

Wegwijzer omgaan met seksualiteit

Gericht op mensen met een verstandelijke beperking

In opdracht van de Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Auteur:

Dr. Dilana Schaafsma

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Inleiding.....	3
Verstandelijke beperking	3
Seksualiteit en seksuele voorlichting	3
Seksualiteit en mensen met een verstandelijke beperking	4
Seksuele voorlichting: het Intervention Mapping protocol	6
Ontwikkelingen op het gebied van seksuele gezondheid.....	8
Vraagstelling, doelgroep en werkwijze	10
Stappenplan van het onderzoek.....	11
Inventarisatie van de seksuele voorlichtingsmaterialen	11
Kwaliteit van de programma's	14
Bevindingen	15
Discussie.....	21
Conclusies	24
Advies.....	25
Referenties.....	28
Appendix A. Overzicht van de antwoorden van de ontwikkelaars op de vragenlijst.	31

Samenvatting

Mensen met een verstandelijke beperking ervaren verschillende problemen op het gebied van seksualiteit, waaronder een gebrek aan positieve seksuele ervaringen, seksueel misbruik en moeilijkheden rondom relatievorming. In Nederland is een breed scala aan seksuele voorlichtingsprogramma's en materialen ontwikkeld voor het verminderen of voorkomen van deze problemen. Voor ouders en zorgprofessionals is het niet meteen duidelijk welke seksuele voorlichtingsprogramma's of materialen beschikbaar zijn en wat de kwaliteit van deze programma's en materialen is.

Het onderzoek in dit rapport is tweeledig. Ten eerste wordt inzicht gegeven in het aanbod van seksuele voorlichtingsprogramma's en materialen voor mensen met een verstandelijke beperking. Hiervoor zijn verschillende bronnen geraadpleegd: rapport Rutgers WPF, databanken effectieve interventies, Landelijk Platform seksuologen in de VG sector, zorgprofessionals via LinkedIn groepen en leden van de VGN (via een oproep). Twintig programma's werden op deze wijze geïdentificeerd.

Ten tweede werd gekeken naar de kwaliteit van deze programma's en materialen. De ontwikkelaars van de geïnventariseerde programma's vulden hiervoor een op het Intervention Mapping Protocol gebaseerde vragenlijst in. Dit is een protocol voor het planmatig ontwikkelen van op theorie en empirie gebaseerde gedragsinterventies. De vragen hebben onder andere betrekking op de inhoud en de ontwikkeling van het materiaal.

Uit de resultaten bleek dat de door de ontwikkelaars gegeven probleemanalyse of beschrijving van onvoldoende kwaliteit was. Het is in veel gevallen niet duidelijk om welke probleemgedragingen het gaat en welke factoren daarbij een rol spelen. Ook waren de doelen veelal niet SMART en breed geformuleerd. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het ontbreken van een gedegen probleemanalyse. Daarnaast ontbreekt in de meeste gevallen een theoretische en empirische basis. De programma's en materialen zijn veelal alleen gebaseerd op praktijkervaring. Op geen van de programma's of materialen is een goede proces- en/of effectevaluatie uitgevoerd. Het is dus niet bekend of ze effectief zijn. Tot slot zijn geen programma's of materialen voor het speciaal onderwijs geïdentificeerd.

Geconcludeerd kan worden dat er nog veel punten ter verbetering zijn wat betreft de ontwikkeling van seksueel voorlichtingsmateriaal voor mensen met een verstandelijke beperking. Zo zal bij de ontwikkeling van materiaal eerst duidelijk in kaart gebracht moeten worden op welk probleem of probleemgedrag het materiaal is gericht. Doelen die voortkomen uit de probleemanalyse moeten SMART worden geformuleerd en betrekking hebben op zowel gedrags- als determinatenniveau. Ook is het belangrijk om praktijkervaringen te combineren met wetenschappelijke kennis over het gebruik van theorie en empirie in een voorlichtingsprogramma. Het is wenselijk dat seksueel voorlichtingsmateriaal voor mensen met een verstandelijke beperking eenvoudig online is te vinden, met daarbij een duidelijke toelichting op de inhoud en kwaliteit van het materiaal. Ouders en zorgprofessionals kunnen dan weloverwogen keuzen maken bij het aanschaffen van materiaal.

Inleiding

Dit rapport heeft als doel inzicht te verschaffen in het aanbod en de kwaliteit van voorlichtingsmaterialen over seksualiteit voor mensen met een verstandelijke beperking. Eerst wordt kort ingegaan op het begrippenkader verstandelijke beperking, seksualiteit en seksuele voorlichting. Vervolgens wordt de huidige stand van zaken rondom seksuele gezondheid bij mensen met een verstandelijke beperking samengevat en wordt ingegaan op het belang van seksuele voorlichting voor deze doelgroep. Daarna volgt een toelichting op het gehanteerde stappenplan bij de inventarisatie van in Nederland beschikbare voorlichtingsmaterialen over seksualiteit voor mensen met verstandelijke beperkingen. Vervolgens worden de resultaten van de inventarisatie verduidelijkt. Tot slot worden de conclusies beschreven en enkele adviezen gegeven aan programma ontwikkelaars en zorgprofessionals.

Verstandelijke beperking

Een verstandelijke beperking wordt gekenmerkt door substantiële beperkingen in het cognitief functioneren en adaptief gedrag, waaronder conceptuele (o.a. taal, lezen en schrijven, begrip van geld, tijd en getallen), sociale (o.a. interpersoonlijke relaties, zelfvertrouwen, volgen van regels en wetgeving, voorkómen van slachtofferschap) en praktisch adaptieve vaardigheden (o.a. dagelijkse activiteiten, omgaan met geld, gezondheidszorg, veiligheid). De beperkingen in cognitief functioneren en het adaptieve gedrag zijn al vroeg in de ontwikkeling zichtbaar.

Praktisch gezien houdt een beperking in het cognitief functioneren in dat de IQ score twee standaard deviaties onder de gemiddelde IQ score ligt. Daarmede ligt het niveau van verstandelijk functioneren beneden een IQ score van 70. De definities van een verstandelijke beperking zijn niet eenduidig. Ook het gehanteerde begrippenkader is aan verandering onderhevig (Schalock e.a., 2012; Schalock e.a., 2010). Zie voor een beschrijving van het construct verstandelijke beperking en een toelichting op de context van gebruikte definities en begrippen bijvoorbeeld: De Bruijn, Buntinx en Twint (2014).

Van oudsher wordt het intellectueel functioneren in verschillende niveaus onderverdeeld (www.volksgezondheidszorg.info):

- Zwakbegaafd: IQ 70/75-85/90.
- Lichte verstandelijke beperking: IQ 50/55-70.
- Matige verstandelijke beperking: IQ 35/40-50/55.
- Ernstige verstandelijke beperking: IQ 20/25-35/40.
- Diepe verstandelijke beperking: IQ lager dan 20/25.

Seksualiteit en seksuele voorlichting

Seksualiteit heeft een grote invloed op onze gezondheid. Volgens de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO, 2006) is seksuele gezondheid meer dan alleen de afwezigheid van ziekte of negatieve ervaringen. De mogelijkheid om plezierige en veilige seksuele ervaringen op te doen valt er ook onder (p. 4). Verder geeft de definitie aan dat de seksuele rechten van eenieder gerespecteerd en beschermd dienen te worden.

De thema's uit deze beschrijving zijn dan ook terug te vinden als de thema's die aan bod komen tijdens seksuele voorlichting. Zo richt voorlichting zich meestal op het voorkomen van ongeplande zwangerschappen en hiv/soa infecties; vaak in een breder kader van seksuele en relationele vorming. Ook is er aandacht voor het voorkomen van, vroeg opsporen van en eventuele nazorg bij seksuele intimidatie en seksueel geweld (Schaalma e.a., 2009). Andere onderwerpen die aan bod kunnen komen zijn: seksualiteit binnen andere culturen, kinderwens, seksuele diversiteit en sociale media.

Seksuele voorlichting wordt tegenwoordig op diverse manieren gegeven. Zo zijn er onder andere boeken, internetsites, jongerenbladen, interactief vormingstheater, televisie- en radio programma's en massamediale campagnes.

Seksualiteit en mensen met een verstandelijke beperking

Seksualiteit, seksuele gezondheid en seksuele voorlichting zijn belangrijke thema's voor mensen met een verstandelijke beperking. De mensen met een verstandelijke beperking zelf geven duidelijk aan dat ze behoefte hebben aan een relatie, seksueel actief zijn en seksuele kennis willen opdoen (Kelly e.a., 2009; Konstantareas & Lunsky, 1997; McCabe, 1999; Schaafsma, 2013; Siebelink e.a., 2006).

Seksuele ervaringen

Niet altijd worden deze behoeftes erkend. De huidige situatie op het gebied van seksuele gezondheid bij mensen met een verstandelijke beperking is voornamelijk verre van ideaal. Zo blijken mensen met een verstandelijke beperking een tot drie keer zo hoge kans te hebben om seksueel misbruikt te worden (Reiter e.a., 2007; Samson, 2012; van Berlo e.a., 2011). Ook rapporteren onderzoekers regelmatig incidenten van seksueel misbruik in onderzoek naar seksualiteit dat niet specifiek gericht is op misbruik (Schaafsma, 2013; Stoffelen e.a., 2013). De daders zijn vaak mensen in de directe omgeving van het slachtoffer, zoals andere mensen met een verstandelijke beperking, begeleiders of familieleden (Lesseliers, 1999; van Berlo e.a., 2011). Ervaringen met seksueel misbruik kunnen leiden tot mentale problemen zoals depressie en angsten (Sequeira e.a., 2003).

Positieve seksuele ervaringen blijken beperkt te zijn bij mensen met een verstandelijke beperking in vergelijking met leeftijdsgenoten zonder een verstandelijke beperking (Leutar & Mihokovic, 2007; McCabe, 1999; Siebelink e.a., 2006). Ervaringen met vriendschap, zoenen, knuffelen en handen vasthouden worden wel gerapporteerd (Leutar & Mihokovic, 2007; Siebelink e.a., 2006). Dit kan te maken hebben met het feit dat andere uitingen niet toegestaan worden door ouders (Lesseliers, 1999) of worden ontmoedigd door familieleden of stafleden (Löfgren-Mårtenson, 2004).

Wat betreft sekseverschillen blijkt dat vrouwen met een verstandelijke beperking seks niet altijd associëren met iets plezierigs (Bernert & Ogletree, 2013; Fitzgerald & Withers, 2011; McCarthy, 1999; Shandra & Chowdhury, 2012) en vaak een passieve rol aannemen tijdens de seks (Fitzgerald & Withers, 2011; McCarthy, 1999). De meeste seksuele handelingen die vrouwen noemen in onderzoek zijn gericht op het stimuleren van de penis van de mannelijke partner (McCarthy, 1999, p.141). Deze vrouwen zijn vatbaarder voor gevoelens van schuld en depressie na het hebben van seks (Shandra & Chowdhury, 2012). Dit kan wellicht verklaren waarom vrouwen met een verstandelijke beperking zichzelf vaak niet beschouwen als een seksueel persoon, ondanks dat ze ervaring hebben met seks (Fitzgerald & Withers, 2011) en waarom zij denken dat seks voornamelijk

bedoeld is voor voorplanting (Bernert & Ogletree, 2013). Bij mannen blijken er voornamelijk problemen te zijn op het gebied van zelfbevrediging. Zo kan het zijn dat er een gebrek aan kennis is over hoe te masturberen, dat er op een onveilige manier wordt gemasturbeerd of dat er op een ongepaste plek wordt gemasturbeerd, bijvoorbeeld in het openbaar (Cambridge e.a., 2003).

Relatievorming

Naast problemen met seksualiteitsbeleving zijn er ook knelpunten rondom relatievorming. Zo rapporteren mensen met verstandelijke beperkingen moeilijkheden bij het vinden, aangaan en onderhouden van vriendschappen en romantische relaties (Abbott & Burns, 2007; Abbott & Howarth, 2007). Een aantal zaken speelt hier een rol. Ten eerste de verstandelijke beperking zelf, die gepaard gaat met beperkingen in het cognitief functioneren en adaptief gedrag (Schalock e.a., 2012; Schalock e.a., 2010). Dit heeft vanzelfsprekend ook een negatieve impact op de kennis en vaardigheden die bijdragen aan een goede seksuele gezondheid. Het is daarom niet verassend dat onderzoek aantoont dat kennis over onderwerpen zoals masturbatie, zwangerschap, veilig vrijen, voortplanting en homoseksualiteit bij mensen met verstandelijke beperkingen beperkt of niet aanwezig is (Healy e.a., 2009; Kelly e.a., 2009; Lesseliers, 1999; Leutar & Mihokovic, 2007; McCabe, 1999; McCarthy, 2009; Murphy & O'Callaghan, 2004; Schaafsma, 2013). Het kennisniveau over uiteenlopende onderwerpen in relatie tot seksualiteit is bij mensen met een verstandelijke beperking in ieder geval beduidend lager dan bij niet verstandelijk beperkte leeftijdsgenoten (McCabe, 1999). Mensen met een verstandelijke beperking scoren ook slechter op aan seksualiteit gerelateerde sociale, gedragsmatige en beslissingsvaardigheden (Egemo-Helm e.a., 2007; Hayashi e.a., 2011; Khemka e.a., 2005; Miltenberger e.a., 1999).

