

Seksespecifieke hulpverlening als meetlat voor een kwalitatief goede zorg

Deel I:

Inventarisatie en ontwikkeling van kwaliteitsbeleid in de GGZ vanuit SHV

januari 2002

Dr. Majone Steketee
Dr. Katja van Vliet
Drs. Meta Flikweert

Inhoudsopgave

| | |
|--|-----------|
| Hoofdstuk 1 Opzet en kader van het onderzoek | 5 |
| 1.1 Inleiding | 5 |
| 1.2 Opzet van het onderzoek | 6 |
| 1.3 Seksespecifieke hulpverlening: een nadere omschrijving | 9 |
| | |
| Hoofdstuk 2 Een inventarisatie van kwaliteitsbeleid en seksespecifieke hulpverlening | 12 |
| 2.1 Inleiding | 12 |
| 2.2 Kwaliteitsbeleid van de instellingen | 12 |
| 2.3 De stand van zaken met betrekking tot SHV | 14 |
| 2.4 SHV en kwaliteitsbeleid | 15 |
| 2.5 Belemmerende en bevorderende factoren | 17 |
| 2.6 Conclusies | 18 |
| | |
| Hoofdstuk 3 Model Intakeprotocol GGZ vanuit seksespecifieke hulpverlening | 20 |
| 3.1 Inleiding | 20 |
| 3.2 Ontwikkeling en toepassing van het Model Intakeprotocol | 20 |
| 3.3 De implementatie van het Model Intakeprotocol | 22 |
| 3.4 Evaluatie van het aangepaste intakeprotocol | 23 |
| 3.5 Conclusies en aanbevelingen | 26 |
| | |
| Hoofdstuk 4 Quick Scan integratie seksespecifieke hulpverlening in de GGZ | 30 |
| 4.1 Inleiding | 30 |
| 4.2 Beschrijving van het instrument | 30 |
| 4.3 De implementatie van de Quick Scan | 31 |
| 4.3.1 Het uitzetten van het instrument | 31 |
| 4.3.2 De evaluatie van de Quick Scan | 32 |
| 4.4 Resultaten wat betreft de stand van zaken met betrekking tot seksespecifieke hulpverlening | 34 |
| 4.4.1 Langdurige psychiatrische zorg (inclusief RIBW) | 36 |
| 4.4.2 De sector Jeugd-GGZ | 37 |
| 4.4.3 Verslavingszorg | 38 |
| 4.4.4 Sector Ouderen | 39 |
| 4.4.5 De kortdurende zorg in de GGZ | 40 |
| 4.4.6 Sector ambulante GGZ | 42 |
| 4.5 Conclusies en aanbevelingen | 43 |

| | |
|--|----|
| Hoofdstuk 5 Waardering door cliënten | 44 |
| 5.1 Inleiding | 44 |
| 5.2 De ontwikkeling van het instrument | 44 |
| 5.3 Het waarderingsinstrument en de aanvullingen vanuit SHV | 45 |
| 5.3.1 GGZ-Thermometer voor waardering door cliënten (2001) | 45 |
| 5.3.2 Verantwoording van de aanvulling vanuit SHV | 46 |
| 5.4 De implementatie van het instrumentarium | 48 |
| | |
| Hoofdstuk 6 De implementatie van de instrumenten SHV: belemmerende en bevorderende factoren | 50 |
| 6.1 Inleiding | 50 |
| 6.2 Het implementatieproces | 50 |
| 6.3 Implementatie van het Model Intakeprotocol | 51 |
| 6.4 Implementatie van de Quick Scan | 52 |
| 6.5 Conclusies en aanbevelingen | 52 |
| | |
| Hoofdstuk 7 Slotconclusies | 54 |
| 7.1 Inleiding | 54 |
| 7.2 Kwaliteit in de GGZ | 54 |
| 7.3 Kwaliteitsinstrumenten in de GGZ | 55 |
| 7.4 SHV onderdeel van het behandel aanbod | 56 |
| | |
| Literatuur | 58 |
| Bijlage 1 Vragenlijst | 60 |
| Bijlage 2 Analyse kader | 62 |

Opzet en kader van het onderzoek

1.1 Inleiding

In het kader van het programma 'Kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg' van ZorgOnderzoek Nederland (ZON) is in opdracht van GGZ Nederland een onderzoek uitgevoerd naar de integratie van kwaliteitseisen voor seksepecifieke hulpverlening (SHV) in het kwaliteitsbeleid van instellingen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). In het onderzoek is nagegaan in hoeverre en op welke wijze het mogelijk is een kwaliteitsbeleid in de GGZ te ontwikkelen dat uitgaat van seksepecifieke hulpverlening in instellingen binnen de sectoren van de GGZ, te weten de ambulante zorg, de klinische zorg en beschermd wonen, en binnen de verslavingszorg.

Binnen de geestelijke gezondheidszorg is sprake van sekseverschillen in de aard en ernst van de problemen, in het aangeboden behandelaanbod en in de opnameduur.

turele achtergrond, seksuele geaardheid en maatschappelijke positie. Het beleid van de rijksoverheid is vanaf begin jaren tachtig gericht op de integratie van seksepecifieke hulpverlening binnen de bestaande instellingen. Een manier om de integratie te stimuleren is om bij de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaarden in de geestelijke gezondheidszorg rekening te houden met uitgangspunten van seksepecifieke hulpverlening.

Er van uitgaande dat seksepecifieke hulpverlening de kwaliteit van het hulpaanbod van de instelling verhoogt, voeren de verschillende koepels in de geestelijke gezondheidszorg al een aantal jaren een stimulerend beleid ten aanzien van het ontwikkelen van een intern kwaliteitsbeleid dat rekening houdt met de uitgangspunten van seksepecifieke hulpverlening. Uit onderzoek van GGZ Nederland (Egtberts, 1991) en het Verwey-Jonker Instituut (Plemper & Steketee, 1996) blijkt echter dat seksepecifieke hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg vooral als een aparte behandelvorm aanwezig is binnen de instellingen en niet als een geïntegreerd onderdeel van het bestaande hulpaanbod. Doel van het onderzoek is om na te gaan in hoeverre en op welke wijze het mogelijk is om een kwaliteitsbeleid te ontwikkelen waarvan de uitgangspunten van seksepecifieke hulpverlening een geïntegreerd onderdeel uitmaken.

De kwaliteit van de zorg kan door middel van twee acties verhoogd worden: enerzijds door verdere integratie van seksepecifieke hulpverlening in de GGZ en anderzijds door een intern kwaliteitsbeleid dat rekening houdt met de uitgangspunten van seksepecifieke hulpverlening. Op het terrein van de integratie van seksepecifieke hulpverlening binnen het hulpaanbod worden al meerdere activiteiten ondernomen. Zo vindt er vanuit GGZ Nederland een interinstitutionele kwaliteitstoetsing vrouwenhulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg plaats. Door middel van deze toetsing wordt nagegaan in hoeverre vrouwenhulpverlening / seksepecifieke hulpverlening een geïntegreerd onderdeel uitmaakt van het behandelaanbod van de instellingen. Daarnaast wordt door TransAct jaarlijks het seksepecifieke hulpaanbod binnen de instellingen geïnventariseerd.

Het in deze rapportage beschreven onderzoek is met name op het tweede actiepunt gericht. Het heeft tot doel seksepecifieke hulpverlening te integreren in het bestaande zorgaanbod van

GGZ-instellingen door samen met betrokkenen een instrumentarium te ontwikkelen waarmee het aanbod en het beleid beter vastgesteld en geëvalueerd kan worden. Voor het ontwikkelen van een integraal kwaliteitsbeleid voor de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg is in dit onderzoek gebruikgemaakt van de kwaliteitseisen, -normen en -instrumenten die vanuit de seksespecifieke, c.q. vrouwenhulpverlening ontwikkeld zijn. Deze kwaliteitsaspecten sluiten aan bij de diversiteit onder cliënten, waardoor er niet alleen aandacht is voor verschillen tussen vrouwen en mannen maar ook tussen vrouwen onderling en tussen mannen onderling wat betreft de sociale achtergrond, etniciteit en seksuele oriëntatie.

De vraagstelling van het onderzoek luidde als volgt:

In hoeverre en op welke wijze kan binnen de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg een integraal kwaliteitsbeleid ontwikkeld worden dat uitgaat van de uitgangspunten van seksespecifieke hulpverlening?

Het onderzoek bestond uit drie fasen: een inventarisatie- en ontwikkelfase, een implementatie- en evaluatiefase en een diffusiefase. Het onderzoek richtte zich zowel op het proces als op de uitkomsten. Voor het evaluatieonderzoek werden de volgende vragen geformuleerd:

1. In hoeverre blijkt het integrale kwaliteitsbeleid seksespecifieke hulpverlening in de praktijk realiseerbaar? Wat zijn bevorderende dan wel belemmerende factoren in dit proces?
2. Voor welke kwaliteitsnormen vanuit seksespecifieke hulpverlening is het noodzakelijk om een specifiek kwaliteitsinstrumentarium te ontwikkelen?
3. Leidt een integraal kwaliteitsbeleid ertoe dat seksespecifieke hulpverlening een meer geïntegreerd onderdeel van het behandelaanbod vormt?
4. Leidt een integraal kwaliteitsbeleid tot een behandelaanbod dat beter recht doet aan de diversiteit van de cliënten, wat betreft hun achtergrond, sekse, etniciteit etc?

In de eerste fase is aan de hand van interviews en documentanalyse geïntervieweerd welke kwaliteitsstandaarden en -instrumenten gehanteerd worden en in hoeverre het bestaande kwaliteitsinstrumentarium aanvulling behoeft vanuit het perspectief van seksespecifieke hulpverlening. De resultaten hebben geleid tot a) een voorstel voor aanpassing van bestaande instrumenten gericht op het primaire proces, te weten een model intakeprotocol en een vragenlijst voor tevredenheidsonderzoek en b) een instrument gericht op de organisatie om in de instellingen de stand van zaken ten aanzien van SHV vast te stellen (Quick Scan). In de tweede fase zijn twee van de drie instrumenten, namelijk het model intakeprotocol en de Quick Scan binnen enkele instellingen uitgezet en geëvalueerd. De instrumenten zullen in de diffusiefase landelijk worden verspreid.

In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de opzet en het kader van het onderzoek. In paragraaf 1.2 wordt de opzet van het onderzoek beschreven. In paragraaf 1.3 worden het begrip en de uitgangspunten van SHV nader omschreven.

1.2 Opzet van het onderzoek

Het onderzoek bestond uit drie fasen:

1. inventarisatie en ontwikkeling van instrumenten ten behoeve van een geïntegreerd kwaliteitsbeleid seksespecifieke hulpverlening;
2. implementatie en evaluatie van de instrumenten;
3. diffusiefase.

In de eerste fase zijn op basis van een inventarisatie van het bestaande kwaliteitsinstrumentarium drie instrumenten ontwikkeld: een model intakeprotocol vanuit SHV, een module bij een vragenlijst voor waarderingsonderzoek en een instrument om de stand van zaken ten aanzien van SHV vast te stellen (Quick Scan). In de tweede fase zijn twee van de drie instrumenten, namelijk het model intakeprotocol en de Quick Scan, binnen enkele instellingen uitgezet en geëvalueerd. De op grond van de evaluatie bijgestelde instrumenten zullen in de diffusiefase landelijk worden uitgezet, waarbij aanbevelingen zullen worden gedaan voor een succesvolle implementatie ervan. In deze paragraaf wordt de opzet van de twee deelonderzoeken (fase 1 en 2) beschreven.

Deelonderzoek 1: inventarisatie en ontwikkeling van een geïntegreerd kwaliteitsbeleid sekspecifieke hulpverlening

In de eerste fase is bij de geselecteerde instellingen geïnventariseerd welke kwaliteitsstandaarden en -instrumenten gehanteerd worden en in hoeverre het bestaande kwaliteitsinstrumentarium aanvulling behoeft vanuit het perspectief van sekspecifieke hulpverlening. De inventarisatie heeft plaatsgevonden aan de hand van interviews met sleutelfiguren binnen de instelling op het terrein van sekspecifieke hulpverlening en/of kwaliteitsbeleid en met behulp van de analyse van relevante beleidsdocumenten. De resultaten hebben geleid tot a) een voorstel voor aanpassing van bestaande instrumenten gericht op het primaire proces, te weten een model intakeprotocol en een vragenlijst voor waarderingsonderzoek en b) een instrument gericht op de organisatie om in de instellingen de stand van zaken ten aanzien van SHV te vast te stellen (Quick Scan). De ontwikkeling en de implementatie van de instrumenten worden beschreven in de hoofdstukken 3, 4 en 5.

De selectie van de instellingen

Gezien de aard en de omvang van het onderzoek, waarbij de nadruk lag op het ontwikkelen, implementeren en evalueren van geïntegreerd kwaliteitsbeleid, is ervoor gekozen een beperkt aantal instellingen te selecteren in enkele regio's. Om een gevarieerd beeld te krijgen is daarbij rekening gehouden met de verschillende stadia van samenwerking en fusievorming waarin veel instellingen verkeerden in de afgelopen jaren. Dit leidde tot de selectie van twee GGZ-instellingen die het resultaat zijn van een fusie tussen meerdere of alle instellingen op het terrein van ambulante zorg, klinische zorg, beschermd wonen en de verslavingszorg, en een aantal instellingen binnen één regio waar nog geen sprake is van een fusie, maar wel van samenwerking.

De volgende instellingen in drie verschillende regio's zijn benaderd en hebben deelgenomen aan het onderzoek:

1. In de regio Kennemerland: de Regionale Instelling Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG) Midden-Kennemerland, Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ) Bosch en Duin, de Brijder Stichting (verslavingszorg) en de Regionale Instelling Beschermd Wonen (RIBW) Kennemerland. Tussen deze instellingen bestaat een samenwerkingsverband op het terrein van sekspecifieke hulpverlening.
2. In de regio Den Haag: Parnassia psycho-medisch centrum, een sinds 1 januari 1999 uit een fusie voortgekomen instelling op het terrein van de GGZ en de verslavingszorg.
3. In de regio Utrecht: de H.C. Rümkegroep, een gefuseerde instelling op het terrein van de ambulante en klinische zorg (inmiddels 'Altrecht'), Centrum Maliebaan (verslavingszorg) en de Stichting Beschermd Wonen Utrecht (SBWU).

De inventarisatie

Ten behoeve van de verzameling en de verwerking van de gegevens is op basis van een eerste inventarisatie van kwaliteitsinstrumenten en kwaliteitsaspecten seksespecifieke hulpverlening een vragenlijst ontwikkeld (bijlage 1) en een analysekader (bijlage 2). Per instelling zijn steeds twee personen geïnterviewd: 1) de kwaliteitsfunctionaris of, bij het ontbreken van die functie, degene die dat in zijn of haar takenpakket heeft en 2) de functionaris SHV (of vrouwenhulpverlening) of, bij het ontbreken van die functie, iemand die betrokken is bij seksespecifieke hulpverlening en bijvoorbeeld deelneemt aan een werkgroep SHV binnen de instelling. De interviews hebben plaatsgevonden in oktober en november 1999. Daarnaast zijn relevante documenten verzameld, zoals protocollen, (kwaliteits)beleidsplannen en (kwaliteits)jaarverslagen, folders en binnen de instelling ontwikkelde en gebruikte kwaliteitsinstrumenten. Deze documenten zijn geanalyseerd op beleid t.a.v. SHV en seksespecifieke aspecten. Daarnaast is nagegaan wat er, met name landelijk maar ook binnen de instellingen, al ontwikkeld is aan kwaliteitsinstrumenten op het terrein van seksespecifieke hulpverlening en in hoeverre hiervan binnen de instellingen gebruik wordt gemaakt. De resultaten van de inventarisatie worden beschreven in hoofdstuk 2.

De ontwikkeling van de instrumenten

Op basis van de inventarisatie en het verzamelde kwaliteitsinstrumentarium is nagegaan welke elementen van seksespecifieke hulpverlening te integreren zijn binnen de bestaande kwaliteitsstandaarden; welke elementen niet of moeizaam te integreren zijn; en welke kwaliteitsbewakende en -bevorderende instrumenten hiervoor het meest geëigend zijn. Vanuit de instellingen blijkt er op twee niveaus behoefte aan het aanpassen van kwaliteitsinstrumentarium. Voor het primaire proces is er ten eerste behoefte aan een goede intakevragenlijst ten behoeve van een juiste indicatie voor SHV en ten tweede aan tevredenheidsonderzoek onder cliënten naar de beoordeling en ervaren resultaten van SHV. Daarnaast bestaat de behoefte om SHV binnen de instelling herkenbaarder te maken. Naar aanleiding hiervan is gekozen voor a) aanpassing van het bestaande instrumentarium ten behoeve van het primaire proces; en b) een instrument om de stand van zaken ten aanzien van SHV vast te stellen ten behoeve van het beleid van de instelling ten aanzien van het behandelaanbod, personeelsbeleid, deskundigheidsbevordering, etc.

Voor de tweede fase van het onderzoek zijn drie instrumenten ontwikkeld:

1. een model intakeprotocol;
2. een module SHV bij een algemene vragenlijst voor cliëntenwaarderingsonderzoek;
3. een Quick Scan t.b.v. de inventarisatie van SHV binnen de instelling.

De instrumenten zijn voorgelegd aan vier panels van deskundigen vanuit de verschillende sectoren (ambulante zorg, klinische zorg, verslavingszorg en beschermd wonen). Aan de panels is gevraagd om vanuit de eigen sector de bruikbaarheid van de instrumenten in de praktijk te beoordelen en om aanvullingen en prioriteiten aan te geven. De bijgestelde instrumenten zijn in een tweede ronde voorgelegd aan een panel met vertegenwoordigers uit de eerste panels. Naar aanleiding van deze tweede ronde zijn de instrumenten wederom bijgesteld.

De instrumenten zijn opgenomen in een apart rapport: Steketee M., K. van Vliet en M. Flikweert (2002). *Seksespecifieke hulpverlening als meetlat voor kwalitatief goede zorg. Deel II: Kwaliteitsinstrumenten vanuit het perspectief van SHV*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Deelonderzoek 2: implementatie en evaluatie van de instrumenten

In de tweede fase van het onderzoek zijn twee van de drie ontwikkelde instrumenten, namelijk het model intakeprotocol en de Quick Scan, bij de aan het onderzoek deelnemende instellingen

uitgezet en geëvalueerd. De redenen om de module bij de vragenlijst voor het waarderingsonderzoek niet uit te zetten, worden in hoofdstuk 5 beschreven.

Omdat we veel aandacht wilden besteden aan de implementatie van het intakeprotocol was het uitzetten daarvan nogal arbeidsintensief. Om die reden is dit instrument maar bij enkele instellingen uitgezet, namelijk bij de samenwerkende instellingen in de regio Kennemerland (RIAGG, APZ en PAAZ) en bij het Circuit Volwassenen II van Parnassia.

De door de deelnemende instellingen gebruikte intakeprotocollen of -formulieren zijn aan de hand van het model intakeprotocol aangepast. Het model is bij de medewerkers van de betreffende instellingen die intakes verrichten, geïntroduceerd middels een training (zie hoofdstuk 3). Na enkele maanden is aan de betrokken medewerkers en behandelaars een schriftelijke vragenlijst voorgelegd over hoe zij de aanpassing beoordelen. In hoofdstuk 3 wordt de implementatie en de evaluatie van het model intakeprotocol uitgebreid beschreven.

De Quick Scan is uitgezet bij alle instellingen die aan het onderzoek hebben deelgenomen. Naast een evaluatie van het instrument zelf, werd op deze manier ook inzicht verkregen in de mate van integratie van SHV binnen de verschillende instellingen. De aandachtsfunctionarissen SHV van de verschillende instellingen hebben een centrale rol gespeeld in het uitzetten van de Quick Scan en het verzamelen en verwerken van de gegevens. In hoofdstuk 4 wordt de implementatie en evaluatie van de Quick Scan uitgebreid beschreven.

Aangezien de implementatie van de instrumenten een belangrijk onderdeel vormde van het onderzoek is hoofdstuk 6 gewijd aan een beschrijving van het implementatieproces van aanbod en instrumenten vanuit seksspecifieke hulpverlening, de mogelijke weerstanden daarbij en de voorwaarden voor een succesvolle implementatie. Het eindrapport wordt besloten met een samenvatting van de resultaten van het onderzoek en conclusies en aanbevelingen, in hoofdstuk 7.

1.3 Seksspecifieke hulpverlening: een nadere omschrijving

Van vrouwenhulpverlening naar seksspecifieke hulpverlening

De aandacht voor sekse- of genderverschillen in de hulpverlening heeft verschillende benamingen gekend. Van feministische, emancipatoire hulpverlening is het in 1982 veranderd in vrouwenhulpverlening. Door de commissie vrouwenhulpverlening van de Geneeskundige Hoofdinspectie Geestelijke Volksgezondheid wordt vrouwenhulpverlening gedefinieerd als “een hulpverlening aan vrouwen die zich kenmerkt door enerzijds het feit dat de klachten en problemen van vrouwen in verband worden gebracht met haar socialisatie en haar maatschappelijk positie, en anderzijds door het feit dat de daaruit voortvloeiende therapieën speciaal gericht zijn op emancipatoire veranderingen” (Bauduin, 1982).

De legitimatie van vrouwenhulpverlening wordt vrij algemeen gezocht in de erkenning van seksspecifieke klachtenpatronen. Voor de geconstateerde sekseverschillen in de lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg worden echter verschillende verklaringen gegeven (Bekker & Van Vliet, 1989; Steketee 1995). Ten eerste verklaart men seksspecifieke problemen door de sociale context te benadrukken, ofwel de omstandigheden waarin vrouwen leven. Een tweede verklaring is dat vrouwen hun positie anders beleven en ervaren en daardoor een andere identiteit en andere eigenschappen ontwikkelen. Ten slotte is gewezen op de constructie van ziekelijkheid als vrouwelijkheid. Het gaat hierbij om processen van benoeming en definiëring van vrou-

welijkheid, mannelijkheid en pathologie waardoor vrouwen eerder als ziek bestempeld worden. Vrouwen en mannen krijgen geen klachten omdat zij een man of een vrouw zijn, maar omdat ze zich moeten verhouden tot de beelden van 'vrouwelijkheid' en 'mannelijkheid' die in een gegeven cultuur bestaan. Beelden van vrouwen in termen van 'afhankelijk', 'de zeurende vrouw met haar eeuwige vage klachten', en van mannen als 'on gevoelig', 'bindingsangst', 'externaliserend', bepalen het ontstaan en voortbestaan van de klachten.

In de beginjaren negentig doet de term seksespecifieke hulpverlening in de instellingen steeds meer opgang.¹ Redenen voor het verbreden van de term zijn de volgende. Ten eerste bestaat binnen de reguliere gezondheidszorg een soms negatieve (stereotype) beeldvorming over vrouwenhulpverlening. Ten tweede is er toenemende aandacht voor diversiteit: de sekse, etniciteit, de maatschappelijke en sociaal-culturele achtergrond van de hulpvrager zijn van invloed op het psychisch en lichamelijk functioneren, op de behoefte aan hulp en op het hulpverleningsproces. Op het laatste aspect is ook de sekse (evenals andere kenmerken) van de hulpverlener van invloed. De derde reden is de opkomst van mannenhulpverlening.

Seksespecifieke hulpverlening nader omschreven

Seksespecifieke hulpverlening heeft betrekking op een stroming in de hulpverlening die veel belang hecht aan de invloeden van seksespecifieke socialisatie, sekserollen en sociaal-maatschappelijke posities op de ziektebeleving en welzijnsproblemen van vrouwelijke en mannelijke cliënten. Seksespecifieke hulpverlening bouwt voort op de kennis, theorievorming en inzichten van zowel de vrouwenhulpverlening als de mannenhulpverlening. Maar seksespecifieke hulpverlening is meer dan de optelsom van beide vormen van hulpverlening. Het omvat mannenhulpverlening en vrouwenhulpverlening, maar voegt daarbij de interactie tussen mannen en vrouwen en hulpverlening toe. Terwijl vrouwenhulpverlening en mannenhulpverlening vooral wijzen op de voordelen van de seksehomogene setting² en op de valkuilen en beperkingen van sekseheterogene contacten³, zijn beide vormen het aandachtsterrein van de seksespecifieke hulpverlening. De doelstellingen van vrouwenhulpverlening en mannenhulpverlening zijn echter nog steeds de pijlers van de seksespecifieke hulpverlening.

Voor de verbinding van vrouwenhulpverlening en mannenhulpverlening zijn, naast seksespecifieke hulpverlening, inmiddels verschillende termen in omloop, zoals genderhulpverlening en gendersensitieve hulpverlening. Zelfs de oude term emancipatoire hulpverlening wordt weer van stal gehaald. Welke term men ook hanteert, het gaat om de erkenning dat mannen en vrouwen dikwijls verschillende gezondheidsklachten hebben, die zij veelal anders beleven en kenbaar maken. Ook reageren hulpverleners verschillend op mannelijke en vrouwelijke cliënten.

