

‘Doe jij het al?’

Een onderzoek naar de bespreekbaarheid van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie ter bewustwording van het voorkomen van ongeplande en ongewenste zwangerschappen bij kwetsbare (potentiële) ouders.

26 juni 2020

Fontys Hogescholen Eindhoven

Afstudeeronderzoek

Opleiding:	Sociale Studies
Afstudeerrichting:	BSW
Afstudeerdocent:	Monique van den Hout
Progresscode:	90V4B -AFOZ
Naam:	Denise de Brouwer
Studentnummer:	3130789
Klas:	4V05J

Samenvatting

In Nederland worden er jaarlijks tussen de 800 en 1.700 kinderen geboren in (zeer) kwetsbare gezinnen (Rijksoverheid, 2018). Om deze reden heeft minister Blokhuis (2018) aangegeven dat er binnen het sociale domein meer aandacht moet komen voor seksualiteit, kinderwens en anticonceptie, zodat een ongewenste zwangerschap voorkomen kan worden. Verpleegkundige specialist Connie Rijlaarsdam heeft daarom het programma Nu Niet Zwanger opgericht, waarin van hulpverleners wordt verwacht dat zij met kwetsbare (potentiële) ouders in gesprek gaan over seksualiteit, kinderwens en anticonceptie ter bewustwording van een eventuele kinderwens. Het doel is het voorkomen van ongeplande en ongewenste zwangerschappen.

Echter blijkt in de praktijk dat het bespreken van deze onderwerpen niet voor iedere hulpverlener vanzelfsprekend is. Hulpverleners hebben het gevoel te weinig kennis te hebben over het onderwerp, ervaren dit als emotioneel beladen of zien het niet als hun verantwoordelijkheid om hierover te beginnen. Anderzijds wordt gezien dat cliënten ook drempels ervaren om hier zelf over te beginnen. Doordat het bespreken van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie in de praktijk vaak uitblijft, kan niet preventief ingezet worden op het voorkomen van ongeplande en ongewenste zwangerschappen.

Het onderzoek heeft plaatsgevonden binnen een welzijnsorganisatie die het convenant Nu Niet Zwanger heeft getekend. De volgende hoofdvraag is voor dit onderzoek opgesteld: *Wat hebben cliëntondersteuners van organisatie X nodig om seksualiteit, kinderwens en anticonceptie te bespreken met cliënten, met als doel het creëren van bewustwording omtrent het voorkomen van een ongeplande en ongewenste zwangerschap?*

Het onderzoek is uitgevoerd aan de hand van de kwalitatieve onderzoeksmethode. De data is verzameld aan de hand van semigestructureerde interviews, waarbij gebruik is gemaakt van een topiclijst. Om de anonimiteit van de organisatie en de respondenten te waarborgen is er in het gehele onderzoek verwezen naar 'organisatie X'. De verkregen data uit de interviews zijn gecodeerd, geanalyseerd en gekoppeld aan literatuuronderzoek.

Uit de resultaten van het onderzoek zijn de volgende conclusies getrokken die leiden tot het beantwoorden van de hoofdvraag:

- Om de bespreekbaarheid van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie te bevorderen, moet er eerst bewustwording gecreëerd worden onder de cliëntondersteuners over hoe zij uitvoering kunnen geven aan het programma Nu Niet Zwanger.
- Merendeel van de cliëntondersteuners zijn niet op de hoogte van de visie, taak en werkwijze gericht op Nu Niet Zwanger waardoor er veel onduidelijkheid heerst over de exacte rol van de cliëntondersteuner en hoe zij uitvoering moeten geven aan eventuele acties die uitgezet dienen te worden.
- Cliëntondersteuners hebben een grote behoefte aan een training waarbij de deskundigheid specifiek gericht op seksualiteit, kinderwens en anticonceptie bevorderd kan worden en waar geoefend kan worden met tools die in de praktijk ingezet kunnen worden.
- De aandachtsfunctionarissen kunnen een grote rol spelen in het creëren van bewustwording onder cliëntondersteuners, waardoor de bespreekbaarheid verhoogd wordt. Echter voelen zij daar op dit

moment niet de ruimte voor vanwege de reguliere werkzaamheden die een cliëntondersteuner uitvoert en de druk van de wachtlijst.

Naar aanleiding van bovenstaande bevindingen zijn aanbevelingen opgesteld. Deze zijn gericht op:

- Het creëren van bewustwording van de rol die cliëntondersteuners aan dienen te nemen volgens het programma Nu Niet Zwanger.
- Deskundigheidsbevordering door middel van een training en het aanreiken van tips en tools.
- Aanpassing in het format plan van aanpak zodat seksualiteit ook een onderdeel wordt van de reguliere uitvraag.
- Een vervolgonderzoek gericht op de ervaringen van cliënten bij het bespreken van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie.

Voorwoord

Ter afronding van de opleiding Sociale Studies aan de Fontys hogeschool te Eindhoven, presenteer ik u mijn afstudeerproduct. Vanaf het moment dat ik startte op de MBO opleiding pedagogisch medewerker had ik maar één doel: Ik wilde de hulpverlening in. Het was voor mij dan ook al snel duidelijk dat de opleiding Sociale Studies geschikt zou zijn. Een beetje spannend vond ik het wel om de stap van MBO naar HBO te maken. Maar ik ben er van overtuigd dat wanneer je iets écht wilt, je alles kunt bereiken. Gedurende deze opleiding kwam ik er steeds meer achter waar ik voor sta, wat ik belangrijk vind en wie ik wil zijn als hulpverlener. Ik heb geleerd om te reflecteren op mijzelf als professional, maar ook als persoon. Deze vier jaar hebben mij dan ook gevormd tot de sociaal werker wie ik nu ben. De laatste 2 jaar van de opleiding vond ik het pittigst. Dit komt omdat hierin ook anderhalf jaar stage is gelopen. Alle aangeleerde theorie ga je tot uiting brengen in de praktijk. Dit ging met vallen en opstaan, maar het harde werken in deze periode is beloond. Ik ben namelijk na de afloop van mijn stage aangenomen binnen de organisatie als volwaardig cliëntondersteuner.

Tijdens mijn stage heb ik signalen opgevangen vanuit collega's en het management dat er belemmeringen worden ervaren in het bespreekbaar maken van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie met cliënten. Dit is echter wel iets dat tot de taak van een cliëntondersteuner behoort, gezien het feit dat organisatie X is aangesloten bij het programma Nu Niet Zwanger. Ook heb ik tijdens mijn stage, en ook nu tijdens werk, zelf geoefend met het bespreken van deze onderwerpen bij cliënten en heb ik gevoeld dat dit niet altijd makkelijk is. Dit heeft dan ook meteen mijn interesse gewekt en heeft uiteindelijk tot de aanleiding van dit onderzoek geleid. Het onderzoek is gericht op het bespreekbaar maken van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie met kwetsbare doelgroepen, met als doel het creëren van bewustwording omtrent het voorkomen van een ongeplande en ongewenste zwangerschap.

Graag wil ik een aantal mensen bedanken die mij hebben ondersteund tijdens het afstuderen. Allereerst wil ik de manager van organisatie X bedanken voor het vertrouwen in dit onderzoek en het bieden van de ruimte hiervoor binnen de organisatie. Daarnaast wil ik alle geïnterviewde collega's bedanken voor hun tijd, betrokkenheid en openhartigheid bij dit onderzoek. Met in het bijzonder de gedragsdeskundige die een gedeelte interesse heeft in het onderzoeksonderwerp en er voor open staat om het gehele onderzoek door te lezen. Ook wil ik mijn onderzoeksdocent bedanken voor de uitleg, de kritische blik en de waardevolle feedback. Waarbij zeker ook de medestudenten uit de afstudeerbijeenkomst niet mogen ontbreken. We hebben elkaar door deze periode heen gesteund en geholpen. Tot slot wil ik mensen uit mijn directe omgeving bedanken, met in het bijzonder mijn vriend en mijn stiefvader, voor het luisteren naar mijn oneindige verhalen en het meedenken in het onderzoeksproces.

Ik heb met veel plezier en interesse dit onderzoek uitgevoerd. Ik hoop dat u als lezer het onderzoek met een dergelijke beleving leest. Ik wens u veel leesplezier!

Denise de Brouwer

Tilburg, juni 2020.

Inhoudsopgave

Inleiding.....	6
Hoofdstuk 1: Context en probleemschets	8
1.1 Probleemanalyse.....	8
1.2 Probleemstelling en verificatie	13
1.3 Onderzoeksdoelstelling.....	14
1.4 Hoofdvraag en deelvragen	14
1.5 Begripsafbakening.....	15
Hoofdstuk 2: Theoretisch kader	16
2.1 Professionele ontwikkeling omtrent seksualiteit	16
2.2 Nu Niet Zwanger	17
2.3 Bespreekbaarheid	20
Hoofdstuk 3: Methodologie	23
3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef.....	23
3.2 Dataverzamelmethode	24
3.3 Meetinstrument	25
3.4 Data-analyse	26
Hoofdstuk 4: Resultaten.....	27
4.1 Huidige bespreekbaarheid rondom seksualiteit, kinderwens en anticonceptie	27
4.2 Belemmerende en bevorderende factoren	28
4.3 Gewenste ondersteuning.....	31
Hoofdstuk 5: Conclusie en aanbevelingen	34
5.1 Conclusie	34
5.2 Aanbevelingen	37
Hoofdstuk 6: Discussie	40
6.1 Betekenis en bruikbaarheid	40
6.2 Sterkte-zwakteanalyse	41
Literatuurlijst	43
Bijlage I – Topiclijst	46
Bijlage II – Codeboek	50
Bijlage III – Feitelijke steekproef.....	55

Inleiding

In Nederland worden jaarlijks circa 0,5-1% kinderen geboren in een (zeer) kwetsbare omgeving, waarbij het risico groot is dat ze uit huis geplaatst zullen worden. Het landelijk actieprogramma 'Kansrijke Start' is opgericht om met behulp van alle hulpverleners in de welzijnssector ieder kind een kans te geven op een goede start. Kansrijke Start maakt ondersteuning mogelijk voor, tijdens en na de zwangerschap (Rijksoverheid, 2018). Dit onderzoek richt zich op de eerste actielijn van Kansrijke Start, voor de zwangerschap.

Connie Rijlaarsdam (specialistisch verpleegkundige GGD) heeft in 2018 het project 'Nu Niet Zwanger' opgestart. Zij is gestart met een pilot in Tilburg en ondertussen is het programma landelijk uitgerold in 24 steden. Nu Niet Zwanger helpt kwetsbare (potentiële) ouders die een opeenstapeling van complexe problemen en beperkingen hebben om de regie over een eventuele kinderwens te nemen (de Jong, 2019). Uit een onderzoek van Rijlaarsdam (2015) blijkt namelijk dat mensen die zich in een kwetsbare positie bevinden, bijvoorbeeld door psychische problemen en/of een verslaving, vaak niet bewust bezig zijn met een kinderwens. De zwangerschap overkomt hen vaak en brengt de nodige gevolgen voor het (on)geboren kind met zich mee. Het programma stimuleert hulpverleners om met kwetsbare (potentiële) ouders proactief het gesprek aan te gaan over seksualiteit, kinderwens en anticonceptie, met als doel het voorkomen van een ongeplande en ongewenste zwangerschap. Rijlaarsdam (2015) concludeerde uit haar onderzoek dat wanneer er geen directe hulpvraag is rondom seksualiteit of een kinderwens, dit vaak ook niet wordt besproken door hulpverleners. Echter wanneer iemand zwanger blijkt te zijn, ontstaan er wel zorgen (Rust & Tichelman, 2015).

Organisatie X biedt cliëntondersteuning aan mensen met een beperking die problemen ervaren op één of meerdere levensgebieden. Cliëntondersteuners van organisatie X komen regelmatig in contact met kwetsbare mensen die onder de doelgroep van Nu Niet Zwanger vallen. Organisatie X heeft dan ook om deze reden in 2015 het convenant Nu Niet Zwanger ondertekend, wat betekent dat zij het programma hebben opgenomen in hun werkwijze. Cliëntondersteuners geven echter binnen de organisatie aan dat zij het moeilijk vinden om met cliënten te praten over seksualiteit, kinderwens en anticonceptie. Dit vormt dan ook de aanleiding voor dit onderzoek. Het onderzoek is gericht op wat cliëntondersteuners van organisatie X nodig hebben om seksualiteit, kinderwens en anticonceptie te bespreken bij cliënten volgens het programma Nu Niet Zwanger.

Het onderzoek geeft inzicht in de belemmeringen die cliëntondersteuners ervaren bij het bespreekbaar maken van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie en wat zij nodig hebben om dit onderwerp wel bespreekbaar te kunnen maken. Het doel is om tot aanbevelingen te komen die het mogelijk maken dat het bespreken van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie meer tot een standaard gespreksonderwerp gaat behoren. De onderzoeker erkent het belang van seksualiteit bespreekbaar maken, zodat ongewenste en ongeplande zwangerschappen voorkomen kunnen worden. Het niet of te weinig bespreekbaar maken van seksualiteit vormt dan ook de aanleiding voor dit onderzoek.

Dit onderzoeksverslag is opgebouwd uit verschillende onderdelen:

- Hoofdstuk 1: Context en probleemschets. Hierin staat de probleemanalyse beschreven die is uitgewerkt op macro,- meso,- en microniveau. Hierop volgend worden de probleemstelling en de onderzoeksdoelstelling vastgesteld.
- Hoofdstuk 2: Theoretisch kader. In het theoretisch kader staan relevante theoretisch inzichten opgenomen die te maken hebben met het bespreken van seksualiteit, kindwens en anticonceptie.
- Hoofdstuk 3: Methodologie. Hierin staat het onderzoeksproces beschreven en welke methodologisch keuzes zijn gemaakt.
- Hoofdstuk 4: Resultaten. In dit hoofdstuk staan de resultaten per deelvraag weergegeven waaraan ook relevante literatuur is gekoppeld.
- Hoofdstuk 5: Conclusies. Hierin staat de conclusie die gemaakt is naar aanleiding van de resultaten. De hoofd- en deelvragen zullen hier beantwoord worden. Tevens worden er aanbevelingen gedaan.
- Hoofdstuk 6: Discussie. Hierin wordt kritisch gekeken naar de betrouwbaarheid, validiteit en de sterke en zwakke punten in dit onderzoek.

Hoofdstuk 1: Context en probleemschets

In dit hoofdstuk wordt het probleem uit de praktijk in kaart gebracht door middel van een probleemanalyse. De probleemanalyse wordt onderverdeeld in macro-, meso-, en microniveau (1.1). Op macroniveau wordt de situatie in Nederland geschetst op het gebied van ongewenste zwangerschappen en hoe hier vanuit de politiek preventief op wordt ingezet. Vervolgens wordt op mesoniveau gekeken naar hoe Nu Niet Zwanger in de praktijk wordt uitgevoerd, en welke belemmeringen hier in gezien worden. Tot slot gaat het op microniveau over de uitvoering Nu Niet Zwanger binnen organisatie X en haar cliënten. Na de probleemanalyse wordt een probleemstelling vastgesteld, die tevens geverifieerd is in de praktijk (1.2). Vervolgens wordt de doelstelling beschreven (1.3) en daaruit volgend de hoofdvraag en deelvragen van dit onderzoek (1.4). Tot slot worden de begrippen die in dit onderzoek een rol spelen verduidelijkt in de begripsafbakening (1.5).

1.1 Probleemanalyse

Ongewenste zwangerschappen in Nederland

Nivel heeft in 2012 een onderzoek gedaan naar het aantal ongewenste zwangerschappen in Nederland. Gekeken naar de totale bevolking gaat het om 16 meldingen per 10.000 vrouwen bij de huisarts en om 9,6% van het totale aantal zwangerschappen waarvoor de huisarts geconsulteerd wordt. Echter is het wel zo dat ongewenste zwangerschappen moeilijk te registreren zijn, omdat 'ongewenst' niet objectief vast is te stellen (Fiom, z.d.). Wanneer een vrouw ongewenst zwanger is, zijn er verschillende opties die overwogen kunnen worden. In 2018 hebben eenentwintig vrouwen ervoor gekozen om hun kind alsnog zelf op te voeden, eenentwintig vrouwen kozen voor adoptie en negen vrouwen voor een pleegplaatsing. Aanzienlijk meer vrouwen kozen voor een zwangerschapsafbreking, namelijk circa 30.000 (Fiom, 2018). Het nemen van een beslissing over een ongewenste zwangerschap is voor veel vrouwen zwaar en gaat vaak gepaard met gevoelens van schuld, schaamte en verdriet. Als deze ontstaan kunnen die leiden tot mentale problemen op langere termijn (Fiom, z.d.). Echter heeft het ook aanzienlijke gevolgen voor het kind als het wordt geboren binnen een kwetsbare setting. Gekeken naar cijfers zijn er in Nederland tussen de 800 en 1.700 kinderen per jaar die worden geboren in (zeer) kwetsbare gezinnen, waarbij risico wordt gelopen dat ze uit huis geplaatst worden vanwege de complexe gezinssituatie (Rijksoverheid, 2018).

Minister Blokhuis erkent de problemen rondom ongewenste zwangerschappen in Nederland en investeert de komende jaren 53 miljoen in een nieuwe aanpak in het voorkomen hiervan. Zo zal er op scholen meer aandacht komen voor seksueel gedrag en anticonceptie en zal er een landelijke campagne komen over het belang van bewust anticonceptiegebruik. Minister Blokhuis doet tevens een beroep op het sociale werkveld: Er moet meer aandacht komen voor seksualiteit, kinderwens en anticonceptie ter voorkoming van een ongewenste en ongeplande zwangerschap. Inzetten op preventie binnen de samenleving moet er aan bijdragen dat meer vrouwen een vorm van anticonceptie nemen zodat een ongewenste zwangerschap uitblijft. Daarnaast moet ondersteuning vanuit zorg- en welzijnsorganisaties zo laagdrempelig mogelijk georganiseerd worden, zodat kwetsbare (potentiële) ouders eerder de weg kunnen vinden naar hulp. Er moet geïnvesteerd worden in kennis en vaardigheden onder hulpverleners over vrouwen met een hoog risico op een ongewenste zwangerschap,

zodat hulpverleners leren hoe zij signalen van kwetsbaarheden kunnen herkennen en hier op in kunnen spelen (Blokhuys, 2018).

Sinds de decentralisatie op 1 januari 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor het zo dichtbij en passend mogelijk organiseren van zorg en ondersteuning voor mensen die dit nodig hebben. Waarbij voorheen preventie, ondersteuning en zorg vooral gericht was op een algemene collectieve aanpak, is er nu sprake van een persoonsgerichte aanpak op maat. Men dient voor deze aanpak zelfredzaam en zelfsturend te zijn. Bij een persoonsgerichte aanpak wordt namelijk verwacht dat men zelf hulpvragen kan opstellen. De nadruk ligt op de eigen verantwoordelijkheid en de eigen kracht van iemand (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, z.d.). Dit is dan ook het punt waarbij het, met name bij kwetsbare (potentiële) ouders, misgaat. In de praktijk wordt gezien dat juist deze mensen niet altijd de weg weten te vinden naar advies en ondersteuning en moeite hebben met het opstellen van eigen hulpvragen of niet weten hoe zij hier woorden aan moeten geven (Ministerie van VWS, 2018). Een ander signaal op macroniveau is het feit dat in Nederland wordt verwacht dat je zelf zorgt voor je anticonceptie. Hiervoor is het nodig dat je kennis hebt over hoe je zwanger wordt en hoe je jezelf hiertegen kunt beschermen als je (nog) geen kinderen wil. Daarnaast is het zorgsysteem in Nederland zo ingericht dat het niet eenvoudig is om de benodigde stappen te zetten die leiden tot anticonceptie. Het begint met het maken van een afspraak bij de huisarts, wat al als obstakel gezien kan worden. Daarnaast werkt een huisarts vraaggericht, wat betekent dat je een duidelijke vraag moet kunnen formuleren. Huisartsen hebben niet altijd de ruimte om per individu te bespreken wat een geschikte anticonceptievorm zou kunnen zijn en kiezen daarom vaak voor een standaard anticonceptiemiddel: de pil. Dit is niet altijd de meest passend vorm van anticonceptie en zeker niet voor mensen met een licht verstandelijke beperking. Vervolgens moet het recept zelf afgehaald worden bij de apotheek, waarbij niemand controleert of dit daadwerkelijk gebeurt. Dit geldt ook voor het juist gebruiken van een anticonceptiemiddel (Rust & Tichelman, 2020). Daarbij komt kijken dat langdurige anticonceptie voor kwetsbare (potentiële) ouders onbetaalbaar of onbereikbaar is omdat anticonceptie niet wordt vergoed vanuit de basisverzekering vanaf 21 jaar. Dit zorgt voor een financiële drempel bij het aangaan van anticonceptie. Naast de financiële drempel vormen ook zorgmijding en mispercepties een belemmering voor de risicodoelegroep (Ministerie van VWS, 2018).