Een gebrek aan kennis kan leiden tot problemen bij het herkennen van gevaarlijke situaties, zoals misbruiksituaties, problemen op het gebied van veilig vrijen, of tot een negatieve houding ten opzichte van seks of seksualiteitsgerelateerde onderwerpen, zoals homoseksualiteit. Maar een gebrek aan kennis is niet het enige probleem. Bruder en Kroese (2005) concluderen in hun review dat kennis over vaardigheden alleen niet leidt tot een verandering in gedrag. Vaardigheden moeten ook geoefend worden. Vaardigheden kunnen ontwikkeld en versterkt worden door rollenspellen. Inzake homoseksualiteit blijkt dat er een gebrek aan kennis is over dit onderwerp en dat de houding ten opzichte van homoseksualiteit vaak negatief is (Konstantareas & Lunsky, 1997; Leutar & Mihokovic, 2007; Murphy & O'Callaghan, 2004; Siebelink e.a., 2006; Stoffelen e.a., 2013). Dit kan verklaren waarom homoseksuelen met een verstandelijke beperking aangeven eenzaam te zijn, zich geïsoleerd te voelen en geconfronteerd te worden met negatieve reacties over hun seksuele voorkeur (Abbott & Burns, 2007).

Barrières in de omgeving met betrekking tot seksualiteit

Het hebben een verstandelijke beperking is niet een voldoende verklaring voor het gebrek aan kennis en vaardigheden. Veel problemen worden mede bepaald door factoren in de omgeving van een persoon met een verstandelijke beperking. Het al of niet krijgen van seksuele voorlichting is een dergelijke factor. Mensen met een verstandelijke beperking krijgen weinig of geen seksuele voorlichting (Levy & Packman, 2004; McCabe, Cummins, & Deeks, 1999; Murphy & O'Callaghan, 2004; Schaafsma, 2013). Ook hebben zij moeite met het zich herinneren of ze voorlichting hebben gekregen (Löfgren-Mårtenson, 2011; Schaafsma, 2013).

Waarom worden mensen met een verstandelijke beperking zo weinig voorgelicht, terwijl er allerlei problemen zijn rondom seksualiteit en het duidelijk is dat ze moeite hebben met het begrijpen en onthouden van informatie? Onderzoek laat zien dat ondanks de steeds positiever wordende attitudes ten opzichte van seksualiteit bij mensen met een verstandelijke beperking (Christian e.a., 2001; Cuskelly & Bryde, 2004; Lafferty e.a., 2012; Rohleder e.a., 2009), seksualiteit nog steeds als taboe wordt gezien (Bernert & Ogletree, 2013; Löfgren-Mårtenson, 2004; McCabe e.a., 1999; Rohleder, 2010). Dit zou kunnen verklaren waarom familieleden en medewerkers, die professioneel betrokken zijn bij de hulpverlening onvoldoende praten over het onderwerp (Abbott & Howarth, 2007; Kok e.a., 2009). Zij weten vaak niet hoe ze moeten omgaan met aan seksualiteitsgerelateerde kwesties (Howard-Barr e.a., 2005). Als er al voorlichting wordt gegeven in de hulpverleningspraktijk, dan is het vaak als reactie op vragen of problemen in plaats van proactieve, preventieve voorlichting (Schaafsma e.a., 2014a).

Seksuele voorlichting: het Intervention Mapping protocol

Gezien de hoeveelheid en ernst van de problemen op het gebied van seksualiteit voor mensen met een verstandelijke beperking, is het niet verwonderlijk dat al veel initiatieven genomen zijn om deze problemen aan te pakken (Goenee e.a., 2012). Schaafsma, e.a. (2013) onderzochten op welke wijze bestaande seksuele voorlichtingsprogramma's voor mensen met een verstandelijke beperking zijn ontwikkeld. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat weinig gebruik wordt gemaakt van bestaande wetenschappelijke kennis en theorieën bij het ontwikkelen van voorlichtingsmateriaal. Ook waren er geen specifieke interventiedoelen gesteld door de ontwikkelaars van de programma's. Geen van de programma's bleek getoetst te zijn op effectiviteit.

De door Schaafsma e.a. (2013) onderzochte seksuele voorlichtingsprogramma's waren niet op een systematische manier ontwikkeld. De kans dat deze programma's daadwerkelijk een positieve bijdrage leveren aan het verminderen van seksueel misbruik, het tegengaan van soa/hiv infecties, verminderen van ongewenste zwangerschappen of het verbeteren van relatievorming is dan ook klein. Om de kans te vergroten dat een voorlichtingsprogramma effectief is in het verbeteren van de seksuele gezondheid moet een programma op een systematische wijze ontwikkeld worden en gebaseerd zijn op wetenschappelijk kennis en theorieën. Een goede leidraad hiervoor is de werkmethode van Intervention Mapping. De methode biedt een bruikbaar protocol voor het systematisch ontwikkelen van gedragsinterventies (Bartholomew e.a., 2011). Bij Intervention Mapping worden zes essentiële stappen beschreven voor het bewerkstelligen van de gedragsinterventies: 1) onderzoek verrichten naar het probleem en factoren die dit probleem beïnvloeden; 2) het beschrijven van de specifieke doelen van de interventie, welke gebaseerd zijn op de analyse in stap 1; 3) het selecteren van gepaste methodes om de doelen te behalen, die gebaseerd zijn op theorie, bestaand onderzoek en aanvullend onderzoek; 4) het maken van een samenhangend programma; 5) het beschrijven en uitvoeren van een implementatie plan; en 6) het beschrijven en uitvoeren van een evaluatie plan. Voor elk van deze stappen is het belangrijk dat de doelgroepen (mensen met een verstandelijke beperking, ouders, begeleiders, zorgorganisaties) betrokken worden bij het ontwikkelingsproces en dat keuzes voor doelstellingen, methodes en materialen zoveel mogelijk gebaseerd zijn op bestaande kennis, wetenschappelijke theorieën en waar nodig nieuw onderzoek.

De eerste stap bij het ontwikkelen van een interventie is het maken van een gedegen probleem analyse. Vragen die bij deze stap beantwoordt moeten worden zijn: “Wat is het probleem?”, “Wiens probleem is het?”, “Hoe groot is dit probleem?”, “Welke factoren beïnvloeden dit probleem?”, en “Is het een sociaalpsychologisch probleem (en bijvoorbeeld niet iets medisch)?”. Om deze vragen te beantwoorden hoort men gebruik te maken van bestaande wetenschappelijke kennis, wetenschappelijke theorieën en aanvullend onderzoek.

In de tweede stap worden programmadoelen geformuleerd. Deze zijn gebaseerd op de probleemanalyse in stap 1, wetenschappelijke kennis, wetenschappelijke theorieën en aanvullend onderzoek. Gedragingen en omgevingscondities, die bijdragen aan het probleem worden vertaald naar gedragingen en omgevingscondities die het probleem kunnen verminderen. Vervolgens stellen ontwikkelaars de vraag wie moet wat doen en waarom moeten ze dat doen om de gewenste gedragingen en omgevingscondities te realiseren. Het resultaat van stap 2 is een matrix van specifieke veranderdoelen, die beschrijven wat de doelgroep/ actoren in de omgeving moeten doen om de gewenste gedragingen/ omgevingscondities te realiseren en wat zij daartoe moeten leren. Er worden vier soorten doelen onderscheiden: algemene gezondheidsuitkomsten (bijv. seksueel misbruik verminderen), algemene gedragsdoelen (bijv. individu vertoont zelfbeschermingsgedrag), subdoelen (bijv. individu zegt nee, loopt weg en meldt incident) en determinanten/ factoren die het gedrag bepalen (bijv. kennis over welke stappen er gezet moeten worden). Deze doelen zijn aan elkaar gelinkt en zijn alle vier essentieel bij het ontwikkelen van een effectieve interventie voor het verbeteren van de kwaliteit van leven (Barthomolew e.a., 2011, p. 239).

Stap 3 is de selectie van theoretische methodes van gedragsverandering en de vertaling van die methodes naar praktische toepassingen. Een methode is een theoretisch beschreven techniek van verandering; een praktische toepassing is de vertaling van de methode naar de specifieke interventiecontext en doelgroep. Modeling is bijvoorbeeld een breed toegepaste methode om gewenst gedrag aan te leren. Een voorbeeld van een praktische toepassing van deze methode is het laten zien door een vertegenwoordiger van de doelgroep (het model) hoe je een condoom correct om doet. Een belangrijke taak in deze stap is dat nauwkeurig wordt nagegaan onder welke voorwaarden een methode effectief kan bijdragen aan het bereiken van het gewenste doel. Bij modeling zijn de belangrijkste voorwaarden dat de doelgroep zich identificeert met het model, dat de doelgroep daadwerkelijk de vaardigheden heeft om het gedrag uit te voeren, dat het model wordt beloond en dat er gebruik wordt gemaakt van een zogenaamde “coping” model (het model bespreekt bijvoorbeeld ook barrières). Het resultaat van stap 3 is een overzicht van te hanteren beïnvloedingsmethodes en de praktische vertaling daarvan.

Uit de review van Schaafsma en anderen (2014b) kwam naar voren dat er weinig bekend is over welke methodes geschikt zijn voor seksuele voorlichting aan mensen met een verstandelijke beperking. In de besproken artikelen uit de review werden wel methodes of praktische toepassingen genoemd, maar details over de theoretische achtergrond, exacte uitvoering en voorwaarden van de methodes ontbraken.

In stap 4 komt de planning van de feitelijke programmaontwikkeling aan bod. De verschillende interventiecomponenten worden ondergebracht in één programma, in een logische volgorde, onder één vlag (thema) en passend bij de doelgroep, uitvoerders en interventiecontext. Bij de productie van het programma zal samengewerkt moeten worden met creatieve professionals. Zaak is dat de

ontwerpers, schrijvers en media ontwikkelaars nauwkeurig worden geïnstrueerd over de doelstellingen van het programma en gekozen beïnvloedingsstrategieën (de methodes). De ontwikkelde componenten moeten zorgvuldig worden getest (pilot-test) op effectiviteit én uitvoerbaarheid alvorens tot eindversies te worden ontwikkeld. Het resultaat van stap 4 is het interventieprogramma dat klaar is voor implementatie.

In stap 5 wordt een plan gemaakt voor de implementatie van het programma (waarover reeds nagedacht wordt vanaf stap 1). Als een programma niet nauwkeurig wordt uitgevoerd heeft weinig kans van slagen. In deze stap worden Intervention Mapping stappen 2-4 opnieuw doorlopen, maar nu niet op het niveau van de doelgroep, maar op het niveau van de uitvoerders van het programma: wie gaan het programma naar de doelgroep brengen, wat moeten zij daartoe doen en leren, wat hebben ze daarvoor nodig binnen en buiten de organisatie waarin zij werkzaam zijn en hoe gaan we dat realiseren? Het resultaat van stap 5 is een implementatieplan waarin deze vragen nauwkeurig worden beantwoord door gebruik te maken van wetenschappelijke kennis over programma-implementatie en aanvullende informatie, verkregen van uitvoerders en stakeholders.

Tot slot is stap 6 het plannen en voorbereiden van een proces- en effectevaluatie (ook daarover wordt steeds nagedacht vanaf stap 1). Voor de effectevaluatie dient de matrix van programmadoelen van stap 2 als basis: de doelstellingen op het niveau van factoren die het gedrag aansturen (determinanten) worden vertaald naar concrete constructen die kunnen worden gemeten. Het implementatieplan van stap 5 dient als basis voor de procesevaluatie waarbij gekeken wordt naar de mate waarin en kwaliteit waarmee interventiecomponenten volgens planning zijn uitgevoerd. Voor beide vormen van evaluatie kunnen kwantitatieve en kwalitatieve onderzoekstechnieken worden gehanteerd. Voor de effectevaluatie is het van belang dat het onderzoek zo wordt ontworpen dat gevonden effecten ook daadwerkelijk aan de interventie kunnen worden toegeschreven. De procesevaluatie biedt de mogelijkheid verklaringen te vinden voor het wel of niet vinden van verwachte effecten door de kwaliteit van uitvoering te analyseren.

Ontwikkelingen op het gebied van seksuele gezondheid

Databanken effectieve interventies

Voor gezondheidsbevorderende interventies komt in Nederland de focus steeds meer te liggen op interventies die gebaseerd zijn op wetenschappelijke kennis en theorieën. Zo kunnen programma ontwikkelaars hun materiaal of programma aanmelden voor een erkenningstraject bij databanken voor effectieve interventies zoals het Centrum Gezond Leven, het Nederlands Jeugdinstituut, en Movisie. Deze organisaties geven het programma een beoordeling aan de hand van criteria die iets zeggen over de kwaliteit, uitvoerbaarheid en effectiviteit van de interventie. De drie databanken werken samen en hanteren bij de beoordeling dezelfde criteria. Ter illustratie wordt hier de werkwijze van het Centrum Gezond Leven beschreven.

Het Centrum Gezond Leven neemt voor beoordeling interventies in behandeling, die als doel hebben gezondheid te bevorderen. Daarnaast moet er onder andere een beschrijving van de interventie beschikbaar zijn en moet het materiaal nog minstens twee jaar beschikbaar zijn (www.loketgezondleven.nl).

