

# Productverslag

## Adviesrapport Seksualiteit & intimiteit FPA Parnassia



**Door:  
Teresa Dijksman  
20006542**

**SPH dual 4a  
Haagse Hogeschool**

**Datum:  
23-04-2007**

**Afstudeerbegeleider:  
Patrick Hoff**

## **Voorwoord**

Dit productverslag heb ik geschreven naar aanleiding van mijn afstuderen voor de opleiding Sociaal Pedagogische Opleiding aan de Haagse Hogeschool.

Dit productverslag is een onderdeel van het eindproduct en dient dan ook als bijlage van het product.

In dit voorwoord wil ik van de gelegenheid gebruik maken om enkele personen te bedanken.

Allereerst wil ik Patrick Hoff bedanken die mij heeft voorzien van de nodige feedback tot op het allerlaatste moment. Bedankt voor je flexibiliteit en inzet.

Ik wil graag Bernard bedanken voor het nalezen van mijn documenten en omgaan met mijn grillige karakter tijdens het afstuderen.

Ook Paula wil ik bedanken voor het nalezen van mijn document.

Mijn dank gaat ook uit naar de afdeling. Ronald, bedankt voor de overgeplande uren zodat ik aan mijn afstuderen kon werken. Collega's bedankt voor het meedenken en alle steun.

Teresa M. Dijkman  
23-04-2007  
Monster

## Samenvatting

Na navraag bleek er geen beleid te bestaan rond seksualiteit en intimiteit binnen de afdeling FPA Parnassia. Voor mijn afstuderen maak ik een adviesrapport die als basis de volgende probleemstelling heeft: Op welke wijze kan er adequaat vorm worden gegeven aan een seksualiteit en intimiteit beleid binnen de FPA die inzicht geeft in hoe om te gaan met seksualiteit en intimiteit binnen de FPA?

Seksualiteit en intimiteit kan op vele manieren uitgelegd worden. Daarnaast lijkt iedereen een eigen uitleg van de woorden te hebben. Juist omdat mensen het allen verschillend ervaren, is het van belang dat er over gesproken wordt, zodat je bij de cliënt navraag kan doen hoe zij dat ervaren.

Seksueel geweld is iets wat ook onder de cliënten op de afdeling voorkomt in verschillende varianten. Aangezien de FPA een afdeling is die ook risicotaxaties doet, is een risicotaxatie voor zedendelicten een pré. Wel is het belangrijk op dit op indicatie te doen en niet iedereen dit te laten doen.

Er is een behoefte aan een duidelijk beleid omtrent seksualiteit en intimiteit, maar dit ontbreekt nog. Dit hebben teamleden aangegeven. Op andere Forensische afdelingen mist er ook nog een duidelijk beleid of deze is nog ontwikkeling. Ik denk dat het voor de teamleden goed zou zijn als zij een klinische les zouden krijgen over seksualiteit en intimiteit. De klinische lessen zouden dan tweeledig moeten zijn: een deel hoe hebben mijn normen effect in mijn houding als professional zijnde en wat zijn handvatten om het gesprek aan te gaan met cliënten over seksualiteit en intimiteit. Daarnaast is het goed om een vraagbaak te hebben die beschikt over veel informatie over het onderwerp of weet waar er informatie te halen valt.

Het is verstandig dat Parnassia onderzoek gaat doen naar hoe zij een uitgebreider seksualiteit en intimiteit beleid kunnen opzetten. Voor de FPA denk ik dat er in het beleid wel ruimte moet zijn voor seksualiteit en intimiteit en dat de regels op de individu moeten worden aangepast.

Schizofrenie heeft invloed op de seksualiteit- en intimiteitbeleving. Zo hebben mensen met schizofrenie vaak een achterstand in de seksuele ontwikkeling, maar kunnen wel wisselende contacten hebben. Er is duidelijk geworden dat de doelgroep vaak onbeschermde seks heeft. Ik ben van mening dat het daarom van belang is dat er voorlichting aan de cliënten komt in het kader van SOA preventie.

Vaak hebben de cliënten vanuit hun psychische stoornis ook moeite om om te gaan met reguliere sociale contacten Er is een liberman module die goed aansluit hierbij. De module heet: omgaan met sociale relaties en intimiteit. Cliënten krijgen hierbij handvatten om hiermee om te gaan. De FPA biedt al enkele andere liberman modules aan en is gewend aan de methode.

Voor een uitgebreide samenvatting van stuk, zie Hoofdstuk 6: Analyse

## **Inhoudsopgave**

Verklarende woordenlijst	6
Hoofdstuk 1: Inleiding	8
1.1 Motivatie	9
1.2 Aanleiding	9
1.3 Probleemstelling	10
1.4 Doelstelling	10
1.5 Doelgroep	10
1.6 Deelvragen	11
1.7 Koppeling SPH	11
Hoofdstuk 2: Seksualiteit en intimiteit	12
2.1 Intimiteit	12
2.2 Seksualiteit	13
2.3 Seksualiteit in de cultuur en de samenleving	13
2.4 Seksueel geweld	14
Hoofdstuk 3: Organisatie	15
3.1 Parnassia	15
3.2 Beleid Parnassia omtrent seksualiteit en intimiteit	16
3.3 PSYQ, afdeling seksuologie	17
3.4 FPA	17
3.5 Huidig beleid FPA	18
3.5.1 Hantering van het beleid op de FPA	18
Hoofdstuk 4: Schizofrenie	20
4.1 Schizofrenie	20
4.1.1 DSM criteria	20
4.1.2 Oorzaak, behandeling en gevolgen	21
4.1.3 De oorzaak	21
4.1.4 Symptomen van schizofrenie	21
4.1.5 De psychotische periode en daarna	22
4.1.6 De behandeling	22
4.1.7 De gevolgen	22
4.2 Koppeling schizofrenie en seksualiteit	22
4.3 Koppeling seksualiteit en medicatie	24
Hoofdstuk 5: Onderzoek	26
5.1 Visie Management	26
5.1.1 Gesprek met Ronald Geleynse, Afdelingshoofd bedrijf en uitvoering FPA	26
5.1.2 Gesprek met Willem Guijt, Hoofdbehandelaar FPA	26
5.1.3 Gesprek met Mariska Schipper, GZ psycholoog in opleiding	27
5.2 Visie Team	28
5.2.1 Enquête	28
5.3 Visie cliënten	30
5.4 Visie andere Forensische afdelingen	31
5.4.1 FPA Heiloo, Orlando Son A Hing	31
5.4.2 FPK Assen, Bert Vos	31
5.4.3 FPA Halsteren, Sophie van Meel	32
5.4.4 FPA Halsteren, Eline van Dijk	32
5.4.5 FPA Venray, Tiny van de Riet	32
5.5 Werkgroep	33
5.5.1 Eerste bijeenkomst	33
5.5.2 Tweede bijeenkomst	34
5.5.3 Derde bijeenkomst	34
5.6 Kennis en competenties	35
5.6.1 Aanwezige competenties	35

5.6.2 Benodigde competenties	35
5.7 Verantwoording onderzoek	36
5.7.1 Werkwijze	36
5.7.2 Validiteit	36
Hoofdstuk 6: Analyse	38
6.1 Analyse hoofdstuk 1	38
6.2 Analyse hoofdstuk 2	38
6.3 Analyse hoofdstuk 3	39
6.4 Analyse hoofdstuk 4	39
6.5 Analyse hoofdstuk 5	40
Hoofdstuk 7: Conclusie	42
Hoofdstuk 8: Product	44
8.1 Verantwoording van de keuze van het product	44
8.2 Opzet van het product	44
8.3 Evaluatie	45
Literatuurlijst	46
Literatuur	46
Websites	46
Folders /readers /afdelingsdocumenten/artikelen	46
Bijeenkomsten / symposia	46
Bijlage 1	47
Bijlage 2	48
Bijlage 3	49

## **“Schrikt u ook bijna meer van een coïtus dan van een zelfmoord?”**

(bron: medilex)

## Verklarende woordenlijst

**FPA:** Forensisch psychiatrische afdeling

Dit is een afdeling voor mensen met een psychiatrische stoornis, die daarnaast een delict hebben gepleegd en daarom opgenomen worden. Uitgebreidere omschrijving is te vinden bij het stuk over de afdeling, zie bladzijde 17.

**PBW:** Penitentiare beginselenwet

De rechten van gedetineerden (gevangenen) zijn neergelegd in de Penitentiare Beginselenwet.

**W.v.Sr :** Wetboek van strafrecht

Het Nederlandse Wetboek van Strafrecht bepaalt in welke gevallen er aan mensen of rechtspersonen een straf kan worden opgelegd.

Het Wetboek van Strafrecht bestaat uit drie boeken.

1. Algemene bepalingen
2. Misdrijven
3. Overtredingen

(bron: [www.wikipedia.nl](http://www.wikipedia.nl))

**W.v.Sv :** Wetboek van strafvordering

Het Wetboek van Strafvordering bepaalt hoe strafbare feiten vervolgd worden.

(bron: [www.wikipedia.nl](http://www.wikipedia.nl))

**PB-er:** Persoonlijk begeleider

Op de FPA krijg iedere cliënt twee persoonlijke begeleiders aangewezen. Deze begeleiders maken de plannen voor de cliënt, voeren gesprekken en regelen allerlei zaken.

**TBS:** Terbeschikkingstelling

De uitdrukking TBS staat voor terbeschikkingstelling. Het is een maatregel die door de rechter wordt opgelegd aan een veroordeelde die een zwaar misdrijf heeft gepleegd en die in mindere of meerdere mate ontoerekeningsvatbaar is. Dat wil zeggen dat hij zodanig geestelijk gestoord is dat hij niet of maar ten dele wist wat hij deed toen hij het misdrijf pleegde. ([www.forensischepsychiatrie.nl](http://www.forensischepsychiatrie.nl))

**SOA:** Seksueel Overdraagbare Aandoening

**SPH:** Sociaal pedagogische hulpverlening

Dit is een HBO opleiding met vakken die gericht zijn op de Sociaal agogische vakken. Als de opleiding is afgerond kan de SPH'er werken in de zorg met verschillende doelgroepen (o.a. lichamelijk gehandicapten, verstandelijk gehandicapten en psychiatrische cliënten)

**HKZ:** Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector

De wet verplicht instellingen om zorg van goede kwaliteit te leveren. Afdelingen moeten zich certificeren volgens de normen van de ISO 9001.

**Liberman module:** een trainingsprogramma waarmee men leert beter zelfstandig te functioneren. Deze module is geschikt voor mensen met schizofrenie.

**SVR-20:** Sexual Violence Risk 20. Dit is een vragenlijst met 20 vragen. Aan de hand van deze lijst kan er een risicotaxatie voor zedendelicten worden gedaan.

**HKT-30:** Historie Klinisch Toekomst 30. Dit is een vragenlijst met 30 vragen. Aan de hand van deze lijst kan er een risicotaxatie voor delictrecidive worden gedaan.

**VOV:** Verpleegkundigen en of andere verzorgenden. Deze term wordt regelmatig gebruikt binnen de FPA om de begeleiders mee aan te duiden.

**FPK:** Forensische Psychiatrische Kliniek: Zie omschrijving FPA. Vaak is de doelgroep zwaarder in de FPK dan op een FPA.

## **Hoofdstuk 1: Inleiding**

Dit is het productverslag voor mijn afstuderen in opdracht van de Haagse Hogeschool opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening.

Voor mijn afstuderen ga ik een advies geven over het seksualiteit- en intimiteitbeleid voor de afdeling waar ik werkzaam ben, de forensisch psychiatrische afdeling van Parnassia. Dit onderdeel is het productverslag. In dit productverslag leg ik verslag van een onderzoek wat ik heb gehouden op mijn afdeling en wat uiteindelijk moet concluderen in een aantal adviezen. Die adviezen verwerk ik als adviesrapport in mijn eindproduct.

In dit document zal er worden gesproken over Parnassia. Nu is het zo dat tijdens de ontwikkeling van dit document Parnassia vele veranderingen heeft ondergaan, waaronder een naamsverandering. Parnassia heet nu de Parnassia Groep. Om onduidelijkheid te voorkomen zal er in dit document gebruik worden gemaakt van de naam Parnassia.

Ik heb er voor gekozen om in dit document te praten over cliënten. Ik vind dit vriendelijker klinken dan patiënt. Bovendien door de marktwerking is zorg steeds meer een product dat wordt aangeboden en de cliënt is dus steeds meer klant.

Door aan dit afstudeerproject te werken, ontwikkel ik de volgende competenties:

- “ontwerpen van een probleemstelling naar aanleiding van gesignaleerde problematiek, die relevant is in het kader van de actuele beroepspraktijk;
  - selecteren, analyseren en toepassen van relevante literatuur en andere informatiebronnen in relatie tot deze probleemstelling;
  - ontwerpen van een eindproduct dat een antwoord geeft op de probleemstelling en dat is gebaseerd op de verworven en met analyses gestaafde inzichten;
  - verantwoorden van inhoudelijke en procesmatige keuzes die gedurende het proces gemaakt worden.
  - verdedigen van de gemaakte producten in een individueel gesprek.”
- (Bron: handleiding afstudeerproject 06/07 dtdu)

In het vervolg van dit hoofdstuk komt er aan bod hoe ik tot het onderwerp ben gekomen en wat daar de aanleiding van was. Daarna beschrijf ik wat de probleemstelling is. Ook wordt er benoemd wie de doelgroep is voor het adviesrapport.

In de hoofdstukken die daarop volgen zal er steeds antwoord worden gegeven op de verschillende deelvragen. In de inleiding van elk hoofdstuk zal steeds worden benoemd welke deelvragen er in het hoofdstuk beantwoord zullen worden.

In hoofdstuk 2 wordt erg ingegaan wat ik versta onder seksualiteit en intimiteit. Er wordt ook ingegaan op seksualiteit en cultuur en seksueel geweld.

Hierop volgt een beschrijving van de organisatie en het beleid in hoofdstuk 3. Ook het beleid op de afdeling wordt hierin benoemd.

Daarna wordt er in hoofdstuk 4 uitleg gegeven over het ziektebeeld schizofrenie en de relatie met seksualiteit.

In hoofdstuk 5 wordt er een verdere uitwerking van het onderzoek gegeven. Hierin zijn uitwerkingen te vinden van verschillende interviews en de uitkomst van een enquête onder de teamleden.

In hoofdstuk 6 volgt de analyse van het geheel met daarna in hoofdstuk 7 de conclusies. Tot slot wordt er in hoofdstuk 8 een toelichting gegeven over het uiteindelijke verslag.



## 1.1 Motivatie

Vorig jaar kregen we in de opleiding het vak seksualiteit. Wij kregen de opdracht om uit te zoeken wat voor beleid jouw afdeling hanteerde. Ik kwam erachter dat wij geen duidelijk beleid hadden. Bij navragen bij collega's kwam ik erachter dat er wel vraag naar was, maar dat er niks op papier stond. Een collega wist mij te vertellen dat een inmiddels ex-collega ooit had getracht een beleid op te zetten, maar daar is toen niets meer van gekomen. Die collega stuitte op weerstand van het management en er werd gezegd dat het lastig is om het beleid op te zetten. Dit dateert van augustus 2001.

Ik ben nu op een afdeling waar hoofdzakelijk mannelijke cliënten verblijven en veel van die mannen hebben een tijd in detentie gezeten. Dit houdt in dat als ze op de afdeling komen dat ze soms voor het eerst weer vrouwen in alledaagse kleding zien. Er zijn er die staren naar de vrouwelijke collegae of avances maken. Het gebeurt ook wel dat er een vrouwelijke cliënt op de afdeling verblijft. Zo hadden wij een vrouw die 's ochtends in de rookkamer ging zitten in alleen een te kleine nachtjapon. Sommige mannelijke cliënten reageerden hierop, door seksueel getinte opmerkingen te maken. Een ander voorbeeld is, dat het is voorgekomen dat twee cliënten een relatie met elkaar kregen. Er is hen afgeraden hiermee verder te gaan en zij hebben de relatie dan ook verbroken. Ik heb me wel afgevraagd op basis waarvan hen dit is afgeraden en of dit een afdelingsbeleid is. Dit was een onderwerp van discussie op de afdeling. Wat mag je wel en wat mag je niet toelaten op een forensische afdeling. Waarin moet je de cliënten zoveel mogelijk laten resocialiseren en wanneer moet je beheersen voor de veiligheid. Allemaal vraagstukken die mijn interesse voor dit onderwerp hebben gewekt.

Inmiddels zit de gehele FPA in een nieuwbouw en er is nog steeds geen beleid op het gebied van seksualiteit & intimiteit, behalve dan een algemene gedragscode, maar die is in mijn ogen verre van toereikend op het gebied van seksualiteit & intimiteit.

Verder wilde ik weten hoe familieleden en vrienden van mensen uit de psychiatrie erover dachten en ik ben naar een bijeenkomst van Parnassia, afdeling preventie gegaan: psychiatrie en seksualiteit. De familieleden en vrienden van cliënten gaven aan dat er bijna nooit over gesproken wordt, terwijl het voor hun een heel belangrijk onderwerp is. Zij gaven tijdens de bijeenkomst aan met een hulpverlener over seksualiteit & intimiteit te willen praten, bijvoorbeeld als hun partner of vriend is opgenomen. Ik neem aan dat dit ook geldt voor de FPA. Ik zal dit echter niet gaan onderzoeken omdat ik dan mijn onderwerp te groot maak. Naar deze bijeenkomst gaan en horen hoe belangrijk seksualiteit en intimiteit is, terwijl er weinig ruimte voor is in de GGZ was voor mij een ook aan aanleiding om dit beleid te gaan ontwikkelen.

## 1.2 Aanleiding

Bovenstaande was voor mij aanleiding om mij te verdiepen in het beleid omtrent seksualiteit en intimiteit. In mijn eerste jaar was ik al geboeid door het feit dat de seksuele activiteit in de bosjes op het terrein van Parnassia zo hoog lag en sommige cliënten seks met elkaar blijken te hebben voor een sigaret.

Het verbaast mij dat zo een wezenlijk onderdeel van het 'mens zijn' nauwelijks een onderwerp van discussie, gesprekken en beleid is, terwijl het mij zo duidelijk een onderwerp lijkt die de cliënten bezighoudt en een belangrijk onderdeel in hun resocialisering kan zijn.

Ik ben niet de enige die deze mening heeft. Het grootste gedeelte van mijn collega's heeft aangegeven een gebrek aan afspraken omtrent seksualiteit & intimiteit te ervaren. Zo weten wij, ik ben tenslotte onderdeel van het team, vaak niet of erotisch lectuur wel

of niet mag, mag een cliënt Spaanse vlieg bezitten of andere erotisch getinte voorwerpen? Niet iedere collega weet hoe ze om moeten gaan met verliefdheid van een cliënt (dat zowel naar medecliënten als collegae gericht kan zijn).

Ik merk aan cliënten dat zij niet duidelijk weten wat wel en niet mag op de afdeling op het gebied van seksualiteit en intimiteit. Vaak schiet kennis tekort. Een voorbeeld hiervan is: een cliënt die zegt geen SOA's te kunnen krijgen, want dit was hem nog nooit overkomen. In plaats van een condoom te gebruiken vroeg hij om jodium om zijn geslachtsdeel te ontsmetten.

