|  |
| --- |
| front.png |
| Onderzoeksrapport |
| Seksualiteit binnen de ergotherapie: een visie vanuit docenten en studenten aan de Hogeschool Arnhem en Nijmegen |
|  |
|  |
| Opdrachtgever : M. Kaijen (opleiding ergotherapie Hogeschool Arnhem en Nijmegen)  Docentbegeleider : R. Mulders/T. Satink |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
| Naam junior-onderzoekers | | Studentnummer | Opleiding | Klas |
| Dian van Helfteren | | 507333 | Ergotherapie | GGM-IPS-VG03T |
| Ruby Tholen | | 519050 | Ergotherapie | GGM-IPS-VG03T |
| Tara Briels | | 530481 | Ergotherapie | GGM-IPS-VG03T |
| John Leppers | | 541871 | Ergotherapie | GGM-IPS-VG03T |

Datum: 26 juni 2017

Beeld omslag: schilderij getiteld “intiem” (van Silfhout, 2016)

© POSE 1617 (2017)Niets uit dit rapport mag worden verveelvoudigd, opgeslagen of openbaar gemaakt worden zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteurs.

# Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksrapport van het praktijkgerichte onderzoek ‘Seksualiteit binnen de ergotherapie: een visie vanuit docenten en studenten’. Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Marleen Kaijen binnen de opleiding ergotherapie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, te Nijmegen. Het praktijkgerichte onderzoek heeft plaatsgevonden in de periode van september 2016 t/m juni 2017~~.~~ Dit adviesrapport is met de hulp van een aantal mensen tot stand gekomen. Zonder hun bijdrage was het niet gelukt.

Allereerst willen we onze opdrachtgever Marleen Kaijen bedanken voor het vertrouwen in ons als junior onderzoekers. Ook willen we haar bedanken voor de tijd die ze heeft vrijgemaakt om ons te ondersteunen in het proces. We hebben de kans gekregen om ons op een professionele manier te ontwikkelen tijdens het praktijkgerichte onderzoek en ze heeft ons de ruimte geboden om dit op verschillende manieren te kunnen doen.

Daarnaast willen we onze senior onderzoekers Renée Mulders en Ton Satink bedanken. Ze waren erg betrokken bij het onderzoek. Ze hebben op verschillende manieren sturing gegeven aan het dynamische groepsproces. We willen hen tevens bedanken voor hun verbredende blik op de diverse onderzoeksmethoden.

Graag willen wij ook alle docenten en studenten, die aan dit onderzoek tijdens de focusgroep hebben deelgenomen, bedanken voor hun inzet en voor het delen van hun visies en hun motivatie hierbij.

Tot slot willen we iedereen bedanken die, in welke vorm dan ook, een bijdrage heeft geleverd aan de totstandkoming van dit project.

Tara Briels  
Dian van Helfteren  
John Leppers  
Ruby Tholen

Nijmegen, juni 2017

# Samenvatting

Introductie:

Seksualiteit zou gerelateerd zijn aan het betekenisvol handelen in het dagelijks leven en daarmee een onderwerp zijn voor de ergotherapie. Toch is seksualiteit momenteel geen onderwerp binnen het curriculum van de opleiding ergotherapie aan de Hogeschool Arnhem en Nijmegen. Dat heeft geleid tot de volgende vraagstelling:

Vraagstelling:

Wat is de visie van docenten en studenten van de opleiding ergotherapie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen ten aanzien van het onderwerp seksualiteit in relatie tot het professionele bereik van de ergotherapie en het curriculum van de opleiding?

Methode:

De onderzoeksmethode is kwalitatief. Er zijn drie focusgroepen uitgevoerd aan de hand van een semigestructureerde interviewguide. Er zijn tweeëntwintig deelnemers benaderd van de opleiding ergotherapie en uiteindelijk hebben veertien deelnemers deelgenomen aan de focusgroep-interviews (tien studenten en vier docenten). De verkregen data uit de focusgroepen is getranscribeerd en geanalyseerd door middel van coderen, categoriseren en thematiseren.

Resultaten:

De resultaten zijn onderverdeeld in vijf thema’s. De thema’s zijn als volgt: ‘Seksualiteit is gerelateerd aan betekenisvol handelen’, ‘Een ergotherapeut zou seksualiteit bespreekbaar moeten maken’, ‘Verdeeldheid tussen docenten en studenten over de mate van expertise en de professionele grenzen’, ‘Taboe voor zowel cliënt als therapeut’ en ‘Aandacht voor seksualiteit in het onderwijs’.

Discussie:

Opvallend is het verschil in de visie van docenten en studenten met betrekking tot het hebben van de benodigde kennis en vaardigheden om het onderwerp seksualiteit te integreren binnen de behandeling. Docenten gaven aan dat zij ergotherapeuten opleiden die in staat moeten zijn om kennis te vergaren op het moment dat zij een hulpvraag op het gebied van seksualiteit krijgen. Studenten gaven daarentegen aan niet te weten wat zij als ergotherapeut zouden kunnen betekenen. In plaats van op het moment kennis te vergaren, zouden zij al snel doorverwijzen naar een seksuoloog. Er kan verondersteld worden dat er een zekere rol ligt voor de opleiding om haar studenten de benodigde kennis, vaardigheden en attitude te laten verwerven ten aanzien van het onderwerp seksualiteit in relatie tot de toekomstige beroepsuitoefening.

Twee focusgroepen bestonden uit vier deelnemers in plaats van de gewenste zes. Door het enthousiasme van de deelnemers was er echter voldoende communicatie over en weer en een voordeel van de kleine focusgroep was dat er meer ruimte was voor individuele inbreng. De invloed van afmeldingen en ‘no show’ op het onderzoek is daardoor beperkt gebleven. Wellicht waren individuele interviews nog van meerwaarde geweest om een gedetailleerd en grondig inzicht te krijgen in de persoonlijke visies.

Conclusie:

Docenten en studenten van de opleiding deelden de visie dat ergotherapeuten expert zijn in het betekenisvol handelen en dat seksualiteit gerelateerd is aan het betekenisvol handelen in het dagelijks leven. Daarmee is er een directe link met het professionele bereik van de ergotherapie. De visie is dat het onderwerp seksualiteit door een ergotherapeut ter sprake moet worden gebracht. Er heerst een taboe op het onderwerp seksualiteit. Dit taboe geldt voor zowel cliënt als therapeut. Docenten en studenten van de opleiding deelden de visie dat het onderwerp seksualiteit geïntegreerd zou mogen worden binnen het curriculum van de opleiding.

Aanbevelingen:

Om het onderwerp seksualiteit binnen het curriculum van de opleiding te integreren wordt aanbevolen om dit onderwerp te belichten door middel van casuïstiek en praktijkvoorbeelden. Aanbeveling is ook om het onderwerp seksualiteit mee te nemen in de lessen over gebieden waar de ergotherapeut op kan inspelen. Daarnaast wordt introductie van het PLISSIT model aanbevolen als houvast voor het verwerven van de benodigde kennis, vaardigheden en attitude ten aanzien van het onderwerp seksualiteit.

Aanbeveling voor vervolgonderzoek is het onderzoeken van de mate van draagvlak onder docenten en studenten om handvatten aan te reiken, en om kennis, vaardigheden en attitude te verwerven ten aanzien van het onderwerp seksualiteit. Een andere aanbeveling is om de professionele grenzen van de ergotherapie te onderzoeken in relatie tot het onderwerp seksualiteit. Tot slot zou een onderzoek onder cliënten nog waardevol kunnen zijn om ook inzicht te krijgen in de visie van de cliënt.

1. **Inhoud**

*Inhoud*

[**Voorwoord** 3](#_Toc485731332)

[**Samenvatting** 4](#_Toc485731333)

[0. **Inhoud** 6](#_Toc485731334)

[1. **Inleiding** 7](#_Toc485731335)

[**2.**  **Aanleiding onderwerp praktijkgericht onderzoek** 7](#_Toc485731336)

[**3.** **Theoretisch kader** 9](#_Toc485731337)

[3.1. Probleemstelling 11](#_Toc485731338)

[3.2. Doelstelling 11](#_Toc485731339)

[3.3. Vraagstelling 11](#_Toc485731340)

[*3.3.1. Hoofdvraagstelling* 11](#_Toc485731341)

[*3.3.2. Deelvragen* 11](#_Toc485731342)

[*3.3.3. Operationalisering begrippen* 11](#_Toc485731343)

[**4. Methode** 13](#_Toc485731344)

[4.1. Onderzoeksdesign 13](#_Toc485731345)

[4.2. Deelnemers 13](#_Toc485731346)

[4.3. Gegevens verzamelen 15](#_Toc485731347)

[4.4. Data-analyse 16](#_Toc485731348)

[*4.4.1. Validiteit en betrouwbaarheid van de focusgroepen*. 16](#_Toc485731349)

[*4.4.2. Ethische afwegingen* 17](#_Toc485731350)

[**5. Resultaten** 19](#_Toc485731351)

[**6. Discussie** 25](#_Toc485731352)

[6.1. Discussie resultaten 25](#_Toc485731353)

[6.2. Discussie methode en uitvoering van het onderzoek 26](#_Toc485731354)

[6.3. Conclusie 27](#_Toc485731355)

[6.4. Aanbevelingen 27](#_Toc485731356)

[**7. Literatuurlijst** 29](#_Toc485731357)

[**8. Bijlagen** 32](#_Toc485731358)

[Bijlage 1 Informatiebrief deelnemers focusgroep docenten 33](#_Toc485731359)

[Bijlage 2 Informatiebrief deelnemers focusgroep studenten 34](#_Toc485731360)

[Bijlage 3 Informed consent 35](#_Toc485731361)

[Bijlage 4 Interviewguide 36](#_Toc485731362)

[Bijlage 5 Gedragscode 38](#_Toc485731363)

[Bijlage 6 Plissit model 39](#_Toc485731364)

1. **Inleiding**

In de ergotherapeutische praktijk is seksualiteit een onderbelicht onderwerp. Dat heeft er toe geleid dat de aspirant onderzoekers naar hun opleiding zijn gegaan en daar de vraag hebben neergelegd waarom dit onderwerp niet in het onderwijs aan bod komt. Dat de vraag aan de opleiding gesteld is heeft onder andere te maken met twee passages in het HAN instellingsplan: “Onze missie is het kwalificeren, socialiseren en vormen van studenten voor hun toekomstige beroepspraktijk en burgerschap en het leveren van innovaties in een dynamische, globaliserende en complexe samenleving. Wij leiden op tot zelfbewuste mensen, die in hun kracht staan, over grenzen heen kijken en geëquipeerd zijn de beroepspraktijk te innoveren” (HAN instellingsplan blz. 15) en “Onze medewerkers en studenten moeten ontwikkelingen en vraagstukken in de beroepspraktijk kunnen signaleren, uitdiepen, interpreteren en kunnen doorvertalen naar het onderwijs en onderzoek. Daarom vindt curriculumontwikkeling (dat betekent dus ook praktijkgericht onderzoek[[1]](#footnote-1)) altijd plaats in de driehoek beroepspraktijk - onderwijs – onderzoek en werken we in het onderwijs en onderzoek aan concrete onderwerpen en vraagstukken uit de samenleving en de beroepspraktijk waar studenten affiniteit mee hebben. Dat versterkt hun kennis en competenties (HAN instellingsplan blz. 19).

