

Praat jij over seksualiteit?

Een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van hulpverleners in een preventieve setting omtrent het bespreekbaar maken van seksualiteit met collega's en cliënten.

Kimber Geurtz

2205712

17 juni 2016

Jeugdzorgwerker

De bespreekbaarheid van seksualiteit

Peter van Zijlhout en Marielle Verhagen

Fontys Hogescholen

Sociale Studies

Samenvatting

In de Nederlandse maatschappij wordt seksualiteit vaak gekoppeld aan angst. Dit is terug te vinden in onderzoek naar seksualiteit en de voorlichting die jongeren krijgen over seksualiteit. In de media lijkt echter een andere trend aan de gang namelijk, “de seksualisering van de maatschappij”. Er is veel seksueel getint materiaal te zien in de media. Enerzijds komen jongeren meer en gemakkelijker in aanraking met seksualiteit, anderzijds is er een manier van voorlichten die gekoppeld is aan angst. In de hulpverlening vindt er een overgang plaats naar een steeds preventievere vorm van hulpverlening. Onderdeel hiervan is het Centrum van Jeugd en Gezin, één centraal punt voor alle vragen rondom opgroeien. Verschillende organisaties zien een rol weggelegd voor het CJG in het stimuleren van een gezonde seksuele ontwikkeling van jeugdigen. Voor de individuele hulpverlener lijkt het echter niet zo makkelijk om over seksualiteit te spreken. Eerder onderzoek is echter alleen gedaan in zorginstellingen. Onderzoek in het Centrum voor Jeugd en Gezin ontbreekt. Dit onderzoek heeft daarom de volgende hoofdvraag:

Hoe ervaren hulpverleners de bespreekbaarheid met betrekking tot het onderwerp seksualiteit op dit moment binnen het Centrum voor Jeugd en Gezin in een middelgrote gemeente?

Dit onderzoek is een kwalitatief onderzoek waarbij gebruikt gemaakt is van het kwalitatieve interview. Dit interview is afgenomen aan de hand van een topiclijst en is een semi-gestructureerd. Om de anonimiteit van de organisatie en respondenten te waarborgen, worden er geen namen van personen of organisaties genoemd.

Uit de interviews zijn de belangrijkste bevindingen als volgt:

- Er is onduidelijkheid over de verantwoordelijkheid van de hulpverleners binnen het CJG met betrekking tot het onderwerp seksualiteit.
- In de context van het CJG zijn enkele factoren die belemmerend zijn voor de hulpverleners om te spreken over seksualiteit zoals de gespreksindeling, de tijd en werkdruk, het contact tussen collega's onderling en het contact vanuit het CJG naar de hulpverleners toe.
- De meeste hulpverleners bezitten kennis om over seksualiteit te spreken, maar een groot deel mist de ervaring om goed over seksualiteit te kunnen spreken.
- De reactie van de ander speelt ook een rol in het spreken over seksualiteit. Hulpverleners zijn bang dat de cliënt niet verwacht over seksualiteit te spreken met hulpverleners bij het CJG en dit misschien ook niet willen.

Naar aanleiding hiervan zijn aanbevelingen gevormd op het gebied van het contact tussen collega's, het creëren van collectieve ervaring, duidelijkheid vanuit het CJG naar hulpverleners, verantwoordelijkheid, hulpmiddelen en vervolgonderzoek.

Voorwoord

Ter afsluiting van de opleiding Sociale Studies aan de Fontys Hogescholen te Eindhoven ligt hier mijn afstudeerproject. De afgelopen vier jaar heb ik mij gevormd tot de sociaal werker die ik nu ben. Ik heb de opleiding niet binnen de kaders doorlopen en heb hierbij bij mensen soms grote twijfels opgeroepen. Zo heb ik er voor gekozen om mij niet te specialiseren. Ik heb een Minor Kunst, Cultuur en Onderzoek gedaan en vervolgens stage gelopen op twee verschillende plaatsen, een maatschappelijk werk stage en een jeugd stage. Naar mijn idee past dit bij de diversiteit en creativiteit die past bij mij als persoon.

Tijdens de opleiding heb ik gedurende een half jaar stage gelopen bij de organisatie waar ook dit onderzoek heeft plaatsgevonden. Ik heb hier ontzettend veel geleerd, ze hebben mij hier thuis laten voelen en de vrijheid gegeven om kritisch te zijn. Het viel mij op dat seksualiteit binnen de organisatie minder aan bod kwam dan dat ik als logisch zou beschouwen. De combinatie van seksualiteit en kinderen is een beladen onderwerp waar op dit moment ook veel over te doen is binnen de hulpverlening en de opleiding Sociale Studies. De verantwoordelijkheid voor het geven van seksuele voorlichting wordt vaak weggeschoven. Dit maakte dit onderzoek voor mij aantrekkelijk en interessant om uit te voeren.

Ik wil allereerst het Centrum voor Jeugd en Gezin middelgrote gemeente bedanken, met in het bijzonder Lucie Huijs, zij is mij, ondanks het aflopen van mijn stageperiode, blijven ondersteunen en heeft mij feedback en vertrouwen geven. Daarbij wil ik Tamara Schlatmann bedanken omdat ze mij heeft in laten zien wat het belang is van mijn thema en mij hiermee het vertrouwen gegeven heeft om het onderzoek in te richten naar mijn persoonlijke interesse.

Daarnaast wil ik ook mijn onderzoekdocenten van Fontys Hogescholen bedanken voor hun uitleg, hun kritische noot en hun feedback. Maar bovenal wil ik hen bedanken voor het fijne contact tussen leraar en leerling. Dit heeft in grote mate positief bijgedragen aan de beleving van de opleiding en deze laatste periode van afstuderen.

Verder wil ik Linde Schut, Erin Schut, Mathijs van Schijndel, Mark Herps, Marc Picar, Leoni Geurtz en Sandra Arentz bedanken. Ook een ieder die hier niet speciaal genoemd is maar dit afgelopen half jaar naar mijn eindeloze verhalen over mijn thema en onderzoek heeft geluisterd, hartelijk dank.

Tot slot wil ik alle geïnterviewde personen bedanken voor hun open- en eerlijkheid in dit onderzoeksproces.

Ik heb het uitvoeren van dit onderzoek als interessant en leerzaam ervaren en hoop dat u als lezer het onderzoek met gelijke ervaringen leest.

Met vriendelijke groet,

Kimber Geurtz

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	2
Voorwoord	3
Inleiding	6
Hoofdstuk 1: Context en probleemschets	7
1.1 Probleemanalyse	7
1.2 Probleemstelling	13
1.3 Onderzoeksdoelstelling.....	14
1.4 Hoofdvraag en Deelvragen	14
1.5 Begripsafbakening	15
Hoofdstuk 2: Theoretisch Kader	16
2.1 Persoonlijke vorming omtrent seksualiteit	16
2.2 Hulpverleners en het bespreken van seksualiteit	20
2.3 Manieren om seksualiteit te bespreken	24
Hoofdstuk 3: Methodologie	26
3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef	26
3.2 Dataverzamelmethode	27
3.3 Meetinstrument	29
3.4 Data-analyse	31
Hoofdstuk 4: Resultaten	32
4.1 De hulpverlener als persoon	33
4.2 De hulpverlener in de praktijk	35
4.3 Belemmeringen in het bespreken van seksualiteit	41
4.4 Niveaus om seksualiteit te bespreken	43
Hoofdstuk 5: Conclusie en aanbevelingen	45
5.1 Conclusie	45
5.2 Aanbevelingen	48
Hoofdstuk 6: Discussie	50
6.1 Betekenis en bruikbaarheid	50
6.2 Sterkte- zwakteanalyse	52

Literatuurlijst	54
Bijlage 1: Topiclijst.....	58
Bijlage 2: Codeboom	60

Inleiding

Het Centrum voor Jeugd en Gezin is er voor alle vragen rondom opgroeien en opvoeden. Zowel ouders als jongeren kunnen hier voor van alles terecht. Uit theorie en eerder onderzoek blijkt echter dat men over sommige onderwerpen niet zo gemakkelijk vragen stelt. Een van deze onderwerpen is seksualiteit. Cliënten willen het wel over seksualiteit hebben, maar praten hier pas over als hulpverleners erover beginnen (Van Gelderen & Bender, 2010). Uit onderzoek van commissie Rouvoet blijkt dit voor hulpverleners in jeugdzorginstellingen echter ook niet gemakkelijk is (Jeugdzorg Nederland, 2015). Hoe gaat het Centrum van Jeugd en Gezin hiermee om?

Dit onderzoek richt zich op de beleving van hulpverleners binnen het Centrum van Jeugd en Gezin middelgrote gemeente (CJG). Om de anonimiteit van de onderzochte personen te waarborgen is het CJG niet bij de gemeentenaam genoemd maar wordt er gesproken over een middelgrote gemeente. In dit onderzoek wordt gekeken naar de bespreekbaarheid van seksualiteit volgens de hulpverleners binnen het CJG middelgrote gemeente. Hierbij wordt zowel het contact tussen hulpverleners onderling en contact tussen hulpverlener en cliënt onderzocht. Er wordt gekeken wat de hulpverleners verstaan onder seksualiteit, hoe het nu is binnen het CJG middelgrote gemeente en welke belemmeringen zij ervaren in het bespreken van seksualiteit.

In het onderzoek wordt eerst de problematiek in de context zichtbaar. Hierbij wordt gesproken over de Nederlandse maatschappij, het CJG en hulpverleners. Dit wordt samengevat in de complexe probleemstelling en wordt het doel van het onderzoek weergegeven. Aan de hand daarvan worden de onderzoeksvragen geformuleerd (Hoofdstuk 1). Hierna worden de theoretische inzichten die met dit onderwerp te maken weergegeven. Hierbij wordt besproken hoe een persoon gevormd wordt omtrent het onderwerp seksualiteit (Hoofdstuk 2). Vervolgens wordt er beschreven hoe het onderzoeksproces in dit onderzoek gelopen is en welke methodologische keuzes gemaakt zijn (Hoofdstuk 3). Hierna wordt op thematische wijze en aan de hand van eerder gepresenteerde literatuur de resultaten beschreven (Hoofdstuk 4). De conclusies die hieruit volgen en een antwoord op de hoofd- en deelvragen is hierna te lezen (Hoofdstuk 5). In hoofdstuk vijf zijn ook de aanbevelingen voor de beroepspraktijk en vervolgonderzoek te lezen. Het laatste hoofdstuk bevat de discussie (Hoofdstuk 6). Hier wordt kritisch gekeken naar het verkregen onderzoeksresultaat. De topiclijst voor de interviews en de codeboom als hulpmiddel om de resultaten te verwerken zijn te vinden in de bijlagen.

** Waar 'hij' staat in dit onderzoeksrapport kan dit, met uitzondering van het resultatenhoofdstuk, ook vervangen worden door 'zij'. Hetzelfde geldt voor 'hulpverlener' en 'hulpverleenster'.*

In het resultatenhoofdstuk wordt iedereen in de vrouwelijke vorm beschreven ter bevordering van de anonimiteit van de respondenten.

Hoofdstuk 1: Context en probleemschets

In dit hoofdstuk wordt de uitgangssituatie van het onderzoek geschetst. Het hoofdstuk begint met de probleemanalyse. Deze probleemanalyse begint op macroniveau en er wordt vervolgens de situatie op meso- en microniveau geschetst. Bij macroniveau wordt er gesproken over de Nederlandse samenleving en verschuivingen in de kijk op en bespreekbaarheid van seksualiteit. Vervolgens worden de veranderingen in de zorg besproken en wordt de plaats en rol van het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) uiteengezet. De analyse sluit af met uitslagen en aanbevelingen van eerder onderzoek onder hulpverleners omtrent het thema seksualiteit. Vervolgens wordt in de probleemstelling kort en krachtig samengevat wat het huidige probleem is en zal de urgentie van dit onderzoek duidelijk worden. Hierna zal duidelijk gemaakt worden wat het doel van dit onderzoek is. Daarna worden de hoofdvraag en deelvragen weergegeven. Als afsluiting van dit hoofdstuk worden onduidelijke en/of multi-interpretabele begrippen gedefinieerd voor dit onderzoek.

1.1 Probleemanalyse

Ontwikkelingen in de Nederlandse samenleving

De revolutie van de jaren zestig bracht een tamelijk vrij klimaat voor seksualiteit in Nederland. Er kwam meer tolerantie voor bijvoorbeeld homoseksualiteit en naaktheid. Onder andere door de anticonceptiepil werd het gemakkelijker om vrij om te gaan met seks. De omslag hierin kwam in de jaren tachtig nadat er meer bekend werd over verspreiding van de seksueel overdraagbare aandoening (Soa) aids en de negatieve resultaten van onderzoek naar seksueel misbruik van kinderen. Dit leidde ertoe dat seksualiteit, zoals dat in de geschiedenis ook al vaak gebeurde, gekoppeld werd aan angst. Deze tendens kwam terug in de voorlichting aan kinderen en jongeren rondom seksualiteit. Bij voorlichting lag het accent op het voorkomen en tegengaan van ongewenste zwangerschappen en ziekten. In de hedendaagse samenleving is er meer aandacht voor een positieve invalshoek rondom seksualiteit en wordt de seksuele ontwikkeling van kinderen en jongeren veelal gezien als onderdeel van de gehele ontwikkeling. Op het bespreken van seksualiteit thuis en elders rust, echter nog een taboe waardoor kinderen en jongeren nog niet altijd de ruimte krijgen om op te groeien tot volwassenen die seksueel gezond gedrag vertonen (Zwiep, 2005).

De combinatie van seksualiteit en angst is terug te vinden in de onderzoekswereld van seksualiteit. Het grootste gedeelte van onderzoek rondom seksualiteit is gericht op het aantal seksueel overdraagbare aandoeningen en ongewenste zwangerschappen. Ook is er aandacht voor lichamelijke aspecten van seksualiteit, zoals bijvoorbeeld hoe vaak iemand seks heeft per maand. Minder aandacht is er echter voor de beleving van Nederlanders rondom seksualiteit. Groot epidemiologisch onderzoek van Rutgers WPF (2012) wordt elke drie jaar uitgevoerd. Hierbij wordt gekeken naar de seksuele gezondheid van de Nederlandse bevolking door te kijken naar het aantal personen dat problemen ervaart. In dit onderzoek wordt gekeken naar verschillende gebieden namelijk: het gebruik van anticonceptie, ongewenste zwangerschappen en gepleegde abortussen, Soa's, seksuele

disfuncties, seksueel geweld, seksueel gedrag en de tevredenheid omtrent seksualiteit (Leusink, 2012). Hierbij is wederom te zien dat er meer aandacht is voor de ongewenste kant van seksualiteit.

Het meest recente onderzoek van Leusink (2012) toont aan dat vier op de tien vrouwen geen plezier ervaart tijdens seksuele interactie. 11% van de mannen en 31% van de vrouwen tussen de 15 en 24 jaar heeft ooit te maken gehad met fysieke seksuele grensoverschrijding. Deze percentages zijn gelijk aan de percentages uit het onderzoek van 2006. Dit is redelijk schokkend omdat er in de tussentijd veel is ingezet op preventieve interventies en voorlichting op de basisschool. Leusink (2012) beveelt hierom aan in te zetten op preventieve hulpverlening en hij vindt het belangrijk dat de mythe (het geheimzinnige) rondom seksualiteit verdwijnt. In de hulpverlening moet, volgens Leusink, de realiteit onder ogen gezien worden los van waarden, normen en (valse) verwachtingen.

Rutgers WPF (2012) voert ook een terugkomend onderzoek uit naar seksualiteit onder jongeren tussen de 12 en 25 jaar. Uit dit onderzoek blijkt dat 14% van de meisjes bij hun eerste keer geslachtsgemeenschap worden overgehaald. 17% van de meisjes die seksueel actief zijn heeft regelmatig geen zin in seks, 1 op de 4 meisjes heeft nooit of regelmatig geen orgasme tijdens het vrijen. Ook geeft bijna de helft van de meisjes aan regelmatig pijn te hebben bij het vrijen. Bij jongens spelen deze problemen minder vaak tot bijna geen rol. 90% van de jongeren geeft aan seksuele voorlichting te hebben gehad, voornamelijk over de biologische aspecten van seksualiteit, anticonceptie en Soa's (Rutgers, 2012). De resultaten die in dit onderzoek zijn gemeten in 2012 zijn vrijwel op elk gebied gelijk met de resultaten uit 2005 (Rutgers, 2005, 2012).

In de media lijkt echter een andere beweging aan de gang te zijn. Er wordt hier gesproken over seksualisering van de maatschappij en media. Er is veel seksueel getint gedrag te zien op televisie en het internet. Er is de angst dat dit het seksuele moraal van jongeren negatief beïnvloedt. Hierbij spelen, volgens Felten, Janssens en Brants (2009), drie soorten kritiek een grote rol. Allereerst is porno steeds makkelijker beschikbaar en zijn er meer seksueel getinte media-items. Ten tweede zijn er zorgen over de manier waarop vrouwen worden afgebeeld. Critici vinden dat vrouwen als een lustobject worden afgebeeld en zijn bang dat zowel jongens als meisjes de vrouw zo gaan zien. Ten derde geeft men ook hier aan dat er in de media, evenals in de voorlichtingswereld en de onderzoekswereld, vaak alleen aandacht is voor het lichamelijke deel van seksualiteit (Felten et al., 2009).

