

Het bespreekbaar maken van ongezond seksueel gedrag in de verslavingszorg

20-1-2017

Student: Janne Veldman

Studentnummer: 2588390

Specialisatie: GGZ Agoog

Klas: 4Vv2

Onderwijseenheid: Fontys Hogescholen

Opleiding: Sociale Studies

Vak: Afstudeeronderzoek

Docent: Petra van Zon en Thea van der Steeg

Samenvatting

Seksualiteit kan zowel een positieve als een negatieve invloed hebben op het welzijn van mensen. Wanneer mensen ongezond seksueel gedrag vertonen, vergroot dit onder meer de kans op een laag zelfbeeld, ongewenste zwangerschappen, seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) of seksueel misbruik. Mensen met een verslaving hebben een groter risico op het vertonen van ongezond seksueel gedrag. Het is belangrijk dat wanneer deze problematieken voorkomen, ze ook behandeld worden. Een voorwaarde van herstel is namelijk om de onderliggende problematieken te behandelen.

Patiënten die zijn opgenomen in verslavingskliniek X hebben als doel herstellen en een abstinente leven leiden. Structurele aandacht voor (ongezond) seksueel gedrag lijkt echter in de kliniek te ontbreken. Slechts enkele hulpverleners maken ongezond seksueel gedrag bespreekbaar. Uit onderzoek is gebleken dat bij de hulpverleners vaak handelingsverlegenheid wordt geconstateerd. Naar aanleiding van deze bevindingen is de volgende hoofdvraag geformuleerd:

Wat hebben hulpverleners in verslavingskliniek X nodig om ongezond seksueel gedrag van patiënten bespreekbaar te maken?

Om antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag heeft kwalitatief onderzoek plaatsgevonden en zijn er interviews afgenomen met hulpverleners en patiënten binnen verslavingskliniek X. Deze interviews waren vooraf half gestructureerd door middel van het theoretisch kader. Hierin werden de volgende theorieën meegenomen: gezond en ongezond seksueel gedrag, herstelvisie en de professionele houding van een hulpverlener. Deze interviews werden vervolgens geanalyseerd en gecodeerd, waarna de resultaten werden uitgeschreven.

Op basis van de resultaten kon de volgende conclusie worden getrokken. Het lijkt erop dat hulpverleners zich ervan bewust moeten worden dat het bespreekbaar maken van seksualiteit bij veel patiënten een prioriteit is. Het taboe moet kleiner worden en de drempel om het gesprek over ongezond seksueel gedrag met patiënten aan te gaan moet lager liggen. Hulpverleners hebben daarvoor richtlijnen en kaders nodig vanuit de organisatie. Zij hebben meer kennis nodig over seksualiteit en hebben behoefte aan een collega die hierin gespecialiseerd is. Tenslotte hebben hulpverleners ruimte nodig om te kunnen reflecteren op hun eigen handelen om zo het vertrouwen in zichzelf te vergroten.

Voorwoord

Een schooljaar lang heb ik stage gelopen in verslavingskliniek X. Patiënten kampten vaak met problemen op verschillende levensgebieden. Aan veel van deze levensgebieden werd ook aandacht besteed in de behandeling. Mijn vermoeden was echter dat er iets ontbrak. Er was een onderwerp wat niet behandeld werd maar ik had het gevoel dat dit wel heel actueel was in de kliniek. Dat is seksualiteit. Regelmatig moesten patiënten verplicht hun behandeling beëindigen omdat zij in de kliniek seksuele handelingen hadden verricht. Iets wat daar verboden is. Daarnaast zijn er in de kliniek al drie vrouwen ongewenst zwanger geraakt. Dit levert ontzettend veel problemen op en vormt een risico voor hun herstel. In de kliniek werd wel over het seksueel gedrag van patiënten gesproken door hulpverleners. Maar naar mijn idee werd dit niet met patiënten besproken.

De Fontys heeft de leerlijn seksualiteit. Als opdracht van deze leerlijn heb ik samen met twee andere stagiaires van verslavingskliniek X een voorlichtingsmiddag voor hulpverleners omtrent seksualiteit opgezet. Gedurende deze voorlichting werd mijn gevoel bevestigd. Hulpverleners gaven aan dat veel patiënten risicovol seksueel gedrag vertoonden maar dat hier weinig aandacht aan werd besteed. Ze gaven aan niet goed te weten waarom zij seksueel gedrag van patiënten niet bespreekbaar maken. Op dat moment heb ik besloten hier mijn afstudeeronderzoek over te doen. Het onderzoek is geschreven voor hulpverleners die werkzaam zijn in de GGZ en de verslavingszorg.

Dit onderzoek had ik niet alleen kunnen doen en om deze reden wil ik een aantal personen bedanken. Voor dit onderzoek wil ik graag verslavingskliniek X bedanken voor de welwillendheid om mee te werken. Daarbij ook alle patiënten en hulpverleners waarbij ik de interviews heb mogen afnemen. Mijn oud stage begeleidster Denise van den Brink en de huidige social work stagiaires wil ik bedanken voor hun feedback. Petra van Zon en Thea van Steeg voor hun begeleiding en kritische blik op het onderzoeksverslag. Daarnaast seksuoloog Leanne van Eijk voor nieuwe inzichten over het onderzoeksonderwerp. Tenslotte wil ik Anja Veldman bedanken voor de taal check en Willem van Kollenburg voor de grafische details van het verslag.

Janne Veldman
Januari, 2017

Inhoudsopgave

Inleiding	5
Hoofdstuk 1: Context en probleemschets	6
1.1 Probleemanalyse	6
1.2 Probleemstelling en verificatie	10
1.3 Onderzoeksdoelstelling	11
1.4 Hoofdvraag en deelvragen	11
1.5 Begripsafbakening	11
Hoofdstuk 2: Theoretisch kader	14
2.1 Herstelvisie	14
2.2 Professionele houding hulpverlener	17
2.3 Gezond en ongezond seksueel gedrag	19
Hoofdstuk 3: Methodologie	22
3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef	22
3.2 Dataverzameling-methode	23
3.3 Meetinstrument	24
3.4 Data-analyse	26
Hoofdstuk 4: Resultaten	28
4.1 Deelvraag 1	28
4.2 Deelvraag 2	32
4.3 Deelvraag 3	35
Hoofdstuk 5: Conclusies en aanbevelingen	40
5.1 Conclusies per deelvraag	40
5.2 Conclusie hoofdvraag	41
5.3 Aanbevelingen	42
Hoofdstuk 6: Discussie	45
6.1 Sterkte- en zwakteanalyse	45
6.2 Betekenis en bruikbaarheid	46
Literatuurlijst	48
Bijlagen	53
Bijlagen I: Introductiebrief	53
Bijlagen II: Informed consent	54
Bijlagen III: Topiclijst	55
Bijlagen IV: Codeboom	62

Inleiding

Seksualiteit heeft positieve effecten op de gezondheid en het welzijn van mensen (Toolkit VTV, 2015). Seksualiteit kan echter ook negatieve effecten met zich meebrengen. Wanneer men ongezond seksueel gedrag vertoont, kan dit onder meer de kans op een laag zelfbeeld, ongewenste zwangerschappen, soa's of seksueel misbruik vergroten (Gijs, Gianotten, Vanwesenbeeck & Weijnenborg, 2009). Mensen met een verslaving hebben een vergroot risico op het vertonen van ongezond seksueel gedrag (Drunen, 2015). Dit gedrag kan belemmerend werken op hun herstel en op het doel een middelenvrij leven te bereiken. Desondanks lijken verslavingsklinieken nauwelijks aandacht te besteden aan het (ongezond) seksueel gedrag van patiënten. Vaak is het onderwerp een taboe en wordt seksualiteit in zijn algemeenheid genegeerd of ontkend (Heemelaar, 2013).

In verslavingskliniek X lijkt dit ook gaande te zijn. Een groep patiënten binnen de kliniek vertoont ongezond seksueel gedrag wat tot problemen leidt. Regelmatig worden patiënten als gevolg hiervan uit de kliniek weggestuurd. Iedere vorm van seksueel gedrag is binnen de kliniek namelijk verboden. Naast dit verbod lijkt er amper aandacht besteed te worden aan seksualiteit en ongezond seksueel gedrag van patiënten. Het is afhankelijk van de hulpverlener of het thema seksualiteit besproken wordt. In de praktijk lijkt het onderwerp dan ook vaak overgeslagen te worden. Het is niet duidelijk wat ervoor zorgt dat hulpverleners ongezond seksueel gedrag wel ter sprake brengen. Wanneer zij dit gedrag bespreekbaar maken zou meer ongezond seksueel gedrag bij patiënten voorkomen kunnen worden. Het doel van dit onderzoek is dan ook om kennis te verzamelen en inzicht te krijgen in wat hulpverleners nodig hebben om ongezond seksueel gedrag bij patiënten bespreekbaar te maken. Er wordt onderzocht wat hulpverleners en patiënten onder ongezond seksueel gedrag verstaan en wat hier in de kliniek op dit moment precies mee gedaan wordt. Daarnaast wordt onderzocht wat de behoefte aan ondersteuning van de hulpverleners is, om dit onderwerp bespreekbaar te kunnen maken.

Het onderzoeksrapport is onderverdeeld in de volgende hoofdstukken:

- Hoofdstuk 1 geeft de context en probleemschets van het onderzoek weer. In dit hoofdstuk wordt de probleemanalyse beschreven waaruit de probleemstelling en de doelstelling voortkomen. Deze leiden tot de hoofdvraag en deelvragen.
- Hoofdstuk 2 bestaat uit het theoretisch kader. Hierin worden relevante theorieën beschreven die helpen bij het beantwoorden van de deelvragen.
- Hoofdstuk 3 beschrijft de methodologie. Hier wordt beschreven wie de populatie is, hoe het meetinstrument tot stand is gekomen en op welke wijze de dataverzameling en data-analyse werden uitgevoerd.
- Hoofdstuk 4 geeft de resultaten van de interviews weer. Per deelvraag worden de daarbij behorende resultaten beschreven.
- Hoofdstuk 5 bevat de conclusies op de hoofdvraag en de deelvragen. Daarnaast worden er aanbevelingen gegeven.
- Hoofdstuk 6 bestaat uit de discussie. Hierin wordt de betekenis en bruikbaarheid van het onderzoek beschreven en een sterkte-zwakteanalyse weergegeven.

Hoofdstuk 1: Context en probleemschets

In dit hoofdstuk worden de context van het onderzoek en de probleemschets weergegeven. In paragraaf 1.1 wordt de probleemanalyse beschreven waarin wordt gekeken naar wat er op dit moment reeds bekend en onderzocht is met betrekking tot seksueel gedrag van patiënten in de verslavingszorg en het bespreekbaar maken hiervan.

Op basis hiervan wordt een probleemstelling beschreven die in paragraaf 1.2 te vinden is.

In paragraaf 1.3 staan de hoofd- en deelvragen die in dit onderzoek worden onderzocht.

Tenslotte wordt in paragraaf 1.4 een begripsafbakening weergegeven.

1.1 Probleemanalyse

In de probleemanalyse zal als eerste de aanleiding van het probleem vanuit de praktijkinstelling worden beschreven. Vervolgens wordt op macroniveau gekeken naar wat de gevolgen zijn van seksueel gedrag en wat de wetgeving in Nederland hierover zegt. Op mesoniveau wordt beschreven hoe GGZ-instellingen en hulpverleners omgaan met het thema seksualiteit bij patiënten. Tenslotte wordt op microniveau gekeken naar het gedrag van patiënten op het gebied van seksualiteit.

Aanleiding praktijkinstelling

In verslavingskliniek X worden mensen behandeld met als doel een abstinente, ofwel middelenvrij leven te kunnen leiden (Franken & Brink, 2013). In deze kliniek worden verschillende levensgebieden behandeld bij het uitoefenen waarvan patiënten mogelijk problemen ervaren (Vincere, z.j.).

Levensgebieden zijn aspecten uit het menselijk leven zoals huisvesting, werk en sociale contacten. Deze aspecten komen in de behandeling aan bod omdat problemen op levensgebieden de kans op een terugval in middelengebruik vergroten (Kisjes & Mijland, 2011). Hoewel seksualiteit ook een aspect is van het menselijk leven komt dit levensgebied in de behandeling echter niet aan bod (IJff, 2006). Een deel van de patiënten lijkt echter wel problemen te hebben op dit gebied. Het komt voor dat patiënten in verslavingskliniek X een seksueel contact met elkaar aangaan. Dat blijkt onder meer uit meldingen van patiënten die in de kliniek ongewenst zwanger zijn geraakt of geslachtsziektes hebben opgelopen. Dit zorgt voor problemen op het persoonlijke vlak zoals bijvoorbeeld psychosociale klachten, ziekte en arbeidsuitval (Loket Gezond Leven, 2014). Door het aangaan van seksuele contacten brengen patiënten echter ook hun behandeling bij verslavingskliniek X in gevaar. Iedere vorm van seksueel gedrag is daar namelijk verboden. Het aangaan van een (seksuele) relatie kan een storende invloed hebben op de individuele behandeling. De aandacht zou dan niet uitgaan naar de behandeling maar naar de andere persoon in de relatie. Wanneer patiënten echter toch een relatie met elkaar aangaan, wordt hun behandeling gedwongen beëindigd omdat dit in strijd is met de huisregels. Maandelijks worden als gevolg hiervan enkele patiënten weggestuurd (Vincere-GGZ, z.j.). Het niet afmaken van een behandeling vormt vervolgens een kans op terugval (GGZ Nederland, 2015).

Iedere vorm van seksuele activiteiten is dus binnen de kliniek verboden. Naast deze regel is er in het protocol niets opgenomen op het gebied van het thema seksualiteit. Verbieden is de enige richtlijn die

hulpverleners rondom dit thema hebben. Veel van hen geven ook aan seksualiteit niet met hun patiënten te bespreken, terwijl een deel van de patiënten wel problemen op dit gebied ondervindt en een voorwaarde voor herstel is dat ook onderliggende problematieken worden behandeld (Kisjes & Mijland, 2011). Het niet bespreekbaar maken van problemen op het gebied van seksualiteit kan dus belemmerend werken op het herstel van patiënten.

Seksueel gedrag en wetgeving

Seksualiteit is volgens Everaerd (1993): 'het gedrag van een mens dat gericht is op het ervaren van lust en opwindingsgevoelens, en gedragingen die daartoe leiden of die daar het gevolg van zijn'. Het gaat hierbij om de lichamelijke functie, betekenis, beleving en gedrag (IJff, 2006). Seksualiteit heeft zowel positieve als negatieve effecten op de gezondheid en op het welzijn van mensen (Toolkit VTV, 2015). Positieve effecten komen voort uit gezond seksueel gedrag. Gezond seksueel gedrag wil zeggen dat er sprake moet zijn van vrijwilligheid, wederzijdse toestemming, gelijkwaardigheid en zelfrespect en contextadequaat handelen (Frans & Franck, 2011). De positieve effecten hiervan zijn spanningsreductie, versterking van het immuunsysteem en er komen hormonen vrij waarvan men gelukkig wordt (Bergland, 2007; Vreugdenhil & Rijk, 2007). Ongezonder seksueel gedrag wil zeggen dat er geen sprake is van vrijwilligheid, wederzijdse toestemming, gelijkwaardigheid of zelfrespect of contextadequatheid (Frans & Franck, 2011). Hieruit komen negatieve effecten voort zoals soa's en ongewenste zwangerschappen (Rijksoverheid, 2009). Ongewenste zwangerschappen kunnen onder andere zorgen voor psychosociale problemen en arbeidsuitval. Wanneer iemand met een soa besmet wordt en niet behandeld wordt kan dit leiden tot onvruchtbaarheid, kanker, orgaanschade en zelfs tot overlijden (Loket Gezond Leven, 2014). De Rijksoverheid (2009) stelt dat ongezond seksueel gedrag niet alleen gevolgen heeft voor het slachtoffer, maar ook voor de samenleving. Deze gevolgen kunnen zijn: schooluitval en verminderde arbeidsparticipatie, verminderde maatschappelijke participatie, kosten voor de gezondheidszorg, politie en justitie (Loket Gezond Leven, 2014).

Er zijn groepen die een verhoogd risico op het vertonen van ongezond seksueel gedrag hebben. Een van deze risicogroepen bestaat uit mensen met een verslaving (Loket Gezond Leven, 2014; RIVM, 2006). Wanneer iemand naast een verslaving nog een andere psychische aandoening heeft, dit wordt een dubbele diagnose genoemd, wordt de kans op het vertonen van ongezond seksueel gedrag nog groter (Drunen, 2015). Het Trimbos Instituut (2015) stelt dat er bij zestig tot tachtig procent van de mensen met een verslaving inderdaad sprake is van een dubbele diagnose. GGZ-instellingen bieden hulp aan mensen die lijden aan een verslaving en of psychische problemen (GGZ Nederland, 2013). Movisie (2011) stelt dat zij ook te maken krijgen met patiënten die ongezond seksueel gedrag vertonen. GGZ Nederland (2014) benadrukt dat er landelijk geen afspraken gemaakt zijn op het gebied van hoe om te gaan met het thema seksualiteit in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ Nederland, 2014). De inspectie voor de gezondheidszorg stelt wel dat alle zorginstellingen in Nederland verplicht zijn om rond dit thema beleidsregels op te stellen. Het uitgangspunt hiervan is dat duidelijk moet worden welk intiem gedrag wel, en welk gedrag niet is toegestaan binnen de instelling. De bedoeling hiervan is bescherming te bieden aan patiënten die onder de verantwoordelijkheid van

GGZ-instellingen in Nederland vallen (IGZ, 2015). GGZ Nederland biedt handvaten voor het ontwikkelen van een protocol met de noodzakelijke elementen op dit gebied. In GGZ-instellingen is ongezond seksueel gedrag nooit toegestaan, gezond seksueel gedrag slechts onder bepaalde voorwaarden. Wanneer een patiënt meerderjarig is hoeft de instelling geen toestemming te geven voor een seksuele relatie. Het is wel van belang dat deze relatie door de hulpverlener bespreekbaar wordt gemaakt. Patiënten zien niet altijd in wat de gevolgen van een relatie kunnen zijn. Wanneer patiënten een seksuele relatie aangaan moeten de regels met betrekking tot de behandeling wel in acht worden genomen. Zo mag de relatie niet storend zijn voor de individuele behandelingen. Indien nodig zal de hulpverlener ook voorlichting geven ter voorkoming van soa's en anticonceptie verstrekken (GGZ -Nederland, 2016).

Hulpverleners

Hulpverleners in GGZ-instellingen kunnen te maken krijgen met patiënten die ongezond seksueel gedrag vertonen (Movisie, 2011). Het beroepscompetentieprofiel van de GGZ-agoog stelt dat de rol van de hulpverlener op dat gebied is dat hij of zij contextuele hulpverlening aan patiënten geeft. Dit wil zeggen dat de hulpverlener patiënten ondersteunt, behandelt en begeleidt in de dynamiek tussen individu en samenleving, bij het herstellen van een psychische aandoening en het weer integreren in de samenleving (Movisie, 2012). Een voorwaarde om te kunnen herstellen is dat onderliggende problematieken van een persoon worden behandeld (Kisjes & Mijland, 2011). De kans dat verslaafden problematieken hebben op het gebied van seksualiteit lijkt groot omdat zij een risicogroep vormen die een grotere kans heeft op ongezond seksueel gedrag (Loket Gezond Leven, 2014). Krom (2013) stelt echter dat het onderwerp seksualiteit binnen de GGZ nog steeds een taboe is. In veel instellingen wordt het onderwerp genegeerd of ontkend (Heemelaar, 2013). Er zijn slechts enkele hulpverleners die dit onderwerp ter sprake brengen. Dit terwijl er volgens onderzoek van Rutgers slechts zes procent van de patiënten zelf over het onderwerp begint (Rutgers, 2015). Van Drunen (2011) geeft aan dat hulpverleners mede als gevolg van de bezuinigen weinig tijd hebben en het onderwerp seksualiteit dan ook graag overslaan. Uit onderzoek van Cook (2000) zoals beschreven in Gijs et al. (2009) blijkt ook dat hulpverleners moeite hebben met het feit dat hun patiënten zich overgeven aan seks. Hen werd gevraagd wat zij doen wanneer er sprake is van seksueel contact tussen patiënten.