Om die redenen staan de rol en de betekenis van de factor sekse centraal, waarbij de volgende uitgangspunten van belang zijn:

- De invloed van maatschappelijke factoren op de lichamelijke en geestelijke gezondheid moet bij het hulpverleningsproces worden betrokken. Ook is er aandacht nodig voor de samenhang tussen klachten van mensen en hun sekse-identiteit, hun rol en positie in de samenleving.

¹ De term seksespecifieke *hulpverlening* wordt vooral in de GGZ gebruikt en seksespecifieke *gezondheidszorg* in de somatische gezondheidszorg (al is het onderscheid soms kunstmatig). Soms wordt als overkoepelende term seksespecifieke *zorg* gebruikt.

² Seksehomogeen verwijst naar hulpverlening voor en door dezelfde sekse, dus mannelijke cliënten (in een mannengroep) door een mannelijke hulpverlener/ begeleider, of vrouwen (in een vrouwengroep) door een vrouwelijke hulpverlener/ begeleider.

³ Sekseheterogeen verwijst naar hulpverlening aan de andere sekse, dus vrouwen die aan mannen hulp verlenen en mannen die aan vrouwen hulp verlenen.

- De deskundigheid als vrouw/man (van zowel de cliënt als de hulpverlener) inzake haar/zijn eigen leven, gezondheid en welzijn staat centraal. De hulpverlening maakt zoveel mogelijk gebruik van de eigen mogelijkheden van de vrouw of man, seksspecifieke hulpverlening heeft dus een emancipatorisch doel. Daarbij speelt het maken van eigen keuzes, zelfzorg en zelfhulp een grote rol.
- Een verschil in machtspositie tussen hulpverlener en hulpvrager kan van invloed zijn op het hulpverleningsproces. Het is daarom van belang dat hulpverleners zich bewust zijn van hun normen en waarden ten aanzien van sekseverschillen en hun eigen opvattingen (Stuurgroep Vrouwenhulpverlening, 1999).

Als er te weinig aandacht is voor deze verschillen sluit de hulpverlening niet aan de belevingswereld, behoeften en ervaringen van vrouwen en mannen. Dit kan ertoe leiden dat seksspecifieke klachten niet of te laat onderkend worden, en blijven voortbestaan of verergeren.

De aandacht die men heeft voor interacties tussen mannen en vrouwen binnen de seksspecifieke hulpverlening beperkt zich niet alleen tot de uitvoering, maar strekt zich ook uit tot de organisatie, de cultuur en het (personeels)beleid. In feite hanteert seksspecifieke hulpverlening de inzichten en verworvenheden van vrouwen- en mannenhulpverlening waarbij deze wordt verbreed naar en toegepast op alle mogelijk sekserelaties binnen de hulpverlening. Om de plaats van mannenhulpverlening en vrouwenhulpverlening binnen seksspecifieke hulpverlening te verduidelijken, hanteert men dikwijls onderstaand model (Van der Vlugt, 1998).

(FIGUUR INVOEGEN)

In de figuur worden seksehomogene contacten en sekseheterogene contacten onderscheiden. Daarnaast zijn er drie- en vierhoekrelaties mogelijk in de begeleiding van relatie- en gezinsgesprekken. Mannenhulpverlening is in dit model hulpverlening vanuit seksspecifiek perspectief door en voor mannen, terwijl vrouwenhulpverlening hulpverlening is door en voor vrouwen. Zowel in de vrouwenhulpverlening als in de mannenhulpverlening wordt benadrukt dat de positie en de geslachtsidentiteit van de hulpverlener een belangrijke rol spelen in de mogelijkheden en de beperkingen van de hulpverlening aan mannen dan wel vrouwen. Specifieke herkenning kan plaatsvinden in seksehomogene contacten. Als herkenning niet mogelijk is, moet er wel sprake zijn van erkenning van verschillen tussen de eigen positie, ervaringswereld en beleving en die van de andere sekse.

Hoofdstuk 2 Een inventarisatie van kwaliteitsbeleid en seksespecifieke hulpverlening

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt beschreven welke kwaliteitsstandaarden en -instrumenten gehanteerd worden in een aantal instellingen in de GGZ en de verslavingszorg, en in hoeverre seksespecifieke hulpverlening (SHV) daarvan onderdeel uitmaakt. De instellingen in de GGZ zijn zodanig geselecteerd dat er zowel sprake is van een aanbod SHV als een kwaliteitsbeleid binnen de instelling (zie hoofdstuk 1). De inventarisatie van het kwaliteitsinstrumentarium en de SHV heeft plaatsgevonden aan de hand van interviews met sleutelfiguren binnen de instelling op het terrein van SHV en kwaliteitsbeleid. Daarnaast zijn relevante beleidsdocumenten en de kwaliteitsinstrumenten geanalyseerd.

Nagegaan is welke instrumenten gehanteerd worden en of deze een aanvulling behoeven vanuit het perspectief van SHV. Tevens wordt besproken wat bevorderende dan wel belemmerende factoren zijn om een geïntegreerd kwaliteitsbeleid te ontwikkelen. Vervolgens komt in dit hoofdstuk de onderzoeksvraag aan bod voor welke kwaliteitsnormen vanuit seksespecifieke hulpverlening het noodzakelijk is om een specifiek kwaliteitsinstrument te ontwikkelen.

2.2 Kwaliteitsbeleid van de instellingen

Ten behoeve van de verzameling en de verwerking van de gegevens zijn op basis van een eerste inventarisatie van kwaliteitsinstrumenten en kwaliteitsaspecten seksespecifieke hulpverlening een vragenlijst (bijlage 1) en een analysekader (bijlage 2) ontwikkeld.

Ten behoeve van de dataverzameling en de verwerking van de gegevens is door middel van een literatuurstudie eerst een inventarisatie van kwaliteitsinstrumenten en kwaliteitsaspecten seksespecifieke hulpverlening verricht. Er zijn drie verschillende vormen van kwaliteitsinstrumenten te onderscheiden: te weten normerende instrumenten, toetsende instrumenten en verbeterende instrumenten. Er zijn instrumenten ontwikkeld die gericht zijn op de verschillende onderdelen van het primaire proces (aanmelding, intake, indicatiestelling, hulpverlening, verwijzing/afsluiting/ nazorg). Anderzijds zijn er kwaliteitsinstrumenten ontwikkeld gericht op het beleid van de instelling. In het onderstaande schema zijn de verschillende instrumenten opgenomen die in de afgelopen jaren zijn ontwikkeld (zie schema 2.1).

Schema 2.1 Gehanteerde kwaliteitsinstrumenten

| | Normerende Instrumenten | Toetsende instrumenten | Verbeterende Instrumenten |
|-----------------------------------|---|---|--|
| Aanmelding | Aanmeldingsprotocol | Tevredenheidsonderzoek onder cliënten (gebruikersonderzoek/ waarderingsonderzoek) | Supervisie Intervisie |
| Intake | Intakeprotocol | Exit-interviews cliënten | Werkbegeleiding |
| Indicatiestelling | Indicatieprotocol | Effectmeting | |
| Hulpverlening | Zorgplansystematiek Protocollen: depressie, Traumata Routing patiënt | Verwijzersonderzoek | Scholing/ Deskundigheidsbevordering |
| Verwijzing/ afsluiting/ nazorg | Verwijsprocedures Sociale kaart | Behoeftenonderzoek | |
| Beleid op instellings- Niveau | Visie/ missie Beleidsplan Werkplan Programma/ productprofiel Gezamenlijke zorgprogramma's | Bronnenonderzoek (dossiers, beleids-/werkplannen, (jaar)verslagen) | Intercollegiale toetsing |
| Kwaliteitsbeleid | Kwaliteitsplan Management-contracten | Tevredenheidsonderzoek medewerkers | |
| Personeelsbeleid | Gedragscode Sollicitatieprocedure Functie-/ taakomschrijvingen | Exit-interviews medewerkers | |

Voor de verschillende onderdelen van het primaire proces en het beleid zijn specifieke normerende instrumenten ontwikkeld. Toetsende en verbeterende instrumenten richten zich zowel op het primaire proces als op het beleid van de instelling. Op basis van de in paragraaf 1.3 beschreven uitgangspunten van seksspecifieke hulpverlening en enkele instrumenten die in de afgelopen jaren zijn ontwikkeld t.a.v. SHV is vervolgens voor de verschillende instrumenten nagegaan welke kwaliteitscriteria SHV opgenomen moeten zijn. In bijlage 2 is een uitgebreid overzicht van kwaliteitsaspecten SHV per instrument opgenomen.

Samengevat gaat het bij de *normerende instrumenten voor het primaire proces*, zoals het intakeprotocol, om aandacht of richtlijnen voor en registratie van de volgende aspecten :

- diversiteit van cliënten (klasse, etniciteit, leefstijl, seksuele voorkeur);
- voorkeur voor een man of vrouw als intaker/ hulpverlener/ begeleider en aandacht voor de voor- en nadelen van seksehomogene matching;
- socialisatie, sociaal-maatschappelijke positie, sekserollen en gedragingen, en culturele achtergrond in samenhang met de klachten en problemen;
- seksspecifieke problematiek zoals eetproblemen, seksueel, fysiek of emotioneel geweld, agressief gedrag;
- aandacht voor de beschikbaarheid van sociale steun, zorg en hulp door personen uit de omgeving van de cliënt;
- de inbreng van de cliënt bij de behandeling;
- informatie over het aanbod SHV, vertrouwenspersoon, klachtenregeling en protocol t.a.v. rechtspositie, hulpaanbod na seksueel geweld, klachtenregeling en protocol t.a.v. seksuele intimidatie door personeel of medecliënten;
- informatie over instellingen die zich bezighouden met SHV.

In normerende instrumenten voor het beleid op instellingsniveau, dient (kwaliteits)beleid ten aanzien van SHV herkenbaar aanwezig te zijn. In beleidsplannen, werkplannen en jaarverslagen wordt een beleidsvisie ten aanzien van SHV geformuleerd en is opgenomen dat de instelling een aandachtsfunctionaris of een werkgroep SHV heeft, een emancipatiebeleid voert en beleid voert om seksuele intimidatie en misbruik te voorkomen. Ook is SHV opgenomen in het kwaliteitsbeleidsplan en het kwaliteitsjaarverslag. In de gedragscode wordt aandacht besteed aan sekserollen en sekstereotiep gedrag en is er een procedure/ protocol voor het omgaan met seksuele intimidatie opgenomen. Er is een beleid en een plan met eisen ten aanzien van hygiëne, veiligheid en toegankelijkheid. Ook is er beleid geformuleerd ten aanzien van de gewenste cultuur, dat wil zeggen gericht op emancipatie, het signaleren en bespreekbaar maken van sekseverschillen, sekstereotypen, seksistisch taalgebruik en seksuele intimidatie, het delen van kennis en ervaringen, en gericht op diversiteit in normen- en waardepatronen en culturele achtergrond. In het personeelsbeleidsplan is beleid geformuleerd gericht op de aanwezigheid van voldoende deskundigheid op het terrein van SHV en op een evenwichtige verhouding tussen mannen en vrouwen op alle niveaus. In functie- en taakomschrijvingen en het scholingsplan is (bevordering van) deskundigheid op het terrein van SHV opgenomen. In het programma/ productprofiel en gezamenlijke zorgprogramma's is SHV en het aanbod op het terrein van seksueel geweld herkenbaar aanwezig, is er sprake van samenwerking op dit terrein met andere instellingen en zijn procedures opgenomen om op de hoogte te blijven van de actuele vraag en behoefte aan SHV.

In toetsende instrumenten, te weten het tevredenheidsonderzoek bij cliënten en medewerkers en het verwijzersonderzoek gaat het om de beoordeling van het aanbod SHV en het beleid. Bij cliënten wordt aandacht besteed aan de tevredenheid over het aanbod SHV en daarnaast aan belangrijke elementen van SHV, zoals het sociale netwerk, het aansluiten van het aanbod op de behoefte, de inbreng in de keuze voor de vorm en inhoud van de hulpverlening, de veiligheid van de cliënt, de keuze van de behandelaar en de informatie over het aanbod SHV. Bij medewerkers gaat het om tevredenheid over het aanbod SHV, de tijd die men eraan kan besteden, de informatie over de stand van zaken en mogelijkheden tot scholing en samenwerking op het terrein van SHV. Bij verwijzersonderzoek wordt nagegaan of verwijzers geïnformeerd zijn over het aanbod SHV, of een verwijzing voor SHV ook wordt gehonoreerd en of men tevreden is over de samenwerking op het terrein van SHV.

Verbeterende instrumenten worden ingezet ten behoeve van deskundigheidsbevordering op het terrein van SHV. Dat betekent dat in supervisie en intervisie SHV een regelmatig terugkerend onderwerp is; en dat in werkbegeleiding en intercollegiale toetsing expliciet wordt stilgestaan bij de mogelijke invloed van socialisatie en maatschappelijke positie op de problematiek van cliënten en het hulpverleningsproces.

2.3 De stand van zaken met betrekking tot SHV

We zijn in de eerste fase kort ingegaan op de stand van zaken met betrekking tot SHV in de instellingen. In deze paragraaf geven wij een beknopt beeld daarvan. In hoofdstuk 4 wordt een uitgebreid en beter gedocumenteerd beeld gegeven van het aanbod SHV en de mate van integratie in de instellingen aan de hand van de resultaten van de Quick Scan.

Wat betreft het aanbod SHV is er binnen alle instellingen sprake van vrouwen- en mannengroepen die zich specifiek richten op een bepaalde problematiek, zoals autonomiegroepen, incestgroepen, eetproblemen, maar ook arbeidgerelateerde problemen. Dit aanbod betreft vooral de ambulante en kortdurende behandelafdelingen in de GGZ en in mindere mate de langdurigverblijfsafdelingen en de psychogeriatric. Met name binnen de beschermende woonvormen is het SHV-aanbod gering, mede door de scheiding wonen en behandelen. Als cliënten een sek-

sespecifiek behandelaanbod nodig hebben dan worden ze doorverwezen naar de SHV in de RIAGG. Een probleem is dat het aanbod SHV zoals dat ontwikkeld is in de APZ'en en de RIAGG's niet toegesneden is op de specifieke groep vrouwen en mannen uit de beschermende woonvormen.

Het SHV-aanbod betreft vooral vrouwengroepen en vrouwenhulpverlening, het aanbod man-
nenhulpverlening is nog nauwelijks ontwikkeld. De term SHV of genderhulpverlening lijkt in de
praktijk vaak te verbloemen dat het vooral gaat om een specifiek hulpaanbod voor vrouwen en
niet om mannenhulpverlening.

Het aanbod van individuele SHV is over het algemeen beperkt en gaat veelal niet verder dan de
keuze voor een mannelijke dan wel vrouwelijke hulpverlener. In de praktijk werken er steeds
meer hulpverleners met kennis op het terrein van SHV, maar dat betekent niet dat zij zich als
zodanig profileren en presenteren. Waar een aantal jaar geleden vrouwelijke hulpverleensters
zich onderscheidden door zichzelf ook als feministische therapeuten te presenteren, lijkt dat nu
onzichtbaarder te worden. Enerzijds heeft dat een positieve kant want alle hulpverleners wor-
den geacht kennis te hebben van sekse en de invloed daarvan op het ontstaan en voortbestaan
van psychische problemen. Anderzijds vervaagt daarmee de aandacht voor de uitgangspunten
van SHV die meer omvatten dan alleen aandacht voor de invloed van gender.

Binnen de onderzochte populatie zijn er in de intramurale zettingen wel aparte afdelingen voor
vrouwen, veelal met een verleden van seksueel misbruik en geweld. Binnen deze afdelingen
wordt er gewerkt vanuit de uitgangspunten van SHV.

Bijna overal is er een aandachtsfunctionaris SHV werkzaam. Slechts in één instelling is er noch
een aandachtsfunctionaris noch een werkgroep SHV. Met de verdergaande fusering is veelal
ook op sector- of divisieniveau een functionaris SHV aangesteld. Slechts één instelling heeft
een aparte aandachtsfunctionaris MHV aangesteld, in de andere instellingen wordt de huidige
(vrouwelijke) aandachtsfunctionaris geacht dit mee te nemen.

2.4 SHV en kwaliteitsbeleid

Duidelijk is dat het kwaliteitsbeleid in de instellingen nog volop in ontwikkeling is. De meeste
instellingen zijn bezig om de contouren van het kwaliteitsbeleid vast te stellen en een keuze te
maken voor INK-model, dan wel Core-shell model of andere toetsingsmodellen. Daarnaast is er
een ontwikkeling gaande dat een aantal normerende instrumenten voor het primaire proces
zoals intakeprotocollen, indicatieprotocollen en zorgprogramma's veelal binnen de afdelingen
zelf ontwikkeld zijn. De tendens is nu gaande om één gestandaardiseerd model te hanteren
voor alle afdelingen. Dit is niet een proces dat zonder slag of stoot verloopt. Binnen de afdelin-
gen is er een duidelijke weerstand ten opzichte van standaarden die weinig mogelijkheden bie-
den tot eigen inbreng van de afdeling of individuele hulpverlener. Sommige instellingen maken
dan ook de keuze om vanaf de werkvloer nieuwe modellen /protocollen te ontwikkelen, andere
instellingen proberen gebruik te maken van eerdere ervaringen elders. Een instelling is bezig
om met behulp van concept-mapping met hulpverleners en cliënten de minimale eisen ten aan-
zien van de kwaliteit van de zorg vast te stellen.

De kwaliteitsfunctionarissen zijn duidelijk geïnteresseerd in SHV en aanvullingen vanuit deze
visie zijn zeer welkom. Maar kwaliteitsfunctionarissen en aandachtsfunctionarissen SHV werken
vooralsnog gescheiden aan het verbeteren van de zorg vanuit hun eigen deskundigheid. In het
beste geval wordt aan de deskundigen SHV binnen de instelling gevraagd om commentaar te
leveren op de protocollen die ontwikkeld worden, maar als één van meerdere geraadpleegde
deskundigen is het niet altijd duidelijk of het commentaar ook meegenomen en verwerkt wordt.

Als er binnen de instellingen SHV-aspecten onderdeel uitmaken van de kwaliteitsinstrumenten dan betreft dit vooral de normerende instrumenten gericht op het primaire proces van de behandeling. In de intakeprotocollen is aandacht voor bepaalde SHV-aspecten. Bijna overal wordt er heden ten dage gevraagd of de cliënt een voorkeur heeft voor een vrouw of man als hulpverlener. Daarnaast is er ook aandacht voor seksespecifieke aspecten van de problemen in de intake, zoals seksueel misbruik. In de vragenlijsten zijn altijd wel bepaalde vragen opgenomen die vanuit SHV belangrijk zijn, maar niet alle aspecten komen aan de orde. Er is nog geen sprake van een systematische informatieverzameling wat betreft SHV-aspecten. Ook als de SHV-aspecten wel in het intakeprotocol vermeld staan betekent dit in de praktijk nog niet dat er ook naar gevraagd wordt in de intakeprocedure. Knelpunt is dat de uitvoerend werkers moeite hebben met een strakke uniformering in de vorm van strakke protocollen en richtlijnen. Dat werkt verstarring in de hand. Duidelijk moet zijn *waarom* vanuit seksespecifiek oogpunt een aantal aspecten wordt toegevoegd. Uitleg waarom bepaalde vragen gesteld worden, is noodzakelijk.

De instellingen streven ernaar dat de voordeurteams die de eerste intake verrichten, in de toekomst op basis van een aantal inclusie- en exclusiecriteria een zorgprogramma kunnen indienen. De doorverwijzing naar SHV levert nog problemen op. Er zijn (nog) geen eenduidige criteria voor het SHV-aanbod. Met name binnen de verslavingszorg is nog weinig bekend over indicatiestelling wat betreft SHV. Onduidelijk is wanneer er geïndiceerd moet worden voor SHV en wanneer niet. Maar ook in andere instellingen is een knelpunt dat het aanbod SHV op de verschillende afdelingen ontwikkeld is door een of meerdere enthousiaste medewerkers. Het aanbod SHV is daardoor een soort lappendeken geworden, waarin allerlei vormen zijn ontstaan.

Behandelprogramma's en zorgprogramma's worden wel aan de werkgroep SHV of aandachtsfunctionaris SHV voorgelegd voor commentaar en aanvullingen vanuit het perspectief van SHV. Knelpunt is dat er nog weinig binnen de instellingen gebeurt op het terrein van mannenhulpverlening. Het commentaar op de bestaande protocollen wordt vooral gegeven vanuit de optiek van vrouwenhulpverlening en seksespecifieke hulpverlening en minder vanuit mannenhulpverlening.

Wat betreft de normerende kwaliteitsinstrumenten ten aanzien van het beleid op instellingsniveau kan men concluderen dat de aandacht voor SHV hierin sterk verschilt. In het ene beleidsplan wordt alleen een zinsnede aan SHV gewijd en in een ander beleidsplan wordt in een aparte paragraaf het beleid ten aanzien van SHV beschreven. Alhoewel er een expliciet aanbod SHV in de instelling kan zijn, betekent dit niet altijd dat er ook een duidelijk instellingsbeleid is ten aanzien van SHV. De ene instelling heeft een duidelijke visie en missie wat betreft SHV terwijl dit draagvlak op managementniveau in de andere instelling duidelijk gemist wordt.

Aandacht voor seksespecifieke aspecten in de organisatie, het beleid en de cultuur zijn vaak beperkt tot een protocol ongewenste intimiteiten of seksuele intimidatie. Meestal is er geen specifiek beleid ten aanzien van het aannemen van vrouwen in leidinggevende functie. Eveneens wordt SHV niet expliciet genoemd in functie- en taakomschrijving of in sollicitatieprocedures. Bijna alle instellingen hebben wel protocollen rondom seksueel misbruik of gedragscodes rondom ongewenste intimiteiten ontwikkeld. Er is geen specifiek kwaliteitsbeleid rondom SHV ontwikkeld.

Eveneens zijn de toetsende kwaliteitsinstrumenten niet specifiek gericht op SHV. In veel instellingen vindt een verschuiving plaats van aanbodgericht naar vraaggericht werken. Hiertoe wordt meer rekening gehouden met de visie van de cliënt op de problemen en zijn/haar eigen wensen voor de wijze waarop de hulpverlening plaats zal vinden. Ook wordt cliënten vaker gevraagd naar hun mening over het hulpverleningsproces. In verschillende instellingen wordt een tevredenheidsonderzoek gehouden onder de cliënten. Andere instrumenten zijn de cliëntenraadple-

ging of een periodieke feedback van cliënten. Hierin is echter geen aandacht voor SHV. Ook in de behoefteonderzoeken of de exit-interviews is de vraag naar een seksespecifiek aanbod geen issue.

Opvallend is dat vooral de verbeterinstrumenten geschikt blijken te zijn voor SHV. Er zijn veelal aparte intervisie- en supervisiegroepen voor hulpverleners die werken op basis van SHV. Daarnaast zijn er diverse mogelijkheden tot scholing en deskundigheidsbevordering.

Op basis van deze eerste inventarisatie kan men concluderen dat er nergens sprake is van een integraal kwaliteitsbeleid in de instellingen. De vraag is of de voorwaarden daartoe bij de instellingen aanwezig zijn. We kunnen constateren dat er geen structurele samenwerking bestaat tussen de kwaliteitsfunctionarissen en de functionarissen seksespecifieke hulpverlening. Er bestaat wel een informeel of incidenteel contact waarbij men reageert op de stukken die ieder op zijn of haar werkterrein produceert. De functionaris SHV en de kwaliteitsfunctionaris zijn veelal gescheiden bezig een eigen beleid te ontwikkelen. In sommige instellingen zijn er vanuit de SHV zelfs eigen kwaliteitsinstrumenten ontwikkeld om het eigen SHV-aanbod te evalueren aan de hand van criteria die recht doen aan de uitgangspunten van SHV. Zo zijn er specifieke kwaliteitsinstrumenten ontwikkeld zoals tevredenheidsonderzoek, trainingsprogramma's, zorgprogramma's en exit-interviews, en is er onderzoek gedaan naar indicatoren voor het SHV-aanbod.

Bij sommige instellingen heeft er een interinstitutionele toetsing SHV door GGZ Nederland plaatsgevonden en enkele instellingen hebben de audit uitgevoerd die door TransAct is ontwikkeld. Beide instrumenten zijn gericht op het zichtbaar maken van de stand van zaken met betrekking tot SHV in de instellingen en de sterke en zwakke punten van het SHV-aanbod.

2.5 Belemmerende en bevorderende factoren

Er is nogal wat geschreven over de belemmerende en bevorderende factoren ten aanzien van de integratie van SHV binnen de reguliere zorg. Wij willen ons echter beperken tot de vraag of dit wenselijk is en welke voorwaarden nodig zijn om een geïntegreerd kwaliteitsbeleid te ontwikkelen waarin aandacht is voor SHV.