Professionals uit de praktijk beoordelen of een programma in aanmerking komt voor het erkenningsniveau “Goed beschreven”. Om in aanmerking te komen voor dit niveau moet er een duidelijke beschrijving zijn van de doelgroep en de manier waarop de doelgroep bij de ontwikkeling betrokken is geweest. Daarnaast horen de doelen SMART (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden) geformuleerd te zijn en duidelijk onderscheiden in hoofd- en subdoelen. En tot slot moet de opzet en inhoud van het materiaal en verkrijgbaarheid van de benodigde materialen duidelijk beschreven zijn.

Als bij een programma naast de criteria voor “Goed beschreven” een duidelijk beschreven probleemanalyse is gedaan, de werkzame elementen zijn onderbouwd aan de hand van wetenschappelijk kennis en theorieën en er een duidelijke bronvermelding is, dan kan het in aanmerking komen voor het niveau “Goed onderbouwd”. Deze stap wordt beoordeeld door een commissie van inhoudelijke experts uit de wetenschap, beleid en praktijk. Zij beoordelen ook of het programma in aanmerking voor de beoordeling “Effectief”. Deze beoordeling is onderverdeeld in drie verschillende niveaus: “Eerste aanwijzing voor effectiviteit”, “Goede aanwijzing voor effectiviteit” en “Sterke aanwijzing voor effectiviteit”. Bij eerste aanwijzing voor effectiviteit moet er een studie zijn gedaan met een voor- en nameting, maar zonder controle groep. Bij goede aanwijzing voor effectiviteit is een controle groep wel vereist, maar een follow-up meting om lange termijn effecten vast te stellen niet. Voor een sterke aanwijzing voor effectiviteit is causale bewijskracht nodig. Er moet daarom een goed onderzoeksdesign worden gehanteerd, met voldoende deelnemers, een voor- en nameting met een follow-up van tenminste zes maanden en een controle groep.

Ontwikkelaars die het Intervention Mapping protocol op een juiste manier gebruiken voor het ontwikkelen van een interventie zullen voldoen aan de criteria voor de vermelding van “Goed onderbouwd”.

Uit raadpleging van bovengenoemde databanken blijkt dat voor mensen met een verstandelijke beperking op dit moment nog geen programma’s inzake seksualiteit bestaan met een erkenningsniveau van “Goed onderbouwd”.

Leerlijnen voor seksuele voorlichting in het speciaal onderwijs

Binnen het onderwijs wordt aandacht besteed aan het onderwerp seksualiteit. Relevant voor de doelgroep verstandelijke beperking is de invoering van leerlijnen voor seksuele voorlichting in het speciaal basisonderwijs en speciaal voortgezet onderwijs. Deze zijn sinds januari 2014 te downloaden op de website van CED-groep (www.leerlijnen.cedgroep.nl/wat-zijn-leerlijnen/leerlijnen-seksualiteit.aspx) en Rutgers WPF (www.rutgerswfp.nl). Dit betekent concreet dat scholen in het speciaal onderwijs nu verplicht zijn om aandacht te besteden aan seksualiteit en seksuele vorming binnen het lesprogramma. Derhalve is een goed inzicht in welke materialen beschikbaar zijn voor het speciaal onderwijs met een kwaliteitsindicatie van groot belang.

Vraagstelling, doelgroep en werkwijze

De huidige inventarisatie geeft een overzicht van seksuele voorlichtingsprogramma's of materialen die voor mensen met een verstandelijke beperking online beschikbaar zijn in Nederland en wat de kwaliteit van deze materialen is. De inventarisatie is bedoeld als hulpmiddel voor ouders en zorgprofessionals voor het maken van weloverwogen keuzes bij het raadplegen en of de aanschaf van seksueel voorlichtingsmateriaal.

Het onderzoek is tweeledig:

1) Geïnterviewd is welke seksuele voorlichtingsmaterialen voor mensen met een verstandelijke beperking online te vinden zijn.

2) Gekeken is naar de kwaliteit van de materialen met behulp van een aangepaste versie van het Intervention Mapping protocol en op basis van de gehanteerde kwaliteitscriteria voor het beoordelen van gezondheidsbevorderende interventies door het Centrum Gezond Leven.

Bij deze inventarisatie is gebruik gemaakt van de vragenlijst voor de ontwikkelaars uit het onderzoek van Schaafsma e.a. (2013) en de lijst met seksuele voorlichtingsprogramma's en materialen uit het Rutgers WPF onderzoek uit 2012 (Goenee e.a., 2012).

Stappenplan van het onderzoek

Inventarisatie van de seksuele voorlichtingsmaterialen

De eerste stap in het onderzoek was het inventariseren van welke seksuele voorlichtingsmaterialen er voor mensen met een verstandelijke beperking online te vinden zijn. Naast de al bij de onderzoeksgroep van het Gouverneur Kremers Centrum bekende materialen, zijn verschillende bronnen geraadpleegd om de lijst zo compleet mogelijk te krijgen.

Bronnen:

1. Het rapport “Interventies voor preventie, signalering en behandeling van seksueel geweld bij mensen met een beperking: inventarisatie van aanbod en kwaliteit” van Rutgers WPF (Goenee e.a., 2012).
2. De databanken voor effectieve interventies van het Centrum Gezond Leven (www.loketgezondleven.nl), het Nederlands Jeugdinstuut (www.nji.nl) en Movisie (www.movisie.nl/databank-effectieve-sociale-interventies).
3. Bij de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) is een oproep gedaan met de vraag of mensen aanvullingen hadden op de lijst van Rutgers WPF (Goenee e.a., 2012).
4. Het Landelijk Platform seksuologen in de VG sector is geraadpleegd. Dit is een groep seksuologen die gespecialiseerd zijn in de doelgroep mensen met een verstandelijke beperking.
5. LinkedIn: Een oproep is gedaan aan zorgprofessionals in het veld via twee LinkedIn groepen: “Forum Gehandicaptenzorg Vilans/Kennisplein” en “VG 2.0. Social Media en Zorg 2.0. voor mensen met een verstandelijke beperking”.

Het raadplegen van de diverse bronnen resulteerde in een lijst van 20 verschillende seksuele voorlichtingsmaterialen (tabel 1). Voor de inventarisatie zijn de volgende exclusiecriteria gehanteerd:

- Het materiaal is niet meer verkrijgbaar (Bosch en Suykerbuyk - www.bosch-suykerbuyk.nl & Toolkit Totale Communicatie: Lichaam en seksualiteit)
- Het materiaal is online niet te vinden.
- Het materiaal is volgens de ontwikkelaar zelf verouderd (materiaal “Seksuele vorming” van Promotie - www.promotie.nu).
- Het materiaal is volgens de ontwikkelaar zelf geen doordachte methode (boekje “Op het werk” van www.eenvoudigcommuniceren.nl).
- Contactgegevens van de ontwikkelaars zijn niet beschikbaar of vindbaar.
- De ontwikkelaar werkt niet meer bij de uitgever (materiaal Verliefd en zo - www.helpendehanden.nl).
- Het hoofdonderwerp is niet seksualiteit (www.krachtplan18plus.nl).
- Het materiaal is niet specifiek voor mensen met een verstandelijke beperking.
- Het materiaal valt onder een ander programma (Deurtje Open, Deurtje Dicht valt onder Leerbaar & Weerbaar).

Tabel 1. Overzicht van geïnventariseerde seksuele voorlichtingsprogramma's en materialen.

	Naam programma	Eigenaar/ uitgever	Jaar	Website	Soort materiaal	Vragenlijst gegevens	Focus ¹	Gegeven door ¹	Database
1	Baas van het gesprek	Carante Groep	2011	carantegroep.nl	Handleiding + dvd	Ja	Signalering/ aanpak/ nazorg	Orthopedagogen/ psychologen	geen
2	Basistraining seksualiteit voor professionals en training omgaan met seksueel overschrijdend gedrag	Rutgers WPF	2010	rutgerswfp.nl	Cursus	Ja	Preventie	Zorgprofessionals	geen
3	Beware of Loverboys	Scharlaken Koord Nederland	2005	bewareofloverboys.nl	Spel + handleiding + leesboek + stripboek + werkbladen + checklists	Ja	Preventie	Begeleiders/ docenten	geen
4	Hoezo, 'lover'boys?	Theater A la Carte	2004	theateralacarte.nl	Theater	Ja	Preventie	Ontwikkelaars zelf	geen
5	Je Lijf, Je Lief!	Movisie	2010	movisie.nl	Handleiding + dvd + brochure	Ja	Preventie	Docenten (praktijkonderwijs)	Loket gezond Leven, Movisie
6	Kriebels in je buik	Theater A la Carte	2001	theateralacarte.nl	Theater	Ja	Preventie	Ontwikkelaars zelf	Loket Gezond Leven
7	Lang Leve de Liefde (praktijkonderwijs)	Soa Aids Nederland en Rutgers WPF	2012	langlevedeliefde.nl	Handleiding + leerling magazine + dvd + website	Ja	Preventie	Docenten (praktijkonderwijs)	Loket Gezond leven ²
8	Leerbaar & Weerbaar ³	Philedelphia zorg	2005	begrensdeliefde.nl	Handleiding + werkboek + cursus	Ja	Preventie/ signalering/ aanpak	Ouders/ begeleiders	geen
9	Lief, Lijf & Leven	KLOS-TV	2014	lieflijfenleven.nl	6 dvd's (1 met de handleiding/ 4 met de films/ 1 met werkbladen) en een website.	Ja	Preventie/ signalering	Ouders/ begeleiders	geen
10	Mag ik van jou?	Irene König	2014	kompazirenekoning.nl	Spel	Ja	Preventie/ signalering/ aanpak/ nazorg	Ouders/ begeleiders/ docenten	geen

#	Naam programma	Eigenaar/ uitgever	Jaar	Website	Soort materiaal	Vragenlijst gegevens	Focus ¹	Gegeven door ¹	Database
11	Meerdanliefde.nl	Stichting Isisz	2010	meerdanliefde.nl	Website	Ja	Preventie/ signalering/ aanpak/ nazorg	Ouders/ begeleiders/ docenten	geen
12	Praten over seks	Paulien van Doorn/ Garant	2008	maklu.be	Handleiding + werkboek	Ja	Preventie/ signalering	Ouders/ begeleiders/ docenten	geen
13	Praten over seks dvd voor begeleiders	Carante Groep	2010	carantegroep.nl	Handleiding + dvd	Ja	Preventie/ aanpak	Begeleiders	geen
14	The Emotion Game	Edu-desk	2004	edu-desk.nl	Spel	Ja	Preventie/ signalering/ aanpak/ nazorg	Ouders/ begeleiders/ docenten	geen
15	Training seksualiteit en intimiteit	GGZ Aventurijn, afdeling Wier	2003	altrecht.nl	Cursus	Ja	Preventie/ aanpak	Ontwikkelaars zelf	geen
16	Vrienden en Vrijers	Bureau Edubooks & Training	2009	vriendenenvrijers.nl	Spel	Ja	Preventie/ signalering/ aanpak/ nazorg	Begeleiders/ docenten	geen
17	Vriendschap, Verkering, Vrijers & Kinderwens	MEE Oost- Gelderland	1995	mee-og.nl	Cursus	Ja	Preventie	Consulent	Movisie
18	Hallo IK. Wie ben ik, Wat wil ik en Wat kan ik. Seksuele beleving bij gehandicapten	Uitgeverij Acco	2010	acco.be	Handleiding	Nee	Preventie	Ouders/ begeleiders/ docenten	geen
19	Samen misbruik de baas	Movisie	2008	movisie.nl	Cursus	Nee	Nazorg	Begeleiders	geen
20	Seks@relaties.kom	EPO	2005	epo.be	Handleiding + dvd	Nee	Preventie	Ouders/ begeleiders/ docenten	geen

¹ aangegeven door ontwikkelaar of afgeleid van informatie op de website

² beschrijving in de database is niet specifiek voor het materiaal gericht op het praktijkonderwijs

³ momenteel niet verkrijgbaar, nieuw materiaal is in ontwikkeling.

Kwaliteit van de programma's

De tweede stap in de inventarisatie richt zich op de kwaliteit van de materialen die in stap 1 geïdentificeerd zijn. Vanwege de geringe informatie die online te vinden is, zijn de ontwikkelaars benaderd en gevraagd om een vragenlijst in te vullen. De vragen hadden onder andere betrekking op het ontwikkelingsproces en de inhoud van het materiaal. De twintig ontwikkelaars van de twintig verschillende programma's of materialen kregen de vragenlijst toegestuurd. Door de ontwikkelaars van zeventien van deze programma's en materialen is de vragenlijst ingevuld (juli-oktober 2014). In januari 2015 is aan de ontwikkelaars, die de vragenlijst hebben ingevuld, gevraagd om feedback te geven op de gegevens van hun programma in Tabel 1 en Appendix A. Ontwikkelaars van 12 programma hebben gebruik gemaakt van deze mogelijkheid.

De vragenlijst is gebaseerd op de stappen uit het Intervention Mapping protocol en de gestelde vragen uit het onderzoek van Schaafsma e.a. (2013). De inhoud van de vragen wordt besproken aan de hand van de criteria voor 'Goed onderbouwd' en 'Effectief' van het Centrum Gezond Leven (www.loketgezondleven.nl).

