

Seksualiteit en seksueel misbruik

Visie en beleid als basis voor goede zorg en kwaliteit van bestaan;
praktische handvatten voor managers in de verstandelijk
gehandicaptenzorg.

Colofon

Deze publicatie is tot stand gekomen in een werkplaats op het Kennisplein Gehandicaptensector, in opdracht van VGN. Via de website van VGN (www.vgn.nl) en de website van het Kennisplein Gehandicaptensector (www.kennispleingehandicaptensector.nl) is deze publicatie met bijbehorende bijlagen te downloaden.

© 2011 VGN

Auteurs

Rita van Burgsteden
Marianne Heestermans (Zonnehuizen)
Mieke Swennen ('s Heeren Loo)

Expertgroep

Nynke Heeringa (Vilans)
Conny Kooijman (LFB)
Hanneke Kooijman (Carante Groep)
Hans van der Wielen (Cordaan)
Aafke Scharloo

Klankbordgroep

Siska de Graaff (Fatima)
Koos Jüngen (Hartekampgroep)
Marion Kersten (VGN)
Annelies Kuyper (Rutgers WPF)
Marijke Lammers (MOVISIE)
Esther Primowees (Philadelphia)

Meeleesgroep

Willy van Berlo (Rutgers WPF)
Anjo Bos (Advisium, 's Heeren Loo)
Tonnie Coppus (Dichterbij/Erasmus MC)
Ine Daamen (Lunet zorg)
Wim van Geffen (Dichterbij)
Marc van Ingen (Pergamijn)
Els Kok (MOVISIE)
Mieke van Leeuwen (Platform VG)
Anton Stoltenborg (De Lichtenvoorde)
Sophia Verstraaten (Hartekampgroep)

Coördinatie

Hilair Balsters (Kennisplein Gehandicaptensector)

Tekstredactie

Joke Batink

Vormgeving

Mariel Lam bno, 's-Hertogenbosch

Drukwerk

Drukkerij NPC, Schijndel

Publicatienummer: 711.216

ISBN: 978 90 5620 112 8

Uitgevers

VGN
www.vgn.nl
Postadres
Postbus 413, 3500 AK Utrecht
Bezoekadres
Oudlaan 4, 3515 GA Utrecht
Telefoon (030) 273 93 00
Fax (030) 273 9387
E-mail info@vgn.nl

Kennisplein Gehandicaptensector
www.kennispleingehandicaptensector.nl
p/a Catharijnesingel 47
Postbus 8228
3503 RE Utrecht
Telefoon (030) 789 2311
E-mail info@kennispleingehandicaptensector.nl

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Inleiding	7
1 Het ontwikkelen van een visie op seksualiteit	9
1.1 Waarom een visie op seksualiteit formuleren? Aanleidingen en belanghebbenden	9
1.1.1 Belangen van cliënten en hun ouders/verwanten	10
1.1.2 Belang van de begeleiders	11
1.1.3 Belang van de organisatie	11
1.2 Welke aspecten zijn belangrijk bij het formuleren van een visie?	12
1.2.1 Definities en domeinen van kwaliteit van bestaan	12
1.2.2 Seksuele ontwikkeling in relatie tot andere ontwikkelingsgebieden	13
1.2.3 Thema's die samenhangen met een visie op seksualiteit	14
1.3 Hoe ontwikkel of toets je concreet een visie op seksualiteit?	16
1.3.1 Checklist actiepunten	16
1.3.2 Extra aandachtspunten en tips	17
2 Van visie naar beleid en implementatie rond seksualiteit	19
2.1 Stap 1: Sterkte/zwakte-analyse of risicoanalyse	19
2.2 Stap 2: Verbeterplannen op drie terreinen	20
2.2.1 Verbeterplannen voor cliënten	21
2.2.2 Verbeterplannen voor medewerkers	23
2.2.3 Verbeterplannen voor de omgeving/organisatie	23
2.3 Stap 3: Werken aan verbeteringen met de PDSA-cyclus	24
3 Verankering van beleid rond seksualiteit	25
3.1 Verankering van beleid voor cliënten	25
3.2 Verankering van beleid voor medewerkers	26
3.3 Verankering van beleid in de organisatie	26
Geraadpleegde literatuur	28
Bronnen voor nadere oriëntatie	29
Bijlagen	30
Bijlage 1: Rechten van mensen met een verstandelijke handicap	30
Bijlage 2: Voorbeelden van vragen die voortkomen uit de domeinen van kwaliteit van bestaan van Schalock	32
Bijlage 3: Overzicht seksuele ontwikkeling van mensen met een verstandelijke beperking	34
Bijlage 4 : PLISSIT-schema voor het implementeren van seksualiteit	39
Bijlage 5: SORC-schema	41
Bijlage 6: Voorbeeld van een gedragscode	42

Voorwoord

Seksualiteit heeft een plek in het leven van ieder mens, met of zonder beperking, en draagt bij aan de kwaliteit van bestaan. Waar het kwetsbare mensen betreft, heeft seksualiteit extra aandacht nodig en vaak ook ondersteuning. Daarnaast is bij kwetsbare mensen extra inzet nodig voor preventie van seksueel misbruik en is zeer zorgvuldig handelen geboden in situaties waarin bij hen misbruik aan de orde is.

Binnenkort verschijnen de uitkomsten van het onderzoek Prevalentie seksueel misbruik in de gehandicaptenzorg van Rutgers WPF (voorheen de RutgersNissoGroep) en MOVISIE. Met dit onderzoek in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport wordt uitvoering gegeven aan een van de onderwerpen uit de Veiligheidsagenda, die mede door de VGN is ondertekend. De VGN ondersteunt dit onderzoek dan ook in woord en daad. Dit doen we vanuit de visie dat elk incident van seksueel misbruik er één teveel is, zeker omdat het om een groep kwetsbare mensen gaat.

Beleid op preventie

Ons uitgangspunt, zoals ook verwoord in het convenant Preventie seksueel misbruik (zie bijlage 9), is dat preventie en signalering alleen mogelijk zijn tegen de achtergrond van een helder beleid met betrekking tot seksualiteit. Voor de VGN vormde het prevalentieonderzoek aanleiding om op het Kennisplein Gehandicaptensector de werkplaats Seksualiteit en seksueel misbruik te laten uitvoeren.

Handvatten bieden

Via deze werkplaats vragen we aandacht voor dit belangrijke onderwerp. Maar vooral willen we handvatten bieden waarmee onze lidinstellingen hun eigen beleid onder de loep kunnen nemen en

zo nodig kunnen actualiseren. De informatie is in de eerste plaats bedoeld voor managers omdat zij een sleutelrol vervullen bij de totstandkoming, implementatie en het levend houden van het seksualiteitsbeleid. Daarnaast is de handreiking bedoeld voor anderen die een bijdrage willen en kunnen leveren zoals aandachtsfunctionarissen seksualiteit.

Kennis delen

Omdat er op veel plekken al goede instrumenten en praktijken zijn, is ervoor gekozen al deze kennis te bundelen, te verrijken en vervolgens te verspreiden. Dit doen we in de wetenschap dat protocollen alleen misbruik niet zullen voorkomen. We weten dat ook een open communicatie en een veilige (meld)cultuur van eminent belang zijn. Maar protocollen en instructies vormen wel een belangrijk en onontbeerlijk basisinstrument voor allen die betrokkenen zijn bij dit complexe onderwerp.

In de handreiking trof mij een van de praktijkvoorbeelden, namelijk de beleidsuitgangspunten die een van onze leden formuleerde (zie pagina 15), en die voor alle cliënten in de gehandicaptenzorg van belang zijn:

(...) Ik krijg de ruimte om mijn seksualiteit te beleven - ik mag nee zeggen. Ik mag alle vragen stellen die ik heb en krijg hulp als ik dat nodig heb - ik krijg seksuele voorlichting. Ik voel mij veilig in mijn omgeving en krijg, als ik dat nodig heb, bescherming.

We hopen dat deze handreiking u kan ondersteunen en inspireren om dit te realiseren met uw beleid op het terrein van seksualiteit en (preventie van) misbruik.

Hans Schirmbeck
Directeur VGN

Inleiding

U hoopt het nooit mee te maken: een melding van seksueel misbruik in uw organisatie of op uw afdeling. Iedereen is het er dan ook over eens hoe belangrijk het is om dit te voorkomen. Maar hoe gaat uw organisatie of afdeling om met seksualiteit in meer algemene zin? Welke expliciete aandacht is hier voor? Krijgen de cliënten de informatie en de ruimte die ze nodig hebben?

In de praktijk blijkt het niet altijd eenvoudig en vanzelfsprekend om het onderwerp seksualiteit op de agenda te zetten en te houden. Er zijn heel veel onderwerpen waar zorgverleners en leidinggevendenden hun tijd en energie aan moeten besteden. Bovendien is seksualiteit geen eenvoudig onderwerp: het is niet altijd gemakkelijk bespreekbaar en er is soms sprake van handelingsverlegenheid. Dat is te begrijpen vanuit het feit dat voor veel begeleiders (net als voor andere mensen) seksualiteit een onderwerp is dat raakt aan intimiteit en de eigen waarden en normen.

Kwaliteit en preventie

Toch is het van groot belang seksualiteit een vanzelfsprekende plek te geven in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Seksualiteit beïnvloedt de kwaliteit van bestaan van cliënten. Door het ontwikkelen van een gezonde seksualiteit kan frustratie voorkomen worden en ontstaat er een toename van de weerbaarheid. Gezonde seksualiteit is ook een belangrijk onderdeel van de preventie van seksueel misbruik. Omdat seksualiteit een beladen onderwerp is en vatbaar is voor eigen interpretaties, vraagt het thema bij uitstek om duidelijke kaders van de organisatie.

Protocol en praktijk

In de meeste organisaties voor mensen met een verstandelijke beperking is een protocol seksueel misbruik aanwezig. Ook is er vaak materiaal voor seksuele voorlichting en is er iemand aangesteld als aandachtsfunctionaris seksualiteit. Deze zaken blijken in de praktijk echter geen

garantie te bieden dat het onderwerp seksualiteit voldoende aan bod komt of dat seksueel misbruik wordt voorkomen. Ook blijkt lang niet altijd iedereen te weten hoe te handelen als misbruik zich voordoet.

Verantwoordelijkheid

Iedereen die werkt met en voor mensen met een verstandelijke beperking heeft op zijn eigen wijze zijn verantwoordelijkheid rond het onderwerp seksualiteit.

Van begeleiders mag verwacht worden dat zij op een integere wijze, bewust van hun persoonlijke normen en waarden én hun professionele visie naar de cliënt kunnen kijken. Maar om met cliënten op een gewone manier over seks te kunnen praten, of hen volgens verschillende ontwikkelingsstappen te begeleiden, hebben zij ook de steun nodig van hun organisatie. *'Wat verwacht de organisatie van mij?'* Maar ook: *'wat biedt de organisatie mij?'* Het is aan de organisatie te zorgen voor een helder kader waarbinnen medewerkers goed kunnen functioneren en cliënten adequate ondersteuning krijgen en prettig en veilig kunnen wonen. Dat kader bestaat in het beste geval uit een heldere visie die vertaald is in beleid.

Managers zijn daarbinnen degenen bij uitstek die de positie hebben hierin structureel en fundamenteel verbeterlagen te maken. Het is dan ook met name aan hen dat we met deze publicatie een handreiking willen bieden. Dit document kan hen steunen en inspireren om een richtinggevende visie op seksualiteit te ontwikkelen, beleid te formuleren en dit te implementeren en te verankeren in de organisatie. Beleids- en regiomanagers, teamleiders en afdelingshoofden verdienen daarbij uiteraard de volledige steun van hun directie. Zij kan hen indien nodig helpen door te faciliteren met tijd en middelen.

Focus en beperking van de handreiking

Waar het gaat om mensen met beperkingen bestrijkt het terrein van seksualiteit een breed

spectrum. Allereerst kan seksualiteit bij hen, net als bij ieder ander mens, een ongecompliceerde verrijking van het leven vormen. Dit blijft in deze handreiking buiten beschouwing. Het gaat hier alleen om situaties waarin professionele aandacht en ondersteuning aan de orde is. Allereerst zal dat het geval zijn bij kwetsbare mensen die belemmeringen ervaren om hun eigen hetero- dan wel homoseksualiteit op passende wijze te kunnen vormgeven. Dus met het oog op hun kwaliteit van bestaan. En omdat mensen met beperkingen extra kwetsbaar zijn voor seksueel misbruik, is professionele aandacht eveneens nodig voor preventie van seksueel misbruik evenals, waar misbruik aan de orde is, zeer zorgvuldig handelen.

Opzet handreiking

Er is veel gepubliceerd over seksualiteit bij mensen met een verstandelijke beperking. In deze brochure hebben we bestaande informatie gebundeld en toegespitst op de rol van de manager. We richten ons daarbij op managers van organisaties voor mensen met een verstandelijke beperking. Dat betekent dat er een grote diversiteit aan cliënten is. Ondersteuning bij seksualiteit kan per cliënt erg verschillen. We gebruiken de term seksualiteit dan ook in de brede zin van het woord: het betreft lichaamsbeleving, intimiteit, seksuele identiteit, seks met zichzelf en seks met anderen.

We hebben ervoor gekozen het thema seksualiteit letterlijk van twee kanten te benaderen en de brochure van twee kanten leesbaar te maken. Als u verder leest aan deze kant, vindt u de uitwerking van visie, beleid, implementatie en verankering van beleid op het gebied van de ontwikkeling van gezonde seksualiteit en het voorkomen van seksueel misbruik. Als u de publicatie omdraait, vindt u informatie over en handvatten voor hoe te handelen bij (een vermoeden van) seksueel misbruik. Dit heeft veel meer dan het eerste deel een verplichtend karakter voor de manager en is de vrijblijvendheid voorbij.

De tekst is rijk aan voorbeelden en extra toelichtingen die te vinden zijn in aparte blokjes. Elk deel eindigt bovendien met een literatuuroverzicht, bronnen voor nadere oriëntatie en enkele bijlagen met nadere informatie.

1 Het ontwikkelen van een visie op seksualiteit

“Ik werk nog maar pas als afdelingsmanager in een kleine instelling voor mensen met een verstandelijk beperking. Een geval van seksueel misbruik bij een collega-instelling heeft me onlangs flink aan het denken gezet. Hoe zit dat eigenlijk bij ons? Wat wordt er van mij als leidinggevende verwacht om dit te voorkomen?”