Hulpverleners reageerden daar huiverig op, terwijl driekwart van hen hiervan getuige is geweest. Daarnaast voelen hulpverleners zich onzeker bij het bespreken van dit intieme onderwerp. Hieraan wordt tijdens de studietijd weinig aandacht besteed (Drunen, 2010). Volgens Janssen, Wentzel & Vissers (2013) wordt er bij hulpverleners handelingsverlegenheid geconstateerd. Ze zijn onzeker en weten niet hoe te handelen, daarom handelen zij niet. De drempel om seksualiteit bespreekbaar te maken ligt vooral hoog bij patiënten van de andere sekse (Heemelaar, 2013). Ondanks dat seksualiteit een thema lijkt wat binnen de GGZ weinig besproken wordt zijn er wel evidence based behandelingen in de verslavingszorg waarin seksualiteit verweven zit. De behandeling community reinforcement approach van Roozen, Meyers & Smith (2013) richt zich op het verkrijgen van een nieuwe leefwijze van de patiënt. Positieve veranderingen op een levensgebied dragen bij aan positieve veranderingen op andere levensgebieden, wanneer deze veranderingen op verschillende levensgebieden

plaatsvinden kan dit essentieel zijn voor het leiden van een abstinente leven. Voor negatieve veranderingen geldt hetzelfde. Problemen op levensgebieden kunnen hindernissen vormen voor het herstel en het doel van een abstinente leven. Een van deze levensgebieden is seksualiteit. Wanneer de patiënt echter niet zelf aangeeft dat dit een punt van aandacht is, wordt dit geen prominent onderdeel van de behandeling (Roozen et al., 2013). Leusink en Ramakers (2014) concluderen dat een goed overzicht ontbreekt met betrekking tot wat er precies gedaan wordt rondom het thema seksualiteit in de GGZ, en in de verslavingszorg, maar dat wel duidelijk is dat structurele aandacht rondom dit thema ontbreekt.

Patiënten

Jaarlijks komen gemiddeld 10.000 patiënten in de klinische verslavingszorg terecht (Zorginstituut Nederland, 2014). In deze instelling krijgen zij dan zeven dagen per week 24-uurs zorg. De duur van de opname verschilt per instelling en per patiënt (Novadic-Kentron, 2016). In verslavingskliniek X verblijven patiënten gemiddeld twee tot drie maanden (Vincere-GGZ, 2016). Zorginstituut Nederland (2014) stelt dat enkel mensen met een ernstige vorm van afhankelijkheid, een dubbele diagnose en/of sociale desintegratie in aanmerking komen voor de klinische verslavingszorg. Vooral ernstige afhankelijkheid en een dubbele diagnose hebben effect op de seksualiteit van een persoon (Gijs et al., 2009; Nevid, Rathus & Greene, 2014). De kans op ongezond seksueel gedrag is bij deze patiënten groter (Drunen, 2015).

Ernstige afhankelijkheid

Iemand is ernstig afhankelijk wanneer diegene een middel nodig heeft om te kunnen functioneren (Afkickkliniekwijzer, 2016). Het gebruik van middelen heeft effect op het seksuele gedrag en de beleving van een individu (Gijs et al., 2009). Nevid et al. (2014) beschrijven dat bepaald seksueel gedrag kan bijdragen aan de afhankelijkheid van een middel. Iemand kan afhankelijk worden van een bepaald middel om seksuele contacten aan te gaan of om opgewonden te raken. De roes van deze middelen kan er namelijk voor zorgen dat grenzen vervagen. Middelen als cocaïne zorgen onder andere voor een verhoogd seksueel genot. Door het gebruik van alcohol en drugs kan de controle op seksuele impulsen echter verstoord raken (Gijs, et al., 2009).

Bij ernstige afhankelijkheid komt het vaak voor dat iemand continue op zoek is naar nieuwe uitdagingen en sensaties, ook wel sensation seeking genoemd. Hierbij worden grotere risico's genomen dan normaal. De kick van spannende en nieuwe ervaringen zorgt voor bevrediging. Hoe meer men zich hieraan overgeeft, hoe groter de kans op bijvoorbeeld ongewenste zwangerschappen, geslachtsziektes en seksueel misbruik (Gijs et al., 2009).

Dubbele diagnose

Wanneer sprake is van een dubbele diagnose heeft de patiënt naast de verslaving ook een psychische aandoening (Trimbos, 2015). Het ongezonde seksuele gedrag dat mensen met een dubbele diagnose vertonen is per aandoening verschillend (Gijs et al., 2009). Ongezond seksueel

gedrag komt onder andere voor bij mensen met psychische aandoeningen als persoonlijkheidsstoornissen, depressie, schizofrenie en autisme. Volgens onderzoek van Brancroft, Janssen & Strong (2003) zoals beschreven in Gijs et al. (2009) gaat het hierbij om gedrag als hyperseksualiteit, buitenechtelijke relaties, weinig impulscontrole, roekeloosheid, verslavingsgedrag, onveilige seksuele handelingen, het seksualiseren van contacten en het bevredigen van eigen lusten op iedere mogelijke manier. Dit gedrag heeft een negatief effect op het zelfbeeld en op de eigenwaarde van een persoon. Het zorgt voor schuldgevoel en schaamte, en brengt risico's als ongewenste zwangerschappen, soa's of seksueel misbruik met zich mee (Neeleman, 2007; KenniscentrumPS, 2015).

1.2 Probleemstelling en verificatie

Probleemstelling

Aandacht voor het thema seksualiteit lijkt zowel in verslavingskliniek X, als in de gehele verslavingszorg te ontbreken (Heemelaar, 2013). Verslaafden vormen echter wel een risicogroep voor het vertonen van ongezond seksueel gedrag (Loket Gezond Leven, 2014). Ook in verslavingskliniek X wordt bij patiënten ongezond seksueel gedrag gesignaleerd. Dit veroorzaakt voor deze patiënten meerdere problemen (Rijksoverheid, 2009). Voor hun herstel is het van belang dat deze problemen behandeld worden (Kistjes & Nijland, 2009). Het blijkt echter dat slechts enkele hulpverleners ongezond seksueel gedrag bespreekbaar maken (Rutgers, 2015). Vaak wordt er bij hen handelingsverlegenheid geconstateerd (Janssen, Wentzel & Vissers, 2013). Het is niet duidelijk wat zij binnen de verslavingskliniek X nodig hebben om ongezond seksueel gedrag bespreekbaar te maken.

Probleemverificatie

Op 24-10-2016 is deze probleemstelling geverifieerd bij verslavingskliniek X in Limburg. De instelling erkent dat er binnen de behandeling geen structurele aandacht is voor seksualiteit in het algemeen. Zij geven wel aan dat zij veel ongezond seksueel gedrag bij patiënten signaleren. Dit gedrag wordt binnen en buiten de kliniek vertoond, waardoor de patiënt zichzelf (emotionele) schade toebrengt. Ook zien zij dat patiënten binnen de kliniek vaak seksueel contact met elkaar aangaan terwijl dit belemmerend is voor hun behandeling. Seksuoloog van Zessen (2016) benoemt dat dit voor iemand met een verslaving typerend vluchtgedrag is. Het gaat ook in tegen de regels van verslavingskliniek X en om deze reden wordt dan ook regelmatig een behandeling afgebroken. Dit is een thema waar wel veel over gesproken wordt maar dat niet uitgebreid wordt behandeld, iets dat volgens Rutgers (2015) kenmerkend is met betrekking tot het thema seksualiteit. De instelling heeft ook geen richtlijnen hoe hiermee om te gaan. Daarnaast is er sprake van tijdsgebrek waardoor dit onderwerp gemakkelijk overgeslagen wordt. Ook dit is iets dat volgens Drunen (2011) vaak voorkomt. Naast het verbinden van consequenties aan het gedrag is niet bekend wat op dit moment nu precies gedaan wordt met betrekking tot dit thema. Het lijkt afhankelijk te zijn van de hulpverlener of het thema wel of niet besproken wordt. Ook is niet duidelijk wat hulpverleners nodig hebben om dit onderwerp

bespreekbaar te kunnen maken, en wat patiënten helpt open te staan om het gesprek hierover aan te gaan.

1.3 Onderzoeksdoelstelling

Aan de hand van dit onderzoek wordt duidelijk wat in verslavingskliniek X precies gedaan wordt met betrekking tot ongezond seksueel gedrag bij patiënten en wat men precies onder ongezond seksueel gedrag verstaat. Tevens wordt duidelijk of de behoefte bestaat om dit thema bespreekbaar te maken en wat hier voor nodig is, met name wat hulpverleners nodig hebben om ongezond seksueel gedrag bespreekbaar te kunnen maken. Aan de hand van deze informatie worden er aanbevelingen gedaan aan de organisatie en aan de hulpverleners die ondersteuning geven bij het bespreekbaar maken van ongezond seksueel gedrag.

1.4 Hoofdvraag en deelvragen

Hoofdvraag:

Wat hebben hulpverleners in verslavingskliniek X nodig om ongezond seksueel gedrag van patiënten bespreekbaar te maken?

Deelvraag 1

Welk ongezond seksueel gedrag zien patiënten en hulpverleners in verslavingskliniek X?

Deelvraag 2

Hoe gaan hulpverleners om met ongezond seksueel gedrag in verslavingskliniek X?

Deelvraag 3

Wat zijn volgens patiënten en hulpverleners voorwaarden om ongezond seksueel gedrag bespreekbaar te maken?

1.5 Begripsafbakening

Seksualiteit

Volgens Walter Everaerd (1993) is seksualiteit: 'het gedrag dat gericht is op het ervaren van lust en opwindingsgevoelens en gedragingen die daartoe leiden of daar gevolg van zijn'. Het gaat om het lichamelijk seksueel functioneren, het seksueel gedrag, de beleving hiervan en de betekenis die dit voor mensen heeft. Ook intimiteit is hiervan een belangrijk aspect. Seksualiteit heeft voor iedere persoon een eigen betekenis die door persoonlijke ervaringen, overtuigingen, maatschappelijke en culturele denkbeelden wordt bepaald (IJff, 2006).

Ongezond seksueel gedrag

Met ongezond seksueel gedrag wordt in dit onderzoek bedoeld: 'seksueel gedrag dat belemmerend is voor het herstel van patiënten en voor het bereiken van hun doel, namelijk een abstinente leven'. Er is sprake van ongezond seksueel gedrag wanneer er geen sprake is van, wederzijdse toestemming, gelijkwaardigheid of zelfrespect of contextadequaatheid (Frans & Franck, 2011). Ongezond gedrag is risicogedrag dat zorgt voor een verhoogde kans op ziektes, zwangerschappen en seksueel misbruik, maar uiteindelijk wordt hieronder verstaan ieder seksueel gedrag waardoor de patiënt zichzelf (emotionele) schade toebrengt (Gijs et al., 2009)

Patiënt

In dit onderzoek zijn patiënten de mensen die voor hun verslaving in Verslavingskliniek X behandeld worden.

Deze verslavingen kunnen zowel aan middelen als alcohol, cannabis, GHB, speed, cocaïne of heroïne zijn, alsook gedragsverslavingen zoals de verslaving aan gokken of gamen. De kenmerken van de patiënten in dit onderzoek zijn als volgt: mannen en vrouwen tussen de 25 en 55 jaar, van Nederlandse afkomst, met en zonder dubbele diagnose. In dit onderzoek is voor de term patiënt gekozen omdat verslavingskliniek X de mensen die hier behandeld worden op deze wijze aanspreekt (Vincere-GGZ, z.d.).

Verslaving

Iemand is verslaafd als die persoon geestelijk of lichamelijk afhankelijk is van een gedraging of middel. Of iemand verslaafd is wordt vastgesteld aan de hand van een elftal criteria volgens de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM V). Dit is het handboek dat als standaard voor psychiatrische diagnostiek geldt. Deze criteria luiden als volgt:

- Vaker en in grotere hoeveelheden gebruiken dan het plan was.
- Mislukte pogingen om te minderen of te stoppen.
- Gebruik en herstel van gebruik kosten veel tijd.
- Sterk verlangen om te gebruiken.
- Door gebruik tekortschieten in het functioneren op het werk, school of thuis.
- Blijven gebruiken ondanks dat dit problemen veroorzaakt op het relationele vlak.
- Door gebruik opgeven van hobby's, sociale activiteiten of werk.
- Voortdurend gebruik, zelfs wanneer men daardoor in gevaar komt.
- Voortdurend gebruik ondanks dat men weet dat het gebruik lichamelijke of psychische problemen met zich meebrengt of verergert.
- Grotere hoeveelheden nodig hebben om het effect nog te voelen ofwel tolerantie.
- Het optreden van onthoudingsverschijnselen, die minder hevig worden door meer van de stof te gebruiken.

Wanneer iemand aan vier of vijf criteria voldoet is er sprake van een gematigde stoornis. Bij zes of meer symptomen is er sprake van een verslaving (Jellinek, 2016).

Bespreekbaar

Iets waarover men zonder schaamte of gêne kan spreken (Doodgewoon bespreekbaar, 2016)

Hulpverlener

In dit onderzoek is een hulpverlener een afgestudeerd psycholoog of sociaal werker die behandeling biedt aan iemand met een verslaving.

Verslavingskliniek X

De verslavingskliniek waar het gehele onderzoek wordt afgenomen en die zich bevindt in Limburg.

Hoofdstuk 2: Theoretisch kader

Theorieën die hier beschreven worden zijn gericht op het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Op basis van deze theorieën wordt een topiclijst ontwikkeld die richting geeft aan de interviewvragen (Boeije, 2014). In paragraaf 2.1 wordt de herstelvisie beschreven. Dit is de visie van waaruit verslavingskliniek X werkt. Vervolgens wordt in paragraaf 2.2 beschreven wat een professionele houding van een hulpverlener tijdens een gesprek over seksualiteit is. Verslavingskliniek X heeft aangegeven het van belang te vinden te weten wat hulpverleners moeten doen, zodat patiënten ervoor open staan om seksualiteit bespreekbaar te maken. Tenslotte wordt in paragraaf 2.2 de definitie van gezond en ongezond seksueel gedrag verder uitgelicht. In de interviews zal duidelijk worden of respondenten hieronder hetzelfde verstaan. Wanneer collega's op dezelfde manier interpreteren, observeren en praten, kan ongezond seksueel gedrag beter gesignaleerd en aangepakt worden (Pastoor & Jedeloo, 2012).

2.1 Herstelvisie

Volgens Antony (1993), zoals beschreven in Korevaar & Droes (2016), is herstel een intens persoonlijk en uniek proces van verandering van houding, waarden, gevoelens, doelen, vaardigheden en/of rollen van een persoon. Doel van dit proces is een bevredigend, hoopvol en nuttig leven te leiden, ondanks de psychische beperkingen. Herstel betekent de ontwikkeling van een nieuwe betekenis en van een nieuw doel in het leven. Herstel is ook het gebruiken en ontdekken van de eigen mogelijkheden en kracht (Droes & Witsenburg, 2012).

Herstel kan worden samengevat in vier aspecten. Deze aspecten zijn: herstel van persoon of identiteit, herstel van gezondheid, herstel van dagelijks functioneren en herstel van rollen (Bogaarts, Oosterbaan & Roosenschoon, 2010). Plooy en Droes (2011) beschrijven dat herstel van persoon of identiteit het herwinnen van zingeving, zelfvertrouwen en grenzen inhoudt. Herstel van gezondheid betekent het herstellen van een ziekte of het verminderen van symptomen. Herstel van het dagelijks functioneren gaat onder andere over zelfverzorging en het aangaan en onderhouden van sociale contacten. Herstel van rollen betekent bijvoorbeeld een ouder zijn voor je kind en participeren op werk of school. Deze vier aspecten van herstel beïnvloeden elkaar continue. Zo werkt bijvoorbeeld het herstel op het gebied van gezondheid of persoonlijke identiteit bevorderend op het functioneren in de maatschappij (Korevaar & Droes, 2016).

Boevink (2008) beschrijft dat er in de herstelprocessen drie aspecten onverbrekkelijk met elkaar verbonden zijn. Deze aspecten zijn ervaringsdeskundigheid, het ontwikkelen van een eigen verhaal en empowerment. Een eigen herstelverhaal maken is van belang omdat het de aandoening zelf en de gebeurtenissen daaromheen in een samenhangend hoopvol verband plaatst. Empowerment wil zeggen dat men meer macht krijg over het eigen leven en de maatschappelijke positie daarin. Ervaringsdeskundigheid wil zeggen dat ondanks het feit dat herstel een persoonlijk proces is, eigen inzichten ook anderen kunnen helpen. Ervaringsdeskundigheid is ook het uitwisselen van ervaringen

met anderen en daarop reflecteren. Door het delen van herstelervaringen wordt de invloed op het eigen herstel bevorderd (Droes & Witsenburg, 2015).

Een belangrijk uitgangspunt van herstel is dat het een proces is. Iemand kan zich in herstel bevinden ook al zal de aandoening niet helemaal verdwijnen. Het gaat hierbij om een groeiproces waarin men leert leven met een psychische of lichamelijk aandoening of de mogelijke gevolgen daarvan (Korevaar & Droes, 2016). Herstelprocessen vinden plaats bij verslaving, psychiatrische aandoeningen, psychosociale problematiek en lichamelijke ziekten (Droes & Witsenburg, 2015).

Gagne (2004) zegt, zoals beschreven in Droes & Witsenburg 2015, dat er vier fasen van herstel zijn. Ieder herstel is een uniek proces maar er zijn wel identieke fasen te onderscheiden, namelijk: fase 1 overweldigd worden door de aandoening, fase 2 worstelen met de aandoening, fase 3 leven met de aandoening en fase 4 leven voorbij de aandoening (Droes & Witsenburg, 2015). Deze fasen lopen in de meeste gevallen niet in een rechte lijn. In de eerste fase wordt de patiënt overweldigd door de aandoening, er is dan sprake van desoriëntatie en verwarring. De patiënt ervaart als gevolg van de aandoening verstoringen in het dagelijkse leven. In de tweede fase vraagt de patiënt zich af hoe hij met de aandoening kan leven en is er angst om opnieuw overweldigd te worden. In de derde fase leert de patiënt hoe om te gaan met de aandoening waardoor deze angst afzwakt. Door het leren kennen van eigen kracht en het zich bewust zijn van de eigen beperkingen wordt een "nieuwe ik" ontdekt. In fase vier vervolgens staat de aandoening op de achtergrond. Op verschillende gebieden tijdens het doorlopen van deze fasen komen talenten en mogelijkheden tot uiting (Kabbedijk, 2010).

Herstelondersteunende zorg

Korevaar & Droes (2016) benadrukken dat behandeling volgens de herstelvisie gericht is op het verminderen van lijden of het verminderen van symptomen. Een kwalitatieve behandeling kan een zeer essentiële bijdrage leveren aan het herstel van een persoon. Behandeling dringt ziekte terug, waardoor ruimte ontstaat voor nieuwe gevoelens, doelen en zingeving. Behandeling is erop gericht dat de patiënt leert zelf bepaalde dingen te doen die erbij helpen symptomen te verminderen en autonomie te vergroten (Korevaar & Droes, 2016). De patiënt zelf is de regisseur van zijn eigen herstel. De hulpvraag van de patiënt staat in het herstelproces centraal. Het startpunt van de behandeling wordt bepaald door de wensen van de patiënt en diens omgeving in combinatie met de expertise van de hulpverlener (Hendriksen, Nijnsens & Rooijen, 2012). De hulpverlening wordt gezien als een gemeenschappelijk proces van hulpverleners en patiënten. De hulpverlener is gericht op het ondersteunen, faciliteren en in gang zetten van herstelprocessen (Droes & Witsenburg, 2015). Er zijn een aantal kenmerken waaraan een hulpverlener volgens de herstelvisie moet voldoen. Zo is het belangrijk dat de hulpverlener aandachtig aanwezig is en dat het professionele referentiekader van de hulpverlener op een bescheiden terughoudende manier wordt ingezet. Er wordt persoonlijk op emoties en gevoelens gereageerd en ruimte gemaakt voor het eigen verhaal van de patiënt. De hulpverlener maakt gebruik van ervaringsdeskundigheid en van de kracht van de patiënt (empowerment). Deze wordt zowel collectief als individueel ingezet (Storme, 2013).

