

Rutgers

Expertisecentrum
seksualiteit

Bespreekbaar maken van seksualiteit in de zorg

Auteurs: Lucien Sánchez van Kammen (MD) & Afiah Vijlbrief (MSc, sr Onderzoeker)
Met dank aan Ymke Kelders & Bouko Bakker, Programma Seksualiteit en Zorg, Rutgers

januari 2023



Inhoud

Samenvatting	4
Begrippenlijst	6
1 Inleiding	8
1.1 Aanleiding voor het onderzoek	8
1.2 Achtergrond en definities	8
1.3 Doel van het onderzoek en onderzoeksvragen	10
2 Methodologie	11
2.1 Literatuuronderzoek	11
2.2 Focusgroepen	11
2.3 Sociaalecologische model	11
3 Seksualiteit bespreken	12
3.1 Seksualiteit in de huisartsenzorg	12
3.2 Seksualiteit in de gehandicaptenzorg	15
3.3 Seksualiteit in de jeugdhulp	17
3.4 Seksualiteit bespreken in zorg- en welzijnsrelaties	19
4 Barrières en ondersteunende factoren	20
4.1 Kennis en competentie	20
4.2 Attitude	22
4.3 Veiligheid	24
4.4 Conclusie	25
5 Focusgroepen	26
5.1 Instrumentaria	26
5.2 Conclusie	28
6 Behoeften	29
6.1 Tijd en capaciteit	29
6.2 Prioriteit en taakomschrijving	30
6.3 Opleidingen	30
6.4 Voortrekkers	31
6.5 Visie	31
6.6 Netwerk	32
6.7 Ervaringsdeskundigen	32
6.8 Toegankelijkheid van zorg	33
6.9 Sekszorg	33
6.10 Beschermen versus beperken	34
6.11 Persoonlijke versus professionele normen	34
6.12 Conclusie	35
7 Conclusies en discussie	36
7.1 In welke mate wordt seksualiteit besproken?	36
7.2 Belemmeringen versus kansen én ondersteuning	36
7.3 Bestaande tools voor zorgprofessionals	37



7.4	Wat is er volgens de zorg- en hulpverleners nodig?	39
7.5	Limitaties van het onderzoek	40
8	Aanbevelingen	42
	Literatuur	45
Bijlage 1	Overzicht deelnemers focusgroepen	48
Bijlage 2	Topiclijsten focusgroepen	49
Bijlage 3	Overzicht tools per werkveld	53

Samenvatting

Seksueel grensoverschrijdend gedrag en seksueel geweld zijn hardnekkige maatschappelijke problemen. Eén van de manieren om dit effectief aan te pakken is het bespreken van seksualiteit en seksuele gezondheid tussen patiënten, of cliënten, en zorgprofessionals. De zorgprofessional heeft een signalerende én preventieve functie als het gaat om seksueel grensoverschrijdend gedrag en –geweld. Toch blijft het bespreken van seksualiteit voor veel professionals ingewikkeld. Als antwoord hierop is de afgelopen jaren een palet aan tools en interventies ontwikkeld met als doel het bespreekbaar maken van seksuele gezondheid en seksualiteit binnen de zorg. Toch blijven er signalen dat seksuele gezondheid en seksualiteit in de praktijk moeilijk bespreekbaar zijn. Om inzicht te krijgen in wat er nodig is om de bespreekbaarheid van seksualiteit binnen dit domein te bevorderen is hier eind 2022 onderzoek naar uitgevoerd.

Doel, onderzoeksvraag en werkvelden

Er is antwoord gezocht op de hoofdvraag ‘Wat hebben zorg- en hulpverleners nodig om het thema seksuele gezondheid en seksualiteit proactief en comfortabel te bespreken met hun cliënten of patiënten?’. Bekend is dat met name vrouwen, jongeren, mensen met een verstandelijke en/of lichamelijke beperking, LHBTQIA+ personen en mensen met een migratieachtergrond¹ extra risico lopen op seksueel grensoverschrijdend gedrag en –geweld. Zorgprofessionals uit de deelsectoren huisartsenzorg (huisartsen, POH’s en doktersassistenten), jeugdzorg (residentiële jongereninstellingen en ambulante jongerenwerkers) en gehandicaptenzorg (instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking) hebben het meest contact met deze groepen mensen. Daarom zijn specifiek deze werkvelden onderzocht.

Uitkomsten literatuursearch

Binnen dit onderzoek is er een literatuurstudie uitgevoerd die in kaart brengt wat er al bekend is over de bespreekbaarheid van seksuele gezondheid en seksualiteit in zorg- en welzijnsrelaties. In alle onderzochte werkvelden is er sprake van handelingsverlegenheid in relatie tot het thema. Het gevolg hiervan is dat seksualiteit onvoldoende besproken wordt. Alleen in de huisartsenzorg zijn er een aantal onderzoeken die specifiek gaan over de mate waarin seksualiteit besproken wordt. Deze laten zien dat er barrières zijn voor het proactief bespreken van seksualiteit en dat deze barrières nog groter zijn bij slachtoffers van seksueel geweld en bij gestigmatiseerde groepen zoals LHB+ personen en mensen met een migratieachtergrond. In de jeugdhulp en de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking is er minder concrete data bekend over de mate waarin seksualiteit besproken wordt. Wel blijkt uit verschillende studies dat specifiek in de gehandicaptenzorg cliënten minder vaak seksuele voorlichting krijgen en minder ruimte krijgen om hun seksualiteit vorm te geven. In de jeugdhulp is de, enerzijds, over-representatie slachtoffers en plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag en, anderzijds, de onderrapportage van seksueel grensoverschrijdend gedrag anderzijds een indicator van de handelingsverlegenheid van zorgprofessionals om seksualiteit te bespreken.

Barrières en bevorderende factoren

Een zorgprofessional moet over de juiste kennis en attitude beschikken om het gesprek over seksualiteit in zorg en welzijn relaties proactief en comfortabel aan te kunnen gaan. Daarnaast

.....
¹ We spreken in dit rapport over verschillende mensen met een gestigmatiseerde identiteit waaronder mensen met een migratieachtergrond. Dit was voorheen ‘niet-westers’, waar we doelen op mensen van kleur. Maar sinds begin 2022 is ook het CBS overgegaan op ‘migranten’ in het kader van maatschappelijke ontwikkelingen. Als Rutgers gaan wij hierin mee.

moet de zorgprofessional zich veilig voelen om de kennis, kunde en attitude ook daadwerkelijk in de praktijk te brengen. Verschillende barrières evenals ondersteunende factoren werden geïdentificeerd op het niveau van de individuele zorgprofessional, de interpersoonlijke interactie, de zorg-organisatie en structureel beleid. De barrières en bevorderende factoren op het gebied van kennis, attitude en veiligheid werden ingedeeld en gevisualiseerd aan de hand van het sociaalecologische model van Bronfenbrenner. Met name ondersteunende factoren op het niveau van organisatie en beleid vormen een ingang voor structurele verbetering in het bespreekbaar maken van seksualiteit in de zorg.

Focusgroepen

De literatuurstudie is aangevuld met een overzicht van de bestaande instrumentaria voor zorgprofessionals (zie **Bijlage 3**). Zowel de literatuurstudie als de tools zijn voorgelegd aan professionals in vier focusgroepen; één focusgroep per werkveld en één focusgroep met relevante beleidsmakers per sector. Uit deze focusgroepen blijkt dat zij veel herkennen uit onze literatuursearch. Handelingsverlegenheid lijkt een groot obstakel in het aangaan van het gesprek, gevolgd door gebrekkige (theoretische) kennis en niet weten hoe deze kennis toe te passen in de praktijk. Soms is men op de hoogte van tools maar niet alle bestaande tools en weet men ook niet goed welke gebruikt kunnen worden in het werkveld. Er is zo'n groot aanbod, maar dat is niet altijd te vinden en/of voldoet niet aan de behoeften. Een interventie richt zich bijvoorbeeld op seksualiteit maar geeft geen verdieping op intersecties met LHBTQIA+ sensitief en cultuursensitief werken.

Behoeftes

Er wordt een structurele behoefte aangegeven aan meer tijd en capaciteit in de zorg. Maar als het gaat om het bespreekbaar maken van seksualiteit speelt er meer. Ook aandacht voor seksualiteit in de zorgopleidingen, prioritering vanuit de zorgorganisatie en een duidelijke taakomschrijving komen uit de focusgroepen als behoefte naar voren. Om de nodige veranderingen op de werkplekken te faciliteren is het van belang voortrekkers in het bespreken van seksualiteit binnen organisaties te steunen. Een uitgesproken visie vanuit de organisatie kan daarin helpen, evenals een netwerk om deze voortrekkers met elkaar te verbinden. Ook wordt het belang van het betrekken van ervaringsdeskundigen door de zorgprofessionals onderstreept. Daarnaast wordt toegankelijkheid van aanvullende zorg (bijv. de seksuoloog) als behoefte benoemd. Tot slot worden er twee spanningsvelden geïdentificeerd die aandacht behoeven. Ten eerste het spanningsveld tussen het willen beschermen van de patiënt, cliënt of bewoner versus het té veel beperken van hun seksualiteit. Ten tweede het vraagstuk hoe om te gaan met persoonlijke normen van zorgprofessionals die tegenstrijdig zijn met de gewenste professionele normen. Dit rapport sluit af met aanbevelingen (zie pagina's 48 en 49) op de niveaus [1] maatschappij, [2] (overheids)beleid & organisaties, [3] onderwijs en curriculum en [4] interventies.

Begrippenlijst

Begrip	Definitie ²
Seksualiteit	Seksualiteit bestaat uit een geheel van gedachten en handelingen die gericht zijn op intiem (lichamelijk) contact. Dit gaat samen met gevoelens van opwinding, lust en passie. Seksuele gemeenschap kan daar een onderdeel van zijn. Maar onder het brede begrip seksualiteit valt o.a. ook zoenen, aanraking, verliefdheid en relatie(s).
Seksuele gezondheid	Hieronder verstaan we dat ieder mens plezierige en veilige seksuele ervaringen kan hebben en zich daarbij goed voelt. Dit welzijn is een basisrecht dat voor iedereen geldt.
Seksueel geweld	Seksueel geweld is elke seksuele handeling of poging tot een seksuele handeling door het uitoefenen van geweld of dwang, de dreiging van geweld of gebruik is gemaakt van een situatie of toestand waardoor iemand niet in staat was te weigeren (bijv. door middelengebruik), ongeacht de relatie met het slachtoffer (van Berlo et al., 2015).
Handelingsverlegenheid	De twijfel om te handelen, of het niet handelen, in een bepaalde situatie die daar wel om vraagt.
Huisartsenzorg	Generalistische eerstelijnszorg via de huisartsenpraktijk. Dit omvat de zorg door huisartsen, praktijkondersteuners (POH's) en doktersassistenten. Huisartsenzorg fungeert in Nederland tevens als de poortwachter van het zorgsysteem.
Jeugdhulp	Jeugdhulp is hulp bij psychische hulpvragen, een verstandelijke beperking en/of opvoedproblemen. Het omvat zowel ambulante als residentiële zorg voor kinderen en jongeren tot 18 jaar en soms tot 23 jaar. Jeugdhulp valt onder de Jeugdwet en onder de verantwoordelijkheid van de gemeente (Nederlands Jeugd Instituut).
Verstandelijke beperking (VB)	We spreken van een verstandelijke beperking wanneer er sprake is van 1) significante beperking in het intellectuele functioneren; 2) gelijktijdig optredend met significante beperkingen in het adaptieve gedrag (conceptuele, sociale en praktische vaardigheden) en 3) het optreden van deze beperkingen uit zich vóór het achttiende levensjaar (American Psychiatric Association, 2014; WHO, 2004).
Licht verstandelijke beperking (LVB)	Verstandelijke beperking waarbij het IQ tussen de 50 en 70 ligt (American Psychiatric Association, 2014).
Patiënt, cliënt, bewoner	Deze termen worden in dit onderzoek gebruikt om de personen te duiden voor wie zorgprofessionals zorg dragen en met wie zij het gesprek over seksualiteit aangaan. In de huisartsenzorg wordt veelal over patiënten gesproken. In de jeugdhulp en gehandicaptenzorg spreekt men vaker over cliënten. In residentiële zorginstellingen wordt naast cliënt vaak de term bewoner gebruikt.
Gemarginaliseerde identiteiten	Identiteiten die, vanwege factoren die buiten hun macht vallen, niet dezelfde kansen hebben vergeleken andere meer geprivilegieerde en normatieve groepen in de samenleving.
LHBTQIA+	Parapluterm voor lesbische vrouwen, homo mannen, biseksuelen, transgender-, queer-, intersekse- en asexuele personen. Vaak wordt

² Het gaat hier om voor dit onderzoek geformuleerde definities, tenzij een andere bron is vermeld.

gesproken over LHBTQIA+ als een verzamelbegrip. Veel onderzoek is echter gericht op LHB personen (AGOM, 2021).

Heteronormativiteit	De meestal impliciete veronderstelling dat heteroseksueel en cisgender de voorkeur heeft, verwacht wordt of de enige werkelijkheid is en de integratie van deze veronderstelling in de sociale en/of institutionele praktijk (AGOM, 2021).
Interculturele competentie	Het signaleren, begrijpen en kunnen toepassen van verschillende culturele normen, waarden, gedragscodes en communicatiestijlen.
Positionaliteit	Iemands positie in de maatschappij of binnen de organisatie, als gevolg van diens identiteiten, ervaringen en kansen.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding voor het onderzoek

Seksuele gezondheid en seksualiteit zijn belangrijke onderdelen van iemands welzijn. Het bespreken van seksuele gezondheid en seksualiteit in zorg- en welzijnsrelaties is voor patiënten, cliënten en bewoners soms ingewikkeld. Toch is het belangrijk dat dit wel gebeurt. Het is vooral aan de zorgprofessional om seksualiteit proactief ter sprake te brengen. Het bespreken van seksualiteit heeft zowel een preventieve als signalerende werking als het gaat om seksueel grensoverschrijdend gedrag en seksueel geweld en kan bijdragen aan seksueel welzijn en plezier. Het leidt tot het normaliseren van het praten over seksuele gezondheid en seksualiteit. Deze normalisatie draagt er mogelijk ook aan bij dat patiënten, cliënten en bewoners gemakkelijker hun grenzen en wensen durven aan te geven. Uit onderzoek is namelijk bekend dat gebrekkige communicatieve vaardigheden in het aangeven van wensen en grenzen samenhangt met seksueel grensoverschrijdend gedrag (Rutgers & Soa Aids Nederland, 2022). Met andere woorden: goede vaardigheden om het gesprek over seksualiteit aan te gaan kunnen een preventieve functie hebben en dus seksueel grensoverschrijdend gedrag verminderen. Wanneer seksualiteit wordt besproken in zorgrelaties kunnen ook negatieve seksuele ervaringen of risicofactoren beter worden gesignaleerd en adequate zorg hiervoor worden verleend.

In de loop der jaren zijn diverse tools en handvatten voor én door het veld ontwikkeld om seksuele gezondheid en seksualiteit meer bespreekbaar te maken. Desondanks blijven er signalen dat seksuele gezondheid en seksualiteit moeilijk bespreekbaar zijn in zorgrelaties. Er is behoefte aan achterhalen in hoeverre het bespreken van deze thema's ingewikkeld is; waarom dit zo is; wat nodig is om de bespreekbaarheid van deze thematiek te bevorderen en wat daarin de rol van de (rijks)overheid kan zijn. In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is dit project uitgevoerd.

1.2 Achtergrond en definities

Voor een uitgebreide lijst van definities zie de begrippenlijst van dit rapport op pagina's 6 en 7.

12.1 Seksualiteit en seksuele gezondheid

Seksualiteit omvat seks, genderidentiteit en –rollen, seksuele oriëntatie, erotiek, plezier, intimiteit en voortplanting. Seksualiteit wordt ervaren en vormgegeven in gedachten, fantasieën, verlangens, overtuigingen, attitudes, waarden, gedragingen, handelingen, rollen en relaties. In dit onderzoek wordt de definitie van seksuele gezondheid van de World Health Organization (WHO) aangehouden, welke seksuele gezondheid omschrijft als 'een met seksualiteit verbonden toestand van fysiek, emotioneel, mentaal en sociaal welzijn'. Seksuele gezondheid is dus meer dan alleen de afwezigheid van ziekte of disfunctie. Dit betekent eveneens dat seksuele gezondheid een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit en seksuele relaties vereist. Daarnaast gaan seksuele gezondheid en seksueel welzijn ook over het kunnen aangaan van plezierige en veilige seksuele ervaringen; zonder dwang, discriminatie en geweld (WHO, 2010). Om seksuele gezondheid te bereiken en te behouden moeten de seksuele rechten van alle personen worden gerespecteerd, beschermd en gerealiseerd (zie Tabel 1). De (Rijks)overheid heeft hierin een taak en verantwoordelijkheid.

Tabel 1: Seksuele rechten volgens de WHO

Seksuele rechten volgens de WHO

- Het hoogst haalbare niveau van seksuele gezondheid, met inbegrip van toegang tot seksuologische en reproductieve gezondheidszorg
- Het verkrijgen en verlenen van informatie over seksualiteit
- Seksuele en relationele vorming/seksuele voorlichting
- Respect voor lichamelijke integriteit
- Vrije partnerkeuze
- Keuzevrijheid om wel of niet seksueel actief te zijn
- Seksuele relaties met wederzijdse instemming
- Huwelijk of partnerschap met wederzijdse instemming
- Keuzevrijheid om wel of niet kinderen te krijgen en wanneer
- Het nastreven van een bevredigend, veilig en plezierig seksleven

1.2.2 Seksueel geweld in Nederland

Een positief ervaren seksuele gezondheid en het respecteren van de seksuele rechten is niet voor iedereen vanzelfsprekend. In Nederland heeft 15-22% van de vrouwen en 6-7% van de mannen manuele, orale, vaginale of anale seks tegen de wil meegemaakt en/of was gedwongen om seksuele dingen te doen die zij niet wilden. Als zoenen en seksueel aanraken tegen de wil meegeteld worden is dit percentage nog veel hoger; namelijk 53% van de vrouwen en 19% van de mannen (de Graaf & Wijsen, 2017; Akkermans 2020). Bekend is dat met name vrouwen, jongeren, mensen met een verstandelijke of lichamelijke beperking, de LHBT-doelgroep en mensen met een niet-westerse achtergrond risico lopen op seksueel grensoverschrijdend gedrag of seksueel geweld.

1.2.3 Werkvelden

Met het oog op het bovenstaande is er gekozen om voor dit onderzoek specifiek te kijken naar die werkvelden binnen de zorg die het meest in aanraking komen met doelgroepen die kwetsbaar zijn voor seksueel geweld, die een rol spelen in het nakomen van de seksuele rechten en die een signalerende functie kunnen hebben als het gaat om seksueel geweld. Namelijk de huisartsenzorg (Huisartsen, POH's en doktersassistenten), jeugdzorg (residentiële jongereninstellingen en ambulante jongerenwerkers) en gehandicaptenzorg (instellingen voor mensen een verstandelijke beperking).

Huisartsenpraktijken bieden brede eerstelijnszorg. Ze zijn vaak het eerste aanspreekpunt voor alle mensen met een zorgvraag, bieden zorg bij chronische ziekten en fungeren als de poortwachters van het Nederlandse zorgsysteem. Zij hebben daarmee bij uitstek een signalerende, behandelende en doorverwijzende functie als het gaat om vraagstukken rondom seksualiteit. Seksuele gezondheid is een belangrijk deel van de algemene gezondheid en zou daarmee ook een integraal onderdeel moeten uitmaken van de huisartsenzorg (Höing, 2017). Initieel lag de focus van het onderzoek naar gehandicaptenzorg op mensen in de residentiële gehandicaptenzorg. Echter, deze groep is erg heterogeen. Het omvat zowel mensen met een verstandelijke beperking als een lichamelijke beperking. Bij mensen met een lichamelijke beperking is het van belang onderscheid te maken tussen mensen met beperkingen in mobiliteit, beperkingen in sensorische registratie of verwerkingen, chronische ziektes leidend tot een beperking of een combinatie hiervan. Daarbij maakt het voor de kwetsbaarheid en seksuele ontwikkeling ook nog uit of het gaat om een aangeboren, verworven of progressieve beperking. De groep en hun behoeftes en problemen wat betreft seksualiteit en seksuele gezondheid zijn dan ook erg divers. Om die reden is er gekozen voor de onderzoeksvraag verder te beperken tot de residentiële zorg voor mensen met een verstandelijke beperking

(VB). Door de vraag verder te specificeren voor deze groep hopen we minder in algemeenheden te vervallen en concretere lessen te kunnen trekken uit de literatuur en de focusgroepen om zo ook substantiële aanbevelingen te kunnen geven.

In Nederland zijn er ongeveer 142.000 mensen met een verstandelijke beperking (Honing, 2017). Zij krijgen bijna allemaal een vorm van langdurige ondersteuning. Zo'n 63.000 mensen met een verstandelijke beperking wonen in een instelling (Vektis, 2019). Zij lopen een groter risico op het worden van zowel pleger als slachtoffer van seksueel geweld (Berlo et al., 2011). Voor deze groep is het gerespecteerd worden van hun seksuele rechten ook lang niet altijd vanzelfsprekend (Honing, 2017; Van Nieuwenhuizen et al., 2006). Als ondertekenaar van het VN-verdrag Handicap heeft de overheid een verantwoordelijkheid in het beschermen van de seksuele rechten van deze groep.

