

Seksespecifieke hulpverlening als meetlat voor een kwalitatief goede zorg

Deel II:

Kwaliteitsinstrumenten vanuit het perspectief van seksespecifieke hulpverlening

januari 2002

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

Inhoud

Deel 1

Model Intakeprotocol GGZ vanuit seksespecifieke hulpverlening

Deel 2

Quick Scan SHV

Toetsingsinstrument integratie seksespecifieke hulpverlening in de GGZ

Deel A Vragenlijst integratie van seksespecifieke hulpverlening op afdelingsniveau.

Deel B Vragenlijst integratie van seksespecifieke hulpverlening in de instelling.

Deel C Overzichtslijst en totaalscores seksespecifieke hulpverlening binnen de instelling.

Deel D Verslag.

Deel 3

Thermometer Cliëntenwaardering in de GGZ met SHV-waarde

1.1 Model Intakeprotocol GGZ vanuit seksespecifieke hulpverlening

Majone Steketeer

Katja van Vliet

januari 2002

Verwey-Jonker Instituut

Hoofdstuk 2 Toelichting

Dit instrument is mede gebaseerd op de handleiding regionaal intakeprotocol van de RIAGG Midden Kennemerland, Marelsdal deeltijdbehandeling Duin en Bosch en Paaz Kennemer Gasthuis. Aan de hand van deze handleiding is door het Verwey-Jonker instituut een standaard ontwikkeld die voldoet aan de kwaliteitsaspecten vanuit seksespecifieke hulpverlening. Tevens is gebruikgemaakt van de intakeprocedure van de RIAGG Utrecht Stad, de handleiding voor een seksespecifieke intake van mannelijke cliënten in de geestelijke gezondheidszorg, een andere kijk op vrouw-zijn, een onderzoek naar seksespecificiteit in de intake van vrouwelijke cliënten van RIAGG Westelijk Utrecht.

Het uitgangspunt bij het ontwikkelen van dit instrument is dat factoren als de achtergestelde positie van vrouwen, het voorkomen van seksueel geweld, de asymmetrische machtsverhoudingen tussen mannen en vrouwen en tussen hulpverleners en cliënten van invloed zijn op het psychische en lichamelijke welbevinden van mensen. Sekseverschillen zijn te vinden in het soort aandoeningen, in de medische consumptie, de ervaren gezondheid, de klachtpresentatie, de communicatie, de diagnose, de sociaal-economische context, de gevolgen van de ziekte en de behandeling (Stuurgroep Vrouwenhulpverlening, 1999). Een kanttekening die we hierbij willen maken is dat door het benadrukken van seksespecifieke aspecten het gevaar van seksestereotypering bestaat. Nicolai (1992) waarschuwt voor een te sterke focus op sekse als variabele. Het gaat om de betekenis die sekse in een bepaalde context heeft. De geleefde werkelijkheid van mannen en vrouwen is voortdurend aan verandering onderhevig. Niet alleen zijn er verschillen tussen mannen en vrouwen, maar ook tussen mannen en vrouwen onderling. De geleefde werkelijkheid van de individuele man of vrouw dient dan ook het uitgangspunt te zijn in het intakegesprek.

Toepassing van het model

Het instrument is bedoeld als model voor de verschillende sectoren in de GGZ (ambulante zorg, klinische zorg, beschermd wonen en verslavingszorg). Het biedt een aanvulling op bestaande algemene intakeprotocollen. Doordat het is opgebouwd aan de hand van 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 beschermde 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 seksspecifieke 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 seksspecifieke aspecten een rol spelen bij de klachten of problemen, kan hier in een tweede intakegesprek nader op worden ingegaan (gefaseerde intake). Het model is vooral bedoeld als een reminder van seksspecifieke aspecten die bij een intakeprocedure van belang kunnen zijn, zodat issues als agressie, seksueel geweld, seksspecifieke verwachtingen van de cliënt extra onder de aandacht gebracht worden en niet vergeten worden. Het is natuurlijk de intaker, die beoordeelt of een vraag wel of niet relevant is.

Het tweede deel bestaat uit een toelichting die ingaat op die aspecten die van belang zijn voor intakegesprekken vanuit seksspecifieke hulpverlening¹. Thema's zoals gezondheid, arbeid, socialisatie, 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 aandachtspunten opgenomen. Wanneer een vraag of aandachtspunt relevant is vanuit seksspecifieke hulpverlening wordt door middel van een * aangegeven bij welk onderwerp in de toelichting in deel 2 meer informatie gegeven wordt hierover. In deel twee zijn zowel vragen opgenomen die direct aan de cliënt gesteld kunnen worden (geformuleerd in de 'u'-vorm), als vragen en aandachtspunten voor de hulpverlener, die nog vertaald dienen te worden in vragen voor de cliënt.

Hoofdstuk 3 Uitleg van het gebruik van het teken *

1.1.1.1.1.1.1.1.1 Achter het handje staat een nummer genoemd, dat verwijst naar de toelichting op het intakeprotocol. De specifieke aandachtspunten zijn in de toelichting genummerd. Het nummer verwijst daarnaar.

¹ Onder hulpverlening wordt zowel behandeling als begeleiding verstaan.

Hoofdstuk 4 Handleiding intakeprotocol

Toelichting	Onderwerpen	Specifieke vragen
<i>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.</i>	Hoofdstuk 5 Verwijzing	<ul style="list-style-type: none"> • reden • door wie • wat vindt de cliënt ervan * 1 • toestemming voor berichtgeving aan derden • gedwongen of vrijwillige opname/behandeling
<i>Er zijn richtlijnen en aandachtspunten die de intakekers in staat stellen om verborgen signalen van seksespecifieke elementen van problemen bij cliënten tijdig te herkennen. Zulke specifieke problemen kunnen zijn: mishandeling, verkrachting of (seksueel) geweld. Gedragingen of signalen die hierop kunnen wijzen moeten expliciet benoemd zijn. Liefst in overleg met elkaar, zodat de intakekers een visie hierop kunnen ontwikkelen.</i>	Hoofdstuk 6 Anamnese/klachten	<ul style="list-style-type: none"> • beschrijving klachtenklachten/problemen/reden van komst • eigen visie van de cliënt op de klachten (beleving van klachten) * 1 • wat is er gedaan aan de klachten • copinggedrag: wat heeft de cliënt zelf gedaan om de problemen op te lossen • navragen zoals: stemmingen, spanningsklachten angsten, fobische reacties, dwangverschijnselen, psychotische klachten, * 2 • agressie: boosheid/woede en geweld * 3a en 3b • (seksueel en huiselijk) geweld* 3b premorbiditeit • beïnvloedende omstandigheden of gebeurtenissen
<i>Bij intake wordt expliciet gevraagd naar de visie van de cliënt op de samenhang tussen de problemen/klachten en seksespecifieke positie, rol en socialisatie. Uitgangspunt bij deze norm is, dat in geval van zo'n verband een specialistisch seksespecifiek zorgaanbod geïndiceerd kan zijn. Het is dus van belang voor een doorverwijzing naar seksespecifieke zorgverlening.</i>	Hoofdstuk 7 Hulpvraag/verwachting van de cliënt	<ul style="list-style-type: none"> • vragen naar voorkeur voor mannelijke of vrouwelijke hulpverlener *4 (beschikbaarheid/motivatie) • hoe ziet de cliënt zijn/haar eigen hulpvraag, los van de mening van verwijzers *1 • wat ziet de cliënt zelf als de kern van zijn/haar probleem? • Hoe schat hij/zij zijn/haar eigen kracht en mogelijkheid in? *5 • Welke wensen en verwachtingen heeft de cliënt bij de hulp die de instelling kan bieden *1, 20
	Hoofdstuk 8 Eerdere hulpverlening	<ul style="list-style-type: none"> • waarvoor, wanneer welke hulp • bij wie (wat is de reden dat cliënt niet naar vorige hulpverlener gaat) • positieve en negatieve ervaringen

Met opmaak: opsommingstekens en nummering

Met opmaak: opsommingstekens en nummering

Met opmaak: opsommingstekens en nummering

Met opmaak: opsommingstekens en nummering

		ng/ psych iatri sche voorg eschi edeni s	<ul style="list-style-type: none"> • wat heeft wel en niet geholpen
<i>Bij de intake worden naast algemene onderwerpen ook sekspecifieke onderwerpen aan de orde gesteld, in elk geval socialisatie, sociaal-maatschappelijke positie; invloed van normen en waarden omtrent vrouw- en manzijn en sekserollen en gedragingen.</i>	Hoofdstuk 9	Biografie/levensloop	<ul style="list-style-type: none"> • zwangerschap, geboorte, vroege ontwikkeling • ouderlijk gezin *6 • sociaal-economische achtergrond, etniciteit, leeftijd, religie • psychoseksuele ontwikkeling en relaties *7 • scholing *8 • traumatische ervaringen • belangrijke gebeurtenissen • problemen die samenhangen met levensfase *9 • criminaliteit
<i>Door bij de intake deze onderwerpen na te gaan kan duidelijk worden of er sprake is van sekspecifieke problematiek en of er een behandelaanbod sekspecifieke zorgverlening moet volgen.</i>	Hoofdstuk 10	Huidige leefsituatie/actuele sociaal-maatschappelijke omstandigheden	<ul style="list-style-type: none"> • wensen en mogelijkheden van de cliënt • conflicten tussen wensen en mogelijkheden • samenlevingsverband/woonomstandigheden *10 • relatie *10/ • kinderen * 10 • arbeidssituatie *11 • vrijetijdsbesteding • prostitutie • financiële situatie *12 • sociaal netwerk *13 • sociaal-economische achtergrond etniciteit, leeftijd, • seksualiteit en seksuele voorkeur *7
	Hoofdstuk 11	Psychische en sociale belasting in de leef-situati	<ul style="list-style-type: none"> • draagkracht/draaglast *5, 14 • verdeling arbeid/zorg *14 • vaderschap/moederschap *14 • zorgpositie naar familie zoals (schoon)ouder*14

Met opmaak: opsommingstekens en nummering

Met opmaak: opsommingstekens en nummering

Met opmaak: opsommingstekens en nummering

		e	
<p><i>Niet te snel voorbij gaan aan fysieke klachten, deze uitgebreid in kaart brengen.</i></p> <p><i>Erkenning van de manier waarop mannen met fysieke klachten omgaan; deze relateren aan spanningen in leven en werk; het almaar doorgaan en verwaarlozen van fysieke en psychische signalen van stress benoemen als een vorm van overlevingsgedrag; bespreken van angsten voor fysieke aftakeling en gevoelens van falen en tekortschieten.</i></p>	Hoofdstuk 12	Somatiek	<ul style="list-style-type: none"> • somatische anamnese *15 • medicatie *16 • verslaving/middelengebruik * 17 • aandacht voor lichamelijke of geestelijke handicaps • seksespecifieke klachten (gerelateerd aan arbeid, zwangerschap, bevalling, menstruele cyclus, prostaat etc.)
<p><i>Bij afname en interpretatie van voor diagnostiek gebruikte psychologische tests wordt rekening gehouden met socialisatieaspecten. Gebleken is dat deze tests vaak gebaseerd zijn op traditionele sekserollen en pathologisering van (met name vrouwelijke) cliënten in de hand werken. Het is daarom van belang om zich bewust te zijn van de invloed van de seksesocialisatie op wat men meet.</i></p>	Hoofdstuk 13 Hoofdstuk 14 Hoofdstuk 15	Psychologisch onderzoek	<ul style="list-style-type: none"> • aandacht voor socialisatie *6 • aandacht voor overlevingsstrategieën *5 • psychische en sociale belasting van vrouwen/mannen * 14
<p><i>Indien sprake is van een langdurig verblijfssituatie in een APZ of beschermde woonvorm.</i></p>	Bescherming/zelfbeschikking		<ul style="list-style-type: none"> • welke psychiatrische beperkingen *18 • hoe gaat de bewoner er zelf mee om • waarmee moet rekening gehouden worden • rol van de begeleiding hierbij • werken met begeleidingsplannen • verblijf op ontwikkeling gericht • verblijf gericht op handhaven status quo • dagactiviteiten *19
<p><i>Indien sprake is van een langdurig verblijfssituatie in een APZ of beschermde woonvorm.</i></p>	Hoofdstuk 16 Hoofdstuk 17	Visie	<ul style="list-style-type: none"> • wat kunnen we van de bewoner verwachten als lid van de woonvorm • huishoudelijke verantwoordelijkheden • ontspanning binnenshuis

