

Seks en seksuele gezondheid als gespreksonderwerpen in een ambulante forensisch psychiatrische behandelsetting

Julia Wilpert¹, Joan E. van Horn¹, Bastiaan S. Frelier², & Rik H.W. van Lunsen

¹De Forensische Zorgspecialisten, Utrecht, Nederland

²De Waag, Amsterdam, Nederland

Samenvatting

Ondanks veel aanwijzingen voor het positieve verband tussen seksuele gezondheid en algehele levenskwaliteit, blijkt het proactief ter sprake brengen van seksueel functioneren nog maar mondjesmaat voor te komen in de (geestelijke) gezondheidszorg (ggz). Dit onderzoek gaat na of dit ook het geval is binnen de specifieke setting van de ambulante forensische ggz. Via een enquête werden behandelaars van een forensisch psychiatrische polikliniek (N = 149) gevraagd hoe belangrijk zij het onderwerp seksualiteit vinden, in welke mate zij zich op hun gemak voelen het te bespreken en of het regelmatig terugkeert in hun behandeling en intercollegiaal overleg. Er werden twee groepen behandelaars vergeleken: van de zorglijn seksueel grensoverschrijdend gedrag (ZSGG) en van overige zorglijnen (ZOV; agressie en vermogen, huiselijk geweld en jeugd). De ZSGG-behandelaars scoorden hoger op het belang van het praten over seks, het gemak waarmee ze dat deden en de frequentie van adresseren in behandeling en overleg dan de ZOV-behandelaars. Slechts 26.8% van de totale groep bespreekt seksualiteit als standaard onderdeel van de behandeling. De meest genoemde drempel was ongemak van de patiënt (57%). Behandelaars gaven aan vooral bijscholingsbehoefte te hebben met betrekking tot algemene seksuologische kennis. Meer gemak in het bespreken van seksualiteit hing positief samen met leeftijd, werkervaring en een gevoel van vaardigheid. De resultaten ondersteunen het idee dat er in de ambulante forensische ggz te weinig aandacht is voor het onderwerp seksuele gezondheid en het versterken van de vaardigheden van behandelaars op dit vlak.

Het onderwerp seksualiteit is niet alleen belangrijk voor hulpverlening die er specifiek op gericht is, ook voor de bredere (geestelijke) gezondheidszorg is er genoeg relevantie om het thema seks op de agenda te zetten. Het bespreekbaar maken van seks is wezenlijk omdat seksuele disfuncties, zoals problemen met opwindings, erectie en orgasme, regelmatig voorkomen (Rosen, 2000; Simons & Carey, 2001; Wylie, Steward, Seivewright, Smith, & Walters, 2002) en er sprake is van een grote onvervulde zorgbehoefte (Kedde, 2012). Daarnaast wordt seksuele gezondheid positief geassocieerd met algemeen welbevinden, zowel fysiek als mentaal (Brody, 2010; Diamond & Huebner, 2012; Hooghe, 2012; Lindau & Gavrilova, 2010). Ondanks herhaaldelijke pleidooien voor implementatie van het onderwerp in zorgverlening, laat de praktische inbed-

ding ervan nog veel te wensen over (Byers, 2011; Borms & Vermeire, 2020; Voermans, Van Peen, & Hengeveld, 2012).

Het lijkt erop dat zorgverleners het onderwerp seksualiteit belangrijk vinden, maar er niet evenredig veel naar informeren bij hun patiënten. Van de geïnterviewde neurologen in onderzoek van Hees et al. (2017), bijvoorbeeld, zag 85.2% het belang van screenen op seksuele disfuncties. Toch deed slechts 15.9% van hen dit daadwerkelijk bij meer dan de helft van hun patiënten. Het nalaten ervan werd beargumenteerd door onder andere hoge leeftijd en ernstige ziekte van de patiënt en het feit dat patiënten niet zelf over het onderwerp beginnen. Dit sluit aan bij bevindingen van Hordern en Street (2007). Zij vroegen multidisciplinaire *professionals* (in oncologie en palliatieve zorg) naar hun ideeën over de behoeften van hun patiënten op het gebied van intimiteit en seksualiteit en de relevantie van het bespreken ervan. Die ideeën bleken vooral gebaseerd te zijn op aannames, zoals dat oudere, ziekere, alleenstaande en niet-westerse mensen minder behoefte zouden hebben aan het bespreken van seksualiteit. Ook werd regelmatig verondersteld dat het onderwerp waarschijnlijk bij een collega met meer expertise op dat gebied aan de orde zou komen.

J. Wilpert is psycholoog en onderzoeker bij De Forensische Zorgspecialisten.

Dr. J. van Horn is psycholoog en onderzoeker bij De Forensische Zorgspecialisten.

Dr. B.S. Frelier is psychiater en arts-seksuoloog NVVS i.o. bij de Waag.

Dr. R.H.W. van Lunsen is arts-seksuoloog NVVS.

Correspondentieadres: jwilpert@dfzs.nl

Ontvangen: 20 maart 2021; geaccepteerd: 27 augustus 2021

In meerdere studies blijken zorgverleners bepalend in óf en hóe seksualiteit besproken wordt (Benoot, Enzlin, Peremans, & Bilsen, 2018; Stepleman, 2016). Hierdoor lijkt een afwachterende houding van behandelaars een gemiste kans. Volgens Miller en Byers (2012) is het onwaarschijnlijk dat zorgontvangers het onderwerp zelf aansnijden als er niet naar gevraagd wordt, terwijl er wel behoefte aan lijkt te zijn. In onderzoek van Bijzitter, Van Drunen, Geerts en Van Beusekom (2009), bijvoorbeeld, gaf 69% van de bevraagde 209 psychiatrische patiënten aan seksuele problemen te ervaren en vond 58% dat er onvoldoende aandacht was voor seksualiteit in de behandeling. Bijzitter en collega's adviseerden hulpverleners om bij patiënten altijd te informeren naar seksualiteit. Organisaties bevelen zij onder andere aan om hun visie op seksualiteit onder te brengen in kwaliteitsbeleid en om medewerkers cursussen aan te bieden voor het bespreekbaar maken van seksualiteit.