Nu Niet Zwanger in de praktijk

Connie Rijlaarsdam, initiatiefnemer van het programma Nu Niet Zwanger, kwam de op macroniveau benoemde problemen vaak tegen in haar werk als verpleegkundig specialist: Kwetsbare mensen die ongepland zwanger raken en niet in staat zijn de veilige omgeving te bieden die een kind nodig heeft. Rijlaarsdam startte een pilot waarin zij kwetsbare mensen benaderde om vervolgens een gesprek aan te gaan over seksualiteit, kinderwens en anticonceptiegebruik. Met succes is het programma inmiddels landelijk uitgerold en is het een onderdeel geworden van het landelijk actieprogramma Kansrijke Start. Ieder kind verdient het om zijn of haar leven goed te starten met kans op een goede toekomst. Dit is dan ook het doel van Kansrijke Start: Voor ieder kind een goede start. Het welzijn van een kind voor, tijdens en na de geboorte zijn essentieel in het voorkomen van problemen later in het leven, zowel fysiek als mentaal. Een baby die start in een situatie waarbij problematieken

van ouders een grote rol spelen, zoals stress, verslaving of een beperking, begint met een achterstand aan zijn of haar leven. Deze factoren zorgen ervoor dat er een situatie ontstaat waarbij kinderen het risico lopen om zich minder goed te ontwikkelen op mentaal, sociaal en fysiek gebied. Ze worden namelijk geboren in een gezinssituatie waarbij de (problematische) omstandigheden ervoor zorgen dat er weinig of zelfs geen aandacht is voor het kind. Gemeenten en hulpverleners in het sociale en medische domein worden in het programma Kansrijke Start dan ook opgeroepen om hun bijdrage te leveren. Kansrijke Start bestaat uit drie actielijnen: voor, tijdens en na de zwangerschap. Nu Niet Zwanger valt onder de eerste actielijn (Rijksoverheid, 2018).

Organisaties die werken volgens het programma Nu Niet Zwanger bieden intensieve begeleiding aan (potentiële) ouders met een verhoogde kwetsbaarheid door vaak een combinatie van schulden, dakloosheid, psychiatrische problemen, een verstandelijke beperking, problemen met loverboys of illegaliteit. Daarnaast zijn er verschillende factoren die het risico op een ongewenste zwangerschap vergroten, namelijk financiën, kennis, verantwoordelijkheid, omgeving en emoties (Rijlaarsdam, 2015). Ook mensen met een gebrek aan zelfredzaamheid en zelf herstellend vermogen worden gezien als de doelgroep waarop Nu Niet Zwanger is gericht (Nu Niet Zwanger, 2018).

Lang niet alle kwetsbare (zwangere) vrouwen worden op dit moment gesignaleerd door professionals, waardoor de juiste ondersteuning of hulp wordt misgelopen. Ook al zijn kwetsbare (zwangere) vrouwen wel in beeld bij de hulpverlening, heerst er vaak nog onduidelijkheid onder professionals over waar zij naartoe kunnen verwijzen of is er twijfel over de manier van handelen. Dit heeft te maken met te weinig kennis over de doelgroep en handelingsverlegenheid (niet durven of niet weten hoe te handelen) onder hulpverleners (Rijksoverheid, 2018). Daarnaast blijkt uit een onderzoek van Rijlaarsdam (2015) dat merendeel van de kwetsbare mensen zich schamen en daarom moeite hebben met het vragen om advies of hulp of dat zij niet weten waar zij hiervoor terecht kunnen. Daar waar professionals al vóór een zwangerschap kwetsbaarheden en risico's signaleren en dit proactief bespreekbaar maken, wordt bij de doelgroep bewustwording gecreëerd over de situatie waarin ze zich bevinden en de consequenties die zwanger- en ouderschap met zich mee brengen (Rijksoverheid, 2018).

Zoals op macroniveau is gebleken is het zorgsysteem in Nederland zo ingericht dat het niet eenvoudig is om aan anticonceptiemiddelen te komen. Daarbij komt op mesoniveau kijken dat de kwetsbare doelgroep van Nu Niet Zwanger te maken heeft met een opeenstapeling van complexe problemen en beperkingen die stress en frustraties met zich mee brengen. Daardoor wordt vaak niet gedacht aan anticonceptie of zijn er onvoldoende mogelijkheden om anticonceptie te kunnen bekostigen (Rutgers, z.d. -d). De pil is de goedkoopste oplossing op korte termijn vergeleken met andere middelen zoals een spiraal of Implanon.

De pil is echter niet de meest betrouwbare vorm van anticonceptie, gezien het feit dat deze dagelijks op een vast tijdstip ingenomen moet worden en dit juist voor de doelgroep van Nu Niet Zwanger een uitdaging is (Rust & Tichelman, 2020). Daarnaast weten zij vaak niet goed hoe zij zich kunnen beschermen tegen een zwangerschap of gebruiken inconsequent, minder betrouwbare of helemaal geen anticonceptiemiddelen (Rutgers, z.d. -d). Nu Niet Zwanger heeft een 'anticonceptiepotje' waaruit anticonceptie voor kwetsbare doelgroepen gefinancierd

kan worden. Dit 'anticonceptiepotje' zorgt ervoor dat juist deze doelgroep een passende anticonceptievorm kan gebruiken waarbij de kosten geen belemmering hoeven te vormen (Rust & Tichelmann, 2020).

Om erachter te komen of iemand op dit moment wel, of niet zwanger wil worden, heeft hierin de direct betrokken hulpverlener een belangrijke rol. Het is aan deze hulpverlener om in een gesprek door te vragen op de onderwerpen seksualiteit, kinderwens en anticonceptie om duidelijkheid over de situatie en de wensen van de cliënt te krijgen. Kwetsbare mensen maken namelijk vaak niet bewust de keuze om zwanger te worden. Het overkomt hen. Het creëren van bewustwording rondom een kinderwens en gebruik van anticonceptie middels een gesprek is daarom van essentieel belang (GGD Hart voor Brabant, 2017). Het bespreken van seksueel gerelateerde onderwerpen is in het sociale domein echter niet vanzelfsprekend, blijkt uit een onderzoek van Commissie-Samson (2012). Zij concluderen dat er veel handelingsverlegenheid heerst onder professionals wanneer het gaat om het bespreken van seksualiteit met cliënten. Uit het onderzoek blijkt dat handelingsverlegenheid meestal voort komt uit onvoldoende kennis over seksualiteit en een gebrek aan gespreksvaardigheden om dit soort thema's bespreekbaar te maken.

Daarnaast wordt seksualiteit gezien als iets persoonlijks, iets wat emotioneel beladen is of als iets wat niet als hun verantwoordelijkheid voelt. Hierin spelen ook angst, onzekerheid, schaamte en normen en waarden bij de hulpverlener een belangrijke rol. Uit onderzoek blijkt dat problemen of vragen op het gebied van seksualiteit, vaker niet dan wel worden besproken met een hulpverlener. Ook blijkt dat een groot aantal hulpverleners niet proactief het onderwerp seksualiteit bespreekt, ondanks dat ze vinden dat ze dit wel moeten doen. Cliënten zullen niet snel zelf over seksueel gerelateerde vraagstukken beginnen, omdat zij zich hiervoor schamen, moeite hebben met het vinden van de juiste woorden, bang zijn voor het oordeel van de hulpverlener of bang zijn de hulpverlener te belasten met een onderwerp waarvan ze het gevoel hebben dat de hulpverlener dit als lastig ervaart. Ook hulpverleners hebben last van schaamte, vinden het lastig om vragen over seksualiteit te stellen, om de juiste woorden te zoeken en te gebruiken, voelen zich niet ervaren genoeg of verschuilen zich achter argumenten zoals 'geen tijd', 'deze cliënt is niet bezig met seksualiteit, ze heeft wel wat anders aan haar hoofd', of 'ik respecteer de privacy van mijn cliënt'. Hieruit blijkt dat seksualiteit voor zowel hulpverleners als cliënten een lastig en persoonlijk onderwerp is en beiden afwachten tot de ander hierover begint. Een gesprek beginnen over seksualiteit wordt door hulpverleners vaak extra lastig gevonden als blijkt dat het referentiekader van henzelf en de cliënt enorm verschilt. Bijvoorbeeld een groot leeftijdsverschil, gendersverschil, verschil in seksuele oriëntatie of een andere cultuur (Leusink & Ramakers, 2014).

Nu Niet Zwanger binnen organisatie X

Mensen die op één of meerdere levensgebieden problemen ervaren in hun leven, kunnen bij organisatie X om advies en ondersteuning vragen. De ondersteuning is gericht op het bevorderen van de zelfredzaamheid van een persoon of gezinssysteem (MEE, z.d.). De hulpvragen kunnen uiteenlopend zijn, van schulden tot aan verslaving tot opvoedproblemen. Echter waar het gaat om advies en ondersteuning op het gebied van kinderwens, seksualiteit en anticonceptie is in de praktijk te zien dat deze onderwerpen door cliëntondersteuners nog niet als regulier worden gezien (Rust & Tichelmann, 2020).

Organisatie X heeft in 2015 het convenant getekend van Nu Niet Zwanger. Dit houdt in dat het programma een onderdeel is geworden van de werkwijze. In het convenant staat opgenomen dat de organisatie verplicht is om aandachtsfunctionarissen aan te stellen. Organisatie X kiest ervoor om binnen elk wijkteam ten minste één aandachtsfunctionaris aan te stellen (MEE, z.d.). Aandachtsfunctionarissen zijn geschoolde professionals in de aanpak van Nu Niet Zwanger. Zij hebben de taak om de werkwijze van Nu Niet Zwanger onder de aandacht te brengen bij de cliëntondersteuners en hen te activeren om het gesprek aan te gaan over seksualiteit, kinderwens en anticonceptie bij cliënten. Tevens vormen de aandachtsfunctionarissen het lijntje tussen de organisatie en de GGD, bijvoorbeeld wanneer een casus opgeschaald dient te worden of wanneer er financiering nodig is uit het 'anticonceptiepotje' van de GGD. Daarnaast volgen aandachtsfunctionarissen intervisiebijeenkomsten met ketenpartners wat bedoeld is om scherp te blijven op het programma door middel van reflectie (Nu Niet Zwanger, 2018). Binnen organisatie X krijgen de aandachtsfunctionarissen geen extra uren om deze functie uit te oefenen. Er wordt verwacht dat zij dit combineren met de reguliere werkzaamheden (MEE, 2019).

Om duidelijkheid te creëren voor de cliëntondersteuners over wat er van hen wordt verwacht omtrent het programma Nu Niet Zwanger, heeft organisatie X een visie en taakbeschrijving opgesteld gericht op seksualiteit, kinderwens en anticonceptie. In de visie beschrijft de organisatie dat seksualiteit voor ieder individu een onderdeel is van het leven. Voor mensen met een beperking geldt dat het lichamelijke proces hetzelfde is als voor mensen zonder een beperking, maar het emotionele proces loopt vaak anders (Gianotten, Meihuizen & van Son, 2008). Organisatie X erkent dit en kiest voor een opstelling naast de cliënt bij vragen over seksueel gerelateerde onderwerpen. Organisatie X vindt het van belang dat er open en proactief wordt gecommuniceerd over seksualiteit, als onderdeel van ieder zijn/haar leven. Dat betekent dat cliënten van de cliëntondersteuners mogen verwachten dat zij vragen stellen over (kennis over en beleving van) seksualiteit, maar ook kinderwens en anticonceptie. Vanuit dit gesprek ondersteunt de cliëntondersteuner de cliënt bij het maken van een plan voor de toekomst.

Wat betreft het onderwerp kinderwens beschrijft organisatie X in haar visie dat de cliëntondersteuner de cliënt helpt om inzicht te krijgen in de gevolgen van een zwangerschap voor diens leven, zodat de cliënt in staat is om een bewuste keuze te maken. Dit betekent dat de cliëntondersteuner de wensen van de cliënt kritisch kan spiegelen en professioneel kan omgaan met tegenstelde belangen en dilemma's. Samen met de cliënt, eventuele partner en het sociale netwerk wordt er gesproken over de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

De intentie is altijd dat de cliënt zelf een bewuste keuze maakt in het wel of niet nemen van kinderen. Het krijgen van een kind is een beslissing van de cliënt. Organisatie X voelt zich verantwoordelijk om, bij het signaleren van een verhoogde kwetsbaarheid, proactief het gesprek aan te gaan over beschermings- en risicofactoren die van belang zijn voor een goede start van het kind (MEE, 2019). Organisatie X vindt dat een cliëntondersteuner een verhoogde kwetsbaarheid moet kunnen signaleren en hier intern ondersteuning op moet kunnen bieden. Ook wordt verwacht dat ze weten naar welke externe partijen de cliënt doorverwezen kan worden als interne ondersteuning niet voldoende is. In de werkwijze van organisatie X staat dat de cliëntondersteuner de opgestelde levensgebieden (wonen, financiën, regie op eigen leven, maatschappelijke participatie, gezin en huiselijke relaties en sociaal netwerk) met een cliënt bespreekt, om vervolgens een plan voor de toekomst te kunnen

maken. Hierbij is het van belang dat er oog is voor eventuele kwetsbaarheid op het gebied van seksualiteit. Daar waar geen sprake is van een kinderwens, maar wel onbeschermde (of niet voldoende beschermde) seks plaatsvindt, voert de cliëntondersteuner een gesprek over het gebruik van anticonceptie. Door aan te sluiten bij de dagelijkse leefwereld van cliënten kan worden verkent welke vragen, emoties, gedachten, opvattingen en barrières een rol spelen in het leven van de cliënt (GGD Hart voor Brabant, 2017).

In 2018 heeft organisatie X cijfers verzameld betreffende het aangaan van gesprekken omtrent kinderwens, seksualiteit en anticonceptie. Eenentwintig proces van alle cliëntondersteuners heeft gereageerd op de vraag om aantallen door te geven. Het gaat hier om het aantal gesprekken waarbij kinderwens, seksualiteit en anticonceptie aan bod zijn gekomen. De resultaten laten zien dat er in totaal drieëntachtig kwetsbare (jonge) vrouwen waren binnen de caseload, waarvan met vijftig vrouwen een gesprek gevoerd is over kinderwens, seksualiteit en anticonceptie. Uiteindelijk zijn zeven personen overgestapt op anticonceptiegebruik. Er waren zestig kwetsbare mannen gesignaleerd binnen de caseload, waarvan met eenentwintig een gesprek is gevoerd over kinderwens, seksualiteit en anticonceptie.

Organisatie X heeft vóór de decentralisatie meerdere trainingen en workshops georganiseerd omtrent seksualiteit en anticonceptie, zowel voor cliëntondersteuners als voor cliënten. Echter zijn deze allemaal wegbezuinigd. Het doel van de trainingen en workshops voor cliëntondersteuners was dat kinderwens, seksualiteit en anticonceptie onderdeel zouden worden van de generalistische uitvraag en de gesprekken daarop volgend (MEE, 2016). Momenteel zijn er geen trainingen of workshops meer binnen de organisatie gericht op seksualiteit en het bespreken hiervan. Dit houdt in dat cliëntondersteuners geen handvaten en tips krijgen om seksualiteit bespreekbaar te maken. De aandachtsfunctionarissen krijgen hierin wel specifieke scholing (MEE, 2016). De cliëntondersteuners zien de trainingen en workshops gericht op seksualiteit als een groot gemis binnen de organisatie (collega C, D en E, persoonlijke communicatie, 5 februari 2020).

1.2 Probleemstelling en verificatie

Uit de probleemanalyse blijkt dat er in Nederland jaarlijks tussen de 800 en 1.700 kinderen worden geboren in (zeer) kwetsbare gezinnen (Rijksoverheid, 2018). Minister Blokhuis (2018) stelt daarom dat er binnen het sociale domein meer aandacht moet komen voor kinderwens, seksualiteit en anticonceptie zodat ongewenste en ongeplande zwangerschappen voorkomen kunnen worden. Om deze reden heeft Connie Rijlaarsdam (2015) het programma Nu Niet Zwanger opgericht, waarin bewustwording van een eventuele kinderwens centraal staat. Organisaties die zijn aangesloten bij Nu Niet Zwanger nemen het programma op in hun werkwijze. Dat betekent dat van hulpverleners wordt verwacht dat zij met cliënten in gesprek gaan over seksualiteit, kinderwens en anticonceptie om bewustwording te creëren omtrent het voorkomen van een ongewenste zwangerschap. Echter blijkt in de praktijk dat het bespreken van deze onderwerpen niet voor iedere hulpverlener vanzelfsprekend is. Hulpverleners hebben het gevoel te weinig kennis te hebben over het onderwerp, ervaren dit als emotioneel beladen of zien het niet als hun verantwoordelijkheid om hierover te beginnen. Daarnaast beginnen cliënten zelf ook niet snel over problemen of vraagstukken (Rust & Tichelmann, 2020).

Deze factoren zorgen voor een gevoel van handelingsverlegenheid bij hulpverleners als het gaat om het bespreken van seksueel gerelateerde onderwerpen met kwetsbare (potentiële) ouders. Doordat het bespreken van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie in de praktijk vaak nog uitblijft, kan niet preventief ingezet worden op het voorkomen van ongeplande en ongewenste zwangerschappen. Dit resulteert in het feit dat er kinderen geboren worden in een omgeving die niet bevorderlijk is voor de ontwikkeling van een kind (Rijksoverheid, 2018).

De onderzoeker heeft binnen organisatie X gesprekken gevoerd met betrokken actoren ter verificatie van de probleemstelling. Naast gesprekken met vijf cliëntondersteuners is er ook een gesprek gevoerd met de manager en een gedragsdeskundige. Zij erkennen dat veel cliëntondersteuners seksualiteit, kinderwens en anticonceptie niet proactief bespreken met cliënten omdat zij hier belemmeringen in ervaren. Uit diverse gesprekken met cliëntondersteuners blijkt dat het bespreken van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie niet voor iedereen tot het standaard gespreksonderwerp behoort. Het komt pas ter sprake wanneer een cliënt een duidelijke hulpvraag heeft omtrent seksualiteit, kinderwens of anticonceptie.

1.3 Onderzoeksdoelstelling

De doelstelling van dit onderzoek is inzicht creëren in wat cliëntondersteuners van organisatie X nodig hebben om de onderwerpen seksualiteit, kinderwens en anticonceptie proactief bespreekbaar te maken met kwetsbare (potentiële) ouders. Met de opgedane inzichten worden er aanbevelingen voorgesteld aan organisatie X zodat de onderwerpen seksualiteit, kinderwens en anticonceptie tot een standaard gespreksonderwerp gaan behoren tussen de cliëntondersteuner en de cliënt. Het bespreken van deze onderwerpen wordt gedaan volgens het programma Nu Niet Zwanger en draagt bij aan het voorkomen van ongeplande en ongewenste zwangerschappen.