Jeugdhulp is de hulp en zorg voor jongeren en hun ouders bij psychische, psychosociale en/of gedragsproblemen, een verstandelijke beperking van de jongere of opvoedingsproblemen van de ouders. In 2021 ging dat om bijna 450 duizend jongeren. Van hen kreeg 90,1% ambulante jeugdhulp en verbleef 9,9% al dan niet tijdelijk in een residentiële jeugdhulp instelling. De rijksoverheid heeft een opvoedings- en beschermingstaak als het gaat om kinderen en jongeren in de residentiële jeugdzorg. Desalniettemin loopt ook deze groep een groter risico op het worden van zowel pleger als slachtoffer van seksueel geweld (Samson Geerlings, et al., 2012). Ook hierin ligt dus een belangrijke opdracht voor de Rijksoverheid.

1.3 Doel van het onderzoek en onderzoeksvragen

In deze studie proberen we zicht te krijgen op wat er nodig is voor zorgprofessionals om in gesprek te gaan over seksualiteit en seksuele gezondheid met de patiënten, cliënten of bewoners met wie zij werken. Hiervoor zijn de onderstaande onderzoeksvragen geformuleerd. Deze vragen worden specifiek onderzocht in de hierboven beschreven vakgebieden van de huisartsenzorg, jeugdzorg en gehandicaptenzorg.

1.3.1 Hoofdvraag

Wat hebben zorg- en hulpverleners nodig om het thema seksuele gezondheid en seksualiteit proactief en comfortabel te bespreken met hun cliënten?

1.3.2 Deelvragen

1. In welke mate wordt seksuele gezondheid en seksualiteit besproken in zorg- en welzijnsrelaties?
2. Welke verklaringen en factoren zijn er die het bespreekbaar maken kunnen bemoeilijken en zijn er overeenkomsten dan wel verschillen bekend tussen zorgsectoren en doelgroepen?
3. Wat is ondersteunend binnen de zorgsectoren om het thema te bespreken of bespreekbaar te maken?
4. In hoeverre voldoen bestaande instrumentaria aan de behoeften van de zorgprofessional?
5. Wat is er volgens de zorg- en hulpverleners nodig? Welke behoeften hebben zij?
6. Wat kan de (Rijks)overheid betekenen om seksuele gezondheid en seksualiteit meer bespreekbaar te maken in zorg- en welzijnsrelaties?

2 Methodologie

2.1 Literatuuronderzoek

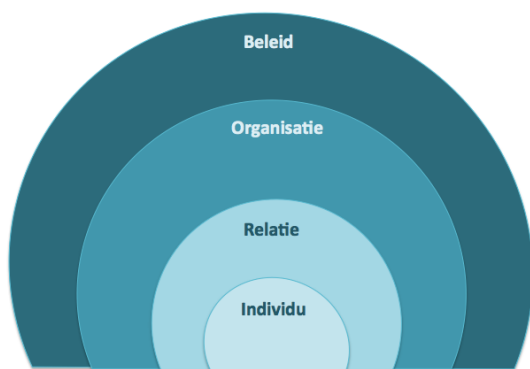
Om de onderzoeksvragen goed te kunnen beantwoorden wordt middels een literatuursearch in kaart gebracht wat er al bekend is over de bespreekbaarheid van seksuele gezondheid en seksualiteit in zorg- en welzijnsrelaties (deelvragen 1 t/m 3). We maken hiervoor gebruik van zowel wetenschappelijke als 'grijze' literatuur (d.w.z. rapporten, verslagen van symposia, richtlijnen, etc.). Let wel: hoewel we ons hoofdzakelijk richten op literatuur van na 2010 is er met name voor de huisartsensector beperkte recente literatuur. Om die reden is er in sommige gevallen voor gekozen artikelen van tussen 2000-2010 ook mee te nemen. Voor de huisartsenzorg en de gehandicaptenzorg zijn onderzoeken uit westerse landen anders dan Nederland meegenomen in de literatuursearch. Voor de jeugdzorg wordt exclusief gerefereerd naar Nederlandse literatuur.

2.2 Focusgroepen

Het literatuuronderzoek is aangevuld met een viertal focusgroepen; per werkveld één focusgroep en één focusgroep met relevante beleidsmakers per sector (zie Bijlage 1). De deelnemers zijn geworven via het netwerk van Rutgers. In de analyse fase zijn de focusgroepen geanalyseerd door één onderzoeker. De focusgroepen zijn gericht op het beantwoorden van deelvragen 4 en 5. Voor het beantwoorden van deelvraag 4 is ook een overzicht opgesteld van bestaande tools voor professionals per werkveld en deze is voorgelegd aan de desbetreffende focusgroepen. Voor het maken van deze overzichten is geput uit richtlijnen, de database van het Loket Gezond Leven van het ministerie van VWS en websites van organisaties die zich richten op seksuele gezondheid en voorlichting.

2.3 Sociaalecologische model

Voor het conceptualiseren van de uitkomsten wordt gebruik gemaakt van het sociaalecologische model van Bronfenbrenner (Centers for Disease Control and Prevention, 2016) (zie Figuur 1). Het biedt een kader voor het begrijpen en analyseren van intermenselijke processen in de context van het individu, het interpersoonlijke, het organisatorische en het structurele/beleidsmatige en is om deze reden nuttig voor het in beeld brengen van de barrières en mogelijkheden tot interventies om het bespreekbaar maken van seksualiteit in zorg- en welzijnsrelaties te bevorderen.



Figuur 1: Sociaalecologische model volgens Bronfenbrenner (2016).

3 Seksualiteit bespreken

In dit hoofdstuk staat de eerste onderzoeksvraag centraal:

1. In welke mate wordt seksuele gezondheid en seksualiteit besproken in zorg- en welzijnsrelaties?

Hieronder volgt een samenvatting van de belangrijkste lessen uit de literatuur. Eerst wordt voor elk van de drie vakgebieden de context geschetst en wordt vraag 1 per vakgebied besproken. In het volgende hoofdstuk worden vervolgens vragen 2 en 3 gezamenlijk besproken en worden voorbeelden uit de verschillende vakgebieden uitgelicht.

3.1 Seksualiteit in de huisartsenzorg

Seksuele gezondheid is een belangrijk deel van de algemene gezondheid en zou daarmee ook een integraal deel moeten uitmaken van de huisartsenzorg (Höing, 2017). Gezondheidsproblemen en seksualiteit beïnvloeden elkaar wederzijds. Mensen met chronische ziekten ervaren namelijk vaker seksuele disfuncties als gevolg van de ziektes dan wel als bijwerking van de medicatie. Dit geldt zowel voor somatische ziekten als hypertensie, hart- en vaatziekten en diabetes als voor psychiatrische ziektebeelden als depressie (Manninen et al., 2022). Seksuele disfuncties kunnen een significante invloed hebben op de ervaren kwaliteit van leven (Höing, 2017; Gianotten et al., 2021). Wanneer mensen de indruk hebben dat hun seksuele problemen veroorzaakt worden door hun medicatie kan dit leiden tot 'therapieontrouw' en verdere gezondheidsrisico's (Dielissen, 2011; Hoekstra 2014). Maar ook in de 'gezonde' populatie komen seksuele problemen relatief vaak voor. Ongeveer één op de vier vrouwen en één op de vijf mannen hebben last van seksuele disfunctie. Van de jonge vrouwen van 16-24 jaar ervaart zelfs 43% één of meerdere seksuele disfuncties (Kedde, 2012; Höing, 2017). Ook bij de zorg rond soa's en anticonceptie zijn huisartsen vaak het eerste aanspreekpunt. Anderzijds heeft plezierige seksuele activiteit significante positieve gezondheidseffecten en draagt in grote mate bij aan de kwaliteit van leven (Whipple, 2008; Höing, 2017). Negatieve seksuele ervaringen kunnen op hun beurt psychische en somatische klachten veroorzaken (Largo-Janssen, 2019). Daarmee kunnen niet-erkende en onbehandelde trauma's zwaar op het zorgsysteem drukken (Largo-Janssen, 2019).

3.1.1 Hulpzoekgedrag bij seksuele disfunctie

Vraagstukken rondom seksualiteit komen dus veelvuldig voor in de patiëntenpopulatie van de huisartsenpraktijk. Echter is de drempel voor het vragen om hulp in relatie tot seksualiteit voor veel mensen hoog. Schaamte lijkt hierbij een belangrijke rol te spelen. Onzekerheid over de reactie van de hulpverlener maar ook angst om veroordeeld te worden spelen een rol (Reijnierse, 2018). Zo blijkt dat slechts 43% van de mensen die aangeven behoefte te hebben aan hulp bij seksuele problemen ook daadwerkelijk zelf contact zoekt met een hulpverlener. Meestal is dit de huisarts (Höing, 2017). Patiënten hebben over het algemeen behoefte aan huisartsenzorg waarin open en proactief gevraagd wordt naar seksualiteit en seksuele gezondheid (Leusink 2015).

3.1.2 Hulpzoekgedrag bij seksueel trauma

Voor mensen met een seksueel trauma ligt de drempel voor het zoeken van professionele hulp nóg hoger; één op de vier vrouwen en één op de drie mannen met ervaringen van seksueel geweld heeft dit nooit aan iemand verteld. Als zij erover praten is dat vaak in de eerste plaats met vrienden, kennissen of familie. Van alle slachtoffers vraagt slechts tussen de 6 en 20%

professionele hulp aan een arts of andere hulpverlener. Mannen zoeken minder vaak professionele hulp na seksueel trauma dan vrouwen. (de Graaf & Wijsen, 2017; Akkermans 2020).

Het niet bespreken van zo'n gebeurtenis kan op korte termijn een effectief coping mechanisme zijn voor het slachtoffer om zich staande te houden en is dus een heel begrijpelijke reactie. Op lange(re) termijn kan dit trauma zich echter gaan uiten op verschillende domeinen in hun leven. Zo lopen zij groter risico op verschillende somatische en psychische klachten (zie Tabel 2). Hun ervaren gezondheid is lager. Echter leggen de meeste slachtoffers geen relatie met de ervaren klachten en het seksuele geweld in hun voorgeschiedenis. Om deze redenen zijn zij vaak grootgebruikers van zorg. Ook hun financiële en werkomstandigheden zijn door gemiste opleidingskansen in het verleden slechter. Vroegtijdige en adequate hulpverlening na seksueel geweld bieden bescherming tegen lichamelijke en psychische gevolgen en kunnen ook de kans op revictimisatie verminderen (de Graaf & Wijsen, 2017).

Tabel 2: de gevolgen van seksueel misbruik. Bron: de Graaf & Wijsen (2017)

Gevolgen van seksueel misbruik	Odds Ratio
Psychogene insulten	3.0
Chronische bekkenpijn	2.7
Maag-darm stoornissen	2.4
Aspecifieke chronische pijn	2.2
Slaapstoornissen	16.1
Suïcide pogingen	4.1
Angststoornissen	3.0
Eetstoornissen	2.7
Depressie	2.7
PTSS	2.4

3.1.3 Proactief seksualiteit bespreken in de huisartsenpraktijk

Mensen die hulp zouden willen voor hun seksuele problemen en slachtoffers van seksueel geweld brengen dit dus vaker niet dan wel ter sprake bij een bezoek aan de huisartsenpraktijk. Als zij hun probleem wel ter sprake brengen, doen ze dit meestal tijdens een consult over een ander onderwerp. De hulpvraag wordt dus vaak indirect gebracht (Reijnierse, 2018). Het is dus aan de professionals in de huisartsenpraktijk (d.w.z. huisartsen, POH's en huisartsassistenten) om seksualiteit proactief ter sprake te brengen en te normaliseren, en om tekenen van seksueel misbruik vroegtijdig te herkennen en te bespreken. Dit gebeurt echter nog onvoldoende.

Hoewel er weinig kwantitatieve data uit Nederland is die concreet de mate aantoont waarin seksualiteit wordt besproken in de huisartsenpraktijk, laten enkele studies wel een trend zien die overeenkomt met de signalen uit het veld. In een Nederlandse studie naar praktijkondersteuners 'somatiek' bij de huisarts gaf ruim 76% aan het bespreken van seksuele problemen bij chronisch zieken belangrijk of zelfs heel belangrijk te vinden. Echter, meer dan de helft besprak seksuele problemen niet of slechts zelden (Barnhorn et al., 2021).

Verschillende Nederlandse onderzoeken naar de registratie van seksueel geweld en seksueel grensoverschrijdend gedrag bij de huisarts duiden op een forse onderrapportage (Donker & Lagro-Janssen 2019; Nielen et al., 2019). Hoewel de veranderende registratiemogelijkheden en

gebruik van ICPC codes³ het lastig maken concrete conclusies te trekken, komt dit overeen met het beeld dat zorgprofessionals tekenen van seksueel geweld vaak niet herkennen en bespreken.

3.1.4 Gestigmatiseerde groepen

Migratieachtergrond

In bepaalde gestigmatiseerde groepen wordt seksualiteit nog minder ter sprake gebracht. Een onderzoek bij Nederlandse huisartsen liet zien dat anticonceptie bij migranten en vluchtelingen significant minder ter sprake werd gebracht door de artsen. Bij patiënten uit Sub-Saharaan Afrika (Noord-Afrikaanse landen) is dit verschil nog uitgesprokener (Raben & van de Muijsenbergh, 2018). Ook vrouwen met een migratieachtergrond in Nederland zelf geven veelal aan dat zij zich niet goed begeleid of gehoord voelen door hun huisarts als het gaat om anticonceptie (Pruijssers, Vijlbrief & van der Vlugt, 2022). Internationale studies laten soortgelijke trends zien (Mengesha et al., 2018; Manninen et al., 2022). Ook POH's somatiek gaven barrières aan gerelateerd aan 'taal en etniciteit' of aan 'cultuur en religie' als één van de belangrijkste redenen om seksualiteit niet te bespreken (Barnhoorn et al., 2021).

Seksuele diversiteit

Bij lesbische, biseksuele en homoseksuele (LHB) mensen ervaren huisartsen meer barrières ten aanzien van het bespreekbaar maken van seksualiteit. Ze zeggen bijvoorbeeld onzeker te zijn over de te gebruiken terminologie en missen specifieke medische kennis (Gott, 2004). De patiënten zelf geven ook aan meer barrières te ervaren; 19% van de lesbische, homoseksuele en biseksuele personen, tegenover 10% van de heteroseksuele personen heeft het gevoel dat ze niet open over hun seksleven kunnen praten met hun huisarts als ze hier behoefte aan hebben. Zij zijn minder tevreden over de huisarts dan heteroseksuele personen (13% tegenover 8%), voelen zich vaker onbegrepen (17% tegenover 8%) en geven vaker aan wel eens te maken hebben gehad met discriminatie door, of vooroordelen van, huisartsen (28% tegenover 9%) (Hulskén & Bilman 2019; AGOM 2021).

Gezondheidsverschillen en gezondheidswinst

Door het proactief bespreken van seksualiteit door de huisarts en POH wordt het gesprek genormaliseerd. Zo worden zorgvragen sneller gesignaleerd, wordt seksueel geweld herkend en kan er adequate zorg worden geleverd. Zo worden de positieve gezondheidseffecten van seksualiteit gestimuleerd. Door als huisarts of POH seksualiteit proactief ter sprake te brengen valt er dus een grote gezondheidswinst te behalen. De terughoudendheid van zorgprofessionals ten aanzien van het bespreken van seksualiteit in bepaalde minderheidsgroepen is een probleem omdat het de gezondheidsverschillen voor gemarginaliseerde groepen verder vergroot. Het is dus van belang dat zorgprofessionals zich bij iedereen comfortabel voelen seksualiteit proactief ter sprake te brengen.

3.1.5 Conclusie

Seksualiteit wordt nog onvoldoende besproken in de huisartsenzorg. Met mensen met een migratieachtergrond en LHBTQIA+ personen wordt dit gesprek nog minder vaak gevoerd. Dit terwijl er vanuit patiënten hier wel behoefte aan is. Er valt hierin veel gezondheidswinst te behalen voor zowel de algemene populatie als voor mensen met chronische ziekten als voor slachtoffers van seksueel geweld. Omdat het voor patiënten zelf vaak erg moeilijk is hulpvragen ten aanzien van seksualiteit uit zichzelf ter sprake te brengen is het van belang dat de hulpverlener dit proactief en comfortabel kan doen.

.....
³ International Classification of Primary Care is in Nederland geaccepteerd als standaard voor coderen en classificeren van klachten, symptomen en aandoeningen in de huisartsenpraktijk.

3.2 Seksualiteit in de gehandicaptenzorg

3.2.1 Seksualiteit bij mensen met een verstandelijke beperking

Zoals beschreven in de *Inleiding* focust dit onderzoek binnen de gehandicaptenzorg zich specifiek op de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. De groep mensen met een verstandelijke beperking is erg divers. De ernst van de beperking kan sterk variëren. Ook kunnen verstandelijke beperkingen deel uitmaken van een syndroom, ontwikkelings- of gedragsstoornis of niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Elk van deze kunnen de ontwikkeling en beleving van seksualiteit beïnvloeden (Honing, 2017). Zorg voor deze groep is dus per definitie maatwerk. Anderzijds zijn er ook duidelijke trends te herkennen in de seksuele ontwikkeling binnen deze groep en de mate en vorm waarin seksualiteit met hen besproken wordt.

Uit vele studies blijkt dat mensen met een verstandelijke beperking zelf aangeven behoefte te hebben aan seksualiteit en relaties, seksueel actief zijn en kennis willen opdoen over seksualiteit (Schaafsma 2015; Schaafsma et al, 2017; Honing 2017). Echter is voor mensen met een verstandelijke beperking een gezonde seksuele ontwikkeling lang niet altijd vanzelfsprekend. Expliciete aandacht voor en ondersteuning van de seksuele ontwikkeling en gezondheid door professionals is nodig om het seksueel welbevinden van mensen met een verstandelijke beperking te vergroten.

3.2.2 Verstandelijke beperking, wilsbekwaamheid en consent

Mensen met een verstandelijke beperking worden in sommige situaties niet geacht wilsbekwaam te zijn. Wilsbekwaamheid wordt altijd ingeschat 'ter zake', dus voor een specifieke situatie. Iemand is wilsbekwaam ter zake wanneer diegene de informatie over de situatie begrijpt, de gevolgen van zijn beslissing kan overzien en in staat is een beslissing te maken (KNMG, onbekend). De inschatting dat iemand niet wilsbekwaam is zelf te beslissen over bepaalde aspecten van diens leven staat op gespannen voet met de seksuele rechten, zoals het respect voor lichamelijke integriteit, de keuzevrijheid om wel of niet seksueel actief te zijn en de keuzevrijheid om wel of niet kinderen te krijgen en wanneer. Zorgprofessionals moeten er dan ook zo veel mogelijk op gericht zijn mensen met een verstandelijke beperking te ondersteunen in het maken van eigen keuzes. Hierin moet oog zijn voor de barrières die mensen met een verstandelijke beperking ervaren in het vrijuit kunnen ontwikkelen van hun seksualiteit.

3.2.3 Barrières in seksuele beleving en ontwikkeling

Mensen met een verstandelijke beperking ervaren verschillende barrières in het vormgeven van hun seksuele welzijn. Zo is het tot zich nemen en onthouden van kennis rondom seksualiteit lastiger. Ook is het door de verstandelijke beperking moeilijker aan te voelen en onder woorden te brengen wat hun behoeftes zijn. Daarnaast is het moeilijker situaties in te schatten, waardoor zij kwetsbaarder zijn voor seksueel grensoverschrijdend gedrag. Zo blijken mensen met een verstandelijke beperking zowel vaker plegger als slachtoffer te zijn van seksueel geweld (Samson, 2012; van Berlo et al., 2011; Kok et al., 2009). 61% van de vrouwen en 23% van de mannen met een verstandelijke beperking heeft ooit seksueel grensoverschrijdend gedrag meegemaakt, variërend van een kwetsende aanraking tot verkrachting. Ook maken zij vaker langdurig en ernstiger seksueel geweld mee dan mensen zonder beperking (Berlo et al., 2011). De mensen in hun omgeving, zoals ouders, begeleiders en andere professionals, zijn vaak niet op de hoogte van dit geweld en melden aanzienlijk lagere percentages. Dit laat de noodzaak zien van het openlijk en proactief bespreken van seksualiteit in de zorg met mensen met een verstandelijke beperking.

Maar ook factoren vanuit de omgeving zijn van invloed op de seksuele ontwikkeling en beleving van mensen met een verstandelijke beperking. Zo krijgen mensen met een verstandelijke beperking wonend in een instelling ruimte voor het experimenteren met sociaal-seksueel gedrag omdat de instelling dat niet toestaat of niet kan begeleiden (Honing, 2017; Van Nieuwenhuizen et al., 2006). De kennis en positieve voorbeelden uit hun peergroep⁴ waar ze van zouden kunnen leren zijn ook beperkt (Fitzgerald & Withers, 2013; Lisdonk, Dalmijn, & Cense, 2016). Veel informatie komt tot hen via social media en bijvoorbeeld porno sites. Vanwege de verstandelijke beperking zijn zij echter minder goed in staat onderscheid te maken tussen fictie en realiteit (Honing 2017). Ook krijgen zij vaker gedragsregulerende medicatie die de seksuele beleving kan beïnvloeden.