	op groepswonen	<ul style="list-style-type: none"> • eigen privacy en die van anderen • omgaan met conflicten • relaties/seksualiteit * 7b 	
<i>De intaker maakt aan het eind van het gesprek een mondelinge samenvatting van wat de belangrijkste klachten en problemen van de cliënt zijn. En checkt of deze interpretatie de instemming heeft van de cliënt.</i>	Hoofdstuk 18	Same nvatti ng en diagn ostisc he overw eging en	<ul style="list-style-type: none"> • behandelwens van de cliënt * 1, 20 • presentatie cliënt: belangrijkste kenmerken • psychiatrische toestand/aanmeldingsklachten • uitlokkende factoren voor de klachten • achterliggende factoren voor de klachten; relevante punten uit de levensgeschiedenis • persoonlijkheidskenmerken • werkhypothese/waarover is overeenstemming
	18.1 Indrukken		<ul style="list-style-type: none"> • opvallende kenmerken van de cliënt • verloop van het gesprek
<i>Bij gebruik van psychiatrische classificatiesystemen (zoals de DSM) bij cliënten worden sekspecifieke factoren zoals de vroege gewelds- en scheidingstraumata bij de probleem-analyse betrokken. In elk geval moet worden nagevraagd: duurzame scheiding van de ouders voor het twaalfde jaar, mishandeling en latere revictimisering, overlijden partner, andere verliezen.</i>	Hoofdstuk 19	DSM- IV	<p>Problemen in relatie met misbruik of verwaarlozing</p> <p>Letten op:</p> <ul style="list-style-type: none"> • lichamelijke mishandeling, seksueel misbruik, verwaarlozing als kind (V 61.2) • lichamelijke mishandeling of seksueel misbruik als volwassene (V 61.1) • psychische mishandeling
	Aanmeldingsklacht		
<i>De intakers kennen het aanbod sekspecifieke zorgverlening intern en extern. De indicatiecriteria voor sekspecifieke zorgverlening zijn bekend en helder voor alle intakers/diagnostici; ze worden bij intake gecheckt bij elke cliënt; intakers/diagnostici kunnen met deze criteria adequate verwijzingen naar het sekspecifieke zorgaanbod realiseren. Bij een indicatie sekspecifieke zorgverlening volgt altijd binnen een bepaalde termijn een specialistisch aanbod sekspecifieke zorg (in- of extern). De verwij-</i>	Hoofdstuk 20	Advie s, voorlo pige indica tietel ling	<p>Behandelvoorstel * 21</p> <p>Externe hulpverleningscontacten</p> <ul style="list-style-type: none"> • wat heeft de bewoner zelf voor wens • verwijzen naar specialistisch aanbod sekspecifieke hulpverlening • is er buiten de begeleiding van de woonvorm specialistische behandeling/begeleiding nodig

<i>zing verloopt volgens vaste regels.</i>		
--	--	--

Hoofdstuk 21 Toelichting op het intakeprotocol:

Hoofdstuk 22 aandachtspunten vanuit seksespecifieke hulpverlening

1.1.1.1.1.2 1 Eigen visie van de cliënt op de klachten

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. Belangrijke aspecten zijn zowel vragen over de feitelijke situatie als over de belevingsaspecten. Ook de manier van vragen is belangrijk. Bij mannen kan het soms beter werken om niet direct op de klachten of problemen te focussen, maar bijvoorbeeld te vragen naar de reden van komst.

- Kunt u me vertellen wat de problemen/klachten zijn/wat de reden is van uw komst?
- Wat heeft volgens u de problemen veroorzaakt?
- Wat deed je de knoop doorhakken was de aanleiding om hulp te zoeken/deze stap te zetten?
- Hoe schat cliënt zijn/haar eigen kracht en mogelijkheden in, wat zijn sterke kanten van zichzelf?
- Wat is voor jou-ju hete probleem? Wanneer, waar en hoe komt u-je het tegen? Hoeveel last heb je heeft u- ervan?
- Wat zijn voor u belangrijke zaken die wel goed gaan, zoals de relatie (compenserende omstandigheden)?
- Welke verwachtingen en wensen heeft cliënt-u bij de hulp die er geboden wordt, wat zou ze-u willen bereiken?
- Wanneer zou u uw doel bereikt hebben? Wat is er dan veranderd in gedrag, gevoelens of gedachten?
- Wat belemmert u om dat te bereiken?
- Welke nadelen levert het probleem u op? Welke voordelen?
- Als u kon toveren wat zou u veranderen in uw leven?
- Wat zijn eventuele maatschappelijke, relationele oorzaken die bijdragen aan de klachten of deze in stand houden?
- Hoe zal haar/zijn steunsysteem reageren als cliënt gaat veranderen?
- Motivatie van cliënt (doorvragen naar gedwongen dan wel vrijwillige karakter van de aanmelding, opname. Misschien gestuurd door justitie of omgeving).
- Wachtijdtolerantie.

Met opmaak: opsommingstekens en nummering

2 Specifieke problemen

Er zijn sekseverschillen te constateren in het soort klachten. Problemen Er zijn een aantal problemen-diagnosen die vaker bij vrouwen dan bij mannen voorkomen-geconstateerd worden Zo wordt zijn depressie, stemmingsstoornissen automutilatie en eetproblematiek vaker gediagnosticeerd bij vrouwen dan bij mannen. Ook hebben een aantal diagnoses zoals schizofrenie voor mannen een ander verloop dan voor vrouwen.

Voor de gevonden sekseverschillen zijn verschillende verklaringen mogelijk. Zo zijn er sekseverschillen in de klachtpresentatie, mannen en vrouwen uiten hun klachten anders. Ten

tweede is er een verschil in de wijze waarop de klachten door de hulpverleners geïnterpreteerd worden. Zo wordt alcoholverslaving eerder bij mannen onderkend dan bij vrouwen, voor depressie ligt dit weer andersom. Ten derde is er. Daarnaast zijn er een aantal gebeurtenissen die vaker voorkomen in het leven van vrouwen dan mannen. Zulke specifieke problemen kunnen zijn: mishandeling, verkrachting of (seksueel) geweld. Gedragingen of signalen die hierop kunnen wijzen moeten expliciet benoemd zijn. Ten slotte wordt het verschil in aandoeningen en problematiek gezocht in biologische of genetische oorzaken.

Nicolai (1992) waarschuwt voor een te sterke focus op sekse als variabele. "Hierdoor wordt het zicht verloren op de betekenis die sekse in een bepaalde context heeft. Je wordt niet depressief omdat je vrouw bent, maar omdat in het leven van een vrouw een aantal factoren zijn 'ingebouwd' die tot conflicten leiden, terwijl tegelijkertijd de oplossing van die conflicten onmogelijk is." (P.119)

- Vragen naar een probleem dienen altijd in een bredere context gezet te worden.
- De invloed van sekserollen wordt expliciet bij de probleemanalyse betrokken. Sekse is geen toevallige variabele bij een gedefinieerde klacht, zoals depressie of angsten, maar is de basis van het bestaan en ontstaan en de beleving van de klacht.
- Psychosociale stressfactoren (as 4 van de DSM-IV) zijn belangrijk.

Met opmaak: opsommingstekens en nummering

3a Agressie: boosheid/woede

Wat betreft agressie maken wij een onderscheid tussen boosheid/woede en geweld. Met boosheid/woede wordt bedoeld, een 'gewone' reactie als doelgericht gedrag belemmerd of onmogelijk gemaakt wordt. Dat betekent dat boosheid een terechte reactie is wanneer iemands psychologische of letterlijke ruimte wordt overschreden. Boosheid/woede is een manier om aan te geven wat de grens is ten aanzien van wel of niet te tolereren gedrag.

Geweld daarentegen is grensoverschrijdend gedrag dat destructief is naar anderen of naar zichzelf.

Het is belangrijk om na te gaan hoe mannen en vrouwen met boosheid omgaan. Vrouwen groeien op in een cultuur waarin het bestaan van boosheid wordt erkend, maar waarin het uiten van boosheid/woede als onvrouwelijk wordt beschouwd. Vrouwen hebben veelal een indirecte manier ontwikkeld om agressie te uiten. Mannen daarentegen hebben geleerd dat boosheid en woede een kracht is, een overlevingsstrategie. Zij hebben dan ook een directe manier om boosheid te uiten. De keerzijde hiervan is dat men zich ervan bewust moet zijn wanneer boosheid/woede overgaat in grensoverschrijdend gedrag en tegen zichzelf gaat werken.

Er is een duidelijk seksoverschil in de wijze waarop mannen en vrouwen met agressie omgaan. Het mag inmiddels een open deur genoemd worden dat vrouwen minder agressief zijn dan mannen, of in ieder geval op een indirecte manier hun boosheid uiten. De emotie boosheid wordt als onvrouwelijk beschouwd. Kwaadheid is een emotie die erbij hoort en niet bij voorbaat bestempeld dient te worden als hysterisch (bij vrouwen) of agressief (bij mannen). Het leren omgaan met kwaadheid betekent dit gevoel zowel lichamelijk als geestelijk leren herkennen en de kwaadheid bij het uiten leren begrenzen. Wanneer mensen met kwaadheid te maken krijgen, zijn er twee belangrijke aspecten die in de communicatie een rol spelen"

-Het inhoudelijke niveau: waar men eigenlijk kwaad over is
-het relationele niveau: de manier waarop kwaadheid geuit wordt.

- Hoe wordt op boosheid/kwaadheid gereageerd door de omgeving, vroeger (socialisatie) en nu?
- W, at voor voorbeelden had u op dat gebied?
- Hoe werd vroeger in het ouderlijk huis omgegaan met kwaadheid, boosheid?

Met opmaak: opsommingstekens en nummering

Met opmaak: opsommingstekens en nummering

Met opmaak: opsommingstekens en nummering

- Hoe gaat u om met boosheid?²
- Bent u in staat om boosheid te uiten bij grensoverschrijdend gedrag van anderen, of ongewenste situaties?
- Leidt deze boosheid tot het gewenste effect?
- Wat zijn manieren waardoor u uw zin krijgt?
- ~~Geweld binnen het gezin, vroeger en nu, tussen ouders, naar de kinderen, de manier waarop gestraft werd, ook geestelijk geweld.~~
- ~~Belangrijk is na te gaan of er sprake is van huiselijk geweld.~~

Met opmaak: opsommingstekens en nummering

Met opmaak: opsommingstekens en nummering

² Als reminder kunt u denken aan de verschillende typen van boosheid:

- Opgekropte woede: irritaties worden opgekropt totdat de laatste druppel de emmer doet overlopen.
- Uitgeleende woede: het beleven van kwaadheid in de vorm van projectie naar de buitenwereld (via media, film televisie, maar ook: 'ik ben niet kwaad, anderen zijn kwaad', slachtoffer zijn).
- Indirecte woede: uit zich in cynisme, sarcasme, chagrijnigheid of snauwerigheid. De boosheid is in de communicatie voelbaar, maar wordt op een vervormde manier geuit.
- Wrok, de boosheid wordt gevoeld en zelfs geuit, maar vooral vastgehouden en soms zelfs gekoesterd. Krenkingen spelen hierin een mogelijke rol.
- Ongecontroleerde woede: woede waarbij je 'over de rooie gaat' of 'uit je dak gaat'. Er is geen contact met degene die je kwaad maakt.
- Destructieve woede: is een vorm van ongecontroleerde woede waarbij het object van de woede vernietigd moet worden.
- Constructieve woede: koppeling tussen gevoel, de oorspronkelijke gebeurtenis en het oorspronkelijk object waarop de woede gericht is. Iemand wordt boos om iets wat actueel gebeurd is.