# 2. Aanleiding onderwerp praktijkgericht onderzoek

De aanleiding voor het onderwerp van dit praktijkgerichte onderzoek ligt in de praktijkervaringen die de junioronderzoekers hebben opgedaan tijdens hun eerste periode van werkplekleren. Gedurende deze periode zijn zij in de beroepspraktijk in contact gekomen met cliënten die hulpvragen hadden op het gebied van seksualiteit (zie kader). De ervaring van de onderzoeksgroep is dat dit onderwerp niet als punt van aandacht voor de ergotherapeut werd gezien, ondanks de praktische aard van bepaalde hulpvragen.

|  |
| --- |
| *“de verzorging heeft de afstandsbediening van me afgepakt, zodat ik niet tot diep in de nacht naar erotische zenders kijk. Ze zeggen dat ik energie nodig heb voor de behandelingen, maar deze activiteit had wel betekenis voor mij”* (cliënt revalidatiecentrum)  *“Ben je 23 jaar en afgestudeerd ergotherapeut, vraagt iemand bij de intake of ik haar kan adviseren over bepaalde standjes. Sta ik daar met de mond vol tanden. Wat moet ik doen? Wat moet ik zeggen?” (*nu revalidatie arts, daarvoor ergotherapeut)  *“Na mijn CVA ben ik in een hoog-laag bed geplaatst, maar ik wil samen met mijn man in één bed liggen”* (cliënt revalidatiecentrum) |

Deze afzonderlijke ervaringen hebben vragen doen oproepen. Passen hulpvragen op het gebied van seksualiteit binnen het professionele bereik van de ergotherapie en moeten toekomstige ergotherapeuten hierop worden voorbereid?

Dit vraagstuk is aan een hoofddocent van de opleiding ergotherapie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen voorgelegd. Ook Marleen Kaijen, hoofddocent, was benieuwd wat seksualiteit voor het beroep ergotherapie en daardoor ook indirect voor de opleiding ergotherapie zou kunnen betekenen. Zij heeft zich daarom aangemeld als opdrachtgever. In gezamenlijk overleg tussen de onderzoekers en de opdrachtgever is daaruit een voorlopige vraagstelling geformuleerd. “Is seksualiteit een onderwerp dat in overweging moet worden genomen bij de invulling van het curriculum binnen de opleiding ergotherapie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen?”

In de volgende hoofdstukken wordt het onderzoek verder beschreven en uitgewerkt. Te beginnen met het theoretisch kader, waarbinnen het onderzoek is uitgevoerd (hoofdstuk 3), via de gehanteerde methode van het onderzoek (hoofdstuk 4) naar de resultaten van het onderzoek (hoofdstuk 5). Tot slot is er een hoofdstuk gewijd aan de discussie op basis van de onderzoeksvraag en de verkregen resultaten (hoofdstuk 6).

1. **Theoretisch kader**

Seksualiteit binnen de gezondheidszorg

Hoe wezenlijk seksualiteit ook is voor het voortbestaan van de mensheid en onze persoonlijke kwaliteit van leven: seks speelt zich grotendeels af in het verborgene, het privédomein en is een onderwerp waar velen niet makkelijk over praten (Bijzitter, Drunen, Geerts & Beusekom, 2009). Seksuele problemen worden daarnaast bedekt door een laag van schaamte en bezorgdheid voor negatieve beoordeling. Dat geldt in nog sterkere mate voor seks bij mensen met een beperking (Gianotten & Meihuizen-de-Regt, 2008).

Binnen de gezondheidszorg voor ouderen en mensen met een beperking is aandacht voor seksualiteit nog niet altijd vanzelfsprekend. In 2016 wordt door Tweede Kamerlid Vera Bergkamp (D66) geconcludeerd dat er te weinig of zelfs geen aandacht is voor seksualiteit in de zorg. Dit terwijl ouderen en mensen met een beperking dezelfde seksuele rechten hebben als iedereen, waaronder het recht op het nastreven van een bevredigend, veilig en plezierig seksleven (WHO, 2010). Voor mensen met een beperking betekent dit dat zij recht hebben op hulp bij het creëren van een bevrediging, veilig en plezierig seksleven.

Aandacht voor seksualiteit door zorgprofessionals

Het bespreken van seksualiteit wordt in beperkte mate gedaan door zorgprofessionals (Groot, Tuijnman-Raasveld & Visser-Meily, 2011; Nap, Lukien & Suijkerbuijk, 2016). Binnen het onderzoek van het UMC Groningen blijkt dat onvoldoende training een grote barrière voor zorgprofessionals is om seksualiteit te bespreken (Groot, Tuijnman-Raasveld & Visser-Meily, 2011). Ook in de ouderenzorg zouden zorgprofessionals op dit moment onvoldoende toegerust zijn om aandacht te besteden aan het onderwerp seksualiteit. Deze conclusie komt naar voren in recent onderzoek van Vilans naar de problemen die spelen rondom seksualiteit in de ouderenzorg (Nap, Lukien & Suijkerbuijk, 2016).

Ergotherapeuten blijken in de praktijk eveneens nauwelijks aandacht te besteden aan seksualiteit. Ondanks de erkenning van de seksuele behoeften en rechten van mensen met een beperking, blijven ergotherapeuten dit onderwerp negeren. Dat is de conclusie van internationaal wetenschappelijke artikelen (McGrath & Sakellariou, 2016; Sakellariou & Algado, 2006). Uit een Nederlands onderzoeks- en innovatieproject van Rutgers Nisso Groep (2005) wordt geconcludeerd dat ergotherapeuten in de meeste revalidatiecentra amper een rol spelen bij het bespreken van seksualiteit. Belemmerende factoren worden binnen dit onderzoek niet benoemd. Uit een kwalitatief onderzoek onder 22 ergotherapeuten in Ierland blijken onvoldoende kennis en gebrek aan training belangrijke factoren om seksualiteit niet in de behandeling te integreren (McGrath & Lynch, 2014). Kwantitatief onderzoek onder 43 ergotherapiestudenten in Zweden sluit hierbij aan. In dit onderzoek werd de attitude van ergotherapiestudenten onderzocht ten aanzien van het werken en communiceren met cliënten over seksuele problemen. Studenten voelden zich onvoorbereid om seksualiteit met hun toekomstige cliënten te bespreken en vonden dat zij meer onderwijs en communicatieve training nodig hadden ten aanzien van het onderwerp seksualiteit (Areskoug-Josefsson, Gard, Juuso, Larsson & Rolander, 2016).

Visie op seksualiteit als onderwerp voor de ergotherapeut

De visie dat seksualiteit een onderwerp is voor de ergotherapeut wordt niet unaniem gedeeld binnen de beroepsgroep. Het argument tegen het opnemen van het onderwerp seksualiteit binnen de ergotherapie is geuit door Dr. Kielhofner (1993). Hij beweerde dat seksuele activiteiten geworteld zijn in de biologische behoeften van het individu en daarmee niet als handelingen kunnen worden aangemerkt. Volgens Sakellariou & Algado (2006) kunnen de vele activiteiten die expressie geven aan seksualiteit wel degelijk worden erkent als handelingen. Als voorbeeld noemen zij daten of het hebben van seks. Beiden hebben een begin- en eindpunt, zijn herhaalbaar, worden bewust uitgevoerd, zouden betekenis hebben binnen de context van het leven van een persoon en zijn cultureel geïdentificeerd. Couldrick (1998) zegt hier nog over dat ergotherapie gebaseerd is op een holistische visie. Binnen deze visie wordt gekeken naar de mens als geheel in zijn omgeving. Wanneer de mens als geheel beschouwd wordt, moet er dus ook zeker aandacht worden geschonken aan seksualiteit. Couldrick (1998): “A therapist who does not include sexual behavior in his or her treatment model is not practicing from an occupational therapy perspective of holistic care”.

Seksualiteit binnen de opleiding ergotherapie

Internationaal en nationaal onderzoek impliceert dat meer aandacht voor seksualiteit in het onderwijs leidt tot een beter inzicht in hoe en waarom ergotherapeuten een rol kunnen spelen bij seksuele problemen (Areskoug-Josefsson et al., 2016; McGrath & Lynch, 2014; Opstal, 2006). Er is echter weinig onderzoek verricht naar de visie ten aanzien van het onderwerp seksualiteit binnen de ergotherapie en het ergotherapeutisch onderwijs. Nederlands onderzoek ontbreekt.

*Seksualiteit binnen de opleiding ergotherapie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen*

Uit relevante documenten van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen blijkt dat het Beroepsprofiel Ergotherapie een uitgangspunt is voor de curricula van de opleidingen ergotherapie. Onder de handelingsgebieden van het beroepsprofiel wordt benoemd dat ook seksualiteit hoort bij het goed voor jezelf en voor anderen zorgen (Hartingsveldt et al., 2010). In de omschrijving van onderwijseenheden staat dat “de focus ligt op het kunnen blijven uitvoeren van betekenisvolle handelingen door dezelfde activiteiten op een andere manier uit te voeren” (studiegids ergotherapie 2015-2016, blz. 26-28). In de inhoud van de onderwijseenheden en de aanbevolen literatuur wordt geen link gevonden naar seksuele activiteiten of het onderwerp seksualiteit. Wel worden er tijdens de onderwijsheden kwaliteitsinstrumenten verstrekt die het onderwerp seksualiteit belichten. Voorbeeld is de ergotherapie richtlijn CVA, waar onder het kopje ‘seksualiteit’ beschreven wordt dat ergotherapie specifiek gericht is op het weer prettig kunnen uitvoeren van seksuele activiteiten (Steultjens, Zajec & Hees, 2013). Het is echter onbekend hoe docenten en studenten van onze opleiding tegenover het onderwerp seksualiteit staan binnen de ergotherapie.

## 3.1. Probleemstelling

In 2016 wordt door Tweede Kamerlid Vera Bergkamp (D66) geconcludeerd dat er weinig of geen aandacht is voor seksualiteit in de zorg. Dit terwijl mensen met een beperking dezelfde seksuele rechten hebben als iedereen, waaronder het recht op het nastreven van een bevredigend, veilig en plezierig seksleven. Seksualiteit wordt nog in beperkte mate besproken door zorgprofessionals. Ook ergotherapeuten blijken in de praktijk nauwelijks aandacht te besteden aan seksualiteit. Onvoldoende kennis en gebrek aan training blijken belangrijke factoren. Onderzoek impliceert dat meer aandacht voor seksualiteit in het onderwijs kan leiden tot een beter inzicht in hoe en waarom ergotherapeuten een rol kunnen spelen bij seksuele problemen. Binnen de opleiding ergotherapie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen maakt het onderwerp seksualiteit momenteel geen deel uit van het curriculum. Het is onbekend wat de visie vanuit docenten en studenten is ten aanzien van het onderwerp seksualiteit in relatie tot het professionele bereik van de ergotherapie.