Veranderingen in de zorg

Het zorgstelsel in Nederland is maakt gedurende een aantal jaren grote veranderingen door. De visie is dat Nederland verandert van een verzorgingsstaat naar een participatiestaat (Kooiker & Hoeymans, 2014). Het landelijke beleid heeft lokale consequenties. Eén hiervan is het nieuwe jeugdstelsel dat op 1 januari 2015 officieel in werking is getreden. De uitvoering van deze taak komt bij de lokale overheid te liggen, oftewel de gemeentes (Kuijpers van Woord, 2013, NJI, n.d.). De transitie gaat samen met vernieuwing in de zorg. In aansluiting op de participatiesamenleving moeten voorzieningen en hulpverleners zich meer richten op het versterken en exploreren van de eigen kracht van hun doelgroep (NJI, n.d.).

In de gemeente waarin dit onderzoek is uitgevoerd is invulling gegeven aan het nieuwe jeugdstelsel binnen het CJG. In het CJG kunnen ouders, opvoeders en de jeugd terecht met allerlei vragen, zowel grote als kleine vragen. Hulpverleners binnen het CJG informeren, adviseren, coördineren en verwijzen, indien nodig, door naar meer specialistische zorg. Deze middelgrote gemeente heeft één centraal punt voor alle vragen over opgroeien, het CJG. Het doel is dat de burgers uit de gemeente niet hoeven te zoeken naar de juiste zorg maar als eerste stap altijd bij het CJG terecht kunnen (Gemeente Boxtel, 2016, CJG De Meierij, n.d.). Kernwoorden die passen bij het CJG zijn daarom ook: Laagdrempelig, zichtbaar, professioneel, voor iedere ouder en elk kind, coördinatie, signaleren en verwijzen (Van Woudenberg, 2009).

Om begeleiding te kunnen geven ten aanzien van de uiteenlopende vragen die spelen bestaat het CJG uit een samenwerking tussen verschillende organisaties met allen hun eigen expertise (Gemeente Boxtel, 2016, CJG De Meierij, n.d.). Deze nauwe samenwerking heeft voordelen maar zoals Van Woudenberg (2009) aangeeft zijn er echter ook aandachtspunten. Hulpverleners met een verschillende professionele achtergrond hebben verschillende kaders en gebruiken verschillend jargon. De kans dat het advies en de hulp van het CJG echt werkt wordt aanzienlijk vergroot als er naast de methodieken en signaleringssystemen van de eigen organisatie een overkoepelend middel is vanuit het CJG. Op dit moment is seksuele gezondheid geen speerpunt in het betreffende CJG. Dit leefgebied is dus afhankelijk van de inschatting van de individuele hulpverlener (L. Huijs, persoonlijke communicatie, 20 april 2016).

Soa Aids Nederland en Rutgers WPF (2014) geven aan het belangrijk te vinden speciale aandacht te geven aan regionale partners. Zij zijn van mening dat de gemeente een belangrijke rol kan invullen binnen de hulpverlening rondom seksualiteit. Hiervoor is het, geven zij aan, belangrijk onderzoek te doen op regionaal niveau. Ook Jeugdzorg Nederland (2015) geeft aan dat de gemeente een cruciale rol kan gaan spelen rondom het thema seksualiteit. De Commissie van Jeugdzorg Nederland wil daarom dat het bij gemeentes doordringt hoe belangrijk het is dat ze ook op dit gebied hun verantwoordelijkheid nemen en zo bij kunnen dragen aan een gezonde seksuele ontwikkeling van jeugdigen en het voorkomen van seksueel misbruik.

Het CJG bestaat, zoals eerder beschreven, uit partnerorganisaties. Enkele van deze partnerorganisaties hebben een beleid, visie en missie rondom het bevorderen van seksuele gezondheid. De kijk vanuit de eigen organisatie zal hier beschreven worden.

De organisatie voor algemeen maatschappelijk- en schoolmaatschappelijk werk middelgrote gemeente heeft evenals het CJG geen richtlijnen omtrent het bespreken van seksualiteit. Deze organisatie biedt maatwerk en geeft aan seksualiteit wel altijd als thema te bespreken. In 2016 zijn zij bezig met het opzetten van een project op middelbare scholen over sexting (A. van der Meer, persoonlijke informatie, 16 maart 2016).

De organisatie die gericht is op het preventief en kortdurend ondersteunen van mensen met een beperking heeft twee documenten over seksualiteit. Allereerst is er de Procedure grensoverschrijdend gedrag (cliënten). Hierin staat de visie van de organisatie over cliënten en seksualiteit:

- Ieder mens kent seksuele gevoelens.
- Intimiteit en seksualiteit zijn van wezenlijk belang voor het persoonlijk en relationeel functioneren van mensen.
- Seksualiteit is positief mits er rekening gehouden wordt met de grenzen van anderen.
- Seksueel contact met personen van hetzelfde geslacht is een geaccepteerde vorm van seksualiteit.
- Seksualiteit is ieders individuele verantwoordelijkheid.
- Het is bij seksualiteit belangrijk om oog te hebben voor machtsverschillen op grond van sekse, sociale en hiërarchische positie.
- Seksuele contacten met familie of hulpverleners vallen altijd onder seksueel misbruik, ook wanneer er geen sprake is geweest van dwang of als de cliënt zelf zegt het te hebben gewild.
- Seksuele activiteiten horen nooit thuis in een professionele (hulpverlenings-)relatie.

In dit document zijn ook signalen en gevolgen van seksueel misbruik opgenomen (T. Schlatmann, persoonlijke communicatie, 14 april 2016).

Het tweede document is de visie op kinderwens en ouderschap van mensen met een verstandelijke beperking. De organisatie erkent de risico's die komen kijken bij ouderschap van mensen met een beperking en betreft dit in de ondersteuning van de cliënt. Het is en blijft echter de keuze van de cliënt en partner om wel of geen invulling te geven aan hun kinderwens. De organisatie verkent samen met de cliënt en diens omgevingen welke dilemma's, mogelijkheden en onmogelijkheden er bestaan (Coolen & Gorgels, 2008).

De derde partnerorganisatie binnen het CJG is de GGD. De GGD besteedt aandacht aan zowel collectieve preventie als individuele preventie. Collectief wordt er onderscheid gemaakt tussen de basisschool en de middelbare school. Op de basisschool biedt de GGD de week van de Lentekriebels aan. Dit is een lesprogramma over relaties en seksualiteit die een week duurt. De GGD helpt scholen in de voorbereiding, organiseert een ouderavond en geeft indien nodig extra informatie via presentaties aan de leerlingen op school. Het doel van dit lesprogramma is dat kinderen leren dat seksualiteit er mag zijn en men wil de bespreekbaarheid van seksualiteit stimuleren. Op middelbare scholen wordt er vaak gewerkt met het lesprogramma "Leve de Liefde" van Rutger WPF. Bij deze

leeftijdscategorie is ook Sense erg actief. Sense bestaat uit een website met voorlichting over allerlei onderwerpen gekoppeld aan seksualiteit. Ook kunnen op deze website online vragen gesteld worden aan professionals. Verder heeft Sense het Sensespreekuur waar jongeren met vragen over seksualiteit binnen kunnen lopen. Verder biedt de GGD aan jongeren t/m 24 jaar de mogelijkheid om zich gratis te laten testen op een SOA (C. Schoot, persoonlijke communicatie, 23 maart 2016). Individuele preventie gebeurt middels consulten bij de GGD. De GGD screent kinderen bij de geboorte, bij 3 jaar en 6 maanden, in groep 3, in groep 7 en in het tweede jaar van de middelbare school. Hierbij wordt aandacht besteed aan verschillende thema's waaronder relaties en seksualiteit. Bij bijzonderheden over dit thema worden de kinderen of telefonisch benaderd of opgeroepen voor een persoonlijk consult (S. Walet, persoonlijke informatie, 14 april 2016). De GGD vindt het belangrijk dat seksuele vorming over meer gaat dan informatie over lichamelijke veranderingen in de puberteit en voorplanting. Belangrijke onderwerpen zijn vriendschap, liefde, relatie en omgangsregels. Kinderen komen volgens hen overal in aanraking met informatie over relaties en seksualiteit. Zij krijgen vaak een eenzijdig beeld van seksualiteit en omgaan met elkaar, dit beeld is volgens de GGD niet altijd positief. Ook is er het gevaar dat het niet aansluit bij de kinderlijke seksualiteit daarom moeten kinderen leren praten over seksualiteit. Als kinderen niet praten over seksualiteit en onvoldoende of onjuiste kennis hebben, zijn ze kwetsbaar (GGD hart voor Brabant, n.d.).

Vanuit de partnerorganisaties hebben de professionals van het CJG richtlijnen omtrent thema seksualiteit. Er is echter (nog) niet of onvoldoende eenduidig duidelijk hoe het CJG als collectief invulling wil geven aan het bevorderen van seksuele gezondheid.

Hulpverleners en seksualiteit

Uit eerder onderzoek binnen (jeugd)zorginstellingen is gebleken dat het voor hulpverleners lastig is om over seksualiteit te beginnen (Van Gelderen & Bender, 2012). Het is in de Nederlandse hulpverlening lang de tendens geweest dat professionals pas in grijpen als er een probleem is dat alleen een hulpverlener kan oplossen. Er vindt sinds de 21^{ste} eeuw echter een verschuiving plaats naar het preventieve stuk van de hulpverlening. Er is steeds meer aandacht voor preventie, zo ook op het gebied van intimiteit en seksualiteit waar steeds meer vragen komen voor actieve participatie van hulpverleners (WHO, 2010). Het ontbreekt volgens Rutgers (2013) in veel jeugdzorginstellingen nog aan een duidelijke visie omtrent het thema seksualiteit, terwijl een duidelijke visie hulpverleners kan helpen. Ook speelt de handelingsverlegenheid van hulpverleners een rol mede door het taboe dat er heerst rondom seksualiteit. In enkele instellingen wordt seksualiteit nog niet als ontwikkelingsgebied gezien en hierom dus ook niet besproken (Rutgers, 2013). Heemelaar (2008) geeft hierbij aan dat hulpverleners vaak niet voldoende vaardig zijn of zich niet voldoende vaardig voelen om over seksualiteit te praten en het dus uit de weg gaan (Linger, 2015). Dit leidt tot een situatie waarbij er pas een gesprek over seksualiteit plaats vindt als de cliënt er zelf over begint of als er echt iets mis gaat (Seksualiteit, 2012).

Dit komt grotendeels overeen met wat de Inspectie Jeugdzorg (2014) constateert. In hun rapportage geven zij aan, gezien te hebben dat een aanzienlijk deel van de jeugdzorginstellingen zich kan verbeteren op de volgende onderdelen:

- ‘- Dat medewerkers systematisch met kinderen spreken over het onderwerp omgangsvormen, relaties, intimiteit en seksualiteit;
 - dat de seksuele ontwikkeling van (pleeg)kinderen een vast onderdeel is van het plan en van de evaluatie van het plan;
 - dat risico's op seksueel grensoverschrijdend gedrag periodiek worden ingeschat aan de hand van een gestandaardiseerd risicotaxatie-instrument;
 - dat medewerkers structureel worden geschoold in het bevorderen van een gezonde seksuele ontwikkeling en het beschermen tegen seksueel grensoverschrijdend gedrag
 - dat incidenten met betrekking tot seksueel grensoverschrijdend gedrag goed worden geëvalueerd'
- (Inspectie Jeugdzorg, 2014, p. 5).

De commissie Rouvoet (2015) stelt dat door hun eerder doorgevoerde veranderingen hulpverleners in de jeugdzorg nu wel over seksualiteit praten en optreden tegen seksueel misbruik. De Jongerentaskforce aanpak kindermishandeling (2015) reageert hier echter op door te stellen dat volgens driekwart van de jongeren in jeugdzorginstellingen nog steeds te weinig over seksualiteit wordt gepraat (geciteerd uit NJI, 2015).

Uit ander onderzoek (Montejo et al., 2001) blijkt dat cliënten niet snel uit zichzelf over het thema seksualiteit vertellen, bij psychiatrische patiënten maar 20% en 17% in het algemeen. Het overgrote percentage, 67%, vertelt pas over zijn vragen en zorgen rondom seksualiteit na gericht doorvragen van de hulpverlener. Hier staat tegenover dat 70% van de hulpverleners niet expliciet naar seksualiteit vraagt omdat zij er van uitgaan dat een cliënt hier uit zichzelf mee komt (Nnaji & Friedman, 2008). 88% van de hulpverleners vindt seksualiteit erg belangrijk maar 17% voelt zich competent genoeg om over dit onderwerp te spreken. In de beroepspraktijk wordt er in een eerste contact niet altijd gevraagd naar het thema seksualiteit. Zelfs als het thema op een intakeformulier staat, hangt het van de individuele hulpverlener af of dit onderwerp ook besproken wordt (Movisie, 2011).

Alle bovengenoemde onderzoeken zijn echter in instellingen gedaan, onderzoek in een preventieve zorgsetting ontbreekt.

1.2 Probleemstelling

Probleemstelling

Op het bespreken van seksualiteit rust in Nederland een taboe. Seksualiteit wordt in onze maatschappij vaak gekoppeld aan angst. Mede hierdoor hebben kinderen en jongeren niet altijd de ruimte om op te groeien tot volwassenen die seksueel gezond gedrag vertonen omdat er niet (genoeg) over seksualiteit gesproken wordt. In de media is er echter een toename aan seksueel getint materiaal te zien. Kinderen en jongeren hebben dus de kans steeds meer en makkelijker in aanraking te komen met seksueel gedrag. Door de veranderingen in de zorg wordt er steeds meer ingezet op preventie binnen lokale instellingen als het CJG. In het CJG kunnen ouders, opvoeders en de jeugd zelf terecht met allerlei vragen. Onderzoek beveelt aan dat het belangrijk is om in het CJG-beleid rondom seksualiteit te investeren. Het CJG van dit onderzoek, middelgrote gemeente, heeft op dit moment geen expliciet beleid rondom het bespreken van seksualiteit en heeft seksualiteit niet als speerpunt. Voor hulpverleners binnen jeugdzorginstellingen blijkt het in het algemeen moeilijk te zijn om seksualiteit met hun cliënten te bespreken terwijl cliënten aan geven het wel over seksualiteit te willen hebben. Onduidelijk is waar de hulpverleners binnen het CJG tegenaanlopen rondom het bespreken van seksualiteit en hoe zij tegen het thema aankijken. Er wordt echter opgemerkt dat in de beroepspraktijk pas met elkaar over seksualiteit wordt gesproken als er iets duidelijk mis gaat, dit is tegenstrijdig met de preventieve doelstelling van het CJG. Extra informatie is belangrijk om een, bij de hulpverleningspraktijk aansluitend, beleid omtrent het bespreken van seksualiteit binnen het CJG te vormen.

Verificatie

Met de beroepspraktijk is geverifieerd dat er binnen het CJG middelgrote gemeente geen beleid is op het gebied van seksualiteit. Er wordt aangegeven dat seksualiteit nauwelijks ter sprake komt. Als het wel ter sprake komt is er al sprake van seksualiteit als een probleem. Het gaan dan om incidenten op het gebied van sexting, eerwraak, ongepast seksueel handelen van een jeugdige of kindermishandeling. Er wordt aangegeven dat de algemene visie van het CJG is om zo preventief en eenduidig mogelijk te werken omdat hiermee grotere problemen voorkomen kunnen worden, dit lijkt bij het onderwerp seksualiteit niet te gebeuren.

Al met al wordt er aangegeven dat men niet weet hoe seksualiteit wordt besproken met cliënten en dat dit onderwerp nog nooit collectief aandacht heeft gekregen. Het is volgens de praktijk belangrijk om inzicht te krijgen in het onderwerp seksualiteit en hoe de consultants hier mee om gaan (L. Huijs, persoonlijke communicatie, 20 april 2016).

1.3 Onderzoeksdoelstelling

Het doel van dit onderzoek is inzicht geven in de kijk van hulpverleners binnen het CJG op het bespreekbaar maken van seksualiteit. Hiermee kunnen aanbevelingen geformuleerd worden voor de toekomst van het thema binnen het CJG middelgrote gemeente.

1.4 Hoofdvraag en Deelvragen

Hoe ervaren hulpverleners de bespreekbaarheid met betrekking tot het onderwerp seksualiteit op dit moment binnen het Centrum voor Jeugd en Gezin in een middelgrote gemeente?

Deelvragen

1. Wat betekent het begrip seksualiteit voor de hulpverleners van het Centrum voor Jeugd en Gezin middelgrote gemeente in relatie tot hun werk?
2. Hoe is de huidige bespreekbaarheid met betrekking tot het onderwerp seksualiteit binnen het Centrum voor Jeugd en Gezin middelgrote gemeente volgens hulpverleners?
3. Wat zijn volgens de hulpverleners van het Centrum voor Jeugd en Gezin belemmeringen om seksualiteit te bespreken?

1.5 Begripsafbakening

Ervaren: Ervaringen zijn een samenspel van benoembare aspecten en een onbenoembare beleving. Hoe een persoon uniek is ingebed, bepaalt hoe en wat een persoon meemaakt. Deze bedding bepaalt mede de kleur van dingen en omgekeerd beïnvloeden de dingen die we meemaken de bedding (Boertien e.a., 2011 geciteerd uit van Bakel et. al., 2013). Een ervaring hangt af van kenmerken van de persoon, kenmerken van de ander, voorgeschiedenis omtrent het onderwerp en de duidelijkheid van de situatie (Andriessen, Fernée & Wittebrood, 2014). Hoe men iets ervaart is dus een subjectieve waarneming / beleving van een persoon.

Hulpverleners: Een hulpverlener binnen het CJG voert gesprekken met jeugdigen en opvoeders over uiteenlopende thema's. Hierbij helpen hulpverleners op professionele wijze problemen te voorkomen en op te lossen (CBL-rollen, n.d.). De hulpverlener signaleert en bespreekt deze signalen en observaties met collega's en leidinggevende. Hierbij handelt de hulpverlener volgens het protocol van de organisatie en de landelijke beroepscode (Jeugdzorg Nederland & Vereniging Hogescholen, 2013).

