



SCRIPTIE

Hoe kan de handelingsverlegenheid van de sociaal
agoog geminimaliseerd worden zodat cliënten in
herstel van verslaving seksueel weerbaarder worden
gemaakt?

26 juni 2020

SOCIALE STUDIES

Fontys Hogeschool Eindhoven
GGZ Agoog

Kirsten Wijngaards

Onder begeleiding van:
Maria Stortelder

Samenvatting

Ieder mens heeft het recht op seksualiteit, de eigen keuzevrijheid, maar ook het recht om bescherming te ontvangen tegen seksueel geweld (WHO, 2010). Hoe zit dat met kwetsbare cliënten die interne begeleiding krijgen voor hun psychische problematiek en verslaving? In de praktijk is te zien dat deze doelgroep meer negatieve ervaringen heeft op seksueel gebied. Denk hierbij aan soa's, ongewenste zwangerschappen, maar ook vaker ervaringen met seksueel geweld (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, z.d.). Er wordt hierdoor gesproken over een lage seksuele weerbaarheid, omdat zij door hun psychische kwetsbaarheid onvoldoende in staat zijn om gezonde keuzes te maken en gevolgen te kunnen overzien op seksueel gebied (Cense & Tuk, 2012).

Als onderdeel van verslaving is er een palliatieve coping aanwezig, waarbij er door een middel verlichting wordt gezocht (Scheurs, Van de Willige, Brosschot, Tellegen, & Graus, 1993). Door dit coping mechanisme en een verslavingsgevoelig karakter wordt er gezien dat cliënten in begeleiding, na het stoppen van het gebruik van middelen, gaan vluchten in een ander goed gevoel buiten zichzelf. Dit is niet alleen snoepen of sporten, maar ook in intimiteit en seksualiteit (Spoor 6, z.d.).

Landelijk zijn er richtlijnen opgesteld voor hulpverlenende instanties om een beleid uit te zetten rondom seksualiteit, echter mogen organisaties dit naar eigen visie invullen (GGZ Nederland, z.d.). Hierdoor is nog regelmatig te zien dat er regels zijn die seksuele handelingen verbieden.

Het onderzoek vindt plaats bij begeleid wonen organisatie Incitare te Breda. Alle cliënten hebben een klinische behandeling doorlopen voor hun middelen verslaving en zijn nu clean en nuchter. Ook binnen Incitare zijn regels opgesteld die seksualiteit en intimiteit demotiveren of verbieden. Binnen de organisatie is een handelingsverlegenheid waargenomen rondom het thema seksualiteit. Dit blijkt aan te sluiten bij het algemene beeld dat er heerst rondom handelingsonbekwaamheid met betrekking tot seksualiteit, binnen het sociale domein (Krom, 2013). Er heerst een taboe en een ongemakkelijkheid bij hulpverleners (Heemelaar, 2017), maar er lijkt ook een gebrek in de werkzame methode van Incitare, waardoor het thema minimaal wordt meegenomen in begeleidingsprocessen (GGD Amsterdam, 2017). Naar aanleiding van deze bevindingen is de hoofdvraag van het onderzoek ontstaan:

Hoe kan de handelingsverlegenheid van de sociaal agoog geminimaliseerd worden zodat cliënten in herstel van verslaving seksueel weerbaarder worden gemaakt?

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden heeft er een kwalitatief onderzoek plaatsgevonden binnen de instelling, met zowel hulpverleners als cliënten. Naar aanleiding van het theoretisch kader is er een topiclijst opgesteld waardoor interviews half gestructureerd werden afgenomen. Belangrijke thema's binnen het onderzoek en de deelvragen waren: de beleving van de huidige begeleiding, het verslavingskarakter, coping, handelingsbekwaamheid, seksuele weerbaarheid en de interne regels. Vervolgens zijn de verkregen data gecodeerd en geanalyseerd, waarna resultaten en conclusies konden worden geformuleerd.

Concluderend kon worden gesteld dat hulpverleners zich onvoldoende handelingsbekwaam achten ten aanzien van het onderwerp seksualiteit. Cliënten gaven aan dat het onderwerp minimaal wordt besproken in hun begeleidingsproces en voornamelijk trauma's niet ter sprake kwamen, wat niet bevorderlijk lijkt te zijn voor hun herstelproces. Zowel cliënten als professionals gaven aan meer behoefte te hebben aan kennisoverdracht en handelingsalternatieven. Professionals hopen op meer handvaten om cliënten te kunnen begeleiden, waarbij cliënten juist meer behoefte hebben aan ervaringen in praktische- of in oefenvorm. Nauwelijks heerst de behoefte om interne regels rondom seksualiteit te veranderen, al ervaart het merendeel van de cliënten geen eigen zeggenschap over hun seksualiteit op dit moment. Ook werd er duidelijk dat er nog te weinig kennis is over het verslavingskarakter in relatie tot seksualiteit en de daarbij komende risico's op terugval.

Relevante aanbevelingen die zijn gedaan richting Incitare zijn: psycho-educatie voor hulpverleners en cliënten, intervisie rondom seksualiteit, het opstellen van een seksualiteitsbeleid en het toevoegen van het domein "seksuele gezondheid" binnen de werkzame Zelfredzaamheid-matrix methode.

Voorwoord

Sinds februari 2019 ben ik werkzaam bij begeleid wonen organisatie Incitare. Vanuit de opleiding Sociale Studies en mijn eigen ervaring met verslaving, ging ik met groot enthousiasme aan de slag binnen de organisatie die cliënten met een verslavingsachtergrond re-integreren in de maatschappij. De organisatie werkte met de zogeheten Zelfredzaamheidsmatrix die onder andere als leidraad fungeert binnen begeleidingsgesprekken. Echter kwam ik na het lezen van deze methode, die claimt alle belangrijke domeinen in een mensenleven te omvatten, erachter dat er niet één keer het woord intimiteit of seksualiteit in werd benoemd. Daarnaast leerde ik meer over het reilen en zeilen binnen de organisatie en de interne gestelde regels. Daar kwamen regels in voor die seksualiteit in bepaalde vorm verboden. Hierbij stelde ik mijn vraagtekens, want mag een organisatie dit zo maar bepalen voor cliënten? En wat is daar de invloed van op een cliënt en op het herstelproces? Hiernaast ondersteunt de organisatie de visie om in het eerste jaar van herstel geen relaties aan te gaan, wat tevens ook mijn persoonlijke ervaring was binnen herstel van verslaving.

Door mijn professionaliseringsproces durfde ik kritischer te kijken naar het beleid, de visie en de regels binnen de organisatie, waardoor de interesse richting het onderwerp en de tegenstrijdigheden groeide. Daarnaast kreeg ik inzichtelijk hoeveel cliënten kampen met afwijkend seksueel gedrag en negatieve ervaringen op seksueel gebied. Vanuit de literatuur en de leerlijn op Fontys had ik hier meer kennis over verkregen, maar het daadwerkelijk terug zien in de praktijk was confronterend. De doorslag om onderzoek naar dit onderwerp te willen doen, was doordat ik bij collega's onzekerheden en ongemakkelijkheden merkte, waardoor ik werd gevraagd het thema met andere vrouwelijke cliënten op te pakken. Dat deed ik met alle plezier, maar vroeg mij af of het in het belang van de cliënt niet beter was om dit onderwerp te bespreken met de persoon waar hij of zij de grootste vertrouwensband mee had, zoals de persoonlijk begeleider? Daarbij heb ik in mijn eigen behandeling een open communicatie ervaren rondom seksualiteit, waardoor ik de mogelijkheid kreeg om mijn seksuele weerbaarheid te vergroten, wat niet alleen mijn seksuele gezondheid, maar ook mijn psychische gezondheid bevorderde.

Deze open communicatie ervaarde ik minder binnen Incitare, terwijl ik zelf inmiddels wel had geleerd om over seksualiteit te praten op een professionele manier. Wat maakt dat dit in de hulpverlening nog zo'n groot taboe is? En staat het welzijn van de cliënt op de eerste plaats of ervaren zij hier nadelige gevolgen van?

Door verschillende personen ben ik in staat geweest dit onderzoek uit te kunnen voeren. Daarom wil ik onder andere mijn mede-afstudeerders en scriptie docente Maria Stortelder bedanken voor het meedenken en het verlenen van kritische feedback. Ondanks dat het Coronavirus roet in het eten gooide, hebben zij er voor gezorgd dat het onderzoek zo min mogelijk werd belemmerd en uiteindelijk tot een succes werd gebracht.

Uiteraard wil ik ook Incitare en met name Else Berkhout bedanken voor de begeleiding, de gelegenheid en het vertrouwen om kritisch te mogen kijken naar de organisatie. Ten slotte wil ik mijn steun en toeverlaat Jeroen Sluiter bedanken die mij in deze gekke en drukke tijd heeft gesteund.

Kirsten Wijngaards
Juni 2020

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	1
Voorwoord	2
Inleiding.....	5
Hoofdstuk 1: Context en probleemschets.....	6
1.1 Probleemanalyse	6
1.2 Probleemstelling.....	9
1.2.1 Probleem verificatie	10
1.3 Onderzoeksdoelstelling	10
1.4 Hoofdvraag en deelvragen	10
1.5 Begripsafbakening.....	11
Hoofdstuk 2: Theoretisch kader	13
2.1 Seksuele gezondheid en weerbaarheid.....	13
2.2. Verslaving	13
2.3 Seksualiteit	14
2.3 Lotgenotengroepen.....	15
2.4 Hulpverlening	15
Hoofdstuk 3: Methodologie	17
3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef.....	17
3.2 Dataverzamelmethode	18
3.3 Meetinstrument	19
3.4 Data-analyse	21
Hoofdstuk 4: Resultaten.....	22
4.1 Feitelijke steekproef	22
4.2 Deelvraag 1.....	22
4.3 Deelvraag 2.....	24
4.4 Deelvraag 3.....	27
Hoofdstuk 5: Conclusie en aanbevelingen	29
5.1 Conclusies per deelvraag.....	29
5.2 Aanbevelingen.....	30
Hoofdstuk 6: Discussie	32
6.1 Betekenis en bruikbaarheid.....	32
6.2 Sterkte- zwakteanalyse	33
6.2.1 Sterkteanalyse	33
6.2.2 Zwakte analyse	34
Literatuurlijst	35

Bijlage 1	41
Bijlage 2	42
2.1 Topiclijst cliënten.....	42
2.2 Topiclijst Hulpverlener	44
Bijlage 3 Codeboom.....	46
3.1 Codeboom cliënten	46
3.2 Codeboom hulpverleners	50

Inleiding

Taboesfeer rondom seksualiteit ontstond onder andere in de jaren '20, doordat seksualiteit als een negatieve, bijna dierlijke, drift beschouwd werd, wat moest worden onderdrukt (Ijf, 2006). Deze visie werd ondersteund door religie en het feit dat buiten echtelijke seksuele contacten als een zonde werden gezien. Seksualiteit, seksuele voorkeuren en naaktheid werden vrijer in de jaren '60, door de komst van anticonceptiemiddelen (Zwiep 2005). Echter volgde hierop in de jaren '80 een omslag, doordat er meer bekend werd over de negatieve gevolgen van deze seksuele vrijheid. De verspreiding van soa's zoals Aids namen toe, maar ook werd er een flinke toename gezien in seksueel geweld en het seksueel misbruik van kinderen (Zwiep, 2005). Door deze facetten werd seksualiteit gekoppeld aan angst. Dit werd door vertaald in voorlichtingen rondom seksualiteit waarbij thema's werden belicht zoals soa's, ongewenste zwangerschappen en hoe ze te voorkomen. Door deze negatieve invalshoek nam de geheimzinnigheid met betrekking tot seksualiteit toe en werden thema's zoals eigen behoeftes, het stellen van grenzen en plezier rondom seksualiteit onderbelicht (Leusink, 2012). Zwiep (2005) stelt dat wanneer seksualiteit weer als onderdeel van het leven en de ontwikkeling wordt beschouwd, gezond seksueel gedrag kan worden aangeleerd en seksualiteit uit de 'geheimzinnigheid' kan komen.

De taboesfeer en de terughoudendheid rondom seksualiteit wordt ook gesignaleerd binnen de organisatie Incitare. Onwetendheid en ongemakkelijkheid lijken te heersen bij professionals en cliënten worden voornamelijk gedemotiveerd om seksueel contact te hebben, omdat dit schadelijk zou kunnen zijn voor hun herstel van verslaving. Echter lijkt hierdoor de seksuele weerbaarheid onder ontwikkeld. Zo hebben cliënten moeite met het herkennen, aangeven en bewaken van grenzen en is er de algemene kennis dat cliënten met grote regelmaat destructief gedrag hebben vertoond ten aanzien van seksualiteit. Er is dus een lage mate van zelfredzaamheid op seksueel gebied, ofwel een ontwikkelingsnoodzaak, maar mist er een passend zorgaanbod. Wellicht door handelingsverlegenheid. Hierdoor is het van groot belang dit gat tussen de gesignaleerde lage zelfredzaamheid en het zorgaanbod te dichten en op welke manier hier in kan worden voorzien.

Het onderzoek start met de context en de probleemschets, waarbij pijnpunten naar de oppervlakte komen en hoofd- en deelvragen worden geformuleerd. Het tweede hoofdstuk omvat het theoretisch kader, wat theorieën bloot legt die ondersteunend zijn in het beantwoorden van de deelvragen. Vervolgens wordt het onderzoek in de stijgers gezet door de methodologie, zodat het onderzoek daadwerkelijk kan worden uitgevoerd. Het vierde hoofdstuk volgt met de resultaten, waardoor antwoord op de deelvragen kan worden geven. Het vijfde hoofdstuk omvat een conclusie en het antwoord op de hoofdvraag. In dit hoofdstuk worden tevens ook aanbevelingen gegeven aan de organisatie, waarna in het zesde hoofdstuk wordt afgesloten met de discussie. In dit laatste hoofdstuk wordt de betekenis, de bruikbaarheid en de sterkte- en zwakteanalyse weergegeven, aangevuld met feedback vanuit Incitare.

Hoofdstuk 1: Context en probleemschets

1.1 Probleemanalyse

In de probleemanalyse zal het probleem rondom seksualiteit in de hulpverlening in kaart worden gebracht. Als eerst zal het probleem op landelijk en organisatorisch niveau worden geschetst, gevolgd door de situatie op hulpverleners- en cliënt niveau.

Seksualiteit in Nederland

Ieder mens op de wereld heeft het recht op seksualiteit (WHO, 2010). Zo verdient een persoon het om bescherming te krijgen tegen seksuele- discriminatie, dwang of geweld. Daarbij is er de vrijheid om zelf te mogen kiezen om wel of niet seksueel actief te zijn en de keuze vrijheid op het gebied van huwelijk, partner of kinderwens. Maar bovenal het nastreven van een veilig, bevredigend en een plezierig seksleven dat leidt tot het hoogst haalbare niveau van seksuele gezondheid. Er dient toegang te zijn tot seksuele voorlichting, maar ook seksuologische en reproductieve gezondheidszorg (WHO, 2010). Deze factoren samen worden ook wel seksuele weerbaarheid genoemd (Cense & Tuk, 2012).

Binnen Nederland is er een algemeen hoge tolerantie jegens seksualiteit, waarbij seksualiteit in relevantie is toegenomen (Rutgers, 2017). Seksualisering van de maatschappij lijkt plaats te vinden, (De Graaf, Nikken, Felten, Janssens, & Van Berlo, 2008) waarbij seksualiteit een erg prominente rol heeft aangenomen. Dit is terug te zien in media, door middel van onrealistische schoonheidsbeelden, maar ook stereotypering van vrouwen- en mannen rollen (De Graaf et al., 2008). Dit heeft tot zelfobjectivering geleid bij onder andere jonge vrouwen, wat voor veel druk zorgt (De Graaf, Van den Borne, Nikkelen, Twisk, & Meijer, 2017).

Seksualiteit kan voor een positieve en negatieve invloed zorgen op het gebied van de algemene gezondheid en welzijn van de mens (Toolkit VTV, 2015). Bij seksueel gezond gedrag is er sprake van gelijkwaardigheid, vrijwilligheid, wederzijds goedkeuren en context adequaat handelen (Frans & Franck, 2011). Wanneer deze gezonde kaders aanwezig zijn kan seks voor plezier, spanningsreductie, immuunsysteem versterking en een gelukkig gevoel zorgen (Bergland, 2007). Wanneer eerder beschreven kaders afwezig zijn kan dit voor negatieve effecten zorgen zoals trauma, soa's en ongewenste zwangerschappen (Rijksoverheid, 2009). Gevolgen hiervan kunnen zijn psychische en psychosociale problemen die in de samenleving kunnen leiden tot schooluitval, minimale arbeids- en maatschappelijke participatie. Hierdoor stijgen de kosten voor gezondheidszorg, politie en justitie (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, z.d.)

De doelgroep die zal worden onderzocht kampt met verslavingsproblematiek, waarbij er sprake is van een psychische stoornis. Ongeacht een psychische stoornis, maakt iedereen een seksuele ontwikkeling door in het leven (Gijs, Gianotten, Vanwesenbeeck, & Weijnenborg, 2009). De doelgroep valt, door de psychische kwetsbaarheid, onder de risicogroep die vaker seksueel ongezond gedrag vertonen en seksueel geweld ervaren (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, z.d.).

Naast verslaving is er in zestig tot tachtig procent van de gevallen nog een andere psychische aandoening aanwezig, waardoor er wordt gesproken over een dubbele diagnose (Dom, 2013). De doelgroep vertoont meer seksueel risicogedrag dan mannen en vrouwen zonder dubbele diagnose. Zo wordt er vaker betaald voor seksuele handeling en zijn vaker, ten minste eens in hun leven, gedwongen tot seks, ofwel hebben een trauma op seksueel gebied (Drunen, Griffioen, Wijsen, & Lankveld, 2015). Seksuele trauma's kunnen voor nog meer psychische problematiek zorgen zoals PTSS, angststoornissen, agressiviteit, depressie, relatieproblematiek en persoonlijkheidsstoornissen, wat vervolgens zijn uitwerking heeft op de maatschappij (Everett & Gallop, 2001). Zo is het slachtoffer kwetsbaarder voor herhaaldelijk seksueel geweld, of kan zich ontwikkelen tot dader (Movisie, 2009). De ongezonde ervaringen worden hierbij als vanzelfsprekend aangenomen, waardoor nieuwe seksueel gewelddadige situaties worden gecreëerd. Dit destructieve proces wordt ook daderidentificatie genoemd (Schouten, z.d.).

Door deze factoren heeft het kabinet in de gezondheidsbeleid nota aangemerkt dat de seksuele gezondheid een preventieve aanpak vereist, om de zorg te optimaliseren voor kwetsbare groepen in de samenleving (Bruins & Blokhuis, 2018). Zij erkenden dat hier nog te weinig aandacht voor is en er meer zorgen zijn met betrekking tot grensoverschrijdend gedrag en dwang. Er dient een gezondere levensstijl te worden ontwikkeld, waarbij de weerbaarheid van mensen met een kwetsbaarheid moet worden vergroot. Er is een plan opgesteld om de seksuele gezondheid te bevorderen. Hierin worden acties omschreven met betrekking tot seksuele vorming, ontwikkeling en preventie van seksueel overschrijdend gedrag en seksueel geweld (Schippers & van Rijn, 2015). Echter zijn er geen landelijke bepalende regels rondom seksualiteit in de GGZ en mogen instellingen dit zelf invullen (GGZ Nederland, z.d.).

Geestelijke gezondheidszorg

GGZ instellingen bieden zorg aan deze kwetsbare groep mensen, waarvoor dus geen landelijk regels opgesteld zijn op het gebied van seksualiteit en intimiteit, maar wel verplicht zijn om zelf een veiligheidsbeleid ten aanzien van seksualiteit op te stellen (GGZ Nederland, z.d.). Door richtlijnen van de inspectie voor de Gezondheidszorg dienen er regels opgesteld te worden, welke vormen van seksueel gedrag wel en niet toegestaan zijn binnen de organisatie (GGZ Nederland, z.d.). Ook is er “de handleiding voor het opstellen van een seksualiteits- en veiligheidsbeleid binnen GGZ-instellingen” waarbij de visie zich voornamelijk richt op de positieve beleving van seksualiteit. De drie belangrijke uitgangspunten zijn dan ook dat seksualiteit een basisbehoefte is, cliënten seksuele ondersteuning, voorlichting en ontwikkeling krijgen en wanneer dit van toepassing is, leren omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag (Rutgers, z.d.).

Incitare is een beschermd wonen organisatie waarbij langdurige trajecten worden aangeboden aan de hand van een 24-uurs bereikbaarheid. De organisatie heeft de capaciteit om 14 cliënten tegelijk te kunnen begeleiden bij het herstel van verslaving. Voorafgaand aan het traject is er een klinische behandeling verkregen, waarbij terugkeren in de eigen omgeving een te groot risico op terugval met zich mee zou brengen. Cliënten hebben zowel een stoornis in het gebruik van middelen als dubbele diagnoses (American Psychiatric Association, 2014). Tegen de richtlijnen in is er geen veiligheidsbeleid ten aanzien van seksualiteit opgesteld door de organisatie. Wel zijn er in het reglement de volgende regels opgesteld voor de cliënten (Incitare, 2018):

- Andere personen dan kamergenoten zijn niet in de slaapkamer toegestaan. Seksuele contacten/relaties binnen Incitare zijn niet toegestaan.
- Het verrichten of ontvangen van seksuele handelingen tegen betaling zijn (zowel binnen als buiten het safehouse) niet toegestaan.
- Het is niet toegestaan om in het bezit te zijn van tijdschriften die gerelateerd zijn aan obscene foto's, teksten, geweld, criminaliteit, alcohol en drugs.