Duidelijk is dat binnen sommige terreinen en instrumenten SHV gemakkelijker geïntegreerd kan worden dan binnen andere. Met name de verbeterinstrumenten bieden de mogelijkheid om een apart instrument voor SHV te ontwikkelen. Als het echter gaat om integratie in de bestaande instrumenten is het veel lastiger. Daarin is een aantal factoren als oorzaak aan te duiden.

Ten eerste is er weerstand tegen standaardisering en protocollering. Waarschijnlijk staat het kwaliteitsbeleid dat sterk gericht is op het ontwikkelen van protocollen en standaarden haaks op de uitgangspunten van seksespecifieke hulpverlening, waarin men vooral gericht is op het vergroten van de empowerment van vrouwelijke én mannelijke cliënten. Aandacht voor de rol die gender speelt in het voorkomen en voortduren van klachten; aandacht voor de rol die macht en gender spelen in de dagelijkse werkelijkheid van de cliënt en in het contact met de cliënt; en aandacht voor de zowel de klachten als de krachten van vrouwen en mannen, zijn niet gemakkelijk in protocollen of standaarden vast te leggen. In het onderzoek bleek dat de kwaliteitsfunctionarissen wel geïnteresseerd zijn in SHV en daaraan aandacht willen besteden, maar een indicatie voor SHV is niet eenvoudig in een protocol of scorelijst vast te leggen.

Een tweede factor is de fase waarin het kwaliteitsbeleid zich bevindt. De instellingen zijn nog volop bezig een kwaliteitsbeleid te ontwikkelen, waarin de kwaliteitsinstrumenten aangepast of ontwikkeld moeten worden. Op de verschillende afdelingen van de (gefuseerde) instellingen zijn

zelfstandig allerlei protocollen en standaarden ontwikkeld. De instellingen zijn bezig om een meer uniforme standaard voor de gehele instellingen te ontwikkelen die voldoende ruimte biedt voor de specifieke afdelingssituatie. Afhankelijk van het algemene kwaliteitsbeleid heeft deze afstemming geen prioriteit. Een derde knelpunt vloeit voort uit de vorige: aangezien de afdelingen binnen de soms zeer grote instellingen redelijk autonoom zijn, is het moeilijk centraal een kwaliteitsinstrumentarium te ontwikkelen of afstemming te bereiken. Ten vierde werd duidelijk dat het alleen zinvol is de bestaande instrumenten aan te passen aan de kwaliteitseisen vanuit SHV als aan degenen die ermee moeten werken, uitgelegd wordt waarom deze aspecten toegevoegd zijn.

Een laatste factor is de onzichtbaarheid van SHV. Alhoewel het SHV-aanbod in de instellingen enorm is toegenomen wordt SHV enerzijds als een apart behandelaanbod beschouwd, en anderzijds als een geïntegreerd onderdeel van de behandeling. Dat SHV meer is dan een methodiek en behandeling, dat het ook gaat om respect, machtsongelijkheid of empowerment zijn zaken die op de achtergrond zijn geraakt. Daarnaast wordt de meerwaarde van het SHV-aanbod niet zichtbaar doordat het niet als apart behandelaanbod meegenomen wordt in de toetsende kwaliteitsinstrumenten die de waardering en effecten van de behandeling meten. SHV wordt nauwelijks als apart behandelaanbod geregistreerd of geëvalueerd. Met de opkomende aandacht voor 'evidence based' hulpverleningsaanbod zal dit geen onnodige zaak zijn.

Een belangrijke voorwaarde voor een geïntegreerd kwaliteitsbeleid is dat SHV binnen het kwaliteitsbeleid een duidelijke plek krijgt. De ervaring leert dat een goed opgezette organisatiestructuur voor SHV een duidelijke bijdrage kan leveren aan de integratie van SHV in de instelling. Ook ten aanzien van het kwaliteitsbeleid zal SHV een structurele plaats dienen te krijgen in plaats van incidentele betrokkenheid.

2.6 Conclusies

De instellingen zijn minder ver met het algemene kwaliteitsbeleid dan gepland, zo werd geconstateerd op de laatste Leidschendamconferentie. De instellingen zijn nog volop bezig om de algemene kaders voor het kwaliteitsbeleid vast te leggen. Daarnaast is er een veelvoud aan verschillende kwaliteitsinstrumenten ontwikkeld die onderling zeer verschillend zijn. Zo verwachten de instellingen een toename van de tevredenheid van de cliënten als gevolg van hun kwaliteitsbeleid. Evenals in de rest van de gezondheidszorg is men massaal aan de slag gegaan om deze tevredenheid ook in kaart te brengen. Er is een 'wildgroei' aan vragenlijsten en methoden ontstaan (Donker & Hull, 2000). Instellingen maken elk hun eigen vragenlijsten met items waarop zij de tevredenheid van hun cliënten willen scoren (Place, e.a., 2000). Van deze kwaliteitsinstrumenten maken de kwaliteitsnormen vanuit SHV alleen deel uit als deze overeenkomen met de algemene kwaliteitsnormen. Zo is er binnen de instellingen steeds meer aandacht voor cliëntgericht en vraaggericht werken. Daarin is een duidelijke overlap te zien met de uitgangspunten van SHV.

Binnen de protocollen voor de intake en de behandeling is wel meer gerichte aandacht voor genderspecifieke aspecten en de invloed op de problematiek van de cliënt, maar dit gebeurt nog niet systematisch. Met name voor de indicatiestelling is het gewenst dat in de intakefase het verzamelen van gegevens vanuit het perspectief van SHV systematischer gebeurt.

Binnen de instellingen zijn er geen gerichte stappen ondernomen om te komen tot een integraal kwaliteitsbeleid. Wel is er de intentie om aandacht te besteden aan SHV in het kwaliteitsbeleid, maar in de praktijk beperkt dit zich vaak tot het voorleggen van plannen en protocollen aan de functionaris of werkgroep SHV. Bijna nergens is er structureel overleg tussen de kwaliteitsfunctionaris en de functionaris SHV of werkgroep SHV.

Een belemmerende factor bij een integraal kwaliteitsbeleid is vooral de ontwikkelingsfase waarin het kwaliteitbeleid zich nog bevindt. Daarnaast wordt SHV als een apart aanbod beschouwd waardoor het geen structureel onderdeel vormt van het kwaliteitsbeleid en de kwaliteitsinstrumenten. SHV blijft daardoor binnen de instelling onzichtbaar en wordt alleen als specifiek aanbod in de vorm van aparte mannen- en vrouwengroepen zichtbaar. Veel kwaliteitsaspecten vanuit SHV zijn al standaard onderdeel van de geboden zorg, andere aspecten echter niet. Het is daarom noodzakelijk om de bestaande instrumenten kritisch te blijven screenen op de aandacht voor kwaliteitsnormen vanuit SHV. Dit geldt zowel voor de verschillende sectoren in de GGZ als voor de verslavingszorg. Bij de ontwikkeling van de verschillende kwaliteitsinstrumenten in de tweede fase van het onderzoek bleek ook dat er geen behoefte is aan aparte instrumenten voor de ambulante, de kort- en langdurige zorg of de verslavingszorg.

We kunnen concluderen dat er behoefte is aan het aanpassen van kwaliteitsinstrumenten op twee niveaus. Voor het primaire proces is er ten eerste behoefte aan een goede intakevragenlijst ten behoeve van een juiste indicatie voor SHV en ten tweede aan een tevredenheidsonderzoek onder cliënten naar de beoordeling en ervaren resultaten van SHV. Daarnaast bestaat de behoefte om seksespecifieke hulpverlening binnen de instelling zichtbaarder en herkenbaarder te maken. Naar aanleiding hiervan is gekozen voor het ontwikkelen van drie kwaliteitsinstrumenten. De ontwikkeling en implementatie van deze instrumenten, te weten het Model Intakeprotocol, de Quick Scan SHV en het cliëntenwaarderingsonderzoek, worden in de volgende hoofdstukken besproken.

Hoofdstuk 3 Model Intakeprotocol GGZ vanuit seksespecifieke hulpverlening

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk volgt een beschrijving van de wijze waarop het aangepaste intakeprotocol vanuit de principes van SHV tot stand is gekomen.

Vervolgens wordt het proces van de implementatie in twee instellingen beschreven. Deze implementatie is geëvalueerd aan de hand van een vragenlijst die opgestuurd is naar alle betrokkenen die de trainingen gevolgd hebben. In dit hoofdstuk komen ook de bevindingen aan de orde van deze evaluatie.

3.2 Ontwikkeling en toepassing van het Model Intakeprotocol

Op basis van de inventarisatie van de kwaliteitsinstrumenten in de eerste fase van het onderzoek bleek dat er behoefte was aan een goede intakevragenlijst ten behoeve van een juiste indicatie voor SHV. De ontwikkeling van dit intakeprotocol verliep in een aantal stappen. Allereerst is door de onderzoekers op basis van bestaande kennis van SHV een concept intakeprotocol samengesteld.

Zoals in hoofdstuk 1 al is beschreven, is vervolgens het ontwikkelde intakeprotocol voorgelegd aan vier panels van deskundigen vanuit de verschillende sectoren in de GGZ en de verslavingszorg. Aan de panels is gevraagd om vanuit de eigen sector de bruikbaarheid van de instrumenten in de praktijk te beoordelen en om aanvullingen en prioriteiten aan te geven. Het bijgestelde intakeprotocol is in een tweede ronde voorgelegd aan een panel met vertegenwoordigers uit de eerste panels. Naar aanleiding van deze tweede ronde is het intakeprotocol wederom bijgesteld. Het model intakeprotocol is aan het einde van dit hoofdstuk integraal opgenomen.

Beschrijving van het Model

Het intakeprotocol is bedoeld als model voor de verschillende sectoren in de GGZ en de verslavingszorg. Het biedt een aanvulling op bestaande algemene intakeprotocollen. Doordat het is opgebouwd uit onderwerpen die in een algemene intake aan de orde komen, is het gemakkelijk te integreren in bestaande protocollen. Enkele onderwerpen (bescherming/ zelfbeschikking en visie op groepswonen) hebben alleen betrekking op klinische zorg en beschermd wonen.

Het model is te gebruiken bij opname, heropnames of bij overplaatsingen binnen de instelling naar een andere afdeling of naar een andere instelling. Bijvoorbeeld na een verwijzing van een opname in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis naar een beschermd woonvorm.

Het eerste deel van het intakeprotocol bestaat uit een handleiding die het belangrijkste hulpmiddel vormt in de procedure. Aan de bestaande intakeprocedure die gebruikt wordt binnen de instelling worden per onderwerp (tweede kolom van de handleiding), de seksespecifieke aspecten en toelichting bijgevoegd (kolom 1 en 3). Het is niet de bedoeling (en het is vaak ook niet mogelijk) dat alle vragen en aandachtspunten in een eerste intakegesprek aan de orde komen.

Als in de eerste intake naar voren komt dat seksespecifieke aspecten een rol spelen bij de klachten of problemen, kan hier in een tweede intakegesprek nader op worden ingegaan (gefa-seerde intake). Het model is vooral bedoeld om te helpen herinneren aan seksespecifieke as-pecten die bij een intakeprocedure van belang kunnen zijn, zodat onderwerpen als agressie, seksueel geweld en seksespecifieke verwachtingen van de cliënt extra onder de aandacht ge-bracht worden en niet vergeten worden. Het is aan de intaker om te beoordelen of een vraag binnen de context van een intake met een patiënt wel of niet relevant is.

Het tweede deel bestaat uit een toelichting die ingaat op die aspecten die van belang zijn voor intakegesprekken vanuit seksespecifieke hulpverlening⁴. Thema's zoals gezondheid, arbeid, socialisatie en relaties worden zowel vanuit de positie van vrouwen als mannen toegelicht. De handleiding is opgebouwd uit algemene onderwerpen die tijdens een intakegesprek aan de orde kunnen komen. Per onderwerp wordt een korte toelichting gegeven en zijn vragen en aan-dachtspunten opgenomen. Wanneer een vraag of aandachtspunt relevant is vanuit seksespeci-fieke hulpverlening wordt door middel van een * aangegeven over welk onderwerp in de toelich-ting in deel 2 meer informatie gegeven wordt. In deel twee zijn zowel vragen opgenomen die direct aan de cliënt gesteld kunnen worden (geformuleerd in de 'u'-vorm), als vragen en aan-dachtspunten voor de hulpverlener, die nog vertaald dienen te worden in vragen voor de cliënt.

Integratie in bestaande protocollen

De uitgebreide handleiding heeft vooral de functie van naslagwerk. Aangezien voor een intake maar een beperkte tijdsduur beschikbaar is, is het niet mogelijk om alles wat in de handleiding staat, uitgebreid aan de orde te kunnen laten komen. De informatie in de handleiding moet meer gezien worden als aanreiking van alle mogelijke aspecten en onderwerpen die in het ka-der van SHV aan de orde kunnen komen.

Om voor de intakers te komen tot een zo hanteerbaar mogelijk intakeprotocol, is ervoor geko-zen om de onderwerpen die in de handleiding beschreven staan, puntsgewijs in hun eigen pro-tocol te integreren. Achter elk punt dat betrekking heeft op SHV, wordt weer met een * aange-geven waar dit onderwerp uitgebreid aan de orde komt in de handleiding. Onderwerpen die cursief zijn weergegeven zijn nieuw in het intakeprotocol (zie voorbeeld).

Als voorbeeld is hieronder onderwerp 3 opgenomen van het intakeprotocol van Parnassia (Cir-cuit Volwassenen II) en de aanpassing daarvan.

ALBERT, HIER GRAAG SCHEMA INVOEGEN.

⁴ Onder hulpverlening wordt zowel behandeling als begeleiding verstaan.

3.3 De implementatie van het Model Intakeprotocol

Om de implementatie te bevorderen, is besloten om trainingen aan te bieden aan de personen die geacht werden met het aangepaste intakeprotocol te werken. Daartoe zijn door de aandachtfunctionaris SHV/GSH alle intakers uitgenodigd. Doel van de training was om de intakers het aangepaste model te presenteren en de achtergronden en het gebruik ervan uit te leggen. Daarnaast zou het oefenen van het voeren van een intakegesprek aan de hand van het nieuwe intakeprotocol er toe moeten leiden dat de intakers (beginnen) zich de principes van SHV eigen maken. Tevens zou de training moeten leiden tot meer betrokkenheid van de intakers. Het werken met het nieuwe aangepaste model moet niet van bovenaf opgelegd worden. Door de training moet er meer draagvlak onder de intakers komen, zodat het model in de toekomst door hen gebruikt zal gaan worden.

Bij Parnassia heeft het experiment met het nieuwe aangepaste intakeprotocol zich beperkt tot één bepaald circuit (Volwassenen II) binnen deze instelling. De trainingen zijn georganiseerd door de aandachtfunctionaris SHV van het Circuit Volwassenen II, in overleg met het management.

Afgesproken was dat alle voorkeur-intakers een training zouden krijgen door de onderzoeksgroep over het hoe en het waarom van het nieuwe seksespecifieke intakeprotocol. Er zijn in totaal zes trainingen gehouden waaraan uiteindelijk 38 mensen van verschillende locaties in het circuit hebben deelgenomen (dit is ongeveer de helft van het aantal intakers).

De trainingen bij de samenwerkende instellingen Midden Kennemerland (RIAGG Midden Kennemerland, APZ Duin & Bosch en de PAAZ IJmuiden) zijn aangekondigd en georganiseerd door de directie van de RIAGG Midden Kennemerland, in samenwerking met de managers van de betrokken locaties van de ander instellingen. Alle betrokken intakers van deze drie instellingen die met hetzelfde protocol werken hebben aan de training deelgenomen. Het betrof drie trainingen waaraan 59⁵ mensen hebben deelgenomen.

De training bestond uit verschillende onderdelen. Ten eerste een uitleg over het onderzoek, daarna een korte lezing waarom aandacht voor seksespecifieke aspecten van belang is voor de intake. Hierbij werden ook de sekseverschillen in ziekte en gezondheid belicht. Dit werd gevolgd door een uitleg van het gebruik van het instrumentarium. Zowel de uitgebreide handleiding als het korte, geïntegreerde model in het gebruikte intakeformulier werden daarbij behandeld. Na de pauze werd er geoefend aan de hand van casussen. Deze casussen zijn door de instellingen zelf aangeleverd en gaven een goede weergave van een mogelijk intakegesprek. Aan de hand van deze casussen is geoefend met het nieuwe instrumentarium. De intakers hadden vrijwel allemaal een actieve rol in het rollenspel. Bij grote groepen werden de deelnemers verdeeld in twee à drie kleine groepjes. In deze groepjes werden twee casussen uitgewerkt, die betrekking hadden op een mannelijke en een vrouwelijke cliënt. Per casus werkten drie intakers achtereenvolgens een bepaald onderwerp uit van het intakeprotocol. Allereerst werd aandacht besteed aan de anamnese/klachten. De tweede intaker behandelde de huidige leefsituatie en de actuele omstandigheden. Als laatste werd de biografie en levensloop aan de orde gesteld. Soms was er ook nog tijd voor een begin van de verkenning van de hulpvraag en verwachting van de cliënt over de behandeling.

⁵ Er waren 60 deelnemers ingeschreven voor de training. Later bleek dat één persoon toch niet bij de training aanwezig was.

De intakekers die in een casus geen actieve rol hadden (van cliënt dan wel intakeker) moesten aan de hand van een observatieformulier nagaan of de intakeker systematisch aandacht besteedde aan seksspecifieke aspecten. Daarbij moest hij of zij beoordelen of er aandacht was voor de invloed van de seksspecifieke socialisatie, sekserollen en sociaal-maatschappelijke positie op het ontstaan, de presentatie en beleving van de klachten. Ook werd in de nabespreking aandacht besteed aan de centrale positie van de cliënt in de intake. Zo werd besproken of de cliënt voldoende ruimte had om de eigen ideeën over de klachten en de hulpvraag goed naar voren te brengen en of de wensen en de verwachtingen van de cliënt ten aanzien van de behandeling voldoende aan bod zijn gekomen.

Met name de rollenspellen leken heel verhelderend voor de intakekers. Het bleek heel goed om te kunnen ervaren hoe het voor een cliënt is om bevraagd te worden in een intake. Ook gaven intakekers aan dat zij het heel leerzaam vonden om hun collega's aan het werk te zien. Duidelijk was dat ieder zijn/haar eigen stijl had. Intakekers werden daardoor ook aan het nadenken gezet over hun eigen methodisch handelen. Over het algemeen heerste er een prettige sfeer in de rollenspellen, waardoor de meeste intakekers ook daadwerkelijk actief deelnamen aan de levendige discussies.

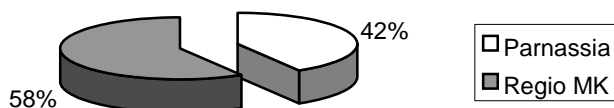
3.4 Evaluatie van het aangepaste intakeprotocol

Door de betrokken instellingen was de medewerking toegezegd voor een evaluatie van de implementatie van het aangepaste intakeprotocol. Tijdens de trainingen zijn alle deelnemers ervan op de hoogte gesteld dat zij na een periode van ongeveer twee maanden een vragenlijst konden verwachten over het gebruik van het nieuwe, aangepaste intakeprotocol. Aan de deelnemers is gevraagd of zij het adres en afdeling waar zij werkzaam waren, voor ons konden noteren op een deelnemerslijst. Zodoende konden wij alle deelnemers persoonlijk de vragenlijst toesturen.

Bij Parnassia Circuit Volwassenen II zijn op persoonlijke titel vragenlijsten gestuurd naar de 38 deelnemers aan de trainingen. Uiteindelijk hebben we 22 formulieren van hen terug ontvangen, hetgeen een respons van 58% betekent.

Naar de medewerkers van de deelnemende instellingen in de regio Midden Kennemerland zijn in totaal 60 vragenlijsten verstuurd. Daarvan zijn er 31 geretourneerd. Dit komt neer op een responspercentage van 52%. De totale onderzoekspopulatie bedraagt dus 53 werknemers. In de volgende figuur is de verdeling over de verschillende locaties weergegeven.

Figuur 3.1. Verdeling respondenten naar instellingen (N=53)



Gebruik van het aangepaste intakeprotocol

De grote vraag is natuurlijk of de intakekers het nieuwe, aangepaste intakeformulier ook daadwerkelijk gebruikt hebben in de praktijk. In totaal blijkt dat een kwart van de intakekers het nieuwe intakeformulier gebruikt heeft. Bij beide instellingen ligt de verdeling van (niet-)gebruikers ongeveer gelijk (tabel 3.2).

Tabel 3.1 Aangepast formulier in praktijk gebruikt

| | | Locatie | | Totaal |
|---|-----|-----------|----------|--------|
| | | Parnassia | Regio MK | |
| <i>Heeft u het nieuwe aangepaste formulier in de praktijk gebruikt?</i> | Ja | 5 | 8 | 13 |
| | % | 23% | 26% | 25% |
| | Nee | 17 | 23 | 40 |
| | % | 77% | 74% | 75% |
| Totaal | | 22 | 31 | 53 |
| | % | 100% | 100% | 100% |

Vervolgens zijn we nagegaan waarom driekwart van de intakekers (nog) geen gebruik gemaakt heeft van het nieuwe, aangepaste intakeformulier. Ligt dit aan de kwaliteit van het aangepaste formulier, was er sprake van belemmerende omstandigheden, of zijn er andere (externe) factoren aan te wijzen?

Aan de mensen die aangegeven hebben dat zij geen gebruik hebben gemaakt van het aangepaste intakeformulier, is gevraagd wat daarvan de reden was. Maar liefst 21 personen geven aan dat zij de afgelopen periode geen intakes hebben gedaan (=40% van de onderzoekspopulatie). Dit werpt een ander licht op het gebruik van het aangepaste formulier. Wanneer de mensen die geen intakes hebben gedaan in de afgelopen periode van het totaal aantal mensen die de vragenlijst hebben ingevuld, worden afgetrokken, blijkt dat 41% (13/32) van de intakekers het nieuwe formulier gebruikt heeft.

Andere reden die mensen aangaven waarom ze het formulier niet gebruikt hebben:

- De intakeker gebruikt nog steeds het standaard protocol (43 keer genoemd). Dit kan zijn omdat de intakeker van mening is dat aan de hand van dit oude protocol ook al genoeg aandacht besteed kan worden aan seksespecifieke aspecten. Een ander geeft aan dat het oude protocol nog steeds het standaard protocol is.
- De inhoud van het aangepaste protocol is volgens de intakeker al bekend (33 keer genoemd). Zij maakten voordien ook al gebruik van deze aandachtsgebieden.
- Te weinig tijd (23 keer genoemd), zoals één respondent zegt: *“Dit is onmogelijk als je slechts 60 minuten hebt voor een intake”*.

Het aantal mensen dat deze laatste reden als belemmering aanvoert, is erg laag vergeleken met het aantal mensen dat in de trainingen al aangaf dat ze het formulier waarschijnlijk niet zouden gaan gebruiken, aangezien ze al zo veel moesten vragen in de beperkte tijd die er stond voor een intake (het is dus waarschijnlijk dat een groot aantal non-responders om deze reden geen gebruik heeft gemaakt van het intakeformulier).

De vraag of er belemmerende omstandigheden waren ten aanzien van de uitvoering van het nieuwe, aangepaste intakeprotocol, werd relatief gezien door de intakekers van Parnassia vaker met 'ja' beantwoord (8 van de 13 antwoorden) dan door de intakekers van de andere instellingen (5 van de 16 antwoorden). Ook hier komt de drukte weer naar voren als belangrijkste belemmering om gebruik te kunnen maken van het aangepaste intakeprotocol.

Een aantal intakekers (13) heeft wel gebruik gemaakt van het aangepaste protocol. Aan hen is gevraagd of dit protocol een meerwaarde heeft ten aanzien van het standaardprotocol. De meningen hierover zijn verdeeld. Vier intakekers vinden dat het nieuwe intakeprotocol geen meerwaarde heeft, vijf vinden dat het een beetje meerwaarde heeft, en twee intakekers vinden dat het zeker een meerwaarde heeft ten opzichte van het oude intakeprotocol. Een aantal commentaren:

“Checklist functie”

“Specifieker doorvragen geeft meer idee over copingstijl”

“Prettig dat alles op een rijtje staat”

“De aangeboden vragen zijn helpend en een goede leidraad”

Slechts twee intakekers geven aan dat zij eerder seksspecifieke problemen signaleren door middel van het aangepaste intakeprotocol.

Er worden twee suggesties gegeven voor verbetering van het aangepaste intakeprotocol, namelijk het creëren van meer schrijfruimte en het verwerken in het standaard formulier als aparte losse bijlage.