Bespreekbaarheid: Mate van vrijheid om een bepaald onderwerp te bespreken. De kwaliteit en kwantiteit waarmee een bepaald onderwerp aan bod komt in verbaal contact met elkaar (Bohn Stafleu van Loghum, 2012). Het gaat in dit onderzoek om het praten over seksualiteit.

Seksualiteit: Is door het WHO (2006) gedefinieerd als "een centraal aspect van het mens zijn waaronder seks, genderidentiteit en genderrollen, seksuele oriëntatie, erotiek, plezier, intimiteit en kinderen krijgen valt. Het kan ervaren en geuit worden in gedachten, fantasieën, verlangens, geloof, waarden, gedrag, handelingen, rollen en relaties." (WHO, 2006, p. 13). Deze definitie sluit aan bij de gedachtegang dat seksualiteit meer is dan seksueel gedrag. In dit onderzoek zal verder gekeken worden wat de hulpverleners van het CJG onder seksualiteit verstaan.

Middelgrote gemeente: De middelgrote gemeente is in dit onderzoek een gemeente van ongeveer 30.000 inwoners (Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, n.d.).

Hoofdstuk 2: Theoretisch Kader

In dit theoretisch kader worden verschillende thema's uiteengezet. Allereerst wordt er gesproken over de vorming van een persoon omtrent het thema seksualiteit. Hierbij wordt uitgelegd wat een seksueel script inhoudt en hoe men dit seksueel script vormt. Ook worden drie basishoudingen met betrekking tot de seksualiteit beschreven, volgens de theorie van Heemelaar (2008). Het volgende thema betreft hulpverleners en het bespreken van seksualiteit. Hierbij worden verscheidene vaardigheden en mogelijke blokkades besproken. Hierna zullen er verschillende manieren en niveaus om seksualiteit te bespreken uiteengezet worden. Dit theoretisch kader vormt de basis voor het meetinstrument van dit onderzoek. In de conclusies wordt dan ook regelmatig een koppeling gemaakt tussen de beschreven theorieën en de resultaten van dit onderzoek.

2.1 Persoonlijke vorming omtrent seksualiteit

Seksueel script

Een script is een psychisch schema waarmee een persoon een situatie interpreteert en ingaat. Om de werkelijkheid overzichtelijk te houden ordenen mensen hun waarneming tot een cognitief schema (Aronson, Wilson & Akert, 2011). Een groot deel van de kennis die een mens beschikt wordt opgeslagen in de vorm van dergelijke schema's. Nieuwe informatie die een mens binnen krijgt zou moeilijk te duiden zijn zonder deze schema's. Nieuwe informatie die incompleet is, wordt daarom vaak gekoppeld aan bestaande informatie van eerder gevormde schema's om betekenis te geven aan de nieuwe situatie. Zo vormt ieder persoon zijn eigen subjectieve realiteit en persoonlijk wereldbeeld (Zimbardo, Johnson & McCann, 2011).

Een schema wordt gevormd door je ontwikkeling, leren, socialisatie, ervaringen en biologische achtergronden, dit is ook zo bij een seksueel script. Dit seksuele script bepaalt de condities, emoties en het gedrag op het gebied van seksualiteit voor een persoon. Een seksueel script is niet statisch en kan zich gedurende het gehele leven ontwikkelen (Heemelaar, 2008). Volgens Gagnon & Simons (1977) ontwikkelen seksuele scripts zich op drie niveaus. Ten eerste het culturele niveau, dit schema bevat richtlijnen en voorschriften over wat in de samenleving op het gebied van seksualiteit goedgekeurd wordt (Zwiep, 2008). 'Cultuur is de gemeenschappelijke wereld van betekenissen binnen een bepaald sociaal systeem' (Heemelaar, 2013, p. 41). Hierbij hoort taal, kennis van opvattingen en maatschappelijke spelregels, gemeenschappelijke normen en waarden en symbolen (Heemelaar, 2013). De invloed van culturele aspecten wordt later in dit hoofdstuk nog verder toegelicht. Ten tweede, het interpersoonlijke schema, dit bepaalt de wijze waarop mensen bij seksuele ontmoetingen met elkaar omgaan. Het derde schema, het intrapsychische schema, voegt persoonlijke verwachtingen, behoeftes en emoties samen met de twee andere benoemde schema's (Zwiep, 2008). Er wordt door Leusink en Ramakers (2014) ook wel gesproken over de drie dimensies, seksueel gedrag, seksuele relatie en seksuele identiteit. Hierbij beïnvloeden de drie items elkaar. De seksuele identiteit, het seksuele script, is dus van invloed op relaties die iemand aangaat en het seksuele

gedrag wat iemand vertoont en andersom beïnvloeden relaties en gedrag de identiteit en het seksuele script.

Seksuele scripts verschillen per tijd, per cultuur en per individu. Ieder mens heeft een individueel seksueel script, een subjectieve realiteit omtrent het begrip seksualiteit. Dit script kan ook van invloed zijn op het contact met anderen. Het gevaar bestaat dat codes verkeerd geïnterpreteerd kunnen worden door projectie vanuit eigen seksueel script, hierdoor kunnen misverstanden en verscheidene interpretaties ontstaan (Heemelaar, 2013).

Een seksueel script bepaalt dus hoe een persoon seksualiteit beleeft en hieromtrent handelt. Een deel hiervan wordt ook bepaald door persoonskenmerken.

Culturele dimensies

In seksualiteit maakt het uit welk geslacht je hebt. Wereldwijd wordt de mannelijke seksualiteit gezien als de vanzelfsprekende en geaccepteerde vorm van seksualiteit. Deze staat boven de vrouwelijke seksualiteit (Leusink & Ramakers, 2014). Dit wordt ook wel het heteroseksuele dubbele moraal genoemd. Het zijn normatieve opvattingen over wat in de maatschappij in het algemeen gezien wordt als seksueel gepast gedrag. Hierin wordt seksueel verlangen gezien als actief en mannelijk terwijl verleid worden gezien wordt als passief en vrouwelijk. Deze verschillen zijn uit verscheidene onderzoeken gebleken (Leusink & Ramakers, 2014). Onduidelijk is nog of deze verschillen aangeboren of aangeleerd zijn. Recent onderzoek toont echter aan dat verschillen binnen groepen mannen en vrouwen groter zijn dan het verschil tussen mannen en vrouwen algemeen (Leusink & Ramakers, 2014).

Ook religie lijkt een rol te spelen in seksualiteit. Het geloof helpt gelovigen bij het richting en betekenis geven aan belangrijke levensgebieden, zo ook seksualiteit. Zo heeft religie invloed op de seksualiteit van personen. Er wordt in theorie zowel negatieve als positieve invloeden van geloof omschreven (Leusink & Ramakers, 2014).

Drie houdingen

De houding van een persoon, instelling of de overheid ten opzichte van seksualiteit en intimiteit kan grofweg opgedeeld worden in drie houdingen (Heemelaar, 2008).

- De repressieve houding: Bij deze houding gaat men ervan uit dat seksualiteit helemaal of bij bepaalde groepen onderdrukt moet worden.
- De restrictieve houding: Seks blijft een taboe maar mag wel bestaan in de volwassenheid.
- De permissieve houding: Hierbij laat men de ander vrij om zelf te bepalen wanneer en hoe men in aanraking wilt komen met seksualiteit, ongeacht de leeftijd van een persoon. (Heemelaar, 2008).

Specifieke attitude, Algemene attitude, Kennis en Context en Persoon

Een andere theorie stelt dat de houding van een hulpverlener met betrekking tot het onderwerp seksualiteit wordt gevormd door vier items (Hartog, 2008). Twee van deze items zijn attitudes. Een attitude is een evaluatie van mensen, voorwerpen of ideeën, het is onze mening over iets. Een dergelijke evaluatie bestaat uit drie componenten die samen onze gehele attitude vormen. De affectieve component, dit is de emotionele reactie. De cognitieve component, dit component bevat onze gedachten en opvattingen over hetgeen. Als laatste de gedragsmatige component, het handelen of observeerbare gedrag tegenover hetgeen (Aronson, Wilson & Akert, 2011).

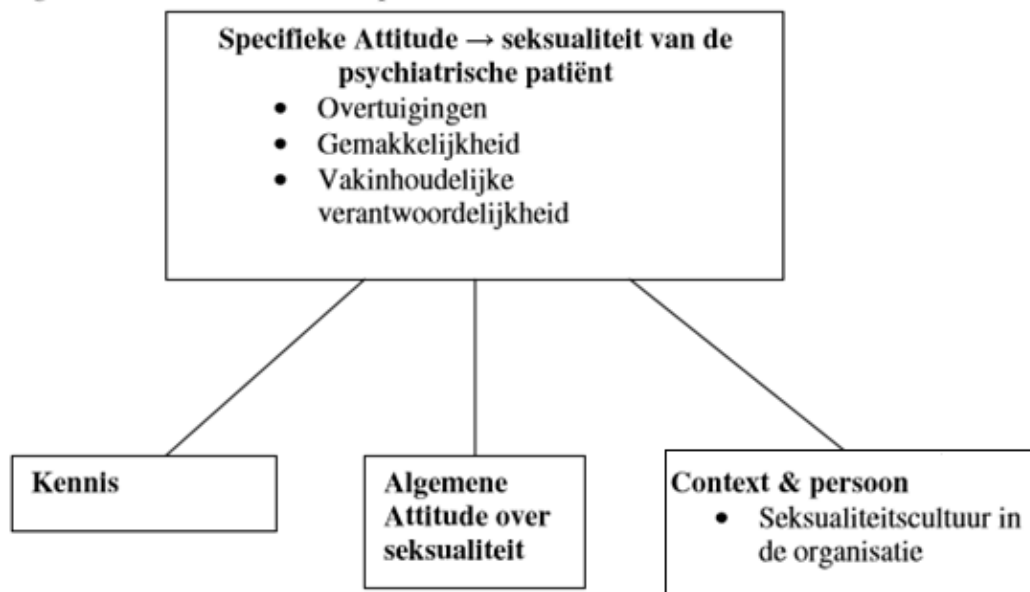
De specifieke attitude bestaat uit overtuiging, gemakkelijker en vakinhoudelijke verantwoordelijkheid (Reynolds & Magan, 2005 geciteerd uit Hartog, 2008). Overtuiging gaat over wat de hulpverlener gelooft over seksualiteit. Gemakkelijkheid is de mate waarin de hulpverlener zich vrij voelt om over seksualiteit te praten. De vakinhoudelijke verantwoordelijkheid gaat over de mate van verantwoordelijkheid die een hulpverlener voelt om dit onderwerp te bespreken.

De tweede attitude, "algemene attitude", is de houding omtrent seksualiteit van de hulpverlener buiten de hulpverleningssetting.

Het derde item, kennis, gaat over de vakinhoudelijke kennis van de hulpverlener omtrent seksualiteit. Hierbij gaat men ervan uit dat een meer positieve attitude samengaat met een grotere bereidheid tot bijscholing, dit verband is echter nog niet aangetoond (McKelvey, 1999 geciteerd uit Hartog, 2008).

Als laatste item is er de context, dit gaat over de organisatie. Hierbij kan men denken aan randvoorwaarden die door de werkgever worden gecreëerd om het onderwerp te spreken, als protocollen, bijscholing, stimulerend beleid, een ondersteunende visie en een duidelijke taakomschrijving. Ook speelt het contact tussen collega's hierbij een rol.

Figuur 1 Model attitude van de hulpverlener



Figuur 1 Model attitude van de hulpverlener met betrekking tot seksualiteit overgenomen uit Hartog, 2008, p. 6

Kennis, attitude en eigen-effectiviteit

Het Nederlands Jeugd Instituut (n.d.) gaat er in zijn interventies vanuit dat er determinanten op verschillende gebieden een rol spelen bij het spreken over seksualiteit. Deze gebieden zijn kennis, attitude, eigen-effectiviteit, reactie van de ander en achtergrondkenmerken. Hierbij worden kennis, attitude en eigen-effectiviteit gezien als de gebieden die veranderlijk zijn. Kennis en attitude zijn gelijk aan bovenstaande definiëring. Eigen-effectiviteit staat voor vaardigheden, onzekerheden die mensen hebben over kennis overdragen. Ook bij hulpverleners kunnen deze factoren de bespreekbaarheid beïnvloeden.

2.2 Hulpverleners en het bespreken van seksualiteit

In de vorige paragraaf zijn verscheidene theorieën beschreven over het vormen van een houding tegenover seksualiteit al dan niet als hulpverlener. In deze paragraaf zal gekeken worden welke vaardigheden een hulpverlener zal moeten bezitten om over seksualiteit te spreken en wat maakt dat hulpverleners dit onderwerp niet bespreken.

Praten over seksualiteit is goed voor je seksleven en het maken van gezonde keuzes rondom seks. Toch lijkt het spreken hierover voor veel hulpverleners en personen nog lastig (Sensoa, 2016). Zoals in de probleemanalyse is gebleken vragen hulpverleners niet standaard naar ervaringen rondom seksualiteit. De primaire zorgvraag van een cliënt heeft meestal geen direct verband met dit onderwerp waardoor het voor hulpverleners onwennig voelt om naar seksualiteit te vragen (Van Den Heuvel, 2015). Boone (1996) stelt dat in de hulpverleningssector seksualiteit vaak ervaren en benaderd wordt als een probleem. Een mogelijke reden hiervan is dat hulpverleners gevoelens van schaamte ervaren en onzekerheid voelen over hun eigen normen en waarden rondom seksualiteit. Hierdoor zijn zij geremd in het bespreken van intieme en seksuele leven van cliënten (Aga & Enzlin, 2010). Het is hierom, volgens Prakken en Driest (1977 geciteerd uit Aga & Enzlin, 2010), noodzakelijk dat hulpverleners eerst voor zichzelf duidelijk hebben wat hun waarden, normen en grenzen zijn rondom intimiteit en seksualiteit binnen de zorgsector. Als hulpverleners dit duidelijk hebben, komt het voor dat hulpverleners signalen niet willen ontvangen omdat ze zich onvoldoende competent voelen om daarop te reageren (Bender, 2000 geciteerd uit Aga & Enzlin, 2010).

Uit eerder onderzoek wordt duidelijk dat er een grote discrepantie is tussen het erkennen van seksualiteit en de daadwerkelijk bestede aandacht aan het onderwerp. Hulpverleners geven, in onderzoek van Aga en Enzlin (2010), aan graag op een meer systematische manier met collega's over seksualiteit te willen praten. Men zou graag formeler en meer open over seksualiteit spreken met de rest van het team spreken zodat er duidelijke afspraken gemaakt kunnen worden en een gedeelde mening over wat gepast en ongepast is kan ontstaan. Sleutelementen hiervoor zijn meer openheid omtrent seksualiteit, een eigen visie, zelfreflectie en flexibiliteit. Bij de hulpverleners van dit onderzoek werd seksualiteit volgens de hulpverleners zelf op dit moment te weinig besproken omdat men zich omtrent dit onderwerp laat leiden door eigen normen en waarden in plaats van uit hun professionaliteit. In de praktijk uitte zich dit erin dat de hulpverleners zich lieten leiden door eigen schaamte of onzekerheid in plaats van door de belangen van de cliënt.

Vaardigheden en belemmeringen

Over welke vaardigheden zouden hulpverleners dan moeten beschikken om wel over seksualiteit te spreken? Naar aanleiding van het onderzoek van de commissie Samson heeft Jeugdzorg Nederland (2015) een competentieprofiel rondom seksuele ontwikkeling, seksueel risicogedrag en seksueel misbruik opgesteld. Hierin worden de vaardigheden beschreven die een beginnend professional in de jeugdzorg zou moeten bezitten rondom dit thema. De vakvolwassenheid vergroot naarmate er meer werkervaring wordt opgedaan waardoor ook de vaardigheden doorontwikkelen.

In deze competenties wordt onderscheid gemaakt tussen wat de professional in het algemeen doet, welke houdingaspecten hij moet bezitten en welke kennis hij moet bezitten.

Als basis voert de hulpverlener gesprekken met jeugdigen en opvoeders over seksualiteit, intimiteit en seksuele ontwikkeling. Er wordt gepaste voorlichting gegeven aan de hand van bestaand voorlichtingsmateriaal. De hulpverlener signaleert seksueel risicogedrag en seksueel misbruik en bespreekt deze signalen met collega's en leidinggevendenden. Hierbij wordt er gehandeld naar het protocol van de organisatie die in aansluiting is op de beroepscode. De hulpverlener reflecteert en onderhoudt zijn eigen deskundigheid (Kleine & Beijer, 2013).

Voor het competentieprofiel is er ook onderzoek gedaan naar hetgeen hulpverleners moeten hebben om te kunnen omgaan met seksualiteit en dit bespreekbaar te maken. IJf (2006) stelt dat een hulpverlener ervan uit moet gaan dat de cliënt het moeilijk vindt om in gesprek te gaan en dat de verantwoordelijkheid bij de hulpverlener ligt om het gesprek te starten zodat er minimaal één probleemverkenning kan plaatsvinden. De hulpverlener moet over zijn eigen schroom heen kunnen stappen, aan kunnen sluiten bij de cliënt, reflecteren op eigen handelen, in staat zijn in gesprek te gaan over welke woorden de cliënt wil gebruiken en welke onderwerpen de cliënt wel en niet wil bespreken.