Belangrijk voor de kwaliteit van de seksuele voorlichtingsmaterialen is dat deze systematisch zijn ontwikkeld met een goede empirische en theoretische onderbouwing. Deze manier van werken stelt ontwikkelaars in staat om de best mogelijke keuzes te maken tijdens de ontwikkeling van het programma of materiaal. Tevens wordt het ontwikkelingsproces en de inhoud van een programma transparant en overzichtelijk. Bij de ontwikkeling van een voorlichtingsprogramma moet een duidelijk verband zichtbaar zijn tussen de probleemanalyse, de doelen van het programma, de methodes voor het bereiken van de doelen, en een antwoord op de vraag hoe met deze methodes de gestelde doelen bereikt kunnen worden (Bartholomew e.a., 2011).

Bevindingen

Het Centrum Gezond Leven kan twee beoordelingen geven aan een programma, namelijk “Goed onderbouwd” of “Effectief”. Voor de beoordeling “Goed onderbouwd” moeten programma’s voldoen aan twee soorten criteria, die voor een goede beschrijving van het programma en die voor een (theoretische) onderbouwing van het programma. De antwoorden van de ontwikkelaars op de gestelde vragen met betrekking tot de inhoud en ontwikkeling van hun programma of materiaal zijn te vinden in Appendix A. Een samenvatting van de bevindingen voor de programma’s of materialen afzonderlijk is weergegeven in Tabel 2. Successievelijk worden de bevindingen besproken met betrekking tot de beschrijving van het probleem, de betrokken doelgroepen en relevantie hiervan, de programma doelen, de inhoud van het programma of materialen, de implementatie en de effectiviteit van een programma.

Beschrijving probleem

De beschrijving en analyse van het probleem vormt de basis bij het ontwikkelen van een interventie. Om een effectieve interventie te kunnen ontwikkelen moet de ontwikkelaar eerst het probleem goed in kaart brengen in het kader van een specifieke doelgroep in een specifieke context (Bartholomew e.a., 2011, p.171). Een probleemanalyse hoort inzicht te geven in de omvang van het probleem (bijv. seksueel misbruik, Soa’s of eenzaamheid), de gedragingen die leiden tot deze problemen (bijv. geen grenzen kunnen aangeven, onveilig vrijen of op onjuiste wijze op zoek gaan naar een relatie) en de factoren of determinanten die leiden tot deze ongezonde gedragingen (bijv. gebrek aan kennis over wensen en grenzen, denken dat condooms niet belangrijk zijn of een gebrek aan sociale vaardigheden). Deze problemen kunnen hun oorzaak hebben in het individu, maar ook in de omgeving zitten.

Van zeven programma’s benoemen de ontwikkelaars een probleem of probleemgedrag, waaronder loverboy problematiek, seksueel overschrijdend gedrag, ongewenste zwangerschap en onveilig vrijen. Zes ontwikkelaars geven gedeeltelijk een antwoord op deze vraag en vier ontwikkelaars benoemen geen specifiek probleem of probleemgedrag.

Doelgroep

Om te voldoen aan de criteria voor “Goed onderbouwd” moet de doelgroep van de interventie helder zijn beschreven aan de hand van relevante kenmerken. Daarbij moeten ook eventuele exclusie criteria of contra-indicaties vermeld worden.

De primaire doelgroep is vaak mensen of, meer specifiek, jongeren met een (licht) verstandelijke beperking. Zes ontwikkelaars geven aan dat het programma bestemd is voor mensen met een licht verstandelijke beperking is (3, 4, 5, 7, 15 & 17)¹, twee dat het geschikt is voor mensen met een licht tot matig verstandelijke beperking (8 & 12). De overige de ontwikkelaars geven geen niveau aanduiding aan, slechts een mededeling dat het programma voor mensen met een verstandelijke beperking bestemd is. Geen van de programma’s of materialen is gemaakt/geschikt voor het niveau

¹ Nummers verwijzen naar de nummers van de programma’s en materialen in Tabel 2.

ernstig verstandelijke beperking of lager. Voor enkele programma's wordt een specifieke groep benoemd, zoals plegers of slachtoffers van seksueel misbruik met een verstandelijke beperking (1) of eerste- en tweedejaars leerlingen in het praktijkonderwijs (5 & 7). Secundaire doelgroepen zijn vaak de personen die voorlichting geven, zoals begeleiders, ouders en leerkrachten. Meer details worden niet gegeven.

Betrokkenheid relevante doelgroepen

Drie valkuilen die vaak voorkomen bij het ontwikkelen van een interventie zijn: het kiezen van verkeerde doelstellingen, het kiezen van methodes die niet aansluiten bij de doelgroep of een mislukte implementatie. Deze fouten kunnen voorkomen worden door de juiste mensen vanaf het begin te betrekken bij de ontwikkeling van de interventie (Kok, 2014). Het betrekken van mensen uit relevante doelgroepen vergroot de kans dat een interventie effectief is.

Tien ontwikkelaars geven aan mensen met een verstandelijke beperking betrokken te hebben bij de ontwikkeling van het programma of materiaal (4-9, 11, 12, 14 & 15). Dit hebben ze gedaan door bijvoorbeeld interviews of focusgroepen met de mensen zelf te houden. Bij twee programma's geven de ontwikkelaars aan tijdens de cursus zelf deelnemers om feedback te hebben gevraagd en daarop zijn aanpassingen aan het programma gebaseerd (15 & 17). Vijf ontwikkelaars geven aan tijdens het ontwikkelingsproces niemand van de doelgroep betrokken te hebben (1-3, 10 & 13).

Op de vraag of de ontwikkelaars andere experts hebben geraadpleegd geven twaalf ontwikkelaars aan dit gedaan te hebben (2, 4-9, 12 & 15-17). Experts die genoemd worden zijn onder andere gedragskundigen, begeleiders, docenten, interventieontwikkelaars, seksuologen en ouders.

Programma doelen

Aan de ontwikkelaars is gevraagd of hun programma of materiaal gefocust is op preventie, signalering, nazorg of behandeling. Alle programma's, met uitzondering van één programma (1), zijn gericht op preventie. Zeven programma's en materialen zijn primair gericht op preventie (2-7 & 17). De overige tien ontwikkelaars geven aan zich op twee of meer gebieden te focussen.

Doelen moeten SMART (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden) geformuleerd worden om in aanmerking te komen voor een erkenning door het Centrum Gezond Leven. Daarnaast worden bij Intervention Mapping vier niveaus' van doelen onderscheiden: algemene gezondheidsuitkomsten (bijv. seksueel misbruik verminderen), algemene gedragsdoelen (bijv. individu vertoont zelfbeschermingsgedrag), subgedragingen (bijv. individu zegt nee, loopt weg en meldt incident) en factoren of determinanten die het gedrag bepalen (bijv. kennis over welke stappen er gezet moeten worden). Deze doelen zijn aan elkaar gerelateerd en alle vier essentieel bij het ontwikkelen van een effectieve interventie gericht op verbetering van de kwaliteit van leven van mensen met een verstandelijke beperking (Bartholomew e.a., 2011, p.239). Eén ontwikkelaar voldoet aan het criterium van doelen die SMART geformuleerd zijn (7). Eén ontwikkelaar heeft doelen geformuleerd op alle vier de niveaus (5). Vier ontwikkelaars noemden doelen op algemeen niveau, gedragsniveau en determinantenniveau (7, 8, 10 & 15). De meeste ontwikkelaars formuleren doelen op slechts 1 of 2 niveaus. Eén van de ontwikkelaars linkt de verschillende niveaus van doelen

Tabel 2. Samenvatting van de bevindingen weergegeven per programma of materiaal.

#	Naam	Probleem duidelijk?	Formulering doelen	Zijn methodes gekoppeld aan doelen?	Zijn methodes gebaseerd op wetenschappelijke kennis?	Wordt duidelijk beschreven waarom de methodes effectief zijn in het bereiken van de doelen?	Zijn experts geraadpleegd?	Is de doelgroep geraadpleegd?	Is er rekening gehouden met de uitvoerder?	Proces evaluatie	Effect evaluatie	Goed onderbouwd? ¹
1	Baas van het gesprek	Nee	Niet SMART	Nee	Niet duidelijk	In beperkte mate	Nee	Nee	Gedeeltelijk	Nee	Nee	Nee
2	Basistraining seksualiteit voor professionals en training omgaan met seksueel overschrijdend gedrag	Gedeeltelijk	Niet SMART	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee
3	Beware of Loverboys	Ja	Niet SMART	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee
4	Hoezo, 'lover'boys?	Gedeeltelijk	Niet SMART	Nee	Nee	In beperkte mate	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
5	Je Lijf, Je Lief!	Ja	Niet SMART	Ja	Gedeeltelijk	Nee	Ja	Ja	Ja	Kleinschalig	Nee	Misschien
6	Kriebels in je buik	Nee	Niet SMART	Nee	Nee	In beperkte mate	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
7	Lang Leve de Liefde	Ja	SMART	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Misschien
8	Leerbaar & weerbaar	Gedeeltelijk	Niet SMART	Nee	Gedeeltelijk	Nee	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
9	Lief, Lijf & Leven	Nee	Niet SMART	Nee	Niet duidelijk	Nee	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
10	Mag ik van jou?	Ja	Niet SMART	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Gedeeltelijk	Nee	Nee	Nee
11	Meerdanliefde.nl	Ja	Niet SMART	Nee	Niet duidelijk	In beperkte mate	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
12	Praten over seks	Gedeeltelijk	Niet SMART	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee

#	Naam	Probleem duidelijk?	Formulering doelen	Zijn methodes gekoppeld aan doelen?	Zijn methodes gebaseerd op wetenschappelijke kennis?	Wordt duidelijk beschreven waarom de methodes effectief zijn in het bereiken van de doelen?	Zijn experts geraadpleegd?	Is de doelgroep geraadpleegd?	Is er rekening gehouden met de uitvoerder?	Proces evaluatie	Effect evaluatie	Goed onderbouwd? ¹
13	Praten over seks, een DVD voor begeleiders	Gedeeltelijk	Niet SMART	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Gedeeltelijk	Nee	Nee	Nee
14	The Emotion Game	Ja	Niet SMART	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
15	Training seksualiteit en intimiteit	Gedeeltelijk	Niet SMART	Nee	Nee	Nee	Ja	Gedeeltelijk	n.v.t.	Nee	Nee	Nee
16	Vrienden en Vrijers	Nee	Niet SMART	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
17	Vriendschap, Verkering, Vrijen en Kinderwens	Ja	Niet SMART	Nee	Niet duidelijk	Nee	Ja	Gedeeltelijk	Ja	Nee	Nee	Nee

¹ Betreft een inschatting of het programma of materiaal in aanmerking komt voor een erkenningsniveau "Goed onderbouwd".

aan elkaar (7). De rest van de ontwikkelaars geven niet (duidelijk) aan hoe de doelen aan elkaar gelinkt zijn.

Inhoud van het programma of materiaal

De inhoud van een programma of materiaal dient zo volledig mogelijk beschreven te worden aan de hand van concrete activiteiten. De doelstellingen van het programma of materiaal moeten in de beschrijving gelinkt zijn aan deze concrete activiteiten. Om de kans te vergroten dat het programma of materiaal effectief is, is het belangrijk om deze concrete activiteiten zoveel mogelijk te baseren op bestaande wetenschappelijke kennis en theorieën.

Twee ontwikkelaars van programma's benoemen concreet welke methodes bij welke doelen horen (5 & 7). De andere ontwikkelaars geven geen heldere beschrijving over hoe de methodes zijn gekoppeld aan de doelen.

Eén ontwikkelaar geeft een duidelijke beschrijving over waarom methodes waarschijnlijk effectief zijn in het bereiken van de daaraan gekoppelde doelen (7). Vier ontwikkelaars leggen in beperkte mate uit waarom zij denken dat de methodes effectief zijn in het behalen van de doelen (1, 4, 6 & 11). De overige twaalf ontwikkelaars geven geen heldere beschrijving.

Op de vraag op welke bestaande kennis de methodes zijn gebaseerd geeft één ontwikkelaar aan deze op wetenschappelijke kennis en theorieën gebaseerd te hebben (7). Uit de antwoorden van twee ontwikkelaars (5 & 8) lijkt dat het programma of materiaal iets van empirie of theorie erin heeft zitten, maar details ontbreken. Van vier programma en materialen wordt niet duidelijk waarop het gebaseerd is (1, 9, 11 & 17). De rest van de ontwikkelaars geven aan dat het programma of materiaal gebaseerd is op praktijkervaring of ervaring van deskundigen.

Implementatie

Aan de ontwikkelaars is gevraagd voor wie het programma is bedoeld c.q. wie het uit moet voeren. Vier programma's zijn voor ouders, begeleiders en docenten (10, 11, 12 en 14). Drie programma's zijn bedoeld om door de ontwikkelaars zelf uit te worden gevoerd (4, 6 & 15). Twee programma's zijn specifiek voor docenten (5 & 7). Twee programma's zijn voor ouders en begeleiders (8 & 9). Twee programma's zijn voor begeleiders en docenten (3 & 16). Eén programma is specifiek voor consultants (17). Eén programma is specifiek voor begeleiders (13). Eén programma is specifiek voor zorgprofessionals (2). Eén programma is specifiek opgezet voor gebruik door orthopedagogen of psychologen (1).