De meerwaarde hiervan onderschrijven ook Verastro, Saladino, Petrucci en Eleuteri (2020). In hun review vonden zij meerdere studies waaruit bleek dat deelname aan onderwijs over seksualiteit het vermogen van zorgverleners om met seksualiteitsproblemen van patiënten om te gaan verbeterde. In onderzoek van Hordern et al. (2009), bijvoorbeeld, ondervonden deelnemers (hoofdzakelijk verpleegkundigen) na het volgen van een korte workshop over het communiceren met patiënten over seksualiteit in de dagelijkse praktijk minder barrières en meer zelfvertrouwen om het gesprek te beginnen. Ook bespraken zij vaker seksualiteit met hun patiënten. De resultaten van het volgen van de Onder 4 Ogen (O4O) methode, die Borms en Vermeire (2020) onlangs beschreven, waren eveneens gunstig. Deze methode voor het proactief bespreekbaar maken van seksuele gezondheid, werd positief gewaardeerd door de deelnemers en de frequentie waarmee zij het gesprek over seksualiteit aangingen met hun patiënten bleek bij een korte *follow-up* daadwerkelijk hoger.

Mogelijk is dergelijke bijscholing ook van toegevoegde waarde voor een bijzondere niche van de (g)gz: de forensische hulpverlening. Hierin wordt behandeling gegeven aan mensen die in aanraking zijn geweest of dreigen te komen met politie en/of justitie in verband met strafbare gedragingen/neigingen zoals bijvoorbeeld seksueel grensoverschrijdend gedrag (sgg). Twee belangrijke pilaren waarop de forensische hulpverlening steunt zijn het *Risk-Need-Responsivity-model* (RNR, Bonta & Andrews, 2016) en het *Good Lives Model* (GLM, Ward, 2002). Volgens het RNR-model is behandeling effectiever wanneer deze afgestemd wordt op de kans op recidive (risico), factoren die het recidiverisico verhogen (criminogene behoeften) en capaciteiten (responsiviteit) van de individuele patiënt. Het GLM-model vult dit aan met een nadruk op welzijn en sterke eigenschappen van patiënten, waarvan eveneens een recidive-verlagende invloed verondersteld wordt. Seksuele gezondheid past zowel in GLM als RNR, redenerend dat er een positieve samenhang

kan zijn met welzijn en een negatieve samenhang met delictgedrag. Maar uit de literatuur over de (klinische) forensische zorgpraktijk blijkt het onderwerp seksualiteit relatief afwezig of de focus ligt hoofdzakelijk op risicovermindering (Brown, Reavey, Kanyeredzi, & Batty, 2014; Quinn & Happell, 2015). In onderzoek van Dein et al. (2016), bijvoorbeeld, gaf de klinische staf aan dat seksualiteit een precair onderwerp is dat zelden of alleen in het kader van problematiek besproken werd. Dit werd toegeschreven aan zorgen over onder andere wederzijdse instemming en kwetsbaarheid van patiënten, risicogedrag (zoals het hebben van onbeschermd seks), soa's en zwangerschappen.

Hoe onderbelicht het onderwerp is, blijkt eveneens uit onderzoek van Tiwana, McDonald en Völlm (2016). Zij vonden dat in geen enkel van de veertien door hen onderzochte Europese landen (waaronder Nederland) sprake was van een nationaal beleid voor seksuele expressie door patiënten in residentiële forensische zorg. Tiwana en collega's menen dat intimiteit en affectie een positieve invloed hebben op rehabilitatie en herstel van forensische klinische patiënten. Een restrictief (controleerend en/of verbiedend) beleid ondermijnt volgens hen bestaande relaties, bemoeilijkt nieuwe relaties en belemmert de ontwikkeling van een normaal seksleven, wat op zijn beurt de kans op psychische problemen en terugval in delictgedrag kan verhogen. Di Lorito, Tore, Wernli Kaufmann, Needham en Völlm (2020) stellen dat een gebrek aan duidelijke richtlijnen betekent dat de rol van zorgverleners cruciaal is in het richting geven aan het onderwerp seksualiteit en dat er bewustzijn gecreëerd moet worden over het belang ervan.

Dit is mogelijk nog relevanter voor de poliklinische tak van de forensische zorg; die zich afspeelt buiten de gesloten settings en dus in de maatschappij. Onderzoek naar inbedding van seksuele gezondheid in de ambulante forensische behandeling blijkt echter onvindbaar. Met onderhavig onderzoek is getracht een begin te maken met het vullen van deze lacune. Omdat het initiatief van zorgverleners essentieel lijkt, was het doel om meer inzicht te krijgen in mogelijke samenhangen tussen bepaalde kenmerken van behandelaars met hun opvattingen en gedragingen met betrekking tot het met patiënten bespreken van seksualiteit. In eerder onderzoek werd bijvoorbeeld gevonden dat sekse en leeftijd van de zorgverleners geen verschil maakten bij het bespreken van seksualiteit (Haboubi & Lincoln, 2003). Training met patiënten in het communiceren over seksualiteit, daarentegen, bleek een gunstig effect te hebben op het gemak en de frequentie waarmee zorgverleners seksualiteit bespraken met hun patiënten (Hordern et al., 2009). Daarom was de verwachting voor de huidige studie dat het bespreken van seksualiteit niet met leeftijd en sekse zou samenhangen, maar wel een positieve samenhang zou vertonen met ervaring. Om dit na te gaan werd aan behandelaars van een centrum voor ambulante forensische ggz gevraagd

een enquête in te vullen over hun kenmerken en hoe zij in hun dagelijkse werk omgaan met het onderwerp seksualiteit. Veronderstellend dat behandelaars die werkzaam zijn in de zorglijn sgg (ZSGG) meer ervaring hebben in het bespreken van seksualiteit, werden zij als aparte groep vergeleken met behandelaars die werken in de overige zorglijnen (ZOV).