We zijn ook nagegaan of er verschil bestaat in het gebruik van het nieuwe intakeformulier tussen mannelijke en vrouwelijke medewerkers.

Tabel 3.2 Aangepast formulier in praktijk gebruikt, uitgesplitst naar sekse

| | | Geslacht | | Niet ingevuld | Totaal |
|---|-----|----------|-------|---------------|--------|
| | | Man | Vrouw | | |
| <i>Heeft u het nieuwe aangepaste formulier in de praktijk gebruikt?</i> | Ja | 4 | 7 | 2 | 13 |
| | % | 21,1% | 23% | 50% | 25% |
| | Nee | 15 | 23 | 2 | 40 |
| | % | 78,9% | 77% | 50% | 75% |
| Totaal | | 19 | 30 | 4 | 53 |
| | % | 100,0% | 100% | 100,0% | 100,0% |

De meerderheid van de respondenten is van het vrouwelijke geslacht (57%). Dit percentage is lager dan het percentage van het totale aantal vrouwelijke deelnemers ($64/98=65\%$) aan de trainingen. Dit kan wellicht verklaard worden doordat van vier personen onbekend is van welk geslacht zij zijn. Zesendertig procent van de onderzoekspopulatie is van het mannelijke geslacht. Het percentage mannen dat de vragenlijst ingevuld heeft komt nagenoeg overeen met het totale percentage mannen dat de training gevolgd heeft. Uit tabel 3.2. kan geconcludeerd worden dat het geslacht nagenoeg niet van invloed is op het al dan niet gebruiken van het nieuwe intakeformulier.

Gebruik van de toelichting

Naast het gebruik van het aangepaste intakeprotocol, willen we ook graag weten of de intakekers gebruik hebben gemaakt van de bijbehorende toelichting. In deze toelichting zijn de verschillende onderwerpen die behandeld kunnen worden, uitgebreid uitgewerkt. Het is de bedoeling dat de intakekers deze nalezen, om zodoende meer op de hoogte te zijn van de achtergronden van waaruit bepaalde vragen gesteld zouden kunnen worden.

Uiteindelijk blijken in totaal twaalf intakekers (zes van beide instellingen) gebruik te hebben gemaakt van de toelichting. De meeste intakekers gebruiken het als achtergrond- of aanvullende informatie.

“Het is niet nieuw. Was al gewend om op deze wijze te werken, wel tevreden over de compleetheid van de bijlagen.”

Op de vraag of het formulier en de toelichting meer informatie opleveren om seksespecifieke hulpverlening te indiceren, antwoorden drie van de tien respondenten (één heeft de vraag niet beantwoord) dat dit inderdaad het geval is. De overige zeven respondenten zijn het hier niet mee eens. Deze uitkomst kan iets gerelativeerd worden doordat een aantal van hen vanuit hun beroepsdeskundigheid inderdaad al aspecten van SHV in hun werk toepaste en het voor hen dan ook niets nieuws bracht. Om erachter te komen welk effect het nieuwe intakeprotocol nu precies heeft, moeten eigenlijk de indicatieverslagen van voor en na de invoering van het nieuwe intakeprotocol vergeleken worden. Getoetst zou dan moeten worden of er meer seksespecifieke aspecten in de verslagen aan de orde komen. Dan nog zal het heel moeilijk zijn om het directe effect te meten: er zijn heel veel verschillende factoren in het spel die allemaal invloed uit kunnen oefenen op het al dan niet gebruikmaken van een dergelijk vernieuwd intakeprotocol.

3.5 Conclusies en aanbevelingen

Het Model Intakeprotocol SHV is in twee regio's door middel van een training geïntroduceerd in de GGZ. Uit de evaluatie na twee maanden blijkt eenderde van de mensen die de training hebben gevolgd ook daadwerkelijk het nieuwe instrument te gebruiken in de intake. Het is echter de bedoeling dat de aangepaste intakeprotocol met de toegevoegde SHV-items in de praktijk de bestaande intakeprotocol zal gaan vervangen, waardoor alle medewerkers de nieuwe intakeprotocol zullen hanteren. De mensen die de intakeprotocol gebruiken vinden de SHV-aspecten over het algemeen wel een zinvolle aanvulling.

Op grond van de ervaringen in dit onderzoek is er een aantal bevorderende en belemmerende aspecten te constateren die de implementatie van het instrument bevorderen dan wel vertragen. Ten eerste is het van belang dat het instrument aansluit op de wijze waarop in de praktijk de intake al verloopt. Uit beide experimenten blijkt dat het instrument daaraan voldoet. Het instrument kan dan ook ingevoegd worden in nieuwe ontwikkelingen zoals de Regionale Indicatie Organen. Voordeel is dat het instrument goed aansluit op de wijze waarop mensen zelf gewend zijn hun intake te voeren. Daarmee komen we op het tweede bevorderende element: de lijst is zodanig gemaakt dat de intakeprotocol zelf bepalen welke onderwerpen en vragen aan de orde gesteld zullen worden. Intakeprotocol maken altijd een selectie in de vragen en onderwerpen die tijdens de intake aan de orde komen. Het model biedt de mogelijkheid om aspecten die vanuit seksespecifieke hulpverlening essentieel zijn, niet te vergeten. Het instrument werd ook heel bruikbaar gevonden om met name nieuwe medewerkers of stagiaires in te werken, aangezien vooral de uitgebreide handleiding veel informatie geeft over gender-aspecten van de leefwereld en situatie van cliënten die van invloed kunnen zijn op de problematiek van de cliënt.

Knelpunt zijn de eisen die aan een intake gesteld worden. Voor een intakegesprek is niet meer dan drie kwartier beschikbaar en de mogelijkheden voor een vervolginname zijn zeer beperkt. Daardoor kunnen niet alle zaken besproken worden. Tegelijkertijd dienen andere aspecten, die bijvoorbeeld relevant zijn in het kader van migrantenhulpverlening en arbeidsgelateerde hulpverlening, ook steeds meer aandacht te krijgen in de intakeprocedure. Het instrument is daarom meer geschikt voor een vervolginname of voor de start van een behandeling, wanneer er meer tijd beschikbaar is om na te gaan wat nu de problemen zijn van de cliënten, en ingegaan kan worden op de context waarbinnen die problemen zijn ontstaan.

Een ander knelpunt wat betreft de implementatie is de 'top-down' benadering. De medewerkers voelden zich verplicht om aan de training deel te nemen. Daardoor kwamen allerlei weerstanden aan de oppervlakte die niets met SHV en het instrument te maken hadden, maar die wel

maakten dat mensen niet welwillend het nieuwe instrument willen gebruiken. De implementatie is verricht door de onderzoeksgroep. De onderzoekers zijn buitenstaanders die na de training geen bemoeienis meer hebben met het wel of niet gebruiken van het instrument. Belangrijk is dat iemand binnen de instelling de verantwoordelijkheid heeft voor het gebruik van het instrument, waardoor SHV op de agenda blijft staan van alle intakekers en het instrument binnen de indicatiebespreking een functie kan hebben. Zoals ook uit het onderzoek blijkt gebruikt tweederde van de intakekers nog de 'oude' intakekerlijst. Een aandachtfunctionaris kan mensen hierop aanspreken en zorgen dat de 'nieuwe', aangepaste lijst gebruikt wordt.

Behandelaren zijn professionals die verschillende visies kunnen hebben op geestelijke gezondheidszorg. De biologische psychiatrie heeft bijvoorbeeld een andere oriëntatie dan de contextgerichte benadering van SHV. De introductie van SHV binnen de reguliere instellingen blijkt een lang en moeizaam proces te zijn, waarbij men kan constateren dat er steeds meer belangstelling en aandacht is voor SHV binnen de behandeling en intake. De meeste intakevragenlijsten blijken na verloop van tijd in de bureauladen te verdwijnen. De kans dat dat met dit instrument gebeurt is kleiner, omdat het geen aparte intakekerlijst betreft, maar deze geïntegreerd wordt in de bestaande intakeprocedure.

Het is de vraag of het gebruik van deze intakeprocedure ook tot een betere indicatie voor SHV leidt. Daarover kan in dit onderzoek niets gezegd worden. Daarvoor zou men de indicatiestellingen nader moeten onderzoeken.

Aanbevelingen

Implementatie van het aangepaste intakeprotocol lijkt alleen zinvol onder de volgende omstandigheden:

- Er moet iemand in de organisatie zijn die het hele implementatieproces begeleidt (bij voorkeur een lijnfunctionaris).
- Om een goede intake te kunnen verrichten met aandacht voor seksespecifieke (en andere belangrijke) aspecten moet voldoende tijd beschikbaar zijn. Indien deze tijd niet beschikbaar is dan is het volgende punt van toepassing.
- Vanwege de tijdsdruk tijdens de intake, lijkt het zinvoller om de aandacht voor seksespecifieke aspecten te verleggen naar een eventueel verlengd intakegesprek en het begin van de hulpverlening. Indien nodig kan de hulpverlening dan alsnog bijgesteld worden of kan alsnog een aanbod voor vrouwen/mannenbepaalde hulpverlening geïndiceerd worden.
- Goede training waarbij vooraf duidelijk is wat de opzet en het doel is. Het moet voor de deelnemers bij aanvang duidelijk zijn dat de nadruk ligt op het gebruik van het protocol. Daarbij moeten de stukken, waaronder het nieuwe intakeprotocol ook tijdig onder de deelnemers verspreid zijn, zodat zij zich in voldoende mate kunnen voorbereiden en zich op de hoogte stellen van de inhoud en doelstelling van de training. De trainingen dienen zowel door vrouwen als door mannen gegeven te worden.
- Er moet een duidelijk commitment bestaan vanuit het management en de teamhoofden voor de implementatie van een dergelijk nieuw protocol. Het is aan te raden dat vanuit het management een brief gestuurd wordt aan potentiële deelnemers voor een dergelijke training, waarin het belang van het gebruik van het nieuwe intakeprotocol voor de organisatie aangegeven wordt. Dit kan nog eens extra ondersteund worden doordat teamhoofden bijvoorbeeld in werk/teamoverleggen het belang nog eens onderstrepen. Teamhoofden moeten een heldere instructie krijgen over het gebruik van het protocol.
- Het is van belang dat er expliciet onderscheid gegeven wordt aan het belang van het intakekermodel in de eerste en in de verlengde intake. Bij de eerste intakeker ligt de nadruk meer op het in het achterhoofd hebben van bepaalde items op het gebied van SHV bestaan die eventueel al kort aan de orde kunnen komen. In de verlengde intakeker of aan het begin van

een verblijfs/behandeltraject kunnen op een meer methodische manier de aspecten van SHV behandeld worden.

- Seksespecifieke aspecten dienen ook behandeld te worden in opleidingstrajecten.
- Het is zinvol om het instrument in te zetten bij het inwerken van stagiaires en nieuwkomers.
- Het is moeilijk om de implementatie van een nieuw intakeprotocol ten tijde van constante organisationele veranderingen door te voeren; het lijkt wel zinvol om aan te sluiten bij relevante organisationele veranderingen, zoals de invoering van één intakeprotocol, maar dergelijke veranderingen dienen ook gepaard te gaan met maatregelen om de invoering ervan te bevorderen.
- Ten slotte verdient het ook aanbeveling om het nieuwe, aangepaste protocol te automatiseren.

Vervolg onderzoek implementatie

Oorspronkelijk was de opzet van het onderzoek naar de implementatie van het aangepaste intakeprotocol, dat na de eerste evaluatieronde aan de hand van de vragenlijsten, het intakeprotocol indien nodig aangepast zou worden. Vervolgens was er een tweede evaluatieronde gepland. Door de onderzoekers is besloten dat het weinig tot geen meerwaarde voor de uitkomsten van het project zal opleveren om een tweede evaluatieronde te houden onder de deelnemers van de trainingen.

Tevens was in de opzet de mogelijkheid van een groepsgesprek met gebruikers van het aangepaste intakeprotocol opgenomen. Aan het einde van de evaluatievragenlijsten is aan de deelnemers van de trainingen gevraagd of zij eventueel deel zouden willen nemen aan een dergelijk groepsgesprek. Er bleek echter geen animo voor te zijn. Een paar intakers gaven aan wel belangstelling te hebben voor het onderwerp, doch echter te druk te zijn om aan een bijeenkomst deel te kunnen nemen. Om deze redenen komt ook het groepsgesprek over de implementatie van het aangepaste intakeprotocol te vervallen.

Hoofdstuk 4 Quick Scan integratie seksespecifieke hulpverlening in de GGZ

4.1 Inleiding

Uit de eerste fase van het onderzoek bleek dat er een behoefte is aan een duidelijk overzicht van de stand van zaken van SHV in de instelling. Met de verdergaande fuseringen in de GGZ, waarin hele grote GGZ-instellingen ontstaan die meerdere locaties en sectoren omvatten, wordt het steeds moeilijker om het SHV-aanbod in de instelling zichtbaar te maken. Waar vroeger de aandachtsfunctionaris SHV alle afdelingen kende en een goed overzicht had van het aanbod, is er steeds meer behoefte aan een jaarlijks bijgesteld overzicht van het aanbod en deskundigheid binnen de instelling op het terrein van SHV. Daartoe is er door de onderzoeksgroep een instrument ontwikkeld 'de Quick Scan SHV in de GGZ' om een globaal en snel overzicht te krijgen van zowel het aanbod SHV als de mate van integratie van SHV in de instelling.

De Quick Scan is net zoals de andere kwaliteitsinstrumenten voorgelegd aan een viertal expertmeetings vanuit de vier verschillende sectoren (ambulante, kortdurende en langdurende geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg) en op een gezamenlijke bijeenkomst met een delegatie van mensen vanuit de vier bijeenkomsten. Aan alle groepen hebben mensen deelgenomen die deskundig zijn op het terrein van SHV, waarbij gelet is op een deskundigheid vanuit mannenhulpverlening, vrouwenhulpverlening, en seksespecifieke hulpverlening. Het betrof mensen die werkzaam zijn binnen de instelling zoals hulpverlener, kwaliteitsfunctionaris, of managers, evenals mensen vanuit de cliëntenraden van de desbetreffende sector.

De Quick Scan is op basis van het commentaar van deze bijeenkomsten bijgesteld en daarna uitgetest in zeven verschillende instellingen. In dit hoofdstuk wordt eerst de Quick Scan beschreven (paragraaf 4.2). Daarna worden de resultaten van de evaluatie van de Quick Scan besproken (paragraaf 4.3). De resultaten van de Quick Scan worden voor de verschillende sectoren in de GGZ en de verslavingszorg besproken. Naast de sectoren ambulante, kortdurende en langdurende zorg worden als aparte sectoren de jeugd-GGZ en de geriatrie onderscheiden. Per sector wordt de stand van zaken met betrekking tot SHV besproken (paragraaf 4.4). In de slotparagraaf wordt ingegaan op de vraag of de Quick Scan bruikbaar is in de praktijk.

4.2 Beschrijving van het instrument

De Quick Scan zelf is als bijlage bij dit hoofdstuk opgenomen, dus voor een volledig zicht op het instrument verwijzen wij naar deze bijlage. In deze paragraaf willen wij kort het instrument beschrijven. Het instrument bestaat uit vier delen:

- Deel A: dit is een vragenlijst die door het afdelingshoofd wordt ingevuld.
- Deel B: dit is een vragenlijst die door het management van de sector/ divisie dan wel instelling wordt ingevuld.
- Deel C: dit is een overzichtslijst waarin de gegevens van vragenlijst A voor de instellingen / divisie of sector worden geordend.
- Deel D: dit is een format voor het verslag, waarin de stand van zaken met betrekking tot SHV wordt beschreven en gekwantificeerd.

In de Quick Scan is een aantal onderwerpen onderscheiden die in elk van de vier delen terugkomen. Ten eerste het aanbod SHV op de afdelingen zelf, hierbij wordt expliciet gevraagd of er een aanbod SHV is op de afdeling, uitgesplitst naar vrouwenhulpverlening, mannenhulpverlening en seksespecifieke hulpverlening. Dit aanbod wordt ook expliciet beschreven. Binnen de instellingen gaat men steeds meer werken met zorgprogrammering waarbij mogelijk ook andere instellingen betrokken worden vanuit het principe dat de hulp moet aansluiten en op elkaar afgestemd moet worden (ketenkwaliteit). Zorgprogramma's en de aandacht daarbinnen voor SHV is een apart onderwerp. Vanuit de werkers op de afdelingen en de beleidsmakers zelf wordt benadrukt dat er in toenemende mate sprake is van een geïntegreerd aanbod SHV binnen de behandeling. Daarom is nagegaan in hoeverre in het primaire proces van de behandeling aandacht is voor de seksespecifieke aspecten van de problematiek bij de intake en de behandeling, maar ook de cultuur en het klimaat van de afdeling zijn hierbij indicatoren. Met de verdergaande integratie van SHV binnen het hulpverleningsaanbod van de instelling wordt SHV steeds meer een onderdeel van het bestaande behandelingsaanbod. De vraag is in hoeverre SHV nog herkenbaar is binnen de instelling. In de Quick Scan is een aparte categorie de 'herkenbaarheid van SHV' opgenomen. Hierbij wordt de vraag gesteld of SHV in de folder en het voorlichtingsmateriaal van de instelling of de afdeling wordt genoemd. Wordt het aanbod SHV apart geregistreerd en wordt nagegaan of er een specifieke behoefte van cliënten is voor een aanbod vrouwenhulpverlening of mannenhulpverlening? Een vierde onderwerp is het personeelsbeleid van de instelling. Wordt er in het aannamebeleid gelet op de gelijke verdeling van mannen en vrouwen, ook op leidinggevende functies? Is er in het aannamebeleid aandacht voor het aannemen van hulpverleners met kennis en ervaring op het terrein van SHV? Bij het vijfde, daaruit voortvloeiende, onderwerp wordt nagegaan in hoeverre er mensen werkzaam zijn binnen de instelling die deskundig zijn op het terrein van de SHV. Welke mogelijkheden zijn er voor wat betreft deskundigheidsbevordering in de instelling. De ervaring in het verleden was dat bij de integratie van SHV de steun van het management van de instelling zeer belangrijk is. Zowel de organisatorische ondersteuning als het beleid ten aanzien van SHV worden in kaart gebracht, zowel op instellings- als op afdelingsniveau.

In deel D zijn twee overzichten opgenomen waarin de antwoorden worden gekwantificeerd en de gemiddelde scores per onderwerp worden berekend en uitgedrukt in percentages. Het percentage geeft de mate van integratie van SHV aan en kan worden afgezet tegen een door de instelling te formuleren gewenst percentage.

4.3 De implementatie van de Quick Scan

4.3.1 Het uitzetten van het instrument

Het instrument is naar aanleiding van de bespreking in de panelrondes aangepast (bijlage 1) en verspreid onder de aan het onderzoek deelnemende instellingen, behalve bij Centrum Maliebaan, dat heeft laten weten niet meer te willen deelnemen aan het onderzoek vanwege andere prioriteiten. De Quick Scan is uitgezet bij:

- Parnassia
- RIAGG Midden Kennemerland
- de SBWU
- De RIBW Kennemerland, Amstelland en de Meerlanden
- APZ Duin en Bosch
- Altrecht
- De Brijderstichting

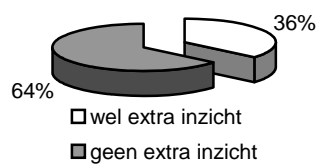
Bij een aantal instellingen is aan de Quick Scan een korte vragenlijst toegevoegd ter evaluatie van het gebruik ervan. De verspreiding, inzameling en eerste verwerking van de onderdelen van de Quick Scan zijn in de meeste gevallen door de aandachtsfunctionaris seksespecifieke hulpverlening verzorgd.

4.3.2 De evaluatie van de Quick Scan

Bij de Quick Scan is een vragenlijst gevoegd voor degene die binnen de instelling/ het circuit verantwoordelijk was voor het verzamelen van de gegevens. Hieronder volgt een evaluatie gebaseerd op de antwoorden van de SBWU, APZ Duin & Bosch, RIBW KAM, Parnassia en de Brijder stichting. De evaluatieformulieren zijn ingevuld door 53 mensen, waarvan 39 mensen vragenlijst A beoordeeld hebben en 14 mensen vragenlijst B.

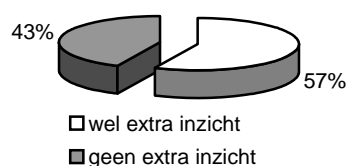
Een veronderstelling is dat het gebruik van de Quick Scan niet alleen informatie over het aanbod SHV en integratie van SHV binnen de instelling oplevert voor de aandachtsfunctionaris, maar ook dat degene die de vragenlijst invult zich bewust wordt van de stand van zaken SHV op de afdeling dan wel instelling. Aan de respondenten is dan ook gevraagd of zijzelf meer inzicht hebben gekregen in de stand van zaken van SHV of hun afdeling c.q. sector/instelling (zie figuur 4.1 en 4.2).

Figuur 4.1 Het inzicht in SHV volgens de afdelingshoofden



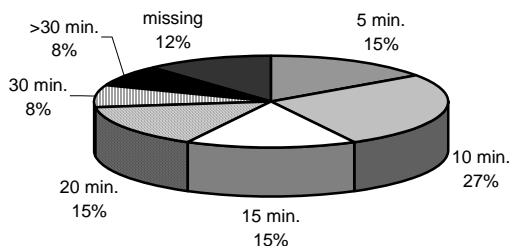
Het blijkt dat van de afdelingshoofden die de vragenlijst hebben ingevuld ongeveer eenderde (36%) meer inzicht heeft gekregen in de stand van zaken van SHV op de afdeling door het invullen van de vragenlijst. Voor de managers lag dit hoger, van hen vond meer dan de helft dat zij meer inzicht hadden gekregen (57%). Een mogelijke verklaring voor dit verschil is dat de afdelingshoofden vaak beter weten wat het SHV-aanbod is op de afdeling en hoe het staat met de integratie van SHV.

Figuur 4.2 Het inzicht in SHV volgens de managers



De bedoeling van de Quick Scan is dat deze niet te veel tijd in beslag mag nemen. Het aantal onderzoeken en dientengevolge het aantal vragenlijsten die mensen op hun bureau krijgen neemt hand over hand toe en de non-respons stijgt evenredig. Daarom is gekozen voor een instrument dat snel ingevuld kan worden door de respondenten en toch voldoende informatie oplevert. Aan de respondenten is gevraagd hoe lang zij hebben gedaan over het invullen van de Quick Scan.

Figuur 4.3 De hoeveelheid tijd die het invullen van formulier in beslag nam



Gemiddeld hebben de mensen een kwartier besteed aan het invullen van vragenlijst A, waarbij een kwart er ongeveer tien minuten over deed en een kwart een kwartier. Er zijn twee uitschieters die er langer over deden dan 30 minuten. De tijd om vragenlijst B in te vullen is ongeveer tien minuten. De Quick Scan voldoet daarmee aan de norm dat het niet te veel tijd in beslag mag nemen.

Een andere vraag was of de vragen helder en gemakkelijk in te vullen waren. Bijna iedereen reageerde bevestigend. Drie mensen vonden echter vragenlijst A lastig in te vullen. De toelichting op vragenlijst A en B was volgens iedereen duidelijk en helder. Met name ten aanzien van deel C was de toelichting niet duidelijk. Hiervoor is een duidelijke handleiding geschreven en een apart deel D toegevoegd, dat een format voor het verslag bevat voor de functionaris SHV.

Ten slotte is aan de mensen gevraagd of zij suggesties voor verbetering van de lijst hadden. Sommigen vroegen zich af de lijst niet 'te' Quick is. Het onderscheid tussen seksespecifieke hulpverlening, mannenhulpverlening en vrouwenhulpverlening is niet altijd helder. In de praktijk loopt dit echter ook door elkaar en in elkaar over. Sommige instellingen gebruiken ook andere termen zoals genderhulpverlening. In de Quick Scan is een toelichting opgenomen met de definities. De vragenlijst biedt geen mogelijkheid om initiatieven die op de rol staan en dus in ontwikkeling zijn te melden. Hiervoor is een aparte categorie gecreëerd waarin allerlei initiatieven vermeld kunnen worden. De vragenlijsten zijn op basis van het commentaar aangepast en voorgelegd aan de klankbordgroep.

Kortom: de Quick Scan voldoet aan de eisen die er aan gesteld zijn, namelijk een heldere en duidelijke opleiding en de vragenlijsten nemen niet te veel tijd in beslag. Dit verhoogt niet automatisch de respons. De functionarissen SHV en/of kwaliteit rapporteren dat zij de respondenten nogal hebben moeten aansporen om de vragenlijsten in te vullen en terug te sturen. Door het invullen van de Quick Scan treedt er wel een neveneffect op, namelijk dat SHV weer eens onder de aandacht is van het management in de instelling. Het invullen van de Quick Scan levert voor hen in ieder geval meer kennis en inzicht op omtrent de integratie van SHV in de afdeling en instelling.