Movisie (2015) geeft aan dat hulpverleners angst hebben voor de reactie van de cliënt en onzeker zijn over de hulp die geboden moet worden. Niet hun eigen kunnen maar hun vertrouwen in eigen kunnen zorgt ervoor dat hulpverleners seksualiteit niet bespreken. Zij hebben de kennis maar hebben deze nog niet vaak toegepast in de praktijk waardoor zij moeite hebben met het inschatten van eigen bekwaamheid. Een grotere rol lijkt onzekerheid omtrent het team. Hulpverleners geven aan niet te weten in hoeverre er overeenstemming is binnen het team omtrent de definitie en aanpak met betrekking tot seksualiteit (Van Den Heuvel, 2015).

Van Gelderen en Bender (2012) geven een lijst van factoren die het praten over seksualiteit moeilijk maakt. Deze factoren zijn:

- Er is weinig aandacht voor specifieke gespreksvaardigheid voor seksualiteit binnen de opleiding.
- Seksualiteit is niet duidelijk ingekaderd in hulpverleningsvragen waardoor het nieuwsgierigheid lijkt om ernaar te vragen.
- Seksualiteit wordt als privé ervaren.
- Eigen referentiekader, hulpverleners die in privé situaties ook niet over seksualiteit praten.
- Angst voor de reactie en emoties van de cliënt.
- Leeftijdverschil tussen de cliënt en hulpverlener.
- Gebrek aan kennis over oplossingen.

Hemelaar (2008) geeft ook aan dat het team nog een grote rol speelt. Veel hulpverleners ervaren het team niet als veilig genoeg. Er kan sprake zijn van ongezonde onderlinge rivaliteit, geroddel, bedreiging door reorganisatieprocessen, een teamleider die te weinig ruimte geeft voor initiatieven en/of verhoogde werkdruk.

Handelingsverlegenheid en vraagverlegenheid

Een veelvoorkomend begrip in de literatuur rondom de bespreekbaarheid van seksualiteit is handelingsverlegenheid. Het gaat het over de handelingsverlegenheid van de hulpverleners. Hier tegenover staat de vraagverlegenheid van de cliënt.

Handelingsverlegenheid betekent dat een professional niet handelt, twijfelt om te handelen of niet weet hoe te handelen terwijl de situatie om een aanpak vraagt. Oorzaken hiervoor komen grotendeels overeen met de bovengenoemde oorzaken om niet over seksualiteit te praten. Specifieke oorzaken voor handelingsverlegenheid zijn:

- Onduidelijkheid over het probleem of signalen hiervan
- Gebrek aan kennis en ervaring
- Wrijving in de relatie, angst voor conflict
- Onveilige situatie
- Buiten het takenpakket of kunde (Kluft & Haitsma, n.d.).

Een nog niet eerder benoemde factor voor de handelingsverlegenheid kan zijn dat hulpverleners zelf negatieve ervaringen hebben omtrent seksualiteit. De Vocht (geciteerd uit Brutink, 2011) geeft aan dat er van deze hulpverleners niet kan worden verwacht dat ze open over seksualiteit spreken.

Veel cliënten bespreken dit onderwerp niet uit zichzelf. Hiervoor zijn ook verschillende redenen, namelijk:

- Ook cliënten hebben vaak niet geleerd te praten over seksualiteit.
- Seksualiteit is een levensgebied wat vaak gekoppeld is aan schaamte en ongemakkelijkheid.
- Ook spreken cliënten niet altijd in de thuissituatie over seksualiteit, hierbij kan ook het gevoel spelen dingen over de partner te vertellen waarvan de partner niet wil dat anderen deze weten.
- De cliënt kan bang zijn veroordeeld te worden door de hulpverlener (Van Gelderen & Bender, 2010).
- Er wordt gedacht dat professionele hulp geen zin heeft.
- Ze wachten liever tot het overgaat in plaats van het vertellen.
- Problemen op seksueel gebied worden niet als erg genoeg ervaren.
- Ze weten niet dat ze hierover met een hulpverlener kunnen praten (Rutgers, n.d.).

Bij slachtoffers van seksueel misbruik spelen nog meer factoren. Soms twijfelen slachtoffers of ze wel echt misbruikt zijn. Niet alle herinneringen zijn accuraat. Verder kan het ook zijn dat slachtoffers de situatie nog niet kunnen/ willen accepteren (Van Den Heuvel, 2015).

2.3 Manieren om seksualiteit te bespreken

In de vorige paragraaf is beschreven welke belemmerende factoren en vaardigheden bij een hulpverlener spelen in het starten en hebben van een gesprek over seksualiteit met een cliënt en in het team.

In de theorie komen verschillende manieren en niveaus van het bespreken van seksualiteit binnen de hulpverlening naar voren. Deze worden hieronder in willekeurige volgorde besproken.

Movisie geeft aan dat de hulpverlener op elk moment in de hulpverlening over seksualiteit moet kunnen spreken en hierbij moet vragen of er doorgevraagd mag worden. Zij raden aan eerst te vragen naar vervelende ervaringen op seksueel gebied. Mocht een cliënt het niet verder over het onderwerp willen hebben kan de hulpverlener aangeven dat de cliënt er altijd op terug mag komen (Van Den Heuvel, 2015).

Seksuoloog De Jong (2015) geeft aan dat er vier manieren zijn waarop hulpverleners aandacht hebben voor seksualiteit en intimiteit. Allereerst als voorbeeld, hierbij spreekt de hulpverlener altijd over seksualiteit. De tweede manier is Structureel, hierbij praat men met regelmaat en terugkomend over seksualiteit maar in tegenstelling tot Voorbeeld niet altijd. De derde optie is Ad Hoc, hierbij spreekt de hulpverlener over seksualiteit als er zich een situatie voordoet. Tot slot heb je Gepland, hierbij bereidt de hulpverlener in tegenstelling tot Ad Hoc wel voor wat er besproken wordt met de cliënt en wanneer maar vindt er eenmalig een gesprek plaats.

Aga & Enzlin (2010) ontdekten in hun onderzoek een verschil in de waarde-hiërarchie ten aanzien van seksuele handelingen van bewoners. Deze indeling wordt gemaakt in een schaal van minder tot meer complex. Minst complex zijn handelingen die minder samen hangen met genot en meer praktisch zijn. Meer complexe uitingen hangen meer samen met genot. Het accent van meer complexe uitingen liggen dan ook bij beleving. Onderaan de waardeladder staat probleemgericht werken, waarbinnen een driedeling is. Allereerst een actieve houding ter preventie van misbruik. Ten tweede restrictief optreden na een incident. Tot slot het ondernemen van stappen om cliënten seks niet vies te laten vinden.

In de middenlaag ligt het accent op constructief leren waarbij de begeleider een cliënt iets gaat leren. Een derde houding is dat men niet begeleidt, hierbij wordt ervan uit gegaan dat loslaten ook een vorm van begeleiden is. Dit doen de hulpverleners uit het onderzoek het liefst maar vinden zij niet correct naar cliënten toe.

Rutgers (n.d.) stelt dat een hulpverlener op vijf niveaus met een cliënt over seksualiteit kan praten.

1. Uitdragen dat seksualiteit een normaal onderwerp is.
2. Vragen beantwoorden.
3. Proactief ter sprake brengen.
4. Adviseren en behandelen.
5. Doorverwijzen.

Ook is er het PLISSIT model (Annon, 1974 geciteerd uit Hartog, 2008). De P staat voor Permission. Hierbij geeft de hulpverlener de cliënt toestemming zich comfortabel te voelen bij dit onderwerp. Er wordt aangegeven dat er over het onderwerp gesproken mag worden.

Het tweede level is Limited Information, hierbij geeft de hulpverlener specifieke maar beperkte informatie over een bepaald probleem of onderwerp dat betrekking heeft op de cliënt.

Het derde level is Specific Suggestion, hierbij adviseert de hulpverlener de cliënt over een specifiek probleem en geeft hij oefeningen of suggesties aan de cliënt.

Het vierde level is Intensive Therapy. Hierbij wordt gekeken naar dieper onderliggende mentale of medische problemen. Het gaat hier ook over specifieke problemen waar naar gezocht kan worden op internet en begeleiding bij deze problemen (Hartog, 2008).

Hoofdstuk 3: Methodologie

In dit hoofdstuk wordt het methodische onderdeel van het onderzoek beschreven. Hier wordt uitgelegd wie er onderzocht worden, op welke wijze zij onderzocht worden, met welk instrument deze meting plaatsvindt en het hoofdstuk sluit af met een uitleg over hoe de verkregen gegevens verwerkt zijn.

3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef

Populatie

In dit onderzoek is de keuze gemaakt om één CJG uit één gemeente te onderzoeken. Reden hiervoor is een combinatie van een signaal en vraag vanuit de praktijk waar de onderzoeker persoonlijk bij betrokken is en de beperkte tijd die de onderzoeker voor dit onderzoeksproces heeft. De populatie van dit onderzoek bestaat uit de hulpverleners van het CJG middelgrote gemeente in januari 2016. Januari 2016 is aangehouden omdat dat de begindatum van dit onderzoek is geweest. Dit zijn in totaal 36 personen, inclusief stagiaires.

Steekproef

Zoals hierboven is beschreven is dit CJG gekozen vanuit de persoonlijke contacten van de onderzoeker, waardoor de steekproef begonnen is als een gelegenheidssteekproef (Boeije, 2012). In dit onderzoek is daarna gebruik gemaakt van een doelgerichte steekproef. Dit betekent dat er doelgericht eenheden worden geselecteerd die bepaalde kenmerken representeren (Boeije, 2012). Allereerst is een ieder van de steekproef werkzaam bij het CJG middelgrote gemeente in een functie waarbij contact is met cliënten. Verder zijn de respondenten geselecteerd met als criterium dat ze in hun beroepspraktijk werken binnen de preventieve setting van het CJG. Hierop is één uitzondering gemaakt. Er heeft in dit onderzoek namelijk één interview plaats gevonden met een Coördinator BJJ van het CJG ter bevordering van de triangulatie in dit onderzoek.

In dit onderzoek worden meer vrouwen geïnterviewd dan mannen, dit is representatief voor de populatie. Binnen het CJG zijn twee van de 36 medewerkers man. Er is de keuze gemaakt ook mannen te interviewen, omdat de theorie aangeeft dat mannen en vrouwen en de manier van spreken over seksualiteit erg kan verschillen. Er zijn tien vrouwen en één man geïnterviewd. Er wordt verder geen onderscheidt gemaakt tussen vrouwen en mannen. Verder zijn de respondenten uit verschillende leeftijdsgroepen zodat er gezien kan worden of dit van invloed is op de attitude van de hulpverlener omtrent seksualiteit. Er is hierbij ook rekening gehouden met de leeftijdsverdeling binnen het CJG. Er zijn 4 mensen tussen de 20 en 30 jaar geïnterviewd, 3 tussen de 31 en 40 jaar, 3 tussen de 41 en 50 jaar en 1 tussen de 51 en 60 jaar. Ook is er een minimum van twee personen van elke, bij het CJG aangesloten organisatie geïnterviewd. Zo wordt er gesproken met hulpverleners uit elk vakgebied dat onderdeel is van het CJG middelgrote gemeente. Zoals in de probleemanalyse is aangegeven kan de moederorganisatie van de hulpverlener namelijk van grote invloed zijn op zijn visie op de beroepspraktijk.

Anonimiteit

Om de anonimiteit van de onderzochte personen te waarborgen is het CJG niet bij de gemeentenaam genoemd maar wordt er gesproken over een middelgrote gemeente. Ook wordt de naam en de exacte leeftijd van de geïnterviewden nergens in dit onderzoek benoemd. Verder wordt er niet gesproken over welke partnerorganisatie wat zegt. Daarbij is er gekozen om de transcripten en audio-bestanden privé te houden en deze voor de zekerheid in anonimiteit op te slaan. Deze informatie is dus niet in dit onderzoek opgenomen ter bevordering van de anonimiteit van de geïnterviewden. Alleen de onderzoeker heeft toegang tot deze gegevens. Deze anonimiteit is belangrijk omdat het de kans op waarheidsgetrouwe antwoorden vergroot. De anonimiteit is ook vooraf met de geïnterviewden besproken, zij hebben de kans gekregen hierover mogelijke vragen te stellen.

3.2 Dataverzamelmethode

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een kwalitatieve methode. Hiervoor is gekozen omdat de onderzoeksvraag probeert antwoord te krijgen op subjectieve opvattingen die te uiteenlopend kunnen zijn om deze te structureren in een gestandaardiseerde methode. Daarnaast biedt de kwalitatieve methode ruimte voor diepgang over het onderwerp en ruimte voor verscheidenheid in meningen. Een derde reden voor de keuze van een kwalitatieve methode is dat het onderzoek een kleine populatie en steekproef kent (Boeije, 2012).

De techniek die tijdens dit onderzoek gebruikt wordt is het kwalitatieve interview. De keuze voor deze techniek is gemaakt omdat in dit onderzoek de nadruk wordt gelegd op de ervaring en belemmeringen van de hulpverleners van het CJG. De ervaring en belemmeringen waar in onderzoek op gedoeld wordt, zijn niet tot nauwelijks te observeren. In het onderzoek is een documentanalyse niet mogelijk omdat de juiste documenten niet aanwezig zijn. In interviews is de ruimte om in te gaan op de subjectieve werkelijkheid van de geïnterviewden en is er de ruimte om te kijken naar de ervaringen, mening, beleving en interpretatie van het individu. Dit is juist hetgeen wat in dit onderzoek belangrijk is, wat is de kijk van de individuele werknemer op het onderwerp.

Als hulpmiddel wordt gebruik gemaakt van een semi-gestructureerd interview waarbij de inhoud en volgorde van de vragen gedeeltelijk vooraf bepaald zijn (Boeije, 2012). De keuze voor dit hulpmiddel is gemaakt omdat het voor het onderzoek van belang is dat de geïnterviewden een eigen inbreng hebben. De dataverzameling methoden van kwalitatief onderzoek zijn bij voorkeur ingedeeld op een wijze waarbij men flexibel in kan spelen op de onderzoekssituatie en de informatie die de respondenten geven (Baarda, de Goede & Teunissen, 2000). Dit beoogt het semi-gestructureerde interview te doen. Er wordt gebruik gemaakt van een topiclijst. Dit laat toe dat elk interview anders kan verlopen maar er een houvast en samenhang is voor alle interviews. Dit draagt bij aan de mogelijkheid tot resultaat vergelijking, waardoor de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot wordt.

Ethische verantwoording

In dit onderzoek zijn een aantal keuzes gemaakt om de belangen van de respondenten en de onderzoeker te beschermen. Allereerst is zijn bij het eerste contactmoment afspraken gemaakt over de rol van de onderzoeker binnen het CJG. Hierbij is afgesproken dat de onderzoeker wekelijks aanwezig blijft op het CJG en dan ook de voortgang van het onderzoek overlegt met een leidinggevende van het CJG. In een van deze overleggen is ook gesproken over de werving van de respondenten hierbij is gekeken of er respondenten zijn die vanwege de werkdruk niet benaderd mochten worden. Dit om hen in bescherming te nemen voor de tijd die meewerken aan het onderzoek kost. Ook zijn alle medewerkers van het CJG middelgrote gemeente op de hoogte gehouden van het onderzoek via de mail. In deze mails is de opzet van het onderzoek besproken, de contactpersoon en gegevens vermeld, uitgelegd vanuit welke rol dit onderzoek gevoerd wordt, de tijdsverloop van het onderzoek en hoe de anonimiteit van de respondenten wordt gewaarborgd. Aan het begin van de interviews is gevraagd of over deze mail nog vragen zijn. Vervolgens is het geheel mondeling uitgelegd. Vervolgens is expliciet toestemming gevraagd om te mogen interviewen en om dit interview te mogen gebruiken in het onderzoek. Vervolgens is ook uitgelegd dat de respondent zich gedurende het interview en gedurende het onderzoeksproces altijd terug mag trekken. Ook is de mogelijkheid geboden het transcript van het eigen interview in te zien. Eén respondent heeft ook eerst het resultatenhoofdstuk gezien. Verder is er een presentatie gegeven aan de geïnterviewden en andere beroepsprofessionals binnen het CJG. Hierbij werden voorlopige resultaten, conclusies en aanbevelingen weergegeven. De aanwezigen hadden hierbij de mogelijkheid feedback te geven.

3.3 Meetinstrument

Het meetinstrument in dit onderzoek is de topiclijst. Deze lijst is toegevoegd in bijlage 1.

Ieder interview is begonnen met een beknopte uitleg van het onderzoek. Het doel van het interview wordt hierbij duidelijk gemaakt aan de geïnterviewde. Ook wordt er een tijdsindicatie gegeven voor dit interview, met als doel dat de onderzoeker en respondent hierop terug kunnen pakken bij afwijking van het onderwerp. Vervolgens is de bewaking van anonimiteit besproken. Beoogd is de respondenten hiermee het vertrouwen te geven open en eerlijk over dit, zoals uit probleemanalyse en theoretisch kader gebleken, moeilijk bespreekbare onderwerp te spreken met de onderzoeker. Door te interviewen met open vragen wordt de respondent uitgedaagd om eigen antwoorden te formuleren en uitgebreide antwoorden te geven.

Aga en Enzlin (2010) onderzochten de houding van begeleiders die werkte in instellingen met mensen met een verstandelijke beperking. In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van een topiclijst gebaseerd op het eerder benoemde, hoofdstuk 2.3, PLISSIT-model (Annon, 1977 geciteerd uit Aga en Enzlin, 2010). Deze topiclijst is voor dit onderzoek vertaald naar de beroepspraktijk van het CJG en de deelvragen in dit onderzoek.