3.2.4 Gestigmatiseerde groepen

Gender verschillen

Bij meiden en vrouwen met een verstandelijke beperking is bekend dat ze vaker gevoelens van schuld en depressie ervaren na de seks (Shandra & Chowdhury, 2012; Schaafsma 2013). Zij nemen vaker een passieve rol aan en zijn in een heteroseksuele context veelal gefocust op het tegemoet komen van de wensen van de man (Schaafsma 2013; Fitzgerald & Withers, 2011). Er doen zich bij vrouwen meer seksuele problemen voor als gevolg van seksueel geweld, kindervwens problematiek, relatieproblematiek en onvrede over de frequentie en aard van het seksuele contact. Bij mannen staan problemen van seksuele ontevredenheid en seksueel ongepast gedrag op de voorgrond (Honing 2017; Hennekamp 2015).

Homoseksualiteit

Mensen met een verstandelijke beperking staan gemiddeld gezien negatiever tegenover homoseksualiteit. Mensen met verstandelijke beperkingen met aantrekking tot hetzelfde geslacht ervaren vaker gevoelens van depressie en eenzaamheid (Schaafsma 2015; Abbot 2007).

Migratieachtergrond

Net als in de huisartsenzorg bestaan er in de gehandicaptenzorg ook etnische en culturele gezondheidsverschillen. Internationale studies laten zien dat mensen met een migratieachtergrond en een verstandelijke beperking minder vaak door een vaste professional worden begeleid, ze ontvangen minder vaak zorg gericht op hun familie, wachten gemiddeld langer op een diagnose dan mensen met een VB zonder migratieachtergrond en zijn vaker ontevreden over hun zorg (van Herwaarden, 2020; Flores, 2010; Magaña, Parish, Rose, Timberlake, & Swaine, 2012). Ook gaven mensen met een migratieachtergrond en een verstandelijke beperking aan dat zij taalproblemen, een gebrek aan cultureel bewustzijn, racisme en stigmatisering in de zorg ervaren (van Herwaarden, 2020). Al deze factoren kunnen ook impact hebben op het creëren van een situatie waarin seksualiteit veilig, cultuursensitief en proactief besproken wordt.

3.2.5 Bespreken van seksualiteit

Met de behoefte aan seksualiteit enerzijds en de uitdagingen in het doormaken van gezonde seksuele ontwikkeling anderzijds is het openlijk bespreken van seksualiteit erg belangrijk. Er zijn in de literatuur geen exacte cijfers te vinden over de mate waarin seksualiteit besproken wordt in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Wel is bekend dat zij minder vaak seksuele voorlichting hebben gehad. Wanneer zij dit wel hebben gehad, hebben zij meer moeite met het onthouden en terughalen van de geleerde informatie (Schaafsma 2015).

.....
⁴ Peers zijn mensen uit een groep die vergelijkbare identiteiten en/of status hebben, zoals leeftijdsgenoten of, in dit geval, andere personen met een verstandelijke beperking.

De ideeën over seksualiteit bij mensen met een verstandelijke beperking zijn in ontwikkeling. Enkele decennia geleden werden mensen met een verstandelijke beperking veelal gezien en bestempeld als asexueel (Kok, 2009). Inmiddels is er meer erkenning voor de seksuele behoeftes van deze groep. De huidige beschikbare methodieken om seksualiteit te bespreken met deze groep zijn echter veelal gericht op het beperken van de risico's van seksueel grensoverschrijdend gedrag, ongewenste zwangerschappen en soa's. Daarnaast gebeurt het bespreken van seksualiteit met deze groep nog te vaak reactief, nadat zich er een probleem zoals seksueel grensoverschrijdend gedrag of een mislukte relatie voordoet (Schaafsma 2017). Meer proactieve aandacht is nodig voor de positieve seksuele ontwikkeling bij mensen met een verstandelijke beperking.

3.2.6 Conclusie

Mensen met een verstandelijke beperking hebben behoefte aan en ook recht op seksualiteit. De verstandelijke beperking creëert echter, op verschillende vlakken, barrières voor het vrijuit beleven van hun seksualiteit. Het begeleiden van de seksuele ontwikkeling, kennis en het maken van autonome beslissingen ten aanzien van seksualiteit is daarom een belangrijke taak van de zorgprofessional.

Er bestaan geen studies over de mate waarin seksualiteit besproken wordt in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Wel is bekend dat zij minder vaak seksuele voorlichting hebben gehad. Wanneer zij deze wel hebben gehad is deze minder effectief, omdat de informatie minder goed wordt onthouden. Herhaaldelijke, bij het ontwikkelingsniveau passende, voorlichting, evenals constante aandacht voor seksualiteit bij de zorgprofessionals is daarom nodig. In **hoofdstuk 4** wordt verder ingegaan op welke barrières zorgprofessionals ervaren in het bespreekbaar maken van seksualiteit en wat hierin helpend kan zijn.

3.3 Seksualiteit in de jeugdhulp

3.3.1 Seksuele ontwikkeling en gedrag van jongeren in de residentiële jeugdhulp

De onderstaande paragrafen gaan in op de specifieke kenmerken van de seksuele ontwikkeling en ook het voorkomen van seksueel grensoverschrijdend gedrag in de jeugdhulp. Veelal gaat dit over de residentiële jeugdhulp, omdat hier meer onderzoek naar is gedaan.

Uit een grote Nederlandse studie over de seksuele beleving van kinderen en jongeren in de residentiële jeugdzorg blijkt dat zij op verschillende gebieden verschillen van hun leeftijdsgenoten in hun seksuele ontwikkeling en gedrag (Marra, de Graaf & Meijer, 2020). Hoe dit zit bij kinderen en jongeren in de ambulante jeugdzorg is niet bekend. Hoewel kinderen en jongeren in de residentiële jeugdzorg in dezelfde mate als leeftijdsgenootjes gevoelens van verliefdheid ervaren, hebben ze al meer ervaring met alle vormen van fysieke intimiteit (van zoenen tot geslachtsgemeenschap). 76% van de jongens en 82% van de meiden in de residentiële jeugdzorg hebben ervaring met geslachtsgemeenschap, vergeleken met respectievelijk 38% en 48% van de jongeren buiten de residentiële jeugdzorg. Ook hebben zij meer ervaring met seks in ruil voor geld of goederen. De meerderheid van zowel de jongens als de meiden staan positief tegenover hun laatste seksuele contact. Ook blijkt dat deze jongeren, met name de meiden, meer open en progressieve ideeën hebben als het gaat over hun houding tegenover seks, genderrollen en homoseksualiteit. Met name de meiden hebben vaker seksuele ervaringen met iemand van hetzelfde geslacht vergeleken met leeftijdsgenoten. Jongeren in de residentiële jeugdzorg lopen een groter risico op soa's. Zij hebben meer wisselende contacten en met name de jongens gebruiken minder vaak een condoom dan

leeftijdsgenoten. Ook gebruiken jongens minder vaak anticonceptie. Hoewel meiden in dezelfde mate anticonceptie gebruiken als leeftijdsgenoten buiten de residentiële jeugdzorg, ervaren zij wel vaker ongeplande zwangerschappen (Marra, de Graaf & Meijer, 2020).

3.3.2 Seksueel grensoverschrijdend gedrag in de residentiële jeugdzorg

In 2012 verscheen het rapport van de commissie-Samson omtrent de omvang van seksueel misbruik binnen de jeugdhulp (Samson-Geerlings et al, 2012). Jongeren boven de 12 jaar in de residentiële jeugdzorg rapporteren twee keer zo veel incidenten van seksueel misbruik als hun leeftijdsgenoten. Het gaat dan om zo'n 143 per 1000 jongeren in de residentiële jeugdzorg versus 74 per 1000 jongeren in de gemiddelde populatie. De commissie gaat uit van een onderrapportage. De daadwerkelijke gevallen liggen mogelijk dus nog hoger. Meiden werden twee keer zo vaak slachtoffer als jongens en jongeren met een (licht) verstandelijke beperking werden drie keer zo vaak slachtoffer vergeleken met jongeren zonder verstandelijke beperking. Echter bleef dit grootschalige probleem veelal onzichtbaar voor de hulpverleners: slechts 2% van het misbruik dat de kinderen rapporteerden werd ook gesignaleerd door hulpverleners. Professionals gaven gemiddeld aan slechts één incident per 5,5 jaar mee te maken. Dit liet een groot gebrek zien in de handelingsbekwaamheid als het gaat om het bespreekbaar maken van seksualiteit in de jeugdhulp (Samson-Geerlings et al., 2012).

3.3.3 Interventies en handelingsverlegenheid

Sinds de publicatie van het rapport van de commissie-Samson hebben er verschillende interventies plaatsgevonden in de jeugdzorg, zoals het introduceren van het kwaliteitskader voorkomen seksueel misbruik, waardoor instellingen verplicht worden tot het implementeren van beleid en methodieken die seksueel misbruik kunnen voorkomen. (Dijkshorn, Kuypers & Höing, 2017; Höing, Boer & Winsman, 2018; NJI, 2014). Desalniettemin blijft de ervaring dat er een handelingsverlegenheid is bij zorgprofessionals als het gaat om het bespreken van seksualiteit. Seksualiteit wordt vooral reactief besproken wanneer er zich problemen voordoen in plaats van proactief als deel van de (seksuele)opvoeding. Ook zijn er zorgen over het verslappen van de aandacht voor het thema binnen de opleidingen (Höing, Boer & Winsman, 2018). Hoewel er geen specifieke data bekend is over de mate waarin seksualiteit bespreekbaar wordt gemaakt in de jeugdhulp, is duidelijk dat de problematiek rondom seksualiteit nog steeds speelt.

Meer recente cijfers uit 2020 laten zien dat jongeren in de residentiële jeugdzorg nog steeds over-gerepresenteerd zijn in cijfers van seksueel geweld. Zo hadden in 2020 41% van de meiden wonend in de residentiële jeugdzorg seks tegen hun wil, vergeleken met 16% van hun leeftijdsgenoten. Ook jongens hadden meer ervaring met ongewenste aanrakingen en zoenen vergeleken hun leeftijdsgenoten. Dit betrof ook seksueel geweld dat had plaatsgevonden vóór verhuizing naar de instelling (Marra, de Graaf & Meijer, 2020). Een eerdere ervaring met seksueel geweld is één van de grootste risicofactoren voor hernieuwd misbruik (Largo-Janssen, 2019). De complexe hechtingsproblematiek en trauma die veel jongeren in de jeugdhulp ervaren maakt hen extra kwetsbaar voor het worden van zowel een pleger als slachtoffer van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Zo concludeerde de commissie-Samson dat het risico van seksueel misbruik inherent is aan de residentiële jeugdzorg en pleegzorg doordat kinderen met zwaar belaste achtergronden en problemen met elkaar in groepen worden geplaatst (Samson-Geerlings et al., 2012). Er is dus proactief en secuur beleid nodig om die risico's nog verder te beperken. Het proactief en comfortabel bespreekbaar maken van seksualiteit, zowel ten aanzien van grensoverschrijdend gedrag als positieve ervaringen en het leren aangeven van grenzen en wensen, speelt hierin een belangrijke rol.

3.2.4 Conclusie

Er bestaat geen kwantitatieve data over in welke mate seksualiteit en seksuele gezondheid door hulpverleners wordt besproken met kinderen en jongeren in de jeugdhulp. Literatuur en data over seksualiteit bij kinderen en jongeren richten zich veelal op de residentiële jeugdhulp en niet op de ambulante jeugdhulp. Het is bekend dat er in de jeugdhulp een handelingsverlegenheid is als het gaat om het bespreken van seksualiteit. Terwijl het juist voor deze groep belangrijk is hier openlijk over te kunnen spreken, omdat zij extra kwetsbaar zijn voor het worden van zowel slachtoffer als pleger van seksueel grensoverschrijdend gedrag. De gemeente, maar ook de Rijksoverheid hebben hierin een hulp- en beschermingsplicht naar de kinderen en jongeren toe. In het volgende hoofdstuk wordt verder ingegaan op welke barrières zorgprofessionals ervaren in het proactief bespreekbaar maken van seksualiteit en welke ingangen er zijn voor verbetering.

3.4 Seksualiteit bespreken in zorg- en welzijnsrelaties

In alle onderzochte werkvelden is er handelingsverlegenheid als het gaat om het bespreken van seksualiteit. Seksualiteit wordt nog onvoldoende besproken. Dit terwijl er veel te winnen valt in termen van seksuele gezondheid en ontwikkeling, positieve seksuele beleving en de preventie van seksueel geweld wanneer deze onderwerpen meer besproken worden.

Alleen in de huisartsenzorg zijn er een aantal onderzoeken die specifiek kijken naar de mate waarin seksualiteit besproken wordt in de huisartsenpraktijk. Deze laten zien dat er voor patiënten barrières zijn voor het proactief bespreken van seksualiteit en dat deze barrières nog groter zijn bij slachtoffers van seksueel geweld en bij minderheidsgroepen zoals LHB+ personen en mensen met een migratieachtergrond. In de jeugdhulp en de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking is er minder concrete data gevonden over de mate waarin seksualiteit besproken wordt. Wel laten verschillende kwalitatieve studies in de gehandicaptenzorg duidelijk zien dat er een handelingsverlegenheid bestaat als het gaat om het bespreken van seksualiteit en ontvangt deze groep minder vaak seksuele voorlichting. In de jeugdhulp is met name de onderrapportage van seksueel grensoverschrijdend gedrag een indicator van de handelingsverlegenheid van zorgprofessionals om seksualiteit te bespreken.

In de volgende paragrafen beschrijven we welke barrières zorgprofessionals in de verschillende zorgdomeinen ervaren ten aanzien van het bespreekbaar maken seksualiteit en welke factoren ondersteunend kunnen zijn.

4 Barrières en ondersteunende factoren

In dit hoofdstuk beantwoorden we deelvragen 2 en 3.

- 2. Welke verklaringen en factoren zijn er die het bespreekbaar maken kunnen bemoeilijken en zijn er overeenkomsten dan wel verschillen bekend tussen zorgsectoren en doelgroepen?**
- 3. Wat is ondersteunend binnen de zorgsectoren om het thema te bespreken of bespreekbaar te maken?**

Zoals hierboven beschreven is duidelijk dat seksualiteit in zorg- en welzijnsrelaties minder besproken wordt dan wenselijk is. De juiste kennis en competentie, attitude en een veilige omgeving zijn nodig voor zorgprofessionals om seksualiteit proactief en comfortabel bespreekbaar te kunnen maken (Dijkshorn, Kuypers en Höing, 2017). Echter ervaren zorgprofessionals verschillende individuele, interpersoonlijke, organisatorische en structurele barrières die de nodige ontwikkeling in de weg kunnen staan.

Hier zoomen de volgende paragrafen op in. Daarbij wordt er ingegaan op wat er ondersteunend is binnen de zorgsectoren om seksualiteit wel bespreekbaar te maken.

4.1 Kennis en competentie

Voor de drie werkvelden opgenomen in dit onderzoek geldt dat gebrekkige kennis en competenties belangrijke belemmerende factoren zijn voor zorgprofessionals om seksualiteit comfortabel en proactief ter sprake te brengen (Barnhorn et al, 2021; Gott et al, 2004; Bogaert & De Lepeleire 2012; Dijkshorn, Kuypers en Höing, 2017). Op het moment dat een zorgprofessional het idee heeft niet bekwaam te zijn in het voeren van dit gesprek zal deze het ook uit de weg gaan. Het gaat hierbij bijvoorbeeld over kennis over seksuele problematiek, wat normale seksuele ontwikkeling is, de behandel- en doorverwijsmogelijkheden en handvatten voor gespreksvoering. In een studie onder medisch specialisten bleek het hebben gevolgd van communicatietrainingen de beste voorspeller te zijn voor het al dan niet afnemen van een seksuele anamnese (Tsimtsiou, 2006). Eenzelfde soort dynamiek was te zien bij medewerkers in de jeugdzorg (Dijkshorn, Kuypers en Höing, 2017). Opleidingen en nascholingen, evenals tools die de kennis vergroten en handvatten bieden, zijn dus een belangrijke factor in het verbeteren van de communicatie over seksualiteit in de zorg.

Naast het hebben van theoretische kennis is het eveneens van belang om deze kennis daadwerkelijk te blijven toepassen, want anders verwatert deze (Dijkshorn, 2017; Lijster et al, 2017). Met name door het opdoen van ervaring in het proactief bespreken van seksualiteit traint de zorgprofessional zich hierin. Behalve kennis zijn dus ook de juiste omstandigheden nodig om deze kennis toe te passen. Met andere woorden: als een zorgprofessional theoretische kennis heeft, maar niet de juiste omstandigheden om deze te kunnen of durven toe te passen, doet deze geen ervaring op en verwatert ook de kennis. Hierover meer in de paragrafen over attitude en veiligheid.

4.1.1 Gender en ervaring

Als het gaat om het opdoen van ervaring speelt het gender van de zorgprofessional ook een rol. In het sociale domein worden de functies van seksuoloog, seksueel consulent, aandachtsfunctionaris seksualiteit en onderzoeker op het gebied van seksuele gezondheid veelal door vrouwen vervuld (Schaafsma 2015). Vanuit de huisartsenzorg geven patiënten vaak de

voorkeur aan een zorgprofessional van hetzelfde geslacht (Leusink et al., 2019; Manninen et al, 2022). Hierdoor doen zij minder ervaring en dus kennis en competentie op in het bespreken van seksuele problematiek bij patiënten van een ander geslacht. Daardoor voelen zij zich weer minder bekwaam en gaan zij minder snel uit zichzelf deze gesprekken aan. Zo houdt deze gender-afhankelijke bekwaamheid zichzelf in stand. Patiënten zelf geven overigens aan de empathie en kennis van de huisarts hierin belangrijker te vinden dan het gender (Leusink et al, 2019).

4.1.2 Kennis ten aanzien van minderheidsgroepen

Gebrek aan specifieke kennis en competentie ten aanzien van minderheidsgroepen vormt een belemmering voor het bespreekbaar maken van seksualiteit. Ideeën en vooroordelen van zorgprofessionals over bepaalde subpopulaties verhogen voor hen de drempel voor het bespreekbaar maken van seksualiteit. Denk bijvoorbeeld aan mensen met een vluchtelingen- of migratieachtergrond, LHBTQIA+ personen en ouderen (Gott, 2004; Barnhoorn et al., 2021; Raben & van den Muijsenbergh 2018, Herwaarden et al, 2020).

4.1.3 Interculturele competenties

Zoals eerder toegelicht blijken in de context van de huisartsenpraktijk zaken rondom seksualiteit minder vaak besproken te worden met mensen met een migratie en/of vluchtgeschiedenis en met Zwarte mensen. Huisartsen, verpleegkundigen en POH's geven barrières gerelateerd aan cultuur op als een belangrijke reden om seksualiteit niet te bespreken (Barnhorn, 2021; Gott, 2004; Raben & van den Muijsenbergh 2018). Zij hebben het beeld dat bij bepaalde culturele groepen en etnische minderheden seksualiteit in de zorg niet proactief besproken kan worden. Echter bleek dit beeld veelal niet gebaseerd te zijn op daadwerkelijke ervaringen, maar op ongevraagde aannames van de zorgprofessional (Gott, 2004). Ook in de gehandicaptenzorg is bekend dat er gezondheidsverschillen bestaan op basis van migratieachtergrond (van Herwaarden, 2020).

Er bestaan culturele verschillen in de ideeën en beleving van seksualiteit en in de verwachting van arts-patiënt relaties en de communicatie hierover (Nuñez Mahdi et al, 2019). Hoewel dit waar is op groepsniveau, zijn de verschillen tussen individuen binnen een (sub)cultuur groot. Daarom zijn een open, oprechte en nieuwsgierige attitude en professionele empathie belangrijker dan specifieke kennis over bepaalde (sub)culturen. Scholing in algemene interculturele competentie, brede communicatievaardigheden, reflectie van zorgprofessionals op hun eigen normen en waarden en impliciete bias training kunnen hierin een positieve bijdragen leveren (Nunez Mahdi et al., 2019).

Opvallend is dat interculturele verschillen met name in de huisartsensector als barrière worden beschreven. Meer diversiteit in de geneeskunde en specialisatie opleidingen en het bevorderen van de doorstroom van mensen met gemarginaliseerde identiteiten in de medische professie, zullen de interculturele competenties in de huisartsenzorg positief beïnvloeden (Nunez Mahdi et al., 2019).

4.1.4 Gender en seksuele diversiteit

Soortgelijke barrières worden ervaren bij het bespreken van seksualiteit met LHBTQIA+ personen. Huisartsen gaven onzekerheid aan in relatie tot het gebruik van 'juiste' woorden en zorgen over het missen van specifieke kennis over seksualiteit bij deze groepen (Gott, 2004). Extra scholing maar ook handvatten en tools specifiek over deze groepen kunnen deze ervaren drempel voor zorgprofessionals verlagen.