## 3.2. Doelstelling

Het verkrijgen van inzicht in de visie van docenten en studenten van de opleiding ergotherapie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen ten aanzien van het onderwerp seksualiteit in relatie tot het professionele bereik van de ergotherapie en het curriculum van de opleiding.

## 3.3. Vraagstelling

### *3.3.1. Hoofdvraagstelling*

Wat is de visie van docenten en studenten van de opleiding ergotherapie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen ten aanzien van het onderwerp seksualiteit in relatie tot het professionele bereik van de ergotherapie en het curriculum van de opleiding?

### *3.3.2. Deelvragen*

1. Wat is de visie van docenten en studenten van de opleiding ergotherapie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen ten aanzien van het onderwerp seksualiteit in relatie tot het professionele bereik van de ergotherapie?
2. Wat is de visie van docenten en studenten van de opleiding ergotherapie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen ten aanzien van het onderwerp seksualiteit in relatie tot het curriculum van de opleiding?

### *3.3.3. Operationalisering begrippen*

Seksualiteit

Seksualiteit is geen eenduidig begrip. Men gebruikt niet alleen verschillende definities, maar ieder mens heeft bovendien een persoonlijke beleving en eigen uitingsvorm van seksuele gevoelens. In het kader van ons onderzoek wordt uitgegaan van de internationaal gebruikte (werk)definitie van de Wereld Gezondheidsorganisatie (World Health Organisation).

“Seksualiteit is een centraal aspect van het leven van de mens. Het omvat seks, genderidentiteit en –rollen, seksuele oriëntatie, erotiek, plezier, intimiteit en voortplanting. Seksualiteit wordt ervaren en vormgegeven in gedachten, fantasieën, verlangens, overtuigingen, attituden, waarden, gedrag, handelingen, rollen en relaties. Hoewel seksualiteit al deze dimensies kan omvatten, worden deze niet altijd ervaren of vormgegeven. Seksualiteit wordt beïnvloed door de interactie van biologische, psychologische, sociale, economische, politieke, ethische, wettelijke, historische, religieuze en spirituele factoren.”(WHO, 2010).

Visie

De visie wordt binnen dit onderzoek gedefinieerd als de manier waarop men ergens naar kijkt en erover oordeelt. Het bevat een weloverwogen mening over een zaak en hoe die zich zou moeten ontwikkelen (Encyclo, 2017).

Professioneel bereik

Het professionele bereik wordt binnen dit onderzoek gedefinieerd als het domein waarbinnen de ergotherapeut kennis en expertise heeft (Granse, Hartingsveldt & Kinébanian, 2012). Het domein van de ergotherapie bestaat uit de volgende aspecten:

\* activiteitengebieden,

\* cliëntfactoren,

\* uitvoeringsvaardigheden,

\* handelingspatronen,

\* context en activiteitenvereisten (AOTA, 2008).

# 4. Methode

# 

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe het onderzoek is opgezet en uitgevoerd. Eerst wordt de onderzoeksmethode van het onderzoek beschreven, gevolgd door de beschrijving van de doelgroep/deelnemers, wijze van gegevensverzameling, ethische afwegingen en tot slot de data-analyse.

## 4.1. Onderzoeksdesign

Voor beide deelvragen is er een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Voor deze onderzoeksmethode is gekozen omdat hierbij de betekenis die deelnemers zelf aan de situatie geven bepalend is. Kwalitatief onderzoek is gericht op het verkrijgen van informatie over wát er leeft en waarom. Het geeft diepgaande informatie door in te gaan op achterliggende motivaties, meningen, wensen en behoeften van de onderzoeksgroep (Verhoef, Kuiper, Neijenhuis, Dekker-van Doorn & Rosendal, 2016, p. 50). Het verzamelen van de onderzoeksdata binnen kwalitatief onderzoek is open en flexibel, er kan worden ingegaan op onverwachte situaties. (Verhoeven, 2014, p. 32).

## Deelnemers

Om de visie te onderzoeken zijn de doelgroepen docenten en studenten van de opleiding ergotherapie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen benaderd. De deelnemers zijn willekeurig geselecteerd door een procescoördinator van de onderwijsafdeling ergotherapie. Bij de selectie van de deelnemers is gebruik gemaakt van selectiecriteria, waardoor er een doelgerichte sampling en criteriumgerichte selectie heeft plaatsgevonden.

Voor het selecteren van de deelnemers van dit onderzoek zijn de volgende in- en exclusie criteria opgesteld:

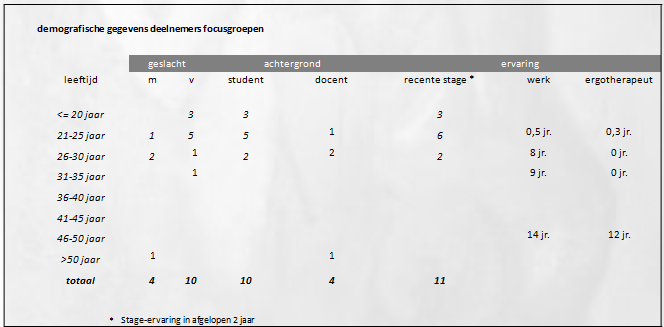
Inclusie:

* Docenten opleiding ergotherapie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Variatie in leeftijd en geslacht en enige ervaring in de praktijk.
* Studenten aan de opleiding ergotherapie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Variatie in leeftijd en geslacht en minimaal één keer een WPL-traject gehad binnen de ergotherapie.

Exclusie:

* Opdrachtgever, docentbegeleider, drie studieloopbaan en de onderzoeksdeskundige (totaal zes van de vijfendertig) vanwege betrokkenheid praktijkgericht onderzoek.
* Studenten in het buitenland worden niet betrokken in het onderzoek.

Na de hierboven beschreven selectie zijn in totaal tweeëntwintig mogelijke deelnemers per e-mail benaderd, waarvan zes docenten en zestien studenten. Er is een e-mailadres aangemaakt voor de professionele communicatie tijdens het onderzoek: pose1617@gmail.com. De e-mail bevatte een uitnodiging met daarin een informatiebrief (bijlage 1) en een *informed consent* (bijlage 2). De informatiebrief betrof geen informatie welke de meningen van de deelnemers kon hebben beïnvloed voor deelname aan de focusgroep. De deelnemers hebben enkel kunnen lezen hoe de titel van het onderzoek luidt. De deelnemers zijn individueel gemaild en waren niet op de hoogte van eventuele andere deelnemers. Hierdoor werd de kans verkleind dat er meningen met elkaar gedeeld en gevormd konden worden voordat de focusgroep plaats vond. Er hebben uiteindelijk veertien deelnemers deelgenomen aan het onderzoek. Hiervan waren vier deelnemers docent en tien deelnemers student. Van de acht mogelijke deelnemers die niet hebben deelgenomen hebben zich vier personen afgemeld en vier personen zijn niet op komen dagen (*no show*). De demografische gegevens van de deelnemers zijn weergegeven in onderstaande tabel (figuur 1, demografische gegevens deelnemers).



*Figuur 1 (demografische gegevens deelnemers focusgroepen)*

## Gegevens verzamelen

Om antwoord te krijgen op de deelvragen zijn er focusgroep-interviews georganiseerd. ‘’Focusgroep onderzoeken zijn geschikt voor een brede verkenning van meningen en betekenissen om inzicht te geven in de vraag welke meningen er in de praktijk over een onderwerp bestaan’’ (Ketelaar, Hentenaar&Kooter, 2011, p. 31). Deze methode is passend bij het onderzoek omdat de visie van docenten en studenten over seksualiteit in relatie tot het professionele bereik van de ergotherapie in kaart word gebracht. Tevens is voor focusgroep-interviews gekozen omdat dit de mogelijkheid geeft veel interviewdata te verzamelen en het aantal bij het onderzoek betrokken deelnemers een afspiegeling te laten zijn van de totale populatie (Verhoef et al., 2016, p. 108).

De dataverzameling heeft niet plaatsgevonden d.m.v. individuele interviews omdat deze methode vooral geschikt is wanneer het te onderzoeken onderwerp in hoge mate individueel bepaald is (Ketelaar, Hentenaar & Kooter, 2011, p. 31). Het huidige onderzoek was juist gericht op het verzamelen en bundelen van visies van docenten en studenten binnen de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Mocht het onderzoek gaan over een persoonlijke beleving van seksualiteit, dan was er gekozen voor individuele interviews.

Er is binnen het focusgroep-interview gekozen voor een semigestructureerd opgestelde interviewguide omdat er gestreefd werd naar een natuurlijk verloop van het groepsgesprek waarbij elke respondent zijn of haar visie en mening kan delen. (Ketelaar, Hentenaar & Kooter, 2011) Een gesloten interview is in dit geval niet passend omdat hiermee de verschillende visies met achterliggende gedachtegangen niet boven tafel kunnen komen. Bij een open interview werd de kans te groot gevonden dat de verkregen informatie niet relevant zou zijn en te veel zou afdwalen van de te beantwoorden onderzoeksvraag.

Er zijn drie focusgroep- interviews georganiseerd van maximaal één uur:

* Een focusgroep-interview voor docenten
* Twee focusgroep-interviews voor studenten.

Tijdens de focusgroep-interviews hebben deelnemers de mogelijkheid gehad om gezamenlijke inspanning te leveren, dit levert een ruim aanbod van informatie, inzichten en ideeën. Deelnemers reageerden op elkaar, waardoor reacties werden opgeroepen bij andere deelnemers.

* De deelnemers kregen vijf minuten de tijd om individueel zijn of haar visie te beschrijven over de hoofdvraag.
* De deelnemers kregen de opdracht om een gezamenlijke samenvatting te formuleren van de focusgroep.

Na iedere werkvorm werd gevraagd naar de “antwoorden” van de deelnemers, en vervolgens werd ingegaan op de achterliggende motieven van de deelnemrs, waarbij er gevoelige onderwerpen werden aangesneden. De gestelde vragen waren open geformuleerd, waarbij de moderator deze zonder vooroordeel heeft gesteld, om op deze manier open te staan voor de visie van de respondent.

De focusgroep-interviews zijn voorbereid en geleid door de junior-onderzoekers, waarbij de taken zijn verdeeld. Tijdens de focusgroepen had één junior-onderzoeker de rol als moderator en twee junior-onderzoekers de rol als observator. Na evaluatie van de eerste focusgroep is besloten om met één observator door te gaan. De observator had de mogelijkheid om de moderator te ondersteunen. Hierbij observeerde de observator het non-verbale gedrag van de deelnemers en maakte hier aantekeningen van. Ook was de observator verantwoordelijk voor de geluid- en beeldopnames.

## Data-analyse

De data-analyse van dit onderzoek bestond uit vier fasen (Nes, Satink & Kinébanian, 2012):

* Transcript focusgroep-interview lezen
* Coderen
* Categoriseren
* Thematiseren

Tijdens de fasen is gebruik gemaakt van het software programma ATLAS TI in combinatie met handmatig coderen. Ieder transcript is door twee junior onderzoekers afzonderlijk van elkaar gecodeerd. Op deze wijze kon de procedure en inhoud van de coderingen op elkaar worden afgestemd.