4.4 Resultaten wat betreft de stand van zaken met betrekking tot seksespecifieke hulpverlening

In 1990 heeft er een onderzoek plaatsgevonden naar de stand van zaken van vrouwenhulpverlening in de algemene psychiatrische ziekenhuizen (Egtbertsen e.a., 1991). Vijf jaar na dato is er nagegaan hoe ver de integratie inmiddels gevorderd was (Plemper & Steketee, 1996). In vergelijking met deze eerdere onderzoeken blijkt dat het aanbod SHV steeds meer geïntegreerd is. Tien jaar geleden bood het merendeel van de instellingen (80%) activiteiten op het gebied van SHV (toen nog vrouwenhulpverlening genoemd) aan. Het aanbod bleef echter beperkt tot de ambulante hulpverlening, zoals de poliklinieken en de deeltijdbehandeling. In 1995 heeft het aanbod SHV zich uitgebreid tot alle sectoren, zij het dat de sector acute en kortdurende psychiatrie en de ambulante sector nog steeds veel hoger scoren. Anno 2000 hebben op instellingsniveau alle sectoren een aanbod SHV. Binnen de instellingen zijn er nog wel enkele afdelingen zonder aanbod SHV. Ook is er bijna overal binnen de intake en behandeling aandacht voor seksespecifieke aspecten van de problematiek. We kunnen constateren dat SHV in de geestelijke gezondheidszorg een bijna vanzelfsprekende zaak is geworden.

Tabel 4.1 Gemiddelde score per sector

| | Jeugd N*=5 | Ambulante zorg N=9 | Kortduren- de zorg N=16 | Langduren- de zorg N=25 | Ouderen N=11 | Versla- vingszorg N=10 |
|--------------------|---------------|--------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------|------------------------------|
| Aanbod SHV | 64% | 62% | 32% | 24% | 39% | 41% |
| Primair proces | 68% | 82% | 62% | 59% | 63% | 49% |
| Herkenbaarheid SHV | 54% | 66% | 42% | 25% | 40% | 33% |
| Personeelsbeleid | 66% | 65% | 38% | 19% | 17% | 20% |
| Deskundigheid SHV | 93% | 78% | 52% | 42% | 62% | 48% |
| Ondersteuning SHV | 48% | 68% | 49% | 28% | 60% | 48% |
| Beleid SHV | 48% | 64% | 75% | 36% | 68% | 66% |

* Aantal afdelingen

Tabel 4.1 geeft weer hoe er op een bepaald item gemiddeld gescoord is voor alle afdelingen die aan de Quick Scan hebben meegewerkt. Het aantal afdelingen varieert per sector van 9 tot 25 afdelingen / locaties. Het is van het aantal items afhankelijk hoe deze score geïnterpreteerd moet worden. Dit percentage betekent een kwantificering van de gemiddelde scores per afdeling. Deze moeten met enige relativering bekeken worden. Het geeft slechts een globaal inzicht van de stand van zaken met betrekking tot SHV in de instellingen. Voor een diepgaandere analyse is verder onderzoek noodzakelijk. Daarnaast blijkt uit de gegevens dat er soms sprake is van een subjectieve score als men bijvoorbeeld invult of er 'voldoende' deskundigheid aanwezig is. In sommige instellingen vind men het voldoende als er een of twee medewerkers enige kennis van SHV in huis hebben, terwijl in andere instellingen de norm is dat iedereen geschoold zou moeten zijn en men dus van mening is dat er nog niet voldoende kennis aanwezig is. Toch zijn er op basis van deze gemiddelde scores wel een aantal conclusies te trekken, zij het dat de cijfers zorgvuldig geïnterpreteerd moeten worden.

Zoals hiervoor is gemeld is er op bijna alle afdelingen wel een aanbod SHV aanwezig. Met name in de sectoren jeugd en ambulante is een redelijk uitgebreid en gevarieerd aanbod SHV aanwezig in de vorm van vrouwen/meiden- en mannengroepen. De sector verslavingszorg biedt in vergelijking met de andere instellingen in de GGZ redelijk wat hulpverlening op basis van de principes van mannenhulpverlening. Opvallend is dat de deelname aan de vrouwen- en mannengroepen in de verslavingszorg soms verplicht wordt gesteld. In de sector langdurige zorg is er door de scheiding wonen en zorg nauwelijks meer sprake van een hulpaanbod, en dientengevolge nauwelijks een SHV-aanbod.

Wat betreft de integratie van SHV binnen de reguliere behandeling is een duidelijke verschuiving waar te nemen. In de vorige metingen was er slechts incidenteel aandacht voor SHV in de intake of behandeling van cliënten. Nu is er bij alle sectoren in het hele primaire proces van intake tot behandeling aandacht voor seksspecifieke aspecten van de problematiek. Ook is het, in tegenstelling tot de eerdere metingen, nu veelal een standaardprocedure om aan de cliënten te vragen of zij een man of een vrouw als behandelaar c.q. begeleider willen. Er is echter nog nauwelijks aandacht voor de materiële veiligheidsaspecten en verblijfaspecten zoals slaapkamers die apart gesitueerd zijn, het sanitair en de verlichting op het terrein. Aan deze aspecten kan nog heel wat verbeterd worden. Opmerkelijk is overigens dat in 1995 nogal wat zorgprogramma's speciaal voor vrouwen ontwikkeld werden. Dat aanbod is in de resultaten van de Quick Scan nauwelijks terug te vinden.

Bijna nergens wordt het SHV-aanbod apart geregistreerd en geëvalueerd. Als er een duidelijk SHV-aanbod is in de vorm van vrouwen- of mannengroepen of een speciale vrouwenafdeling, dan is dit wel bekend bij de medewerkers van de instelling. Het wordt echter niet altijd genoemd in het werkplan of programmaprofiel van de afdeling. Met name voor cliënten kan de bekendheid van het SHV-aanbod verbeterd worden, bijvoorbeeld door het te vermelden in de afdelings- of instellingsfolder.

Vooraf binnen de sector jeugd en ambulant is er binnen het personeelsbeleid niet alleen aandacht voor een gelijke verdeling van mannen en vrouwen in (leidinggevende) functies, maar ook voor het aannemen van personeel dat kennis en ervaring heeft op het terrein van SHV. Dat leidt vervolgens weer tot een hoge score voor wat betreft de deskundigheid van SHV die een sector dan wel instelling in huis heeft. Bijna overal zijn er mogelijkheden tot bij- of nascholing op het terrein van SHV. In sommige instellingen is er een bepaald deel van het budget deskundigheidsbevordering gereserveerd voor SHV, terwijl in andere instellingen medewerkers gewoon een beroep doen op het algemene budget. Was de deskundigheidsbevordering in 1995 nog vooral gericht op het bezoeken van congresdagen en symposia, nu is de deskundigheidsbevordering vooral gericht op het volgen van na- en bijscholingscursussen en intervisie en supervisie.

De ondersteuning van SHV in de vorm van werkgroepen of een aandachtsfunctionaris werd in de afgelopen tien jaar als een belangrijke voorwaarde beschouwd om de integratie van SHV te stimuleren binnen de instelling. Directies van de instelling stelden zich echter op het standpunt dat deze ondersteuning van tijdelijk aard was, aangezien het streven was dat SHV een geïntegreerd onderdeel diende uit te maken van het gehele behandelaanbod van de instelling en het geen apart behandelaanbod was. Men kan concluderen dat SHV binnen de instelling zowel een geïntegreerd onderdeel vormt van het gehele aanbod als een apart aanbod. Dit kan zijn in de vorm van groepen rondom een bepaalde problematiek zoals incest, seksueel geweld, eetproblemen, of problemen gerelateerd aan een bepaalde situatie zoals levensfase, arbeidsgerelateerde problematiek, etniciteit of aan een bepaalde rol als ouder, werknemer, kostwinner en dergelijke.

De ondersteuning van de integratie van SHV in de vorm van werk- of adviesgroepen vindt nog enkel incidenteel plaats. Bijna overal zijn aandachtsfunctionarissen SHV aangesteld, soms voor de gehele instelling, soms ook op afdelingsniveau. Het aantal uren dat deze aandachtsfunctionaris vrijgesteld is om aan SHV te besteden is echter in sommige gevallen zeer gering. Als de aandachtsfunctionaris voor de gehele instelling of sector werkt, behelst de aanstelling wel een behoorlijk aantal uren, maar is gezien de grootte van de instelling soms weer weinig. Als er een aandachtsfunctionaris is op de afdeling zelf zijn hier veelal geen uren voor vrijgemaakt, maar behoort het werk meer tot het aandachtsgebied van de betreffende hulpverlener. De meeste instellingen hebben een beleid ontwikkeld ten aanzien van SHV. Dit bekend nog niet dat SHV ook expliciet in het jaarverslag of werkplan van de instelling genoemd wordt.

4.4.1 Langdurige psychiatrische zorg (inclusief RIBW)

Het aanbod SHV in de beschermende woonvormen en langdurige zorg van de psychiatrische centra

Het aanbod SHV voor deze doelgroep ligt laag (gemiddeld 20%). Dit komt met name doordat er vooral op individueel niveau gewerkt wordt vanuit de principes van seksespecifieke hulpverlening, en er geen expliciet aanbod is in de vorm van vrouwen- of mannengroepen. In het verleden hebben er wel vrouwengroepen gedraaid, maar door de verdergaande scheiding tussen wonen en behandeling is het accent verschoven naar woonbegeleiding en worden de cliënten geacht een beroep te doen op de behandelvormen van de ambulante zorg. Er is één afdeling in de langdurige zorg die inloopmiddagen organiseert voor langdurig klinisch opgenomen vrouwen rondom een bepaald thema. Als er al zorgprogramma's zijn is hierin wel aandacht voor seksespecifieke aspecten. Daarnaast is er incidenteel samenwerking met andere instellingen op het terrein van seksueel geweld. Binnen het primaire zorgproces is er wel meer aandacht voor seksespecifieke aspecten (gemiddeld 51%). Binnen de begeleiding en behandeling die binnen de sector langdurige zorg geboden wordt is men alert op seksespecifieke elementen. Opvallend is dat er binnen de cultuur van de afdeling aandacht is voor man/vrouw-patronen. Tevens is er zowel aandacht voor de verblijfsaspecten voor vrouwelijke cliënten (zoals slaapkamers, sanitair, ontspanningsruimte) als voor veiligheidsaspecten. Wat betreft de keuze voor een mannelijke dan wel vrouwelijke begeleider is dit in wisselende mate een mogelijkheid die cliënten wordt aangeboden. Men kan concluderen dat er binnen de sector nog weinig aandacht is voor het systematisch registreren en evalueren van SHV.

De herkenbaarheid van SHV

De aandacht voor SHV in de folders van de instellingen, het werkplan of de programmaprofielen is ronduit gering te noemen. Bijna nergens wordt dit expliciet genoemd of vermeld. Dit heeft waarschijnlijk mede te maken met het feit dat er geen expliciet behandelaanbod is. Waar dit wel het geval is, wordt SHV ook genoemd in de afdelingsfolder (16%).

Personeelsbeleid

Alle instellingen trachten rekening te houden met een evenwichtige verdeling van mannelijk en vrouwelijk personeel op de afdelingen in de sector langdurige zorg. Dit leidt nog niet tot een gelijke verhouding van mannen en vrouwen op de werkvloer. Binnen de sector langdurige zorg is driekwart van het personeel vrouw. Er is niet echt een beleid gericht op het aannemen van vrouwen op leidinggevende posities of een loopbaanbeleid voor functies waarin een bepaalde sekse ondervertegenwoordigd is (16%).

Deskundigheid SHV

De afdelingen voeren ook geen actief beleid voor wat betreft het aannemen van personeel met kennis en ervaring op het terrein van SHV. Bij de meeste locaties en afdelingen binnen de sector zijn er wel mensen werkzaam die deskundig zijn op het terrein van SHV. Dit aantal is nog incidenteel en niet genoeg om te constateren dat er voldoende kennis aanwezig is op de afdelingen of locaties. Bijna overal zijn er wel mogelijkheden tot deskundigheidsbevordering in de vorm van deelname aan symposia of nascholing. Er is nergens een specifiek budget voor deskundigheidsbevordering op het terrein van SHV (34%).

Ondersteuning en beleid SHV

De meeste afdelingen of locaties hebben wel een aandachtsfunctionaris, of anders is op instellingsniveau een functionaris SHV aangesteld. Er is nergens meer een werkgroep SHV die zich in deze sector bezighoudt met het ontwikkelen en ondersteunen van SHV binnen de instelling. (35%). Binnen deze sector is er geen echt beleid ten aanzien van SHV. Het wordt niet of alleen incidenteel genoemd in het beleidsjaarverslag, werkplan of kwaliteitsverslag. Binnen de instellingen zijn wel protocollen ontwikkeld ten aanzien van ongewenste intimiteiten en in wisselende mate wat betreft de veiligheid van cliënten en personeel en gedragscodes.

4.4.2 De sector Jeugd-GGZ

Het aanbod SHV in de sector jeugd-GGZ

Binnen de sector jeugd in de GGZ is duidelijk sprake van een aanbod SHV (64%). Het aanbod varieert van groepen voor seksueel misbruikte jongeren (al dan niet samen met ouders), groepen voor meisjes met (lichte) eetproblemen of suïcidaliteit, tot groepen voor alleenstaande moeders of begeleiding in het omgaan met hun kinderen voor allochtone moeders. Er is incidenteel een specifiek aanbod voor jongens in de vorm van een jongensgroep. In de behandeling is er aandacht voor seksespecifieke thema's. Naast aandacht voor seksueel misbruik en eetproblemen is er ook aandacht voor separatie en parentificatie en komen gender-/identiteitsproblemen aan de orde. Binnen het primaire proces kan men concluderen dat er veel aandacht is voor SHV binnen de intake en de behandeling van de jeugdigen en hun ouders (58%). Bijna overal hebben cliënten de mogelijkheid om te kiezen voor een man of een vrouw als begeleider. Nergens wordt echter het aanbod SHV apart geregistreerd en geëvalueerd. Waar het van toepassing is, is er zeker aandacht voor verblijfsaspecten en veiligheidsaspecten. Binnen de cultuur van de afdelingen is SHV wisselend een aandachtspunt. Als er binnen de afdelingen zorgprogramma's zijn, maakt SHV daarvan onderdeel uit. Daarnaast is er overal wel sprake van samenwerking op het terrein van SHV en seksueel geweld met andere instellingen. Kortom, binnen de sector jeugd is er duidelijk aandacht voor SHV, zowel in specifieke behandelaanbod als in het hele proces van de behandeling en begeleiding van jeugdigen of hun ouders.

Herkenbaarheid van SHV

Voor de herkenbaarheid wordt SHV op een enkele afdeling expliciet vermeld in de informatiefolder. Wel is SHV in ongeveer de helft van de verschillende afdelingen of locaties een onderdeel van het werkplan. Voor zover er sprake is van een programmaprofiel is SHV daarin opgenomen als specifiek onderdeel. Men kan constateren dat SHV wel herkenbaar is voor de medewerkers binnen de sector jeugd, maar dat voor de gebruikers van de zorg, de jongeren en hun ouders, de informatieverstrekking wel verbeterd kan worden (54%).

Personeelsbeleid

In de afdeling jeugd zijn vrouwelijke medewerkers veruit in de meerderheid. Er werken driemaal zoveel vrouwen als mannen. Toch streven alle afdelingen naar een gelijke verdeling van mannen en vrouwen in het aannamebeleid. Daarnaast wordt er ook gestreefd naar een gelijke verdeling van mannen en vrouwen in leidinggevende functies. Maar er is geen expliciet loopbaanbeleid voor functies waarin mannen of vrouwen ondervertegenwoordigd zijn (66%).

Deskundigheid SHV

Wat betreft de sector jeugd-GGZ is er voldoende personeel werkzaam dat deskundig is op het terrein van SHV. Het aannemen van hulpverleners met kennis en ervaring op het terrein van SHV is overal wel een aandachtspunt. De medewerkers zijn ook goed op de hoogte van het SHV-aanbod en de indicatiecriteria die daarvoor gelden. Er wordt overal de mogelijkheid geboden tot deskundigheidsbevordering door middel van deskundigheidsbevordering en voor- en nascholingsmogelijkheden (77%).

Ondersteuning en beleid SHV

In de helft van de afdelingen is een aandachtsfunctionaris SHV aangesteld voor de sector jeugd. Nergens is een specifieke werkgroep actief met de ontwikkeling van SHV. De instellingen hebben wel een beleid ontwikkeld ten aanzien van SHV, maar dit betekent niet dat dit vermeld staat in het jaarverslag of het kwaliteitsjaarverslag. Binnen de instellingen zijn wel protocollen ongewenste intimiteiten en in wisselende mate een gedragscode (35%) of een protocol (48%) betreffende veiligheid van personeel of cliënten.

4.4.3 Verslavingszorg

De instellingen voor de verslavingszorg die aan de Quick Scan hebben deelgenomen beslaan beide een grote regio voor de verslavingszorg. Bij de tien locaties die gegevens hebben ingevuld is een verschillend aanbod variërend van ambulante, deeltijd en klinische behandeling en tevens begeleid wonen. Dit betekent dat, hoewel niet alle afdelingen een vragenlijst hebben ingevuld, we op basis van deze gegevens een schets kunnen geven van de stand van zaken met betrekking tot de integratie van SHV in de sector verslavingszorg.

Het aanbod SHV

SHV is in de verslavingszorg redelijk aanwezig (41%). Binnen acht van de tien locaties is er een seksespecifiek behandelaanbod in de vorm van vrouwengroepen en veelal ook mannengroepen. In deze groepen wordt aan de hand van thema's gewerkt. Opvallend is dat in sommige locaties deelname aan deze groepen verplicht is. Daarnaast wordt er ook op individuele basis SHV gegeven. Opvallend is dat het expliciete SHV-aanbod minder tot uiting komt in het primaire proces van de behandeling (49%). In minder dan de helft van de locaties is er in de intake aandacht voor SHV en hebben cliënten de keuzemogelijkheid voor de sekse van hun behandelaar of begeleider. In de behandeling en begeleiding van de cliënten is op zeven locaties aandacht voor seksespecifieke elementen van de problematiek. Daarnaast speelt SHV minder een rol bij verblijfs- of veiligheidsaspecten of de cultuur van de afdeling. Maar op één locatie wordt SHV apart geregistreerd en geëvalueerd. Wat betreft de zorgprogramma's is SHV nergens expliciet een onderdeel. Incidenteel is er sprake van samenwerking met andere instellingen op het terrein van SHV of seksueel geweld.

Binnen de verslavingszorg is een aanbod SHV ontwikkeld in de vorm van vrouwengroepen en, wat redelijk uniek is, mannengroepen. Dit is niet zo verwonderlijk, aangezien het aantal mannen in de verslavingszorg beduidend hoger ligt ten opzichte van de vrouwen. Duidelijk is ook dat de integratie van SHV later op gang is gekomen dan in de GGZ. Dat is ook terug te vinden in het primaire proces. Alle sectoren in de GGZ besteden in de intake, behandeling en het dagelijks leven op de afdeling (veiligheid, verblijf en cultuur) meer aandacht aan SHV dan in de verslavingszorg.

Herkenbaarheid SHV

Binnen de verslavingszorg is SHV redelijk herkenbaar. Als er programmaprofielen zijn wordt de SHV genoemd en gespecificeerd naar methodiek en doelgroep. In de werkplannen van de verschillende locaties wordt SHV echter in maar twee locaties vermeld. Wat betreft het informatie-materiaal is het echt heel droevig gesteld. Op maar één locatie wordt SHV in de voorlichtingsfolder genoemd. Verder wordt SHV nergens vermeld, noch in de afdelingsfolders, noch in de instellingsfolder (33%).

Personeelsbeleid

De verhouding mannen en vrouwen die in de verslavingszorg werken is 41% versus 59%. Ook hier zijn de vrouwelijke werknemers in de meerderheid. Bij de aanname van nieuw personeel is er voor de hulpverleners wel het streven naar een zo gelijk mogelijke verdeling. Voor vrouwen in leidinggevende posities of loopbaanplanning voor vrouwen is er geen beleid in de instellingen.

Deskundigheid SHV

Het aannemen van personeel met deskundigheid op het terrein van SHV is incidenteel het beleid van een bepaalde locatie. Alhoewel er wel sprake is van een bepaalde deskundigheid op de afdelingen is deze bij lange na nog niet voldoende. Ook niet alle locaties bieden de mogelijkheid voor deskundigheidsbevordering op het terrein van SHV. De medewerkers zijn wel goed op de hoogte van het SHV-aanbod binnen de instelling (48%).

Organisatie en beleid ten aanzien van SHV

Bij beide instellingen zijn er aandachtsfunctionarissen die instellingsbreed zijn aangesteld om SHV binnen de instelling te ontwikkelen en stimuleren. Daarnaast is er binnen de ene instelling ook per locatie een aandachtsfunctionaris aangesteld. Bij de andere instelling is dit niet het geval. Wat betreft het instellingsbeleid is in beide instellingen een duidelijk beleid ontwikkeld ten aanzien van SHV (66%). SHV wordt ook genoemd in het jaarverslag van de instelling, in het beleidsplan en kwaliteitsbeleid. Daarnaast zijn er allerlei protocollen ontwikkeld wat betreft ongewenste intimiteiten, gedragscode, en veiligheid van zowel personeel als cliënten.

4.4.4 Sector Ouderen

Het aanbod SHV

Was tot een aantal jaren geleden het aanbod SHV binnen de sector geriatrie nog zeer beperkt, hierin is de laatste jaren duidelijk een verandering tot stand gekomen. Maar twee afdelingen/locaties hebben geen specifiek aanbod SHV. De andere locaties hebben veelal meerdere groepen, zowel behandel- als gespreksgroepen apart voor mannen en vrouwen van 55+. Op één locatie wordt SHV door diverse hulpverleners gegeven bestaande uit verschillende blokken, te weten ontspanning, cognitieve therapie, sociale vaardigheden, en psychomotorische therapie op basis van SHV. Daarnaast is er een aanbod SHV op individuele basis. Ook binnen het primaire proces is er aandacht voor SHV. De aandacht voor SHV binnen de preventie-activiteiten is wisselend per afdeling en instelling. Ook de keuzemogelijkheid voor een man of vrouw als behandelaar of begeleider is nog niet overal standaard. Binnen de intake, behandeling en begeleiding wordt wel duidelijk aandacht besteed aan SHV (63%). Voor veiligheids- en verblijfsaspecten zoals aparte wc's, slaapkamers en dergelijke is ook weer wisselend aandacht. Wel dui-

delijke aandacht is er voor man-/vrouw-patronen binnen de cultuur van de afdeling. Ook binnen deze sector is registratie van het SHV-aanbod en de evaluatie daarvan nog nauwelijks aan de orde. Voor zover er zorgprogramma's zijn maakt SHV daarvan een onderdeel uit. De samenwerking met andere instellingen op het terrein van SHV en seksueel geweld is beperkt.

Herkenbaarheid van SHV

Binnen één instelling wordt SHV duidelijk vermeld zowel in de folder van de verschillende afdelingen als in de algemene folder. Daarnaast wordt SHV ook in het programmaprofiel en het werkplan genoemd. In de andere twee instellingen is dit niet zo. Voor zover er programmaprofielen en werkplannen zijn, maakt SHV hiervan geen onderdeel uit. Evenmin wordt SHV genoemd in de afdelingsfolders, wel in de algemene folder van de instelling.

Personeelsbeleid

Ook hier bestaat driekwart van het personeel uit vrouwen. Alhoewel getracht wordt rekening te houden met een evenwichtige verdeling van mannelijke en vrouwelijke hulpverleners blijkt dit in de praktijk niet haalbaar. Tevens is het aannemen van vrouwen in leidinggevende functies punt van aandacht. Er is geen specifiek loopbaanbeleid voor functies waarin een bepaalde sekse is ondervertegenwoordigd (17%).

Deskundigheid SHV

Het aannemen van personeel met kennis en ervaring op het terrein van SHV is geen beleid in de sector ouderen. Toch is men van mening dat er op de werkvloer voldoende kennis is op het gebied van SHV. Daarnaast zijn de medewerkers goed op de hoogte van het SHV-aanbod in de sector ouderen. Er zijn mogelijkheden tot deskundigheidsbevordering in de vorm van intervisie, deelname aan symposia of na- en bijscholingscursussen. Toch wordt het budget soms als ontoereikend ervaren en moeten er keuzen gemaakt worden omdat SHV geen apart scholingsbudget heeft.