De herstelvisie heeft een aantal verschillen ten opzichte van de traditionele hulpverlening. De traditionele hulpverlening gaat uit van het ziektemodel. De verschillen volgens Droes & Witsenburg (2015) zijn in het onderstaande model te vinden:

Herstelvisie	Ziektemodel
• Luisteren • Eigen observaties tijdelijk parkeren • Ingaan op waar de patiënt zelf mee zit • De woorden van de patiënt gebruiken • Vragen wat de patiënt beleeft (niet uitleggen wat er gebeurt) • Patiënt bepaalt zelf welke hulp hij wanneer wil hebben • Er is ruimte om fouten te maken en ervan te leren • Eigen mening wordt gegeven maar de patiënt neemt de uiteindelijke beslissing • Complimenteren met eigen initiatief • Ervaringsdeskundigheid wordt gewaardeerd • Samen naar mogelijkheden zoeken • Zorgen voor gezamenlijke besluitvorming • Altijd op zoek naar betekenis van persoonlijke en oorzaken van ziekte • Eigen verhaal staat centraal, subjectieve beleving heeft betekenis • Zelfhulp en lotgenotencontact zijn een kern van behandeling • Het proces is belangrijker dan het resultaat, er wordt beoordeeld op persoonlijke groei • Behandeling is een gefragmenteerd proces met onderbrekingen, pauzes en tempowisselingen aansluitend bij de ontwikkeling van de patiënt.	• Luisteren en observeren • Diagnose stellen en uitleggen • Behandelen van ziekte (verschijnselen) • Hulpverlenerstaal • Niet vragen wat de patiënt beleeft maar uitleggen wat je vindt • Hulpverlener bepaalt welke hulp wanneer gewenst is • Fouten vermijden, advies geven • Eigen mening geven, patiënt kan weigeren • Eigen initiatief wordt niet bijzonder gewaardeerd • Hulpverlenersdeskundigheid wordt gewaardeerd • Hulpverlener kent de mogelijkheden • Liefst duidelijk advies, patiënt volgt de adviezen op • Betekenis en oorzaken zijn interessant als ze ten dienste staan van symptoombestrijding • Eigen verhaal is beleving, objectieve gegevens zijn belangrijker • Zelfhulp en lotgenotencontact zijn een alternatief of ondersteuning van behandeling • Het resultaat telt het meest, het proces wordt beoordeeld op de mate waarin het hierin bijdraagt • Behandeling is idealiter een regelmatig proces waarin continuïteit en een gelijkmatig tempo worden aangehouden door de behandelaar

Verslavingskliniek X handelt volgens de herstelvisie. Dit vraagt om een bepaalde manier van behandelen en benaderen van de patiënt. Door middel van de interviewvragen wordt duidelijk of de hulpverleners inderdaad werken volgens de herstelvisie en wat de respondenten van deze aanpak vinden. Tevens wordt duidelijk of de respondenten denken dat deze benadering ook werkt in het bespreekbaar maken van ongezond seksueel gedrag. Dit verduidelijkt de mening van respondenten over hoe zij denken dat hulpverleners patiënten het beste kunnen benaderen in het bespreekbaar maken van ongezond seksueel gedrag en of dit klopt met de herstelvisie.

2.2 Professionele houding hulpverlener

In deze paragraaf wordt beschreven welke aspecten in de houding van de hulpverlener een positieve bijdrage leveren aan een optimaal therapeutisch klimaat. De professionele houding van de hulpverlener en de functionaliteit van de hulpverleningsrelatie zijn namelijk twee belangrijke factoren om dit klimaat te creëren (Gijs et al., 2009).

Behandeling

IJff (2006) beschrijft dat seksualiteit voor ieder mens verschillend is. Dit is mede afhankelijk van psychologische, biologische, maatschappelijke en culturele factoren en zorgt ervoor dat ieder persoon zijn seksualiteit anders beleeft en vormgeeft. Om deze redenen is het van belang dat de hulpverlening uitgaat van een multidisciplinaire benadering (IJff, 2006). In het contact met de hulpverlener krijgt een patiënt de gelegenheid zijn seksuele bagage te onderzoeken. Dat wil zeggen dat onderzoek wordt gedaan naar de betekenis, beleving en het gedrag van de patiënt met betrekking tot zijn seksualiteit. Wat zijn de normen en waarden van de patiënt rondom dit thema (Lunsen, 2016)? Volgens Duarte, Segraves & Althof (2008) hebben patiënten in een behandeling op het gebied van seksualiteit meestal niet een maar twee vragen aan de hulpverlening. De eerste vraag legt de nadruk op het vinden van een oplossing voor problemen of klachten. De tweede vraag is doorgaans gericht op het verlichten of weghalen van de machteloosheid ten aanzien van het zelfstandig op kunnen lossen van problemen. Wanneer het inhoudelijke probleem wordt besproken dient de hulpverlener volgens IJff (2006) vaardigheden en inzichten te bieden. Dit wordt voornamelijk als een educatief proces gezien waarin de hulpverlener als coach optreedt. Het doel hiervan is om verandering te brengen in het denken, voelen en handelen rondom seksuele en intieme relaties van de patiënt. Om de zelfstandigheid ten aanzien van het gevoel van machteloosheid te vergroten kan er voorlichting, psycho-educatie, counseling en psychotherapie worden ingezet (IJff, 2006).

Houding van een hulpverlener

Lunsen (2016) beschrijft dat een hulpverlener geacht wordt te weten wat zijn eigen bagage is op het gebied van seksualiteit. Dit wil zeggen dat een hulpverlener zich bewust moet zijn van zijn eigen grenzen, normen, waarden, mogelijkheden en beperkingen die betrekking hebben op seksualiteit, en die van invloed zijn op de hulpverlening. IJff (2006) benoemt dat de eigen visie van de hulpverlener met betrekking tot seksualiteit, erg bepalend is. Het bepaalt de manier waarop de hulpverlener zich opstelt tegenover de patiënt. Seksuele problematiek wordt bijvoorbeeld door hulpverleners niet altijd

serieus genomen, dit kan een behandeling sterk beïnvloeden. Het is ook van belang dat de hulpverlener geen druk uitoefent op de patiënt om bepaalde normen, waarden of ideeën te veranderen. Wanneer dit een oorzaak van het probleem is, dient de hulpverlener dit te verduidelijken (IJff, 2006). Het is van belang dat de interventies en inzichten tijdens de behandeling zo overgebracht worden dat de patiënt ze cognitief kan begrijpen, emotioneel kan verwerken en in kan passen in zijn gedragsrepertoire. Daar hoort ook bij dat gecontroleerd moet worden of een en ander duidelijk is voor de patiënt. Goede behandeling vraagt vooral om educatieve deskundigheid en kritische reflectie op het eigen handelen van de hulpverlener (Gijs et al., 2009).

Volgens Castonguay & Beutler (2006) dient de houding van een hulpverlener zo open mogelijk te zijn zonder dat eigen grenzen worden overschreden. Wanneer de houding van de hulpverlener belemmerend werkt op de behandeling zal de patiënt doorverwezen moeten worden. Hierna zal bij de hulpverlener zelfonderzoek plaats moeten vinden zodat doorverwijzen in de toekomst niet of minder nodig is. Om de juiste houding aan te kunnen nemen is het van belang dat het onderwerp seksualiteit een terugkerend onderwerp is tijdens intervisie en supervisie bijeenkomsten (IJff, 2006).

Als hulpverlener is het van belang respect en erkenning voor de autonomie van de patiënt te tonen. Dat betekent echter niet dat een hulpverlener zich afwachtend moet opstellen totdat de patiënt met een duidelijke vraag komt. Tevens betekent dit dat men een patiënt die wel met een specifieke vraag komt niet slechts dat moet leveren wat gevraagd wordt. De hulpverlener vormt zich over de gestelde vraag naar eigen ervaring en inzichten een oordeel. Er wordt tussen de hulpverlener en de patiënt afgesproken waar de wederzijdse grenzen liggen en wat men van elkaar kan verwachten. Volgens onderzoek van Castonguay & Beutler (2006) zijn kwaliteiten voor seksuologische hulpverlening: bewaken en respecteren van grenzen, betrokkenheid, kritische reflectie, invoelend vermogen, hoop bieden, empathie, steun bieden, openheid, geruststelling, transparantie, onvoorwaardelijke acceptatie, zorgzaamheid, positieve gezindheid, veiligheid, zorgzaamheid en het wekken van vertrouwen. Veiligheid, respect en zorgvuldigheid worden hierbij zeer belangrijk geacht (Gijs et al., 2009).

Pastoor & Jedeloo (2012) beschrijven dat in een bepaalde mate de aanpak van de hulpverlener bepalend is met betrekking tot hoe een patiënt zijn verhaal vertelt. Wanneer er open vragen worden gesteld en een hulpverlener een patiënt de ruimte geeft om zijn verhaal te vertellen zal er een uitgebreider verhaal komen met meer persoonlijke aspecten (Pastoor & Jedeloo, 2012). Als een hulpverlener voornamelijk geconcentreerd is op feitelijke informatie en korte gesloten vragen stelt zal de patiënt minder vertellen. De variatie in het verhaal van een patiënt zal kleiner worden naarmate de hulpverlener objectiever is in zijn aanpak. Dit wil zeggen dat de wijze van observeren, praten en interpretatie hetzelfde moet zijn als die van collega's. Dit zorgt voor een meer zuiver verhaal dat niet door aannames en eigen interpretaties vertekend zal worden. Objectiviteit is echter slechts in bepaalde mate haalbaar. Deze kan echter wel bevorderd worden door het taalgebruik van een hulpverlener aan te laten sluiten bij het taalgebruik van de patiënt en door nauwkeurigheid na te streven bij het in kaart brengen van het probleem. Voor een hulpverleningsrelatie betekent een

nauwkeurige aanpak dat de hulpverlener geïnteresseerd is, goed luistert, de wensen en het probleem van de patiënt serieus neemt en geen genoegen neemt met vage antwoorden. Hierbij wordt duidelijk gemaakt dat schaamte geen belemmering hoeft te zijn om in gesprek te gaan over seksualiteit. Er is nooit garantie dat een patiënt zijn verhaal open en eerlijk vertelt, maar wat de openheid en oprechtheid bij een patiënt bevordert is empathie, respect, vertrouwen en integriteit. Er zijn ook onderzoeken die uitwijzen dat er de voorkeur aan wordt gegeven dat de patiënt en de hulpverlener van hetzelfde geslacht zijn. Een man zal de seksuele problemen van een vrouw namelijk nooit volledig kunnen begrijpen en andersom. Empirisch actueel onderzoek hiernaar is echter schaars (IJff, 2006)

Tijdens het onderzoek wordt gekeken of bovenstaande theorie aansluit bij de houding van de hulpverleners binnen verslavingskliniek X. Ook wordt onderzocht of patiënten de hierboven vermelde benadering als prettig ervaren. De antwoorden hierop, in combinatie met de theorie, geven richting aan wat zowel hulpverleners als patiënten belangrijk vinden of graag zouden zien in de houding van de hulpverleners wanneer zij ongezond seksueel gedrag bespreekbaar maken. De houding van een hulpverlener is namelijk een belangrijke factor voor dit optimaal therapeutisch klimaat (Gijs, et al, 2009). De houding van een hulpverlener is bepalend of patiënten iets wel of niet bespreken (IJff, 2006).

2.3 Gezond en ongezond seksueel gedrag

Frans en Franck (2011) stellen dat het van belang is als hulpverlener onderscheid te kunnen maken tussen gezond en ongezond seksueel gedrag (Frans & Franck, 2011), omdat een hulpverlener pas dan seksueel gedrag kan duiden en bespreken (Movisie, 2016). Seksueel gedrag kan dan positief geïntegreerd worden in het leven en ongezond seksueel gedrag kan begrensd worden. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat seksualiteit een positieve invloed heeft op de kwaliteit van leven en relaties. De normatieve lijst van seksueel gedrag bestond voorheen volgens onderzoek van Gain & Lane (1997), zoals beschreven in Frans en Franck (2011), uit drie criteria. Dit zijn vrijwilligheid, wederzijdse toestemming en gelijkwaardigheid. Hier zijn na actualisatie de begrippen zelfrespect en contextadequaatheid aan toegevoegd (NCJ, 2016). Het zijn criteria die bruikbaar zijn voor mensen van alle leeftijden uit de westerse cultuur om onderscheid te kunnen maken tussen gezond en ongezond seksueel gedrag (Frans & Franck, 2011).

Criterium 1: Wederzijdse toestemming

Wederzijdse toestemming wil zeggen dat beide partijen bewust moeten instemmen. Dit houdt in dat men met alle partijen tot compromissen komt, samen onderhandelt wat er precies gaat gebeuren en interesse heeft in hetgeen de ander fijn vindt (Seksualiteit.be, 2016). Er wordt rekening gehouden met elkaars verlangens, wensen, persoonlijke overtuigingen en opvattingen. Als aan de volgende voorwaarden voldaan wordt kan er gesproken worden van wederzijdse toestemming:

- Voor het akkoord is er wederzijds respect en er kan zonder repercussies geweigerd worden.
- Alle partijen hebben dezelfde kennis over wat er in de omgeving en cultuur of situatie als "normaal" wordt beschouwd.

- Alle partijen begrijpen zonder misverstand of verwarring wat er voorgesteld wordt en weten precies wat er mogelijk gaat gebeuren.
- Alle partijen zijn zich van de consequenties van het gedrag bewust (mogelijk stigma, ziekte etc.)

Er is geen sprake van wederzijdse toestemming als de ene partij de andere bedriegt, in het ongewisse laat, overrompelt of misleidt. Er is ook geen wederzijdse toestemming als:

- Men het gedrag van de ander laat gebeuren zonder verzet maar wanneer dit gedrag in strijd is met eigen verlangens, overtuigingen en opvattingen.
- Er wel participatie is, maar zonder aandacht voor de wensen en opvattingen van de andere partijen (Frans & Franck, 2011).

Criterium 2: Vrijwilligheid

Gezond seksueel contact gebeurt altijd op vrijwillige basis. Als er geen vrijwilligheid is, is er sprake van dwang. Als iemand psychisch of fysiek gedwongen wordt tot seksuele handelingen die hij of zij niet wil of wanneer men iemand anders daartoe dwingt is er sprake van dwang. Onder lichtere dwang worden groepsdruk, verleiding, beloning, beloftes, autoriteit en bedriegerij verstaan. Bij chantage en dreiging is er sprake van uitdrukkelijke dwang. Onder uiterste dwang worden openlijk geweld en bedreigingen verstaan. Ook wanneer de weigering van seksuele handelingen voor het slachtoffer negatieve consequenties heeft is er sprake van dwang of druk (Frans & Franck, 2011).

Criterium 3: Gelijkwaardigheid

Een voorwaarde die gesteld moet worden aan gezond seksueel contact is dat er sprake moet zijn van een gelijkwaardige relatie tussen alle betrokkenen. Er behoort een redelijk evenwicht te zijn op de volgende vlakken: intelligentie, leeftijd, rijpheid, levenservaring, macht, status en aanzien. Ook zijn er innerlijke factoren die een rol spelen bij ongelijkheid, bijvoorbeeld assertief versus passief, zeker versus onzeker. Wanneer het evenwicht ook maar enigszins ongelijkwaardig is, zal dit (mogelijk onbewust) de kans op misbruik van overwicht en macht vergroten. Leeftijdsverschillen wegen overigens minder zwaar dan bijvoorbeeld een groot verschil in intelligentie (Frans & Franck, 2011).

Criterium 4: Contextadequaatheid

Wanneer de context waarin iemand zich bevindt verandert, veranderen ook de regels met betrekking tot seksueel gedrag. De huiselijke omgeving is anders dan die in een werksituatie. Wat thuis wel kan is in een openbare ruimte mogelijk ongepast, omdat daar andere regels gelden. De cultuur, subcultuur en familiale context zijn er mede bepalend voor welk gedrag als acceptabel of onacceptabel wordt beschouwd. In geseksualiseerde gezinnen kan ongezond seksueel gedrag echter als acceptabel worden beschouwd. Aan de andere kant kan er in gezinnen waar seksualiteit een taboe is in iedere uiting van seksueel gedrag al een probleem worden gezien (Frans & Franck, 2011).

Criterium 5: Zelfrespect

Het is mogelijk dat seksueel gedrag voor een persoon zelf schadelijk is op sociaal, fysiek of psychologisch vlak (Janssens, 2012). Iemand kan zichzelf pijnigen, vernederen of in risicosituaties brengen zonder goed te weten wat de eigen grenzen en wensen zijn, tevens kan iemand zich blootstellen aan misbruik, gevaar en risicoseks. Personen met een laag zelfbeeld of weinig zelfvertrouwen hebben een vergrote kans in deze situaties terecht te komen. Het lage zelfbeeld of het gebrek aan zelfvertrouwen in combinatie met maatschappelijke en situationele factoren kunnen risico verhogend werken. Wanneer een vrouw weinig zelfvertrouwen heeft en leeft op een plek waar vrouwen ondervertegenwoordigd zijn wordt voor haar het risico op misbruik groter (Frans & Franck, 2011).

Tijdens het interview wordt de kennis van de patiënten getest. Wat vinden zij gezond en wat juist ongezond seksueel gedrag en is het beeld dat zij hiervan hebben juist. Tevens wordt bij hulpverleners getest of het beeld dat zij hiervan hebben klopt met de norm. Wanneer zij niet weten wat ongezond seksueel gedrag inhoudt of wanneer zij andere maatstaven hebben is het moeilijk te bepalen of zij dit gedrag bespreekbaar zullen maken.

Hoofdstuk 3: Methodologie

In dit hoofdstuk wordt de methodologie van het onderzoek beschreven. Hierin wordt de opzet van het onderzoek vastgesteld om te bepalen op welke manier de onderzoeksvragen het beste beantwoord kunnen worden. Dit wordt gedaan aan de hand van een meetinstrument dat door de onderzoeker zelf is ontworpen (Baarda et al. et al., 2013). Hiervoor wordt in paragraaf 3.1 de onderzoekspopulatie uitgelicht en de steekproef beschreven. Vervolgens wordt in paragraaf 3.2 beschreven welke methode voor de dataverzameling werd gebruikt. Hierna volgt in paragraaf 3.3 een beschrijving van het meetinstrument en de betrouwbaarheid en validiteit hiervan. Tenslotte wordt in paragraaf 3.4 de data-analyse beschreven.

3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef

Tijdens het formuleren van de probleemstelling is nagedacht over de populatie. De populatie bestaat uit de organisaties, afdelingen, groepen of personen onder wie het onderzoek wordt gehouden (Boeije, 2014). Onder deze populatie werd een steekproef gedaan. Er is hier sprake van een steekproef omdat het door de wisselende populatie bij Verslavingskliniek X en de beschikbare tijd niet mogelijk was om alle eenheden te interviewen. De populatie van het onderzoek moest aan een aantal voorwaarden voldoen waardoor er sprake is van een selecte steekproef (Baarda et al. et al., 2013).

De populatie bestaat zowel uit hulpverleners als uit patiënten. Dit was noodzakelijk om uiteindelijk een zo compleet mogelijk antwoord te kunnen geven op de hoofd- en deelvragen (Boeije, 2014). De populatie moest aan een aantal criteria voldoen, namelijk dat zij patiënt of hulpverlener zijn in verslavingskliniek X, in Limburg. In totaal werden vijf patiënten geïnterviewd. Hierbij werd rekening gehouden met de volgende punten:

1. Er werden twee vrouwelijke en drie mannelijke respondenten geïnterviewd. Dit is een gemiddelde afspiegeling van de patiënten van verslavingskliniek X.
2. De respondenten waren volwassen, namelijk tussen 25 en 55 jaar. In verslavingskliniek X zijn ook patiënten van boven de 55 jaar opgenomen. Vanaf die leeftijd kunnen er echter nieuwe problematieken ontstaan die wel bij de seksuele levensloop passen maar niet relevant zijn voor dit onderzoek (Vanwesenbeeck & Gianotten, 2009). Om het onderzoek te kunnen specificeren is ervoor gekozen om alleen de doelgroep volwassenen tussen 25 en 55 jaar te onderzoeken.
3. De patiënten waren autochtoon met een westerse etniciteit. De culturele achtergrond kan een bepalende en mogelijk medeoorzaak voor problemen zijn (Pastoor & Jedeloo, 2012). Veel mensen met een niet-westerse achtergrond hebben andere opvattingen en normen. Dit vraagt om een andere aanpak en benadering (Leusink & Ramakers, 2014). Vanwege het ontbreken van tijd was het niet mogelijk om ook deze doelgroep te onderzoeken.