Thema's die in de topiclijst opgenomen waren zijn:

- Het begrip seksualiteit
- Attitude hulpverlener
- Dagelijkse praktijk, casuïstiek
- Professionele socialisatie
- Verantwoordelijkheid
- Inschatting reactie ander
- Vorming, training en opleiding
- Beleid CJG
- Toekomst
- Voorwaarden en belemmerende factoren.

Ter afsluiting van het interview wordt de respondent gevraagd om de ervaringen tijdens het interview te benoemen, hierbij wordt expliciet gevraagd of zij vragen gemist hebben en/ of verbeter suggesties hebben. Zo wordt gedurende verschillende interviews het meetinstrument, indien nodig, verbeterd.

Betrouwbaarheid en validiteit

Zoals hierboven is beschreven is de topiclijst in dit interview gebaseerd op theorie deze keuze is gemaakt om de zorgvuldigheid in dit onderzoek te vergroten. Tijdens dit onderzoek zijn nog meer stappen genomen om de betrouwbaarheid en validiteit in dit onderzoek te vergroten. Zo zijn de thema's uit de topiclijst verdeeld onder de deelvragen. Daarbij zijn de thema's uit het onderzoek geoperationaliseerd. Zo is specifieke attitude verdeeld in verantwoordelijkheid, gemakkelijker en overtuigingen. De topiclijst is voor afname gecontroleerd door een onderzoeksdocent om de onderzoekerstrangulatie te verhogen (Boeije, 't Hart & Hox, 2009). Daarbij heeft de onderzoeker een proefinterview gehouden met een sociaal professional en onderzoeker. Hierbij is gekeken of de topiclijst het gewenste meet, hierbij is ook de tijd en duidelijkheid van de inleiding gecontroleerd. Daarbij zijn alle interviews opgenomen en getranscribeerd. Zo is de invloed van de onderzoeker zo klein mogelijk gebleven. Als afsluiting van de interviews is er de tijd genomen om feedback te geven. Hierdoor zijn de interviews gedurende het onderzoeksproces verbeterd.

3.4 Data-analyse

De data uit dit onderzoek zijn de interviews. Deze zijn opgenomen met geluidsapparatuur en zijn voor de analyse getranscribeerd om de analyse mogelijk te maken. Aan het begin van deze analyse zijn de verschillende anekdotes van de schriftelijk uitgewerkte onderzoeken geselecteerd op relevantie.

Hiervoor is de probleemstelling leidend geweest. Ook zijn de hoofd- en deelvragen hierbij in gedachten gehouden. Hierna zijn de fragmenten per thema opgedeeld waar een code aan gekoppeld is, dit proces is de open codering in dit onderzoek (Boeije, 2012). Bij de open codering is gebruik gemaakt van in-vivo codes, theoretische codes, beschrijvende codes en interpreterende codes (Van Lieshout, 2013). Omdat de topiclijst van het interview erg gebaseerd is op het theoretisch kader is er tijdens de open codering het meest gewerkt met theoretische- interpreterende codes. De begrippen van de codes zijn vervolgens eenduidig gemaakt en gekoppeld aan een bovenliggend thema. Van deze codes is een codeboom gemaakt. Zo kunnen codes vergeleken worden. Deze codes zijn ter controle beoordeeld door een extern persoon op intersubjectiviteit. Vervolgens is er axiaal gecodeerd, waarbij verbanden duidelijk zichtbaar worden. Er is gebruik van deze methode vanwege zijn helderheid en overzichtelijkheid (Boeije, 2012).

Hierbij zijn de bovenliggende thema's op gekleurd papier geschreven en zijn de passende fragmenten er onder gelegd. Bovenliggende thema's die met elkaar te maken hebben kregen hierbij een gelijke kleur en/of zelfde kleurcategorie. Hierbij zijn de bovenliggende thema's nog een enkele keer veranderd en aangescherpt om de lading van de fragmenten te dekken. Op deze wijze is het mogelijk om antwoorden uit de afgenomen interviews met elkaar te vergelijken. Vervolgens is er gekeken hoeveel informatie over een bepaald thema verzameld was en hoe veelzeggend de bijhorende informatie was. Hiermee begon de selectieve codering (Boeije, 2012). Ook kwamen hierbij interessante gegevens naar boven. Door middel hiervan is opnieuw gekeken welke informatie belangrijk was voor het beantwoorden van de hoofd- en deelvragen en aansluit bij de probleemstelling. Gezien de grote hoeveelheid informatie die hieruit naar voren kwam wordt in het resultatenhoofdstuk alleen de meest relevante data besproken. Vervolgens is hiermee bepaald welke data relevant is om ook plek te krijgen in het onderzoeksrapport. Hiervoor is veel informatie geschrapt omdat er nog steeds te veel relevante informatie was om een duidelijk resultaten hoofdstuk te presenteren. Mede omdat het interview veel verschillende aspecten heeft behandeld en er veel data was. Vervolgens is gekeken of alle in het begin gemarkeerde data een plek heeft gekregen en is bepaald of hier nog ruimte voor gemaakt moet worden of dat de andere data deze uitspraken ondervangt. De codeboom is terug te vinden in de bijlagen (Bijlage 2).

Hoofdstuk 4: Resultaten

Het volgende hoofdstuk is het resultatenhoofdstuk. Hierin is in te lezen welke relevante informatie uit de meting naar voren is gekomen. In dit hoofdstuk zal eerst de daadwerkelijke steekproef beschreven worden. Vervolgens wordt de hulpverlener als persoon besproken worden. Hierbij worden achtergrond kenmerken, waardes en een basishouding besproken. Hierna wordt de hulpverlener in de praktijk besproken. Hierbij wordt de professionele houding, kennis, vaardigheden en omgevingsfactoren besproken. Vervolgens worden nog niet benoemde belemmeringen besproken. Tot slot zal beschreven worden op welke manier hulpverleners over seksualiteit spreken. Het gehele hoofdstuk zal er een koppeling gemaakt worden met de theorie uit hoofdstuk twee.

Daadwerkelijke steekproef

In dit onderzoek zijn elf personen geïnterviewd. Hiervan waren er tien vrouw en één man. Er zijn zes personen uit partnerorganisaties geïnterviewd. Hiervan zijn er twee van de organisatie de mensen met een bespreking preventief en kortdurend begeleid. Zij zijn beiden in de functie van consulent Jeugd. Twee zijn van de organisatie die verantwoordelijk is voor algemeen maatschappelijk- en schoolmaatschappelijk werk. Hiervan is er één actief als schoolmaatschappelijk werkster en één als stagiaire in de functie van schoolmaatschappelijk werkster. De laatste twee geïnterviewden van de partnerorganisaties werken bij de GGD. Eén is actief in de functie van jeugdarts en één in de functie van jeugdverpleegkundige. De andere vijf geïnterviewden werken in dienst van de middelgrote gemeente. Eén is actief in de functie leerplichtambtenaar, twee zijn consulenten jeugd, één is coördinator CJG, één is jeugdverbinder. De geïnterviewden zijn tussen de 22 en 59 jaar oud. Vier geïnterviewden zijn tussen de 22 en 30 jaar. Drie zijn tussen de 31 en 40 jaar. Drie zijn tussen de 41 en 50 jaar. Eén is ouder dan 51 jaar. Er zijn twee startbekwame professionals geïnterviewd (minder dan twee jaar werkervaring). Eén professional met 2- 4 jaar werkervaring, vakbekwaam. Acht van de elf geïnterviewden zijn vakvolwassen en hebben meer dan vier jaar werkervaring.

4.1 De hulpverlener als persoon

In deze paragraaf wordt gesproken hoe hulpverleners staan tegenover seksualiteit en achtergrondkenmerken.

Attitude

In het theoretisch kader wordt gesproken over drie basishoudingen tegenover seksualiteit. Negen van de elf geïnterviewden geven aan van mening te zijn dat seksualiteit bij alle leeftijden hoort alleen in verschillende vormen naar voren komt en laten de cliënt vrij zelf te bepalen wanneer en hoe men in aanraking wil komen met seksualiteit. Dit wordt ook wel de permissieve houding genoemd (Heemelaar, 2008). Bij één interview is deze vraag niet expliciet naar voren gekomen. Deze respondent geeft wel aan haar normen en waarden niet aan de cliënt op te willen dringen.

Maar op dat moment vind ik mijn waarden en normen niet heel belangrijk. Het is niet zo dat ik mijn waarden en normen wil opdringen aan hun. Je hebt het er wel over, wat is normaal voor hun en wat is normaal voor mij maar dan wel alles in een open sfeer.

Respondent 8, vakvolwassen

Eén respondent geeft aan dat seksualiteit iets is dat meer bij de pubertijd hoort en niet bij kinderen jonger dan groep 7.

Ik denk dat je kinderen die daar dus totaal niet mee bezig zijn, dat je die daar ook niet mee moet belasten want het is best wel een ding. Dus als het niet hoeft zou ik daar vooral ook niet voor kiezen. Respondent 10, startbekwaam.

In de interviews geven de geïnterviewden aan dat zij seksualiteit zien als een breed begrip. Eén respondent benoemt dat het een actueel begrip is waar op dit moment veel over te zien is in de media.

Voor één persoon hangt seksualiteit af van de intentie van de handeling. 'Een aai over de bol kan in sommige situaties seksualiteit zijn omdat iemand bewust contact wil maken.' Respondent 3, vakvolwassen. Een andere respondent geeft aan dat seksualiteit een recht is dat cliënten hebben. Hierbij komt dan ook de recht op informatie over dit onderwerp.

Voor twee respondenten hangt seksualiteit samen met liefde. Beiden geven echter aan dat dit voor cliënten niet altijd zo hoeft te zijn.

Alle respondenten geven aan dat zij seksualiteit als méér zien dan de lichamelijke kant van seks alleen.

Nou het is voor mij ook al een heel breed begrip. Niet alleen het puur hebben van seks maar ook de seksuele ontwikkeling, normen en waarden, de gevoelens die je daarbij hebt, emoties, ja eigenlijk het hele scala. Respondent 9, vakvolwassen.

Zes van de elf respondenten geven aan dat seksualiteit voor hen samen hangt met normen en waarden.

De meeste respondenten benoemen respect en grenzen als belangrijke waarden bij seksualiteit binnen hun werk. Meerdere respondenten benoemen openheid. Verder noemt men liefde, positiviteit en geeft aan dat het normaal is. Ook worden de woorden gelijkwaardigheid, veiligheid, eerlijkheid, recht, gezond, identiteit en vrijheid genoemd. Er wordt ook aan gegeven dat het een kwetsbaar onderwerp is en dat het belangrijk is goed te luisteren.



Figuur 2, Waarden die volgens hulpverleners van het CJG middelgrote gemeente horen bij seksualiteit

Vier respondenten geven ook direct aan dat seksualiteit een onderwerp is wat op dit moment niet veel aandacht krijgt binnen het CJG.

Ik denk dat het een thema is wat nog wel heel veel aandacht moet krijgen. Ik doe mijn werk en bij mij is het altijd een onderwerp van gesprek maar daarnaast heb ik niet de indruk dat we daar heel breed in aan het opletten zijn, zeg maar. Respondent 11, vakvolwassen

Twee van deze respondenten geven aan het zelf wel altijd te bespreken in consulten. De andere twee geven aan er alleen over te spreken als de cliënt of ouders dit aangeven.

Achtergrond kenmerken

In dit onderzoek is niet diep ingegaan op de socialisatie van de hulpverleners middelgrote gemeente met betrekking tot het thema seksualiteit. Deze keuze is gemaakt omdat de inschatting is dat deze informatie voor een eerste verkennend onderzoek niet van meerwaarde is. Wel is er gevraagd of er voor de hulpverleners iets uit hun verleden in de weg zit om het nu met cliënten over seksualiteit te hebben. Zeven geïnterviewden geven aan dat dit bij hen niet het geval is. Eén geïnterviewde geeft aan dat dit vroeger wel het geval was, maar door extra bijscholing niet meer aan de orde is. Eén geïnterviewde geeft aan dat dit onderwerp bij haar thuis lastig bespreekbaar was wat het nu voor haar soms ook nog lastig maakt om het onderwerp te bespreken. Eén ander geeft aan niet op deze vraag te willen antwoorden omdat dit een grens overschrijdt. In het interview met de Coördinator BJJ is deze vraag niet besproken.

Als men kijkt naar de theorie in het theoretisch kader kan de informatie uit deze paragraaf vallen onder de algemene attitude van de hulpverlener (Hartog, 2008).

4.2 De hulpverlener in de praktijk

In deze paragraaf wordt de hulpverlener in de beroepspraktijk beschreven. Hierbij wordt zijn professionele houding, kennis, vaardigheden en omgevingsfactoren besproken.

Gemakkelijkheid

Acht respondenten geven aan gemakkelijk over seksualiteit te spreken binnen hun werk. Eén persoon geeft aan hier moeilijk een inschatting van te kunnen maken omdat zij hier nog niet veel ervaring in heeft opgedaan. Eén startbekwame hulpverlener geeft aan dat het voor haar ligt aan of ze de cliënt al goed kent. Zij geeft aan dat ze door gebrek aan werkervaring makkelijker spreekt in situatie waar ze zich zeker voelt of bij cliënten die ze al langer kent. Eén respondent geeft aan gemakkelijk over seksualiteit te willen praten maar dat dit haar niet altijd lukt. Zij geeft aan dat zij vanuit haar socialisatie niet heeft geleerd om over seksualiteit te spreken wat er nu voor zorgt dat dit soms met cliënten ook lastig is.

Ja ik merkte, ik kreeg geen antwoord op mijn vraag, dat wilde niet lukken (...) Heel lastig en heel gênant eigenlijk. Het voelde heel gênant ook omdat je ziet dat het voor hun gênant is. Stel dat zij nou heel open over hadden gepraat, dan was het al een stuk makkelijker geweest. Maar misschien hebben zij wel een bepaalde gêne bij mij gezien en hebben zij die bij zichzelf ook waardoor het gewoon een heel lastig gesprek werd. Respondent 8, vakvolwassen

Rol hulpverlener

Alle geïnterviewden geven aan dat in een ideale situatie de verantwoordelijkheid om kinderen / jongeren iets te leren en te adviseren rondom seksualiteit bij ouders en opvoeders ligt. Vier personen geven aan dat hun taak hierbinnen is ouders een helpende hand te bieden en aan te vullen. Eén respondent geeft aan vanuit het contact met school consultants op te pakken en vragen te beantwoorden. Twee respondenten geven aan preventief een rol te willen vervullen en één heeft hierbij als doel bewustwording creëren. Drie respondenten geven aan hun rol te zien bij het ingrijpen bij belemmeringen. Eén hiervan geeft aan dat haar taak is er een doel van te maken waar de zorgaanbieder mee aan de slag kan. Eén van de drie die aangeeft dat de rol van het CJG zich bevindt op het niveau van ingrijpen is de geïnterviewde Coördinator BJG, zij zegt hierover:

In eerste instantie vind ik dat een taak van ouders, bij uitstek. En in tweede instantie kan school daarin iets doen natuurlijk of hun directe netwerk, zeg maar. En als daar hiaten in zijn of zorgelijke ontwikkelingen dan pas komen er derden. Respondent 5, vakvolwassen

Overtuigingen

Overtuigingen zijn uitspraken over het onderwerp waar men van overtuigd is geraakt in zijn of haar leven. In de interviews zijn een aantal van deze overtuigingen naar voren gekomen. Eén overtuiging die naar voren kwam is dat mensen niet open zijn over seksualiteit. Toen een cliënt het tegendeel bewees was de hulpverlener erg verrast.

Ik was wel verwonderd dat iemand daar zo open over kan zijn. Zo open over wat je kind doet en details beschrijven dat ik wel zoiets had WOW dat ik gewoon eventjes in shock was over hetgeen wat moeder vertelde. Respondent 1, startbekwaam.

Acht respondenten geven aan dat kennis en ervaring belangrijk zijn om te spreken over seksualiteit.

Verder geven drie respondenten aan dat seksualiteit een heel persoonlijk onderwerp is. Eén respondent vindt het hierdoor nodig om eerst een vertrouwensband op te bouwen voordat je het over seksualiteit kan hebben. Eén ander geeft aan dat zij eigenlijk te weinig spreekt met cliënten om het over een dergelijk onderwerp te hebben. Drie hulpverleners geven ook aan dat een cliënt het misschien niet verwacht om bij het CJG over seksualiteit te spreken.

In de theorie van Hartog (2008) zouden de deelparagrafen gemakkelijker, rol hulpverlener en verantwoordelijkheid kunnen vallen onder de specifieke attitude van de hulpverlener.

Kennis

Acht van de elf respondenten geven aan dat zij genoeg kennis bezitten om te spreken met cliënten over seksualiteit. Twee benoemen niet de juiste kennis te bezitten maar wel de wegen te weten naar de juiste kennis, wat zij voor hun werk genoeg vinden. Eén persoon benoemt kennis te missen over hoe signalen op te pikken en niet te weten hoe ze seksualiteit het beste kan bespreken. Naast kennis geven de geïnterviewden aan dat ervaring misschien wel belangrijker is. Vijf respondenten geven aan genoeg ervaring te hebben om seksualiteit goed met cliënten te kunnen bespreken. Drie respondenten geven aan ervaring te missen en geven aan dat dit voor hen in de weg zit om seksualiteit te bespreken. De twee die aangeven de kennis niet te hebben maar de wegen wel te weten geven niets aan over ervaring. De coördinator BJG heeft ervaring in het bespreken van seksualiteit met cliënten. Dit is bij haar huidige functie echter minder van toepassing omdat ze weinig tot geen contact heeft met cliënten. Twee van de geïnterviewden die aangeven genoeg kennis te bezitten geven wel aan behoefte hebben aan een mogelijkheid tot consultatie met een specialist, de een geeft dit aan in de vorm van een gedragswetenschapper en één in de vorm van een seksuoloog. Verder geven drie geïnterviewden aan het expliciet over seksualiteit te hebben gehad in hun opleiding. Drie andere geïnterviewden hebben een post-HBO opleiding gevolgd met betrekking tot dit thema waarbij dit ook aan bod is gekomen.

