? Theorie (++) Cursus (++)

		Meer in KHP (+) Gespecialiseerd iemand (+) Informatie (++) Onderwezen worden (+) Waar blijft het liggen? Uren (-) Overzicht (-) Weinig tijd (-) Prioriteit (-) Staat het in het KHP? Niet altijd (-) Geen kopje User (-) Wel risico inventarisatie (++) Alleen als problemen zijn (+/-) Sociale en emotionele ontwikkeling (+) Weinig doelen (--) Geen zicht op (-) Weet niet (-) Zou moeten? Ja (++++) Vanaf bepaalde leeftijd (+) Minder cijfers, meer praktisch (+/-) Wat merk je van betrokkenheid? Ouders wel weten (+), niets doen (-) Gevoelig onderwerp (-) Vaak pas bij problemen (-) Niets willen weten (-) Grote stap (+/-) Geloof (-) Weinig uitleg (-) Moeten meer betrokken worden? Ja (++) Afhankelijk algemene betrokkenheid (+/-) Hoe goed ze hun kind kennen (+/-) Verschilt per ouder (+/- +/- +/-)
	Handelingsplan	
	Betrokkenheid ouders	

		In KHP meer communicatie (+)
Seksueel misbruik	Slachtoffer	Geldt risico voor deze cliënten? Ja (++) Kan altijd (+++) Kwetsbaar (+) Niet weerbaar (++) Vaker dan gedacht (+) 's nachts of naar huis (+) Overdag beschermd genoeg (-)
	Veilige omgeving hoe?	Wat wordt er nu gedaan? Controle op collega's (+ -) Privé gericht (+) mag meer (-) Wat moet er gedaan worden? Binnen lopen bij collega's (+) Camera's (+) Vertrouwen (++)
	Weerbaar	Te maken? Ja (+) Nee (--) Moeilijk gaat (-) In hoeverre dat gaat (+/-) Als het kan, ja (+) Weerbaarheid waarborgen Groepsleiding (++) Met open deuren werken (+)
Implementeren	Visie ingezet?	Nee (---) Mag meer (--) Wordt vooruit geschoven (-) Meer investeren in hulpvraag (-) Meeste wel (+) Gedragscode (+++)
	Hoe komt dat?	Niet weten wat te doen (--) Weinig op de hoogte (-) Zwakt af (-)

	Wat gaat al goed? Wat kan beter/ is er nodig? Taak?	Niet bewust van (-) Niet alles in de gaten houden (-) Schiet er bij in (-) Ondergeschoven kindje (-) Te weinig bespreken (-) Bezuinigingen (-) Tijdsdruk (-) Veel dingen (+) Alleen nog puntjes op i (+) Bespreekbaar (++++) Bewust zijn (++) Toegeven aan behoeften (++++) Soms al stap gezet (+) Meer bespreken (-) Gericht praten per cliënt (+++) Bespreken in vergadering (++++++) Informatie (++) Ondersteuning mensen met kennis (+++++) Verder pakken (-) Er op wijzen (-) Rapportage punten (+) Cursus (+) Hele team (+++) BC-er (++++) PB-er (+) Team coach (+)
handelingsverlegenheid	Is er sprake van handelingsverlegenheid Team veilig genoeg	Nee (----) Beetje (+) Wel als op mij gericht (+) Niet al niet op mij gericht (-) Valt mee (-) Begin ongemakkelijk (+++) Andere wel (+) Wassen went niet (+) Ja (+++++) Voel mezelf niet prettig (-)

		Niet voor iedereen (-)
	Wat nodig	Duidelijk stappenplan (+) Duidelijkheid/afspraken (+)