In totaal zijn er vijf hulpverleners geïnterviewd. Hierbij werd met de volgende punten rekening gehouden:

1. De hulpverleners zijn allen in functie als behandelaar bij verslavingskliniek X. Het ging hier om personen die afgestudeerd zijn als psycholoog of sociaal werker. Hun functie is identiek.
2. In totaal zijn er drie psychologen en twee sociaal werkers geïnterviewd. De aanpak van een sociaal werker verschilt van die van een psycholoog, de sociaal werker is meer gericht op praktijk terwijl een psycholoog eerder cognitief te werk gaat. Om de diversiteit in aanpak in kaart te kunnen brengen werden zij beiden geïnterviewd.
3. Er is voor gekozen om een psycholoog meer te interviewen om een zo goed mogelijke afspiegeling te maken van de personen die werkzaam zijn bij verslavingskliniek X.
4. In totaal zijn er een mannelijke en vier vrouwelijke hulpverleners geïnterviewd om een zo goed mogelijke afspiegeling te maken van het aantal hulpverleners binnen verslavingskliniek X.

Ethische verantwoording benadering

Het onderzoek vond plaats in de oude stage-instelling van de onderzoeker. Deze instelling beschikte over e-mailadressen van de hulpverleners van verslavingskliniek X. Op de eerste plaats was er e-mailcontact met de locatiemanager om deze op de hoogte te brengen van de interviews. Vervolgens is er via e-mail contact gelegd met de hulpverleners. Hen werd verzocht in een reactie te laten weten of zij wel of niet in de gelegenheid waren deel te nemen aan het interview. Met de geïnteresseerde hulpverleners werd vervolgens weer via e-mail contact opgenomen en een datum voor het afnemen van de interviews vastgesteld. Deze hulpverleners hebben vervolgens ook patiënten geworven als respondenten. Zij legden aan de patiënten uit waar het interview over ging en wat er van hen gevraagd zou worden, vervolgens werd de vraag gesteld of de patiënt bereid was mee te werken. Wanneer dit zo was werd een datum gepland. Door middel van e-mailcontact zijn de interviews van zowel de hulpverleners als die van de patiënten gepland. Voorafgaand aan ieder interview vonden een korte kennismaking en introductiegesprekken plaats. Hierin kwam onder andere aan bod dat, wanneer men liever geen antwoord wilde geven op een bepaalde vraag, dit geen probleem was en dat zou worden verdergegaan met een volgende vraag. Ook werd aangegeven dat wanneer de respondenten het interview als ongemakkelijk zouden ervaren zij op elk moment de gelegenheid hadden het interview vroegtijdig te stoppen. Vervolgens werd zowel door de hulpverleners als door de patiënten een anonimiteitcontract getekend. Om de anonimiteit van de respondenten in het onderzoek te waarborgen worden de audiofragmenten van interviews niet openbaar gemaakt. Deze worden uitsluitend gebruikt voor dit onderzoek. Aan de resultaten of datagegevens zijn geen namen gekoppeld, iedere respondent krijgt een nummer. Ook kan er bijvoorbeeld worden geschreven in de vorm van 'vier van de tien respondenten geven aan dat ...'

De organisatie is anoniem gebleven doordat deze niet bij de eigen naam wordt genoemd. In het gehele onderzoek is de organisatie beschreven als verslavingskliniek X.

3.2 Dataverzameling-methode

Volgens Tijmstra & Boeije (2011) is een belangrijk kenmerk van wetenschappelijk onderzoek dat wanneer hierin uitspraken worden gedaan, deze gefundeerd dienen te zijn op empirische uitspraken,

dit zijn uitspraken die teruggrijpen op de waarneming. Het verzamelen van onderzoeksgegevens is hetzelfde als teruggrijpen op de waarneming. Dit wordt ook wel het verzamelen van data genoemd (Boeije, 2014).

De dataverzamelmethode die voor dit kwalitatief onderzoek is gekozen zijn interviews. Dit is de aangewezen manier om onderzoek te doen naar wat mensen voelen en welke kennis ze hebben. Om meer precies te zijn handelt het hier om semigestructureerde interviews. Bij een semigestructureerd interview liggen zowel de onderwerpen als de belangrijkste vragen vast. Er is ruimte om van de formulering of de vraagvolgorde af te wijken wanneer dit beter aansluit bij de respondent. Ondanks het feit dat doorvragen hierbij niet vastligt was dit hier wel erg belangrijk om de interviews meer diepte te geven. Een interviewer is in een semigestructureerd interview waakzaam ten opzichte van het verloop van het interview maar laat zich daarnaast ook inspireren (Baarda et al., 2013). Een semigestructureerd interview sluit het beste aan bij de onderzoeksvragen. Bij andere methoden van interviewen is de kans groot dat te veel van de topics wordt afgeweken of dat er te weinig diepgang is. Een semigestructureerd interview sluit aan bij het levensechte karakter van kwalitatief onderzoek (Baarda et al., 2013).

De interviews die bij de respondenten werden afgenomen zijn het onderzoeksmateriaal. De vragen die in het interview werden gesteld zijn erop gericht antwoorden te verkrijgen op de deelvragen van het onderzoek. Gedurende het afnemen van de interviews was het van belang dat de onderzoeksvraag en het onderzoeksdoel steeds in beeld bleven. Bij kwalitatief onderzoek gaat het veelal om betekenisverlening. Daarbij is belangrijk dat geïnterviewd wordt vanuit het perspectief van de onderzochten. Het gaat er hierbij om hoe zij de situatie beleven (Baarda et al., 2013).

Er zijn in bij verslavingskliniek X in Limburg in totaal tien interviews afgenomen in de periode van 9 tot 16 november 2016. Bij al deze interviews is de topiclijst leidraad geweest. Deze topiclijst is voortgevloeid uit de onderzoeksvragen. De vragen in de topiclijst kunnen ook een antwoord geven op de deelvragen van het onderzoek (Boeije, 2014). In ieder interview zijn dan ook alle topics aan bod gekomen. De topiclijst is ontwikkeld aan de hand van het theoretisch kader. Het theoretisch kader bestaat uit de volgende onderwerpen: de herstelvisie, de professionele houding van de hulpverlener en gezond en ongezond seksueel gedrag.

3.3 Meetinstrument

Het meetinstrument van dit onderzoek zijn de interviews. De data werden verzameld aan de hand van kwalitatieve interviews. De interviewvragen zijn gebaseerd op de topiclijst die direct af te leiden is van het theoretisch kader. Een topiclijst geeft richting aan het interview maar geeft tegelijkertijd de ruimte om deze aan te passen aan de op dat moment geïnterviewde. De topiclijst is een lijst met onderwerpen die tijdens het interview aan bod moeten komen. Deze onderwerpen zijn tot stand gekomen aan de hand van de onderzoeksvraag en het theoretisch kader. De onderzoeksvragen worden omgezet naar aandachtspunten. Deze worden vervolgens aan de respondenten voorgelegd.

Omgekeerd is het van belang dat de vragen die gebruikt worden tijdens het interview relevant zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen (Boeije, 2014). Tijdens een semigestructureerd interview vormt de topiclijst ook de basis voor het stellen van open vragen (Baarda et al., 2013).

Het is van belang dat er een psychologische volgorde is in de onderwerpen. De respondenten moeten deze volgorde als logisch ervaren. Om dit te kunnen realiseren werden eerst de gemakkelijke en pas daarna de moeilijke onderwerpen bevraagd. Zo werd bijvoorbeeld in het begin van het interview gevraagd wat hun definitie van herstel is, en pas later of zij in de kliniek ongezonder seksueel gedrag waarnemen. Er is een chronologische ordening en de onderwerpen gaan van breed naar smal. De topiclijst werd pas na de proefinterviews definitief gemaakt (Baarda et al., 2013).

Betrouwbaarheid en validiteit

Betrouwbaarheid is de mate waarin door onderzoek verkregen gegevens consistent zijn. Hoe minder de resultaten van het onderzoek afhankelijk zijn van toeval, hoe betrouwbaarder het onderzoek (Baarda et al., 2013). Er is een betrouwbare methode van dataverzameling wanneer de uitkomsten hetzelfde zijn als wanneer het onderzoek opnieuw zou worden gedaan. Betrouwbaarheid wil zeggen dat de waarnemingen minimaal worden beïnvloed door niet-systematische of toevallige fouten, resultaten mogen bijvoorbeeld niet afhankelijk zijn van het humeur van de onderzoeker (Boeije, 2014). Tijdens interviews wordt er ook steeds informatie teruggekoppeld naar de geïnterviewde om zo de gegevens te controleren en de betrouwbaarheid te waarborgen. Dit werd gedaan door tijdens het interview te luisteren, samen te vatten en door te vragen. De respondenten bestaan uit zowel hulpverleners als patiënten. Dit zorgt voor meerdere invalshoeken hetgeen de validiteit van het onderzoek bevordert (Boeije, 2014).

Validiteit is de mate waarin de manier van werken ons in staat stelt waarheidsgetrouwe uitspraken te doen over het object van onderzoek (Baarda et al., 2013). Het gaat erom dat gemeten wordt wat er ook beoogd wordt te meten. Uit het proefinterview bleek bijvoorbeeld dat een aantal topics als overdracht en tegenoverdracht niet relevant waren voor het beantwoorden van de hoofd- en deelvragen. Deze topics zijn vervolgens uit het interview verwijderd zodat er alleen gemeten werd wat beoogd was te meten (Boeije, 2014).

Voor de validiteit is het van belang dat de dataverzamelmethode aansluit bij de onderzoeksvragen. Daarom werd gekozen voor een semigestructureerd interview, zodat er thema's konden worden bevraagd die aansloten op de onderzoeksvragen. De thema's liggen dus vast maar er is voor respondenten ook ruimte voor eigen invulling. Na het beluisteren van het proefinterview kwam naar voren dat de onderzoeker op een bepaald moment de neiging had voorbeelden te geven aan de respondent waardoor er vragen als het ware ingevuld werden. Bij de interviews die volgden is de onderzoeker hierop extra alert geweest. Uit het transcriberen van de interviews bleek dat de onderzoeker de vragen voor de respondenten niet invulde maar hen vrijliet. De antwoorden die door de respondenten uiteindelijk werden gegeven waren hierdoor niet beïnvloed door de onderzoeker

maar kwamen helemaal uit zichzelf. Dit heeft bijgedragen aan de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek (Baarda et al., 2013).

Om de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek te waarborgen wordt gebruik gemaakt van triangulatie. Er worden verschillende methoden van dataverzameling gebruikt. Zo worden er buiten het afnemen van de interviews wetenschappelijke onderzoeken en professionals geraadpleegd (Baarda et al., 2013). Deze wetenschappelijke onderzoeken zijn te vinden in de probleemanalyse, bestaande theorieën zijn opgenomen in het theoretisch kader en de informatie van professionals die geraadpleegd zijn vindt men terug in de verificatie van de praktijk. Bij triangulatie wordt ervan uitgegaan dat een dataverzameling methodes zwaktes kent en dat het gebruik van meerdere methodes zwakheden compenseert. Deze werkwijze wordt als betrouwbaar gezien omdat metingen worden herhaald door het gebruik van andere methoden. Dus wanneer zowel de uit de theorie als uit de antwoorden van de respondenten blijkt dat het belangrijk is om in een gesprek over seksualiteit oordeelvrij te zijn, dan kan dit als betrouwbaar gezien worden. De validiteit wordt hier gewaarborgd door het feit dat verschillende methoden verschillende elementen van het onderwerp kunnen aantonen waardoor de kans groot is dat er een meer compleet beeld van het onderwerp ontstaat (Boeije, 2014). Ook is er dan sprake van intersubjectieve betrouwbaarheid. Er is door professionals uit het werkveld en door peers feedback gegeven op verschillende onderdelen van het onderzoek hetgeen de intersubjectieve betrouwbaarheid vergroot (Baarda et al., 2013).

3.4 Data-analyse

De interviews hebben plaatsgevonden in een verslavingskliniek in Limburg aangezien dit de instelling is waarop het onderzoek gebaseerd is. Na het transcriberen van deze interviews zijn de uitkomsten geanalyseerd. Analyse vergroot het inzicht in het onderwerp, waardoor onderzoeksvragen kunnen worden beantwoord waarna de resultaten kunnen worden gerapporteerd. In dit onderzoek is dit ook op systematische wijze gebeurd. (Boeije, 2014). Er is gebruik gemaakt van een kwalitatieve dataverzamelmethode omdat ernaar gestreefd wordt antwoord te krijgen op kwalitatieve onderzoeksvragen (Baarda et al., 2013). Gedurende de data-analyse is continue gereflecteerd op de probleemstelling: welke informatie willen we krijgen en waarom (Boeije, 2014).

De belangrijkste methode die gebruikt is om de gegevens in dit onderzoek te analyseren is het coderen (Baarda et al., 2013). Bij het coderen wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende thema's in de onderzoeksgegevens. Deze worden ook wel een code genoemd (Boeije, 2014). Door gebruik te maken van deze codes is de inhoud van het materiaal getypeerd. Een code legt het verband tussen het conceptuele kader en het empirisch materiaal (Baarda et al., 2013). Wat zegt de theorie uit het theoretisch kader over het onderwerp en wat zeggen de respondenten hierover. In eerste instantie vond er een open codering plaats. Alles wat met betrekking tot dit onderzoek niet relevant was werd verwijderd. Zo werd bijvoorbeeld de vraag gesteld of respondenten nog iets misten aan wat er gedaan werd in de kliniek op het gebied van ongezond seksueel gedrag. Een patiënt

maakte daarbij de opmerking dat het gebouw wat te gehorig was. Deze informatie werd bijvoorbeeld verwijderd.

De fragmenten die voor dit onderzoek relevant waren zijn gecodeerd aan de hand van de topics en gekoppeld aan de deelvragen. Wanneer in een bepaald fragment veel informatie gegeven werd die interessant was voor het onderzoek gebeurde het dat dit fragment meerdere codes kreeg (Boeije, 2014). De elementen die hiervoor van belang waren zijn dus in kaart gebracht in de vorm van een code. Zo ontstonden er onder andere de coderingen: training, specialist en protocol. Nadat bij het open coderen de interviews uitgedroogd zijn tot losse codes werd er weer een onderliggende structuur aangebracht. Dit noemt men ook het axiaal coderen. Gedurende het axiaal coderen werd duidelijk hoe de losse codes gegroepeerd konden worden (Baarda et al., 2013). Zo werden bijvoorbeeld de codes training, specialist en protocol onder de codering ondersteuningsbehoefte geplaatst.

Het resultaat hiervan was een lijst met codes, geordend per tabel en gekoppeld aan een deelvraag. Er ontstond er een codeboom die te vinden is in bijlage 3. Een codeboom zorgt voor de onderzoeker voor grondige kennis van het materiaal. Daarnaast worden gegevens overzichtelijk en hanteerbaar gemaakt. Ook wordt de thematisering bevorderd omdat het onderwerp van het onderzoek in verschillende elementen wordt verdeeld (Boeije, 2014). Na twee interviews moest de codeboom aangepast worden aangezien een aantal codes niet omvattend genoeg waren. De code positieve punten werd bijvoorbeeld vervangen door de code tevredenheid. Dit zorgde ervoor dat de codeboom overzichtelijker werd.

Door het gebruik van de codeboom zijn er dus fragmenten bij elkaar geplaatst om per deelvraag een duidelijke weergave te krijgen. Deze zijn beschreven in hoofdstuk 4: resultaten. Uit de verschillende interviews zijn ook citaten gehaald die deze resultaten hebben versterkt. Uiteindelijk is ook het theoretisch kader aan de resultaten gekoppeld om tot een zo een compleet mogelijke resultaatbeschrijving te komen.

Hoofdstuk 4: Resultaten

In het vorige hoofdstuk is beschreven hoe de uitkomsten van de interviews zijn geanalyseerd. Er volgt nu een beschrijving van de resultaten per deelvraag. Bij de beantwoording zijn drie topics van belang om deze deelvragen te kunnen beantwoorden. Daarvoor wordt de informatie, verkregen uit de interviews met hulpverleners en patiënten, beschreven. Deze interviews worden aangeduid met H1 tot en met H5 en P1 tot en met P5. Ook wordt een verband gelegd met het theoretisch kader. De conclusies op de deelvragen volgen in hoofdstuk 5.

In paragraaf 4.1 worden de resultaten weergegeven die horen bij deelvraag 1: “Welk ongezond seksueel gedrag zien patiënten en hulpverleners in verslavingskliniek X?”

In paragraaf 4.2 worden de resultaten weergegeven op deelvraag 2: “Hoe gaan hulpverleners om met ongezond seksueel gedrag in verslavingskliniek X?”

Tenslotte worden in paragraaf 4.3 de resultaten weergegeven op deelvraag 3: “Wat zijn volgens patiënten en hulpverleners voorwaarden om ongezond seksueel gedrag bespreekbaar te maken?”

4.1 Deelvraag 1

Deelvraag 1: Welk ongezond seksueel gedrag zien patiënten en hulpverleners in verslavingskliniek X?

Om een antwoord te krijgen op deze vraag zijn verschillende aspecten onderzocht. Ten eerste is onderzocht wat respondenten verstaan onder gezond en ongezond seksueel gedrag. Vervolgens wordt er gekeken naar wat de respondenten signaleren op het gebied van ongezond seksueel gedrag. Tenslotte geven de respondenten een indicatie van de grootte van het probleem in percentages.

Gezond versus ongezond seksueel gedrag

Er wordt gekeken naar wat volgens de respondenten gezond en ongezond seksueel gedrag precies inhoudt. Frans en Franck (2011) stellen namelijk dat het van belang is als hulpverlener onderscheid te kunnen maken tussen seksueel gezond en ongezond gedrag (Frans & Franck, 2011). Pas wanneer dit onderscheid duidelijk is kan een hulpverlener seksueel gedrag duiden en bespreken (Movisie, 2016).

De normatieve lijst van seksueel gedrag bestaat uit vijf criteria. Dit zijn vrijwilligheid, wederzijdse toestemming, gelijkwaardigheid, zelfrespect en contextadequaatheid (NCJ, 2016). Aan de hand van deze criteria wordt een onderscheid gemaakt tussen gezond en ongezond seksueel gedrag (Frans & Franck, 2011). Er wordt gekeken of dit ook de criteria zijn die de respondenten in het onderzoek benoemen.

Vrijwilligheid

Alle respondenten geven aan dat er sprake moet zijn van vrijwilligheid, met andere woorden dat hetgeen gebeurt op vrijwillige basis moet zijn. Iemand mag niet psychisch of fysiek gedwongen worden tot seksuele handelingen die hij of zij niet wil. Er mag geen sprake zijn van dwang of druk. De meningen over wanneer iets onder dwang valt verschillen wel per respondent. Zo geeft een respondent aan dat prostitutie te maken heeft met dwang, terwijl een andere respondent dwang ongezond vindt maar wel prostituees bezoekt.

Wederzijdse toestemming

Alle vijf de hulpverleners en drie patiënten benoemen wederzijdse toestemming als een voorwaarde voor gezond seksueel gedrag. Zij benoemen de aspecten van wederzijdse toestemming echter verschillend. Er wordt door de respondenten vooral gezegd dat men rekening met elkaar moet houden en dat men respect moet hebben voor elkaars grenzen. Een hulpverlener geeft aan dat het voornamelijk gaat om rekening houden met de overtuigingen en opvattingen van een persoon. Een patiënt vindt het belangrijk dat er geen meningsverschillen of verwarring over de seksuele handelingen ontstaan. Er moet ieder moment 'nee' gezegd kunnen worden. De patiënten noemen allemaal één aspect van wederzijdse toestemming, de hulpverleners benoemen er meerdere.