Juist door de twee methodes toe te passen(handmatig coderen en via Atlas-ti) wordt de kans vergroot dat alle informatie is meegenomen. Door het vier-ogen principe is de validiteit en betrouwbaarheid omhoog gegaan. De verschillende codes die de onderzoekers hebben toegedeeld zijn met elkaar vergeleken en indien nodig in overleg aangepast. Na de fase van coderen is gekeken naar overeenkomsten (en verschillen) tussen codes waaruit categorieën zijn gevormd. Vervolgens zijn de categorieën beoordeeld en gegroepeerd. Hieruit zijn uiteindelijke vijf thema’s ontstaan waarin de verzamelde data op citaatniveau antwoord gaven op de deelvragen.

## *Validiteit en betrouwbaarheid van de focusgroepen*.

“Om de validiteit te vergroten en de betrouwbaarheid van je data te controleren is het goed om triangulatie toe te passen” (Donk& Lanen, 2016, p. 46). Door gebruik te maken van twee of meerdere informatiebronnen wordt de conclusie en aanbeveling in het onderzoek krachtiger. De door ons verzamelde data is afkomstig van twee verschillende interviewgroepen. Deze zijn door ons vergeleken, waardoor er een beeld ontstond vanuit verschillende gezichtspunten. Deze vorm van triangulatie wordt in de literatuur omschreven als bronnentriangulatie. “zo kun je data van verschillende typen deelnemers verzamelen en met elkaar vergelijken” (Donk & Lanen, 2016, p. 47).

Naast de verzamelde ervaringen van de twee verschillende interview doelgroepen, is een tweede triangulatie, een bronnentriangulatie, uitgevoerd:

* de verzamelde data van de interviewgroepen;
* bewijs vanuit de literatuur over het verband tussen ergotherapie en seksualiteit en
* verzameld materiaal vanuit de richtlijnen en protocollen zoals die door de vereniging Ergotherapie Nederland zijn gepubliceerd.)

De informatie van deze verschillende bronnen kan met elkaar vergeleken worden. Er is dan eigenlijk sprake van een gestapelde triangulatie. Door het toepassen van deze stapeling van de triangulatie, zal het resultaat sterker worden. Zie voor een schematische weergave van deze dubbele triangulatie bijlage 3, schema gestapelde triangulatie.

Daarnaast zijn er andere strategieën uitgevoerd om het uitgevoerde kwalitatief onderzoek betrouwbaar en valide te maken. (Donk & Lanen, 2016: Forumresearch/blog, z.d. Verhoef et al., 2016).

* De deelnemers zijn volledig willekeurig en objectief geselecteerd. Door de procescoördinator van de opleiding gedaan. Hierdoor is er voorkomen dat de junior-onderzoekers invloed hebben op de geselecteerde deelnemers.
* Deelnemers kregen aan het begin van de focusgroep eerst de gelegenheid om de hoofdvraag op papier te beantwoorden. Zo werd hun visie niet gevormd door de antwoorden van de overige deelnemers. Elke deelnemer moest hierdoor na gaan denken over zijn of haar eigen visie/mening. Deze werd vervolgens naar voren gebracht in de focusgroep en vormde de inleiding op de discussie.
* Doormiddel van de vooraf opgestelde interviewguide werden dezelfde vragen gesteld tijdens de verschillende focusgroepen. Hiermee was de kans groot dat er bij alle focusgroepen gelijksoortige informatie verkregen werd. Dit maakt het vergelijken van de resultaten eenvoudiger.
* De analyse is uitgevoerd op basis van het vier ogen principe. Tijdens het coderen van de teksten is er door twee junioronderzoekers naar de transcripties gekeken. Daarna zijn de coderingen door beide onderzoekers met elkaar vergeleken en is er overeenstemming bereikt over de te volgen codering.
* Kenmerkende citaten van de deelnemers worden in het verslag geplaatst. Citaten in kwalitatief

onderzoek geven de lezer een indruk van wat er tijdens de interviews naar voren is gekomen. Door citaten te gebruiken kan de opdrachtgever zelf ook een oordeel (interpretatie) vormen over de validiteit van het onderzoek.

### *Ethische afwegingen*

Alle deelnemers hebben dit formulier ondertekend. Deelnemers zijn bij de start van de focusgroep interviews op de hoogte gebracht van de manier waarop met de gegevens wordt omgegaan. Aangezien de deelnemers zichtbaar in beeld komen bij de beeldopnamen is er gebruik gemaakt van *informed consent* formulieren. De namen van alle deelnemers worden geanonimiseerd, gegevens worden na afsluiting van het project vernietigd. Ook is aangegeven dat tijdens het bewerken van de informatie zorgvuldig wordt omgegaan met de gegevens. Alleen personen betrokken bij het onderzoek hebben toegang tot het materiaal. Tot slot is de beslisboom van de ethische commissie ingevuld, om te beoordelen of alle stappen gezet zijn om te garanderen dat aan de voorwaarden wordt voldaan. (bijlage 5). Alle uitgevoerde acties tijdens het onderzoek zijn door de junior-onderzoekers getoetst aan de gedragscode praktijkgericht onderzoek HBO (HAN, 2017).

Met betrekking tot het anonimiseren van de namen hebben deelnemende docenten een naam gekregen beginnend met de hoofdletter D. Deelnemende studenten hebben een naam gekregen beginnend met de hoofdletter S. Binnen beide groepen deelnemers is ervoor gekozen om deze willekeurig toe te kennen, zonder rekening te houden met geslacht, leeftijd etc.

Dit is gedaan omdat de onderzoekers in het kader van ethische afwegingen de anonimiteit willen garanderen. Dit is toegezegd in het *informed consent*. Dit kan het geval zijn als “je bijvoorbeeld een werknemer hebt geïnterviewd en de werknemer niet wil dat de baas zijn antwoorden kan lezen omdat dit hun relatie kan verstoren. Een andere situatie waarbij dit voorkomt is bijvoorbeeld wanneer het interview erg persoonlijke vragen bevat” (Scribbr, z.d.).

# Resultaten

De resultaten zijn binnen vijf thema’s weergegeven.

**Thema 1: Seksualiteit is gerelateerd aan betekenisvol handelen**

Alle docenten binnen dit onderzoek beaamden dat ergotherapeuten expert zijn in het betekenisvol en dagelijks handelen en dat seksualiteit gerelateerd is aan het betekenisvol handelen in het dagelijks leven. Seksuele activiteiten werden ook door studenten geassocieerd met een “betekenisvolle activiteit”, een “levensbehoefte’’, een “dagelijkse activiteit‘’ en “kwaliteit van leven’’.

*“Ergotherapie staat voor betekenisvol handelen in het dagelijks leven, daar waar we experts in zijn. En natuurlijk is dat gerelateerd aan seksualiteit.”* (Daphne)

*“Mijn opvatting is dat het moet! Met een streep eronder. Niet dat het kan zijn, nee, het moet zijn. Als je pretendeert als ergotherapeut dat betekenisvol handelen één van de kernwaarden is, dan kan je zo'n belangrijke activiteit gewoon niet negeren.”* (Dirk)

*“Het is zonder twijfel een onderwerp voor de ergotherapie. Omdat je kijkt naar betekenisvol handelen van alledag, en seksualiteit een onderdeel is van betekenisvol handelen en alledag”.* (Daisy)

Er werd een vergelijking gemaakt tussen seksuele activiteiten en andere activiteiten die mensen in het dagelijks leven verrichten.

“*Wij kijken zo breed als ergotherapeut. Ik bedoel, waarom zou het dan wel kunnen bij het zetten van een kop koffie?“* (Siem)

*“Ik vind ons experts in het dagelijks en betekenisvol handelen. En volgens mij is seksualiteit net zo goed als jezelf kunnen wassen, kleden of soep maken, een betekenisvolle activiteit. Dus in die zin vind ik onze expertise zeker op dit vlak onder andere liggen”* (Daan)

**Thema 2: Een ergotherapeut zou seksualiteit bespreekbaar moeten maken**

In alle focusgroepen kwam naar voren dat het merendeel van de docenten en studenten van mening is dat je als ergotherapeut het onderwerp seksualiteit bespreekbaar moet kunnen maken bij de cliënt. De verantwoordelijkheid zou bij de ergotherapeut liggen om het initiatief te nemen. Er speelden hierbij verschillende factoren een rol, zoals ‘’een vertrouwensband’’, ‘’kennis en vaardigheden’’, inzet van instrumenten” en “bepaalde doelgroepen”.

*‘’Je moet er zelf eigenlijk achteraan, als ergotherapeut’’* (Stijn)

*‘’Ik denk dat je dat als professional aan kan geven: je kan het hier bespreekbaar maken’’* (Sophie)

*‘’Stel dat je voor het eerst bij een ergotherapeut komt en je weet niet of je dat vraagstuk daar kunt behandelen , dat je dan een seintje geeft: dit is hier ook bespreekbaar. Dat dat dan weer een kiertje geeft voor de deur”* (Daisy)

De relatie met de cliënt en de vertrouwensband speelde hierin een belangrijke rol .. De visie van docenten en studenten kwam op dit vlak overeen.

*“Het is wel iets dat héél intiem is natuurlijk om te bespreken. En het vraagt iets van je relatie met je cliënt en het vertrouwen met je cliënt”* (Daphne)

*‘’Ik denk dat ik toch wel eerst een vertrouwensband zou opbouwen en dan pas het onderwerp aan zou kaarten’’* (Sandra)

Het bespreekbaar maken vond volgens de deelnemers nu niet of te weinig plaats. Er werd vooral door studenten aangegeven dat ze te weinig kennis en vaardigheden hadden om dit onderwerp bespreekbaar te maken.

*‘’Volgens mij wordt het nu totaal niet besproken eigenlijk bij ergotherapie. Misschien weten we er te weinig vanaf maar ik denk dat het sowieso bespreekbaar maken wel goed is”* (Stijn)

*‘’Je kan wel lef hebben als behandelaar of het niet moeilijk vinden om het bespreekbaar te maken, maar dat wil niet zeggen dat je goede adviezen geeft als we geen richtlijnen hebben’’* (Sjors)

Het inzetten van huidige instrumenten zou een handvat kunnen bieden om het onderwerp seksualiteit bespreekbaar te kunnen maken.

*‘’Bijvoorbeeld de activiteitenweger, mogen we de mensen ook uitnodigen om ook het stukje intimiteit mee te nemen. Of bij het COPM. Hoe vaak wordt daar de activiteit seksualiteit genoemd? Ik denk dat het met die twee manieren wel een plek zou mogen krijgen, of moet krijgen’’* (Dirk)

Het bespreekbaar maken van seksualiteit bij de doelgroep ouderen zorgde voor discussie bij de studenten. Bij deze doelgroep zouden zij zich mogelijk eerder belachelijk maken.