3b Agressie: geweld (huiselijk geweld en seksueel geweld)

Huiselijk geweld/dader

Het is van belang om na te gaan of er sprake is van huiselijk geweld. Men kan niet alleen volstaan met aandacht voor de slachtoffers, ook plegers van huiselijk geweld dienen aangesproken te worden op hun gedrag. De schaamte van plegers is veelal te groot om rechtstreeks hulp te zoeken voor dit probleem. Van belang is om alert te zijn op indirecte signalen. Ondanks het feit dat het merendeel van de plegers mannen zijn, kunnen vrouwen ook gewelddadig zijn, met name naar de kinderen en uit schaamte hierover zwijgen.

Indien sprake is van grensoverschrijdend agressief gedrag dan is een aantal aspecten van belang:

- In reactie op agressieve cliënten is het van belang te begrijpen wat de oorsprong is van de agressie en de functie op dit moment; agressie dient op een veilige manier begrensd te worden door een vertrouwde figuur.
- Het is van belang dat gekeken wordt naar de veiligheid van de betrokkenen, welke garanties moeten ingebouwd worden.
- Het is van belang dat intake- en hulpverleners openheid geven over de eigen positie, taak en verantwoordelijkheid en bereid en in staat zijn om de eigen angsten, onmacht en bedoelingen ter discussie te stellen.
- Het begrenzen en bespreken van agressie kan het beste plaatsvinden in een seksehomo-gene setting, waarin mannelijke hulpverleners het eigen almachtgedrag en dat van de cliënt vanuit herkenning kunnen benoemen als een gesocialiseerde vorm van omgaan met agressie en macht. De verbreding naar socialisatie en coderingen van mannelijkheid is daarbij een belangrijk moment. Door de almacht-onmachtdynamiek te benoemen en tot onderwerp te maken, kan er ruimte worden gecreëerd voor vragen over gedrag en ervaringen van cliënten met begrenzing of grensoverschrijdend gedrag: hoe heeft hij geleerd zich te bewegen en zijn plek in te nemen? Waar ligt zijn/haar kracht en op welke manier loopt hij/zij daarin vast?

- Is sprake van geweld binnen het gezin vroeger en nu, tussen partners, tegenover de kinderen?
- Ervaart u zelf het agressief gedrag als grensoverschrijdend?
- In welke mate is sprake van fysiek en geestelijk geweld?
- Was vroeger sprake van geweld, op welke manier werd vroeger gestraft?
- Welke rol speelt alcohol- of middelengebruik bij het escaleren van kwaadheid en woede?
- Op welke manier kan het geweld beheersbaar worden? Op welke wijze kun je betrokken anderen garanties geven (time-out)?
- Wat zijn voor u belangrijke momenten waarop u de controle over uw kwaadheid verliest?

← - - - Met opmaak: opsommingstekens en nummering

← - - - Met opmaak: opsommingstekens en nummering

(Seksueel) geweld/slachtoffer

Van belang is dat uitgegaan wordt van de probleemdefinitie van de cliënt. Ervaringen worden duidelijk benoemd en met de cliënt wordt samen naar woorden gezocht. Het is belangrijk dat de hulpverlener erkenning biedt van de misbruikervaring en de cliënt helpt onterechte schuldgevoelens terzijde te leggen. Een hulpverlener dient daarbij voldoende zelfreflectie te hebben en open te staan voor kritiek van cliënten en collega's. (Kwaliteitscriteria inzake hulpverlening na seksueel geweld. TransAct, 1998).

- Vragen naar vervelende seksuele ervaringen/seksueel geweld:
 - Wanneer, met wie, hoe lang, in welke situatie (bedreiging en/of beloning, geheimhouding)?
 - Hoe reageerde u en hoe voelde u zich toen?
 - Is het seksueel geweld gestopt (wie heeft het initiatief genomen tot het stop zetten)? Indien het seksueel geweld nog voortduurt mag dit geen contra-indicatie zijn voor behandeling.
 - Heeft u het iemand verteld (moeder, vader, zus/broer, iemand op school, een vriend/vriendin)?
 - Wat zijn uw gevoelens nu ten opzichte van de dader?
- Specifieke klachtenanalyse, sociale en persoonlijke situatie:
 - Heeft u lichamelijke of psychische klachten als gevolg van het seksueel geweld?
 - Heeft u last van schuld- en schaamtegevoelens?
 - Heeft u last van intrusies (nare dromen, herbeleving, overstuur bij herinnering)?
 - Heeft u last van verhoogde prikkelbaarheid (slaapproblemen, snelle woede, moeite met concentratie, schrikachtig)?
 - Heeft u last van vermijdingssymptomen (niet aan denken, situaties vermijden, emotionele verdoving, aanrakingsangst).
 - Heeft u problemen met slapen, eten, gebruik van alcohol, medicijnen, drugs?
 - Is er iemand op de hoogte van het misbruik?
 - Hoe steunend zijn uw partner en de mensen in uw nabije omgeving (sociaal netwerk)?
- Problemen met seksualiteit:
 - Heeft u problemen met vrijen (motivatie, opwinding, orgasme)?
 - Hoe beleeft u uw eigen lichaam (niets meer voelen)?
 - Angst voor en verwarring over homoseksualiteit (met name bij mannen die misbruikt zijn door iemand van hetzelfde geslacht).
- Vragen naar reactie partner en omgeving
 - Welke betekenis heeft het voor uw partner, hoe gaat hij/zij ermee om?
 - Hoe gaat uw partner om met seksualiteit/de seksueel geweldservaring?
- Negatieve invloed van de traumatische ervaring op het functioneren van het slachtoffer in het algemeen.

4 Voorkeur voor man/vrouw als begeleider of voor een sekse-homogene groep

Bij de intake wordt expliciet gevraagd naar de visie van de cliënt op de samenhang tussen de problemen/klachten en seksespecifieke positie, rol en socialisatie.

Uitgangspunt bij deze norm is dat in geval van zo'n verband een specialistisch seksespecifiek zorgaanbod geïndiceerd kan zijn. Het is dus van belang voor een doorverwijzing naar seksespecifieke zorgverlening.

Belangrijk is om aan cliënten de vraag voor te leggen of zij een voorkeur hebben voor een man of vrouw als begeleider, gezien hun problematiek, ervaringen of verwachtingen. Als het niet mogelijk is om de voorkeur van een cliënt voor een man of vrouw als begeleider of behandelaar te honoreren, is het belangrijk om dat goed te beargumenteren. Indien sprake is van een geschiedenis van seksueel misbruik is het wenselijk om de voorkeur voor een mannelijke of vrouwelijke hulpverlener te honoreren.

Ook als het niet mogelijk is cliënten een keuze te laten maken in geslacht, of als men de keuze niet juist acht, dient dit onderwerp toch besproken te worden. Een verwijzing naar een andere hulpverlener moet tot de mogelijkheden horen. Voor het intakegesprek wordt aanbevolen om de voorkeur altijd te honoreren.

Vanuit mannenhulpverlening wordt benadrukt dat als mannen een voorkeur hebben dit veelal een vrouwelijke behandelaar betreft. Het is echter soms aan te bevelen om juist de keuze te maken voor een mannelijke behandelaar, dit zou in de loop van de behandeling besproken kunnen worden. "Meestal wordt seksespecifieke hulpverlening in een groep geïndiceerd als seksespecifieke socialisatieaspecten een duidelijke rol spelen in de problematiek. Op het moment dat (h)erkenning van een seksegebonden probleem kan bijdragen aan verwerking, klachtvermindering, wordt een seksehomogene groep geïndiceerd geacht." (Baars, e.a., 1999)

Een mogelijke contra-indicatie voor een seksehomogene setting die genoemd wordt voor vrouwen is sterk regressief gedrag, omdat daar de lotsverbondenheid van vrouwen onderling sterk benadrukt wordt. Vrouwen kunnen dan gemakkelijk blijven hangen in wederzijdse herkenning van problemen, in plaats van dat er daadwerkelijk veranderingen in gang worden gezet. Een contra-indicatie voor een seksehomogene groep kan ook zijn dat cliënten zelf al te veel vermijdend gedrag vertonen naar de andere sekse, terwijl het contact met de andere sekse mede een doel van de behandeling is. Het kan bijvoorbeeld gaan om het oplossen van problemen rondom intimiteit.

5 Eigen kracht/mogelijkheden

Klachten worden zoveel mogelijk vertaald in actievere en relationele termen. Er wordt gefocust op wat iemand deed of doet bij het optreden van klachten, hoe gaat iemand er mee om. Het vermogen tot probleemoplossend gedrag wordt stelselmatig benoemd.

Klachten en problemen worden herlabeld als resultaten van strategieën om te overleven in bepaalde situaties. Er kan sprake zijn van minder of beter geslaagde strategieën, met minder of meer kosten.

- Wat vindt u zwakke/sterke kanten van uzelf ten opzichte van het omgaan met problemen?
- Wat doet u als u het erg moeilijk heeft? Bent u daarover tevreden?

- Hoe zou u uzelf beschrijven (soort mens, vragen naar een motto, bijvoorbeeld achter de wolken schijnt altijd de zon, ieder huis heeft zijn kruis)?
- Wat zijn leefregels voor u?
- Hoe denkt u dat anderen u zien/ervaren? Is dat belangrijk voor u?
- Wat doet u om u beter te voelen?
- Wat zou u de meest ingrijpende ervaring in uw leven noemen (positief/negatief)?

6 Ouderlijk gezin/socialisatie

Het is belangrijk na te gaan welke normen en waarden omtrent vrouw- en manzijn en sekserollen en gedragingen de cliënt heeft meegekregen vanuit het gezin waarin hij/zij is opgegroeid.

- Klasse, godsdienst? Is de cliënt uit een andere cultuur afkomstig? Heeft dit een rol gespeeld in haar/zijn leven?
- Machtsverschillen binnen het gezin?
- De manier van straffen, was er sprake van geweld?
- Werd er verschillend omgegaan met jongens en meisjes in het gezin en hoe werd dat beleefd?
- Hoe gaat de cliënt om met kwaadheid?
- Hoe is beleving van vrouw-/manzijn?
- Heeft de cliënt vroeger een zorgtaak gehad?
- Hoe is de relatie met de eigen en de andere sekse in het algemeen?
- Welke boodschappen kreeg de cliënt over man- en vrouwzijn wat betreft werk, zorg, studie? Hoe waren die rollen bij de cliënt thuis verdeeld?
- In hoeverre hebben deze waarden en normen een stimulerende dan wel belemmerende rol vervuld in het verdere leven van de cliënt?
- In hoeverre spelen zij nog enige rol in het huidige leven? (invloed op klachten en problemen)
- Hoe presenteerde het gezin zich naar buiten toe, open of gesloten?
- Waren er mogelijkheden om keuzen te maken in het gezin, wat voor voorbeelden had cliënt?
- Hoe was de sfeer in het gezin van herkomst (competitie/harmonie/veilig)?
- Was er vroeger iemand die voor de cliënt een voorbeeldfunctie vervulde?
- Hoe is het contact daarmee?

7 Seksuele ontwikkeling

De meeste seksuele problemen van vrouwen zijn ingebed in een relationeel kader. Seksuele functiestoornissen die het gevolg zijn van een fysiologisch probleem komen relatief weinig voor. Dat is bij mannen anders. Het is belangrijk om de seksuele problemen niet te individualiseren of te somatiseren, maar te plaatsen in de context van de seksuele ontwikkeling en de sociaal-maatschappelijke context.

- Positieve en negatieve/ongewenste seksuele ervaringen (lusten en lasten).
- Zwangerschappen, bevalling, miskraam, abortus.
- Seksuele beleving vroeger en nu, zin in vrijen, masturberen, orgasme.
- Beleving van de menopauze.
- Seksuele identiteit, bij lesbische vrouwen en homoseksuele mannen vragen naar coming-out, zichtbaarheid, leefstijl.
- Vragen naar risico's van seksueel gedrag (seksueel overdraagbare ziekten).
- Ongewenste seksuele ervaringen/grensoverschrijdingen? Indien aanwezig: leeftijd duur, dader, beschikbaarheid vertrouwensfiguur, hoe is het gestopt, sprake van geweld?