Methode

Procedure en onderzoeksgroep

Dataverzameling vond plaats tussen november 2019 en juni 2020. Behandelaars van centrum voor ambulante forensische ggz de Waag (onderdeel van De Forensische Zorgspecialisten (DFZS), aanbieder van klinische en poliklinische forensische zorg) kregen een interne e-mail van de onderzoeksafdeling met het verzoek een enquête in te vullen op het online survey platform *Qualtrics*. Bij de Waag wordt behandeling gegeven aan patiënten met complexe psychiatrische problematiek die grensoverschrijdend gedrag of delictgedrag hebben vertoond of neigingen daartoe hebben. De behandelingen zijn onderverdeeld in zorglijnen gebaseerd op de delicttypen sgg, huiselijk geweld en agressie en vermogen. De enquête was op maat gemaakt voor het project *Seksuele Gezondheid in de Forensische Psychiatrie*. Dit project had tot doel DFZS-behandelaars seksuologische scholing aan te bieden. Het uitgangspunt daarbij was dat seksuele gezondheid kan helpen ongezond (schadelijk) gedrag te voorkomen. In boosters en webinars werd het belang van een uitgebreide seksuologische anamnese gemotiveerd en seksuologische thematiek aangedragen.

Van de 320 benaderde Waagbehandelaars reageerden er 149 (totaal responspercentage: 47%). Als sekse gaven 106 deelnemers vrouw (71.1%), 42 man (28.2%) en één anders (0.7%) aan. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 41.85 jaar ($SD = 10.892$; spreiding 23-64 jaar) en het gemiddelde aantal jaren werkervaring 15.5 jaar ($SD = 9.864$; spreiding 1-43 jaar). De deelnemers waren werkzaam als basispsycholoog, GZ-psycholoog, klinisch psycholoog of psychotherapeut ($n = 113$, 75.9%), systeemtherapeut ($n = 18$, 12.1%), psychiater ($n = 10$, 6.7%), orthopedagoog ($n = 6$, 4%), maatschappelijk werker ($n = 1$, 0.7%) of verpleegkundige ($n = 1$, 0.7%). De groep werd verdeeld in behandelaars van de zorglijn sgg (ZSGG; 22.1%, $n = 33$, responspercentage 78.6%) en behandelaars van de overige zorglijnen (ZOV; 77.9%, $n = 116$, responspercentage 41.7%) om na te gaan of er een verschil is tussen behandelaars die meer ervaring hebben met het bespreken van (problematische) seksualiteit en behandelaars die dit niet hebben.

Materiaal

De onderzoekenquête is een aangepaste versie van Voermans, Van Peen en Hengeveld (2012) die ontwikkeld werd voor onderzoek bij psychiaters en artsen (in opleiding). Om de enquête af te stemmen op de huidige onderzoekspopulatie en -context werden enkele vragen aangepast, weggelaten of toegevoegd. De enquête bestond uit zestien vragen over persoonskenmerken, opvattingen en gedragingen van behandelaars. De antwoordschalen en -categorieën verschilden per vraag:

- *Demografische informatie* zoals *Sekse* (dichotoom), *Leeftijd* (schaal) en *Werkervaring* (schaal)
- *Eigen seksualiteit*: In opleiding/leertherapie (of iets vergelijkbaars) werkervaring opgedaan hebben met het bespreken van de eigen seksualiteit (schaal van 1 'helemaal niet' tot 10 'uitvoerig')
- *Belang*: Seksualiteit een belangrijk onderwerp vinden om met patiënten te bespreken (schaal van 1 'helemaal niet' tot 10 'heel erg')
- *Gemak*: Op het gemak voelen bij het bespreken van seksualiteit met patiënten (schaal van 1 'helemaal niet' tot 10 'heel erg')
- *Behandeling*: Seksualiteit en seksuele problemen zijn terugkerende onderwerpen in patiëntgesprekken (schaal van 1 'helemaal niet' tot 10 'heel veel')
- *Overleg*: In intercollegiaal overleg komt seksualiteit van patiënten aan de orde (schaal van 1 'helemaal niet' tot 10 'heel veel')
- *Effect*: Het bespreken van seksualiteit heeft een gunstig effect op patiënten hun: seksleven, intieme relaties, algeheel welbevinden, coping of recidiverisico (antwoordcategorieën)
- *Bespreken*: Seksualiteit wordt met patiënten besproken wanneer: zij er zelf over beginnen, de aanmeldingsklacht seksueel grensoverschrijdend gedrag is, er aanwijzingen voor problemen zijn in hun voorgeschiedenis of als vast onderdeel van behandelingen (antwoordcategorieën),
- *Drempels*: Bemoeilijkende factoren bij het met patiënten over seksualiteit praten zijn: tijdgebrek, sekseverschil, leeftijdsverschil, schaamte, ongemak van patiënt, gevoel van incompetentie, angst erotische gevoelens op te roepen bij patiënt, angst erotische gevoelens op te roepen bij zichzelf, te intiem onderwerp, het gevoel onprofessioneel te zijn, vragen, onzekerheden of problemen die worden ervaren in het eigen seksleven of het irrelevant vinden om over seksualiteit te praten met patiënten (antwoordcategorieën)
- *Vaardig*: Zich vaardig voelen om seksuele problemen met/van patiënten: te bespreken, te herkennen, te diagnosticeren of te behandelen (antwoordcategorieën)

- **Bijscholingsbehoefte:** Om patiëntgesprekken over seks makkelijker te maken, meer willen weten en/of beter willen leren praten over: seksuele werkervaringen, hechting en het positieve seksuele script van een patiënt; seksueel grensoverschrijdend gedrag; algemene informatie over seksuologische thematiek zoals de seksuele responscyclus; partnerrelatietherapie, intimiteit en sekstherapie; seksuele varianten (zoals parafiele stoornissen) en aandoeeningen; of eigen weerstanden omtrent het uitvragen (antwoordcategorieën).

Statistische analyses

De verzamelde data werden in IBM SPSS *Statistics* versie 27 geanalyseerd. Er waren geen missende waarden omdat in de *surveysoftware* is gekozen voor de optie "antwoord forceren". Daardoor was het niet mogelijk om verder te gaan met de vragenlijst wanneer vragen onbeantwoord bleven en waren er enkel volledig ingevulde enquêtes. Om de groepen ZSGG en ZOV te vergelijken, werd gebruik gemaakt van *Chi-kwadraat*, *t*-toets en ANOVA. Aan de hand van *Pearsons* en punt-biseriële correlatiecoëfficiënten werden de kenmerken getoetst op hun mate van samenhang met de opvattingen en gedragingen. Hierbij geldt als richtlijn dat correlaties tussen .1 en .29 worden beschouwd als klein, tussen .3 en .49 als gemiddeld en vanaf .5 als sterk (Cohen, 1988).