4.1.5 Passende voorlichtingsmaterialen en tools

Voorlichtingsmaterialen die expliciet rekening houden met seksuele- en genderdiversiteit en met culturele verschillen in de beleving van seksualiteit zijn helpend om hulpverleners handvatten te geven om seksualiteit breed bespreekbaar te maken. Visuele ondersteuning en uitleg in begrijpelijke taal kunnen helpen bij mensen met een taalbarrière of die laaggeletterd zijn. Als het gaat om de jeugdhulp en de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking is het daarnaast van belang dat het voorlichtingsmateriaal aansluit op het ontwikkelings- en kennisniveau van de persoon. Hierin blijkt dat begeleiders van mensen met een verstandelijke beperking het kennisniveau van hun cliënten structureel overschatten (Aga, 2010).

4.2 Attitude

Naast kennis is de attitude van de hulpverlener van belang. Zoals eerder beschreven hangen seksualiteit, gezondheid en welzijn nauw met elkaar samen. Zien zorg- en welzijnswerkers het ook als hun taak seksualiteit bespreekbaar te maken? Zien zij het belang hiervan? Op wat voor manier doen zij dit en wat hopen ze er mee te bereiken? Hierin spelen de eigen normen en waarden van de professional vaak een rol en de mate waarin zij deze scheiden van hun professionele rol als zorgprofessional. Een duidelijke visie, beleid en taakverdeling vanuit de instelling kunnen helpend zijn voor de professional om hun eigen rol hierin te duiden. Maar ook structurele zaken, zoals de opleiding, tijd en de toegankelijkheid van aanvullende zorg spelen hierin een rol.

4.2.1 Taakopvatting: proactief versus reactief

Als een zorgprofessional seksuele gezondheid en ontwikkeling niet ziet als deel van diens taak vormt dit logischerwijs ook een barrière voor het bespreekbaar maken van seksualiteit. Zo zien sommige huisartsen seksualiteit als een 'niet-medisch' onderwerp (Gott, 2004). Deze attitude hangt natuurlijk nauw samen met de kennis over hoe seksualiteit en gezondheid elkaar wederzijds beïnvloeden (Whipple, 2008; Höing, 2017). Ook blijkt dat in de verschillende zorgsectoren seksualiteit vaak slechts reactief besproken wordt als er zich problemen voordoen, in plaats van proactief (Schaafsma 2015; Gott, 2004). Echter, zoals eerder genoemd, is het voor veel mensen, met name voor slachtoffers van seksueel geweld, moeilijk vraagstukken rondom seksualiteit ter sprake te brengen. Het is dus juist aan de zorgprofessional om dit proactief te doen. Ook voor de begeleiding van een gezonde seksuele ontwikkeling van kinderen en jongeren in de jeugdhulp en mensen met een verstandelijke beperking is het juist van belang om seksualiteit proactief te bespreken en niet alleen reactief, als er sprake is van een probleem (Schaafsma 2015; Fitzgerald & Whitters 2011). Anders kan het effect zijn dat aangeleerd wordt dat seksualiteit met name problematisch is, in plaats van ook plezierig (Fitzgerald & Whitters 2011).

4.2.2 Passende, toegankelijke zorg

Daarnaast spelen twijfels over het eigen vermogen daadwerkelijk iets voor een patiënt, cliënt of bewoner te kunnen betekenen een rol. Zorgprofessionals zijn bang een 'Doos van Pandora' te openen, met problemen waar zij vervolgens geen raad mee weten (Gott, 2004; Largo-Janssen 2019). Dit heeft deels te maken met hun eigen kennis en competentie, maar ook met de daadwerkelijke mogelijkheden die zij kunnen bieden van passende, toegankelijke zorg en de toegankelijkheid van de zorg. Verwijzing naar een seksuoloog wordt bijvoorbeeld niet vergoed in het basispakket. Om dezelfde reden ervaren zorgprofessionals de gelimiteerde consulttijd en hoge werkdruk als een belemmerende factor in het comfortabel en effectief bespreekbaar maken van seksualiteit (Gott, 2004).

4.2.3 Seksualiteit als privé aangelegenheid

Met name de residentiële jeugdhulp en woonvormen voor mensen met een verstandelijke beperking zijn een plek waar privé en professionele zaken soms door elkaar kunnen lopen. Wat de woonplek is van het kind, de jongere of de bewoner, is de werkplek van de professional. Seksualiteit en intimiteit zijn onderdeel van het dagelijks leven van mensen die wonen in een residentiële instelling en vinden logischerwijs ook plaats op hun woonplek. De zorgprofessional moet zich daar op een professionele wijze tot kunnen verhouden. Alleen wordt seksualiteit veelal gezien als een privé aangelegenheid, zeker als het geen probleemgedrag of grensoverschrijding betreft (Schaafsma 2019). Dat kan voor zorgprofessionals een reden zijn om niet het gesprek aan te gaan over seksualiteit.

Ook voor de hulpverlener zelf kan het bespreken van seksualiteit voelen als een onderwerp dat té veel raakt aan de eigen privacy. Hierin is het helpend onderscheid te maken tussen 'privé' en 'professionele seksualiteit' (Schaafsma, 2019). Bij 'professionele seksualiteit' gaat het om seksualiteit als onderwerp in het 'publieke domein'. Het gaat dus over het overbrengen van algemene kennis, vaardigheden en attitudes rondom seksualiteit (Schaafsma, 2019). Een voorwaarde hiervoor is natuurlijk dat de hulpverlener zelf over de kennis, vaardigheden en attitudes beschikt om deze over te kunnen brengen.

Ook in de huisartsenzorg vormt de overtuiging dat seksualiteit een privé aangelegenheid is een barrière voor het bespreekbaar maken van seksualiteit. Huisartsen kunnen bang zijn als "voyeur" gezien te worden (Zeler, 2020; Gott 2004). Anderzijds suggereert een Franse studie dat het overgrote deel van huisarts patiënten (93%) positief of neutraal staat tegenover het initiëren van een gesprek over seksualiteit door de huisarts, zelfs als de hulpvraag waarmee ze naar de huisarts kwamen daar geen directe aanleiding voor gaf (Zeler, 2020). In een goede arts-patiëntrelatie, gestoeld op wederzijds vertrouwen, vindt een meerderheid van de patiënten dat de arts mag vragen naar intieme zaken zoals seksualiteit (Largo-Janssen, 2019). Wat er nodig is om zo'n vertrouwensrelatie op te bouwen met een zorgprofessional wordt uitgebreider besproken onder de paragraaf **Veiligheid**.

4.2.4 Beschermen versus beperken

Naast barrières in het al dan niet proactief bespreken van seksualiteit zijn er ook barrières ten aanzien van de manier waarop en de intentie waarmee seksualiteit besproken wordt. Deze zijn veelal ook het gevolg van de attitude van de zorgprofessional.

Met name als het gaat om mensen met een verstandelijk beperking en minderjarigen in de jeugdhulp is er een spanningsveld tussen het beschermen versus beperken op het moment dat seksualiteit bespreekbaar wordt gemaakt. Uit angst voor seksueel grensoverschrijdend gedrag kunnen beperkingen worden opgelegd. Een voorbeeld hiervan is beleid op organisatieniveau dat het knuffelen van begeleiders van mensen met een verstandelijke beperking verbiedt (Fitzgerald & Withers, 2011). Deze beperkingen kunnen enerzijds houvast en een gevoel van veiligheid bieden voor de zorgprofessional. Het komt voort uit een zorg voor de kwetsbaarheid van mensen met een verstandelijke beperking om slachtoffer te worden van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Echter worden met beperkende interventies ook de mogelijkheden tot experimenteren en leren uit de praktijk ontnomen (Fitzgerald & Withers, 2011; Aga 2010; Schaafsma, 2015; Schaafsma et al., 2017.) Het wél toestaan van bijvoorbeeld knuffelen en het hierin bewust omgaan en communiceren over grenzen en wensen bieden juist kansen voor het begeleiden van de ontwikkeling op het gebied van seksualiteit en intimiteit.

Het begrenzen kan ook voortkomen uit eigen normen over wat gepast seksueel gedrag is (Aga, 2010; Welling & Kwakman 2015; Verstraeten, 2011). Dit kan bijvoorbeeld gaan over ideeën wat een gepast aantal seksuele contacten is of wat ongepast seksueel gedrag is voor mannen of vrouwen. Zorgprofessionals kunnen daarin reageren vanuit hun eigen kader van normen en waarden en ervaringen (Welling, & Kwakman, 2015). Zo blijkt bijvoorbeeld dat jonge en vrouwelijke begeleiders restrictiever zijn in de ruimte die ze bieden voor seksueel experimenteren van bewoners met een verstandelijke beperking (Aga, 2010). Binnen teams die met kinderen, jongeren of mensen met een verstandelijke beperking werken verschillen de meningen over waar deze grenzen liggen (Aga, 2010, Kok 2009). Vanwege de afhankelijkheidspositie van het kind, jongere of persoon met verstandelijke beperking is het van belang dat de ruimte die zij krijgen voor hun seksuele ontwikkeling en het vormgeven van hun rechten op gebied van seksualiteit niet afhankelijk is van de persoonlijke opvattingen van individuele medewerkers. Het kan hierin helpen hierover organisatie breed een visie en beleid te formuleren.

4.2.5 Zelfbeschikking

Een belangrijke factor in het spanningsveld tussen begrenzen versus begeleiden is de mate waarin de autonomie en zelfbeschikking van het kind, jongere of persoon met een verstandelijke beperking wordt gewaardeerd. In een eerdere paragraaf over consent bij mensen met een verstandelijke beperking werd de afweging tussen het recht op seksualiteit en lichamelijke zelfbeschikking enerzijds en de inschatting van de wilsbekwaamheid anderzijds al besproken. De rol van de zorgprofessional is hierin het zo goed mogelijk begeleiden van het maken van een keuze. Dit uit zich onder andere in de manier waarop anticonceptie wordt besproken met deze groep. Onderzoek laat zien dat ideeën vanuit de organisatie die de persoon begeleidt en de ouders vaak een grotere rol speelden in de keuze in anticonceptievorm. De eigen ideeën hierover speelden in de praktijk een minder belangrijke rol (McCarthy, 2009). Voor het respecteren van het recht op zelfbeschikking is het van belang de ideeën en mening van de persoon met een verstandelijke beperking zelf te begrijpen en informatie over te dragen in een voor hen toegankelijke manier.

4.3 Veiligheid

Tot slot is naast de juiste kennis, competentie en attitude ook een veilige omgeving van belang voor het bespreekbaar maken van seksualiteit in zorg en welzijnsrelaties. We bedoelen hiermee de veiligheid die de zorgprofessional voelt om het gesprek over seksualiteit ook daadwerkelijk te voeren. Dit hangt samen met de positionaliteit van de zorgprofessionals, de ruimte die zij krijgen om een vertrouwensband op te bouwen, angst voor secundaire traumatisering en de steun die zij ervaren vanuit hun omgeving. Natuurlijk is het ook van belang dat de patiënt, cliënt of bewoner zich veilig voelt om dit gesprek vervolgens te voeren. Echter, gezien de scope van dit onderzoek wordt er hier gefocust op de veiligheid van de zorgprofessional.

4.3.1 Positionaliteit

De eigen ervaringen en positionaliteit van de zorgprofessionals spelen een rol in hoe veilig zij zichzelf voelen om seksualiteit ter sprake te brengen in zorg- en welzijnsrelaties. Leeftijd en gender kunnen hier een rol in spelen. Met name jonge, vrouwelijke zorgprofessionals krijgen vaker te maken met seksistische opmerkingen, ook binnen de zorgverleningsrelaties (van den Heuvel et al., 2021). Dit zou hun gevoel van veiligheid en het comfort waarmee ze seksualiteit bespreekbaar maken kunnen beperken.

4.3.2 Vertrouwensrelatie

Het ontwikkelen van een goede vertrouwensband met de patiënt, cliënt of bewoner is van belang voor het comfortabel maar ook effectief kunnen bespreken van seksualiteit (Bogaert & De Lepeleire, 2012; Largo-Janssen, 2019). Het opbouwen van zo'n vertrouwensband is een professionele vaardigheid. Echter, structurele factoren die in elk van deze sectoren spelen, zoals vele personeelwisselingen, personeelstekorten en beperkte tijd, vormen een belemmering in het opbouwen van een vertrouwensrelatie.

4.3.3 Secundaire traumatisering

Angst voor secundaire traumatisering van de hulpverlener zorgt er soms voor dat hulpverleners het gesprek over seksueel grensoverschrijdend gedrag niet aangaan (Höing, Boer & Wismans, 2018). Secundaire traumatisering is een onbewuste reactie van een hulpverlener op de traumatische verhalen van patiënten, cliënten of bewoners. Het lijkt alsof de hulpverlener de traumatische ervaring zelf heeft meegemaakt omdat hij zich dermate inleeft in het verhaal (Lybaert, 2016). Zorgprofessionals kijken dan soms liever weg dan dat ze de confrontatie aangaan. Meer aandacht voor deze secundaire traumatisering en hoe daar mee om te gaan in de opleiding is daarom wenselijk. Ook kan een vertrouwenspersoon professionals helpen in het verwerken van heftige verhalen (Höing, Boer & Wismans, 2018).

4.3.4 Steun van de omgeving

Tot slot is het van belang dat de zorgprofessional zich gesteund voelt door het team, de organisatie en/of het management om seksualiteit bespreekbaar te maken (Aga, 2010). Hierbij is het helpend als de organisatie een duidelijke visie uitdraagt wat betreft de normen en waarden ten aanzien van het omgaan en bespreken van seksualiteit.

4.4 Conclusie

Een zorgprofessional moet over de juiste kennis, competentie en attitude beschikken om het gesprek over seksualiteit in zorg en welzijnsrelaties proactief en comfortabel aan te kunnen gaan. Daarnaast moet de zorgprofessional zich veilig voelen om de kennis, kunde en attitude ook daadwerkelijk in de praktijk te brengen. Verschillende barrières evenals ondersteunende factoren werden geïdentificeerd op het niveau van de individuele zorgprofessional, de interpersoonlijke interactie, de zorg-organisatie en structureel beleid.

5 Focusgroepen

De focusgroepen richten zich op het beantwoorden van de volgende deelvragen:

4. In hoeverre voldoen bestaande instrumentaria aan de behoeften van de zorgprofessionals?
5. Wat is er volgens de zorg- en hulpverleners nodig? Welke behoeften hebben zij?

In **Bijlage 1** vind je een overzicht van de samenstellingen van de focusgroepen en in **Bijlage 2** de topiclijsten per focusgroep.

5.1 Instrumentaria

Voor het beantwoorden van deelvraag 4 is eerst een overzicht van bestaande tools voor het bespreekbaar maken van seksualiteit in de drie verschillende werkvelden gemaakt. Zie tabellen in **Bijlage 3**. Hierbij is gefocust op handvatten, werkvormen en lesmateriaal, evenals bronnen voor zorgprofessionals die het bespreekbaar maken van seksualiteit door zorgprofessionals faciliteren. Trainingen en scholingen voor zorgprofessionals zijn hier buiten gelaten. Specifieke therapieën, ondanks dat deze ook gespreksvormen betreffen, zijn hier ook buiten gelaten. In de focusgroepen zijn de tools aan de deelnemers voorgelegd en is hen gevraagd waarom zij deze wel of niet gebruiken en in hoeverre de bestaande tools voldoen aan hun behoeften. De resultaten uit de analyse worden hieronder samengevat.

5.1.1 Vindbaarheid tools

Zorgprofessionals uit de verschillende focusgroepen geven vooral aan dat er al heel veel tools zijn om seksualiteit bespreekbaar te maken met hun doelgroep, maar dat zij soms moeite hebben te selecteren welke tool voor welke situatie passend is.

'Er is zó veel. Je ziet door de bomen niet het bos [...] Ik merk dat ik moeite heb te bedenken welke [tool] wanneer te gebruiken.' GZ-5

Anderen geven tijdens de focusgroep juist aan niet op de hoogte te zijn van de vele beschikbare tools. Als het gaat om de vindbaarheid en organisatie en selectie van de tools valt er dus nog veel te winnen.

Bovenstaande is in lijn met de bevindingen in het voorleggen van tools in de focusgroepen. In slechts enkele gevallen is een tool bekend bij een meerderheid van de deelnemers en in nog minder gevallen worden deze ook daadwerkelijk gebruikt. In de huisartsenzorg focusgroep zijn dit de NHG-standaarden over aan seksualiteit gerelateerde thema's; aan seksualiteit gerelateerde thema pagina's op de website thuisarts.nl; de NHG e-learning 'Bespreken seksuele klachten in de spreekkamer', de website SeksHAG.org en het kaartenspel 'Seks, dat spreekt van zelf?'. In de jeugdhulp focusgroep zijn dit het Vlaggensysteem, de Genderbreadkit en de website sense.info. In de focusgroep over zorg voor mensen met een verstandelijke beperking zijn dit het Vlaggensysteem en de Hermeneutische cirkel.

Ondanks dat er al veel materiaal beschikbaar is worden er op sommige vlakken nog behoeften aangegeven waar de huidige tools niet voldoende in voorzien. Deze behoeften geven ze aan op basis van hun eigen ervaring en kennis van bestaande tools.

5.1.2 Positieve seksuele gezondheid

Zo geven zorgprofessionals, met name in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking aan dat het materiaal meer moet focussen op de begeleiding van een positieve gezonde seksuele ontwikkeling, in plaats van alleen het voorkomen van seksueel grensoverschrijdend gedrag en soa's.

Hoe ga je in gesprek en ondersteun je positieve en gezonde aspecten van seksualiteit? Dit mag ook meer terug komen in voorlichtingsmateriaal. GZ-X⁵

5.1.3 Diversiteit

Ook geven zorgprofessionals aan dat het voorlichtingsmateriaal soms onvoldoende divers en inclusief is als het gaat om verschillende achtergronden, bijvoorbeeld in afkomst of etniciteit. Bij mensen met een verstandelijke beperking is dit probleem extra versterkt omdat zij moeite hebben zich in te leven in afbeeldingen van personen die niet op hen lijken.

Waar we echt tegenaan lopen is dat er heel weinig inclusief materiaal is. Dus alles is wit. Heel veel getinte cliënten herkennen hun eigen lijf gewoon niet in een ander kleurtje. GZ-2

In mijn organisatie is er heel veel aandacht voor LHBTI. Maar iets over mensen met een andere culturele achtergrond, dat zie je helemaal niet terug. GZ-6

Ook is er behoefte aan tools voor cultuursensitief werken, het bespreken van LHBTQIA+ identiteiten bij groepen waarbij dit nog een groot taboe is en het bespreken van LHBTQIA+ vraagstukken specifiek voor mensen met een (L)VB en het omgaan met minderheidsstress.

5.1.4 Tools voor ouders/verzorgers

Naast tools voor het bespreekbaar maken van seksualiteit met patiënten, cliënten of bewoners geven zorgprofessionals in de jeugdhulp en zorg voor mensen met een VB aan ook behoefte te hebben aan handvatten voor het bespreken van seksualiteit met ouders/opvoeders. Zij spelen een belangrijke rol, maar missen soms kennis en kunde.

Het is voor professionals soms lastige materie, laat staan voor ouders. Hoe zou je aan ouders op een begrijpbare manier kunnen uitleggen, en kunnen laten inzien wat zij kunnen doen. JZ-1

Deze behoefte is er specifiek als het gaat om hoe om te gaan met seksualiteit en veiligheid op sociale media platforms.

Ik merk dat ouders het heel lastig vinden om bij die digitale wereld aan te sluiten en dat daar heel veel vragen over zijn. JZ-6

Ook geven zorgprofessionals aan dat ouders soms conservatievere ideeën hebben die bepalend kunnen zijn in het beleid.

Cliënten en personeel zijn wel heel open-minded. Bij de generatie van de ouders is dat wel lastig.[...] Dat kan soms heel bepalend zijn. GZ-3

⁵ 'X' refereert naar een geschreven bijdragen via het Jamboard van de focusgroep. Deze zijn anoniem.

5.1.5 Tools voor professionals zelf

Tot slot wordt aangegeven dat er behoefte is aan meer aandacht voor het proces van de zorgprofessionals zelf.

Specifieke aandacht voor jou als professional: hoe doe je dit [seksualiteit bespreken], hoe voel jij je als professional veilig om dit gesprek te voeren? GZ-X

Dit zou kunnen door middel van tools, maar ook door het onderwerp terug te laten komen in intervisie en opleidingen.

5.2 Conclusie

De uitkomsten van deze focusgroepen suggereren dat er met name in de jeugdhulp en zorg voor mensen met een verstandelijke beperking behoefte is aan het beter vindbaar maken van bestaande tools. Daarnaast is er meer aandacht nodig voor inclusief werken en diversiteit en aandacht voor de positieve seksuele ontwikkeling. Echter, gezien het al ruime aanbod waarbij zorgprofessionals aangeven slechts enkele daarvan daadwerkelijk te kennen en te gebruiken, lijkt het effectiever om diversiteit en positieve gezondheid en welzijn beter in te bedden in de bestaande, gebruikte tools, dan om nieuwe aparte tools hiervoor te ontwikkelen. Daarnaast is er behoefte aan handvatten voor het bespreekbaar maken van seksualiteit met ouders en verzorgenden en meer ruimte voor het reflecteren van de zorgprofessional op diens eigen rol en positie in het bespreekbaar maken van seksualiteit.

6 Behoeften

Voor het beantwoorden van deelvraag 5 is dieper ingegaan op de geïdentificeerde barrières uit het literatuuronderzoek en is de vraag gesteld: hoe worden deze overwonnen? En wat is daarvoor nodig op organisatie- en beleidsniveau?