*‘’Dat is alleen wel bij ouderen. Ik weet niet of je dat dan echt per se bespreekbaar moet maken. Op zich zou het bij mensen van 80 nog steeds kunnen. Maar, het zou ook kunnen dat ze je gaan uitlachen van ja, natuurlijk niet, dat doe ik al 30 jaar niet meer’’* (Stijn)

*’’Iemand kan zich gewoon compleet afsluiten van: hé, wat komt die flapdrol hier nou weer doen?’’* (Sebas)

*‘’Ik heb het ook wel een keer bij oudere gehad, dan had ik het gevraagd en toen zei ‘ie: ach meid, maak jij je daar maar geen zorgen over’’* (Sophie)

*“Maar dan voel je je ook belachelijk toch?”* (Sebas)

**Thema 3: Verdeeldheid tussen docenten en studenten over de mate van expertise en professionele grenzen.**

Dit thema refereert naar de verdeeldheid tussen docenten en studenten over de mate waarin je als ergotherapeut kennis en expertise zou hebben om het onderwerp seksualiteit te integreren binnen de behandeling. Er is gediscussieerd over observeren, doorverwijzen en grenzen. Bijna alle docenten deelden de visie dat een ergotherapeut de kennis en vaardigheden heeft om het onderwerp seksualiteit te kunnen integreren binnen de behandeling. Daarentegen gaven studenten over het algemeen aan dat zij niet weten wat zij hierin kunnen betekenen.

*“Ik denk dat je de kennis en vaardigheden in die zin wel hebt, maar niet alle hulpmiddelen leert die horen bij een ander onderwerp’’* (Daphne)

*“Wij leiden ergotherapeuten op die ook in staat moeten zijn om kennis te vergaren op het moment dat zij een bepaalde hulpvraag over dat onderwerp krijgen. Dus ken jij niet alle hulpmiddelen die voor seksualiteit bestaan, dan is dat geen ramp, want die ken je ook niet voor tandenpoetsen als je dat nog niet hebt gedaan”* (Daan)

Eén docent gaf aan dat er nog verdieping plaats moet vinden om handvatten te krijgen om het onderwerp seksualiteit te kunnen integreren binnen de behandeling.

*‘’Ik denk echt dat wij wel kennis en expertise missen daarin, want er zitten een aantal specifieke kennis en vaardigheden bij. Welk soort standjes kun je doen met verschillende beperkingen […] Er zijn ook theorieën over’’* (Dirk)

De meerderheid van de studenten gaf aan niet te weten wat zij kunnen betekenen als het gaat om seksualiteit. Zij gaven aan al snel een seksuoloog in zouden schakelen, of dat ze eventueel zouden willen samenwerken met een andere discipline. Ook werd de discipline psycholoog benoemd.

*‘’Wat kunnen wij betekenen als je dat zelf al niet weet?’’* (Sara)

*‘’Hoe je nou opgeleid bent zou het eigenlijk zo zijn dat wanneer je in het werkveld komt en er word je op dat gebied iets gevraagd, dat je eigenlijk meteen zou zeggen: ga maar naar een seksuoloog of naar een psycholoog want ik heb daar totaal geen weet van’’* (Stef)

*‘’Ik denk ook wel dat ik dan al vrij snel de seksuoloog in zou schakelen om te kijken of die,*

*misschien in combinatie, iets kan betekenen. Maar ja, dat komt omdat ik nou echt totaal geen*

*verstand daarvan heb, van hoe je het nu het beste aan kan pakken’’* (Sandra)

De studenten vonden het wel belangrijk om als ergotherapeut te weten waar je grens ligt en in hoeverre je hulp kan bieden.

*‘’Je moet inderdaad wel je eigen grensgebied weten, heb ik hier voldoende kennis over? En anders liggen er kansen voor een doorverwijzing’’* (Sophie)

*‘’Ik denk dat het belangrijk is dat je aangeeft wat jij kan bieden’’* (Stijn)

Observeren is een belangrijk aspect binnen de ergotherapeutische beroepsuitoefening. Ook door de deelnemers werd dit als een belangrijk onderdeel gezien. Het observeren in relatie tot seksuele hulpvragen werd als ‘ingewikkeld’ gezien.

*‘’Dat observeren hierin, terwijl dat een heel belangrijk onderdeel is van je vak, is wel een beetje ingewikkeld’’* (Daphne)

*‘’Dan denk ik nee, dat past niet binnen ons stuk. Nee, daar hebben wij gewoon te weinig kennis over’’* (Suzan)

*‘’Ik heb wel zoiets van, op zich weten wij best wel wat over houdingen of prettige posities, dus ik denk wel dat we daar op zich wel iets mee kunnen’’* (Siem)

**Thema 4: Taboe voor zowel cliënt als therapeut.**

Docenten en studenten beaamden dat er een taboe heerst op het onderwerp seksualiteit. De deelnemers gaven aan dat dit taboe geldt voor cliënten, maar evengoed voor therapeuten.

*“Hoe het voor de cliënten een taboe is, is het ook voor therapeuten een taboe”* (Dirk)

De deelnemers hebben hier verschillende redenen voor gegeven, zoals “persoonlijke opvoeding”, de “maatschappij” en “cultuur”. Deze factoren zouden in strijd kunnen zijn met het willen integreren van seksualiteit binnen de behandeling. Als ergotherapeut kan je ervoor open staan om seksualiteit te bespreken, maar geldt dit voor de cliënt dan ook? Om een gesprek te voeren over seksualiteit zal de ergotherapeut, maar ook de cliënt, zich hierbij prettig moeten voelen.

*“Het is lang niet in elke opvoeding zo geaccepteerd om het erover te hebben”* (Daisy)

*‘’Het taboe ligt in de hele maatschappij. Ik denk dat je echt wel mensen hebt die gelijk op tafel zeggen van nou, ik ben ergotherapeut. Maar joh, als je een keer vragen hebt over seksualiteit, dan kun je ook naar mij toe komen. Die mensen zijn er echt wel, denk ik, maar heel schaars’’ (*Sandra*)*

*‘’Kijk, seksualiteit is echt lang niet altijd een onderwerp dat binnen alle vriendenkringen en professionele omgevingen besproken wordt’’ (*Dirk*)*

*’’Omdat het zo’n taboe is denk ik wel dat het bespreekbaar gemaakt kan worden door een ergotherapeut. Ik denk dat iemand daar zelf niet zo snel mee komt. Dat het voor diegene zelf waarschijnlijk ook wel lastig is om daar over te beginnen. Maar ik denk wel dat iemand daar heel veel problemen mee kan ervaren”* (Sjors)

**Thema 5: Aandacht voor seksualiteit in het onderwijs**

De deelnemers beaamden dat het onderwerp seksualiteit nog niet aan bod komt in het curriculum. Vooral studenten vinden dat er op de opleiding weinig aandacht wordt besteed aan het onderwerp seksualiteit.

“*Het is wel zo dat je hier op school niet echt handvatten krijgt om daar mee om te gaan*” (Sebas)

*‘’Als je het voor 50% vindt passen binnen de ergotherapie, maar als je school mag geloven is het eigenlijk 0%* (Stef)

Alle deelnemers hebben aangegeven dat het onderwerp seksualiteit zou moeten worden opgenomen in het curriculum van de opleiding ergotherapie.

*“Ik denk dat we wel alle vier voor iets van integratie in het onderwijs zijn en dat de mate waarin, en de vorm waarin, echt nog niet duidelijk is. Maar dat we alle vier wel kunnen ondersteunen dat we het een belangrijk onderwerp vinden en dus dat het aandacht mag hebben”* (Daphne)

*‘’De basisvaardigheden moeten eigenlijk gewoon terugkomen in het onderwijs’’* (Sjors)

Tijdens de focusgroep-interviews is er gebrainstormd over hoe het onderwerp seksualiteit verwerkt zou kunnen worden in het curriculum. Met name studenten hadden hierover uiteenlopende visies.

*“Volgens mij hebben we niet het idee dat het echt heel expliciet als een groot onderwerp in de opleiding zou moeten, maar wel geïntegreerd in het geheel. Dus door middel van casuïstiek of door middel van keuzeworkshops die je zou kunnen doen”* (Dirk)

*‘’Een cursusdag zoals DTE cursus, een soort seksuele intimiteitscursus voor ergotherapeuten’’* (Sandra)

*‘’Het is wel goed om een hele onderwijseenheid daaraan te besteden’’* (Sofie)

*‘’Om daar dan een hele OWE aan af te geven weet ik dan ook weer niet’’* (Senna)

Ook is er door studenten gebrainstormd over wanneer het onderwerp passend zou zijn gedurende de opleiding.

*‘’Ik zou het in het tweede jaar erin doen. Niet het eerste jaar.’’* (Sofie)

*‘’Ik zou het eigenlijk wel graag langs m’n stage willen.’’* (Sjors)

Alle deelnemers binnen dit onderzoek zijn het erover eens dat het onderwerp seksualiteit een plek zou mogen krijgen binnen het curriculum van de opleiding. De visies op hoe dit vormgegeven kan worden en waar het verwerkt kan worden, lopen uiteen. Wel geven de deelnemers aan dat seksualiteit niet als een expliciet thema in het curriculum zou hoeven, maar wel geïntegreerd in het geheel.

## Discussie

## 6.1. Discussie resultaten

In de focusgroepen beaamden docenten en studenten dat seksualiteit gerelateerd is aan het betekenisvol handelen in de context van het dagelijks leven. Deze visie sluit aan op de visie van Sakellariou & Algado (2006) door seksualiteit te beschrijven als een dynamisch component dat betekenis geeft aan seksuele activiteiten.

Docenten en studenten binnen dit onderzoek deelden de visie dat de verantwoordelijkheid bij de ergotherapeut ligt om het onderwerp seksualiteit bespreekbaar te maken, maar gaven ook aan dat dit in de praktijk weinig tot niet gebeurt. Dit kan worden verklaard door het ongemak dat professionals ervaren in het bespreken van problemen met betrekking tot seksualiteit (Nosek & Simmons, 2007). Bij de doelgroep ouderen leken studenten binnen dit onderzoek meer ongemak te ervaren. Studenten gaven aan dat zij zich mogelijk eerder belachelijk maken bij deze doelgroep wanneer zij seksualiteit ter sprake brengen. Uit eerder onderzoek naar barrières in het bespreekbaar maken van seksualiteit bij ouderen komt deze zorg ook naar voren (McGrath & Lynch, 2014). Men veronderstelt vaak dat ouderen ook in seksueel opzicht 'met pensioen gaan' (Gianotten & Meihuizen-de Regt, 2008).

Een opvallend resultaat is dat docenten van de opleiding ergotherapie aan de Hogeschool Arnhem en Nijmegen zeggen dat zij ergotherapeuten opleiden die in staat moeten zijn om kennis te vergaren op het moment dat zij een hulpvraag op het gebied van seksualiteit krijgen. Studenten gaven daarentegen aan dat zij niet weten wat zij als ergotherapeut zouden kunnen betekenen. In plaats van op het moment kennis te vergaren, zouden zij al snel doorverwijzen naar een seksuoloog. Literatuur beschrijft echter dat alle professionals binnen de gezondheidszorg seksualiteit als een punt van zorg moeten overwegen (Sengupta, Davis & Stubbs, 2008). Een ergotherapeut zou hier dus net zo goed een rol in hebben.