- Beelden rondom opvattingen over hoe de cliënt zich in de relatie op seksueel gebied dient te gedragen (mannen hebben recht op seksualiteit versus vrouwen hebben een plicht).
- Strijd om seksualiteit is een teken van onvrede in de relatie.
- Nagaan hoe de cliënt seksualiteit beleeft en hoe hij/zij daarin handelt (belevings- en handelingsniveau).
- Is de seksualiteit zoals u dat eigenlijk zou willen?
- Indien er sprake is van een verschil in behoefte tussen partners: Hoe is het om te vrijen met iemand die minder vaak/vaker wil?

7b Seksualiteit en langdurig verblijf in een instelling voor de GGZ

Ook als cliënten een langere tijd verblijven in de GGZ is het van belang om na te gaan wat wensen en verwachtingen zijn ten aanzien van gewenste en ongewenste intimiteiten. Met name het gebrek aan privacy maakt het lastig zo niet onmogelijk om seksualiteit te praktiseren. Tevens is van belang om na te gaan hoe het staat met de veiligheid die cliënten ervaren ten aanzien van het voorkomen van ongewenste intimiteiten.

- Heeft de cliënten verwachtingen ten aanzien van de leefsituatie in de instelling en de mogelijkheid tot het hebben van een seksuele relatie?
- Hoe gaat de cliënt om met gewenste of ongewenste intimiteit?
- Is de cliënt op de hoogte van klachtprocedures omtrent ongewenste intimiteiten?

8 Leergeschiedenis

Hiermee wordt zowel het verschil in opleidingsmogelijkheden bedoeld als verschil in leerstijlen. Met name opleiding- en loopbaankeuze is soms meer bepaald door de sociale omgeving dan door leerprestaties en eigen wensen.

- Hoe heeft cliënt het leren ervaren?
- Hoe was de relatie tussen de leerkrachten en klasgenoten?
- Werd cliënt gestimuleerd en had hij/zij daarin keuzen?
- Hoe is dit verder gegaan met betrekking tot loopbaankeuze?
- Hoe leert de cliënt (leerstijl)?
- Had de cliënt achteraf andere keuzen willen maken ten aanzien van haar/zijn opleiding?

9 Levensfase

Bewustwording van belangrijke thema's in bepaalde levensfasen van vrouwen en mannen. De geboorte, het huwelijk, het vader/moeder worden zijn belangrijke thema's, maar ook de overgang is van belang. Wat betekent het om niet meer vruchtbaar te zijn.

Belangrijke overgangsfasen en gebeurtenissen in het leven van mannen en vrouwen zijn:

- puberteit;
- bewustwording seksualiteit en seksuele voorkeur;
- het krijgen van kinderen of juist niet;
- kinderen uit huis;
- ouder worden;
- het hebben van werk of juist het niet meer hebben van werk;

- verliezen van dierbaren;
- bespreken van angsten voor fysieke aftakeling en gevoelens van falen en tekortschieten.

22.1 10 Huidige leefsituatie/relatie/samenlevingsvorm

Het is van belang na te gaan wat de aard van en de rolverdeling binnen de huidige leefsituatie en samenlevingsvorm is.

- Aard van de relatie: bent u alleenstaand, gehuwd, heeft u een relatie en woont u samen?
- Is er sprake van een hetero-/homoseksuele relatie?
- Duur van de relatie?
- Indien de cliënt kinderen heeft: heeft u kinderen van uw huidige partner of uit een vorige relatie?
- Actuele stand van zaken in de relatie: wat gaat goed in de relatie? Is er sprake van problemen of conflicten? Zo ja, waar hebben die betrekking op?
- Komt de relatie overeen met de gewenste situatie?
- Wat zou verbetering behoeven?
- Hoe verloopt de communicatie/rolverdeling?
- Wie van u neemt de beslissingen over kinderen, geld, emotionele zaken?
- Wie van u voelt zich verantwoordelijk ten opzichte van de kinderen, geld en emotionele zaken?
- Hoe ervaart u de relatie met uw kinderen?
- Zijn er problemen met de kinderen?
- Is uw partner ooit in behandeling geweest voor klachten of problemen. Zo ja, waarvoor?
- Op een open manier vragen naar beleving van hartstocht en seksuele ervaringen en problemen: hoe is het gesteld met de passie van cliënt voor zijn/haar partner of anderszins? Hoe ervaart hij/zij de seksuele relatie? Is er sprake van seksuele problemen?
- In de intakefase is het van belang om relationele en seksuele problemen niet te isoleren, maar te normaliseren door ze in verband te brengen met aanmeldingsklachten en –problemen, met andere levensgebieden, en door ze te relateren aan socialisatie en normen rondom sekserollen.

11 Arbeid (betaald en onbetaald)

Het is voor mannen en voor vrouwen in toenemende mate essentieel om de arbeidssituatie uitgebreid in beeld te brengen, bijvoorbeeld via de hieronder weergegeven aandachtspuntenlijst. Van belang is om met de toenemende arbeidsparticipatie van vrouwen met kinderen meer aandacht te besteden aan de dubbele belasting. Huishoudelijk werk is vaak sterk ondergewaardeerd.

- Wat is uw beroep en functie?
- Wat houdt dat concreet in?
- Heeft u betaald werk (in loondienst of zelfstandig)?

Indien betaald werk

- Hoeveel uur per week?
- Hoe lang doet u dit werk al?

Indien geen betaald werk

- Heeft u een arbeidsongeschiktheidsuitkering (WAO/AWW/ABP)
- Heeft u een werkloosheidsuitkering?
- Bent u fulltime huisman/huisvrouw?
- Overige situaties (zoals studerend)
- Heeft u wensen ten aanzien van het hebben van (betaald) werk?
- Zo ja, wat is de reden dat u geen betaald werk verricht?

Indien sprake van een arbeidsverleden:

- Heeft u problemen met of op uw werk? Zo ja, kunt u de problemen omschrijven?
 - Bent u momenteel in de ziektewet? Zo ja: hoe lang? Volledig of gedeeltelijk?
 - Hebben de problemen op het werk misschien deels te maken met problemen die u zelf heeft of met problemen thuis?
 - Of omgekeerd: zijn de problemen/klachten misschien voor een deel door het werk veroorzaakt?
 - Inventariseren of er sprake is van dubbele belasting, hoe dat wordt ervaren (vanzelfsprekend?) en hoe ermee wordt omgegaan.
-
- Nagaan of de cliënt is gestimuleerd in haar/zijn autonomie. Relateren aan opvattingen en boodschappen die de cliënt in zijn/haar jeugd en gezin van herkomst heeft meegekregen over het belang van werk, presteren en kostwinnerschap.
 - Nagaan hoe de cliënt zijn/haar maatschappelijke positie en de betekenisgeving daarvan ervaart. Het in kaart brengen en erkennen van de individueel beleefde positie van de cliënt ten aanzien van werk. Belevingsposities zoals slachtoffer, harde werker kunnen daarbij als leidraad worden gehanteerd.
 - Nagaan of de cliënt maatschappelijk heeft bereikt wat hij/zij wil en hoe dit wordt beleefd. Zijn er wensen voor de toekomst?

In een tweede intakegesprek kan, indien dat noodzakelijk wordt geacht, doorgevraagd worden naar de specifieke inhoud van klachten met betrekking tot het werk. In een tweede gesprek zal verder aandacht moeten zijn voor:

- aspecten van het werk: arbeidsinhoud, arbeidsomstandigheden, arbeidsverhoudingen, arbeidsvoorwaarden, steun;
- loopbaan, verleden en toekomstverwachtingen;
- aandacht die cliënt verwacht voor zijn werkproblemen in de behandeling;
- contacten en afspraken van cliënt met socialeverzekeringsinstanties;
- opvattingen van cliënt over opnemen van contact met werkgever.
- Wordt cliënt gesteund door de thuissituatie?
- Hoe zijn de contacten met collega's?
- Hoe ervaart men het alleenverdiener-zijn?

12 Financiële situatie

Het is belangrijk om stil te staan bij het onderwerp geld. Ten eerste omdat het hebben van geld iemand onafhankelijk maakt. Er zijn veel mensen die alleen onbetaald werk verrichten, waardoor zij afhankelijk zijn van een uitkering of van de inkomsten van een partner. Dit geldt meer voor vrouwen dan voor mannen. Ook kan er verschil zijn in de hoogte van de inkomens tussen partners. Verder is geld altijd een beladen onderwerp, omdat iemands levensstijl mede afhankelijk is van geld. Welke betekenis het heeft is afhankelijk van maatschappelijke klasse en persoonlijke achtergrond. (Baars e.a., 1999).

- Geniet u een zelfstandig inkomen?
- Kunt u hierover zelfstandig beschikken?
- Wie moeten er onderhouden worden van het inkomen?
- Hoe ziet het bestedingspatroon eruit?
- Is er sprake van een financieel afhankelijke relatie?
- Is er geld beschikbaar voor eigen interesses en ontspanning?
- Zijn er schulden?

13 Sociaal netwerk

Veel vrouwen beleven zichzelf eerder in relaties en onderhouden veelal de sociale contacten met vrienden en bekenden. Zij trachten de relaties met familieleden in stand te houden.

Veel mannen beleven zichzelf als autonoom (en daardoor meestal ook als geïsoleerd): oog hebben voor en in kaart brengen en erkennen van de individueel beleefde positie.

- Inventariseren welke steunpunten de cliënt heeft.
- Hoe is de relatie met familie, vrienden, burens, kennissen en collega's?
- Zijn er wensen om de sociale kring buiten de woonvorm te verbreden (langdurige zorg)?
- Welke mogelijkheden bieden de contacten wat betreft steun of ontspanning?
- Zijn er wensen ten aanzien van privacy?

Alhoewel bij vrouwen ook sprake kan zijn van een isolement is dit vooral voor mannen in de GGZ een belangrijk probleem:

- Ongehuwde mannen, 'verlaten' mannen, gescheiden mannen, weduwnaars en alleenstaande vaders vormen een risicogroep voor de ontwikkeling van problemen en klachten.
- Waar mogelijk verbreden van de individueel beleefde positie en problematiek naar algemene socialisatie van mannen en ervaringen van lotgenoten; belang van seksehomogene setting.
- Naarmate mannen zich meer als geïsoleerd ervaren en van daaruit handelen, is er meer aanleiding voor een behandeling volgens de principes van mannehulpverlening met nadruk op het werkstelligen van momenten van herkenning.
- In kaart brengen van sociale netwerk van cliënten met oog voor seksespecifieke patronen zoals isolement, de positie van de partner in contact met familie, vrienden en kennissen, of het wegvalen van vriendschappen als gevolg van uitval of verlies van werk.

14 Psychische en sociale belasting in de leefsituatie

De manier waarop je zorgt geeft en welke zorg je geeft, heb je zelf in de hand door keuzen te maken in het zorggedrag. Dit lijkt makkelijker dan het is. Veel vrouwen zijn gaan zorgen omdat het van hen verwacht werd, de zogenaamde zorgplicht. Vaak is hun omgeving helemaal ingesteld op dit zorgpatroon en brengen andere keuzes veel praktische problemen met zich mee. Een eerste stap is zich ervan bewust te worden dat er andere keuzes gemaakt kunnen worden. Het is belangrijk om na te gaan of vrouwen het zorgen als een onredelijk zware belasting ervaren of dat ze het idee hebben niet toe te komen aan andere belangrijke wensen of doelen die zij zichzelf stellen.

Mannen hebben veelal niet geleerd hoe ze deze zorgtaken op zich kunnen nemen.