Deze regels zijn in het leven geroepen om het individuele proces van de cliënten niet te verstoren en de interne veiligheid te kunnen waarborgen. Bij ieder seksueel contact onder cliënten, of seksuele handelingen tegen betaling, wordt de begeleiding per direct gestaakt, wat de kans op terugval vergroot. Uit gesprekken met de organisatie is er de afgelopen jaren gebleken dat het overtreden van bovenstaande regels tot vroegtijdige beëindiging van het zorgtraject heeft geleid (persoonlijke communicatie, 20 februari 2020). Er zijn verschillende cliënten verliefd op elkaar geworden, waarbij er vermoedens zijn dat er seksuele handelingen hebben plaatsgevonden. Echter kunnen cliënten dit niet communiceren omdat zij dan op straat worden gezet. Naast cliënten belemmeren de regels ook de hulpverleners om seksualiteit bespreekbaar te kunnen maken. Wanneer er wel seksuele handelingen, tegen de regels, hebben plaatsgevonden en zij dit te weten komen, zijn hulpverleners genoodzaakt dit te melden en wordt de zorg van cliënten alsnog per direct gestopt. Zorginstellingen zoals Incitare mogen seksuele handelingen toestaan, maar ook verbieden voor cliënten.

Echter gaat dit tegen de seksuele rechten van de mens, waarbij iedereen zelf de keuze vrijheid heeft om seksueel actief of inactief te zijn (WHO, 2010).

Door middel van de Zelfredzaamheid-matrix methode, ofwel de ZRM, wordt het herstel van de cliënt ontwikkeld en gemonitord. De methode is ontwikkeld door GGD Amsterdam en gemeente Rotterdam (GGD Amsterdam, 2017). De ZRM beschrijft alle belanghebbende domeinen in het leven van een mens te omvatten. Dit zijn domeinen zoals financiën, sociaal netwerk, geestelijke gezondheid, lichamelijke gezondheid, tijdsbesteding, maatschappelijke participatie, werk, opleiding etc. Echter is in deze werkzame methode het woord seksualiteit en intimiteit niet terug te vinden, zo ook niet onder de domeinen lichamelijke gezondheid, geestelijke gezondheid of sociaal netwerk (GGD Amsterdam, 2017). Uit onderzoek (Rutgers, 2013) blijkt dat seksualiteit ook bij andere zorginstellingen niet als ontwikkelingsdomein wordt meegenomen en nog niet als relevant wordt beschouwd in het leven en de ontwikkeling van cliënten. Terug te zien is dat seksualiteit nu wordt besproken wanneer de cliënt dit zelf aandraagt (Linger, 2015). Ook dit blijkt lastig want 80% van de cliënten geeft hiervan aan er zelf niet over te willen beginnen. Het resultaat daarvan is dat slechts 6% van de cliënten daadwerkelijk over het onderwerp begint (Rutgers, 2015) en daardoor maar 30% van de cliënten met psychische problematiek gepaste hulp krijgt rondom seksuele hulpvragen (Rutgers, z.d.).

Kijkend naar andere hulpverlenende sectoren, zoals instellingen voor verstandelijk beperkte mensen, blijkt dat er ook daar onvoldoende ondersteund wordt in de seksuele ontwikkeling (Van Iperen, 2014). Instellingen geven pas begeleiding wanneer er al een incident heeft plaatsgevonden. In de ouderenzorg wordt het thema steeds meer van belang en wordt er duidelijk dat er ook op latere leeftijd behoefte is aan seksualiteit en intimiteit, maar hier verschillende problemen bij komen kijken (Zorg voor Beter, 2018). Rutgers (2014) benoemt dat ouderen die binnen organisaties wonen en worden voorzien in hun behoefte naar intimiteit, een menswaardige zorg ontvangen en dit bijdraagt aan de kwaliteit van het leven.

De organisatie van Rutgers is een kenniscentrum voor seksualiteit en zet zich in voor seksuele gezondheid en rechten. Zij streven er naar dat ieder mens op een vrijwillige, prettige en veilige manier seksualiteit kan beleven (Rutgers, z.d.). Naast het opkomen voor internationale belangen, staat kwalitatief goede zorg rond seksualiteit in de Nederlandse gezondheidszorg in een hoog vaandel (Rutgers, z.d.). Zo wordt er benoemd dat de toegankelijkheid van zorginstanties nog niet optimaal is en daarbij organisaties en professionals zich nog niet genoeg bewust zijn van het belang om seksualiteit te bespreken en welke invloed dit heeft op de kwaliteit van leven. Om die reden geeft Rutgers kennis en handvatten aan zorgprofessionals om seksualiteit mee te kunnen nemen in de hulpverlening, door middel van online informatie en trainingen (Rutgers, z.d.). Enkel blijken deze trainingen voornamelijk gespitst te zijn op het onderwijs en huisartsen, maar is er wel een training voor jongeren met een beperking of chronische ziekte. Echter ontbreken er specifieke handvaten voor zorgprofessionals die werkzaam zijn in het sociale domein (Rutgers, z.d.).

In de praktijk

In het beroepsprofiel van de GGZ-Agoog wordt beschreven dat de professional contextuele hulpverlening aan cliënten dient te geven en om moet kunnen gaan met seksualiteit en het bespreken daarvan (IJf, 2006). Onderzoek wees echter uit dat hulpverleners zich niet vaardig genoeg voelen om seksualiteit te bespreken met cliënten (Heemelaar, 2017) en er nog steeds een taboe heerst rond het onderwerp in de GGZ (Krom, 2013). Er bleek geen enkel onderwerp zo beladen om bespreekbaar te maken, als seksualiteit. Verschillen in opvattingen, normen en waarden, eerdere eigen vervelende ervaringen, gebrek aan kennis en tijd maakt het zo complex (Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk, z.d.). Hulpverleners worden geconfronteerd met een privé kwestie, waardoor het gesprek rondom seksualiteit snel persoonlijk voelt. Door onzekerheid rondom het handelen, wordt er daarom niet gehandeld, hierbij is er sprake van handelingsverlegenheid (Janssen, Wentzel, & Vissers, 2015). De drempel blijkt nog hoger te liggen wanneer de cliënt van de andere

seks is (Heemelaar, 2017). Incitare benoemt dat hierdoor seksualiteit bespreken lastiger is, er sneller doorverwezen wordt naar andere collega's en hierdoor hulpverleners een negatieve invloed kunnen hebben op het proces van de cliënt (persoonlijke communicatie, 4 maart 2020). De open communicatie kan niet geheel worden nagestreefd waardoor professionaliteit in het geding komt. Ook is er een verschil zichtbaar tussen de recent afgestudeerde agoog en de agoog die al langer in het werkveld is. In de afgelopen jaren is er steeds meer aandacht voor intimiteit en seksualiteit in de opleiding. Bij de oudere hulpverlener was er nog weinig aandacht voor dit thema, waardoor er meer ongemakkelijkheid bij hen heerst om seksualiteit ter sprake te brengen (Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk, z.d.).

Zoals eerder beschreven hebben cliënten in de verslavingszorg een stoornis in het gebruik van middelen. Enkele karakteristieken van de doelgroep, die de kans op verslaving vergroten, zijn perfectionisme, sensatie belustheid, ongeremdheid en impulsiviteit (Van Deth, 2019). Door verslaving hebben zij een destructieve, vermijdende coping eigen gemaakt om met de moeilijkheden van het leven om te kunnen gaan. Verslaafden zijn continu opzoek naar een nieuwe uitdaging en kick. Het zijn sensatie zoekers, waardoor grotere risico's worden genomen en dit gedrag de kans op misbruik, ongewenste zwangerschappen en soa's vergroot (Gijs et al., 2009). Cliënten zijn minder seksueel weerbaar, ofwel cliënten hebben een gebrek aan gezonde seksuele vaardigheden (Meulmeester et al., 2008). Dit betekent dat er minder controle en regie over de eigen seksualiteit is en een verminderd vermogen om gezonde keuzes te maken en wensen en grenzen te uiten. In herstel gebruiken cliënten geen stemming veranderende middelen meer, maar wordt het goede gevoel buiten zichzelf toch in andere dingen gezocht. Dit wordt ook wel 'cross-addiction' genoemd (Spoor 6, z.d.). De verslaving kan verplaatsen van alcohol en drugs naar gokken, eten, gamen, shoppen, medicatie of seks. Dit maakt dat seksualiteit en intimiteit een risicovoller thema is, doordat er gevlucht kan worden in seks en grenzen op die manier worden opgezocht om een 'high' gevoel te kunnen krijgen. Door deze gedragingen wordt het oude coping mechanisme in stand gehouden, waardoor nieuw gedrag en een constructieve coping uit blijft en het risico op terugval in middelen toeneemt (Spoor 6, z.d.).

1.2 Probleemstelling

Uit de probleemanalyse blijkt er op het eerste gezicht een tolerante houding aanwezig is jegens seksualiteit, binnen de Nederlandse samenleving (Rutgers, 2017). Echter blijkt dit nog niet doorgedrongen te zijn binnen de hulpverlening en zijn er geen landelijke regels opgesteld rondom seksualiteit binnen het sociale domein (GGZ Nederland, z.d.). Hierdoor mag seksualiteit verboden worden binnen zorg instellingen, wat tegen de seksuele rechten van de mens gaat (WHO, 2010). Door de psychische kwetsbaarheid van verslaving, hebben cliënten een groter risico op ongezond seksueel gedrag, waardoor de relevantie van begeleiding op dit gebied toeneemt (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, z.d.). Agogen zijn door taboe en handelingsverlegenheid geremd om het thema te behandelen met cliënten (Krom, 2013). Zij weten niet hoe te handelen, ondanks zorgwekkende signalen, waardoor een onvermogen ontstaat in het adequaat handelen, wat voort komt uit aarzelingen van de professional (Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2017). Wanneer gezonde gedragingen uit blijven en niet worden aangereikt, blijft het oude coping mechanisme in stand en wordt de seksuele weerbaarheid van cliënten onderontwikkeld (Bergland, 2007). Dit vergroot de kans op seksueel misbruik, ongewenste zwangerschap en soa's, waardoor de psychische gesteldheid, de kwaliteit van leven en het langdurig herstel van de cliënt in gevaar komt (Gijs et al., 2009).

1.2.1 Probleem verificatie

Op 4 maart 2020 is de probleemstelling geverifieerd door de leidinggevende en maatschappelijk werkster binnen Incitare. Hierin wordt de handelingsverlegenheid erkent en gezien dat agogen het lastig vinden om seksualiteit te bespreken, voornamelijk met het andere geslacht. Hierdoor wordt sneller naar andere collega's verwezen die zich hier wel bekwaam in voelen. Het effect hiervan is dat hulpverleners een negatieve invloed kunnen hebben op het proces van de cliënt en dat een meer open en professionele manier van handelen en communiceren rondom seksualiteit wil worden nagestreefd.

Onderdeel van de visie binnen Incitare is dat zij streven naar volledige abstinentie van verslavende middelen en gedragingen, zo ook wanneer cliënten kampen met een seksverslaving. Echter ervaren zij moeite met het grijze gebied, kun je het voor de ene cliënt wel verbieden en voor de andere niet? Hierdoor is er een lijn is getrokken in het reglement en deze sluit aan bij de visie: algehele abstinentie. Wel wordt seksualiteit als normaal en gezond beschouwd maar wordt, onder andere door interne regels en het gebrek in de Zelfredzaamheid-matrix, seksualiteit gedemotiveerd om systematisch te behandelen. Incitare voelt de behoefte om meer aandacht te besteden aan seksualiteit binnen de organisatie zodat per individu kan worden bekeken welke ontwikkelingsbehoefte er ligt, zodat gezond gedrag kan worden verworven ten aanzien van de seksuele weerbaarheid.

1.3 Onderzoeksdoelstelling

Aan de hand van dit onderzoek wordt kennis verworven over wat professionals nodig hebben om seksualiteit bespreekbaar te kunnen maken ten behoeven van het herstelproces van cliënten binnen Incitare. De handelingsverlegenheid van professionals wordt in kaart gebracht, maar ook of er daadwerkelijk een behoefte ligt bij professionals en cliënten om seksualiteit bespreekbaar te maken. Daarbij wordt duidelijk hoe professionals en cliënten aankijken tegen de interne regels rondom seksualiteit en of zij in bepaalde mate belemmerd worden om de seksuele weerbaarheid te verwerven.

Aan de hand van deze informatie worden aanbevelingen gedaan aan de organisatie en professionals, zodat het bespreken van seksualiteit wordt gemotiveerd en cliënten seksueel weerbaarder worden in hun herstel van verslaving, binnen Incitare.

1.4 Hoofdvraag en deelvragen

Gezamenlijk leidt dit tot de volgende hoofdvraag:

“Hoe kan de handelingsverlegenheid van de sociaal agoog geminimaliseerd worden zodat cliënten in herstel van verslaving seksueel weerbaarder worden gemaakt?”

Deelvraag 1:

Hoe is volgens cliënten en professionals de huidige begeleiding op het gebied van seksualiteit binnen Incitare?

Deelvraag 2:

Hoe ervaren cliënten en professionals de interne regels op het gebied van seksualiteit in het verwerven van seksuele weerbaarheid?

Deelvraag 3:

Wat heeft de professional nodig om cliënten seksueel weerbaarder te maken ten behoeven van het herstel van verslaving?

1.5 Begripsafbakening

Begeleiding

Begeleiding wordt ook wel ondersteuning in het dagelijks leven genoemd. Binnen dit onderzoek wordt met begeleiding de bejegening en het handelen van de professional bedoeld (Movisie, 2017). De kennis, houding en gedrag die door deze persoon wordt ingezet ten behoeven van het herstelproces van de cliënt en diens verslaving.

Cliënt

Een cliënt is een zorgbehoevende persoon, die zorgverlening krijgt vanuit zorginstelling Incitare (Zorgethiek, 2012). Deze persoon is gediagnostiseerd met verslavingsproblematiek, een stoornis in het gebruik van middelen, met of zonder dubbele diagnose (American Psychiatric Association, 2014).

Herstel

Herstel is een proces waarbij een verandering plaatsvindt op het gebied van persoonlijke opvattingen, waarden, gevoelens, doelen en rollen. Het resulteert uiteindelijk in meer voldoening in het leven, waarin de negatieve gevolgen van een beperking plaats maken voor hoop. Herstel geeft meer plezier en een nieuwe betekenis aan het leven, waarbij negatieve gevolgen van de psychische aandoening afnemen (Anthony, 1993).

Incitare

De organisatie waarbij dit onderzoek wordt uitgevoerd is Incitare, dat zich vestigt in Breda. Incitare verleent begeleiding op maatschappelijk gebied aan mensen die in herstel zitten van hun verslaving en een klinische behandeling hebben afgerond (Incitare, z.d.). In samenwerking met de WMO, vanuit de gemeente Breda, ondersteunen zij cliënten die om veiligheidsredenen niet meer terug kunnen keren naar hun oude omgeving. Dit kunnen destructieve contacten of een onveilige omgeving zijn, die belemmerend kunnen zijn voor hun herstel.

Professional

Binnen het onderzoek staat het woord professional voor de hulpverlener of de persoon die de begeleiding verleent aan de cliënt (Movisie, 2017). Deze personen zijn allen werkzaam binnen de organisatie Incitare, waarbij verschillende functies worden bekleed. Dit zijn maatschappelijk werkers, sociaal pedagogisch hulpverleners en ervaringsdeskundigen.

Seksualiteit

Seksualiteit is een domein dat een rol speelt in ieders leven. Het is gedrag dat gericht is op lust, opwindende en gedragingen die daartoe leiden of het gevolg van zijn (Everaerd, 1993). Hierbij draait het om lichamelijk seksueel functioneren, het seksueel gedrag, de beleving hiervan en de betekenis die dit voor mensen heeft. Het omvat verschillende onderwerpen zoals gender, seksuele oriëntatie, plezier, intimiteit, erotiek en voortplanting. Seksualiteit speelt zich af in gedachten, fantasieën, overtuigingen, normen, waarden, gedrag, rollen en relaties. Factoren die invloed hebben op seksualiteit zijn sociale-, economische-, spirituele-, politieke-, wettelijke-, ethische-, religieuze- en historische factoren (WHO, 2010).

Seksuele weerbaarheid

Over seksuele weerbaarheid kan worden gesproken wanneer er regie is over de eigen seksualiteit. Dit betreft het vermogen om keuzes te maken en te uiten, samen met behoeftes en grenzen, waardoor er een eigen verantwoordelijkheid is verworven over het seksuele gedrag en de gevolgen daarvan, zoals soa's of zwangerschappen (Meulmeester et al., 2008). Hierdoor is er het vermogen onveilige en onvrijwillige seks tegen te gaan en het kunnen inperken van negatieve gevolgen van onveilige seks en seksueel geweld (Rutgers, z.d.).

Sociaal agoog

Sociaal agogen bestuderen hoe mensen veranderen en bevorderen door hun begeleiding het veranderingsproces van de hulpbehoevende. Zij motiveren de zelfbeschikking, zelfredzaamheid en het sociale gedrag zodat de cliënt beter tot zijn recht komt in de samenleving (Registerplein, z.d.). In het onderzoek worden sociaal agogen ook wel hulpverleners of professionals genoemd.

Verslaving

Bij verslaving wordt er gesproken over een stoornis in het gebruik van middelen (American Psychiatric Association, 2014). Deze personen bevinden zich in een toestand waarin hij of zij mentaal en fysiek afhankelijk zijn van een middel (drugs) of een gewoonte (gokken). Het gedrag van deze persoon is enkel gericht op het verkrijgen en toenemen of toepassen van het middel of de gewoonte, ondanks negatieve gevolgen (Castle Craig, z.d.). Verslaving is een hersenziekte met een chronisch en progressief karakter, maar is wel behandelbaar.

Hoofdstuk 2: Theoretisch kader

In het aankomende hoofdstuk worden theorieën beschreven die gericht zijn op het beantwoorden van de hoofd- en deelvragen. Daarom zal er eerst meer inzicht verkregen worden op wat seksuele gezondheid en weerbaarheid omvat. Hierna wordt er dieper ingegaan op verslaving, hoe het verslavingsproces werkt en welke rol seksualiteit hierin speelt. Zo kan er inzichtelijk worden gemaakt welke invloed seksualiteit heeft ten aanzien van het verslavingsgevoelige karakter. Ook worden belangrijke facetten van herstel belicht en welke rol hulpverleners hierin spelen.

2.1 Seksuele gezondheid en weerbaarheid

Om het recht op seksualiteit te kunnen waarborgen zijn er landelijke eisen gesteld op lokaal gebied (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, z.d). De overheid heeft de verantwoordelijkheid om te faciliteren in seksuele voorlichting en seksuele vorming, het stimuleren van goede, laagdrempelige en betaalbare zorg en het bestraffen en beschermen van seksueel geweld. Seksuele gezondheid omvat daarom thema's zoals zelfbeeld, zelfbevrediging, relaties, media, seksuele voorkeuren, soa's, voortplanting, cultuur, religie, seksueel geweld en seksuele weerbaarheid (Rutgers, 2017).

Seksuele weerbaarheid blijkt een belangrijk thema voor de doelgroep doordat seksueel grensoverschrijdend gedrag regelmatig voor komt door persoonlijke eigenschappen zoals een vermijdende coping, laag zelfbeeld en psychische kwetsbaarheid. Een individu is seksueel weerbaar wanneer er eigen regie is op seksueel gebied, het vermogen om keuzes, wensen en grenzen te uiten en bijkomende verantwoordelijkheden te dragen (Meulmeester et al., 2008). Door de seksuele weerbaarheid te vergroten, leren personen zowel mentaal als fysiek voor zichzelf op te komen, waardoor zij het hoofd kunnen bieden aan bedreigende situaties (Cense & Tuk, 2012). Door training kan men weerbaarder worden ten aanzien van sociale druk, pesterijen en seksueel misbruik. Het leren om 'nee' te zeggen, het recht op zelfbeschikking, maar ook het herkennen van misbruiksituaties en machtsmisbruik door middel van zelfverdedigingsoefeningen en rollenspellen. Door de seksuele weerbaarheid te vergroten wordt de kans op (herhaaldelijk) seksueel geweld verkleind. Wanneer de seksuele weerbaarheid onvoldoende ontwikkeld wordt, blijft de kans op ongewenste zwangerschappen, soa's en seksueel geweld onder de doelgroep groot. Wanneer seksuele trauma's niet ter sprake komen en onverwerkt blijven, creëren deze facetten een voedingsbodem voor de verslaving en vergroot dit de kans op terugval. De kans op langdurig herstel en de kwaliteit van leven neemt hierdoor af.

2.2. Verslaving

Om een beter beeld te kunnen krijgen op de relatie tussen seksualiteit en verslaving, dient er eerst meer duidelijkheid te komen over verslaving en hoe dit precies in zijn werk gaat. Verslaafden lukt het niet te stoppen met het middel of het gedrag, al willen ze dat wel. Veel tijd wordt gespendeerd aan het verkrijgen, gebruiken en herstellen van het gebruik, ondanks de negatieve gevolgen op persoonlijk en sociaal vlak (Rigter & van Hintum, 2013). Bij verslaving is er vaak sprake van een laag zelfbeeld dat de verslaving in stand houdt. De verslavingscirkel start met een negatief zelfbeeld, ofwel de onbewust negatieve opvattingen over jezelf (Geurtz, 2001). Hierna volgen de fases vluchten in drugs, en resulteren uiteindelijk in schuld en schaamte, waarop de cirkel weer begint bij het negatief zelfbeeld. Psychisch gezonde mensen kunnen weerstand bieden tegen deze onbewuste, negatieve gedachten, verslaafden kunnen hier weinig weerstand tegen bieden. Zij zien rond zich heen bevestigingen van het negatieve zelfbeeld, waardoor er op den duur het vluchtgedrag wordt ingezet richting middelen (Geurtz, 2001).