6.1 Tijd en capaciteit

In alle focusgroepen geven de professionals aan dat tijd en capaciteit nodig zijn voor het bespreekbaar maken van seksualiteit. Tijdsgebrek en veel wisselende krachten vormen hierin een belemmering.

Ik herken heel erg het verloop in de teams en de personeelstekorten en ik denk dat een gevolg daarvan ook is dat we echt moeite hebben om een vertrouwensband op te bouwen. Als we veel met invallers werken. [...] Dat voorkomt wel dat je dit soort dingen kan verdiepen. JZ- 7

De tekorten in de zorg verergeren ook andere problematieken van bewoners, cliënten en patiënten, waardoor er nóg minder tijd en capaciteit beschikbaar is voor het bespreken van seksualiteit.

Door het grote verloop in ons team namen de problemen ook toe. De kinderen hebben veel problemen met hechting en hoe meer onbekenden er op de groep staan, hoe meer die zaken toenemen. We zouden een seksualiteit training gaan doen, maar we hebben in plaats daarvan een agressie training gedaan. JZ- 6

Er is echter een verschil tussen het bespreken van seksualiteit en het bespreekbaar maken.

Mensen voelen ook tijd als barrière. Maar ik zeg altijd, als dat een criterium is dan ga je nooit over seks praten want we hebben nooit tijd. Dus dan kan het eens smoes worden om het niet over seks te gaan hebben. Je kunt seks bespreekbaar maken door 1 of 2 vragen te stellen. Als dan blijkt dat het een issue is, dan kan je het parkeren en zeggen 'We komen nog eens terug' of 'Zullen we een dubbele afspraak maken?' [...] Dus het bespreken, ja dat kost tijd, maar het signaleren dat kan echt heel kort. HA-1

In deze context kan het helpen om vragen over seksualiteit standaard mee te nemen in vragenlijsten, intakes en behandelplannen.

Ik pleit er wel altijd heel erg voor seksualiteit mee te nemen in een zorgplan, werken aan gezonde seksuele relaties. En daarmee ook echt al vrij snel bespreekbaar maken dat dit een onderwerp is waar we het over kunnen hebben. JZ-6

Andere ingebrachte voorbeelden van manieren om bespreekbaarheid te signaleren zonder dat dit veel tijd kost zijn bijvoorbeeld het zichtbaar maken van posters en flyers over het thema of een pride vlag. Op deze manier weten zorgprofessionals binnen de beperkingen van tijd en capaciteit toch te signaleren dat er ruimte is voor het gesprek over seksualiteit.

6.2 Prioriteit en taakomschrijving

Gebrek aan tijd en capaciteit is een structureel probleem binnen de zorg, maar als het gaat om het bespreekbaar maken van seksualiteit speelt er meer. Het bespreken van seksualiteit is ook een kwestie van prioriteit, taakopvatting en attitude. Als er geen prioriteit wordt gegeven aan het thema is het gevolg dat seksualiteit alleen reactief besproken wordt op het moment dat er zich problemen voordoen. Dit in plaats van het proactief begeleiden van een gezonde seksuele ontwikkeling. Het is dus belangrijk dat een organisatie prioriteit maakt van het bespreekbaar maken van seksualiteit. Dit ontbreekt echter vaak.

Is het tijd [gebrek], of is het keuze om aan dit onderwerp tijd te besteden? Het is herkenbaar dat iedereen het heel druk heeft binnen de zorg. Maar er worden wel keuzes gemaakt om aan bepaalde dingen tijd te besteden, zoals overleggen en vergaderen en is er minder tijd om individuele ondersteuning van de cliënt als ik het vergelijk met bij 10-15 jaar terug. GZ-5

Echter om seksualiteit te kunnen prioriteren is het ook van belang dat andere basisbehoeften goed voorzien zijn.

Misschien heeft het ook met de piramide van Maslow te maken. Als mensen al geen bestaanszekerheid hebben, dan zijn we daar misschien eerst mee bezig voordat we aan de bovenste lagen van de piramide toekomen. B-4

Daarnaast is het van belang dat medewerkers duidelijkheid hebben over wat hun taak is als het aankomt op het bespreekbaar maken van seksualiteit.

Waar ik tegenaan loop is dat het niet duidelijk is voor begeleiders wat er vanuit hun functie wordt verwacht als het gaat om het ondersteunen van seksualiteit en intimiteit. [...] [Het help als] binnen functieomschrijving/ competentieprofiel heel duidelijk staat beschreven: het is jou taak en verantwoordelijkheid om dit bespreekbaar te maken. GZ-6

Hierin wordt ook benoemd dat in vacatures, functieomschrijvingen en sollicitaties benoemd moet worden wat er hierin van een medewerker verwacht wordt.

6.3 Opleidingen

Opleidingen spelen een rol in het opbouwen van kennis en kunde, maar ook in het legitimeren van seksualiteit als onderwerp voor de zorgprofessional.

Ik kan me herinneren uit mijn opleiding destijds dat er één uurtje aan besteed werd en dat heeft me jaren lang, in positieve zin, beïnvloed. Het legitimeren dat seks ook belangrijk is [...]. Je kan natuurlijk niet alles bespreken in zo een opleiding. Maar dat er in ieder geval aandacht voor is. HA-1

Overigens geven de meeste zorgprofessionals aan hun kennis en kunde niet in de opleidingen te hebben opgedaan, maar veelal door ervaring. Zoals beschreven in het literatuuronderzoek is een gevoel van veiligheid van de zorgprofessional en steun vanuit de omgeving van belang voor toepassen van de geleerde kennis en attitude en het opdoen van ervaring in de praktijk.

6.4 Voortrekkers

Om recht te doen aan de rol die seksualiteit speelt in gezondheid en welzijn is het van belang dat zorgprofessionals allemaal een basis in kennis en kunde bezitten als het gaat om het bespreken van seksualiteit. Echter wordt in de focusgroepen ook aangegeven dat meer verdiepende kennis en kunde bij bepaalde personen kan worden belegd.

Ik denk dat niet iedereen dit kan doen, het thema moet je ook wel liggen, je moet ook een gevoelige snaar kunnen aanraken. B-5

Veel organisaties werken met aandachtsfunctionarissen of medewerkers met specifieke specialisaties op het gebied van seksualiteit. Het is daarin wel belangrijk dat de gespecialiseerde zorgprofessionals vindbaar en laagdrempelig in te schakelen zijn en dat dit niet gebruikt wordt als een reden zelf het gesprek niet aan te gaan.

Als het iets ingewikkeld wordt schuiven ze het af op een externe professional, met allerlei excuses. Maar vaak wordt de seksuoloog uiteindelijk toch niet ingeschakeld omdat dat toch ook een drempel is. GZ -5

Deze aandachtsfunctionarissen of mensen met specialisaties op het gebied van seksualiteit zetten deze niet alleen in relatie tot de patiënt, cliënt of bewoner, maar spelen hierin ook een normaliserende en onderwijzende rol voor hun collega's. Zij zijn vaak de voortrekkers binnen hun organisaties als het gaat om het bespreekbaar maken van seksualiteit. Omdat zij integraal deel uitmaken van de organisatie zijn zij goed in staat te identificeren wat er in hun specifieke organisatie nodig is.

Ik denk dat je echt binnen de organisatie 1 of 2 trekkers nodig hebt die kunnen kijken met het huidige aanbod, hoe kunnen we dit inbedden in onze werkwijze. Op een werkbare manier wat past bij die organisatie. B-5

6.5 Visie

Het hebben van een uitgesproken visie vanuit de organisatie wordt als belangrijke basis gezien voor mogelijkheden van aandacht voor seksualiteit binnen een organisatie. Op deze manier voelen ook medewerkers die hierin een voortrekkersrol spelen zich gesteund. Dit wordt met name benoemd door medewerkers uit de jeugdhulp of gehandicaptenzorg omdat grotere organisatie betreft meer vele medewerkers een eigen beleidsvisie.

[...] dat het ook heel belangrijk is dat je je vanuit de organisatie gesteund voelt in wat je aan het doen bent. Ook om te voorkomen dat mensen vanuit eilandjes bezig zijn met dit thema uitdragen. Je komt regelmatig weerstand tegen, dus dan is het belangrijk dat je als organisatie achter die professional gaat staan die dat doet. Dat begint door er iets over op te schrijven, 'dit is waar wij voor staan'. B-1

Daarnaast moet deze visie ook actief uitgedragen worden.

Als je dan die visie hebt, is het ook belangrijk dat de dingen die je uitzet borgt binnen de organisatie. Bij mijn organisatie zijn er allemaal ideeën, worden er dingen gestart, projectgroepen, maar op een gegeven moment verwatert dat weer een beetje. Dus je moet dat eigenlijk echt meenemen op alle niveaus van ondersteuning en echt borgen. GZ-5

6.6 Netwerk

De voortrekkers hebben ook behoefte aan uitwisseling met andere zorgprofessionals die actief zijn op het thema van seksualiteit. Sommigen organiseren dit zelf in hun regio terwijl anderen aangeven dit niet te hebben maar hieraan wel behoefte te hebben.

Ik heb me wel eens eenzaam gevoeld in dat traject. B-5

Bij ons in de praktijk zijn wij heel druk bezig met professionals in de wijk om samen te werken. [...] want je hebt heel veel poppetjes zitten, maar als je van elkaar niet weet wat je doet kom je ook niet verder. HA-6

[Andere voortrekker in de regio] hebben we contact mee gelegd om [...] adviezen te vragen, en eens in de zo veel tijd overleg inplannen: wat kom jij nou tegen, wat kom ik tegen, hoe pak je dingen aan? Wat voor tools heb je en waar haal je die vandaan? Om dat te delen met elkaar. HA-6

6.7 Ervaringsdeskundigen

Het betrekken en zich laten informeren door ervaringsdeskundigen wordt door het gros benadrukt. In de eerste plaats gaat het om de rol van ervaringsdeskundige patiënten, cliënten of bewoners als het gaat om het vormgeven van beleid dat hen aangaat. We zijn er meerdere keren op gewezen dat het perspectief van de bewoners, patiënten en cliënten zelf mist in het huidige onderzoek en dat deze moet worden meegenomen in het beleid. Ook geven zorgprofessionals aan kennislacunes te hebben waarin ervaringsdeskundigen een rol zouden kunnen spelen. Het gaat daarbij met name om het bespreken van seksualiteit bij specifieke doelgroepen, zoals mensen met een migratieachtergrond, mensen met andere culturele normen dan de hulpverlener, LHBTQIA+ personen en mensen met een verstandelijke beperking.

[Over het thema vrouwenbesnijdenis] Het zou zo waardevol zijn te weten wat deze vrouwen zelf vinden, en horen wat zij aangeven nodig te hebben. -HA-3

Waar mogelijk kan ervaringsdeskundigheid van de zorgprofessional zelf ook van waarde zijn. Meer diversiteit op de werkvloer kan helpen omdat daarmee extra kennis en kunde in het team aanwezig is. Gebrek aan diversiteit in een team wordt als barrière ervaren.

Vanuit [organisatiernaam] werken we juist gender specifiek, bij een aanmelding vragen we aan de klanten wat ze prettig vinden, daarin merken we vaak dat lesbische vrouwen vaak bij mij willen, en trans mensen bij mijn collega die trans is. Dus daarin koppelen we cliënten met collega's juist om die veiligheid daarin te creëren. En wij zien dat dat werkt. JZ-4

Ik mis mensen die toegerust zijn om vanuit hun eigen cultuur over seksualiteit te praten. Dus welke therapeut of welke arts is vanuit welke achtergrond meer toegerust om seksualiteit of allerlei vraagstukken te bespreken. Vanuit meer begrip voor de andere cultuur, of de taal. HA 4

Bij ons team kan er [LHBTQIA+ vraagstukken] heel open over gesproken worden, maar ze zien het niet direct op de werkvloer of in hun eigen kleine omgeving, dus dan is het heel moeilijk om het concreet te maken. Dus dan is het ook een stukje onwetendheid vanuit

ons. Niet dat we er niet voor openstaan, maar je hebt dan ook een gebrek aan voorbeelden. GZ-6

6.8 Toegankelijkheid van zorg

Verschillende vormen van aanvullende specialistische zorg zijn beperkt toegankelijk voor veel patiënten, cliënten en bewoners. Met name in de huisartsenzorg worden de beperkte doorverwijsmogelijkheden genoemd als een beperking.

Betaalbare zorg, dat ontbreekt echt, dat is een groot probleem. Dat is het eerste wat mensen vragen 'Maar wordt dat dan vergoed?' – Zelden. [...] Het is al een beladen thema voor een patiënt, en als er dan ook nog een flink prijskaartje aan zit is dat wel een drempel. HA-1

Volgens de deelnemers moet die toegankelijkheid van de noodzakelijke zorg dus verbeteren. Dat kan door vergoeden van specialistische zorg en het aanpakken van wachttijden. Maar ook door meer mogelijkheden, kennis en kunde te bieden bij de meer toegankelijke plekken van zorg.

Dus misschien meer POH GGZ scholen, omdat het dan in de basis verzekering kan vallen. Als je die mee kunt krijgen, ik denk dat je dan heel veel bereikt. Ik denk ook dat het bij POH GGZ jeugd ontzettend veel kan bieden, omdat het laagdrempelig en anoniem is. HA-5

Toenemend worden huisartsen geconfronteerd met transgender personen of non-binaire personen. En huisartsen zijn geneigd van goh, ga maar naar de GGZ. Maar dan komen ze vervolgens op een lang wachtlijst en in die wachttijd kan je echt heel veel doen. Je kunt sowieso mensen in de bejegening serieus nemen, in je dossier, je kunt kijken of er met logopedie of ontharing iets moet. POH GGZ kan ondertussen er mee bezig zijn. HA-1

6.9 Sekszorg

Als het gaat om seksverzorgenden in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking speelt financiële toegankelijkheid eveneens een rol. Met name omdat deze groep vaak weinig financiële mogelijkheden heeft of helemaal geen eigen beheer over de financiën heeft.

Dat vind ik nog wel eens lastig. Het zou wel sieren als daar iets van een potje voor beschikbaar zou zijn voor mensen met een beperking, zodat ze niet alleen afhankelijk zijn van het budget wat ze zelf hebben. GZ-3

We hebben een cliënt waar soms een seksverzorgende komt. En als die jongen bepaald gedrag heeft vertoond wat vader, die bewindvoerder is, niet tolereert, dan wordt de seksmedewerker een maand uitgesteld. [...] Het raakt ook haast aan vrijheidsbeperking. Het is eigenlijk een vrijheid om wel daarin zelf keuzes te maken alleen beschikt iemand anders over het geld. GZ-4

Daarin speelt een rol dat sekswerk in de zorg soms nog een taboe is, en de rol van seksverzorgende soms niet wordt gezien als zorg. GZ-4

Wij [begeleiders en verzorgende van mensen met een verstandelijke beperking] worden ook betaald. Maar er is blijkbaar een soort grens tussen ons en zo een seksmedewerker, want die wordt opeens niet meer betaald. En ik vraag me soms af of dat wel fair is. GZ-3

6.10 Beschermen versus beperken

Tot slot bevestigen de deelnemers uit de focusgroepen de dilemma's geïdentificeerd tijdens het literatuur onderzoek, maar blijft het moeilijk daar oplossingen voor aan te dragen. Deze dilemma's vormen uitdagingen in het vormgeven van structurele verandering in het bespreekbaar maken van seksualiteit in de zorg. Met name daar waar het minderjarigen betreft of mensen bij wie het niet geheel duidelijk is of en hoe ze in staat zijn consent te geven is de neiging de cliënt of bewoner te beperken in hun seksuele vrijheid met het oog op hun veiligheid.

Weet je dan zeker dat ze consent geven? Of zeggen ze het omdat het sociaal gewenst is? Dat is soms wel lastig, wat is hun grens en kunnen ze die grens zelf bepalen, vanuit hun niveau. Zijn zij zelf bevoegd bepaalde beslissingen erin te nemen. We proberen dat zo goed mogelijk uit te zoeken, ook met andere disciplines en het netwerk. Maar soms blijft het dan ook in het midden liggen. Is het nou echt goed of twijfelachtig. Dan ben je toch al snel de hulpverlener, dan ga je toch eerder beschermen dan dat je het 'fout' laat lopen. GZ-2

Het probleem hierin is dat juist door de wil iemand te beschermen door het wegnemen van situaties waarin mensen hun grenzen opzoeken, ook de mogelijkheden worden ontnomen te oefenen met het aanvoelen en aangeven van grenzen. Dit kan er op den duur juist toe leiden dat zij meer kwetsbaar worden voor grensoverschrijdend gedrag.

Soms moet je eerst ook fouten maken om die grens te kunnen bepalen.[...] Je leert ook je grenzen bepalen door er misschien eerst een beetje over te gaan. Dat is lastig bij onze doelgroep omdat je ze juist heel erg moet beschermen vanuit de zorg. GZ-6

Sowieso die beheersmatigheid, het verbieden van ruimte geven aan gezond experimenteel gedrag, zowel offline als online, dat vind ik heel lastig. JZ-6

Daar komt bij dat door eigen vooringenomenheden de seksualiteit van patiënten, cliënten of bewoners soms niet erkend wordt.

We hadden in ons ondersteuningsplan een kopje staan 'seksualiteit' en dan vulden sommige mensen 'n.v.t.' in. Ik lach er om maar het is natuurlijk heel ernstig. Omdat ze echt daadwerkelijk dachten dat het geen onderwerp is voor deze cliënten. Dieervaart geen gevoelens, die heeft geen ervaring niks. GZ-1

Als zorginstelling of zorgprofessional met een verantwoordelijkheid voor de veiligheid van een patiënt, cliënt of bewoner blijft dit een lastig dilemma.

6.11 Persoonlijke versus professionele normen

Ook het dilemma van het hebben van persoonlijke versus professionele normen wordt door de focusgroepen bevestigd, waarbij de seksualiteit van patiënten, cliënten of bewoners soms in strijd is met de persoonlijke normen van de hulpverlener.

Ik had laatst een man en maandelijks heeft hij soa, die gaat in het weekend naar chemseks feestjes. Mijn waarden en normen zeggen dat dat mag, maar er zit ook een onderlaag dat ik denk van 'Ja man, kom op! Je bent nu al driekwart jaar bezig'. Ik merk soms wel een onderbuik gevoel bij mezelf. Ik weet dat ik daar professioneel vragen over kan stellen, maar daar heb ik wel eens moeite mee. HA-1

En ik heb wel eens moeite met mensen die vreemd gaan en het hun partner niet vertellen. Dan denk ik wel, daar sta ik anders in. En dat zeg ik dan soms ook wel. Terwijl ik niet belerend ben van, je moet het vertellen tegen je partner, maar ik spiegel wel voor van je maakt het jezelf zo wel moeilijk. Het zijn lastige gesprekken. HA-1

Ook komt het voor dat de persoonlijke normen van de zorgprofessional in strijd zijn met de professionele normen van het vakgebied of de organisatie.

Blijkbaar zijn er professionals die hebben persoonlijk normen die niet in lijn zijn met die mensenrechten. En wat je doet als je zegt 'we hebben mensenrechten' dan zeg je 'je mag ze [normen] blijkbaar niet voelen', maar ze zijn er wel. Dus we moeten ook erkennen dat die soms botsen. B-1

Er zijn ook mensen die het gevoel hebben dat LHBT acceptatie ze door de strot wordt geduwd. Dat is de worsteling. Als je ze wijst op mensenrechten krijg je ze niet mee. Je moet mensen op een andere manier toch proberen te raken of te inspireren. B-4

Daarin is de ervaring van de deelnemers dat het helpt om enerzijds een podium te geven aan persoonlijke verhalen van ervaringsdeskundigen en anderzijds wetgeving, richtlijnen of huisregels te hebben om op terug te vallen.

6.12 Conclusie

Zorgprofessionals in de onderzochte werkvelden geven verschillende behoeftes aan als het gaat om het proactief en comfortabel bespreken van seksualiteit. Voor dit onderzoek ligt de nadruk op interventies op organisatie- en beleidsniveau. Hierin geven zorgprofessionals aan dat tijd en capaciteit nodig zijn. Het prioriteren van seksualiteit, het hebben en uitdragen van een duidelijke visie en het geven van een duidelijke taakomschrijving zijn van belang. Ook de opleidingen kunnen hierin een rol spelen. Betere toegankelijkheid van aanvullende zorg voor seksualiteitsvraagstukken verlaagt voor zorgprofessionals de drempel om seksualiteit ter sprake te brengen. Voortrekkers binnen organisaties op het gebied van seksualiteit hebben steun nodig. Zij hebben behoefte aan het uitwisselen en samenkomen met andere voortrekkers op dit gebied. Ook ervaringsdeskundigen kunnen een belangrijke rol spelen in het formuleren van beleid als het gaat om seksualiteit in de zorg. Diversiteit op de werkvloer kan daaraan bijdragen. Waar professionele en persoonlijke normen botsen kunnen ervaringsverhalen en duidelijke richtlijnen of wetgeving zorgprofessionals richting geven. Het beschermen versus beperken van minderjarigen en mensen die niet goed in staat zijn consent te communiceren blijft een dilemma voor zorgprofessionals en instellingen.