Gelijkwaardigheid

Twee hulpverleners en een patiënt benoemen gelijkwaardigheid, maar alleen op het gebied van de leeftijd. Gemeld wordt dat een volwassene alleen gezond seksueel contact kan aangaan met iemand die meerderjarig is.

Zelfrespect

Twee hulpverleners en een patiënt benoemen zelfrespect. De hulpverleners zeggen dat seksueel gedrag dat om de verkeerde redenen plaatsvindt en dat zorgt voor emotionele beschadiging ongezond is.

Seksualiteit kan op de verkeerde manier worden ingezet om iets te bereiken dat je schade kan berokkenen. Een patiënt heeft hier ervaring mee heeft en zegt hier het volgende over:

(Je kunt je lijf, lichaam, integriteit heel gemakkelijk te grabbel gooien maar dat gaat heel veel pijn veroorzaken als je dat verkeerd doet. Het is vreselijk als je je uitgelachen, gebruikt voelt, dat kost zoveel bloed, zweet en tranen. Zorg dat je het zelf graag wil en dat de ander jou wil en niet gebruikt omdat je op dat moment beschikbaar bent (P3).)

Contextadequaatheid

Een hulpverlener benoemt het niet gezond te vinden, dat patiënten het niet volhouden om twee maanden geen seksueel gedrag te vertonen binnen de kliniek, terwijl dit verboden is.

Overig

Naast de bovengenoemde criteria zijn er nog een aantal punten die de respondenten aanhalen als zijnde ongezond seksueel gedrag. Drie patiënten en twee hulpverleners vinden dat het ongezond is seks te gebruiken om je goed te voelen, bij wijze van coping mechanisme. Seks is bij verslaafden vaak een coping mechanisme (Troncale, 2014).

Seksueel gedrag is volgens hulpverleners ook ongezond wanneer:

- Het je functioneren in de weg staat, en relaties of werk belemmert.

- Het je ontevreden maakt.
- Je overmatig porno kijkt of masturbeert.
- Het volgens de Nederlandse wet verboden is.

Seksueel gedrag is volgens drie patiënten ook ongezond wanneer:

- Seksueel gedrag niet gekoppeld is aan liefde.

Ongezond seksueel gedrag binnen de kliniek

Alle respondenten melden dat ongezond seksueel gedrag in meerdere of mindere mate speelt bij patiënten binnen de kliniek. Er doen zich situaties voor waarin er geen sprake is van wederzijdse toestemming, zelfrespect, gelijkwaardigheid en contextadequaatheid volgens Frank en Francken (2014).

Wederzijdse toestemming

Zeven respondenten zeggen dat veel mannelijke patiënten ongewilde en ongepaste seksuele opmerkingen maken tegen vrouwen in de kliniek. Daarnaast worden vrouwelijke hulpverleners door hen geseksualiseerd. Volgens deze respondenten heeft een grote groep patiënten een gebrek aan respect voor anderen en aan normen en waarden.

Zelfrespect

Twee hulpverleners geven aan dat zij te maken hebben met patiënten die hun seksualiteit inzetten om bepaalde dingen voor elkaar te krijgen. Een hulpverlener zegt hierover het volgende:

(Verslaafden willen vaak snel bevrediging hebben. Seks kan het middel zijn. Er zijn ook problemen dat mensen zwanger worden en er ziektes aan overhouden. Maar ik denk dat het een hele negatieve invloed op je zelfbeeld en eigenwaarde kan hebben. Dat mensen hun seksualiteit inzetten om op een hele verkeerde manier dingen willen bereiken, die ze op een gezondere manier ook zouden kunnen bereiken. Ik denk dat mensen vaak goede gevoelens proberen te zoeken. Als je seksueel contact krijgt van iemand is dat fijn, dan krijg je aandacht, dan voel je iets en dan lijkt het ineens of je iets speciaals bent ofzo. Als dat contact weggaat of het gaat naar een ander dan ben je dat kwijt. Dan zit je nog dieper in de put dan voorheen. Ik denk dat dat wel vaak een probleem is hier. Ze zetten seks in als een soort coping (H5).)

Gelijkwaardigheid

Drie hulpverleners geven aan dat ze in de kliniek kwetsbare vrouwen die moeilijk hun grenzen aan kunnen geven zien binnenkomen, en dat mannelijke patiënten hier misbruik van maken om hun eigen lusten te bevredigen. Volgens Gijs et al., (2009) is het kenmerkend voor bepaalde persoonlijkheidsstoornissen dat een persoon op elke mogelijke manier zijn lusten bevredigt. Patiënten denken volgens hulpverleners dat het echt is wat ze voelen en dat ze goed met iemand bezig zijn. Dit is volgens hen echter vaak een destructieve relatie met negatieve gevolgen.

Contextadequaatheid

Een groep patiënten houdt het tijdens hun opname in verslavingskliniek X niet vol zich te onthouden van seksueel gedrag. Dit is echter wel verboden ten behoeve van de behandeling (GGZ Nederland, 2016). Een patiënt zegt hier het volgende over:

(Ik weet dat ik gevoelig ben voor vrouwen en daarmee moet opletten. Het kan een afleiding zijn voor mijn herstel. Ik ben altijd op zoek naar bevestiging van vrouwen. Ik weet dat seksualiteit een gevaar voor mij is. Dat ik wel een bepaalde afstand moet nemen van vrouwen omdat ik daarin door kan slaan. In je herstel is het sowieso niet gezond. Ik zie het als vluchtgedrag. Dat je niet met jezelf bezig hoeft te zijn maar met iemand anders. Er is een vrouw zwanger geworden van mij in de kliniek. Een vrouw is eigenlijk ook een middel. Een vervanging van drugs. Vroeger gebruikte ik veel minder drugs op het moment dat ik een vriendin had. Gewoon een cross-addiction. Vluchten in de relatie. Houdt je een tijdje clean maar dan val je wel weer terug (P1).)

Overig

Naast de bovengenoemde criteria zijn er een aantal aspecten die opvallen met betrekking tot ongezond seksueel gedrag van patiënten. De volgende punten vallen hierbij op:

- Drie mannelijke patiënten zeggen dat het ongezonde seksueel gedrag waartoe zij neigen een gevaar kan vormen voor hun herstel. Zij benoemen het als voornamelijk vluchten in seksualiteit, grenzeloos worden en sensation seeking.
- De patiënt met een persoonlijkheidsstoornis geeft aan dat seks en drugs hand in hand met elkaar gingen, iets wat bij deze doelgroep volgens Nevid, et al, (2014) veelvuldig voorkomt.
- Alle hulpverleners hebben het idee dat het merendeel van de patiënten geen juist beeld heeft met betrekking tot wat seksualiteit inhoudt, volgens Rutgers (2015) is dit typerend voor deze doelgroep.
- Patiënten verwarren lust vaak met liefde. Vaak denken ze meteen van iemand te houden wanneer zij met die persoon seksueel contact hebben gehad. Volgens hulpverleners klopt dit niet en zijn het vaak destructieve relaties die patiënten aangaan.
- Patiënten maken het zelf bijna nooit bespreekbaar wanneer zij binnen de kliniek ongezond seksueel gedrag hebben vertoond. Ze schamen zich of zijn bang voor de consequenties.

Percentage

Mensen met een verslaving hebben een verhoogde kans op ongezond seksueel gedrag (Loket Gezond Leven, 2014). Om in te schatten hoeveel patiënten binnen de kliniek te maken hebben met ongezond seksueel gedrag is aan de hulpverleners gevraagd een schattingspercentage te geven. Zij denken dat veertig, zestig, zeventig en vijftien procent van de patiënten problemen ervaart op het gebied van seksualiteit. Respondent H3 zegt hierover het volgende:

(Ik denk vijftien procent maar zou bijna honderd procent zeggen omdat ik zelf geloof dat seksualiteit gezond kan zijn binnen een gezonde relatie en ik denk niet dat deze populatie

die kan aangaan. Denk dat ze allemaal wel moeite hebben met seksualiteit op een gezonde manier te uiten maar dat is mijn eigen overtuiging. Er moet een gezonde basisrelatie daarvoor zijn, en als dat niet kan lijkt het mij heel moeilijk om te spreken over seksueel gedrag in de gezonde vorm (H3).)

Vier van de vijf patiënten denken dat ongezond seksueel gedrag bij een groot deel van de patiënten speelt.

4.2 Deelvraag 2

Deelvraag 2: Hoe gaan hulpverleners om met ongezond seksueel gedrag in verslavingskliniek X?

Om te begrijpen hoe hulpverleners omgaan met ongezond seksueel gedrag zijn drie verschillende aspecten onderzocht. Deze aspecten samen geven antwoord op deze deelvraag. Op de eerste plaats wordt gekeken of hulpverleners in gesprek gaan met patiënten over ongezond seksueel gedrag, vervolgens of het onderwerp een taboe is binnen de kliniek, en ten derde wordt gekeken naar wat de mening van de respondenten is over hetgeen binnen de kliniek gedaan wordt met betrekking tot ongezond seksueel gedrag, uiteindelijk wordt hiervoor een cijfer gegeven.

Bespreikbaarheid ongezond seksueel gedrag

Vier van de vijf hulpverleners geven aan met patiënten in gesprek te zijn geweest over ongezond seksueel gedrag. Van de patiënten meldt een respondent hierover in gesprek te zijn geweest met een hulpverlener.

Tabel 1. In gesprek over geweest over seksualiteit

	Ja	Nee
Hulpverleners	4	1
Patiënten	1	4

Drie hulpverleners geven aan alleen met een patiënt in gesprek te gaan over ongezond seksueel gedrag wanneer de patiënt dit zelf aankaart. Dit sluit aan bij de herstelvisie die de instelling uit wil dragen aangezien deze stelt dat wordt ingegaan op hetgeen de patiënt dwars zit (Hendriksen et al., 2012). De hulpverleners die ongezond seksueel gedrag zelf aankaarten doen dit wanneer een patiënt ongezond seksueel gedrag vertoont binnen de kliniek of wanneer bekend is dat deze hiermee een verleden heeft.

Een patiënt geeft aan dat hij zelf in zijn behandeling tegenover een hulpverlener een gesprek over seksualiteit begon maar dat diegene niet doorvroeg of hier niet op terugkwam.

Taboe

Krom (2013) stelt dat seksualiteit binnen de GGZ nog steeds een taboe is. Drie patiënten en twee hulpverleners hebben het idee dat seksualiteit onder hulpverleners inderdaad een taboe is. Zij denken dat, aangezien het onderwerp nooit besproken wordt, men er niet mee bezig is of er niet mee bezig wil zijn. Drunen (2011) benadrukt dat veel hulpverleners inderdaad het onderwerp seksualiteit graag uit de weg gaan. De respondenten denken niet dat seksualiteit een taboe is onder hulpverleners maar dat het thema simpelweg vergeten wordt of geen prioriteit heeft.

Alle respondenten ervaren dat seksualiteit in zijn algemeenheid bij patiënten wel een taboe is. Het onderwerp wordt meestal alleen oppervlakkig besproken. P3 zegt hier het volgende over:

(Bij patiënten mag je stoer iets blèren van die en die wil ik doen. Maar als het gevoelig is en diep bij jezelf komt mag dat niet. Het komt heel dichtbij mensen praten gemakkelijker over een hondje dat dood is gegaan dan dat ze heel de buurt afgewerkt hebben. Bij hulpverleners weet ik het niet. Ik heb het er nooit over gehad maar ik vraag het mij nu wel af of het inderdaad besproken en afgeserveerd is. Ik kan ze niet op een taboe betrappen (P4).)

De drie mannelijke patiënten melden het geen taboe te vinden seksualiteit met een hulpverlener te bespreken terwijl de twee vrouwelijke patiënten aangeven dit wel als zodanig te ervaren. Op twee patiënten na zeggen alle respondenten dat de drempel hoog ligt om seksualiteit bespreekbaar te maken tegenover iemand van het andere geslacht. Dit is volgens Heemelaar (2013) veelvoorkomend in de GGZ. Daarnaast geeft een hulpverlener aan seksualiteit niet bespreekbaar te maken met iemand van het andere geslacht, omdat ze bang is dat de patiënt er meer achter zal gaan zoeken. Ze is bang op die manier haar carrière in gevaar te brengen.

Tevredenheid

In deze subparagraaf wordt de tevredenheid van de respondenten beschreven met betrekking tot hetgeen gedaan wordt naar aanleiding van ongezond seksueel gedrag binnen de kliniek. Daarnaast wordt beschreven of dit aansluit bij de herstelondersteunende zorg die verslavingskliniek X wil bieden.

Tabel 2. Tevredenheid respondenten

Positief	volgens	Negatief	volgens
Het was een prominent deel van de behandeling	1 patiënt	Er word niets gedaan rond het thema seksualiteit	4 patiënten 4 hulpverleners
Patiënten worden aangesproken wanneer zij ongezond seksueel gedrag in de kliniek vertonen	2 patiënten 3 hulpverleners	Niet alle hulpverleners spreken patiënten aan wanneer zij ongezond seksueel gedrag vertonen	1 hulpverlener
Hulpverleners proberen alert te zijn op patiënten die ongezond seksueel gedrag vertonen	1 patiënt 3 hulpverleners	Niet alle hulpverleners hebben de wil of vaardigheden ongezond seksueel gedrag bij patiënten te signaleren	1 hulpverlener

Hulpverleners spiegelen patiënten wat helpt ongezond seksueel gedrag tegen te gaan	2 hulpverleners 2 patiënten	De grens van wat wel en niet gedoogd wordt qua seksueel gedrag binnen de kliniek is onduidelijk	4 patiënten 2 hulpverleners
In individuele sessies bestaat de mogelijkheid ongezond seksueel gedrag bespreekbaar te maken	3 hulpverleners	Er is te weinig tijd ongezond seksueel gedrag te bespreken	2 hulpverleners
Er zijn collega's bij wie hulpverleners terecht kunnen voor vragen omtrent ongezond seksueel gedrag van patiënten	5 hulpverleners	Er is niemand gespecialiseerd in het thema seksualiteit bij wie men voor vragen terecht kan	4 hulpverleners
Patiënten hebben het idee dat Wanneer zij zelf het onderwerp seksualiteit aanhalen, hulpverleners openstaan dit thema te bespreken	3 patiënten	Er zijn geen richtlijnen hoe om te gaan met ongezond seksueel gedrag van patiënten	5 hulpverleners
		Er is geen begeleiding voor hulpverleners hoe om te gaan met dit thema	4 hulpverleners
		Hulpverleners hebben het idee niet de tools, kennis en/of ervaring te hebben met patiënten in gesprek te gaan over seksualiteit	3 hulpverleners
		Hulpverleners beginnen nooit over seksualiteit tenzij iemand de huisregels overtreedt.	3 patiënten
		Het bespreken van seksualiteit met patiënten wordt niet als prioriteit gezien	2 hulpverleners 1 patiënt

Herstelvisie

Wanneer gekeken wordt naar de herstelvisie vallen er een aantal aspecten op. Vier van de vijf patiënten geven aan dat er niets wordt gedaan om ongezond seksueel gedrag tegen te gaan. Herstel gaat echter ook over het dagelijks functioneren, iets waaronder ook seksueel gedrag (Bogaarts et al., 2010). Een respondent geeft aan het onderwerp weleens te hebben aangekaart maar dat het gesprek hierover niet met hem werd aangegaan. Dit sluit niet aan op de herstelvisie, waarin gesteld wordt dat de hulpverlener in moet gaan op datgene wat de patiënt dwars zit (Droes & Witsenburg, 2015). De patiënt zelf zegt hierover het volgende:

(Er is helemaal niks over het onderwerp geweest. En toen ik het zelf aankaartte omdat ik er over in gesprek wilde werd er helemaal niet doorgevraagd. Nou toen dacht ik daar begin ik ook maar niet meer over (P3).)

Tijd is een ander aspect dat hulpverleners tegenhoudt ongezonder seksueel gedrag bespreekbaar te maken. Het programma is vol. Volgens de herstelvisie moet er echter wel ruimte zijn datgene te bespreken wat op dat moment bij een patiënt speelt. Ondanks dat het geven van adviezen de patiënt heeft geholpen sluit dit niet aan bij herstel ondersteunende zorg. Deze houdt namelijk in dat er vooral gebruik gemaakt moet worden van de ervaringsdeskundigheid van de patiënt en niet van die van de hulpverleners (Droes & Witsenburg, 2015). Een hulpverlener meldt dat verslavingskliniek X toekomstgericht werkt, hetgeen aansluit bij de herstelvisie (Storme, 2013).

Eindoordeel

Iedere respondent heeft een cijfer tussen de 0 en 10 gegeven voor hetgeen nu gedaan wordt binnen de verslavingskliniek met betrekking tot ongezonder seksueel gedrag. Hulpverleners beoordeelden dit met een 2, 2, 3, 4 en 4. De patiënten gaven een 5, 8, 8, 2 en 2. De lage cijfers geven aan dat er geen structurele aandacht is omtrent dit thema maar dat het tijdens individuele sessies wel wordt besproken. Van de twee patiënten die een hoog cijfer gaven is bij een patiënt het thema wel besproken, de andere patiënt is blij dat het thema niet besproken werd omdat ze dit te intiem vindt.

4.3 Deelvraag 3

Deelvraag 3: Wat zijn volgens patiënten en hulpverleners voorwaarden die nodig zijn om ongezonder seksueel gedrag bespreekbaar te maken?

Hulpverleners en patiënten vinden het belangrijk seksualiteit bespreekbaar te maken. Er wordt gekeken naar wat volgens patiënten een vereiste is aan de houding van de hulpverlener om seksualiteit bespreekbaar te maken. Verder wordt beschreven wat de ondersteuningsbehoefte van hulpverleners is om dit thema bespreekbaar te kunnen maken. Er is voor gekozen om in deze deelvraag niet te beperken tot ongezonder seksueel gedrag maar om deze vraag breder aan te pakken naar seksualiteit in zijn algemeenheid. Uit de interviews bleek namelijk al snel dat respondenten, om ertoe te komen ongezonder seksueel gedrag te bespreken, het een voorwaarde vinden dat eerst het onderwerp seksualiteit überhaupt besproken moet worden. Zij zijn van mening dat er niet over ongezonder seksueel gedrag gesproken kan worden wanneer er niet over seksualiteit in het algemeen gesproken wordt.

Bespreekbaarheid

Om veranderingen in een instelling succesvol te laten plaatsvinden is het essentieel dat er draagvlak is voor deze veranderingen (Louteret, 2016). Om deze reden is aan respondenten gevraagd of zij het überhaupt belangrijk vinden dat seksualiteit in het algemeen en ongezonder seksueel gedrag in het bijzonder bespreekbaar gemaakt worden.

Drie hulpverleners en drie patiënten geven aan het belangrijk te vinden dat seksualiteit bij de behandeling van iedere patiënt wordt besproken. Twee hulpverleners en twee patiënten geven aan dat zij dit alleen van belang vinden wanneer patiënten ongezond seksueel gedrag vertonen.

Tabel 3. Moet seksualiteit altijd besproken worden

	Ja	Nee
Hulpverleners	3	2
Patiënten	3	2

Twee hulpverleners die van mening zijn dat seksualiteit niet altijd besproken moet worden zijn van mening dat een verslavingskliniek hier niet de plek voor is en dat de beschikbare tijd hiervoor te kort is. Een hulpverlener zegt hierover het volgende:

(Je trekt misschien onbedoeld een beerput open terwijl je niet de vaardigheden en tijd hebt de gepaste behandeling hiervoor te bieden. Je kunt meer kwaad dan goed doen bij een patiënt. Je doet hier dan zowel jezelf als de patiënt hiermee te kort (H3).)

Alle hulpverleners zijn het erover eens dat, wanneer seksualiteit en ongezond seksueel gedrag bespreekbaar gemaakt worden, dit maatwerk hoort te zijn, hetgeen aansluit bij de herstelvisie (Droes & Witsenburg, 2015).