Resultaten

In tabel 1 is te zien dat vier kenmerken significant verschilden tussen de onderzoeksgroepen ZSGG en ZOV.

ZSGG-behandelaars gaven belang, gemak, behandeling en overleg gemiddeld een hogere score dan ZOV-behandelaars. Wat betreft sekse, leeftijd, werkervaring en eigen seksualiteit was er geen significant verschil tussen de groepen.

De vergelijking tussen de opvattingen en gedragingen van de groepen is te zien in tabel 2. De groepen verschilden op slechts drie aspecten significant; ZSGG-behandelaars zagen het bespreken van seksualiteit vaker als gunstig voor het verlagen van het recidiverisico, zeiden vaker seksualiteit te bespreken als vast onderdeel van de behandeling en hadden minder bijscholingsbehoefte met betrekking tot het onderwerp seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Intieme relaties en welbevinden van patiënten werden het vaakst genoemd als gunstig beïnvloedbaar door het bespreken van seksualiteit. Of seksualiteit al dan niet wordt besproken door behandelaars, hangt vooral af van de aanmeldklacht, de voorgeschiedenis en of de patiënt er zelf over begint. De verreweg meest genoemde belemmering door behandelaars was ongemak van de patiënt. Ook sekseverschil, gevoel van incompetentie en schaamte werden vaker genoemd.

De meeste behandelaars bleken zich capabel te voelen seksuele problemen met hun patiënten te bespreken, maar slechts een minderheid voelde zich capabel om te behandelen. De bijscholingsbehoefte was duidelijk aanwezig, met vooral belangstelling voor seksuologische kennis over individuele kenmerken en partnerrelaties.

Tabel 1. Verschil kenmerken tussen groepen ZSGG- en ZOV-behandelaars

	ZSGG (n=33) M(SD)	ZOV (n=116) M(SD)	t(df)	p
Leeftijd	43.70(10.11)	41.32(11.09)	1.105(146)	.271
Werkervaring	16.54(9.27)	14.69(10.01)	.888(139)	.376
Eigen seksualiteit	3.27(2.54)	3.36(2.82)	-.164(147)	.870
Belang	8.12(1.43)	7.23(1.45)	3.110(147)	.002
Gemak	7.36(1.39)	6.55(1.69)	2.525(147)	.013
Behandeling	7.03(2.08)	4.53(2.12)	5.980(147)	.000
Overleg	5.94(2.47)	4.03(2.21)	4.275(147)	.000

Tabel 2. Verschil opvattingen en gedragingen tussen groepen ZSGG (n = 33) en ZOV-behandelaren (n = 116)

Opvattingen en gedragingen	Totaal n(%)	ZSGG n(%)	ZOV n(%)	X ²	p
<i>Effect</i>					
Seksleven	99(66.4)	24(72.7)	75(64.7)	751	.386
Intieme relaties	138(92.6)	32(97)	106(91.4)	1.174	.279
Welbevinden	124(83.2)	30(90.9)	94(81)	1.794	.180
Coping	101(67.8)	26(78.8)	75(64.7)	2.350	.125
Recidiverisico	104(69.8)	32(97)	72(62.1)	14.845	.000
<i>Bespreken</i>					
Patiënt	126(84.6)	26(78.8)	100(86.2)	1.083	.298
Aanmeldklacht sgg	134(89.9)	32(97)	102(87.9)	2.318	.128
Voorgeschiedenis	129(86.6)	29(87.9)	100(86.2)	.062	.804
Vast onderdeel	40(26.8)	14(42.4)	26(22.4)	5.238	.022
<i>Drempels</i>					
Tijdgebrek	24(16.1)	6(18.2)	18(15.5)	.135	.713
Sekseverschil	47(31.5)	8(24.2)	39(33.6)	1.046	.306
Leeftijdsverschil	25(16.8)	7(21.2)	18(15.5)	.597	.440
Schaamte	34(22.8)	6(18.2)	28(24.1)	.517	.472
Ongemak patiënt	85(57.0)	19(57.6)	66(56.9)	.005	.945
Incompetentie	41(27.5)	11(33.3)	30(25.9)	.719	.396
Erotische gevoelens patiënt	31(20.8)	7(21.2)	24(20.7)	.004	.948
Erotische gevoelens zelf	8(5.4)	2(6.1)	6(5.2)	.040	.842
Intiem	31(20.8)	9(27.3)	22(19)	1.076	.300
Onprofessioneel	9(6.0)	1(3)	8(6.9)	.677	.411
Onzekerheid	5(3.4)	2(6.1)	3(2.6)	.956	.328
Irrelevant	9(6.0)	1(3)	8(6.9)	.677	.411
<i>Vaardig</i>					
Bespreken	120(80.5)	29(87.9)	91(78.4)	1.458	.277
Herkennen	92(61.7)	24(72.7)	68(58.6)	2.164	.141
Diagnosticeren	42(28.2)	13(39.4)	29(25)	2.630	.105
Behandelen	43(28.9)	11(33.3)	32(27.6)	.413	.520
<i>Bijscholingsbehoefte</i>					
Patiëntinformatie	103(69.1)	23(69.7)	80(69)	.006	.936
Sgg	49(32.9)	6(18.2)	43(37.1)	4.152	.042
Seksuologie	96(64.4)	18(54.5)	78(67.2)	1.807	.179
Partnerrelatie	99(66.4)	25(75.8)	74(63.8)	1.649	.199
Varianten	55(36.9)	13(39.4)	42(36.2)	.112	.738
Eigen weerstand	46(30.9)	10(30.3)	36(31)	.006	.936

Tabel 3. Correlatiecoëfficiënten tussen opvattingen en gedragingen met persoonskenmerken van de totale onderzoeksgroep (n = 149)