7 Conclusies en discussie

Om de hoofdvraag *'Wat hebben zorg- en hulpverleners nodig om het thema seksuele gezondheid en seksualiteit proactief en comfortabel te bespreken met hun cliënten?'* te beantwoorden, volgen hieronder eerst conclusies per deelvraag. Vervolgens worden in het volgende hoofdstuk concrete aanbevelingen gedaan die dienen als antwoord op de laatste onderzoeksvraag [6] *Wat kan de (Rijks)overheid betekenen om seksuele gezondheid en seksualiteit meer bespreekbaar te maken in zorg- en welzijnsrelaties?*

7.1 In welke mate wordt seksualiteit besproken?

Seksualiteit wordt nog onvoldoende besproken in alle drie de werkvelden. Binnen de huisartsensector geldt dit des te meer voor mensen met een migratieachtergrond en voor LHBTQIA+ personen, terwijl er juist vanuit deze groepen patiënten wel behoefte aan is. Seksualiteit en gezondheid hangen nauw samen. Zowel met betrekking tot de algemene populatie als bij mensen met chronische ziekten en slachtoffers van seksueel geweld valt er dus veel gezondheidswinst te behalen door het bespreken van seksualiteit. Binnen de gehandicaptenzorg hebben zorgprofessionals een belangrijke rol in het begeleiden van de seksuele ontwikkeling, kennis en het maken van autonome beslissingen ten aanzien van seksualiteit. Echter blijkt dit in de praktijk ingewikkeld. Er bestaan geen studies over de mate waarin seksualiteit besproken wordt in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Wel is bekend dat deze groep minder vaak seksuele voorlichting heeft gehad en wanneer zij deze wel hebben gehad deze minder effectief is. Met betrekking tot de jeugdhulp richten literatuur en data over seksualiteit bij kinderen en jongeren zich veelal op de residentiële jeugdhulp en niet op de ambulante jeugdhulp. Kinderen en jongeren in de residentiële jeugdhulp zijn extra kwetsbaar voor zowel slachtoffer- als plegerschap van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Desondanks wordt seksualiteit onvoldoende besproken en wordt seksueel grensoverschrijdend gedrag te vaak niet gesignaleerd.

Voor alle drie de werkvelden geldt: omdat het voor patiënten, cliënten of bewoners zelf vaak erg moeilijk is hulpvragen ten aanzien van seksualiteit uit zichzelf ter sprake te brengen is het essentieel dat de zorg- of hulpverleners dit zelf proactief doet. De praktijk leert dat dit vaker reactief of helemaal niet gedaan wordt.

7.2 Belemmeringen versus kansen én ondersteuning

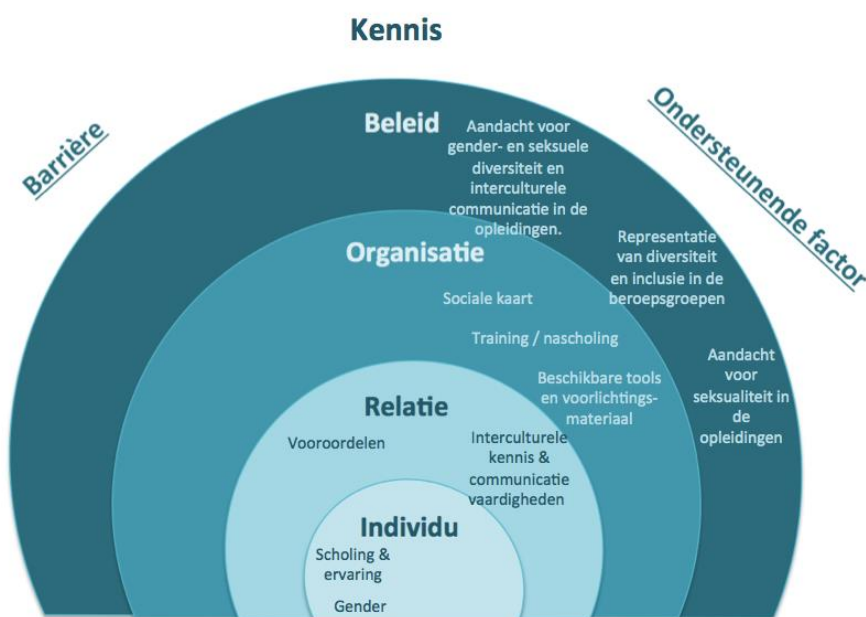
Welke verklaringen en factoren zijn er die het bespreekbaar maken kunnen bemoeilijken en zijn er overeenkomsten dan wel verschillen bekend tussen zorgsectoren en doelgroepen? En wat is ondersteunend binnen de zorgsectoren om het thema te bespreken of bespreekbaar te maken?

De barrières die zorgprofessionals ervaren in het bespreekbaar maken van seksualiteit, evenals ondersteunende factoren, worden besproken aan de hand van het sociaalecologische model van Bronfenbrenner (zie Figuren 2-4). Voor het bespreekbaar maken van seksualiteit zijn kennis en kunde, de juiste attitude en veiligheid nodig. Verschillende barrières op het individuele, interpersoonlijke, organisatorische en beleidsniveau worden geïdentificeerd. Waar het gaat om ondersteunende factoren is er een focus op de factoren op het niveau van de organisatie of het beleid, omdat deze mogelijke ingangen vormen voor structurele veranderingen.

7.2.1 Kennis en kunde

De zorgprofessional moet over de juiste kennis en kunde beschikken om het gesprek over seksualiteit comfortabel en proactief te kunnen voeren. Het gaat hier om technische kennis over seksuele gezondheid, ontwikkeling en dysfunctie, evenals de gespreksvoering erover en de behandel- en verwijsmogelijkheden. Met name als het gaat om gemarginaliseerde groepen zoals LHBTQIA+ personen, mensen met een vluchtachtergrond en mensen met een migratieachtergrond is er gebrekkige kennis, wat leidt tot handelingsverlegenheid. Opleidingen en nascholingen evenals tools die de kennis vergroten en handvatten bieden zijn belangrijke factoren in het verbeteren van de communicatie over seksualiteit in de zorg. Specifieke aandacht voor interculturele competenties en seksuele- en genderdiversiteit in die tools kunnen de huidige handelingsverlegenheid met betrekking tot gemarginaliseerde groepen tackelen.

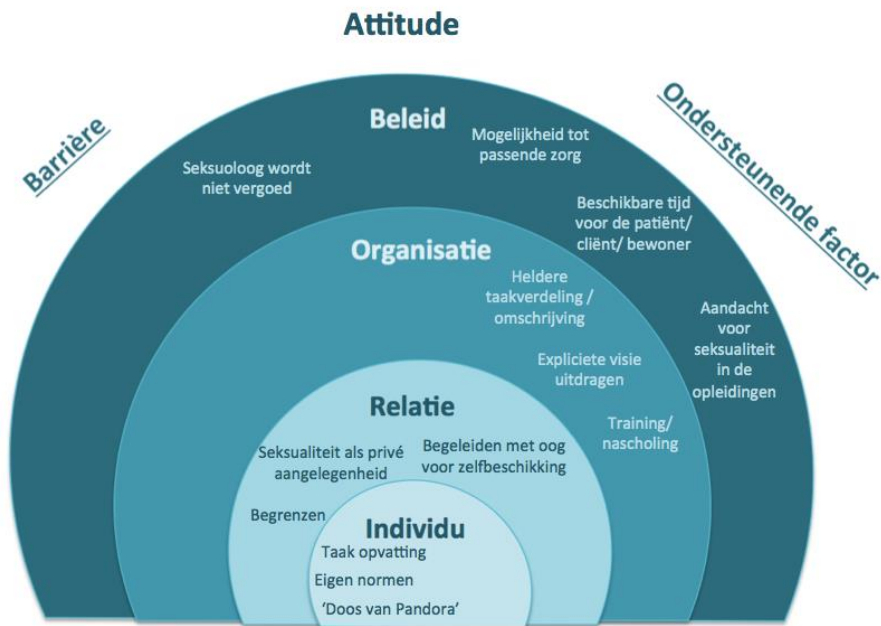
Figuur 2: Kennis -Barrières en ondersteunende factoren volgens het sociaalecologische model



7.2.2 Attitude

Kennis alleen is niet genoeg. De zorgprofessional moet ook de juiste attitude hebben om de kennis op een proactieve en constructieve manier in te zetten. Hierin spelen de eigen normen en waarden van de professional vaak een rol en de mate waarin zij deze scheiden van hun professionele rol als zorgprofessional. Zo komt het vaak voor dat seksualiteit slechts reactief besproken wordt in plaats van proactief. Dit hangt samen met het beeld van sommige zorgprofessionals van seksualiteit als een privé aangelegenheid. Ook lopen zorgprofessionals aan tegen het dilemma hun patiënten, cliënten of bewoners te willen beschermen, maar hen daardoor ook te beperken in hun seksuele vrijheid en ontwikkeling. Dit is met name het geval in de context van zorg voor minderjarigen en voor mensen met een verstandelijke beperking. In de huisartsenzorg wordt de zelfbeschikking van de patiënt vanzelfsprekender gewaarborgd. Een duidelijke visie, beleid en taakverdeling vanuit de instelling kunnen helpend zijn voor de professional om hun eigen functie in het bespreken van seksualiteit te duiden. Maar ook structurele zaken als opleiding, tijd en de toegankelijkheid van aanvullende zorg spelen hierin een rol.

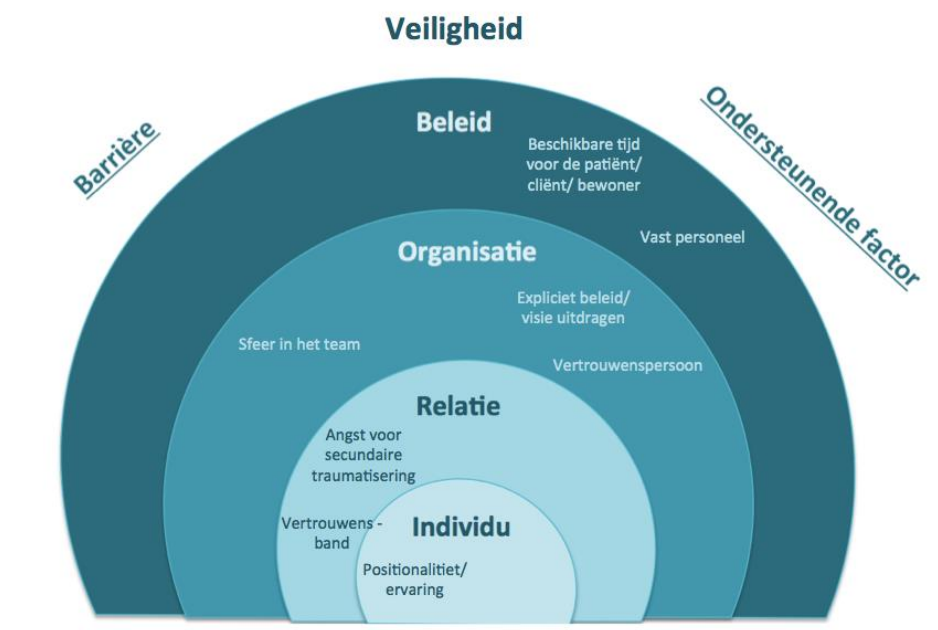
Figuur 3: Attitude- Barrières en ondersteunende factoren volgens het sociaal ecologische model



7.2.3 Veiligheid

Veiligheid is een voorwaarde voor zorgprofessionals om seksualiteit comfortabel en proactief te kunnen bespreken. Het gevoel van veiligheid hangt samen met de eigen positionaliteit van de zorgprofessional, de angst voor secundaire traumatisering en de steun die zij ervaren van hun omgeving in het bespreken van seksualiteit. Ondersteunende factoren zijn bijvoorbeeld een vertrouwenspersoon en het investeren van tijd en capaciteit voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie tussen de zorgprofessionals en patiënt, cliënt of bewoner.

Figuur 4: Veiligheid- Barrières en ondersteunende factoren volgens het sociaal ecologische model



7.3 Bestaande tools voor zorgprofessionals

In hoeverre voldoen bestaande instrumentaria aan de behoeften van de zorgprofessional?

Uit de focusgroepen blijkt dat er met name behoefte is aan het beter vindbaar maken van bestaande tools. Verschillende zorgprofessionals erkennen het grote aanbod aan interventies, maar vinden het lastig concreet te krijgen welke zij moeten gebruiken om de juiste impact te maken. Welke tool bedoeld is voor wie is vaak nog onduidelijk. Ook geeft een deel van de professionals aan lang niet altijd op de hoogte te zijn van alle interventies. Verder geven sommigen aan dat de tools niet tegemoet komen aan hun behoeften. De eerste tekortkoming is dat er te weinig aandacht is voor inclusief werken (d.w.z. cultuursensitief, LHBTQIA+ sensitief, beperking sensitief) en aandacht voor de positieve seksuele ontwikkeling. Echter, gezien het al ruime aanbod waarbij zorgprofessionals aangeven slechts enkele daadwerkelijk te kennen en te gebruiken, lijkt het effectiever om diversiteit en positieve gezondheid beter in te bedden in de bestaande, gebruikte tools, dan om nieuwe aparte tools hiervoor te ontwikkelen. Daarnaast is er behoefte aan handvatten voor het gehele systeem van de cliënt, patiënt of bewoner. Met andere woorden: bij het bespreekbaar maken van seksualiteit moet verder gekeken worden naar verschillende actoren uit de omgeving van de persoon zoals; ouders/verzorgers, gezin, eventuele partner(s) maar ook de collega's, het team en de verdere organisatie, waarbij de professional zelf ook een actor is. Dat betekent eveneens dat de professional ruimte nodig heeft om te reflecteren op diens eigen rol en positie.

7.4 Wat is er volgens de zorg- en hulpverleners nodig?

Welke (overige) behoeften hebben zorg- en hulpverleners?

Zorgprofessionals geven aan behoefte te hebben aan meer tijd en capaciteit met vast personeel voor het comfortabel en proactief bespreken van seksualiteit. Wel vinden zij

manieren om met relatief weinig tijd te signaleren naar de patiënt, cliënt of bewoner dat er ruimte is voor dit gesprek. Bijvoorbeeld door er kort naar te vragen, het op te nemen in een intake of door informatieve posters of symbolen zoals een pride vlag in de wachtkamer.

Tijd- en capaciteit tekort zijn structurele problemen. Maar als het gaat om het bespreken van seksualiteit in de zorg speelt er meer. Zorgprofessionals geven aan dat het ook een kwestie is van prioritering en taakopvatting. Een duidelijke taakomschrijving en ruimte voor het thema in de opleiding kunnen hieraan bijdragen.

Betere toegankelijkheid van aanvullende zorg op het gebied van seksualiteit is volgens de zorgprofessionals ook van belang. De hoge kosten of lange wachttijden van aanvullende zorg ervaren zij als een barrière. Voor transzorg zijn er zeer lange wachttijden. Verwijzing naar de seksuoloog en seksverzorging worden niet vergoed. Mensen die geen aanvullende verzekering kunnen betalen, of mensen die niet zelf hun financiën beheren, zoals sommige mensen met een verstandelijke beperking, worden extra sterk geraakt door deze financiële drempel in toegang tot zorg. Vergoeding van deze zorg en het aanpakken van wachttijden zijn hiervoor een oplossing. Ook zou het vergroten van de expertise over seksualiteit bij meer toegankelijke vormen van zorg, zoals de POH en de huisarts een uitkomst kunnen bieden.

Binnen zorgorganisaties zijn er vaak voortrekkers op de werkvloer die het thema seksualiteit op de agenda zetten. Zij brengen de nodige veranderingen teweeg binnen de context van hun organisatie. Deze voortrekkers kunnen door de organisatie gesteund worden door een actief en uitgesproken **visie** te formuleren op dit thema. Ook zijn deze voortrekkers erbij gebaat om deel uit te maken van een netwerk van andere zorgprofessionals die zich bezig houden met het thema voor het uitwisselen van ervaringen en kennis.

Verder identificeerden de zorgprofessionals uitdagingen in het bespreekbaar maken van seksualiteit in de zorg. Zij bevestigen het spanningsveld tussen het enerzijds willen beschermen van patiënten, cliënten en bewoners voor de negatieve kanten van seksualiteit en anderzijds het daardoor te sterk beperken van hun seksuele vrijheid, waardoor het beleven van seksueel plezier bemoeilijkt wordt en zij niet goed leren grenzen aan te geven. Dit geldt met name voor de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en de jeugdhulp, omdat het minderjarigen en soms mensen met beperkingen in hun wilsbekwaamheid betreft. In de huisartsenzorg ervaren zorgprofessionals dit dilemma ook, maar wordt de autonomie om hierin eigen keuzes te maken vanzelfsprekender gevonden. Daarnaast speelt het spanningsveld tussen persoonlijke en professionele normen een rol, met name wanneer deze met elkaar in conflict zijn. Bijvoorbeeld als het gaat om LHBTQIA+ acceptatie. Een organisatie of overheid kan proberen professionals te inspireren de professionele normen te aanvaarden. Persoonlijke verhalen en ervaringsdeskundigheid kunnen daar een rol in spelen. Het is echter ook van belang dat er wetgeving, richtlijnen en huisregels zijn waar naar gerefereerd kan worden.

Tot slot komt uit de focusgroepen naar voren dat ervaringsdeskundigen een grotere rol zouden moeten hebben in het vormgeven van het beleid als het gaat om het bespreekbaar maken van seksualiteit met anderen uit 'hun' groep.

7.5 Limitaties van het onderzoek

Dit onderzoek kent enkele beperkingen. Allereerst de zeer korte tijd waarin het onderzoek uitgevoerd moest worden. Hierdoor kon er niet altijd diep genoeg ingegaan worden op de onderzoeksvragen.

Ten tweede is het *bespreekbaar maken van seksualiteit* een enorm breed thema. Dit betekent dat de scope van het onderzoek moest worden afgebakend waarbij mogelijk interessante informatie is misgelopen of juist bijvangst niet is opgenomen in dit rapport.

Ten derde waren er ook methodologisch gezien enkele beperkingen. Er is in de zoektocht naar relevante literatuur niet gekeken naar effectiviteit. Er zijn bijvoorbeeld geen meta-analyses of systematische reviews geraadpleegd. Hoewel dit ook niet de insteek van dit onderzoek is, kan het zijn dat om die reden niet alle relevante literatuur is geïncludeerd. Ook stuitte we tijdens het proces op het feit dat er weinig onderzoek is gedaan naar de werkvelden (met name jeugdzorg en gehandicaptenzorg) in relatie tot het thema seksualiteit. Bij gebrek aan kwantitatieve data moesten we ons daarom vaak baseren op kwalitatieve, dan wel anekdotische data of expert opinions.

Ten vierde waren, vanwege de beperkte tijd, de deelnemers die we hebben kunnen rekruteren voor de focusgroepen niet representatief voor hun vakgebied. Veel van hen waren zelf zeer gedreven, zogenoemde voortrekkers. Onder deze 'usual suspects' wordt de noodzaak van het bespreken van seksualiteit in de zorg sterk gevoeld.

Een laatste beperking van het onderzoek is dat de analyse van de focusgroepen door slechts één onderzoeker is gedaan. Hierdoor bestaat het risico dat door 'unconscious bias' bepaalde thematieken over het hoofd zijn gezien.

Toekomstig onderzoek kan zich richten op het perspectief van de patiënten, cliënten en bewoners in de zorg, wat zijn hún behoeftes ten aanzien van het bespreken van seksualiteit in zorg- en welzijnsrelaties? Ook is het van belang meer inzicht te krijgen in het handelen van de 'unusual suspects' onder de zorgprofessionals als het gaat om het bespreekbaar maken van seksualiteit. Voor advies hierop wordt verwezen naar het volgende, afsluitende hoofdstuk rondom aanbevelingen.

8 Aanbevelingen

Op basis van de uitkomsten van het onderzoek zijn er een aantal concrete en algemene aanbevelingen en adviezen voor de (zorg)praktijk geformuleerd. Deze zijn hieronder uiteen gezet als **kernaanbevelingen** met daaronder adviezen over hoe deze in de praktijk te brengen op het niveau van structurele maatschappelijke veranderingen, (overheids)beleid, zorgorganisatie en onderwijs en curriculum

Maatschappelijk niveau.

- **Kernaanbeveling: Investeren in het gesprek over seksualiteit.**
 - Veelal wordt het gesprek benaderd vanuit enerzijds risico's en anderzijds normatieve ideeën over seksualiteit. In plaats van een focus op negatieve aspecten van seksualiteit (o.a. soa's, onbedoelde zwangerschap, seksuele disfunctie) is het belangrijk evenredig aandacht te hebben voor positieve aspecten van seksualiteit, zoals verliefdheid en plezier. **We pleiten voor de sekspositieve benadering.** Dit draagt bij aan het normaliseren van seksualiteit en neemt het taboe weg.
 - **Discussie over consent stimuleren.** Temeer omdat in een afhankelijkheidsrelatie tussen zorgvrager en zorgprofessional dit van fundamenteel belang is.
 - **Collectief werken aan het verminderen van vooroordelen, stereotypes en aannames** over mensen met één of meerdere gestigmatiseerde identiteiten in het bijzonder, zoals mensen met een verstandelijke beperking.
- **Kernaanbeveling: Investeren in tijd en capaciteit in de zorg,** maar ook structurele plaatsing van medewerkers (voor zover dat mogelijk is). Er zijn niet alleen tekorten maar ook veel wisselingen. Dit komt de kwaliteit van zorg niet ten goede en betekent dat seksualiteit een ondergeschoven kindje blijft.