Alle vijf de patiënten geven aan dat wanneer bij patiënten ongezond seksueel gedrag vertoond wordt, dit met hen besproken moet worden. Drie van de vijf patiënten geven aan dat het bespreken van seksualiteit een vast onderdeel van de behandeling moet worden. Een patiënt zegt hierover het volgende:

(Verslaving een nogal grote impact heeft op seksualiteit. Het moet er gewoon in, een integraal onderdeel worden van de behandeling. Seksualiteit speelt een grotere rol dan dat het aan bod komt. Ik denk dat het gewoon belangrijk is terwijl ik hier helemaal niet zit met gigantische problematiek met betrekking tot seksualiteit. Ik denk dat het absoluut een bijdrage kan leveren op heel veel terreinen. Het is een dingetje dat zoveel tentakels en voelsprietten heeft naar andere terreinen (P1).)

De overige twee vrouwelijke patiënten zijn van mening dat het onderwerp niet bij iedereen bespreekbaar gemaakt hoeft te worden. Ze geven aan het een ongemakkelijk onderwerp te vinden, dat het bij hen niet speelt, en dat er daarom ook geen aandacht aan besteed hoeft te worden.

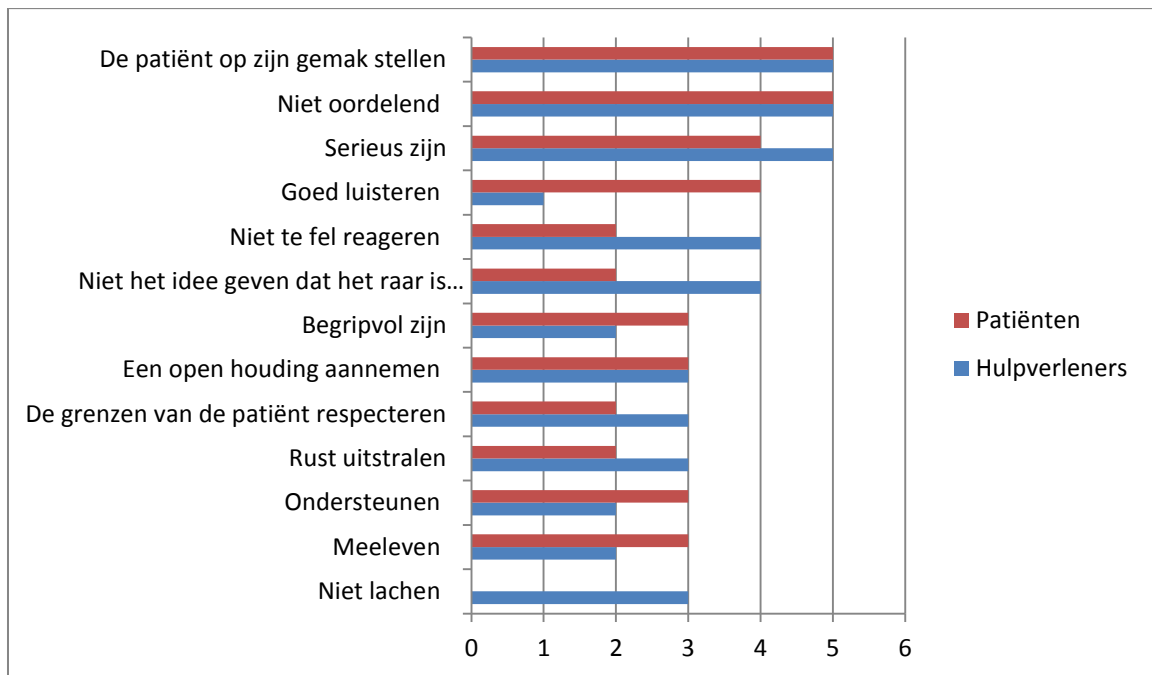
Houding hulpverleners

Het is niet alleen van belang om te weten welke eisen patiënten stellen aan de hulpverleners wanneer zij ongezond seksueel gedrag willen bespreken, maar ook wat hulpverleners zelf denken dat belangrijk

is ten opzichte van hun houding wanneer zij dit onderwerp bespreekbaar willen maken. De professionele houding van de hulpverlener is namelijk een belangrijke factor voor een optimaal therapeutisch resultaat (Gijs et al., 2009).

Er zijn een aantal kenmerken die verschillende keren door zowel hulpverleners als patiënten werden genoemd. Deze zijn in de onderstaande tabel te vinden.

Tabel 4. Kenmerken houding



IJff (2006) is van mening dat bijna alle kenmerken die in bovenstaande tabel worden genoemd inderdaad van belang zijn in de houding van een hulpverlener wanneer die in gesprek gaat over het thema seksualiteit. Een van de punten die IJff (2006) niet beschrijft is niet te fel reageren. Er zijn meer kenmerken die zowel door de respondenten als in de theorie genoemd worden, bijvoorbeeld het stellen van open vragen en een patiënt ruimte geven zijn verhaal te doen. Wanneer een hulpverlener dit doet zal er een uitgebreider verhaal komen met meer persoonlijke aspecten (Pastoor & Jedeloo, 2012). Maar ook het wegnemen van schaamte is belangrijk. Geen genoeg nemen met vage antwoorden in combinatie met interesse tonen en goed luisteren helpen hierbij (IJff, 2006). Twee hulpverleners geven aan dit erg belangrijk te vinden. Andere belangrijke kenmerken in de houding van hulpverleners volgens zowel IJff (2006) als de respondenten zijn: veiligheid, respect, zorgvuldigheid, open houding, betrokkenheid, empathie, openheid, acceptatie, zorgzaamheid, transparantie en het niet opleggen van eigen normen, waarden en ideeën.

Er waren een aantal punten waarbij de theorie en de antwoorden van de respondenten niet met elkaar overeenkwamen. Zo zegt IJff (2006) dat het belangrijk is bij patiënten vertrouwen te wekken en dat hulpverleners een open houding moeten hebben zonder dat de eigen grenzen worden overschreden.

Respondenten vonden het van belang als hulpverlener:

- Niet aan een patiënt te laten blijken het ongemakkelijk te vinden ongezond seksueel gedrag te bespreken.
- Op je woorden te letten en woordspelingen te vermijden.
- Niet te hard of met een boze stem te praten.
- De patiënt door te verwijzen naar een behandelaar van hetzelfde geslacht wanneer dat gevraagd wordt.
- Niet te snel actie te ondernemen bij een patiënt alvorens te onderzoeken wat de beste aanpak van een probleem is.
- Bevestigen dat het goed is dat de patiënt over zijn seksualiteit praat.
- Bij een patiënt van hetzelfde geslacht ervaringen te delen.
- Het gesprek over seksualiteit zo ontspannen mogelijk aan te gaan en te beëindigen.
- Vooraf toestemming aan de patiënt te vragen om seksualiteit te bespreken.

Ondersteuningsbehoefte hulpverleners

Vier van de vijf hulpverleners geven aan dat ze aan meer ondersteuning behoefte hebben dan wat op dit moment geboden wordt. De vijfde zegt dat begeleiding welkom is maar dat hij of zij niet het idee heeft incapabel te zijn om seksualiteit en ongezond seksueel gedrag bespreekbaar te maken.

Uitgaande van bovenstaande rijst dan de vraag: Waar hebben de hulpverleners precies behoefte aan, wat helpt hen bij het bespreken van ongezond seksueel gedrag?

Volgens vier respondenten zou het helpen een sessie psycho-educatie over seksualiteit, waaronder ook ongezond seksueel gedrag valt, aan het behandelprotocol toe te voegen. Zij geven aan dat het thema op deze wijze vanzelf bespreekbaar wordt gemaakt bij zowel de hulpverleners als patiënten.

Alle hulpverleners geven aan vanuit de instelling behoefte te hebben aan meer kaders en richtlijnen rondom dit onderwerp. Hoe kijkt de instelling tegen dit thema aan zodat hulpverleners deze optiek ook naar patiënten kunnen uitdragen. Op dit moment handelen hulpverleners zoals ze denken dat goed is maar of dat inderdaad zo is weten ze niet. Om ongezond seksueel gedrag te duiden en te bespreken is het een vereiste hiervan een correct beeld te hebben (Movisie, 2016). Een hulpverlener zegt hierover het volgende:

(Ik ga wel in gesprek met patiënten over ongezond seksueel gedrag. Maar wat ongezond seksueel gedrag precies is? Ik heb zelf wel een beeld maar of dat beeld klopt, geen idee. Ik weet niet of dat hetzelfde is als de instelling voor ogen heeft of hetzelfde is als mijn collega's. Eigenlijk best gek. Nu doe ik wat ik denk dat goed is maar ik mis de richtlijnen want ik weet niet of het goed is wat ik aanhoud (H1).)

Alle hulpverleners geven aan behoefte te hebben aan een protocol met duidelijke richtlijnen vanuit de organisatie. Qua huisregels is niet altijd duidelijk wat bedoeld wordt op het gebied van seksueel

gedrag binnen de kliniek. Dit zorgt ervoor dat elke hulpverlener de regels op eigen wijze interpreteert en dat er geen eenduidigheid heerst naar de patiënten en dat hulpverleners niet altijd hetzelfde handelen. Twee respondenten geven aan meer initiatief te willen zien vanuit de organisatie om ongezond seksueel gedrag van patiënten aan te pakken en het bewustzijn van hulpverleners hierin te vergroten.

Vier hulpverleners geven aan behoefte te hebben aan ondersteuning wanneer zij met patiënten in gesprek willen gaan over seksualiteit en ongezond seksueel gedrag en dat hen theoretische kennis, tools, methodes en handvaten worden aangereikt. Zij willen rondom dit thema graag een trainingsdag of een incompanycursus krijgen waarin zij antwoord krijgen op de volgende vragen:

- Hoe maak je seksualiteit en ongezond seksueel gedrag bespreekbaar?
- Wanneer maak je dit thema bespreekbaar?
- Waar moet je op letten wanneer je dit thema bespreekbaar maakt?
- Wanneer maak je dit thema wel of juist niet bespreekbaar?
- Bij welke patiënten maak je het wel of niet bespreekbaar?
- Hoe signaleer je of er bij iemand sprake is van ongezond seksueel gedrag?
- Hoe zorg je dat de patiënt zich op zijn gemak voelt?
- Hoe zorg ik dat ik mijzelf op mijn gemak voel om dit bespreekbaar te maken?

Vier hulpverleners geven aan behoefte te hebben aan meer begeleiding vanuit de organisatie in de vorm van supervisie en intervisie. Bij intervisiebijeenkomsten willen ze graag reflecteren op hun eigen handelen zodat ze kunnen bespreken tegen welke problemen ze aan liepen en om bevestigd te krijgen of hun handelen juist is. Twee hulpverleners zeggen dat ze hier soms aan twijfelen. Een respondent meldt bij supervisiebijeenkomsten te willen onderzoeken wat zijn eigen normen, waarden en overtuigingen met betrekking tot seksualiteit zijn, met andere woorden, hoe hij hier zelf in staat. Dit zal volgens Gijs et al. (2009) helpen seksualiteit gemakkelijker en bewuster bespreekbaar te maken. Supervisie en intervisie dragen er ook aan bij de juiste houding aan te nemen bij het in gesprek gaan over seksualiteit (IJff, 2006).

Alle hulpverleners geven aan een seksuoloog of iemand die gespecialiseerd is in seksualiteit een meerwaarde te vinden voor de instelling. Vier hulpverleners denken dat het hen zou helpen om met vragen over ongezond seksueel gedrag bij een expert terecht te kunnen.

Tenslotte zou het hulpverleners helpen ongezond seksueel gedrag bespreekbaar te maken door hierover met hulpverleners onderling in dialoog te gaan, training op afstand en in de nabijheid te krijgen, door ervaring op te doen en op die manier als het ware gedwongen worden dit onderwerp te bespreken.

Hoofdstuk 5: Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de deelvragen en de hoofdvraag beantwoord aan de hand van de resultaten. In paragraaf 5.1 komende deelvragen aan bod, waarna in paragraaf 5.2 antwoord wordt gegeven op de hoofdvraag. Tenslotte worden in paragraaf 5.3 aanbevelingen gedaan voor zowel verslavingskliniek X als voor vervolgonderzoek.

5.1 Conclusies per deelvraag

Conclusie deelvraag 1

Deelvraag 1: Wat zien patiënten en hulpverleners aan ongezond seksueel gedrag in verslavingskliniek X?

Er zijn vijf criteria om gezond van ongezond seksueel gedrag te onderscheiden: vrijwilligheid, wederzijdse toestemming, gelijkwaardigheid, zelfrespect en contextadequaat (Frans & Franck, 2011). De meerderheid van de respondenten benoemt niet precies te weten wat de definitie is van gezond en ongezond seksueel gedrag. Dit wordt bevestigd doordat geen van hen alle aspecten van ongezond seksueel gedrag volgens Frans en Franck (2011) benoemt. Respondenten hebben wel het idee dat de meerderheid van de patiënten ongezond seksueel gedrag vertoont. Dit lijkt realistisch, gezien verslaafden een risicogroep zijn voor het vertonen van ongezond seksueel gedrag (RIVM, 2006). In de kliniek zelf wordt ook ongezond seksueel gedrag gezien. Buiten vrijwilligheid zien respondenten de andere vier aspecten van Frank & Francken (2014) aan ongezond seksueel gedrag binnen de kliniek. Zo gedragen niet alle patiënten zich respectvol tegenover patiënten of hulpverleners. Er is dus geen sprake van wederzijdse toestemming. Patiënten brengen zichzelf in risicosituaties op het gebied van seksualiteit waardoor het zelfrespect van de patiënten in het geding komt (Janssens, 2012). Mannen maken gebruik van de kwetsbare vrouwen in de kliniek, waardoor er geen sprake is van gelijkwaardigheid (Frans & Francken 2014). Ten slotte wordt er niet altijd rekening gehouden met contextadequaatheid. Patiënten voeren alsnog seksuele handelingen met elkaar uit, terwijl dat in de kliniek verboden is.

Conclusie deelvraag 2

Deelvraag 2: Op welke wijze gaan hulpverleners ongezond seksueel gedrag tegen in verslavingskliniek X?

Bij slechts één patiënt is tijdens de behandeling het thema seksualiteit besproken. Wel lijkt de meerderheid van de hulpverleners het thema seksualiteit te bespreken. De meesten van deze groep geven aan dit te doen mits patiënten het thema zelf aankaarten. Echter kaart maar 6% van de patiënten dit thema ook daadwerkelijk zelf aan (Rutgers, 2015). De meerderheid van de hulpverleners geeft aan niet in gesprek te gaan over seksualiteit, omdat ze de randvoorwaarden missen dit te doen. Ze geven aan richtlijnen en kaders vanuit de organisatie te missen. Daarnaast benoemen ze, dat ze niet de tools, kennis en ervaring hebben om het gesprek over seksualiteit aan te gaan. De helft van de respondenten heeft ook het idee dat seksualiteit een taboe is onder hulpverleners. De andere helft denkt dat seksualiteit een vergeten thema is of geen prioriteit heeft. De hulpverleners zelf geven aan

dat zij voornamelijk een taboe omtrent seksualiteit ervaren wanneer ze het gesprek moeten aangaan met een patiënt van het andere geslacht. Volgens hulpverleners zou het taboe kleiner worden wanneer het thema vaker besproken wordt. Het thema lijkt nu niet vaak besproken te worden, als dit wel gebeurt, is dit in individuele sessies. Hulpverleners proberen dan ongezond seksueel gedrag tegen te gaan door patiënten aan te spreken op hun gedrag en het gedrag ook te spiegelen. Dat wordt door de patiënten als positief ervaren. Echter is het cijfer wat de respondenten geven aan de kliniek, aan wat ze vinden dat er gedaan wordt rondom seksualiteit en ongezond seksueel gedrag, onvoldoende. De mediaan van de cijfers die zijn gegeven, is een 3/4.

Conclusie deelvraag 3

Deelvraag 3: wat zijn volgens patiënten en hulpverleners vereisten om ongezond seksueel gedrag bespreekbaar te maken?

Verscheidende respondenten benoemen dat, om ongezond seksueel gedrag bespreekbaar te maken, het van belang is dat het thema seksualiteit het algemeen wordt besproken. De meerderheid van de respondenten geeft aan het belangrijk te vinden dat bij iedere patiënt seksualiteit besproken wordt. Alle mannelijke patiënten benoemden ook dat hun seksueel gedrag een gevaar vormde voor hun herstel en vinden het daarom belangrijk dat het thema besproken wordt. De hulpverleners geven een aantal redenen aan waarom zij seksualiteit niet aankaarten. Onder andere vinden zij een verslavingskliniek niet de plek om dit thema te bespreken of zien zij het niet als prioriteit. De meeste hulpverleners weten daarnaast ook niet of de wijze waarop ze seksualiteit met patiënten bespreken juist is. Ze geven aan de tools, kennis en ervaring hiervoor te missen, maar hebben hier wel behoefte aan. Dit blijkt tot onzekerheid te leiden en te zorgen voor handelingsverlegenheid. Ze hebben behoefte aan een protocol waar onder andere in staat welk seksueel gedrag in de kliniek getolereerd wordt, hoe hulpverleners hiermee om moeten gaan, maar ook wat volgens de organisatie de definitie van ongezond seksueel gedrag is. Daarnaast geven hulpverleners aan behoefte te hebben aan een collega met expertise op het gebied van seksualiteit waar ze met vragen terecht kunnen. Hulpverleners geven aan graag supervisie en intervisie te krijgen. Ze weten namelijk niet of de wijze waarop ze seksualiteit bespreken juist is en deze bijeenkomsten zouden kunnen bijdragen om de handelingsverlegenheid te verkleinen. Daarnaast dragen deze bijeenkomsten ook bij aan het aannemen en ontwikkelen van een juiste houding om seksualiteit bespreekbaar te maken (Ijff, 2006). Een voorwaarde van de patiënten om het thema te mogen bespreken is onder andere dat hulpverlener de patiënt op zijn gemak stelt en niet oordelend is.

5.2 Conclusie hoofdvraag

Wat hebben hulpverleners nodig in verslavingskliniek X om ongezond seksueel gedrag van patiënten bespreekbaar te maken?

Op basis van de antwoorden op de deelvragen kan de volgende conclusie worden getrokken.

Voor dat hulpverleners ongezond seksueel gedrag van patiënten bespreekbaar maken, is het van belang dat ze seksualiteit in het algemeen bespreken. Ze dienen de prioriteit van het bespreekbaar maken in te zien en hierin niet af te wachten totdat patiënten het thema zelf aankaarten. Wanneer het

thema vaker wordt besproken, is de verwachting dat het taboe rondom seksualiteit kleiner wordt. Daarnaast hebben hulpverleners richtlijnen en kaders nodig vanuit de organisatie. Ze hebben behoefte aan een protocol waarin onder andere duidelijk wordt gemaakt wat de definitie is van ongezond seksueel gedrag, welk gedrag er binnen de kliniek getolereerd wordt en hoe zij hier mee om moeten gaan. De meeste hulpverleners weten ook niet of de wijze waarop ze seksualiteit met patiënten bespreken juist is. Ze geven aan de tools, kennis en ervaring hiervoor te missen, maar hieraan wel behoefte hebben. Dit blijkt tot handelingsverlegenheid te leiden. Om deze handelingsverlegenheid te verkleinen hebben hulpverleners ook supervisie- en intervisiebijeenkomsten nodig. Ten slotte hebben hulpverleners behoefte aan een collega met expertise op het gebied van gezonde en ongezonde seksualiteit, zodat zij daar met hun vragen terecht kunnen. Een belangrijke voorwaarde om het thema met patiënten te mogen bespreken is onder andere dat hulpverlener de patiënt op zijn gemak stelt en niet oordelend is.

5.3 Aanbevelingen

Deze aanbevelingen komen voort uit de onderzoeksresultaten. Zij dragen eraan bij om seksualiteit in het algemeen en ongezond seksueel gedrag in het bijzonder bespreekbaar te maken binnen verslavingskliniek X.