De ontwikkelaars is ook gevraagd in hoeverre rekening wordt gehouden met de uitvoerders van het programma. Tien ontwikkelaars geven aan dat een handleiding beschikbaar is (1-3, 7-9, 12, 14, 16 & 17). Zes ontwikkelaars geven aan dat een cursus, training of workshop gevolgd kan worden (2, 5, 7, 8, 12 & 17). Drie ontwikkelaars geven zelf de cursus (4, 6 & 15). Twee ontwikkelaars geven aan dat training niet nodig is (11) of dat het materiaal laagdrempelig is (13).

Effectiviteit

Voor de beoordeling van de effectiviteit van een interventie wordt door het Centrum Gezond Leven een onderscheid in drie niveaus van effectiviteit gemaakt en wel (1) eerste aanwijzingen voor effectiviteit, (2) goede aanwijzingen voor effectiviteit en (3) sterke aanwijzingen voor effectiviteit. Om in aanmerking te komen voor beoordeling van effectiviteit moet tenminste één onderzoek gedaan zijn met een voor- en nameting.

Bij geen van de programma's zijn aanwijzingen gevonden dat een effectevaluatie is uitgevoerd. Wel is bij één programma op kleine schaal een procesevaluatie gedaan (5). Samenvattend is van geen van de geïnventariseerde programma's bekend of het programma of het materiaal effectief is c.q. of de beoogde doelen worden behaald.

Goed onderbouwd

Afgaand op de beschrijvingen van de ontwikkelaars zijn er twee programma's die wellicht in aanmerking komen voor het erkenningniveau "goed onderbouwd" (5 & 7). Uiteraard beslissen de verschillende commissies van de databanken of deze twee programma's hier echt voor in aanmerking komen.

Discussie

Probleemanalyse

Probleemomschrijvingen en analyses door de ontwikkelaars van voorlichtingsprogramma's over seksualiteit bij mensen met een verstandelijke beperking zijn van onvoldoende kwaliteit en schieten vanuit wetenschappelijk oogpunt tekort. Immers, bij het ontbreken van een zorgvuldige omschrijving en analyse van het probleem is het lastig, zo niet onmogelijk, te bepalen hoe een gesignaleerd probleem op het gebied van seksualiteit bij mensen met een verstandelijke beperking effectief aangepakt kan worden (Bartholomew e.a., 2011). Opmerkelijk is ook dat op de vraag welk probleem of probleemgedrag binnen een programma wordt aangepakt, bij het antwoord vaak alleen factoren worden genoemd die een probleem zouden kunnen veroorzaken. Het probleem zelf wordt niet expliciet gedefinieerd. Als bijvoorbeeld gezegd wordt dat de doelgroep over te weinig seksuele kennis beschikt, dan kan dit een factor zijn die een probleem, bijvoorbeeld kwetsbaarheid voor misbruik, veroorzaakt. Echter gebrek aan seksuele kennis is niet een probleem op zich. Kortom het is belangrijk om eerst het probleem goed in kaart te brengen en te duiden alvorens na te denken over de doelstellingen van een interventie (Bartholomew, e.a. 2011). Bij veel van de geïnventariseerde programma's is dit een manco.

Focus

Programma's kunnen gericht zijn op één of meer onderdelen in de keten: preventie, signalering, aanpak en nazorg. De ontwikkelaars geven op één na aan dat hun programma's gericht zijn op preventie. Tien van de zeventien ontwikkelaars geven aan dat hun programma of materiaal gericht is op twee of meer onderdelen. Het ontbreken van een gedegen probleemanalyse verkleint de kans aanzienlijk dat programma's op meerdere gebieden succesvol zijn.

Doelgroep

De mate van een verstandelijke beperking kan variëren. Wat betreft de doelgroepen blijken negen ontwikkelaars geen onderscheid te maken in de mate van ernst van de verstandelijke beperking. Acht ontwikkelaars geven aan dat het materiaal geschikt is voor mensen met een lichte verstandelijke beperking. Twee ontwikkelaars daarvan geven aan dat het ook geschikt is voor mensen met een matige verstandelijke beperking. Voor geen van de programma's en materialen wordt aangegeven dat het geschikt is voor mensen met een ernstige verstandelijke beperking.

Programma doelen

Uit de beschrijving van de doelen bij de geïnventariseerde programma's, blijkt dat deze vaak erg breed en niet SMART geformuleerd zijn. Bij interventieontwikkeling worden vier soorten doelen onderscheiden: algemene gezondheidsuitkomsten (bijv. seksueel misbruik verminderen), algemene gedragsdoelen (bijv. individu vertoont zelfbeschermingsgedrag), subdoelen (bijv. individu zegt nee, loopt weg en meldt incident) en determinanten/ factoren die het gedrag bepalen (bijv. kennis over welke stappen gezet moeten worden). Deze doelen zijn aan elkaar gerelateerd en zijn alle vier essentieel bij het ontwikkelen van een effectieve interventie voor het verbeteren van de kwaliteit

van leven van mensen met verstandelijke beperkingen (Barthomolew e.a., 2011, p.461). Opvallend is dat er maar één programma is met doelen, die op alle niveaus zijn geformuleerd (5). Programma ontwikkelaars dienen zich af te vragen “Wat moet mijn doelgroep precies doen om de gezonde uitkomst te bereiken”. In het geval van seksualiteit kan dit bijvoorbeeld zijn “Wat voor een gedrag moet iemand met een verstandelijke beperking laten zien om minder kwetsbaar te zijn voor seksueel misbruik?”. Pas daarna kan men gaan denken over wat iemand dient te weten en over welke vaardigheden iemand moet beschikken om dit gedrag te kunnen uitvoeren. De inventarisatie laat zien dat deze links in de meeste beschrijvingen van de programma’s ontbreken. Slechts één ontwikkelaar van een programma linkt de verschillende niveaus van doelen aan elkaar (7).

Methodes en strategieën

Voor het selecteren van methodes en strategieën voor het bereiken van de beoogde doelen met de interventie is het belangrijk om deze zoveel mogelijk op bestaande wetenschappelijke kennis en theorieën te baseren (Bartholomew e.a., 2011, p.25). Eén ontwikkelaar legt uit dat er gebruik is gemaakt van wetenschappelijke kennis en theorie. Bij de andere beschrijvingen wordt het niet duidelijk waarom gekozen is voor een bepaalde methode of strategie en in hoeverre deze gekoppeld zijn aan de gestelde doelen. Dit is in de praktijk ook een erg ingewikkelde stap. Hiervoor is expertise en ervaring nodig op het gebied van theorieën rondom gedragsverklaring en gedragsverandering. Schaafsma en anderen (2014b) toonden aan dat bij studies over seksuele voorlichting voor mensen met verstandelijke beperkingen gedetailleerde beschrijvingen ontbraken over gebruikte methodes om bijvoorbeeld kennis te vergroten. Ook werd geen informatie gegeven over theoretische onderbouwingen. Kennis over geschikte theoretische methodes voor gedragsverandering is voornamelijk gebaseerd op studies bij niet-verstandelijke beperkte populaties (Bartholomew e.a., 2011, p.309). Er valt derhalve veel winst te behalen bij de ontwikkeling van effectieve methodes voor het geven van seksuele voorlichting aan mensen met verstandelijke beperkingen. Deze stroomversnelling kan gerealiseerd worden indien programma ontwikkelaars gebruik van maken van reeds bestaande kennis en inzichten. Het vertalen en toespitsen van deze kennis naar seksuele voorlichtingsprogramma’s voor mensen met een verstandelijke beperking is een uitdaging.

Betrokkenheid doelgroepen

Bij tien programma’s zijn relevante groepen, zoals mensen met een verstandelijke beperking, ouders, zorgprofessionals of onderzoekers geraadpleegd of betrokken bij de ontwikkeling van het materiaal. Dit is belangrijk voor het succes van een interventie. Zij verschaffen niet alleen belangrijke informatie voor bijvoorbeeld een probleemanalyse, maar kunnen ook aangeven of onderdelen van een interventie wel of niet haalbaar zijn in de praktijk.

Uitvoerders

Acht ontwikkelaars geven aan dat het programma of materiaal geschikt is voor twee of drie van de volgende groepen: ouders, begeleiders, docenten. Deze drie doelgroepen kunnen fors op het gebied van vaardigheden, attitudes, context en kennis verschillen. Tenzij expliciet duidelijk wordt aangegeven hoe het materiaal rekening houdt met deze verschillen, is het onwaarschijnlijk dat een programma of materiaal tegelijkertijd geschikt is voor twee of drie van deze groepen. Het ontbreken

van een gedegen probleemanalyse bij programma's die gericht zijn op een combinatie van preventie, signalering, aanpak of nazorg, is hier mede debet aan.

Evaluatie

Geen van de materialen is geëvalueerd of voldoende geëvalueerd op proces- en effectniveau. Dit roept de vraag op of het zinvol is de programma's en materialen in hun huidige staat te evalueren. Door onvoldoende analyses en beschrijvingen van het probleem en door de niet SMART geformuleerde doelstellingen is het nagenoeg onmogelijk om de effecten op de seksuele gezondheid van mensen met een verstandelijke beperking direct of indirect (door verandering op gedrags- of determinatenniveau) te meten. Voor een proces- of effectevaluatie moeten op zijn minst de doelen SMART doelen geformuleerd zijn en gespecificeerd naar de vier verschillende niveaus van doelen.

Erkenningsniveau

Op basis van de criteria bij de verschillende erkenningsniveaus van het Centrum Gezond Leven, zijn er twee programma's die wellicht in aanmerking komen voor het niveau "goed onderbouwd". Uiteraard is hier wel meer informatie voor nodig en beslist de erkenningscommissie hierover.

Onderwijs

Voor de situatie met betrekking tot het onderwijs kan geconstateerd worden dat er twee programma's ontwikkeld en beschikbaar zijn voor het praktijkonderwijs (5 & 7). Programma's die ontwikkeld zijn voor het praktijkonderwijs zijn niet per definitie geschikt voor andere vormen van onderwijs zoals het Speciaal Voortgezet Onderwijs.

Samenvattend is de conclusie dat seksualiteit, seksuele gezondheid en seksuele voorlichting in relatie tot verstandelijke handicap een belangrijk onderwerp is. Dit onderwerp is veelal onderbelicht. Er zijn professionals die veel tijd en moeite stoppen in het ontwikkelen van materiaal om problemen op het gebied van seksualiteit te verminderen. Maar er valt nog veel te verbeteren in de ontwikkeling van seksueel voorlichtingsmateriaal voor mensen met een verstandelijke beperking. Met name in het gebruik van reeds beschikbare kennis en inzichten, die (nog) niet zijn afgestemd op deze specifieke groep.

Conclusies

- Er zijn twintig programma's en materialen geïdentificeerd.
- De gegeven probleemomschrijvingen en analyses zijn van onvoldoende kwaliteit.
- De meeste programma's richten zich op meerdere onderdelen in de keten (preventie/ signalering/ behandeling/ nazorg); het is onwaarschijnlijk dat een programma op meerdere gebieden succesvol is, gezien de beperkte probleemanalyse.
- De doelen van de materialen zijn veelal breed en niet SMART geformuleerd.
- Het wordt uit de gegeven beschrijvingen niet duidelijk waarom ontwikkelaars kiezen voor een bepaalde methode.
- Relevante doelgroepen, zoals mensen met een verstandelijke beperking of ouders, worden door de meeste ontwikkelaars betrokken bij de ontwikkeling. Dit is erg belangrijk voor het succes van een interventie.
- Acht ontwikkelaars geven aan dat het materiaal geschikt is voor meerdere groepen uitvoerders (ouders, begeleiders en/of docenten). Gezien de verschillen tussen deze groepen en de beperkte probleemanalyse is het onwaarschijnlijk dat het materiaal geschikt is voor alle aangegeven groepen.
- Een theoretische en empirische basis ontbreekt in de meeste programma's en materialen.
- Op geen van de materialen is een goede proces- en/of effectevaluatie uitgevoerd.
- Er zijn geen programma's specifiek voor het Speciaal Voortgezet Onderwijs (VSO) geïdentificeerd.

Advies

Wat moet er veranderen aan de ontwikkeling van de materialen?

Twintig seksuele voorlichtingsprogramma's en materialen zijn in deze inventarisatie naar voren gekomen. . Uit de resultaten van de door de ontwikkelaars ingevulde vragenlijst blijkt dat veel te verbeteren valt aan de ontwikkeling van seksueel voorlichtingsmateriaal voor mensen met verstandelijke beperkingen. Deze verbeterpunten hebben betrekking op het uitvoeren van een gedegen probleemanalyse, de formulering van specifieke doelen, het gebruik van empirie en theorie, duidelijk beschrijvingen van de werkzame elementen in het materiaal (methodes), de implementatie, de evaluatie en op participatie van relevante (doel)groepen.