Vaardigheden

Uit de interviews komt een verschil naar voren tussen de geïnterviewde hulpverleners die seksualiteit standaard bespreken / afchecken in zijn consult en de hulpverleners die seksualiteit alleen behandelen als de cliënt of ouders erover beginnen of als zij een duidelijke reden hebben om het onderwerp wel te bespreken. Van de tien geïnterviewden hulpverleners bespreken vier hulpverleners seksualiteit standaard. Vier hulpverleners bespreken seksualiteit alleen als de cliënt of ouders hierover beginnen of als er een duidelijke reden voor is. Eén geïnterviewde geeft aan het onderwerp seksualiteit met pubers standaard te bespreken maar met kinderen onder de leeftijd van groep 7 dit onderwerp niet te bespreken. Eén andere geïnterviewde geeft gedurende het interview wisselende antwoorden over hoe vaak en wanneer zij over seksualiteit spreekt.

Alle respondenten geven aan dat zij seksualiteit belangrijk vinden. De respondenten die aangeven niet over seksualiteit te spreken met cliënten geven hier verschillende redenen voor. Er wordt aangegeven dat seksualiteit geen issue lijkt te zijn binnen het CJG. Eén andere respondent geeft aan dat het onderwerp niet zichtbaar is binnen het CJG.

Het onderwerp is hier denk ik nog niet bespreekbaar omdat het niet zichtbaar is, je ziet nergens iets over seksualiteit (...) Als daar nou ook eens folders over seksualiteit bij zouden zijn dan zou je er ook al weer makkelijker op terug kunnen pakken met cliënten.

Respondent 7, vakbekwaam

Ook de eerder genoemde verantwoordelijkheid en overtuigingen spelen hierbij een rol.

De hulpverleners die het standaard bespreken geven hier verschillende redenen voor. Redenen die genoemd worden zijn dat het soms nodig is omdat er een probleem is met seksualiteit, dat mensen er mee om leren gaan en hier ook grenzen in leren aangeven, dat cliënten leren wat normaal is en wat niet normaal is, dat cliënten het er niet alleen maar met vrienden over hebben en omdat cliënten er behoefte aan hebben.

Zij geven aan dat cliënten eigenlijk altijd normaal reageren. De enige reactie die soms lastig is, is een lachende reactie. Deze vier hulpverleners zetten verschillende vaardigheden in om de gesprekken over seksualiteit echter goed te laten verlopen. Eén hulpverlener geeft aan dat zij het heel erg bij zichzelf houdt.

Ik kies mijn woorden best zorgvuldig het gebeurt per situatie maar mijn trucje of mijn methodiek is dat ik het heel erg bij mijzelf houdt. Dus dat ik met een voorbeeld van mijzelf kom en het vervolgens algemeen bespreekbaar maak. Respondent 4, vakvolwassen

Eén andere hulpverlener geeft aan een open vraag te stellen en hier verder op door te vragen. Eén ander geeft aan goed te luisteren en veel door te vragen. Eén persoon geeft aan dat zij gebruikt maakt van dat het onderwerp geen big deal is voor haar.

Voor mij is het gewoon iets heel normaals, hoort erbij, zit geen spanning in. Ik zit er dan ook gewoon ontspannen bij. Net zo ontspannen als dat ik vraag wat je geboortedatum is.
Respondent 11, vakvolwassen

Omgeving

In dit onderzoek is ook gesproken met de hulpverleners over omgevingsfactoren. Het zal hier eerst gaan over de manier waarop de gesprekken binnen het CJG middelgrote gemeente vorm gegeven zijn volgens de hulpverleners en de opmerkingen die zij hierbij hebben. Vervolgens wordt het contact tussen collega's onderling besproken. Hierna zal de duidelijkheid van het CJG naar de hulpverleners toe besproken worden en de mening die de hulpverleners hierover hebben. Ook wordt de tijd/werkdruk besproken. Tot slot is er kort aandacht voor het contact tussen de hulpverleners van het CJG middelgrote gemeente en externe partijen.

Gespreksindeling

In het CJG vinden gesprekken met jeugdigen vaak plaats met ouders erbij. Twee respondenten geven aan dit lastig te vinden. Ze geven hierbij aan het idee te hebben niet vrij over dit onderwerp te kunnen spreken met de jeugdige als de ouders hierbij zijn. Ook wordt er met de ouders alleen gesproken, één respondent geeft aan het soms lastig te vinden omdat de informatie over de jeugdige dan uit de tweede hand komt. Twee respondenten geven aan dat het misschien niet de beste manier is om alleen met cliënten te praten, voordoen of rolspellen zouden volgens hen een goede toevoeging zijn. Tijdens het gesprek binnen het CJG wordt er vaak een Klantplan ingevuld. Twee respondenten geven aan dat dit Klantplan in de weg zit om het over seksualiteit te hebben. Dit omdat het Klantplan, in hun woorden, geen vrijheid geeft voor vragen buiten het Klantplan en omdat de enige plek waar seksualiteit besproken kan worden bij de veiligheidscheck is.

De enige plek in het klantplan wat nu wordt gebruikt, als mensen een aanvraag doen, waar je het over seksualiteit hebt meestal, als het al aan bod komt, is bij de veiligheidscheck.

Waarmee je al meteen suggereert dat het iets is qua veiligheid, dat hoeft helemaal niet, dat hoeft helemaal niet! Maar daarmee zet je wel de toon van het gesprek. Respondent 7, vakbekwaam

Contact collega's

Bijna de helft van de respondenten vraagt advies aan collega's over onderwerpen, zo ook over casuïstiek met betrekking tot seksualiteit. Twee respondenten geven aan ook altijd feedback te vragen en dit ook nodig te hebben. Ook wordt er door een enkeling overlegd over signalen en wordt hierbij gekeken naar verschillende meningen. Er wordt echter ook aangegeven dat het professionele contact tussen collega's ontbreekt. De helft van de respondenten geeft aan elkaars werkwijze niet te kennen en dat te missen. Eén respondent geeft hierbij aan dat men soms ook niet weet wie er nu al met een cliënt bezig is en wat er al gebeurd is. Door het gebrek aan kennis van elkaars werkwijze wordt er ook geen gebruik gemaakt van elkaars expertise en kwaliteiten, geven vijf respondenten aan. Twee respondenten geven aan deze kennis van elkaar te missen en drie respondenten geven aan kennis en kwaliteiten te bezitten waarvan ze het gevoel hebben dat deze nu onbenut blijven. Er wordt aangegeven dat er behoefte is aan een manier waarop er gezamenlijk geëvalueerd wordt. Eén respondent geeft aan het te missen dat elke collega dezelfde basiskennis heeft. Voor dit gebrek in contact worden door de hulpverleners verschillende redenen aangedragen. Er wordt aangegeven dat er niet met collega's over seksualiteit wordt gesproken omdat het zo'n normaal onderwerp is. Twee

respondenten geven aan dat er eerst caseloadgesprekken waren waar dit besproken kon worden en deze er nu niet meer zijn of er bij inschieten door gebrek in tijd. Twee respondent vragen zich hardop af of er binnen het CJG tussen collega's wel genoeg vertrouwen is om seksualiteit met elkaar te bespreken. Eén andere respondent geeft aan voor zichzelf zeker de veiligheid en het vertrouwen in het team missen om dergelijke onderwerpen te bespreken. Hierbij geeft zij aan dat ze niet weet dat wat er in vertrouwen verteld wordt bij de juiste persoon blijft. Meer dan de helft van de respondenten geeft aan wel behoefte te hebben aan meer contact. Echter één respondent geeft aan hier geen of minder behoefte aan te hebben, zij bezit genoeg kennis en zekerheid om onderwerpen af te handelen.

CJG naar hulpverleners

Bijna geen van de hulpverleners weet of er beleid is en wat het beleid rondom seksualiteit binnen het CJG dan zou zijn. De Coördinator BJJ geeft aan dat een apart beleid ook niet nodig is. Drie hulpverleners geven aan te handelen volgens een bepaalde wijze maar niet zeker te weten of dit correct is volgens het CJG. De helft van de hulpverleners geeft aan behoefte te hebben aan uniformiteit.

Ja als bepaalde processen duidelijk zijn en als er een uniformiteit komt in het werkproces van het CJG, dat iedereen de processen volgens een bepaald protocol of op bepaalde manier doet en niet iedereen het zelf verzint. Als daar uniformiteit in is dan kan je het ook hebben over uniformiteit in bepaalde onderwerpen bespreekbaar maken richting de cliënten.

Respondent 8, vakvolwassen

Verder geeft men aan dat er behoefte is aan duidelijkheid, hulpmiddelen en kennis over hoe je volgens het CJG gesprekken aangaat.

Tijd / werkdruk

Het onderwerp tijd en werkdruk is een apart kopje geworden omdat vijf van de elf respondenten aangeven dit als een probleem te ervaren. Het is voor hen een belemmering om het onderwerp seksualiteit te bespreken.

Nou de casussen die ik hier dan zie zijn veelal multi-problem, dus er is zo veel aan de hand dat ik denk dat het er een beetje bij inschiet. Dat er eerst gekeken wordt oké wat moet, wat hebben ze nu nodig, waar moeten we direct iets mee. Dat dat eerst gedaan wordt waardoor de andere zaken niet direct besproken worden. En ik denk dat het vooral is door de werkdruk nu. Dat alle balletjes maar hooggehouden worden en dat een crisissituatie geen crisis meer is maar dat al dat andere, daar is weinig tijd voor. Respondent 10, startbekwaam

Verder wordt er door drie respondenten aangegeven dat het voor het onderwerp seksualiteit belangrijk is dat het op de agenda blijft staan. Het beste zou volgens hen zijn als het minimaal twee keer per jaar collectief wordt besproken onder collega's of dat er even aandacht voor is.

Contact externen

Bijna alle respondenten geven aan goed contact te hebben met externe partijen over het onderwerp seksualiteit. In één interview is dit niet terug gekomen en één respondent geeft aan er nooit aan

gedacht te hebben om dit onderwerp met externe partijen te bespreken. Zoals eerder aangegeven hebben wel twee respondenten behoefte aan meer externe consultatie met een professional in het onderwerp seksualiteit.

Volgens de theorie van Hartog (2008) zal de omgeving worden gezien als de context waar de hulpverleners in werken.

4.3 Belemmeringen in het bespreken van seksualiteit

In de vorige paragrafen zijn al meerdere belemmeringen die hulpverleners binnen het CJG middelgrote gemeente ervaren beschreven. In deze paragraaf wordt gekeken naar de factoren die nog niet eerder in dit hoofdstuk aanbod zijn gekomen.

Factoren die het praten over seksualiteit moeilijk maken

In de interviews komt naar voren dat seksualiteit niet duidelijk ingekaderd is in hulpverleningsvragen waardoor vragen hiernaar op nieuwsgierigheid lijkt. Dit item is eerder ook besproken bij subparagraaf overtuigingen. Opmerkingen die hierbij passend zijn is dat het “niet gepast” is naar seksualiteit te vragen. Eén respondent geeft aan dat het gebrek aan een medische opleiding van veel hulpverleners van het CJG hierbij ook een rol speelt.

Ik kan me voorstellen dat het voor ouders/jeugdigen/kinderen een belemmering kan zijn dat ze met een CJG-medewerker zonder medische achtergrond praten over het onderwerp seksualiteit. Omdat ouders/jeugdigen/kinderen het mogelijk niet verwachten om het met een niet medicus over dit onderwerp te hebben. Dus belangrijk om uitleg te geven waarom je hiernaar vraagt. Respondent 9, vakvolwassen.

Zoals ook eerder beschreven bij overtuigingen wordt geven drie van de elf hulpverleners aan seksualiteit te ervaren als een privé-aangelegenheid. Dit is volgens Van Gelderen en Bender (2010) ook een factor die het moeilijk maakt om over seksualiteit te spreken. In dit onderzoek geven hulpverleners niet aan dat dit een reden is om seksualiteit niet te bespreken.

Ook geeft één hulpverlener aan dat het in de gemeente van dit onderzoek altijd zoeken is naar de juiste hulpverlening bij problemen rondom seksualiteit.

Uhm ik vind dat er qua aanbod in [naam gemeente] weinig bekend is voor seksualiteit, het aanbod zal er misschien wel zijn maar het is altijd zoeken als je zo'n cliënt heb van goh waar zet je voor deze cliënt nou, in het maatwerkstuk, hulp uit. Respondent 11, vakvolwassen

Deze factoren komen grotendeels overeen met de factoren die Van Gelderen en Bender (2010) benoemen. Items die in de interviews van dit onderzoek niet naar voren zijn gekomen als factoren die het bespreken van seksualiteit moeilijk maken volgens Van Gelderen en Bender (2010) zijn:

- Eigen referentiekader, hulpverleners die in privé situaties ook niet over seksualiteit praten.
- Leeftijdverschil tussen de cliënt en hulpverlener.

Handelingsverlegenheid

De oorzaken van handelingsverlegenheid komen grotendeels overeen met bovengenoemde factoren. Er zijn echter ook specifieke oorzaken die voor handelingsverlegenheid zorgen. Eén hiervan is onduidelijkheid over het probleem of signalen hiervan. Eén geïnterviewde geeft dit ook aan, ze geeft aan kennis te missen over hoe te signaleren dat seksualiteit besproken moet worden. De tweede oorzaak volgens Kluft en Haitsma (n.d.) is gebrek aan kennis en ervaring. Dit is zoals eerder beschreven voor vijf van de elf een belemmering om het over seksualiteit te hebben. De volgende oorzaak, wrijving in de relatie, angst voor conflict, is ook al eerder in dit hoofdstuk besproken onder angst voor reactie van de ander. De vierde oorzaak is omdat het buiten het takenpakket of kunde valt, zoals eerder uiteengezet is geven de geïnterviewden verschillende gedachtes over wat het takenpakket is binnen het CJG. Eén geïnterviewde geeft aan dat het praten met cliënten over seksualiteit niet binnen haar takenpakket valt, mocht dit een onderwerp zijn dan geeft zij aan de cliënt intern door te verwijzen binnen het CJG. De laatste oorzaak die Kluft en Haitsma (n.d.) aangeven voor handelingsverlegenheid is een onveilige situatie, dit is in de interviews niet naar voren gekomen.

4.4 Niveaus om seksualiteit te bespreken

In de volgende paragraaf wordt gekeken naar de niveaus om seksualiteit te bespreken. Dit wordt gekoppeld aan de theorie van Rutgers (n.d.) en het PLISSIT model (Annon, 1974).

Acht van de elf hulpverleners geeft aan expliciet te benoemen dat seksualiteit een gewoon onderwerp is.

Ja kijken waar ouders wel open voor staan want soms is het ook schaamte of taboe om er over te praten of ja. En dan ga je af tasten waar het aan ligt en het ook benoemen daarin. Dus je hoeft je er niet voor te schamen want het is heel normaal. En vaak komen ze wel vaak komen ze dan wel wat losser en praten ze daar wel over. Respondent 6, vakvolwassen

Vier respondenten geven aan vragen te beantwoorden als de ouders van de cliënten deze hebben. Vier geïnterviewden geven aan seksualiteit standaard te bespreken en proactief ter sprake te brengen. Deze vier geïnterviewden komen allen uit de partnerorganisaties en niet vanuit de gemeente.

Vanuit het CJG geven geen hulpverleners aan dat zij problemen bij seksualiteit behandelen. Eén hulpverlener geeft aan geen adviserende rol te hebben voor cliënten maar dit wel voor collega's wil zijn. Eén hulpverlener geeft aan advies te geven aan collega's en aan cliënten / ouders. Vier hulpverleners geven aan advies te geven aan cliënten.

Zeven van de tien geïnterviewden over dit onderwerp geven aan door te verwijzen naar mensen die er meer gespecialiseerd in zijn, zowel extern als intern.

Dus ik denk dat wanneer je echt weet goh hier is iets heel specifiek aan de hand, dan denk ik dat je daar al heel snel van af moet blijven en je dan al heel snel moet doorverwijzen. Omdat je gewoon niet de deskundigheid hebt en daar dan alleen je vingers kunt branden en de cliënt daar dan ook geen recht mee aan doet, die heeft het recht op de beste behandeling zeg maar. Respondent 11, vakvolwassen

Eén geïnterviewde geeft aan dat ze vindt dat de andere hulpverleners binnen het CJG te snel doorverwijzen.

Ik denk dat dat is omdat anderen seksualiteit niet als een standaard thema in hun gesprekken hebben dus het komt minder aan bod en ik denk dat er ook wel een stukje schaamte zit en ik merk ook wel er wordt heel veel heel snel doorverwezen naar een andere professional. Respondent 7, vakbekwaam.

Het PLISSIT-model van Annon (1974 uit Hartog, 2008) is gedeeltelijk vergelijkbaar met de niveaus die Rutgers (n.d.) beschrijft. Permission komt overeen met het uitdragen dat seksualiteit een normaal onderwerp is. Dit doen, zoals boven vernoemd, acht hulpverleners. Limited Information is vergelijkbaar met niveau 2 beantwoorden van vragen. Vier hulpverleners geven aan dit te doen. Het derde niveau van Rutgers (n.d) is het pro-actief ter sprake brengen van seksualiteit, dit doen wederom vier respondenten. Specific Suggestion lijkt overeen te komen met het eerste gedeelte van niveau 4 advies geven. Dit doen vier hulpverleners aan cliënten. Intensief Therapy is vergelijkbaar met het tweede gedeelte niveau van 4 behandelen, dit laatste geeft geen hulpverlener aan te doen binnen het CJG. Niveau 5 van Rutgers (n.d.) is het doorverwijzen van cliënten.