Coping

Verslaving is dus het gedrag waarbij verzachting of een goed gevoel wordt gezocht in een middel of gedraging. De manier waarop iemand cognitief, emotioneel en gedragsmatig op vereiste omstandigheden reageert, wordt ook wel coping genoemd (Lazarus & Folkman, 1987). Coping kan in het Nederlands vertaald worden met 'het hoofd bieden aan' (Centrum voor Consultatie en Expertise, z.d.). Coping is een bewust mechanisme wat ingezet wordt, op een adequate of gezonde manier, of op een destructieve, ongezonde manier. In copingstrategieën wordt onderscheid gemaakt tussen emotiegerichte- of probleemgerichte coping (Lazarus & Folkman, 1987). Daarnaast is er ook een verschil tussen primaire- en secundaire coping (Rothbaum, Weisz & Snyder, 1982) en toenaderende- en vermijdende coping (Roth & Cohen, 1986).

Primaire-, toenaderende- en probleemgerichte coping staan voor rechtstreekse actie, die de stressvolle situatie verandert (Hampel & Petermann, 2005). Denk hierbij aan directe probleemoplossing, positieve zelfinstructie, informatie en steun zoeken. Bij een secundaire-, vermijdende en emotiegerichte coping wordt de situatie zelf niet veranderd, maar reguleert iemand de negatieve emoties die de situatie in hem los maakt. Hierbij wordt afleiding gezocht en treedt er ontkenning en vermindering van het probleem op. Onderdeel hiervan is de palliatieve coping, waarbij naar een middel wordt gezocht dat tijdelijk de pijn kan verzachten, zoals met drugs of alcohol (Scheurs et al., 1993). Bij de ontwikkeling van verslaving is vaak een emotiegerichte-, vermijdende-, secundaire en/of palliatieve coping aanwezig. Uit verschillende studies blijkt dat coping strategieën grote invloed kunnen hebben op de ontwikkeling, zelfbeeld en welzijn van de mens. Zo blijkt dat probleemgerichte coping voor grotere sociale competentie en minder internaliserende en externaliserende gedragsproblemen zorgt (Fields & Prinz, 1997). Emotiegerichte coping wordt daarbij meer geassocieerd met depressie, angst, internaliserende en externaliserende gedragsproblemen (Connorsmith, & Compas 2002). Jongeren die problemen aan gaan en optimistisch zijn, hebben een hoge zelfwaardering (Bijstra, Jackson, & Bosma, 1994). Jongeren die pessimistischer zijn, piekeren en hebben een lage zelfwaardering, waardoor zij minder in staat zijn de confrontatie met het probleem aan te gaan, waardoor wordt gekozen voor een emotiegerichte coping. Jongeren met een positief zelfbeeld zullen eerder een probleemgerichte coping kiezen (Clarke, 2006). Er kan worden gesteld dat een probleemgerichte coping voor minder psychische problemen zorgt dan een emotiegerichte- en palliatieve coping.

2.3 Seksualiteit

De invloed van dit verslavingsproces op seksualiteit, is dat zonder stemming veranderende middelen, seks nuchter, saai wordt ervaren. De verslaafde is er op gericht om continu te kunnen genieten van een roes en pijnlijke en negatieve ervaringen te vermijden. Hierdoor ontstaat vervlakking van emoties en een gebrek aan interesse en empathie naar anderen (De Waart, 2013). Onder invloed vinden er op extremere manieren seks plaats zodat het beloningssysteem kan blijven worden geprikkeld. Doordat het middel in herstel niet meer toegankelijk is kan dit later leiden tot relatie- en seksuele problematiek (Trimbos Instituut, z.d.).

Seksverslaving

In de afgelopen jaren is er een toename in het aantal seksverslaafden te zien (Hall, 2012). Een seksverslaving wordt ook wel 'seks and love addiction' genoemd, of de afkorting 'SLA' voor gebruikt (Trubendorffer, z.d.). Bij een seksverslaving is er een permanente drang naar seks ontstaan, vaak met negatieve gevolgen voor zichzelf en anderen (Baeten, 2010). Uiteindelijk is er een alsmaar groeiende behoefte aan seksuele activiteiten, waar meestal geen bevrediging meer in kan worden gevonden (Trubendorffer, z.d.). Er kunnen net zoals bij andere verslavingen problemen ontstaan op lichamelijk, geestelijk, sociaal of juridisch gebied. Gevolgen die met grote regelmaat voor komen zijn soa's, uitputting, automutilatie en in sommige gevallen zelfdoding (Trubendorffer, z.d.). Er heerst veel eenzaamheid, gevoelens van schuld en schaamte en grenzen worden steeds vaker opgezocht en overheen gegaan. Net zoals andere verslavingen is er een afwijkend coping mechanisme aanwezig en

hangt het ontstaan van deze verslaving vaak vast aan emotionele verwaarlozing, gebrek aan affectie of mishandeling in de jeugd (Trubendorffer, z.d.).

Geconcludeerd kan worden is dat, wanneer het zelfbeeld van cliënten nog laag is en er nog wordt gekozen voor een destructieve coping, seksualiteit als bron van verslaving en vlucht kan worden ervaren. Wanneer dit het geval is kan het aangaan van seksuele relaties als risico voor het herstel en als aanleiding voor een terugval worden gezien.

2.3 Lotgenotengroepen

In het herstel van verslaving zijn er verschillende lotgenoten groepen waarbij mensen onderling ervaring delen en steun bieden om verslaving te boven te komen. In deze zelfhulpgroepen spreekt iedereen open over zichzelf, hun verslaving, successen, maar ook over hun zorgen, behoeftes en problemen (Intact, z.d.). Er wordt geluisterd naar elkaars verhalen, waar vertrouwelijk mee om wordt gegaan en er wordt geleerd door elkaars ervaringen. Zelfhulpgroepen zijn gebaseerd op het 12-stappen Minnesota model (GGZ Interventie, z.d.). Het 12-stappen model is gebaseerd op de 12 stappen van Anonieme Alcoholisten, die is over komen waaien uit Amerika. Deze methode is binnen verslavings- en GGZ instellingen een groot begrip geworden. Via deze 12 stappen worden problemen in kaart gebracht en onder ogen gezien, wordt er een zelfonderzoek in gang gezet, waarna de verkregen kennis door kan worden gegeven aan iemand anders die ook kampt met verslavingsproblematiek (GGZ Interventie, z.d.). In gesprek met een ervaringsdeskundige wordt er verteld dat diegene die al langer in herstel zit en zijn of haar ervaring doorgeeft, ook wel een 'sponsor' wordt genoemd. Een sponsor fungeert als een vertrouwenspersoon. De persoon die de ervaring verkrijgt wordt ook wel 'sponsee' genoemd (persoonlijke communicatie, 27 mei 2020). Een van die verkregen ervaringen en suggesties die mee worden gegeven, is het onthouden van intieme relaties voor gedurende één jaar. Dit omdat verliefdheid, lust en seks als vervanging kan worden gezien van de verslaving (Triora, z.d.). De focus wordt van zichzelf afgestaan waardoor de vlucht ontstaat in relaties en er een nieuwe verslaving is geboren. Er wordt niet gezocht naar een interne oplossing en geluk, maar een ander dient de persoon weer gelukkig te maken. Herstellen van verslaving betekent hierdoor eigenlijk: jezelf onder ogen komen (Triora, z.d.). De ervaringsdeskundige benoemt dat de onthouding geen onderdeel is van de 12-stappen, maar wel een ongeschreven regel is binnen de lotgenotengroepen (persoonlijke communicatie, 27 mei 2020). Echter is gebleken dat deze suggestie door meerdere lotgenoten aan hun laars wordt gelapt, door het verslavingskarakter en de kwetsbaarheid die zich bevindt binnen de groep. Een innerlijke leegte wordt door elkaar opgevuld, waardoor snel misbruik van elkaar wordt gemaakt en uiteindelijk de opvulling niet meer voldoende is. Binnen de Anonieme Alcoholisten wordt daarom gesproken over 'de dertiende stap' wanneer er een relatie aan wordt gegaan binnen de groep. Dit verwijst niet alleen naar de 12-stappen, maar ook naar het ongeluksgetal waar de dertien voor staat (Triora, z.d.).

2.4 Hulpverlening

Om een beter beeld te krijgen op de huidige begeleiding binnen het sociale domein, ten aanzien van seksualiteit, dient er dieper op de begeleiding in te worden gegaan. Te zien is dat er door het gebrek aan landelijke regels op seksueel gebied er, net zoals bij Incitare, seksuele handelingen worden verboden (GGZ Nederland, z.d.). Echter blijkt dat het verbod op seksuele interacties er in resulteert dat cliënten stiekem seks hebben. Regels blijken een averechts effect te hebben, wat voornamelijk komt door de (on)bekwaamheid van hulpverleners om seksualiteit bespreekbaar te maken (Samsom, 2010).

Handelingsverlegenheid

Hulpverleners schieten te kort in de begeleiding op het gebied van de seksuele gezondheid van cliënten. Er wordt geacht dat een hulpverlener dient te weten wat zijn eigen normen, waarden, grenzen, bagage, mogelijkheden en beperkingen zijn ten aanzien van seksualiteit (Lunsen, 2016).

Voornamelijk de eigen visie blijkt erg bepalend voor de manier waarop de hulpverlener zich opstelt tegenover de cliënt en de begeleiding ten aanzien van seksuele vraagstukken (Ijf, 2006). Hierdoor blijkt seksuele problematiek niet altijd serieus te worden genomen. Dit wordt te wijden aan te weinig tijd voor het onderwerp of doordat het gewoon weg wordt vergeten om bespreekbaar te maken.

Naast het eigen referentie kader kunnen ook gebrek aan ervaring en kennis van de hulpverlener hier een rol in spelen (Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk, z.d.).

Er is de zogenoemde handelingsverlegenheid ontstaan rondom het thema in de hulpverlening. Dit houdt in dat de professional niet handelt ondanks dat er zorgen of signalen zijn op seksueel gebied (Zorgwelzijn, 2017). Professionals voelen zich wel verantwoordelijk, maar voelen zich onvoldoende getraind om het gesprek er over aan te gaan (Linger, 2015). Professionals twijfelen over eigen kennis en houding en zijn bang de cliënt te weinig te kunnen bieden (van Gelderen & Bender, 2010). In Nederland en België blijkt er een grote behoefte te zijn aan handvaten om seksualiteit en intimiteit bespreekbaar te maken (Movisie, 2011). Dit omdat 88% van de professionals wel aangeeft het een belangrijk onderwerp te vinden (van Engelen, 2016).

Uit deze handelingsverlegenheid is de Wet Meldcode Kindermishandeling en Huiselijk geweld in het leven geroepen (Movisie, 2014). De meldcode verplicht professionals een protocol te volgen en een stappenplan te doorlopen wanneer er vermoedens zijn bij misbruik of geweld. Het blijkt dat vermoedens eerder worden gesignaleerd en bespreekbaar kunnen worden gemaakt om er voor te zorgen dat geweld en misbruik stopt (Movisie, 2014). Ook wanneer er geen vermoedens zijn van misbruik is het volgens Rutgers (z.d.) belangrijk om met regelmaat te praten over seksualiteit. De eerste reden is omdat cliënten het zelf vaak lastig vinden om over te beginnen waardoor er langer met een probleem of vragen rond wordt gelopen. Een andere reden is dat een open houding over seksualiteit de vertrouwensband tussen de hulpverlener en cliënt kan versterken, waardoor een drempel kan worden verlaagd voor de cliënt om het gesprek aan te gaan. Ook kan het regelmatig bespreken handelingsverlegenheid van de hulpverlener verlagen, wat voor minder ongemakkelijke momenten en een open cultuur zorgt (Rutgers, z.d.).

Methodes

Een methode die ondersteunend kan werken op het gebied van seksuele gezondheid, is onder andere het seksualiteitsbeleid (Rutgers, z.d.). Zorginstanties zijn wettelijk verplicht om een beleid te creëren op het gebied van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Hiermee waarborgen zij de kwaliteit van de zorg, de preventie van misbruik, garanderen de werkveiligheid van de medewerkers en voldoen daarmee aan de Kwaliteitswet en Arbowet (Rutgers, z.d.). In een seksualiteitsbeleid besteed een instelling aandacht aan hoe zij bij kunnen dragen aan een gezonde en veilige seksuele ontwikkeling van de cliënten. Dit wordt dan ook al veelvuldig ingezet in jeugdzorginstellingen (Rutgers, z.d.). Cliënten verblijven voor een langere periode in een zorginstelling waardoor zij voor kennis, normen en waarden op seksueel gebied voor een groot deel afhankelijk zijn van professionals. Het seksualiteitsbeleid omvat onder andere (Rutgers, z.d.):

- Gedragsregels, welk seksueel gedrag wordt wel en niet toegelaten.
- Een voorlichtingsmethode die een positieve visie op seksualiteit biedt en hoe deze voorlichting vorm wordt gegeven.
- Protocollen rondom seksueel riskant gedrag zodat dit gesignaleerd kan worden.
- Maatregelen die worden getroffen bij (vermoedens van) seksueel geweld.
- Trainingen op het gebied van seksualiteit voor professionals.

Het seksualiteitsbeleid draagt bij aan de ontwikkelingskansen op het gebied van seksualiteit en er wordt tegelijkertijd een balans gezocht tussen de behoeftes en de veiligheid van de cliënten, zonder rechten te schenden (WHO, 2010). Hierdoor vindt er minder grensoverschrijdend gedrag plaats, is er duidelijkheid voor hulpverleners en cliënten en wordt seksualiteit gezien als onderdeel van het leven (Rutgers, z.d.).

Hoofdstuk 3: Methodologie

In het aankomende hoofdstuk wordt de methodologie beschreven. Samen met de probleemanalyse en het theoretisch kader vormt dit de basis van het onderzoek. De onderzoekspopulatie en steekproef zal in kaart worden gebracht, gevolgd door de dataverzamelmethode en het meetinstrument. Ten slotte wordt de data-analyse belicht.

3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef

De hoofdvraag van het onderzoek heeft betrekking op de handelingsverlegenheid rondom seksualiteit binnen het sociale domein. De doelstelling is om aanbevelingen te formuleren ten behoeven van begeleid wonen organisatie Incitare. Incitare bevindt zich te Breda, Noord-Brabant. Op basis daarvan is er gekozen voor een onderzoekspopulatie en steekproef. Doordat de respondenten van dit onderzoek aan een aantal voorwaarden moeten voldoen, is er sprake van een selecte steekproef (Baarda et al., 2013).

Om een zo volledig mogelijk beeld te kunnen schetsen en antwoord te verkrijgen op de hoofdvraag, is er gekozen voor een onderzoekspopulatie die zowel uit cliënten als hulpverleners bestaat. De steekproef is doelgericht, waarbij respondenten verkozen zijn op specifieke kenmerken (Boeije, 2014). Voorwaarden waaraan de respondenten voldoen zijn onder andere dat zij zorg verkrijgen of verlenen bij Incitare. In totaal bevat de onderzoekspopulatie 10 personen, waarvan 6 cliënten en 4 hulpverleners.

De cliëntenpopulatie voldoet aan de volgende criteria:

- Zowel mannelijke- als vrouwelijke respondenten, waarvan het merendeel man is.
- Alle respondenten zijn volwassen en fluctueren in leeftijd van 20 tot 40 jaar.
- Alle respondenten zijn gediagnostiseerd met een verslaving in het gebruik van middelen.
- Onder de respondenten zijn er 2 gediagnostiseerd met een seksverslaving.
- Cliënten verschillen in lengte van behandelingsperiode om het verschil hierin te kunnen meten.
- Cliënten verschillen in lengte van clean tijd om het verschil hierin te kunnen meten.
- De respondenten nemen vrijwillig deel aan het onderzoek.

De hulpverlenerspopulatie dient aan de volgende criteria te voldoen:

- Zowel mannelijke- als vrouwelijke respondenten.
- Respondenten fluctueren in leeftijd van 25 tot 40 jaar.
- Respondenten bekleden ieder een andere functie en hebben verschillende diploma's. Om zo veel mogelijk verschillende invalshoeken te bevatten wordt een maatschappelijk werkster, sociaal agoog, sociaal agoog in opleiding en ervaringsdeskundige geïnterviewd.
- De respondenten nemen vrijwillig deel aan het onderzoek.

Borging anonimiteit in de steekproef

De verzamelde resultaten binnen het onderzoek worden geanonimiseerd, ter bescherming van de privacy van de respondenten. Daarbij tekenen alle respondenten een 'Informed consent' en worden geluidsopnamen en aantekeningen na publicatie vernietigd. Dit samen waarborgt de betrouwbaarheid van het onderzoek (Boeije, 2014). De 'Informed consent' is terug te vinden in Bijlage 1. Incitare heeft schriftelijk bevestigd dat de instelling niet geanonimiseerd hoeft te worden en bij naam mag worden genoemd binnen het onderzoek.

3.2 Dataverzamelmethode

Om de beleving van cliënten en hulpverleners te onderzoeken is er gekozen voor een kwalitatief onderzoek. Door middel van interviews kunnen open vragen worden gesteld en diepgang worden gecreëerd door middel van onderzoek op kennis, beleving en gevoel (Boeije, 2014).

Methode voor dataverzameling

Het afnemen van het onderzoek zal semigestructureerd worden gedaan. Dit betekent dat het een half open interview is aan de hand van een topiclijst (Baarda et al., 2013). Vooraf bepaalde vragen worden beantwoord, maar er blijft ook ruimte over om door te vragen en uitweidingen voor de respondent. De interviewer is tijdens het onderzoek waakzaam ten opzichte van het verloop, maar laat zich ook inspireren en speelt in op de antwoorden van de respondent (Baarda et al., 2013). Het semigestructureerde interview sluit nauw aan bij de onderzoeksvragen doordat de kans klein is dat er van topics wordt afgeweken en de juiste diepgang kan worden gecreëerd binnen het interview. Gedurende het kwalitatieve onderzoek is het van belang dat de onderzoeksvraag en het onderzoeksdoel in beeld blijft. Daarbij is van belang dat het perspectief van de respondent wordt geïnterviewd, omdat het hierbij gaat om hoe hij of zij de situatie ziet (Baarda et al., 2013). Om hierin te kunnen faciliteren en de respondenten zo veel mogelijk op hun gemak te laten voelen, is de ruimte waar het interview wordt afgenomen rustig en is er voldoende tijd gereserveerd voor hen.

Ethische aspecten

Door het voldoen aan de volgende eisen is dit onderzoek ethisch verantwoord (Baarda et al., 2013):

- Zoals eerder genoemd nemen respondenten vrijwillig deel aan het onderzoek en ondertekenen het 'Informed consent', welke voorafgaand aan het interview wordt toegelicht.
- Respondenten hebben voorafgaand informatie verkregen met betrekking tot het onderzoek, met voorkennis over het onderwerp en aanleiding van het onderzoek.
- Gegevens worden geanonimiseerd en verwerkt waardoor respondenten geen negatieve effecten hoeven te ondervinden.
- Enkel de onderzoeker heeft toegang tot de verkregen data.
- Transscript en audio worden na publicatie van het onderzoek vernietigd.

Deze rechten worden benoemd door de onderzoeker naar de respondenten en er wordt geen informatie achterwege gelaten die van belang zijn voor de respondent en het onderzoek.

3.3 Meetinstrument

Als meetinstrument wordt er gebruik gemaakt van een topiclijst om het semigestructureerde interview vorm te geven. De topiclijst is terug te vinden in Bijlage 2. Doordat er twee verschillende soorten respondenten zijn, de cliënten en de hulpverleners, zijn er twee topiclijsten opgesteld met soortgelijke thema's, vragen en indeling. Met de start van het interview is er de mogelijkheid voor de respondenten om de topiclijst in te zien zodat zij zich eventueel kunnen voorbereiden.

De topiclijst start in beide gevallen met een introductie en algemene informatie van de respondenten, denk hierbij aan geslacht, leeftijd en in het geval van de cliënt hoelang zij al begeleiding ontvangen en hoelang zij al clean zijn. Bij de topiclijst van de hulpverleners wordt de algemene informatie aangevuld met welk diploma zij hebben, hoe lang zij werkzaam zijn binnen de organisatie en wat hun werkzaamheden zijn. Vervolgens zal in beide gevallen over worden gegaan naar het cluster kennis en beeldvorming. Hierin wordt gevraagd naar de inhoud van seksuele weerbaarheid, persoonlijke eigenschappen van cliënten en wat hulpverleners hierbij ondervinden. Het volgende cluster bevat de huidige begeleiding op het gebied van seksualiteit, hoe beiden dit ervaren, wat prettig en niet prettig wordt geacht door cliënten, welk cijfer er wordt gekoppeld aan de begeleiding op seksueel gebied en op welke wijze de seksuele weerbaarheid wel of niet wordt ontwikkeld onder begeleiding van de hulpverleners en de organisatie. Bij de hulpverleners wordt er ook onderzocht hoe zij seksueel misbruik in het heden en verleden signaleren, of zij bekend zijn met bepaalde methoden en hoe zij hier vervolgens mee te werk gaan. Hierna wordt de gewenste begeleiding in kaart gebracht waarbij de focus voornamelijk ligt op verbeterpunten voor de hulpverleners en de organisatie, vanuit beide invalshoeken. Als laats worden de interne regels rondom seksualiteit onder de loep genomen en wat cliënten en hulpverleners hierin zouden willen veranderen.