Beleidsniveau

- **Kernaanbeveling: Wet- en regelgeving** moeten consistent en inclusief geformuleerd worden zodat zorgprofessionals daarop kunnen terugvallen.
 - We weten dat **seksualiteit een basis mensenrecht** is, maar deze komt niet altijd zo tot uiting in beleid. Door hier expliciet beleid op te formuleren zijn gedragsregels en afspraken binnen organisaties omtrent seksualiteit beter te handhaven.
 - Dit kan bijvoorbeeld door de **toegankelijkheid van specialistische zorg** op het gebied van seksualiteit te verbeteren. Daarmee zou het recht op seksualiteit beter gewaarborgd kunnen worden. Er ligt een kans voor de overheid om dit bijvoorbeeld te vergoeden of goedkoper aan te bieden. Denk bijvoorbeeld om seksuologische zorg standaard in de basisverzekering op te nemen voor iedereen, de toegankelijkheid van sekszorg te bevorderen in de gehandicaptenzorg door het op te nemen in de Wet Langdurige Zorg, of in de huisartsenzorg te investeren in de kennis en kunde van POH's op het gebied van seksualiteit.

Organisatieniveau

Organisaties kunnen bijdragen aan het bespreekbaar maken van seksualiteit door een uitgesproken visie uit te dragen, deskundigheidbevordering en kennisuitwisseling.

- **Kernaanbeveling:** Een uitgesproken **visie over seksualiteit** (in de zorg) formuleren en deze uitdragen. Dit geldt met name voor grotere zorgorganisaties zoals in de jeugdhulp of de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking.

- Naast het op de agenda zetten van seksualiteit is het ook belangrijk er een **prioritering** aan te geven.
- **Actief achter medewerkers gaan staan** en hen aan te moedigen seksualiteit in het werk te bespreken. Dit kan via taakomschrijving, in wervingsteksten, in campagnemateriaal. Dit zorgt langzaam voor cultuurverandering.
- **Kernaanbeveling:** Het stimuleren van **deskundigheidbevordering en kennisuitwisseling**. Dit geldt voor alle drie de onderzochte zorgdomeinen.
 - **Inkopen van scholing en expertise.** Deskundigheidsbevordering bieden op het gebied van onder meer cultuursensitief, LHBTQIA+ en beperking sensitief handelen aan medewerkers.
 - **Kennis en kunde centraliseren** door verdiepende kennis en kunde bij een bepaald persoon te beleggen zoals een aandachtsfunctionaris. Dit geldt met name voor grotere zorgorganisaties. Het is daarin wel belangrijk dat de gespecialiseerde zorgprofessionals vindbaar en laagdrempelig in te schakelen zijn en dat dit niet gebruikt wordt als een reden voor anderen om zelf het gesprek uit de weg te gaan. Met andere woorden: het is belangrijk dat er iemand is met specialistische kennis, maar daarnaast moet iedereen basisvaardigheden en basiskennis bezitten.
 - **Inzetten op ervaringsdeskundigheid.** Bijvoorbeeld in de vorm van persoonlijke verhalen van patiënten, cliënten of bewoners.
 - Maar ook in het daadwerkelijk **aantrekken van divers personeel** waar ook ervaringsdeskundigen bij zitten. Sterker nog, aan de voorkant ervaringsdeskundigen betrekken bij het formuleren van beleid en visie wat op hen van toepassing is.
 - **Faciliteren van kennisuitwisseling voor zorgprofessionals**, zoals netwerkbijeenkomsten gericht op professionals zodat zij kunnen uitwisselen en de slagkracht kunnen vergroten. Hier ligt een rol voor instituties, expertise- en kenniscentra uit het sociale domein.

Onderwijs en curriculum voor zorgverleners

- **Kernaanbeveling: Seksualiteit agenderen** als onderwerp tijdens de opleiding. Niet eenmalig, maar in een doorlopende leerlijn als onderdeel van de studie of opleiding. Hierin wordt theoretische kennis overgedragen en praktisch toegepast aan de hand van praktijkvoorbeelden (zoals oefenmomenten), casuïstiek, met een acteur en andere werkvormen.
- **Kernaanbeveling:** Doelmatigheid van **interventies** bevorderen
 - Er is een uitgebreid aanbod (van online en offline) tools. In plaats van deze uit te breiden met nieuwe interventies moeten **bestaande interventies worden verdiept**. Dit kan door seksualiteit als thema toe te voegen in combinatie met LHBTI sensitief en intercultureel werken.
 - Om **vindbaarheid én bruikbaarheid te bevorderen** is het wenselijk dat er een **centrale (online) plek** komt waar interventies gebundeld en makkelijk te vinden zijn. Een goed voorbeeld hiervan is het [Overzicht geselecteerde interventies \(loketgezondleven.nl\)](https://www.loketgezondleven.nl). Dit biedt een overzicht van trainingen en lessen op vele thema's waaronder seksuele gezondheid. (NB: Gesprekstechnieken en interventies komen hier niet in voor). Op de website is goede zoekfunctie op thematiek, sub-thema's en doelgroepen beschikbaar en de website geeft een samenvatting van de interventies, de doelen en de onderbouwing.

- In de jeugdhulp en gehandicaptenzorg is behoefte aan handvatten voor het **gesprek met ouders/verzorgers** van de cliënten over het omgaan met seksualiteit.
- Zorg voor **herhaling van het gesprek of voorlichting**. Eenmalig is niet voldoende. In het bijzonder binnen de gehandicaptenzorg is herhaling essentieel, zodat het beter beklijft. Dat betekent in beide gevallen dat je profijtgroepen kan meenemen in de ontwikkeling van de interventie.

Literatuur

- Aga, N., & Enzlin, P. (2010). Seksualiteit bij volwassen personen met een verstandelijke handicap: een kwalitatief onderzoek naar de houding van begeleiders. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 34(2), 74-83.
- Akkersmans, M., Gielen, W., Kloosterman, R., Moons, E., Reep, C., & Wingen, M. (2020). *Prevalentiemonitor huiselijk geweld en seksueel geweld 2020*. CBS
- Alliantie Gezondheidszorg op Maat (2021). [Factsheet seksuele oriëntatie gezondheid](#). [Gedownload op 30 november 2022].
- APA (2014). Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder^s 5th Edition. Arlington: American Psychiatric Association.
- Barnhoorn, P., Zuurveen, H., Prins, I., Oudsten, B. D., Numans, M., & Elzevier, H. (2021). Zorg voor seksuele gezondheid bij chronische zieken. *Huisarts en wetenschap*, 64(4), 25-30.
- van Berlo, W., Van Beek, I., Movisie, & Rutgers, W. P. F. (2015). *Whitepaper-Seksuele grensoverschrijding en seksueel geweld. Feiten en cijfers*. Movisie.
- van Berlo, W., de Haas, S., van Oosten, N., van Dijk, L., Brants, L. A. P. M., Tonnon, S., & Stroms, O. (2011). *Beperkt weerbaar: een onderzoek naar seksueel geweld bij mensen met een lichamelijke, zintuiglijke of verstandelijke beperking*. Utrecht: Rutgers WPF.
- Bogaert, O., & De Lepeleire, J. (2012). Seksuele problemen in de huisartspraktijk.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2016). The social-ecological model: a framework for prevention. 2015. URL: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/about/social-ecologicalmodel.html> [accessed 2021-04-22].
- Dielissen, P. (2011). Seksualiteit en geneesmiddelen. *Bijblijven – Tijdschrift Praktische Huisartsgeneeskunde*, 17(7), 14-17.
- Dijkshoorn, P., Kuyper, A., & Höing, (2017) M. Gezond seksueel gedrag in de residentiële jeugdzorg-alles hangt met alles samen.
- Donker, G., & Lagro-Janssen, T. (2019). Prevalentie van seksueel geweld en presentatie aan de huisarts. *Bijblijven*, 35(6), 14-19.
- Fitzgerald, C., & Withers, P. (2013). 'I don't know what a proper woman means': what women with intellectual disabilities think about sex, sexuality and themselves. *British Journal of Learning Disabilities*, 41(1), 5-12.
- Flores, G. (2010). Racial and Ethnic Disparities in the Health and Health Care of Children. *Pediatrics*, 125(4), e979-e1020. doi:10.1542/peds.2010-0188.
- Gianotten, W. L., Alley, J. C., & Diamond, L. M. (2021). The health benefits of sexual expression. *International Journal of Sexual Health*, 33(4), 478-493.
- Gott, M., Galena, E., Hinchliff, S., & Elford, H. (2004). "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Family practice*, 21(5), 528-536.
- De Graaf, H., & Wijsen, C. (2017). *Seksuele gezondheid in Nederland 2017*. Rutgers.
- van Herwaarden, A., Peters-Scheffer, N., & Rommes, E. (2020). Het perspectief van professionals op barrières voor cultuursensitieve zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. *NTZ. Nederlands tijdschrift voor de zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*, 46, 42-54.
- van den Heuvel, S.G., van Thor, J.A.F., Fernandez Beiro, L., van Dam, L.M.C., Dirven, H.J. (2021) *Nationale enquête arbeidsomstandigheden 2021*. TNO
- Hoekstra et al. (2014). Barrières bij het bespreken van seksualiteit bij patiënten met hart- en vaatziekten. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 38(1), 15-22.
- Höing, M. (2017). Seksuele gezondheid. In: Höing, M. et al. (red.), *Bespreekbaar maken van seksualiteit en intimiteit*. Bussum: Coutinho.

- Höing, M., Boer, A., & Wismans, M. (2018). Seksualiteit: competente hulpverleners gewenst. *Vakblad Sociaal Werk*, 19(4), 30-31.
- Hulsken, S & Bilman, E. (2019). *Naar een gender- en LHBTI-sensitieve gezondheidszorg in Nederland*. Ipsos / Women Inc. Publiekspeiling in opdracht van Alliantie Gezondheidszorg op maat.
- Kedde, H. (2012). Seksuele disfuncties in Nederland: prevalentie en samenhangende factoren. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36(2), 98-108.
- KNMG (onbekend) *Wilsbekwaamheid* [id https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/ethische-toolkit/verdiepen/begrippen-2/wilsbekwaamheid.htm](https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/ethische-toolkit/verdiepen/begrippen-2/wilsbekwaamheid.htm).
- Kok, G., Maassen, M., Maaskant, M. A., & Curfs, L. M. G. (2009). Zorgverleners over seksualiteit van mensen met verstandelijke beperkingen: een kwalitatief onderzoek. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 33(3), 199-206.
- De Graaf, H., & Wijzen, C. (2017). *Seksuele gezondheid in Nederland 2017*. Rutgers. [Seksuele-Gezondheid-in-Nederland-2017](#). [Geraadpleegd op 2 december 2022].
- Leusink, P., Steinmann, R., Makker, M., Lucassen, P. L., Teunissen, D., Lagro-Janssen, A. L., & Laan, E. T. (2019). Women's appraisal of the management of vulvodynia by their general practitioner: a qualitative study. *Family Practice*, 36(6), 791-796.
- Lisdonk, J., Dalmijn, E., Cense, M., (2016) *Rapport 'Gewoon gezellig met 'zo'n buik' Tiernerszwangerschap bij meiden met een lichte verstandelijke beperking*. <https://rutgers.nl/onderzoeken/gewoon-gezellig-met-zon-buik/>.
- Lybaert E. (2016) SECUNDAIRE TRAUMATISERING: Grenzen aan hulpverleners, op is op.
- Magaña, S., Parish, S. L., Rose, R. A., Timberlake, M., & Swaine, J. G. (2012). Racial and ethnic disparities in quality of health care among children with autism and other developmental disabilities. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 50(4), 287-299. doi:10.1352/1934-9556-50.4.287.
- Manninen, S. M., Polo-Kantola, P., Vahlberg, T., & Kero, K. (2022). Patients with chronic diseases: Is sexual health brought up by general practitioners during appointments? A web-based study. *Maturitas*, 160, 16-22.
- Marra, E., de Graaf, H., & Meijer, S. (2020). Seks onder je 25e in de residentiële jeugdzorg.
- Mengesha, Z. B., Perz, J., Dune, T., & Ussher, J. (2018). *Preparedness of health care professionals for delivering sexual and reproductive health care to refugee and migrant women: a mixed methods study*. *International journal of environmental research and public health*, 15(1), 174.
- Nielen MMJ, Boersma-van Dam ME, Schermer TRJ. (2019) *Incidentie en prevalentie van gezondheidsproblemen in de Nederlandse huisartsenpraktijk in 2017*. Uit: Nivel Zorgregistraties eerste lijn [internet]. [Laatst gewijzigd op 29-05-2019; geraadpleegd op 1-11-2022]. www.nivel.nl/nl/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn/incidenties-en-prevalenties.
- Van Nieuwenhuijzen, M., Orobio de Castro, B., & Matthys, W. (2006). LVG jeugdigen: Specifieke problematiek en behandeling.
- NJI 2014 [Instrument Risicotaxatie Seksueel grensoverschrijdend gedr-g - PDF Gratis download \(docplayer.nl\)](#).
- Nunez Mahdi, R., Obihara, C., Maarse, D., Nunez, C., Hagenbeek, E., (2019) *Interculturele communicatie in de zorg. Kennis, vaardigheden en houding voor zorgprofessionals*. ISBN 9789023256359.
- Pruijssers, L., Vijlbrief, A., van der Vlug, L. (2022) Motieven en factoren om geen betrouwbare anticonceptie te gebruiken Onder vrouwen van 18 tot 30 jaar met een migratieachtergrond. [Samenvatting-onderzoek-anticonceptie-migratieachtergrond_april2022.pdf \(rutgers.nl\)](#).
- Raben, L. A., & van den Muijsenbergh, M. E. (2018). Inequity in contraceptive care between refugees and other migrant women?: a retrospective study in Dutch general practice. *Family practice*, 35(4), 468-474.
- Reijnierse, I. (2018). Seksualiteit: wie legt het op tafel? Onderzoek naar de bespreekbaarheid van seksualiteit in huisbezoeken van Wmo klantmanagers in Breda.

- Rutgers & Soa Aids Nederland, (2022) *Wat werkt dossier School-gebonden interventies ter bevordering van de seksuele gezondheid en het seksueel welzijn van jongeren*. [Rutgers Rapport \(loketgezondleven.nl\)](#).
- Samson-Geerlings, R., Bakker, P. C. M., Bijleveld, C. C. J. H., Dijkstra, S., Minderman, G., Hendriks, J., & Baartman, H. E. M. (2012). Omringd door zorg, toch niet veilig. Seksueel misbruik van door de overheid uit huis geplaatste kinderen, 1945 tot heden. Rapport commissie-Samson, 8 oktober 2012.
- Schaafsma, D., Kok, G., Stoffelen, J. M. T., & Curfs, L. M. G. (2017). People with intellectual disabilities talk about sexuality: implications for the development of sex education. *Sexuality and disability*, 35(1), 21-38.
- Schaafsma, D., (2015) *Wegwijzer omgaan met seksualiteit*. Rapport in opdracht van de Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. [wegwijzer-omgaan-met-seksualiteit-schaafsma-vws.pdf \(kennispleingehandicapensector.nl\)](#).
- Smit, M. J., Scheffers, M., Emck, C., van Busschbach, J. T., & Beek, P. J. (2019). Clinical characteristics of individuals with intellectual disability who have experienced sexual abuse. An overview of the literature. *Research in developmental disabilities*, 95, 103513.
- Schaafsma, D. (2019). Aandacht voor seksueel plezier. *Vakblad Sociaal Werk*, 20(4), 22-25.
- Tsimtsiou, Z., Hatzimouratidis, K., Nakopoulou, E., Kyra, E., Salpigidis, G., & Hatzichristou, D. (2006). Education: Predictors of physicians' involvement in addressing sexual health issues. *The journal of sexual medicine*, 3(4), 583-588.
- Verstraeten, M. (2011). *Veel leerlingen hebben een klassiek beeld over intimiteit*. *Bijzijn*, 6(2), 28-28.
- Welling, M., & Kwakman, S. (2015). *Beleid en cultuur rondom seksueel misbruik in de jeugdzorg*. *Jeugdbeleid*, 9(2), 97-104.
- Whipple, B. (2008). The benefits of sexual expression on physical health. *Sexologies*, 17, S45-S46.
- World Health Organization. (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 BZg.
- World Health Organization. (2004). *ICD-10 : international statistical classification of diseases and related health problems : tenth revision, 2nd ed*. World Health Organization.

Bijlage 1 Overzicht deelnemers focusgroepen

Huisartsenzorg	Functie
1	Huisarts, seksuoloog, onderzoeker
2	Doktersassistente focus op seksuele gezondheid
3	Huisarts
4	Huisarts
5	POH GGZ
6	Verpleegkundig Specialist in huisartsenpraktijk, met focus op seksuele gezondheid
7	Doktersassistente

Gehandicaptenzorg	Functie
1	Begeleider en trainer expertiseteam seksualiteit
2	Trainer expertiseteam seksualiteit; Begeleiding bij seksueel misbruik
3	Begeleider bij groep complexe LVB
4	Orthopedagoog, expertiseteam seksualiteit
5	Orthopedagoog residentiele zorginstelling, LVB volwassenen. Voorheen begeleider gehandicaptenzorg.
6	Persoonlijk begeleider residentiele zorginstelling, en aandacht functionaris seksualiteit

Jeugdhulp	Functie
1	Ambulant jongerenwerker/trainer, met specialisatie op seksueel welzijn
2	Ambulant jongerenwerker, met specialisatie op seksueel welzijn
3	Buurtteam-medewerker
4	Ambulant jongerenwerker, met specialisatie op LHBTQIA+ vraagstukken
5	Juridisch jongerencoach
6	Ambulant jongerenwerker, voorheen werkzaam in residentiele jeugdzorginstelling
7	Pedagogisch medewerker residentiele jeugdzorginstelling
8	Stagiair Buurtteam

Beleid	Functie
1	Onderzoeker en medewerker opleiding jongerenwerk
2	Beleidsmaker NGO op seksuele gezondheid
3	Projectleider op o.a. LHBTQIA+ vluchtelingen en statushouders programma's bij gemeentelijk afdeling Jeugd en Zorg
4	Beleidsmedewerker belangenbehartiging organisatie gehandicaptenzorg
5	Gebiedscoördinator jongerenwerk en meidenwerk.
6	Beleidsmedewerker en Stafverpleegkundige JGZ
7	Beleidsmedewerker VWS, directie jeugd

Bijlage 2 Topiclijsten focusgroepen

TOPICLIJST HUISARTSEN			
ONDERDEEL	DUUR	VRAGEN/ACTIES	VORM
Inleiding	10 min	OPENING Trainers voorstellen Agenda training toelichten Korte intro van deelnemers ➤ Wie ben je? Welke organisatie?	PPT
Inleidende vraag	8 min	Ik ervaar barrières in het bespreken van onderwerpen gerelateerd aan seks? Welke: (in post-its onder schaal) *deze vraag is een open deur, bedoeld om op gang te komen.	Korte antwoorden / brainstorm op Jamboard
Bekwaamheid/opleiding	7 min	Ik voel me bekwaam in het bespreken van seksualiteit. Ik weet hoe ik moet handelen als er zich problemen voordoen. <u>Hoe heb je dit geleerd?</u>	Gesprek a.d.h.v. Jamboard
Reflectie op eigen normen en waarden/opleiding	10 min	In het gesprek met het kind/ouder ben ik me bewust van mijn eigen normen en waarden? <u>Hoe heb je dit geleerd?</u> → <u>interculturele sensitiviteit?</u> <u>Seksuele diversiteit?</u>	Gesprek a.d.h.v. Jamboard
Impact op zorgrelatie	10 min	Het bespreken van seksualiteit verandert mijn relatie tot patiënten. <u>Vertrouwen, ongemak? Vooroordelen?</u>	Gesprek a.d.h.v. Jamboard
Taak (evt. overslaan bij tijdsgebrek, gezien ervaring van de deelnemers)	5 min	Wiens taak is het om seksualiteit bespreekbaar te maken met het kind/ouders? <u>(Hoe) zijn hier expliciete afspraken over gemaakt?</u>	Kort gesprek a.d.h.v. Jamboard
Behoeftes	10 min	Wat heb je nodig om seksualiteit bespreekbaar te maken?	
Acties/ interventies	15 min	Wat kan ik zelf doen? Wat kan mijn praktijk/organisatie doen? Welke structurele veranderingen zijn nodig?	Gesprek a.d.h.v. Jamboard
Kennis en gebruik van tools	5 min	Welke ken je? (*) Welke heb je wel eens gebruikt? (+)	Antwoorden op Jamboard
Ervaringen in gebruik	10 min	Waarom gebruik je deze tools wel/niet?	Gesprek a.d.h.v. Jamboard
Volledigheid lijst	5 min	Aanvullingen op lijst?	Antwoorden op Jamboard
Voldoen tools aan de behoeftes?	10 min	Welke tools mis je/bestaan nog niet? (Welke thema's, werkvormen, doelgroepen?)	Gesprek a.d.h.v. Jamboard
Afsluiting	5 min	WVTTK Ruimte voor overige vragen en opmerkingen Dank	Plenair