Ik zie het als een uitdaging om hiermee aan de slag te gaan. Het is niet het makkelijkste onderwerp, zeker omdat het onderwerp taboe lijkt in de psychiatrie. Mijn afdelingshoofd was er in eerste instantie niet enthousiast over. Door voortschrijdende inzichten en een incident is hij al meer geïnteresseerd en zelfs stimulerend in mijn afstudeeronderwerp. Zo mocht ik naar een symposium over seksualiteit en intimiteit in de GGZ. Ik ervaar daaruit dat hij mijn opdracht steunt. Ik heb ook een werkgroep binnen de afdeling kunnen opzetten en hier wordt ook gebruik van gemaakt door het multidisciplinaire team. Problemen worden aan de werkgroep voorgelegd

Het management heeft aangegeven dat zij het wel belangrijk vindt dat er een advies komt over seksuele intimidatie van collegae onder elkaar. Ik heb in overweging genomen om dit mee te nemen in mijn adviesrapport, maar de werkgroep en ik waren het erover eens dat dat een onderzoek op zich is en bovendien geeft de gedragscode daar al de normen voor. Er wordt momenteel een afdelingbeleid herschreven met behulp van de multidisciplinaire richtlijnen schizofrenie. Ik zal ook deze richtlijnen gebruiken bij het maken van het adviesrapport. Dit is voor mij een pragmatisch overweging, omdat ik hierdoor de haalbaarheid van mijn adviesrapport vergroot door het aan te passen aan enkele voorwaarden die mijn afdeling heeft opgesteld. Ik hoop tenslotte dat er wat met mijn adviezen wordt gedaan, nu men enthousiast is geworden over het onderwerp.

Kortom, ik zie dat het grootste probleem op dit moment is dat seksualiteit en intimiteit een onderwerp is waar collegae, cliënten en management moeite mee hebben om over te praten. Daarnaast lijkt men het moeilijk te vinden hiermee om te gaan. Het ontbreken van een duidelijk beleid maakt dit alleen maar moeilijker. Binnen het management was er nog weinig draagvlak voor dit onderwerp, maar tijdens mijn onderzoek is men al steeds meer geënthousiasmeerd. Ik denk dat het van toevoegende waarde kan zijn voor zowel cliënt, als team, als management als er duidelijke regels zijn voor de veiligheid van cliënten en collegae en om die reden wil ik een advies geven aan het management voor de FPA.

### **1.3 Probleemstelling**

Op welke wijze kan er adequaat vorm worden gegeven aan een seksualiteit- en intimiteit beleid binnen de FPA die inzicht geeft in hoe om te gaan met seksualiteit en intimiteit binnen de FPA?

### **1.4 Doelstelling**

Voor eind april een adviesrapport ontwikkelen voor een seksualiteit- en intimiteitbeleid voor de FPA die handvatten geeft voor het team.

### **1.5 Doelgroep**

De doelgroep voor het product zijn het management en de teamleden van de FPA. Het management beslist over het beleid en de teamleden dragen bij aan de uitvoering van het beleid. De nadruk ligt wel op het management omdat als zij het beleid afkeuren, kan

het niet worden doorgevoerd. Zij beslissen over het beleid en de financiering van het beleid.

## 1.6 Deelvragen

- Wat wordt er verstaan onder seksualiteit en intimiteit?
- Welk beleid is er in de huidige situatie op de FPA omtrent seksualiteit en intimiteit?
  - Hoe wordt dit beleid gehanteerd?
- Hoe kijkt het management op de FPA aan tegen seksualiteit en intimiteit?
- Hoe kijkt het team op de FPA aan tegen seksualiteit en intimiteit?
- Hoe kijken de cliënten op de FPA aan tegen seksualiteit en intimiteit?
- Wat is op andere forensische afdelingen aan informatie/beleid omtrent seksualiteit en intimiteit?
- Wat wordt er verstaan onder schizofrenie?
- Welke kennis en competenties zijn er in huis omtrent seksualiteit en intimiteit?
- Welke kennis en competenties zijn er nodig om om te gaan met seksualiteit en intimiteit op de afdeling?

## 1.7 Koppeling SPH

Seksualiteit en intimiteit komt meerdere malen terug in de opleiding SPH. Er zit zelfs een vaste module in de opleiding. Seksualiteit en intimiteit komt in meerdere vakken voor, zo komt het terug in de ontwikkelingspsychologie, Freud's visie op seksualiteit, Maslow en zijn behoeftehiërarchie waarin staat dat seks de basisbehoefte is van de mensen, zie bijlage 1.

Matthieu Heemelaar (2000, 17) weet het in zijn boek te verwoorden: "cliënten in de sociaal-agogische en verpleegkundige beroepen hebben intieme, maar soms ook seksuele verlangens. Sommige cliënten hanteren die adequaat, andere niet. De verlangens kunnen gericht zijn op andere cliënten, hulpverleners en derden. Vaak worden deze verlangens door hulpverleners genegeerd, soms uit onwetendheid en verlegenheid.[...] Terwijl seksualiteit op zich een gezondmakende en motiverende uitwerking kan hebben"

Ik heb het idee dat seksualiteit in de psychiatrie niet als een volwaardig onderdeel van de cliënt wordt gezien.

Mijn afdelingshoofd zei: "seksualiteit is iets voor na de behandeling". Ik denk dat dit komt omdat de afdeling getraind is het zieke deel beter te maken. Ik denk seksualiteit wordt gezien als een stukje gezond gedrag. SPH'ers worden juist zo geschoold dat ze niet alleen naar het zieke gedeelte van de cliënt kijken, maar ook naar wat ze nog wel kunnen.

Voor het maken van mijn afstudeeropdracht maak ik gebruik van verschillende SPH competenties. Ten eerste wordt het een advies voor een beleid. Ik maak hierbij gebruik van meerdere competenties op het gebied van management. Daarnaast gebruik ik vaardigheden die ik vorig jaar heb geleerd met het kwalitatief onderzoek. Een aantal voorbeelden hier van zijn: Interviewen, literatuur zoeken en het maken van een startdocument, procesverslag en eindproduct.

## Hoofdstuk 2: Seksualiteit en intimiteit

Dit verslag begint met: ´productverslag, adviesrapport seksualiteit en intimiteit FPA Parnassia.´ Om een duidelijk beeld te schetsen is het nodig om te weten wat er in dit document onder seksualiteit en intimiteit wordt verstaan, hoe dit in de Nederlandse cultuur tot uiting komt en er wordt een link gelegd naar seksueel geweld.

In hoofdstuk 4 kom ik terug op het onderwerp seksualiteit in koppeling met schizofrenie

### **2.1 Intimiteit**

In het woordenboek (van Dale) wordt intimiteit als volgt omschreven: "grote vertrouwdheid"

E. van Gaal (1998,14) zegt hierover het volgende:

"In de psychologie is intimiteit een concept dat men gebruikt om de kwalitatieve aspecten van een relatie aan te duiden (Van der Broucke,1987) intimiteit staat voor het gevoel vaneen ander te houden en vice versa, je veilig, vertrouwd en op je gemak voelen en je gevoelens kunnen uiten en delen. Het gaat om verbondenheid, die geestelijk, lichamelijk en /of seksueel kan zijn ´" (Van Doorn,1994)

De visie van de Maaskringgroep in Seksualiteit beleid? Gewoon doen! (2003, 45):

"Lichamelijke intimiteit: het knuffelen, bij een ander of bij elkaar wegkruipen, elkaar vasthouden, stoeien en ravotten.

Psychische intimiteit: lieve woordjes zeggen, zich geestelijk tot iemand aangetrokken voelen, zich geaccepteerd voelen, zich één voelen met de ander.

Hilde van der Ploeg (2001) zegt hier over het volgende: Het woord intimiteit wordt gebruikt voor zowel lichamelijke als psychische intimiteit.

Bij lichamelijke intimiteit gaat het om aanrakingen, strelingen en/of seks, terwijl psychische intimiteit verwijst naar een gevoel van emotionele verbondenheid.

"Intimus" is Latijns voor "het binnenste, het diepste". Psychische intimiteit ontstaat als je wat er binnen in je leeft met iemand deelt. Je laat je kennen en verlangt ernaar de ander te (leren) kennen.

Een intieme relatie wordt gekenmerkt door vertrouwdheid, respect, innigheid, betrouwbaarheid, vrijmoedigheid, wederkerigheid, veiligheid, plezier, humor, samenhang, openheid en wederzijdse waardering. In een intieme relatie is er ruimte voor verschillen en ben je gericht op wederzijdse groei. Empathie (inlevingsvermogen) is hierbij een sleutelwoord.

Psychische en lichamelijke intimiteit kunnen samengaan, maar dat hoeft niet. Je kunt je heel nauw met iemand verbonden voelen zonder lichamelijk contact te hebben en je kunt met iemand vrijen die je niet kent en met wie je geen speciale band hebt. Kortom, seks en psychische intimiteit zijn in principe twee verschillende zaken.

Ik zelf zie intimiteit als iets wat vertrouwd en veilig aanvoelt. Dit zijn de voorwaarden dat ik intiem met iemand kan zijn. Intimiteit ervaar ik ook bij familie en vrienden. Andere vormen van intimiteit vind ik aanraking, streling en dicht bij elkaar zijn. Verder kan ik mij in de bovenstaande beschrijvingen goed vinden.

## 2.2 Seksualiteit

In het woordenboek (van Dale) wordt seksualiteit omschreven als: "beleving van seks, geslachtsleven, liefdesleven"

Ik geef nog een omschrijving als aanvulling:

C. Cornuit (1992, 17) heeft de volgende mening: " Nog regelmatig worden intimiteit en seksualiteit onderscheiden door te stellen dat Intimiteit iets ´geestelijks´ is en seksualiteit iets lichamelijks. Anderzijds bestaat er een duidelijke tendens waarbij ervan uit ervan wordt uitgegaan dat intimiteit zowel met de geest als het lichaam te maken heeft. Hierdoor is seksualiteit een natuurlijk element van intimiteit. Er bestaan blijkbaar verschillende opvattingen over de gevoelens.[...]

Seksualiteit is te zien als een vorm van intimiteit of liefde, de gerichtheid om in een grotere eenheid op te gaan. In deze omschrijving staat seksualiteit los van voortplanting."

De visie van de Maaskringgroep in Seksualiteit beleid? Gewoon doen! (2003, 45):

´Seksualiteit: het totaal van verschijnselen dat betrekking heeft op het seksuele leven. Seksuele opwinding: seksueel geprikkeld zijn, zich lichamelijk tot de ander aangetrokken voelen en vrijen.´

Ik zie seksualiteit als het vrijen met een partner, op welke manier dan ook. Onder seksualiteit versta ik daadwerkelijk seks hebben of in opgewonden toestand verkeren. De opgewonden toestand kan je ook inkomen zonder partner. Voor mij is intimiteit een voorwaarde voor seksualiteit, maar ik ben mij er van bewust dat dit niet voor iedereen geldt.

## 2.3 Seksualiteit in de cultuur en de samenleving

Wikipedia (2007) geeft hierover deze informatie:

"In de Nederlandse taal bestaan vele bedekte termen om over seks te praten. Dat komt doordat seks vanouds met gevoelens van schaamte omringd is. In relaties tussen mensen, ook tussen mensen die geen seksuele handelingen met elkaar verrichten, speelt seksualiteit een grote rol. Zo bestaat er veel discriminatie op grond van sekse of seksuele geaardheid, hoewel dit in westerse culturen steeds meer als minder wenselijk wordt ervaren.

Pornografie, het afbeelden van seksuele handelingen, of mensen in seksueel opwindende houdingen, is een beladen onderwerp. Omdat vooral mannen in pornografie geïnteresseerd zijn, bestaat het leeuwendeel van de pornografie uit afbeeldingen van vrouwen. In toenemende mate verschijnt pornografie met mannen als onderwerp, zowel voor de homoseksuele man alsook voor geïnteresseerde vrouwen. In de schilderkunst heeft pornografie altijd bestaan, al moet worden gezegd dat het afgebeelde vrouwelijke naakt in de schilderkunst dikwijls niet als porno wordt beschouwd. Als bepaalde culturele grenzen overschreden worden, wordt pornografie echter taboe: een verboden uiting, voor iedereen of voor bepaalde groepen, zoals kinderen.

Prostitutie is in de westerse cultuur vanouds een vorm van bedrijfsvoering waarbij personen, meestal vrouwen, geld verdienen met het verlenen van seksuele diensten. In andere culturen maakt het soms deel uit van godsdienstige gebruiken. Prostitutie werd in het christelijke Europa meestal negatief bekeken door de kerken. Vaak was het verboden, wat de bedrijfstak echter niet uitroeide; op andere momenten werd het juist toegestaan om bepaalde problemen onder controle te kunnen houden. Vroeger vooral de verspreiding van geslachtsziekten, tegenwoordig denkt men uitbuiting van prostituees en vrouwenhandel zodoende te kunnen tegengaan.

Tegen diverse vormen van seksualiteit bestaan religieuze en ethische bezwaren. Religieuze bedenkingen vloeien voort uit de desbetreffende godsdienstige overtuigingen zoals die tot uiting komen in religieuze boeken, bijvoorbeeld de Bijbel of de Koran. In deze boeken worden allerlei seksuele handelingen en gedragingen als zondig bestempeld."

Ik ben van mening dat cultuur een belangrijke invloed heeft op seksualiteit. De cultuur bepaalt de normen van seksualiteit. Ik denk dat Nederland soms denkt dat er geen taboe meer rust op seksualiteit, maar ik ben het daar niet mee eens. Genoeg mensen hebben schaamte om erover te praten. Ik denk dat iemand makkelijker zegt dat hij of zij een depressie heeft dan dat zij zeggen dat ze seksuele problemen hebben.

## 2.4 Seksueel geweld

Wikipedia (2007) geeft het volgende aan over seksueel geweld:

"Seksuele handelingen zijn, in onze westerse samenleving, geaccepteerd wanneer gelijkwaardige partners elkaar vrijwillig de wens te kennen geven een seksueel contact te willen aangaan. Gelijkwaardigheid wil hier zeggen dat de partners voldoende bekwaam zijn om hun wil kenbaar te maken. Ouderen mogen bijvoorbeeld bij kinderen, die dat op zich mogelijk niet tegengaan, geen seksuele handelingen verrichten. Een hulpverlener mag ook een wilsonbekwame gehandicapte niet seksueel misbruiken. De gelijkwaardigheid komt dan in het gedrang. Daarnaast is vrijwilligheid belangrijk. Er is dus geen sprake van een afhankelijkheidsrelatie in die zin dat de een zijn of haar wil oplegt aan de ander. Seksuele handelingen zonder wederzijdse instemming zijn aanranding en verkrachting; in beide gevallen gaat het om seksueel misbruik of seksueel geweld. Wanneer familieleden onderling seksuele handelingen verrichten heet dit incest.

In het geval de handelingen in familieverband onder dwang plaatsvinden, doorgaans in de relatie vader-kind of broer-zus, moeder-zoon en zus-broer komt veel minder voor, is er sprake van seksueel misbruik of seksueel geweld en is er volgens de wetgever sprake van een strafbaar feit waarvoor de pleger of plegers dient of dienen te worden vervolgd. Incest waartoe een familielid wordt gedwongen is altijd psychisch schadelijk, omdat het vaak gepaard gaat met geweld; het slachtoffer dient immers onder dwang te gehoorzamen aan de wil van de dader, maar ook omdat de pleger bang is dat er wordt gepraat en die angst vaak in geweld zal omzetten. Veelal is incest een langdurige aangelegenheid, het misbruik en het geweld duren vaak jaren achtereen. In Nederland is incest, hoewel het soms lijkt dat het niet zo is, een taboe. Omdat maar weinig gevallen in de openbaarheid treden, door de betrokkenen wordt er hardnekkig over gezwegen, komt incest (bloedschande) veelvuldiger voor dan mensen denken. Hoewel incest thans in bijna alle culturen als verwerpelijk wordt beschouwd, kan seksueel contact tussen familieleden met wederzijdse instemming plaatsvinden.

Seksueel contact tussen een volwassene en een kind (pedoseksualiteit) is bij wet verboden. De seksuele aantrekking van een volwassene tot een minderjarige die nog niet geslachtsrijp is (pedofilie) of tot een puber (efebofilie) wordt in het algemeen als onwenselijk beschouwd. In de klassieke oudheid werd over seksualiteit met minderjarigen anders gedacht dan nu. De normen verschilden onder invloed van de omstandigheden in die tijd echter sterk van die van nu. Tegenwoordig is seksueel contact met kinderen in Nederland en België een ernstig misdrijf waar een gevangenisstraf op staat."

In 4.2 zal het duidelijk worden waarom ik het belangrijk vind om seksueel geweld hierbij te benoemen.

## **Hoofdstuk 3: Organisatie**

Om een compleet beeld te krijgen vind ik het belangrijk om op verschillende niveaus te kijken wat er bestaat aan beleid omtrent seksualiteit en intimiteit. De gehele organisatie maar ook het beleid om de afdeling. Immers een goed beleid voor de organisatie is het halve werk op de afdelingen.

De Maaskring groep zegt hier over het volgende in: seksualiteitsbeleid? , gewoon doen! (2003,snelhulp)

" Om deze redenen is er in onze instelling een seksualiteitsbeleid:

- Het draagt bij aan het welbevinden van cliënten en personeel
- Het biedt kaders aan medewerkers bij het uitvoeren van hun taken
- Het stimuleert de bespreekbaarheid van seksualiteit
- Het vereenvoudigt signalering van (on)gewenste seksualiteit
- Het helpt risicovol seksueel gedrag te voorkomen\*het beperkt seksueel grensoverschrijdend gedrag binnen de instelling
- Het stelt de medewerkers in de gelegenheid om extra aandacht te geven aan cliënten die meer dan gemiddeld te maken krijgen met seksueel grensoverschrijdend gedrag onder meer door ervaringen uit het verleden, psychiatrische stoornissen en sociale kwetsbaarheid.
- Het maakt alle betrokkenen duidelijk hoe incidenten van seksuele intimidatie praktisch worden afgehandeld en hoe taken en verantwoordelijkheden daarbij zijn verdeeld
- Het maakt iedereen duidelijk dat er in onze instelling aandacht is voor seksualiteit, intimiteit en relaties.
- Het is wettelijk verplicht"

De Maaskring groep heeft hiermee een mooi voorbeeld gezet. Bij Parnassia ziet het beleid er anders uit.

### **3.1 Parnassia**

" Parnassia is gespecialiseerd in regionale ketenzorg zoals: verslavingszorg, forensische zorg, intensieve zorg, zorg voor psychotische stoornissen, maatschappelijke zorg, woonvoorzieningen voor psychiatrische patiënten, verpleeghuiszorg, psychiatrische zorg voor ouderen.

De zorg van Parnassia concentreert zich op bewoners van Den Haag en omstreken. Steeds meer zorgprogramma's nemen ook patiënten van buiten de Haagse regio op. Of wel door een supraregionale functie of door samenwerkingsverbanden en fusies met andere instellingen.