Allereerst is belangrijk dat duidelijk wordt gemaakt op welk probleem of probleemgedrag het materiaal gericht is. Gaat de aandacht uit naar het verminderen van seksueel misbruik, het verbeteren van relatievorming, het tegengaan van ongeplande zwangerschappen of het verminderen van soa/hiv infecties? Vervolgens is het van belang dat er een gedegen analyse wordt gedaan van het probleem of probleemgedrag bij een zo specifiek mogelijk geformuleerde doelgroep en context. Immers hoe duidelijker het is om wie het gaat en in welke context, hoe beter de interventie daarop aangepast kan worden. Bij de probleemanalyse wordt in kaart gebracht welke gedragingen leiden tot het genoemde probleem en welke factoren bij de persoon in kwestie en factoren in de omgeving leiden tot deze gedragingen. Zo resulteert bijvoorbeeld het gedrag onveilig vrijen tot het probleem soa/hiv infecties. Factoren die leiden tot onveilig vrijen kunnen zijn een gebrek aan kennis over condooms bij de persoon in kwestie, maar ook bijvoorbeeld een negatieve houding ten opzichte van seksuele relaties bij ouders kan bijdragen aan onveilig vrijgedrag.

Het niveau van de verstandelijke beperking werd veelal niet gespecificeerd. Waar dit wel het geval was gaat het met name om mensen met een lichte tot matig verstandelijke beperking. Geen van de programma's en materialen is gericht op mensen met een meer ernstig verstandelijke beperking.

Pas als duidelijk in kaart wordt gebracht wat het probleem is, wie de doelgroep is en welke factoren bijdragen aan het probleem kan nagedacht worden over doelstellingen van een interventie of voorlichtingsprogramma. Bij het formuleren van de doelen is het essentieel dat doelen geformuleerd worden die specifiek (SMART) zijn en zich bevinden op het niveau van algemene uitkomsten (bijv. verminderen van soa/hiv infectie), gedragingen (bijv. met condoom vrijen), sub gedragingen (bijv. condoom kopen, condoom bij je hebben, condoom op juiste manier gebruik) en op determinantenniveau (bijv. kennis over condoomgebruik, vaardigheden om een condoom te gebruiken). Deze doelen vormen ook een belangrijke basis voor de evaluatie van het programma of materiaal.

De resultaten van de inventarisatie laten zien dat de meeste ontwikkelaars geen gebruik maken van wetenschappelijke kennis over het onderwerp en theorieën over gedragsverandering. De meeste programma's en materialen zijn alleen gebaseerd op praktijkkennis. Om de kans te vergroten dat het programma of materiaal effectief is in het bereiken van de doelen is het essentieel om naast ervaring uit de praktijk ook gebruik te maken van bestaande wetenschappelijke kennis en theorieën over gedragsverandering. Ook is het belangrijk om theoretische methodes en praktische

toepassingen in detail te beschrijven, inclusief de voorwaarden die aan de methode gesteld worden. Dit maakt programma's beter geschikt voor evaluatie (Schaafsma e.a., 2014b).

De antwoorden van de ontwikkelaars op de vraag waarom zij denken dat de methodes effectief zijn in het behalen van de door hun gestelde doelen bleven onder de maat. Een precieze beschrijving van wat er precies in het programma wordt gedaan (methodes), een uitleg daarbij over waarom dit werkt (empirie/ theorie) en op welke wijze het behalen van specifieke doelen gerealiseerd wordt is zeer relevant. Het geeft niet alleen inzicht in de vraag waarom het programma of materiaal op deze manier is vormgegeven, maar het maakt het programma ook evalueerbaar.

Het blijkt verder, met uitzondering van een kleinschalige procesevaluatie naar één programma, dat bij geen van de programma's een procesevaluatie of effectevaluatie heeft plaatsgevonden. In het Intervention Mapping protocol wordt vanaf het begin al geanticipeerd op de implementatie en evaluatie van het programma. Voor het programma van start kan gaan moet er al een implementatie en evaluatieplan klaar liggen. Het is van belang dat ontwikkelaars hiermee vanaf het begin van de ontwikkeling van een programma rekening houden en daarover nadenken.

Valkuilen die vaak voorkomen bij het ontwikkelen van een interventie zijn: het kiezen van verkeerde doelstellingen, het kiezen van methodes die niet aansluiten bij de doelgroep of een mislukte implementatie. Foute keuzes kunnen voorkomen worden door de juiste mensen vanaf het begin te betrekken bij de ontwikkeling van de interventie (Kok, 2014). Het betrekken van mensen uit relevante doelgroepen vergroot de kans dat een interventie effectief is. Dit zijn mensen uit de doelgroep (mensen met verstandelijke beperkingen), mensen die het programma moeten uitvoeren (ouders, begeleiders of docenten) en mensen die beslissen of een voorlichtingsprogramma wordt aangeschaft (bijv. schooldirecteur). Uit de resultaten van het inventarisatie onderzoek blijkt dat een groot deel van de ontwikkelaars de doelgroep of andere relevante groepen raadpleegt bij het ontwikkelen van het programma of materiaal. Slechts enkele ontwikkelaars hebben dit niet gedaan. Dit is positief. Toch is op dit gebied nog verbetering mogelijk. Om duidelijk te krijgen welke personen belangrijk zijn om bij het ontwikkelen van een voorlichtingsprogramma te betrekken is eerst het maken van een gedegen probleemanalyse van belang. Daarna moet er aandacht zijn voor wat de doelstellingen van het programma zijn en voor wie betrokken zijn bij de aanschaf en uitvoering van een programma. Pas dan wordt inzichtelijk welke groepen belangrijk zijn voor het succes van het programma. Vervolgens is het besluit aan de orde op welke wijze deze groepen het best betrokken kunnen worden bij de ontwikkeling van het programma.

Hoe zijn de verbeterpunten te realiseren?

Er zijn verschillende manieren voor het realiseren van de aanbevolen verbeterpunten. Belangrijk is dat mensen, die zich bezig houden met het ontwikkelen van seksueel voorlichtingsmateriaal voor mensen met verstandelijke beperkingen geschoold worden in hoe dit te doen op een systematische manier en gebaseerd op empirie en theorie. Ook is van wezenlijk belang het stimuleren van samenwerking tussen onderzoekers met kennis over gedragsverandering en interventieontwikkeling, de praktijkwerkers, en de groepen waar de programma's voor bedoeld zijn, met name mensen met verstandelijke beperkingen.

Vindbaarheid van goede interventies

Goed beschreven systematisch ontwikkelde interventies, die op empirie en theorie gebaseerd zijn moeten eenvoudig vindbaar en toegankelijk zijn. Dit kan door aanmelding van de interventies bij databanken voor effectieve interventies, zoals die van het Loket Gezond Leven of het Nederlands Jeugd Instituut. Dan is het voor ouders, mensen met verstandelijke beperkingen zelf en zorgprofessionals meteen duidelijk of er materialen zijn op het gebied van seksuele voorlichting voor mensen met een verstandelijke beperking, wat de inhoud is van deze programma's en wat de kwaliteit ervan is. Er bestaan op dit moment websites zoals www.begrensdiefde.nl die wel een overzicht geven van welke materialen beschikbaar zijn, maar informatie over de precieze inhoud en kwaliteit van de programma's en materialen ontbreekt. Voor ouders en zorgprofessionals is het nuttig om makkelijk programma's en materialen te kunnen vergelijken op basis van: kwaliteit van het materiaal (erkenningniveau Centrum Gezond Leven), doel (preventie, signalering, aanpak of nazorg), doelgroep (licht/ matig), uitvoering (ouders/ begeleiders/ docenten), prijs en links naar een uitgebreidere beschrijving van de interventie.

Referenties

- Abbott, D., & Burns, J. (2007). What's love got to do with it?: Experiences of lesbian, gay, and bisexual people with intellectual disabilities in the United Kingdom and views of the staff who support them. *Sexuality Research & Social Policy: A Journal of the NSRC*, 4, 27-39.
- Abbott, D., & Howarth, J. (2007). Still off-limits? Staff views on supporting gay, lesbian and bisexual people with intellectual disabilities to develop sexual and intimate relationships? *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 116-126.
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G., Gottlieb, N. H., & Fernández, M. E. (2011). *Planning health promotion programs: An intervention mapping approach (3rd Ed.)*. San Francisco, CA US: Jossey-Bass.
- Bernert, D. J., & Ogletree, R. J. (2013). Women with intellectual disabilities talk about their perceptions of sex. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57, 240-249.
- Bruder, C., & Kroese, B. S. (2005). The efficacy of interventions designed to prevent and protect people with intellectual disabilities from sexual abuse: a review of the literature. *The Journal of Adult Protection*, 7, 13-27.
- Cambridge, P., Carnaby, S., & McCarthy, M. (2003). Responding to masturbation in supporting sexuality and challenging behaviour in services for people with learning disabilities: A practice and research overview. *Journal of Learning Disabilities*, 7, 251-266.
- Christian, L., Stinson, J., & Dotson, L. A. (2001). Staff values regarding the sexual expression of women with developmental disabilities. *Sexuality and Disability*, 19, 283-291.
- Cuskelly, M., & Bryde, R. (2004). Attitudes towards the sexuality of adults with an intellectual disability: Parents, support staff, and a community sample. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 29, 255-264.
- De Bruijn, J., Buntinx, W., & Twint, B. (2014). *Verstandelijke beperking: Definitie en context*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Egemo-Helm, K. R., Miltenberger, R. G., Knudson, P., Finstrom, N., Jostad, C., & Johnson, B. (2007). An evaluation of in situ training to teach sexual abuse prevention skills to women with mental retardation. *Behavioral Interventions*, 22, 99-119.
- Fitzgerald, C., & Withers, P. (2011). 'I don't know what a proper woman means': what women with intellectual disabilities think about sex, sexuality and themselves. *British Journal of Learning Disabilities*, 41, 5-12.
- Goenee, M., Van de Walle, R., & Van Berlo, W. (2012). *Interventies voor preventie, signalering en behandeling van seksueel geweld bij mensen met een beperking: Inventarisatie van aanbod en kwaliteit*. Utrecht: Rutgers WPF.
- Hayashi, M., Arakida, M., & Ohashi, K. (2011). The effectiveness of a sex education program facilitating social skills for people with intellectual disability in Japan. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 36, 11-19.
- Healy, E., McGuire, B. E., Evans, D. S., & Carley, S. N. (2009). Sexuality and personal relationships for people with an intellectual disability. Part I: Service-user perspectives. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53, 905-912.
- Howard-Barr, E. M., Rienzo, B. A., Pigg, R. M., & James, D. (2005). Teacher beliefs, professional preparation, and practices regarding exceptional students and sexuality education. *Journal of School Health*, 75, 99-104.

- Kelly, G., Crowley, H., & Hamilton, C. (2009). Rights, sexuality and relationships in Ireland: 'It'd be nice to be kind of trusted'. *British Journal of Learning Disabilities*, *37*, 308-315.
- Khemka, I., Hickson, L., & Reynolds, G. (2005). Evaluation of a Decision-Making Curriculum Designed to Empower Women With Mental Retardation to Resist Abuse. *American Journal on Mental Retardation*, *110*(3), 193-204.
- Kok, G., Maassen, R., Maaskant, M., & Curfs, L. (2009). Zorgverleners over seksualiteit van mensen met verstandelijke beperkingen; een kwalitatief onderzoek. *Tijdschrift voor Seksuologie*, *33*, 199-206.
- Kok, G. (2014). A practical guide to effective behavior change: How to apply theory- and evidence-based behavior change methods in an intervention. *The European Health Psychologist*, *16*, 156-170.
- Konstantareas, M. M., & Lunskey, Y. J. (1997). Sociosexual knowledge, experience, attitudes, and interests of individuals with autistic disorder and developmental delay. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *27*, 397-413.
- Lafferty, A., McConkey, R., & Simpson, A. (2012). Reducing the barriers to relationships and sexuality education for persons with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, *16*, 29-43.
- Lesseliers, J. (1999). A right to sexuality? *British Journal of Learning Disabilities*, *27*, 137-140.
- Leutar, Z., & Mihokovic, M. (2007). Level of knowledge about sexuality of people with mental disabilities. *Sexuality and Disability*, *25*, 93-109.
- Levy, H., & Packman, W. (2004). Sexual Abuse Prevention for Individuals With Mental Retardation: Considerations for Genetic Counselors. *Journal of Genetic Counseling*, *13*, 189-205.
- Löfgren-Mårtenson, L. (2004). 'May I?' About sexuality and love in the new generation with intellectual disabilities. *Sexuality and Disability*, *22*, 197-207.
- Löfgren-Mårtenson, L. (2011). "I want to do it right!" A pilot study of Swedish sex education and young people with intellectual disabilities. *Sexuality and Disability*, *30*, 209-225.
- McCabe, M. P. (1999). Sexual knowledge, experience and feelings among people with disability. *Sexuality and Disability*, *17*, 157-170.
- McCabe, M. P., Cummins, R. A., & Deeks, A. A. (1999). Construction and psychometric properties of sexuality scales: Sex knowledge, experience and needs scales for people with intellectual disabilities (SexKen-ID), people with physical disabilities (SexKen-PD) and the general population (SexKen-GP). *Research in Developmental Disabilities*, *20*, 241-254.
- McCarthy, M. (1999). *Sexuality and women with learning disabilities*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- McCarthy, M. (2009). Contraception and women with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *22*, 363-369.
- Miltenberger, R. G., Roberts, J. A., Ellingson, S., Galensky, T., Rapp, J. T., Long, E. S., & Lumley, V. A. (1999). Training and generalization of sexual abuse prevention skills for women with mental retardation. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *32*, 385-388.
- Murphy, G. H., & O'Callaghan, A. (2004). Capacity of adults with intellectual disabilities to consent to sexual relationships. *Psychological Medicine*, *34*, 1347-1357.
- Rapport commissie Samson. *Omringd door zorg, toch niet veilig: seksueel misbruik van door de overheid uit huis geplaatste kinderen, 1945 tot heden*. Amsterdam: Boom; 2012.
- Reiter, S., Bryen, D. N., & Schachar, I. (2007). Adolescents with intellectual disabilities as victims of abuse. *Journal of Intellectual Disabilities*, *11*, 371-387.