TOPICLIJST GEHANDICAPTENZORG

Inleiding	10 min	OPENING Trainers voorstellen Agenda training toelichten Korte intro van deelnemers ➤ Wie ben je? Welke organisatie?	PPT
Inleidende vraag	10 min	Ik ervaar barrières in het proactief bespreken van seksualiteit. Welke: (in post-its onder schaal) *deze vraag is een open deur, bedoeld om op gang te komen. →Proactief vs reactief?	Korte antwoorden / brainstorm op Jamboard
Reflectie op eigen normen en waarden/opleiding	10 min	In het gesprek met het kind/ouder ben ik me bewust van mijn eigen normen en waarden? <u>Hoe heb je dit geleerd?</u> → <u>sekswerkers in de zorg</u>	Gesprek a.d.h.v. Jamboard
Consent bij VB	10 min	Hoe beoordeel je consent als het gaat om seksualiteit met mensen met een verstandelijke beperking? →Restrictief vs begeleiden	Gesprek a.d.h.v. Jamboard
Steun/ omgeving	10 min	Ik voel me gesteund in mijn team/organisatie t.a.v. het bespreken van seksualiteit. <u>Hoe uit dit zich???</u>	Gesprek a.d.h.v. Jamboard
Behoeftes	10 min	Wat heb je nodig om seksualiteit bespreekbaar te maken?	
Acties/ interventies	15 min	Wat kan ik zelf doen? Wat kan mijn praktijk/organisatie doen? Welke structurele veranderingen zijn nodig?	Gesprek a.d.h.v. Jamboard
Kennis en gebruik van tools	5 min	Welke ken je? (*) Welke heb je wel eens gebruikt? (+)	Antwoorden op Jamboard
Ervaringen in gebruik	10 min	Waarom gebruik je deze tools wel/niet?	Gesprek a.d.h.v. Jamboard
Volledigheid lijst.	5 min	Aanvullingen op lijst?	Antwoorden op Jamboard
Voldoen tools aan de behoeftes?	10 min	Welke tools mis je/bestaan nog niet? (Welke thema's, werkvormen, doelgroepen?)	Gesprek a.d.h.v. Jamboard
Afsluiting	5 min	WVTTK Ruimte voor overige vragen en opmerkingen Dank	Plenair

TOPICLIJST JEUGDHULP

Inleiding	10 min	OPENING Trainers voorstellen Agenda training toelichten Korte intro van deelnemers ➤ Wie ben je? Welke organisatie?	PPT
Inleidende vraag	8 min	Ik ervaar barrières in het bespreken van onderwerpen gerelateerd aan seks? Welke: (in post-its onder schaal) *deze vraag is een open deur, bedoeld om op gang te komen.	Korte antwoorden / brainstorm op Jamboard
Bekwaamheid/ opleiding.	7 min	Ik voel me bekwaam in het bespreken van seksualiteit. Ik weet hoe ik moet handelen als er zich problemen voordoen. <u>Hoe heb je dit geleerd?</u>	Gesprek a.d.h.v. Jamboard
Reflectie op eigen normen en waarden/opleiding	10 min	In het gesprek met het kind/ouder ben ik me bewust van mijn eigen normen en waarden? <u>Hoe heb je dit geleerd?</u> → <u>Gesprek over machtsrelatie zorgverlener.</u>	Gesprek a.d.h.v. Jamboard
Steun/omgeving	10 min	Ik voel me gesteund in mijn team/organisatie t.a.v. het bespreken van seksualiteit. <u>Hoe uit dit zich???</u>	Gesprek a.d.h.v. Jamboard
Taak	5 min	Wiens taak is het om seksualiteit bespreekbaar te maken met het kind/ouders? <u>(Hoe) zijn hier expliciete afspraken over gemaakt?</u>	Kort gesprek a.d.h.v. Jamboard
Behoeftes	10 min	Wat heb je nodig om seksualiteit bespreekbaar te maken?	
Acties/interventies	15 min	Wat kan ik zelf doen? Wat kan mijn team/organisatie doen? Welke structurele veranderingen zijn nodig?	Gesprek a.d.h.v. Jamboard
Kennis en gebruik van tools	5 min	Welke ken je? (*) Welke heb je wel eens gebruikt? (+)	Antwoorden op Jamboard
Ervaringen in gebruik	10 min	Waarom gebruik je deze tools wel/niet?	Gesprek a.d.h.v. Jamboard
Volledigheid lijst	5 min	Aanvullingen op lijst?	Antwoorden op Jamboard
Voldoen tools aan de behoeftes?	10 min	Welke tools mis je/bestaan nog niet? (Welke thema's, werkvormen, doelgroepen?)	Gesprek a.d.h.v. Jamboard
Afsluiting	5 min	WVTTK Ruimte voor overige vragen en opmerkingen Dank	Plenair

TOPICLIJST BELEIDSMAKERS

Inleiding	15 min	OPENING Trainers voorstellen Agenda training toelichten Korte intro van deelnemers ➤ Wie ben je? Welke organisatie?	PPT
Agenderen	15 min	Hoe agendeer je het thema binnen je organisatie? - Waar loop je tegenaan? - Is het een prioriteit? Hoe zorg je dat het PRO-actief i.p.v. reactief besproken wordt	Gesprek a.d.h.v. Jamboard
Kennis en kunde	15 min	Hoe faciliteer je de nodige kennis/ kunde/ handvaten bij werknemer? - Rol van handvaten - Kennisuitwisseling? - Taakverdeling? Ruimte voor opdoen van ervaring/ tijd?	Gesprek a.d.h.v. Jamboard
Veiligheid	15 min	Hoe creëer je de veilige omstandigheden om seksualiteit te bespreken? - Sfeer in teams. Steunen van voorlopers.	Gesprek a.d.h.v. Jamboard
Richtlijnen versus praktijk?	15 min	Hoe balanceer je de regels/ richtlijnen met de praktijk op de werkvloer en de wensen van de doelgroep? Waar loop je tegenaan?	Gesprek a.d.h.v. Jamboard
Persoonlijke vs professionele normen	15 min	Hoe balanceer je de eigen normen van je werknemers vs de professionele normen van de organisatie. - Evt. concrete voorbeelden: jongeren die porno kijken. Monogamie. - Culturele sensitiviteit. LHBTQIA+ sensitiviteit	Gesprek a.d.h.v. Jamboard
Begeleiden vs beperken	15 min	Hoe zorg je er voor dat cliënten begeleid worden in hun seksualiteit i.p.v. beperkt. Omgaan met onzekerheid van 'vrij laten' versus verantwoordelijkheid(gevoel) als er iets mis gaat.	Gesprek a.d.h.v. Jamboard
Afsluiting	5 min	WVTTK Ruimte voor overige vragen en opmerkingen Dank	Plenair

Bijlage 3 Overzicht tools per werkveld

Jeugdhulp

Tool	Korte omschrijving	Doelgroep
Handvatten voor het gesprek		
Vlaggen systeem	Seksueel gedrag en seksueel gedrag van kinderen en jongeren (0-18) tijdig en adequaat duiden en bijsturen, a.d.h.v. een beoordelingssysteem en handvatten voor gesprek. Variaties: Vlaggen systeem buiten de lijnen; residentiele Jeugdzorg; Op een bordje.	Kinderen/ jongeren 0-18
Genderbread Kit	Handvat voor het bespreekbaar en maken van seksuele en gender diversiteit	Algemeen met specifieke aandacht voor LHBTQIA+ personen
Anticonceptie koffer		Algemeen
Bronnen voor professionals		
Jeugdhulp en jeugdbescherming Richtlijn Seksuele ontwikkeling	Professionele richtlijn t.a.v. seksuele ontwikkeling van jongeren, incl. overzicht van interventies.	Kinderen in jeugdhulp/ jeugdbescherming
JGZ richtlijn seksuele ontwikkeling	Professionele richtlijn seksuele ontwikkeling bij kinderen en jongeren.	Kinderen/ jongeren 0-18
Sense.info	Website met betrouwbare seksualiteitsinformatie- en hulpverlening voor jongeren over relaties en seksualiteit	Algemeen
Seks inde praktijk (Rutgers)	Website met informatie en handvatten voor zorgprofessionals om seksualiteit bespreekbaar te maken met een patiënt.	Algemeen
Praten over Seksualiteit – Islam&Liefde (maroc.nl / Soa Aids)	Website met informatie en ervaringsverhalen over seksualiteit en de Islam.	Mensen met religieuze of culture moslim achtergrond
Individuele werkvormen en (groeps)spellen		
Privéplekjes en geheimen die niet oké zijn	Werkboek voor jonge kinderen in leefgroep of pleeggezin. Dit boekje helpt hen te praten over hun lichaam, over seksueel misbruik en hulp.	Jonge uithuisgeplaatste kinderen
Qpido Verliefd en seks boek	Boek met handvatten om in gesprek te gaan met jongeren over liefde, seksualiteit en relaties.	Jongeren
UP2U	Individueel of in groep bespreekbaar maken van grensoverschrijdend gedragen aanreiken van handelingsalternatieven.	Jongeren
Can you fix it?	Online game gericht op preventie seksueel grens overschrijdend gedrag	Jongeren
Ey schatje	Groepsspel of bordspel om met jongeren in gesprek te gaan over leren wensen en grenzen herkennen, respecteren een aangeven.	Jongeren
Boys R Us	Bespreekbaar maken seksualiteit en relaties met jongens d.m.v. bordspel	Jongens
Girls'Choice	Bespreekbaar maken seksualiteit en relaties met meiden d.m.v. bordspel	Meiden
Meisjes kwartet	Spel met informatieve stellingen en open vragen over liefde, relaties, seks en pubertijd.	Meiden in (pre-)puberteit
Liefdesweetjes	Bordspel voor het bespreekbaar maken seksualiteit en relaties met jongeren en volwassenen met een licht verstandelijke beperking	Jongeren en volwassenen met LBV
SeCZ TaLK	Groepsspel voor het bespreekbaar maken seksualiteit en relaties met jongeren met een lichamelijke beperking en/of chronische ziekte	Jongeren met lichamelijke beperking or chronische ziekte
Seks Ganzenbord	Groep spel met mening en kennis vragen over verschillende onderwerpen rondom seksualiteit	Kinderen en jongeren

Verboden praatjes	Spelmethode om het gesprek te openen over taboe onderwerpen.	Kinderen en jongeren
Trainingen en lessen		
Make a Move	Groepsgerichte interventie voor jongens voor de preventie (online) seksueel grensoverschrijdend gedrag. Bevorderen seksuele weerbaarheid	Jongens
Make a Move +	Variant voor jongens met een LVB	Jongens met een LVB
Girls talk	Groepsgerichte interventie voor meiden preventie (online) seksueel grensoverschrijdend gedrag en onveilige seks en bevorderen seksuele weerbaarheid.	Meiden
Girls talk +	Variant voor meiden met een LVB	Meiden met een LVB
Ik ben van mij!	Programma van (peer)-educatie en activatie gericht op positieve seksuele ontwikkeling en het (her)kennen van wensen en grenzen	Jongeren
Rondje seksualiteit	Een carrouselspel waarmee leerlingen in de bovenbouw van het voortgezet onderwijs en mbo met elkaar leren praten over hun waarden en normen ten aanzien van relaties en seksualiteit.	Jongeren
Liefde is ... voor meisjes	Lesmethode voor het bevorderen seksuele ontwikkeling, preventie seksuele risico's.	Meiden
Lang Leve de Liefde	Lesmethode voor het bevorderen seksuele ontwikkeling, preventie seksuele risico's.	Jongeren
Kriebels in je buik	Lesmethode voor het bevorderen gezonde seksuele ontwikkeling, voorkomen seksuele problemen.	Kinderen
Benzies en Batchies	Interventie tegen seksueel grensoverschrijdend gedrag onder leerlingen in het praktijkonderwijs en het vmbo.	Jongeren
Bespreken met collega's		
Qpido InTeam kaartspel	Spel waarmee team van zorg professionals met elkaar in gesprek kan gaan over eigen normen en ideeën rondom seksualiteit a.d.h.v. stellingen en casussen.	Zorg professionals
Seksueel ontwikkelspel	Kaartspel gebaseerd om het Vlaggen systeem waarmee de seksuele ontwikkeling van kinderen en jongeren met elkaar kunt bespreken	Zorg professionals.

Huisartsenzorg

Tool	Beschrijving	Doelgroep
Handvatten voor het gesprek		
Onder 4 ogen	Gesprekstool met handvatten voor het bespreekbaar maken van seksualiteit.	Algemeen
PLISSIT-model	Gesprekstool met handvatten voor het bespreekbaar maken van seksualiteit.	Algemeen
Vlaggensysteem	Seksueel gedrag en seksueel gedrag van kinderen en jongeren (0-18) tijdig en adequaat duiden en bij sturen, a.d.h.v. een beoordelingssysteem en handvatten voor gesprek.	kinderen/ jongeren 0-18
Bronnen voor professionals		
Bespreken seksuele klachten in de spreekkamer. (NHG)	StiP e-learning voor NHG leden over het bespreken van seksuele klachten.	Algemeen
NHG standaarden	Richtlijnen (bijvoorbeeld seksuele klachten, het soa consult, anticonceptie)	Algemeen
JGZ richtlijn seksuele ontwikkeling	Richtlijn over seksuele ontwikkeling van kinderen/ jongeren.	Kinderen/ jongeren 0-18
Richtlijn veranderende seksuele gezondheid	Richtlijn voor o.a. praktijkverpleegkundigen en POH's over het herkennen en bespreekbaar maken van veranderende seksuele gezondheid.	Algemeen, met specifiek aandacht voor ouderen, mensen met chronische ziekten of een lichamelijke beperking en mensen met kanker
Website: SeksHAG	Website van Huisarts Adviesgroep Seksuele Gezondheid. Met FAQs, overzicht richtlijnen, tools en klinische lessen.	Algemeen
Seks inde praktijk (Rutgers)	Website met informatie en handvatten voor zorgprofessionals om seksualiteit bespreekbaar te maken met een patiënt.	Algemeen
Er komt een mens bij de dokter	Website met informatie, interviews, casus en tools over gender en seksuele diversiteit in de zorg.	LHBTQIA+ personen
MDR soa app	App met informatie voor zorgprofessionals over diagnostiek en behandeling van seksueel overdraagbare aandoeningen.	Algemeen
Prepnu.nl	Website met informatie voor zorgprofessionals over PREP.	Doelgroepen met verhoogd risico op HIV
Voorlichtingsmateriaal		
Thuisarts.nl	Patiënt informatie in de vorm van voorlichtingsteksten en filmpjes voor patiënten over diverse seksuele gezondheid vragen.	Algemeen
Zanzu.nl	Website met informatie over seksuele gezondheid in 16 talen, met voorlees functie en beelden.	Mensen met Nederlands niet als eerste taal
Begrijp je lichaam	Begrijpelijke afbeeldingen en tekst die zorgverleners kunnen gebruiken in het uitleggen van diverse gezondheid onderwerpen, waaronder seksualiteit.	Mensen waarbij een taalbarrière bestaat, laaggeletterdheid en/of beperkte gezondheidsvaardigheden
Soa AIDS website	Website van SOA-AIDS Nederland met informatie voor patiënten en professionals.	Algemeen
Bespreken met collega's		
Seks, dat spreek van zelf?	Kaartspel om binnen de huisartspraktijk en opleiding in gesprek te gaan over seksuele gezondheid. Het geeft informatie en praktische handvatten en nodigt uit tot reflectie op de eigen taakopvattingen.	Zorgprofessionals
Wat vind jij? In gesprek over inclusieve gezondheidszorg	Gesprekskaarten om in gesprek te raken met collega's, met stellingen/vragen die gaan over sekse, gender en seksuele diversiteit in relatie tot gezondheidszorg.	Zorgprofessionals
Signaleren		
Sticker LHBTQ+ vriendelijke hulpverlener	Sticker waarmee zorgverlener kan signaleren open te zijn voor het bespreken van LHBTQ+ gerelateerde onderwerpen.	LHBTQIA+ personen

Verstandelijke beperking

Tool	Beschrijving	Doelgroep
Handvatten voor het gesprek		
Hermeneutische Cirkel	Handvat met vragen ter ondersteuning van het in kaart brengen van seksuele vraagstukken en het aangaan van het gesprek hierover.	(L)VB
Vlaggen systeem	Seksueel gedrag en seksueel gedrag van kinderen en jongeren (0-18) tijdig en adequaat duiden en bijsturen, a.d.h.v. een beoordelingssysteem en handvatten voor gesprek.	(L)VB
Bronnen voor professionals		
Seks inde praktijk (Rutgers)	Website met informatie en handvatten voor zorgprofessionals om seksualiteit bespreekbaar te maken met een patiënt.	Algemeen
Individuele werkvormen en (groep)spellen		
Meerdanliefde.nl	Website met Eenvoudige informatie over vriendschap, relaties, intimiteit en seksualiteit.	LVB
Steffie.nl	Website waarop verschillende onderwerpen, waaronder liefde, daten en relaties, op een begrijpelijke manier worden uitgelegd voor mensen met een VB.	LVB
Leerbaar & Weerbaar	Breed inzetbare tool voor het helpen van mensen met een verstandelijke beperking om eigen keuzes te maken, met module over seksualiteit. Sluit aan op verschillende leer methodes en ontwikkelingsniveaus.	(L)VB
Praten over seks	Methode voor het ondersteunen van mensen met een verstandelijke beperking in hun seksuele ontwikkeling. Handboek voor begeleiders + werkboek + DVD met gespreksvoorbeelden.	(L)VB
Van top tot teen	Seksuele voorlichtingsmap met diverse thema's rondom seksuele ontwikkeling en voorlichting.	(L)VB
Kinderwens koffer	Koffer met verschillende materialen om een kindwens uit verschillende invalshoeken bespreekbaar te maken met cliënten, ouders en hulpverleners.	Mensen met een VB met een kindwens en hun ouders
Eerste hulp bij dating	Werkboekje met begrijpelijke informatie en oefeningen over dating.	LVB. Met bijlagen voor LHBTI mensen
Gezegd of gezwegen + Baas van het gesprek	Boek en DVD met casus over grensoverschrijdend gedrag vanuit zowel slachtoffer als dader met een VB.	(L)VB
Lief, Lijf & Leven	Voorlichtingsprogramma waarin op een gestructureerde manier vele facetten van de seksuele ontwikkeling belicht a.d.h.v. films en werkbladen.	(L)VB
SeCZ TaLk	Bespreekbaar maken seksualiteit en relaties d.m.v. bordspel met jongeren met een lichamelijke beperking en/of chronische ziekte.	Jongeren met lichamelijke beperking of chronische ziekte
Vrienden en Vrijers	Spelmethode met visuele gesprekskaarten die het makkelijker maakt om met mensen met een verstandelijke beperking te praten over de thema's het Lichaam, Vriendschap, Partners, Seksualiteit en Weerbaarheid.	(L)VB
Mag ik van jou?	Kwartet en memory spel met plaatsjes, waarmee een ingang wordt gevormd voor het bespreken van seksualiteit.	(L)VB
Seks is Meer Ganzenbord	Educatief spel over seksualiteit voor mensen met een VB.	(L)VB
The Emotion Game	Methode om spelenderwijs in te gaan op gevoelens en emoties van kinderen en jongeren met verstandelijke beperkingen en een emotionele achterstand.	(L)VB kinderen en jongeren met een emotionele achterstand
Ik en de ander	Werkboek over intimiteit en sociale omgang.	(L)VB
Trainingen en lessen		

Kriebels in je buik SO	Digitale lesmethode voor seksuele en relationele vorming in het speciaal onderwijs.	Speciaal onderwijs
Lang Leve de Liefde VSO	Digitale lesmethode voor seksuele en relationele vorming in het voortgezet speciaal onderwijs.	Speciaal onderwijs
Je Lijf, Je Lief!	Training voor praktijkonderwijs die leert beter herkennen en respecteren van de eigen wensen en grenzen en die van anderen op het gebied van relaties en seks.	Praktijkonderwijs
Make a Move +	Trainingen voor jongens met een LVB met als doel hun seksuele weerbaarheid te vergroten.	LVB
Girls talk +	Trainingen voor meiden met een LVB met als doel hun seksuele weerbaarheid te vergroten.	LVB
DODD deurtje open deurtje dicht	Training serie voor mensen met matige verstandelijke beperking, m.b.t. weerbaarheid en grenzen aangeven.	MVB
Hallo IK	Training over lichaam, gevoel, seksualiteit, weerbaarheid en sociale vaardigheden voor kinderen en volwassenen met een verstandelijke en auditieve/communicatieve beperking.	VB i.c.m. auditieve/communicatieve beperking
Beware of Loverboys	Drietal lessen met als doel kwetsbaarheid voor loverboys en andere (online) seksuele grensoverschrijding te verkleinen.	LVB
Lof Joe	Trainingen gericht op het vergroten van kennis en vaardigheden rondom vriendschap, daten, relaties en seksualiteit bij mensen met een verstandelijke beperking of leerachterstand.	(L)VB of leerachterstand
Bespreken met collega's		
Seksueel ontwikkelspel	Kaartspel gebaseerd om het Vlaggensysteem waarmee de seksuele ontwikkeling van kinderen en jongeren met elkaar kunt bespreken.	Zorgprofessionals.