“Als ervaren leidinggevende realiseer ik me goed dat ik een belangrijke factor ben in het formuleren en invoeren van beleid rond seksualiteit. En al heb ik veel op mijn bord, ik voel me ook echt verantwoordelijk voor het ontwikkelen van een visie op seksualiteit. Daarmee hoop ik bij te dragen aan de kwaliteit van zorg en het voorkomen van incidenten.”

In dit gedeelte van de brochure vinden managers en andere betrokkenen een handreiking voor het formuleren van een visie op seksualiteit en voor het toetsen van een bestaande visie. We staan eerst stil bij mogelijke aanleidingen en bestaande belangen om de visie (opnieuw) te formuleren. Vervolgens gaan we in op wat er allemaal komt kijken bij het ontwikkelen van een visie. We sluiten hoofdstuk 1 af met een concrete checklist en aandachtspunten om mee aan de slag te gaan. Zodra deze eerste belangrijke stap gezet is en een heldere visie is vastgesteld, komt de volgende fase: het omzetten van de visie in concreet beleid en dit beleid implementeren en verankeren in de praktijk. Op deze twee onderwerpen gaan we in de hoofdstukken 2 en 3 nader in.

1.1 Waarom een visie op seksualiteit? Aanleidingen en belanghebbenden

Er zijn vele redenen om een visie op seksualiteit te ontwikkelen. Elke begeleider of leidinggevende kan er vanuit zijn of haar eigen praktijk wel enkele opnoemen. Hieronder stippen we een paar belangrijke even kort aan.

Helaas zijn het vaak incidenten van seksueel misbruik die seksualiteit opnieuw op de kaart zetten. Het is in zo'n geval zaak om het onderwerp meteen breder op te pakken dan puur de preventie van seksueel misbruik. Het is ook een kans om de discussie en het onderwerp om te buigen naar formuleren van beleid ten aanzien van gezonde seksualiteit.

Bekendheid met actuele cijfers kan de urgentie van het onderwerp vaak nog eens extra onderstrepen¹: x % van de mensen met een verstandelijke beperking wordt in zijn of haar leven één keer of vaker slachtoffer van seksueel misbruik, waarvan x % al voor het 18e jaar. Seksueel misbruik is een structureel probleem en vraagt om een structurele aanpak die verder gaat dan preventie van misbruik alleen.

Daarnaast kan het gebeuren dat medewerkers in de praktijk bepaalde zaken signaleren of dat zij dilemma's of handelingsverlegenheid ervaren. Het is te hopen dat zij in zo'n geval voor ondersteuning bij hun leidinggevende aankloppen. Dan kan gekeken worden of er een adequate onderliggende visie op seksualiteit aanwezig is die houvast kan bieden.

Het ontwikkelen van een visie op seksualiteit kan ook een logische stap zijn in het verder uitwerken en operationaliseren van de visie van de organi-

¹ Deze passage dient als voorbeeld van hoe urgentiegevoel kan ontstaan. In juni 2011 worden actuele cijfers voor de situatie in Nederland verwacht.

satie als geheel. Bijvoorbeeld: *'Als we vinden dat iedereen recht heeft op een gezonde seksuele ontwikkeling, op welke wijze bieden we kansen en welke voorwaarden zijn daarvoor nodig?'* Of: *'Gaat dit alleen op voor volwassenen met een lichte verstandelijke beperking of ook voor kinderen en mensen met ernstig verstandelijke beperkingen?'* Maar ook: *'Wat doen we als mondelinge informatieoverdracht over het onderwerp niet werkt of niet voldoende is? Visualiseren we door middelen van materiaal? Moeten we denken aan fysieke informatieoverdracht? En hoe werkt dat dan?'* Allemaal vragen en dilemma's die bij het onderwerp seksualiteit kunnen spelen en die vragen om duidelijke handvatten en het denken over alternatieven.

Hieronder gaan we nader in op drie groepen betrokkenen met elk zo hun eigen belang om terug te kunnen vallen of te kunnen rekenen op een goed beleid omtrent seksualiteit; de cliënt en zijn ouders/verwanten, de begeleiders en de organisatie.

1.1.1 Belangen van cliënten en hun ouders/verwanten

Een heldere visie op seksualiteit biedt een betere basis voor goede zorg en ondersteuning aan cliënten en hun ouders en/of verwanten.

Vrijwel iedere organisatie voor mensen met een verstandelijke beperking heeft in een algemene visie omschreven dat volwaardig burgerschap en kwaliteit van bestaan belangrijk is. Seksualiteit is daar een onderdeel van en het is dan ook wenselijk dat er een klimaat heerst waarin praten over seksualiteit er gewoon bij hoort. Ook al is het onderwerp soms beladen en lastig, het gaat om een fundamenteel recht² en het beïnvloedt de kwaliteit van bestaan.

De kwetsbare positie van mensen met een verstandelijke beperking is een extra reden om heel duidelijk te zijn in je visie op seksualiteit. Ze zijn vaker afhankelijk van ondersteuning bij seksuele ontwikkeling en ontplooiing en hebben meer bescherming nodig dan hun niet verstandelijk

beperkte leeftijdsgenoten. Ze hebben minder toegang tot algemene informatiebronnen zoals boeken, tv en internet. Of ze begrijpen de informatie die ze via deze kanalen opvangen niet goed waardoor ze een vervormd beeld kunnen krijgen. Bovendien kunnen ze hun wensen en gevoelens vaak niet verwoorden, zelfs als ze wel over gesproken taal beschikken.

Ook ondersteuning en zorg ontvangen in een instelling heeft speciale gevolgen voor de omgang met seksualiteit. Er ontstaat vaak een andere betrokkenheid tussen ouders en hun kind waardoor ouders soms niet meer de vanzelfsprekende begeleiding kunnen bieden. Er is in een instelling ook een ander contact met de peergroup, wat voor pubers een belangrijke factor is voor seksuele ontwikkeling.

Een ander aspect van kwetsbaarheid is dat door de verstandelijke - en soms ook lichamelijke - beperking er meer lichamelijke verzorging nodig kan zijn, waardoor de cliënt soms lastiger zijn eigen grenzen kan ontwikkelen. Het lijf wordt meer functioneel bekeken en aangeraakt door anderen, waardoor het minder als vanzelf van de cliënt alleen is. Weer andere cliënten nemen afstand van een ongemakkelijk lijf en moeten privacy en plezier van hun lijf opnieuw leren. Tot slot is het vanwege de afhankelijkheidspositie van belang dat cliënten en hun verwanten niet aangewezen zijn op individuele opvattingen van medewerkers over seksualiteit, maar kunnen rekenen op een goed doordachte en breed gedragen visie.

Het recht op 'afspraken'

Iedereen heeft recht op het deelnemen aan verschillende vormen van het maatschappelijk leven en het ontplooiën van de eigen mogelijkheden. Dit kan voor een specifieke cliënt bijvoorbeeld vertaald worden naar de mogelijkheid om afspraken te maken of te 'daten'. Voor iemand met meervoudige beperkingen kan het betekenen dat hij met regelmaat naast een vriendin kan zitten, zodat ze elkaars hand vast kunnen houden. Maar het kan ook gaan om een vraag als: mag een

² Dat de noodzaak voor een visie op seksualiteit er ook is vanuit de rechten van de mens, kunnen we ontleen aan een formulering als "het recht op bescherming tegen misbruik en ontorende behandeling" (zie bijlage 1: Rechten van mensen met een verstandelijke handicap).

cliënt zonder luier in zijn bed liggen zodat hij zijn eigen lijf kan ontdekken, of kan hij of zij beter niet met bepaalde gevoelens geconfronteerd worden? Of: heeft iemand met ernstige verstandelijke beperkingen recht op een dagelijks knuffelmoment of is dat beladen en kan de begeleider daardoor in een lastig parket komen?

1.1.2 Belang van de begeleiders

Een visie op seksualiteit biedt begeleiders duidelijk inzicht in wat er van hen verwacht wordt en wat zij op hun beurt van de organisatie mogen verwachten.

Een visie op seksualiteit is voor begeleiders belangrijk om te weten wat er van hen verwacht wordt. Zij hebben het belang om te weten waaraan ze zich verbinden als ze in dienst treden en ook waar ze op terug kunnen vallen als ze zich onzeker of niet gemakkelijk voelen.

Van begeleiders mag verwacht worden dat ze vanuit hun basiskennis kunnen reageren op vragen over seks of op bepaald gedrag. Van daaruit kunnen begeleiders een open gesprek voeren over seksuele behoeften van de cliënt: *'Hoe zit het bij jou en hoe kan ik je helpen?'* Ook mag verwacht worden dat ze non-verbale signalen kunnen oppikken en kunnen interpreteren. Begeleiders kunnen, eventueel samen met een gedragswetenschapper, kijken naar het seksueel ontwikkelingsniveau van een cliënt en de behoeften die daar bij horen³.

Wanneer zich problemen of seksueel afwijkend gedrag voordoen, ligt het anders. In dat geval moet extra deskundigheid ingeschakeld kunnen worden. Denk daarbij aan erectiestoornissen, genderproblematiek of parafiliën als exhibitionisme, pedofilie en sadisme. Ook hierin zal een heldere visie een begeleider tot steun kunnen zijn om te weten wat er bij zijn taken hoort en wanneer hij een beroep kan doen op andere expertise.

Het kan ook zijn dat de begeleider of een andere medewerker een risico loopt wanneer een cliënt

seksueel getint gedrag op hem of haar richt en zich daar niet in bij laat sturen. De begeleider zal zelf duidelijke grenzen moeten aangeven, maar hij of zij moet ook gesteund worden door een visie en gedragscode. Hierin kan bijvoorbeeld staan dat het niet toelaatbaar wordt geacht dat iemands borsten of billen worden aangeraakt. Uiteraard is het aan de manager om de begeleider hier in te steunen.

1.1.3 Belang van de organisatie

Met een visie op seksualiteit kunnen organisaties transparantie bieden aan cliënten, hun familie en medewerkers en een cultuur creëren van respect waarin misbruik geen kans krijgt.

Met een visie op seksualiteit biedt een instelling duidelijkheid, veiligheid en houvast aan cliënten, ouders en medewerkers en als het goed is een prettiger woon- en werkomgeving. Van nieuwe medewerkers zal gevraagd worden zich te conformeren aan de visie en aan de gedragscode (zie bijlage 6). Dit kan eventueel formeel gemaakt worden met een handtekening. De organisatie zal op haar beurt medewerkers ondersteunen door bijvoorbeeld regelmatige bijscholing te organiseren.

Een visie op seksualiteit kan ook een belangrijk instrument zijn in de preventie van misbruik. In een organisatie kunnen medewerkers een machtspositie hebben die een risicofactor kan zijn voor seksueel misbruik. Zonder richtinggevende waarden en normen bestaat de kans dat er een 'eigen cultuur' ontstaat met eventueel ongewenste omgang.

In een visie kan de organisatie zich bijvoorbeeld uitspreken over risicovolle situaties. Zoals de situatie waarin één volwassene aanwezig is zonder de kans dat een collega langskomt: de taxichauffeur, de begeleider in de nachtdienst, de therapeut. Mensen met een verstandelijke beperking hebben door hun afhankelijke positie en de bestaande machtsongelijkheid extra bescherming nodig.

³ Meer over deze ontwikkelingsniveaus in paragraaf 1.2.2

Voorbeeld van een nuttige gedragsregel

Bij sommige sportclubs geldt de regel dat tijdens het douchen na de wedstrijd altijd twee jeugdleiders aanwezig moeten zijn. Hierdoor hoopt men risico's te vermijden. Dubbele bezetting in risicovolle situaties zal niet altijd mogelijk zijn, maar het is goed u er van bewust te zijn dat er situaties zijn die extra risico's met zich meebrengen.

Voorbeelden van vragen op het gebied van seksualiteit die een beroep doen op een onderliggende visie

- Mag een begeleider een cliënt van het andere geslacht wassen?
- Mag een (allochtone) begeleider weigeren een cliënt van het andere geslacht te wassen?
- Hoe kan een begeleider een cliënt helpen als een cliënt niet weet hoe hij prettig kan masturberen? Mag dat zomaar?
- Mag een begeleidster dwingende adviezen krijgen over hoe zij zich kleedt tijdens haar werk?
- Kunnen begeleiders en cliënten gebruikmaken van dezelfde kleedkamer bij het zwemmen?
- Mag aan cliënten gevraagd worden de prikpil te gaan gebruiken als ze ondersteuning krijgen van een zorginstelling?
- Kunnen we cliënten verbieden naar porno te kijken?

1.2 Welke aspecten zijn belangrijk in een visie op seksualiteit?

Waar moet u allemaal op letten bij het formuleren van een visie op seksualiteit? Een goede start is het vaststellen van een bruikbare definitie. Ook de domeinen van kwaliteit van bestaan kunnen een zeer bruikbaar kader bieden. Vervolgens kunnen we de relatie met andere ontwikkelingsgebieden en verwante thema's erbij betrekken.

1.2.1 Definitie en domeinen van kwaliteit van bestaan

De WHO geeft een uitgebreide definitie van seksualiteit. Daarnaast gaan we nader in op de domeinen van kwaliteit van bestaan.

Met het vaststellen van de definitie van seksualiteit kunt u met uw afdeling of organisatie de eerste stap zetten in het bepalen van de onderwerpen die in de visie thuishoren. Daarvoor kunt u gebruikmaken van onderstaande definitie, maar uiteraard ook zelf een definitie zoeken of formuleren.

De World Health Organisation (WHO) hanteert onderstaande definitie:

'Seksualiteit is een centraal aspect van het mens-zijn gedurende het gehele leven en omvat geslacht, gender-identiteiten en -rollen, seksuele geaardheid, erotiek, plezier, intimiteit en voortplanting. Seksualiteit wordt ervaren en uitgedrukt in gedachten, fantasieën, verlangens, overtuigingen, houdingen, waarden, gedragingen, praktijken, rollen en relaties. Hoewel seksualiteit al deze dimensies kan omvatten, worden niet alle altijd ervaren of uitgedrukt. Seksualiteit wordt beïnvloed door de interactie van biologische, psychologische, sociale, economische, politieke, culturele, ethische, juridische, historische en religieuze en spirituele factoren.' (WHO, 2002).