#### Missie van Parnassia

De Parnassia Groep wil door het verlenen van psycho-medische zorg bijdragen aan de kwaliteit van leven van haar patiënten en aan de kwaliteit van de samenleving.

Wij doen dat met een ongeëvenaard breed samenhangend pakket van gespecialiseerde zorgprogramma's. Daarin combineren wij uitstekende kwaliteit en betaalbaarheid.

De sleutel hiertoe zijn betrokken en resultaatgerichte medewerkers die trots zijn op hun werk en onze kernwaarden 'open, deskundig, respectvol' uitdragen.

## Bedrijfsfilosofie

De Parnassia Groep is er voor de mensen met psychiatrische problemen die een beroep op ons doen. Hun vraag, hun behoeften en wensen vormen het uitgangspunt van ons werk. Onze slogan 'Uw vraag is onze zorg' geeft in een notendop onze missie weer. Zij geeft op de meest compacte manier uitdrukking aan ons bestaansrecht.

In onze bedrijfsfilosofie staan de kernwaarden open, deskundig en respectvol centraal. Wij beschrijven hierin de ambities en idealen van onze organisatie. Zij weerspiegelt als het ware de ziel van de organisatie. De bedrijfsfilosofie is bedoeld om voor langere tijd richting te geven aan de manier waarop wij werken en samenwerken." (Bron: [www.parnassia.nl](http://www.parnassia.nl))

### **3.2 Beleid Parnassia omtrent seksualiteit en intimiteit**

Er is geen algemeen seksualiteit- en intimiteitbeleid binnen Parnassia. Wel hanteert Parnassia voor haar medewerkers een gedragscode. De gedragscode dateert uit juli 2000. De gedragscode geeft weer: de grenzen tussen cliënt en hulpverlener, de grenzen van en tussen medewerkers, de grenzen tussen eigen belang en organisatiebelang de medewerker als slachtoffer en de uitvoeringsregeling seksueel overschrijdend gedrag.

Een samenvatting van de gedragscode:

- "Een persoonlijke relatie is tot twee jaar na beëindiging van de behandelrelatie niet toegestaan
- Parnassia verwacht van iedere medewerker dat ('dreigende') grensoverschrijding met de leidinggevende besproken zal worden
- Bij vermoeden van grensoverschrijdingen van een collega (zowel van de eigen afdeling als van een andere afdeling) zal de medewerker dit met de collega bespreken, dan wel kan aan de bedrijfsmaatschappelijk werker vertrouwelijk advies worden gevraagd, dan wel kan een MIP-melding (Melding Incidenten Patiëntenzorg) gedaan worden
- Grensoverschrijding kan tot arbeidsrechtelijke maatregelen leiden (Zie voor melding, procedure en (mogelijke) maatregelen de uitvoeringsregeling seksueel grensoverschrijdend gedrag)
- Cliënten dienen in de gelegenheid te worden gesteld deel te nemen aan medezeggenschap en belangenbehartiging.
  
- Discriminatie mag niet voorkomen
- Seksueel grensoverschrijdend gedrag/ongewenste intimiteiten, gewelddadig gedrag, bezit van alcohol/drugs en werken onder invloed van alcohol/drugs zijn niet toegestaan
- Als een medewerker bij een collega één van de bovengenoemde zaken constateert, dan dient deze direct de leidinggevende hierover te informeren
- Iedere medewerker heeft de plicht de grenzen van andere medewerkers te respecteren
- Indien een medewerker van oordeel is dat zijn grenzen zijn aangetast, dan kan hij zich wenden tot de leidinggevende, de klachtencommissie personeel, de vertrouwenspersoon of de bedrijfsmaatschappelijk werker, die ook vertrouwenspersoon voor ongewenste intimiteiten en seksuele intimidatie is
- Bij grensoverschrijding kunnen arbeidsrechtelijke maatregelen volgen.
  
- Acceptatie van geschenken/goederen bemoeilijkt de onpartijdige houding ten opzichte van externe relaties en is dan ook niet toegestaan
- Overleg bij twijfel met betrekking tot nevenactiviteiten



- Meld mogelijke belangenverstremgeling
  - Bij grensoverschrijding kunnen arbeidsrechtelijke maatregelen volgen.
  - Met behulp van TZAS (**T**eamgericht **Z**orgoverleg over **A**gressie en **S**chokkende gebeurtenissen) kan op afdelingen aandacht worden geschonken aan de preventie van en opvang bij incidenten
  - De medewerker als slachtoffer kan rekenen op steun van de organisatie; bijvoorbeeld praktische hulp bij EHBO-bezoek en aangifte bij politie
  - De leidinggevende organiseert emotionele steun voor het slachtoffer en collega's en kan zorgdragen voor eventuele andere ondersteuning
  - Wanneer een incident u emotioneel blijft belasten, kunt u contact zoeken met uw leidinggevende, met de bedrijfsarts of de bedrijfsmaatschappelijk werker
  - Volg bij (prik-)accidenten het protocol".
- (bron: gedragscode Parnassia)

Als ik de bovenstaande gedragscode zie, dan valt het me op dat er hoofdzakelijk wordt gesproken over de medewerkers en ook hoe zij zich naar de cliënten moeten opstellen. Op zich is dit wel logisch voor een gedragscode, maar voor een seksualiteit- en intimiteitbeleid schiet het te kort. Een specifiek beleid ten aanzien van cliënten ontbreekt naar mijn mening. Er zou bijvoorbeeld in kunnen staan hoe men op de afdelingen met seksualiteit en intimiteit moeten omgaan en hoe het gesprek met de cliënten kan worden aangegaan.

### 3.3 PSYQ, afdeling seksuologie

Het is mij opgevallen dat veel teamleden niet weten dat een onderdeel van Parnassia, PSYQ genaamd, een afdeling seksuologie heeft.

" het programma seksuologie richt zich op adolescenten en volwassenen (16-65 jaar) met seksuele problemen. We spreken van seksuele problemen bij moeilijkheden die te maken hebben met seksualiteit of met 'man of vrouw'-zijn. PSYQ seksuologie biedt patiënten, door middel van een specialistische behandeling, het perspectief seksueel beter te functioneren of beter te kunnen omgaan met hun seksuele problemen.

De behandelaars van PSYQ zijn specialisten die zich concentreren op een enkel vakgebied. In ons geval is dat specialisme seksuologie."

(bron: folder PSYQ seksuologie)

### 3.4 FPA

De FPA van Parnassia, psycho-medisch centrum, bestaat uit drie gesloten klinische units met elk acht bedden. Tussen de units zijn behandelverschillen. Zo ligt binnen FPA unit B en C het behandelaccent op resocialisatie en rehabilitatie en binnen FPA unit A ligt het accent op crisisinterventie en kortdurende behandeling. Het beleid zal geschreven worden voor de gehele FPA.

De FPA richt zich op diagnostiek en behandeling van psychiatrische patiënten met een justitiële titel. Meestal is er sprake van een psychose. De behandeling is erop gericht om psychiatrische patiënten, vaak vanuit detentie of TBS, over te laten steken naar de reguliere geestelijke gezondheidszorg.

Daarnaast biedt de FPA kortdurende behandeling voor patiënten die in detentie dusdanig decompenseren dat tijdelijke opname in een psychiatrisch ziekenhuis noodzakelijk is.

Tevens vinden er klinische observaties plaats in het kader van rapportage pro justitia. Dit wordt hieronder verder uitgelegd.

Om zorg op maat te kunnen bieden is ervoor gekozen het Forensisch Zorgprogramma op basis van behandelbehoefte als volgt onder te verdelen.

- acute zorg en crisisinterventie (detentieongeschiktheid, art. 15.5 PBW) Dit houdt in dat iemand wegens zijn of haar psychische klachten niet in de gevangenis kan verblijven en op een gespecialiseerde gesloten afdeling moet worden opgenomen.
- specialistische forensische behandeling en/of intensieve begeleiding (art. 37 W.v.Sr.) Iemand die een delict heeft gepleegd en een psychische stoornis heeft, moet een jaar in de psychiatrie worden opgenomen.
- TBS proefverlof – Iemand uit een TBS-kliniek wordt 6 weken geobserveerd om te kijken of resocialisatie mogelijk is. Het is ook mogelijk om via de afdeling te resocialiseren.
- klinisch pro justitia onderzoek (art. 196 W.v.Sv.). Dit zijn onderzoeken die gelijk zijn aan de onderzoeken in het Pieter Baan Centrum. Tijdens de onderzoeken wordt gekeken of iemand wel, niet of deels toerekeningsvatbaar was ten tijde van het delict.<sup>1</sup>

Op de afdeling heb ik met veel verschillende disciplines te maken zoals: Afdelingshoofd, hoofdbehandelaar, psychiater (in opleiding), psycholoog in opleiding, verpleegkundigen niveau 4 en 5 (in opleiding), verzorgende niveau 3 (in opleiding), SPH'ers (in opleiding), activiteitenbegeleiders, somatisch arts, maatschappelijk werk, secretaresses.

In hoofdstuk 5 wordt er informatie gegeven over het ziektebeeld van de cliënten op de afdeling.

### **3.5 Huidig beleid FPA**

Uit de afdelingsregels is de volgende informatie te halen omtrent seksualiteit & intimiteit:

- "Bezoek mag niet mee naar de patiëntenkamers.
- Het is niet toegestaan om op andermans slaapkamer te komen
- Het is niet toegestaan te dreigen, schelden of handtastelijk te zijn naar elkaar en naar de begeleiding.
- Het is niet de bedoeling dat je met ontbloot bovenlijf op de afdeling loopt Het dragen van gepaste kleding (naar inzicht van het vov team) is gewenst. Als zij vinden dat je iets draagt wat op de afdeling niet kan dan zal er worden verzocht iets anders aan te tijden niet het op de afdeling mogelijk zijn om oogcontact met je te maken.
- Je kan gebruik maken van de computer met internet. Regels over het gebruik van internet hangen bij de computer. Hou je aan deze regels, anders is de begeleiding genoodzaakt om in te grijpen. (deze regels bevatten alleen de tijden wanneer de computer gebruikt mag worden)
- Posters en/of plaatjes met seks, drugs, alcohol of geweld zijn niet toegestaan."

(Bron: Document afdelingsregels FPA, juli 2006)

#### **3.5.1 Hantering van het beleid op de FPA**

Er wordt door het personeel in de gaten gehouden dat bezoek niet mee gaat naar de kamer. Soms wordt er een uitzondering gemaakt, maar dan blijft er een begeleider bij, zodat er toezicht wordt gehouden op wat de bezoeker op de kamer doet. Er is geen continu toezicht als er bezoek is en het kan gebeuren dat er een bezoeker van een cliënt

---

<sup>1</sup> Beschrijving is gebaseerd op het document Forensisch zorgprogramma, informatie voor zorgverwijzers, maar door mij aangepast ivm verouderde informatie.

toch een cliëntenkamer ingaat. Als de begeleiders dit signaleren dan wordt er alsnog ingegrepen. De begeleiding heeft in het kantoor videoschermen staan en er hangen camera's in de hal waar de cliëntenkamers aangrenzen. Zo kan het toezicht worden geoptimaliseerd. Cliënten mogen onderling ook niet bij elkaar op de kamers komen.

Dreigen, schelden en handtastelijk zijn is niet toegestaan in de afdelingsregels maar het komt wel voor. De cliënten worden hier direct op aangesproken en er wordt individueel bekeken of er sancties noodzakelijk zijn.

In de zomer willen cliënten nog wel eens met ontbloot bovenlichaam in de binnentuin zitten. Hierop worden zij dan aangesproken en zij worden dan op de regels gewezen.

De cliënten zitten regelmatig achter de computer en kijken dan ook naar pornosites. Soms worden cliënten erop aangesproken en van tijd tot tijd heeft de begeleiding niet door dat de cliënten porno kijken. Er is hier nog geen duidelijk beleid voor. Tijdens het maken van dit verslag kwam er vanuit een multidisciplinaire team de vraag bij mij hoe hier naar te handelen.

Ik weet dat een aantal cliënten pornografische tijdschriften op hun kamer bewaart en er zijn geregeld cliënten die posters van schaars geklede of ontklede vrouwen aan de muur hangen of aan de binnenkant van de kast plakken. Er is ook een cliënt die vrouwenlingerie aan de muur heeft hangen. Hier wordt niet eenduidig naar gehandeld. Bovenstaande gaat in tegen de afdelingsregels.

Er bestaat onduidelijkheid omtrent sommige regels en niet alle regels worden consistent uitgevoerd. Dit zorgt voor onduidelijkheid voor zowel cliënten als medewerkers. Er zijn ook steeds meer situaties waar men regels nodig vindt, maar waar deze gemist worden. Een voorbeeld hiervan is: mag een cliënt lustopwekkende middelen op zijn kamer hebben zoals Spaanse vlieg?

## **Hoofdstuk 4: Schizofrenie**

Om een duidelijk beeld te krijgen van de cliëntenpopulatie dient niet alleen een schets van de afdeling te worden gegeven, maar ook van het ziektebeeld van de cliënten. Op de afdeling is de hoofddiagnose schizofrenie. Een cliënt die bij ons wordt opgenomen heeft dit als meest duidelijk aanwezige diagnose. Er kan wel sprake zijn van co-morbiditeit. Dit houdt in dat er twee psychiatrische stoornissen gelijktijdig aanwezig zijn. Naast schizofrenie zijn de meest voorkomende stoornissen: Borderline persoonlijkheidsstoornis, antisociale persoonlijkheidsstoornis, ADHD, depressie en alcohol- en/of middelenafhankelijkheid.

Ik maak hier ook een koppeling naar seksualiteit en schizofrenie, omdat een psychiatrische stoornis een zekere invloed heeft op de seksualiteitsbeleving.

### **4.1 Schizofrenie**

Schizofrenie kan alleen worden vastgesteld door een psychiater. Om tot de diagnose te komen wordt er gebruik gemaakt van het indelingssysteem DSM (Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders). Het is een Amerikaans handboek, waarin allerlei richtlijnen staan waar iemand aan moet voldoen om de diagnose te krijgen.

#### **4.1.1 DSM criteria**

Deze criteria worden benoemd in de DSM IV-TR:

"A. Kenmerkende symptomen: Twee (of meer) van de volgende, elk gedurende een maand een belangrijk deel van de tijd aanwezig (of korter bij succesvolle behandeling):

1. Wanen.
2. Hallucinaties.
3. Onsamenhangende spraak (bijvoorbeeld frequent de draad kwijtraken of incoherentie).
4. Ernstig chaotisch of katatoon gedrag.
5. Negatieve symptomen, dat wil zeggen vervlakking van het affect, gedachten- of spraakarmoede of apathie.

Katatoon gedrag wil zeggen het willekeurig aannemen van inadequate of bizarre houdingen. Affect wil zeggen emotioneel of sociaal contact. N.B.: Slechts één symptoom uit criterium A wordt vereist indien de wanen bizar zijn of de hallucinaties bestaan uit een stem die voortdurend commentaar levert op het gedrag of de gedachten van de patiënt, of twee of meer stemmen die met elkaar spreken.

B. Sociaal/Beroepsmatig disfunctioneren:

Vanaf het begin van de stoornis ligt het functioneren, voor een belangrijk deel van de tijd, op een of meer terreinen zoals werk, relaties of zelf-verzorging duidelijk onder het niveau dat vòòr het begin van de stoornis werd bereikt (of indien het begin in de kinderleeftijd of adolescentie ligt, is het niet gelukt het niveau te bereiken, dat op relationeel-, school- of beroepsmatig terrein verwacht kon worden).

C. Duur:

Symptomen van de stoornis zijn gedurende ten minste zes maanden ononderbroken aanwezig. In deze periode van zes maanden moeten er ten minste één maand symptomen zijn die voldoen aan criterium A (dat wil zeggen symptomen uit de actieve fase) en kunnen er perioden voorkomen met prodromale of rest-symptomen. Gedurende deze prodromale of rest-periode kunnen de symptomen van de stoornis zich beperken tot negatieve symptomen of tot twee of meer symptomen van criterium A in een lichte vorm (bijvoorbeeld vreemde overtuigingen, ongewone zintuiglijke ervaringen).

D. Uitsluiting van schizo-affectieve of stemmingsstoornissen:

Een schizo-affectieve stoornis en een stemmingsstoornis met psychotische kenmerken zijn uitgesloten omdat (1) er geen depressieve episodes, manische of gemengde episodes

tegelijk met symptomen van de actieve fase zijn voorgekomen; of (2) indien er episodes met een stemmingsstoornis tijdens de actieve fase zijn voorgekomen met de totale duur die kort was in verhouding tot de duur van de actieve- en de restperiode.

E. Uitsluiting van het gebruik van middelen/ of een somatische aandoening:  
De stoornis is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, of geneesmiddel) of een somatische aandoening.

F. Samenhang met een pervasieve(con-stante) ontwikkelingsstoornis:  
Indien er een voorgeschiedenis is met een autistische stoornis of een andere pervasieve ontwikkelingsstoornis wordt de aanvullende diagnose schizofrenie alleen gesteld indien er gedurende ten minste een maand (of korter indien met succes behandeld) opvallende wanen of hallucinaties zijn."

Er zijn allerlei verschillende subtypes van schizofrenie. Deze zal ik verder niet benoemen omdat ik dat niet relevant vind voor dit verslag.

#### **4.1.2 Oorzaak, behandeling en gevolgen**

"Schizofrenie is een ernstige psychiatrische ziekte waaraan bijna één op de honderd mensen lijdt. De ziekte komt voor in alle lagen van de bevolking en treft net zo veel mannen als vrouwen. Meestal openbaart schizofrenie zich voor het eerst in de leeftijd van zestien tot zeventwintig jaar.

Schizofrenie heeft niet, zoals nog vaak wordt gedacht, te maken met 'een gespleten persoonlijkheid'." (Bron: Brochure 'Ypsilon is een geweldige steun. Nog steeds)

#### **4.1.3 De oorzaak**

"Het optreden van schizofrenie is voor een deel erfelijk bepaald; in de ene familie komt schizofrenie meer voor dan in de andere. Vroeger werd wel gezegd dat schizofrenie aan de opvoeding lag.

Een verhoogde kwetsbaarheid voor stress speelt een belangrijke rol bij het ontstaan van een psychose. Naast spanningsvolle situaties zijn ook andere omgevingsinvloeden van belang. Welke dat precies zijn is niet helemaal bekend, maar men denkt aan problemen tijdens de zwangerschap of rond de geboorte.

Ook is bekend dat er sprake is van een stoornis in bepaalde chemische stoffen in de hersenen, die medeverantwoordelijk zijn voor de verwerking van informatie."