- Rohleder, P. (2010). Educators' ambivalence and managing anxiety in providing sex education for people with learning disabilities. *Psychodynamic Practice: Individuals, Groups and Organisations*, 16, 165-182.
- Rohleder, P., Braathen, S., Swartz, L., & Eide, A. H. (2009). HIV/AIDS and disability in Southern Africa: a review of relevant literature. *Disability and Rehabilitation*, 31, 51-59.
- Schaafsma, D. (2013). *Sexuality and intellectual disability: Implications for sex education*. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht.
- Schaafsma, D., Kok, G., Stoffelen, J. M. T., van Doorn, P., & Curfs, L. M. G. (2014a). Identifying the important determinants of teaching sex education to people with intellectual disabilities: Cross-sectional survey among paid care staff. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 39, 157-166.
- Schaafsma, D., Stoffelen, J. M. T., Kok, G., & Curfs, L. M. G. (2013). Exploring the development of existing sex education programs for people with Intellectual Disabilities: an Intervention Mapping approach. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26, 157-166.
- Schaafsma, D., Kok, G., Stoffelen, J. M. T., & Curfs, L. M. G. (2014b). Identifying effective methods for teaching sex education to individuals with intellectual disabilities: A systematic review. *Journal of Sex Research*. Advance online publication. doi: 10.1080/00224499.2014.919373
- Schaalma, H., Reinders, J., & Kok, G. (2009). Voorlichting en preventie. In L. Gijs, W. Gianotten, I. Vanwesenbeeck & P. Weijnenborg (Eds.), *Seksuologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., . . . Yeager, M. H. (2010). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports (11th ed. of AAIDD definition manual)*. Washington, DC US: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Schalock, R., Luckasson, R., Bradley, V., Buntinx, W., Lachapelle, Y., Shogren, K.A., ... Wehmeyer, M.L.. (2012). *User's Guide to Accompany the 11th Edition of Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports. Applications for Clinicians, Educators, Organizations Providing Supports, Policymakers, Family members and Advocates, and Health Care Professionals*. Washington: AAIDD.
- Sequeira, H., Howlin, P., & Hollins, S. (2003). Psychological disturbance associated with sexual abuse in people with learning disabilities: Case-control study. *The British Journal of Psychiatry*, 183, 451-456.
- Shandra, C., & Chowdhury, A. (2012). The first sexual experience among adolescent girls with and without disabilities. *Journal of Youth and Adolescence*, 41, 515-532.
- Siebelink, E. M., de Jong, M. D. T., Taal, E., & Roelvink, L. (2006). Sexuality and People With Intellectual Disabilities: Assessment of Knowledge, Attitudes, Experiences, and Needs. *Mental Retardation*, 44, 283-294.
- Stoffelen, J. M. T., Kok, G., Hospers, H., & Curfs, L. M. G. (2013). Homosexuality among people with a mild intellectual disability: an explorative study on the lived experiences of homosexual people in the Netherlands with a mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57, 257-267.
- Van Berlo, W., de Haas, S., van Oosten, N., van Dijk, L., Brants, L., Tonnon, S., & Storms, O. (2011). *Beperkt weerbaar: Een onderzoek naar seksueel geweld bij mensen met een lichamelijk, zintuiglijk of een verstandelijke beperking*. Utrecht: van Berlo.
- World Health Organization (2006). *Sexual health document series. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002*. Geneva. WHO Press.

Appendix A. Overzicht van de antwoorden van de ontwikkelaars op de vragenlijst.

#	Naam	Richt zich op	Welk probleem of probleemgedrag wordt er aangepakt?	Kunt u een beschrijving van de doelgroep(en) geven?
1	Baas van het gesprek	Signalering/ aanpak/ nazorg	Methodiek voor het houden van gesprekken met slachtoffers en plegers van seksueel misbruik.	Slachtoffer of pleger van seksueel misbruik met een verstandelijke beperking en orthopedagogen of psychologen werkzaam in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking.
2	Basistraining seksualiteit voor professionals en training omgaan met seksueel overschrijdend gedrag	Preventie	Handelingsverlegenheid professional.	Professionals die werken in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking.
3	Beware of Loverboys	Preventie	Loverboy problematiek, daaraan gekoppeld: grensoverschrijdend gedrag op seksueel gebied.	Meiden die een verhoogd risico lopen in handen te vallen van loverboys vanwege een problematische thuissituatie, traumatische ervaringen op seksueel gebied, psychische problemen van ouders, licht verstandelijk beperkte meiden en meiden met een (streng) christelijke of islamitische achtergrond. Een combinatie van meerdere factoren is ook mogelijk.
4	Hoezo, 'lover'boys?	Preventie	Loverboyproblematiek.	Praktijkscholen, VMBO-scholen, HAVO/VWO, ROC's en het Speciaal Voortgezet Onderwijs. Omdat het taal- en begripsniveau in de voorlichting wordt aangepast aan de groep kan het project ook worden uitgevoerd voor jongeren met een licht verstandelijke handicap.
5	Je Lijf, Je Lief!	Preventie	Seksueel overschrijdend gedrag.	Eerste- en tweedejaars leerlingen uit het praktijkonderwijs. Moeilijk lerende jongeren en jongeren met een licht verstandelijke beperking in het praktijkonderwijs.

#	Naam	Richt zich op	Welk probleem of probleemgedrag wordt er aangepakt?	Kunt u een beschrijving van de doelgroep(en) geven?
6	Kriebels in je buik	Preventie	Focus is op positieve beleving van seksualiteit. Dat seksualiteit leuk en fijn kan zijn*.	Voor mensen met een verstandelijke beperking van 18 jaar en ouder én voor hun begeleiders, leerkrachten en ouders. De voorstelling wordt gespeeld voor instellingen, maar ook voor VSO scholen. De voorstelling kan ook op ouderavonden gespeeld worden, om het onderwerp seksuele voorlichting bespreekbaar en hanteerbaar te maken.
7	Lang Leve de Liefde	Preventie	Seksueel overschrijdend gedrag, ongewenste zwangerschap, seksueel overdraagbare aandoeningen (onveilig vrijen) en homonegativiteit.	"Schoolgaande jongeren in de leeftijd van 13-15 jaar in het tweede jaar van het praktijkonderwijs. De interventie kan ook worden ingezet in het Voortgezet Speciaal Onderwijs (VSO) bijvoorbeeld in cluster 3, voor jongeren met een licht verstandelijke beperking. De intermediaire doelgroep van de interventie wordt gevormd door docenten*.
8	Leerbaar & Weerbaar	Preventie/ signalering/ aanpak	Voorkomen dat cliënten met lichte tot matige verstandelijke beperking slachtoffer worden van misbruik situaties. Voorkomen dat het misbruik langer plaatsvindt. Kwaliteit van leven vergroten door hen positieve leerervaringen te bieden op het gebied van omgaan met zichzelf en hun relaties.	Mensen met een licht tot matig verstandelijke beperking van 14 jaar of ouder. Hun begeleiders en omgeving. Weerbaarheidstrainers/ mediators.
9	Lief, Lijf & Leven	Preventie/ signalering	Het programma pakt geen specifiek gedrag aan. Het richt zich op preventie. Ook richt het zich op kennis vergroten, een indirect doel om gedrag aan te pakken.	Jongeren met een licht verstandelijke beperking. Jongeren met licht verstandelijke beperking en autistische stoornis. Ook is de film te gebruiken voor matig verstandelijk beperkten, maar dan is er wel meer begeleiding nodig.
10	Mag ik van jou?	Preventie/ signalering/ aanpak/ nazorg	Gebrek aan kennis over seksualiteit. Handelingsverlegenheid bij omgeving. Grensoverschrijdend gedrag*.	Mensen met verstandelijke beperking, maar ook kinderen zonder beperking
11	Meerdanliefde.nl	Preventie/ signalering/ aanpak/ nazorg	Handelingsverlegenheid bij vragen over seksualiteit bij mensen met een verstandelijke beperking (en hun naasten).	Mensen met een verstandelijke beperking en hun naasten (familie) en begeleiders.

*deze antwoorden zijn ingekort.

#	Naam	Richt zich op	Welk probleem of probleemgedrag wordt er aangepakt?	Kunt u een beschrijving van de doelgroep(en) geven?
12	Praten over seks	Preventie/ signalering	Het ontbreken van goede ondersteuning in de seksuele ontwikkeling van mensen met een verstandelijke beperking.	Primaire doelgroep: mensen met een lichte tot matige verstandelijke beperking vanaf 12 jaar. Secundaire doelgroep: professionals, ouders en verzorgers.
13	Praten over seks, een DVD voor begeleiders	Preventie/ aanpak	Voor begeleiders: hoe je een gesprek over seksualiteit (met een cliënt met verstandelijke beperking) kunt aanpakken, welke problemen je in zo'n gesprek kunt tegenkomen en hoe je daar mee om zou kunnen gaan.	Begeleiders/ ondersteuners van mensen met een verstandelijke beperking
14	The Emotion Game	Preventie/ signalering/ aanpak/ nazorg	Bij mensen met een verstandelijke beperking zie je dat zij veel moeite hebben met het verwoorden van hun gevoel. Lange tijd werd er niet gevraagd naar wat zij wilden of vonden van iets. De laatste jaren telt de mening van mensen met een verstandelijke beperking des te meer. Veel mensen met een verstandelijke beperking weten niet wat er in hen omgaat, zij hebben daar vaak de hulp bij nodig.	Jongeren met een verstandelijke beperking. Alsmede jongeren met een gemiddeld IQ. The Emotion Game is inzetbaar voor een breed publiek.
15	Training seksualiteit en intimiteit	Preventie/ aanpak	Er is vaak een vervreemd beeld ontstaan over onderwerpen rondom seksualiteit en relaties bij onze doelgroep met een hiaat aan objectieve kennis. Daarnaast heerst er vaak handelingsverlegenheid onder verpleegkundigen/ begeleiders om het onderwerp seksualiteit bespreekbaar te maken.	Onze doelgroep bestaat uit volwassenen met een licht verstandelijk beperking en ernstige gedragsproblematiek en/of psychiatrische component. Het thema seksualiteit is vaak onderbelicht of komt enkel aan bod wanneer er problemen voordoen op dit vlak.
16	Vrienden en Vrijers	Preventie/ signalering/ aanpak/ nazorg	Vrienden & Vrijers is een methode bestaande uit 135 afbeeldingen, een Hulpvragenkaart en een Actiekaart om met mensen in gesprek te gaan over de thema's. Het Lichaam, Vriendschap, Partners, Seksualiteit en Weerbaarheid*.	Professionals die met hun cliënten of leerlingen deze thema's willen bespreken, bijvoorbeeld in de zorgsector of het (speciaal) onderwijs.

*deze antwoorden zijn ingekort.

#	Op het bereiken van welke doelen is het programma of materiaal gericht?	Van welke methodes wordt gebruik gemaakt om de doelen te bereiken?	Op welke bestaande kennis zijn de methodes gebaseerd?
1	Algemeen: hulpverlening (behandeling) voor de cliënt zo goed en passend mogelijk vormgeven. Gedragsniveau: het deskundig voeren van verhelderingsgesprekken en diagnostische interview bij (vermoedens van) seksueel misbruik.	Taxatiegesprek: free recall, op (in)directe wijze verheldering vragen. Diagnostische interviews: interviewmethode.	Taxatiegesprek: Dekens, K. & J. van der Sleen. (2010). Handleiding het kind als getuige. Amsterdam: Reed Business Information bv. Interviews: kennis en praktijkervaring.
2	Gedragsniveau: praten over seksualiteit met cliënten. Determinantniveau: kennis (over mensen met een verstandelijke beperking, inzicht in eigen normen en waarden t.a.v. seksualiteit en de invloed daarvan op omgang met cliënt, weten wat je moet doen in geval van seksueel overschrijdend gedrag).	Deze vraag is lastig te beantwoorden. De trainingsopzet kent verschillende componenten: kennis, attitude en vaardigheden. Hierbij worden verschillende werkvormen gebruikt, zoals: informatieoverdracht, werken met stellingen, werken met casussen, rollenspel, werken met het vlaggensysteem,	Bijv. kennis over seksuele ontwikkeling in het algemeen, kennis over seksuele ontwikkeling en de doelgroep mensen met een verstandelijke beperking, seksuele rechten van de mens*.
3	Gedragsniveau: vormen van eigen mening over seksualiteit en grenzen en over seksualiteit en relaties. Determinantniveau: bewustwording (bijv. over loverboyproblematiek, van eigen houding en grenzen binnen relaties), kennis (inzicht krijgen in loverboyproblematiek).	In alle drie de lessen wordt gebruik gemaakt van diverse werkvormen. Er is een opbouw door de lessen heen zodat er een veilige setting ontstaat om open en eerlijk te communiceren vanuit gezond denken. Er wordt gebruik gemaakt van filmmateriaal (waargebeurde verhalen), werkbladen met de twee werkwijzen van loverboys, gekeurd plaatmateriaal met makkelijk leesbare tekst. Een boekje met een verhaal (makkelijk leesbaar) en een stripverhaal, een spel met eveneens makkelijk taalgebruik met vragen, stellingen en doe activiteiten over 12 thema's op hun niveau, rollenspellen, stopoefeningen, assertiviteitsoefeningen, complimentenkaart, creatieve opdracht: goede vriend/ foute vriend.	Is niet gebaseerd op bestaande kennis.
4	Gedragsniveau: nadenken over eigen (seksuele) grenzen en weerbaarheid. Determinantniveau: kennis (werkwijze loverboys).	Hoeho, 'lover'boys?' bestaat uit scenes, afgewisseld met voorlichting. Afnemers krijgen ook een gratis Kijkwijzer, met tips ter voorbereiding en nabespreking.	Theater A la Carte bestaat sinds 1993 en gebruikt theater als middel om moeilijke onderwerpen bespreekbaar te maken.