Aanvullende uitgangspunten

Seksualiteit is ook bij mensen met ernstig verstandelijke of meervoudige beperkingen een onderdeel van het leven. 'Niet van toepassing' is niet aan de orde. Als uitgangspunt geldt bovendien dat seksualiteit gedurende het hele leven een rol speelt, dus ook bij jonge kinderen en oude mensen. Seksualiteit is meer dan seksueel gedrag of vrijen. Het is de basis voor de seksuele identiteit. Deze basis wordt gelegd bij het jonge kind. Kinderen en jeugdigen hebben in hun seksuele ontwikkeling veel meer nodig dan alleen kennis over de geslachtsdaad. Lichaamsbeleving door aangeraakt worden, maar ook zichzelf aan kunnen raken, voelen en zien, vormt de basis voor seksuele beleving. Seksualiteit is ook meer dan een seksuele relatie met een ander. De eigen seksuele ervaringen kunnen leiden tot het ontdekken van de eigen seksuele identiteit en seksuele voorkeur.

Tip: De dvd *Liefde is overal** geeft een helder en levendig overzicht van de vele aspecten van liefde, relaties, vriendschap en seksualiteit bij mensen met een verstandelijke beperking.

De dvd toont hoe mensen elkaar met respect en aandacht bevragen over hoe ze hun lichaam ervaren, wat ze van de liefde vinden en wat hun ervaringen en verlangens zijn. De dvd kan dan ook een inspirerende start zijn en alle betrokkenen goede basisinformatie geven om met het onderwerp aan de slag te gaan.

*zie Bronnen voor nadere oriëntatie

Domeinen van kwaliteit van bestaan

Naast de keuze voor een definitie van seksualiteit kunt u ook andere bronnen hanteren als kader voor de visie op seksualiteit. Bijvoorbeeld de 'domeinen van kwaliteit van bestaan' van Schalock (Schalock 2008).

- 1 Emotioneel welbevinden: veiligheid, spiritualiteit kunnen uiten, geluk voelen en tevredenheid - vrij zijn van stress
- 2 Fysiek welbevinden: gezondheid, voeding, beweging en ontspanning, goede gezondheidszorg, mogelijkheden voor vrijetijdsbesteding
- 3 Materieel welbevinden: financiële zekerheid, voeding, werk, bezittingen en onderdak
- 4 Persoonlijke ontwikkeling: onderwijs, vaardigheden kunnen opdoen en zinvolle activiteiten kunnen ontplooiën
- 5 Zelfbepaling: zelf kunnen kiezen en controle kunnen uitoefenen over het eigen leven
- 6 Persoonlijke relaties: intimiteit en genegenheid binnen het gezin en met familie en vrienden – waar nodig ondersteuning krijgen en geven
- 7 Sociale inclusie: geaccepteerd worden door anderen, ondersteuning krijgen van anderen en voluit deelnemen aan de samenleving
- 8 Rechten: erkenning van rechten en die ook kunnen herkennen in het dagelijks leven

De domeinen van Schalock worden meestal gebruikt op micro-niveau, het leefklimaat van de cliënt, en dienen dan als een middel voor een passend ondersteuningsplan. Ze zijn echter ook goed te gebruiken op macro-niveau als toets voor de organisatie en als middel voor risicotaxatie.

Tip: In bijlage 2 is een op de domeinen geënte vragenlijst opgenomen die als leidraad kan dienen bij het opstellen van een visie. Bij het

toetsen van een bestaande visie kan de lijst als referentie gebruikt worden: wat is de stand van zaken in onze organisatie ten aanzien van deze domeinen?

Aanvullingen op de domeinen

In het Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg (VGN 2007) worden aan de acht domeinen van Schalock vier kwaliteitsthema's toegevoegd. Deze vier thema's betreffen de randvoorwaarden voor de bijdrage van de zorg en ondersteuning door organisaties in de gehandicaptenzorg. Het gaat om:

- zorgafspraken en ondersteuningsplan (objectieve en subjectieve);
- cliëntveiligheid (waarvoor de organisatie zorg moet dragen);
- kwaliteit van medewerkers en organisatie;
- samenhang in zorg en ondersteuning.

Deze aanvullende kwaliteitsthema's kunnen worden gebruikt bij het vertalen van de visie op seksualiteit naar beleid en naar uitvoering in de praktijk. Hiermee kunt u een directe verbinding met het Kwaliteitskader leggen.

1.2.2 Seksuele ontwikkeling in relatie tot andere ontwikkelingsgebieden

Seksualiteit vraagt in het geval van mensen met een verstandelijke beperking om specifieke observatie en kennis. In deze paragraaf meer over de relatie met andere ontwikkelingsgebieden.

In het spreken en denken over seksualiteit bij mensen met een verstandelijke beperking is het van belang om de diversiteit 'binnen' de cliënt voor ogen te houden. Vaak hebben we te maken met mensen met het lijf, de hormonen en de kracht van een volwassene, maar met de emotionele beleving van een veel jonger persoon. Deze disbalans in de ontwikkeling van de cliënt vraagt om steun en sturing.

De lichamelijke seksuele ontwikkeling verloopt bij de meeste mensen met een verstandelijke beperking precies hetzelfde als bij niet verstandelijk beperkte leeftijdsgenoten (zie bijlage 3: Overzicht seksuele ontwikkeling van mensen met een verstandelijke beperking).

De emotionele, sociale en cognitieve ontwikkelingsgebieden lopen hier vaak niet synchroon mee (Schwier, 2000). Dit kan betekenen dat de fysieke mogelijkheden groter worden, terwijl het begrip, het gevoel en de relaties niet meegroeien.

De seksuele ontwikkeling is ook net als bij ieder ander afhankelijk van de opvoeding, de levenservaringen en de wijze waarop men in staat gesteld wordt om ervaringen in het 'echte' leven op te doen. Mensen met een verstandelijke beperking hebben niet altijd de gelegenheid ervaringen op te doen. Ze krijgen niet alle informatie aangereikt of kunnen niet als vanzelf leren van wat ze ervaren. Kinderen en jeugdigen vragen uiteraard een andere seksuele opvoeding dan volwassenen. Opvoeding zal geleidelijk overgaan in ondersteuning en soms ook in zoeken naar hulpmiddelen of professionele hulp. Naar gelang iemands leeftijd vordert, kan de ondersteuningsvraag weer verschuiven. Bovenstaande bijzonderheden vragen om een gedegen analyse en een op maat gemaakt individuele aanpak van de seksuele vorming.

Een casus uit de praktijk

Een man van 53 jaar, die sinds zijn eerste jaar ondersteuning krijgt vanuit een zorginstelling, functioneert cognitief op een leeftijd van 6 jaar, emotioneel op het niveau van een kleuter. Hij laat zich sterk leiden door zijn eigen behoeftebevrediging en impulsen. Hij gedraagt zich sociaal aangepast maar heeft geen werkelijk sociaal inzicht. Zijn fysieke ontwikkeling is gelijk aan die van niet verstandelijk beperkte mensen. Hij is gezond en heeft in zijn leven verschillende seksuele ervaringen opgedaan. Intieme seksuele relaties zijn van korte duur.

De begeleiders maken zich soms zorgen over de spanningen die de man heeft in dergelijke kortdurende relaties. Maar ze respecteren de privacy van de man en ze voeren geen gesprekken met hem over zijn seksuele ervaringen. Evenmin spreken ze hierover met zijn moeder van 80 jaar, waarvoor seksualiteit een taboe-onderwerp vormt, of met zijn 49-jarige zus die midden in het leven staat.

Vragen bij deze casus:

- Wat zou de oorzaak van de spanningen en de kortdurende relaties kunnen zijn?
- Wat is uw verantwoordelijkheid en rol als manager in deze casus?
- Vindt u het juist dat omwille van de privacy geen gesprekken met deze man plaatsvinden over de seksuele contacten die hij heeft? Op welke wijze zou u daar als manager in willen en kunnen sturen? En hoe om te gaan met het netwerk van de man?

1.2.3 Thema's die samenhangen met een visie op seksualiteit

Seksualiteit is niet alleen een gevoelig, maar ook complex en veelomvattend onderwerp. Hieronder gaan we in op enkele onderwerpen die thuis kunnen horen in een visie op seksualiteit. Met welke zaken moeten we rekening houden? Waarin zijn standpunten nodig?

a. Visie op kinderwens en op ouderschap

In organisaties met volwassen cliënten met een verstandelijke beperking mag een visie op kinderwens en ouderschap niet ontbreken. Met een heldere visie en met duidelijke afspraken zijn medewerkers beter toegerust voor een adequate reactie op een kinderwens van een cliënt. Op basis van de rechten van de mens met een verstandelijke beperking (zie bijlage 1) heeft iedere cliënt (mits wilsbekwaam) het recht om zelf te beslissen of hij/zij een kind wil krijgen of niet. De ondersteunende organisatie heeft dit recht te respecteren, maar heeft ook als taak om eerst goed uit te zoeken of een kinderwens ook een ouderschapswens is. Door met de cliënt de keuzemogelijkheden en de consequenties te bespreken en deze zo mogelijk te laten ervaren kan de cliënt inzicht opdoen in wat het inhoudt om een kind te krijgen en wat je ervoor moet doen en moet laten. Er bestaan diverse hulpmiddelen rond dit onderwerp. Zie in het kadertje voor voorbeelden.

Enkele handvatten

Een hulpmiddel om met een cliënt in gesprek te gaan over ouderschap is het gebruik van

materialen uit de *Kinderen, waar kies ik voor-* *koffer* (ASVZ, 2008) of van een programmeerbare babypop (RealCare Baby, www.baby-bedenktijd.nl) (Nieuwenhuisen, 2007) Daarnaast is een belangrijk aandachtspunt dat hulpverleners een solide en betrouwbaar netwerk voor de cliënt helpen organiseren.

Handreikingen om te komen tot een visie maken onderdeel uit van de koffer. Daarnaast zijn deze ook gepubliceerd door MEE en door de NVAVG:

- Mee Signaal (2008). *De visie op kindermens en ouderschap van mensen met een verstandelijke beperking*;
- MEE Richtlijn (2010). *Kindermens en ouderschap van mensen met een verstandelijke beperking*;
- NVAVG Richtlijn (2005). *Standaard 1: Omgaan met vragen omtrent kindermens en anti-conceptie*.

b. Ongewenste zwangerschap, anticonceptie, SOA, porno, prostitutie, pedofilie

Het kan ook goed zijn na te gaan welke standpunten uw eigen organisatie inneemt bij vragen als:

- Bij onverwachte of ongeplande zwangerschappen geldt het recht op een vrije keuze, mits de cliënt wilsbekwaam is. Maar hoe handelt de organisatie bij cliënten die wilsbekwaam ter zake zijn?
- Hoe kijkt de organisatie aan tegen anticonceptie? Welke rol hebben ouders/wettelijk vertegenwoordigers hierin?
- Welke maatregelen worden genomen ter voorkoming van seksueel overdraagbare aandoeningen?
- Hoe staat men tegenover het bekijken van pornofilms, pornoblaadjes, pornosites?
- Hoe stelt men zich op als een cliënt een relatie wil met een andere cliënt of gebruik wil maken van een prostituée of gigolo? In dit laatste geval: gaat men dit actief als mogelijkheid aanbieden, bijvoorbeeld door een organisatie in te schakelen die bemiddelt in sekszorg?

c. Visie op de positie van cliënten

Een ander aandachtspunt bij het formuleren van een visie op seksualiteit is de wijze waarop cliënten betrokken worden. Hoe denkt uw organisatie daar over? Wat is beleid op uw afdeling?

- Worden cliënten betrokken in de discussie over

dit onderwerp en op welke wijze?

- Wordt de visie vastgelegd in begrijpelijke taal en wordt er tijd genomen om cliënten hierover te informeren?

Zie hieronder voor een voorbeeld van het formuleren van een visie op seksualiteit in begrijpelijke taal.

Voorbeeld van het formuleren van een visie op seksualiteit in begrijpelijke taal.

1. Ik voel mij veilig in mijn omgeving en krijg, als ik dat nodig heb, bescherming.
2. Ik mag er zijn - ik mag relaties aangaan.
3. Ik krijg de ruimte om mijn seksualiteit te beleven - ik mag nee zeggen.
4. Ik mag alle vragen stellen die ik heb en krijg hulp als ik dat nodig heb - ik krijg seksuele voorlichting.
5. Ik mag seksuele gevoelens hebben - ik mag ontdekken wie ik ben, ook op seksueel gebied.
6. Ik mag de dingen op mijn manier doen - ik mag zelf kiezen.
7. Ik hoor erbij met mijn relaties en seksualiteit.
8. Ik ben veilig bij mezelf en bij de ander.

('s Heeren Loo, 2003)

d. Een visie op de rol van begeleiders

Seksuele opvoeding hoort bij de basisvaardigheden van begeleiders. Er wordt van hen verwacht dat zij die taak op zich nemen vanuit hun eigen professionaliteit.

De manager heeft de verantwoordelijkheid om begeleiders te ondersteunen en te faciliteren met bijvoorbeeld scholing en coaching on the job.

Een heldere visie verwoordt dat (en hoe) we op de onderstaande punten verwachtingen hebben van begeleiders:

- 1 Kennis: voldoende kennis om cliënten goed te kunnen ondersteunen en vragen te signaleren (ook non-verbaal). Niet alleen kennis over seksuele ontwikkeling en ondersteuning, maar ook over de afhankelijkheid van de cliënt en de bescherming die nodig is.
- 2 Vaardigheden: in staat zijn om cliënten goed te observeren, bij te sturen en zo mogelijk het gesprek met cliënten aan te gaan.

- 3 Attitude: voorbeeldgedrag in de dagelijkse praktijk, bijvoorbeeld zich niet discriminerend uitlaten over homoseksuelen, eigen normen en waarden naar de achtergrond kunnen verplaatsen.