- Bespreken bij wie de cliënt voor zichzelf terecht kan.
- Onderzoeken en benoemen van de zorgpatronen van de cliënt. Hoe is de beleving van de zorgplicht (tijd, ruimte voor zichzelf)?
- Als er kinderen zijn: wie zorgt daarvoor, wie is verantwoordelijk voor die rolverdeling?
- Bespreken van taakverdeling rond arbeid en zorg: hoe hebben cliënt en zijn/haar partner de taakverdeling en de verdeling van (vrije) tijd geregeld? Zijn er spanningen of conflicten in de relatie over de taakverdeling?
- Aandacht voor de specifieke positie van mannen en vrouwen in het gezin. Aandacht voor de manier waarop mannen en vrouwen hun taak als vader of moeder opvatten en vormgeven (denk aan de 'afwezige vader').
- Welke (verinnerlijkte) normen en waarden heeft cliënt rondom arbeid en ouderschap: wat betekenen kostwinnerschap, carrière, ouderschap?
- Onderzoeken welke veranderingen de omgeving van de cliënt aankan: moeten er kinderen verzorgd worden, welke steun kan men van partner verwachten?
- Inventarisatie van belastende activiteiten, zoals dubbele belasting, verzorgende taken naar familie zoals (schoon)ouders.

22.2 15 Somatiek/gezondheid

Erkenning voor de manier waarop mannen met fysieke klachten omgaan; deze relateren aan spanningen in leven en werk; het almaar doorgaan en verwaarlozen van fysieke en psychische signalen van stress benoemen als een vorm van overlevingsgedrag; bespreken van angsten voor fysieke aftakeling en gevoelens van falen en tekortschieten.

Erkenning van de manier waarop vrouwen met fysieke klachten omgaan; deze relateren aan de lichaamsbeleving van vrouwen. Lichamelijke klachten worden beschouwd als een verstoring van de informatiestroom binnen verschillende systemen. In de geestelijke gezondheidszorg gaat het met name om klachten waarvoor geen duidelijke lichamelijke oorzaak is te vinden (niet medisch verklaard kunnen worden). Deze psychosomatische klachten kunnen gezien worden als een verstoring van informatie tussen het zelfbeeld en culturele opvattingen, na ernstige trauma's, of tussen het individu en de anderen.

- Fysieke klachten gerelateerd aan spanningen in leven en werk (dubbele belasting).
- Bespreken van verwaarlozen van fysieke en psychische signalen van stress.
- Niet te snel voorbij gaan aan fysieke klachten, deze uitgebreid in kaart brengen.
- Open zijn over en bespreken van eventuele voorinformatie van verwijzers.
- Niet te snel klachten als psychosomatisch bestempelen.
- Wat is de ziekte winst (ziek zijn als escape om aan de dagelijkse druk te ontkomen/ziek zijn als signaal van systematisch overschrijden van fysieke grenzen)?
- Vragen naar de lichaamsbeleving van cliënt (dissociatie: cliënten gebruiken dan termen als ik heb een wattendeken-gevoel, zweven, hoofd staat los van de romp).
- Heeft u last (gehad) van beroepsziekten of mogelijke blessures?

16 Medicatie

Tot begin jaren negentig hadden onderzoeksgegevens meestal betrekking op mannelijke patiënten. Pas de laatste jaren geldt de verplichting dat medicijnen ook op vrouwen getest moeten zijn. Er is dus nog weinig bekend over bijwerkingen bij vrouwen.

Uit onderzoek blijkt dat vrouwen meer kalmerende middelen gebruiken dan mannen.

- Vragen naar medicijngebruik (verslaving).
- Doorvragen naar bijwerkingen (met name bij vrouwen is het noodzakelijk om door te vragen over het effect op seksualiteit, verminderde lust, droge vagina).
- Wat zijn effecten (verandering, verbetering van klachten)?
- Heeft cliënt medicijnen in eigen beheer (langdurige zorg)?

17 Middelengebruik en verslaving

Naast het in kaart brengen van het middelengebruik is het ook belangrijk de functie van het gebruik zichtbaar te krijgen. Overlevingsstrategieën van vrouwelijke gebruikers zijn verdoevingsstrategieën (vrouwen gebruiken drugs om herinneringen aan traumatische ervaringen te onderdrukken), flashstrategie (de kick of roes is een middel om de depressie te doorbreken en brengt de vrouw in contact met gewenste gevoelens van plezier en seksualiteit), de onderwerpinsstrategie (de vrouw neemt de positie van slachtoffer in en geeft de controle en macht over zichzelf uit handen), de performance-strategie (deze vrouwen zetten zichzelf als het cliché van de 'heroïnehoer' neer en trotseren daarmee de maatschappelijke verwerping). (Karsten, 1998).

Redenen van middelengebruik voor (verslaafde) mannen zijn communicatie (het is gezellig zo, mannen onder elkaar); experimenteren/grenzen verleggen, zelfbepaling (ik bepaal zelf wel wat ik gebruik/ontkennen afhankelijke relatie), angst overwinnen of intimiteit toelaten (sociale angst, faalangst), competitie (anabolen, werk, spanning verminderen), afsluiten (ontspannen, even alles vergeten), agressieregulatie (dempen of juist positieve piekervaringen), zelfmedicatie (pijnbestrijding, verdringing van trauma's/verdriet). (Nederlof, 1994).

- Naast het in kaart brengen van het middelengebruik de situatie van de man/vrouw exploreren via seksespecifieke invalshoeken en bespreken.
- De functie van het middelengebruik, in relatie tot andere problematiek van de man/vrouw en in relatie tot de mannelijke/vrouwelijke identiteit en het gevoel van eigenwaarde, onderzoeken en bespreken.
- Analyseren van het middelengebruik in termen van overlevingsgedrag en actieve vermindering van isolement en onmacht.
- Wat is de rol van het middelengebruik in sociale contacten?
- Wat is de rol van het middelengebruik in zelfbeleving (persoon en lichaam)?
- Wat is de rol van het middelengebruik in het reguleren van emoties en prestaties?

18 Bescherming/zelfbeschikking

Vanuit het perspectief van de seksespecifieke hulpverlening is het van belang om uit te gaan van de autonomie van de cliënt. Autonomie wordt hierbij opgevat als de wisselwerking tussen vermogens en kansen. Wat betreft cliënten die langdurig een beroep doen op de hulp en zorg van de geestelijke gezondheidszorg dient men zorgvuldig na te gaan wat cliënten zelf kunnen en waarbij zij hulp of bescherming nodig hebben.

- Kunt u aangeven wanneer u bescherming nodig hebt? Dag/nacht.
- Kunt u zelf aangeven wat de hulpvraag is, wanneer het beter/minder goed met u gaat?
- Waar lopen de spanningen op? Merkt u signalen op van uzelf?
- Hoe gaat u daar tot nu toe mee om en helpt die manier u om u beter te voelen of u staande te houden (overlevingsstrategie)?
- Gebruikt u medicatie, vindt u dat zelf nodig?
- Zo ja, welke en waarom?
- Hebt u last van bijwerkingen?
- Kunt u uw medicatie zelf beheren?
- Waarin hebt u ondersteuning nodig en hoeveel, voor wat betreft zelfverzorging en onderhoud eigen kamer?
- Waarin hebt u ondersteuning nodig en hoeveel, voor wat betreft boodschappen doen, menu samenstellen, eten koken, afwassen, schoonmaken, kleding etc.?

22.3 19 Dagbesteding

Om zicht te krijgen op de dagbesteding is het van belang te kijken naar het type aanbod van de instelling. Deelname van vrouwelijke cliënten aan rehabilitatieprojecten en dagactiviteitencentra blijft beperkt. De begeleiding stimuleert vrouwelijke cliënten vooral om vrijwilligerswerk te doen en mannelijke cliënten tot het volgen van cursussen of arbeidsprojecten. (Steketee, 1995).

- Hoe ziet uw dagbesteding er nu uit?
- Ben u daar tevreden mee?
- Hoe gaat u uw dag invullen? (hobby's, werk, studie, vrijetijdsbesteding, niets doen).
- Bent u op de hoogte van wat de mogelijkheden zijn op het gebied van werk en scholing?
- Kunt en wilt u daar ook gebruik van maken?

20 Behandelwens

De intaker maakt aan het eind van het gesprek een mondelinge samenvatting van wat de belangrijke klachten en problemen van de cliënt zijn en checkt of deze interpretatie de instemming heeft van de cliënt.

In de methode van seksespecifieke hulpverlening staat de principiële samenwerkingsrelatie voorop, waarbinnen bestaande ongelijkheid en ongelijkwaardigheid in kennis, macht en positie zoveel mogelijk expliciet aan de orde worden gesteld. De eerste doelstelling dient dan ook te zijn de doelstellingen en verwachtingen van de cliënt zo helder en concreet mogelijk te krijgen, zodat beide partijen weten dat er overeenstemming bestaat over wat er aan de hand is en wat er vervolgens aan gedaan moet worden.

- Wat voor soort behandeling/begeleiding zou u willen hebben? (Als de cliënt het niet kan verwoorden: wat zou u veranderen als u kon toveren?)
- Welke doelen heeft u?
- Wanneer zou de behandeling geslaagd zijn?

Samenvatting:

- Volgens mij zijn de problemen waarvoor u hier bent gekomen de volgende:
..... Klopt dat?
- Volgens mij wilt u het volgende aan uw problemen doen:
..... Klopt dat?
- Volgens mij wilt u deelnemen aan het volgende behandelings-/begeleidingsaanbod?
..... Klopt dat?

21 Advies

Binnen de indicatiestelling is aandacht voor de brede context waarin problemen zijn ontstaan, bestaan en voortbestaan. Zonder inventarisatie van de socialisatie, overlevingsstrategieën en de geleefde werkelijkheid van vrouwen is het risico groot dat de problemen van vrouwen ge-psychologiseerd worden en dat er onvoldoende gewicht wordt gegeven aan de specifieke be-

lasting in het leven vrouwen.

- Naast aandacht voor klacht ook aandacht voor kracht en het plaatsen van de klacht in een brede context.
- Beschrijving overlevingsstrategieën en functie daarvan.
- Maatschappelijke, relationele oorzaken die bijdragen aan klacht of deze in stand houden.

Hoofdstuk 23 Gebruikte en aanbevolen literatuur

Baars, C., A. Schimmel-Spreeuw, C. Linssen (1999). *Seksespecifieke hulpverlening voor gemengde en vrouwengroepen*. Baarn: Intro.

Duindam, V., e.a. (1999). *Ruimte voor mannen, in de hulpverlening, in de wetenschap, in de alternatieve hoek*. Amsterdam: Van Gennep.

Kolk, A., M. Bekker, en K. van Vliet (1999). *Advances in women and Health research. Toward gender-sensitive strategies*. Tilburg University Press.

Karsten, C. (1993). *Female hard drug-users in crisis. Childhood traumas and survival strategies*. Utrecht: NIAD.

Karsten, C. (1998). Een zorg-ethisch perspectief op de hulpverlening aan drugsverslaafde vrouwen. In: Schuyt & Steketee (red.) *Ruimte binnen regels.*, p. 40- 53. Utrecht: SWP.

Loo, J. van der (1997). *Mannen en intake. Handleiding voor een seksespecifiek intake van mannelijke cliënten in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: TransAct.

Mens-Verhulst, J. van (1999). *Vrouwenhulpverlening: diversiteit als bron van zorg*. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek.

Nederlof, A. (1994). *Reizend ontdekken. Mannelijke socialisatieaspecten in beeldende creatieve therapie*. Hatfield: University of Hertfordshire. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Nicolai, N. (1992). *Vrouwenhulpverlening en psychiatrie*. Amsterdam: SUA.

Stuurgroep Vrouwenhulpverlening (1999). *Naar een seksespecifieke en multiculturele gezondheidszorg in de 21^e eeuw*. Den Haag: Ministerie van VWS.

Hoofdstuk 24 QUICK SCAN SHV

Toetsingsinstrument integratie seksespecifieke hulpverlening in de GGZ

Majone Steketeer
Katja van Vliet
Meta Flikweert

januari 2002

Verwey-Jonker Instituut

Hoofdstuk 25

Hoofdstuk 26 Algemene toelichting

De Quick Scan 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.