Ondersteuning en beleid van de instelling ten aanzien van SHV

Er is op een enkele locatie een aandachtsfunctionaris SHV aangesteld. Wel is er in alle instellingen op instellingsniveau een aandachtsfunctionaris SHV actief. Daarnaast is er op sector- of divisieniveau een werkgroep in alledrie de instellingen actief die de ontwikkelingen en de integratie van SHV binnen de ouderenzorg stimuleert en volgt (66%). Binnen de sector is een beleid SHV ontwikkeld en dit wordt als zodanig ook in het beleidsplan opgenomen. Voor zover er sprake is van een jaarverslag wordt SHV daarin niet expliciet genoemd (68%).

4.4.5 De kortdurende zorg in de GGZ

Het aanbod SHV

Alhoewel er binnen tien locaties van de verschillende instellingen een aanbod SHV is, is het aanbod in het algemeen beperkt (32%). In één instelling is maar incidenteel sprake van een vrouwengroep binnen de kortdurende zorg. Eén instelling heeft een specifieke afdeling voor vrouwen met een geschiedenis van seksueel misbruik, één instelling heeft op alle afdelingen een ruim aanbod op het gebied van vrouwengroepen. Dit zijn veelal groepen die specifiek gericht zijn op een bepaalde problematiek zoals incest, faseproblematiek, of eetproblemen. Daarnaast wordt er ook mannenhulpverlening aangeboden op vijf locaties. Tevens is het mogelijk

om op individueel niveau seksespecifieke hulpverlening te krijgen. In het primaire proces is er meer aandacht voor SHV. Cliënten krijgen bijna overal de mogelijkheid om een mannelijke dan wel vrouwelijke hulpverlener te kiezen. Ook is er binnen de intake, begeleiding en behandeling aandacht voor seksespecifieke aspecten van de problematiek. Op één instelling na is er op alle locaties minder aandacht er voor de verblijfs- en veiligheidsaspecten en de cultuur op de afdeling. Bijna nergens wordt SHV geregistreerd en geëvalueerd. Voor zover er sprake is van zorgprogramma's maakt SHV hiervan onderdeel uit. In verschillende mate is er sprake van samenwerking met andere instellingen op het terrein van seksueel geweld en SHV (42%).

Herkenbaarheid van SHV

Wat betreft de herkenbaarheid van het SHV-aanbod in de kortdurende zorg is er een sterk wisselend beeld. In twee instellingen is SHV op een aantal locaties goed herkenbaar. Het wordt vermeld in de folder, staat in het werkplan en maakt deel uit van het programmaprofiel. Bij andere afdelingen en instelling wordt SHV nergens vermeld (38%).

Personeelsbeleid

In de kortdurende zorg zijn iets meer vrouwen dan mannen werkzaam, maar het verschil is gering. Het beleid is gericht op een evenredige verdeling van mannen en vrouwen, maar er is geen expliciete aandacht voor een gelijke verdeling van de leidinggevende functies naar sekse, of een loopbaanplanning voor die functies waarin vrouwen ondervertegenwoordigd zijn.

Deskundigheid SHV

Wat betreft de deskundigheid van personeel dat kennis en ervaring heeft op het terrein van de SHV is er een heel duidelijk verschil tussen de instelling. In twee instellingen is er op alle locaties wel kennis over SHV in huis, zelfs bij meer dan 50% van het personeel, maar er worden toch vraagtekens gezet bij de vraag of dit betekent dat er 'voldoende' kennis aanwezig is. In de andere instelling is de kennis beperkt tot een enkele medewerker. Aan scholingsmogelijkheden ontbreekt het niet. In deze twee instellingen, die hoog scoren op de aanwezige deskundigheid binnen de instelling, verzorgen de aandachtsfunctionarissen SHV de training en scholing van het personeel zelf. In de andere instelling moeten de medewerkers zelf deskundigheidsbevordering aanvragen. Hiertoe zijn wel mogelijkheden. Overigens geldt dat voor alle locaties van de drie afdelingen. Op sommige locaties is een deel van het totale budget voor deskundigheidsbevordering geormerkt voor SHV-scholing (52%).

Organisatie en beleid van de instelling ten aanzien van SHV

Binnen de sector kortdurende behandeling is op minder dan de helft van de locaties een aandachtsfunctionaris SHV aangesteld. Wel is er op instellingsniveau een aandachtsfunctionaris of een divisiefunctaris. Er zijn geen specifieke werkgroepen voor deze sector om de ontwikkeling en de integratie van SHV te ondersteunen (49%).

Binnen de sector wordt wel een duidelijk beleid ten aanzien van SHV gemaakt. Het maakt ook deel uit van het beleidsplan en het jaarverslag van de instelling (75%).

4.4.6 Sector ambulante GGZ

Het aanbod SHV

Van oudsher is de ambulante sector al actief geweest op het terrein van seksespecifieke hulpverlening. Dat is nog steeds zo (62%). In bijna alle locaties zijn er verschillende vrouwengroepen en mannengroepen. Dit aanbod is vooral gericht op specifieke problematiek van de mannen of vrouwen zoals incestgroepen, groepen voor eetproblematiek, autonomiegroepen, daderhulpverlening. Daarnaast zijn er groepen voor problemen die gerelateerd zijn aan het werk, opvoeding of relaties. Tevens is er aanbod voor mensen met een andere etnisch achtergrond zoals Marokkaanse vaders, Surinaamse en Antilliaanse moeders en het omgaan met pubers, allochtone vrouwen en het omgaan met somatische klachten, etcetera. Kortom een heel scala aan groepen. Daarnaast is het ook mogelijk om individuele behandeling te krijgen op basis van de principes van SHV. SHV maakt ook duidelijk deel uit van het primaire proces (82%). Op alle locaties/afdelingen krijgen de cliënten de mogelijkheid om hun voorkeur voor een bepaalde sekse van de hulpverlener uit te spreken. Daarnaast is er overal in de intake, behandeling en begeleiding van de cliënten aandacht voor seksespecifieke aspecten die van invloed kunnen zijn op de problematiek. Registratie en evaluatie van het aanbod SHV gebeurt echter alleen incidenteel op sommige locaties. Voor zover sprake is van zorgprogramma's wordt SHV daarin genoemd. Er is wel sprake van samenwerking met andere instellingen op het gebied van SHV en seksueel geweld.

Herkenbaarheid van SHV

De herkenbaarheid van het aanbod SHV in de sector ambulante is redelijk te noemen. Zeker in vergelijking met de andere sectoren wordt SHV in de meeste folders genoemd en is herkenbaar binnen het werkplan en de programmaprofielen. Slechts in één instelling is de herkenbaarheid eigenlijk onder de maat en zou de informatieverstrekking zeker aan cliënten verbeterd moeten worden (66%).

Personeelsbeleid

In het aannamebeleid wordt gestreefd naar een gelijke verdeling van vrouwelijke en mannelijke werknemers, ook in leidinggevende functies. Er is geen loopbaanbeleid ontwikkeld voor functies waarin een bepaalde sekse ondervertegenwoordigd is. Ook binnen de ambulante GGZ werken meer vrouwen (60%) dan mannen (40%), waarbij de verdeling minder scheef is dan in de meeste sectoren in de GGZ waar vrouwen duidelijk in de meerderheid zijn.

Deskundigheid SHV

Het aannemen van personeel met deskundigheid op het terrein van SHV is op de meeste locaties een instellingsbeleid. De meeste afdelingen geven dan ook aan dat er voldoende mensen in dienst zijn met kennis en ervaring op het terrein van SHV. De meeste werknemers zijn goed op de hoogte van SHV-aanbod binnen de sector ambulante en er zijn voldoende middelen om aan deskundigheidsbevordering te doen op het terrein van SHV, zowel binnen de locaties en afdelingen in de vorm van supervisie en intervisie als via symposia of na- en bijscholingscursussen (78%).

Ondersteuning en beleid van de instelling ten aanzien van SHV

Binnen de sector ambulante GGZ zijn op divisie- of afdelingsniveau overal aandachtsfunctionarissen SHV aangesteld. Binnen een aantal instellingen is er ook op sectorniveau een werkgroep SHV actief (68%). Overal is een beleid ten aanzien van SHV ontwikkeld dat veelal opgenomen is in het beleidsplan en jaarverslag van de instelling. Tevens is overal een protocol ongewenste intimiteiten ontwikkeld. In wisselende mate is er sprake van een protocol veiligheid personeel of veiligheid cliënten of een gedragscode (64%).

4.5 Conclusies en aanbevelingen

De Quick Scan integratie seksespecifieke hulpverlening (SHV) is een instrument voor het vaststellen van de mate van integratie van het aanbod en het beleid ten aanzien van seksespecifieke hulpverlening in instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg. Het specifieke aan dit instrument is dat het een 'Quick Scan' is. Dat wil zeggen een snelle en globale inventarisatie van het aanbod SHV en de integratie van SHV binnen het beleid van de instelling en de afdelingen. Het bestaat uit korte vragenlijsten die ingevuld worden op afdelings- en instellingsniveau en een overzichtsformulier waarop de gegevens verzameld kunnen worden, zodat op een relatief snelle en simpele wijze een overzicht verkregen kan worden van de mate van integratie van SHV op afdelings- en instellingsniveau.

Uit de evaluatie blijkt dat de Quick Scan voldoende materiaal oplevert om een redelijk beeld te schetsen van het aanbod SHV en de integratie van SHV binnen de instelling. De resultaten van de Quick Scan bevestigen de wens van de aandachtsfunctionarissen om juist op afdelingsniveau meer inzicht te willen op het gebied van SHV. Door het toegenomen aanbod SHV in de instelling worden lacunes op het terrein van SHV alleen zichtbaar op afdelingsniveau. Het blijkt dat als een afdeling geen activiteiten SHV heeft zij op alle categorieën in de Quick Scan laag scoren.

De Quick Scan kan jaarlijks worden uitgevoerd en is bedoeld om inzicht te krijgen in de stand van zaken, en het beleid en de activiteiten voor het komende jaar vorm te geven. Uit de resultaten van de Quick Scan wordt duidelijk waar het een en ander nog te verbeteren valt, zoals het personeelsbeleid en de herkenbaarheid van SHV binnen de instelling. Belangrijk onderdeel is ook het vaststellen van het streefniveau. In elke sector of instelling kan de aandachtsfunctionaris, al dan niet gezamenlijk met het management, vaststellen wat het wenselijke percentage is en hier beleid op maken. Door het jaarlijks herhalen van de Quick Scan worden verbetering en verschuivingen zichtbaar en is de Quick Scan ook zeer geschikt om feedback te krijgen over het effect van het gevoerde beleid ten aanzien van seksespecifieke hulpverlening.

Enige relativering is ook op zijn plaats. De Quick Scan biedt alleen een globaal overzicht van de stand van zaken. Daarnaast blijkt dat de resultaten soms een subjectief oordeel zijn van degenen die de vragenlijst invullen. Zo blijkt dat de afdelingen waar veel gebeurt op het terrein van SHV veel kritischer zijn in de scores rondom 'voldoende deskundigheid' of 'structurele aandacht voor SHV-aspecten'. Dit is in de lijst getracht te ondervangen door zoveel mogelijk te kwantificeren, door bijvoorbeeld het aantal fte te vragen van personeelsleden die bekwaam zijn op het terrein van SHV.

Om de verspreiding en het invullen te vergemakkelijken zou een digitale versie van de Quick Scan op de website van GGZ Nederland kunnen worden gezet die door de functionaris SHV kan worden ingelezen en (via intranet) binnen de instelling verspreid kan worden. Tot slot verdient het ook aanbeveling de verwerking van de gegevens te automatiseren.

Hoofdstuk 5 Waardering door cliënten

5.1 Inleiding

Uit de eerste inventarisatiefase van het onderzoek kwam naar voren dat, alhoewel SHV een structureel onderdeel uitmaakt van de behandeling, het effect moeilijk zichtbaar te maken is. Nergens wordt SHV als een apart behandelaanbod geregistreerd of geëvalueerd. De functionarissen SHV hechten er zeer veel waarde aan dat SHV binnen de behandeling zichtbaarder wordt. De instellingen zouden in de onderzoeken die zij verrichten naar de tevredenheid van cliënten over de behandeling expliciet aandacht kunnen besteden aan cliënten die een SHV-aanbod hebben gekregen. Zijn deze cliënten meer of juist minder tevreden over de behandeling? Reden om een kwaliteitsinstrument te ontwikkelen dat specifiek gericht is op SHV.

5.2 De ontwikkeling van het instrument

Na een eerste inventarisatie bleek dat er vele vragenlijsten in omloop zijn die specifiek gericht zijn op de kwaliteitsaspecten van SHV. Deze lijsten zijn als uitgangspunt genomen voor het te ontwikkelen instrument. Evenals bij de ontwikkeling van de andere instrumenten is gebruikgemaakt van verschillende panelbijeenkomsten. Vanuit GGZ Nederland kwam het verzoek om het instrument aan te laten sluiten op een landelijk instrument dat het Trimbos-instituut aan het ontwikkelen was om de waardering van cliënten in de GGZ te meten.

In opdracht van GGZ Nederland heeft het Trimbos-instituut in samenwerking met de Cliëntenbond en de LPR een thermometer 'cliëntwaardering in de GGZ' ontwikkeld. De thermometer is een instrument waarmee instellingen in de GGZ en de verslavingszorg op gezette tijden kunnen onderzoeken hoe cliënten de geboden zorg waarderen. Uit onderzoek van Place e.a. (2000) bleek dat veel instellingen een eigen, zelfgemaakte vragenlijst hanteren om de tevredenheid van cliënten te meten. Dit heeft echter geleid tot een wildgroei van allerlei vragenlijsten, onderzoeksmethoden en wijzen van dataverzameling. Door middel van deze vragenlijst is getracht om een uniform, globaal, compact gevalideerd instrument te ontwikkelen. Er is een beknopte vragenlijst ontwikkeld waarmee iedere GGZ-instelling de waardering van klanten kan meten. De ingevulde lijst biedt de instelling/ afdeling een globale indicatie/ thermometer voor cliëntwaardering. Het instrument is bedoeld voor de volwassenenzorg binnen de GGZ. De vragenlijst wordt afgenomen na afsluiting van de zorg, of bij verandering in de zorg. In geval van langdurig zorgafhankelijke cliënten wordt geadviseerd de meting tweejaarlijks te laten plaatsvinden. De instellingen krijgen een rapportage over de resultaten van de eigen instelling en een vergelijking met het landelijke gemiddelde. Daarnaast komt een landelijke rapportage ten behoeve van GGZ Nederland waaruit blijkt hoe het is gesteld met bepaalde zorgtypen of cliëntentypen.

In overleg met GGZ Nederland en de begeleidingscommissie is besloten om voor deze thermometer een aparte module SHV te ontwikkelen, zodat die bij deze landelijke standaard gevoegd kan worden. In de panelbijeenkomsten is een aantal voorstellen besproken .

5.3 Het waarderingsinstrument en de aanvullingen vanuit SHV

Het instrument bestaat uit twee delen: ten eerste de thermometer en ten tweede een formulier met achtergrondgegevens.

De *thermometer* bestaat uit een korte lijst met zestien vragen die verdeeld zijn over vier thema's:

- waardering van de verstrekte informatie (drie items)
- waardering van de mogelijkheid tot inspraak (drie items)
- waardering van de hulpverlener (vier items)
- waardering van het resultaat van de zorg (zes items)

De scoringsmethode is gebaseerd op de zogeheten Patient Experience Survey, waarin gewerkt wordt met de volgende antwoordcategorieën: ja - nee - weet niet - niet van toepassing. Een hoog percentage 'ja' betekent een goede zorg, een hoog percentage 'nee' betekent dat de zorg op dit punt nog verbeterd kan worden.

De achtergrondgegevens

Uitgangspunt van kwaliteitsbeleid is dat metingen geregeld plaatsvinden. Een cliëntenwaarderingsinstrument dient daarom bestand te zijn tegen organisatorische veranderingen. Daartoe is bij de Thermometer een apart formulier gevoegd waarop een aantal achtergrondgegevens van de cliënt, de instelling en de aard van de geboden zorg moet worden ingevuld. Deze is gebaseerd op de GGZ-Zorggegevensset 2000 (Prins, 1999).

5.3.1 GGZ-Thermometer voor waardering door cliënten (2001)

| Waardering informatie zorg* | Ja | Nee | Weet Niet | N.v.t |
|---|----|-----|-----------|-------|
| 1. Heeft u voldoende informatie gekregen over de diverse behandel- en begeleidingsmogelijkheden van de instelling? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Heeft u voldoende informatie gekregen over de aanpak van de behandeling of begeleiding? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Heeft u voldoende informatie gekregen over wat u mocht verwachten als resultaat van de behandeling of begeleiding? | 1 | 2 | 3 | 4 |

* *Afhankelijk van de aard van de zorg kan het gaan om (combinatie van) behandeling, begeleiding, verpleging of verzorging, al dan niet in combinatie met verblijf of deeltijdzorg.*

Waardering inspraak

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 4. Kon u meebeslissen over de behandeling of begeleiding die u zou krijgen? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Is er een behandel- of begeleidingsplan gemaakt? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Heeft u ingestemd met het behandel- of begeleidingsplan? | 1 | 2 | 3 | 4 |

Waardering hulpverlener**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 7. Was (is) de hulpverlener naar uw mening deskundig? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Kon (Kunt) u de hulpverlener volledig vertrouwen? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Ging (gaat) de hulpverlener respectvol met u om? | 1 | 2 | 3 | 4 |

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 10. Stelde (stelt) de hulpverlener zich open op ten aanzien van u en uw behandeling of begeleiding? | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

** *Met hulpverlener wordt de hulpverlener bedoeld met wie u het meest contact hebt of heeft gehad.*

Waardering resultaat zorg

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 11. Werd (wordt) het behandel- of begeleidingsplan naar wens uitgevoerd? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Was (is) de behandeling of begeleiding de goede aanpak voor uw problemen? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Heeft u door de behandeling of begeleiding meer greep op uw problemen (gekregen)? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Bent u door de behandeling of begeleiding voldoende vooruitgegaan? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Bent u door de behandeling of begeleiding beter in staat om uw leven te leiden zoals u dat wilt? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Kunt u door de behandeling of begeleiding beter omgaan met mensen en situaties waar u eerder problemen mee had? | 1 | 2 | 3 | 4 |

17. Welk rapportcijfer zou u geven aan de totale behandeling of begeleiding?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18. Heeft u nog tips en adviezen voor verbetering van de behandeling of begeleiding?

19. Heeft u verder nog opmerkingen over de behandeling of begeleiding?

5.3.2 Verantwoording van de aanvulling vanuit SHV

Wat betreft de cliëntenwaardering vanuit het perspectief van seksespecifieke hulpverlening is eerst een aantal uitgangspunten vastgesteld en daarna zijn de vragen geformuleerd. Voorwaarde was om de vragen zo helder mogelijk te formuleren en het aantal vragen zo beperkt mogelijk te houden. De vragen zijn met de medewerkers van het Trimbos-instituut besproken en zodanig bijgesteld dat zij aansluiten op de vraagstelling van de basislijst en er geen overlap is.

Algemeen

Het is van belang om de gegevens uit te kunnen splitsen naar sekse en naar verschillende achtergrondvariabelen zoals leeftijd of etniciteit. Daarnaast is het van belang voor seksespecifieke hulpverlening om na te gaan of cliënten deelgenomen hebben aan een vrouwen- of mannen-groep of een ander aanbod seksespecifieke hulpverlening hebben gehad.

- In het achterblad moet bij de aard van de zorg vermeld worden of de cliënt aan het SHV-aanbod heeft deelgenomen.
- Tevens dient de sekse van de behandelaar c.q. begeleider vermeld te worden.

Informatie

Vanuit de visie van seksespecifieke hulpverlening is het van belang dat de relatie tussen hulpverlener en hulpvrager zo transparant mogelijk wordt gehouden. Dit betekent in de praktijk dat de interpretatie van de klachten en de vorm en het doel van de behandeling duidelijk is. Belangrijk is dat cliënten goed geïnformeerd worden over de instelling en de behandeling die men aangeboden krijgt. Daarbij is het van belang dat cliënten ook goed geïnformeerd zijn over het aanbod SHV binnen de instelling.

- Heeft u voldoende informatie gekregen over de seksespecifieke behandel- en begeleidingsmogelijkheden?

Inspraak

In het hulpverleningsproces vindt een proces van benoeming van de problematiek plaats. Het is van belang dat deze benoeming zoveel mogelijk het verhaal van de hulpvrager volgt. De inspraak moet plaatsvinden bij alle onderdelen van het hulpverleningsproces: voorkeur voor behandelaar, keuze voor behandeling, zorgplan, tijdens en bij de afsluiting van de behandeling.

- Is er aan u gevraagd of u een voorkeur heeft voor een (mannelijke of vrouwelijke) hulpverlener?
- Heeft uw hulpverlener u gedurende de behandeling ook naar uw mening over de geboden behandeling gevraagd?

Waardering hulpverlener

De attitude van de hulpverlener is een belangrijk kwaliteitscriterium voor het werken vanuit seksespecifieke hulpverlening. Herkenning en erkenning zijn belangrijke begrippen. Hiervoor is het noodzakelijk dat de hulpverlener inzicht heeft in zijn of haar eigen socialisatieprocessen. Dit vergroot het inlevingsvermogen van hulpverleners.

- Voelt u zich veilig in het contact met uw hulpverlener of met andere cliënten?
- Vindt u dat de hulpverlener u serieus neemt in uw wensen van de behandeling of begeleiding?
- Vindt u dat de hulpverlener voldoende uitgaat van uw mogelijkheden en vaardigheden?

Waardering resultaten van zorg

De invloed van sekserollen, of in een breder kader van gender, wordt expliciet bij de behandeling betrokken. Sekse is geen toevallige variabele maar is de basis van het ontstaan, de expressie of beleving van de meeste problemen van vrouwen en mannen. Ook de dagelijks geleefde werkelijkheid van vrouwen en mannen wordt stelselmatig betrokken bij de behandeling. Symptomen zijn geen gevolg van een tekort of defecten, maar van conflicten en niet effectief gerichte oplossingsstrategieën. Autonomie speelt een belangrijke rol in de behandeling, in de zin van wisselwerking tussen vermogens en kansen.

- Bent u door de behandeling of begeleiding beter in staat te bepalen waar uw grenzen liggen in wat u wilt en kunt?
- Bent u zich door de behandeling of begeleiding meer bewust van uw eigen lichaam en seksualiteit?
- Bent u zich door de behandeling of begeleiding meer bewust van de normen en de waarden die u als man/ vrouw heeft meegekregen?

- Sluit de behandeling of begeleiding die de instelling u biedt aan op de specifieke problemen en klachten die u als man of vrouw heeft?
- Heeft de aandacht voor uw vrouw- of manzijn bijgedragen aan de resultaten van de behandeling?

Indien seksespecifieke hulpverlening een apart onderdeel van de behandeling is, zoals een vrouwengroep of mannengroep en u heeft hieraan deelgenomen zou u dan de volgende vraag willen invullen?

Welk rapportcijfer zou u geven aan de seksespecifieke behandeling of begeleiding?
(omcirkel uw rapportcijfer)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5.4 De implementatie van het instrumentarium

De pilotversie van de thermometer is door het Trimbos-instituut uitgetest in vijf instellingen. Op basis van de resultaten van de pilot is de lijst nog eenmaal bijgesteld. Helaas was het Trimbos-instituut te laat op de hoogte van het verzoek van GGZ Nederland om deze SHV-module mee te nemen bij de pilot. Tevens was het niet mogelijk om een eigen pilot uit te voeren, gezien de overlap van instellingen die zowel bij de pilot van het Trimbos-instituut als bij het SHV-onderzoek betrokken waren.

GGZ Nederland zal de SHV-module als een aanvulling op de bestaande vragenlijst presenteren en onder de aandacht van de instellingen brengen. Tevens zal de SHV-module in 'het doorgeefluik van kwaliteitsinstrumenten' op de website van GGZ Nederland opgenomen worden.

De thermometer is zodanig opgesteld dat instellingen zelf een aantal vragen kunnen toevoegen. In verband met de vergelijkbaarheid van de gegevens is het van belang om de huidige vragen niet te veranderen. Maar de instellingen kunnen wel aanvullende vragen toevoegen. De SHV-module is zodanig ontwikkeld dat deze aansluit bij de opzet van de huidige vragenlijst (zie bijlage). Mogelijk zouden er in de toekomst meerdere modules ontwikkeld kunnen worden die beter aansluiten bij de diversiteit die onder de cliënten bestaat.