Hoofdstuk 5: Conclusie en aanbevelingen

Het volgende hoofdstuk is tweedelig. Het eerste deel bevat de conclusies van het onderzoek. Hierbij wordt eerst antwoord gegeven per deelvraag om vervolgens de hoofdvraag te beantwoorden en een conclusie te trekken. Het tweede gedeelte beschrijft de aanbevelingen. In dit gedeelte worden aanbevelingen gegeven voor de beroepspraktijk van het CJG middelgrote gemeente en worden aanbevelingen gegeven voor vervolgonderzoek.

5.1 Conclusie

De deelvragen worden in dit hoofdstuk gebruikt om de centrale vraagstelling te beantwoorden. De belangrijkste resultaten die besproken zijn in het resultatenhoofdstuk worden per deelvraag kort weergegeven en hieraan worden conclusies verbonden. De deelvragen worden met elkaar in verband gebracht om de hoofdvraag te beantwoorden.

1. Wat betekent het begrip seksualiteit voor de hulpverleners van het Centrum voor Jeugd en Gezin middelgrote gemeente in relatie tot hun werk?

Zoals in het resultatenhoofdstuk duidelijk wordt, is seksualiteit voor de hulpverleners van het Centrum voor Jeugd en Gezin middelgrote gemeente in relatie tot hun werk een breed begrip. Naast de lichamelijke kant van seksualiteit vinden ze ook de beleving belangrijk. De meeste hulpverleners hebben een permissieve houding. Wat inhoudt dat zij vinden dat seksualiteit hoort bij iedere leeftijd en dat een persoon hier op zijn eigen manier invulling aan mag geven (Heemelaar, 2008).

De hulpverleners van het CJG middelgrote gemeente vinden het belangrijk dat seksualiteit samengaat met eigen normen en waarden. Er zijn drie waarden die de hulpverleners erg belangrijk vinden. Zo hechten ze veel belang aan het respect. Dat voor hen inhoudt dat de grenzen van cliënten worden gerespecteerd. Ook vinden ze het belangrijk dat de cliënten hun eigen grenzen leren kennen. Tot slot hechten ze er veel waarde aan dat de hulpverlener open is over zijn motieven en emoties.

2. Hoe is de huidige bespreekbaarheid met betrekking tot het onderwerp seksualiteit binnen het Centrum voor Jeugd en Gezin middelgrote gemeente volgens de hulpverleners?

Bespreekbaarheid is een begrip wat moeilijk te pakken is. Opvallend is dat de hulpverleners van het CJG middelgrote gemeente allen aangeven seksualiteit belangrijk te vinden maar standaard over seksualiteit spreken met cliënten doen maar vier van de tien hulpverleners. Er is dus een discrepantie te zien tussen het gevoel van het belang van het onderwerp en de daadwerkelijke aandacht voor het onderwerp in de beroepspraktijk. Dit verschil is mogelijk te verklaren aan de hand van het eerder genoemde model van Hartog (2008). De algemene attitude van de hulpverleners lijkt positief, men geeft allen aan seksualiteit belangrijk te vinden. Acht van de elf respondenten geven aan genoeg kennis te hebben om over seksualiteit te spreken en één persoon geeft aan kennis te missen. Gaat men echter kijken naar de specifieke attitude dan gebeurt er iets opvallends. Acht respondenten geven aan makkelijk over seksualiteit te spreken, één kan hier moeilijk een inschatting van maken, voor één persoon ligt het eraan hoe goed ze een cliënt kent en één persoon geeft aan niet zo makkelijk over seksualiteit te spreken maar dit wel graag zou willen. Maar bij het item vakinhoudelijke verantwoordelijkheid geeft iedereen behalve één geïnterviewde aan dat de verantwoordelijkheid bij ouders ligt. Eén persoon geeft aan dat het bij iedereen ligt die met jongeren te maken heeft. Over wat de verantwoordelijkheid van een CJG medewerker dan is, is een grote verscheidenheid aan meningen te zien. Vier respondenten geven aan ouders een helpende hand te bieden, drie geven aan dat het CJG ingrijpt als het fout gaat, twee zien een preventieve rol voor het CJG weggelegd en één vindt dat er vanuit de samenwerking met school consulten moeten worden opgepakt. Kortom, er is geen gezamenlijke mening over de verantwoordelijkheid van een CJG medewerker en de rol die de individuele hulpverlener hier in moet vervullen. De hulpverlener bepaalt nu zelf of hij wel of geen verantwoordelijkheid neemt om het over seksualiteit te hebben. Daarnaast hebben de hulpverleners overtuigingen die het lastig maken om over seksualiteit te praten met een cliënt. Zoals:

- Cliënten zijn niet open over seksualiteit.
- Je moet eerst een vertrouwensband met een cliënt hebben voordat je seksualiteit kan bespreken.
- Seksualiteit is een heel persoonlijk onderwerp.
- Om het over seksualiteit te hebben, heb je meer contact nodig met een cliënt.
- Cliënten verwachten niet dat ze het binnen het CJG over seksualiteit gaan hebben.
- Een hulpverlener heeft ervaring nodig om het over seksualiteit te hebben met een cliënt.

Een vierde item uit het model is de context. De context maakt het voor hulpverleners van het CJG middelgrote gemeente lastiger om het over seksualiteit te hebben. Allereerst zit de gespreksindeling voor de hulpverleners soms in de weg. Factoren die hierbij spelen zijn dat de gesprekken plaatsvinden met ouders, een gebrek aan tijd en een (te) hoge werkdruk en de behoefte aan kennis over de werkwijze van andere collega's en het benutten van elkaars kwaliteiten. Verder is er behoefte aan uniformiteit, duidelijkheid, hulpmiddelen en kennis hoe het CJG wil dat men gesprekken over dit onderwerp voert.

3. Wat zijn volgens de hulpverleners van het Centrum voor Jeugd en Gezin belemmeringen om seksualiteit te bespreken?

Belemmerend voor de hulpverleners van het CJG middelgrote gemeente lijkt de context te zijn. Het werken met een Klantplan en de gespreksindeling werkt volgens hen belemmerend. Verder heeft het gebrek aan tijd en de hoge werkdruk hebben als gevolg dat het onderwerp seksualiteit niet besproken wordt. Ook zouden de meeste hulpverleners meer in het team willen spreken over seksualiteit zodat men inzicht heeft in elkaars werkwijze en elkaars kwaliteiten. Belemmerend werkt ook dat er vanuit het CJG geen uniformiteit is. Er is behoefte aan duidelijkheid, hulpmiddelen en kennis van de verwachting vanuit het CJG. Verder geven een paar hulpverleners aan bang te zijn voor de reactie van de ander en zijn ze bang dat het spreken over seksualiteit zorgt voor wrijving in de relatie. Een enkele individu geeft aan gebrek aan kennis te hebben maar meer dan de helft van de hulpverleners zeggen een gebrek te hebben aan ervaring in het spreken over seksualiteit. Zij vinden dit wel nodig om goed over seksualiteit te spreken. Eén hulpverlener geeft aan kennis over oplossingen niet te hebben omdat het aanbod in middelgrote gemeente onduidelijk is. Ook de verantwoordelijkheid om seksualiteit te bespreken is niet bij iedere hulpverlener binnen het CJG gelijk. Er bestaat onduidelijkheid over hoe en of seksualiteit onderdeel is van het takenpakket van de CJG-medewerker. Dit maakt dat vier van de vijf oorzaken die voor handelingsverlegenheid bij hulpverleners zorgen binnen het CJG middelgrote gemeente aan de orde zijn.

Hoofdvraag: Hoe ervaren hulpverleners de bespreekbaarheid met betrekking tot het onderwerp seksualiteit op dit moment binnen het Centrum voor Jeugd en Gezin in een middelgrote gemeente?

Zoals uit deelvraag één duidelijk wordt zien de hulpverleners van het CJG middelgrote gemeente seksualiteit als een breed begrip. Het hoort bij het leven van een cliënt. Seksualiteit wordt als een belangrijk onderdeel van het leven van een cliënt ervaren. Echter bespreken de meeste hulpverleners dit onderwerp niet met cliënten. Ondanks dat de meeste hulpverleners aangeven gemakkelijk over seksualiteit te spreken. Er is een verscheidenheid in de verantwoordelijkheid die zij voelen om dit onderwerp te bespreken met hun cliënten binnen het CJG. Ook bezitten de hulpverleners overtuigingen die het lastig maken om seksualiteit te bespreken. Vier van de vijf factoren die oorzakelijk zijn voor handelingsverlegenheid bij hulpverleners spelen ook binnen het CJG. Er is onduidelijkheid over het probleem seksualiteit en signalen hiervan. Er is gebrek aan kennis en met name aan ervaring. Men is bang voor wrijving in de relatie met de cliënt, hierbij zijn de hulpverleners van het CJG middelgrote gemeente vooral bang voor de reactie van de ander en weten zij niet hoe om te gaan met iemand die niet open is over dit onderwerp. Ook is er onduidelijkheid of het onderwerp past binnen het takenpakket van de CJG hulpverlener.

5.2 Aanbevelingen

In dit gedeelte van het onderzoek worden aanbevelingen gegeven. Eerst zullen aanbevelingen gegeven worden voor de beroepspraktijk van het CJG middelgrote gemeente. Hierna zullen aanbevelingen geformuleerd worden voor vervolgonderzoek.

CJG middelgrote gemeente

Uit de resultaten en conclusie wordt duidelijk dat in de context bij het CJG verbeteracties mogelijk zijn. Duidelijk wordt dat het onderlinge professionele contact tussen collega's verbeterd zou kunnen worden. Het is aan te bevelen dat de hulpverleners elkaar professioneel beter leren kennen. Zodat ze van elkaar weten wat voor hulpverlener iemand is, welke zwakken- en sterke punten deze hulpverlener heeft en wat zijn belangrijke evenementen binnen de socialisatie van deze persoon. Door elkaars kwaliteiten beter te kennen, kunnen deze kwaliteiten ook beter door elkaar benut worden. Er moet gezocht worden naar een manier waarin men in het "solistische" werk toch met elkaar in contact blijft.

Een passende vorm hiervoor zou zijn het invoeren van intervisie met het CJG. Zo kunnen de onzekerheden die nu zorgen voor handelingsverlegenheid met betrekking tot het thema seksualiteit besproken worden.

Een andere optie is het organiseren van themabijeenkomsten met het CJG –team. Hierbij kan ook gesproken worden hoe verschillende hulpverleners in de praktijk omgaan met het onderwerp seksualiteit. Ook kunnen hierbij collectieve ervaringen gecreëerd worden. Wat de zekerheid over het thema bij de individuele hulpverlener kan vergroten. Belangrijk is hierbij dat de veiligheid gecreëerd wordt die nu door een enkeling binnen het team wordt gemist.

Ook is het aan te bevelen om als organisatie van het CJG middelgrote gemeente duidelijk te maken wat er verwacht wordt van een hulpverlener op het gebied van seksualiteit. Deze onduidelijkheid zorgt nu voor handelingsverlegenheid en verscheidenheid in aanpak. Belangrijk hierbij is dat het CJG aangeeft welke rol de hulpverleners hebben, welke taken daarbij horen, welke vorm van seksualiteit besproken wordt binnen het CJG, spreekt men preventief over seksualiteit of grijpt men in als er een duidelijk probleem of vermoeden daarvan is op het gebied van seksualiteit? Zoals in de probleemanalyse al beschreven geeft Van Woudenberg (2009) aan dat een overkoepelend middel vanuit het CJG belangrijk is om een CJG te laten slagen.

Het is aan te bevelen dat een onderdeel hiervan de verantwoordelijkheid is. Zoals in de probleemanalyse duidelijk werd helpt het een medewerker als hij weet wat er van hem verwacht wordt.

Voor de individuele hulpverlener is het aan te raden verantwoordelijkheid te nemen op het gebied van seksualiteit. Waar sommige hulpverleners er nu vanuit gaan dat andere personen of instellingen seksualiteit bespreken met kinderen en jongeren is het raadzaam om deze veronderstellingen ook bij de cliënt te checken. Verantwoordelijkheid van een ander zorgt er niet voor dat je zelf totaal geen verantwoordelijkheid meer hebt.

Verder is het raadzaam dat het CJG ervoor zorgt dat er hulpmiddelen als boeken, folders en voorlichtingsmateriaal aanwezig zijn. Zodat hulpverleners ook de mogelijkheid hebben om met deze hulpmiddelen gesprekken te voeren met cliënten. Ook is het aan te bevelen dat het CJG de mogelijkheid biedt aan de hulpverleners contact te hebben met een specialist ter consultatie omdat hulpverleners die standaard gesprekken voeren over seksualiteit aangeven hier behoefte aan te hebben.

Vervolgonderzoek

Het is raadzaam dat andere Centra voor Jeugd en Gezin in Nederland nagaan in hoeverre seksualiteit in hun Centrum besproken wordt met zowel cliënten als collega's onderling. Zodat seksualiteit in voldoende mate preventief aandacht krijgt in Nederland. Zoals in de probleemanalyse aangegeven zien verschillende partijen hier namelijk een rol weggelegd voor het CJG.

Ook is het raadzaam om te kijken hoe scholen en ouders in de thuissituatie omgaan met de seksuele ontwikkeling van kinderen. Zodat er meer duidelijkheid komt in Nederland over de gehele seksualiteit in plaats van alleen het lichamelijke aspect van seksualiteit.

Verder is het aan te bevelen om te onderzoeken wat ouders en cliënten verwachten en waar men behoefte aan heeft van het CJG rondom seksualiteit zodat het CJG aan de slag kan met deze behoeften en verwachtingen.

Hoofdstuk 6: Discussie

In dit hoofdstuk wordt kritisch gekeken naar de bruikbaarheid van dit onderzoek. Tevens wordt er een sterkte- en zwakteanalyse weergegeven.

6.1 Betekenis en bruikbaarheid

In de probleemanalyse is de situatie rondom dit onderzoek weergegeven op micro-, meso- en macroniveau. Hier wordt beschreven wat het effect van dit onderzoek op deze verschillende niveaus is.

Op micro niveau is gesproken over de individuele hulpverlener in de beroepspraktijk. In dit onderzoek gaat het voornamelijk over de individuele hulpverlener binnen het CJG middelgrote gemeente. Zoals in de probleemanalyse duidelijk wordt vraagt de individuele hulpverlener niet altijd naar seksualiteit. Uit dit onderzoek blijkt dit bij de hulpverleners binnen het CJG ook het geval te zijn. Items die hierbij spelen zijn de gevoelde verantwoordelijkheid en gevoel van kennis en ervaring. Door bewustwording hiervan, middels dit onderzoek, kunnen de individuele hulpverleners hier mee aan de slag.

Aan te raden is echter dat er op mesoniveau iets verandert, binnen de organisatie van het CJG. Zoals in de probleemanalyse duidelijk wordt is het voor een CJG van meerwaarde als het CJG een overkoepeld middel heeft over bepaalde onderwerpen. De hulpverleners binnen het CJG middelgrote gemeente geven ook aan behoefte te hebben aan duidelijkheid, uniformiteit en een verantwoordelijkheid. Dit onderzoek biedt handvaten waar het CJG middelgrote gemeente aan kan werken, zodat het voor de hulpverleners makkelijker wordt om over seksualiteit te spreken.

Op macroniveau is er in de probleemanalyse gesproken over de Nederlandse samenleving en seksualiteit. Hierbij wordt duidelijk dat voorlichting en onderzoek naar seksualiteit in Nederland vaak gekoppeld wordt aan angst. De overtuigingen die in de maatschappij heersen zijn ook van invloed gebleken op de hulpverleners in dit onderzoek. Echter lijkt er in de media een trend aan de gang waarbij seksualiteit meer aandacht krijgt. Deze maatschappelijke tendensen zijn in de interviews niet naar voren gekomen. Dit onderzoek heeft dan ook minder direct invloed op de Nederlandse maatschappij. Het CJG middelgrote gemeente kan echter wel inspirerend werken voor andere CJG's in Nederland waardoor zij wellicht een preventieve rol kunnen gaan vervullen in de Nederlandse maatschappij. Echter is onduidelijk hoe de situatie op andere CJG's is.

Betrouwbaarheid en validiteit

In het gehele onderzoeksproces is de onderzoeker zorgvuldig te werk gegaan en zijn er weloverwogen keuzes gemaakt. Hiermee is getracht de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek te garanderen.

Betrouwbaarheid

Bij de betrouwbaarheid van het onderzoek wordt gekeken of het onderzoek vrij is van toevallige fouten (Boeije, 't Hart & Hox, 2009). In dit onderzoek zijn verschillende stappen ondernomen om de betrouwbaarheid te vergroten. Allereerst is de topiclijst waar gebruikt van wordt gemaakt in dit onderzoek gebaseerd op eerdere onderzoeken en relevante theorieën. Ook is er een proefinterview gehouden om te testen of de topiclijst de lading van de hoofd- en deelvragen dekt. In de interviews heeft de onderzoeker verschillende vragen op meerdere manieren geformuleerd en op verschillende momenten in het interview terug laten komen om de geldigheid van het antwoord te controleren. De onderzoeker heeft ook contact opgenomen met onderzoekers die een gelijk thema onderzochten om elkaars handelingswijze te vergelijken en te verbeteren. Ook de codering is door een externe bekeken om inter-onderzoeker betrouwbaarheid na te streven (Boeije, 't Hart & Hox, 2009). Verder heeft de onderzoeker een presentatie gegeven aan de respondenten met de vraag om de juistheid van de weergave te controleren. Dit wordt ook wel memberchecks genoemd (Boeije, 't Hart & Hox, 2009).