1.4 Hoofdvraag en deelvragen

Hoofdvraag

Wat hebben cliëntondersteuners van organisatie X nodig om seksualiteit, kinderwens en anticonceptie te bespreken met cliënten, met als doel het creëren van bewustwording omtrent het voorkomen van een ongeplande en ongewenste zwangerschap?

Deelvragen

- Hoe maken cliëntondersteuners van organisatie X op dit moment seksualiteit, kinderwens en anticonceptie bespreekbaar bij cliënten?
- Welke bevorderende en belemmerende factoren spelen bij cliëntondersteuners van organisatie X een rol in het bespreekbaar maken van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie bij cliënten?
- Welke vorm van ondersteuning wensen cliëntondersteuners van organisatie X om seksualiteit, kinderwens en anticonceptie bespreekbaar te maken bij cliënten?

1.5 Begripsafbakening

Cliëntondersteuners:	De hulpverlener, werkzaam binnen organisatie X, die cliënten voorziet van informatie, advies en kortdurende ondersteuning op alle levensgebieden, gericht op het versterken van zelfredzaamheid en participatie. Cliëntondersteuners maken tevens onderdeel uit van een sociaal wijkteam.
Cliënten:	Waar het in dit verslag gaat over cliënten, gaat het specifiek over de doelgroep van organisatie X. Het gaat hierbij om mensen met een (licht) verstandelijke of lichamelijke beperking, autisme, GGZ-achtergrond, niet-aangeboren hersenletsel of een andere (chronische) beperking (MEE, z.d.).
Levensgebieden:	Organisatie X hanteert de volgende levensgebieden in het plan van aanpak, dat wordt opgesteld aan het begin van een traject: wonen, financiën, lichamelijke en psychische gezondheid, maatschappelijke participatie, gezin en huiselijke relaties en sociaal netwerk.
Nu Niet Zwanger:	Een programma dat is opgezet om ongeplande en ongewenste zwangerschappen te voorkomen bij mensen met een verhoogde kwetsbaarheid. Hulpverleners gaan een gesprek aan over seksualiteit, kinderwens en anticonceptie en bieden vervolgens de juiste ondersteuning (GGD Hart van Brabant, 2018).
Kwetsbare (potentiële) Ouders:	Hiermee worden mannen en vrouwen bedoeld die zich in de vruchtbare leeftijd bevinden, waarbij vaak sprake is van een combinatie en opeenstapeling van problemen en beperkingen. Binnen deze doelgroep vallen ook mensen met een gebrek aan zelfredzaamheid en zelf herstellend vermogen (Nu Niet Zwanger, z.d.). Dit omvat de doelgroep van Nu Niet Zwanger waar het in dit onderzoeksverslag over gaat.
Seksualiteit:	Een centraal aspect van het leven en omvat meer dan alleen geslachtsgemeenschap. Seksualiteit gaat ook over genderidentiteit, seksuele oriëntatie, plezier, (on)vrijwillige seks, intimiteit en voortplanting (Hoïng et al., 2017). In dit onderzoek vallen de begrippen 'kinderwens' en 'anticonceptie' ook onder seksualiteit.
Bespreekbaarheid:	De mate waarin een bepaald onderwerp aan bod komt in verbale communicatie met elkaar (Bohn Stafleu van Loghum, 2012). In dit onderzoek gaat het om het bespreekbaar maken van seksualiteit.

Hoofdstuk 2: Theoretisch kader

In dit hoofdstuk worden relevante inzichten en theorieën beschreven die in verbinding staan met het onderzoeksonderwerp. Het theoretisch kader draagt bij aan het beantwoorden van de gestelde hoofd- en deelvragen. Eerst wordt beschreven hoe professionaliteit op het gebied van seksualiteit wordt ontwikkeld en de verschillende soorten houdingen die hierin aangenomen kunnen worden (2.1). Vervolgens wordt de doelgroep van Nu Niet Zwanger en het begrip 'kwetsbaarheid' verduidelijkt waarna tevens de succesfactoren van het programma Nu Niet Zwanger worden beschreven ter verduidelijking van het belang van het programma (2.2). Vervolgens worden factoren toegelicht die het praten over seksualiteit belemmeren, waaronder ook handelingsverlegenheid, en worden effectieve manieren van deskundigheidsbevordering en gesprekstechnieken toegelicht (2.3).

2.1 Professionele ontwikkeling omtrent seksualiteit

Opvattingen en gedrag

Een belangrijk aspect in de professionele ontwikkeling van de hulpverlener met betrekking tot het bespreken van seksualiteit, zijn de waarden en normen en omgang met diversiteit. Opvattingen, gedrag, waarden en normen worden vanaf de geboorte beïnvloed door de omgeving van een individu. Vanaf de geboorte functioneren ouders als een belangrijk voorbeeld, vervolgens vriendjes, leraren en klasgenoten. Zij geven richting aan de persoonlijke ontwikkeling, beleving, ervaring en expressie. Dit geldt ook op het gebied van seksualiteit. Zo zal iemand die vanuit de omgeving heeft meegekregen dat seksualiteit iets persoonlijks is en waar niet over gepraat mag worden met anderen, anders reageren dan iemand die heeft mee gekregen dat seksualiteit behoort tot de normaalste zaak van de wereld net zoals eten en slapen.

Culturele, religieuze en andere maatschappelijke normen en waarden spelen een rol in de opvattingen die men creëert ten opzichte van seksualiteit en dragen bewust en onbewust bij aan de persoonlijke ontwikkeling, beleving en uiting van seksualiteit. Hieruit blijkt ook dat seksualiteit niet direct als privézaak wordt gezien: Figuurlijk gezien kijkt de gehele maatschappij mee over de schouder van een individu zodra het over seksuele opvattingen gaat. Vanuit dit perspectief is alles wat men doet en vindt omtrent seksualiteit te beschouwen als sociaal gedrag. De sociale invloed op de seksuele ontwikkeling, uiting en beleving van een individu vindt indirect en direct plaats. Religieuze voorschriften vormen een directe en formele invloed op het moraal van een individu, zoals het verbieden van seksueel contact voor het huwelijk. Ouders die willen voorkomen dat hun kinderen hen naakt zien, geven indirect aan dat het niet gewenst is een naakt lichaam te zien (Leusink & Ramakers, 2014).

Hemelaar (2018) beschrijft drie soorten houdingen die individuen, organisaties en de overheid kunnen aannemen ten opzichte van seksualiteit.

- Permissieve houding: Hierbij geeft men de ander de vrijheid om zelf een keuze te maken over wanneer zij hun eerste seksuele ervaring opdoen. Dit geldt ook voor het gebruik van anticonceptie. De keuzevrijheid van het individu staat centraal in deze houding.

- **Repressieve houding:** Hierbij is men erop tegen dat bepaalde groepen seksueel contact hebben. Verwacht wordt dat de seksuele behoefte wordt onderdrukt. Dit komt voornamelijk voor onder traditioneel-religieuze groeperingen. De onderdrukking van seksuele gevoelens staat centraal in deze houding.
- **Restrictieve houding:** Hierbij worden bepaalde voorwaarden gesteld aan de toelaatbaarheid van seksuele contacten. Seks wordt gezien als een taboe en moet pas tot uiting komen als men volwassen is.

Houding

De houding van een hulpverlener over seksualiteit kan omschreven worden in zogehete 'attitudes'. Een attitude is een samenvatting van een evaluatie die men maakt van een bepaald object. Een attitude verandert regelmatig en wordt beïnvloed door kennis en ervaring die men opdoet. Hartog (2008) beschrijft dat de attitude van een hulpverlener kan worden onderverdeeld in een specifieke en een algemene attitude. De specifieke attitude over seksualiteit bestaat uit de volgende aspecten: overtuiging, gemakkelijheid en vakinhoudelijke verantwoordelijkheid. Het eerste aspect is overtuiging: Men creëert in het leven een aantal overtuigingen over een bepaald onderwerp. Het tweede aspect is gemakkelijheid: De mate waarin iemand zich ongemakkelijk of gemakkelijk voelt bij het onderwerp seksualiteit. Het derde aspect is vakinhoudelijke verantwoordelijkheid, Hierbij gaat het om het verantwoordelijkheidsgevoel van de hulpverlener met betrekking tot seksualiteit en in hoeverre het bespreken van dit onderwerp passend wordt gevonden binnen het beroep van de hulpverlener (Reynolds & Magan, 2005, geciteerd uit Hartog, 2008).

Daarnaast is er ook een algemene attitude. Dit is de houding van de hulpverlener als deze zich niet in een hulpverlenerssetting bevindt. Een derde kwestie die effect heeft op eerder genoemde attitudes is de kennis over seksualiteit die een hulpverlener heeft. Hoe meer kennis een hulpverlener heeft omtrent seksualiteit, hoe meer invloed dit heeft op een positieve attitude ten opzichte van de cliënt (McKelvey, 1999, geciteerd uit Hartog, 2008). Tot slot wordt in het werkveld gezien dat de context ook invloed uitoefent op de attitude van een hulpverlener. Onder context wordt verstaan: leeftijd, religie en negatieve ervaringen en seksualiteitscultuur binnen een organisatie (bijscholing, protocollen, visie). Vaak is er sprake van een samenhang tussen de attitude van hulpverleners over seksualiteit bij cliënten en de algemene attitude van een hulpverlener over seksualiteit. Hierbij gaat het om een viertal aspecten: de persoonlijke mening over losse seksuele contacten (toelaatbaarheid), verantwoordelijkheid nemen met betrekking tot het voorkomen van een zwangerschap (anticonceptie), het idealiseren van seksualiteit (verbondenheid) en de biologische aard van seksualiteit (lichamelijk) (Hendrick, Hendrick & Reich, 2006, geciteerd uit Hartog, 2008).

2.2 Nu Niet Zwanger

Kwetsbare (potentiële) ouders

In het programma Nu Niet Zwanger wordt gesproken over kwetsbare (potentiële) ouders. Om deze doelgroep zo concreet mogelijk te maken, is het van belang dat het begrip kwetsbaarheid wordt gedefinieerd. Volgens Movisie (2012) is kwetsbaarheid van toepassing op mensen voor wie deelname aan de samenleving niet

vanzelfsprekend is. Specifieke omschrijvingen van kwetsbare groepen zijn er niet. Dit heeft te maken met diversiteit aan factoren die kwetsbaarheid veroorzaken. Wel zijn er een aantal groepen mensen te benoemen die, over het algemeen, door de maatschappij als kwetsbaar worden beschouwd. Hierbij gaat het om mensen met een lichamelijke beperking, chronische psychische problemen, verstandelijke beperking, psychosociale/materiële problemen, opvoed- en opgroei problemen, betrokkenheid bij huiselijk geweld of een combinatie van genoemde problemen. Ook Rijlaarsdam (2015) geeft in haar onderzoek naar anticonceptiegebruik aan dat de kwetsbare doelgroep van Nu Niet Zwanger op meerdere manieren te interpreteren valt. Volgens Rijlaarsdam komt dit omdat er meerdere aspecten aan bijdragen of een individu wel of niet als kwetsbaar wordt gezien. Rijlaarsdam beschrijft de doelgroep van Nu Niet Zwanger als volgt: “mannen en vrouwen in de vruchtbare leeftijd waarbij sprake is van (meestal) een combinatie van multiproblematiek, gebrek aan zelfredzaamheid en zelfherstellend vermogen en/of tekortschieten of onvoldoende aansluiten van hulp vanuit de omgeving” (Rijlaarsdam, 2015).

Factoren die bepalen of iemand kwetsbaar is met betrekking tot een ongeplande en ongewenste zwangerschap zijn tevens onder te verdelen in interne en externe omstandigheden. Waarbij het bij interne omstandigheden gaat om vastliggende problematieken zoals een verstandelijke beperking en psychische aandoeningen en bij externe omstandigheden om factoren die vastliggende problematieken versterken zoals schulden, verslavingsproblematiek en dakloosheid (van der Padt, Derks & Boon, 2017).

De doelgroep van organisatie X wordt gezien als kwetsbare doelgroep omdat er vaak sprake is van een combinatie van meerdere beperkingen of problemen. Daarnaast blijkt uit de literatuur dat veel mensen met één of meerdere beperkingen kwetsbaarder zijn op het gebied van seksualiteit, omdat zij minder goed hun grenzen aan (kunnen) geven en/of minder kennis hebben over seksualiteit (Gianotten, Meihuizen & van Son, 2008). De doelgroep van organisatie X past daarom ook binnen de term ‘kwetsbare (potentiële) ouders’.

Presentiebenadering

Nu Niet Zwanger benadert de kwetsbare (potentiële) ouders aan de hand van de presentiebenadering, geïntroduceerd door professor Andries Baart (2007). Deze benadering bestaat uit respectvol omgaan met de cliënt, tijd nemen, aandacht geven en afstemming zoeken bij de ander. Aansluiten bij het tempo, taal, eigen wijsheid, ruimte en netwerk van het client. Je staat naast de client (Rust & Tichelman, 2020).

De presentiebenadering streeft naar het ‘naast’ de cliënt staan en acties ‘met’ de cliënt ondernemen. De hulpverlener dient hiervoor aansluiting te vinden met de cliënt en er dient te worden afgestemd met de huidige leefwereld en levensloop van de cliënt. Vanuit presentie wordt niet alleen gekeken naar wat hulp en steun behoeft, maar ook naar wat wel goed gaat. Presentie betekent ook dat de hulpverlener het leven van de cliënt gaat begrijpen en dit erkent en steunt. Dit wordt geuit door een open en onbevangen houding (Baart, 2007.). Wat levert het werken volgens de presentiebenadering specifiek op voor de doelgroep van Nu Niet Zwanger? Door de betrokken en steunende houding van de hulpverlener ervaart de doelgroep dat er aandacht is voor hun probleem. De doelgroep krijgt het gevoel dat de eigen regie over het leven kan worden behouden, doordat zij in

alles meedenken. Ze worden in hun eigen kracht gezet en worden hierin gesteund door de hulpverlener, die naast hen staat. De cliënt en diens eigen regie staat altijd centraal (GGD Hart voor Brabant, 2017).

Succesfactoren

Specialistisch verpleegkundige Connie Rijlaarsdam (2015) heeft een onderzoek gedaan naar anticonceptiegebruik onder kwetsbare vrouwen. Uit dit onderzoek zijn vijf succesfactoren gekomen die invloed hebben op de keuze voor het gebruik van anticonceptie. In het contact tussen hulpverlener en cliënt in het sociale werkveld missen vaak meerdere factoren. Nu Niet Zwanger is zo ingericht dat alle vijf succesfactoren aan bod komen (Vernooij, 2017). Voor een open en eerlijk gesprek over seksualiteit, kinderwens en anticonceptie, waarbij een helder beeld gecreëerd kan worden van de situatie van een cliënt, dienen volgens Rijlaarsdam (2015) de volgende factoren tijdens het gesprek aan bod te komen:

- **Verantwoordelijkheid:** Als er meerdere instanties betrokken zijn bij een vrouw, is vaak onduidelijk wie verantwoordelijk is voor het bespreken van anticonceptiegebruik. Niemand ziet het als zijn taak, het staat niet in het protocol of er is te weinig tijd. Zorgen over een eventuele zwangerschap komen wel aan bod maar er wordt niet doorgepakt of op teruggekomen door hulpverleners.
- **Kennis:** Veel vrouwen deden bij het onderzoek uitspraken over vruchtbaarheid of anticonceptie waaruit opgemaakt kan worden dat deze niet of onjuist werden gebruikt. Uitleg over het doel en de voordelen van anticonceptie kan helpen om over de drempel te gaan en de beslissing te nemen om anticonceptie te gebruiken. Ook bleek dat er onder hulpverleners weinig kennis aanwezig was over anticonceptie.
- **Financieel:** Er waren een aantal vrouwen die graag anticonceptie wilden gebruiken maar dit simpelweg niet konden bekostigen. Anticonceptie zit na het 21e levensjaar niet meer in het basispakket van de zorgverzekeraars en wordt daarom niet vergoed. Als er sprake is van een financiële belemmering in het anticonceptiegebruik, kan via een GGD verpleegkundige worden geregeld dat anticonceptie vergoed wordt.
- **Leefomstandigheden:** Ouders, partners en vrienden hebben veel invloed op de beleving van seksualiteit en anticonceptie. De sociale omgeving van kwetsbare vrouwen die mee hebben gedaan aan het onderzoek was weinig tot niet stimulerend in het gebruik van anticonceptie. Ook culturele achtergrond speelt hierin een rol. Door een eventuele partner te betrekken bij de gesprekken kunnen misverstanden verholpen worden. Het plaatsvinden van deze gesprekken in de thuissituatie is hierbij van belangrijke waarde.
- **Emotie:** Het krijgen van een kind is voor veel vrouwen een wens. Dit geldt ook voor kwetsbare vrouwen. Een gesprek waarin ook de nadelen van een zwangerschap worden besproken, kan verkeerd opgevat worden. Volgens Rijlaarsdam is het belangrijk om hiervoor ruim de tijd te nemen om dit moeilijke onderwerp te bespreken en emoties te benoemen. Het doel is dat de hulpverlener laat zien dat zij er voor de vrouw is en dat zij samen een goede afweging kunnen maken in het wel of niet nemen van een kind

2.3 Bespreekbaarheid

Belemmerende factoren

Er zijn een aantal factoren die het voeren van een gesprek over seksualiteit belemmeren, volgens een onderzoek van van Gelderen & Bender (2012). Binnen sociale opleidingen wordt er te weinig aandacht besteed aan gespreksvaardigheden, specifiek gericht op seksualiteit. Dit maakt dat hulpverleners zich niet vaardig genoeg voelen om een gesprek te voeren over dit onderwerp. Daarnaast is seksualiteit niet duidelijk ingekaderd in de vragen die tijdens een regulier hulpverleningsgesprek worden gesteld. Een voorbeeld hiervan zijn de levensgebieden die worden gehanteerd binnen organisatie X. Hierop staan de volgende levensgebieden: wonen, financiën, regie op eigen leven, maatschappelijke participatie, gezin en huiselijke relaties en sociaal netwerk. Zoals ook uit de probleemanalyse is gebleken, erkennen diverse cliëntondersteuners dat zij niet weten binnen welk levensgebied seksualiteit het beste ter sprake gebracht kan worden. Daarnaast wordt het voeren van een gesprek over seksualiteit vaak als lastig ervaren omdat het wordt gezien als iets wat privé is.

Een andere belemmerende factor is het leeftijdsverschil tussen de cliënt en de hulpverlener. Bijvoorbeeld wanneer de cliënt veel ouder is dan de hulpverlener kan dit het gevoel opwekken alsof je je grootouders vraagt naar hun seksleven. Het eigen referentiekader wordt ook gezien als belemmerende factor, dus hoe de hulpverlener in zijn eigen privé situatie praat over seksualiteit. Daarnaast kan er bij de hulpverlener een angst opspelen over de emoties van de cliënt zodra er naar seksualiteit wordt gevraagd. Er kunnen emoties van verdriet, boosheid en schaamte op spelen en hoe moet daar dan vervolgens op gereageerd worden? Dit geldt ook voor de eigen emoties van de hulpverlener. Tot slot speelt er een gebrek aan kennis over oplossingen onder veel hulpverleners: Ze hebben het gevoel dat ze niets te bieden hebben (van Gelderen & Bender, 2012).

Handelingsverlegenheid

De eerder benoemde belemmerende factoren die een rol spelen in het voeren van een gesprek over seksualiteit, leiden tot een begrip dat veelvuldig voorkomt in de literatuur over seksualiteit binnen de hulpverlening: handelingsverlegenheid. Movisie (2013) beschrijft handelingsverlegenheid als het niet weten hoe juist te handelen in een specifieke situatie. Waarbij angst om inadequaar te handelen resulteert in het niet handelen in een situatie waarin dit wel verwacht wordt. Volgens Höing et al. (2017) hangt het niet bespreken van seksueel gerelateerde onderwerpen vaak samen met handelingsverlegenheid. Hierin schuilt het risico dat vragen, behoeften of problemen van een cliënt op het gebied van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie niet worden besproken. Handelingsverlegenheid bij hulpverleners kan verschillende oorzaken hebben: korte betrokkenheid van de hulpverlener waardoor geen vertrouwensband kan worden opgebouwd, niet voorbereid zijn op de reactie van de cliënt en tijdsdruk vanwege een volle caseload. Verder is het ook van belang dat het management van een organisatie ruimte creëert voor het thema seksualiteit binnen de organisatie (Höing et al., 2017).