Betrouwbaarheid

Een betrouwbaar onderzoek is een onderzoek dat zich zo min mogelijk door toevalligheden laat leiden (Baarda et al., 2013). Deze invloeden zijn zo veel mogelijk beperkt door accuraat te werk te gaan. Voorafgaand aan de interviews zal daarom een inleidende brief naar de respondenten worden gestuurd, zodat zij op de hoogte zijn van de aanleiding en inhoud van het onderzoek.

De betrouwbaarheid wordt in de interviews gewaarborgd, door antwoorden terug te koppelen en te controleren bij de respondent. Dit wordt gedaan door te luisteren naar de input van de respondent, samen te vatten en door te vragen.

Door gebruik te maken van een topiclijst, welke fungeert als interviewleidraad, wordt de betrouwbaarheid vergroot (Baarda et al., 2013). Deze topiclijst is alvorens gecontroleerd door studenten en een docent van de Fontys Hogeschool en door een werknemer met leidinggevende functie binnen Incitare.

Ook heeft er een proefafname plaatsgevonden om fouten te kunnen filteren, voorafgaande aan het onderzoek. Zo bleek bij de proefafname dat er bij de vraag over het fundamentele recht op seksualiteit meer uitleg noodzakelijk was om de vraag te kunnen beantwoorden. Ook sommige karakteristieken zoals introvert en extravert moesten worden uitgelegd aan de cliënten respondenten. Daarnaast stond er in beide topiclijsten een dubbele vraag, waardoor deze geschrapt werden. Ook moest er om de vragen over seksuele weerbaarheid te kunnen beantwoorden, na de vraag wat ze verstaan onder seksuele weerbaarheid, uitgelegd worden wat dit precies inhoudt. Door gebruik te maken van een topiclijst worden topics op dezelfde wijze gehanteerd bij zowel cliënten als hulpverleners. Doordat zo veel mogelijk gebruik wordt gemaakt van open vragen is er ruimte voor de respondent om naar eigen kennis en ervaring te antwoorden. Zo worden vragen van te voren minimaal ingevuld waardoor ongekleurde antwoorden van de respondenten ontstaan (Baarda et al., 2013).

Factoren die de betrouwbaarheid hebben vergroot zijn een zo rustig en neutraal mogelijke omgeving, waarbij zo min mogelijk ruis is zodat respondenten zich vrij en geconcentreerd voelen om te antwoorden (Baarda et al., 2013). Hierdoor is er gekozen voor een gespreksruimte op kantoor zodat huisgenoten, collega's of begeleiders niet mee kunnen luisteren of antwoorden kunnen opvangen die vertrouwelijk zijn. Wanneer cliënten of hulpverleners zich prettiger voelen in de eigen omgeving kan er voor worden gekozen het interview bij hen thuis of in het safehouse te doen. Uiteindelijk heeft geen van de respondenten voor deze optie gekozen.

Validiteit

Validiteit waarborgt de afspiegeling van de inhoud van de resultaten met betrekking tot de werkelijkheid. Dit wordt ook wel geldigheid genoemd (Boeije, 2014). Daarom wordt er gebruik gemaakt van triangulatie, doordat er verschillende methoden van dataverzameling toe zijn gepast (Baarda et al., 2013). Naast het afnemen van interviews wordt er gebruik gemaakt van wetenschappelijke bronnen en zijn er verschillende professionals en ervaringsdeskundigen geraadpleegd (Baarda et al., 2013). Deze bronnen zijn terug te vinden in de probleemanalyse en het theoretisch kader en is de informatie van professionals terug te vinden in de verificatie uit de praktijk.

Voor de interne validiteit geeft het gekozen semigestructureerde interview de kans om dieper in te gaan op relevante onderwerpen zodat er een zo volledig mogelijk beeld wordt verkregen van de beleving van de respondent (Baarda et al., 2013). Om misinterpretaties te voorkomen wordt er voorafgaand aan het interview inzicht gegeven in betekenissen van begrippen. Ook misinterpretaties van de interviewer worden geminimaliseerd door de geluidsopname en de letterlijke uitwerking van de interviews. Vervolgens wordt er op deze informatie, volgens een vast codeerproces, gecodeerd. Codes die worden gelabeld aan uitspraken en worden gecontroleerd door een werknemer binnen Incitare zodat deze subjectief en betrouwbaar worden geacht (Boeije, 2014).

Doordat er hulpverleners en cliënten worden geïnterviewd worden beide invalshoeken onderzocht wat de validiteit van het onderzoek bevordert (Boeije, 2014). Alle respondenten zijn geen vreemde van de onderzoeker omdat er een onderlinge band is opgebouwd, gedurende de samenwerking of persoonlijke begeleiding. Hierdoor voelen respondenten zich meer op hun gemak, zijn minder terughoudend in interviews, wat de eerlijkheid van de antwoorden kan bevorderen. Tevens kan het een belemmering vormen omdat antwoorden ook betrekking kunnen hebben op de onderzoeker, waardoor de onderlinge band tot sociaal wenselijke antwoorden kan leiden. De kans hierop is in ieder geval verkleind doordat er geen cliënten als respondent worden gevraagd waarvan de onderzoeker de persoonlijk begeleider is.

Er is geen sprake van externe validiteit omdat de respondentengroep te klein is om te kunnen generaliseren (Boeije, 2014).

3.4 Data-analyse

Na de verzamelde data uit de interviews zullen deze letterlijk worden verwerkt in een transcript. Vervolgens worden data geanalyseerd aan de hand van drie stappen. Allereerst wordt er open gecodeerd, daarna axiaal- en als laatste selectief worden gecodeerd. Dit samen wordt verwerkt aan de hand van een tabel zodat gecodeerde informatie overzichtelijk terug te vinden is.

Open coderen

Er zal een selectie worden gemaakt tussen relevante en irrelevante antwoorden die antwoord kunnen geven op de hoofd- en deelvragen (Boeije, 2014). Relevante informatie wordt in codes, beknopt omschreven in de tabel van “open coderen”. Irrelevante informatie wordt vervolgens geschrapt. De open code “belemmerd in openheid” van respondent 8 is bijvoorbeeld toegewezen aan het antwoord: *“Ja, dan in het stukje contact leggen ja. Ja, de eerste week met mijn ex dat ik contact had, dat durfde ik in eerste instantie niet te zeggen.”*

Deze open codes zijn voor de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid gecontroleerd door de scriptiebegeleidster binnen Incitare (Baarda et al., 2013). Naar aanleiding hiervan zijn een aantal open codes concreter gemaakt zoals “praten over seksualiteit als onderdeel van het verslavingskarakter” of “obsessieve gedachten naar seks”, welke samen zijn gevat in “verslavingskarakter intimiteit en seksualiteit”.

Axiaal coderen

Bij axiaal coderen is het aantal codes geminimaliseerd en zijn wederom relevante en irrelevante antwoorden gefilterd (Boeije, 2014). Vervolgens zijn er labels aan categorieën toegewezen, zoals bij respondent 9: “Geen verandering interne regels” naar de axiale code “verandering regels”.

Deze resultaten zijn vervolgens verwerkt in een codeboom. Hulpverleners en cliënten hebben een verschillende codeboom, zodat er uiteindelijk twee verschillende codebomen ontstaan. Als laatste zijn er hoofd en deel codes verdeeld in de codeboom via een duidelijke structuur.

Selectief coderen

Tijdens selectief coderen wordt er gezocht naar verbanden tussen codes. Bij deze laatste stap wordt inzichtelijk welke hoofdcodes er belangrijk zijn voor de resultaten sectie, die bijdragen aan het beantwoorden van de hoofdvraag. Een voorbeeld van het selectief coderen, zijn bijvoorbeeld de axiale codes zoals misbruik, voorlichting & soa's, grenzen, recht op seksualiteit en ontwikkeling in seksuele weerbaarheid, die samen de selectieve code “seksuele weerbaarheid” krijgen.

Het coderingsproces is voor de twee respondentengroepen apart uitgevoerd, zodat er een duidelijk inzicht kan worden gekregen op beide visies. In Bijlage 3 zijn deze codebomen terug te vinden.

Hoofdstuk 4: Resultaten

In voorgaande hoofdstukken is er beschreven hoe het onderzoek zal worden vormgegeven en uiteindelijk hoe de verkregen data zullen worden geanalyseerd. Er zal een beschrijving volgen van de verkregen data, uit de interviews die van belang zijn om de deelvragen te kunnen beantwoorden.

4.1 Feitelijke steekproef

De steekproef zoals hij was voorgenomen in 3.1 is volledig naar planning verlopen. Alle interviews konden ondanks het Corona-virus doorgaan, respondenten voldoen aan de ingestelde eisen en hebben alvorens informatie verkregen. Iedereen heeft het 'informed consent' ondertekend en niemand is teruggekomen op zijn beslissing om deel te nemen aan het onderzoek.

4.2 Deelvraag 1

Binnen de eerste deelvraag is informatie verzameld over de huidige begeleiding rondom seksualiteit binnen de organisatie. Zowel cliënten als professional zijn geïnterviewd om ieders visie naast elkaar te leggen, te kijken of dit beeld overeenkomt en waar eventuele verbeterpunten zich bevinden. Zo blijkt dat professionals het onderwerp seksualiteit wisselend ongemakkelijk vinden om bespreekbaar te maken met hun cliënten. Wel is er een duidelijk verschil te zien tussen de begeleiding met cliënten van het eigen geslacht en het andere geslacht. Drie van de vier hulpverleners maakt onderscheid in de begeleiding tussen mannelijke- en vrouwelijke cliënten. Dit omdat zij aangeven dat het onderwerp privé is, het tegen eigen normen en waarden in gaat of ze er ongemakkelijk van worden. Hier zegt respondent 1 het volgende over: *“Sommige mannen doen dat bij mij wel, maar merk dat ik dat zelf ongemakkelijk vind, terwijl hun er niet ongemakkelijk van worden”*. Vrouwelijke, persoonlijk begeleiders verwijzen hun mannelijke cliënten daarom door naar een mannelijke collega en dit gebeurt naar eigen zegge te vaak. Dit probleem wordt ook gesteld door Heemelaar (2017), die aangeeft dat de drempel om seksualiteit ter sprake te brengen hoger is bij een cliënt van het andere geslacht, dan een cliënt van hetzelfde geslacht. Respondent 2 bevestigt dit: *“De vorige keer heb ik mijn mannelijke collega gevraagd om het met hem op te pakken omdat het stukje man/vrouw toch een drempel is.”*

Cliënten ervaren deze zelfde ongemakkelijkheid waardoor alle cliënten aan hebben gegeven dat zij niet het initiatief zullen nemen tot het bespreekbaar maken van seksualiteit en het initiatief bij de hulpverleners ligt. Dit aantal ligt hoger dan de 80% die Linger (2015) eerder stelt.

Persoonlijk begeleiders geven dan ook aan dat, wanneer het onderwerp ter sprake komt, zij het initiatief hiervoor nemen. Ondanks de ongemakkelijkheid, die er volgens de respondenten hangt rond het thema, benoemt de helft van de cliënten dat zij signalen terug krijgen van begeleiders. De andere helft benoemt dat dit af en toe of te weinig wordt gedaan. Respondent 9 zegt hierover: *“Ik denk dat, dat wel terug gegeven wordt maar ik moet zeggen dat ik daar weinig van terug gekregen heb, eigenlijk niks”*.

Het merendeel benoemt dat seksualiteit te weinig bespreekbaar wordt gemaakt en hier vaker en concreter naar mag worden gevraagd door de hulpverleners. Zo zegt respondent 5: *“wordt er eigenlijk heel weinig aandacht aan besteed in mijn ogen”*.

Cliënten hebben liever niet dat er naar details, voorkeuren of seksuele handelingen wordt gevraagd, maar juist wel naar eigen behoeftes, kennisoverdracht, lusten, gevoelens en grenzen. Ook cliënten geven aan dat zij het ongemakkelijk vinden om seksualiteit te bespreken met het andere geslacht, maar dat een persoonlijke band, vertrouwen, beschikbaarheid en veiligheid belangrijker zijn in het gesprek rondom seksualiteit, dan het geslacht van de begeleider. Zo geven de mannelijke cliënten die vinden dat seksualiteit te weinig wordt besproken aan, dat zij open staan voor een gesprek over seksualiteit met hun vrouwelijke begeleidster. Zo benoemt respondent 9: *“even over die drempel heen stappen met zijn tweeën”*. Met het eigen geslacht bleek dit wel te worden gedaan in de 'gendergroepen'. Zowel cliënten als hulpverleners ervaren de groepen als een mogelijkheid om

seksualiteit ter sprake te brengen. Door deze 6-wekelijkse groepen wordt met groepsgenoten van het eigen geslacht de drempel verlaagd om hulpvragen en ervaringen bespreekbaar te maken.

De invloed van seksualiteit op het herstel blijkt uit het onderzoek eerder negatief dan positief te zijn voor cliënten. Zo creëert seksualiteit een bron van verslaving waardoor destructieve patronen in gang worden gezet. Seksualiteit heeft voor cliënten een verslavingskarakter waarbij het een goed gevoel buiten zichzelf geeft, net zoals middelen dit doen (Geurtz, 2001). Zo geven alle cliënten respondenten aan dat zij afhankelijk zijn of zijn geweest van externe bevestiging om hun laag zelfbeeld te compenseren. Er wordt hierbij weer gebruik gemaakt van de emotiegerichte coping, dat het verslavingsgedrag in stand houdt (Geurtz, 2001). Hierdoor wordt er graag gevluht in obsessieve gedachten of wordt er een euforisch gevoel gehaald uit intimiteit en seksualiteit. De helft van de cliënten benoemt hierdoor dat seksualiteit helemaal geen rol speelt in het herstel op dit moment. Zo zegt respondent 8: *“dat het me belemmert, ja. Maar dat het ook mijn aandacht heeft en blijft trekken, dat het heel veel energie kost om het maar uit te blijven spreken en bewust mee bezig te zijn en mijzelf niet in te verliezen.”* Tevens kampt deze cliënt met een seksverslaving waardoor het obsessieve verslavingskarakter nog meer aan de oppervlakte komt (Trubendorffer, z.d.). Vier van de zes cliënten benoemt hierdoor angstig te zijn om seksualiteit aan te gaan in hun herstel door de trigger die het geeft naar het gebruik van middelen.

Professionals zijn wel van mening dat seksualiteit ook een positieve bijdrage kan leveren in het herstel. Naast plezier beïnvloedt een gezonde seksuele weerbaarheid volgens drie hulpverleners het zelfbeeld van de cliënt. Doordat grenzen kunnen worden bewaakt, wordt zelfvertrouwen gegenereerd. Daarbij denken professionals dat de afwezigheid van seksuele weerbaarheid grote gevolgen kan hebben voor het herstel, dat oud gedrag wordt ingezet en de kans op terugval toeneemt.

Het onderzoek bevestigt dat het slecht is gesteld met de seksuele weerbaarheid van de cliënten. Zo geven alle cliënten aan onbekwaam te zijn in de omgang met voorbehoedsmiddelen en iedereen negatieve gevolgen aan seksualiteit heeft ondervonden. Zo hebben vijf van de zes cliënten één of meerdere soa's opgelopen, waaronder HIV. Eén cliënt heeft meerdere ongewenste zwangerschappen gehad, ten gevolgen van onveilige seks. Het beeld komt hierdoor overeen met de kwetsbaarheid van de doelgroep en de grotere kans op negatieve gevolgen op seksueel gebied, dat eerder al werd geschetst door Drunen, Griffioen, Wijsen en Lankveld (2015). Echter lijkt het erop dat professionals hier niet volledig bewust van zijn, maar vinden wel drie van de vier professionals dat zij verantwoordelijk zijn voor de seksuele weerbaarheid en met name in het faciliteren van seksuele voorlichting.

Hiernaast hebben alle cliënten zelf seksueel grensoverschrijdend gedrag vertoond of ervaren. Zo geven vijf van de zes cliënten aan, voor hun herstel grensoverschrijdend gedrag te hebben ervaren en alle mannelijke cliënten seksueel grensoverschrijdend gedrag te hebben vertoond. Door de onderlinge vertrouwensband zijn doorgaans persoonlijk begeleiders het aanspreekpunt voor seksualiteit. Zo geven vijf van de zes cliënten aan dat zij ruimte voelen om misbruik te kunnen bespreken met hun begeleider. Echter blijkt uit het onderzoek dat ondanks deze ruimte wordt ervaren, vier van de zes cliënten dit nog niet heeft gedaan met iemand binnen de organisatie. Zo zegt respondent 10: *“Ik denk dat die ruimte er wel zou zijn, maar ik heb hem nog niet genomen en heb daar nog niet veel over gesproken.”*

Twee van deze cliënten zijn inmiddels uitgestroomd en heeft het nooit meer bespreekbaar gemaakt met iemand binnen de organisatie. Dit creëert niet alleen een risico voor terugval, maar ook de kans op herhaaldelijk misbruik in de toekomst, wat ten kosten gaat van de psychische gezondheid (Movisie, 2009).

Drie van de vier begeleiders heeft de beleving dat misbruik wel eens voor komt, maar niet in grote mate. Alle hulpverleners benoemen dat zij moeite hebben of hebben gehad met het bespreken van misbruik bij hun cliënten. Van Gelderen en Bender (2010) wijten dit aan het gevoel niet vaardig genoeg te zijn vanuit het gebrek aan kennis en de angst om als hulpverlener een cliënt te schaden. Dit wordt bevestigd door de professionals. De helft van de hulpverleners geeft aan weinig ervaring te hebben met het bespreken van onderwerpen zoals seksueel grensoverschrijdend gedrag en misbruik, waarbij drie benoemen dat het niet hun expertise is. Respondent 3 zegt hierover: *“het praten over trauma’s daar moet ik mij ook niet aan wagen denk ik”* en *“voor mijn gevoel kan ik daar niet echt iets zinnigs op zeggen”*. Dit samen maakt dat er kan worden gesproken over een handelingsverlegenheid onder de professionals, doordat er door onzekerheid niet of nauwelijks wordt gehandeld rondom seksueel misbruik of trauma’s (Janssen, Wentzel, & Vissers, 2015).

Wel geven alle professionals aan dat wanneer er signalen zich voor doen van trauma’s, ze dit overleggen met collega’s en cliënten doorverwijzen naar specialistische zorg. Echter geven drie van de vier hulpverleners aan niet op de hoogte te zijn van de Meldcode (Movisie, 2014).

Concluderend kan er worden gesteld dat er in de huidige begeleiding rondom seksualiteit een stap in de goede richting is gemaakt. De gendergroep creëren gelegenheid om seksualiteit ter sprake te brengen en cliënten voelen zich vertrouwd bij de hulpverleners om zich open te stellen. Met de seksuele weerbaarheid is het slecht gesteld doordat er meerdere soa’s, ongewenste zwangerschappen en grensoverschrijdend gedrag in het verleden heeft plaats gevonden. Echter wordt er ook nog een hoop ongemak rondom het thema ervaren bij zowel hulpverleners als cliënten, waardoor cliënten het onderwerp niet uit zichzelf aandragen. Hulpverleners tonen daarin voornamelijk het initiatief al is dit naar beider inziens nog te weinig. Het grootste hekelpunt binnen de begeleiding is het onderwerp misbruik, waarbij zowel cliënten als hulpverlener belemmerd worden in het benoemen hiervan. Onder hulpverleners blijkt voornamelijk dat zij zich daar niet bekwaam genoeg voor voelen waardoor misbruik nauwelijks ter sprake komt in de begeleiding.

4.3 Deelvraag 2

In de tweede deelvraag staan de interne regels rondom seksualiteit ten aanzien van de seksuele weerbaarheid centraal. Al snel blijkt dat er een verschil is tussen de geschreven regels en de ongeschreven regels rondom seksualiteit. De geschreven regels bestaan uit drie aspecten, geen onderlinge seksuele contacten of seksueel contact in huis, geen seks in ruil voor betaling en geen aanstootgevende tijdschriften in het bezit mogen hebben (Incitare, 2018). Negen van de tien respondenten weet niet alle drie de regels te benoemen, enkel sommige hiervan. Vanuit lotgenoten groepen draagt Incitare de visie uit om je één jaar te onthouden van (seksuele) relaties, dit ten behoeven van het herstel (Triora, z.d.). Dit is een ongeschreven regel die door zowel cliënten als hulpverleners bijna wordt ervaren als een officiële regel. Zo zegt hulpverlener, respondent 3: *“ik denk meer de ongeschreven regels waar wij een soort van patent op hebben gekregen, van dit is hoe wij het gaan doen”*.

Alle cliënten geven aan achter de interne regels rondom seksualiteit te staan en de helft van deze cliënten benoemt dat de interne regels niet schadelijk zijn voor het herstel. Wel benoemt de meerderheid van de respondenten dat het vreemd is dat er onderscheid wordt gemaakt tussen pornografische tijdschriften en pornografie online en dat deze laatste vorm van porno wordt gedoogd. De regel lijkt dan ook niet meer van deze tijd volgens respondent 6: *“ja kom op, we hebben allemaal een telefoon tegenwoordig dus dat komt niet meer voor”*. Ook zien vier van de zes cliënten het probleem niet van pornografische tijdschriften, wanneer zij dit in hun eigen bezit hebben. Professionals vinden de regel rondom pornografie ook wat verouderd, al zien zij wel problemen, zoals het schenden van de veiligheid voor zichzelf en het verslavingskarakter rondom pornografie.