Inzicht creëren in wat speelt binnen de kliniek

Zorg dat men als organisatie inzicht krijgt in wat er omgaat bij hulpverleners en patiënten. Welke zaken gaan goed en op welk gebied kan vooruitgang worden geboekt. Dit kan door binnen de kliniek een sterkte-zwakteanalyse uit te voeren. Met behulp van dit instrument kunnen sterke en zwakke kanten van de kliniek in kaart worden gebracht. Er wordt op deze manier duidelijkheid gecreëerd in welke verbeteringen gewenst of noodzakelijk zijn. Onderbelichte thema's als seksualiteit kunnen op deze wijze gesignaleerd worden (Movisie, 2016).

Seksualiteitsbeleid

In een seksualiteitsbeleid wordt duidelijk beschreven welke vormen van seksueel gedrag wel en niet in de kliniek zijn toegestaan. Het beleid bevat regels voor een heldere handelingsprocedure bij gewenste seksuele relaties en bij een vermoeden of constatering van ongewenst seksueel gedrag (GGZ Nederland, 2013). Seksualiteitsbeleid zorgt voor minder seksueel risicovol en grensoverschrijdend gedrag, duidelijkheid voor hulpverleners en patiënten en steun aan hulpverleners bij het uitvoeren van hun taken. Daarnaast wordt met een seksualiteitsbeleid aan de wettelijke normen voldaan (Rutgers, 2016). GGZ Nederland (2013) biedt handvaten voor het opstellen van een seksualiteitsbeleid. Bij het opstellen van een visie met betrekking tot dit beleid kunnen de internationale seksuele rechten van de mens volgens de WHO (2010) worden meegenomen.

Implementatie seksualiteitsbeleid

Communiceer naar alle hulpverleners en patiënten wat de richtlijnen van het seksualiteitsbeleid precies zijn. De implementatie van een nieuw seksualiteitsbeleid staat of valt met de attitude van de

personen die het beleid moeten uitvoeren. Er zijn volgens Rutgers (2016) drie randvoorwaarden waaraan een organisatie moet voldoen om te komen tot een optimale implementatie van seksualiteitsbeleid:

1. Onderzoek de weerstand van hulpverleners tegenover een seksualiteitsbeleid. Hierdoor wordt inzicht in de randvoorwaarden gecreëerd die gerealiseerd dienen te worden voor een optimale uitvoering van het beleid.
2. Zorg voor een veilig teamklimaat. Hulpverleners voelen zich eerder gesteund over seksualiteit te praten wanneer er een veilige sfeer heerst in de instelling en binnen het team.
3. Communiceer open en respectvol. Een goed teamklimaat is het beste te bereiken door open onderlinge communicatie en door respect tonen voor onderlinge verschillen in normen en waarden en deze te onderzoeken. Ondanks dat hulpverleners een verschillende interpretatie van seksueel gedrag en andere opvattingen over seksualiteit kunnen hebben, kan door open communicatie en respect toch als team gehandeld worden. Patiënten zijn er hierdoor niet afhankelijk van wie de behandelende hulpverlener is.

Gedragscode

Door voor hulpverleners een gedragscode op te stellen weten zij niet alleen welk gedrag niet gewenst is, maar ook wat er in bepaalde situaties van hen wordt verwacht en hoe zij kunnen handelen. Dit vergroot de kans dat hulpverleners ook werkelijk handelen (Rutgers, 2016).

Seksualiteit onderdeel maken van het behandelplan

Neem seksualiteit op in de intakegesprekken en maak het een optioneel onderdeel van het behandelplan. Seksualiteit wordt op die manier een vanzelfsprekend onderwerp waardoor dit voor hulpverleners gemakkelijker bespreekbaar wordt (Rutgers, 2016).

Groepssessie psycho-educatie seksualiteit

Het thema seksualiteit implementeren in het programma in de vorm van psycho-educatie. Het thema wordt hierdoor automatisch besproken door hulpverleners bij de voorbereiding van de sessie.

Daarnaast wordt er ten opzichte van patiënten ook een opening geboden het thema bespreekbaar te maken.

Trainingsdagen

Organiseer minimaal twee keer per jaar een trainingsdag voor alle hulpverleners om kennis en vaardigheden te vergroten. Gedurende deze trainingsdagen kan een onderwerp behandeld worden dat speelt in de kliniek. Voor een training gericht op seksualiteit is een seksuoloog bevoegd deze aan te bieden. Daarnaast kan het Kenniscentrum Seksualiteit Rutgers richtlijnen bieden voor het ontwerpen van een training. Tijdens deze training dienen in verslavingskliniek X de volgende onderwerpen behandeld te worden:

- Wat is gezond en wat is ongezond seksueel gedrag?
- Hoe signaleer je ongezond seksueel gedrag?

- Hoe maak je het thema seksualiteit bespreekbaar?
- Wat zij do en don'ts?
- Welke houding neem je aan?
- Welke woorden gebruik je?
- Hoe bewaak je afstand en nabijheid?
- Hoe handel je adequaat bij ongezond seksueel gedrag?
- Hoe houd je rekening met diversiteit?
- Wat kun je leren van elkaars ervaringen?

Tools en handvaten

Hulpverleners geven aan seksualiteit gemakkelijker te kunnen bespreken wanneer zij tools en handvaten hebben met betrekking tot dit onderwerp. Een seksuoloog kan deze tools en handvaten bijvoorbeeld aanreiken door een werkmap seksualiteit samen te stellen. Tevens kunnen hulpverleners deze onder andere halen uit boeken die zich richten op de behandeling van seksualiteit en ongezond seksueel gedrag. De organisatie kan hulpverleners stimuleren zich te verdiepen in deze boeken door ze te faciliteren.

Supervisie en intervisie

Bied als instelling minimaal tweewekelijks supervisie- en intervisiebijeenkomsten aan. Verbind maandelijks aan minimaal één bijeenkomst een thema. Zo komen onderwerpen als seksualiteit zeker aan bod. In supervisiebijeenkomsten kan worden onderzocht wat eigen normen en waarden zijn met betrekking tot dit onderwerp. Dit bepaalt namelijk hoe een hulpverlener zich opstelt tegenover de patiënt (Lunsen, 2016). Tijdens intervisiebijeenkomsten kan gereflecteerd worden op hoe men heeft gehandeld. Dit kan ervoor zorgen dat men van elkaar leert en kan tevens helpen de handelingsverlegenheid verkleinen (IJff, 2006).

Seksuoloog aanstellen

Een seksuoloog is meestal een psycholoog die gespecialiseerd is in seksuele problemen (Rutgers, 2016). Wanneer er een seksuoloog zou worden aangenomen hebben hulpverleners altijd iemand naar wie zij toe kunnen met vragen die betrekking hebben op seksualiteit. Een seksuoloog zorgt er daarnaast voor dat seksualiteit op de agenda van de instelling blijft. Hij of zij kan ook de trainingen voor medewerkers verzorgen.

Vervolgonderzoek

Zet een vervolgonderzoek in om te kijken of diversiteit van persoonskenmerken bepalend is voor wat een hulpverlener nodig heeft om seksualiteit bespreekbaar te maken en te behandelen.

Wanneer seksualiteit bespreekbaar gemaakt wordt in verslavingskliniek X, onderzoek dan wat de ondersteuningsbehoefte van patiënten op dat gebied is.

Hoofdstuk 6: Discussie

In dit hoofdstuk worden zowel de interne als de externe validiteit van het onderzoek beschreven. Om te beginnen wordt in paragraaf 6.1 door middel van een sterkte- en zwakteanalyse gekeken naar de interne validiteit van dit onderzoek.

Vervolgens wordt in paragraaf 6.2 gekeken naar de betekenis en bruikbaarheid van het onderzoek om de externe validiteit duidelijk te maken.

6.1 Sterkte- en zwakteanalyse

In de sterkte- en zwakteanalyse wordt de interne validiteit van het onderzoek beschouwd. Dat wil zeggen dat het onderzoek vrij moet zijn van systematische en structurele fouten (Boeije, 2014). Om dit te verhelderen worden de respondenten, de interviews en de onderzoekstriangulatie uitgelicht.

Respondenten

De doelstelling van het onderzoek was dat de respondenten uit vijf hulpverleners en vijf patiënten zou bestaan. Dit is gerealiseerd. Ook was het van belang een realistische afspiegeling te maken van de onderzoekspopulatie. Daarom zijn er zowel mannelijke als vrouwelijke respondenten geïnterviewd, hieronder waren patiënten met en zonder dubbele diagnose. Er was echter slechts een beperkte tijd beschikbaar voor het onderzoek waardoor het niet mogelijk was om meer dan tien respondenten te interviewen. Als er meer tijd beschikbaar was geweest om hulpverleners te interviewen zou er een specifiek antwoord gegeven kunnen worden op de vraag wat hulpverleners nodig hebben om ongezond seksueel gedrag bespreekbaar te maken. Er zouden dan meer vergelijkingen gemaakt kunnen worden. Bijvoorbeeld of een mannelijke hulpverlener een andere ondersteuningsbehoefte heeft dan een vrouwelijke, en een sociaal werker een andere behoefte heeft dan een psycholoog. Tevens had dan gekeken kunnen worden of persoonskenmerken van de hulpverlener mogelijk een rol spelen in wat zij nodig hebben. Ditzelfde geldt voor patiënten. Hebben mannelijke patiënten iets anders nodig van een hulpverlener om ongezond seksueel gedrag bespreekbaar te maken dan vrouwelijke, en heeft comorbiditeit hier ook invloed op? Het is namelijk zo dat iedere psychische aandoening ander ongezond seksueel gedrag kan veroorzaken (Gijs et al., 2009).

Interviews

De interviews hebben plaatsgevonden in de instelling waarvoor het onderzoek bedoeld was. Deze interviews vonden plaats in een tevoren gereserveerde afgesloten ruimte, met zo min mogelijk ruis. Ten tijde van het interview waren alleen de onderzoeker en de respondent aanwezig. Dit verhoogt de betrouwbaarheid van de antwoorden. De kans dat respondenten sociaal wenselijke antwoorden geven wordt op deze manier namelijk verkleind (Baarda et al., 2013). De onderzoeker heeft ook rekening gehouden met mogelijke toevallige factoren zoals het tijdstip waarop het interview werd afgenomen. Zo was het bijvoorbeeld mogelijk dat de antwoorden van de respondenten minder uitgebreid waren wanneer het interview in de avonduren plaatsvond. De onderzoeker heeft na ieder interview ook gereflecteerd op het interview zelf. Wat waren de toevallige factoren en op welke manier kan daarmee rekening worden gehouden tijdens de interviews die nog moeten volgen. Maar ook: wat ging goed,

wat kon beter, op welke momenten moet er meer doorgevraagd worden et cetera. De onderzoeker deed onbewust aannames over een aantal onderwerpen omdat ze bekend was met de instelling. Zij probeerde hierop wel alert te zijn door vragen in het interview op te nemen waarvan zij het antwoord op voorhand al dacht te weten. Zo werd bijvoorbeeld gevraagd wat op dit moment reeds gedaan wordt om ongezond seksueel gedrag tegen te gaan in verslavingskliniek X. De onderzoeker dacht hierop het antwoord al te weten maar voor de validiteit van het onderzoek wilde zij toch het antwoord van de respondenten hierop horen.

De interviews zijn door één persoon afgenomen wat bevorderend is voor de validiteit van het onderzoek. De resultaten worden op deze manier niet op meerdere manieren geïnterpreteerd (Boeije, 2014). Zowel uit de theorie als uit de antwoorden van de respondenten blijkt echter dat men over dit onderwerp meer vertelt tegen iemand van dezelfde sekse (Heemelaar, 2013). Er bestaat dus een kans dat de mannelijke respondenten een specifiek en uitgebreider antwoord zouden hebben gegeven wanneer een mannelijke onderzoeker het interview had afgenomen.

Onderzoekstriangulatie

Onderzoekstriangulatie is ook wel de intersubjectieve betrouwbaarheid die bijdraagt aan de betrouwbaarheid van het onderzoek. Gedurende het gehele onderzoek heeft onderzoekstriangulatie plaatsgevonden. Peers hebben continue kritische feedback gegeven op het onderzoek. Dit waren professionals uit het werkveld, docenten en mede-afstudeerders. Deze feedback is besproken en verwerkt om op die manier structurele en systematische fouten te voorkomen (Boeije, 2014).

6.2 Betekenis en bruikbaarheid

In deze paragraaf wordt gekeken naar de externe validiteit van het onderzoek. Hier wordt duidelijk of het onderzoek op verschillende niveaus te generaliseren is (Boeije, 2014).

In de conclusie is beschreven wat hulpverleners nodig hebben om ongezond seksueel gedrag van patiënten bespreekbaar te maken. Hierin zijn resultaten verwerkt die, voordat dit onderzoek plaatsvond, nog niet bekend waren. Aan de hand van al deze gegevens zijn er aanbevelingen beschreven. Het probleem bestaat nog steeds maar er is wel inzicht gekomen in hoe het probleem verminderd kan worden. Dit onderzoek biedt inzicht en geeft handvaten om ongezond seksueel gedrag bespreekbaar te maken. Binnen verslavingskliniek X zijn alle uitkomsten van dit onderzoek toepasbaar. De klinische afdeling van de instelling waar het onderzoek heeft plaatsgevonden kan ook van deze uitkomsten gebruikmaken. De kans is aannemelijk dat het onderzoek ook toegepast kan worden binnen andere afdelingen van de organisatie. Zij handelen namelijk allen volgens hetzelfde protocol en stellen bij patiënten dezelfde behandelprioriteiten (Vincere-GGZ, z.d). In de dagbehandeling zijn er vaak zelfs minder contacturen, waardoor de kans groot is dat dit thema ook hier niet besproken wordt. Deze conclusie kan getrokken worden aangezien "te weinig tijd" een veel voorkomend argument van de respondenten was om ongezond seksueel gedrag niet te bespreken. Het is moeilijk te zeggen of het onderzoek ook toepasbaar is op andere verslavingsklinieken in

Nederland. Het kan namelijk zo zijn dat er andere factoren zijn die een rol spelen om dit thema niet te bespreken. Tevens kunnen hulpverleners andere ondersteuningsbehoeftes hebben om dit onderwerp bespreekbaar te maken. Het onderzoek kan echter wel inspirerend zijn voor andere verslavingsinstellingen omdat een feit is dat in de verslavingszorg structurele aandacht voor het thema seksualiteit ontbreekt (Leusink en Ramakers, 2014). In veel instellingen wordt ongezond seksueel gedrag van patiënten dan ook niet bespreekbaar gemaakt (Heemelaar, 2013).

De aanbevelingen die gegeven werden voor in de praktijk zijn uitvoerbaar. Hierbij wordt wel onderscheid gemaakt tussen lange en korte termijn. De haalbaarheid van de aanbeveling een seksuoloog aan te nemen is niet groot maar dit zou wel de ideale situatie zijn.

Literatuurlijst

Afkickkliniekwijzer (2016). *Medicijnverslaving*. Geraadpleegd op 21 december via <http://www.afkickkliniekwijzer.nl/medicijnverslaving/>

Baarda, B., Bakker, E., Hulst, M. van der, Julsing, M., Fischer, T., Vianen, R. van & Goede, M. de (2013). *Basis boek Methoden en Technieken: Kwantitatief praktijkgericht onderzoek op wetenschappelijke basis*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

Bergland, C. (2007). *The Athlete's Way*. New York: St. Martin's Press.

Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Den Haag: Boom Lemma.

Boevink, W. (2008). *Verhalen van herstel*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Bogaarts, M., Oosterbaan, H., M. & Roosenschoon, B. (2010). *Herstel in een rehabilitatiecentrum*. Rotterdam: Bavo Europoort, Onderzoek & Ontwikkeling.

Bolle, G., Griffioen, T. & Knegtering, R. (2009). *Seksuologie en psychiatrie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Castonguay, L. & Beutler, L. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. Oxford: Oxford University Press.

Cook, J. (2000). Sexuality and people with psychiatric disabilities. *Sexuality and Disability* 18, 195-206.

Doodgewoon bespreekbaar (2016). *Denk erover, praat erover*. Geraadpleegd op 21 december via <http://www.doodgewoonbespreekbaar.nl/>

Droes, J. & Witsenburg, C. (2015). *Herstelondersteunende zorg*. Amsterdam: SWP BV.

Drunen, E., Griffioen, T., Wijzen, C. & Lankveld, J. (2015). *Seksueel risicogedrag van mannen en vrouwen met een dubbele psychiatrische diagnose*. Geraadpleegd op 10 december 2016 via <https://www.tijdschriftvoorseksuologie.nl/artikelen/item/17-seksueel-risicogedrag-van-mannen-en-vrouwen-met-een-dubbele-psychiatrische-diagnose>

Frans, E. & Frank, T. (2011). *Vlaggensysteem*. Apeldoorn: Garant.

GGZ Nederland (2013). *GGZ sector*. Geraadpleegd op 20 november via <http://www.ggznederland.nl/pagina/ggz-sector>

GGZ Nederland (2015). *Opstellen van een seksualiteit en veiligheidsbeleid binnen GGZ-instellingen*. Geraadpleegd op 6 september via <http://www.ggznederland.nl/uploads/publication/Handleiding%20voor%20het%20opstellen%20van%20een%20seksualiteits-%20en%20veiligheidsbeleid%20binnen%20ggz-instellingen%20.pdf>

Gijs, L., Gianotten, W., Wesenbeeck, I. & Weijenborg, P. (2009). *Seksulogie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Heemelaar, M. (2013). *Seksualiteit, intimiteit en hulpverlening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Hendriksen, A., Nijnsens, K. & Rooijen, S. (2012). *Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de ggz*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2016). *Het mag niet, het mag nooit*. Geraadpleegd op 10 november via https://www.igz.nl/Images/IGZ%20Brochure%20Het%20mag%20niet%20het%20mag%20nooit-2e_tcm294-380312.pdf

Ijff, M. (2006). *Sexcounseling: handleiding voor seksuologische hulpverlening*. Assen: Gorcum b.v., Koninklijke Van.

Janssens, K. (2012). *Begrippen en definities: seksueel grensoverschrijdend gedrag, seksueel misbruik, seksueel geweld en seksuele weerbaarheid*. Geraadpleegd op 6 oktober via <http://www.seksuologischehulpverlening.info/sites/default/files/bestanden/Begrippen.pdf>

Jellinek (2014). *Is alcoholisme genetisch bepaald*. Geraadpleegd op 6 oktober 2016 via <https://www.jellinek.nl/vraag-antwoord/is-alcoholisme-genetisch-bepaald/>

Jellinek (2016). *Hoe veel mensen zijn verslaafd en hoeveel mensen zijn er in behandeling*. Geraadpleegd op 12 september via <https://www.jellinek.nl/vraag-antwoord/hoeveel-mensen-zijn-verslaafd-en-hoeveel-zijn-er-in-behandeling/>

Kabbedijk, A. (2010). *Ik ben niet mijn stoornis is kies te werken aan mijn herstel*. Geraadpleegd op 5 oktober 2016 via <http://www.nvspv.nl/vakblad/sppdf/sp92/sp92-hoofd02.pdf>

Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen (2015). *Cluster B*. Geraadpleegd op 7 oktober via <http://www.kenniscentrumpsnl.nl/cluster-b-persoonlijkheidsstoornis>

Kisjes, H. & Mijland, E. (2011). Gameverslaving. *Sociale Psychiatrie* 31, 7-13.

Korevaar, L & Dries, J. (2016). *Handboek rehabilitatie voor zorg en welzijn*. Assen: Coutinho.