Om handelingsverlegenheid tegen te gaan is het volgens Rutgers (z.d. -a) belangrijk dat er binnen een organisatie een veilig klimaat wordt gecreëerd waarin hulpverleners zich gesteund voelen om over seksualiteit te praten en de belemmeringen die zij voelen in het bespreekbaar maken van dit onderwerp met cliënten. Het is de taak van de organisatie om richtlijnen en steun te bieden die op belemmeringen en persoonlijke drempels gericht zijn.

Tevens is het van belang dat hulpverleners zich deskundig genoeg voelen om seksualiteit, kinderwens en anticonceptie bespreekbaar te maken (Leusink & Ramakers, 2014). Movisie (2016) geeft aan dat hulpverleners twijfelen aan hun eigen deskundigheid wanneer het gaat om eventuele hulp die geboden moet worden naar aanleiding van een gesprek. Ze zijn vaak wel voorzien van de nodige kennis, maar hebben deze nog te weinig in de praktijk toegepast waardoor het inschatten van de eigen deskundigheid lastig wordt gevonden en voor onzekerheid zorgt. Het opbouwen van deskundigheid begint echter wel met een goede basiskennis over de seksuele ontwikkeling van de doelgroep waarmee wordt gewerkt. Het is hierbij van belang dat de hulpverlener weet hoe een gezonde seksuele ontwikkeling eruit ziet en welke thema's een rol spelen in de ontwikkeling. Ook kennis over risico- en beschermende factoren, risicogroepen en mogelijke gevolgen van een ongezonde seksuele ontwikkeling zijn van essentieel belang bij deskundigheidsvorming.

Een ander belangrijk aspect is een proactieve en uitnodigende houding. Het aannemen van een proactieve en uitnodigende houding draagt bij aan het wegnemen van barrières (bijvoorbeeld schaamte) om over seksualiteit te praten. Als de hulpverlener geen actieve houding aanneemt in het informeren naar of bespreken van seksualiteit, bestaat de kans dat de cliënt hier zelf ook niet over durft te beginnen. Verder moet een hulpverlener kunnen doorvragen op eventuele seksuele problemen en een inschatting kunnen maken voor benodigde vervolgstappen (Rutgers, z.d.-c).

Manieren om seksualiteit bespreekbaar te maken

Er zijn verschillende manieren om seksualiteit ter sprake te brengen: tijdens een huisbezoek, gepland of ongepland voorlichtingsgesprek of individueel hulpverleningsgesprek. Als uit een gesprek blijkt dat de cliënt een vraag heeft, moet onderzocht en besproken worden hoe de cliënt hiermee om kan gaan en wat hij/zij daarbij nodig heeft. Tijdens een gesprek over seksualiteit is de hulpverlener alleen gericht op datgene wat relevant is om de vraag van een cliënt te verduidelijken. Vragen worden gesteld vanuit discretie en professionele interesse. Het doel van het gesprek is niet om zoveel mogelijk te weten te komen over het seksleven van een cliënt, maar om te verkennen of de cliënt een vraag heeft op dit gebied of moeilijkheden ervaart. De hulpverlener dient een positieve attitude te hebben met betrekking tot seksualiteit. Dit draagt bij aan het tot de kern komen van het probleem. Naast deze algemene uitgangspunten zijn er ook een aantal specifieke aandachtspunten. Om te beginnen gebruikt iedereen andere woorden voor seksualiteit. Het is daarom van belang dat de hulpverlener en de cliënt woordgebruik op elkaar afstemmen. De hulpverlener dient woorden te gebruiken die op het niveau van de cliënt zijn en checkt dit bij twijfel. Spraakverwarring kan er voor zorgen dat er wordt voorbijgegaan aan de daadwerkelijke vraag van de cliënt, zoals een mogelijke zwangerschap. Tijdens een gesprek kan het voorkomen dat een cliënt emotioneel wordt. De hulpverlener dient dan de professionaliteit te behouden, hierbij valt te denken aan afstand en nabijheid. Niet iedereen wil getroost worden of voelt zich hier comfortabel bij.

Net als in algemene hulpverleningsgesprekken kan ook in een gesprek over seksueel gerelateerde onderwerpen sprake zijn van overdracht en tegenoverdracht. Bij overdracht worden gevoelens, verlangens of ervaringen van de cliënt geprojecteerd op de hulpverlener. Het idee kan ontstaan dat de hulpverlener en de cliënt hetzelfde denken over seksualiteit, terwijl dit in werkelijkheid niet zo is. De hulpverlener kan hier alert op zijn door regelmatig te controleren of de cliënt en de hulpverlener op één lijn zitten. Tevens dient de hulpverlener

zijn/haar professionele grenzen te bewaken. Dit houdt in: Weet wat je kunt en waar je professionele grens ligt. Dit betekent dat de hulpverlener kan doorverwijzen naar de juiste instanties zodra hij/zij merkt dat dit buiten het expertisegebied ligt. Kennis hebben van de sociale kaart is hierbij essentieel. Daarnaast is het nodig dat de hulpverlener over kennis beschikt over seksueel gerelateerde onderwerpen. Het kan namelijk voorkomen dat er voorlichting gegeven moet worden. Hierbij is het van belang dat de voorlichting wordt gegeven passend bij de leeftijd en de omstandigheden van de cliënt (Höing et al., 2017).

Een gespreksmodel kan een handig middel zijn voor hulpverleners om een gesprek over seksualiteit te voeren. Het PLISSIT model is een veelgebruikt gespreksmodel in de seksuologische hulpverlening. Het woord PLISSIT staat voor:

- Permission: De hulpverlener vraagt toestemming aan de cliënt om over het onderwerp te praten.
- Limited Information: De hulpverlener geeft de cliënt algemene en samengevatte informatie over het probleem. Dit wordt ook wel psycho-educatie genoemd.
- Specific Suggestions: De hulpverlener geeft de cliënt specifieke informatie over mogelijkheden om het probleem aan te pakken.
- Intensive Therapy: De hulpverlener ondersteunt de cliënt in een hulpverlenerstraject of verwijst indien nodig door naar een therapeut (Höing et al., 2017).

Het PLISSIT model kan ervoor zorgen dat vragen, zorgen of problemen die de cliënt ervaart naar voren gebracht worden. Of dit ook daadwerkelijk helpt om vragen, zorgen of problemen in kaart te brengen hangt ook af van een aantal bepalende factoren: De gespreksvaardigheden van de hulpverlener, de professionele houding van de hulpverlener en de deskundigheid van de hulpverlener die de kwaliteit van het gesprek bepalen. Daarnaast is het van belang dat de cliënt zich vertrouwd voelt om vrij uit te kunnen spreken. Het is daarom juist bij seksueel gerelateerde onderwerpen belangrijk dat er een sfeer gecreëerd wordt waarin de cliënt zich veilig voelt, kan rekenen op vertrouwen en geheimhouding. Daarnaast moet de cliënt het gevoel hebben dat hij/zij niet wordt beoordeeld op basis van seksuele voorkeuren, levensstijl of handelingen (Lunsen, 2014).

Hoofdstuk 3: Methodologie

Dit hoofdstuk begint met een beschrijving van de onderzoekspopulatie van dit onderzoek en hoe de steekproef is getrokken (3.1). Vervolgens wordt duidelijk op welke manier informatie is verzameld en of hierbij ethisch verantwoorde keuzes zijn gemaakt (3.2.). Verder wordt verklaard welk meetinstrument is gebruikt om data te verzamelen (3.3). Tot slot wordt verantwoord hoe de verzamelde data is geanalyseerd (3.4.).

3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef

Dit onderzoek is een kwalitatief onderzoek. Dit wil zeggen dat er uitspraken gedaan worden over onderzoekseenheden op basis van de resultaten die voortkomen uit het onderzoek. Onderzoekseenheden zijn de personen, groepen of situaties waarover uitspraak wordt gedaan. In dit onderzoek worden personen onderzocht. Hier is voor gekozen omdat dit onderzoek gericht is op persoonlijke ervaringen en visies. Ook wordt één iemand geïnterviewd die wordt gekenmerkt als waarnemingseenheid. Een waarnemingseenheid is iemand bij wie informatie opgevraagd kan worden over de onderzoekseenheid (Baarda et al., 2018).

Om een antwoord te geven op de vraagstelling bestaat de steekproef uit hulpverleners, werkzaam binnen organisatie X. De hulpverleners binnen organisatie X worden cliëntondersteuners genoemd. Bij een kwalitatief onderzoek wordt meestal gebruik gemaakt van een doelgerichte steekproef, zo ook in dit onderzoek. Dit houdt in dat de respondenten geselecteerd zijn op specifieke kenmerken (Baarda et al., 2018). Bij het samenstellen van de steekproef is gelet op de volgende kenmerken: geslacht, leeftijd, functievervulling en ervaring met Nu Niet Zwanger. De respondenten bestaan uit negen vrouwen en één man. Hier is voor gekozen omdat dit een realistische weerspiegeling geeft van de totale populatie binnen organisatie X. De respondenten bevinden zich in de leeftijd van 25 tot en met 52 jaar. Negen professionals vervullen de functie cliëntondersteuner en één professional de functie gedragsdeskundige. De cliëntondersteuners zijn in dit onderzoek onderzoekseenheden en de gedragsdeskundige dient als waarnemingseenheid.

De cliëntondersteuners zijn te onderscheiden in twee functies: onderzoekers en ondersteuners. Onderzoekers doen onderzoek naar de hulpvraag van een cliënt en verwerken de huidige situatie in een plan van aanpak waarna de cliënt wordt doorgezet naar een geschikte zorgaanbieder of een ondersteuner. De ondersteuners bieden lichte ondersteuning voor wiens hulpvraag niet meer dan één uur begeleiding per week voor maximaal één jaar behoeft. Aan dit onderzoek hebben vijf onderzoekers en vier ondersteuners deelgenomen. Er is gekozen voor een combinatie van onderzoekers en ondersteuners, omdat binnen beide functies wordt verwacht dat de seksualiteit, kinderwens en anticonceptie wordt besproken. Tevens bevinden zich onder de respondenten drie aandachtsfunctionarissen Nu Niet Zwanger, waar vanuit gegaan mag worden dat zij ervaring hebben in de praktijk met het bespreken van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie, gezien het feit dat zij hierin scholing krijgen.

Anonimiteit

Om de anonimiteit van de respondenten te waarborgen worden zij niet benoemd bij naam. De audio-bestanden en de transcripten van de interviews worden privé bewaard en zullen niet gepubliceerd of gedeeld worden

binnen de organisatie. Alleen de onderzoeker kan bij deze gegevens. Anonimiteit vergroot de betrouwbaarheid op eerlijk gegeven antwoorden (Boeije, 2014). De anonimiteit is vooraf gecommuniceerd met de respondenten en er was ruimte om hier vragen over te stellen.

3.2 Dataverzamelmethode

Dit onderzoek verzamelt onderzoeksgegevens via een kwalitatieve dataverzamelmethode. De kwalitatieve dataverzamelmethode zorgt voor diepgang en is geschikt voor het onderzoeken van persoonlijke ervaringen en visies (Baarda et al., 2018). Dit onderzoek is gericht op persoonlijke ervaringen, visies en belevingen van cliëntondersteuners met betrekking tot het bespreken van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie. De kwalitatieve onderzoeksmethode is daarom passend bij de hoofd- en deelvragen van dit onderzoek. Een andere reden voor de kwalitatieve onderzoeksmethode is het feit dat het onderzoek zich richt op een kleine populatie en zo een kleine steekproef kent. Dit draagt bij aan de betrouwbaarheid van het onderzoek.

Bij kwalitatief onderzoek wordt ervan uitgegaan dat verschillende mensen afwijkende perspectieven hebben. De onderzoeker trekt hieruit conclusies (Boeije, 2014). Voor het onderzoeken van de verschillende perspectieven is een steekproef uitgevoerd binnen organisatie X. De dataverzameling heeft vervolgens plaatsgevonden aan de hand van semigestructureerde interviews. De semigestructureerde methode is passend bij dit onderzoek, omdat dit de onderzoeker ruimte biedt om extra vragen te stellen of uitleg te vragen, bijvoorbeeld wanneer de respondent iets benoemt wat relevant kan zijn voor het onderzoek. Het semigestructureerde interview zorgt ervoor dat er gedetailleerde informatie verkregen kan worden, wat vaak het doel is van een kwalitatief onderzoek (Baarda et al., 2018). In dit onderzoek wordt onderzocht hoe seksualiteit, kinderwens en anticonceptie op dit moment wordt besproken bij cliënten, welke belemmerende en bevorderende factoren cliëntondersteuners hierin ervaren en welke vorm van ondersteuning zij hierin wensen. De interviews zijn individueel afgenomen. Hier is voor gekozen omdat het onderzoek gericht is op persoonlijke visies. Sociale wenselijkheid kan een rol spelen als de interviews omtrent persoonlijke visies in groepen worden afgenomen en om dit te voorkomen zijn individuele interviews geschikt (Baarda et al., 2018). In totaal zijn er tien individuele interviews afgenomen aan de hand van een topiclijst binnen organisatie X.

De interviews zijn in dit onderzoek digitaal afgenomen, in verband met de uitbraak van het coronavirus. De interviews zijn afgenomen via het programma Microsoft Teams, waarbij gebruik is gemaakt van de optie videobellen. Hiervoor is gekozen omdat de onderzoekers en de respondent elkaar ook fysiek kunnen zien. Deze manier van interviewen is overlegd met de respondenten en heeft verder niet voor beperkingen gezorgd.

Ethische verantwoording

Alvorens dit onderzoek opgestart is, is bij organisatie X toestemming gevraagd voor het uitvoeren van het onderzoek. Na het akkoord voor het werven van respondenten binnen organisatie X, zijn de respondenten benaderd via e-mail. Hierin is het doel van dit onderzoek beschreven en is gevraagd of zij hieraan willen deelnemen. Tevens is de anonimiteit van de deelname hierin benadrukt. De respondenten konden door middel

van een stemknop in de e-mail aangeven of zij wel of niet deelnemen aan dit onderzoek. Respondenten hebben altijd het recht om niet deel te nemen aan het onderzoek of hun deelname te beëindigen (Boeije, 2014). De anonimiteit is mondeling nogmaals toegelicht alvorens het interview daadwerkelijk plaatsvond. Evenals het te alle tijden mogen beëindigen van deelname aan het onderzoek. Ook is aangegeven dat de interviews (anoniem) opgenomen worden, omdat dit nodig is voor een nauwkeurige uitwerking. Er is nadrukkelijk toestemming gevraagd aan de respondenten om de gegevens vanuit het interview te mogen toepassen binnen dit onderzoek. Hierbij is de mogelijkheid aangeboden om het persoonlijke transcript te ontvangen, zodat er transparantie wordt geboden naar de respondent toe. De resultaten, conclusies en aanbevelingen zijn gepresenteerd aan professionals, werkzaam binnen organisatie X. De respondenten zijn hier ook voor uitgenodigd. Tijdens de presentatie is de mogelijkheid geboden om feedback te geven over het onderzoek. De organisatie heeft een schriftelijke terugkoppeling van het onderzoek ontvangen en de respondenten worden per e-mail ingelicht over de uitkomsten van het onderzoek.

3.3 Meetinstrument

In dit onderzoek is gebruikt gemaakt van een topiclijst als meetinstrument. In de topiclijst staan gespreksonderwerpen opgenomen afkomstig uit het theoretisch kader die bijdragen aan het beantwoorden van de onderzoeksvragen. Bij het begin van ieder interview is kort uitgelegd wat het onderzoek inhoudt en is gecontroleerd of dit helder was voor de respondent. Tevens is er een tijdsindicatie afgesproken van maximaal één uur waar op teruggepakt kon worden wanneer er werd afgeweken van het onderwerp. Vervolgens is de anonimiteit nogmaals benadrukt, met het idee dat voor de respondenten duidelijk is dat zij in alle open- en eerlijkheid kunnen praten over hun persoonlijke visies, belemmeringen en wensen.

De topiclijst is opgesteld aan de hand van theoretische inzichten die zijn verwerkt in hoofdstuk 2. In de topiclijst staan topics en vragen die in ieder interview ter sprake dienen te komen. De topiclijst zorgt er voor dat in ieder interview een aantal belangrijke onderwerpen zeker aan bod komen (Baarda et al., 2018). Bij de topiclijst zijn ook een aantal optionele vragen aangegeven, die als leidraad dienen tijdens het interview. Er is sprake van twee topiclijsten: één voor de cliëntondersteuners en één voor de gedragsdeskundige. Zoals eerder aangegeven dient de gedragsdeskundige als waarnemingseenheid en daarom worden andere topics met deze respondent besproken. Beide topiclijsten zijn terug te vinden in bijlage I.

Validiteit en betrouwbaarheid

De topiclijst is samengesteld aan de hand van het theoretisch kader en zorgt ervoor dat er een overzichtelijke basis wordt gecreëerd voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen. De koppeling tussen het theoretisch kader en de topiclijst waarborgt de validiteit van het onderzoek doordat het meetinstrument op deze manier meet wat het moet meten (Boeije, 2014). Alvorens er uitvoering is gegeven aan de dataverzameling is de topiclijst van feedback voorzien door de onderzoeksdocent en is een proefinterview gehouden met een professional uit het werkveld ter controle of het meetinstrument het gewenste meet. Dit draagt bij aan het versterken van de triangulatie van dit onderzoek (Baarda et al., 2018). Tijdens de interviews is gecontroleerd, middels luisteren, samenvatten en doorvragen, of de waarneming van de onderzoeker juist was. De interviews zijn opgenomen en

getranscribeerd. Zo wordt de neutraliteit van de onderzoeker gewaarborgd. Na het afnemen van een interview was er ruimte voor het geven van feedback. Hierdoor kon er verbetering tijdens het onderzoeksproces plaatsvinden.

3.4 Data-analyse

Het proces van een kwalitatieve data-analyse bestaat uit drie fasen die elkaar gedurende het analyseproces afwisselen: *Waarnemen, analyseren en reflecteren*. Tijdens de *waarnemende* fase wordt data verzameld die geanalyseerd zal worden (Baarda et al., 2018). De data in dit onderzoek is verzameld aan de hand van interviews. De interviews zijn opgenomen met geluidsapparatuur en uitgewerkt in transcripten. Elk transcript is genummerd, zodat voor de onderzoeker duidelijk is welke respondent het betreft. Het transcriberen van de interviews is nodig voor het analyseren van de data. *Analyseren* is tevens een andere fase in de data-analyse.