(Bron: Brochure 'Ypsilon is een geweldige steun. Nog steeds)

#### **4.1.4 Symptomen van schizofrenie**

Positieve symptomen worden positief genoemd omdat ze normaal gesproken niet voorkomen. Ze zijn erbij gekomen bovenop het 'normale' functioneren

- Hallucinaties (veranderingen in de waarneming, zoals het horen van stemmen of het zien van abnormale dingen die er niet zijn)
- Wanen (vaste (vaak bizarre) overtuigingen die niet gebaseerd zijn op de werkelijkheid, bijvoorbeeld geloven dat iemands gedachten worden gestuurd door een kracht van buiten)
- Paranoïdie (de overtuiging dat anderen tegen je samenspannen)
- Onlogisch, onsamenhangend denken

Negatieve symptomen worden negatief genoemd omdat het zaken zijn die de persoon eerst wel had en nu verliest. Negatieve symptomen zijn:

- Verlies van energie
- Verminderde vaardigheden of motivatie
- Emotionele terugtrekking

Cognitieve symptomen:

- concentratieproblemen
- leerproblemen
- geheugenproblemen

#### **4.1.5 De psychotische periode en daarna**

" Schizofrenie kenmerkt zich door het optreden van psychoses. Dit zijn perioden waarin het contact met de realiteit ernstig is verstoord. Iemand kan erg in de war en angstig zijn, last hebben van hallucinaties en/of waandenkbeelden hebben. Zo kan iemand stemmen horen, denken dat hij Jezus is of bijvoorbeeld het idee hebben dat hij achtervolgd wordt.

Een psychose kan enkele weken of maanden duren. Sommige mensen zijn maar één keer psychotisch, anderen hebben er regelmatig of zelfs continu last van.

Psychotische verschijnselen kunnen lang doorwerken, al lijken ze meer naar de achtergrond verdwenen. In zo'n periode nemen andere verschijnselen de overhand. De patiënt heeft bijvoorbeeld wel weer contact met de realiteit, maar kan zich erg 'leeg', somber en moe voelen. Er is sprake van emotionele vervlakking en verlies van initiatief. Inmiddels is bekend dat het gebruik van hasj de kans op een psychose verhoogt."

(Bron: Brochure 'Ypsilon is een geweldige steun. Nog steeds)

#### **4.1.6 De behandeling**

"Schizofrenie is vooralsnog niet te genezen, maar doorgaans wel te behandelen.

Bij de behandeling speelt medicatie een grote rol. De meest voorgeschreven medicijnen zijn antipsychotica en anti-Parkinsonmiddelen (tegen de bijwerkingen van antipsychotica).

Naast medicijnen is goede voorlichting en steun aan de patiënt en familie van groot belang. Verder moet de patiënt geholpen worden om het dagelijkse leven weer aan te kunnen." (Bron: Brochure 'Ypsilon is een geweldige steun. Nog steeds)

#### **4.1.7 De gevolgen**

"Voor elke patiënt zijn de gevolgen verschillend, maar vrijwel altijd zijn ze ingrijpend.

Studie, relatie, hobby's, dagelijkse bezigheden - alles blijkt plotseling minder vanzelfsprekend dan voorheen. Toekomstverwachtingen moeten worden bijgesteld, maar hoeven niet te worden opgegeven. Waar anderen geleidelijk aanlopen tegen de grenzen van wat haalbaar is, worden mensen met schizofrenie in één klap met hun beperkingen geconfronteerd; idealen moeten plaatsmaken voor een reëler perspectief. Dat kost tijd, vraagt om aanpassingsvermogen en om een omgeving die begrip toont voor de problemen die daar onlosmakelijk mee zijn verbonden.

Voor die omgeving is de ziekte eveneens ingrijpend. Uit onderzoek blijkt dat bij heel wat Ypsilonleden de zorgen voor het zieke familielid het leven grotendeels gaan beheersen.

Naarmate de ziekte langer duurt, gaan de belasting en de verantwoordelijkheid vaak zwaarder drukken." (Bron: Brochure 'Ypsilon is een geweldige steun. Nog steeds)

## **4.2 Koppeling schizofrenie en seksualiteit**

M.W. Hengeveld (1995) zegt hier het volgende over:

"Pas sinds kort wordt er onderzoek gedaan naar de seksuele activiteiten van psychiatrische patiënten. Motief om deze onderzoeken te doen lijkt niet zozeer belangstelling voor de mogelijkheden en beperkingen van de patiënten, maar eerder het feit dat men zich zorgen maakt over eventueel riskant en onveilig seksueel gedrag. Het betreft dan ook onderzoeken in New York, waar de kans om een HIV-infectie op te lopen veel groter is dan bij ons.

Bij twee onderzoeken onder poliklinische patiënten, die in de meeste gevallen de diagnose schizofrenie hadden, bleek dat respectievelijk 62% en 73% het afgelopen jaar seksuele contacten met anderen hadden gehad (Coverdale en Aruffo 1989; Kelly e.a. 1992). Een derde daarvan gebruikte zelden of nooit voorbehoedmiddelen. Recent is er een uitgebreid onderzoek gepubliceerd naar de seksuele activiteiten van 95 psychiatrisch opgenomen schizofrene patiënten (Cournos e.a. 1994). Het aantal blanken was klein (21%), en 67% was bekend met druggebruik. Het voorafgaande half jaar had 44% van deze chronische patiënten seksueel contact gehad. Van deze seksueel actieve groep had:

- 93% vaak geen condoom gebruikt;
- 62% meer dan één partner gehad;
- 50% de seks als 'koopwaar' gehanteerd;
- 45% drugs of alcohol gebruikt tijdens het seksuele contact;
- 12% seksueel contact met een intraveneuze druggebruiker gehad;
- 10% homoseksuele contacten gehad.

Uit een aantal onderzoeken (geciteerd in Cournos e.a. 1994) is gebleken dat van psychiatrische patiënten in New York 4% (chronische) tot 9% (acute) HIV-positief is. Dit is een zeer zorgwekkend percentage. Zorgwekkender is dat het vaak niet bij de behandelaars bekend is dat deze patiënten op een zo risicovolle manier seksueel actief zijn.

Hoewel de situatie in New York niet te vergelijken is met die in Nederland, is het toch heel waarschijnlijk dat schizofrene patiënten ook in ons land frequente en onveilige seksuele contacten hebben. Weliswaar is er ongetwijfeld een groep 'seksueel uitgebluste' patiënten die door hun ziekte of door het verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis niet toekomen aan seksueel contact met anderen en soms ook niet eens masturberen, maar het is onbekend hoe groot deze groep is. Voor zover mij bekend, weten ook in Nederland de behandelaars niet veel van de seksuele activiteiten van hun (chronische) psychiatrische patiënten.

Naar het voorkomen van seksuele disfuncties bij schizofrene patiënten, zoals gebrek aan seksueel verlangen, een erectiestoornis of een orgasmenstoornis, is vrijwel geen onderzoek gedaan. Volgens Lukoff e.a. (1986) is er bij een derde tot twee derde van de patiënten sprake van zo'n seksuele-functiestoornis, vooral sinds de invoering van de antipsychotische medicijnen. Ook hierover zijn in Nederland in het geheel geen gegevens bekend."

E. Gaal (1998, 35) benoemt ook het volgende:

"Diverse cliënten vertelden dat zij tijdens hun psychotische periode onveilige seks te hebben, waarover zij zich na de psychose veel zorgen maken. Zij willen hier zoveel mogelijk tegen beschermd worden"

Ik zelf schrok van de cijfers cliënten met schizofrenie die zelf geen condoom gebruiken. Er moet in acht worden genomen dat het artikel wel al ouder is en niet al het onderzoek in Nederland is gebeurd, maar toch geloof ik dat dit representatief is voor nu.

E. Gaal (1998, 16) zegt over seksualiteit en psychiatrie:

"intimiteit en seksualiteit zijn ook voor mensen met een ernstige en langdurige psychische problemen belangrijke levensgebieden. Veel cliënten zijn echter niet in de gelegenheid om hun behoeften aan intimiteit en seksualiteit te vervullen. Dat geldt zeker voor (langdurig) opgenomen cliënten, die hun verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis doorgaans als een ernstige inperking van hun seksuele leven ervaren."

Ook benoemt van Gaal dat cliënten met schizofrenie een achterstand hebben in de socialisatie. Die achterstand zorgt voor een problematisch relationeel leven. Cliënten verlangen wel naar affectieve contacten maar zijn er tegelijkertijd bang voor. Uit angst

voor een nieuwe psychose, gaan zij soms op voorhand relaties uit de weg. Door zowel de negatieve als de positieve symptomen kan een relatie worden belemmerd. Door de negatieve symptomen kan er sprake zijn van afvlakking, dit kan het einde van een relatie betekenen. Ook de positieve symptomen kunnen van seksuele aard zijn. Zo kan iemand met schizofrenie gepreoccupeerd zijn met seks, zowel heteroseksuele als homoseksuele angsten en verlangens kunnen een rol spelen, maar ook incestueuze gedachten of impulsen en seksuele obsessies.

De impulsbeheersing is in mijn optiek vaak verminderd en grenzen kunnen vervagen bij mensen met schizofrenie. Hierdoor ontstaat er een grotere kans op seksueel geweld. In de dossiers van de cliënten valt meer dan eens terug te lezen dat zij op jonge leeftijd in aanraking zijn gekomen met seksueel geweld, maar dan als slachtoffer. Op latere leeftijd kan dit inhouden dat zij dader worden.

Een voorbeeld van vervaagde grenzen is een cliënt die een tijd geleden op de FPA verbleef. Hij was niet bekend met een zedendelict, maar als hij psychotisch was dan maakte hij zich zorgen om jonge meisjes die dan door anderen verkracht zouden worden. Hij achtervolgde deze meisjes dan om te kijken of ze zonder problemen thuis zouden komen. Dezelfde man kocht spaanse vlieg omdat hij een vriendin had die geen seks met hem wilde hebben. Hij had bedacht het ongemerkt in haar drank te doen zodat zij toch met hem seks wilde hebben.

### **4.3 Koppeling seksualiteit en medicatie**

M.W Langeveld (1995) zegt hier het volgende over:

“Onze kennis over de seksuele bijwerkingen van psychofarmaca is vrijwel geheel gebaseerd op gevalsbeschrijvingen en meldingen aan landelijke instanties; systematisch onderzoek is bijna niet verricht (Moors- Mommers 1994). De bekendste bijwerking van veel antipsychotica is een verminderd seksueel verlangen, met name bij mannen. Waarschijnlijk wordt dit veroorzaakt door een verhoging van de afscheiding van prolactine. Ook erectieproblemen kunnen als gevolg hiervan ontstaan. Zowel bij mannen als bij vrouwen kan het orgasme door sommige antipsychotica worden bemoeilijkt of zelfs volledig onmogelijk worden.”

Verder noemt Langeveld een zeldzame bijwerking van antipsychotica en antidepressiva die goed geobserveerd moet worden. Er kan een ongewenste, langdurige en pijnlijke erectie ontstaan. Het is van belang dat de cliënt dit met zijn behandelaar durft te bespreken en dat deze de klacht (h)erkent, omdat als er niet binnen 6 uur wordt ingegrepen dan is er kans dat er blijvende impotentie ontstaat.

Langeveld benoemt ook de seksuele bijwerkingen van antidepressiva en lithium. Antidepressiva kan leiden tot erectieproblemen en ze remmen dikwijls het orgasme. Ook antidepressiva hebben veel seksuele bijwerkingen. Lithium kan ook erectiestoornissen en vertraging van de ejaculatie tot gevolg hebben. Een gunstige werking van antidepressiva op de depressie van de patiënt kan uiteindelijk natuurlijk leiden tot een verhoging van de seksuele libido. Een deel van de cliënten binnen de FPA gebruikt deze medicatie.

Verder spreekt Langeveld over de kalmerings- en slaapmedicatie.

“ In lagere doseringen, bij angstige mensen soms wel een positief effect op het seksuele functioneren, doordat sociale remmingen en faalangst worden verminderd. In hogere doseringen echter remmen ze de zin in seks en het orgasme. De werking is daarom wel vergelijkbaar met die van alcohol.



Vaak zijn de seksuele bijwerkingen van psychofarmaca niet bekend bij de behandelaars, omdat de patiënt er niet zelf over begint. Waarschijnlijk leidt dit dikwijls tot het stoppen of verminderen van de medicatie door de patiënt, zonder dat deze dit aan de arts vertelt. Hoe dikwijls dit om die reden gebeurt is bij mijn weten nooit onderzocht. Ook bij de onderzoeken naar de (bij)werkingen van nieuwe psychofarmaca wordt niet expliciet gevraagd naar seksuele klachten; ze worden alleen genoteerd als de patiënt ze spontaan meldt. Het is bekend dat de meeste patiënten niet uit zichzelf tegen hun arts beginnen te spreken over seksuele problemen, daarvoor is de drempel kennelijk te hoog. De arts moet er nadrukkelijk naar vragen, dan pas durft de patiënt over deze drempel te gaan. Over het algemeen wordt het door de patiënt zeer op prijs gesteld wanneer een arts actief vragen stelt over eventuele seksuele problemen" (Hengeveld 1989).

## **Hoofdstuk 5: Onderzoek**

Ik heb met verschillende mensen contact gehad om te vragen wat hun visie is over een seksualiteit- en intimiteitbeleid op de FPA. Ik heb met het management gesproken, het team, cliënten en de werkgroep. Ik eindig met een stuk over competenties.

### **5.1 Visie Management**

Ik beschrijf hier de visie van het management. Onder dit stuk staat ook de GGZ psycholoog in opleiding. Zij hoort niet bij het management in de lijn, maar staat in de hiërarchie boven het team. Op de FPA wordt zij staflid genoemd. Omdat zij boven het team staat en als behandelaar de eindverantwoordelijkheid heeft over het beleid van haar cliënten, heb ik haar bij het management geplaatst

#### **5.1.1 Gesprek met Ronald Geleynse, Afdelingshoofd bedrijf en uitvoering FPA augustus 2006**

In een gesprek met afdelingshoofd Ronald Geleynse bracht ik mijn afstudeeronderwerp ter sprake. Ik gaf aan dat ik een beleid wilde schrijven voor de FPA omtrent seksualiteit en intimiteit. Hij was van mening dat dit onderwerp niet geschikt was voor een afstudeeronderwerp was en dat ik in één A4 klaar zou zijn. Hij vroeg daarbij of ik niet beter een ander onderwerp kon nemen. Hij benoemde ook dat hij seksualiteit en intimiteit iets vond voor na de behandeling.

Ongeveer drie maanden later kwam hij naar mij toe en vertelde mij dat hij tot een ander inzicht omtrent dit onderwerp was gekomen en het voor hem in prioriteit was gestegen. De aanleiding daartoe was een incident op de afdeling. Hij benoemde dat als er nu door iemand zou worden gevraagd wat hij doet op de afdeling omtrent seksualiteit en intimiteit, dat hij dan moest zeggen dat er niks was.

Ik was eerst teleurgesteld in zijn visie, maar zag er ook wel de uitdaging in om ermee aan de slag te gaan. Ik ben blij dat hij zijn mening heeft bijgesteld, want hierdoor is er meer draagvlak voor een seksualiteit- en intimiteitbeleid ontstaan. Wel vind ik het jammer dat de aanleiding hiervoor een incident was.

#### **5.1.2 Gesprek met Willem Guijt, Hoofdbehandelaar FPA februari 2007**

In het gesprek met de hoofdbehandelaar geef ik aan wat mijn visie is en welke veranderingen ik overweeg. Hij blijkt over alle voorstellen enthousiast. De voorstellen die ik deed, waren: Een aanspreekpunt voor vragen over seksualiteit en intimiteit, Liberman module, themabesprekingen, klinische les voor het team en het een duidelijker onderdeel maken van de arts- en PB- gesprekken. Hij zegt hierover: "Er zijn een aantal punten belangrijk bij deze doelgroep: Macht/onmacht, agressie, verslaving en seksualiteit. We werken aan alle punten maar nog niet aan seksualiteit"

Hij geeft aan samen te werken met de directrice van wonen, Ingrid Vluggé, voor de forensische long stay (een toekomstige uitbreiding van de FPA). Hij geeft aan dat ze daar al ver zijn met de ontwikkeling van een seksualiteit- en intimiteitbeleid. Zo geven zij al de liberman module: omgaan met sociale relaties en intimiteit. Hij geeft als tip om met haar hierover te praten en te gaan kijken of ik van hun expertise kan leren. Hij geeft aan dat regels belangrijk zijn en dat op de FPA geen duidelijke regels zijn omtrent seksualiteit en intimiteit.

Verder zegt hij dat hij ook een risicotaxatie op het gebied van seksuele delicten nuttig zou vinden en noemt hiervoor de SVR-20. SVR staat voor Sexual Violence Risk en de 20 staat voor de 20 vragen waaruit de vragenlijst bestaat. Hij vraagt mij dit mee te nemen voor in het adviesrapport, omdat het de risicotaxatie is, die gedaan wordt bij seksueel delinquenten bij alle TBS klinieken. Momenteel ontbreekt zo'n taxatie bij onze cliënten terwijl er wel potentiële risico gevallen bij onze doelgroep hebben. Verantwoording naar derden speelt hierin een belangrijke rol. SVR20 is internationaal erkende goedgekeurde lijst.

Verder vraagt zich hij af in hoeverre het nodig is om te kijken naar de mogelijkheid om cliënten onder begeleiding naar prostituees te laten gaan. Daarnaast stelt hij zich de vraag of er een manier is om cliënten laagdrempelig te voorzien van voorbehoedsmiddelen.

Ook adviseert hij mij om met de psycholoog van de afdeling het gesprek aan te gaan om de visie van een psycholoog te krijgen.

Hij geeft over het seksualiteit- en intimiteitbeleid aan, dat het goed is een start hiermee te maken. Hij geeft aan dat het nog beter zou zijn als er binnen Parnassia hier afspraken over te maken. Er zouden goede afspraken moeten komen over doelgroepvermenging en algemene terreinregels. Bijvoorbeeld wat als cliënten van verschillende afdelingen intiem met elkaar zijn? Het hoeft geen probleem te zijn, maar dat kan het wel worden. Bijvoorbeeld als de één de ander beschuldigt van verkrachting.

Ik was zeer verbaasd na afloop van het gesprek omdat hij zo enthousiast was. Zijn enthousiasme betekent een breder draagvlak voor het beleid en daar ben ik zeer content mee.

### **5.1.3 Gesprek met Mariska Schipper, GZ psycholoog in opleiding**

maart 2007

Mariska geeft aan seksualiteit en intimiteit een belangrijk onderwerp te vinden voor de afdeling en zij geeft aan dat zij het onderwerp momenteel onderbelicht vind. Het is belangrijk voor de cliënten dat zij weten naar wie zij toe kunnen gaan. Als zij vragen hierover hebben.

Zij geeft aan dat er op de FPA behoorlijk wat cliënten zijn met narcistische trekken die macho gedrag vertonen. Seks is een onderdeel van dit machogedrag. Dit kan twee kanten op gaan. De cliënt probeert te onderdrukken en kan somber worden of ze gaan overcompenseren wat kan resulteren in ongewenst gedrag. Daarnaast heeft deze doelgroep een lage impulscontrole en frustratietolerantie.

Mariska geeft aan dat zij vindt dat het goed is om het onderwerp ter sprake te brengen en hier dan serieus op in te gaan. De cliënt moet openheid ervaren om het onderwerp te bespreken. Het is wel een privé aangelegenheid en dus niet de bedoeling dat je cliënt er over moet laten praten. Het gaat hierom om de cliënt de mogelijkheid te bieden om het gesprek hierover aan te gaan. Dus het onderwerp wel actief aanbieden, maar niet de cliënt onder druk zetten.