Een mogelijk handvat voor visie-ontwikkeling is het **PLISSIT-schema**. In dit schema wordt duidelijk wat de rol is van de verschillende medewerkers in een organisatie. Om tot een seksualiteitsvriendelijk klimaat te komen, worden in dit schema vier niveau's onderscheiden. De manager zorgt voor een visie en beleid (**P**ermission), de begeleiders geven beperkte informatie (**L**imited Information). Zij kunnen ook geplande voorlichting geven, eventueel ondersteund door de gedragswetenschapper of de aandachtsfunctionaris (**S**pecific Suggestions). Gespecialiseerde ondersteuning of behandeling kan gegeven worden door bijvoorbeeld een therapeut, seksuoloog of arts (**I**ntensive Therapy) (zie bijlage 4).

e Een visie op de rol van ouders/verwanten

Ouders/verwanten worden gezien als belangrijke gesprekspartners bij het formuleren en beoordelen van een visie op seksualiteit. Zij willen weten wat ze kunnen verwachten van een organisatie. Waar moeten of mogen zij zelf keuzes maken en waar maakt de organisatie keuzes voor hen? Bij een bestaande visie kunt u ouders/verwanten informeren en kunt u helder maken waar u als organisatie voor staat. Dat kan voor de ouders/verwanten meespelen bij de keuze voor uw organisatie als zorgaanbieder.

f Een visie op de fysieke omgeving

Ook belangrijk om aan te denken bij het formuleren van een visie op seksualiteit zijn zaken als: hoe moet de ruimte zijn ingericht, welke mate van privacy is er, welke kansen zijn er voor het opdoen van belevingservaringen? Welke hulpmiddelen kunnen worden ingezet? De visie op seksualiteit en op privacy zal dan ook terug te vinden moeten zijn bij de bouw van nieuwe voorzieningen.

1.3 Hoe ontwikkel of toets je concreet een visie op seksualiteit?

Nu we vele aspecten van het onderwerp seksualiteit aangestipt hebben, willen we nader ingaan op het

proces van de visie-ontwikkeling zelf. Hieronder schetsen we eerst de grote lijn en geven we vervolgens een actiepuntenlijst die als checklist kan dienen. We sluiten af met een aantal aandachtspunten en tips.

Het initiatief voor het ontwikkelen van een visie zal vaak van de directie komen. Maar ook andere managers kunnen dit proces in gang zetten. Het is daarbij uiteraard raadzaam dat zij zich tevoren verzekeren van de steun van de directie. Managers faciliteren en ondersteunen hun medewerkers in het uitvoeren van de visie die de organisatie heeft op seksualiteit. Zij zien er, via cyclisch verlopende jaarplannen, op toe dat elke cliënt de ondersteuning krijgt die hij of zij nodig heeft. Waar nodig organiseert de manager op basis van zijn of haar informatie extra scholing voor medewerkers of bijeenkomsten met cliënten of wettelijk vertegenwoordigers. Ook neemt de manager dit onderwerp bijvoorbeeld mee als het gaat om het inrichten van ruimtes vanuit het oogpunt van privacy en veiligheid.

1.3.1 Checklist actiepunten voor de manager bij de ontwikkeling en herijking van visies

De manager:

- organiseert gesprekken met alle belanghebbers binnen de organisatie om zo draagvlak te creëren, om te beginnen met cliënten en wettelijk vertegenwoordigers;
- gaat samen met cliënten, ouders/verwanten, begeleiders, therapeuten en gedragswetenschappers op zoek naar overeenstemming over de verschillende aspecten van seksualiteit die passen bij de identiteit van de organisatie en voortvloeien uit de algemene visie:
 - Welke definitie van seksualiteit hanteren we?
 - Welk kader hanteren we? Bijvoorbeeld domeinen van kwaliteit van bestaan?
 - Welk ontwikkelingsgebieden betrekken we?
 - Welke visie hebben we op aanverwante onderwerpen en vanuit de verschillende rollen?
- installeert een werkgroep met de opdracht de visie op seksualiteit te formuleren op basis van multidisciplinaire input; de manager is zelf voorzitter van deze werkgroep;
- bewaakt de kaders (zoals wet- en regelgeving)

en de algemene visie van de organisatie) en toetst het resultaat;

- zorgt op basis van de rapportage van de werkgroep voor het vaststellen van de visie;
- maakt een plan (of geeft opdracht een plan te maken) om deze visie in alle geledingen van de organisatie bekend te maken.

1.3.2 Extra aandachtspunten en tips

- 1 Een multidisciplinaire aanpak is essentieel. Input van inhoudelijk specialisten is hierbij nodig (gedragwetenschappers, AVG's, ethici), gecombineerd met ervaringskennis van begeleiders uit de praktijk.
- 2 Communicatie met cliënten en cliëntvertegenwoordigers, ouders/verwanten moet vanaf de eerste stap een plek krijgen (zoals meedenken in de kerngroep, deel uitmaken van aparte klankbordgroep).
- 3 Commitment van het management is van belang. In veel organisaties zijn er aandachtsfunctionarissen of gedragswetenschappers die zich met het thema seksualiteit bezig houden. Zij kunnen in dit visietraject ondersteunend zijn voor de manager, maar de manager is uiteindelijk verantwoordelijk voor goed beleid en de uitvoering daarvan. In de praktijkervaringen van het traject *Preventie Seksueel Misbruik van Zorg voor Beter* wordt als een belangrijk element genoemd dat de managers de relevantie van seksualiteit en de preventie van seksueel misbruik hoog in het vaandel hebben staan. Op basis daarvan kunnen zij vervolgens gericht en structureel sturen. Niet voor niets wordt in de startbijeenkomst van het traject *Preventie Seksueel Misbruik van Zorg voor Beter* de managers gevraagd hun visie hierop te presenteren.
4. Een goede analyse van de eigen situatie is onontbeerlijk. Handvatten voor een dergelijke analyse zijn te vinden in de *Toolkit Preventie Seksueel Misbruik van Zorg voor Beter*. Meer hierover vindt u in hoofdstuk 2.

2 Van visie naar beleid en implementatie rond seksualiteit

Na het formuleren van een heldere visie is de volgende stap deze visie te vertalen in concreet beleid waarmee alle betrokkenen uit de voeten kunnen. In dit hoofdstuk bespreken we hoe u kunt zorgen dat de visie goed toegepast kan worden in de praktijk. U vindt hier suggesties en belangrijke aandachtspunten voor de vertaling naar de alledaagse werkelijkheid.

Het is goed dat een organisatie tijd besteedt aan de ontwikkeling aan een visie op seksualiteit, maar vervolgens vraagt de vertaling van die visie naar de praktijk ook de nodige inspanningen. In deze vertaling worden medewerkers geïnformeerd over deze visie en gestimuleerd om na te denken wat deze visie voor hun eigen handelen kan betekenen. En wanneer uw organisatie expliciet cliënten betrokken heeft bij de visieontwikkeling en de vertaling hiervan, kan het goed zijn hen mee te laten praten en beslissen over welke ondersteuning op het gebied van seksualiteit gewenst is.

De manager is een belangrijke spil in dit proces. Hij of zij kan bij uitstek zorgen dat deze vertaling van visie naar beleid gemaakt wordt en voor alle betrokkenen betekenis krijgt. Daarvoor heeft de manager diverse instrumenten ter beschikking. Om te beginnen is dat een goede analyse van de bestaande situatie en de knelpunten. Deze analyse vormt de basis voor het opstellen en uitvoeren van verbeterplannen. Deze verbeterplannen worden vervolgens geïmplementeerd in de praktijk, bijvoorbeeld volgens de PDSA-cyclus. In het nu volgende nemen we de verschillende stappen in grote lijnen door.

2.1 Stap 1: Sterkte/zwakte-analyse of risicoanalyse

De organisatie is verantwoordelijk voor een gezonde seksuele ontwikkeling van de cliënten en

voor de veiligheid van cliënten en medewerkers. Het is belangrijk in kaart te brengen of de organisatie al voldoende aan deze verantwoordelijkheid voldoet en wat de eventuele risico's zijn als dit niet het geval is.

Bij risico's kunt u denken aan onderstaande voorbeelden.

Mogelijke risico's voor cliënten:

- *Te weinig ondersteuning, hetgeen kan leiden tot aandoeningen of situaties als SOA, HIV, ongewenste zwangerschap of seksueel misbruik.*
- *Niet passende ondersteuning waardoor cliënten het aanbod niet kunnen toepassen in hun eigen leven (denk aan voorlichting die niet concreet genoeg is, niet duidelijk over seks praten).*
- *Te weinig erkenning van seksualiteit als aspect van 'Kwaliteit van bestaan', waardoor gevoelens onderdrukt kunnen worden of er een gebrek aan intimiteit ervaren wordt. Dit kan tot psychische schade leiden (depressie).*
- *Medewerkers die alleen op basis van eigen inzichten handelen omdat er geen duidelijk kader is. Er is dan kans op normatieve uitgangspunten die voorbij gaan aan de hulpvraag van de cliënt.*
- *Beperking van de mogelijkheden om invloed te hebben op de eigen manier van leven wanneer cliënten niet mogen meepraten over beleid rond seksualiteit (niets over ons zonder ons).*

Mogelijke risico's voor medewerkers:

- *Medewerkers weten niet welke visie de organisatie hanteert, waardoor zij zich niet gesteund weten in hun handelen en/of hun handelen niet kunnen baseren op heldere beleidsuitgangspunten. Denk bijvoorbeeld aan: wel of geen nachtzoen, wel of niet contacten*

via MSN/Hyves, wel of niet demonstreren hoe een condoom werkt.

- Medewerkers zijn bang beschuldigd te worden van grensoverschrijdend gedrag en houden daardoor te veel afstand van cliënten of praten bewust niet over seks.
- Medewerkers zijn onvoldoende toegerust voor hun taak om seksuele educatie te geven als zij hier geen scholing of coaching in ontvangen.
- Medewerkers weten niet dat ze bij ongewenst gedrag van de cliënt een grens mogen stellen.

Mogelijke risico's voor omgeving/organisatie:

- Een naar binnen gekeerde organisatie met weinig transparante communicatie, waardoor individuele visie en handelen op seksualiteit te veel leidraad is.
- Onvoldoende afstemming tussen managers en inhoudelijk deskundigen, waardoor beschikbare kennis niet gebruikt wordt.
- De organisatie kan niet binnen Kwaliteitskaders werken en niet aan criteria kwaliteitszorg of certificering voldoen omdat visie en procedures niet vastliggen. Er is geen onderbouwing van het handelen en de verantwoordelijkheden op dit gebied.
- Het ontbreken van beleid kan het risico op incidenten bevorderen.

Het maken van een analyse

Om de situatie in de organisatie of op de afdeling in kaart te brengen kunt u een sterkte/zwakte-analyse inzetten. Deze analyse (ook wel bekend als SWOT-analyse) wordt ingevuld door de manager, medewerkers uit het team, de gedragswetenschapper (of andere inhoudelijk deskundige) en door cliënten zelf.

Voorbeelden van hoe een sterkte/zwakte-analyse gemaakt kan worden, zijn te vinden in de *Toolkit Preventie Seksueel Misbruik* van Zorg voor Beter. Op basis van deze sterkte/zwakte-analyse van de eigen organisatie kan een verbeterplan opgesteld worden. Door bij het formuleren van de verbeterpunten steeds de koppeling te maken met de visie, ontstaat er een beleidsplan waarin het vertalen van visie naar beleid in de situatie van hier en nu mogelijk wordt.

2.2 Stap 2: Verbeterplannen op drie terreinen

Verbeterplannen zijn er in diverse soorten en maten. Ze hoeven niet altijd uitgebreid te zijn. Soms zal uit de analyse blijken dat al veel naar wens loopt. Vaak ook kan een relatief eenvoudige ingreep al tot grote resultaten leiden, zoals uit diverse verbetertrajecten blijkt (zie hoofdstuk 3). Hieronder gaan we vooral in op de wat meer omvangrijke aanpak. Soms heeft een organisatie hier een stramien voor beschikbaar, soms ook niet. In alle gevallen kan het goed zijn te beoordelen in hoeverre onderstaande informatie er in verwerkt kan worden.

Een manager kan er voor kiezen verbeterplannen op projectbasis te laten maken en een projectleider vanuit de organisatie aan te stellen om hier uitvoering aan te geven. De verbetering kan ingezet worden op de volgende drie terreinen: cliënten, medewerkers en omgeving/organisatie. In het nu volgende gaan we uitgebreid op de verschillende terreinen in. Hier eerst ter illustratie de uitwerking van een paar onderwerpen naar doelen voor de cliënt, medewerker en omgeving, ontleend aan Wilson (2009).

Onderwerp	Cliënt	Medewerkers	Omgeving
Seksuele expressie	In staat zijn om zichzelf seksueel uit te drukken binnen wettelijke kaders	Te begrijpen dat seksuele expressie een positief onderdeel is van menselijkheid en het verschil kunnen maken tussen gezonde en ongezonde seksualiteit	Een beleidsmatig kader dat de waarde van seksuele expressie en van menselijke intimiteit benoemt en dat de medewerkers aangeeft wat ze kunnen doen om hun cliënten te ondersteunen
Persoonlijke hygiëne	Ondersteund worden bij de intieme persoonlijke hygiëne door mensen die bekend zijn met de delicateit van mannelijke hygiëne	Het belang van de mannelijke hygiëne begrijpen en daarbij op competente wijze ondersteuning bieden	Medewerkers voorzien van beleid en training, en hen zo op deze wijze toerusten voor intieme persoonlijke hygiëne
(Seksuele) Relaties	De mogelijkheid hebben om betekenisvolle (seksuele) relaties aan te gaan met personen van het andere geslacht	De verschillen begrijpen die er bestaan binnen relaties met personen van het andere geslacht	Een kader bieden voor medewerkers om de vorming van relaties met personen van het andere geslacht te begrijpen in de context dat cliënten over beperkte communicatiemogelijkheden kunnen beschikken.

2.2.1 Verbeterplannen voor cliënten

Bij het opstellen van verbeterplannen kunnen allerlei thema's aan de orde komen, afhankelijk van de vraag van de cliënt. Ook hier gaat het niet alleen om seksualiteit in engere zin, maar om alle aspecten van seksualiteit, dus ook zaken als identiteit, intimiteit, lichaamsbeleving, weerbaarheid en eigen regie houden.

Ook de domeinen van Schalock, zoals genoemd in hoofdstuk 1 (zie blz. 13), kunnen een plek krijgen in de verbeterplannen voor individuele cliënten.