Bij het analyseren zijn de interviews ontrafeld en de uitkomsten geordend. Dit is gedaan door de transcripten te verdelen in fragmenten en irrelevante informatie hierin weg te strepen. Hierbij is gekeken wat er in de interviews is gezegd en hoe dit binnen het onderzoek geïnterpreteerd wordt. Aan de opgestelde fragmenten zijn vervolgens codes gekoppeld. De codes zijn trefwoorden gekoppeld aan fragmenten in de transcripten. Een fragment waarin een respondent aangeeft dat zij niet duidelijk heeft wat haar rol is in het programma Nu Niet Zwanger is de code 'rol onduidelijkheid' gekoppeld. Alle fragmenten waarin een dergelijk voorbeeld wordt genoemd, is gekoppeld aan de code, zodat deze informatie later in het proces aan elkaar gekoppeld kan worden. Het coderen zorgt ervoor dat de verkregen data overzichtelijk wordt (Baarda et al., 2018). In dit onderzoek is het coderen in drie stappen verlopen. Bij de eerste stap, open coderen, zijn de getranscribeerde interviews doorgelezen en zijn er trefwoorden gekoppeld aan fragmenten. De trefwoorden geven de inhoud van het fragment weer. De volgende stap is axiaal coderen. Bij het axiaal coderen zijn codes met elkaar vergeleken en zijn overkoepelende codes samengevoegd. Het axiaal coderen heeft ervoor gezorgd dat er uit de verzamelde data hoofdcategorieën zijn ontstaan. Zo zijn de codes 'gesprekstechnieken' en 'interactieve training' samengevoegd onder de code 'gewenste ondersteuning'. De laatste stap van het coderen is selectief coderen. Bij het selectief coderen worden de hoofdcategorieën met elkaar vergeleken en worden er verbanden gezocht. Deze zijn vervolgens gecategoriseerd per deelvraag in een overzichtelijke tabel (Van Lieshout, 2013). In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een codeboek om de samenhang tussen codes te onderzoeken. Zie bijlage II voor het codeboek. De laatste stap in het analyseren van data is *reflecteren*. In de reflectiefase is gekeken naar wat de resultaten van de analyse bijdragen aan het beantwoorden van de hoofd- en deelvragen. Het reflecteren van de resultaten heeft geleid tot het beantwoorden van hoofd- en deelvragen (Baarda et al., 2018).

Hoofdstuk 4: Resultaten

In dit hoofdstuk staan de resultaten van het onderzoek beschreven. De resultaten zijn per deelvraag geformuleerd en worden weergegeven met citaten uit de transcripten. De resultaten zijn gekoppeld aan theorie uit het theoretisch kader. De feitelijke steekproef die heeft plaatsgevonden is weergegeven in een overzicht, te vinden in bijlage III.

4.1 Huidige bespreekbaarheid rondom seksualiteit, kinderwens en anticonceptie

Om de huidige bespreekbaarheid rondom seksualiteit, kinderwens en anticonceptie, zoals beschreven in het programma Nu Niet Zwanger, te meten is eerst de vraag gesteld wat de respondenten inhoudelijk over het programma kunnen vertellen. Hierdoor wordt duidelijk of de respondenten weten wat het programma inhoudt en wat er van hun als cliëntondersteuners wordt verwacht. Drie respondenten geven aan dat het programma gericht is op het actief bespreken van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie met cliënten. Het voorzien van voorlichting en informatie wordt hierbij door één respondent genoemd. Vier respondenten vertellen dat het behoort tot een actielijn uit het programma Kansrijke Start.

“Voor mij is het een beetje een onderdeel van die Kansrijke Start zeg maar en dat je dus gaat kijken hoe dat je ervoor kunt zorgen dat kinderen dus inderdaad die kansrijke start krijgen. En daarin kan bijvoorbeeld horen dat je dus inderdaad een gesprek met een moeder hebt over inderdaad: Heb je nog een kinderwens? Is er iemand op dit moment? Dat soort vragen, zeg maar” (Respondent 3).

Twee respondenten vinden het lastig uit te leggen wat het programma precies inhoudt. Wat betreft de rol die een cliëntondersteuner inneemt in het programma, geven vijf respondenten aan dat zij het als hun rol zien om kwetsbaarheden te signaleren en hierop in te spelen door seksualiteit, kinderwens en anticonceptie te bespreken met als doel het creëren van bewustwording omtrent het voorkomen van een ongewenste en ongeplande zwangerschap. Dit is ook hoe het beschreven staat in de werkwijze van Nu Niet Zwanger (Rutgers, z.d. -d). Twee respondenten geven aan dat het op zoek gaan naar passende hulp bij een eventuele hulpvraag rondom seksualiteit, kinderwens en anticonceptie ook tot hun rol behoort en één respondent benoemt dat het realiseren en financieren van anticonceptie ook kan dankzij het programma Nu Niet Zwanger.

De respondenten is gevraagd wat voor cijfer zij zichzelf geven als het gaat over hoe vaak zij seksualiteit, kinderwens en anticonceptie bespreekbaar maken. Gemiddeld geven de respondenten zichzelf hier een 5,4 voor.

“Ik ben er wel mee bezig maar ik denk dat het veel meer en veel gerichter kan. Het zit er wel, zeg maar, maar het zit niet voldoende in mijn bewustzijn. En ik voel me af en toe onmachtig en onhandig in hoe ik dat dan kan aanpakken. Omdat ik dan het gevoel heb dat ik een heel privé onderwerp aan ga soms. En daarmee ook een soort van over mijn eigen dingen heen moet stappen. Dus daarin valt nog veel te halen denk ik” (Respondent 7).

Één respondent geeft aan dat zij het altijd bespreekt, ongeacht leeftijd of situatie van de cliënt. Acht respondenten benoemen dat zij deze onderwerpen alleen bespreekbaar maken als hier een specifieke aanleiding voor is. Zeven respondenten benoemen als aanleiding voor een gesprek het woord ‘onderbuikgevoel’. Dit

onderbuikgevoel wordt veroorzaakt door het opvangen van kwetsbare signalen in het leven van de cliënt. Kwetsbaarheid is een breed begrip en moeilijk te definiëren. Volgens Rijlaarsdam (2015) is dit omdat er meerdere factoren aan bijdragen of iemand wel of niet als kwetsbaar wordt gezien. Dit benoemen ook vijf respondenten.

“Mensen zijn kwetsbaar in heel brede zin. Dat kan zijn door de psychische situatie van een cliënt, kan zijn doordat er grote schulden zijn en iemand dakloos is of dreigt te worden. Dat kan zijn een verstandelijke beperking of een instabiele relatie tussen een cliënt en de partner. Vaak is er wel sprake van een combinatie tussen meerdere problemen is mijn ervaring, die het niet wenselijk maken dat er op dat moment een kindje wordt geboren” (Respondent 4).

Zes respondenten geven aan dat onstabieleiteit in het leven van de cliënt een aanleiding vormt om een gesprek te starten over seksualiteit, kinderwens en anticonceptie en één respondent geeft aan erover te beginnen zodra uit het keukentafelgesprek blijkt dat de cliënt zelf een hulpvraag heeft op dit gebied. In de theorie wordt aangegeven dat cliënten het vanwege schaamte moeilijk vinden om zelf hulpvragen te stellen rondom seksualiteit aan een hulpverlener (Leusink & Ramakers, 2014). Vier respondenten geven aan dat zij juist een opening kunnen bieden aan cliënten om wensen of problemen op het gebied van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie te bespreken, door hier zelf over te beginnen. Als het gaat om onderwerpen die worden besproken met cliënten, geven vijf respondenten aan dat zij vaak wel vragen naar relaties van de cliënt en eventuele seksuele contacten. Drie respondenten geven aan dat zij altijd vragen naar anticonceptiegebruik van de cliënt, waarbij door twee respondenten wordt aangegeven dat ze in de praktijk hebben meegemaakt dat een cliënt onjuist gebruik maakte van anticonceptie en niet wist dat er ook nog andere mogelijkheden waren.

Een vraag omtrent een eventuele kinderwens dient voor vier respondenten als startpunt van een gesprek over seksualiteit, kinderwens en anticonceptie en drie respondenten geven aan dat zij starten met een vraag over hoe de cliënt de toekomst ziet. Één respondent geeft aan dat zij alle drie de onderwerpen bespreekt in één gesprek. Drie respondenten geven aan dat zij het gesprek inleiden door aan de cliënt uit te leggen wat Nu Niet Zwanger inhoudt en dat dit behoort tot de werkwijze van de organisatie.

4.2 Belemmerende en bevorderende factoren

Belemmerende factoren

Als het gaat om belemmeringen die cliëntondersteuners ervaren bij het bespreken van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie geven acht respondenten aan dat het uit maakt of je als onderzoeker of ondersteuner in beeld bent bij de cliënt. Dit heeft volgens zes van de zes onderzoekers die hebben deelgenomen te maken met het feit dat onderzoekers kort in beeld zijn bij cliënten en daardoor niet de ruimte hebben om een vertrouwensband op te bouwen. Zoals eerder is benoemd in het theoretisch kader is het juist bij seksueel gerelateerde onderwerpen belangrijk dat er een veilige sfeer wordt gecreëerd waarin de band tussen cliënt en professional is gebaseerd op vertrouwen (Lunsen, 2014). Een vertrouwensband is volgens zes respondenten van essentieel belang wanneer je persoonlijke onderwerpen wil bespreken.

“Bij onderzoek zie ik eigenlijk iemand maar één keer. Is ook gewoon weer anders, vind ik, omdat dat echt wel intieme dingen zijn om over te praten. Dat staat heel dichtbij iemand en voelt ook heel kwetsbaar en als je iemand dan langer kent, spreekt ook voor mezelf, ga je natuurlijk ook meer delen dan dat je iemand

één keer ziet en denkt waarschijnlijk zie ik jou daarna niet meer. Je bouwt dan ook een vertrouwensband op als je iemand meerdere keren ziet en dan gaat die klant ook denken 'Ohja, die vertrouw ik wel' en daar voel ik ruimte bij om mijn verhaal kwijt te kunnen. Maar ja dat is het gevoel wat ik erbij heb. Als ik naar mezelf zou kijken zeg maar als ik in zo'n situatie zou zitten" (Respondent 2).

Zes respondenten laten zich belemmeren door wat een eventuele reactie van een cliënt kan zijn. Hierbij speelt bij twee respondenten de angst de vertrouwensband te beschadigen. Vier respondenten ervaren dit vooral wanneer de cliënt een gesloten houding heeft. Vijf respondenten voelen zich vooral belemmerd, omdat seksualiteit, kinderwens en anticonceptie privé onderwerpen zijn die je niet 'zomaar met iemand' bespreekt. Vier respondenten maken hierbij ook de vergelijking met zichzelf omdat zij dit soort onderwerpen ook niet makkelijk bespreken met iemand anders. Vijf respondenten geven aan dat zij zich laten belemmeren door aannames. Ze gaan er vanuit dat het bij die ene cliënt geen rol speelt vanwege een jonge leeftijd of vanwege een lichamelijk beperking. Dit laatste wordt benoemd door één respondent. Wat betreft aannames geven de vijf respondenten allemaal aan dat zij dit voornamelijk hebben bij jonge meiden (onder de 18 jaar). Één aandachtfunctionaris geeft over aannames het volgende aan:

"Dan zeggen ze bijvoorbeeld ze gebruiken de pil, dus dan is het goed toch. Of ja dat meisje is 14, dus die zal nog wel geen seks hebben. Of die man is alleen, dus dan speelt dat helemaal geen rol. Of die is normaal begaafd dus dan zal die het wel weten" (Respondent 9).

Verder geven twee respondenten aan dat zij zich laten belemmeren wanneer er een andere betrokkene aanwezig is bij het gesprek en benoemen vier respondenten het lastig te vinden hierover te beginnen omdat de cliënt een totaal andere hulpvraag heeft. Drie respondenten laten zich belemmeren door hun eigen ongemakkelijkheid en zes respondenten vinden het lastig wanneer hun persoonlijke waarden en normen anders zijn dan die van de cliënt. Zoals blijkt uit het theoretisch kader dragen normen en waarden bewust en onbewust bij aan de persoonlijke beleving van seksualiteit en vormt dit ook de professionele visie omtrent seksualiteit (Leusink & Ramakers, 2014). Het verschil in normen en waarden tussen professional en cliënt wordt door drie van de zes respondenten specifiek als belemmering genoemd wanneer het gaat om een kinderwens.

Twee respondenten, die tevens ook aandachtfunctionaris Nu Niet Zwanger zijn, geven aan wel meer uit hun rol te willen halen als aandachtfunctionaris, maar voelen hier niet de ruimte voor. Dit heeft volgens hen te maken met de tijdsbelasting die het van hen vraagt. De rol die de druk van de wachtlijst hierin speelt, wordt door één aandachtfunctionaris benoemd.

Vijf respondenten geven aan dat zij zich niet deskundig genoeg voelen om eventuele acties uit te zetten die kunnen voortkomen uit een gesprek over seksualiteit, kinderwens en anticonceptie. Zoals eerder in het theoretisch kader is gebleken, is het voor deskundigheidsbevordering op het gebied van seksualiteit van belang dat een professional basiskennis heeft over de seksuele ontwikkeling van een doelgroep, waarbij ook sprake is van kennis over risicogroepen als het gaat om ongeplande en ongewenste zwangerschappen (Rutgers, z.d. -d). Deze vijf respondenten geven aan dat hun gevoel van niet deskundig genoeg zijn vooral ligt aan onduidelijkheid omtrent wanneer iemand gezien wordt als kwetsbare (potentiële) ouder (2) en wat te doen met opgevangen kwetsbare signalen (3). Vier respondenten geven aan handelingsverlegen te zijn bij het uitzetten van acties naar

aanleiding van een gesprek over seksualiteit, anticonceptie en kindwens. Hierbij worden de volgende voorbeelden genoemd: Als iemand een kindwens blijkt te hebben en de professional heeft hier een naar gevoel bij of als iemand naar de mening van de professional een onbetrouwbare anticonceptievorm gebruikt en ze niet weten wanneer en waar er naar opgeschaald kan worden bij een hulpvraag van de cliënt op één van deze gebieden. Twee respondenten geven aan dat zij rondom een eventuele kindwens persoonlijke drempels ervaren. Hierbij wordt door beide respondenten benoemd dat zij het gevoel hebben dat zij moeten kunnen inschatten of iemand wel of niet kinderen kan nemen.

“Dan denk ik: Als iemand dan zegt ik heb een kindwens, waarvan ik zo mijn twijfels heb, dan kan ik wel zeggen tegen die cliënt denk er eens over na, maar dan merk ik dat ik het zelf moeilijk begin te vinden. In die zin dat ik dan denk, wie ben ik om dat te bepalen voor iemand anders. Ik ben dan geen God, zeg maar, die dan mag zeggen jij wel en jij niet. Wat is dan mijn rol ook en ja ik merk ook wel als jij die vraag stelt dat ik dat ook niet helemaal helder heb. Van tot hoe ver ga ik dan.” (Respondent 2).

Bevorderende factoren

Als het gaat om factoren die de respondenten als bevorderend ervaren bij het bespreken van seksualiteit, kindwens en anticonceptie, geven zes respondenten aan dat het van belang is dat er sprake is van een vertrouwensband tussen de professional en de cliënt. Vijf respondenten benoemen dat zij een aanknopingspunt zoeken om te beginnen over seksualiteit, kindwens en anticonceptie. De volgende voorbeelden zijn hierbij genoemd: Wanneer een cliënt praat over een relatie of wanneer een cliënt zwanger is of al kinderen heeft. Hieronder volgt een praktijkvoorbeeld waarin gebruik is gemaakt van een aanknopingspunt:

“Ik had wel eens dat een dame bevallen was en dat we het hadden over de baby. En toen zei ze dat alles wel goed gaat maar dat ze voorlopig geen kinderen meer wil. Dat is voor mij dan een bruggetje van oké het is even goed zo dus hoe heb je dat dan geregeld met anticonceptie?” (Respondent 7).

Twee respondenten geven aan dat het voor hen helpt om een gesprek over seksualiteit, kindwens en anticonceptie in te leiden door te vertellen wat Nu Niet Zwanger inhoudt en dat zij daarom een paar vragen hierover stellen. Vijf respondenten benoemen dat het hen helpt om de ongemakkelijkheid te benoemen. Waarbij twee respondenten aangeven het benoemen van de ongemakkelijkheid die wordt gezien bij de cliënt en drie respondenten aangeven ook de eigen ongemakkelijkheid te benoemen. Een cliëntondersteuner met veel ervaring in het bespreken van seksualiteit zegt over ongemakkelijkheid het volgende:

“Mijn ervaring is in ieder geval wel dat als je het eenmaal bij één of twee cliënten hebt gedaan en zelf ook een beetje die drempel over gegaan bent, dat het een steeds natuurlijker proces wordt. En ja, dat het dan ook niet meer ongemakkelijk voelt en dat de manier waarop jij er zelf over spreekt er eigenlijk voor zorgt hoe de cliënt erop reageert. Als het gaat over seksualiteit en als je daar zelf niet moeilijk over doet, dan doet een cliënt daar vaak ook niet ingewikkeld over” (Respondent 9).

Vijf respondenten geven aan dat het belangrijk is om als professional bewust te zijn van je persoonlijke opvattingen omtrent seksualiteit, kindwens en anticonceptie. Waarbij drie respondenten ook aangeven dat je als professional bewust moet zijn van wat je uitstraalt als je over deze onderwerpen praat. Hierin speelt ook dat

de normen en waarden van een cliënt kunnen verschillen met de normen en waarden van een professional. Volgens Leusink & Ramakers (2014) behoort het tot een professionele houding dat je moet kunnen uitstralen dat je je open staat voor verschillende opvattingen omtrent seksualiteit, kinderwens en anticonceptie. Dit geldt ook voor het respecteren van normen en waarden van een ander. Vier respondenten geven aan dat het naar hun idee bevorderend is als je als professional daadwerkelijk geïnteresseerd bent in de onderwerpen seksualiteit, kinderwens en anticonceptie. Twee respondenten geven aan dat zij regelmatig hun caseload doorlopen waarbij zij kritisch bekijken waar zij wel en niet de onderwerpen bespreekbaar hebben gemaakt. Dit helpt hen bij het bewust worden wanneer zij het wel of niet bespreken en waarom zij die keuze maken.

Drie respondenten benoemen het als helpend om belemmeringen te bespreken of advies te vragen aan de aandachtfunctionaris Nu Niet Zwanger. De aandachtfunctionaris wordt verder door twee respondenten benoemd als helpend bij het stukje bewustwording omtrent het bespreken van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie. Één respondent benoemt dat de aandachtfunctionaris de persoon is die je handvaten kan bieden en één iemand vindt het positief dat de aandachtfunctionaris collega's voorziet van informatie over Nu Niet Zwanger. Één respondent geeft aan dat een actieve rol van de aandachtfunctionaris in het wijkteam noodzakelijk is:

“Maar die mag wat mij betreft wat actiever zijn, want ik vind die tot nu toe meer ter consultatie. Als ik vragen heb dan weet ik wie ik kan vinden en dan kan ik daar het gesprek over aan gaan. Maar wat mij betreft mag het ook meer de andere kant ingaan, dat de aandachtfunctionaris ook zelf initiatief neemt om collega's te bevragen hierop” (Respondent 5).

4.3 Gewenste ondersteuning

Wat betreft de ondersteuning die gewenst is onder de respondenten wordt door acht respondenten benoemd dat zij behoefte hebben aan een interactieve training.

“Ik denk dat een training wel wenselijk zou zijn, ook om erachter te komen waar blokkades liggen. Als ze vinden dat mensen er iets mee moeten doen en ze merken dat mensen er niks mee doen of het ontwijken, dan is het volgens mij aan de organisatie om daar iets op te bedenken. Een training bijvoorbeeld of verdiepende kennis. Waardoor mensen het wel gaan doen, dan moeten ze daar mensen ook in helpen. Net zoals we trainingen LVB of NAH krijgen, want die zijn er wel. Maar op dit gebied niet terwijl het wel als belangrijk geacht wordt” (Respondent 9).

Vier respondenten benoemen bij een training vooral behoefte te hebben aan het oefenen van gesprekstechnieken die helpen om het praten over seksualiteit, kinderwens en anticonceptie makkelijker te maken. Drie respondenten zouden dit in de vorm van een rollenspel willen oefenen. Vier respondenten geven aan dat zij in caseloadgesprekken meer bevraagd willen worden specifiek op bespreekbaarheid rondom seksualiteit, kinderwens en anticonceptie. Zeven respondenten geven aan dat om de bewustwording onder cliëntondersteuners te bevorderen, Nu Niet Zwanger terugkerend onder de aandacht gebracht moet worden binnen de organisatie. Twee respondenten zouden het fijn vinden om persoonlijk gecoacht te kunnen worden

op het gebied van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie bespreken met cliënten en persoonlijke belemmeringen die zij daarin ervaren.