Zij geeft aan niet alles zomaar toe te staan, maar veel meer individueel te kijken naar cliënten en daarop een beleid te maken. Als er iets wordt verboden op de afdeling is het wel belangrijk dat er wordt uitgelegd wat daar de reden van is. Het is ook niet goed om te veel te verbieden omdat de afdeling juist een veilige situatie is om te observeren hoe iemand met bepaalde zaken om gaat. Hierdoor kan er ook een beter advies aan de nazorg worden gegeven.

Mariska geeft aan het nut in te zien van een aanspreekpunt op de afdeling die meer informatie heeft over seksualiteit en intimiteit of weet waar de informatie te halen is. Wat zij nog belangrijker vindt, is dat het team zelf in gesprek gaat over het onderwerp. Zij geeft aan dat het belangrijk is om te weten hoe je zelf tegenover het onderwerp staat. Waarom is het moeilijk om erover te praten. Waar liggen je grenzen. Hoe kijk je naar seksualiteit vanuit je opvoeding, geloof, cultuur.

Verder geeft ze aan dat het ook belangrijk is om in het gesprek met de cliënt ook eerlijk te benoemen als je moeite hebt om over een bepaald onderwerp te praten en eventueel de cliënt doorverwijst.

De SVR-20 is zij positief over. Niet om bij iedereen toe te passen, maar op indicatie. Zij geeft het voorbeeld van een cliënt die op zijn vijftiende neukbewegingen maakte op naar een vrouw die voordrong (om op die manier haar te intimideren). Hij vindt het niet normaal maar geeft aan op die leeftijd niet beter te weten. Mariska geeft aan bij zo'n iemand wel een risicotaxatie af te nemen. Al is het alleen maar om uit te sluiten dat er afwijkende ideeën achter zitten. Nu wordt er niks mee gedaan. Zij geeft aan dat deze vragenlijst wel door een psycholoog moet worden afgenomen. De psycholoog kijkt vanuit haar vakgebied anders naar zo'n test. Zo blijft het ook centraal.

Over de liberman module twijfelt ze. Ze vraagt zich af of dit iets is voor de nazorg of voor nu op de afdeling. Ze geeft aan wel een aantal cliënten te kunnen bedenken die nu iets aan de module zouden hebben. Ze vindt wel dat de cliënt goed moeten worden gekozen en dat zij gemotiveerd voor de module moeten zijn. Ze geeft aan dat de module niet moet worden opgedrongen aan de cliënten. De module moet goed worden getimed en dan ook worden geïntegreerd op de afdeling. Hiermee bedoeld zij dat er op de afdeling ook wordt geobserveerd op punten vanuit de module en dat PB-ers en behandelaren hier ook op terug komen in gesprekken. Zo wordt het geen losstaand iets maar krijgt het continuïteit. Dit is ook belangrijk voor de doelgroep omdat zij een situatie niet kunnen vergelijken met andere soortgelijke situaties. Hoe meer verschillende situaties zij inzicht krijgen des te groter is de kans dat zij de handvaten vanuit de module kunnen inzetten.

Ze geeft aan dat ze een busje met prostituees voor de deur geen goed idee vindt. Ze kunnen een prostituee zelf regelen wanneer zij vrijheden hebben. Condooms verstrekken vindt ze wel een goed idee maar dan in een gesprek aangeven, dat deze te verkrijgen zijn bij de verpleging wanneer de cliënt daar behoefte aan heeft.

Ik was tevreden met het gesprek. Ik heb haar een deel laten vertellen en een deel gerichte vragen gesteld. Ik ben van mening dat we dezelfde visie hebben. Ik zie dit ook als ondersteuning van mijn adviesrapport.

## **5.2 Visie Team**

Er is niet een eenduidige visie van het team. Sinds ik ben begonnen met een werkgroep seksualiteit en intimiteit merk ik dat er veel verschillende meningen en visies zijn. Dit kan per unit verschillen maar ook binnen de units zijn er verschillen. Ik heb met veel collega's erover gesproken. Om een meer gestructureerd beeld te krijgen heb ik een enquête afgenomen. Voor de enquête, zie bijlage 2.

### **5.2.1 Enquête**

Er zijn dertien enquêtes uitgedeeld, waarvan er elf weer zijn ingeleverd. De enquête is onder willekeurige collega's verspreid. De enquête richt zich op de teamleden van de werkvloer en niet op collegae in het management. De enquête kon anoniem worden ingevuld. In overleg met de werkgroep seksualiteit en intimiteit heb ik de enquêtes persoonlijk uitgedeeld met het verzoek deze zo snel mogelijk weer bij mij in te leveren. Hiervoor is gekozen omdat als de enquêtes worden gemaïld of in de postvakken wordt gedaan de reactie vaak gering is. De enquête is niet over het gehele team verspreid

maar aangezien verschillende disciplines, sekse en leeftijdscategorieën zijn benaderd, ga ik er vanuit dat deze uitkomst representatief is voor het gehele team.

Het doel van de enquête is: informatie ontvangen over hoe de teamleden het onderwerp zien en of zij daadwerkelijk vinden dat er een beleid moet komen.

In de enquête is ook een deel waarin de adviezen naar voren komen en er aan de deelnemers van de enquête wordt gevraagd hoe zij hier tegen over staan. Hiermee wilde ik kijken of er draagkracht is voor de adviezen.

### **1. Vind je dat er op de FPA voldoende aandacht wordt besteed aan het onderwerp seksualiteit en intimiteit?**

Aantal keer **ja** ingevuld: **nul**

Aantal keer **nee** ingevuld: **elf**

Aantal keer **geen mening** ingevuld: **nul**

Verschillende motivaties die zijn ingevuld:

- Er is geen beleid over seksualiteit op de afdeling. Het is een groot gespreksonderwerp binnen de teams. Er is grote behoefte hoe met seksualiteit om te gaan.
- Er bestaat behoefte dat dit thema ter sprake komt. Dat blijkt uit de opmerkingen van patiënten tijdens korte gesprekken onder elkaar.
- Er is geen duidelijk beleid hierover
- Het lijkt bij opname te worden "vermeden", in ieder geval niet automatisch bespreekbaar gemaakt. Zou wel moeten in het kader van cliëntgerichte zorg.
- Op dit moment is er volgens mij vrijwel geen aandacht voor dat onderwerp. Wat de visie, doel rond dit onderwerp is is onduidelijk.
- Het thema wordt tot op heden niet besproken. Zeker computergebruik (pornosites) zou een themabespreking waard zijn.
- Wordt door patiënt vermeden en VOV-er; misschien nog een taboe. Verder is di onder de aandacht bij de VOV-er.
- Er zijn destijds regels opgesteld qua afstand nabijheid m.b.t. patiënten als afdelingsregels. Inmiddels n.a.v aanschaf computer voor patiënten is gebleken dat deze pornosites weten te vinden en dat dit onder personeel van de unit vragen oproep hoe hier mee om te gaan. Conclusie er wordt pas actie ondernomen als er iets concreets zich voordoet wat met dit onderwerp te maken heeft. Eerder niet. Dit is ook nooit anders geweest. Aandacht kan dus beter.
- Patiënten zitten hier max 1 jaar ook wel langer. Ondanks dat dit een ziekenhuis is en men behandelt wordt voor een psychiatrische ziekte komt dit item nauwelijks naar voren. Voor sex buiten de deur (ook intimiteit) is weinig oog op.
- Wordt weinig mee gedaan

### **2. Bespreek jij met cliënten dit onderwerp?**

Aantal keer **ja** ingevuld: **vier**

Aantal keer **nee** ingevuld: **zes**

Aantal keer **geen mening** ingevuld: **nul**

Één persoon heeft deze vraag opengelaten.

### **3. Zo ja waarom wel? Zo nee waarom niet?**

Verschillende motivaties die zijn ingevuld:

- bespreekbaar ja, ivm waan. Hoe kijkt iemand naar vrouwen? Wanneer seksualiteit geen rol speelt, maak ik dit ook niet bespreekbaar.
- Ik werd er niet naar gevraagd. Ik vind dat PB'ers met patiënten in een veilige omgeving dit onderwerp zullen bespreken.
- Mijn gesprekken gaan meer over zaken die op de voorgrond staan: spanning, toekomst, dag-week invulling.

- Ik bespreek 't alleen als daar de noodzaak voor is b.v. tijdens of n.av. de Gordon anamnese; kom daar dan later op terug
- Ja naar mijn mening eigenlijk te weinig. Wellicht uit schaamte (gedeeltelijk) vraag komt ook weinig van patiënten.
- Geen aandacht voor dit onderwerp, gemakzucht
- Ik heb er geen moeite mee; neem vaak een afwachtende houding aan. "wat de patiënt wilt".
- Hobbelen net zo lekker mee als dat Parnassia doet en reageer pas op deze kwestie wanneer zich iets voordoet waardoor dit aandacht nodig heeft. Daarom goede zaak dat dit nu ter discussie wordt gebracht.
- Af en toe. Als patiënten het hebben over seksuele contacten buiten, dan heb ik het over veilige seksuele contacten. Ik vraag ernaar. Over intimiteit niet of nauwelijks. Hier over hoe men ermee omgaat.
- Nog niet ter sprake geweest
- In de anamnese

#### 4. Welke van de onderstaande punten zou je willen dat de FPA invoert?

- a. Aanspreekpunt seksualiteit en intimiteit/vraagbaak  
Aantal personen die dit ingevoerd willen zien: **zes**
- b. Libermanmodule omgaan met sociale relaties en intimiteit  
Aantal personen die dit ingevoerd willen zien: **acht**
- c. Vragenlijsten zoals bijvoorbeeld de SVR-20 (soort HKT voor seksuele delicten)  
Aantal personen die dit ingevoerd willen zien: **zes**
- d. Themabesprekingen voor cliënten  
Aantal personen die dit ingevoerd willen zien: **acht**
- e. Klinische les voor medewerkers  
Aantal personen die dit ingevoerd willen zien: **zes**
- f. Duidelijk onderdeel maken van PB- en arts gesprekken  
Aantal personen die dit ingevoerd willen zien: **vier**
- g. Anders namelijk:  
Aantal personen die hierbij iets hebben aangegeven: **drie**
  - meer aandacht aan het onderwerp besteden tijdens de anamnese
  - brainstormen / ideeën uitwerken in teams
  - patiënt laten kiezen, wel tijdens gesprekken toetsen.  
Bekijken wel delict de patiënt heeft begaan (CGT)

#### Overige opmerkingen:

- niet meenemen in gesprekken met behandelaar wel met PB'er. Er moet meer aandacht hieraan worden besteed tijdens de VP anamnese.
- (heeft bovenste 4 onderwerpen aangekruist) Lijkt me voorlopig voldoende. Toekomst zou moeten uitmaken waar evt. verder behoefte aan is.
- (uitleg bij vragenlijsten) Alleen als iemand een zedendelict heeft gepleegd, maar dat is tot nu toe een contra indicatie

### 5.3 Visie cliënten

Cliënt Arno<sup>2</sup> werd aangesproken dat hij porno keek op de computer en zei hier het volgende over:

“ Ik vind het echt vreemd dat ik geen porno mag kijken. Je wordt doodgegooid met geweld op TV en dat mogen we de hele dag kijken en dat terwijl er veel mensen hier met een geweldsdelict zitten. Bovendien , ’s avonds is er veel reclame op TV met naakte vrouwen, daar kunnen we toch ook niet omheen. Ik vind het maar bekrompen.”

Desalniettemin hebben twee dames op de resocialisatie unit hun klachten geuit over de heren die steeds porno aan het kijken waren op de computer.

In de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie 2005 staat het volgende als aanbeveling door patiënten (en familie) met schizofrenie:

“Hulpverleners realiseren zich dat patiënten er behoefte aan kunnen hebben bepaalde problemen die de aandoening met zich meebrengt te bespreken. Zij zetten zich ervoor in dat de patiënt de gelegenheid krijgt om in te gaan op bijvoorbeeld betekenis- en zingevingvragen, (verlangen naar) suicide, intimiteit en seksualiteit, omgaan met groepen en omgaan met de praktische consequenties van het hebben van schizofrenie.”

Het uiteindelijke adviesrapport wil ik door de cliëntenraad van Parnassia laten lezen en feedback op vragen. Hierdoor kan ik de cliënten meer betrekken. De feedback zal echter niet meer in dit rapport verwerkt worden.

Ik en mijn teamleden horen geregeld verzoeken van cliënten die graag hun partner op hun kamer willen ontvangen op hun kamer, maar vanuit veiligheidsoverwegingen is dit niet toegestaan.

## **5.4 Visie andere Forensische afdelingen**

Ik wilde graag weten wat er op andere afdelingen aan beleid was omtrent seksualiteit en intimiteit, maar dan wel van andere forensische afdelingen. Dit omdat de doelgroep toch anders is dan in de reguliere GGZ omdat zij met een justitiële titel te maken hebben. Ik meerdere afdelingen gemaïld en de volgende reacties kreeg ik terug:

### **5.4.1 FPA Heiloo, Orlando Son A Hing**

Orlando geeft aan dat zij geen beschreven afspraken betreffend seksualiteit, dan behalve enkele duidelijke regels. Indien bijvoorbeeld een patiënt naar de hoeren wil, wat hier mogelijk is op de FPA in Heiloo, dan wordt er gekeken naar het individu. Dus op dat gebied wordt het multidisciplinair besproken en wordt er een beslissing genomen.

### **5.4.2 FPK Assen, Bert Vos**

Binnen de FPK Assen kennen ze nog geen algemeen beleid inzake seksualiteit. Wel kennen ze naast het individuele behandelplan de behandelovereenkomst. In deze overeenkomst staat wat niet mag zoals, geen onderling seksueel contact en intieme relaties voor zowel personeel als patiënten. De behandelovereenkomst is een afgeleide van de basisregels binnen de FPK. Dus wanneer iets op individueel niveau speelt is het onderdeel van het behandelplan.

Dit bleek niet afdoende te zijn

Momenteel is een werkgroep geïnstalleerd (mix van patiënten en personeel) die een beleidsstuk gaan schrijven tbv de gehele divisie. Seksualiteit en intimiteit vraagt om een zorgvuldige borging binnen zowel de behandeling als het milieu waarbinnen de

---

<sup>2</sup> Arno is een fictieve naam. Dit is om de privacy van de cliënt te bewaken.

behandeling plaatsvindt. Uitgangspunt is de missie en visie van de divisie.

Het beleid zal zich richten op diverse punten: attitude personeel en patiënten, voorlichting over SOA's, Liberman, St. Alternatieve Relatiebemiddeling voor patiënten, spanningsveld met de behandeling, enz....."

#### **5.4.3 FPA Halsteren, Sophie van Meel**

"Op de FPA Halsteren is het beleid dat er geen bezoek op de groep/eigen slaapkamer mag komen. Zij maken hebben daar een sociotherapeutisch milieu. Wel wordt er aandacht besteed aan thema seksualiteit met persoonlijke begeleiders en behandelaars gedurende de behandeling. Er wordt goed gekeken hoe en waarom iemand behoefte heeft. Afhankelijk van de justitiële titel en motivatie is het bij ons voorgekomen dat wij met een cliënt onder begeleiding naar het bordeel gingen. Dit heel is beknopt wat op de afdeling hebben aan beleid. Wel hebben wij een collega die er in "gespecialiseerd "is en instellingsbreed daar mee aan de slag is. Haar naam is Eline van Dijk."

#### **5.4.4 FPA Halsteren, Eline van Dijk**

Eline geeft aan dat ze op dit moment nog niet al mijn vragen kan beantwoorden. Ze zijn wel bezig op een beleid op te stellen voor de afdeling, maar doordat er al een tijdje onderbezetting is, hebben ze daar nog geen tijd voor gehad. Ze geeft aan al wel een commissie samengesteld en ze hoopt dat ze zeer binnenkort aan de slag gaan met een beleid opstellen dat gericht is op de forensische doelgroep. Ze geeft aan mij op de hoogte te kunnen houden van de ontwikkelingen.

Wat betreft erotische lectuur hebben ze momenteel het beleid dat cliënten deze aan de binnenkant van hun kast deur mogen ophangen. Het is in ieder geval niet de bedoeling dat desbetreffende lectuur rondslingert op hun kamer. Ook mogen cliënten onderling dergelijke lectuur niet uitwisselen.

Bezoek op de kamers is momenteel niet toegestaan. Cliënten kunnen wel in aanmerking komen om een bezoek te brengen aan een prostituee. De vraag van de cliënt wordt door de behandelaar in individuele gesprekken opgenomen. Tot op heden heeft zij nog niet meegemaakt dat cliënten doorverwezen worden naar de seksuoloog, die zij overigens wel binnen hun instellingen hebben werken.

Verder is Eline lid van de commissie intimiteit en seksualiteit. Met deze commissie zijn zij druk doende om een beleid op te stellen dat voor de hele GGZ geldt. Hierbinnen krijgen alle afdelingen wel de vrijheid om een eigen specifiek beleid op te stellen. Ze worden er zelfs zeer dringend toe verzocht, omdat iedere doelgroep toch een specifiek beleid toegespitst op desbetreffende problematiek is vereist. Dit alles is ook volop in ontwikkeling. Het beleidsplan is wel aardig richting een definitief plan aan het komen.

#### **5.4.5 FPA Venray, Tiny van de Riet**

Op de afdeling FPA in Venray, is er net zoals op elke andere afdeling binnen hun instituut weinig tot geen aandacht voor seksualiteit bij patiënten. Alleen wanneer het delict direct te maken heeft gehad met een seksueel disfunctioneren/defect wordt dit meegenomen in de behandeling. Dan nog gebeurt dit heel summier en onvoldoende gefundeerd.

Zij geeft aan dat zij als verpleegkundigen praten wel met onze patiënten over bijvoorbeeld hun relatiewensen maar dit is willekeurig. Bij hen mogen de patiënten geen bezoek op hun kamers ontvangen. Erotische lectuur is toegestaan, erotische posters mogen echter niet opgehangen worden zodanig dat je er niet omheen kunt. Uit voorgaande mag blijken dat er geen specifieke punten zijn omtrent seksualiteit en



psychotische stoornissen anders dan bijwerkingen van antipsychotica. Wanneer de cliënt hierover klaagt, zal de arts hiervoor zeker de aandacht hebben.

Nu hoopt zij dat er verandering komt met betrekking tot de mate van aandacht voor seksualiteit. Zij heeft een tijdje geleden een symposium bijgewoond met dit onderwerp. De huisarts van hun instelling en de geestelijk verzorger hebben samen ervoor gezorgd, dat dit thema op de agenda kwam. Zij kwamen veelvuldig in contact met patiënten die hun problemen vertelden met betrekking tot hun seksualiteit en het gebrek aan aandacht hiervoor. Ze merkten dat er nog steeds een groot taboe heerst over dit onderwerp, bij behandelaars en verpleegkundigen. Op dit symposium werd verteld over de betreffende liberman module (omgaan met sociale relaties en intimiteit), de invloed van psychofarmaca op seksualiteit en de invloed van seksuele trauma's op de verdere ontwikkeling van een patiënt. Tijdens dit symposium hoorden zij dat zij als instelling wel een seksuoloog in huis hebben, alleen wist dit niemand!