De vragen zoals deze ontwikkeld zijn vanuit SHV bieden enerzijds de mogelijkheid om te beoordelen of er binnen de hulpverlening voldoende rekening gehouden wordt met seksespecifieke aspecten van iemands leefsituatie. Anderzijds wordt specifiek gekeken hoe het SHV-aanbod door cliënten gewaardeerd wordt en kan het als aparte variabele in de analyse meegenomen worden. Daarmee voldoet het instrument aan de vraag hoe SHV binnen het behandelaanbod zichtbaar gemaakt kan worden. Daarnaast kan ook kritisch bekeken worden of het aanbod voldoet aan de eisen die cliënten aan de zorg stellen en of het juist meer of minder waardering krijgt van cliënten. Het instrument biedt een globale thermometer voor cliëntenwaardering. Het is een indicatie of iets wel of niet goed is zonder de precieze oorzaak of oplossing aan te geven. Het kan daarmee aanknopingspunten bieden voor diepgaander onderzoek naar mogelijke knelpunten. Het instrument biedt een globaal beeld van de zwakke en sterke onderdelen van het zorgproces. Aangezien SHV een essentieel onderdeel vormt van het huidige zorgproces is het van belang om dit als een expliciet aanbod in de behandeling te onderscheiden. Met name de kwaliteitsfunctionarissen zijn geïnteresseerd in de vraag hoe SHV geïntegreerd kan worden in het kwaliteitsbeleid van de instellingen. Het is de bedoeling dat de resultaten gebruikt worden voor het kwaliteitsbeleid van de instellingen. Het is daarom zaak om bij het meten van de geboden kwaliteit apart aandacht te besteden aan SHV.

Hoofdstuk 6 De implementatie van de instrumenten SHV: belemmerende en bevorderende factoren

6.1 Inleiding

Vernieuwingen in de gezondheidszorg, zoals een aanbod en kwaliteitsinstrumenten vanuit sekspecifieke hulpverlening (SHV), zijn niet gemakkelijk in te voeren, tenzij de waarde ervan voor iedereen onomstotelijk vaststaat. Op verschillende niveaus wordt de implementatie en integratie van SHV belemmerd. Ten eerste zijn er bij hulpverleners inhoudelijke belemmeringen om zich met SHV bezig te houden, voortkomend uit ideologische of emotionele weerstanden. Hierbij spelen zaken als angst voor reëel of vermeend machtsverlies, angst voor kritiek en het vasthouden aan de eigen behandelfilosofie. Daarnaast zijn er organisatorische en financiële belemmeringen. Bij het evaluatieonderzoek naar de bruikbaarheid van de ontwikkelde kwaliteitsinstrumenten (het Model Intakeprotocol en de Quick Scan SHV), is rekening gehouden met een aantal implementatiebevorderende factoren.

In dit hoofdstuk komen eerst enkele algemene noties over het implementatieproces aan de orde. Vervolgens wordt nagegaan hoe de implementatie van de ontwikkelde instrumenten verlopen is en welke belemmerende en bevorderende factoren daarbij een rol hebben gespeeld. Ten slotte worden aan de hand van de verschillende stappen in het implementatieproces conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan.

6.2 Het implementatieproces

Het invoeren van vernieuwingen in de zorg, maar natuurlijk ook in andere sectoren, kost altijd moeite en tijd, omdat het een gedragsverandering vereist van degenen die de veranderingen moeten uitvoeren. De overname van vernieuwingen door (potentiële) gebruikers in de tijd verloopt in de vorm van een S-curve (Rogers, 1995). Er zijn drie typen gebruikers van vernieuwingen te onderscheiden: de echte pioniers, de vroege gebruikers en de late gebruikers. In het implementatieproces zou je je vooral op die vroege gebruikers moeten richten. Onderzoek heeft aangetoond dat als je ervoor zorgt dat minstens 30% van de in aanmerking komende gebruikers de vernieuwing overneemt, de rest van de gebruikers daarna min of meer vanzelf volgt tot minstens tweederde van de vernieuwing gebruikmaakt. Alleen voorlichting over de vernieuwing is in het algemeen onvoldoende om die vernieuwing ingevoerd te krijgen. Voorlichting is wel belangrijk, maar het eigenlijke implementatiewerk begint daarna pas.

Implementatie wordt gedefinieerd als een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen die hun waarde bewezen hebben met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van een organisatie of in de structuur van de gezondheidszorg (Wensing e.a., 2000). Wensing e.a. (2000) introduceren een model dat een 'top-down' aansturing combineert met aandacht voor de wensen en behoeften van gebruikers. De onderdelen van het beschreven model zijn: implementeerbaarheid van een vernieuwing, diagnose van de situatie, uitwerking en toepassing van een implementatiestrategie, en evaluatie van verloop, kosten en effecten.

Bij de *implementeerbaarheid van een vernieuwing* spelen zaken als het draagvlak, de relevante kenmerken en de wensen van gebruikers een rol. Met behulp van een *diagnose van de situatie* kunnen factoren geïdentificeerd worden die de implementatie beïnvloeden, zoals de doelen van de betrokkenen, de huidige gang van zaken, de belemmerende en bevorderende factoren en subgroepen binnen de doelgroep. De *implementatiestrategie* omvat een programma voor implementatie bestaande uit een of meerdere interventies, een concreet plan van aanpak en aandacht voor behoud van de verandering. Met de *evaluatie* ten slotte, wordt het verloop en effect van de implementatie bepaald en het plan zonodig bijgesteld.

Enkele van deze onderdelen zijn al in het onderzoek zelf opgenomen, zoals de inventarisatie van relevante kenmerken en wensen van gebruikers en de evaluatie. Daarnaast zijn implementatiebevorderende voorwaarden geformuleerd en activiteiten ontplooid bij het ontwikkelen en uitzetten van de instrumenten:

- hulpverleners met deskundigheid op het terrein van SHV, staffunctionarissen SHV en kwaliteitsbeleid en managers uit de verschillende sectoren van de GGZ betrekken bij de ontwikkeling van de instrumenten;
- geen vaststaand instrumentarium ontwikkelen, maar een blauwdruk die aan de praktijk van de instelling aangepast kan worden;
- aansluiten bij algemene thema's en problemen die binnen de instelling spelen;
- een interne functionaris is verantwoordelijk voor het proces en moet na het onderzoek de implementatie voortzetten;
- voor de introductie van het Model Intakeprotocol een training aanbieden aan alle betrokken medewerkers om de zin en het nut en dergelijke van het gebruik van het instrument te expliciteren;
- betrokken medewerkers de mogelijkheid bieden om suggesties te geven voor bijstelling van het instrumentarium.

6.3 Implementatie van het Model Intakeprotocol

Zoals beschreven bleek uit de eerste fase van het onderzoek dat er behoefte was aan meer aandacht voor seksespecifieke aspecten van de problematiek in de intakefase en de consequenties daarvan voor de diagnostiek en indicatiestelling. Dit heeft geleid tot het ontwikkelen van een model intakeprotocol. Onderdeel van het onderzoek vormde het uitproberen en zorgvuldig introduceren van het instrument in de praktijk. Aan de implementatie van het nieuwe intakeprotocol hebben de intakekers van circuit volwassen II van Parnassia meegewerkt en de betrokken intakekers van de RIAGG Midden Kennemerland, Duin en Bosch en de PAAZ, die een gezamenlijke intakeprocedure hebben. Aan de training hebben in totaal 97 mensen deelgenomen. Achteraf bleken er nogal wat misverstanden over de training te bestaan.

Sommige deelnemers dachten dat ze een training SHV kregen, terwijl het de introductie van een aangepast intakeformulier betrof. Om de implementatie ervan te faciliteren is het intakeprotocol SHV zo ontworpen dat het in de systematiek van het bestaande intakeformulier wordt geïntegreerd. Het was de bedoeling dat de deelnemers alleen nog het nieuwe (uitgebreide) formulier zouden gebruiken. Achteraf geconstateerd kwam binnen Parnassia de aanpassing van het intakeformulier op een te vroeg moment. Hoewel binnen het Circuit Volwassenen II van Parnassia was besloten om één van de drie tot dan toe in gebruik zijnde intakeformulieren op alle locaties te gaan gebruiken, bleek dat in de praktijk nog niet het geval.

Tijdens de trainingen en de evaluatie bleek dat het beperken van de intakeprocedure tot één gesprek van drie kwartier voor hulpverleners een belangrijke barrière vormt om goed aandacht te kunnen besteden aan seksespecifieke aspecten. Hulpverleners zien zich gedwongen om

enerzijds de cliënt voldoende ruimte te geven om zijn of haar problemen te kunnen verwoorden en anderzijds voldoende gegevens te verzamelen om een eerste indicatie te kunnen stellen. Het aandacht besteden aan de sekseverschillen in de intake zou volgens de hulpverleners vooral aan de orde moeten komen in de verlengde intake of tijdens de eerste behandelgesprekken.

Toch wordt de noodzaak onderschreven om in het eerste intakegesprek wel aandacht te besteden aan die aspecten die van belang zijn voor de indicatiestelling, met name het SHV-aanbod (IOG discussie). De aandacht voor en integratie van SHV binnen de GGZ is al vanaf begin jaren tachtig aan de gang. Zoals uit de Quick Scan en eerdere onderzoeken blijkt is SHV binnen de GGZ niet meer weg te denken. In de trainingen en de evaluatie werd aangegeven dat het af en toe opruimen van de kennis van en het opnieuw vestigen van de aandacht op seksspecifieke aspecten nodig is, omdat een aantal zaken al zo vanzelfsprekend is geworden dat men ze bijna vergeet. Het op een rij zetten en in een reader inzichtelijk maken van de relevante achtergrondgegevens wordt als zinvol ervaren, zeker als het gaat om nieuwe medewerkers of stagiaires.

Ondanks de bovengenoemde belemmerende factoren blijkt uit de evaluatie dat 41% van de intakers die in de maanden na de introductie van het intakeproces ook daadwerkelijk intakes hebben gedaan, aangeeft het nieuwe intakeproces te gebruiken. Dit is voor een net ingevoerde vernieuwing niet laag.

6.4 Implementatie van de Quick Scan

De Quick Scan SHV is ontwikkeld, omdat er bij de instellingen behoefte was aan een globaal en snel overzicht van zowel het aanbod SHV als de mate van integratie van SHV in de instelling. De Quick Scan is uitgezet bij op één na alle aan het onderzoek deelnemende instellingen. Bij een deel van de instellingen is een vragenlijst bijgevoegd om het gebruik van het instrument te evalueren. Bij het verzamelen en de eerste verwerking van de gegevens hebben de aandachtsfunctionarissen SHV en/of kwaliteit binnen de verschillende instellingen een belangrijke rol gespeeld. Uit de evaluatie bleek dat de Quick Scan voldoet aan de eisen die er aan gesteld zijn, namelijk dat de toelichtingen en de vragen duidelijk zijn en het invullen niet te veel tijd in beslag neemt. Dit blijkt echter geen garantie voor een hoge respons. De functionarissen SHV en/of kwaliteit rapporteren dat zij de respondenten nogal hebben moeten manen om de vragenlijsten in te vullen en terug te sturen. Door het invullen van de Quick Scan treedt er wel een neveneffect op, namelijk dat SHV weer eens onder de aandacht is van het management in de instelling. Het invullen van de Quick Scan blijkt voor de managers in ieder geval meer kennis en inzicht op te leveren omtrent de integratie van SHV in de afdeling en instelling.

6.5 Conclusies en aanbevelingen

Bij de *implementeerbaarheid van een vernieuwing* spelen zaken als het draagvlak, de relevante kenmerken en de wensen van gebruikers een rol. Uit de eerste fase van het onderzoek blijkt dat er zeker draagvlak is voor de verdere integratie van SHV in het aanbod en het beleid van de instelling. Het nut en de noodzaak ervan worden op alle niveaus onderkend, maar er spelen ook ontwikkelingen die het draagvlak weer verkleinen, zoals tijdgebrek, fusies, weerstand tegen weer een verandering. Hoewel bij het ontwikkelen van de instrumenten middels de uitkomsten van de inventarisatie en de expertmeetings de wensen uit de praktijk van de GGZ zijn betrokken, zijn wellicht de wensen van de uiteindelijke gebruikers in de eerste fase van het onderzoek wat onderbelicht gebleven. Ook het vinden van het 'juiste moment' om een vernieuwing in te voeren blijkt heel belangrijk.

Een meer systematische *diagnose van de situatie* kan inzicht geven in factoren die de implementatie beïnvloeden, zoals de doelen van de betrokkenen, de huidige gang van zaken, de belemmerende en bevorderende factoren en subgroepen binnen de doelgroep. De implementatiestrategie bij vernieuwingen in het primaire proces zou nog meer gericht kunnen zijn op het verkrijgen van 'commitment' van het management, met name ook het middenmanagement, die een belangrijke intermediair is tussen de directie en de hulpverleners. Een afdelingshoofd of teammanager heeft inzicht in de huidige gang van zaken en de belemmerende en bevorderende factoren en kan in afdelings- of teamoverleg de vernieuwing (herhaaldelijk) onder de aandacht brengen, samen met de betrokkenen, evalueren en aanpassen aan de feitelijke situatie.

In het ontwikkelen van *de implementatiestrategie* en in *de evaluatie* kan de functionaris SHV een belangrijke rol spelen, zowel als initiator, als intermediair en als monitor. Tot slot is het belangrijk dat de functionaris SHV optreedt als begeleider en bewaker van het implementatieproces.

Hoofdstuk 7 Slotconclusies

7.1 Inleiding

Kwaliteit van zorg is tegenwoordig zeer vanzelfsprekend: kwaliteit van zorg moet aantoonbaar en beheersbaar zijn. Vanaf het eind van de jaren tachtig richt het beleid van de overheid zich steeds meer op het zichtbaar maken en verbeteren van de kwaliteit van de geleverde zorg. Tevens worden patiëntenorganisaties, verzekeraar, zorgaanbieder en professionals bij dat kwaliteitsproces betrokken. Omdat het zorgveld zelf verantwoordelijk is voor het kwaliteitsbeleid stimuleert de overheid de instellingen om het kwaliteitsbeleid zelf uit te voeren en geeft door middel van wettelijke kaders kwaliteitsgebieden en voorwaarden aan.

In februari 1998 krijgt ZON de opdracht van de minister van VWS om een programma te ontwikkelen met betrekking tot de kwaliteit van zorg in de GGZ. Doel van het programma is de ontwikkeling en borging van kwaliteit te bevorderen. Speciaal aandachtspunt in het kwaliteitsbeleid zijn specifieke doelgroepen, zoals vrouwen of allochtonen. Het onderzoek naar kwaliteitsbeleid in de GGZ en de implementatie van SHV maakt deel uit van het ZON-programma 'Kwaliteit van Zorg in de GGZ'. In het onderzoek wordt nagegaan in hoeverre en op welke wijze een integraal kwaliteitsbeleid ontwikkeld kan worden binnen de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg dat rekening houdt met de uitgangspunten van seksespecifieke hulpverlening.

De dataverzameling van het onderzoek bestond uit twee delen, de inventarisatiefase en de implementatie van de ontwikkelde instrumenten. In dit slothoofdstuk trekken we een aantal conclusies op grond van de twee onderzoeksfasen ten aanzien van de mogelijkheden tot een integraal kwaliteitsbeleid en de wens tot een apart kwaliteitsinstrumentarium voor SHV.

7.2 Kwaliteit in de GGZ

De kwaliteit van zorg kan door middel van twee acties verhoogd worden: enerzijds door verdere integratie van seksespecifieke hulpverlening in de GGZ en anderzijds door een intern kwaliteitsbeleid dat rekening houdt met de uitgangspunten van seksespecifieke hulpverlening. De eerste vraag in het onderzoek richtte zich op dit laatste aspect:

In hoeverre blijkt een integraal kwaliteitsbeleid seksespecifieke hulpverlening realiseerbaar? Wat zijn belemmerende dan wel bevorderende factoren in dit proces?

Uit de resultaten van de eerste onderzoeksfase blijkt dat de instellingen nog druk bezig zijn met de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. De onderzochte instellingen zijn nog volop bezig met het vastleggen van de algemene kaders voor het kwaliteitsbeleid. Dit sluit aan bevindingen van Place, e.a. (2000) naar de stand van zaken van het kwaliteitsbeleid in de GGZ. Zij constateren dat de ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit langzamer gaan dan was voorzien. In 1995 zijn op de kwaliteitsconferentie Leidschendam grote doelen gesteld. De GGZ heeft in de afgelopen tijd wel veel in gang gezet, maar de doelen zijn lang niet allemaal gehaald. Veel werk is verricht op het gebied van verheldering van begrippen als 'kwaliteitssysteem' en 'verantwoorde zorg'. Het blijkt dat ontwikkeling van kwaliteitsbeleid tijd nodig heeft en dat met name het systematisch nadenken over kwaliteitszorg ontbreekt. De GGZ-instellingen zijn op dit moment

vooral bezig met het beheersen van processen. De baten van kwaliteitszorg lijken tot nu toe mager. Dit kan in de toekomst veranderen: naarmate instellingen verder komen in hun kwaliteitsbeleid nemen de positieve effecten toe.

Uit het onderhavige onderzoek blijkt dat de meeste instellingen een beleid ontwikkeld hebben ten aanzien van SHV. Daarnaast maakt SHV een onmiskenbaar deel uit van het primaire proces in de instellingen. Toch is er geen sprake van een integraal kwaliteitsbeleid ten aanzien van SHV. Een integraal kwaliteitsbeleid beoogt het verbeteren van de samenhang tussen kwaliteitsaspecten van het primaire proces en van het organisatorische proces. In het primaire proces van de behandeling is aandacht voor een aantal kwaliteitsaspecten vanuit SHV zoals een aanbod SHV, maar ook voor de relatie tussen gender en psychische problematiek, of de keuze voor een mannelijke of vrouwelijke behandelaar. Daarentegen is binnen de zorgprogramma's SHV geen specifiek aandachtspunt, terwijl zorgprogramma's na de laatste kwaliteitsconferentie in Leidschendam wel het speerpunt van het kwaliteitsbeleid vormen.

Tussen de kwaliteitsfunctionarissen en de functionarissen SHV bestaat vaak alleen informeel contact, er is nog nauwelijks sprake van een structureel overleg. De tijd lijkt wel rijp om een integraal beleid te ontwikkelen. De kwaliteitsfunctionarissen zijn duidelijk geïnteresseerd in SHV en aanvulling vanuit deze visie is van harte welkom. Tegelijkertijd kenschetst dat ook de situatie: vanuit SHV mag men aanvullingen of commentaar geven op het ontwikkelde kwaliteitsbeleid. Kwaliteitsfunctionarissen en functionarissen SHV zijn nog geen 'natuurlijke' bondgenoten in het realiseren van een kwalitatief goede zorg. Waarschijnlijk komt dit doordat het kwaliteitsbeleid, dat sterk gericht is op het ontwikkelen van protocollen en standaarden, haaks staat op de uitgangspunten van seksespecifieke hulpverlening, waarin men vooral gericht is op het vergroten van de 'empowerment' van de vrouwelijke én mannelijke cliënten. Aandacht voor de rol die 'gender' speelt in het voorkomen en voortduren van klachten; aandacht voor de rol die macht en 'gender' spreken in de dagelijkse werkelijkheid van de cliënt en in het contact met de cliënt; en aandacht voor de zowel de klachten als de kracht van vrouwen en mannen, zijn niet gemakkelijk in protocollen of standaarden vast te leggen. In het onderzoek bleek dat de kwaliteitsfunctionarissen wel geïnteresseerd zijn in SHV en daaraan aandacht willen besteden, maar een indicatie voor SHV is niet eenvoudig in een protocol of scorelijst vast te leggen.

7.3 Kwaliteitsinstrumenten in de GGZ

De tweede onderzoeksvraag richt zich op de kwaliteitsinstrumenten die in de instellingen gehanteerd worden en de vraag in hoeverre er specifieke kwaliteitsinstrumenten ontwikkeld zijn voor SHV.

Voor welke kwaliteitsnormen vanuit SHV is het noodzakelijk om een specifiek kwaliteitsinstrumentarium te ontwikkelen?

In de kwaliteitsinstrumenten die de instellingen hanteren om de kwaliteit te toetsen is SHV ook nauwelijks terug te vinden, zeker als het gaat om de toetsende instrumenten. Dit resultaat moet echter gerelateerd worden aan de algemene stand van zaken met betrekking tot het kwaliteitsinstrumentarium. Van Ooijen e.a. (2001) hebben onderzocht hoe het staat met de kwaliteitsinstrumenten in de GGZ. Zij constateren een aantal zaken. Ten eerste blijkt dat de toepassing van kwaliteitsinstrumenten in het algemeen veel tijd kost, met name in de aanloopfase. Daarnaast is opvallend dat men de kwaliteitsinstrumenten meestal ad hoc toepast, zonder de uitwerking op de kwaliteit van zorg te evalueren en zonder ze gericht in te zetten voor verbetering van die kwaliteit. Tot slot is er een wildgroei aan instrumenten ontstaan omdat alle instellingen aan de slag zijn gegaan met het toetsen van de geboden kwaliteit. SHV-functionarissen, maar ook

cliënten zijn vaak niet betrokken bij de ontwikkeling van instrumenten en evenmin bij verbeteracties.

Het is daarom begrijpelijk dat vanuit SHV eigen instrumenten ontwikkeld zijn om de kwaliteit van het SHV-aanbod te toetsen. Zo is er een instrument ontwikkeld voor interinstitutionele kwaliteits-toetsing VHV door GGZ Nederland en heeft TransAct een audit ontwikkeld. Een aantal kwaliteitsinstrumenten die specifiek gericht zijn op het verbeteren van het primaire proces zoals interview en supervisie, wordt gebruikt door SHV-hulpverleners om hun eigen functioneren te toetsen en te verbeteren. Daarnaast zijn er binnen de instellingen eigen kwaliteitsinstrumenten ontwikkeld die wel recht doen aan het SHV-aanbod en de uitgangspunten ervan. Dit bevordert echter de wildgroei aan instrumenten en is niet bevorderlijk voor een integraal kwaliteitsbeleid. Het is daarom aan te raden dat zowel de bestaande kwaliteitsinstrumenten kritisch bekeken worden, als dat wordt nagegaan welke bijdrage de door SHV ontwikkelde instrumenten kunnen leveren. In dit onderzoek is dat gebeurd voor twee instrumenten. Er bleek een duidelijke behoefte aan de aanpassing van twee kwaliteitsinstrumenten, te weten: een goede intakelijst die afgestemd is op SHV-criteria; en een tevredenheidsonderzoek waarin de beoordeling en ervaren resultaten door cliënten worden gemeten, niet alleen van het gehele aanbod, maar ook specifiek van het SHV-aanbod.

7.4 SHV onderdeel van het behandelaanbod

De derde onderzoeksvraag richt zich op het behandelaanbod. De kwaliteit van het behandelaanbod kan verhoogd worden door de integratie van SHV binnen de bestaande zorg die de instelling biedt.

Leidt een integraal kwaliteitsbeleid ertoe dat seksespecifieke hulpverlening een meer geïntegreerd onderdeel van het behandelaanbod vormt?

De afgelopen decennia is het aanbod van SHV in de GGZ en de verslavingszorg enorm toegenomen. In 1990 spraken we nog van een enkele vrouwengroep of incidentele hulpverlenster die in de instelling actief was. In 1995 bleek dat er binnen de ambulante sector en kortdurende behandeling een aanbod SHV was, in de overige sectoren incidenteel. Anno 2000 kan men concluderen dat het merendeel van de instellingen en afdelingen voor de verschillende sectoren in de GGZ en de verslavingszorg een aanbod SHV heeft. De integratie van seksespecifieke hulpverlening binnen de GGZ lijkt een successtory. Het beleid van de instellingen om – op projectmatige basis – seksespecifieke hulpverlening te ondersteunen in de vorm van aandacht-functionarissen vrouwenhulpverlening en gerichte deskundigheidsbevordering blijkt een noodzakelijke voorwaarde te zijn voor dit succes. Uit de Quick Scan blijkt dat er inmiddels een breed aanbod SHV is binnen alle sectoren van de GGZ. Maar de kennis en het aanbod SHV beperkt zich echter vooral tot vrouwenhulpverlening. De aandacht voor de mannelijke cliënt staat nog in kinderschoenen. Hierop zou de komende jaren een actief beleid ontwikkeld moeten worden.

Op basis van deze resultaten kan men echter niet de conclusie trekken dat de integratie geslaagd is en er dus geen actief beleid meer op ontwikkeld hoeft te worden. Knelpunten die in het onderzoek gesignaleerd worden zijn: de onzichtbaarheid van SHV in de instelling en het gebrek aan personeelsbeleid in de instellingen, zowel wat betreft de aanname van personeel met kennis op het terrein van SHV als wat betreft de gelijke verdeling van mannelijk en vrouwelijk personeel, met name in leidinggevende posities. SHV zou binnen de instelling beter herkenbaar moeten zijn, met name voor de cliënten. Het aanbod SHV staat veelal niet vermeld in de folder van de afdeling of instelling, noch in het werkplan of beleidsplan. Daarnaast wordt SHV nauwelijks als apart behandelaanbod geregistreerd of geëvalueerd. Met de opkomende aandacht voor hulpverleningsaanbod dat 'evidence based' is, wordt dit wel noodzakelijk.