De gedragsdeskundige is gevraagd waar het volgens hem aan ligt dat seksualiteit, kinderwens en anticonceptie niet tot het standaard gespreksonderwerp behoort. Hij zegt hierover het volgende:

“Ja, dat is wel interessant. Ik beschouw organisatie X wel als een organisatie als waar seksualiteit een normale gang van zaken zou moeten zijn. Maar op één of ander moment is simpelweg dat kopje seksualiteit ooit verdwenen in het plan van aanpak en wat daar de achtergrond van is, daar ben ik niet bij geweest. Maar het is wel herkenbaar dat het dan ook niet meer besproken wordt. Dat heeft, denk ik, ook wel te maken met een ontwikkeling waarin we veel meer vraaggericht moeten werken. En ook de klant zelf zal in de regel zich niet heel snel melden met puur vragen op het vlak van seksualiteit. Het is dan ook de kunst van de consulent om juist op dat vlak door te durven vragen. Als je het niet vraagt, dan zal de klant het waarschijnlijk ook niet melden” (Respondent 10).

Verder is de gedragsdeskundige gevraagd of hij wel eens signalen opvangt omtrent belemmeringen die cliëntondersteuners ervaren bij het bespreken van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie. De gedragsdeskundige geeft aan op dit moment alleen betrokken te worden wanneer een cliëntondersteuner bijzonderheden ervaart rondom seksualiteit. Hij benoemt dat hij ook juist graag betrokken zou worden wanneer de cliëntondersteuner het lastig vindt om over seksualiteit, kinderwens en anticonceptie te praten, zodat hij hierover met hun in gesprek kan gaan.

De respondenten is gevraagd welke praktische zaken volgens hen bespreekbaarheid van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie bevorderen. Drie respondenten benoemen de aanwezigheid van een E-learning gericht op Nu Niet Zwanger, waarvan één respondent aan geeft dat deze verplicht gesteld zou moeten worden. Het is onbekend of deze E-learning ook door iedereen gedaan moet zijn. Vier respondenten benoemen behoefte te hebben aan tips en tools omtrent het bespreekbaar maken van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie. Drie respondenten benoemen hierbij behoefte te hebben aan voorbeeldvragen. Vier respondenten benoemen dat het helpend is om vooral te experimenteren in de praktijk met het bespreken van deze onderwerpen, zodat je er zelf achter komt wat wel en niet fijn voelt. Één respondent, tevens aandachtsfunctionaris, zegt hierover het volgende:

“Je moet er zelf ook meer iets in doen dan dat je er belangstelling voor hebt. Dat je zelf bedenkt: Ik ga dat gewoon doen en ik vraag ondersteuning als ik dat moeilijk vind. Zo leer je wel het beste. Of met iemand samen die je daarin kan ondersteunen, die al ervaring heeft op dat gebied” (Respondent 9).

In het actieprogramma Kansrijke Start staat dat het niet opvangen van signalen er vaak voor zorgt dat een gesprek over seksualiteit, kinderwens en anticonceptie uit blijft (Rijksoverheid, 2018). Er zijn twee respondenten die behoefte hebben aan een soort overzicht waarin signalen staan met betrekking tot kwetsbare (potentiële) ouders. Die kunnen ze dan nalopen als zij twijfels hebben over een eventuele kinderwens. Vijf respondenten benoemen dat het sparren en ervaringen uitwisselen met collega's hen helpt om bewust te worden van het bespreken van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie. Vier respondenten geven aan dat zij persoonlijke

drempels bespreekbaar maken, waarvan twee aangeven niet duidelijk te hebben met wie zij dit kunnen doen en twee respondenten benoemen dit met de aandachtsfunctionaris te doen.

Tot slot is aan de respondenten gevraagd wat volgens hen nodig is om het bespreken van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie te implementeren in de reguliere werkzaamheden van een cliëntondersteuner. Drie respondenten geven aan dat zij rolverduidelijking zouden willen: Het bespreken van deze onderwerpen is één ding, maar wie is de aangewezen persoon om hier eventuele vervolgacties op uit te zetten? Zeven respondenten geven tevens aan dat zij niet op de hoogte zijn van de visie, taak en werkwijze gericht op Nu Niet Zwanger. Twee respondenten geven aan dat bij de start van nieuwe medewerkers het programma Nu Niet Zwanger meteen besproken moet worden, waarbij meteen duidelijk wordt gemaakt wat hierin wordt verwacht van de cliëntondersteuner. Zes respondenten zouden graag zien dat het bespreken van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie structureel onder de aandacht gebracht wordt, zodat het onderwerp meer in het bewustzijn van de cliëntondersteuners komt. Negen respondenten geven aan dat het zou helpen als er in het plan van aanpak een kopje 'seksualiteit' wordt toegevoegd.

"Ik denk vooral die kopjes in het plan van aanpak toevoegen. Ik denk dat dat al zoveel doet. Dan staat er altijd iets waar je op door kunt vragen. Je moet dan hè. Je kan dan niet zomaar invullen dat het niet van toepassing is ofzo. Dat zou mij wel echt helpen bij stukje bewustwording ook" (Respondent 8).

Hoofdstuk 5: Conclusie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt in paragraaf 5.1 per deelvraag een conclusie geformuleerd aan de hand van het resultatenhoofdstuk. De conclusies vormen samen een antwoord op de hoofdvraag van dit onderzoek. Vervolgens worden in paragraaf 5.2 aanbevelingen beschreven die toegepast kunnen worden binnen organisatie X om de bespreekbaarheid omtrent seksualiteit, kinderwens en anticonceptie te bevorderen.

5.1 Conclusie

1. Hoe maken cliëntondersteuners van organisatie X op dit moment seksualiteit, kinderwens en anticonceptie bespreekbaar bij cliënten?

Uit het resultatenhoofdstuk blijkt dat cliëntondersteuners van organisatie X het belang inzien van het creëren van bewustwording bij cliënten omtrent seksualiteit, kinderwens en anticonceptie. Echter wanneer het gaat om het daadwerkelijk bespreken van deze onderwerpen bij cliënten, wordt aangegeven door de cliëntondersteuners dat zij dit naar hun idee nog te weinig doen. Dit komt omdat het bespreken van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie te weinig in hun bewustzijn zit en dit alleen wordt gedaan wanneer hier een aanleiding voor is.

De cliëntondersteuners zien het als hun rol om kwetsbaarheden te signaleren en aan de hand daarvan seksualiteit, kinderwens en anticonceptie aan te kaarten. Er dient dus altijd een aanleiding zijn alvorens de onderwerpen worden besproken. Slechts één cliëntondersteuner geeft aan dat zij de onderwerpen ook bespreekbaar maakt wanneer er geen duidelijke aanleiding aanwezig is.

Wanneer cliëntondersteuners een gesprek voeren met cliënten over seksualiteit, kinderwens en anticonceptie, vormt voor het merendeel relaties en seksuele contacten het startpunt. Kinderwens en anticonceptiegebruik volgen afhankelijk van de gegeven antwoorden. Onbewust zullen deze onderwerpen in elkaar overlopen maar het is niet zo dat cliëntondersteuners bewust alle drie de onderwerpen af gaan. Voornamelijk op het anticonceptiegebruik wordt door een klein deel van de cliëntondersteuners niet goed doorgevraagd. Bij de doelgroep van Nu Niet Zwanger wordt vaak gezien dat anticonceptie niet adequaat wordt gebruikt. Bij het voorkomen van ongeplande en ongewenste zwangerschappen is het van belang dat cliëntondersteuners de situatie rondom anticonceptiegebruik goed in kaart brengen waarvoor doorvragen een vereiste is (Rutgers, z.d. -d). Wanneer er geen aanleiding gevoeld wordt voor het bespreken van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie, maakt slechts een klein deel van de consulenten het alsnog bespreekbaar door uit te leggen wat het programma Nu Niet Zwanger inhoudt en wat de cliëntondersteuner daarin kan betekenen voor de cliënt.

Geconcludeerd kan worden dat de algemene attitude, zoals beschreven in het attitudemodel van Hartog (2008), ten opzichte van het bespreken van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie met cliënten welwillend is, cliëntondersteuners zien het belang van het creëren van bewustwording bij cliënten en beschrijven dit ook als hun rol. Er is echter sprake van een discrepantie tussen het inzien van het belang en de daadwerkelijke realisatie in de praktijk.

2. Welke belemmerende en bevorderende factoren spelen bij cliëntondersteuners van organisatie X een rol in het bespreekbaar maken van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie bij cliënten?

De belemmerende factoren die cliëntondersteuners ervaren bij het bespreken van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie met cliënten kan worden onderverdeeld in opvattingen, aannames en persoonlijke drempels (Leusink & Ramakers, 2014). Uit het resultatenhoofdstuk blijkt dat cliëntondersteuners zich laten belemmeren door de volgende opvattingen: Een vertrouwensband wordt als nodig geacht alvorens er een gesprek kan plaatsvinden over seksualiteit, kinderwens en anticonceptie. Het belang van een vertrouwensband en het creëren van een veilige sfeer is ook terug te vinden in het theoretisch kader waarbij Lunsen (2014) aangeeft dat een vertrouwensband van essentieel belang is wanneer er over seksualiteit gepraat wordt. Een vertrouwensband creëren vraagt echter tijd. Deze ruimte voelen met name cliëntondersteuners in de onderzoekersfunctie niet vanwege het feit dat zij vaak kort in beeld zijn. Verder hebben cliëntondersteuners de opvatting dat seksualiteit, kinderwens en anticonceptie gevoelige en persoonlijke onderwerpen zijn waar niet makkelijk over gepraat wordt. Ook gaan cliëntondersteuners er vaak vanuit dat een cliënt er niet voor open staat of er niet klaar voor is om over seksualiteit, kinderwens en anticonceptie te praten met een hulpverlener. Dit baseren zij op de houding die een cliënt uitstraalt, bij een open houding zijn zij eerder geneigd om hierover te beginnen. Verder wordt duidelijk dat de helft van de deelnemende cliëntondersteuners zich laten leiden door aannames. Opvallend is dat aannames vooral gericht zijn op meiden onder de 18 jaar en mannen. Er wordt makkelijk vanuit gegaan dat seksualiteit bij hen geen rol speelt. Dit wordt ook aangegeven door Rust & Ticheman (2020): wanneer het gaat om kinderwens en anticonceptie wordt binnen de hulpverlening bijna altijd naar de vrouw gekeken, terwijl mannen hier ook een rol in hebben.

Verder blijkt dat cliëntondersteuners persoonlijke drempels ervaren die hun belemmeren, zoals hun eigen ongemakkelijkheid wanneer het gaat over seksualiteit en wanneer er een verschil blijkt te zijn in de normen en waarden van de professional en de cliënt. De persoonlijke drempels worden met name ervaren wanneer het gaat over een kinderwens waar de cliëntondersteuner niet achter staat. Hierin schuilt ook angst voor eventuele acties die uitgezet moeten worden naar aanleiding van een gesprek over de wensen van een cliënt. Waar het gaat om het uitzetten van benodigde acties ervaren cliëntondersteuners handelingsverlegenheid. Dit komt voort uit een gevoel van niet deskundig genoeg zijn, wat bij de helft van de cliëntondersteuners wel eens voorkomt.

Factoren die voor cliëntondersteuners bevorderend werken zijn vooral gericht op de houding van de cliëntondersteuner. Zo wordt het als helpend benoemd wanneer het gesprek wordt ingeleid door het bieden van uitleg omtrent Nu Niet Zwanger. Dit geeft de cliëntondersteuners het gevoel dat zij kunnen verantwoorden waarom hier vragen over gesteld worden. Daarnaast wordt aangegeven dat het benoemen van de eigen ongemakkelijkheid en de ongemakkelijkheid van het onderwerp ook bevorderend werkt. Wanneer dit benoemd wordt zal de cliënt het gevoel krijgen dat de ongemakkelijkheid er mag zijn en kan de openheid in het gesprek bevorderen. Verder wordt door ervaren cliëntondersteuners aangegeven dat wanneer je je als professional bewust bent van je eigen opvattingen en uitstraling ten aanzien van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie dit de professionaliteit bevordert (Leusink & Ramakers, 2014).

De aandachtsfunctionarissen worden beschreven als een belangrijke factor in het bevorderen van de bespreekbaarheid omtrent seksualiteit, kinderwens en anticonceptie en de bewustwording onder cliëntondersteuners hiervan. De cliëntondersteuners hebben dan ook behoefte aan een actievere rol van de aandachtsfunctionarissen, wat verder toegelicht zal worden in deelvraag 3.

Geconcludeerd kan worden dat de meeste belemmeringen worden ervaren bij cliëntondersteuners die zich in de functie onderzoeker bevinden. De voornaamste hiervan is dat zij vaak kort betrokken zijn bij een cliënt en daarom niet de ruimte voelen om een vertrouwensband op te bouwen. Een vertrouwensband wordt nodig geacht om seksualiteit, kinderwens en anticonceptie te bespreken. Cliëntondersteuners in de ondersteuningsfunctie lijken zich minder belemmerd te voelen om seksualiteit, kinderwens en anticonceptie te bespreken met cliënten. Dit heeft te maken met langere betrokkenheid. Er wordt gezien dat de cliëntondersteuners tegen meer belemmerende factoren op lopen dan tegen bevorderende factoren. Dit verklaart ook hoe het komt dat het bespreken van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie niet optimaal wordt ingezet in de praktijk.

3. Welke vorm van ondersteuning wensen cliëntondersteuners vanuit organisatie X om seksualiteit, kinderwens en anticonceptie bespreekbaar te maken bij cliënten?

Uit het resultatenhoofdstuk blijkt dat er onder de cliëntondersteuners een grote behoefte is aan een training waarbij theorie gekoppeld wordt aan het oefenen met elkaar en het uitwisselen van ervaringen. Een training draagt volgens de cliëntondersteuners bij aan de bewustwording en kan belemmeringen verhelpen. Om het bewustzijn onder cliëntondersteuners te vergroten met betrekking tot de uitvoering van het programma, is het nodig dat Nu Niet Zwanger een terugkerend agendapunt wordt. Dit is een behoefte van de cliëntondersteuners die in verschillende vormen kan worden uitgevoerd, zoals specifieke vragen gericht op Nu Niet Zwanger tijdens caseloadgesprekken of regelmatig bevraagd worden door een aandachtsfunctionaris hierop. De gedragsdeskundige kan ook ondersteunend zijn bij het bespreken van belemmeringen die cliëntondersteuners ervaren en het zoeken naar oplossingen hierin. De gedragsdeskundige wordt hierin tot nu toe weinig betrokken, wat er op kan wijzen dat de cliëntondersteuners niet op de hoogte zijn dat zij ook belemmeringen omtrent dit onderwerp met de gedragsdeskundige kunnen bespreken. De aandachtsfunctionarissen kunnen hierin een verwijzende rol hebben.

Verder blijkt uit de resultaten dat cliëntondersteuners tips en tools wensen die zij kunnen inzetten om de bespreekbaarheid omtrent seksualiteit, kinderwens en anticonceptie te bevorderen. Hierin wordt vooral gezocht naar voorbeeldvragen die zij kunnen stellen aan de cliënt. Ook het toevoegen van een kopje 'seksualiteit' wordt in grote mate gewenst door de cliëntondersteuners. Het toevoegen van dit onderwerp in het plan van aanpak zorgt er, met name voor de onderzoekers voor, dat zij niet om het onderwerp heen kunnen. Opvallend is dat de organisatie een visie, taak en werkwijze document heeft opgesteld, maar het merendeel van de cliëntondersteuners is niet op de hoogte van dit document. Dit verklaart waarom de cliëntondersteuners behoefte hebben aan rolverduidelijking, vooral wanneer het gaat om het uitzetten van acties naar aanleiding van een gesprek over seksualiteit, kinderwens en anticonceptie.

Uit bovenstaande bevindingen kan geconcludeerd worden dat er op meerdere vlakken behoefte is aan ondersteuning vanuit organisatie X, waarbij de grootste behoefte vooral ligt bij een training. Ook is er behoefte aan duidelijkheid omtrent de rol die een cliëntondersteuner inneemt in het programma Nu Niet Zwanger. De aandachtfunctionarissen kunnen een grote rol spelen in het ondersteunen van cliëntondersteuners door middel van gespreksvoering en aanbieden van tips en tools. Echter voelen de aandachtfunctionarissen zich hierin beperkt vanwege het feit dat zij hier geen uren voor krijgen. Het aanpassen van het plan van aanpak heeft de voorkeur van de meeste cliëntondersteuners, zodat het een standaard onderdeel wordt van een gesprek tussen cliëntondersteuner en cliënt.

Hoofdvraag: Wat hebben cliëntondersteuners van organisatie X nodig om seksualiteit, kinderwens en anticonceptie te bespreken met cliënten, met als doel het creëren van bewustwording omtrent het voorkomen van een ongeplande en ongewenste zwangerschap?

Om de bespreekbaarheid van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie te bevorderen moet met name worden gekeken naar het creëren van bewustwording onder de cliëntondersteuners. Cliëntondersteuners zijn in grote lijnen op de hoogte van het programma, maar er heerst onduidelijkheid over de exacte rol van de cliëntondersteuner en hoe zij uitvoering moeten geven aan eventuele acties die uitgezet dienen te worden. Wanneer cliëntondersteuners actief op de hoogte worden gebracht van de visie, taak en werkwijze gericht op Nu Niet Zwanger, kan duidelijkheid gecreëerd worden omtrent verwachtingen van cliëntondersteuners.

Verder hebben cliëntondersteuners behoefte aan een training waarbij zij kennis op kunnen doen specifiek gericht op seksualiteit, kinderwens en anticonceptie en waar geoefend kan worden met tools die in de praktijk ingezet kunnen worden. Wanneer de deskundigheid van cliëntondersteuners wordt bevorderd, zal dit bijdragen aan het verminderen van handelingsverlegenheid onder cliëntondersteuners. Tot slot is het zeer gewenst dat de lay-out van het huidige plan van aanpak wordt aangepast middels het toevoegen van een kop 'seksualiteit', wat voor de cliëntondersteuners een opening biedt te vragen naar een kinderwens en anticonceptiegebruik. De aandachtfunctionarissen kunnen een grote rol spelen in het creëren van bewustwording onder cliëntondersteuners, waardoor de bespreekbaarheid verhoogd wordt. Echter voelen zij daar op dit moment niet de ruimte voor vanwege de reguliere werkzaamheden die een cliëntondersteuner uitvoert en de druk van de wachtlijst.

5.2 Aanbevelingen

Uit de resultaten en conclusie blijkt dat cliëntondersteuners behoefte hebben aan verschillende vormen van ondersteuning die de bespreekbaarheid van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie met cliënten bevorderen. De organisatie biedt al enige mogelijkheden aan, zoals de aangestelde aandachtfunctionarissen, het opstellen van een visie, taak en werkwijze gericht op Nu Niet Zwanger en een gesprek met een aandachtfunctionaris bij indiensttreding van een nieuwe medewerker. Echter waar het gaat om het aanreiken van specifieke ondersteuning om het programma de uitvoering te geven zoals het bedoeld is, worden er verbeterpunten opgemerkt.