Daarentegen lijkt de voorzichtigheid van de studenten niet misplaatst. Volgens Sakellariou & Algado (2006) zijn ergotherapeuten geen experts in seksualiteit. Zij zijn expert in het handelen en daar moeten zij duidelijk in zijn. Daarom dienen zij seksualiteit met voorzichtigheid aan te pakken, op een manier die binnen de professionele grenzen van het beroep valt en onder de bevoegdheid van de ergotherapeut. Echter, om comfortabel te zijn met het aannemen van een dergelijke rol, dienen zorgprofessionals te worden voorbereid met de nodige kennis en vaardigheden (Sengupta, Davis & Stubbs, 2008). Studenten binnen dit onderzoek gaven aan dat zij tijdens hun opleiding geen handvatten hebben gekregen om hiermee om te gaan. Er kan dus verondersteld worden dat er een zekere rol ligt voor de opleiding om studenten de nodige kennis, vaardigheden en attitude te laten verwerven ten aanzien van het onderwerp seksualiteit in relatie tot de toekomstige beroepsuitoefening. Volgens McGrath & Sakkellariou (2016) zou toepassing van het PLISSIT model binnen het ergotherapeutisch onderwijs daarom waardevol zijn.

“For educators, application of this model implies developing training that addresses personal values and beliefs regarding sexuality, providing knowledge of the scope of practice of occupational therapy in relation to sexual rehabilitation, and increasing awareness of interventions that can support sexual expression”(McGrath & Sakellariou, 2016).

Uit de focusgroepen komt ook naar voren dat het moeilijk is om de professionele grenzen aan te geven op het gebied van seksualiteit. Volgens McGrath en Lynch (2014) moeten ergotherapeuten voor zichzelf de mate bepalen waarin zij zich voorbereid voelen om seksualiteit mee te nemen in de behandeling. Toch lijken de studenten binnen dit onderzoek behoefte te hebben aan een meer uitgesproken afbakening van de professionele grenzen.

Ondanks de erkenning in dit onderzoek dat seksualiteit betekenisvol is en onderdeel van de kwaliteit van leven, blijkt ook dat er een taboe op het onderwerp heerst. Het was opvallend dat er in de focusgroepen met studenten minder makkelijk gesproken werd over seksualiteit. Dit was tegen de verwachting van de onderzoeksgroep in. Een mogelijke verklaring wordt gegeven door Quest (2015), waar uit onderzoek onder 6320 respondenten blijkt dat de jongeren van nu preutser zijn dan de rest van Nederland. Deze maatschappelijke ontwikkeling kan mogelijk gevolgen hebben voor het integreren van seksualiteit binnen de beroepspraktijk van de ergotherapie. Een groot deel van de aankomende cliëntengroep is van de generatie die de seksuele revolutie heeft meegemaakt. De toelating van seksuele gevoelens heeft zich toen voltrokken (Wouters, 1995). Mogelijk heeft deze generatie juist een grotere behoefte aan aandacht voor seksualiteit binnen de gezondheidszorg.

De preutse attitude en het ervaren taboe kan bovendien beperkend zijn in het tot recht laten komen van seksualiteit bij ouderen en mensen met een beperking. Zoals in het theoretisch kader gepresenteerd, heeft de WHO (2010) beschreven dat mensen met een beperking recht hebben op hulp bij het creëren van een bevredigend, veilig en plezierig seksleven. Juist om deze reden zou aandacht voor het onderwerp seksualiteit binnen de opleiding ergotherapie raadzaam zijn. Volgens Gianotten & Meihuizen-de-Regt (2008) hebben docenten hierin een belangrijke voorbeeldfunctie. Wanneer docenten het onderwerp seksualiteit vermijden, zullen hun studenten dit ook doen (Gianotten & Meihuizen-de-Regt, 2008).

* 1. Discussie methode en uitvoering van het onderzoek

De keuze voor focusgroepen is een weloverwogen beslissing geweest. De gezamenlijke inspanning van de focusgroepen heeft een ruim aanbod van informatie, visies en perspectieven opgeleverd en was duidelijk een *strength[[2]](#footnote-2)* van deze methode. Een *limitation[[3]](#footnote-3)* is dat ingetogen deelnemers mogelijk minder inbreng hebben gehad dan de meer dominante deelnemers. Hier is wel rekening mee gehouden door per focusgroep te bepalen welke moderator passend was om de discussie op gang te brengen en een gelijkwaardige inbreng te creëren. Wellicht waren individuele interviews nog van meerwaarde geweest om een gedetailleerd en grondig inzicht te krijgen in de persoonlijke visies. In de literatuur wordt een combinatie van focusgroepen en individuele interviews aangeraden om antwoord te krijgen op onderzoeksvragen die van kwalitatieve aard zijn (Ketelaar et al., 2011).

Twee focusgroepen bestonden uit vier deelnemers in plaats van de gewenste zes. Dit was het gevolg van afmeldingen en ‘no show’. Met minder dan zes deelnemers zou de dialoog mogelijk onvoldoende op gang kunnen komen (Verhoef et al., 2016). Door het enthousiasme van de deelnemers was er echter voldoende communicatie over en weer en een voordeel van de kleine focusgroep was dat er meer ruimte was voor individuele inbreng. De invloed van afmeldingen en ‘no show’ op het onderzoek is daardoor beperkt gebleven.

## Conclusie

Binnen dit onderzoek stond de volgende vraagstelling centraal: Wat is de visie van docenten en studenten van de opleiding ergotherapie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen ten aanzien van het onderwerp seksualiteit in relatie tot het professionele bereik van de ergotherapie en het curriculum van de opleiding?

Docenten en studenten van de opleiding deelden de visie dat ergotherapeuten expert zijn in het betekenisvol handelen en dat seksualiteit gerelateerd is aan het betekenisvol handelen in het dagelijks leven. Daarmee is er een directe link met het professionele bereik van de ergotherapie. Het onderwerp zou door een ergotherapeut ter sprake moeten worden gebracht. Er heerst een taboe op het onderwerp seksualiteit. Dit taboe geldt voor zowel cliënt als therapeut. Docenten geven aan dat zij ergotherapeuten opleiden die over de kennis en vaardigheden beschikken om ook het onderwerp seksualiteit binnen de behandeling te integreren. Studenten daarentegen delen de visie dat zij momenteel niet weten wat zij hierin voor hun toekomstige cliënten zouden kunnen betekenen. Docenten en studenten van de opleiding delen de visie dat het onderwerp seksualiteit geïntegreerd zou mogen worden binnen het curriculum.

## Aanbevelingen

6.4.1. Aanbevelingen voor de opleiding

Onderwerp seksualiteit niet vermijden

Hoewel er binnen dit onderzoek geen aanwijzing is dat docenten het onderwerp seksualiteit bewust zouden vermijden, is de onderzoeksgroep van mening dat zij wel een voorbeeldfunctie hebben. Het onderwerp seksualiteit kan bijvoorbeeld geïntegreerd worden door casuïstiek aan te bieden waar hulpvragen naar voren komen op het gebied van seksualiteit. Studenten kunnen hierdoor kennis maken met het onderwerp seksualiteit binnen de ergotherapie. Daarnaast kunnen er praktijkvoorbeelden gegeven worden die een ergotherapeut op het gebied van seksualiteit tegen kan komen. Aanbeveling is ook om het onderwerp seksualiteit mee te nemen in de lessen over gebieden waar de ergotherapeut op kan inspelen, zoals persoonlijke verzorging, houdingen en hulpmiddelen, belasting en belastbaarheid en sensibiliteit. Ook bij preventie van druk- en schuifplekken en advisering van de woonomgeving kan het onderwerp seksualiteit worden belicht.

Het PLISSIT model introduceren

Een aanbeveling is het introduceren van het PLISSIT model van Annon (1976) binnen de opleiding ergotherapie. Het model biedt ergotherapeuten vier niveaus voor het omgaan met seksuele problemen. De eerste drie niveaus kan de ergotherapeut gebruiken als hulpmiddel voor het bespreekbaar maken en behandelen van het onderwerp seksualiteit. Het PLISSIT model biedt houvast voor het verwerven van de benodigde kennis, vaardigheden en attitude ten aanzien van het onderwerp seksualiteit. Zie bijlage 6 voor een door de onderzoeksgroep uitgewerkte versie van het PLISSIT model.

6.4.2. Aanbevelingen vervolgonderzoek

Om het onderwerp seksualiteit binnen het curriculum van de opleiding te integreren, zou het zinvol kunnen zijn om te onderzoeken in welke mate er draagvlak is om handvatten aan te reiken (docenten) en kennis, vaardigheden en attitude te verwerven (studenten) ten aanzien van het onderwerp seksualiteit in relatie tot de toekomstige beroepsuitoefening. Hierbij denkt de onderzoeksgroep aan het afnemen van individuele interviews onder docenten en studenten van de opleiding ergotherapie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Daarnaast komt er uit dit onderzoek naar voren dat de professionele grenzen van de ergotherapie ten aanzien van het onderwerp seksualiteit nog niet altijd duidelijk zijn. Een aanbeveling voor vervolgonderzoek is om deze grenzen te onderzoeken en in kaart te brengen, in relatie tot de gebieden waar een ergotherapeut op kan inspelen. Tot slot zou een onderzoek onder cliënten nog waardevol kunnen zijn om ook inzicht te krijgen in de visie van de cliënt. Vinden zij een ergotherapeut de aangewezen zorgprofessional om seksualiteit te bespreken of gaat hun voorkeur uit naar een andere (para)medische discipline?

# Literatuurlijst

Areskoug-Josefsson, K., Gard, G., Juuso, P., Larsson, A., Rolander, B. (2016). *Health care students’ attitudes towards working with sexual health in their professional roles: survey of students at nursing, physiotherapy and occupational therapy programmes*. Sexuality and disability, 34(3), 289-302.

Bender, J., Hoïng, M., Dam, A. van, Visser, T. & Berlo, W. van. (2005). *Is revalidatie aan seks toe?* Utrecht: Rutgers Nisso Groep.

Boeije, H. R. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen.* Amsterdam: Boom.

Broek, J. ten, Offeringa, S., Oudenaarden, J. & Schaaf, M. van der. (2012) *Multidisciplinaire richtlijn ALS, richtlijnen voor ergotherapie, fysiotherapie en logopedie bij patiënten met ALS*. Utrecht/Amsterdam. ALS centrum Nederland.

Couldrick, L. (1998). *Sexual issues: an area of concern for occupational therapists?*. British Journal of Occupational Therapy. 61(11).

Couldrick, L. (1998). *Sexual issues within occupational therapy, Part 1: Attitudes and Practice*. British Journal of Occupational Therapy. 61(12).

Donk, C. van der, Lanen, B. van (2016). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn* (2e druk). Bussum: UitgeverijCoutinho.