## **5.5 Werkgroep**

Op de afdeling heb ik inmiddels een werkgroep seksualiteit en intimiteit opgezet. Voor het afstuderen waren zij meer ter ondersteuning naar mij toe. We keken gezamenlijk naar ideeën en hoe deze in te voeren en ik werkte het dan uit of ging benodigde informatie erbij zoeken. Ik heb het op deze manier aangepakt, omdat ik wilde dat het mijn eindproduct werd en niet die van anderen. Toch was de werkgroep belangrijk omdat er meerdere visies werden belicht.

Voor de werkgroep heb ik een bewuste indeling gekozen. Er zitten twee mannen en twee vrouwen in. Ieder is van een andere leeftijd en discipline. In de werkgroep zitten twee verpleegkundigen (waarvan er één de opleiding in Duitsland heeft gevolgd), één SPH'er en een psycho-diagnostisch medewerkster. De deelnemers van de werkgroep zijn afkomstig van de verschillende units en één stafmedewerkster. Hierdoor kan de intersubjectieve betrouwbaarheid worden vergroot.

Het bleek dat de bijeenkomsten soms wat moeilijk te plannen waren, omdat iedereen onregelmatig werkt. In totaal zijn er nu drie bijeenkomsten geweest.

### **5.5.1 Eerste bijeenkomst**

De eerste bijeenkomst was ter kennismaking en we hebben besproken wat we als werkgroep wilden bereiken. We wilden een duidelijk beleid omtrent seksualiteit en intimiteit voor de cliënten. Dit hebben wij de prioriteit gegeven. We hebben er bewust voor gekozen om niet het te hebben over medewerkers onderling, daar is de gedragscode voor.

We hebben het over bezoek op de kamers gehad en het bezoeken van prostituees. We kwamen tot de conclusie dat bezoek op kamers niet handig is in verband met de veiligheid. We spreken toch over cliënten die een psychiatrische stoornis hebben en een delict hebben gepleegd. Bovendien krijgen cliënten op den duur over het algemeen steeds meer vrijheden. We zouden cliënten wel kunnen ondersteunen met informatie over waar zij het beste prostituees kunnen bezoeken en hun voorlichting geven. Prostituees aanbieden voor de afdeling is ook lastig. Je kweekt behoefte bij de cliënten en zoiets is niet op reguliere basis aan te bieden. Bovendien kan het onderdeel van de resocialisatie zijn om de cliënt zelf te laten gaan.

We hebben ook vanuit de werkgroep besloten dat er een enquête rondging naar een aantal collegae om te kijken wat hun standpunt is.

De werkgroep zet zich ook voort na het afstuderen. De werkgroep heeft tot doel daadwerkelijk een beleid omtrent seksualiteit en intimiteit op te zetten voor de afdeling en zal dus hopelijk gaan werken met de adviezen uit mijn onderzoek.

### 5.5.2 Tweede bijeenkomst

Vanuit het multidisciplinaire team was er een vraag gekomen. Er was hun het probleem voorgelegd dat cliënten porno keken op de computer. De vraag was of dit voorkomen kon worden en of wij een voorstel voor een beleid wilde doen. Wij hebben het volgende voorstel gedaan:

Februari 2007

Een aantal weken geleden was er een vraag in het ochtendrapport of er een oplossing of idee was voor het feit dat patiënten naar pornosites kijken op de afdelingscomputer. In de werkgroep seksualiteit en intimiteit hebben wij dit besproken en dit is onze visie:

Om dit te voorkomen moet er zeer beheersmatig worden gewerkt aangezien de filters niet afdoende zijn. Je moet patiënten na elk computergebruik gaan controleren. Dit lijkt ons niet verstandig.

Wij willen ons aansluiten bij wat wij in de volgende literatuur hebben gevonden:

#### pornografie

Als patiënten gebruik willen maken van pornografie, dan kan dat onder de volgende voorwaarden:

- " Medepatiënten mogen geen hinder ondervinden van pornografiegebruik
- Gebruik van pornomiddelen mag geen negatieve invloed hebben op de patiënt zelf of zijn/haar omgeving. Fictie en werkelijkheid mogen niet door elkaar heen gaan lopen.
- Medewerkers wordt in principe afgeraden om mee te kijken, tenzij hier een educatief of voorlichtend doel mee wordt beoogd.
- Gewelddadige porno en kinderporno zijn verboden
- Bij porno bestaat het gevaar dat patiënten de getoonde beelden als de werkelijkheid gaan beschouwen. Dit kan consequenties hebben voor de relatie met andere cliënten. Het gesprek over pornografie dient open te worden gevoerd. Het is belangrijk om eventuele gevolgen voor de patiënt op zijn of haar functioneren te signaleren."

( Bron: Seksualiteitsbeleid? Gewoon doen!, december 2003, 42)

De werkgroep is van mening dat er sprake moet zijn van "aanspreekbaar toezicht" . De patiënten moeten gewezen worden op de regels zodat zij zelf verantwoordelijkheid kunnen nemen.

Bij overlast of ontoelaatbaar gedrag een individuele oplossing bedenken in samenspraak met behandelaar.

Onze inbreng wekte veel discussie op, want iedereen heeft er een andere mening. Mede daarom concludeerde we in de werkgroep dat een goed beleid moet worden uitgezet.

### 5.5.3 Derde bijeenkomst

De derde bijeenkomst was kort, omdat het roostertechnisch niet mogelijk was om met z´n allen af te spreken. We hebben gekeken naar welke adviezen we op korte termijn kunnen doorvoeren. We hebben besloten eerst te starten met een themabespreking voor de cliënten. We willen een stappenplan gaan opzetten waarin wordt aangegeven welk advies wanneer moet worden ingevoerd.

## 5.6 Kennis en competenties

Binnen de SPH wordt gewerkt met competenties die men moet behalen. Voor het werk vind ik het ook belangrijk om naar competenties te kijken, omdat het uitvoeren van een seksualiteit- en intimiteitbeleid hiermee samenhangt.

### 5.6.1 Aanwezige competenties

Het team van de FPA is erg veelzijdig. Er zijn verschillende disciplines aanwezig met ieder hun eigen invalshoek. Ik zou het team als een leergierig team willen bestempelen dat in staat is met de snelle veranderingen in de zorg mee te gaan. Het team is in staat ingewikkelde casussen multi-disciplinair te bespreken om zo op een goed doordachte oplossing te komen. Het team is in grote mate in staat om te reflecteren op het eigen handelen. Wat betreft de competentie om seksualiteit en intimiteit met cliënten te bespreken merk ik, ook gesteund door de enquête, dat velen wel zouden willen, maar niet weten hoe. Een deel van het team is getraind om liberman training te geven of cognitieve gedragstherapie te geven. Medewerkers worden gescreend op de kernwaarden van Parnassia: open, deskundig en respectvol.

### 5.6.2 Benodigde competenties

Om seksualiteit en intimiteit een onderdeel te kunnen maken van de behandeling is het van belang dat medewerkers zelf weten hoe zij staan tegen over seksualiteit en intimiteit. Zij moeten kunnen inzien vanuit wel kader zij denken. Cultuur, geloof en opvoeding zijn belangrijke factoren die bepalen hoe iemand tegen het onderwerp aankijken. Het is belangrijk dat je deze visie los kan maken van je visie als professional maar ook je grenzen weet te bewaken.

Reflectie is ook belangrijk. Als men met een cliënt hebt gesproken over seksualiteit en intimiteit dan is het goed om daarna te reflecteren hoe het gesprek is gegaan. Hoe reageerde de cliënt op je? Daarna kan worden bekeken hoe je gespreksmethodiek de volgende keer kan worden aangepast.

Voor de liberman module zijn de volgende competenties nodig:

“Als trainer neem je constant een positieve, ondersteunende en coachende houding aan.

De didactische vaardigheden die je als trainer toepast zijn de volgende

Shaping: het opdelen van het te leren materiaal in kleine porties of stappen.

Modelling: je bent als trainer een rolmodel voor de cursist. Je doet het gewenste gedrag voor om te laten zien hoe het moet of kan.

Promten: eigenlijk souffleren. Dus gewoon voorzeggen, soms maar 1 woordje om een begin te maken.

Herhalen: steeds weer stof en vaardigheden herhalen waardoor gewenst gedrag inslijt of kennis beklijft.

Positief bekrachtigen: heel belangrijk. Niet alleen voor de liberman cursus. Nooit afkraken. Dat demotiveert. 1 negatieve bekrachtiging kan 10 positieve te niet doen.

De sfeer: een open aanmoedigende sfeer is de beste leersfeer. Door positieve bekrachtiging, aanmoediging en veel hulp bieden ontstaat er al gauw een veilige omgeving waarin mensen goed leren.”

(Bron: <http://www.hetoudegesticht.nl>)

Omdat ik hier gebruik maak van een bron van een website, heb ik aan een liberman trainer gevraagd of deze competenties kloppen. Hij bevestigde dat deze competenties nodig zijn om de training te geven.

## 5.7 Verantwoording onderzoek

Ik zal hier een stuk verantwoording van mijn onderzoek geven. Ik zal de werkwijze beschrijven en een stuk over validiteit. Zo wil ik inzicht geven in hoe het onderzoek tot stand is gekomen

### 5.7.1 Werkwijze

Meer dan driekwart van de gegeven tijd die voor het afstuderen staat, ging bij mij op aan het verzamelen van informatie. Ik vond het zeer opmerkelijk dat er weinig informatie te vinden was, en dat veel informatie vanuit literatuur gedateerd bleek te zijn.

#### Methoden van dataverzameling:

Ik heb mijn informatie gekregen door een informatiebijeenkomst van PSYQ bij te wonen over seksualiteit en psychiatrie. Ik mocht ook van de afdeling naar een symposium over seksualiteit en intimiteit in de psychiatrie. Ik heb gesprekken gehad met teamleden en cliënten op de afdeling. Ik heb e-mail contact gehad met enkele contactpersonen van verschillende Forensische afdelingen. Dit was voor mij belangrijk omdat onze doelgroep vaak anders benaderd, wordt dan de doelgroepen in de reguliere GGZ. Dit omdat de cliënten op de FPA een justitiële titel hebben en daarnaast ook delictgevaarlijke kunnen zijn. De verkregen informatie is verzameld en uitgewerkt in dit productverslag. Ik ben op zoek gegaan naar literatuur in de Koninklijke bibliotheek Den Haag, documentatiecentrum van Parnassia en de bibliotheek van de Haagse Hogeschool. Ik heb ook op internet informatie verzameld, door gebruik te maken van zoekmachines.

De interviews waren semi-gestructureerd. Ik begon met een open vraag die naar hun mening vroeg over het onderwerp en vroeg hierop door. Ik stelde ook enkele gerichte, soms gesloten vragen. Dit was om te kijken of men het eens was met mijn visie op het beleid. Hierdoor kon ik goed meten of er voldoende draagvlak is voor mijn adviezen.

In de enquête heb ik een aantal gesloten vragen gesteld. Wel werd er bij iedere vraag de mogelijkheid gegeven om de motivatie van de persoon te benoemen. Ik heb hier voor gekozen omdat ik verwachtte dat de antwoorden anders te breed zouden zijn. Ik heb dit gedaan om mijn onderzoek af te bakken.

Met het zoeken naar informatie heb ik mij vooral gericht op informatie gericht op seksualiteit en psychiatrie. Een klein aanbod van de informatie ging over vrouwelijke cliënten. Ik heb mij hier niet specifiek in verdiept. Het is zeker van belang, maar aangezien het grootste deel van de cliënten mannelijk is, heb ik mij daar op gefocust.

Ik heb een werkgroep opgezet met het doel om het onderwerp breder te trekken op de afdeling en om ook vervolg aan het document te kunnen geven. Hiermee bedoel ik dat er daadwerkelijk een beleid wordt ingevoerd.

### 5.7.2 Validiteit

De validiteit van dit stuk is afhankelijk van een aantal factoren, deze zullen hieronder worden beschreven. De uitkomsten uit de gesprekken kunnen voortdurend aan veranderingen onderhevig zijn door interne veranderingen. Een voorbeeld hiervan is dat het afdelingshoofd dat van mening veranderde naar aanleiding van voortschrijdende inzichten, zie 5.1.1.

De interviews zijn afgenomen zonder gebruik te maken van een voice-recorder. Dit omdat deze moeilijk te verkrijgen waren en dit voor extra werk zorgt met het uitwerken. Ik vond het beter lopen door aantekeningen te maken en de onderdelen er uit te halen die ik belangrijk vond. Om het geheel meer valide te maken, heb ik een aantal mensen

gemaïld om te vragen of mijn uitwerking overeenstemt met hetgeen wat zij gezegd hebben.

Ik ben mij ervan bewust dat ik door een enquête te gebruiken en een interview per mail af te nemen, ik mijzelf qua informatie beperkt heb. De verkregen informatie is wel betrouwbaar, maar misschien was er meer informatie vrij gekomen als deze in een variant van open interview vragen waren verwerkt en mondeling en in persoon was afgenomen. Ik heb er voor gekozen om de vragen een bepaalde richting op te stellen, omdat ik mijn product wilde afbakenen. Met te veel informatie wordt dit lastiger.

De gebruikte literatuur is bij sommige bronnen gedateerd en daardoor kan het minder relevant zijn anno 2007. Wat ik opvallend vond is dat er voldoende literatuur te vinden is over seksualiteit, maar weinig over de koppeling psychiatrie en seksualiteit. Ik ben veel boeken tegen gekomen over seksualiteit en een verstandelijke of lichamelijke beperking of autisme, maar niet bijvoorbeeld de relatie schizofrenie en seksualiteitsbeleving.

Gezien de beperkte beschikbare literatuur heb ik er voor gekozen deze bronnen toch te gebruiken. Soms bleken de internetbronnen ook beter op mijn onderzoek aan te sluiten. Zo heb ik voor seksualiteit en cultuur voor een internetbron gekozen, terwijl ik ook een schriftelijk bron had, echter bevatte deze informatie die niet relevant was voor mijn onderzoek.

Ik heb gebruik gemaakt van een aantal zorgvuldig uitgezochte internetbronnen. Internetbronnen zijn wel minder valide. Iedereen kan zijn mening op internet als de waarheid verkondigen.

#### Interne geldigheid:

Ik heb gewerkt aan de interne geldigheid van het document door van verschillende bronnen gebruik te maken zoals literatuur, afdelingsdocumenten, internet, interviews en enquêtes. Ik heb steeds rekening gehouden met de kaders van de afdeling en ben daarom ook van mening dat de interne geldigheid voldoet.

#### Externe geldigheid:

Er bestaat bij mij twijfel over de externe geldigheid van het document. Ik denk dat het onderzoek voor andere forensische afdeling van toepassing kan zijn. Parnassia FPA is echter één van de weinige forensische afdelingen die de hoofddiagnose schizofrenie als opnamecriteria hanteren. Dit document is sterk gericht op die doelgroep en ik kan mij voorstellen dat voor andere ziektebeelden een aanvullend onderzoek nodig is. Verder ben ik wel van mening dat de basis van mijn document bruikbaar is, juist omdat er ook visies van andere FPA's zijn verwerkt in het verslag.

## Hoofdstuk 6: Analyse

Hieronder zal ik de analyses geven van de verschillende hoofdstukken. Ik analyseer per hoofdstuk. In hoofdstuk 7 volgen de conclusies.

### **6.1 Analyse hoofdstuk 1**

Gedurende mijn afstuderen is mijn probleemstelling meerdere keren veranderd. In eerste instantie dacht ik geen antwoord te kunnen krijgen op mijn probleemstelling. Er was weinig informatie beschikbaar. Door met verscheidene mensen op mijn afdeling en andere FPA's in gesprek te gaan, kreeg het langzamerhand meer vorm.

De doelstelling is al die tijd hetzelfde gebleven. Wel concreter gemaakt. Ik ben ook van mening dat de doelstelling behaald was, omdat er een duidelijk adviesrapport is ontwikkeld.

De deelvragen zijn ook ongewijzigd gebleven. Wel was het niet altijd even makkelijk om de antwoorden te verkrijgen. Vooral de onderbouwing vanuit de literatuur was miniem. Ik heb uiteindelijk wel op alle deelvragen antwoord kunnen geven. Ik heb ervoor gekozen om per thema een hoofdstuk te maken en daarin de antwoorden op de deelvragen te verwerken. Al ver in het onderzoek is er nog een deelvraag toegevoegd. Ik miste een belangrijk deel. Ik vind het belangrijk de link te leggen tussen schizofrenie en seksualiteit en intimiteit. Om hier goed antwoord op te kunnen geven, moet er antwoord worden gegeven op de vraag: wat wordt er verstaan schizofrenie? Deze deelvraag is dan ook toegevoegd.

### **6.2 Analyse hoofdstuk 2**

Uit hoofdstuk 2 blijkt dat het lastig is om één definitie te geven van seksualiteit en intimiteit. Het lijkt er op dat het voor veel mensen gevoelsmatig is wat onder seksualiteit en wat onder intimiteit valt. Juist omdat mensen het allen verschillend ervaren is het van belang dat er over gesproken wordt, zodat je bij de cliënt navraag kan doen hoe zij dat ervaren. Dit gebeurt naar mijn mening vaak onvoldoende. Als ik het koppel naar de afdeling, dan vind ik dat artsen en PB-ers hun cliënten kunnen vragen, hoe dat voor hen is.

In het woordenboek wordt er gesproken over 'grote vertrouwdheid'. Ook dit is één van de basisbehoeften van de mens. Het is belangrijk dat er veiligheid en vertrouwen is.

Ik denk dat er een duidelijk oorzakelijk verband is te leggen tussen de taboe die er nog lijkt te berusten op seksualiteit in de samenleving (en met name de psychiatrie) en het ontbreken van een duidelijk beleid hierover. De oorzaken van dit taboe zal ik in dit onderzoek niet verder onderzoeken en benadrukken. Het is mij op mijn afdeling en in gesprekken in ieder geval wel opgevallen hoe weinig aandacht er is voor dit onderdeel van het leven van ieder mens en dus ook de psychiatrisch cliënt. De eerste afwijzende reacties vanuit het management en vervolgens het toegenomen enthousiasme n.a.v. een incident op de afdeling vind ik een typisch gevolg van deze taboecultuur.

Ik heb ook een stuk over seksueel geweld meegenomen in dit hoofdstuk. Hoewel seksualiteit in principe losstaat van seksueel geweld ben ik van mening dat het belangrijk is om het erbij te benoemen. Dit omdat ik in mijn werk er vaak mee te maken krijg in verschillende vormen: cliënten die in hun verleden slachtoffer zijn geweest van seksueel geweld of cliënten seksueel geweld hebben toegepast. In de hulpverlening komt seksueel geweld ook voort uit de macht – onmacht verhouding. Op de afdeling is een zedendelict in principe een contra indicatie, maar toch zijn er wel eens cliënten opgenomen die een

zedendelict hebben gepleegd of waarvan het vermoeden is dat zij in de toekomst een zedendelict zouden kunnen plegen. In de forensische psychiatrie is hier een vragenlijst voor: de SVR-20. Deze zou op indicatie ook bij onze cliënten afgenomen kunnen worden. Juist omdat de FPA een groot deel risicotaxatie doet en werkt aan resocialisatie.