Mogelijke onderwerpen

Seksuele educatie kan de cliënten helpen om zonder schaamte te praten over seksualiteit en intimiteit en hun behoeften op dat gebied. Voor hen die niet kunnen praten, kan het helpen om woorden of beelden te vinden voor eigen belevingen. Door een juiste educatie kunnen mensen met een beperking beter beslissen over welke vorm van seksualiteit het beste past bij hun behoeften. De nevenstaande onderwerpen voor ondersteuning en seksuele educatie kunnen in de verbeter-

plannen opgenomen worden. Als manager heeft u de keuze om bepaalde onderwerpen eerder of later bij de kop te pakken, afhankelijk van wat op het moment het meest actueel of urgent is. De gedragswetenschapper stuurt op de inhoud en de manager stuurt op het proces.

- ondersteuning van sociale acceptatie;
- homoseksualiteit/heteroseksualiteit/gender;
- zelfbeeld en (seksuele) identiteit;
- ondersteuning bij het bereiken van grotere sociale competenties, bijvoorbeeld contact maken, vriendschap onderhouden, vertrouwen, veiligheid;
- kennis over het lichaam, de geslachtsorganen en thema's als:
 - opwinding bij de man, erectie
 - opwinding bij de vrouw, nat worden
 - menstruatie
 - zaadlozing
- kennis over seksualiteit: bekend zijn met wat, waar, hoe, met wie, wanneer;
- zelfverzorging, lichaamsbeleving en hygiëne;
- verzorging door anderen: wanneer en waarom;

- seks met jezelf, seks met anderen;
- kennis over vriendschap, verliefdheid, verkering en intimiteit;
- knuffelen en intimiteit;
- gelijkwaardigheid, weerbaarheid en grenzen aangeven;
- vaardigheden leren ten aanzien van weerbaarheid en grensoverschrijdend gedrag;
- gelegenheid krijgen om seksueel actief te zijn;
- vergroten van de kwaliteit van bestaan;
- reduceren van risico's op seksueel misbruik;
- veilig vrijen: voorkomen van SOA en HIV/AIDS, gebruik van voorbehoedsmiddelen;
- onderzoeken/begeleiden van de kwestie (wel of geen) kinderwens of ouderwens.

Goede balans in onderwerpen

Carter-Hirsch (2007) waarschuwt voor seksuele educatie waarbij slechts enkele van deze onderwerpen aan bod komen. Te veel nadruk op empowerment zonder aandacht voor bijvoorbeeld kennis en relationele vaardigheden kan tot problemen leiden. Te veel nadruk op bijvoorbeeld kennis en fysiologie en minder op empowerment en gelegenheid bieden, leidt weer tot andere problemen. Zij vergelijkt de seksuele educatie met een fietswiel: als er slechts enkele spaken in het wiel goed zijn, rolt het wiel wel, maar niet goed en veilig. Als alle spaken aanwezig zijn en er is een kans om te rijden, dan rolt het wiel soepel en veilig.

Seksuele educatie van een cliënt is een individuele zaak en precisiewerk. Het is de kunst aan te sluiten bij de verstandelijke, sociale, emotionele en fysieke ontwikkeling (zie bijlage 3). Daarnaast is de levensgeschiedenis (cultuur, religie) van elke cliënt erg belangrijk. Deze geschiedenis vormt de cliënt tot wat hij/zij nu is. Het is belangrijk voor degene die de educatie geeft om kennis te hebben van de ontwikkeling van seksualiteit bij kinderen en volwassenen en bij deze cliënt in het bijzonder. Ook kennis van een mogelijk disharmonisch ontwikkelingsprofiel bij de cliënt is van belang om op een goede manier te kunnen aansluiten. Belangrijk is ook dat voldoende recht gedaan wordt aan de vraag die de cliënt stelt op het gebied van seksualiteit en/of intimiteit. Dit kan bijvoorbeeld door een format als hulpmid-

del te gebruiken, zoals onderstaand format dat is aan te passen aan uw eigen organisatie.

Een voorbeeld van een format opvoeding en ondersteuning seksualiteit

- 1 Seksualiteit is een ontwikkelingsdomein dat onderdeel uitmaakt van het zorgplan.
- 2 In het zorgplan wordt gerapporteerd over:
 - wat weet de cliënt over seksualiteit
 - wat vindt de cliënt over seksualiteit
 - wat wil de cliënt
 - wat doet de cliënt in zijn seksualiteit
 - in welke ontwikkelingsfase is de cliënt: lichamelijke ontwikkeling, verstandelijke ontwikkeling, sociale ontwikkeling, emotionele ontwikkeling, levensgeschiedenis en leerervaringen.

Op grond van bovenstaande kunnen er leerdoelen vastgesteld worden.

Welke acties zet de begeleider in om die leerdoelen samen met de cliënt te bereiken. Zijn de wettelijke vertegenwoordigers, met inachtneming van de wet op de privacy, op de hoogte van de leerdoelen?
- 3 Voer (een) zoekgesprek(ken) met de cliënt (dvd Carante Groep) over wat hij weet, vindt en doet (eventueel met behulp van anatomische tekeningen en picto's).
- 4 Vul in het begeleidersteam in aanwezigheid van een gedragswetenschapper bijvoorbeeld de hermeneutische cirkel in (Bosch, 2005). Stel vast wat je als begeleider (nog) niet weet.
- 5 Stel gezamenlijk vast wat er nog bevestigd moet worden aan de cliënt, wie dat doet en hoe daarover wordt teruggerapporteerd.
- 6 Stel gezamenlijk vast welke informatie uit de zoekgesprekken leidt tot nieuwe leerdoelen, die in het zorgplan worden beschreven. De hermeneutische cirkel invullen alleen is onvoldoende: de cliënt zelf kan het beste informatie geven over zijn seksuele belevingen. Deze informatie wordt geïntegreerd in de hermeneutische cirkel.
- 7 Beschrijf de acties van de begeleider waarlangs het leerdoel van de cliënt bereikt kan worden.
- 8 Beschrijf bij die acties een tijdspad.
- 9 Bespreek de acties met de cliënt en geef de

cliënt invloed (daar waar mogelijk) op de acties in een begeleidingsgesprek.

- 10 Evalueer de acties van de begeleiders.
- 11 Stel nieuwe of bijgestelde leerdoelen samen met de cliënt vast.

De persoonlijk begeleider kan bij het invullen van dit model voor ondersteuning extra letten op:

- Wat weet ik over de seksuele geschiedenis van de cliënt tot nu toe?
Heeft hij seksuele ervaringen, trauma's, ziektes? En wat weet ik van zijn beleving daarvan, is er behandeling geweest of zou die alsnog moeten ingezet?
- Wat weet ik over zijn verlangens, hoe uit hij die en bij wie?
- Wat weet ik van zijn mogelijkheden om tot een orgasme te komen?
- Wat weet ik over zijn gedachten over seks?
- Heeft hij teleurstellingen ervaren in seksueel gedrag?
- Weet ik waar de cliënt bang voor is?

Hulpmiddelen om informatie in te winnen

Een hulpmiddel om de situatie van een cliënt goed in beeld te krijgen, kan het zogenoemde Zoekgesprek zijn (onderdeel van de dvd 'Praten over seks' van de Carante Groep).

Voor cliënten met een lichte verstandelijke beperking en ouder dan ca. 11 jaar kan ook de SKAVE (Seksuele Kennis-, Attitude-, Vaardigheden- en Ervaringenlijst) gebruikt worden om deze thema's in kaart te brengen of de CLS: Competentielijst Seksualiteit (zie Spanjaard, 1992).

Op basis van bovenstaande kunnen de betrokkenen de seksuele ondersteuningsbehoefte van de cliënt vaststellen. Samen met de cliënt en eventueel in samenspraak met de ouders kunnen zij de ondersteuningsdoelen formuleren. Hoe die doelen bereikt worden en wat dat concreet betekent voor de cliënt en voor de begeleider wordt vastgelegd in het ondersteuningsplan. De manager is verantwoordelijk voor de totstandkoming van het ondersteuningsplan en zorgt voor tijdige evaluatie en bijstelling.

2.2.2 Verbeterplannen voor medewerkers

Medewerkers hebben de mogelijkheid om aanpassing van beleid te vragen als ze zich onvoldoende gesteund voelen. In de praktijk zal blijken waar of voor welke cliënten het beleid nog niet passend is en waar het bijstelling verdient.

De manager kan begeleiders de middelen aanreiken om beleid uit te voeren, zoals materiaal, kennis en vaardigheidstraining.

Elementen van een verbeterplan voor medewerkers

- Verbetering van de attitude bij medewerkers: gesprekken, themabijeenkomsten, dialoog met cliënten.
- Vergroten van competenties bij medewerkers: welke scholing is nodig, het PLISSIT-schema (zie voor uitleg PLISSIT bijlage 4), wat hoort bij jouw taak, wanneer verwijst je?
- Leren praten over seks: scholing in gespreksvoering.
- Systematisch werken volgens het SORC-schema (bijlage 5): diagnostiek en beeldvorming als basis.
- Screening van medewerkers, navraag doen bij een vorige werkgever.
- Gedragscode opstellen voor medewerkers.
- Beïnvloeding van opleidingen voor toekomstige werknemers.

2.2.3 Verbeterplannen voor de omgeving/organisatie

De omgeving waarin cliënten wonen, werken en hun vrije tijd doorbrengen is mede bepalend voor het realiseren van wensen op het gebied van seksualiteit. Managers kunnen dit onder de aandacht brengen van begeleiders en verbeteringen mogelijk maken.

Is de omgeving geschikt om het eigen lijf te ontdekken of anderen te ontmoeten? Is er voldoende privacy? Is die omgeving voldoende veilig: wie kan er binnen komen? Zijn er mogelijkheden tot anticonceptie of de voorkoming van seksueel overdraagbare aandoeningen?

Elementen in verbeterplannen gericht op de omgeving/organisatie

- Hoe zorgen we voor letterlijke veiligheid in de zin van voldoende toezicht, voldoende licht, niet alleen over straat als dat niet gewenst is, voldoende verlichting op een terrein, toezicht?
- Hoe zorgen we er in de fysieke omgeving voor dat een cliënt kan ontdekken, ontmoetingen kan hebben, vrije ruimte krijgt om te experimenteren en vrij gebruik krijgt van internet? Als er kamers op slot gaan, wie heeft dan de sleutel? Hebben medewerkers altijd vrije toegang tot de kasten en kamers?

2.3 Stap 3: Werken aan verbeteringen met de PDSA-cyclus

Een geschikte en praktische methodiek om de verbeterplannen op de drie terreinen te implementeren is de PDSA-cyclus.

De **PDSA-kwaliteitscirkel**, ook wel bekend onder de naam **Cirkel van Deming**, is één van de kernelementen in de verbeteraanpak in de verbetertrajecten van Zorg voor Beter. De PDSA-cyclus is een model voor ononderbroken verbetering van kwaliteit. Ze bestaat uit een logische opeenvolging van vier herhalende stappen: Plan, Do, Study, Act.

Deze methodiek is in te zetten voor verbeteracties op zowel cliëntniveau als op het niveau van het team of de organisatie.

Tip: Bij Vilans is een PDSA-spel te bestellen waarmee teams kunnen oefenen om met deze methodiek te werken.

Het format van een PDSA-cyclus

Doelstelling = reductie van ... / verbeteren van ... / vergroten van ... / etc.

Plan	<ul style="list-style-type: none">- Draagt het bij aan het doel?- Wie doet wat en wanneer?- Hoe kan ik het meten?- Aandachtpunten bij uitvoering
Do	<ul style="list-style-type: none">- Voer het plan uit- Beschrijf de uitgevoerde acties- Verzamel gegevens
Study	<ul style="list-style-type: none">- Wat zijn de resultaten?- Wat ging goed?- Wat ging niet goed?- Wat leer ik hiervan?
Act	<ul style="list-style-type: none">- Wat heb ik geleerd van deze actie?- Wat ga ik bijstellen of wijzigen aan deze actie?- Zet ik een nieuwe actie in gang? Welke?- Hoe gaan we dit verspreiden of borgen?

De manager speelt in bovenstaande een belangrijke motiverende rol. Hij of zij kan de tijd en middelen beschikbaar stellen om kennis en attitude van de medewerkers te verbeteren. De manager is tevens procesbewaker: hij of zij houdt de vorderingen bij en kan deze bijvoorbeeld per kwartaal terugkoppelen aan medewerkers.

3 Verankering van beleid rond seksualiteit

Het proces van visie- en beleidsontwikkeling is pas compleet als het beleid een vanzelfsprekend onderdeel is geworden van de dagelijkse praktijk en regelmatige evaluatie. Na de aandacht voor de vertaalslag van visie naar beleid wacht de manager nog de uitdaging te zorgen dat de goede voornemens niet naar de achtergrond verdwijnen. In dit hoofdstuk gaan we in op hoe een manager kan zorgen dat het ingezette beleid een structurele plek krijgt in de organisatie.

In voorgaande hoofdstukken maakten we voor het opstellen van verbeterplannen onderscheid naar de drie terreinen cliënt, medewerker en organisatie. Hieronder trekken we deze lijn door voor de structurele verankering van de plannen. U vindt hiervoor een aantal aandachtspunten en voorbeelden, met aandacht voor wie waarvoor verantwoordelijk kan zijn.

Uit de praktijk

In de praktijk blijkt, bij het realiseren van verbeteringen, sturing op onderstaande vijf elementen essentieel te zijn (*Toolkit Preventie Seksueel Misbruik van Zorg voor Beter*):

1. Opnemen van het onderwerp in intake-gesprekken en bespreking van het zorgplan/ondersteuningsplan.
2. Agenderen van het onderwerp bij werkoverleg en teamoverleg.
3. Opname van het onderwerp in jaarverslagen en werkplannen.
4. Opnemen van het onderwerp in sollicitatie- en functioneringsgesprekken.
5. Periodiek uitvoeren van een SWOT-analyse.