Encyclo Nederlandse encyclopedie (2017). *Definitie begrip visie*. Geraadpleegd op 28 april 2017, van http://www.encyclo.nl/begrip/visie

Forumresearch. (z.d.) *tips voor betrouwbaar en valide kwalitatief onderzoek.* Geraadpleegd op 12 oktober 2016, van:

http://www.forumresearch.nl/blog/6-tips-voor-betrouwbaar-en-valide-kwalitatief-onderzoek/

Gianotten, W.L., Meihuizen-de Regt, M.J. (2008). *Seksualiteit bij ziekte en lichamelijke beperking*. Uitgeverij van Gorcum.

Granse, M. le, Hartingsveldt, M. van, Kinébanian, A. (2012). *Grondslagen van de ergotherapie*. 3e druk. Amsterdam: Reed Business.

Hartingsveldt, M. van, Logister-Proost, I., Kinébian, A. (2010). *Beroepsprofiel Ergotherapeut.* Den Haag: Boom Lemma.

Groot, H.E., Tuijnman-Raasveld, C.C., Visser-Meily, A. (2011). *Bespreken van seksualiteit*. Universitair Medisch Centrum Groningen/Nederlandse Hartstichting.

Helmes, E., Chapman, J. (2011). *Education about sexuality in the elderly by healthcare professionals: a survey from the Southern Hemisphere*. Sex. Educ. 2011; 12:95–107.

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. (2016-2017). *Diverse hoor- en werkcolleges Praktijkgericht Onderzoek*. Geraadpleegd op diverse data in september tot en met oktober 2016, van:

https://study.han.nl/sites/IPS/OWE/praktijkgericht-onderzoek/1617-S1-PO/SitePages/Home

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. (2016). *Instellingsplan 2016-2020*. Geraadpleegd en gedownload op 22 november 2016 van: https://www.han.nl/start/corporate/over-de-han/missie/instellingsplan/ \_attachments/han\_ instellingsplan\_2016-2020\_nl.pdf

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. (2017). *Gedragscode praktijkgericht onderzoek.* Geraadpleegd op 22 oktober 2016 van:

https://www1.han.nl/insite/sb/content/Gedragscode\_praktijk\_gericht\_onderzoek.xml?a=b&sitedir=self&profiel\_select=Insite

Ketelaar, P. E., Hentenaar, F. P. A. M., Kooter, M. F. C. (2011). *Groepen in focus: In vier stappen naar toegepast focusgroeponderzoek*. Den Haag: Boom Lemma.

Kielhofner, G. (1993). *Occupation as the major activity of humans*. In: Hopkins, H., Smith, H., eds. Willard and Spackman’s occupational therapy. 8th ed. Philadelphia: JB Lippincott.

McGrath, M., Lynch, E. (2014). *Occupational therapists’ perspectives on addressing sexual concerns of older adults in the context of rehabilitation*. Disability and rehabilitation, *36*(8), 651-657.

Nap, H.H., Lukkien, D., Suijkerbuijk, S. (2016). *Intimiteit en seksualiteit in de ouderenzorg*. Vilans.

Nes, F. van, Satink, T., Kinébanian, A. (2012). Hoofdstuk 6: *Architectuur van kwalitatief wetenschappelijk onderzoek*. In R.W.J.G. Ostelo, A.P. Verhagen & H.C.W. de Vet. *Onderwijs in wetenschap* (55-64) (3e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Nosek, M. A., & Simmons, D. K. (2007). *People with disabilities as a health disparities population: The case of sexual and reproductive health disparities*. Canadian Journal of Health Promotion, 5, 68–81.

Opstal, S. (2006). *Love is in the air: de mogelijkheden van ergotherapeuten voor dwarslaesiecliënten met problemen op het gebied van seksualiteit en de profilering hiervan*. Hogeschool van Rotterdam.

Quest (2015). *Hoe preuts is Nederland?*. Geraadpleegd op 18 januari 2017, van http://www.quest.nl/artikel/hoe-preuts-is-nederland

Sakellariou, D., Algado, S. (2006). *Sexuality and occupational therapy: exploring the link*. The British Journal of Occupational Therapy, 69(8), 350-356.

Sengupta, S., Davis, S., & Stubbs, B. (2008). *Let's talk about sexuality: Whose responsibility is it?*. International Journal of Therapy & Rehabilitation. pp. 286-287.

Steultjens, E.M.J., Cup, E.H.C., Zajec, J., Hees, S. van. (2013). *Ergotherapierichtlijn CVA*. Nijmegen/Utrecht. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen/Ergotherapie Nederland.

Verhoef, J. A. C., Kuiper, C. H. Z., Neijenhuis, C. A. M., Dekker-van Doorn, C. M., & Rosendal, H. (2016). *ZorgBasics: Praktijkgericht onderzoek.* Amsterdam: Boom uitgevers**.**

Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek?: praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs* (5e druk). Den Haag: Uitgeverij Boom Lemma.

WHO. (2010). *Standards for sexuality education in Europe*. *A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists*. Keulen: WHO Regional Office for Europe and BZgA.

Wouters, C. (1995). *De lustbalans van liefde en seks: Ontwikkelingen sinds de seksuele revolutie*. Amsterdams Sociologisch Tijdschrift, 22 (2).

# Bijlagen

Bijlage 1 informatiebrief deelnemers focusgroep docenten pagina 32

Bijlage 2 informatiebrief deelnemers focusgroep studenten pagina 33

Bijlage 3 informed consent formulier pagina 34

Bijlage 4 interviewguide pagina 35

Bijlage 5 beslisboom ethische commissie pagina 37

Bijlage 6 PLISSIT model pagina 38

## Bijlage 1 Informatiebrief deelnemers focusgroep docenten

Onderwerp: uitnodiging en informatie met betrekking tot ons praktijkgericht onderzoek.

Beste docent aan de opleiding ergotherapie,

Recent heeft u via onze opdrachtgever, M. Kaijen, een flyer ontvangen met informatie over ons praktijkgericht onderzoek, seksualiteit binnen de ergotherapie, en over ons als junioronderzoekers. Met deze brief willen we u uitnodigen voor deelname aan een focusgroep.

Wij doen onderzoek naar de visie van, in uw geval, docenten van de opleiding Ergotherapie aan de Hogeschool Arnhem en Nijmegen. Daarnaast verzamelen wij visies van studenten aan deze opleiding.

Wij willen door middel van focusgroep-interviews, meningen van de deelnemers in kaart brengen en onderlinge dialogen tussen de deelnemers stimuleren. Hiervoor hebben wij uw hulp nodig.

Wat is uw rol in dit onderzoek? U bent één van de objectief geselecteerde deelnemers aan de focusgroep docenten. Wij zouden het erg op prijs stellen als u aan het onderzoek zou willen deelnemen. U hoeft zich op het focusgroep-interview niet voor te bereiden. In samenwerking met het secretariaat van de opleiding is er een datum en tijd gezocht, waarop u ruimte in uw agenda zou hebben om deel te nemen. Wij zouden het op prijs stellen als u deze datum en tijd in uw agenda voor ons onderzoek zou willen noteren. Het gaat om maandag 21 november 2016 van 12:00 tot 13:00 uur. Binnenkort ontvangt u van ons een tweede mail met het gereserveerde lokaal.

Voorafgaand aan de bijeenkomst zal u worden gevraagd een formulier (*informed consent*) te ondertekenen waarin u aangeeft akkoord te gaan met het opnemen van zowel geluid als beeld van het gesprek. Nadat de gegevens door ons anoniem in het onderzoek zijn verwerkt, zullen de opnames gewist worden.

Heeft u vragen, dan kunt u altijd per mail contact met ons opnemen. Wij streven ernaar om de mail z.s.m. te beantwoorden. Het mailadres is: pose1617@gmail.com

We hopen van harte op uw medewerking aan dit onderzoek. Als tegenprestatie wordt er tijdens de focusgroep voor een versnapering gezorgd.

Met vriendelijke groet,

Dian van Helfteren, John Leppers, Ruby Tholen en Tara Briels.

## Bijlage 2 Informatiebrief deelnemers focusgroep studenten

**Informatiebrief** **studenten**

Onderwerp: uitnodiging en informatie met betrekking tot ons praktijkgericht onderzoek.

Beste student aan de opleiding ergotherapie,

Wij zijn Dian, John, Ruby en Tara, collega vierde jaars studenten ergotherapie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Voor ons praktijkgericht onderzoek doen wij onderzoek binnen de opleiding ergotherapie. Via deze brief willen we jullie uitnodigen voor deelname aan en informatie verstrekken over ons onderzoek.

De aanleiding voor het onderzoek ligt in het feit dat er aan sommige onderwerpen geen aandacht wordt besteed binnen onze opleiding. Wij willen onderzoeken hoe dit door anderen wordt ervaren. Hiervoor willen wij met behulp van vijf focusgroepen interviews afnemen om de meningen van drie verschillende groepen in kaart brengen. Het gaat om de volgende focusgroepen: twee focusgroepen van acht studenten, één focusgroep van zes docenten en twee focusgroepen van zes alumni ergotherapie.

Wat is nu jouw rol in dit onderzoek? Jij bent één van de objectief geselecteerde deelnemers aan de focusgroep studenten. Wij zouden het erg op prijs stellen als je aan ons onderzoek zou willen deelnemen. In de planning van de bijeenkomst hebben we zoveel mogelijk rekening gehouden met jullie schoolrooster.

De bijeenkomst zal plaatsvinden op 24 november 2016 op de HAN in lokaal D 2.33 van 10:30 tot 11:30 uur. Voorafgaand aan de bijeenkomst zal je worden gevraagd een formulier (informed consent) te ondertekenen waarin je aangeeft akkoord te gaan met het opnemen zowel van geluid als beeld van het gesprek. Nadat de gegevens door ons anoniem in het onderzoek zijn verwerkt, zullen de opnames gewist worden.

Heb je al vragen, dan kan je altijd per mail contact met ons opnemen. Wij streven ernaar om de mail z.s.m. te beantwoorden. Het mailadres is: pose1617@gmail.com

We hopen van harte op je medewerking aan dit onderzoek. Als tegenprestatie wordt er tijdens de focusgroep voor een versnapering gezorgd.

Met vriendelijke groet,

Dian van Helfteren, John Leppers, Ruby Tholen en Tara Briels.

## Bijlage 3 Informed consent

**Toestemmingsformulier respondent**

**Praktijkgericht onderzoek seksualiteit**

*In te vullen door de respondent*

* Ik heb de informatiebrief ontvangen en gelezen. Ik heb de mogelijkheid gehad om vragen te stellen en deze zijn ook naar vermogen voldoende beantwoord.
* Ik heb genoeg tijd gehad om te beslissen of ik meedoe. Ook ben ik me ervan bewust dat deelname geheel vrijwillig is. Ik kan op elk moment beslissen om me(zelf) terug te trekken en te stoppen met het onderzoek. Hiervoor hoef ik geen reden op te geven.
* Ik weet dat enkele personen mijn gegevens kunnen inzien. Deze personen staan vermeld in de informatiebrief.
* Ik geef toestemming voor het verzamelen en gebruiken van mijn gegevens voor de doelen die in de informatiebrief staan beschreven.
* Ik geef toestemming aan de onderzoekers om geluidsopname en beeldmateriaal op te nemen tijdens de deelname aan de focusgroep. Ik weet dat de opnames uitsluitend worden gebruikt voor doeleinden welke beschreven staan in de informatiebrief.