### **6.3 Analyse hoofdstuk 3**

Ik had verwacht dat een grote organisatie zoals Parnassia een duidelijk beleid zou hebben omtrent seksualiteit. Er is een beleid in de vorm van een gedragscode. Het valt mij op dat de gedragscode hoofdzakelijk richt op de medewerkers. Er wordt gekeken naar hoe de medewerkers zich wel en hoe niet mogen opstellen naar de cliënten, hoe er melding moet worden gemaakt van incidenten en een stuk over discriminatie. Ik mis daarbij voor een organisatie die zich richt op de vraag van de cliënt, (Parnassia, uw vraag is onze zorg) de vraag van de cliënt zelf.

De cliënten worden wel in bescherming genomen en er staat ook beschreven hoe er melding kan worden gemaakt als er een vermoeden is dat een medewerker een cliënt misbruikt. Toch vind ik het geheel te beknopt. Ik heb het idee dat er alleen maar regels zijn om incidenten te voorkomen. Er staat niet in hoe er open gecommuniceerd kan worden met de cliënten over seksualiteit en intimiteit. Ik mis informatie over hoe afdelingen kunnen omgaan met cliënten van verschillende afdelingen als zij tijdens een opname een relatie hebben, of hoe te handelen bij ´ruilseks´ (seks in ruil voor een pakje sigaretten) op het terrein. Ik ben van mening dat er meer handvatten gegeven kunnen worden. Ik denk dat Parnassia er goed aan zou doen om als instelling een onderzoek in te stellen wat als instelling nog nodig is aan seksualiteit- en intimiteitbeleid.

Op de afdeling staan er een aantal zaken in de afdelingsregels die seksualiteit en intimiteit betreffen. Het viel mij op dat de cliënten geen pornografische afbeeldingen mogen bezitten en ik vraag mij af waarom dat is. Bovendien wordt dit beleid niet strak gehanteerd op de afdeling. Ik denk dat er echter niet teveel regels moeten komen. Door teveel regels op te stellen, ga je te werk vanuit een zeer beheersmatige methode. Deze cliënten werken aan resocialisatie en het lijkt mij juist goed om op de afdeling te kijken hoe zij zelf omgaan met zaken zonder strenge algemene regels. Hierdoor ben ik persoonlijk voor individuele regels per cliënt. Deze zouden in het multidisciplinaire team kunnen worden besproken en ik denk dat handig is als de werkgroep hierbij betrokken wordt.

### **6.4 Analyse hoofdstuk 4**

Het was eerst niet mijn bedoeling om een heel hoofdstuk te wijden aan het ziektebeeld schizofrenie, maar hoe verder ik vorderde, hoe belangrijker dit stuk werd. Zo belangrijk dat er uiteindelijk een heel hoofdstuk aan wordt besteed. Ik vind dit onderwerp belangrijk omdat het veel zegt over de doelgroep en wat het ziektebeeld voor invloed heeft op de cliënten en hun seksualiteitsbeleving.

Eerst geef ik een beeld over wat schizofrenie inhoudt en hoe de diagnose tot stand komt. Ik heb er voor gekozen eerst de DSM criteria te benoemen, omdat hiermee ook op de afdeling wordt gewerkt en daarna een uitgebreidere uitleg over de oorzaken en gevolgen.

Ik leg in het hoofdstuk ook de link met de seksualiteitsbeleving. Uit de literatuur komt naar voren dat een groot deel van de cliënten regelmatig wisselende seksuele contacten heeft, maar dat zij achterlopen in de seksuele ontwikkeling. Vaak schiet hun kennis over veilig vrijen vaak te kort. Ik heb de indruk dat veilig vrijen ook in het gedrang komt, doordat veel cliënten binnen de psychiatrie beperkte financiële middelen hebben. Een vorm van preventie ontbreekt, waardoor het gevaar bestaat dat cliënten soa´s oplopen

of ongewenst zwanger raken. Door middel van een themabespreking die informatie geeft over veilig vrijen kan er gewerkt worden aan preventie.

Vaak hebben de cliënten vanuit hun psychische stoornis ook moeite om om te gaan met reguliere sociale contacten. Er is een liberman module die goed aansluit hierbij. De module heet: omgaan met sociale relaties en intimiteit. Cliënten krijgen hierbij handvatten om hiermee om te gaan. De FPA biedt al enkele andere liberman modules aan en is gewend aan de methode.

Medicatie is ook van invloed op de seksualiteitsbeleving. Cliënten kunnen hinder ondervinden van allerlei bijwerkingen variërend van langdurige pijnlijke erecties tot verminderd libido. Dit onderstreept voor mij het belang van goede voorlichting en het gesprek open houden met de cliënten. Ik ben van mening dat het ook belangrijk is dat als je binnen een afdeling er zelf niet uitkomt met een probleem omtrent seksualiteit en intimiteit dat er dan een seksuoloog bij betrokken moet worden. Ik vind ook dat artsen cliënten actiever moeten ondervragen naar de bijwerkingen van de medicatie en eventueel ook zelf navragen of de cliënt bijwerkingen heeft die seksueel gerelateerd zijn.

## 6.5 Analyse hoofdstuk 5

Toen ik net op de FPA kwam viel het mij op dat er weinig aandacht was voor dit onderwerp. Het afdelingshoofd gaf aan dat je in één bladzijde alles kon benoemen en verder leek hij het onderwerp iets voor na de opname te vinden.

Ik was verrast door het enthousiasme van de hoofdbehandelaar die heel duidelijk kon benoemen waarom seksualiteit en intimiteit juist een belangrijk thema is op de afdeling. Ik ben van mening dat de psycholoog en de hoofdbehandelaar behoorlijk om één lijn zitten en ook bereid zijn om mee te werken met het ontwikkelen van het beleid.

Uit de enquête die onder de teamleden was afgenomen kwam unaniem naar voren dat zij vinden dat het beleid omtrent seksualiteit en intimiteit binnen de FPA tekort schiet. Er wordt aangegeven dat er een behoefte is aan een beleid. Ik vind het wel opvallend dat slecht een klein deel van de medewerkers zelf het bespreekbaar maken met de cliënt. Men geeft aan dat ze meelopen met het beleid van de FPA (geen dus) of dat ze alleen het bespreekbaar maken als de cliënt hier zelf iets over aangeeft. Ik ben juist van mening dat je als hulpverlener daar het gesprek over moet openen en het aan de cliënt laat of deze hier verder op in gaat. Ik vind dat de cliënt openheid moet ervaren om het over seksualiteit te kunnen praten. Het moet niet opgedrongen worden. Het is wel een privé aangelegenheid.

Ik vond het opvallend dat maar één collega benoemde dat ze wellicht het onderwerp niet ter sprake bracht uit schaamte. Ik denk zelf dat dit echter veel vaker een rol speelt. Ik denk dat het goed is als de collega's bij zichzelf nagaan wat hun eigen normen zijn omtrent seksualiteit en intimiteit en hoe dit zich vertaalt in de begeleiding naar cliënten. Ik denk dat een klinische les op zijn plaats zou zijn. Zeker omdat velen aangeven het een onderwerp belangrijk te vinden, maar het zelf niet ter sprake te brengen. Het lijkt er dus op dat de wil er wel is, maar dat het team de handvatten niet beheerst om hiermee om te gaan. In de klinische les zou er dan een stuk reflectie kunnen worden opgenomen en een oefenen hoe met de cliënten in gesprek te gaan over seksualiteit en intimiteit.

Er is het meeste interesse in themabesprekingen voor de cliënten en de liberman module omgaan met sociale relaties en intimiteit en themabesprekingen voor de cliënten. Ik vind het opvallend dat de meeste animo is voor zaken die de cliënten moeten ondernemen en niet iets wat de collega's zelf kunnen doen. Voorzichtig proef ik een houding van wel willen veranderen, maar er zelf niet extra mee belast willen worden. Dit zou kunnen



verklaard worden uit de hoge werkdruk en personeels tekorten waarmee de afdeling momenteel kampt.

Er is ook belangstelling voor een vraagbaak, risicotaxatie en klinische les voor de medewerkers. Iets meer dan de helft geeft aan dit ingevoerd te willen zien. Een vraagbaak zou inhouden dat er minimaal 1 persoon zich meer verdiept in het onderwerp seksualiteit en intimiteit, kijkt wat er op andere afdelingen aan beleid is en weet waar eventuele andere informatie te halen is.

Het meest opvallend vond ik dat maar vier personen van de elf het belangrijk vinden dat seksualiteit en intimiteit een onderdeel worden van PB- en artsgesprekken. Juist dit zijn de personen met wie een cliënt sneller vertrouwd raakt en er een veilige omgeving kan worden gecreëerd om het gesprek aan te gaan.

Vanuit de cliënten komt er naar voren dat zij duidelijkheid willen, maar dat er wel degelijk een behoefte aan een gezonde seksualiteit- & intimiteitbeleving is.

Op de verscheidene FPA's is er geen beleid, omdat zij dit nog aan het ontwikkelen zijn. Ik hoopte in het begin van hun kennis en expertise gebruik te kunnen maken maar er was nog niet veel over dit onderwerp uitgewerkt. Aan de andere kant maakt het mijn uitdaging wel groter om in nog zelden uitgestippeld gebied een beleid te adviseren.

In de werkgroep hebben we een opzet gemaakt met wat we als adviezen kunnen presenteren aan het team en het management, maar wordt afgewacht op de uitkomsten van dit onderzoek.

Er staat in literatuur niet beschreven welke competenties precies nodig zijn om een goed seksualiteit- en intimiteitbeleid uit te voeren. Openheid en reflectie zijn volgens mij competenties die van belang zijn. Een klinische les voor de medewerkers zouden deze competenties kunnen bevorderen. Ik denk verder dat de algemene competenties die van iedere begeleider gevraagd worden binnen ons team op ons functieniveau van toepassing zijn op het uitvoeren van dit beleid. Met andere woorden, ik verwacht dat het team genoeg competenties in huis heeft, wanneer het de juiste middelen krijgt aangereikt om het uit te voeren.

## Hoofdstuk 7: Conclusie

Ik zal hieronder mijn conclusies beschrijven. De conclusies komen voort uit de analyse en zullen de basis zijn voor het uiteindelijke product.

Ik heb een taxatie gemaakt en dit vind ik de belangrijkste:

Seksualiteit en intimiteit kan op vele manieren uitgelegd worden. Daarnaast lijkt iedereen een eigen uitleg van de woorden te hebben. Deze definities kunnen veel van elkaar verschillen en dragen bij aan het verwarrende beleid dat er nu is op dit gebied. Dit maakt het lastig om uit te vinden wat de woorden voor de ander betekenen. Het is echter wel belangrijk om ook seksualiteit en intimiteit met de cliënt te bespreken, aangezien het wel een onderwerp is wat bij de cliënt leeft, het een onderwerp is wat in een beleid van een organisatie hoort en een onderwerp wat bijdraagt aan een betere resocialisatie van de cliënt. Binnen de FPA zouden de persoonlijk begeleiders en artsen van de cliënten het gesprek met hen kunnen aanvoeren, zodat de cliënt ervaart dat er aandacht is voor het onderwerp en hulp kan worden geboden bij bijwerkingen die van invloed zijn op de seksualiteit. Het gevoel moet bij de cliënt ontstaan dat seksualiteit geen taboe meer is, maar een geaccepteerd onderdeel van zijn leven.

Seksueel geweld is iets wat ook onder de cliënten op de afdeling voorkomt in verschillende varianten. Aangezien de FPA een afdeling is die ook risicotaxaties doet, lijkt het mij goed om de SVR-20 in te voeren. Dit is een risicotaxatie voor zedendelicten. Het is wel van belang dat deze niet bij alle cliënten worden afgenomen maar op indicatie. Verder moeten er duidelijke afspraken komen over de grenzen van seksueel gedrag, om seksuele intimidatie van cliënt naar begeleider of cliënt naar cliënt te voorkomen. Hiermee train je ze ook hoe ze zich buiten de muren van de afdeling zullen moeten gedragen.

Een andere belangrijke conclusie van het geheel voor mij is, dat er een behoefte is aan een duidelijk beleid omtrent seksualiteit en intimiteit, maar dit ontbreekt nog. Zowel management als teamleden vinden dit een gemis. Tegelijkertijd valt me op dat het team het onderwerp nauwelijks zelf ter sprake brengt bij de cliënt. Ik denk dat het voor de teamleden goed zou zijn als zij een klinische les zouden krijgen over seksualiteit en intimiteit. De klinische lessen zouden dan tweeledig moeten zijn: een deel hoe hebben mijn normen effect in mijn houding als professional zijnde en wat zijn handvatten om het gesprek aan te gaan met cliënten over seksualiteit en intimiteit.

Ook in literatuur is er weinig informatie te vinden als het gaat over seksualiteit en intimiteit in de psychiatrie. Veel van de boeken waren van meer dan tien jaar geleden en minder relevant voor dit verslag. Ik zie dit als een gebrek en een benadrukking van de taboe die erop berust.

Ik zou er ook voor willen pleiten dat de afdeling een aanspreekpunt oftewel vraagbaak krijgt op de afdeling. Dit omdat er weinig kennis in huis is. De vraagbaak die leest zich meer in over het onderwerp en weet waar aanvullende informatie te halen is. Ook zou hij de schakelpersoon zijn tussen de seksuoloog. Ik ben van mening dat de seksuoloog meer betrokken zou moeten zijn bij de cliënten, wanneer zij daar behoefte aan hebben.

Parnassia zelf heeft een beleid wat niet compleet is, andere forensische afdelingen missen geldende afspraken en op de FPA Parnassia is er geen beleid en wordt er tot op heden weinig aandacht besteed aan het onderwerp.

Het is verstandig dat Parnassia onderzoek gaat doen naar hoe zij een uitgebreider seksualiteit- en intimiteitbeleid kunnen opzetten. Voor de FPA denk ik dat er in het beleid wel ruimte moet zijn voor seksualiteit en intimiteit en dan de regels op het individu

moeten worden aangepast. De ene cliënt zal met meer verantwoordelijkheid om kunnen gaan als de andere.

Er is in dit verslag gebleken dat schizofrenie invloed heeft op de seksualiteit en intimiteitbeleving. Zo hebben mensen met schizofrenie vaak een achterstand in de seksuele ontwikkeling, maar kunnen wel wisselende contacten hebben. Er is duidelijk geworden dat de doelgroep vaak onbeschermd seks heeft. Ik ben van mening dat het daarom van belang is dat er voorlichting aan de cliënten komt in het kader van SOA preventie. Op de afdeling kan dit tijdens de themabesprekingen worden opgenomen. Daarnaast past de liberman module goed in het behandelaanbod en is geschikt voor de doelgroep.

## **Hoofdstuk 8: Product**

Hieronder vind u de verantwoording van mijn product. Ik geef uitleg voor het gekozen product. Daarnaast heb ik uitleg over de opzet van het product. Als laatste geef ik een evaluatie.

### **8.1 Verantwoording van de keuze van het product**

Mijn product is een adviesrapport. Toen ik begon met mijn startdocument wilde ik eerst zelf een beleid schrijven, maar al snel beseftte ik dat dit te hoog gegrepen is. Binnen Parnassia is het gebruikelijk dat het management het beleid aanstuurt. Medewerkers kunnen wel meedenken aan het beleid, maar het management heeft daar de uiteindelijke beslissing over. Daarmee wilde ik mijn stuk duidelijk afbakenen. Ik heb toen gekozen voor het adviesrapport.

Een adviesrapport geeft kort en duidelijk weer wat er aan beleid zou kunnen komen binnen de FPA. Het geeft de benodigde informatie en voor de achterliggende gedachten kan men in dit productverslag kijken.

### **8.2 Opzet van het product**

Ik heb ervoor gekozen om niet de structuur aan te houden die door de school wordt gegeven, maar voor een structuur die door de RuG, Faculteit der Letteren, project Communicatieve Vaardigheden wordt gegeven, zie bijlage 3. Ik heb hiervoor gekozen omdat ik van mening ben dat deze beter aansluit bij de doelgroep van het document. Het management van de FPA weet bijvoorbeeld wat de beginsituatie is.

Mijn product is een management samenvatting geworden. De adviezen worden hier kort benoemd en er wordt verteld wat er voor nodig is. Het management op de FPA is druk met veel vergaderingen en andere zaken en heeft naar mijn inzicht geen tijd om lange stukken door te lezen. Zij kunnen nu in een paar minuten de adviezen inzien. Als zij interesse hebben in de totstandkoming van de adviezen dan kunnen zij het productverslag inkijken.

Ik ben van mening dat ik wel voldoe aan de criteria die school aandraagt in de reader. Alle informatie is in het productverslag opgenomen. Alleen niet alles komt in het product terug.

Ik heb niet letterlijk het stramien aangehouden, omdat ik me met het productverslag wel aan de richtlijnen van school wilde houden. De volgorde zoals beschreven in bijlage 3 heb ik niet aangehouden. Wel komen alle factoren in het productverslag aan bod.

Het product begint met een korte inleiding en gaat daarna direct over naar de adviezen. Ik heb ervoor gekozen om er bijlagen aan toe te voegen met contact informatie en informatie over de financiën. Aangezien het management moet kijken of er budget is voor de adviezen, is deze informatie toegevoegd. Zo is het rapport toegespitst op de doelgroep waar het voor geschreven is. Het team van de FPA heeft zou ook snel een overzicht van de adviezen en het rapport is beknopt genoeg om te agenderen op een algemeen werkoverleg.

### 8.3 Evaluatie

Ik ben tevreden over het eindproduct. Het is kort, helder en duidelijk. Ik ben van mening dat ik alle belangrijke zaken benoem in het product. Het heeft wel een tijd geduurd voordat ik de juiste vorm had gevonden. Daarom heb ik ook een ander adviesrapport-structuur opgezocht en gebruikt.

In het begin had ik meer adviezen bedacht. Zo wilde advies geven over condoomverstrekking en prostitutiebezoek. Ik had echter hiervoor onvoldoende informatie om hier een duidelijk advies over te geven. Dit zijn zaken die nu per cliënt individueel bekeken kunnen worden.

Verder wilde ik eerst meer uitleg geven over verschillende zaken in het adviesrapport. Zo wilde ik uitleggen wat de liberman module sociale relaties en intimiteit inhield en had de informatie er dan ook bijgezocht. Ik heb ervoor gekozen dit niet te verwerken omdat bij de doelgroep deze informatie bekend is.

Er is een punt geweest halverwege mijn productverslag dat ik al met het product wilde beginnen. Dit lukte echter niet. Toen kwam ik tot de conclusie dat eerst mijn verslag af moest zijn, met een duidelijke analyse en conclusie voordat ik aan het product kon beginnen.

Ik heb het mijzelf soms moeilijk gemaakt door het meeste werk op het laatste moment te verrichten. Toch merk ik dat ik meer vooruit heb gewerkt dan ooit tevoren. Ik heb er ook zeker veel van geleerd.