	Sekse (2)	Leeftijd (20)	Werkerva- ring (13)	Eigen sek- sualiteit (15)	Belang (13)	Gemak (21)	Behandeling (20)	Overleg (15)
Sekse								
Leeftijd	.295**							
Werkervaring	.161	.893**						
Eigen seksualiteit	.159	.236**	.241**					
Belang	.060	.212**	.153	.254**				
Gemak	.130	.216**	.172*	.366**	.528**			
Behandeling	.109	.256**	.187*	.366**	.576**	.642**		
Overleg	.150	.205*	.194*	.173*	.324**	.324**	.553*	
Effect								
Seksleven	.116	.140	.126	.213**	.148	.082	.215**	.229**
Intieme relaties	.017	.031	.037	.017	.099	.140	.109	.053
Welbevinden	.020	.021	.057	.089	.021	.090	.078	-.081
Coping	-.014	-.033	-.086	-.024	.248**	.192*	.271**	.202*
Recidiverisico	.134	.168*	.110	.130	.358**	.256**	.355**	.332**
Bespreken								
Patiënt begint zelf	-.150	-.195*	-.137	-.157	-.164*	-.137	-.143	.026
Aanmeldklacht sgg	-.021	-.115	-.068	.058	.022	.108	.079	.175*
Voorgeschiedenis	-.038	.030	.098	-.023	-.072	.043	.099	.132
Vast onderdeel	.118	.297**	.237**	.239**	.284**	.254**	.327**	.089
Drempels								
Tijdgebrek	-.082	-.105	-.074	-.008	-.028	-.028	-.032	-.052
Sekseverschil	.023	.003	.008	.064	-.119	-.309**	-.136	-.019
Leeftijdsverschil	-.056	-.245**	-.162	.049	.027	-.133	-.063	-.009
Schaamte	-.009	-.096	-.100	-.190*	-.071	-.366**	-.184*	-.055
Ongemak patiënt	.009	-.184*	-.183*	-.183*	-.059	-.124	-.020	.073
Gevoel incompetentie	-.071	-.118	-.089	-.236**	-.067	-.327**	-.183*	-.166*
Erotische gevoelens patiënt	-.177*	-.219**	-.188*	-.221**	-.048	-.247**	.196*	-.138
Erotische gevoelens zelf	-.025	.003	-.011	-.171*	-.049	-.304**	-.174*	-.107
Te intiem onderwerp	.087	.052	.048	-.112	-.115	-.217**	-.111	.070
Onprofessioneel	-.040	-.202*	-.199*	-.124	-.187*	-.061	-.130	-.142
Onzekerheid eigen seksualiteit	.111	.144	.086	-.037	-.029	-.015	.073	-.051
Irrelevant	.072	-.077	-.126	-.032	-.225**	.024	-.142	-.059
Vaardig								
Bespreken	.127	.135	.167*	.259**	.108	.382**	.402**	.291**
Herkennen	.061	.181*	.210*	.108	.135	.273**	.247**	.189*
Diagnosticeren	.039	.304**	.394**	.123	.090	.219**	.289**	.288**
Behandelen	.119	.384**	.402**	.239**	.225**	.318**	.349**	-.162*
Bijscholingsbehoefte								
Patiëntinformatie	-.003	-.209*	-.163	-.144	-.081	-.205*	-.242**	-.081
Sgg	.091	-.002	-.031	.012	-.029	.036	-.069	.012
Seksuologie	-.028	-.169*	-.110	.006	.064	-.010	-.002	-.159
Partnerrelatie	-.111	-.228**	-.165	-.108	.196*	-.029	.099	.068
Varianten	.039	-.060	-.114	.011	.088	.158	.055	.083
Eigen weerstand	.032	-.021	-.038	-.152	-.115	-.304**	-.205*	-.028

* p ≤ 0.01, ** p ≤ 0.05

Omdat de groepen wat betreft opvattingen en gedragingen sterk overeenkwamen, werden de vervolganalyses gedaan over de totale groep. De meeste significante correlaties tussen de opvattingen en gedragingen enerzijds en kenmerken anderzijds waren verwaarloosbaar klein, zie tabel 3. Kenmerken van een behandelaar, zoals sekse, leeftijd en werkervaring, hingen niet significant samen met het bespreken van seksualiteit. Met betrekking tot andere opvattingen en gedragingen waren er enkele significante samenhangen van mediumgrootte. Hoe belangrijker behandelaars het bespreken van het onderwerp seksualiteit vonden, des te meer veronderstelden zij een recidive-risicoverlagende invloed ervan en kwam het terug in hun behandelgesprekken en intercollegiaal overleg. Behandelaars die zich meer op hun gemak voelden bij het onderwerp, rapporteerden in mindere mate last te hebben van de drempels sekseverschil, schaamte, gevoel van incompetentie en angst voor eigen erotische gevoelens. Ook voelden zij zich vaardiger om seksuele problematiek te bespreken en behandelen. Behandelaars die ouder waren en meer werkervaring hadden, voelden zich vaardiger in het diagnosticeren en behandelen van seksuele problematiek. Sekse leverde geen opmerkelijke samenhangen op. De onderzochte kenmerken vertoonden onderling veel significante samenhang. De correlatie tussen leeftijd en werkervaring was het sterkst. Maar ook de waarde die het bespreken van seksualiteit toegekend werd, het gemak waarmee men erover praat en de frequentie van het bespreken in de behandeling en overleg met collega's hingen gemiddeld tot sterk samen. Het besproken hebben van de eigen seksualiteit correleerde gemiddeld met gemak in het praten over seksualiteit en het onderwerp regelmatig terug laten keren in de behandeling.

Discussie

In dit onderzoek werd een eerste verkenning gedaan naar het bespreken van seksualiteit met patiënten door behandelaars in een ambulante forensische zorgcontext. Uit de resultaten bleek dat de twee groepen behandelaars ZSGG en ZOV vooral verschilden in kenmerken en vrijwel niet in opvattingen en gedragingen. Sekse bleek, als in eerder onderzoek (Haboubi & Lincoln, 2003), niet noemenswaardig geassocieerd met het bespreken van seksualiteit. Leeftijd in kleine mate wel; hoe ouder een behandelaar, des te minder last werd ervaren van leeftijdsverschil met patiënt, angst voor erotische gevoelens van de patiënt en gevoelens van onprofessionaliteit.