Bij de ontwikkeling van het instrument is gebruikgemaakt van de Audit van TransAct, het instrument Interinstitutionele Toetsing SHV van GGZ Nederland en het instrument van het Verwey-Jonker Instituut voor het meten van de integratie van VHV (Plemper e.a., 1996). 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. Daardoor is het ook zeer geschikt om het geregeld in te zetten om feedback te krijgen over het effect van het gevoerde beleid ten aanzien van seksespecifieke hulpverlening.

De quick scan betreft alleen een globale inventarisatie van SHV waardoor, knelpunten en lacunes gesignaleerd worden. Indien men een verdere analyse van deze knelpunten wil, verwijzen wij naar het instrument 'zelfevaluatie seksespecifieke zorgverlening' dat door GGZ Nederland ontwikkeld is ter voorbereiding van de interinstitutionele toetsing, of naar de audit van TransAct.

Het instrument bestaat uit vier onderdelen:

- A. Een vragenlijst voor de verschillende afdelingen / woonvormen binnen de instelling die door de afdelingshoofden wordt ingevuld;
- B. Een vragenlijst voor de directie / raad van bestuur van de instelling;
- C. Een overzicht waarin de scores van de verschillende afdelingen opgenomen kunnen worden;
- D. Een format voor het verslag.

Het gebruik van de Quick Scan SHV

Toelichting op het gebruik van het instrument. De functionaris SHV zet de verschillende vragenlijsten uit en verwerkt de gegevens volgens het format zoals is bijgevoegd in deel D. Het instrument is vooral bedoeld om een globaal en snel overzicht te verkrijgen over de stand van zaken met betrekking tot SHV. Zowel het seksespecifiek behandelaanbod, als het instellingsbeleid ten aanzien van SHV wordt in kaart gebracht. Met de verdergaande fusies in de GGZ is er steeds meer behoefte aan een jaarlijks bijgesteld overzicht van het aanbod en deskundigheid binnen de instelling op het terrein van SHV. De ontwikkelingen in de SHV gaan snel, mede omdat het aanbod soms afhankelijk is van een individuele medewerker. Voor het SHV-beleid is het van belang om een goed overzicht te krijgen van SHV. Deze Quick Scan kan jaarlijks worden uitgevoerd en is bedoeld voor de functionaris SHV en/of werkgroep SHV om het beleid en de activiteiten voor het komende jaar te plannen. De Quick Scan is zo gemaakt dat er geen specifieke kennis vereist is om het instrument te gebruiken en de vragenlijsten kunnen dan ook snel ingevuld worden.

Het instrument bestaat uit vier onderdelen:

- A. Een vragenlijst voor de verschillende afdelingen/woonvormen binnen de instelling die door de afdelingshoofden (management van een afdeling) wordt ingevuld;

Het is de bedoeling dat de SHV-functionaris of kwaliteitsfunctionaris deze vragenlijst uitzet onder de afdelingshoofden of -managers van een bepaalde sector/divisie of instelling. De vragenlijst is vooral bedoeld als een globale en snelle inventarisatie van het aanbod SHV op afdelingsniveau. Het invullen van de vragenlijst mag daarom niet meer tijd in beslag nemen dan maximaal 20 minuten. De ervaring is dat het invullen ongeveer tien tot vijftien minuten duurt.

- B. Een vragenlijst voor de directie / raad van bestuur van de instelling;

Het management van de instelling/divisie of sector vult de vragenlijst B in. In deze vragenlijst worden vooral vragen gesteld over het beleid van de instelling ten aanzien van SHV. Ook het invullen van deze vragenlijst mag niet meer dan 15 minuten in beslag nemen.

- C. Een overzicht waarin de scores van de verschillende afdelingen opgenomen kunnen worden.

Deze lijst moet door de functionaris SHV worden ingevuld op basis van de geretourneerde vragenlijsten van de afdelingen en het management van de instelling.

- D. Een format voor het verslag

Met behulp van het format kan de stand van zaken met betrekking tot SHV in de instelling beschreven worden. De gegevens van de vragenlijsten A, B en C worden hierin beschreven.

Bij de afzonderlijke onderdelen zoals de vragenlijsten en het overzicht is een specifieke toelichting opgenomen.

26.1

26.2

26.3

26.4

26.5

26.6

26.7

26.8 Quick Scan SHV

26.9 Toetsingsinstrument integratie seksespecifieke hulpverlening

26.10

26.11 Deel A:

26.12 Vragenlijst integratie van seksespecifieke hulpverlening op afdelingsniveau

26.13 (in te vullen door het hoofd van de afdeling)

26.14 Naam afdeling:
26.15 Naam circuit:
26.16 Naam respondent:

26.17

Toelichting

De Quick Scan SHV is bedoeld om een indruk te krijgen van de mate van integratie van het hulpaanbod en het beleid inzake seksespecifieke hulpverlening. Deze vragenlijst wordt door alle afdelingen van de instelling ingevuld.

In de lijst worden drie begrippen gehanteerd: vrouwenhulpverlening, mannenhulpverlening en seksespecifieke hulpverlening³.

Onder *vrouwenhulpverlening* wordt verstaan het in de hulpverlening (aan vrouwen) bewust werken vanuit de visie dat geestelijke gezondheidsproblemen en de manier waarop daar mee omgegaan wordt, samenhangen met de maatschappelijke positie (van vrouwen) (Adviesgroep Vrouwenhulpverlening, 1996).

Onder *mannenhulpverlening* wordt verstaan het in de hulpverlening bewust omgaan met de manier waarop mannen hun positie in het leven ervaren en hoe ze, vanuit die optiek, hun problemen presenteren. Mannenhulpverlening is er op gericht het zicht op mannen, hun problemen en een daarbij aansluitend hulpaanbod te verruimen. (Van der Loo e.a. 1999).

Seksespecifieke hulpverlening is zowel een overkoepelend begrip voor vrouwenhulpverlening én mannenhulpverlening als dat het betrekking heeft op de interactie tussen mannen en vrouwen in de hulpverlening (herkenning van overeenkomsten en erkenning van het anders zijn).

Daarnaast beperkt seksespecifieke hulpverlening zich niet alleen tot het hulpverleningsproces, maar strekt zij zich ook uit tot de organisatie, de cultuur en het (personeels)beleid van de instelling.

Alhoewel de term SHV eigenlijk impliceert dat er zowel een aanbod VHV als MHV is, worden beide vormen van aanbod in het instrument voor alle duidelijkheid apart genoemd.

26.18

³ Onder hulpverlening verstaan we zowel behandeling als begeleiding.

26.19 Quick Scan SHV – Vragenlijst integratie van seksespecifieke hulpverlening op afdelingsniveau

<p>1. Is er een aanbod SHV op deze afdeling?</p> <p>Indien ja, welk aanbod? Zou u de inhoud van het aanbod op de volgende pagina willen beschrijven?</p>	<p>Ja Nee o o</p> <p><input type="radio"/> Vrouwengroep <input type="radio"/> Mannengroep <input type="radio"/> Individuele gesprekken</p>
<p>2 a Heeft uw afdeling een inbreng in eventuele gezamenlijke zorgprogramma's binnen of buiten de instelling? JA/NEE Indien ja, maakt seksespecifieke hulpverlening daarvan deel uit?</p> <p>bIs er samenwerking met andere instellingen op het terrein van een seksespecifiek aanbod?</p> <p>cIs er samenwerking met andere instellingen op het terrein van seksueel geweld?</p>	<p>Ja Nee nvt o o o o o o o o o</p>
<p>3 Is er systematisch aandacht voor:</p> <p>a seksespecifieke aanpak bij preventie-activiteiten?</p> <p>b de keuzemogelijkheid voor hetzij een man hetzij een vrouw?</p> <p>c seksespecifieke elementen van de problematiek tijdens de intake?</p> <p>d seksespecifieke elementen van de problematiek tijdens de begeleiding?</p> <p>e seksespecifieke elementen van de problematiek tijdens de behandeling?</p> <p>f de specifieke verblijfsaspecten voor vrouwelijke cliënten (zoals slaapkamers, sanitair, ontspanningsruimte)?</p> <p>g de materiële veiligheidsaspecten?</p> <p>h de mate waarin de benaderingswijze van SHV terug te vinden is in de cultuur van de afdeling (gelijkwaardigheid van de seksen)?</p> <p>i de registratie en evaluatie van SHV-aanbod van de afdeling?</p>	<p>Ja Nee o</p>
<p>4 aHeeft de afdeling een programma- / productprofiel? JA/NEE Indien ja: Is SHV /MHV /VHV opgenomen/herkenbaar aanwezig en gespecificeerd naar methodiek en doelgroep in dit programmaprofiel?</p> <p>bWordt SHV /VHV /MHV genoemd in het werkplan van de afdeling?</p> <p>cWordt SHV /VHV /MHV genoemd in de informatiefolder van de afdeling?</p>	<p>Ja Nee nvt o o o o o o o o o</p>
<p>5 Deskundigheid</p> <p>aZijn er indicatiecriteria voor het aanbod SHV?</p> <p>bZijn de medewerkers op de hoogte van het aanbod SHV?</p> <p>cZijn er voldoende medewerkers aanwezig met specifieke deskundigheid op het gebied van VHV /MHV?</p> <p>dZijn er mogelijkheden voor deskundigheidsbevordering met betrekking tot VHV /MHV? Indien ja, wilt u aangeven welke mogelijkheden: <input type="radio"/> Intervisie <input type="radio"/> Supervisie <input type="radio"/> Symposia <input type="radio"/> Trainingen</p>	<p>Ja Nee o o o o o o o o o Indien ja: 25%/ 50%/ 75%/ 100%⁴ o o</p> <p>Indien ja; welk percentage van het opleidingsbudget voor dit jaar? circa:%</p>

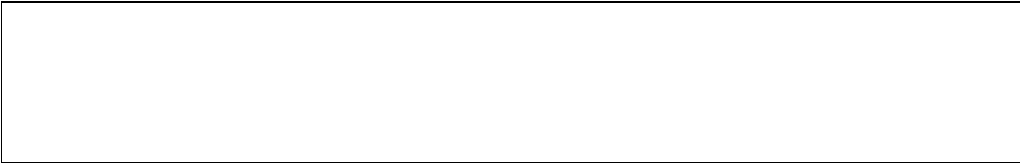
⁴ Wilt u omcirkelen hoeveel procent van de medewerkers deskundig is op het terrein van VHV/MHV?

<ul style="list-style-type: none"> o Cursussen o Mogelijkheden voor bij- en nascholing 																
6 Personeelsbeleid <ul style="list-style-type: none"> • <i>Maakt het aannemen van personeel met kennis of ervaring op het gebied van SHV deel uit van het afdelingsbeleid?</i> • <i>Is er een aandachtsfunctionaris SHV /VHV /MHV aanwezig op de afdeling?</i> • <i>Wat is ongeveer de verhouding mannelijk en vrouwelijk personeel op de afdeling (ondersteunende functies niet meegerekend)?</i> 	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">Ja</td> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">Nee/nvt</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">o</td> <td style="text-align: center;">o</td> <td style="text-align: center;">o</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">o</td> <td style="text-align: center;">o</td> <td style="text-align: center;">o</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">mv</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">...%</td> <td style="text-align: center;">...%</td> <td style="text-align: center;">...%</td> </tr> </table>	Ja	Nee/nvt		o	o	o	o	o	o	mv			...%	...%	...%
Ja	Nee/nvt															
o	o	o														
o	o	o														
mv																
...%	...%	...%														
<p>Zijn er nog specifieke knelpunten aangaande de behandeling van mannelijke en vrouwelijke cliënten vanuit het perspectief van seksespecifieke hulpverlening die u kwijt wilt:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>																

Specifiek aanbod

Op deze pagina kunt u het aanbod seksespecifieke hulpverlening/mannenhulpverlening/vrouwenhulpverlening beschrijven. Indien het aanbod is gericht op een bepaalde doelgroep of een bepaald thema, wilt u dit dan vermelden?