Ik wil deelnemen aan de focusgroep en daarmee ook het praktijkonderzoek JA/NEE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Naam deelnemer: | Datum: | Handtekening: |

*In te vullen door verantwoordelijke onderzoeker*

* Ik verklaar dat ik de respondent volledig heb geïnformeerd over het praktijkonderzoek.
* Ik verklaar dat er zorgvuldig om wordt gegaan met de verkregen informatie van de respondent.
* Mocht de respondent vroegtijdig willen stoppen met zijn of haar deelname van het onderzoek, heeft dit geen gevolgen.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Naamonderzoeker:  Dian van Helfteren  John Leppers  Ruby Tholen  Tara Briels | Datum: | Handtekening: |

## 

## Bijlage 4 Interviewguide

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Introductie focusgroep interview** | | | |
| **Planning** | **Aandachtspunten** | **Tijd** | **Doel** |
| Binnenkomst | Koffie, thee, water en zelfgemaakte versnapering aanbieden.   * Bedanken voor komst en reactie op de uitnodiging focusgroep. | 0-5 minuten | De deelnemers op hun gemak stellen met informeel welkomst. |
| Mededelingen | Herhalen wat in het toestemmingsformulier staat.   * Beeld-, en geluidsopname * De focusgroep wordt getranscribeerd, en uitspraken van deelnemers worden hierin geanonimiseerd. * Voorstellen aanwezige junior onderzoeker in de rol van observator. * Informeren over voorafgaande/toekomstige focusgroepen.   Toestemmingsformulier in laten vullen. | 0-5 minuten | De deelnemers hebben helder wat er in het toestemmingsformulier staat en hebben deze ondertekend. |
| Introductie | Introductie van het praktijk onderzoek.   * Uitleg rol van deelnemers, en belang van deelname. * Uitleg rol van moderator. * Voorstelrondje. | 0-5 minuten | Introductie van het focusgroep interview |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hoofdvraag** | | |
| **Geformuleerde vraag** | **Doorvraag mogelijkheden** | **Werkvorm** |
| Beschrijf jouw mening of seksualiteit een onderwerp zou kunnen zijn voor de ergotherapie als je kijkt naar het professionele bereik waarbinnen de ergotherapeut kennis en expertise heeft? | N.v.t.  De volgende vragen zijn geformuleerd om de deelnemers te laten vertellen wat zij hebben opgeschreven. | De deelnemers krijgen vijf minuten de tijd om individueel hun mening en visie hierover op te schrijven. |
| **Deelvragen**  *Omdat de focusgroep semigestructureerd wordt vormgegeven hoeven de geformuleerde vragen niet in deze volgorde gesteld te worden. Ook kan er afgeweken worden van de geformuleerde vragen mochten de deelnemers een andere wending geven aan de focusgroep.* | | |
| Wat verstaan jullie onder seksualiteit? | * In welke mate is seksualiteit een onderwerp voor de ergotherapie? * Wat is jullie beeld over de gebieden waarop een ergotherapeut zou kunnen adviseren, begeleiden en/of behandelen als het gaat om seksualiteit? | White board gebruiken om een overzicht en definitie te creëren wat deelnemers verstaan onder seksualiteit.  Deelnemers de ruimte geven om op elkaar te reageren en elkaar aan te vullen. |
| Moet het onderwerp seksualiteit in overweging worden genomen bij de invulling van een nieuw of aangepast bestaan onderwijsprogramma? | Het is een gesloten vraag dus is het belangrijk om door te vragen met onder andere:   * Wie, wat, waar, wanneer, waarom en hoe. | Deelnemers de ruimte geven om op elkaar te reageren en elkaar aan te vullen. |
| Kunnen jullie gezamenlijk een samenvatting maken van wat er besproken is in de focusgroep? | n.v.t. | Mondeling een samenvatting laten maken door deelnemers. Elkaar laten aanvullen, verschillen en overeenkomsten bespreekbaar maken. De mogelijkheid is er om een white board te gebruiken om het overzichtelijk te maken. |

**Signaalwoorden om op door te vragen:** Taboe, complex onderwerp, kennis en vaardigheden, kwaliteit van leven, betekenisvol handelen, betekenisvolle activiteiten en grenzen

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Afsluiting focusgroep** | | | |
| **Planning** | **Aandachtspunten** | **Tijd** | **Doel** |
| Afsluiting focusgroep | Nagaan of deelnemers een onderwerp of punten hebben gemist.  Deelnemers de mogelijkheid geven om vragen te stellen. | 0-5 minuten | Deelnemers hebben hun mening en visie kunnen delen in de focusgroep. |
| Bedanken van deelnemers | Bedanken voor de inzet, tijd en deelname. | 0-5 minuten |  |
| Feedback vragen | Mondeling maar dit wordt ook via de mail gedaan. | 0-5 minuten | Feedback verwerken voor een volgende focusgroep. |

## Bijlage 5 Gedragscode

Om te bepalen of het onderzoek voldoet aan de eisen gesteld in de “gedragscode voor student-onderzoekers bij het uitvoeren van praktijkgericht onderzoek”, is de beslisboom zoals die in deze gedragscode onder bijlage 8 is beschreven ingevuld. De invulling van de vragenlijst is hieronder beschreven.

Vraag 1: valt het onderzoek onder de WMO (wet medisch wetenschappelijk onderzoek)?

Antwoord: nee

Vraag 2: is er sprake van onderzoek bij een minderjarige en/of wilsonbekwame waarbij de dataverzameling buiten de normale beroepspraktijk valt?

Antwoord: nee

Vraag 3: is er sprake van opgelegde handelingen die psychisch en/of fysiek belastend (kan) zijn?

Antwoord: nee

Vraag 4: is er sprake van onderzoek bij een persoon van wie de privacy ernstig kan worden beïnvloed door het gebruik van bijzondere persoonsgegevens?

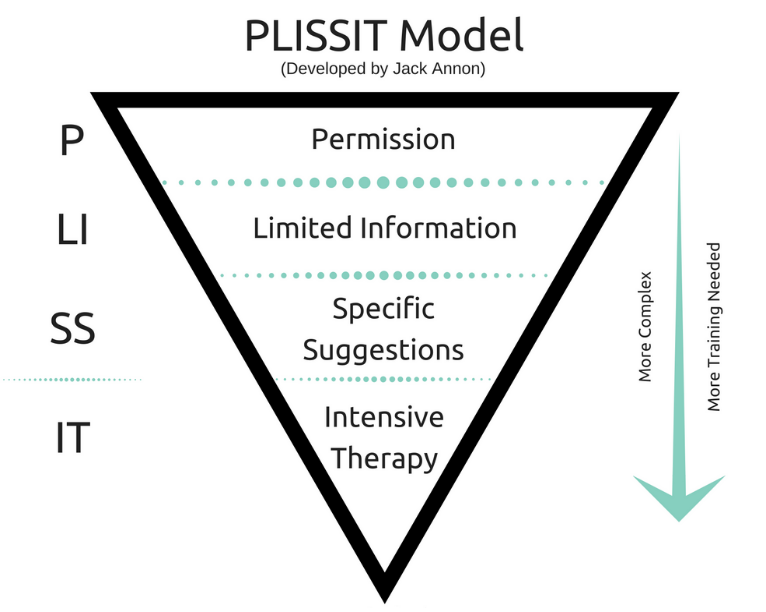
Antwoord: nee

Vraag 5: zijn er twijfels of het onderzoek wordt uitgevoerd conform de gedragscode?

Antwoord: nee

Alle vragen zijn met nee beantwoord. Dit houdt in dat het onderzoeksvoorstel niet te hoeft worden voorgelegd aan de Adviescommissie Praktijkgericht Onderzoek GGM.

## Bijlage 6 PLISSIT model



**Niveau 1: Permission**

Dit eerste niveau betekent ‘toestemming’. Hiermee wordt bedoeld dat de ergotherapeut aangeeft dat problemen op het gebied van seksualiteit er mogen zijn en dat erover gesproken kan worden. Een ergotherapeut kan op dit niveau het onderwerp aansnijden met de volgende voorbeelden: “in de tijd dat ik hier werk heb ik gemerkt dat mensen met een vergelijkbare diagnose vragen hebben op het gebied van seksualiteit. Als u vragen heeft op dit gebied dan kunt u bij mij terecht” of: “als u vragen heeft over wassen, aankleden, seksualiteit, huishouden of andere praktische zaken, dan kunnen we samen naar een oplossing kijken”. De ergotherapeut moet zich op zijn gemak voelen bij het bespreken van problemen op het gebied van seksualiteit. Er is geen specifieke kennis nodig voor dit niveau van omgaan met seksuele problemen.

**Niveau 2: Limited Information**

Het tweede niveau is die van ‘beperkte informatie’. Op dit niveau voorziet de ergotherapeut de cliënt van specifieke, feitelijke informatie. Afhankelijk van de kennis van de ergotherapeut, kan er op dit niveau informatie/voorlichting gegeven worden over oorzaken en gevolgen van seksuele problemen. Er kan ook feitelijke informatie worden gegeven over organisaties en lotgenotengroepen.

**Niveau 3: Specific Suggestions**

Op dit niveau worden er concrete adviezen gegeven voor aanpassing of verandering. De ergotherapeut zal het probleem verder in kaart moeten brengen en moeten bepalen of hij zichzelf in staat acht om de cliënt van specifieke suggesties te voorzien. Om adviezen te kunnen geven, zal de ergotherapeut extra informatie moeten verzamelen. De adviezen verhouden zich tot de terreinen waar een ergotherapeut op kan inspelen, zoals houdingen en hulpmiddelen, belasting en belastbaarheid, sensibiliteit en advisering van de woonomgeving.

**Niveau 4: Intensive Therapy**

Wanneer met toestemming, beperkte informatie en specifieke suggesties het probleem niet op te lossen is, rest nog de intensieve therapie. Intensieve therapie is gericht op diepere, onderliggende (mentale en medische) kwesties en problemen. Een ergotherapeut is hiervoor niet de aangewezen discipline en zal moeten doorverwijzen naar een andere discipline, zoals een seksuoloog, een arts of een psycholoog. Elk niveau vraagt een toenemende mate van kennis, vaardigheden en attitude van de ergotherapeut. Een ergotherapeut kan zelf bepalen tot welk niveau hij gaat. Alleen voor het laatste niveau wordt de ergotherapeut geacht om door te verwijzen.

1. Toevoeging door de junioronderzoekers [↑](#footnote-ref-1)
2. Sterke punten/kanten [↑](#footnote-ref-2)
3. beperking [↑](#footnote-ref-3)