Deskundigheidsbevordering

De cliëntondersteuners hebben behoefte aan deskundigheidsbevordering omtrent het programma Nu Niet Zwanger. Aangegeven wordt dat wanneer zij zich inhoudelijk deskundiger voelen omtrent seksualiteit, kinderwens en anticonceptie, er minder moeite wordt ervaren met het bespreken hiervan. Een geschikte optie hiervoor is het aanbieden van een training waarin verschillende aspecten worden meegenomen, startend bij basistheorie omtrent een gezonde seksuele ontwikkeling en verschillende anticonceptiemethoden ter kennisbevordering. Vervolgens het begrip 'kwetsbare (potentiële) ouders' uitsplitsen en verduidelijken, zodat signaleren van kwetsbaarheden makkelijker wordt, waarbij ook uitleg over het doel van Nu Niet Zwanger (voorkomen van ongeplande en ongewenste zwangerschappen) niet mag ontbreken. De eerder vernoemde succesfactoren die uit het onderzoek van Connie Rijlaarsdam (2015) zijn gekomen, kunnen dienen als een belangrijke leidraad binnen de training. Tot slot is het van belang dat er in de vorm van een rollenspel geoefend kan worden met het voeren van een gesprek over seksualiteit, kinderwens en anticonceptie, waarbij ruimte is om in te zoomen op belemmeringen die cliëntondersteuners ter plekke voelen, bijvoorbeeld niet weten met welke vraag te starten of hoe het onderwerp in te leiden. Het ingaan op belemmeringen die cliëntondersteuners tijdens de training ervaren zorgt ervoor dat deze meteen bespreekbaar gemaakt kunnen worden.

Wat tevens bijdraagt aan deskundigheidsbevordering is het aanreiken van tools die helpend zijn bij het voeren van een gesprek over seksualiteit, kinderwens en anticonceptie. Een aantal voorbeeldzinnen zouden er bijvoorbeeld voor kunnen zorgen dat cliëntondersteuners eerder een stap durven te zetten om hiermee te oefenen in de praktijk. Denk hierbij aan openingszinnen zoals: 'Kun je mij eens vertellen hoe jij jezelf over vijf jaar ziet? En horen daar ook kinderen bij?' of 'Heb je een relatie op dit moment? Hoe ziet deze relatie er uit? Is er ook sprake van seksueel contact? Heb je ook gedacht aan anticonceptie?'. Door een paar inleidingen met voorbeeldzinnen aan te bieden in een document of flyer krijgt de cliëntondersteuner meer handvaten bij het beginnen van dit gesprek. Het PLISSIT-model uit het theoretisch kader kan tevens dienen als een handige tool die als leidraad gebruikt kan worden bij het voeren van een gesprek over seksualiteit, kinderwens en anticonceptie (Höing, et al., 2017).

Vergroten van de bewustwording

Uit het onderzoek is gebleken dat seksualiteit, kinderwens en anticonceptie vaak niet wordt besproken, omdat het niet in het bewustzijn zit van de cliëntondersteuners. Wanneer er geen specifieke aanleiding is, zal er niet gevraagd worden naar een eventuele kinderwens en anticonceptiegebruik. Om de bewustwording te vergroten in de rol die de cliëntondersteuner heeft binnen het programma Nu Niet Zwanger, wordt de organisatie aangeraden om voor de aandachtsfunctionarissen specifieke uren vrij te maken binnen de reguliere werkzaamheden waarin zij meer invulling kunnen geven aan hun rol als aandachtsfunctionaris. Dit betekent concreet dat aandachtsfunctionarissen de ruimte voelen om cliëntondersteuners te bevragen op de bespreekbaarheid, maar ook de ruimte voelen om hier vaker een (gast)bijeenkomst of agendapunt aan te wijden. Wanneer de cliëntondersteuners regelmatig iets horen over het programma zal dit meer op het netvlies treden van het bewustzijn.

Verder wordt aanbevolen om meer aandacht te schenken binnen de organisatie aan de visie, taak en werkwijze wat betreft Nu Niet Zwanger. Zoals uit de conclusie is gebleken, zijn cliëntondersteuners hier niet van op de hoogte en kan dit document er wel voor zorgen dat in ieder geval onduidelijkheden rondom de rol van een cliëntondersteuner in het programma Nu Niet Zwanger worden weggenomen. Wanneer Nu Niet Zwanger vaker onder de aandacht wordt gebracht, bijvoorbeeld tijdens een plenaire bijeenkomst of wijkteamoverleg, zullen cliëntondersteuners bekend worden met de visie en deze ook kunnen vertalen naar hun eigen ervaring (Rutgers, z.d. -b). Het bestaan van het visiedocument kan tevens actief gepromoot worden binnen de organisatie door dit regelmatig terug te laten komen op het intranet van de organisatie en dit op te nemen in het inwerkprogramma van nieuwe medewerkers.

De hulpverlener als individu wordt aanbevolen om zelf actief bezig te zijn met het onderwerp. Dit kan binnen organisatie X op meerdere manieren: Er kan contact gezocht worden met een aandachtsfunctionaris of met de gedragsdeskundige, maar ook erover in gesprek gaan met collega's kan helpend zijn. Hou het in ieder geval niet voor jezelf en maak het bespreekbaar met wie het voor jou goed voelt, want alleen dan kan er ondersteuning op maat worden geboden.

Toevoeging in plan van aanpak

Cliëntondersteuners geven aan behoefte te hebben aan een kopje in het plan van aanpak waarin ruimte is om vragen te stellen over seksualiteit, kinderwens en anticonceptie. Op dit moment is er wel een kopje 'gezin en huiselijke relaties' aanwezig maar dit nodigt de cliëntondersteuners nog te weinig uit om door te vragen op de situatie rondom een kinderwens. Wanneer er letterlijk een kopje 'seksualiteit' of 'seksualiteit, kinderwens en anticonceptie' toegevoegd wordt, worden cliëntondersteuners hieraan herinnerd en zijn zij verplicht om hierover vragen te stellen of in ieder geval te benoemen dat de cliënt hierover vragen mag stellen. Tevens zorgt de toevoeging van seksualiteit in het plan van aanpak ervoor dat seksualiteit een vanzelfsprekend onderwerp wordt in de ondersteuning die organisatie X biedt.

Organisatie X is werkzaam binnen een wijkteam waarin iedere organisatie gebruik maakt van hetzelfde systeem en hetzelfde format plan van aanpak. De gemeente is verantwoordelijk voor de invulling van het plan van aanpak en dit ligt dus niet binnen de mogelijkheden van organisatie X. Echter kan het onderzoek wel als aanleiding dienen voor de manager om over het format van het huidige plan van aanpak in gesprek te gaan met de gemeente.

Vervolgonderzoek

Het is aan te bevelen dat er een vervolgonderzoek plaatsvindt waarin de andere kant van het gesprek wordt bekeken, dus dat wordt onderzocht wat de ervaringen zijn van de cliënten die weleens deze onderwerpen hebben besproken met een hulpverlener en wat zij daarin nodig hebben. Doordat wordt onderzocht hoe het gesprek aan de andere kant van de tafel wordt beleefd, kan dit ook handvaten bieden voor professionals die niet goed weten hoe zij het beste een gesprek over seksualiteit, kinderwens en anticonceptie kunnen voeren. Daarnaast kan de wijze van gespreksvoering en de inhoud daarvan worden aangepast aan de behoeften van cliënten.

Hoofdstuk 6: Discussie

In dit hoofdstuk wordt de conclusie van het onderzoek vergeleken met die bevindingen uit de probleemanalyse. De betekenis en bruikbaarheid van dit onderzoek wordt weergegeven op macro-, meso-, en microniveau (6.1). Vervolgens is er een sterkte- en zwakteanalyse van het onderzoek gemaakt waarbij de interne en externe validiteit is beschreven. Tot slot wordt er ingegaan op de feedback op het onderzoek vanuit de praktijk (6.2).

6.1 Betekenis en bruikbaarheid

In de probleemanalyse is op macroniveau gekeken naar het aantal ongewenste zwangerschappen en zwangerschapsafbrekingen in Nederland, waarbij ook is gekeken naar de gevolgen voor kinderen die worden geboren in (zeer) kwetsbare gezinnen. Het kabinet investeert de komende jaren in een aanpak voor het voorkomen van ongewenste zwangerschappen en doet daarmee een beroep op het sociale werkveld. Daarbij wordt enerzijds aangegeven dat er meer preventief ingezet moet worden op het voorkomen van ongewenste zwangerschappen, en anderzijds wordt aangegeven dat het realiseren van anticonceptie voor kwetsbare (potentiële) ouders niet altijd vanzelfsprekend is. Dit heeft te maken met de persoonsgerichte aanpak in het Nederlandse zorgsysteem waarbij wordt verwacht dat men de eigen hulpvraag kan opstellen. Iets wat juist lastig is voor de doelgroep kwetsbare (potentiële) ouders en het feit dat anticonceptie niet meer wordt vergoed vanuit de basisverzekering vanaf 21 jaar. Het onderzoek levert op macroniveau inzichten op waaruit blijkt dat het zorgsysteem in Nederland voor kwetsbare doelgroepen moeilijk is ingericht, waardoor de weg naar hulp of advies een drempel kan vormen. Om in Nederland grootschalig ongewenste zwangerschappen en zwangerschapsafbrekingen te verminderen, is het nodig dat er door de overheid kritisch gekeken wordt naar de route die momenteel nodig is om anticonceptie te verkrijgen.

Op mesoniveau gaat het over het programma Nu Niet Zwanger in de praktijk en de doelgroep waar het programma zich op richt. Hierin wordt duidelijk dat professionals in het sociale werkveld moeite hebben met het signaleren van kwetsbare (zwangere) vrouwen en wanneer zij wel in beeld zijn, is er vaak onduidelijkheid over waar zij naartoe kunnen verwijzen of wordt er getwijfeld aan de manier van handelen. Ook blijkt uit een onderzoek naar anticonceptiegebruik dat het merendeel van de kwetsbare mensen zich schaamt en het daarom moeilijk vindt om advies of hulp te vragen (Rijlaarsdam, 2015). Ook professionals ervaren in de praktijk verschillende persoonlijke drempels die het bespreken van deze onderwerpen bemoeilijkt. Dit onderzoek lost de problemen die in het sociale werkveld worden ervaren rondom het programma Nu Niet Zwanger niet direct op, maar maakt wel duidelijk dat het programma Nu Niet Zwanger is opgericht om ongeplande en ongewenste zwangerschappen te voorkomen en dat dit echter in de praktijk niet eenvoudig is op te lossen. Dit komt door de belemmeringen die professionals in het werkveld ervaren wanneer het gaat om het bespreken van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie met cliënten. Het onderzoek kan zorg- en welzijnsorganisaties inzicht opleveren in wat de belemmeringen zijn die professionals en cliënten ervaren bij de uitvoering van het programma Nu Niet Zwanger.

Op microniveau is gekeken naar hoe Nu Niet Zwanger wordt ingezet binnen organisatie X en hoe de cliëntondersteuners van organisatie X dit ten uitvoering brengen. Op dit gebied wordt dan ook gezien dat er behoefte is aan verbetering. De cliëntondersteuners van organisatie X hebben behoefte aan een training waarbij kennisbevordering en het aanleren van gesprekstechnieken centraal staat. Ook is er behoefte aan praktische tips en tools die zij kunnen inzetten in de praktijk om het gesprek over seksualiteit, kinderwens en anticonceptie aan te gaan. Zoals uit de probleemanalyse blijkt zijn er geen uren beschikbaar voor de aandachtfunctionarissen en wordt verwacht dat zij deze rol combineren met de reguliere werkzaamheden als cliëntondersteuner. De geïnterviewde aandachtfunctionarissen geven aan wel behoefte te hebben aan uren, zodat de rol als aandachtfunctionaris optimaal kan worden uitgevoerd. Ook cliëntondersteuners hebben aangegeven dat zij behoefte hebben aan een actievare rol van de aandachtfunctionarissen. Omdat de resultaten van dit onderzoek gebaseerd zijn op ervaringen en wensen van cliëntondersteuners binnen organisatie X, worden er ook op microniveau aanbevelingen gedaan waarmee de bespreekbaarheid van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie met cliënten bevorderd kan worden.

6.2 Sterkte-zwakteanalyse

Om de betrouwbaarheid binnen dit onderzoek te waarborgen heeft er een literatuuronderzoek plaatsgevonden alvorens er data is verzameld in de praktijk. De theoretische inzichten waarop het onderzoek is gebouwd vormen een stevige basis voor het onderzoek. Tevens is het meetinstrument van dit onderzoek, de topiclijst, ontstaan uit eerdere onderzoeken en relevante theoretische inzichten. De topiclijst diende als hulpmiddel wat zorgde voor structuur en eenduidigheid tijdens de interviews. Alvorens de interviews zijn afgenomen in de praktijk, heeft er een testinterview plaatsgevonden zodat getest kon worden of de topiclijst aansluit bij de hoofd- en deelvragen. Van de interviews zijn, met toestemming van de respondent, geluidsopnames gemaakt en dit is vervolgens verwerkt in transcripten. Het transcriberen van de interviews zorgt ervoor dat er geen belangrijke informatie verloren gaat en is op een eenduidige manier gebeurd (Baarda et al., 2018).

De interne validiteit is binnen dit onderzoek gewaarborgd middels triangulatie, wat betekent dat er binnen het onderzoeksverslag verschillende waarnemingen hebben plaatsgevonden. Dit zorgt ervoor dat in het gehele onderzoek de persoonlijke interpretatie zo min mogelijk heeft plaatsgevonden (Baarda et al., 2018). De verschillende waarnemingen zijn mede mogelijk gemaakt door de afstudeerbegeleider van Fontys Hogeschool Eindhoven en een contactpersoon binnen organisatie X. Zij hebben het onderzoeksverslag voorzien van feedback waardoor de kans op mogelijke fouten is verkleind. De resultaten voortvloeiend uit dit onderzoek geven aan wat cliëntondersteuners van organisatie X nodig hebben om seksualiteit, kinderwens en anticonceptie bespreekbaar te maken bij cliënten. De aanbevelingen zijn aansluitend op de behoeften van de cliëntondersteuners en zijn haalbaar binnen de organisatie. Wat tevens bijdraagt aan de validiteit van dit onderzoek is dat er gebruik is gemaakt van zowel Nederlandse als buitenlandse wetenschappelijke bronnen (Baarda et al., 2018).

De mogelijkheid tot doorvragen die het gebruik van semigestructureerde interviews biedt kan leiden tot nieuwe inzichten binnen het onderzoek. Anderzijds draagt de mogelijkheid tot doorvragen bij aan een verminderde betrouwbaarheid, omdat mogelijk niet bij ieder interview dezelfde vragen aan bod zijn gekomen (Boeije, 2014).

Tevens was de onderzoeker, vanwege het coronavirus, genoodzaakt om de interviews digitaal af te nemen. Hierbij is gebruik gemaakt van videobellen zodat de onderzoeker en de respondent elkaars gezichtsuitdrukking kunnen zien. Echter heeft videobellen ook een aantal nadelen, de internetverbinding kan weg vallen waardoor het interview gedwongen gestopt moet worden en daarnaast blijkt ook dat mensen over het algemeen sneller zijn afgeleid wanneer een digitaal interview wordt afgenomen (Baarda et al., 2018). Daarom is er gekozen voor de maximale duur van 45 minuten van één interview.

Bij het definiëren van de externe validiteit gaat het om de mate waarin de resultaten en conclusies van dit onderzoek ook relevant zijn voor personen, situaties of organisaties die niet onderzocht zijn (Boeije, 2014). Het is niet zeker of de resultaten van dit onderzoek ook van toepassing zijn bij soortgelijke organisatie of functies daar waar dit onderzoek enkel gericht is op cliëntondersteuners van organisatie X. Er is nog te weinig informatie bekend over de bespreekbaarheid van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie tussen hulpverleners en cliënten om hier zuivere uitspraken over te doen. Een ander zwak punt is dat de waarborging van de interne validiteit bedreigd kan worden doordat de onderzoeker werkzaam is als cliëntondersteuner binnen organisatie X. Gezien de voorkennis van de onderzoeker bestaat er een kans dat het onderzoek niet volledig onafhankelijk is. De respondenten zijn tevens collega's van de onderzoeker en hierdoor bestaat de kans dat het geven van een open en eerlijk antwoord lastig werd bevonden. Om dit te voorkomen heeft de onderzoeker nadrukkelijk aangegeven dat het interview volledig anoniem wordt uitgewerkt. Het is tevens een voordeel dat de onderzoeker werkzaam is binnen organisatie X omdat de onderzoeker ervoor kan zorgen dat het onderwerp actueel blijft binnen de organisatie. Daarnaast kan de onderzoeker toezicht houden op de uitvoering van de aanbevelingen en hier een rol in aannemen.

Praktijk

Op 11 juni 2020 heeft er een presentatie plaatsgevonden binnen organisatie X waarbij de resultaten, conclusies en aanbevelingen zijn gepresenteerd. Bij de presentatie waren acht cliëntondersteuners, drie aandachtsfunctionarissen van Nu Niet Zwanger, twee ambassadeurs van Kansrijke Start, één praktijkondersteuner en de manager van organisatie X aanwezig. De onderzoeker heeft een feedbackformulier opgesteld met oog op de sterke en zwakke punten van het onderzoek en in hoeverre de aanbevelingen realiseerbaar zijn in de praktijk. Er is feedback gegeven door vier personen die werkzaam zijn binnen organisatie X. Uit de presentatie is naar voren gekomen dat het een actueel onderwerp is, waardoor het onderzoek als zeer waardevol wordt geacht. Het onderzoek is voorzien van een goede opzet en nauwkeurige uitvoering, waarbij wel de kritische vraag wordt gesteld of tien respondenten voldoende is geweest om de gehele groep cliëntondersteuners te vertegenwoordigen. Echter wordt ook begrepen dat hiervoor is gekozen vanwege de haalbaarheid en het tijdsbestek waarin dit onderzoek moest plaatsvinden. Tevens is aangegeven dat het interessant zou zijn om het onderzoek breder te laten plaatsvinden, bijvoorbeeld door partnerorganisaties hierin te betrekken. Alle aanbevelingen worden als realistisch geacht waarbij de manager heeft aangegeven hier gehoor aan te willen geven. De aanwezige cliëntondersteuners hebben aangegeven zich meer geïnspireerd te voelen om in de praktijk aan de slag te gaan met het programma Nu Niet Zwanger, dankzij dit onderzoek.