3.1 Verankering van beleid voor cliënten

Om het beleid rond seksualiteit een structurele plek te geven in de ondersteuning van cliënten, zijn de volgende aandachtspunten van belang:

- Maak van seksualiteit een vast terugkerend onderdeel in het zorg- of ondersteuningsplan. De manager is verantwoordelijk voor het tot stand komen en de volledigheid van het zorg- of ondersteuningsplan, de gedragswetenschapper kan sturen op de inhoud.
- Naast het jaarlijks bespreken van dit onderwerp in individuele zorg- of ondersteuningsplannen, is het ook belangrijk de mening van cliënten op structurele wijze te monitoren, bijvoorbeeld met de vragenlijsten van Zorg voor Beter. Hierbij komen vragen en aandachtspunten aan bod die wellicht niet direct in de zorg- of ondersteuningsplannen besproken worden, maar die wel aanleiding kunnen zijn voor verbeteracties in een woning of binnen een dagbestedinglocatie. De manager kan de vragenlijsten uit de *Toolkit Preventie Seksueel Misbruik van Zorg voor Beter* uitzetten en/of vragen om voorstellen voor verbeteracties, de gedragswetenschapper denkt mee over de inhoud. De manager toetst de uitkomsten aan de visie en het beleid.
- Door het opzetten van korte en duidelijke verbeteracties, vaak samen met cliënten, ouders/verwanten, gedragswetenschappers en managers, kunnen onderdelen van seksualiteit aan de orde komen die nog onvoldoende opgemerkt werden en kan de preventie van ongewenste situaties verbeterd worden.

Praktijkvoorbeeld: hoe zorgen we ervoor dat praten over seks in beeld blijft

*Een ervaring vanuit het Zorg voor Beter Traject Preventie Seksueel Misbruik:
In de vragenlijsten van het Verbetertraject gaven diverse cliënten aan dat ze niet goed wisten wat er in hun woning nu wel en niet toegestaan was op het gebied van seksualiteit.
Daarop werd de volgende verbeteracties opgepakt: in de maandelijkse huisgesprekken standaard aandacht geven aan dit thema. Cliënten konden tevoren hun vragen opschrijven in de agenda voor dit overleg. Een begeleider bereidde dit onderwerp in overleg met de gedragswetenschapper voor.*

3.2 Verankering van beleid voor medewerkers

In het verankeren van beleid rond seksualiteit is het de rol van de manager om medewerkers hierover te bevragen en te adviseren. De teammanager kan het onderwerp seksualiteit op de agenda van een teamoverleg zetten en kan er ook in individuele gesprekken met medewerkers aandacht aan besteden. De medewerker is op zijn beurt degene die het beleid in de dagelijkse praktijk handen en voeten geeft, die regelmatig in gesprek is met cliënten over dit onderwerp en die kan signaleren hoe het staat met veiligheid, met intimiteit en behoefte aan ondersteuning. De medewerker kan signalen aan zijn of haar manager doorspelen, maar van de manager mag ook verwacht worden dat hij of zij regelmatig expliciet vraagt naar signalen of bijzonderheden. De manager kan eventueel ook het personeelsbeleid aanvullen met verwachtingen van competenties van medewerkers.

In de trajecten van Zorg voor Beter rond preventie seksueel misbruik is het werken aan de hand van een PDSA-cyclus voor personeelsbeleid geschikt gebleken. In een van de vragenlijsten die ingevuld moeten worden (in een cyclisch proces), wordt de medewerker bevraagd op aanwezige attitude, competenties, sturing en ervaringen (deze lijsten maken deel uit van de *Toolkit Preventie Seksueel Misbruik*).

Praktijkvoorbeeld: veranderen van ingeslopen gewoontes

*Eén van de medewerkers van een pilotproject van Zorg voor Beter gaf aan dat ze wel eens een situatie meemaakte die naar haar idee de privacy van een cliënt aantastte. Bij een cliënte die soms incontinent van urine is, werd standaard vlak voor vertrek van haar werkplek, tussen haar benen gevoeld of ze nog droog was. De medewerkster vond het ongewenst dat dit op deze manier en in het bijzijn van anderen gedaan werd. Deze situatie bestond al jaren en er werd eigenlijk nooit over gepraat. Middels een PDSA-cyclus werd dit opgepakt: er worden nu halfjaarlijks themabijeenkomsten op deze dagbestedinglocatie georganiseerd waarin medewerkers met elkaar praten over 'ingeslopen gewoontes'. De manager plant dit en neemt de uitkomsten mee in het jaarplan.
De voor de cliënte ongewenste situatie is inmiddels verholpen!*

3.3 Verankering van beleid in de organisatie

Voor een goede verankering op lange termijn is het belangrijk dat de processen waarlangs het beleid in praktijk wordt gebracht helder omschreven worden. Enkele belangrijke punten om vast te leggen zijn:

- Leg vast wiens verantwoordelijkheid het is dat in de ondersteuningsplannen daadwerkelijk aandacht besteed wordt aan het onderwerp seksualiteit. Leg vast wie dit op welke wijze bijhoudt. Evalueer de uitkomsten: wat betekenen de zorgvragen van cliënten voor de gewenste ondersteuning en wat is daarvoor nodig?
- Neem in het zorg/ondersteuningsplan een format op met aandachtspunten en vragen om het bespreekbaar maken van seksualiteit te bevorderen.
- Zorg voor een structureel scholingsaanbod voor medewerkers. Door intern deskundigen op te leiden blijft de kennis in huis en kan deze toegesneden worden op specifieke vragen per doelgroep.

- Zorg voor monitoring van dit scholingsaanbod: wordt iedereen bereikt, wat is de opbrengst van deze scholingen, hoe is de aansluiting bij de vragen in de praktijk?
- Maak een heldere opdracht voor de werkgroep seksualiteit om het beleid te verankeren. Na het vaststellen en verspreiden van de visie is dit in de praktijk vaak een lastig punt. Maak een duidelijke verbinding met de manager, bijvoorbeeld: de manager als voorzitter van de werkgroep. Zorg ook voor een goede inbedding van de werkgroep in het bestaande management-overleg.
- Versterk het netwerk van betrokkenen zowel binnen de organisatie (bijvoorbeeld door middel van een werkgroep seksualiteit en aandachtsfunctionarissen) als buiten de organisatie (MEE, seksuologen, behandelvoorzieningen, onderwijs voor medewerkers en cliënten).
- Zorg dat alle geledingen in een organisatie geïnformeerd blijven over dit thema, bijvoorbeeld: middenmanagement informeert hoger management en bestuur door het onderwerp met enige regelmaat op de agenda te plaatsen.

Geraadpleegde literatuur

ASVZ (2008). *Kinderen waar kies ik voor?-koffer*. Sliedrecht: ASVZ.

Bosch, E. en E. Suykerbuyk (2005). *Begeleiding van seksueel misbruikte mensen met een verstandelijke handicap*. Amsterdam: Nelissen.

Carbo, C. (2011). Homo met beperking nog onzichtbaar. In: *Markant*, (3, p. 14-17). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Carter-Hirsch, L. (2007). *The facts of life and more. Sexuality and Intimacy for people with intellectual disabilities*. Baltimore, Paul H. Brooks Publishing.

's Heeren Loo (2003). *Beleidsuitgangspunten seksualiteit voor cliënten*. Interne uitgave 's Heeren Loo.

Gorgels, D., Coolen, G. en T. Liedmeier (2009). *MEE Richtlijn kinderwens en ouderschap van mensen met een verstandelijke beperking*. Utrecht: MEE Nederland.

MEE Signaal (2008). *De visie op kinderwens en ouderschap van mensen met een verstandelijke beperking*. Utrecht: MEE Nederland.

Nieuwenhuisen, F., Steltenpool, G. en M. Paumen (2007). Een oefenbaby die kan huilen. In: *Kenniskatern Markant*, (10, p 4-7). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

NVAVG. (2005). *Standaard 1: Omgaan met vragen omtrent kinderwens en anticonceptie*.

Schalock, R.L. (2008). Maak werk van de toekomst. In: Loon, J. van en G. van Hove. *Persoonsgerichte Ondersteuning en Kwaliteit van Bestaan*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

Schwier, K. & D.Hingsburger, (2000). *Sexuality: Your Sons and Daughters with Intellectual Disabilities*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.

Spanjaard, H. (1992). *Jongens, het kan ook anders! Het voorkomen van seksueel geweld van jongens tegenover meisjes.*. Utrecht: NIZW.

VGN (2007.) *Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg*. Utrecht: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland.

Wilson, N. J. (2009). *Conditionally Sexual: Constructing the sexual health needs of men and teenage boys with a moderate to profound intellectual disability*. Unpublished PhD, The University of Sydney, Sydney.

World Health Organisation (2002). *World report on violence and health*. Chapter 6: Sexual violence. Geneve, WHO.

Zorg voor Beter (2010). *Zorg zelf voor betere Preventie Seksueel Misbruik. Effectief werken aan preventie van seksueel misbruik met inzichten en instrumenten uit het Verbetertraject Preventie Seksueel Misbruik van Zorg voor Beter*. Utrecht: Vilans. Deze *Toolkit Preventie Seksueel Misbruik* is te downloaden via www.kennisbankzorgvoorbeter.nl

Bronnen voor nadere oriëntatie

Corby, B. 1998. *Managing child sexual behaviour*. Jessica Kingsley Publishers Londen.

Hartog, A. den, Heestermans, M., Hendrikse, B., Reijs, H. en M. den Rooijen (2006). *Niet alleen. Beleid in de ondersteuning van en zorg voor mensen met een verstandelijke beperking op het gebied van seksualiteit*. Utrecht: CCE. Kosteloos te bestellen via www.CCE.nl.

Lammers, M. en A. Goes (2005). *Van incident tot fundament. Vormgeving en implementatie van beleid rond bejegening, seksualiteit en seksueel misbruik*. Utrecht: MOVISIE.

Loo, van der H., Geelhoed, J. en S. Samhoud (2007). *Kus de visie wakker. Organisaties energiek en effectief maken*. 's Gravenhage: Academic Services.

Rutgers Nisso groep (2005). *Seksualiteitsbeleid, gewoon doen. Handboek voor GGZ-instellingen*. Utrecht: Rutgers Nisso groep.

V&VN (2011). *Omgaan met aspecten van seksualiteit tijdens de beroepsuitoefening*. Utrecht: V&VN.

Websites

- www.begrensdeliefde.nl is een databank met instrumenten en materialen over seksualiteit en de preventie, signalering en behandeling van seksueel geweld bij mensen met een beperking.
- www.edusex.nl is een webwinkel van seksuele voorlichtingsmaterialen.

Dvd's

- Carante Groep (2010). *Praten over seks, een handreiking om met cliënten gesprekken over seksualiteit te voeren*. Te bestellen via www.carantegroep.nl

- LFB (2009). *Liefde is overal, mensen met een verstandelijke beperking stellen elkaar vragen over lichaam, vriendschap, relaties, seks en veiligheid (2009)*. Te bestellen via www.loesvanveen.nl

- Stichting Handicap en seksualiteit (2010). *Liefde kent geen grenzen. Omgaan met lichaam, seksualiteit en relaties. Op integere wijze tonen vier mensen met een lichamelijke beperking hun omgaan met hun lichaam, seksualiteit en relaties*. Te bestellen via www.deschildpad.nl

Materialen

- SICS koffer 's Heeren Loo, te bestellen bij Edubooks als *Vrienden en vrijer*
- RealCare Baby, een babypop die huult als hij verzorging nodig heeft, www.babybedenktijd.nl
- Het PDSA-spel maakt deel uit van het PDSA *Train de Trainers Pakket*. Te bestellen via www.webwinkelvilans.nl
- Voortman, S., Reitsma, F., Oskam, E. en H. Jansen (2007). *Toolkit Totale Communicatie lichaam & seksualiteit*. Te bestellen via de webwinkel van Kentalis.

Bijlage 1: Rechten van mensen met een verstandelijke handicap

Rechten van mensen met een verstandelijke handicap

De 'Verklaring van de Rechten van Personen met een Verstandelijke Handicap' zoals aangenomen door de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties op 20 december 1971 te New York luidt als volgt:

"De Algemene Vergadering,

Indachtig de plechtige belofte van de Lidstaten van de Verenigde Naties ingevolge het Handvest gezamenlijk en afzonderlijk in samenwerking met de Organisatie hogere levensstandaarden, arbeid voor allen en voorwaarden voor economische en sociale vooruitgang te bevorderen,

Opnieuw bevestigend hun vertrouwen in de rechten van de mens en de grondvrijheden, alsmede in de beginselen van vrede, van de waardigheid en de waarde van de mens en van sociale rechtvaardigheid zoals deze in het Handvest zijn verkondigd,

In herinnering brengend de beginselen van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens, de internationale verdragen inzake de Rechten van de Mens, de verklaring van de Rechten van het Kind en de normen inzake sociale vooruitgang die reeds zijn neergelegd in de statuten, conventies, aanbevelingen en resoluties van de Internationale Arbeidsorganisatie, de Organisatie der Verenigde Naties voor Onderwijs, Wetenschap en Cultuur, de Wereldgezondheidsorganisatie, het Kinderfonds van de Verenigde Naties en andere betrokken organisaties,

Wijzend op het feit dat de verklaring inzake Sociale Vooruitgang en Ontwikkeling verkondigt dat het noodzakelijk is de rechten van verstandelijk en/of lichamelijk gehandicapten te beschermen en hun vaardigheden op verschillende gebieden te ontwikkelen, hun integratie in het normale leven zo veel als mogelijk is te bevorderen,

Zich ervan bewust dat sommige landen zich in hun huidige stadium van ontwikkeling slechts beperkte inspanningen in deze richting kunnen getroosten,

Proclameert deze Verklaring van de Rechten van de Verstandelijk Gehandicapten en dringt aan op het nemen van nationale en internationale maatregelen die erop zijn gericht dat deze Verklaring wordt aangewend als een gemeenschappelijke grondslag en als gemeenschappelijk referentiekader voor de bescherming van deze rechten:

- 1 De verstandelijk gehandicapte persoon geniet zo veel als doenlijk dezelfde rechten als andere mensen.