A.	Vrouwengroepen
B.	Mannengroepen
C.	Individueel aanbod
D.	Seksespecifiek aanbod
E.	SHV-aanbod dat het komende jaar van start gaat



Quick Scan SHV

Toetsingsinstrument integratie seksespecifieke hulpverlening

Deel B:

Vragenlijst integratie van seksespecifieke hulpverlening in de instelling

(In te vullen door het management van de verschillende sectoren /divisies/instelling)

26.20 Naam instelling:

26.21 Naam respondent:

26.22

26.23

Toelichting

De Quick Scan SHV is bedoeld om een indruk te krijgen van de mate van integratie van het hulpaanbod en het beleid inzake seksespecifieke hulpverlening. Deze vragenlijst wordt door alle afdelingen van de instelling ingevuld.

In de lijst worden drie begrippen gehanteerd: vrouwenhulpverlening, mannenhulpverlening en seksespecifieke hulpverlening⁵.

Onder *vrouwenhulpverlening* wordt verstaan het in de hulpverlening (aan vrouwen) bewust werken vanuit de visie dat geestelijke gezondheidsproblemen en de manier waarop daar mee omgegaan wordt, samenhangen met de maatschappelijke positie (van vrouwen) (Adviesgroep Vrouwenhulpverlening, 1996).

Onder *mannenhulpverlening* wordt verstaan het in hulp bewust omgaan met de manier waarop mannen hun positie in het leven ervaren en hoe ze, vanuit die optiek, hun problemen presenteren. Mannenhulpverlening is er op gericht, het zicht op mannen, hun problemen en een daarbij aansluitend hulpaanbod te verruimen. (Van der Loo e.a.1999).

Seksespecifieke hulpverlening is zowel een overkoepelend begrip voor vrouwenhulpverlening én mannenhulpverlening als dat het betrekking heeft op de interactie tussen mannen en vrouwen in de hulpverlening (herkenning van overeenkomsten en erkenning van het anders zijn).

Daarnaast beperkt seksespecifieke hulpverlening zich niet alleen tot het hulpverleningsproces, maar strekt zij zich ook uit tot de organisatie, de cultuur en het (personeels)beleid van de instelling.

Alhoewel de term SHV eigenlijk impliceert dat er zowel een aanbod VHV als MHV is, worden beide vormen van aanbod in het instrument voor alle duidelijkheid apart genoemd.

⁵ Onder hulpverlening verstaan we zowel behandeling als begeleiding.

Quick Scan SHV - Vragenlijst integratie van seksespecifieke hulpverlening in de instelling

<p>1 Beleid</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hebben het bestuur en het management van de instelling een beleid ten aanzien van SHV/VHV/MHV ontwikkeld? • Maakt SHV/VHV/MHV deel uit van het beleidsplan van de instelling? • Maakt SHV/VHV/MHV deel uit van het kwaliteitsbeleid? • Wordt SHV/VHV/MHV genoemd in het kwaliteitsjaarverslag? • Wordt SHV/MHV/VHV genoemd in het jaarverslag? 	<p>Ja Nee nvt</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
<p>26.24 2 Personeelsbeleid</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wordt er in de instelling bij het wervings-, selectie- en aannamebeleid van personeel rekening gehouden met een evenwichtige verdeling van mannen en vrouwen? • Is er in de instelling een beleid gericht op vrouwen in leidinggevende functies? • Heeft u een loopbaanbeleid voor functies waarin een bepaalde sekse ondervertegenwoordigd is? • Maakt het aannemen van personeel met kennis of ervaring op het gebied van SHV/VHV/MHV deel uit van het instellingsbeleid? 	<p>Ja Nee</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
<p>26.25 3 Organisatorische ondersteuning</p> <ul style="list-style-type: none"> • Is er binnen de instelling een aandachtsfunctionaris SHV/MHV/VHV? Indien ja: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Instellingsbreed ... fte (totaal aantal fte.....) ◦ Sector/divisie ... fte (totaal aantal fte.....) ◦ Afdeling ... fte (totaal aantal fte.....) • Is er in de instelling een adviesgroep, werkgroep of platform SHV/VHV/MHV? • Is er een speciaal budget SHV/MHV/VHV? Indien ja: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Deskundigheidsbevordering ... % van het totale budget ◦ Ontwikkeling ... % ◦ Integratie ... % 	<p>Ja Nee</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
<p>26.26 4 Informatie SHV</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wordt het aanbod SHV expliciet genoemd in folders aan cliënten? • Wordt er informatie vastgelegd over SHV in aantallen cliënten, aard hulpvraag, tevredenheid etc. ? 	<p>Ja Nee</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
<p>26.27 5 Vraag /behoefte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zijn er procedures om op de hoogte te blijven van de actuele vraag naar en behoefte aan seksespecifieke hulpverlening? • Wordt er onderzocht of een seksespecifiek aanbod voor bepaalde groepen of probleemvelden geïndiceerd is? • Wordt bij signalering van nieuwe behoeften systematisch rekening gehouden met wensen en behoeften van mannen en vrouwen, jongens en meisjes? 	<p>Ja Nee</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
<p>6 Zijn de volgende protocollen aanwezig?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocol ongewenste intimiteiten 	<p>Ja Nee</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p>

* doorstrepen indien niet aanwezig

<ul style="list-style-type: none">• Gedragscode• Veiligheid voor cliënten• Veiligheid personeel	<ul style="list-style-type: none">o oo o
---	---

Quick Scan SHV

Toetsingsinstrument integratie seksespecifieke hulpverlening

Deel C:

Overzichtslijst en totaalscores seksespecifieke hulpverlening binnen de instelling

Toelichting

Dit deel van de Quick Scan SHV wordt ingevuld door de functionaris SHV. Er zijn drie verschillende schema's die ingevuld moeten worden.

Schema 1: De scores op instellings-/divisieniveau (deel B)

Op deze lijst worden de resultaten van de vragenlijst B ingevuld. De zes items komen overeen met de items op de vragenlijst. Op de scorelijst wordt echter het gemiddelde uitgerekend per item. Daarvoor worden per vraag de volgende cijfers ingevuld Ja =1, nee/nvt = 0. Daarna worden per item de antwoorden bij elkaar opgeteld en gedeeld door het aantal vragen dat per item is gesteld. Bij de totaalscore (laatste kolom) staat een aantal codes: B1 tot en met B6. Deze worden later gebruikt bij het totaaloverzicht van de integratie van SHV binnen de instelling.

Voorbeeld:

4. Informatie SHV		
Wordt het aanbod SHV expliciet genoemd in folders aan cliënten?	0	
Wordt er informatie vastgelegd over SHV in aantallen cliënten, aard hulpvraag, tevredenheid etc. ?	1	
Totaal 4	1	(Zie B4+5)
5. Vraag /behoefte		
Zijn er procedures om op de hoogte te blijven van de actuele vraag naar en behoefte aan seksespecifieke hulpverlening?	1	
Wordt er onderzocht of een seksespecifiek aanbod voor bepaalde groepen of probleemvelden geïndiceerd is?	0	
Wordt bij signalering van nieuwe behoeften systematisch rekening gehouden met wensen en behoeften van mannen en vrouwen, jongens en meisjes?	0	
Totaal 5	2	2 /5 = 0.4 (Zie B4+5)

Schema 1: Scores op instellingsniveau

	Score ⁶	Totaal Score ⁷
1. Beleid Hebben het bestuur en het management van de instelling een beleid ten aanzien van SHV/VHV/MHV ontwikkeld? Maakt SHV/VHV/MHV deel uit van het beleidsplan van de instelling? Maakt SHV/VHV/MHV deel uit van het kwaliteitsbeleid? Wordt SHV/VHV/MHV genoemd in het kwaliteitsjaarverslag? Wordt SHV/MHV/VHV genoemd in het jaarverslag?		
		(Zie B1+6)
2. Personeelsbeleid Wordt er in de instelling bij het wervings-, selectie- en aannamebeleid van personeel rekening gehouden met een evenwichtige verdeling van mannen en vrouwen? Is er in de instelling een beleid gericht op vrouwen in leidinggevende functies? Heeft u een loopbaanbeleid voor functies waarin een bepaalde sekse ondervertegenwoordigd is? Maakt het aannemen van personeel met kennis of ervaring op het gebied van SHV/VHV/MHV deel uit van het instellingsbeleid?		
1.1.1.1.1.3 Totaal 2		/4= (B2)
3. Organisatorische ondersteuning Is er binnen de instelling een aandachtsfunctionaris SHV/MHV/VHV? Is er in de instelling een advies/werkgroep of platform SHV/VHV/MHV? Is er een speciaal budget SHV/MHV/VHV?		
1.1.1.1.1.4 Totaal 3		/3= (B3)
4. Informatie SHV Wordt het aanbod SHV expliciet genoemd in folders aan cliënten? Wordt er informatie vastgelegd over SHV in aantallen cliënten, aard hulpvraag, tevredenheid etc. ?		
		(Zie B4+5)
5. Vraag /behoefte Zijn er procedures om op de hoogte te blijven van de actuele vraag en behoefte aan seksespecifieke hulpverlening? Wordt er onderzocht of een seksespecifiek aanbod voor bepaalde groepen of probleemvelden geïndiceerd is? Wordt bij signalering van nieuwe behoeften systematisch rekening gehouden met wensen en behoeften van mannen en vrouwen, jongens en meisjes?		
Totaal 4+5		/5= (B4+5)
6. Zijn de volgende protocollen aanwezig? Protocol ongewenste intimiteiten Gedragscode Veiligheid voor cliënten Veiligheid personeel		
Totaal 6		(Zie B1+6)
Totaal 1+6		/9=(B1+6)

⁶ Score: Ja =1, nee/nvt = 0.

⁷ De totaalscore is de som van de scores gedeeld door het aantal vragen per onderdeel.

Schema 2: De scores overzichtlijst (deel C)

U kunt op deze overzichtlijst de resultaten van de verschillende afdelingen invullen. Hiervoor worden de resultaten van de vragenlijsten A gebruikt.

Ten eerste wordt bij de score per afdeling de naam van de afdeling ingevuld. U kunt de afdeling in de volgorde invullen zoals u dat zelf wilt. Wij raden u aan een bepaalde clustering te hanteren, zoals type afdeling of locatie. U kunt bijvoorbeeld kiezen voor een clustering in ambulante behandeling, deeltijd-behandeling, kortdurende behandeling, langerdurende behandeling, verblijfsafdeling. De reden hiervoor is dat het aanbod SHV voor de verschillende afdelingen sterk verschilt. Veelal beperkt het aanbod SHV zich tot de ambulante of kortdurende behandelafdelingen, terwijl er nauwelijks tot geen aanbod SHV is op de verblijfs- of de geriatrische afdelingen. U kunt er echter ook voor kiezen de afdelingen per locatie te clusteren.

Per kolom vult u de antwoorden in die de afdeling heeft gegeven op de vragenlijst A. Per vraag wordt vervolgens ingevuld: Niet aanwezig: -; wel aanwezig: +; open laten indien niets of nvt is ingevuld. De totaalscore per onderdeel is het aantal keren dat + is gescoord. De totaalscore per onderwerp is het aantal keren dat + is gescoord, gedeeld door het aantal keren dat + of - is gescoord ('nvt/niets ingevuld' telt niet mee).

Voorbeeld:

Score per afdeling	Zorgvliet	Rustoord	Duinoord	Amsteland			Totaalscore Per onderdeel	Totaalscore per onderwerp
4. Herkenbaarheid SHV								
In programmaprofiel	+	-	nvt	nvt			1	1 / 2 = 0.50
In werkplan	+	+	-	-			2	2 / 4 = 0.25
Onderdeel informatie	-	-	-	-			0	= 0
1.1.1.1.4.1 Totaal 4								0.75/3 = 0.25 (C4)

Van vier afdelingen zijn de gegevens bekend. Een afdeling noemt SHV in het programmaprofiel, er terwijl twee afdelingen geen programmaprofiel hebben. In de totaalscore wordt het aantal afdelingen bij elkaar opgeteld (in het voorbeeld dus 1). Dit wordt in de totaalscore gedeeld door het aantal afdelingen, minus het aantal keren dat er nvt is ingevuld (in het voorbeeld dus 1 gedeeld door twee afdelingen). Daarna worden de scores van totaalscore per onderdeel bij elkaar opgeteld en gedeeld door het aantal vragen die gesteld zijn (in het voorbeeld 0.75 gedeeld door drie).