Eén van de cliënten beaamt dit door te vertellen hoe destructief pornografie in zijn gebruik is geweest. Respondent 9: *“Het enige wat ik zag was mijn mobiel en daarbuiten bestond gewoon niks meer en dat kon dan gewoon 12 uur aan een stuk doorgaan, ik zat in een compleet andere wereld.”* Over de regel rondom betaalde seks is wisselend gereageerd door de respondenten. Cliënten beschouwen deze regel als normaal en benoemen ook hier dat wanneer zij daar eenmaal aan beginnen, ze hier in zouden doorslaan. Het verslavingskarakter en de impulsiviteit neemt daarin de overhand (Van Deth, 2019). De helft van de professionals voelt een onderliggend ethisch dilemma rondom deze interne regel. Want wie zijn zij om te bepalen of dit wel of niet mag en geven eerder de voorkeur aan een seksuele activiteit tegen betaling dan met een kwetsbare huisgenoot of lotgenoot, omdat dit die persoon kan schaden. Ofwel het behoeden van cliënten voor de zogenoemde “dertiende stap” (Triora, z.d.). Echter zegt de andere helft van de professionals dat betaalde seks enkel lust gerelateerd is en cliënten hier weer hun oude gedrag of patronen mee in stand houden (Geurtz, 2001).

Waar heel weinig twijfel over bestaat is de regel rondom intieme relaties in huis. Op één professional na trekt niemand deze regel in twijfel. Zowel professionals als cliënten benoemen dat interne relaties te afleidend zijn voor het herstelproces. Zo zegt respondent 10: *“Nee, dan zou het echt één grote bende worden en krijg je allemaal kliekjes.”* Echter blijkt wel dat interne seksuele handelingen in het verleden plaats hebben gevonden tussen cliënten. Dit werd in sommige gevallen verzwegen, maar ook uiteindelijk opgebiecht. Wel zijn professionals van mening dat zij nooit precies zullen weten wat er in de huizen zich allemaal af kan spelen, maar dit ook niet haalbaar is. Wanneer cliënten deze regel overtreden staat er in het reglement dat dit tot onmiddellijke beëindiging van het traject leidt. Echter blijkt uit eerdere ervaring dat bij diverse gevallen deze consequenties van de overtreden regels niet werden uitgevoerd door de organisatie. Het leidde niet tot onmiddellijke beëindiging, maar resulteerde in officiële waarschuwingen of interne verhuizingen. Slechts één professional is van mening dat deze regel ook het herstel van de cliënt kan belemmeren wanneer er sprake is van echte gevoelens voor de ander. Respondent 3 zegt: *“Ik begrijp de regel, maar als je praat over echte gevoelens, als die er zitten, dan kan dat wel meer kapot maken. Want dan geef je een cliënt het idee mee dat het fout is om die gevoelens te hebben.”* Naast deze professional geeft ook nog één andere professional en één cliënt aan dat de regels het idee geven dat seksualiteit iets verkeerd is, of niet over gesproken mag worden. De meerderheid van de cliënten geeft dan ook aan zich belemmerd te hebben gevoeld in hun openheid door de interne regels. Redenen hiervoor waren een geheim van een huisgenoot, angst voor veroordeling vanuit de begeleiding of de angst dat iets van hen zou worden afgepakt. Professionals hebben zich niet tot nauwelijks belemmerd gevoeld in hun openheid richting cliënten rondom de interne regels. Enkel vinden zij zich in een lastig parket wanneer er vermoedens zijn van interne intimiteit en zij dit niet hard kunnen maken of worden ontkent. Echter heerst hierbij ook de vraag of zij die bevestiging willen hebben, omdat dit voor grote gevolgen kan zorgen voor de cliënt. Zo geeft één van de hulpverleners aan vermoedens te hebben gehad bij een van haar cliënten. De vermoedens heeft zij intern besproken, waardoor er een interne verhuizing plaats vond. Terugkijkend geeft zij aan het misschien ook niet te willen weten omdat deze cliënt op dit moment succesvol is uitgestroomd. Hierbij speelt de vraag bij enkele professionals wat dan belangrijker is, de interne regels en de overtreding daarvan of een mensen leven?

Ook is er gevraagd hoe de respondenten aankijken tegen het fundamentele recht op seksualiteit (WHO, 2010) ten aanzien van de interne regels. De meerderheid van de professionals is het er over eens dat cliënten ook recht hebben op deze eigen zeggenschap. Echter zijn zij allen van mening dat dit pas geldt wanneer iemand bekwaam is om zijn grenzen aan te geven en gezonde keuzes kan maken waarbij gevolgen worden overzien. Het fundamentele recht op seksualiteit stelt niet alleen dat er een keuze vrijheid rond seksualiteit is, maar ook het recht beschermd te worden tegen seksueel misbruik (WHO, 2010).

Op de vraag of cliënten seksueel weerbaar zijn antwoordden hulpverleners dan ook dat deze in het begin van het traject minimaal is en unaniem geven zij aan dat cliënten niet in staat zijn om hun eigen grenzen te herkennen en te bewaken. Respondent 4 benoemt: *“Na 9 maanden dat ze hier zitten zie je daar echt een ontwikkeling in en nee daarvoor niet. Daarvoor weten sommige niet eens wat hun eigen grens is.”* Door de afwezigheid van de seksuele weerbaarheid achten de hulpverleners zich verantwoordelijk om cliënten voor zichzelf te beschermen omdat zij zichzelf anders schaden. Vijf van de zes cliënten benoemen dan ook dat zij door de interne regels, geschreven en ongeschreven, deze eigen zeggenschap en eigen regie niet ervaren. Zo zegt respondent 8: *“ik heb geen eigen zeggenschap”*. Dit gaat dan weer in strijd met de visie van de hulpverleners waarvan drie benoemen dat eigen regie (Movisie, 2017) van belang is in de begeleiding met cliënten en waarvan twee hulpverleners benoemen dat dingen opleggen bij cliënten niet werkt.

Wel lijkt er veel angst te heersen bij cliënten en professionals. Dit komt voort uit het verslavingskarakter rondom seksualiteit en het risico op terugval dat het met zich mee brengt. Zo benoemen cliënten dat zij met angst rondlopen om seksualiteit weer aan te gaan en lijkt de bescherming van de professionals op dit gebied, deze angst te bevestigen. Zoals respondent 3 benoemt: *“lijken de regels na langere tijd zijn doel voorbij te gaan”*.

Reflecterend op de regels geven acht van de tien respondenten aan geen aanpassingen te doen in de interne regels omdat zij van mening zijn dat deze regels een positieve invloed hebben op het herstel. Zo wordt er door cliënten voornamelijk benoemd dat zij langere tijd afhankelijk zijn geweest van externe bevestiging en deze door de interne regels meer binnen zichzelf moeten worden gezocht. Hierdoor geven cliënten aan, dat zij door de regels gegroeid zijn in hun zelfbeeld, zij een veilig gevoel ervaren binnen de organisatie, een ander beeld hebben gekregen over seksualiteit en voornamelijk minder impulsief handelen. Zo benoemt respondent 5: *“naar mate ik verder in mijn herstel kom, weet ik gewoon zeker, dat als ik een half jaar geleden seks gehad zou hebben, dat het mijn hoofd weer helemaal op hol zou hebben gebracht”*. Twee cliënten benoemen dan ook zelfs dat de regels de kans op terugval verkleinen.

Uiteindelijk kan er worden gesteld dat er een algemene acceptatie heerst op de interne regels rondom seksualiteit. Wel blijkt dat niet iedereen volledig op de hoogte is van de regels en er veel onduidelijkheid ontstaat binnen de geschreven en ongeschreven regels. Ondanks dat hulpverleners er bewust van zijn dat de regels in strijd gaan met de keuze vrijheid rondom seksualiteit, vinden zij de bescherming en veiligheid van de cliënt belangrijker.

Cliënten zijn bij binnenkomst niet seksueel weerbaar en worden geacht niet in staat te zijn om gezonde keuzes te kunnen maken op seksueel gebied, wat nog meer schade ten gevolgen kan brengen. Cliënten benoemen dan ook eerder dat zij niet seksueel weerbaar zijn of daar op dit moment nog niet bewust van zijn. Zij ervaren de eigen zeggenschap rondom seksualiteit niet maar ervaren dit niet als belemmering, maar juist helpend voor hun herstel. Wanneer cliënten achter de interne regels staan, lijkt dat de keuze vrijheid die ze hebben gemaakt rondom seksualiteit. Wel blijkt er onder cliënten angst te heersen om seksualiteit weer aan te gaan, wat bijdraagt aan een negatieve associatie bij seksualiteit.

4.4 Deelvraag 3

Binnen de derde deelvraag wordt antwoord gegeven op de vraag wat de professionals nodig hebben om cliënten seksueel weerbaarder te kunnen maken in hun herstel van verslaving. Eerder kon worden vastgesteld dat cliënten onvoldoende seksueel weerbaar zijn. Professionals en één cliënt benoemen dat de seksuele weerbaarheid afwezig is, waarbij vier van de zes cliënten aangeven dat zij op dit moment nog geen ervaring op hebben kunnen doen en dus nog geen weet hebben van hun eigen seksuele weerbaarheid. Ook is er onverantwoordelijk omgegaan met voorbehoedsmiddelen in het verleden en ervaren cliënten moeilijkheden met hun persoonlijke grenzen. Dit komt overeen met het eerder geschetste beeld over de seksuele weerbaarheid en een psychische kwetsbaarheid (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, z.d.).

Vijf van de zes cliënten benoemt dat zij aangepast zijn in hun gedrag en vier van hen angst heeft om zijn grens aan te geven omdat zij bang zijn voor afwijzing, wat overeenkomt met de uitspraak van Geurtz (2001) die de link maakt tussen een laag zelfbeeld en verslaving. Respondent 6 benoemt hierbij dat: *“als ik dan een grens stel, dan wil ik mij daarvoor verontschuldigen. Het voelt dan alsof ik iemand anders daar pijn mee doe.”*

Gaande het traject benoemen cliënten dat zij een groei doormaken in hun zelfbeeld, zelfvertrouwen en het herkennen en bewaken van hun grenzen. Dit zijn niet zo zeer de grenzen op seksueel gebied, maar twee cliënten benoemen dat dit voornamelijk de algemene kennis is over hun persoonlijke behoeftes en grenzen. In de huidige begeleiding ervaren de cliënten een prettige band met de begeleiding, er heerst gelijkwaardigheid, beschikbaarheid en het vertrouwen in hen. Zo benoemen meerdere cliënten dat ze het gevoel hebben alles te kunnen delen. Zo zegt respondent 5 het volgende over de band met een begeleider: *“Ik merk dat het onderhand een vriendschappelijke band is die ik met hem heb, hij stelt zichzelf helemaal niet boven mij en dat vind ik heel erg fijn.”*

Professionals benoemen allen dat veiligheid de belangrijkste voorwaarde is om seksualiteit ter sprake te kunnen brengen bij cliënten. Castonguay en Beutler (2006) stellen dat de houding van de professional open, autonoom en respectvol richting de cliënt moet zijn. Beide respondentengroepen benoemen dat het delen uit eigen ervaring als prettig wordt ervaren. De eigen ervaring zorgt voor kwetsbaarheid, veiligheid en de eigen regie die hierdoor gewaarborgd blijft, omdat er suggesties worden gegeven en de keuze bij de cliënt blijft om er iets mee te doen (Movisie, 2017).

Verbeteringen rondom de begeleiding van seksualiteit blijkt bij beide respondentengroepen noodzakelijk, waardoor er veel verschillende suggesties ter sprake zijn gekomen. Vier van de zes cliënten zeggen voornamelijk de behoefte te hebben dat professionals het onderwerp vaker en concreter ter sprake gaan brengen. Respondent 5 zegt dan ook: *“er wordt eigenlijk vrij weinig gevraagd van hoe zit het eigenlijk met je behoeftes naar seks”*. Andere cliënten benoemen voornamelijk de behoefte te hebben aan meer kennisoverdracht en het aanrijken van handelingsalternatieven voor hun seksuele weerbaarheid. Vier cliënten ervaren de huidige gendergroepen als prettig om het onderwerp te kunnen bespreken en twee daarvan zeggen zelfs dat de frequentie omhoog zou moeten. Drie cliënten benoemen dat zij op dit moment geen ervaring op kunnen doen ten aanzien van hun seksuele weerbaarheid, waardoor er twee benoemen dat ze behoefte hebben om ervaring op te doen, om op die manier hun seksuele weerbaarheid te vergroten. Respondent 9 had het volgende graag anders gezien: *“Misschien had ik toch wel een keer doelen moeten hebben, van ga maar eens kijken wat er gebeurt.”* Maar ook suggesties als rollenspellen met betrekking tot grenzen aangeven en het normaliseren van het onderwerp zijn gegeven. Door de onduidelijkheid rondom het beleid opperde één van de cliënten dat het beleid intern afgestemd dient te worden. Ook een cliënt die SLA problematiek heeft benoemt dat er te weinig kennis heerst over zijn problematiek en hierin te weinig ondersteuning ervaart. Zo benoemt respondent 7: *“wat ik heel vaak merk, is dat men daar geen kennis over heeft en dus dan tegen mij zegt, ik weet daar niet zo veel van dus kan ik jou daar niet bij helpen”*. Ook benoemt een andere respondent verwarring rondom de regels en vraagt zich af of er onderscheid wordt gemaakt tussen cliënten met een middelenverslaving en met een seksverslaving.

Cliënten geven de begeleiding ten aanzien van seksualiteit gemiddeld een 7,6, terwijl hulpverleners hun begeleiding veel lager beoordelen met een 6,8. Op de vraag of professionals bij dragen aan het seksueel weerbaar maken van de cliënt benoemen drie professionals dat dit het geval is en één professional benoemt dat dit te weinig is omwille haar functie. Echter geven maar twee van de zes cliënten aan dat hulpverleners bijdragen aan het vergroten van de seksuele weerbaarheid. Drie professionals benoemen dat er meer aandacht moet worden besteed aan de begeleiding rondom seksualiteit en erkennen dat er een verandering plaats dient te vinden. Alle professionals zijn van mening dat er meer cliëntgericht naar de ontwikkelingsbehoefte moet worden gekeken rondom de seksuele weerbaarheid. Drie van hen geven aan dat er meer ervaring in de praktijk dient te worden opgedaan en er meer kennisoverdracht en voorlichting moet worden aangereikt.

Cliënten benoemen dat er op dit moment wel kennisoverdracht is maar het praktische onderdeel nog ontbreekt. Respondent 8 benoemt: *“ik krijg wel de ruimte doordat ik zelf gedachtes uitspreek, maar seksualiteit is niet fysiek aanwezig”*.

Verder denkt de meerderheid van de professionals dat persoonlijk begeleider het zelfde geslacht dient te hebben als de cliënt, om het onderwerp beter ter sprake te kunnen brengen. Al benoemt één respondent het onderwerp toch met een cliënt van het andere geslacht te willen gaan bespreken, zo zegt respondent 2: *Ja misschien moet ik het gewoon met hem bespreken en overleggen wat zijn behoefte is, het gewoon open gooien en de keus aan hem laten.”*

Hulpverleners benoemen dat er intern ook aanpassingen moeten worden gemaakt, waarvan twee respondenten benoemen dat er een beleid op zal moeten worden gesteld rondom seksualiteit en er intern een vorm van intervisie moet komen om ervaringen en hulpvragen te delen. Ook benoemen twee professionals dat het belangrijk lijkt om zelf voorlichting te krijgen hoe te handelen rondom het thema. Andere ideeën verschillen tussen een ervarings spreker rondom seksuele trauma's, onderlinge krachten benutten, een verantwoordelijke aan te wijzen, de frequentie van de gendergroepen opschalen en het normaliseren van het thema. Zo benoemt respondent 4: *“ik denk als er gewoon door ons ook luchtig over gepraat wordt en dat het eigenlijk vanaf het begin af aan gewoon onderwerp van gesprek is, zoals we ook iedere week over financiën, en dag invulling en huishoudelijke taken en dat soort dingen praten.”* Daarnaast heerst het idee om meer uitleg en duidelijkheid te bieden met betrekking tot de regels, aan cliënten en aan hulpverleners. Ook een proactieve benadering in plaats van het thema in plaats van het pas gaan handelen wanneer er signalen zijn.

Er kan worden gesteld dat zowel cliënten als professionals seksualiteit meer ter spraken willen laten komen, ondanks de ongemakkelijkheid. Voor cliënten is dat voornamelijk kennisoverdracht, de ruimte om ervaring op te doen en handelingsalternatieven aangereikt krijgen. Onder professionals is er ook een behoefte aan duidelijkheid binnen het beleid, kennisoverdracht, maar dan voor zichzelf en onderling.

Hoofdstuk 5: Conclusie en aanbevelingen

In het aankomende hoofdstuk worden de deelvragen en de hoofdvraag beantwoord door middel van de resultaten. Allereerst worden de deelvragen stuk voor stuk beantwoord, waarna de hoofdvraag volgt. Tenslotte worden er in de laatste paragraaf aanbevelingen gedaan voor Incitare.

5.1 Conclusies per deelvraag

Deelvraag 1: Hoe is volgens cliënten en professionals de huidige begeleiding op het gebied van seksualiteit binnen Incitare?

Er kan worden gesteld dat er een begin is gemaakt om een opening te bieden voor het thema seksualiteit binnen Incitare. Seksuele weerbaarheid blijkt hier echter nog in tekort te schieten. Er is te weinig zicht op onderliggende trauma's die als voedingsbodem voor een verslaving en terugval kunnen dienen. Daarnaast achten professionals zich onvoldoende bekwaam in het bespreken van misbruik en ook de meerderheid van de cliënten benoemd dit gaande hun traject nog niet te hebben gedaan. Daarnaast heerst de vraag naar ontwikkeling bij cliënten, omdat de seksuele weerbaarheid ontbreekt, waar zowel professionals en cliënten zich van bewust zijn.

Deelvraag 2: Hoe ervaren cliënten en professionals de interne regels op het gebied van seksualiteit in het verwerven van seksuele weerbaarheid?

De ervaring van de interne regels rondom seksualiteit zijn overwegend positief, ondanks dat beide respondenten groepen inzien dat de interne regels tegen het fundamentele recht op seksualiteit in gaan en er weinig tot geen eigen zeggenschap in wordt ervaren. Het merendeel zou de regels niet willen veranderen en zien de geschreven en ongeschreven regels als bevordelijk van hun proces. Door het ondertekenen en ondersteunen van de interne regels lijkt dit de eigen keuze vrijheid rond seksualiteit, van de cliënt te zijn. Echter blijkt er wel verwarring te ontstaan rondom de geschreven regels en de ongeschreven regel van één jaar onthouding van seksuele contacten. Cliënten en professionals ervaren dit bijna als geschreven regel waardoor cliënten weinig ervaring op kunnen doen ten aanzien van hun seksuele weerbaarheid en de verwerving hiervan. De organisatie lijkt door de psychische kwetsbaarheid nieuw seksueel ongezond gedrag en terugval liever te voorkomen dan te genezen, maar of dit uiteindelijk ook zo werkt is de vraag.

Deelvraag 3: Wat heeft de professional nodig om cliënten seksueel weerbaarder te maken ten behoeven van het herstel van verslaving?

Zowel professionals als cliënten hebben meer behoefte aan kennisoverdracht en handelingsalternatieven. Professionals wensen een beleid en meer interne communicatie zodat hun handelingsbekwaamheid kan toenemen. Daarbij dient de begeleiding ten aanzien van seksualiteit cliëntgericht te worden, zodat ontwikkelingsmogelijkheden kunnen worden benut. Ook cliënten hopen op meer kennisoverdracht en handelingsalternatieven rondom hun seksuele weerbaarheid omdat zij er nu nog weinig zicht op hebben of ervaring in op hebben gedaan.

Hoofdvraag: Hoe kan de handelingsverlegenheid van de sociaal agoog geminimaliseerd worden zodat cliënten in herstel van verslaving seksueel weerbaarder worden gemaakt?

Op de vraag of de hulpverleners zich handelingsbekwaam achten ten aanzien van het vergroten van de seksuele weerbaarheid acht één professional zich handelingsbekwaam en drie voelen zich onvoldoende tot niet handelingsbekwaam. De handelingsverlegenheid kan worden vastgesteld binnen de organisatie, mede door beantwoording van de deelvragen. Wat er nodig is om het herstelproces van cliënten niet te belemmeren, is het handelingsbekwaam maken van de professionals. Er dienen meer tools te komen voor de professional en meer gelegenheid te worden gecreëerd voor cliënten om ervaringen te delen of op te doen, mits zij hier klaar voor zijn. Op die manier kan er niet alleen kennisoverdracht worden gegeven, maar kan er een verschuiving plaatsvinden om ook praktisch ervaring op te doen. Dit zoals eerder genoemd door

ontwikkelingsmogelijkheden, persoonlijke leerdoelen en trainingen. Daarnaast dient het beleid te worden geëvalueerd en een cliëntgerichte aanpak te worden verwezenlijkt rondom seksualiteit. Professionals kunnen hierdoor seksualiteit concreter en frequenter ter sprake brengen, ook wanneer een cliënt niet van hetzelfde geslacht is.

De regels dienen niet veranderd te worden, maar wel te worden uitgelegd, met daarbij de kanttekening dat cliënten na verloop van tijd gestimuleerd worden om ervaringen op te doen wanneer deze zich aan bieden. Op die manier kan de seksuele weerbaarheid worden versterkt, zonder dat het grote gevolgen zoals terugval met zich mee brengt.