Interne en externe validiteit

Bij de validiteit gaat het erom in hoeverre de waarnemingen de werkelijkheid dekken. Er wordt gekeken in hoeverre het onderzoek vrij is van systematische fouten (Boeije, 't Hart & Hox, 2009). De onderzoeker heeft voor het onderzoek een half jaar in het CJG middelgrote gemeente stage gelopen. Tijdens de onderzoeksperiode is de onderzoeker minimaal één dag in de week fysiek aanwezig geweest op de werkplek. Dit is van invloed op het contact tussen de interviewer en de respondenten. Seksualiteit is een onderwerp dat, zoals uit de probleemanalyse en theoretisch kader blijkt, moeilijk te bespreken is. Het is dus mogelijk dat de geïnterviewden wenselijke antwoorden gegeven hebben. De onderzoeker heeft getracht dit te voorkomen door de anonimiteit in het onderzoek meerdere malen aan te geven en hiermee de interne validiteit te verhogen. Het aanbrengen van triangulatie in deze onderzoeksetting is lastig. In een ideaal onderzoeksproces zou de onderzoeker interviews met jeugdigen, opvoeders, hulpverleners en leidinggevenden houden. De cliëntengroep, de jeugdigen en opvoeders, van het CJG is echter te groot en te divers om binnen de gestelde tijd op een betrouwbare en valide manier te onderzoeken. In dit onderzoek is triangulatie vergroot door met hulpverleners van verschillende partner-organisaties te praten en een Coördinator BJJ te interviewen. Ook is er gezorgd voor theoretische triangulatie in het theoretisch kader. In het methodehoofdstuk wordt beschreven hoe dit onderzoek heeft plaatsgevonden.

De externe validiteit is de generaliseerbaarheid van het onderzoek (Boeije, 't Hart & Hox, 2009). Hierbij is de vraag of de onderzoeksconclusies ook gelden voor niet-onderzochte situaties. Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in een CJG middelgrote gemeente. De resultaten zouden ook van toepassing kunnen zijn in andere CJG's het is echter ook goed mogelijk dat dit niet zo is, er is nog te weinig bekend over de bespreekbaarheid van seksualiteit onder hulpverleners om hier gedegen uitspraken over te doen. Hierbij moet ook bedacht worden dat seksualiteit voor ieder individu erg verschillend kan zijn. Ook is elk CJG in een andere stadium van ontwikkeling waardoor generaliseerbaarheid moeilijk is. Verder zouden zorginstellingen die met jongeren werken ook deze onderzoekopzet kunnen gebruiken om te kijken naar hun team en de ervaringen van de hulpverleners.

6.2 Sterkte- zwakteanalyse

In deze paragraaf worden de sterkte en zwaktes van dit onderzoek beschreven.

Allereerst heeft de onderzoeker een stageperiode van een half jaar gelopen in de beroepspraktijk waar het onderzoek plaatsvond. Ook is de keuze gemaakt om wekelijks contact te houden met de respondenten door minimaal een dag per week fysiek aanwezig te zijn op de werkvloer. Hierdoor is er een grotere vertrouwensband tussen de onderzoeker en de respondenten. Dit vergroot de kans dat de respondenten in een interview eerlijke antwoorden hebben gegeven en wordt de betrouwbaarheid van dit onderzoek vergroot (Boeije, 2012). Daarbij is de keuze gemaakt om te interviewen in de werkomgeving van de respondenten. Hiervoor is wel een geluiddichte ruimte gekozen met een fijn spreekklimaat. Dit biedt het voordeel dat de respondenten in een voor hun vertrouwde omgeving zijn en een zo klein mogelijke tijdsinvestering voor het interview hoeven te doen.

Een neveneffect van het onderzoek is dat de hulpverleners zich bewuster zijn geworden van het thema seksualiteit door de besteedde aandacht aan dit onderwerp in de interviews en presentatie rondom dit onderzoek. Ook geven de hulpverleners aan dat ze hierdoor in hun beroepspraktijk sneller naar problemen rondom de seksualiteit van hun cliënten zijn gaan vragen.

De onderzoeker heeft dit onderzoeksproces alleen doorlopen. Er is veel externe feedback gevraagd en gekeken naar verschillende visies en uitgangspunten. Echter door het individuele karakter is het bijna niet te vermijden dat standplaatsgebondenheid en persoonlijke waarden en normen van de onderzoeker, al dan niet onbewust, van invloed zijn geweest op dit onderzoeksproces en daarmee op het onderzoeksresultaat.

Daarbij is het hoofddoel van dit onderzoek het leerproces van de onderzoeker. Dit, heeft er samen met het tijdspad en de gestelde eisen van school, voor gezorgd dat in dit onderzoek niet altijd en alleen de kwaliteit van het onderzoek bovenaan heeft gestaan. Een voorbeeld hiervan is de keuze om elf interviews te houden. Deze voorwaarde is een regel van de onderwijsinstelling. De onderzoeker heeft hier gekozen om de eis van de school als richtlijn aan te houden in plaats van te interviewen tot er een verzadiging in de interviews heeft plaatsgevonden, wat inhoudt dat een nieuw interview geen nieuw resultaat meer oplevert (Boeije, 2012).

Een andere zwakte in dit onderzoek is dat men voor een beter begrip van seksuele vraagstukken eigenlijk een nog beter begrip van de menselijke emoties nodig heeft. Heemelaar (2008) geeft zelf aan dat het de vraag is of thema's met mysterie omgeven als seksualiteit of de dood ooit te doorgronden vallen. Emoties die mensen ondergaan bij seksueel contact zijn zeer gevarieerd, vaak ambivalent en diffuus. Hierdoor is het lastig dit in een onderzoek te ondervangen. De vraag blijft of mensen zelf begrijpen wat er in hen gebeurd en of zij ook de juiste woorden kunnen vinden om dit uit te drukken (Heemelaar, 2008). In één interview geeft de respondent dit gegeven ook aan. *'Maar het is zo'n breed begrip dan kan het ook bijna niet anders dan dat het zo vagelijk blijft.'* Respondent 5, Coördinator BJG.

Positief voor dit onderzoek is dat de probleemanalyse aansluit op een recente gebeurtenis. Waarbij een seksuoloog, Goedeke Liekens, aandacht vraagt bij de Tweede Kamer in Nederland om bij jongeren en seksualiteit breder te kijken dan dat dit nu gebeurd (Rutgers, 2016). Hierdoor is er op het moment van afsluiting van het onderzoek landelijk aandacht voor dit onderwerp.

Literatuurlijst

- Aga, N. & Enzlin, P. (2010). Seksualiteit bij volwassen personen met een verstandelijke handicap: een kwalitatief onderzoek naar de houding van begeleiders. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 2010 (34), 74-83.
- Andriessen, I., Fernée, H., & Wittebrood, K. (2014). *Ervaren discriminatie in Nederland*. Opgevraagd op 16 maart 2016 van www.scp.nl
- Aronson, E., Wilson, T. D., & Akert, R.M. (2011). *Sociale psychologie*. Amsterdam: Pearson
- Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de & Teunissen, J. (2000). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen: Stenfert Kroese, Wolters-Noordhoff bv.
- Bohn Stafleu van Loghum. (2012). Seksuele counseling taboe. *Bijzijn XL*, 5(7), 5-5.
doi:10.1007/s12632-012-0102-y
- Bakel, M. van, Rooijen, S. van, Bortien, D. Kamoschinski, J., Liefhebber, S. & Kluft, M. (2013). *Ervaringsdeskundigheid; Beroepscompetentieprofiel*. Zwolle: Epos Press.
- Boeije, H. (2012). *Analyseren in kwalitatief onderzoek; Denken en doen*. Den Haag: Boom Lemma.
- Boeije, H., 't Hart, H., & Hox, J. (2009). *Onderzoeksmethoden*. Utrecht: Boom onderwijs
- Bruthink, R. (2011). Meer praten over seksualiteit en intimiteit in de palliatieve fase. *Bijzijn*, 6(7), 24-25.
- Centrum voor Jeugd en Gezin, regio de Meierij (n.d.). *Over CJG de Meierij*. Opgevraagd op 13 maart 2016 van www.cjgdemeierij.nl
- CLB-rollen (n.d.). *De rollen en competenties van de cliënt nabije clb-medewerker*. Opgevraagd op 16 maart 2016 van www.clbrollen.be
- Coolem, B. & Gorgels, D. (2008). *MEE signaal: De visie op kinderwens en ouderschap van mensen met een verstandelijke beperking*. Utrecht: MEE Nederland.
- Felten, H., Janssens, K., & Brants, L. (2009). *Seksualisering: "Je denkt dat het normaal is..."*. Utrecht: Movisie.
- Gelderen, G., van & Bender, J. (2012). Durf jij over seks te beginnen? *Seks Als Je Chronisch Ziek Bent; Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, 5(3), 76-79.
- Gemeente Boxtel (2016). *Centrum voor Jeugd en Gezin*. Opgevraagd op 13 maart 2016 van www.boxtel.nl
- Gemeente Boxtel (2016). *Jeugdzorg gemeentelijke taak*. Opgevraagd op 13 maart 2016 van www.boxtel.nl

Gemeente Boxtel (2016). *St. Ursula, het centrum voor jeugd, welzijn en cultuur*. Opgevraagd op 13 maart 2016 van www.boxtel.nl

Gemeente Boxtel (2016). *Zorgen en ondersteunen? Dát doen we samen!* Opgevraagd op 13 maart 2016 van www.boxtel.nl

GGD hart voor Brabant (n.d.). *Relaties en Seksualiteit*. Opgevraagd op 4 april 2016 van www.ggdhvb.nl

Hartog, Z. (2008). *De attitude van de hulpverlener over de seksualiteit van de psychiatrische patiënt*. Utrecht: Universiteit van Utrecht.

Heemelaar, M. (2008). *Seksualiteit, intimiteit en hulpverlening*. Houten: Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum.

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

Heuvel, S., Van Den (2015). *Een vermoeden van seksueel misbruik*. Opgevraagd op 30 maart 2016 van www.movisie.nl

Inspectie Jeugdzorg (2014). *Voorkomen van seksueel grensoverschrijdend gedrag in de jeugdzorg*. Utrecht: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Jeugdzorg Nederland (2015). *Eindbericht commissie voorkomen seksueel misbruik in de jeugdzorg*. Utrecht: Jeugdzorg Nederland.

Jeugdzorg Nederland en Vereniging Hogescholen (2013). *Themacompetentie seksuele ontwikkeling, seksueel risicogedrag en seksueel misbruik; addendum voor het uitstroomprofiel jeugdzorgwerker*. Alphen aan den Rijn: Service Point Nederland.

Kleine, K. & Beijer, M. (2013). *Themacompetentie seksuele ontwikkeling, seksueel risicogedrag en seksueel misbruik*. Alphen aan de Rijn: Jeugdzorg Nederland en Vereniging Hogescholen.

Kluft, M. & Haitsma, M. (n.d.). *Omgaan met handelingsverlegenheid of professionele aarzeling*. Utrecht: Movisie.

Kooiker, S. & Hoeymans, N. (2014). *Burgers en Gezondheid: Themapapport Volksgezondheid toekomstverkenning 2014*. Bilthoven: Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu.

Kuijpers van Woord, B. (2013). *Op weg naar Stimulans 3.0*. Veldhoven: Stichting Stimulans.

Lammers, M., Pauli, T. & Wilmink, M. (2003). *Van calamiteit naar preventiebeleid*. Amsterdam: TransAct.

Leusink, P. (2012). Morgen gezond weer op. *Tijdschrift voor seksuologie*. 36(2), 81-82.

Leusink, P., Ramakers, M. (2014) *Handboek seksuele gezondheid; Probleemgeoriënteerd denken en handelen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Lieshout, H., Van (2013). Kwalitatieve data-analyse [Video file]. Opgevraagd op 7 april van www.fontys.mediamission.nl

Linger, I. (2015). *Seksueel gezond & ongezond gedrag* 's Hertogenbosch: Avans Hogeschool.

Migchelbrink, F. (2014). *Handboek praktijkgericht onderzoek; zorg, welzijn, wonen en werken*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelatie (n.d.). *Regioatlas*. Opgevraagd op 16 maart 2016 van www.regioatlas.nl

Montejo, A.L., Llorca, G., Izquierdo, J.A. & Rico-Villademoros, F. (2001). Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agent: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, (3), 10-21.

Movisie (2011). *Naar een betere regionale aanpak van seksueel geweld: Actieplan regio Eindhoven*. Opgevraagd op 2 maart 2016 van www.movisie.nl

Movisie (2011). *Naar een betere regionale aanpak van seksueel geweld: Verslag quickscan Eindhoven*. Opgevraagd op 2 maart 2016 van www.movisie.nl

Nederlands Jeugd Instituut (n.d.). *Interventie opgroeien met liefde*. Opgevraagd op 9 maart 2016 van www.nji.nl

Nederlands Jeugd Instituut (n.d.). *Transformatie Jeugdhulp*. Opgevraagd op 13 maart 2016 van www.nji.nl

Nederlands Jeugd Instituut (2015). *Seksualiteit niet langer taboe in jeugdhulp*. Opgevraagd op 14 maart 2016 van www.nji.nl

Nnaji, R.N., & Friedman, T. (2008). Sexual dysfunction and schizophrenia: psychiatrists' attitudes and training needs. *Psychiatric Bulletin*, 32, 208-210.

Rutgers (2016). *Geslaagde seksles Tweede Kamer met Rutgers en Goedeke Liekens*. Opgevraagd op 26 mei 2016 van www.rutgers.nl

Rutgers (n.d.). *Welke rol past bij u?* Opgevraagd op 30 maart 2016 van www.seksindepraktijk.nl

Rutgers WPF (2012). *Seks onder je 25^e*. Opgevraagd op 11 maart 2016 van www.rutgers.nl

Rutgers WPF (2013). *Aandacht voor gezonde seksuele ontwikkeling in jeugdzorginstellingen: wat gebeurt er al?* Opgevraagd op 14 maart 2016 van www.rutgers.nl

SEKSUALITEIT pràt erover. *Bijzijn XL*, 5(10), 14-15

Sensoa (2016). *Waarom praten over seks belangrijk is*. Opgevraagd op 30 maart 2016 van www.seksualiteit.be

Soa Aids Nederland & Rutgers WPF (2014). *Seks onder je 25e, van onderzoek naar actie*. Opgevraagd op 15 maart 2016 van www.soaids.nl

WHO (2010). *Standarts for Sexuality Education in Europe*. Cologne: BZgA.

Woudenberg, A., Van (2009). *Werken aan het CJG*. Assen: Koninklijke van Gorcum.

Zimbardo, P. G., Johnson, R. L., & McCann, V. (2011). *Psychologie de essentie*. Amsterdam: Pearson.

Zwiep, C. (2005). *Kinderen en seksualiteit; Pedagogische begeleiding in de kinderopvang*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Zwiep, C. (2008). *De seksuele opvoeding van jonge kinderen Ervaringen van moeders en leidsters*. Amsterdam: Fonds voor wetenschappelijk onderzoek seksualiteit.

Bijlage 1: Topiclijst

Inleiding

Doel

Opname, toestemming, anonimiteit

Rol

Persoonlijke gegevens

Leeftijd

Geslacht

Opleiding

Geloof

Dienstjaren CJG

Dienstjaren doelgroep

1. Wat verstaan de hulpverleners van het Centrum voor Jeugd en Gezin middelgrote gemeente onder seksualiteit?

Inleiding

Het begrijpen van de term 'seksualiteit'

Algemene attitude en visie op mensen die bij het CJG komen en hun seksualiteit

Rol seksualiteit binnen CJG

2. Hoe ervaren hulpverleners de huidige bespreekbaarheid met betrekking tot het onderwerp seksualiteit binnen het Centrum voor Jeugd en Gezin middelgrote gemeente?

Dagelijkse praktijk

Casuïstiek

De ervaring van de hulpverlener op het vlak van omgaan met problemen i.v.m. seksualiteit gerelateerd aan de casus

Professionele socialisatie

Verantwoordelijkheid

Inschatting van de reactie van de ander

Vorming, training en opleiding

Kennis van het beleid van de organisatie op het gebied van seksualiteit en relaties

3. Hoe zien de hulpverleners de toekomst omtrent seksualiteit binnen het Centrum voor Jeugd en Gezin middelgrote gemeente?

We hebben het hier en daar al gehad over hoe jij de beroepspraktijk binnen het CJG rondom seksualiteit graag zou zien maar ik zou de gewenste situatie, zoals jij die ziet, graag nog concretiseren.

Casuïstiek

4. Wat zijn volgens de hulpverleners van het Centrum voor Jeugd en Gezin factoren die de gewenste situatie tegen houden?

Het gevoel en beleving al aanwezig vóór de besproken casus

Praktische belemmeringen

Afsluiting

Bedankt

Extra vragen

Evaluatie interview

Verbeterproces per interview daarom jouw feedback erg belangrijk voor kwaliteit onderzoek.

Hoe vond je het gaan?

Heb je vragen gemist ?

Tips voor mij als interviewer?

Zijn er antwoorden van collega's waar je erg benieuwd naar bent?

Als jij interviewer was, waar zou je dan nog nieuwsgierig naar zijn bij collega's?

Bijlage 2: Codeboom