Bij de totaalscore per onderdeel (laatste kolom) staat een bepaalde code (in voorbeeld C4). Deze wordt later gebruikt bij het totaaloverzicht van de integratie van SHV binnen de instelling.

Schema 2: Scores overzichtlijst (Naam instelling/circuit/divisie)

Score per afdeling ⁸							Totaalscore per onderdeel ⁹	Totaalscore per onderwerp ¹⁰
1. Aanbod SHV								
Vrouwengroep							/=	
Mannengroep							/=	
Individueel							/=	
								(Zie C1+2)
2. SHV in zorgprogramma								
SHV onderdeel zorgprog							/=	
Samenwerking SHV							/=	
Samenwerking hulpv. seksueel geweld							/=	
								(Zie C1+2)
Totaal 1+2								/6= (C1+2)
3. SHV in primair proces								
Preventie							/=	
Keuze sekse begeleider							/=	
Aandacht tijdens intake							/=	
Begeleiding							/=	
Behandeling							/=	
Verblijfsaspecten							/=	
Veiligheidsaspecten							/=	
Cultuur							/=	
Registratie van SHV							/=	
Totaal 3								/9 = (C3)
4. Herkenbaarheid SHV								
In programmaprofiel							/=	
In werkplan							/=	
Onderdeel informatie							/=	
Totaal 4								/3= (C4)
5. Deskundigheid SHV								
Indicatiecriteria							/=	
Medewerkers geïnform							/=	
Deskundigheid MHV							/=	
Deskundigheidsbevorde							/=	
Totaal 5								/4= (C5)
6. Diversen								
A. Aannamebeleid							/=	(C6a)
B. Aandachtsfunctionaris							/=	(C6b)

⁸ Niet aanwezig: -; wel aanwezig: +; open laten indien niets of nvt is ingevuld.

⁹ De totaalscore per onderdeel is het aantal keren dat + is gescoord.

¹⁰ De totaalscore per onderwerp is het aantal keren dat + is gescoord, gedeeld door het aantal keren dat + of - is gescoord ('nvt/niets ingevuld' telt niet mee).

Schema 3: Totaaloverzicht SHV in de instelling

Dit totaaloverzicht is bedoeld als een *indicatie* op welke terreinen het aanbod en de integratie van SHV binnen de instelling nog verbeterd kan worden. Dit totaaloverzicht is gebaseerd op zowel de vragenlijsten van de verschillende afdelingen als van de directie/ het management van de instelling.

Om een volledig beeld te krijgen van de mate van integratie kunt u in het onderstaande schema zowel de resultaten van schema 1 en 2 verwerken. De nummers verwijzen naar de categorieën in de schema's 1 en 2.

1.1.1.1.1.5 Totaaloverzicht (integratie scores deel B + deel C, zie bijlagen)

	Totaalscore	%	Gewenst % ¹¹
A. Aanbod SHV (C1+2)			
B. Primair proces (C3)			
C. Herkenbaarheid SHV (C4)+(B4+5)	/2=		
D. Personeelsbeleid (C6a)+(B2)	/2=		
E. Deskundigheid SHV (C5)			
F. Ondersteuning SHV (C6b)+(B3)	/2=		
G. Beleid SHV (B1+6)			

U dient de getallen die staan bij de corresponderende codes in te vullen bij de totaalscore. Voor sommige onderwerpen is het nodig om bepaalde gegevens van schema 1 en 2 bij elkaar op te tellen. Let op: bij C, D en F moet het opgetelde getal nog door twee gedeeld worden.

U kunt in de eerste kolom de resultaten van de genoemde scores invullen. Dit kunt u omrekenen naar het percentage door het te vermenigvuldigen met honderd.

Belangrijk onderdeel is de gewenste score. Het is de bedoeling dat in de laatste kolom de score ingevuld wordt waarnaar men streeft. Met de directie of het management kan men afspraken maken over het streefniveau. Men kan van tevoren een prognose maken van de te verwachten verbeteringen en na een jaar beoordelen of de situatie verbeterd is.

Voorbeeld:

	Totaalscore	%	Gewenst % ¹²
H. Herkenbaarheid SHV (C4)+(B4+5)	$(0.4+0.25)/2=0.33$	33%	

De score op B4+5 is bijvoorbeeld 0.4 en op C4 0.25.

Dat geeft opgeteld een score van 0.65, gedeeld door 2 = 0.33.

Voor het percentage wordt het vermenigvuldigd met 100, dus 33%.

¹¹ In te vullen door management/aandachtsfunctionaris/werkgroep SHV.

¹² In te vullen door management/aandachtsfunctionaris/werkgroep SHV.

Quick Scan SHV

Toetsingsinstrument integratie seksespecifieke hulpverlening (quick scan)

Deel D:

Verslag

Hoofdstuk 27

Toelichting

Hoofdstuk 28 Dit format kunt u gebruiken om de gegevens uit deel C om te zetten naar een geschreven verslag. U kunt echter uw eigen volgorde of ordening aanbrengen indien u dat wilt. Wij raden echter aan wel de indeling van de vragenlijsten en de schema's te volgen.

Verslag Quick Scan integratie seksespecifieke hulpverlening

28.1 Instructie: eerst deel B en deel C invullen en daarna de resultaten beschrijven.

28.2 Instelling/circuit:
28.3 Ingevuld door:
28.4 Datum:

28.5 Formulier A ingevuld door: (afdeling 1 + naam), (afdeling 2 + naam) etc.
28.6
Niet ingevuld door: (afdeling + naam)
28.7
Formulier B ingevuld door: (naam)
28.8

A1. Aanbod seksespecifieke hulpverlening (SHV)

Beschrijving van het aanbod SHV op de verschillende afdelingen Per afdeling wordt beschreven wat het aanbod SHV is. Met name de beschrijving van de vrouwengroepen, mannengroepen, het individueel aanbod, het speciale seksespecifieke aanbod en de plannen voor het komende jaar worden hier genoemd.
(Beschrijving op basis van deel A.)

1.1.1.1.1.6 A2.Zorgprogramma

In dit deel wordt beschreven in welke afdelingen SHV een onderdeel is van de zorgprogramma's binnen of buiten de instelling en of er samenwerking met anderen bestaat op het terrein van seksehulpverlening of seksueel geweld.

(Beschrijving op basis van deel A.)

1.1.1.1.1.7 B. Primair proces

In dit onderdeel wordt beschreven in hoeverre SHV onderdeel uitmaakt van het primaire behandelproces zoals bij de intakeprocedure. Binnen het kwaliteitsbeleid zijn vooral instrumenten ontwikkeld die gericht zijn op het primaire proces. Het is daarom van belang om na te gaan in hoeverre SHV onderdeel uitmaakt van intake of behandelprotocol. Veelal geven afdelingen aan dat SHV een geïntegreerd onderdeel is van het behandelaanbod van de afde-

ling. Indien op alle aspecten van het primaire proces gescoord wordt zou je kunnen concluderen dat dit inderdaad het geval is

(Beschrijving op basis van deel A.)

1.1.1.1.1.8

C. Herkenbaarheid

Voor SHV is het belangrijk dat het aanbod herkenbaar aanwezig is binnen de instelling. In dit onderdeel wordt nagegaan of er binnen de instelling procedures zijn om na te gaan of er een bepaalde behoefte is aan seksespecifieke hulpverlening. Tevens wordt voor dit onderdeel beschreven in hoeverre SHV genoemd wordt in de folders van zowel de instelling als de afdelingen.

(Beschrijving op basis van deel A en B.)

D. Personeelsbeleid

Hier komt aan de orde in hoeverre er in het personeelsbeleid aandacht is voor het aannemen van personeel met kennis op het terrein van SHV. Daarnaast wordt nagegaan in hoeverre sprake is van een gelijke verdeling van het mannelijk en vrouwelijk personeel binnen de instelling.

(Beschrijving op basis van deel A en B.)

Verdeling van mannelijk en vrouwelijk personeel

Afdelingen	Mannen	Vrouwen
	%	%

E. Deskundigheid SHV

Wat doet de instelling op het gebied van deskundigheidsbevordering SHV? Welke bij- of nascholingscursussen worden er geboden en is er een apart budget SHV?

(Beschrijving op basis van deel A.)

F. Ondersteuning SHV

Welke ondersteuning biedt de instelling bij SHV? Is er sprake van een aandachtsfunctionaris of een werkgroep SHV? Is er speciale aandacht voor een functionaris mannehulpverlening?

(Beschrijving op basis van deel A en B.)

G. Beleid SHV

Maakt SHV onderdeel uit van het (kwaliteits)beleid van de instelling of het (kwaliteit)jaarverslag? Welke specifieke protocollen zijn er in de instelling bijvoorbeeld ten aanzien van ongewenste intimiteiten?

(Beschrijving op basis van deel B.)

1.1.1.1.1.9 Totaaloverzicht (integratie scores deel B + deel C, zie bijlagen)

	Totaalscore	%	Gewenst % ¹³
A. Aanbod SHV (C1+2)			
B. Primair proces (C3)			
B. Herkenbaarheid SHV (C4)+(B4+5)			
C. Personeelsbeleid (C6a)+(B2)			
D. Deskundigheid SHV (C5)			
E. Ondersteuning SHV (C6b)+(B3)			
F. Beleid SHV (B1+6)			

¹³ In te vullen door management/aandachtsfunctionaris/werkgroep SHV

Dit totaaloverzicht is bedoeld als een *indicatie* op welke terreinen het aanbod en de integratie van SHV binnen de instelling nog verbeterd kan worden. Dit totaaloverzicht is gebaseerd op zowel de vragenlijsten van de verschillende afdelingen als van de directie/het management van de instelling. Het is de bedoeling dat in de laatste kolom de score ingevuld wordt waarnaar men streeft. Men kan van tevoren een prognose maken van de te verwachten verbeteringen en na een jaar beoordelen of de situatie verbeterd is.

(Beschrijving resultaten totaaloverzicht.)

Gesignaleerde knelpunten

Thermometer Cliëntenwaardering in de GGZ met SHV-waarde.*

* *GGZ thermometer voor waardering door cliënten*. Ontwikkeld door GGZ Nederland en het Trimbos Instituut. (2001) Utrecht: GGZ Nederland.

Thermometer Cliëntenwaardering in de GGZ met SHV-waarde

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
1a. Heeft u voldoende informatie gekregen over de seksespecifieke behandel- en begeleidingsmogelijkheden?	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.*

4. Kon u meebeslissen over de behandeling of begeleiding die u zou krijgen?	1	2	3	4
4a. Is er aan u gevraagd of u een voorkeur heeft voor een (manelijke of vrouwelijke) hulpverlener?	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
6a. Heeft uw hulpverlener u ook naar uw mening over de geboden behandeling of begeleiding gevraagd?	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
10a. Voelt u zich veilig in het contact met uw hulpverlener of met andere cliënten?	1	2	3	4
10b. Vindt u dat de hulpverlener u serieus neemt in uw wensen voor de behandeling of begeleiding?	1	2	3	4
10c. Vindt u dat de hulpverlener voldoende uitgaat van uw mogelijkheden en vaardigheden?	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
16a. Bent u door de behandeling of begeleiding beter in staat te bepalen waar uw grenzen liggen in wat u wilt en kunt?	1	2	3	4
16b. Bent u door de behandeling of begeleiding meer bewust van uw eigen lichaam en seksualiteit?	1	2	3	4
16c. Bent u door de behandeling of begeleiding meer bewust van de normen en de waarden die u als man/vrouw heeft mee gekregen?	1	2	3	4
16d. Sluit de behandeling of begeleiding die de instelling u biedt aan op de specifieke problemen en klachten die u als man of vrouw heeft?	1	2	3	4
16e. Heeft de aandacht voor uw vrouw- of manzijn bijgedragen aan de resultaten van de behandeling?	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

17a. Welk rapportcijfer zou u geven aan de **seksespecifieke** behandeling of begeleiding?
(omcirkel uw rapportcijfer)

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?