Verwacht werd dat de ZSGG-groep, door meer ervaring met het bespreken van seksualiteit met patiënten, dit met meer gemak zou doen. ZSGG-behandelaars rapporteerden inderdaad een hogere mate van gemak. Maar hoewel het gevoel van vaardigheid significant correleerde met gemak, verschilden de groepen niet significant op vlak van vaardigheid. Inherent aan hun patiëntenpopulatie was het onderwerp seksualiteit bij

ZSGG-behandelaars vaker een vast onderdeel in de behandeling en kwam het regelmatig terug in patiënt gesprekken en intercollegiaal overleg. Behandelaars die vaker seksualiteit bespreken voelden zich dus al met al niet per se vaardiger maar wel meer op hun gemak. Dit komt overeen met onderzoek waarin zorgverleners aangeven zich niet ongemakkelijk te voelen bij het onderwerp (Haboubi & Lincoln, 2003; Saunamäki, Andersson, & Engström, 2010). Dat ongemak van de patiënt vaak als drempel werd genoemd, geeft de indruk dat mogelijke belemmering vooral vanuit hen komt. Er zijn echter genoeg aanwijzingen dat dit genuanceerder is en hulpverleners eveneens hindernissen ervaren door gêne (Van Lunsen, 2014). Dat bijna een kwart van de behandelaars in dit onderzoek aangaven last te hebben van schaamte, is ook niet verwaarloosbaar te noemen. Wellicht is het veronderstelde ongemak van de patiënt een uiting van de eerdergenoemde aannames van zorgverleners over dat mensen met bepaalde kenmerken minder of geen behoefte hebben aan het bespreken van seksualiteit (Hordern & Street, 2007). De meer praktische drempel tijdgebrek werd door de behandelaars in dit onderzoek opvallend weinig genoemd. In het onderzoek van Voermans en collega's (2012) kwam tijdgebrek ook niet naar voren als een onafhankelijke factor die samenhang met de hoeveelheid aandacht die zorgverleners hebben voor seksualiteit. Hoewel deze resultaten niet generaliseerbaar zijn naar de gehele zorg, is het een goed teken dat een doorgaans vaak genoemde belemmering hier geen wezenlijke rol leek te spelen.

Praktische implicaties

Hoewel uit de resultaten niet afgeleid kan worden of frequentie zorgt voor meer gemak of dat gemak leidt tot een hogere frequentie, zou de positieve samenhang kunnen pleiten voor het opnemen van het onderwerp seksualiteit als vast onderdeel in de behandeling. Bijvoorbeeld door vragen over seksueel functioneren op te nemen in een intakeprocedure. Het lijkt in ieder geval makkelijker om de frequentie te verhogen dan om gemak te "kweken". Bovendien zou daarmee de discrepantie tussen hoe belangrijk men het onderwerp vindt en hoe frequent het ter sprake wordt gebracht, verkleind kunnen worden (Hees et al., 2017; Voermans, Van Peen, & Hengeveld, 2012). Om de dialoog te openen kunnen, bijvoorbeeld, proactief screenende vragen over seksueel functioneren zoals samenhang tussen aanmeldklacht en seksleven, negatieve seksuele ervaringen en eventuele problemen helpen (Van Lunsen, 2014). Hierbij is het van belang dat de hulpverlener een veilig klimaat schept, goed luistert en duidelijke taal gebruikt in afstemming met de patiënt. Daarbij valt bijvoorbeeld te denken aan de P (van *Permission*) van het PLISSIT-model (Annon, 1976); het niet-veroordelend bespreekbaar maken van het onderwerp door de hulpverlener met de boodschap: "Met mij kun je overal over praten". Dit kan een uitdaging zijn wanneer patiënten

antisociaal of grensoverschrijdend gedrag vertonen, zoals vaker voorkomt in de forensische ggz dan in de reguliere ggz. Aandacht voor hun eigen grenzen en gebruik maken van intervisie kan behandelaars hierbij helpen.

Omdat de mate waarin men in de opleiding over eigen seksualiteit gesproken heeft, correleerde met gemak om over seks te praten, zou een structureel opleidingsonderdeel hierover zorgprofessionals wellicht beter beslagen ten ijs kunnen laten komen. Hierbij is echter fijngevoeligheid geboden, omdat het bespreken van de eigen seksualiteit persoonlijker is dan het bespreken van seksualiteit in het algemeen en mogelijk een andere lading heeft. Aandacht voor eventuele trauma's en zorgbehoefte van opleidingsdeelnemers en adequate omgang daarmee is essentieel. Dit is ook geen overbodige luxe wanneer scholing niet specifiek ingaat op de eigen ervaring. De (bij)scholingsbehoefte van behandelaars komt duidelijk naar voren uit de resultaten van dit onderzoek. Door het organiseren of laten volgen van seksuologische psychoeducatie in de vorm van workshops of cursussen kunnen zorginstellingen hun medewerkers beter uitrusten om patiënten doeltreffende(re) hulpverlening te geven. Een korte verdieping in het onderwerp kan al verschil maken. Miller en Byers (2012) indiceren dat beknopte seksuele educatie het vertrouwen van psychologen kan verhogen om accuraat advies te geven en te behandelen op het gebied van seksualiteit. Door klinici bijvoorbeeld kennis te laten nemen van uiteenlopende seksuele opvattingen, hun eigen seksuele attitudes te laten onderzoeken en rollenspellen over ongemakkelijke onderwerpen te laten doen. Hordern en Street (2007) benadrukken het belang van dit soort (zelf)reflectie, het kritisch beschouwen van traditionele regels en dagelijkse aannames. Zij adviseren om een explorerende dialoog met patiënten aan te gaan en deze daarmee de kans te geven om meer informatie en ondersteuning te krijgen.

Naast het faciliteren van scholing, kunnen organisaties hun medewerkers ook ondersteunen door wat Bijzitter en collega's (2009) eerder adviseerden: het opnemen van een visie op seksualiteit in kwaliteitsbeleid. Op hun beurt zouden organisaties daarbij geholpen zijn wanneer zij kunnen terugvallen op nationaal beleid. Sinds Tiwana en collega's (2016) constateerden dat het hieraan schort, is het helaas nog steeds wachten daarop. Er is weliswaar een handreiking van GGZ Nederland voor het opstellen van een seksualiteits- en veiligheidsbeleid binnen ggz-instellingen (2015), maar deze is gericht op bescherming van patiënten voor seksuele intimidatie en seksueel misbruik in de ggz, niet op verbeteren van hun seksuele gezondheid.