Literatuurlijst

- Baarda, B., Bakker, E., Boullart, A., Julsing, M., Fischer, T., Peters, V., van der Velden, T. (2018). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Houten: Noordhoff.
- Baart, A. (2007). Een beknopte schets van de presentietheorie. *Pastorale nieuwsbrief Caritas Vlaanderen*, 134, 14-19.
- Berends, W. (2017, 22 november). *Van handelingsverlegenheid naar handelingsbereidheid*. Geraadpleegd op 18 maart 2020, van <https://www.ncj.nl/actueel/blogs/blogpost/van-handelingsverlegenheid-naar-handelingsbereidheid>.
- Blokhuis, P. (2018, 12 september). *Blokhuis: Samen aan de slag met nieuwe aanpak onbedoelde zwangerschappen*. Geraadpleegd op 1 maart 2020, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zwangerschap-en-geboorte/nieuws/2018/09/12/blokhuis-samen-aan-de-slag-met-nieuwe-aanpak-onbedoelde-zwangerschappen>.
- Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Amsterdam: Boom.
- Bohn Stafleu van Loghum. (2012). Seksuele counseling taboe. *Bijzijn XL*, 5(7), 5-5. doi:10.1007/s12632-012-0102-y.
- CBS (2017, 11 december). *Relatief weinig tienermoeders in Nederland*. Geraadpleegd op 3 maart 2020, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2017/50/relatief-weinig-tienermoeders-in-nederland>.
- Commissie-Samson (2018, 8 oktober). *Omringd door zorg, toch niet veilig*. Geraadpleegd op 1 maart 2020, van <https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Omringd-door-zorg-toch-niet-veilig-commissie-Samson.pdf>.
- Fiom (z.d.). *Cijfers en feiten*. Geraadpleegd op 1 maart 2020, van <https://fiom.nl/kenniscollectie/ongewenste-zwangerschap/cijfers-feiten>.
- Fiom (2018). *Voornemen tot afstand ter adoptie in Nederland*. Geraadpleegd op 3 maart 2020, van <https://fiom.nl/sites/default/files/voornemen-tot-ata-2018.png>.
- Gelderen, G., van & Bender, J. (2012). Durf jij over seks te beginnen? *Seks als je chronisch ziek bent: Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, 5(3), 76-79.
- GGD Hart voor Brabant (2017, 8 februari). *Infosheet Nu Niet Zwanger*. Geraadpleegd op 17 maart 2020, van <https://www.ggdhvb.nl/hulpverleners/over-de-ggd/programma-nu-niet-zwanger>.
- Gianotten W., Meihuizen, M., van Son, N. (2008). *Seksualiteit bij ziekte en lichamelijke beperking*. Assen: Van Gorcum.
- Hartog, Z. (2008). *De attitude van de hulpverlener over de seksualiteit van de psychiatrische patiënt*. Utrecht: Universiteit van Utrecht.
- Hemelaar, M. (2018). *Seksualiteit, intimiteit en hulpverlening: handboek jeugd, zorg en welzijn* (5^e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Höing, M., Janssens, J., Boer A., & Liebrechts, M. (2017). *Bespreekbaar maken van seksualiteit en intimiteit: Handboek voor hulpverleners in zorg en welzijn*. Bussum: Coutinho.
- Jong de, H. (2019, 19 december). *“Daarom geloof ik in Nu Niet Zwanger”*. Geraadpleegd op 29 februari 2020,

- van <https://www.nunietzwanger.nl/nieuws/daarom-geloof-ik-in-nu-niet-zwanger/>.
- Leusink, P. & Ramakers, M. (2014). *Handboek seksuele gezondheid: Probleemgeoriënteerd denken en handelen*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Lieshout, H., Van (2013, 27 november). *Hoorcollege kwalitatieve data-analyse* [Video file]. Geraadpleegd op 7 april 2020 van www.fontys.mediamission.nl.
- Lunsen, R. van (2014). Praten over seks. In P. Leusink & M. Ramakers (red.), *Handboek seksuele gezondheid. Probleemgeoriënteerd denken en handelen* (pp. 72-81). Assen: Van Gorcum.
- MEE (z.d.). *Voor wie is cliëntondersteuning?* Geraadpleegd op 23 maart 2020, van <https://www.mee.nl/voor-wie-is-clientondersteuning>.
- MEE (2016). *Workshop anticonceptiegebruik*. Tilburg: MEE
- MEE (2019). *Seksualiteit, kindervens, zwangerschap, ouderschap bij mensen met een beperking. (Visie, taak en werkwijze voor de MEE consulent)*. Tilburg: MEE .
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018, 11 september). *Onbedoelde (tiener)zwangerschappen: een zevenstappenplan*. Geraadpleegd op 25 februari 2020, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2018/09/11/onbedoelde-tienerzwangerschappen-een-zevenstappenplan>.
- Movisie (2012). *Kwetsbare groepen in beeld: Projecten, trainingen en publicaties*. Geraadpleegd op 26 juni 2020, van <https://www.movisie.nl/publicatie/kwetsbare-groepen-beeld>.
- Movisie (2013). *Handelingsverlegenheid*. Geraadpleegd op 26 juni 2020, van <https://www.movisie.nl/begrippenlijst/handelingsverlegenheid>.
- Nu Niet Zwanger (z.d.). *Doelgroep*. Geraadpleegd op 9 maart 2020, van <https://www.nunietzwanger.nl/wat-we-doen/voor-wie/>.
- Nu Niet Zwanger (2018, november). *Toegangscriteria en kwaliteitseisen Nu Niet Zwanger*. Geraadpleegd op 29 februari 2020, van <https://www.nunietzwanger.nl/wp-content/uploads/2018/11/Toegangscriteria-en-kwaliteitseisen-Nu-Niet-Zwanger.pdf>.
- Padt van der, I., Derks J. & Boon, S., (2017). *Psychische kwetsbaarheid: belicht vanuit sociaalpsychiatrisch perspectief*. Amsterdam: Boom.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (z.d.). *Decentralisaties*. Geraadpleegd op 1 maart 2020, van <https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/wettelijk-en-beleidskader-publieke-gezondheid/decentralisaties>
- Rijksoverheid (2018, 12 september). *Actieprogramma Kansrijke Start*. Geraadpleegd op 3 maart 2020, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2018/09/12/actieprogramma-kansrijke-start>.
- Rijlaarsdam, C. (2015). *Contraceptives, what helps? A qualitative explorative case study on a pilot programme offering birth control to vulnerable clients*. Birmingham: Birmingham City University.
- Rust L., & Tichelman P., (2020, 28 januari). *Wie bespreekt de kindervens?* Geraadpleegd op 28 februari 2020, van <https://www.nunietzwanger.nl/nieuws/artikel-in-klik-wie-bespreekt-de-kindervens/>.
- Rutgers (z.d.-a) *Hoe motiveert u uw werknemers?* Geraadpleegd op 2 maart 2020, van

<https://www.seksindepraktijk.nl/beleid-maken/medewerkers-aansturen/hoe-motiveert-u-uw-werknemers>.

Rutgers (z.d. -b) *Medewerkers aansturen*. Geraadpleegd op 25 juni 2020, van

<https://www.seksindepraktijk.nl/beleid-maken/medewerkers-aansturen>.

Rutgers (z.d.-c). *Nu Niet Zwanger*. Geraadpleegd op 29 februari 2020, van <https://www.rutgers.nl/wat-wij>

doen/anticonceptie-en-abortus/projecten-anticonceptie-en-abortus/nu-niet-zwanger.

Rutgers (z.d.-d). *Welke deskundigheid heeft u nodig?* Geraadpleegd op 18 april 2020, van

<https://www.seksindepraktijk.nl/professional/onderdeel-van-uw-werk/welke-competenties-heeft-u-nodig>.

Vernooij, F. (2017, februari). Als ouderschap niet verantwoord is. *Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie & Gynaecologie*, 2017(130), 2-27.

Welling, M., Kwakman, S. (2015, 20 mei). Beleid en cultuur rondom seksueel misbruik in de jeugdzorg.

Jeugdbeleid 2015(9), 97-104.

Bijlage I – Topiclijst

Gegevens

Respondent nummer:

Leeftijd:

Dienstjaren organisatie X:

Datum:

Duur interview:

Inleiding

Doel van dit interview

Anonimiteit benoemen

Organisatie X is aangesloten bij het programma Nu Niet Zwanger. Dit houdt in dat de organisatie van haar cliëntondersteuners verwacht dat seksualiteit, kinderwens en anticonceptie bespreekbaar wordt gemaakt met kwetsbare (potentiële) ouders. Dit onderzoek is gericht op de belemmeringen die cliëntondersteuners ervaren met betrekking tot het bespreken van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie en hoe zij hierin ondersteund willen worden.

Topiclijst cliëntondersteuners

Topic	Optionele vragen
Houding van de professional	• Kun je eens beschrijven hoe jij als professional je kennis en vaardigheden omtrent seksualiteit hebt ontwikkeld? • Wat doe je om dit bij te houden? • Op een schaal van 1 tot 10, hoe zou jij je kennis op het gebied van seksualiteit beschrijven? 1 is geen kennis en 10 is veel kennis. Wat heb je nodig om een stap hoger in de schaalvraag te komen? • Wanneer is iemand volgens jou voldoende bekwaam om een gesprek te voeren over seksualiteit, kinderwens en anticonceptie? Wat herken jij hiervan bij jezelf? Wat kom je nog tekort?
Nu Niet Zwanger	• Kun je mij wat vertellen over het programma Nu Niet Zwanger? • Hoe ziet jouw rol eruit als cliëntondersteuner binnen het programma Nu Niet Zwanger? • Hoe ben jij ingelicht over het programma Nu Niet Zwanger? • Ben jij bekend met de presentiebenadering? Kun je in eigen woorden uitleggen wat dit inhoudt?

Huidige bespreekbaarheid seksualiteit, kinderwens en anticonceptie	- Kun je eens beschrijven hoe, volgens jou, een open en eerlijk gesprek over seksualiteit, kinderwens en anticonceptie er uitziet? Welke factoren dienen aan bod te komen? - Hoe maak jij seksualiteit, kinderwens en anticonceptie bespreekbaar? (gespreksvoering/methode?) - Op een schaal van 1 tot 10, hoe vaak bespreek jij seksualiteit, kinderwens en anticonceptie bij cliënten? 1 is nooit en 10 is altijd. Wat heb jij nodig om een stap hoger in de schaalvraag te komen?
Belemmeringen	- Kun je mij vertellen wanneer je je belemmerd voelt in het bespreekbaar maken van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie? Waar ligt dit dan aan? - Wanneer besluit je om seksualiteit, kinderwens en anticonceptie niet ter sprake te brengen? Voorbeeld. - Kom je wel eens in een situatie, op het gebied van seksualiteit, waarin jij je handelingsverlegen voelt? - Ja? Schets de situatie. - Nee? Hoe komt het.
Gewenste situatie	- Kun je aangeven wat jij nodig hebt om seksualiteit, kinderwens en anticonceptie tot een standaard gespreksonderwerp te laten behoren? - Wanneer zou je je bekwaam genoeg voelen om seksualiteit, kinderwens en anticonceptie bespreekbaar te maken? - Wat is volgens jou een goede manier om handelingsverlegenheid omtrent seksualiteit aan te pakken?
Organisatie X	- Wat kun je mij vertellen over het beleid van de organisatie m.b.t. seksualiteit? - Wat doet de organisatie, volgens jou, om belemmeringen tegen te gaan bij cliëntondersteuners, als het gaat om bespreekbaar maken van seksualiteit? - Voel jij je gesteund door organisatie X bij het bespreekbaar maken van seksualiteit?

Topiclijst gedragsdeskundige

Topic	Voorbeeldvragen (optioneel)
Rol	- Hoe zou jij je rol omschrijven met betrekking tot de cliëntondersteuners binnen organisatie X? - Wat is jouw rol met betrekking tot seksualiteit binnen organisatie X? en met betrekking tot Nu Niet Zwanger?

Kennis en vaardigheden	• Kun je eens beschrijven hoe jij als professional je kennis en vaardigheden over seksualiteit hebt ontwikkeld? • Wat doe je om dit bij te houden?
Huidige bespreekbaarheid seksualiteit, kinderwens en anticonceptie	• Hoe zou jij de rol van cliëntondersteuners omschrijven m.b.t. het programma Nu Niet Zwanger? • Wanneer is iemand, volgens jou, voldoende bekwaam om seksualiteit, kinderwens en anticonceptie bespreekbaar te maken? • Hoe ziet volgens jou een gesprek over seksualiteit, kinderwens en anticonceptie er uit? Welke factoren dienen er aan bod te komen? • Op welke manier kan seksualiteit, kinderwens en anticonceptie, volgens jou, vaker bespreekbaar gemaakt worden?
Belemmeringen	• Kun je beschrijven tegen welke belemmeringen cliëntondersteuners aanlopen als het gaat om het bespreken van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie? • Wat zou jij cliëntondersteuners adviseren die handelingsverlegenheid ervaren?
Gewenste situatie	• Kun je mij vertellen wat een open en eerlijk gesprek over seksualiteit eruit zou zien volgens jou? • Welke voorwaarden zijn volgens jou nodig om een gesprek over seksualiteit, kinderwens en anticonceptie te voeren? • Wat gaat al goed m.b.t. bespreekbaarheid van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie? • Hoe zou de gewenste situatie eruit zien m.b.t. seksualiteit, kinderwens en anticonceptie bespreken? • Wat is er volgens jou nodig om de gewenste situatie te behalen? • Wat zijn volgens jou factoren die de gewenste situatie tegenhouden? (Iedereen bespreekt seksualiteit) • Welke vorm van ondersteuning zou jij geschikt vinden voor het bespreekbaar maken van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie?
Organisatie X	• Wat doet de organisatie, volgens jou, om belemmeringen tegen te gaan bij cliëntondersteuners, als het gaat om bespreekbaar maken van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie? • Waarin zou de organisatie meer ondersteunend kunnen zijn met betrekking tot het bespreken van seksualiteit, kinderwens en anticonceptie?

Afsluiting

Mening over het interview achterhalen bij de respondent, zodat eventuele nieuwe inzichten of verbeterpunten meegenomen kunnen worden in de volgende interviews.

- Hoe vond je dit interview gaan?
- Heb je tips voor de onderzoeker?
- Zijn er vragen die je hebt gemist tijdens dit interview?
- Als jij onderzoeker zou zijn van dit onderzoek, waar zou jij dan nog nieuwsgierig naar zijn?

Bijlage II – Codeboek

1. Huidige bespreekbaarheid seksualiteit, kindwens en anticonceptie	
Thema	Code
Kennis over Nu Niet Zwanger	Inhoud programma ▪ Pro actief gesprek gaan over SKA (3) ▪ Informeren en voorlichten (3) ▪ Onderdeel Kansrijke Start (4) ▪ Anticonceptieregeling (2) ▪ Moeilijk te zeggen (2) Rol van cliëntondersteuners ▪ Bespreken SKA bij kwetsbare signalen (5) ▪ Ondersteuning bieden (2) ▪ Bewustwording creëren (5) ▪ Anticonceptie realiseren (1) ▪ Op zoek gaan naar passende hulp (2) ▪ Inseinen zorgaanbieder (2) ▪ Opening bieden (4) Kwetsbare signalen ▪ Onwetendheid (3) ▪ Onderbuikgevoel (4) ▪ Oorzaak/gevolg niet overzien (3) ▪ Onjuist anticonceptiegebruik (3) ▪ Onstabiliteit in één of meerdere levensgebieden (6) ▪ Combinatie van meerdere problematieken (5) Presentiebenadering ▪ Onbekend (4) ▪ Herkenning organisatie (5)

Bespreekbaarheid seksualiteit, kinderwens en anticonceptie	Schaalvraag bespreekbaarheid ▪ 4 (2) ▪ 3 (1) ▪ 5 (2) ▪ 6 (3) ▪ Altijd (1) Wel bespreken ▪ Opvangen kwetsbare signalen (3) ▪ Specifieke aanleiding (6) ▪ Onderbuikgevoel (7) ▪ Sprake van een beperking (2) ▪ Sprake van onstabiele op één of meerdere levensgebieden ▪ Altijd (1) ▪ Alleenstaande ouder (2) ▪ Tienermeisjes (3) ▪ Vrouwen met buitenlandse afkomst (1) Niet bespreken ▪ Onvruchtbare leeftijd (2) ▪ Anticonceptiegebruik (1) ▪ Vertrouwensband belemmerd (2) ▪ Geen onderbuikgevoel (2) ▪ Mensen zonder relatie (1) ▪ Lichamelijke beperking (1) ▪ Mannen (4) ▪ Aanwezigheid zorgaanbieder (2) Besproken onderwerpen ▪ Relaties/Seksuele contacten (5) ▪ Anticonceptiegebruik (3) ▪ Kinderwens (4) ▪ Grenzen aangeven (1) ▪ Steunend netwerk (4) ▪ Toekomstvraag (3) ▪ SKA in één gesprek (1) ▪ Uitleggen wat NNZ inhoudt (3)
---	---

2. Belemmerende en bevorderende factoren	
Thema	Code
Belemmerende factoren	Cliëntondersteuner ▪ Aannames (5) ▪ Rol (onderzoeker of ondersteuner) (8) ▪ Rolverwarring (3) ▪ Reactie cliënt (6) ▪ Privé onderwerp/taboe (5) ▪ Handelingsverlegenheid (5) ▪ Persoonlijke belemmering (2) ▪ Normen en waarden (6) ▪ Deskundigheidsgevoel (4) ▪ Ethische dilemma's (2) ▪ Ongemakkelijkheid (3) ▪ Andere hulpvraag (4) ▪ Verantwoordelijkheidsgevoel (3) ▪ Tijdsbelasting AF (2) ▪ Druk van wachtlijst (2)
Bevorderende factoren	Cliëntondersteuner ▪ Interessegebied (4) ▪ Vertrouwensband (6) ▪ Kennis over signalen (2) ▪ Aanknopingspunt (5) ▪ Bewustzijn van persoonlijke opvattingen SKA (5) ▪ Bewustzijn van eigen uitstraling (3) ▪ Kritisch caseload langslopen (2) ▪ AF betrekken (3) ▪ Inleiden NNZ (2) ▪ Gedragsdeskundige betrekken (1) ▪ Ongemakkelijkheid benoemen (5) Aanwezigheid aandachtfunctionaris ▪ Informatievoorziening (1) ▪ Bewustwording (2) ▪ Handvatten bieden (1) ▪ Actieve rol noodzakelijk (1)

3. Ondersteuning	
Thema	Code
Huidige kennis en vaardigheden	Huidige kennis en vaardigheden ▪ Werkervaring (8) ▪ Thema seksualiteit niet in opleiding (7) ▪ Anticonceptiemethodes (1) ▪ Weten waar informatie te halen (2) ▪ Bekend met NNZ vanuit vorig werk (1) ▪ Eigen ervaring (2) Gewenste vaardigheden ▪ Verdiepende kennis NNZ (4) ▪ Concrete verwachting NNZ (2) ▪ Bewust ermee bezig zijn (7) ▪ Weten welke routes er zijn (2) ▪ Kennis over anticonceptiemethoden (2) ▪ Zelfreflectie (2)
Ondersteuning vanuit organisatie	Ingelicht over NNZ ▪ Inspiratiebijeenkomst (4) ▪ Gesprek AF (8) ▪ Inwerkprogramma (2) ▪ Weinig over gehoord (2) ▪ Presentatie wijkteam (2) Implementeren NNZ in reguliere werkzaamheden ▪ Kopje seksualiteit in plan van aanpak (9) ▪ Visie organisatie SKA onbekend (7) ▪ Bewustwording creëren (3) ▪ Rolverduidelijking (3) ▪ Structureel onder de aandacht (6) ▪ Bij start van nieuwe medewerkers (2) ▪ Uitdragen normalisering seksualiteit (2) Huidige ondersteuning ▪ Nodige kennis in huis (2) ▪ Aanwezigheid AF (2) ▪ Intervisie (5)

	▪ Casuïstiekbespreking (2) ▪ Intervisie voor AF (1) ▪ Gedragsdeskundige alleen betrokken bij bijzonderheden (1) Gewenste ondersteuning ▪ Caseloadgesprekken (4) ▪ Specifieke gesprekstechnieken (4) ▪ Training (interactief) (8) ▪ Terugkerend aandachtspunt (7) ▪ Gecoacht worden (2) ▪ Actievere rol AF (1) ▪ Verdiepende kennis (2) Dingen die bespreekbaarheid bevorderen ▪ E-learning NNZ (3) ▪ Gesprek met AF (4) ▪ Tips en tools (4) ▪ Signalenoverzicht (2) ▪ Sparren met collega's (5) ▪ Drempels bespreekbaar maken (4) ▪ Voorbeeldvragen (3) ▪ Rollenspel (5) ▪ Experimenteren (4) ▪ Gedragsdeskundige (1)
--	--

Bijlage III – Feitelijke steekproef

Nummer	Geslacht	In dienst	Functie
1	Vrouw	4 jaar	Clïëntondersteuner (onderzoeker) Ambassadeur Kansrijke Start Aandachtsfunctionaris Nu Niet Zwanger
2	Vrouw	6 maanden	Clïëntondersteuner (onderzoeker)
3	Vrouw	1,5 jaar	Clïëntondersteuner (Onderzoeker)
4	Vrouw	3,8 jaar	Clïëntondersteuner (ondersteuner)
5	Vrouw	9 maanden	Clïëntondersteuner (onderzoeker)
6	Vrouw	1,3 jaar	Clïëntondersteuner (onderzoeker) Aandachtsfunctionaris Nu Niet Zwanger
7	Vrouw	1,5 jaar	Clïëntondersteuner (ondersteuner)
8	Vrouw	2 jaar	Clïëntondersteuner (onderzoeker en ondersteuner)
9	Vrouw	18 jaar	Clïëntondersteuner (ondersteuner) Aandachtsfunctionaris Nu Niet Zwanger
10	Man	4 jaar	Gedragsdeskundige