5.2 Aanbevelingen

In de aankomende paragraaf zullen aanbevelingen worden gegeven om te kunnen voorzien in het antwoord op de hoofdvraag. Vanuit de hoofdvraag kwam naar voren dat professionals behoefte hebben aan kennisoverdracht en handvaten om zich vaardig te voelen om seksualiteit ter sprake te kunnen brengen. Cliënten benoemen ook deze overdracht van kennis en ervaring om hun seksuele weerbaarheid te vergroten.

Psycho-educatie

Door te voorzien in kennisoverdracht naar professionals en cliënten, werkt psycho-educatie tweeledig. Zowel psycho-educatie voor hulpverleners als voor cliënten. Maar alvorens cliënten psycho-educatie kunnen ontvangen dienen de hulpverleners eerst zelf tools te krijgen rondom seksualiteit en seksuele weerbaarheid. Voornamelijk wordt er kennis overgebracht hoe zij het onderwerp nog meer ter sprake kunnen brengen, wat bijvoorbeeld door een instelling als Rutgers (z.d.) kan worden gedaan, of eventueel door een externe seksuoloog. Waar de focus voornamelijk op ligt is dat iedere hulpverlener begeleiding ten aanzien van seksualiteit kan bieden omdat iedereen een eigen ervaring heeft. Ongeacht welk geslacht de cliënt heeft, moet seksualiteit ter sprake worden gebracht in de begeleiding, mede omdat dit in de functieomschrijving staat van de Sociaal Agoog (GGZ Nederland, 2012).

Verschillende thema's die belangrijk zijn voor de doelgroep zullen worden belicht. Denk hierbij aan de basisthema's zoals soa's, zwangerschappen, maar ook aan de minder traditionele, maar misschien nog wel relevantere thema's voor de doelgroep, zoals het verslavingskarakter binnen seksualiteit en hoe hier mee om te gaan. Denk hierbij ook aan thema's zoals de gevolgen van medicatie op seksualiteit of weerbaarheidstrainingen ten aanzien van persoonlijke grenzen. Door weerbaarheidstrainingen kan er door middel van oefensituaties op een veilige manier ervaring op worden gedaan, zonder direct in het diepe te worden gegooid waar de kans op terugval mee op de loer ligt.

Voor professionals zal niet alleen kennisoverdracht tijdens de psycho-educatie worden verschaft, ook zullen er oefen momenten en oefen gesprekken plaats vinden zodat er ervaring kan worden opgedaan en intern van elkaar kan worden geleerd.

Beleid ten aanzien van seksualiteit

Op dit moment heerst er een ongeschreven verbod rondom seksualiteit binnen Incitare. Echter dient er een nieuw beleid op te worden gesteld die een visie ondersteund waar zowel cliënten als professionals achter staan. Er heerst veel onduidelijkheid rond regels, aanpak en beleid wat voor cliënten en professionals voor verwarring zorgt. Als eerst wordt er binnen de organisatie iemand aangewezen die verantwoordelijk wordt geacht voor het thema seksualiteit. Dit kan iemand zijn die een grote affiniteit heeft met het onderwerp, maar bijvoorbeeld ook de onderzoeker zelf. Deze persoon is, in samenwerking met het team, verantwoordelijk voor het opstellen van het beleid. Hierin wordt benoemd dat er een open klimaat heerst waarin seksualiteit bespreekbaar is en er voldoende toegang is tot begeleiding en kennis, maar ook hoe te handelen bij trauma's. Er wordt als het ware een wegwijs opgesteld voor professionals, hoe te handelen in bepaalde situaties. Ook de meldcode wordt hierin meegenomen.

Binnen het beleid worden de gendergroepen verder uitgewerkt en wordt in de behoefte voorzien dat de frequentie van de groepen omhoog gaat. Dit zal nu niet één keer in de zes weken, maar één keer in de drie weken plaatsvinden.

Regels worden vertaald en er wordt opgesteld welk gedrag acceptabel is en wat niet, met daarbij eventuele consequenties. Wel gaf de organisatie terug dat dit facet altijd lastig blijft omdat aanpak altijd cliëntgericht blijft en regels niet altijd zwart-wit kunnen worden bekeken.

Belangrijke facetten binnen het beleid zijn het verhogen van de weerbaarheid en de laagdrempeligheid om klachten of vragen te kunnen bespreken. Op die manier kan er gewerkt worden aan een positieve seksualiteitsbeleving zodat risicovol gedrag kan worden voorkomen, maar ook de angst rondom seksualiteit kan worden verkleind (Rutgers, z.d.).

Dit beleid dient met cliënten te worden gecommuniceerd zodat de verwarring tussen de geschreven- en ongeschreven regels worden geminimaliseerd en de eigen regie wordt vergroot.

Door het aanbrengen van een seksualiteitsbeleid voldoet de organisatie ook aan de wettelijke normen van hulpverlenende instanties (Rutgers, 2016). Tevens kan er binnen het beleid het fundamentele recht op seksualiteit worden meegenomen (WHO, 2010).

Intervisie

Een goed ontvangen aanbeveling is supervisie omtrent seksualiteit en de begeleiding hiervan. Er is meer behoefte om met elkaar te sparren over het onderwerp en hierin wordt dan ook voorzien. Intervisie zal maandelijks met het gehele team plaatsvinden, waarin de persoon die verantwoordelijk wordt gesteld voor het thema seksualiteit het voortouw neemt. Tijdens de bijeenkomsten worden situaties uitgediept en kan er gereflecteerd worden op eigen kennis, houding en gedrag (Vilans, z.d.). Daarbij kan er worden onderzocht waar een persoon in eigen waarden en normen kan worden geraakt en hoe hier vervolgens mee om te gaan zodat de cliënt hier geen negatieve gevolgen van ervaart. Ook hierbij kan er van elkaar worden geleerd wat de handelingsverlegenheid minimaliseert (Ijf, 2006).

Domein seksualiteit

De Zelfredzaamheid-matrix (GGD Amsterdam, 2017) wordt gebruikt als methode binnen Incitare, om het herstelproces van cliënten te kunnen monitoren. Bij verschillende levensdomeinen zijn er vier verschillende zelfredzaamheid niveaus waarin cliënten kunnen scoren. Hierdoor kan er per domein worden gezien waar nog ontwikkeling noodzakelijk is. Naast financiën, geestelijke gezondheid, of bijvoorbeeld het sociaal netwerk, wordt ook het domein 'seksuele gezondheid' toegevoegd. Echter kan dit enkel naar eigen invulling vanuit de organisatie omdat de zogeheten ZRM een methode van GGD Amsterdam (2017) is en niet op eigen houtje kan worden aangepast. De methode is verkozen door de WMO vanuit de gemeente Breda en het domein zal dus niet in officiële evaluatie momenten mee kunnen worden genomen. Wel is er volgens de organisatie voldoende eigen ruimte om domeinen toe te voegen en hierdoor seksualiteit frequent te kunnen monitoren.

De verantwoordelijke voor het thema seksualiteit gaat het domein 'seksuele gezondheid' uitwerken en er zullen verschillende niveaus van zelfredzaamheid worden vastgesteld. Wanneer iemand persoonlijke grenzen nog niet herkent en kan bewaken wordt er ook nog niet gemotiveerd om op seksueel gebied ervaringen aan te gaan. Echter wanneer er voldoende kennis is overgebracht op seksueel gebied en grenzen in het dagelijks leven kunnen worden herkend en bewaakt, is er een mate van zelfredzaamheid waardoor cliënten wel kunnen worden gemotiveerd om ervaringen op te doen ten aanzien van seksualiteit. Hierdoor worden de regels minder zwart-wit ervaren en wordt de begeleiding aangepast aan de ontwikkelingsbehoefte van de cliënt. Dit was dan ook een van de belangrijkste behoeftes vanuit de professionals. Door het domein te implementeren worden niet alleen ontwikkelingskansen geboden, ook wordt het domein systematisch ter sprake gebracht door de persoonlijk begeleider in één op één gesprekken waardoor er meer zicht is op de seksuele weerbaarheid. Uiteraard kunnen bevindingen en ervaringen door worden gecommuniceerd naar de GGD, waardoor ook op hoger niveau de relevantie van het ontwikkelen van seksuele weerbaarheid binnen het sociale domein over kan worden gebracht.

Hoofdstuk 6: Discussie

Binnen het laatste hoofdstuk zal het voorgenomen onderzoek onder de loep worden genomen. De betekenis en de bruikbaarheid wordt geëvalueerd, waarna er een sterke- en zwakte analyse volgt.

6.1 Betekenis en bruikbaarheid

In de probleemanalyse kon worden gesteld dat het fundamentele recht op seksualiteit geschonden werd binnen het sociale domein. Echter werd de kwetsbaarheid voor seksueel grensoverschrijdend gedrag binnen de doelgroep ook al snel duidelijk. Het grootste discussiepunt lijkt te zijn; moeten professionals ten kosten van het fundamentele recht op seksualiteit de cliënt beschermen voor toenemende psychische schades? Want wanneer iemand niet in staat is om zijn grens aan te geven, bij wie ligt de verantwoordelijkheid dan om de grens te stellen? Daarbij betekent het fundamentele recht op seksualiteit ook dat iemand beschermd dient te worden voor seksueel geweld (WHO, 2010). Professionals binnen de organisatie gaven naar aanleiding van de resultaten en aanbevelingen aan dat de vraag heerst of er ook binnen de begeleiding wel de veiligheid kan worden gegarandeerd om zich binnen dit thema te ontwikkelen. Ook twijfelt één van de medewerkers of de begeleiding bekwaam genoeg is om te beoordelen wanneer iemand genoeg zelfredzaam is om de ontwikkeling ten aanzien van seksualiteit in gang te zetten.

Ook blijkt dat er binnen de literatuur veel terug te vinden is over seksualiteit en psychische problematiek, maar nog weinig over verslaving en seksualiteit. Het onderzoek bevestigt door professionals en cliënten dat seksualiteit en het verslavingskarakter van de doelgroep een groot risico is op terugval en dit een vermijdende coping in gang zet (Roth & Cohen, 1986). Maar wanneer seksuele weerbaarheid niet wordt ontwikkeld de kans op psychische schades, trauma en terugval ook groot blijft. Vanuit de organisatie werd dit beeld naar aanleiding van de resultaten ook bevestigd en werd de vraag gesteld of er resultaten bekend zijn waarbij processen rondom seksualiteit positief hebben uitgekapt. Hier is helaas nog te weinig over bekend, waardoor te zien is dat het thema nog in de kinderschoenen staat, met name de invloed van seksualiteit op een verslavingsgevoelig persoon. Het onderzoek draagt bij aan een klein stapje in de goede richting en dient voor het belang van de doelgroep nog verder te worden onderzocht.

Concluderende uit het onderzoek bleek dat er voornamelijk handelingsverlegenheid rondom seksueel grensoverschrijdend gedrag is en er voornamelijk vanuit cliënten het signaal kwam dat seksualiteit meer kan en mag worden besproken, maar dit wel vanuit de begeleiding moet komen. Het onderzoek heeft kunnen vast stellen waar de pijnpunten binnen de organisatie liggen en geeft handvaten om de begeleiding ten aanzien van de seksuele weerbaarheid van cliënten te kunnen verbeteren. Vanuit Incitare kwam terug dat zij nog steeds twijfelen of zij wel bekwaam genoeg zijn om het onderwerp te kunnen bespreken en misbruik te kunnen signaleren. Hierbij heerst de angst in het vaarwater te komen van psychologen, wat wel de handelingsonbekwaamheid wederom bevestigd. Verder benoemen beiden in de feedback dat de resultaten en aanbevelingen bruikbaar zijn voor de organisatie en ook implementeerbaar zijn. Voornamelijk intervisie ten aanzien van het onderwerp, kennisoverdracht en handvaten om seksualiteit meer ter sprake te brengen lijkt overduidelijk relevant voor de organisatie. Opvallend was dat één van de medewerkers verwachtte meer weerstand vanuit cliënten te krijgen op de interne regels, maar dit niet het geval was. Wel benoemen zij daarbij dat seksualiteit niet wordt verboden, maar wordt gedemotiveerd en de suggestie om één jaar te onthouden van seks geen geschreven maar een ongeschreven regel is.

6.2 Sterkte- zwakteanalyse

Reflecterend op het onderzoek zijn er een aantal sterke- en zwakke punten die in het komende paragraaf worden geanalyseerd. Als eerst zal de sterkteanalyse volgen, waarna er wordt afgesloten met de zwakteanalyse.

6.2.1 Sterkteanalyse

Vorbereidend op het onderzoek zijn er een aantal voorwaarden aan de respondenten gesteld. Onder cliënten was dit bijvoorbeeld dezelfde diagnose, twee respondenten met een seksverslaving, een voorgaande klinische behandeling en een volwassen leeftijd. Onder professionals waren dit verschillende functies en diploma's en ervaringsdeskundigen. Voor beide respondentengroepen gold dat er zowel mannelijke- als vrouwelijke respondenten deel moesten nemen en een vrijwillige bijdrage kon worden gewaarborgd door middel van het 'informed consent'. Alle deelnemende respondenten voldeden aan de vooraf gestelde randvoorwaarden.

Vervolgens is er een topiclijst opgesteld om zo veel mogelijk data over relevante onderwerpen te verkrijgen. Alvorens is deze topiclijst gecheckt door meerdere personen, waardoor deze geoptimaliseerd kon worden. Zowel het interview van de cliënten, als de professionals heeft een proefafname gehad waardoor er naar beide topic lijsten kritisch kon worden gekeken en er een tijdsindicatie kon worden gemaakt. Daarnaast is er in beide gevallen gekozen om meer informatie te verstrekken over verschillende betekenissen van begrippen waardoor de validiteit kon worden gewaarborgd binnen het onderzoek (Boeije, 2014)..

Respondenten kregen de keus waar zij het liefst geïnterviewd wilde worden, dit kon op de hoofdlocatie of in hun eigen omgeving zodat zij zich zo veel mogelijk op hun gemak konden voelen. In alle gevallen werd dit op de hoofd locatie gedaan zodat een rustige omgeving kon worden gerealiseerd voor de respondenten. De interviews zijn uitgevoerd door één onderzoeker, waardoor antwoorden niet op verschillende manieren konden worden geïnterpreteerd, wat de validiteit bevordert (Boeije, 2014).

Vervolgens is ook het coderingsproces gestructureerd en bij ieder op dezelfde manier verlopen door het doorlopen van verschillende stadia en vormen van coderen. Doordat dit een gestructureerd proces was kon de validiteit van de verzamelde data worden gewaarborgd.

Binnen het onderzoek is sprake van triangulatie (Boeije, 2014). Gedurende het onderzoekproces hebben medestudenten, docenten en een begeleider vanuit het werkveld de onderzoeker voorzien van feedback om zo systematische of structurele fouten voor te kunnen zijn. Dit bevordert de zogenoemde intersubjectieve betrouwbaarheid binnen het onderzoek (Boeije, 2014).

In verband met het Corona-virus was het organiseren van de interviews complexer, omdat de anderhalve meter afstand moest worden gegarandeerd binnen de interviewsessies. Desondanks konden de interviews face to face worden georganiseerd, omdat de onderzoeker werkzaam is binnen de organisatie en dit daarom mogelijk kon worden gemaakt. Daarnaast heeft het Corona-virus tot geen verdere belemmeringen voor het onderzoek gezorgd.

6.2.2 Zwakte analyse

Zoals eerder beschreven is er geen sprake van externe validiteit omdat de respondentengroep met tien personen te klein is, waardoor de verkregen resultaten niet generaliseerbaar zijn (Baarda et al., 2013).

Als er wordt gekeken naar de zwakte punten is het onder andere de band van de onderzoeker met de cliënten respondenten. Naast dat het cliënten zichtbaar op hun gemak stelde was er in sommige gevallen ook een bepaalde terughoudendheid rondom de kwetsbaarheid van het thema. Ook belemmerde het de openheid om kritisch te kijken vanuit de cliënten naar hun begeleiders omdat de onderzoeker niet een extern karakter had.

Daarnaast belemmerde de onderlinge band de onderzoeker doordat er al een bepaalde voorkennis was van respondenten. Hierdoor was het lastig niet al een antwoord in te vullen of sturing uit te willen oefenen binnen bepaalde onderzoeksvragen. Om de interne validiteit zo min mogelijk te schaden werden er daarom zo veel mogelijk open vragen gesteld en antwoorden zo veel mogelijk letterlijk, in plaats van in eigen woorden, samengevat.

De probleemanalyse stelde eerder al dat seksualiteit lastiger te bespreken is met iemand van het andere geslacht (Heemelaar, 2017). Hierdoor is er een kans dat de mannelijke respondenten een minder volledig antwoord gaven dan wanneer de onderzoeker aan man zou zijn geweest. Echter zou het onderzoek een vertekend beeld geven wanneer er enkel voor vrouwelijke respondenten werd gekozen (Boeije, 2014).

Literatuurlijst

- American Psychiatric Association. (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*. Amsterdam: Boom Uitgevers Amsterdam.
- Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness; The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Baarda, B., Bakker, E., Van der Hulst, M., Julsing, M., Fischer, T., Van Vianen, R., & De Goede, M. (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.
- Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk. (z.d.). *Seksualiteit taboe of thema*. Geraadpleegd op 23 februari 2020, van <https://www.bpsw.nl/actueel/agenda/item/seksualiteit-thema-of-taboe-2-dagen/>
- Bijstra, J. O., Jackson, S., & Bosma, H. A. (1994). De Utrechtse Coping Lijst voor adolescenten. *Kind en Adolescent*, 15, 98-109.
- Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Den Haag: Boom Lemma.
- Bruins, B., & Blokhuis, P. (2018). *Beleidsbrief Seksuele gezondheid*. Geraadpleegd op 23 februari 2020, van file:///C:/Users/Gebruiker/Downloads/kamerbrief-over-beleid-seksuele-gezondheid.pdf
- Castle Craig. (z.d.). *Wat is verslaving?* Geraadpleegd op 26 februari 2020, van <https://www.castlecraig.nl/verslavingen/wat-is-verslaving>
- Castonguay, L., & Beutler, L. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. Oxford: Oxford University Press.
- Cense, M., & Tuk, B. (2012). *Seksuele vorming en weerbaarheid*. Geraadpleegd op 28 maart 2020, van file:///C:/Users/HP%20Ultrabook/Downloads/Artikel+Seksuele+vorming+en+weerbaarheid.pdf
- Centrum voor Consultatie en Expertise. (z.d.). *Hoe gaat de cliënt om met stress (copingstijl)?* Geraadpleegd op 24 maart 2020, van <https://somatiek.cce.nl/model-voor-analyse-van-probleemgedrag/analyse-van-factoren-die-verband-kunnen-houden-met-probleemgedrag/persoonskenmerken/stress-copingstijl>
- Clarke, A. T. (2006). Coping with interpersonal stress and psychosocial health among children and adolescents: a meta-analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 11- 24.
- Connor-Smith, J. K., & Compas, B. E. (2002). Vulnerability tot social stress: coping as a mediator or moderator of sociotropy and symptoms of anxiety and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 39-55.