Ik heb erg veel geleerd om de werkgroep op te zetten en dit heeft zijn invloed gehad op de afdeling. De werkgroep heeft al voordat het adviesrapport op de afdeling is getoond, de discussie los gemaakt op de afdeling.

Ik denk dat het adviesrapport in zijn huidige vorm bruikbaar is voor de afdeling. Het vloeit logisch voort uit mijn analyse en conclusies. Het geeft duidelijk antwoord op de probleemstelling en mijn doel is behaald.

# **Literatuurlijst**

## **Literatuur**

- Seksualiteits beleid? Gewoon doen!  
Handboek seksualiteitsbeleid voor GGZ instellingen.  
Yuri Ohlrichs, Elsbeth Wolf, 2003, Rutgers Nisso groep, maaskringgroep.
- Seksualiteit, intimiteit en hulpverlening  
Mathieu Heemelaar, 2000, Bohn Stafleu Van Loghum
- Intieme vragen, intimiteit en seksualiteit bij langdurig zorgafhankelijke cliënten  
E. Gaal en J van Weeghel, 1998, Trimbos-instituut
- Intimiteit en seksualiteit  
C. Cornuit en drs C. Koenis, 1992, KAVANAH
- Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie 2005  
Meerdere samenwerkende cliënten-, familie- en beroepsorganisaties, Trimbos-instituut
- Beknopte handleiding Diagnostische criteria van de DSM IV  
American Psychiatric Association, 2001, uitgeverij Swets.

## **Websites**

- <http://www.sexwoordenboek.nl>  
Website van Hilde van der Ploeg, klinisch psycholoog
- <http://nl.wikipedia.org>  
Internet encyclopedie
- [www.forensischepsychiatrie.nl](http://www.forensischepsychiatrie.nl)  
Website met informatie en nieuws over de forensische psychiatrie
- <http://www.hetoudegesticht.nl/art/art%20liberman2.htm>  
Website met informatie over de psychiatrie en liberman modules
- <http://www.liberman.nl/>  
Officiële websites over de libermanmodules
- [http://www.rug.nl/noordster/schriftelijkeVaardigheden/voorStudenten/tekstsoortenConventies/adviesrapportOmschrijving van het genre](http://www.rug.nl/noordster/schriftelijkeVaardigheden/voorStudenten/tekstsoortenConventies/adviesrapportOmschrijving%20van%20het%20genre)  
Informatie over het schrijven van een adviesrapport.
- <http://staff.gc.maricopa.edu/~jpell/blackboard/MASLOW.JPG>  
informatie over Maslow  
Informatie over de behoeften hiërarchie van Maslow
- <http://www.vandale.nl/>  
Online woordenboek

## **Folders /readers /afdelingsdocumenten/artikelen**

- Handleiding afstudeerproject 06/07 dtdu, Haagse Hogeschool
- Document afdelingsregels FPA, versie 2 definitief, laatst bijgewerkt 25-7-2006)
- Gedragscode Parnassia, vastgesteld door de Raad van Bestuur Juli 2000
- Folder: PSYQ seksuologie
- Folder: Forensisch zorgprogramma. Informatie voor verwijzers
- Brochure: 'Ypsilon is een geweldige steun. Nog steeds'
- Artikel: Wat iedere psychiater zou moeten weten maar niet durft te vragen: de seksualiteit van de psychiatrische patiënt  
door: M.W. Hengeveld  
Gepubliceerd in 1995, no. 9 in Het Tijdschrift voor Psychiatrie

## **Bijeenkomsten / symposia**

- Symposium: Seks, zo gek kan het niet wezen (GGZ), [www.medilex.nl](http://www.medilex.nl) 23-11-2006
- Psychiatrie en seksualiteit, bijeenkomst Parnassia afdeling Preventie, juni 2006

## Bijlage 1

### De behoeften Hiërarchie van Maslow



(Bron: <http://staff.gc.maricopa.edu/~jpell/blackboard/MASLOW.JPG>)

## Bijlage 2

### **Enquete**

**1. Vind je dat er op de FPA voldoende aandacht wordt besteed aan het onderwerp seksualiteit en intimiteit?**

- Ja**                       **nee**                       **geen mening**

**Motivatie:**

**2. Bespreek jij met cliënten dit onderwerp?**

- Ja**                       **nee**                       **geen mening**

**3. Zo ja, waarom wel? Zo nee, waarom niet?**

**Motivatie:**

**5. welke van de onderstaande punten zou je willen dat de FPA invoert?**

- Aanspreekpunt seksualiteit en intimiteit/vraagbaak
- Liberman module omgaan met sociale relaties en intimiteit
- Vragenlijsten zoals bijvoorbeeld de SVR-20 (soort HKT voor seksuele delicten)
- Aanspreekpunt seksualiteit en intimiteit/vraagbaak  
Themabesprekingen voor cliënten
- Klinische les voor medewerkers
- Duidelijk onderdeel maken van PB- en arts gesprekken
- Anders namelijk :



## **Bijlage 3**

### **Adviesrapport**

**Tekstdoel:** Een adviesrapport geeft op basis van eigen of andermans onderzoek een beredeneerd (beleids)advies of maakt een oplossing voor een probleem kenbaar. In een academische context worden adviesrapporten vooral geschreven in opdracht van partijen buiten de universiteit. Studenten schrijven bijvoorbeeld adviesrapporten in het kader van een stage of naar aanleiding van een onderzoeksvraag die aan een van de universitaire 'winkels' wordt uitbesteed. Beleidsrapporten zijn specifieke adviesrapporten, die meestal in een bestuurlijke context worden geschreven.

**Doelgroep:** Lezers van adviesrapporten vormen in de meeste gevallen een heterogene groep. Een opdrachtgever is bijvoorbeeld vooral geïnteresseerd in het daadwerkelijke advies dat je uitbrengt. Een docent daarentegen wil vooral beoordelen of je het onderzoek goed hebt uitgevoerd, de juiste conclusies hebt getrokken en deze voldoende genuanceerd onder woorden hebt gebracht. Breng de lezersgroep dan ook duidelijk in kaart door de volgende vragen te stellen.

- Welke voorkennis hebben de lezers?
- Welke belangen hebben de lezers?
- Hoe gaan ze het rapport gebruiken?

#### **Bronnen**

- De analyse van het probleem en de achtergrondinformatie van je opdrachtgever.
- Gegevens van externe experts (zie Experts interviewen).
- Resultaten van het verrichte onderzoek.
- Geraadpleegde vakliteratuur.
- Je eigen expertise.
- Eerder gepubliceerde adviesrapporten over het onderwerp.

**Globale structuur:** In een adviesrapport staan het advies en de onderbouwing daarvan vaak centraal. Onderzoeksgegevens, methodologie en theorie worden meestal gepresenteerd in de bijlagen.

Ga met betrekking tot de structuur van je tekst na wat de verwachtingen zijn van de opdrachtgever (de docent). Hieronder wordt een globale structuur gepresenteerd voor een kort adviesrapport.

#### **voorbeeldstructuur adviesrapport:**

**Managementsamenvatting** Stelt de opdrachtgever in zo weinig mogelijk woorden op de hoogte van het advies en de onderbouwing hiervan.  
Omvang: half à 1 A4

**Inleiding: het probleem** Bevat de aanleiding en context van het probleem, de

centrale vraag en een beschrijving van de randvoorwaarden voor mogelijke oplossingen.

**Oplossingen / maatregelen**

Geeft een of meer oplossingen weer en weegt deze (tegen elkaar) af binnen de gestelde randvoorwaarden

**Conclusie / aanbevelingen**

Bevat het uiteindelijke advies en de onderbouwing hiervan.

**Bijlagen**

Bevatten de onderzoeksgegevens en achtergrondinformatie

## Tips

- Opdrachtgeving: zorg ervoor dat de opdrachtgever een duidelijke, gekwantificeerde adviesvraag formuleert.

## Bronnen

- Berkenbosch, R. (1991). *Het schrijven van beleidsteksten. Handleiding voor het opstellen van korte notities over beleidskwesties*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Elling, R., B. Andeweg, J. de Jong en C. Swankhuisen (1994). *Rapportagetechniek. Schrijven voor lezers met weinig tijd*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Lamers, H.A.J.M. (1989). *Handleiding voor beleidsteksten*. Muiderberg: Coutinho.

© 2002 | RuG, Faculteit der Letteren, project Communicatieve Vaardigheden

**Laatst gewijzigd:** 13 juli 2005 09:33

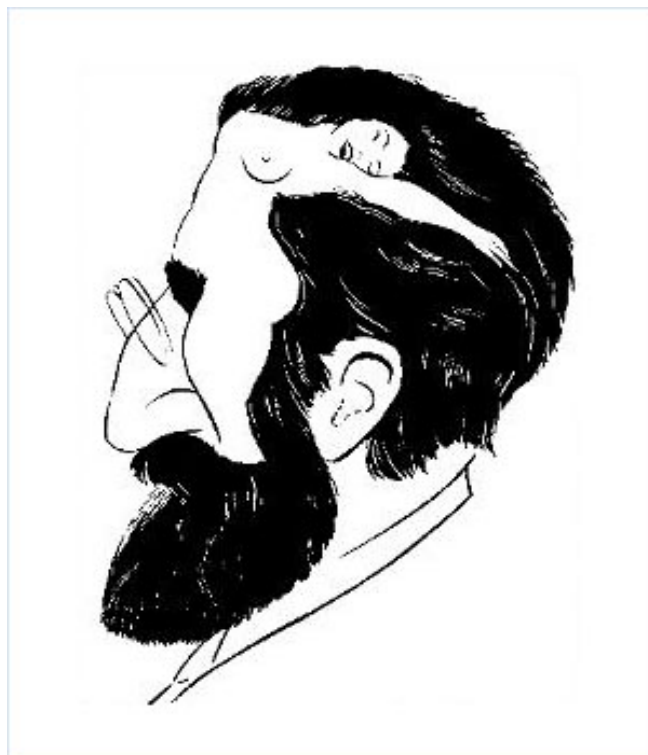
(Bron:

[http://www.rug.nl/noordster/schriftelijkeVaardigheden/voorStudenten/tekstsoortenConventies/adviesrapportOmschrijving van het genre](http://www.rug.nl/noordster/schriftelijkeVaardigheden/voorStudenten/tekstsoortenConventies/adviesrapportOmschrijving%20van%20het%20genre))

# Product

## Adviesrapport Seksualiteit & intimiteit FPA Parnassia

### Een taboe doorbroken?



Door:  
Teresa Dijkman

Datum:  
23-04-2007

# **Managementsamenvatting**

## **Inleiding**

Dit stuk is speciaal voor het management van de FPA geschreven. Hieronder worden de adviezen gegeven voor de FPA. Ik heb er voor gekozen om het kort en bondig te beschrijven zodat de lezer snel overzicht heeft van de adviezen. Wilt u meer weten van de achtergronden en hoe ik tot de adviezen ben gekomen dan verwijst ik u naar het Productverslag.

## **Adviezen**

### **Advies 1: Het aanstellen van een aanspreekpunt seksualiteit en intimiteit die fungeert als vraagbaak**

Binnen de FPA zijn er aanspreekpunten voor verschillende onderwerpen. Een voorbeeld hiervan is het aanspreekpunt van het KOPP-project<sup>1</sup>. Deze fungeert als vraagbaak. Wanneer zij de antwoorden niet hebben op vragen vanuit het team dan hebben zij wel informatiegegevens waar de informatie op te vragen is. Verder verdiept het aanspreekpunt zich meer in het onderwerp door middel van literatuur opvragen en eventueel werkbezoeken.

Gezien de complexiteit van seksualiteit en intimiteit op de FPA wil ik adviseren dat de afdeling een aanspreekpunt aanwijst. Bij voorkeur iemand die ook deelneemt aan de werkgroep seksualiteit en intimiteit, zodat de vragen breed getrokken kunnen worden. Blijkt het aanspreekpunt een succes dan is het mogelijk om het aanspreekpunt vraagbaak te maken voor de gehele divisie F&I (Forensische en intensieve zorg). De FPA kan hier dan een voorbeeldfunctie in hebben. Het is gewenst om het aanspreekpunt een cursus te laten volgen omtrent het onderwerp zodat deze een groot deel van de informatie zich eigen is heeft kunnen maken.

### **Advies 2: Een klinische les voor de medewerkers aanbieden**

Het blijkt dat de teamleden seksualiteit en intimiteit belangrijke onderwerpen vinden, maar dat zij dit weinig ter sprake brengen in de gesprekken met cliënten. Het lijkt dat de medewerkers handvatten en kaders missen om hiermee om te gaan. Het voorstel is dan ook om een klinische les aan te bieden. Het onderwerp van de klinische les is tweeledig. Hoe kijkt men aan tegen seksualiteit vanuit de eigen kaders en hoe houdt dit zich in de begeleiding. Het tweede deel geeft handvatten die door een professional worden gegeven, hoe het bespreekbaar te maken. De schrijfster van het adviesrapport raadt met nadruk aan dat de klinische les door een professional wordt gegeven gezien de gevoeligheid van het onderwerp. In bijlage 1 zijn contactgegevens opgenomen van professionals die hiervoor kunnen worden ingezet.

Mocht het budget niet toereikend zijn, dan kan er worden gedacht aan de volgende alternatieven:

- De klinische les voor de gehele divisie houden. De kosten kunnen dan gedeeld worden
- Vragen om begeleiding op het gebied van seksualiteit en intimiteit te bespreken binnen de intervisiegroepen

### **Advies 3: Themabesprekingen omtrent seksualiteit en intimiteit voor de cliënten verzorgen**

Zowel uit de literatuurstudie als uit de praktijk blijkt dat cliënten regelmatig de nodige kennis missen over seksualiteit en intimiteit. Preventie is hierbij een pré. Dit is mogelijk door de thema besprekingen (die nu al een deel zijn van het behandelaanbod) regulier als onderwerp seksualiteit en intimiteit mee te geven. PSYQ geeft op meerdere afdelingen themabesprekingen en zou uitgenodigd kunnen worden

---

<sup>1</sup> Het KOPP staat voor Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problemen

voor de FPA, contactgegevens zie bijlage 1. De themabesprekingen moeten zich vooral richten op 'veilig vrijen'. De themabesprekingen kunnen worden gepland door de werkgroep in samenwerking met de activiteitenbegeleiding.

#### **Advies 4: De Liberman module "omgaan met sociale relaties en intimiteit" opzetten**

Seksualiteit en intimiteit bespreekbaar maken bestaat niet alleen uit 'veilig vrijen'. Onze cliëntenpopulatie heeft vaak moeite met relaties, interacties en intimiteit. Dit kan hen buiten de afdeling in risicovolle situaties plaatsen. Ik adviseer dan ook om gemotiveerde cliënten de libermanmodule omgaan met sociale relaties en intimiteit aan te bieden. De libermanmethode is al bekend binnen de afdeling en past in de behandelstrategie.

Om dit in te voeren is het noodzaak om met de werkgroep liberman en seksualiteit en intimiteit te kijken naar de implementatie mogelijkheden. De trainers die nu de liberman geven zullen deze module erbij kunnen nemen of nieuwe teamleden moeten hiervoor worden getraind. Er moet ruimte zijn binnen het rooster en budget om de benodigde producten aan te schaffen. De afdeling bezit al een libermantrainer. Hij kan worden ingezet om collega's te trainen. Voor de overige producten zie bijlage 2.

#### **Advies 5: Risicotaxatie seksuele delicten afnemen met behulp van de SVR-20<sup>2</sup>**

Binnen de FPA werken we toe naar resocialisatie. Een deel van ons werk is risicotaxatie. We werken momenteel alleen met de algemene risicotaxatie. Vanuit de behandelaren en het team blijkt er behoefte aan een speciale taxatie op zedendelicten. Wel moet hierbij vernoemd worden dat deze alleen op indicatie van de behandelaar wordt afgenomen.

Om dit in te voeren moeten de behandelaren de lijst opvragen en implementeren op de afdeling. De lijst wordt door de psychologen afgenomen.

#### **Advies 6: Onderwerp onderdeel maken van gesprekken met de arts en PB-ers**

Het is van belang dat seksualiteit en intimiteit een onderdeel wordt van de gesprekken. De behandelaren kunnen het medische deel bespreken zoals bijwerkingen van de antipsychotica (valt onder informed consent) en PB-ers kunnen het gesprek aan gaan over de dagelijkse zaken. Het onderwerp moet niet worden opgedrongen maar de cliënt moet een zekere openheid ervaren om het onderwerp ter sprake te brengen.

#### **Advies 7: Regels individueel bepalen met behulp van werkgroep**

Het voorstel is om cliënten individueel te benaderen. Afspraken worden multidisciplinair gemaakt. De werkgroep (adviesgevers) dient hierin betrokken te worden. Wel wordt er voorgesteld om opener te zijn voor het onderwerp en de cliënten hierin meer vrijheid te bieden, zolang zijzelf en andere cliënten/teamleden hier geen hinder aan ondervinden. Bijvoorbeeld: erotische afbeeldingen mogen wel op de kamer en niet in het zicht.

#### **Advies 8: Geef het onderzoek een vervolg**

Dit adviesrapport is slechts een klein deel van een groter geheel. Ik adviseer dan ook dat de FPA samen met de divisie en instelling gaat kijken naar een algemeen beleid rondom seksualiteit en intimiteit. Dit met oog op doelgroepvermenging op het terrein en uitgebreide SOA-preventie.

Heeft u naar aanleiding van het stuk nog vragen dan verwijst ik u naar de schrijfster van het adviesrapport en de werkgroep seksualiteit en intimiteit.

---

<sup>2</sup> SVR-20 sexual violence risk. Vragenlijst met 20 vragen om een risicotaxatie te maken voor zedendelicten

## **Bijlage 1:**

### **Contact gegevens:**

- **Jim Keller**

Projectmedewerker/ voorlichter

De organisatie vraagt voor mij € 61,- per uur; dat bedrag geldt zowel voor de cursus als de voorbereiding + exclusief 19% BTW.

In overleg met elkaar bepalen we hoeveel tijd de cursus beslaat en geef ik aan hoeveel tijd ik nodig heb voor de voorbereiding. Daarna wordt er een offerte opgesteld en dat naar jou toegestuurd ter goedkeuring.

j.keller@ribwdh.nl

070-308 46 77

- **Amber Verstraete**

PSYQ, seksuologie

versta@psyq.nl

Prijsindicatie onbekend

## **Bijlage 2: prijsindicatie liberman**

Een module bestaat uit een handleiding, een set van 10 werkboeken, een DVD en een een- of meerdaagse training.

**Handleiding:** EUR 97,00

**Werkboeken deel I (set van 10):** EUR 130,00

**Werkboeken deel II (set van 10):** EUR 130,00

**DVD:** EUR 79,83

### **Trainingsdag(en)**

U kunt hieronder een keuze maken uit een van de eerstvolgende trainingsdagen.

Voor een in-company training kunt u een voorkeursdatum aangeven.

18 juni 2007 en 19 juni 2007: EUR 723,00

24 september 2007 en 25 september 2007: EUR 723,00

10 december 2007 en 11 december 2007: EUR 723,00

Producten zijn te bestellen via:

<http://liberman.devel.aceview.nl/page.php?p=producten&id=7>