Beperkingen en suggesties voor vervolgonderzoek

De selectiebias die Voermans, Van Peen en Hengeveld (2012) in hun onderzoek aanvoeren, is ook aan de orde in dit onderzoek. Het is plausibel dat vooral be-

handelaars die interesse hebben voor het onderwerp seksualiteit de enquête hebben ingevuld, waardoor de uitkomsten onvoldoende representatief zijn. Dat het responspercentage in de ZSGG-groep veel hoger was dan in de ZOV-groep is daar ook een indicatie van. Dit zou kunnen impliceren dat het belang dat aan het onderwerp seksualiteit wordt gehecht in werkelijkheid lager is. Dat zou echter de aanbeveling voor meer aandacht voor het onderwerp alleen maar versterken.

Een ander voorbehoud van deze studie zijn tekortkomingen in de enquêtevragen. De vraag over ervaring met het bespreken van de eigen seksualiteit in de opleiding, zou bijvoorbeeld aangevuld kunnen worden met een vraag naar ervaring met het praten over seksualiteit in het algemeen. Dit zou meer inzicht kunnen bieden of de toevoeging van zo'n persoonlijk aspect meerwaarde heeft. Ook was het nuttig geweest om te vragen hoeveel procent van de tijd behandelaars daadwerkelijk besteden aan het praten over seksualiteit. Opvattingen zijn immers niet per se consistent met gedrag (Haddock & Maio, 2004). Daarnaast zou inventarisatie bij andere ambulante en residentiële instellingen een uitgebreider beeld van de forensische ggz geven. Ook zou verspreiding van dezelfde vragen en vragen naar zorgbehoefte aan patiënten kunnen verhelderen hoe behandelaar- en patiëntperspectief zich tot elkaar verhouden en of er daadwerkelijk sprake is van ongemak bij patiënten. Ten slotte is onderzoek nodig om uit te zoeken of het adresseren van seks effectief impact heeft op recidive(risico) en daarmee relevant is als primair behandeldoel van de forensische ggz. De evidentie voor belang voor het secundaire behandeldoel (primair in de reguliere ggz), verbeteren van het algehele welzijn zoals speerpunt in het GLM, lijkt echter al ruimschoots voldoende om er (meer) aandacht aan te besteden (Mallion, Wood, & Mallion, 2020).

Conclusie

Het belang van het bespreken van seksualiteit in de (g)gz is wetenschappelijk onderbouwd en wordt erkend en onderschreven door zorgprofessionals. De daadwerkelijke implementatie in de behandelpraktijk wordt echter beperkt door onder andere aannames over de patiënt en onzekerheid over de eigen vaardigheden van de zorgverlener. In de forensische ggz lijkt het onderwerp nog minder belicht. Ook in onderhavig onderzoek blijkt het bespreken van seksualiteit eerder niet dan wel een vast onderdeel in de behandeling. Dit is spijtig omdat het nuttige informatie voor behandel-doelen en -inhoud kan opleveren, zowel in verband met risico's als welzijn.

Als seks en seksuele gezondheid structureel onderwerp zijn van gesprek in de behandelkamer als normale onderdelen van het leven, kan dit ten gunste komen aan de behandeling en stelt het misschien zowel patiënt als behandelaar meer op hun gemak. Onder het motto 'niet geschoten is altijd mis' is het niet informeren naar een belangrijk onderdeel van het leven een

gemiste kans en verdient het onderwerp seksualiteit een vaste plek in de intake. Dit hoeft niet veel (extra) tijd te kosten, met enkele simpele vragen kan nagegaan worden of het onderwerp relevant is voor de patiënt en verdere verkenning behoeft.