Heeft een integraal kwaliteitsbeleid een bepaalde meerwaarde

De laatste onderzoeksvraag richt zich op de vraag of een integraal kwaliteitsbeleid de zorg voor cliënten verbetert. SHV besteedt aandacht aan de invloeden van seksspecifieke socialisatie, sekserollen en sociaal-maatschappelijke posities op de ziektebeleving en welzijnsproblemen van mannelijke en vrouwelijke cliënten. Binnen de adviesgroep SHV is sprake van een verschuiving van de aandacht naar de diversiteit van cliënten. Gender is niet het enige onderscheidende principe als het gaat om socialisatie en leefwereld van cliënten. Achtergrondgegevens zoals etniciteit, leeftijd, maar ook seksuele voorkeur van mensen zijn zaken die aandacht behoeven in een behandeling. De laatste onderzoeksvraag richt zich dan ook op de diversiteit van cliënten.

Leidt een integraal kwaliteitsbeleid tot een behandelaanbod dat beter recht doet aan de diversiteit van de cliënten, wat betreft hun achtergrond, sekse en identiteit?

Aangezien er nergens sprake is van een integraal kwaliteitsbeleid kan op basis van het onderzoeksmateriaal deze vraag niet beantwoord worden. Op basis van de Quick Scan kunnen we concluderen dat de integratie van SHV een attitudeverandering op gang heeft gebracht. Met name binnen het primaire behandelproces is er meer aandacht voor de context van de klachten en problemen van cliënten en de invloed daarvan op de lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg. Onduidelijk is echter in hoeverre aandacht voor seksspecifieke aspecten ook daadwerkelijk tot veranderingen in de behandeling leidt en beter aansluit bij de diversiteit van cliënten. Uit eerder onderzoek is gebleken dat meer aandacht voor seksspecifieke aspecten in de probleemdefiniëring nog geen gevolgen heeft voor de daadwerkelijke behandeling (Stekettee, 1995). Tijdens het onderzoek bleek dat aandacht voor seksspecifieke aspecten onder druk staat van productieverwachtingen en het inkorten van de intakeprocedure tot een eenmalig gesprek. Tevens wordt verwacht dat de hulpverleners aandacht besteden aan diverse factoren, zoals de culturele achtergrond van de cliënt. Sekse blijkt van invloed te zijn op het ontstaan en voortbestaan van psychische klachten waardoor het belangrijk is dat er in de behandeling aandacht is voor deze geconstateerde sekseverschillen. Maar sekse is zeker niet de enig factor die verschillen in de geestelijke gezondheidszorg verklaart. Idealiter wordt er in de intake en behandeling aandacht besteed aan en rekening gehouden met de individuele context en achtergrond van de cliënt. We zijn echter nog lang niet zo ver dat er per ziektebeeld systematisch wordt nagegaan wat de betekenis en consequenties van de verschillen zijn. Door aandacht voor sekse in het hele hulpverleningsproces en het kwaliteitsbeleid te integreren kan sekse als belangrijke factor in beeld blijven.

Literatuur

- Bauduin, D.M.J. (1982). *Vrouwenhulpverlening en ambulante geestelijke gezondheidszorg*. Leidschendam: GHIGV.
- Bekker, M en K. van Vliet (1989). Klachtconstructies: een kritische beschouwing van het denken over de lichamelijke en geestelijke gezondheid van vrouwen. In: *Psychologie en Maatschappij* nr 49, p. 362-376.
- Donker, M. en H. Hull (2000). Tevredenheidsonderzoek in de geestelijke gezondheidszorg. In: A.F. Casparie e.a. (red.), *Handboek Kwaliteit van Zorg*, pag. 1-20, Utrecht: De Tijdstroom.
- Gommers, E. (1997). *Hetzelfde anders. Seksespecifieke hulpverlening in het maatschappelijk werk*. Utrecht: Uitgeverij SWP.
- Graaff, I. de, e.a. (1999). *Genderspecifieke hulpverlening en rehabilitatie. Een goede relatie of een paar apart?* Utrecht: H.C. Rümke groep.
- Huijts, G. (1993). *Gezocht: kwaliteit. Een onderzoek naar kwaliteitseisen voor de ambulante reguliere hulpverlening aan witte en zwarte/migrantenvrouwen met fysieke en/of seksueel geweld ervaringen*. Utrecht: VUGA.
- Linden, P. van der, en E. Smulders (1998). *Kwaliteitscriteria inzake hulpverlening na seksueel geweld*. Utrecht: TransAct.
- Loo, J. van der (1997). *Mannen en intake*. Utrecht: TransAct.
- Ooyen-Houben, M. van, M. Place en A. Steinman (1999). *Toetsingskader seksespecifieke zorgverlening in de geestelijke gezondheidszorg met handleidingen*. Utrecht: GGZ Nederland.
- Place, M. & M. van Ooyen-Houben (1999). *Kwaliteitstoetsing in de GGZ*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Place, M. & M. van Ooyen-Houben, A. de Veer, C. Wagner (2000). *Gereedschap voor kwaliteitszorg in de GGZ. Deel 1: een onderzoek naar kwaliteitsinstrumenten –indicatoren in de praktijk*. Utrecht: Trimbos Instituut/Nivel.
- Rogers, E.M. (1995). *Diffusion of innovations: An Overview*. New York: The Free Press.
- Steketee, M.J. (1995). *Vrouwenhulpverlening en klinische psychiatrie: een veranderende opvatting*. Dissertatie. Bennebroek: Psychiatrisch Centrum Vogelensang.
- Stuurgroep Vrouwenhulpverlening (1999). *Naar een seksespecifieke en multiculturele gezondheidszorg in de 21^e eeuw*. Den Haag: Stuurgroep Vrouwenhulpverlening, Ministerie van VWS.
- TransAct (1997). *Audit Seksespecifieke Hulpverlening*. Utrecht: Transact.
- Vlugt, I. van der (1998). *Sekseheterogene hulpverlening vanuit een seksespecifiek perspectief. Handboek Maatschappelijk Werk Methodiek*. Utrecht: Transact.
- Vos, D. (1993). *VHV en de kwaliteitsdiscussie*. Utrecht: Metis.
- Wensing, M., P. van Splunteren, M. Hulscher, R. Grol (2000). *Praktisch nieuw*. Implementatie van vernieuwingen in de gezondheidszorg. Assen: Van Gorcum.

Bijlage 1 Vragenlijst

VRAGENLIJST VOOR FUNCTIONARISSEN SEKSESPECIFIEKE HULPVERLENING EN KWALITEITSZORG GGZ

In het kader van een onderzoek naar het onwikkelen en implementeren van seksespecifieke hulpverlening als onderdeel van het kwaliteitsbeleid van instellingen op het terrein van de GGZ vinden interviews plaats met functionarissen seksespecifieke hulpverlening en kwaliteitsbeleid.

Aan de hand van deze vragen/topiclijst wordt nagegaan welke kwaliteitsstandaarden in de instellingen gehanteerd worden en in hoeverre het bestaande kwaliteitsinstrumentarium aanvulling behoeft vanuit het erspectief en seksespecifieke hulpverlening. Naast de monelinge informatie willen wij graag inzage in het materiaal (instrumenten, protocollen, procedures, jaarverslagen, etc.) dat binnen de instelling gebruikt wordt ten behoeve van kwaliteitsbeleid en seksespecifieke hulpverlening.

De onserstaande vragenlijst dient als leidraad tijdens het gesprek. Ter voorbereiding verzoeken wij u deze vragenlijst door te nemen en relevant materiaal te verzamelen.

Majone Steketee en Katja van Vliet

Algemene informatie

Instelling:

Geïnterviewde:

Functie:

Datum interview:

Kwaliteitsbeleid van de instelling

1. Welke kwaliteitsinstrumenten worden gebruikt voor het primaire proces?

Per sector (APZ, RIBW, RIAGG en verslavingszorg).

Zowel gericht op het primaire proces (zie schema) als op de organisatie, het beleid en de cultuur van de instelling.

Aanbod en kwaliteitsinstrumenten seksespecifieke hulpverlening

2. Wat is het aanbod aan seksespecifieke hulpverlening? Eventuele knelpunten?

3. In hoeverre is in de organisatie, de cultuur en het beleid van de instelling aandacht voor seksespecifieke hulpverlening en seksespecifiek beleid?

- Opgenomen in het beleid op instellingsniveau (beleidsvisie, werkgroep shv, aandachtsfunctionaris shv)?
- Opgenomen in het programma/productprofiel?
- Opgenomen in het kwaliteitsbeleid?
- Gedragscode: aandacht voor sekserollen en gedrag, richtlijnen voor omgaan met seksueel intimiderend gedrag?

- Gezamenlijke zorgprogramma's: shv onderdeel van zorgprogramma's, samenwerking met andere instellingen met shv, lokale en regionale samenwerking op het terrein van shv?
 - Personeelsbeleid: gericht op aannemen van mensen met een specifieke deskundigheid op het terrein van shv, aandacht voor shv in functie-/taakomschrijving, aandacht voor evenwichtige verhouding m/v op alle niveaus, voldoende deskundigheid shv aanwezig, ook bij leidinggevend personeel?
 - Scholing: apart budget voor shv, specifiek of algemeen budget shv, scholing t.a.v. seksueel misbruik? shv onderwerp tijdens inter- en supervisie?
 - Eisen t.a.v. hygiëne en veiligheid
 - Cultuur van de instelling
4. In hoeverre wordt gebruikgemaakt van kwaliteitsinstrumenten voor seksespecifieke hulpverlening? (Soort instrumenten en voor welke onderdelen van het hulpverleningsproces?)
- Soort instrumenten en zowel gericht op het primaire proces (zie schema) als op de organisatie, het beleid en de cultuur van de instelling
5. In hoeverre maken kwaliteitsnormen vanuit de seksespecifieke hulpverlening deel uit van de gebruikte kwaliteitsinstrumenten?
- Soort instrumenten en zowel gericht op het primaire proces (zie schema) als op de organisatie, het beleid en de cultuur van de instelling

Integraal kwaliteitsbeleid

6. Welke stappen zijn ondernomen om te komen tot een integraal kwaliteitsbeleid?
7. Wat zijn hierbij de bevorderende elementen geweest?
8. Wat zijn hierbij de belemmerende elementen geweest?
9. Voor welke kwaliteitsnormen vanuit de seksespecifieke hulpverlening is het noodzakelijk om specifieke instrumenten te ontwikkelen?
10. Wat zijn de verschillen en overeenkomsten wat betreft de kwaliteitscriteria per werkveld?

| | Normerende Instrumenten | Toetsende instrumenten | Verbeterende Instrumenten |
|------------------------------|--|---|--|
| Aanmelding | Aanmeldingsprotocol | Tevredenheidsonderzoek onder cliënten (gebruikersonderzoek/ waarderingsonderzoek) | Supervisie Intervisie |
| Intake | Intakeprotocol | Exit-interviews cliënten | Werkbegeleiding |
| Indicatiestelling | Indicatieprotocol | Effectmeting | |
| Hulpverlening | Zorgplansystematiek Protocollen: depressie, Traumata Routing patiënt | Verwijzersonderzoek | Scholing/ Deskundigheidsbevordering |
| Verwijzing/afsluiting/nazorg | Verwijsprocedures Sociale kaart | Behoeftenonderzoek | |

Bijlage 2 Analyse kader

1. *Kwaliteitsinstrumenten en -aspecten gericht op het primaire proces*

1.1 NORMERENDE INSTRUMENTEN

Aanmelding

In het aanmeldingsprotocol is opgenomen:

- dat wordt gevraagd naar de voorkeur voor een man of vrouw als intaker/ hulpverlener/ begeleider;
- op het aanmeldingsformulier wordt geregistreerd;
- sekse, etniciteit;
- dat men een man of vrouw als intaker/ hulpverlener/ begeleider wenst.

Intake/ opname

Informatiefolder(s)

- In de bij de intake verstrekte informatiefolder(s) wordt vermeld:
 - het aanbod seksspecifieke hulpverlening;
 - de aanwezigheid van een vertrouwenspersoon;
 - klachtenregeling en protocol t.a.v. rechtspositie;
 - het hulpaanbod na seksueel geweld;
 - klachtenregeling en protocol t.a.v. seksuele intimidatie door personeel of medecliënten;
 - de mogelijkheid een voorkeur uit te spreken voor een man of vrouw als intaker/ begeleider/ hulpverlener.
- In de folder is de informatie seksspecifiek, d.w.z. wervend in woord en beeld naar mannen en vrouwen.

In het intakeprotocol is opgenomen:

- dat schriftelijke informatie wordt ondersteund door mondelinge informatie;
- dat wordt gevraagd naar de voorkeur voor een man of vrouw als intaker/ hulpverlener/ begeleider;
- dat het mogelijk is in sekshomogene subsystemen te werken, waarbij aandacht is voor de voor- en nadelen van een sekshomogene matching.

Op het intakeformulier/ in de intakevragenlijst zijn onderwerpen/vragen opgenomen t.a.v.

- de socialisatie, sociaal-maatschappelijke positie, sekserollen en gedragingen, (mannelikheden- en vrouwelikheden-coderingen)⁶ en culturele achtergrond in samenhang met de klachten en problemen;

⁶ Van der Loo (1997) noemt als mannelijkheids-coderingen het hebben van een betaalde baan; handelings- en prestatiegericht zijn; kost verdienen voor zichzelf en degenen die van hem afhankelijk zijn; concurrentie tussen mannen; zelfstandigheid, onafhankelijkheid en alles alleen kunnen; geen hulp nodig hebben; zichzelf onder controle hebben, niet bang zijn, niet huilen; agressief zijn, maar beheerst, niet over zich heen laten lopen; beschermen van degenen die van hem afhankelijk zijn; geen slachtoffer zijn; intimiteit ervaren via seksualiteit; seksueel presteren en voor nageslacht zorgen. NB. Dit zijn nogal specifieke en stereotiepe items. De vraag is of ze als zodanig

- seksespecifieke problematiek zoals eetproblemen, seksueel, fysiek of emotioneel geweld (of vermoeden daarvan), agressief gedrag.

Indicatiestelling

In het indicatieprotocol zijn specifieke indicatiecriteria voor het aanbod seksespecifieke hulpverlening opgenomen:

Op het indicatieformulier:

- wordt seksespecifieke problematiek geregistreerd;
- wordt seksueel misbruik geregistreerd;
- wordt seksespecifieke hulpverlening geregistreerd;
- wordt het eigen aanbod op dat terrein geïndiceerd of wordt doorverwezen.

Zorgverlening / begeleiding

In het behandel-/ begeleidingsplan of protocol:

- is opgenomen dat aandacht wordt besteed aan seksespecifieke onderwerpen zoals socialisatie, sociaal-maatschappelijke positie, agressie, autonomie en verbondenheid, trauma als gevolg van seksueel geweld, ingrijpende gebeurtenissen;
- wordt het seksespecifieke aanbod omschreven;
- wordt het aanbod voor cliënten met een seksueel geweldservaring apart omschreven;
- wordt aandacht besteed aan de diversiteit van cliënten (klasse, etniciteit, leeftijd, leefstijl, seksuele voorkeur);
- staan richtlijnen voor of afspraken over de inbreng van de cliënt ten aanzien van de behandeling (bijvoorbeeld evaluatie om de zoveel tijd, aanwezig bij teambespreking, terugkoppeling van teambespreking).

Verwijzing/ afsluiting/ nazorg

Sociale kaart

- Er is een sociale kaart beschikbaar (voor iedere hulpverlener van de instelling) met informatie over organisaties die zich bezighouden met seksespecifieke hulpverlening.

In de afsluitingprocedure

- wordt aandacht besteed aan de beschikbaarheid van sociale steun en zorg en hulp door personen uit de omgeving van de cliënt (partner, familie, vrienden).

1.2 TOETSENDE INSTRUMENTEN

Tevredenheidsonderzoek bij cliënten (gebruikersonderzoek)

In de vragenlijst of de rapportage:

- zijn de gegevens uitgesplitst naar sekse en etniciteit;
- wordt gevraagd naar de ervaringen van cliënten met het seksespecifieke hulpaanbod en worden de gegevens uitgesplitst naar de verschillende vormen zoals psychotherapie, gedragstherapie en vrouwengroepen;

nig opgenomen moeten worden. Zo ja, dan moeten ook vrouwelijkheidscoderingen worden opgenomen.

- wordt aandacht besteed aan elementen van seksespecifieke hulpverlening zoals het sociale netwerk, het aansluiten van het aanbod bij de behoefte van de cliënt, en of er voldoende overleg is geweest tussen de cliënt en de hulpverlener over de vorm en inhoud van de zorg;
- wordt aandacht besteed aan tevredenheid t.a.v. veiligheid van cliënten wat betreft de inrichting van de ruimtes, aparte sanitaire voorzieningen, omgang met medecliënten of personeel, voldoende mogelijkheid om bij gebrek aan veiligheid een vertrouwenspersoon in te schakelen;
- wordt aandacht besteed aan de tevredenheid over de keuze van behandelaar;
- wordt aandacht besteed aan de tevredenheid over de informatie die de cliënten hebben gekregen over seksespecifieke hulpverlening.

Tevredenheidsonderzoek bij medewerkers (NB. Valt grotendeels ook onder beleid)

In het tevredenheidsonderzoek bij medewerkers:

- wordt gevraagd of men tevreden is over het aanbod seksespecifieke hulpverlening;
- wordt gevraagd of men voldoende tijd kan besteden aan seksespecifieke hulpverlening;
- wordt gevraagd of men vindt dat men voldoende wordt geïnformeerd over de stand van zaken met betrekking tot seksespecifieke hulpverlening;
- wordt gevraagd of men vindt dat er voldoende scholingsmogelijkheden zijn wat betreft seksespecifieke hulpverlening.

Verwijzersonderzoek (zowel onder verwijzers van de eigen instelling als onder verwijzers van andere instellingen naar de eigen instelling)

In het verwijzersonderzoek:

- wordt nagegaan of verwijzers geïnformeerd zijn over het aanbod seksespecifieke hulpverlening;
- wordt nagegaan of als men verwijst met de indicatiestelling seksespecifieke hulpverlening, dat wordt gehonoreerd;
- wordt nagegaan of men tevreden is over de samenwerking op het terrein van seksespecifieke hulpverlening.

1.3 VERBETERENDE INSTRUMENTEN (DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING)

Supervisie, intervisie, werkbegeleiding, intercollegiale toetsing

In supervisie en intervisie

- is seksespecifieke hulpverlening een regelmatig terugkerend onderwerp.

Bij werkbegeleiding en intercollegiale toetsing

- wordt expliciet stilgestaan bij de mogelijke invloed van socialisatie en maatschappelijke positie op de problematiek van cliënten.

Scholing

In het scholingsaanbod

- is seksespecifieke hulpverlening opgenomen.

2. *Kwaliteitsinstrumenten en -aspecten gericht op de organisatie, het beleid en de cultuur van de instelling*

Beleid op instellingsniveau

In beleidsplannen/ werkplannen/ jaarverslagen is opgenomen

- een beleidsvisie over seksespecifieke hulpverlening en hulpverlening op het terrein van seksueel, fysiek en emotioneel geweld
- dat de instelling een werkgroep seksespecifieke hulpverlening heeft
- dat de instelling een aandachtsfunctionaris seksespecifieke hulpverlening heeft
- dat de instelling een emancipatiebeleid voert, d.w.z. dat de instelling in de hulpverlening en het beleid aandacht heeft voor verschillen tussen mannen en vrouwen en streeft naar de emancipatie van mannen en vrouwen. Hierbij wordt aangegeven hoe dit beleid wordt uitgewerkt, c.q. invloed heeft op zowel het aanbod van de instelling als op het interne beleid. Dit streven is opgenomen in de missie van de instelling
- beleid om seksuele intimidatie en misbruik door medewerkers onderling en tussen medewerkers en cliënten te voorkomen (zie ook gedragscode)

Programma/ productprofiel

In het programma/productprofiel

- is seksespecifieke hulpverlening opgenomen/ herkenbaar aanwezig en gespecificeerd naar methodiek en doelgroep per afdeling
- is er een specifiek aanbod op het terrein van seksueel geweld opgenomen
- is er sprake van samenwerking met andere instellingen op het terrein van een seksespecifiek aanbod
- zijn procedures opgenomen om op de hoogte te blijven van de actuele vraag en behoefte aan seksespecifieke hulpverlening. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren door het maken van een analyse van de lokale/regionale situatie op grond waarvan de instelling bepaalt welke diensten en producten worden geleverd ten behoeve van welke doelgroepen. Daarbij wordt onderzocht of een seksespecifiek aanbod voor bepaalde groepen of probleemvelden geïndiceerd is en wordt bij signalering van nieuwe behoeften systematisch rekening gehouden met wensen en behoeften van mannen en vrouwen, jongens en meisjes

Gezamenlijke zorgprogramma's

In gezamenlijke zorgprogramma's

- wordt het seksespecifieke hulpverleningsaanbod omschreven
- wordt de samenwerking met andere instellingen op het terrein van een seksespecifiek aanbod en aanbod specifiek op het terrein van seksueel geweld beschreven

Kwaliteitsbeleid

In het kwaliteitsplan en kwaliteitsjaarverslag

- is seksespecifieke hulpverlening opgenomen

In de gebruikte kwaliteitsinstrumenten naar effectiviteit (toetsende instrumenten)

- wordt onderscheid gemaakt naar verschillende methoden in het aanbod seksespecifieke hulpverlening

Personeelsbeleid

In de gedragscode

- wordt aandacht besteed aan sekserollen en seksespecifiek en seksestereotiep gedrag
- is er een procedure voor het omgaan met seksuele intimidatie tussen medewerkers onderling, tussen medewerkers en cliënten en tussen cliënten onderling (NB gaat dus ook over het primaire proces), zoals een klachtmogelijkheid en een vertrouwenspersoon

In het personeelsbeleidsplan

- is beleid geformuleerd gericht op aanwezigheid van voldoende deskundigheid t.a.v. seksespecifieke hulpverlening, ook bij leidinggevend personeel. Dit wordt vormgegeven door het aannemen van mensen met een specifieke deskundigheid en door deskundigheidsbevordering seksespecifieke hulpverlening en hulpverlening op het terrein van seksueel misbruik
- is opgenomen dat bij de samenstelling van het personeelsbestand gestreefd wordt naar een evenwichtige verhouding tussen mannen en vrouwen op alle niveaus (bestuur, leidinggevend, uitvoerend)

In functie- en taakomschrijvingen

- is deskundigheid op het terrein van seksespecifieke hulpverlening opgenomen

Deskundigheidsbevordering

In het scholingsplan is opgenomen

- de vereiste basisdeskundigheid t.a.v. seksespecifieke hulpverlening en hulpverlening op het terrein van seksueel geweld
- de vereiste specialistische deskundigheid t.a.v. seksespecifieke hulpverlening en hulpverlening op het terrein van seksueel geweld
- een apart budget voor scholing seksespecifieke hulpverlening
- welke medewerkers in aanmerking komen voor scholing seksespecifieke hulpverlening (gaat het om medewerkers die al het seksespecifieke hulpaanbod verzorgen of ook om andere hulpverleners)
- dat er actuele vakliteratuur beschikbaar is op het gebied van seksespecifieke hulpverlening

Plan van eisen ten aanzien van hygiëne, veiligheid en toegankelijkheid

- Protocol seksuele intimidatie
- Vertrouwenspersoon seksuele intimidatie
- Beleid ten aanzien van signalen van seksuele intimidatie
- Beleid t.a.v. de accommodatie(s):
 - inrichting en verlichting van ruimten, zodanig dat cliënten zich veilig voelen (kamer kunnen afsluiten)
 - er zijn gescheiden afdelingen of slaapkamers voor mannen en vrouwen
 - er zijn aparte sanitaire ruimtes
 - privacy
 - bereikbaarheid
 - toegankelijkheid (aparte ruimtes en toiletten m/v, leesmateriaal gescreend, speelgoed aanwezig, kinderopvang mogelijk)

Beleid t.a.v. de cultuur van de instelling

Er is beleid geformuleerd ten aanzien van een gewenste cultuur

- die gericht is op emancipatie van mannen en vrouwen in de hulpverlening en het beleid
- waarin sekseverschillen en sekstereotypen gemakkelijk besproken kunnen worden
- waarin seksistisch taal gebruik wordt gesignaleerd en als onwenselijk wordt beschouwd
- waarin seksuele intimidatie bespreekbaar is
- waarin innovaties worden ingevoerd, zowel door het management en in- en externe deskundigen als door de werkvloer
- waarin de medewerkers open en ontvankelijk zijn om kennis te nemen van elkaars ervaringen, de ervaringen van collega's elders en van cliënten
- waarin onder de medewerkers sprake is van een verscheidenheid in normen- en waardenpatronen en culturele achtergrond, dus geen monocultuur
- waarin medewerkers oog hebben voor de verscheidenheid onder cliënten