- 2 De verstandelijk gehandicapte persoon heeft recht op behoorlijke medische verzorging en fysieke therapie, en op zodanige opvoeding, training, revalidatie en begeleiding, dat deze hem in staat stellen zijn vaardigheden te ontwikkelen en zijn potentiële mogelijkheden tot ontplooiing te brengen.
- 3 De verstandelijk gehandicapte persoon heeft recht op economische zekerheid en op een behoorlijke levensstandaard. Hij heeft het recht productieve arbeid te verrichten of zich bezig te houden met ander zinvol werk in de mate die zijn vermogens hem toestaan.
- 4 Indien mogelijk, dient de verstandelijk gehandicapte persoon in zijn eigen gezin te wonen of in een pleeggezin, en deel te nemen aan verschillende vormen van maatschappelijk leven. Het gezin waarvan hij deel uitmaakt, dient bijstand te ontvangen. Indien opname in een instelling noodzakelijk is, dient dit te geschieden in een omgeving en onder omstandigheden die een normaal leven zo dicht mogelijk benaderen.
- 5 De verstandelijk gehandicapte persoon heeft recht op bijstand van een bevoegde curator, indien dit ter bescherming van zijn persoonlijk welzijn en zijn persoonlijke belangen noodzakelijk is.
- 6 De verstandelijk gehandicapte persoon heeft recht op bescherming tegen uitbuiting, misbruik en ontorende behandeling. Indien hij voor enig delict gerechtelijk wordt vervolgd, heeft hij recht op een behoorlijke rechtsgang, waarbij ten volle rekening wordt gehouden met de mate van zijn toerekeningsvatbaarheid.
- 7 Indien verstandelijk gehandicapte personen vanwege de ernst van hun handicap niet in staat zijn al hun rechten op behoorlijke wijze uit te oefenen, of indien het noodzakelijk is enige of al deze rechten te beperken of hun deze te ontzeggen, dan dient de procedure waarbij dit geschiedt passende wettelijke waarborgen te bevatten tegen elke vorm van misbruik. De procedure dient te zijn gebaseerd op een beoordeling door bevoegde deskundigen van de sociale vermogens van de verstandelijk gehandicapte persoon; zij dient periodiek te worden herzien en vatbaar te zijn voor hoger beroep”.

Bijlage 2: Voorbeelden van vragen die voortkomen uit de domeinen van kwaliteit van bestaan van Schalock

1 Emotioneel welbevinden:

- a. Hoe zorgt u in uw organisatie ervoor dat cliënten zich veilig voelen in hun omgeving?
- b. Hoe wordt er aandacht besteed aan mogelijkheden tot intimiteit, integriteit, geluk?
- c. Hoe realiseert u voor iedereen voldoende bescherming ?
- d. Hoe zorgt u voor veiligheid voor de cliënt zelf en in relatie tot anderen?

2 Fysiek welbevinden:

- a. Hoe zorgt u voor seksuele gezondheid (denk ook aan voorkomen van SOA); krijgen cliënten gelegenheid seksualiteit op een gezonde manier te ontdekken en beleven?
- b. Is er in uw organisatie aandacht voor bijwerkingen van gedragsmedicatie, bijvoorbeeld als deze libido-remmend zijn?

3 Materieel welbevinden:

- a. Hoe kunt u in de fysieke omgeving van cliënten aandacht hebben voor veiligheid en voldoende mogelijkheden voor privacy?

4 Persoonlijke ontwikkeling:

- a. Hoe wordt in uw organisatie seksuele educatie vorm gegeven?
- b. Krijgen alle cliënten educatie/ondersteuning?
- c. Wordt voldoende rekening gehouden met de verschillende vragen van cliënten?
- d. Is uw organisatie erop gericht dat ook mensen die ernstig verstandelijke beperkingen hebben een seksueel hoogtepunt zouden willen of kunnen beleven?

5. Zelfbepaling:

- a. Hoe realiseert u in uw organisatie kansen en ruimte voor cliënten om hun seksuele identiteit te ontdekken?
- b. Hoe begeleidt u cliënten tot voldoende weerbaar te zijn, hoe leert u uw cliënten grenzen aan te geven en 'nee' te zeggen?
- c. Welke norm hanteert u in uw organisatie op verschillende aspecten van seksualiteit (homoseksualiteit, gebruik voorbehoedsmiddelen, pornofilms, inschakelen van een prostituee)?
- d. Is er in uw organisatie een visie op kinderwens en ouderschap en een visie op de wijze van opvoeden?
- e. Wat is u bekend over de normen en waarden van uw medewerkers en wie spreekt hen erop aan als dit niet overeenstemt met de norm van de organisatie?

6. Persoonlijke relaties:

- a. Welke kansen krijgt iemand om relaties op te bouwen, welk aandacht is er voor het opdoen van contacten?
- b. Welke kansen zijn er om relaties te hebben, hoe weet u of cliënten misschien toch niet eenzaam zijn?
- c. Mag iedereen op zijn eigen manier vorm geven aan relaties? Hoe kan men in uw organisatie cliënten ondersteunen seksuele relaties te hebben, die zij zelf kiezen?

7 Sociale inclusie:

- a. Hoe worden cliënten ondersteund om relaties met anderen aan te gaan, die wederkerig en gelijkwaardig zijn en getuigen van respect van beide kanten?
- b. Welke kansen worden in uw organisatie gecreëerd om cliënten te laten deelnemen aan de samenleving en daarmee contacten en relaties te leggen?

8. Rechten:

- a. Is er bij medewerkers voldoende kennis over wet- en regelgeving op het gebied van seksualiteit en seksueel misbruik?
- b. Hoe zorgt u ervoor dat de benodigde kennis hierover voor iedereen beschikbaar is?
- c. Wordt er aandacht besteed aan gelijkwaardigheid in relaties en is er aandacht voor machtsongelijkheid?
- d. Hoe zorgt uw organisatie ervoor dat seksueel getint gedrag niet vooral aandacht krijgt als afwijkend gedrag, storend gedrag of gedragsprobleem?

Bijlage 3: Seksualiteitsontwikkeling bij mensen met verstandelijke beperkingen

bron: Carante Groep

Dit schema geeft per kalenderleeftijd een overzicht van de lichamelijke ontwikkeling, (seksuele) kennis, emotioneel niveau en sociaal niveau. Voor een goede ondersteuning van de cliënt is het nodig vast te stellen op welk niveau de cliënt op elk van de domeinen functioneert. Voor veel cliënten geldt dat het niveau van functioneren per domein verschilt ('disharmonisch beeld'). Om het functioneren van de cliënt goed in kaart te brengen is hulp van de orthopedagoog/psycholoog noodzakelijk. Hierna kan de ondersteuningsbehoefte in kaart worden gebracht. Vuistregel hierbij is dat het niveau van sociaal en emotioneel functioneren van de cliënt richtinggevend is in de ondersteuningsbehoefte.

Kalenderleeftijd	Lichamelijke ontwikkeling	(Seksuele) kennis	Emotioneel niveau	Sociaal niveau
0-8 mnd orale fase	primaire geslachtsorganen zijn ontwikkeld		<ul style="list-style-type: none"> • neemt de wereld waar via zuigen, grijpen, voelen; • hele lichaam lustorgaan, huidcontact erg belangrijk; • erectie, opwinding waarneembaar, geen gerichte masturbatie; 	<ul style="list-style-type: none"> • geen egogrenzen, d.w.z. een verschil kunnen aanbrengen tussen zichzelf en de ander; symbiotische band tussen verzorger en kind;
8-14 mnd orale fase			<ul style="list-style-type: none"> • ontdekken eigen lijf, handen, voeten, oren, piemel, vagina etc.; • ontdekken dat het ene plekje lekkerder voelt dan het andere; • strelen, knuffelen spelen grote rol; • mond blijft belangrijk voor exploratie; 	<ul style="list-style-type: none"> • ontdekken van ik versus buiten-wereld; • start ontwikkelen eigen identiteit;
14-36 mnd anale fase			<ul style="list-style-type: none"> • anus is bron van prettige gevoelens • poepen is lekker om te doen, kinderen trekken terug in zichzelf; • grote interesse in poepen, billen en ook klierspel met zand, water, poep en plas. geen onderscheid tussen vies en schoon; • kind leert zich te beheersen en in zindelijkheid het verschil tussen vasthouden en loslaten; 	<ul style="list-style-type: none"> • ik-ontwikkeling, koppigheidsfase, nee-zeggen; • leren door ontdekken, eerst doen, dan denken; • veel klierspel; • in eerste instantie veel alleen spelen, naast elkaar, later meer met elkaar;
17-36 mnd vroeg genitale fase		leert de juiste benaming voor lichaamsdelen, waaronder de geslachtsdelen	<ul style="list-style-type: none"> • ontdekken van masturbatie, ontdekken dat het een prettig gevoel geeft; • ontdekken van geslachtsverschil tussen man/vrouw; • vrijen en bloot lopen is normaal; 	<ul style="list-style-type: none"> • ontdekken van masturbatie, ontdekken dat het een prettig gevoel geeft; • ontdekken van geslachtsverschil tussen man/vrouw; • vrijen en bloot lopen is normaal;

Kalenderleeftijd	Lichamelijke ontwikkeling	(Seksuele) kennis	Emotioneel niveau	Sociaal niveau
3- 4jr laat genitale fase		<ul style="list-style-type: none"> • bewustwording van het eigen lichaam; • bewustwording van de sekse-identiteit: ik ben een jongetje/meisje; • begrijpen van het verschil tussen de gestachten; 	<ul style="list-style-type: none"> • ontwikkeling van sekse-identiteit en sekse rolgedrag; • interesse in geslachtsorganen van zichzelf en anderen, bestuderen en showen; • trots op eigen lichaam; • cliënt leert dat het kan kiezen en niet gedreven wordt door impulsen; • wereld kaderen, alles op dezelfde plaats, rituelen zijn belangrijk; 	<ul style="list-style-type: none"> • jongens en meisjes gaan zich verschillend conform hun 'sekse-rol' gedragen en vinden uiterlijke kenmerken belangrijk (haardracht, kleding); • spelen van fantasiespelletjes waaronder doktertje, vader/moedertje; • openlijk masturberen, rondom het 4e jaar wordt dit stiekemer; • exhibitionistisch, nog geen schaamte; • 'vieze woorden' roepen m.n. poep en pies;
4-6 jr intuïtieve fase		<ul style="list-style-type: none"> • weet wat eigen en ander-mans sekse is; • interpreteert de wereld in termen of gebeurtenissen die het zelf kent en heeft meegemaakt, d.w.z. geïnteresseerd zijn in baby's krijgen, maar dit niet verbinden met seksualiteit en het voortplantingsverhaal niet kunnen begrijpen; 	<ul style="list-style-type: none"> • weet wel wat eigen sekse identiteit is, maar is er nog altijd niet zeker van welk gedrag erbij hoort. Er kunnen erg sterootype ideeën zijn over sekserollen en liefde etc.; • ontwikkeling van schaamtegevoel, tegelijkertijd erg nieuwsgierig naar het lichaam van anderen; • verliefdheid op verzorgers; • intense lichamelijke en emotionele relaties met leeftijdgenoten; • lijfelijk contact belangrijk, maar niet in het openbaar; 	<ul style="list-style-type: none"> • experimenteren met grenzen, waar mag je iemand aanraken en waar niet? • meer gêne over uitingen van bloot en seksualiteit, masturbatie gebeurt niet meer openlijk; • schuttingtaal wordt veel gebruikt, veel sekswoorden; • vaak omgang met alleen seksegenoten; • seksspelletjes worden veel gespeeld, maar telkens heimelijker en er komt bewustzijn dat het iets anders is dan ander spel;
6-8 jr latente periode		<ul style="list-style-type: none"> • rond 8e jaar kunnen kinderen benoemen wat het verschil in gevoel is bij verliefdheid, knuffelen en vrijen; 	<ul style="list-style-type: none"> • verliefdheden worden belangrijker, verliefdheid en lichamelijke seksuele gevoelens worden niet aan elkaar gekoppeld; 	<ul style="list-style-type: none"> • stelt minder vragen over seksualiteit dan voorheen, lijkt alsof er geen interesse is; • openlijk spelen van seksueel geladen spelletjes en openlijke masturbatie gebeurt nauwelijks meer;

Kalenderleeftijd	Lichamelijke ontwikkeling	(Seksuele) kennis	Emotioneel niveau	Sociaal niveau
6-8 jr latente periode		<ul style="list-style-type: none"> verschil tussen verliefdheid en vriendschap is duidelijk; 	<ul style="list-style-type: none"> veel registratie van volwassen seksueel gedrag, moeilijk om fantasie en werkelijkheid te scheiden 	<ul style="list-style-type: none"> schuine moppen, rijmpjes en tekeningen worden uitgewisseld; door stoer gedrag en taalgebruik lijkt het vaak alsof het kind meer begrijpt van seksualiteit dan er in werkelijkheid begrepen wordt; omgang steeds meer alleen met seksegenoten;
8-10 jr leeftijd des onderscheids	begin ontwikkeling borsten en groei penis.	<ul style="list-style-type: none"> logisch denken komt op gang, oorzaak en gevolg kunnen onderscheiden worden; kind kan telkens meer lichamelijke gevoelens koppelen aan verliefdheid; voortplantingsverhaal wordt begrepen; 	<ul style="list-style-type: none"> veel fantasieën over verliefdheid, ook over verliefdheid op seksegenoten; zelfbevrediging weer belangrijker dan in periode hiervoor; voortplantingsverhaal wordt begrepen, maar heeft niets met eigen seksuele beleving te maken; fantasieën over 'de daad'; hoe zou dit kunnen zijn; schuldgevoelens, ook over seksualiteit, gaan meer een rol spelen. 	<ul style="list-style-type: none"> sekspelletjes worden expliciter, het bekijken en betasten van elkaars gestachtsorganen, bij beide seksen; groepsnorm wordt steeds belangrijker, erbij horen; specifiek rolgedrag wordt belangrijker, met de eigen sekse anders omgaan dan met de andere sekse; groepsnorm is sterk gericht op hetero seksualiteit, homo-seksualiteit wordt moeilijk geaccepteerd; verhalen over 'vies en raar' doen de ronde;
10-12 jr begin puberteit	secundaire geslachtskenmerken ontwikkelen zich, zwaardere stem, (verdere)groei van borsten, schaamhaar en penis.	<ul style="list-style-type: none"> abstract denken ontwikkelt zich, kind gaat meer idealen voor zichzelf formuleren, krijgt vaak meer interesses in relaties; meer belangstelling voor volwassen seksualiteit; 	<ul style="list-style-type: none"> onzekere gevoelens: hoor ik erbij, ben ik wel normaal? zichzelf bekijken door de ogen van de ander; kan vervreemd ding geven van het eigen lichaam; schaamte, onzekerheid over eigen lichaam en eigen gevoelens en fantasieën over seksualiteit; 	<ul style="list-style-type: none"> veel in groepen met elkaar omgaan, contacten met de andere sekse ook telkens meer groepsgewijs belangstelling voor seks neemt toe, soms in groepjes naar seksvideo's of boekjes kijken veel preutsheden over eigen seksualiteit, wil er zo min mogelijk met