Literatuur

- Annon, J. (1976). The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioural Treatment of Sexual Problems. *Journal of Sex Education and Therapy*, 2(1), 1-15.
- Benoot, C., Enzlin, P., Peremans, L., & Bilsen, J. (2018). Addressing Sexual Issues in Palliative Care: A Qualitative Study on Nurses' Attitudes, Roles and Experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), 1583-94.
- Bijzitter, G., Drunen, P. van, Geerts, E., & Beusekom, I. van (2009). Tussen passie en taboe. Is de psychiatrie aan seks toe? *Sociale Psychiatrie*, 90, 23-32.
- Borms, R., & Vermeire, K. (2020). Spreken is goud: Seksuele gezondheid bespreekbaar maken met de Onder 4 Ogen methode. Ontwikkeling en implementatie bij huisartsen in Vlaanderen. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 44(3), 155-161.
- Brown, S.D., Reavey, P., Kanyeredzi, A., & Batty, R. (2014). Transformations of Self and Sexuality: Psychologically Modified Experiences in the Context of Forensic Mental Health. *Health*, 18(3) 240-260.
- Byers, E.S. (2011). Beyond the Birds and the Bees and Was It Good for You? Thirty Years of Research on Sexual Communication. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 52(1), 20-28.
- Bonta, J.L., & Andrews, D.A. (2016). The psychology of criminal conduct (6th ed.). New York, NY: Routledge.
- Brody, S. (2010). The Relative Health Benefits of Different Sexual Activities. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(4/1), 1336-1361.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Routledge.
- Dein, K.E., Williams, P.S., Volkonskaia, I., Kanyeredzi, A., Reavey, P., & Leavey, G. (2016). Examining Professionals' Perspectives on Sexuality for Service Users of a Forensic Psychiatry Unit. *International Journal of Law and Psychiatry*, 44, 15-23.
- Di Lorito, C., Tore, M., Wernli Kaufmann, R.A., Needham, I., & Völlm, B. (2020) Staff views around sexual expression in forensic psychiatric settings: a comparison study between United Kingdom and German-speaking countries. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 31(2), 222-240.
- Diamond, L.M., & Huebner, D.M. (2012). Is Good Sex Good for You? Rethinking Sexuality and Health: Is Good Sex Good for You? *Social and Personality Psychology Compass*, 6(1), 54-69
- GGZ Nederland (2015). Handleiding voor het opstellen van een seksualiteits- en veiligheidsbeleid binnen ggz-instellingen. https://www.denederlandseggz.nl/getmedia/d4411953-50ca-47bf-9412-f1b3015a2fd5/ggznl_handleiding-voor-het-opstellen-van-een-seksualiteits-en-veiligheidsbeleid-binnen-ggz-instellingen.pdf?ext=.pdf
- Haboubi, N.H.J., & Lincoln, N. (2003). Views of Health Professionals on Discussing Sexual Issues with Patients. *Disability & Rehabilitation*, 25(6), 291-296.
- Haddock, G., & Maio, G.R. (Eds.). (2004). *Contemporary perspectives on the psychology of attitudes*. New York: Psychology Press.
- Hees, P. J.M. van, Plas, A.A. van der, Ek, G.F. van, Putter, H., Den Oudsten, B.L., Ouden, M.E.M. den, & Elzevier, H.W. (2017). Discussing Sexuality with Patients with Parkinson's Disease: A Survey among Dutch Neurologists. *Journal of Neural Transmission*, 124(3), 361-68.
- Hooghe, M. (2012). Is Sexual Well-Being Part of Subjective Well-Being? An Empirical Analysis of Belgian (Flemish) Survey Data Using an Extended Well-Being Scale. *The Journal of Sex Research*, 49(2-3), 264-73.
- Hordern, A.J., Grainger, M., Hegarty, S., Jefford, M., White, V., & Sutherland, G. (2009). Discussing Sexuality in the Clinical Setting: The Impact of a Brief Training Program for Oncology Health Professionals to Enhance Communication about Sexuality. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*, 5(4), 270-277.
- Hordern, A.J., & Street, A.F. (2007). Let's Talk about Sex: Risky Business for Cancer and Palliative Care Clinicians. *Contemporary Nurse*, 27(1), 49-60.
- Kedde, H. (2012). Seksuele Disfuncties in Nederland; Prevalentie en Samenhangende Factoren. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36(2), 98-108.
- Lindau, S., & Gavrilova, N. (2010). Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: Evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. *BMJ*, 340, c810.
- Mallion, J.S., Wood, J.L., & Mallion, A. (2020). Systematic review of 'Good Lives' assumptions and interventions. *Aggression and Violent Behavior*, 55, 101510.
- Miller, S.A., & Byers, E.S. (2012). Practicing Psychologists' Sexual Intervention Self-Efficacy. *Archives of Sexual Behavior*, 41(4), 1041-50.
- Quinn, C., & Happell, B. (2015). Sex on show. Issues of privacy and dignity in a Forensic mental health hospital: Nurse and patient views. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 2268-2276.
- Rosen, R.C., (2000). Prevalence and Risk Factors of Sexual Dysfunction in Men and Women. *Current Psychiatry Reports*, 2(3), 189-195.
- Saunamäki, N., Andersson, M., & Engström, M. (2010). Discussing Sexuality with Patients: Nurses' Attitudes and Beliefs: Discussing Sexuality with Patients. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), 1308-16.
- Simons, J.S., & Carey, M.P. (2001). Prevalence of Sexual Dysfunctions: Results from a Decade of Research. *Archives of Sexual Behavior*, 30(2), 177-219.
- Stempleman, L.M. (2016). Physician-Patient Communication About Sexual Functioning in Patients with Multiple Sclerosis. *Sexuality and Disability*, 34(3), 239-254.
- Tiwana, R., McDonald, S., & Völlm, B. (2016). Policies on Sexual Expression in Forensic Psychiatric Settings in Different European Countries. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(1), 1-11.
- Van Lunsen, R. (2014). Praten over seks In: Leusink P, Ramakers M (red) Handboek seksuele gezondheidszorg. Probleemgeoriënteerd denken en handelen. Koninklijke Van Gorcum BV. Assen.
- Verrastro, V., Saladino, V., Petrucci, F., & Eleuteri, S. (2020). Medical and Health Care Professionals' Sexuality Education: State of the Art and Recommendations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2186.
- Voermans, J.M., Peen, H.L. van, & Hengeveld, M.W. (2012). Het bespreken van seksuele problemen door psychiaters en aiossen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 9-16.
- Ward, T. (2002). Good lives and the rehabilitation of offenders: Promises and problems. *Aggression and Violent Behavior*, 7(5), 513-528.
- Wylie, K.R., Steward, D., Seivewright, N., Smith, D., & Walters, S. (2002). Prevalence of Sexual Dysfunction in Three Psychiatric Outpatient Settings: A Drug Misuse Service, an Alcohol Misuse Service and a General Adult Psychiatry Clinic. *Sexual and Relationship Therapy*, 17(2), 149-160.

Summary

Sex and sexual health as topics in an outpatient forensic psychiatric treatment setting

Despite many indications for the positive connection between sexual health and quality of life, proactive addressing of sexual functioning appears to be rare in (mental) health care. This study aimed to determine whether this is also the case for the specific setting of Dutch outpatient forensic mental health care. In the present study, therapists from a forensic psychiatric outpatient clinic (N = 149) were asked, amongst

other things, how important they consider the topic of sexuality, to what extent they feel comfortable discussing sexuality and whether it is a regularly recurring topic in their treatment and peer consultation. Two groups of practitioners were compared: those treating people who committed sexual offenses (ZSGG) versus those treating people who committed other types of offenses (ZOV). ZSGG practitioners scored the importance of their ease with and the frequency in treatment and peer consultation of addressing sex higher than the ZOV practitioners. Only 26.8% of the total sample discussed sexuality as a standard part of treatment. The most frequently cited threshold was patient discomfort (57%). Practitioners indicated a need for additional training concerning general sexological knowledge. Feeling comfortable with discussing sexuality was positively associated with age, work experience and a sense of ability. The results support the idea that little attention is paid to the topic of sexual health and indicate the importance of strengthening the skills of practitioners in outpatient forensic mental health care.

Keywords: forensic mental health care, communication, sexuality, patient, therapist

Trefwoorden: forensische ggz, communicatie, seksualiteit, patiënt, therapeut