- De Graaf, H., Nikken, P., Felten, H., Janssens, K., & Van Berlo, W. (2008). *Seksualisering reden tot zorg?* Geraadpleegd op 22 februari 2020, van <https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Publicatie-NJi/RapportSeksualisering.pdf>
- De Graaf, H., Van den Borne, N., Nikkelen, S., Twisk, D., & Meijer, S. (2017). *Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2017*. Geraadpleegd op 22 februari 2020, van <https://seksonderje25e.nl/files/uploads/Onderzoeksboek%20Seks%20onder%20je%2025e%202017.pdf>
- De Waart, L. (2013). Alle ins en outs over seksverslaving. *Lef Magazine*, 71.
- Dom, G. (2013). *Handboek dubbele diagnose*. Amsterdam: Boom uitgevers Amsterdam.
- Drunen, E., Griffioen, T., Wijsen, C., & Lankveld, J. (2015). Seksueel risicogedrag van mannen en vrouwen met een dubbele psychiatrische diagnose. *Tijdschrift voor de seksuologie*, 39(4), 142-148.
- Everaerd, W. (1993). Seksuele opwinding. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 48, 99-109.
- Everett B., & Gallop R. (2001). *The link between childhood trauma and mental illness*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Fields, L., & Prinz, R. J. (1997). Coping and adjustment during childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review*, 17, 937-976.
- Frans, E., & Frank, T. (2011). *Vlaggensysteem*. Apeldoorn: Garant
- Geurtz, J. (2001). *De verslaving voorbij* (27^e druk). Amsterdam: Ambo Anthos Uitgevers.
- GGD Amsterdam. (2017). *Zelfredzaamheid-matrix*. Geraadpleegd op 23 februari 2020, van <https://www.zelfredzaamheidmatrix.nl/wp-content/uploads/Handleiding-Zelfredzaamheid-Matrix-2017.pdf>
- GGZ Interventie. (z.d.). *12 stappen Minnesota model*. Geraadpleegd op 27 mei 2020, van https://ggzinterventie.nl/behandeling-verslaving/12-stappen/?gclid=Cj0KCQjwn7j2BRDrARIsAHJkxmzX7rRrU_8t6tCx93GDMvOP3yCjiRamR_rBx77450d3vE4DhinVH2gaAjsFEALw_wcB
- GGZ Nederland. (z.d.). *Handleiding voor het opstellen van een seksualiteits- en veiligheidsbeleid binnen GGZ-instellingen*. Geraadpleegd op 22 februari 2020, van <https://www.ggznederland.nl/uploads/publication/Handleiding%20voor%20het%20opstellen%20van%20een%20seksualiteits-%20en%20veiligheidsbeleid%20binnen%20ggz-instellingen%20.pdf>
- GGZ Nederland. (2012). *GGZ Agoog beroepscompetentieprofiel HBO*. Geraadpleegd op 27 mei 2020, van <https://www.ggznederland.nl/uploads/publication/Beroepscompetentieprofiel%20GGZ%20Agoog%20HBO.pdf>
- Gijs, L., Gianotten, I., Vanwesenbeeck, I., & Weijenborg, P. T. M. (2009). *Seksuologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Hall, P. (2012). *Understanding and Treating Sex Addiction*. Londen: Taylor & Francis Ltd.
- Hampel, P., & Petermann, F. (2005). Age and gender effects on coping in children and adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 73-83.
- Heemelaar, M. (2017). *Seksualiteit, intimiteit en hulpverlening* (5^{de} druk). Houten: Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum.
- Ijf, M. (2006). *Sexcounseling, Handleiding voor seksuologische hulpverlening*. Assen: Van Gorcum.
- Incitare. (z.d.). *Over ons*. Geraadpleegd op 5 maart 2020, van <http://www.incitare.nu/over-ons/>
- Incitare. (2018). *Huisregels*. Geraadpleegd op 22 februari 2020, van <http://www.incitare.nu/wp-content/uploads/sites/2/2016/09/Huisregels-Incicare.pdf>
- Intact. (z.d.). *Zelfhulpgroepen*. Geraadpleegd op 27 mei 2020, van <https://intactherstelzelfhulp.nl/teksten/item/bekijk/id/18>
- Janssen, H., Wentzel, W., & Visser, B. (2015). *Basisboek huiselijk geweld* (3^{de} druk). Bussum: Coutinho
- Krom, R. (2013). *Seksualiteit binnen de psychiatrie*. Geraadpleegd op 23 februari 2020, van <https://www.nursing.nl/Verpleegkundig-Experts/Blogs/2013/11/Blog-Ronald-Seksualiteit-binnen-depsychiatrie-1405525W/>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-169.
- Leusink, P. (2012). Morgen gezond weer op. *Tijdschrift voor seksuologie*. 36(2), 81-82.
- Linger, I. (2015). *Seksueel gezond & ongezond gedrag*. 's Hertogenbosch: Avans Hogeschool.
- Lunsen, R. (2016). *Communicatie en consultvoering*. Geraadpleegd op 28 maart 2020, van <http://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/145314/145314.pdf?sequence=1#page=92>
- Meulmeester G., Rijsbosch, E., McDevitt-Pugh, L., Wieringa, S., Cense, M., Höing, M., & Van der Vlugt, I. (2008). *Mapping van bestaande projecten en initiatieven op het gebied van seksuele weerbaarheid en analyse van 17 projecten op randvoorwaarden en succesfactoren*. Amsterdam/Utrecht: IIAV/RNG.
- Movisie. (2009). *Seksueel geweld feiten en cijfers*. Geraadpleegd op 22 februari 2020, van <https://www.seksueelgeweld.info/doc/WEBSheet%20SG%20nov%202009.pdf>
- Movisie. (2011). *Experts over ontwikkelingen en trends in seks en seksueel geweld*. Geraadpleegd op 28 maart 2020, van [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. (2014). *Denken en handelen bij vraagstukken over seksualiteit*. Geraadpleegd op 28 maart 2020, van <https://www.movisie.nl/artikel/denken-handelen-vraagstukken-over-seksualiteit>

- Movisie. (2017). *Competentieverricht begeleiden in de maatschappelijke opvang*. Geraadpleegd op 5 maart 2020, van <https://www.movisie.nl/interventie/competentieverricht-begeleiden-maatschappelijke-opvang>
- Movisie. (2017). *Professional gaat het pas zien als hij het door heeft*. Geraadpleegd op 5 maart 2020, van <https://www.movisie.nl/artikel/professional-gaat-pas-zien-hij-door-heeft>
- Movisie. (2017). *Wat werkt bij eigen regie*. Geraadpleegd op 19 juni 2020, van <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/Publicatie-wat-werkt-bij-eigen-regie%20%5BMOV-13463706-1.0%5D.pdf>
- Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. (2017). *Van handelings- verlegenheid naar handelingsbereidheid*. Geraadpleegd op 5 maart 2020, van <https://www.ncj.nl/actueel/blogs/blogpost/van-handelingsverlegenheid-naar-handelingsbereidheid>
- Registerplein. (z.d.). *Register Sociaal Agogen*. Geraadpleegd op 5 maart 2020, van <https://www.registerplein.nl/register/register-sociaal-agogen/>
- Rigter, J., & Van Hintum, M. (2013). *Ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (z.d.). *Cijfers en feiten seksuele gezondheid*. Geraadpleegd op 22 februari 2020, van <https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/seksuele-gezondheid/cijfers-en-feiten-seksuele-gezondheid>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (z.d.). *Wettelijk en beleidskader seksuele gezondheid*. Geraadpleegd op 28 maart 2020, van <https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/leefstijlthemas/seksuele-gezondheid/wettelijk-en-beleidskader-seksuele-gezondheid>
- Rijksoverheid. (2009). *Overheid houdt zich verre van slaapkamerpolitiek*. Geraadpleegd op 22 februari, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/toespraken/2009/05/26/overheid-houdt-zich-verre-vanslaapkamerpolitiek>
- Roth, S., & Cohen, L. J. (1986). Approach, Avoidance, and Coping with Stress. *American Psychologist*, 41, 813-819.
- Rothbaum, F., Weisz, J. R., & Snyder, S. S. (1982). Changing the World and Changing the Self: A Two-Process Model of Perceived Control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 5-37.
- Rutgers. (z.d.). *Psychische problemen en seksualiteit*. Geraadpleegd op 23 februari 2020, van <https://www.seksindepraktijk.nl/themas/psychische-problemen-en-seksualiteit>
- Rutgers. (z.d.). *Richtlijnen & beleidsinstrumenten*. Geraadpleegd op 5 maart 2020, van <https://shop.rutgers.nl/nl/webwinkel/wat-zoekt-u/richtlijnen-en-beleidsinstrumenten/&page=1>
- Rutgers. (z.d.). *Seksualiteit binnen GGZ*. Geraadpleegd op 27 mei 2020, van <https://www.seksindepraktijk.nl/werkterreinen/seksualiteit-ggz>

- Rutgers. (z.d.). *Seksualiteitsbeleid in GGZ organisaties*. Geraadpleegd op 22 februari 2020, van <https://www.seksindepraktijk.nl/werkterreinen/ggz/seksualiteitsbeleid-ggz-organisaties>
- Rutgers. (z.d.). *Seksualiteitsbeleid in zorginstanties*. Geraadpleegd op 27 mei 2020, van <https://www.seksindepraktijk.nl/beleid-maken/seksualiteitsbeleid-zorgorganisaties>
- Rutgers. (z.d.). *Seksuele gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 23 februari 2020, van <https://www.rutgers.nl/wat-wij-doen/seksuele-gezondheidszorg>
- Rutgers. (z.d.). *Waar gaat dit thema over?* Geraadpleegd op 26 februari 2020, van <https://www.seksuelevorming.nl/themas/definitieseksueleweerbaarheid>
- Rutgers. (z.d.). *Waarom seksualiteitsbeleid in een zorgorganisatie*. Geraadpleegd op 28 maart 2020, van <https://www.seksindepraktijk.nl/beleid-maken/seksualiteitsbeleid>
- Rutgers. (z.d.). *Wat wij doen*. Geraadpleegd op 23 februari 2020, van <https://www.rutgers.nl/wat-wij-doen>
- Rutgers. (2013). *Aandacht voor gezonde seksuele ontwikkeling in jeugdzorginstellingen: wat gebeurt er al?* Geraadpleegd op 23 februari 2020, van <https://www.rutgers.nl/nieuws-opinie/nieuwsarchief/aandacht-voor-gezonde-seksuele-ontwikkeling-jeugdzorginstellingen-wat>
- Rutgers. (2014). *Intimiteit en kwaliteit van leven onlosmakelijk verbonden*. Geraadpleegd op 12 januari 2020, van <https://www.rutgers.nl/sites/rutgersnl/files/pdf/20150317%20Position%20Paper%20Intimiteit%20en%20kwaliteit%20van%20leven.pdf>
- Rutgers. (2015). *De feiten in beeld over seksuele grensoverschrijding*. Geraadpleegd op 23 februari 2020, van <http://www.rutgers.nl/feiten-en-cijfers/kennisdossiers/seksuele-grensoverschrijding/de-feitenbeeld-over-seksuele>
- Rutgers. (2017). *Seksuele gezondheid in Nederland 2017*. Geraadpleegd op 22 februari 2020, van https://www.rutgers.nl/sites/rutgersnl/files/PDF-Onderzoek/Samenvatting_SGIN_2017.pdf
- Samsom, L. (2010). *Seks bezorgt psychiatrie kopzorgen*. Geraadpleegd op 12 januari 2020, van <https://www.napnieuws.nl/2010/10/22/seks-bezorgt-psychiatrie-kopzorgen/>
- Scheurs, P. J. G., Van de Willige, G., Brosschot, J. F., Tellegen, B., & Graus, G. M. H. (1993). *De Utrechtse Coping Lijst*. Lisse: Swets en Zeitlinger bv.
- Schippers, E. I., & Van Rijn, M. J. (2015). *Landelijke nota gezondheidsbeleid 2016-2019 [Kamerstuk]*. Geraadpleegd op 23 februari 2020, van <file:///C:/Users/Gebruiker/Downloads/kamerbrief-over-landelijke-nota-gezondheidsbeleid-2016-2019.pdf>
- Schouten, P. J. (z.d.). *Door seksueel misbruik word je traumaseksueel*. Geraadpleegd op 22 februari 2020, van <https://seksueelmisbruik.info/gevolgen/traumaseksualiteit/>
- Spoor 6. (z.d.). *Wat is Cross Addiction?* Geraadpleegd op 23 februari 2020, van <https://www.spoor6.nl/alles-rondom-verslaving/wat-is-cross-addiction/>

- Toolkit VTV. (2015). Gezondheidsdeterminanten. Geraadpleegd op 22 februari 2020, van <http://www.toolkitvtt.nl/inhoud/indicatoren-en-bronnen/gezondheidsdeterminanten/seksueel-gedrag/>
- Trimbos instituut. (z.d.). *Seks onder invloed*. Geraadpleegd op 24 maart 2020, via <https://www.drugsenuitgaan.nl/veilig-uit-thuis/seks-onder-invloed>
- Triora. (z.d.). *Liefde en herstel*. Geraadpleegd op 27 mei 2020, van <https://triora.nl/nieuwsbrief/liefde-en-herstel>
- Trubendorffer. (z.d.). *Seksverslaving verslaafd aan seks*. Geraadpleegd op 27 mei 2020, van https://www.trubendorffer.nl/verslavingen/seksverslaving/?keyword=seks%20verslaving&matchtype=e&qooqie_creative_id=251153838407&keywords=seks%20verslaving&gclid=Cj0KCQjwn7j2BRDrARIsAHJkxmyK29ve1difgo9EvPqnQwGWnI_msDa-8_V_BJirev-WEzcFL7BS_PAaAhH9EALw_wcB
- Vandereycken, W., & Van Deth, R. (2004). *Psychiatrie, van diagnose tot behandeling* (2^{de} druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Deth, R. (2019). *Psychiatrie, van diagnose tot behandeling* (6^{de} druk). Houten: Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Engelen, N. (2016). *Let's talk about sex*. Geraadpleegd op 28 maart 2020, van <http://gezondseksueelgedragj.nl/wordpress/wp-content/uploads/Lets-talk-about-sex-0-9-publicatieversie.pdf>
- Van Iperen, S. (2014). *Leer nou eens met je cliënt praten over seksualiteit*. Geraadpleegd op 23 februari 2020, van <https://www.sozio.nl/leer-nou-eens-met-je-clint-praten-over-seksualiteit/1025650>
- Vilans. (z.d.). *Intervisie toelichting*. Geraadpleegd op 19 juni 2020, van <https://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/methodiek-intervisie-toelichting.pdf>
- WHO. (2010). *Standards for Sexuality Education in Europe: A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists*. Keulen: WHO Regional Office for Europe and BZgA.
- Zorgethiek. (2012). *Cliënt of patiënt? De betekenis van aanspreektermen*. Geraadpleegd op 26 februari 2020, van <https://www.zorgethiek.nu/client-patient-de-betekenis-aanspreektermen>
- Zorg voor Beter. (2018). *Aandacht voor seks en intimiteit in verpleeghuizen*. <https://www.zorgvoorbeter.nl/nieuws/aandacht-intimiteit-verpleeghuizen?feed=Zorg-voor-Beter-Nieuws>
- Zorgwelzijn. (2017). *Vertrouwelijk gesprek over seksuele gevoelens is noodzaak*. Geraadpleegd op 28 maart 2020, van <https://www.zorgwelzijn.nl/vertrouwelijk-gesprek-seksuele-gevoelens-belangrijk/>
- Zwiep, C. (2005). *Kinderen en seksualiteit; Pedagogische begeleiding in de kinderopvang*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Bijlage 1

Informed consent

Onderzoek titel:

“Hoe kan de handelingsverlegenheid van de sociaal agoog geminimaliseerd worden zodat cliënten in herstel van verslaving seksueel weerbaarder worden gemaakt?”

Verantwoordelijke onderzoeker:

Kirsten Wijngaards (Fontys Hogeschool Eindhoven, Sociale Studies, leerjaar 4)

Hierbij verklaar ik dat:

Ik ingelicht ben over de aard, aanleiding en doel van dit onderzoek. Daarbij kon ik aanvullende vragen stellen en zijn deze voldoende beantwoord. Ik vrijwillig deelneem aan dit onderzoek en op ieder moment kan beslissen om deelname te stoppen zonder opgave van reden. Er audio opnames mogen worden gemaakt van het interview en vervolgens om mogen worden gezet in transcript. Gegevens geanonimiseerd mogen worden gebruikt voor onderzoeksdoeleinden en na publicatie worden vernietigd. Ik het recht heb om indien gewenst het transcript en audio na afloop in te mogen zien of te beluisteren.

Naam deelnemer:

Datum:

Handtekening: _____

Interviewer

Hierbij verklaar ik dat ik de deelnemer voorafgaande aan het onderzoek informatie heb verleend over de aard, aanleiding en doel van dit onderzoek. Verkregen informatie zal ik vertrouwelijk behandelen en zal bovenstaande rechten van de deelnemer respecteren.

Naam interviewer: Kirsten Wijngaards

Datum:

Handtekening: _____

Bijlage 2

2.1 Topiclijst cliënten

1. Introductie

Aanleiding onderzoek, uitleg seksuele weerbaarheid, tijdsduur interview, geluidsopname, anonimiteit onderzoek, toestemmingsverklaring, mogelijkheid stoppen interview.

2. Algemene informatie

- 2.1 Naam:
- 2.2 Geslacht:
- 2.3 Leeftijd:
- 2.4 Diagnose:
- 2.5 Sprake van SLA verslaving:
- 2.6 Clean tijd:
- 2.7 Vanaf wanneer inwonend Incitare:

3. Kennis en beeldvorming

- 3.1 Wat versta jij onder seksuele weerbaarheid?
- 3.2 Ben je er van bewust dat ieder mens het recht heeft met eigen zeggenschap in seksualiteit?
- 3.3 Hoe ervaar jij jouw eigen zeggenschap over seksualiteit?
- 3.4 Hoe ervaar jij jouw zelfbeeld?
- 3.5 Hoe ervaar jij het om grenzen aan te geven?
- 3.6 Als je moet kiezen, omschrijf jij jouzelf dan als introvert of extravert?
- 3.7 Als je moet kiezen, ga je problemen uit de weg of ga je ze aan?
- 3.8 Als je moet kiezen, ben je dan liever samen met mensen of alleen?
- 3.9 Als je moet kiezen, vind jij jezelf dan impulsief of denk je doordacht na over je acties?

4. Seksualiteit

- 4.1 Hoe vind je het zelf om over seksualiteit te praten?
- 4.2 Hoe heb jij praten over seksualiteit in jouw gezin ervaren?
- 4.3 Op welke manier heb jij seksuele voorlichting gehad?
- 4.4 Is er iemand wel eens over jouw grens gegaan op seksueel gebied?
- 4.5 Ben jij wel eens over iemand zijn/haar grens heen gegaan op seksueel gebied?
- 4.6 Hoe schat je jouw eigen seksuele weerbaarheid in?
- 4.7 Wat zijn aandachtspunten of valkuilen ten aanzien van jouw seksuele weerbaarheid?
- 4.8 Op welke manier speelt seksualiteit een positieve rol in jouw herstel?
- 4.9 Op welke manier speelt seksualiteit een negatieve rol in jouw herstel?
- 4.10 Heb je wel eens een soa gehad?
- 4.11 Indien van toepassing, heb jij zelf wel eens een ongewenste zwangerschap gehad/veroorzaakt?

5. Huidige begeleiding

- 5.1 Met wie praat jij het meest over seksualiteit en hulpvragen binnen Incitare?
- 5.2 Wat maakt dat je het liefst met deze (persoonlijk) begeleider daarover praat?
- 5.3 Hoe omschrijf je de band tussen jou en deze (persoonlijk) begeleider?
- 5.4 Wat ervaar je als prettig in de begeleiding met betrekking tot seksualiteit?
- 5.5 Wat ervaar je als onprettig in de begeleiding met betrekking tot seksualiteit?
- 5.6 Indien er sprake is van negatieve ervaringen op seksueel gebied, is hier dan voldoende ruimte voor in de begeleiding?
- 5.7 Hoe ervaar jij deze begeleiding met betrekking tot seksualiteit?
- 5.8 Dragen begeleiders bij aan het vergroten van jouw seksuele weerbaarheid?
- 5.9 Wanneer seksualiteit ter sprake komt, wie neemt dan het initiatief?
- 5.10 Welk cijfer zou je de begeleiding ten aanzien van seksualiteit geven?

6. Gewenste begeleiding

- 6.1 Wat wil je dat begeleiders niet doen als diegene met jou in gesprek gaat over seksualiteit?
- 6.2 Wat wil je dat begeleiders juist wel doen als hij/zij met jou hierover in gesprek gaat?
- 6.3 Wat zou het voor jou vergemakkelijken om seksualiteit bespreekbaar te maken met je (persoonlijk) begeleider?
- 6.4 Wat mis je in de begeleiding met betrekking tot seksuele weerbaarheid?
- 6.5 Wat kan jouw (persoonlijk) begeleider hier anders in doen?
- 6.6 Wat vind jij belangrijk in de begeleiding rondom het thema seksualiteit?
- 6.7 Wat kan de organisatie/het team hier anders in doen?

7. Interne regels

- 7.1 Ben je op de hoogte van de interne regels rondom seksualiteit?
- 7.2 Welke regels zijn er rondom seksualiteit?
- 7.3 Hoe sta je tegenover deze regels ten aanzien van het recht op seksualiteit?
- 7.4 Hebben interne regels rondom seksualiteit je wel eens belemmerd in je openheid naar begeleiders?
- 7.5 Waar sta je achter ten aanzien van de interne regels op het gebied van seksualiteit?
- 7.6 Waar sta je niet achter ten aanzien van de interne regels op het gebied van seksualiteit?
- 7.7 Welke aspecten van de interne regels rondom seksualiteit bevorderen jouw herstel?
- 7.8 Welke aspecten van de interne regels rondom seksualiteit belemmeren jouw herstel?
- 7.9 Op welke manier dragen de regels bij aan het versterken van jouw seksuele weerbaarheid?
- 7.10 Op welke manier belemmeren de regels het versterken van de seksuele weerbaarheid?
- 7.11 Als jij iets zou mogen veranderen in de interne regels rondom seksualiteit zou je dit dan doen?
- 7.12 Welke regels zou je willen veranderen?
- 7.13 Welke aanpassingen zou je willen maken?
- 7.14 Waarom zou je dit willen veranderen?

8. Afsluiting

- 8.1 Is er nog iets wat je zou willen delen en niet aan bod is gekomen?
- 8.2 Mocht je de resultaten later willen inzien is dit altijd mogelijk.
- 8.3 Bedankt voor de medewerking.

2.2 Topiclijst Hulpverlener

1. Introductie

Aanleiding onderzoek, uitleg seksuele weerbaarheid, tijdsduur interview, geluidsopname, anonimiteit onderzoek, toestemmingsverklaring, mogelijkheid stoppen interview.

2. Algemene informatie

- 2.1 Naam:
- 2.2 Geslacht:
- 2.3 Leeftijd:
- 2.4 Functie:
- 2.5 Diploma:
- 2.6 Voorgaande studies:
- 2.7 Hoe lang werkzaam binnen de organisatie:
- 2.8 Wat zijn je werkzaamheden?

3. Kennis en beeldvorming

- 3.1 Hoe kun je de doelgroep het best omschrijven waar je mee werkt?
- 3.2 Hoe ervaar je het werken met de doelgroep?
- 3.3 Wat versta jij onder seksuele weerbaarheid?
- 3.4 Wat is jouw mening ten aanzien van het fundamentele recht op seksualiteit?
- 3.5 Hoe staat het volgens jou met het zelfvertrouwen en zelfwaardering binnen de doelgroep?
- 3.6 Zijn cliënten volgens jou vaardig genoeg in het aangeven en bewaken van grenzen?