Kalenderleeftijd	Lichamelijke ontwikkeling	(Seksuele) kennis	Emotioneel niveau	Sociaal niveau
10-12 jr begin puberteit			<ul style="list-style-type: none"> • verliefdheid is erg belangrijk; 	<ul style="list-style-type: none"> • verzorgers over praten; • veel verschillen tussen ervaringen onderling, de een is al erg bezig met 'de daad', de ander niet;
13-17 jr	lichamelijk volwassen	<ul style="list-style-type: none"> • heeft kennis van geslachts gemeenschap, voorbehoedsmiddelen en seksueel overdraagbare aandoeningen; • leert anatomie en technische benaming geslachtsorganen; 	<ul style="list-style-type: none"> • periodes van grote onzekerheid over eigen identiteit, wensen en gevoelens; • periodes van experimenteren, bv. rondom uiterlijk, (seksueel) gedrag; • periodes van verwarring en helderheid over eigen seksuele voorkeur; 	<ul style="list-style-type: none"> • seksueel contact komt regelmatig voor, wederzijdse masturbatie, zoenen en vrijen; • seksuele fantasieën en dromen blijven aanwezig; • langzamerhand langere relaties, grotere emotionele betrokkenheid bij de partner
18-25 jr		kennis wordt uitgebreid passend bij de individuele behoefte	<ul style="list-style-type: none"> • toenemend zelfbewustzijn; • levensvragen kunnen een belangrijker rol gaan spelen, onder andere over relaties, partner, kinderwens 	idem
25-40 jr		idem	er worden keuzes gemaakt op het gebied van relaties, kinderen, samenlevingsvormen en dergelijke	seksueel gedrag kan minder op de voorgrond komen te staan door levenskeuzen of omstandigheden
40-50 jr	hormonen veranderen, lichaam wordt ouder en gaat gebreken vertonen			idem
50-80 jr	verouderingsproces komt met meer gebreken	<ul style="list-style-type: none"> • wisselende kennis over seksualiteit • seksualiteitsbeleving op oudere/hoge leeftijd 		

Bijlage 4: PLISSIT model

bron: www.rngprojecten.nl/HandboekGGZ

Het PLISSIT-model leent zich goed om seksualiteitsbeleid in te voeren. Dit model, geïntroduceerd in 1975 door Jack S. Annon, is gericht op een seksualiteitsvriendelijk klimaat op alle niveaus van de organisatie. PLISSIT is een trechtermodel, opgebouwd uit vier lagen: van een brede algemene basis naar een specifiek individueel traject. Op elk van de vier niveaus wordt verwezen naar de daarmee samenhangende stappen in het beleidsontwikkelingsproces.

Niveau 1: Permissie (P)

Visie op instellingsniveau

De organisatie ontwikkelt een algemene visie op seksualiteit, intimiteit en relaties met heldere normen over gewenste en ongewenste omgangsvormen. Deze visie is richtinggevend voor medewerkers, cliënten en verwanten. De directie is (mede)verantwoordelijk voor een veilig klimaat voor cliënten en medewerkers, met ruimte voor de beleving van intimiteit en seksualiteit. Een belangrijke voorwaarde voor een effectief seksualiteitsbeleid is een open sfeer die remmingen wegneemt om te praten over intimiteit en seksualiteit.

Niveau 2: Limited Information (LI)

Deskundigheid van de medewerkers

De tweede laag geeft aan op welke manieren begeleiders en andere medewerkers seksualiteit en intimiteit met cliënten moeten kunnen bespreken. Begeleiders kunnen cliënten ad hoc basale voorlichting geven over bijvoorbeeld voorbehoedsmiddelen of condoomgebruik. Ook dienen zij te beschikken over voldoende vaardigheden om ongewenste seksualiteit te signaleren. In een begeleidingsplan worden concrete doelen gesteld en afspraken en evaluatiemomenten geformuleerd. Op teamniveau en dat van de hele instelling dient seksualiteit regelmatig op de agenda te

staan van vergaderingen. Begeleiders moeten cliënten actief kunnen aanmoedigen om de voorlichtingscursus te volgen.

Niveau 3: Specific Suggestions (SS)

Aanstellen van specialistische medewerkers

De derde laag biedt steun aan medewerkers. Als begeleiders geen antwoord hebben op een vraag van cliënten, dan dienen zij hen door te kunnen verwijzen naar de aandachtsfunctionaris seksualiteit. Denk bijvoorbeeld aan vragen om hulp bij het (leren) masturberen, over homoseksualiteit of naar erotische dienstverlening.

Niveau 4: Intensive Therapy (IT)

Verwijzing naar externe deskundigen

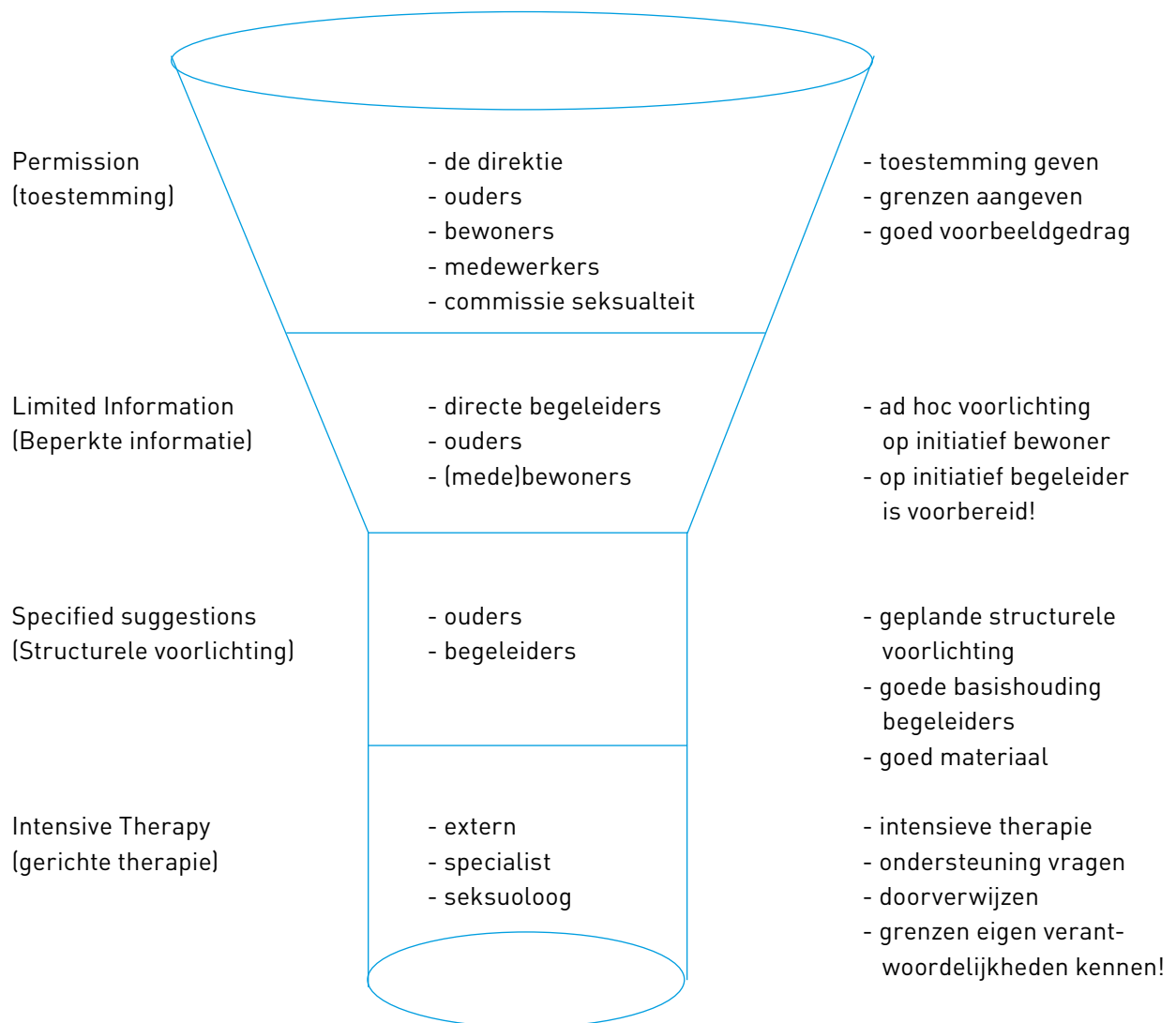
De vierde en onderste laag bestaat uit individuele hulpverlening aan cliënten. Dit gaat om specialistische hulpverlening door een seksuoloog of arts. Er kunnen fysieke problemen zijn (erectiestoornissen, geen zin in seks), maar ook problemen met grensoverschrijdend seksueel gedrag, zoals openlijke consumptie van (kinder)porno of pleging van een zedendelict.

Het PLISSIT - model

Wat?

Wie?

Hoe?



Bijlage 5: SORC schema

Basis van het schema

Het SORC schema is gebaseerd op de leerprincipes van de cognitieve gedragstherapie en ordent een sequens van een aantal gegevens. Daarbij gaat men er van uit dat mensen leren via klassieke conditionering, operante conditionering, sociaal leren (gedragstherapeutisch referentiekader) en dat ze op basis van de informatie die binnenkomt, ook allerlei bewerkingen maken die gebaseerd zijn op hoe men over zichzelf, de wereld en de toekomst denkt.

Deze sequenties zijn terug te vinden in het SORC-schema:

- **S (stimulus)** staat voor situaties die aan een bepaalde ervaring vooraf gaan
- **O (organisme)** omvat al datgene wat binnen het menselijk systeem gebeurt: zijn gedachten, emoties en fysieke gewaarwordingen en reacties
- **R (respons)** is het uiterlijk waarneembaar gedrag dat iemand stelt
- **C (consequence)** staat voor de gevolgen op korte en lange termijn.



Bijlage 6 Voorbeeld van een gedragscode

Gedragscode Dichterbij (versie 2008)⁴.

De gedragscode is opgesteld vanuit de visie dat de relatie tussen hulpverlener en cliënt altijd professioneel moet zijn. Grensoverschrijdend gedrag en seksuele contacten met cliënten zijn dan ook ontoelaatbaar.

- De medewerker is altijd verantwoordelijk in de relatie met cliënten. De relatie met een cliënt is altijd beroepsmatig en mag niet worden verward met een sociale relatie.
- De medewerker heeft een professionele houding. Dit betekent dat hij een cliënt, collega of derde nooit op een manier bejegent die hem in zijn waardigheid aantast. Daarnaast onthoudt de medewerker zich van discriminerende, kleinerende of (seksueel) intimiderende opmerkingen en gedragingen. Dit geldt tijdens werktijd maar ook daarbuiten tijdens alle activiteiten die door of namens de organisatie worden georganiseerd.
- De medewerker geeft op een professionele manier inhoud aan de relatie met de cliënt. Dit betekent dat:
 - Hij de relatie nooit voor zijn eigen voordeel gebruikt en dat hij niet verder in het privéleven en de privésfeer van de cliënt doordringt dan nodig is voor de vastgestelde zorg- en ondersteuningsstaken.
 - Hij terughoudend is in het aangaan van privécontacten met cliënten buiten het werk om en van deze contacten melding maakt bij zijn leidinggevende.
 - Hij geen (im)materiële vergoeding/ beloning van de cliënt aanvaardt of zelf geeft die niet in verhouding staat tot de professionele relatie.
- De medewerker is zich bewust van de machtsongelijkheid tussen hem en de cliënt.
- De medewerker hanteert bij troosten, belonen, knuffelen, en dergelijke professionele grenzen en houdt rekening met de leeftijd, niveau, sekse, de specifieke situatie, persoonsgebonden factoren en algemeen geldende maatschappelijke normen.
- Alle seksuele contacten tussen medewerkers en cliënten zijn ontoelaatbaar. Dit geldt zowel voor strafbare handelingen als voor niet strafbare handelingen. Seksueel contact in een hulpverleningssituatie wordt aangemerkt als een ernstige beroepsfout. De medewerker mag nooit ingaan op seksuele toenaderingspogingen door cliënten. De medewerker mag nooit seksuele toenadering zoeken tot cliënten. Dit omvat onder meer het verbod de cliënt op zodanige manier aan te raken dat deze aanraking naar redelijke verwachting als seksueel of erotisch van aard ervaren zal worden. Dit is doorgaans het geval bij het doelbewust aanraken van geslachtsdelen billen en borsten. Aanraking van dergelijke lichaamsdelen is alleen geoorloofd in het kader van erkende zorgprocedures, die als zodanig zijn benoemd en goedgekeurd en schriftelijk zijn vastgelegd in de persoonlijke plannen en na expliciete toestemming van de cliënt dan wel diens vertegenwoordiger. Het verlenen van daadwerkelijk seksuele hulp-/dienstverlening (zoals hulp bij zelfbevrediging of het bevredigen van cliënten) is nooit toegestaan. De medewerker zal wanneer er een erotisch/seksueel geladen sfeer ontstaat of zou kunnen ontstaan tussen hem en de cliënt, de desbetreffende taak afbreken en de situatie bespreekbaar maken met de leidinggevende of vertrouwenspersoon.
- De medewerker heeft de plicht de cliënt te beschermen tegen vormen van ongelijkwaardige behandeling en (seksueel) machtsmisbruik.
- De medewerker belooft geen zaken geheim te houden wanneer het gaat om feiten die een

⁴ Deze is geënt op Lammers en Goes (2005).

ernstige bedreiging vormen voor iemands welzijn.

- Iedere medewerker is verplicht een (vermoeden van) overtreding van de omgangsvormen en gedragscode te melden bij de daarvoor aangevozen personen (vertrouwenspersoon/leidinggevende). In die gevallen waarin de gedragscode niet (direct) voorziet, of bij twijfel over de toelaatbaarheid van bepaalde gedragingen bij zichzelf of bij anderen dient de medewerker hierover de vertrouwenspersoon en of de leidinggevende te raadplegen.
- Medewerkers die zelf ongewenst gedrag ervaren kunnen zich voor melding, opvang, begeleiding en eventuele bemiddeling laten bijstaan door vertrouwenspersoon.
- Iedere medewerker is op de hoogte van deze gedragscode en van het beleid omtrent seksueel misbruik. Overtreding van de gedragscode kan leiden tot disciplinaire maatregelen (waaronder ontslag) en/of het inschakelen van politie en justitie, waarna strafrechtelijke vervolging kan plaatsvinden.