Krom, R. (2013). *Seksualiteit binnen de psychiatrie*. Geraadpleegd op 12 september 2016 via <https://www.nursing.nl/Verpleegkundig-Experts/Blogs/2013/11/Blog-Ronald-Seksualiteit-binnen-de-psychiatrie-1405525W/>

Loketgezondleven (2014). *Risicogroepen voor seksueel ongezond of riskant gedrag*. Geraadpleegd op 10 december via <https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/seksuele-gezondheid/cijfers-en-feiten-seksuele-gezondheid/risicogroepen-voor>

Lunsen, R. (2016). *Communicatie en consultvoering*. Geraadpleegd op 22 november 2016 via <http://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/145314/145314.pdf?sequence=1#page=92>

Movisie (2011). *Experts over ontwikkelingen en trends in seks en seksueel geweld*. Geraadpleegd op 10 december via [https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Trendrapport%20Experts%20over%20seks%20en%20seksueel%20geweld%202011%20\[MOV-181411-0.3\].pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Trendrapport%20Experts%20over%20seks%20en%20seksueel%20geweld%202011%20[MOV-181411-0.3].pdf)

Movisie (2012). *Beroepscompetentieprofiel GGZ-agoog*. Geraadpleegd op 20 januari via [https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Beroepscompetentieprofiel%20GGZ-agoog%20hbo%20\[MOV-177943-0.3\].pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Beroepscompetentieprofiel%20GGZ-agoog%20hbo%20[MOV-177943-0.3].pdf)

Movisie (2016). *Analyseer de sterke en zwakke kanten van uw adviesraad*. Geraadpleegd op 27 december via <https://www.movisie.nl/tools/analyseer-sterke-zwakke-kanten-uw-adviesraad-sociaal-domein>

Nationaal kompas (2014). *Afhankelijkheid van alcohol*. Geraadpleegd op 6 oktober 2016 via <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/afhankelijkheid-van-alcohol-drugs-of-andere-middelen/afhankelijkheid-van-alcohol/welke-factoren-beïnvloeden-de-kans-op-afhankelijkheid-van-alcohol/>

NCJ (2016). *Richtlijn: JGZ-richtlijn Seksuele ontwikkeling*. Geraadpleegd op 6 oktober 2016 via <https://www.ncj.nl/richtlijnen/jgzrichtlijnenwebsite/details-richtlijn/?richtlijn=2&rlpag=366>

Neeleman, A. (2007). Seksualiteit als thema in de behandeling van mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis. *Tijdschrift Psychiatrie*, 23, 233-40.

Nevid, J.S., Rathus, S.A. & Greene, B. (2012). *Psychiatrie een inleiding*. Amsterdam: Pearson Benelux.

Novadic-Kentron (2016). *Hoeveel Nederlanders zijn verslaafd en wat kost dit de maatschappij*. Geraadpleegd op 12 september via <https://www.novadic-kentron.nl/hoeveel-nederlanders-zijn-verslaafd-en-wat-kost-dit-de-maatschappij/>

Novadic-Kentron (2016). *Opname in een verslavingskliniek*. Geraadpleegd op 21 december 2016 via <https://www.novadic-kentron.nl/hulp-en-advies/wat-kunnen-wij-voor-jou-doen/opname-in-een-verslavingskliniek/>

Pastoor, H. & Jedeloo, S. (2012). *Seksualiteit*. Den Haag: Boom Lemma.

Psychology today (2014). *Crossaddiction and what it means*. Geraadpleegd op 12 september via <https://www.psychologytoday.com/blog/where-addiction-meets-your-brain/201410/cross-addiction-and-what-it-means>

Rigter, J. (2008). *Het pallet van de psychologie*. Bussum: Coutinho.

Rijksoverheid (2009). *Overheid houdt zich verre van slaapkamerpolitiek*. Geraadpleegd op 10 december via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/toespraken/2009/05/26/overheid-houdt-zich-verre-van-slaapkamerpolitiek>

RIVM (2006). *HIV-surveys bij hoog-risicogroepen*. Geraadpleegd op 10 december via http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2006/oktober/HIV_surveys_bij_hoog_risicogroepen_in_Den_Haag_2005

Roozen, H.G., Meyers, R.J. & Smith J.E. (2013). *Community Reinforcement Approach: Klinische procedures voor de behandeling van alcohol- en drugverslaving*. Utrecht: Bohn Stafleu & van Loghum.

Rutgers (2015). *De feiten in beeld over seksuele grensoverschrijding*. Geraadpleegd op 8 september 2016 via <http://www.rutgers.nl/feiten-en-cijfers/kennisdossiers/seksuele-grensoverschrijding/de-feiten-beeld-over-seksuele>

Rutgers (2016). *Hoe motiveert u uw werknemers*. Geraadpleegd op 27 december via <http://www.seksindepraktijk.nl/beleid-maken/medewerkers-aansturen/hoe-motiveert-u-uw-werknemers>

Rutgers (2016). *Medewerkers aansturen*. Geraadpleegd op 27 december via <http://www.seksindepraktijk.nl/beleid-maken/medewerkers-aansturen>

Rutgers (2016). *Waarom seksualiteitsbeleid in instellingen?* Geraadpleegd op 27 december via <http://www.seksindepraktijk.nl/beleid-maken/waarom-seksualiteitsbeleid-instellingen>

Rutgers (2016). *Wat moeten uw medewerkers kunnen?* Geraadpleegd op 27 december via <http://www.seksindepraktijk.nl/beleid-maken/medewerkers-aansturen/wat-moeten-uw-medewerkers-kunnen>

Segraves, R. (1998). Psychiatric illness and sexual function. *Int J Impot*, 10, 131-133.

Seksualiteit.be (2016). *De beoordelingscriteria voor seksueel gedrag*. Geraadpleegd op 6 oktober 2016 via <http://www.seksualiteit.be/voorlichting/seks-en-grenzen/de-beoordelingscriteria-voor-seksueel-gedrag>

Stel, J. van der (2010). *De verslavingszorg voorbij*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Storme, C. (2013). *Kwalitatief onderzoek naar de kernelementen van het persoonlijk herstelproces van personen met een psychische aandoening*. Geraadpleegd op 10 december via http://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/062/910/RUG01-002062910_2013_0001_AC.pdf

Tijdschrift voor de seksuologie. (2013). *Hyperseksualiteit en DSM 5*. Geraadpleegd op 12 september via: <http://www.tijdschriftvoorseksuologie.nl/archief/tvs2013-04/vanzessen-tvs37-4.pdf>

Toolkit VTV (2015). *Gezondheidsdeterminanten*. Geraadpleegd op 10 december 2016 via <http://www.toolkitvtv.nl/inhoud/indicatoren-en-bronnen/gezondheidsdeterminanten/seksueel-gedrag/>

Troncale, J. (2014). *Where addiction meets your brain*. Geraadpleegd op 13 september via: <https://www.psychologytoday.com/blog/where-addiction-meets-your-brain/201410/cross-addiction-and-what-it-means>

Vreugdenhil, E. & Rijk, R. (2007). Stressgenen en genetische variaties implicaties voor hersenfuncties. *Neuropraxis*, 11, 77-83.

Vincere-GGZ (2016). *Behandeling in onze afkickkliniek*. Geraadpleegd 21 december via <http://www.vincere-ggz.nl/behandeling-verslaving/opname-in-nederland/>

Vincere-GGZ. (z.j.) Opgevraagd op 20 november 2016 van <http://www.vincere-ggz.nl/>

Zessen, G. (2016). *Seksverslaving: begrijpen en veranderen*. Amsterdam: SWP BV.

Bijlagen

Bijlagen I: Introductiebrief

Beste ...,

Op het moment ben ik voor mijn scriptie van de Fontys Hogeschool onderzoek aan het doen naar de behandeling van seksualiteit in de verslavingszorg. Mijn hoofdvraag is: wat hebben hulpverleners in verslavingskliniek X nodig om ongezond seksueel gedrag bespreekbaar te maken. Om deze vraag te kunnen beantwoorden heb ik ervaringen en meningen van zowel behandelaren als patiënten nodig. Mijn vraag is of er een mogelijkheid is om met jou een interview af te nemen over dit onderwerp. Het interview zal een uur duren. Deze zal worden afgenomen in een privé ruimte op een locatie naar voorkeur. Het interview wordt met een voice recorder worden opgenomen. Alle namen worden in het onderzoek geanonimiseerd en gegevens worden vertrouwelijk behandeld. Aan het begin van het interview zal er dan ook een informed consent contract worden ingevuld door ons beiden om dit zwart op wit te zetten.

Voor vragen kun je altijd mailen naar: janneveldman@hotmail.com. Als je wil deelnemen aan het onderzoek hoor ik graag van je. Dan kunnen we een afspraak plannen.

Met vriendelijke groet,

Janne Veldman
Student Social studies, GGZ-agoog
Fontys Hogescholen te Eindhoven

Bijlagen II: Informed consent

Toestemmingsformulier interview

Hierbij verleen ik toestemming voor deelname aan een interview aan een student van Fontys Hogeschool. Resultaten van het interview worden omgezet in een verslag ten behoeve van een afstudeeronderzoek. Deze gegevens zullen ten allen tijde vertrouwelijk behandeld worden en alle namen worden geanonimiseerd.

Cadier & Keer, 2016

Dhr. / Mevr.

Student:

Naam:

Handtekening:

Bijlagen III: Topiclijst

Topics patiënten

1. Personalia
2. Visie
3. Gezond seksueel gedrag
4. Seksueel grensoverschrijdend gedrag
5. Seksuele voorlichting
6. Inzicht van invloed van psychiatrie op seksualiteit
7. Cijfer
8. Huidige behandeling rondom seksualiteit
9. Krachten huidige behandeling rondom seksualiteit
10. Belemmeringen huidige behandeling
11. Band met behandelaar
12. Bespreken thema seksualiteit
13. Houding behandelaar gedurende behandeling seksualiteit
14. Huidige houding behandelaar
15. Positieve punten aan houding behandelaar
16. Negatieve punten houding behandelaar
17. Verschil in sekse
18. Ideale situatie
19. Benodigdheden ideale situatie
20. Afsluiting

Interview

1. Personalia

- Leeftijd
- Geslacht
- Dubbele diagnose
- Tijd in behandeling

2. Visie

- Visie op verslaving
- Wat versta je onder herstel?
- Beïnvloeden vooruitgang of problemen op je levensgebieden je herstel?
- Denk je dat problemen op het gebied van seksualiteit ook samenhangen met problemen op andere levensgebieden?
- Wat versta je onder seksualiteit?

- Waardoor denk je dat men problemen krijgt op het gebied van seksualiteit?
- Vind je dat het onderwerp seksualiteit opgenomen dient te worden in de behandeling van verslavingskliniek X?

3. Gezond seksueel gedrag

- Wat is volgens de jou gezond seksueel gedrag?

4. Ongezond seksueel gedrag

- Wat is volgens de jou ongezond seksueel gedrag?
- Heb je ooit in de kliniek te maken gehad met ongezond seksueel gedrag?
- Heb je het idee dat er patiënten zijn met problemen op het gebied van seksualiteit?

5. Seksuele voorlichting

- Heb je ooit seksuele voorlichting gehad?
- Hoe zag de seksuele voorlichting eruit?

6. Inzicht van invloed van psychiatrie op seksualiteit

- Heeft het feit dat de patiënt een dubbele diagnose heeft effect op diens seksualiteit?

7. Huidige behandeling rondom seksualiteit

- Hoe ziet de huidige behandeling eruit rondom het thema seksualiteit?
- Wat word in de kliniek gedaan aan ongezond seksueel gedrag van patiënten?
- Heb je het idee dat seksualiteit een taboe is onder behandelaren?
- Heb je het idee dat seksualiteit een taboe is onder patiënten?

8. Krachten huidige behandeling rondom seksualiteit

- Wat vind je positief aan de huidige behandeling?
- Waarom vind je dit positief?

9. Belemmeringen huidige behandeling

- Wat vind de je negatief aan de huidige behandeling?
- Waarom vind je dit negatief?

10. Cijfer

- Wat voor cijfer zou je geven aan hetgeen wat gedaan wordt aan seksualiteit?

11. Band met behandelaar

- Hoe is de band met je behandelaar?
- Wat is de reden dat deze band zo?
- Beïnvloed wat je van de behandelaar vindt hoeveel te tegen diegene verteld?

12. Bespreken thema seksualiteit

- Is het thema seksualiteit al eens ter sprake gekomen?
- Hoe ging dat?
- Kwam dit initiatief vanuit jou of vanuit de behandelaar ?
- Wat vind je ervan dat het thema ter spraken kwam?
- Zou je het thema (nog eens) ter sprake brengen?
- Waarom wel/niet?
- Vind je dat seksualiteit een onderdeel moet worden van de behandeling bij verslavingskliniek X?

13. Houding behandelaar gedurende behandeling seksualiteit

- Wat vind jij belangrijk bij een hulpverlener als je in gesprek gaat over het thema seksualiteit?
- Wat wil je dat hulpverlener niet doet als diegene met jou hierover in gesprek gaat?
- Wat de hulpverlener juist wel doen als die met jou hierover in gesprek gaat.

14. Huidige houding behandelaar

- Wat is de houding van de behandelaar tegenover jou?

15. Positieve punten aan houding behandelaar

- Wat vind je positief aan de houding van je behandelaar

16. Negatieve punten houding behandelaar

- Wat vind je minder aan je behandelaar?

17. Verschil in sekse

- Is jou behandelaar van dezelfde sekse?
- Is dit mede bepalend hoeveel je tegen je behandelaar verteld (op het gebied van seksualiteit)?

18. Ideale situatie

- Wanneer krijg je volgens jou een optimale behandeling hier in de verslavingszorg?
- Wanneer heeft volgens jou een behandelaar de perfecte houding als die met jou in gesprek gaat over seksualiteit?
- Moet de behandelaar dan nog ergens aan voldoen?
- Hoe zou jij graag de behandeling zelf zien rondom seksualiteit bij verslavingskliniek X?
- Hoe ziet dat er concreet uit?
- In groepsverband en/of individueel?

19. Benodigdheden ideale situatie

- Wat denk je dat er nodig is om die ideale behandeling voor elkaar te kunnen krijgen?

20. Afsluiting

-Is er iets wat je zelf nog graag kwijt wil over dit onderwerp?

Topics behandelaren

1. Personalia
2. Visie
3. Gezond seksueel gedrag
4. Seksueel grensoverschrijdend gedrag
5. Seksuele voorlichting
6. Inzicht van invloed van psychiatrie op seksualiteit
7. Cijfer
8. Huidige behandeling rondom seksualiteit
9. Krachten huidige behandeling rondom seksualiteit
10. Belemmeringen huidige behandeling
11. Band met behandelaar
12. Bespreken thema seksualiteit
13. Houding behandelaar gedurende behandeling seksualiteit
14. Positieve punten aan houding behandelaar
15. Negatieve punten houding behandelaar
16. Verschil in sekse
17. Het maken van onderscheid in behandeling/benadering bij dubbele diagnose
18. Het maken van onderscheid in behandeling/benadering bij een verleden van seksueel misbruik
19. Overige factoren waarbij onderscheid in word gemaakt bij de behandeling/benadering
20. Overdracht en tegenoverdracht
21. Begeleiding van behandelaren
22. Ideale situatie
23. Benodigdheden ideale situatie
24. Afsluiting

Interview

1. Personalia

-Leeftijd

-Geslacht

-Social worker/psycholoog

-Tijd in het werkveld

2. Visie

-Wat is je visie op verslaving?

-Wat verstaat je onder herstel?

- Hebben de leefgebieden van patiënten invloed op hun herstel?
- Denk je dat problemen op het gebied van seksualiteit ook samenhangen met problemen op andere levensgebieden?
- Wat versta je onder seksualiteit
- Waardoor denk je dat er problemen kunnen ontstaan op het gebied van seksualiteit?
- Vind je dat het onderwerp seksualiteit opgenomen dient te worden in de behandeling van verslavingskliniek X?

3. Gezond seksueel gedrag

- Wat is volgens de jou gezond seksueel gedrag?

4. Ongezond seksueel gedrag

- Wat is volgens de jou ongezond seksueel gedrag?
- Heb je het idee dat patiënten ongezond seksueel gedrag vertonen?
- Bij hoeveel procent van de patiënten denk je dat er sprake is van ongezond seksueel gedrag?

5. Seksuele voorlichting

- Heb je het idee dat patiënten adequate seksuele voorlichting hebben gehad?
- Waaruit verklaar je dat?

6. Inzicht van invloed van psychiatrie op seksualiteit

- Heeft het feit dat de patiënt een dubbele diagnose heeft effect op diens seksualiteit denk je?

7. Huidige behandeling rondom seksualiteit

- Hoe ziet de huidige behandeling eruit rondom het thema seksualiteit?
- Wat word in de kliniek gedaan aan ongezond seksueel gedrag van patiënten?
- Heb je het idee dat seksualiteit een taboe is onder behandelaren?
- Heb je het idee dat seksualiteit een taboe is onder patiënten?

8. Krachten huidige behandeling rondom seksualiteit

- Wat vind je positief aan de huidige behandeling?

9. Belemmeringen huidige behandeling

- Wat vind de je negatief aan de huidige behandeling?

10. Cijfer

- Wat voor cijfer zou je geven aan hetgeen wat gedaan wordt aan seksualiteit?

11. Band met behandelaar

- Hoe omschrijf jij de band die je met patiënten hebt?

12. Bespreken thema seksualiteit

- Is het thema seksualiteit al eens ter sprake gekomen tijdens een behandeling?
- Hoe ging dat?
- Komt het indicatief vanuit jezelf of vanuit de patiënt?
- Heeft een patiënt al ooit het onderwerp seksualiteit zelf ter sprake gebracht?
- Hoe vind je het om het thema seksualiteit met patiënten te bespreken?
- Wat zou een reden zijn dat je het onderwerp seksualiteit niet ter sprake brengt?
- Wat zou een reden zijn dat je het onderwerp seksualiteit wel ter sprake brengt?
- Wat vind je dat jou taak is als hulpverlener rondom het behandelen van seksualiteit?
- Vind je dat seksualiteit een onderdeel moet worden van de behandeling bij verslavingskliniek X?

13. Houding behandelaar gedurende behandeling seksualiteit

- Wat vind je dat je als hulpverlener niet doet als je met een patiënt in gesprek gaat over seksualiteit?
- Wat vind je dat je als hulpverlener juist wel doet als je met een patiënt in gesprek gaat over seksualiteit?

14. Positieve punten aan houding behandelaar

- Wat vind je als professional belangrijk qua houding als je met een patiënt in gesprek gaat over het onderwerp seksualiteit?

15. Negatieve punten houding behandelaar

- Welke houding moet je volgens jou als professional niet aannemen?

16. Verschil in sekse

- Beïnvloed de sekse van de patiënt hoe je met diegene in gesprek gaat over seksualiteit?

17. Het maken van onderscheid in behandeling/benadering bij dubbele diagnose

Beïnvloed de psychiatrische problematiek van de patiënt hoe je met diegene in gesprek gaat over seksualiteit?

18. Het maken van onderscheid in behandeling/benadering bij een verleden van seksueel misbruik

Beïnvloed het mogelijk verleden van seksueel misbruik van een patiënt hoe je met diegene in gesprek gaat over seksualiteit?

19. Overige factoren waarbij onderscheid in word gemaakt bij de behandeling/benadering

- Zijn er nog andere factoren die beïnvloeden hoe je met een patiënt in gesprek gaat over seksualiteit?

20. Overdracht en tegenoverdracht

- Heb je ooit te maken gehad met overdracht bij een patiënt?

21. Begeleiding van behandelaren

- Checken jullie ooit een verhaal na van een patiënt bij elkaar?
- Heb je supervisie en intervisie bijeenkomsten?
- Hoe vaak zijn deze bijeenkomsten?
- Word hier ooit het onderwerp seksualiteit besproken?
- Wat vind je ervan dat dit wel/niet gebeurt?
- Vind je dat je genoeg begeleiding krijgt op het gebied van begeleiding bieden aan patiënten rondom het thema seksualiteit?
- Wat zou je nog graag aan begeleiding krijgen rondom dit thema?
- Heb je hier in je schooltijd of eerder werk begeleiding in gekregen?
- Zo ja, hoe zag die eruit?

22. Ideale situatie

- Wanneer krijg je volgens jou een optimale behandeling hier in de verslavingszorg?
- Wat is volgens jou als professional een perfecte houding als je met een patiënt in gesprek gaat over seksualiteit?
- Wat is volgens jou de ideale situatie rondom hetgeen wat aan seksualiteit en ongezond seksueel gedrag wordt gedaan in verslavingskliniek X?
- Hoe ziet dat er concreet uit?
- In groepsverband en/of individueel?

23. Benodigdheden ideale situatie

- Wat denk je dat er nodig is om die ideale behandeling voor elkaar te kunnen krijgen?

24. Afsluiting

- Is er iets wat je zelf nog graag kwijt wil over dit onderwerp?

Bijlagen IV: Codeboom