4. Seksualiteit

- 4.1 Hoe vind je het zelf om over seksualiteit te praten?
- 4.2 Hoe heb jij praten over seksualiteit in jouw gezin ervaren?
- 4.3 Heb jij in jouw functie de verantwoordelijkheid om cliënten seksuele voorlichting te geven?
- 4.4 In welke regelmaat komt u bij cliënten negatieve gevolgen van seksualiteit tegen? Zoals soa's, zwangerschappen en/of trauma?
- 4.5 Hoe schat je de seksuele weerbaarheid van de cliënt in?
- 4.6 Welke invloed heeft seksuele weerbaarheid in het herstelproces van de cliënt?
- 4.7 Op welke manier speelt seksualiteit een positieve rol het herstelproces van de cliënt?
- 4.8 Op welke manier speelt seksualiteit een negatieve rol het herstelproces van de cliënt?

5. Huidige begeleiding

- 5.1 Wat vind je belangrijk in de (persoonlijke) begeleiding van een cliënt?
- 5.2 Hoe ervaar jij het om begeleiding te geven ten aanzien van seksuele hulpvragen?
- 5.3 Wie neemt in deze gesprekken voornamelijk het initiatief voor dit onderwerp?
- 5.4 Hoe vind je het om seksualiteit bespreekbaar te maken met cliënten?
- 5.5 Wat ervaren cliënten denk je als prettig in de begeleiding met betrekking tot seksuele hulpvragen?
- 5.6 Wat ervaren cliënten denk je als onprettig in de begeleiding met betrekking tot seksuele hulpvragen?
- 5.7 Hoe ervaar jij het om misbruik of seksueel geweld te bespreken met cliënten?
- 5.8 Op welke manier signaleer je de aanwezigheid van seksuele trauma's?
- 5.9 Wat doe je met eventuele signalen?
- 5.10 Ben je bekend met het vlaggensysteem?
- 5.11 Wat houdt de meldcode in?
- 5.12 Draag jij als (persoonlijk) begeleider bij aan het seksueel weerbaar maken van cliënten?
- 5.13 Op welke manier draag jij hierin wel/niet bij?
- 5.14 Acht jij jezelf handelingsbekwaam in het faciliteren van de seksuele weerbaarheid van de cliënt?
- 5.15 Welk cijfer zou jij jouw begeleiding ten aanzien van seksualiteit geven?

6. Gewenste begeleiding

- 6.1 Wat vind jij belangrijk in de begeleiding rondom het thema seksualiteit?
- 6.2 Wat zou jij graag willen verbeteren in je begeleiding met betrekking tot seksuele weerbaarheid?
- 6.3 Hoe zou je dit kunnen doen?
- 6.4 Wat zou het voor cliënten vergemakkelijken om seksualiteit bespreekbaar te maken met jou?
- 6.5 Wat zou het voor jou vergemakkelijken om seksualiteit bespreekbaar te maken?
- 6.6 Wat kan de organisatie/collega's kunnen verbeteren ten aanzien van het thema seksualiteit?

7. Interne regels

- 7.1 Welke interne regels zijn er ten aanzien van seksualiteit voor cliënten?
- 7.2 Hoe sta je tegenover deze regels ten aanzien van het recht op seksualiteit?
- 7.3 Waar sta je achter ten aanzien van de interne regels op het gebied van seksualiteit?
- 7.4 Waar sta je niet achter ten aanzien van de interne regels op het gebied van seksualiteit?
- 7.5 Hebben de interne regels je als begeleider wel eens belemmerd in de begeleiding op het gebied van seksualiteit?
- 7.6 Welke aspecten van de interne regels rondom seksualiteit bevorderen denk je het herstel van de cliënt?
- 7.7 Welke aspecten van de interne regels rondom seksualiteit belemmeren denk je het herstel van de cliënt?
- 7.8 Op welke manier dragen de regels bij aan het versterken van de seksuele weerbaarheid?
- 7.9 Op welke manier belemmeren de regels het versterken van de seksuele weerbaarheid?
- 7.10 Als jij iets zou mogen veranderen in de interne regels rondom seksualiteit zou je dit dan doen?
- 7.11 Welke regels zou je willen veranderen?
- 7.12 Welke aanpassingen zou je willen maken?
- 7.13 Waarom zou je dit willen veranderen?

8. Afsluiting

- 8.1 Is er nog iets wat je zou willen delen en niet aan bod is gekomen?
- 8.2 Mocht je de resultaten later willen inzien is dit altijd mogelijk.
- 8.3 Bedankt voor de medewerking.

Bijlage 3 Codeboom

3.1 Codeboom cliënten

Selectief coderen	Axiale coderen	Open coderen	Respondenten
Beeldvorming cliënten	Karakteristieken	Extravert	R6, R7, R8, R10
		Introvert	R5, R8, R9
		Probleemgerichte coping	R5, R7, R9, R10
		Liever samen	R5, R6, R7, R8, R9, R10
		Na denken over acties	R9, R10
		Laag zelfbeeld	R6, R7, R8, R9
		Vermijdend	R6, R8
		Impulsief	R5, R6, R7, R8
		Afhankelijk externe bevestiging	R6, R7, R8, R9, R10
Selectief coderen	Axiale coderen	Open coderen	Respondenten
	Seksualiteit, verslaving en herstel	Aandacht krijgen door praten over seksualiteit	R7, R10
		Seksualiteit onderdeel van imago	R10
		Seks inzetten om gebruik te compenseren	R10
		Seks en afwijzing	R9, R10
		Seksualiteit creëert angst voor terugval	R9
		Verslavingskarakter intimiteit en seksualiteit	R5, R6, R7, R8, R9

Selectief coderen	Axiale coderen	Open coderen	Respondenten
Begeleiding rondom seksualiteit	Huidige begeleiding	Afraden eerste jaar seks	R5, R6, R8, R9, R10
		Seksualiteit speelt op dit moment geen rol	R8, R9, R10
		Angst om seksualiteit aan te gaan	R5, R6, R9, R10
		Geen ervaring op kunnen doen	R5, R8, R9
		Seksuele hulpvragen minder van belang	R9
		Onthouding triggert grensoverschrijdend gedrag	R5
		Masturbatie enige vorm van seksualiteit	R6, R9
		Te weinig kennis SLA	R7
		Ervaart duidelijkheid	R8, R9
		Ervaart eigen regie	R6
		Gendergroepen creëren gelegenheid onderwerp	R6, R10
		Signalen worden terug gegeven	R6, R9, R10
		Cijfer 9,5 t.a.v. begeleiding thema seksualiteit	R6
		Cijfer 8 t.a.v. begeleiding thema seksualiteit	R8, R9
		Cijfer 7,5 t.a.v. begeleiding thema seksualiteit	R5

		Cijfer 6,5 t.a.v. begeleiding thema seksualiteit	R7
		Cijfer 6 t.a.v. begeleiding thema seksualiteit	R10
Selectief coderen	Axiale coderen	Open coderen	Respondenten
	Prettig in begeleiding	Begrip	R7
		Vertrouwen	R9, R10
		Ervaringsdeskundigheid	R6, R7, R8, R9
		Onderlinge band	R5, R6
		Gelijkwaardigheid	R5, R6
		Zelfde geslacht, zelfde ervaringen	R5, R6, R8, R9
		Herkenning	R5, R6
		Ter sprake blijven brengen	R6
		Luisteren	R5
Selectief coderen	Axiale coderen	Open coderen	Respondenten
	Onprettig in begeleiding	Seksuele voorkeuren	R7
		Geen uitleg seksuele handeling	R10
		Ongelijkwaardigheid	R9
		Details	R6
		Geen eigen regie	R6
		Respectloos	R5
Selectief coderen	Axiale coderen	Open coderen	Respondenten
	Communiceren over seksualiteit met hulpverleners	Ervaart vertrouwen	R5, R10
		Ervaart gelijkwaardigheid	R9
		Ervaart beschikbaarheid	R5, R6, R7, R8
		PB'er aanspreekpunt seksualiteit	R6, R8, R10
		Hulpverlener neemt initiatief onderwerp	R5, R6, R7, R8, R9, R10
		Seksualiteit komt nauwelijks ter sprake in de begeleiding	R5, R9, R10
		Moeite bespreken van seksualiteit	R5, R6, R7, R8, R9, R10
		Praat liever met andere begeleider dan PB'er	R5, R7, R8, R9
		Staat open voor gesprek PB'er (andere geslacht)	R5, R9
		Angst veroordeling	R7, R8
		Seksualiteit is privé	R6, R8, R10
Selectief coderen	Axiale coderen	Open coderen	Respondenten
	Interne regels	Onduidelijkheid interne regels	R5, R6, R7, R8, R9, R10
		In veronderstelling geen seksuele activiteiten	R6, R10
		Algemene acceptatie regels	R5, R6, R7, R8, R9, R10
		Regels vormen externe grens	R6
		Regels niet schadelijk herstel	R8, R9, R10
		Eerste jaar geen seks bevorderd herstel	R8, R10

		Regels voorkomen terugval	R8, R9
		Geen interne relaties bevordert herstel	R7, R9
		Betaalde seks verslavingskarakter	R5, R7
		Groei eigenwaarde	R6, R10
		Door regels gevoel van veiligheid	R6, R8
		Niet belemmerd in openheid	R7, R9
		Belemmerd in openheid	R5, R6, R8, R10
		Begeleiding versterkt seksuele weerbaarheid, niet regels	R7
		Regels creëren het idee dat seks verkeerd is	R6

Selectief coderen	Axiale coderen	Open coderen	Respondenten
Seksuele weerbaarheid	Ontwikkeling in seksuele weerbaarheid	Ander beeld van seks	R5, R7, R9, R10
		Minder impulsief handelen op seksueel gebied	R9, R10
		Meer zelfreflectie	R9
		Meer zelfrespect	R10
		Groei in zelfbeeld	R5, R9, R10
		Minder aangepast gedrag	R10
		Grenzen en behoeftes in algemeen verkennen	R6, R10
		Doelen op doelenlijst mee	R8
		Hulpverleners dragen bij aan versterken seksuele weerbaarheid	R7, R8
		Seksuele weerbaarheid nu nog niet te bepalen	R5, R6, R9, R10
		Seksuele weerbaarheid afwezig	R7
Selectief coderen	Axiale coderen	Open coderen	Respondenten
	Recht op seksualiteit	Bewust recht op seksualiteit	R5, R10
		Niet bewust recht op seksualiteit	R8, R9
		Recht eigen seksuele voorkeur	R8, R9
		Ervaart geen eigen zeggenschap binnen Incitare	R5, R6, R7, R8, R10
Selectief coderen	Axiale coderen	Open coderen	Respondenten
	Grenzen	Grenzen aangeven betekenis seksuele weerbaarheid	R6, R7, R8, R9, R10
		Bespreikbaarheid seksualiteit betekenis seksuele weerbaarheid	R5
		Bewaken van grenzen geeft zelfvertrouwen	R9, R10
		Angst voor afwijzing bij bewaken grenzen	R5, R6, R8, R9
		Aanpassend gedrag	R5, R6, R7, R9, R10
Selectief coderen	Axiale coderen	Open coderen	Respondenten
	Voorlichting & soa	Seksuele voorlichting op school	R6, R8, R9, R10
		Minimale voorlichting ouders	R10
		Geen voorlichting ouders	R9
		Seksuele voorlichting ouders	R8

		Seksuele voorlichting zelfonderzoek internet	R5, R7
		Sputten & Slikken tv	R7
		Open communicatie seksualiteit in gezin	R7, R8
		Nauwelijks gesproken over seksualiteit in gezin	R5, R6, R9, R10
		Onbekwaam in voorbehoedsmiddelen	R5, R6, R7, R8, R9, R10
		Nooit een soa gehad	R9
		Soa gehad	R8
		Meerdere soa's gehad	R5, R6, R7, R10
		Geen ongewenste/gewenste zwangerschap	R5, R6, R7, R8, R9
		Meerdere ongewenste zwangerschappen	R10
		Wisselende bedpartners	R6, R7, R8, R10
Selectief coderen	Axiale coderen	Open coderen	Respondenten
	Misbruik	Meerdere keren seksueel grensoverschrijdend gedrag ervaren	R6, R7, R8, R10
		Seksueel grensoverschrijdend gedrag ervaren	R9
		Seksueel grensoverschrijdend gedrag vertoond	R5, R8, R9
		Geen seksueel grensoverschrijdend gedrag vertoond	R6, R7
		Geeft zichzelf de schuld van misbruik	R6, R7, R10
		Voelt ruimte om misbruik te bespreken	R5, R7, R8, R9, R10
		Misbruik niet besproken binnen instelling	R5, R6, R9, R10
		Geen behoefte delen misbruik	R6
		Ervaring afwijzing na delen misbruik	R6

Selectief coderen	Axiale coderen	Open coderen	Respondenten
Visie cliënten	Verandering begeleiding	Normaliseren	R5, R9
		Meer ter sprake brengen	R5, R7, R9, R10
		Concretere vraagstelling	R5, R10
		Begeleiding intern afstemmen	R10
		Ervaring opdoen	R6, R9
		Doelen op doelenlijst	R9
		Gendergroepen voortzetten	R6, R9
		Frequentie gendergroepen	R5, R8
		Kennis	R6, R7
		Veiligheid bieden PB'er	R7
		Handelingsalternatieven aanrijken	R6, R7
Selectief coderen	Axiale coderen	Open coderen	Respondenten
	Verandering regels	Eigen regie contacten	R10
		Pornografische bladen geen probleem.	R6, R7, R9, R10
		Regels belemmeren openheid over seksualiteit	R10
		Geen verandering interne regels	R6, R7, R8, R9, R10
		Onderscheid in porno	R5, R6, R7, R9
		Regel porno aanpassen	R5

3.2 Codeboom hulpverleners

Selectief coderen	Axiale coderen	Open coderen	Respondenten
Beeldvorming cliënt	Seksualiteit, herstel en verslaving	Gezonde seksualiteit geeft aanvulling op herstel	R1, R4
		Afwijzing triggert destructieve patronen	R1
		Nuchter seks andere beleving	R1
		Misbruik maken van kwetsbare personen	R1
		Terugval en relaties	R1
		Afhankelijk van externe bevestiging	R2, R3, R4
		Verslavingskarakter seksualiteit	R2, R3, R4
Selectief coderen	Axiale coderen	Open coderen	Respondenten
	Doelgroep	Manipulatief	R1, R3, R4
		Onbetrouwbaar	R1, R4
		Laag zelfbeeld	R1, R2, R3, R4
		Onzelfstandig	R2
		Aangepast in gedrag	R3, R4
		Gemotiveerd	R4
		Uitdagend	R1, R2, R4
		Frustrerend	R1
		Geeft voldoening	R1

Selectief coderen	Axiale coderen	Open coderen	Respondenten
Begeleiding rondom seksualiteit	Huidige begeleiding	Onbekwaam bij andere geslacht	R1, R2
		Transparantie	R1
		Andere domeinen voorrang	R1, R3
		Geen eigen ervaring belemmert	R1
		Niet handelingsbekwaam	R1
		Deels handelingsbekwaam	R2, R3
		Terug geven signalen	R2
		Bij signalen begeleiding bieden	R2, R4
		Niet veroordelen	R2, R3
		Kennisoverdracht	R3
		Cijfer 5 t.a.v. begeleiding van seksualiteit	R1
		Cijfer 7 t.a.v. begeleiding van seksualiteit	R2, R3
		Cijfer 8 t.a.v. begeleiding van seksualiteit	R4
		Suggestie eerste jaar geen seks	R3, R4
		Ruimte voor ervaring	R3, R4
		Wel handelingsbekwaam	R4
Selectief coderen	Axiale coderen	Open coderen	Respondenten
	Prettig in begeleiding	Eigen ervaring	R1, R2, R3
		Eigen regie	R1, R2, R3
		Veiligheid	R1, R2, R3, R4
		Eigen geslacht	R2, R4
		Gelijkwaardigheid	R2
		Gendergroepen gelegenheid	R2
Selectief coderen	Axiale coderen	Open coderen	Respondenten

	Onprettig in begeleiding	Niet eigen geslacht	R1,
		Ongelijkwaardigheid	R1
		Geen eigen regie	R2, R4
		Onveiligheid	R3
Selectief coderen	Axiale coderen	Open coderen	Respondenten
	Communiceren over seksualiteit met cliënten	Ervaart ongemak bij onderwerp	R1
		Ervaart onderwerp niet als moeilijk	R2, R4
		Ervaart ongemak bij andere geslacht	R1, R2
		Onderscheid in begeleiding man en vrouw	R1, R2, R3
		Andere geslacht doorverwijzen naar collega	R1, R2
		Band vergemakkelijkt gesprek	R1
		Ervaart ongemak in bespreekbaarheid	R1
		Seksualiteit te weinig besproken	R1
		Eigen ervaring	R2, R3
		Hulpverlener initiatief	R1, R2, R3
		Niet onze expertise	R1, R2, R3
		Cliënt initiatief	R4
		Niet delen eigen ervaring	R1, R4
Selectief coderen	Axiale coderen	Open coderen	Respondenten
	Interne regels	Niet volledig op de hoogte regels	R1, R2, R3
		Volledig op hoogte regels	R4
		Betaalde seks ethisch dilemma	R1, R3
		Regels creëren veiligheid	R1, R2, R3, R4
		Regels behoeden verslavingsgedrag	R1, R3
		Vermoedens interne intimiteit	R1, R3
		Geen exit overtreding regels	R1, R2, R3, R4
		Seksualiteit krijgt negatief beeld	R1, R3
		Externe grensbepaling	R1
		Geen enkele vorm van seksuele handelingen	R2
		Deels belemmerd in openheid	R1, R3
		Niet belemmerd in openheid	R2, R4
		Na langere tijd gaan regels doel voorbij	R3
		Betaalde seks verslavingskarakter	R3, R4

Selectief coderen	Axiale coderen	Open coderen	Respondenten
Seksuele weerbaarheid	Misbruik	Weinig trauma's aanwezig	R1, R2, R3, R4
		Regelmaat trauma's aanwezig	R4
		Weinig ervaring gesprek misbruik	R1, R3
		Moeite met onderwerp misbruik	R1, R2, R3, R4
		Taboe misbruik bij mannen	R3
		Signaleren door te bespreken	R1, R4
		Signaleren non-verbale communicatie	R1, R2
		Bij signalen doorverwijzen	R1, R2, R4
		Bij signalen bespreken in het team	R2, R3, R4
		Angst schade doen door begeleiding	R2
		Nog niets gedaan met signalen	R3
		Motiveren tot begeleiding	R4
		Niet bekend vlaggensysteem	R1, R2, R3, R4

		Niet bekend Meldcode	R1, R2, R3
		Wel bekend Meldcode	R4
Selectief coderen	Axiale coderen	Open coderen	Respondenten
	Ontwikkeling in seksuele weerbaarheid	Onbekwaam in bewaken grenzen	R1, R2, R3, R4
		Onbekwaam in seksuele weerbaarheid	R1, R2, R3
		Vrouwen niet seksueel weerbaar, mannen wel	R4
		Afwezigheid seksuele weerbaarheid vergroot kans op terugval	R1, R3
		Seksuele weerbaarheid beïnvloed zelfbeeld	R1, R2, R4
		Ontwikkeling persoonlijke grenzen	R1, R2
		Dragen te weinig bij aan groei seksuele weerbaarheid	R4
		Draagt voldoende bij aan groei seksuele weerbaarheid	R1, R2, R3
Selectief coderen	Axiale coderen	Open coderen	Respondenten
	Voorlichting	Geen verantwoordelijkheid voorlichting cliënten	R3
		Verantwoordelijk voor voorlichting cliënten	R1, R2, R4
Selectief coderen	Axiale coderen	Open coderen	Respondenten
	Recht op seksualiteit	Cliënten recht op eigen zeggenschap	R1, R2, R3
		Beschermen voor onbekwaamheid	R1, R2, R3, R4
		Regels in strijd met eigen zeggenschap	R4

Selectief coderen	Axiale coderen	Open coderen	Respondenten
Visie hulpverleners	Referentiekader	Ervaringsdeskundige	R2
		Seksualiteit is privé	R1, R4
		Zelf open gecommuniceerd met ouder(s)	R1, R2, R4
		Zelf minimale communicatie met ouder(s)	R3
		Zelfkennis rondom seksualiteit	R2
		Oordelend verschil normen & waarden	R1
		Grenzen herkennen en bewaken betekenis seksuele weerbaarheid	R1, R3, R4
		Gezonde manier grenzen en voorbehoedsmiddelen omgaan betekenis seksuele weerbaarheid	R2
Selectief coderen	Axiale coderen	Open coderen	Respondenten
	Verandering in begeleiding	Meer eigen ervaring en kwetsbaarheid	R1
		Meer aandacht voor seksualiteit	R1, R2, R4
		Krachten benutten	R1, R2
		Kennis overdracht	R1, R3, R4
		Ervaring opdoen	R1, R2, R3
		Aanpak cliënt gericht	R1, R2, R3, R4
		Zelf gesprek aan gaan andere geslacht	R2
		Bespreken behoeftes cliënt	R2
		Richtlijn seksualiteit	R2, R4
		PB'er eigen geslacht	R1, R2, R3

		Ervaringsspreker misbruik	R3
		Voorlichting voor hulpverleners	R3, R4
		Intervisie seksualiteit	R3, R4
		Onderwerp proactief behandelen	R4
		Onderwerp normaliseren	R4
		Frequentie gendergroepen	R4
Selectief coderen	Axiale coderen	Open coderen	Respondenten
	Verandering regels	Onderscheid in porno	R1, R2, R4
		Geen verandering regels	R1, R2, R3
		Ongeschreven regel versoepelen	R1, R3
		Uitleg over regels	R3, R4
		Meer eigen regie	R3