*deze antwoorden zijn ingekort.

#	Op het bereiken van welke doelen is het programma of materiaal gericht?	Van welke methodes wordt gebruik gemaakt om de doelen te bereiken?	Op welke bestaande kennis zijn de methodes gebaseerd?
5	<p>Algemeen: verminderen van seksueel overschrijdend gedrag.</p> <p>Gedragsniveau: beter herkennen en respecteren van eigen grenzen en die van een ander op het gebied van seksualiteit, vergroten van seksuele interactiecompetentie.</p> <p>Subgedragingen: het kunnen plannen, bespreken en herkennen van wensen en grenzen kennen en kenbaar kunnen maken, het gevoelig zijn en respecteren van de wensen en grenzen van de partner en het vermogen om te leren van eerdere interacties en de gevolgen ervan.</p> <p>Determinantniveau: vergroten van eigen effectiviteit en vaardigheden.</p>	<p>Het maken van veiligheidsafspraken en het aanwijzen van een vertrouwenspersoon voor de leerlingen. Doel: veilige sfeer creëren die nodig is voor het goed uitvoeren van de lessen.</p> <p>Praten en verhalen vertellen aan de hand van foto's over uiterlijk en oordelen. Doel: de leerlingen worden zicht bewust van het beeld dat ze op grond van uiterlijke kenmerken van elkaar hebben en van het gedrag dat hiermee gepaard kan gaan. Het aanleren van alternatieven.</p> <p>Klassengesprek aan de hand van stripverhalen met verschillende uitkomsten. Doel: Leerlingen worden zich bewust van sekseverschillen in de omgang met elkaar, de dubbele moraal die daarmee gepaard kan gaan. De leerlingen leren wat 'eerlijker' gedrag is.</p> <p>Klassengesprek n.a.v. filmscenes. Doel: De leerlingen leren eigen en andermans grenzen bijtijds te herkennen. De leerlingen leren groepsdruk herkennen*.</p>	<p>Bij de gebruikte methoden is vooral rekening gehouden met de mogelijkheden van leerlingen in het praktijk onderwijs. Deze kennis is gebaseerd op interviews met docenten en op bijdragen van een klankbordgroep van docenten tijdens het ontwikkelingsproces. Tevens zijn er focusgroepgesprekken met leerlingen uit de doelgroep gehouden.</p>
6	<p>Determinantniveau: kennis (wat is het verschil tussen een man en een vrouw, mag je elkaar zomaar aanraken, wat doe je als je verliefd bent, wat doe je als iemand je aanraakt als jij het niet fijn vindt of als je het juist wel fijn vindt).</p>	<p>De voorstelling maakt het gemakkelijker voor begeleiders, ouders en leerkrachten om met hun cliënt, kind of leerling door te praten over het onderwerp seksualiteit. Door de positieve benadering, aangevuld met een deel preventie, wordt het onderwerp heel bespreekbaar gemaakt. Bij een ouderavond kunnen ouders ook nog doorpraten met de acteurs over de voorstelling.</p>	<p>Onze eigen kennis van het inzetten van theater voor het bespreekbaar maken van moeilijke onderwerpen (Theater A la Carte bestaat sinds 1993). Onze kennis van de doelgroep (wij maken vaker voorstellingen voor mensen met een verstandelijke beperking). Daarnaast de kennis van de instellingen waarvoor wij de voorstelling hebben gemaakt*.</p>

*deze antwoorden zijn ingekort.

#	Op het bereiken van welke doelen is het programma of materiaal gericht?	Van welke methodes wordt gebruik gemaakt om de doelen te bereiken?	Op welke bestaande kennis zijn de methodes gebaseerd?
7	<p>Algemeen: bevorderen van de seksuele gezondheid en het voorkomen van ervaringen met grensoverschrijden gedrag, ongewenste zwangerschap en soa/hiv besmetting.</p> <p>Gedragsniveau: aangaan van prettige relaties, respecteren van ieders seksuele identiteit, realisatie van gewenste seks als je er klaar voor bent, duidelijk communiceren van wensen en grenzen, consequent en consistent gebruiken van anticonceptie en condooms.</p> <p>Determinantenniveau: o.a. leerlingen hebben kennis en inzicht in lichamelijke, emotionele en sociale veranderingen met betrekking tot puberteit en seksualiteit, leerlingen kennen hun eigen grenzen en wensen, leerlingen hebben een positieve attitude t.a.v. condoomgebruik en pilgebruik, leerlingen voelen zich vaardig over wensen en grenzen, condoom en anticonceptie gebruik te communiceren.*.</p>	<p>Voorbeeld: In de les over anticonceptie (les 5) is een van de doelen dat de leerlingen de juiste kennis hebben over anticonceptie.</p> <p>Specifiek geformuleerd: De leerlingen, na deze les:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beschrijven hoe het voortplantingssysteem werkt van jongen en meisje; 2. Leggen uit wat je kunt doen om zwangerschap te voorkomen. <p>Dit wordt hen geleerd door informatieverstrekking en elaboratie, hen wordt niet alleen de informatie gegeven maar zij gaan er ook actief mee aan de gang.</p> <p>De leerlingen nemen de menstruatiecyclus en bijbehorende tekst uit het leerlingenmagazine (p.30) door, zij lezen de e-mail ' Hoe kom ik aan de pil' (p.39). Zij nemen het overzicht van anticonceptiemiddelen door (p. 40). Vervolgens zijn er verwerkingsopdrachten (p. 41) waarin zij de informatie moeten toepassen.</p>	<p>Het programma is planmatig en systematisch ontwikkeld met behulp van Intervention Mapping (Bartholomew e.a., 2011). In de ontwikkeling van het lesmateriaal is telkens is de link gelegd tussen de determinant, veranderdoel, de methodiek en uitgewerkte toepassing/werkvorm, en hiervoor is bewijs gezocht in de empirie, praktijk en theorie. De belangrijkste methodieken zijn afgeleid van: (1) actieve leertheorieën en elaboratie door actief informatie te verwerken (Elaboration Likelihood Model (ELM), Petty & Cacioppo, 2002), en (2) sociale leertheorie en modellering (Bandura, 1977)*.</p>
8	<p>Drie onderdelen: basis weerbaarheid cliënt, positieve kant van seksualiteit en intimiteit en weerbaarheid in relaties en maatschappij.</p> <p>Gedragsniveau: herkennen privé gevoelens, jezelf leren kennen, eigen mening, aandacht vragen voor je probleem, nee zeggen, herkennen van grensoverschrijdend gedrag, hulp vragen.</p> <p>Determinantniveau: zelfbeeld/ eigenwaarde, kennis (vriendschap, verliefdheid, wensen en grenzen, seksuele voorlichting, complexe gevoelens), attitude (prettig/ niet prettig aanraken).</p>	<p>Leerbaar&Weerbaar is gebaseerd op: Baas over eigen Lijf en DeurtjeOpenDeurtjeDicht. Manier waarop gewerkt wordt: 1. Kijken naar films, (groeps-) gesprek 2. Praten n.a.v. praatplaten 3. Fysieke en expressieve spelvormen 4. Rollenspel 5. Huiswerkopdrachten voor in dagelijks leven.</p>	<p>Achtergrondmethoden: Cognitieve leertheorie, psychodrama, creatieve therapie, Vygotsky (zone van naaste ontwikkeling).</p>

*deze antwoorden zijn ingekort.

#	Op het bereiken van welke doelen is het programma of materiaal gericht?	Van welke methodes wordt gebruik gemaakt om de doelen te bereiken?	Op welke bestaande kennis zijn de methodes gebaseerd?
9	<p>Gedragsniveau: Relatievorming, masturberen, condoomgebruik, praten over problemen (o.a. misbruik) en hulp zoeken, leren aangeven wat je moet doen als seks niet klopt.</p> <p>Determinantniveau: Kennis (leren kennen van eigen lichaam, tips voor veilig internet, hoe heb je seks, waar liggen de grenzen, hoe masturbeer je), attitude (wat vind ik prettig en wat niet, seks is leuk als je het wil).</p>	<p>In onze vorige film Lief en Lijf, Vriendschap en Seks hebben wij een methode gebruikt die je als eclecticisch kunt omschrijven. De manier van in beeld brengen is heel gestructureerd en met hele korte zinnen. Heel duidelijk. Na een korte enquête onder de kopers van deze productie kwam vast te staan dat deze methode heel erg goed aansluit bij de doelgroep en dat wij daar dus niets aan veranderd hebben op verzoek van de mensen uit het werkveld en mensen uit de doelgroep zelf. Dus opnieuw hebben we alles heel duidelijk en concreet in beeld gebracht en benoemd. De redactie-commissie heeft ook hier heel eclecticisch gewerkt. Ook zit er veel herhaling in, ook op verzoek vanuit de praktijk. De informatiebrokjes zijn opgedeeld in behapbare stukjes.</p>	<p>Kennis vanuit de deskundigen (die in de redactie commissie zaten) te weten seksuologen, gedragskundigen, gz psychologen, therapeuten, beleidsmakers gehandicaptenzorg.</p>
10	<p>Algemeen: kwetsbaarheid verminderen, handelingsverlegenheid verminderen, testen van kennis.</p> <p>Gedragsniveau: Bespreekbaar maken van seksualiteit (o.a. hygiëne), leren loslaten van aannames.</p> <p>Determinantniveau: kennis (over onderwerpen), attitude (onderwerp luchtig maken).</p>	<p>Het kwartetspel is laagdrempelig, taboedoorbrekend en humoristisch. Het bestaat uit een groot aantal thema's (29) en schitterend vormgegeven tekeningen. De thema's vormen een breed scala aan dagelijkse, maar ook lichamelijke en intieme onderwerpen. De tekeningen zijn aansprekend, humorvol, simpel, duidelijk, onderscheidend, lichtvoetig, speels en zeer gebruiksvriendelijk. Behalve de beschrijving van de thema's, zijn er geen teksten gebruikt in het spel. Ieder thema heeft zijn eigen kleur. Het spel wordt gespeeld zoals ieder kwartetspel, met dit verschil dat de spelers de tekeningen moeten beschrijven. Aan de hand van de gevraagde kaart ga je, indien daar aanleiding toe is, in gesprek. Van de spelleider wordt verwacht kennis van zaken te hebben van de doelgroep en natuurlijk ook van het brede thema. Het is leuk wanneer iemand wint, dat er competitie is, maar dat staat niet als doel voorop.</p>	<p>Mijn kennis heb ik in de praktijk vergaard gedurende mijn jarenlange ervaring in de verstandelijke gehandicaptenzorg*.</p>

*deze antwoorden zijn ingekort.

#	Op het bereiken van welke doelen is het programma of materiaal gericht?	Van welke methodes wordt gebruik gemaakt om de doelen te bereiken?	Op welke bestaande kennis zijn de methodes gebaseerd?
11	Gedragsniveau: bespreekbaar maken van vragen en problemen, kansen en mogelijkheden, hulp en bemiddeling bij vragen om informatie of bijstand, bij elkaar brengen van betrokkenen en het aangaan van ontmoetingen en dialogen.	Methoden: het voeren van een goede dialoog. Het geven van informatie. Het aanbieden van hulp bij traumatische ervaringen. Het gebruiken van de methode OPEN DE CIRKEL (www.opendecirkel.nl). Het tonen van films. Het gebruiken van allerlei methodes om de sociale vaardigheden te verbeteren.	Concept van leren leren, sociaal constructivisme.
12	Algemeen: seksuele gezondheid en seksuele ontwikkeling. Gedragsniveau: psycho-educatie ontvangen m.b.t. beleving seksualiteit en intimiteit. Determinantniveau: kennis (juist informatie hebben over normaal seksueel solo- en relationeel gedrag).	Semi-gestructureerd interview. Ondersteunende communicatie d.m.v. tekeningen, stripverhalen en foto's. Informatieve schriftelijke teksten. Spelvormen. Narratieve diagnostiek. Aanleren van vaardigheden d.m.v. modeling, herhaling, spel en trainen. Individuele gespreksvoering met een verbale methode met gebruik van werkbladen met tekst, tekeningen en spel.	Manier van leren en communiceren van mensen met een verstandelijke beperking. Seksuologische vakkennis van mensen met een beperking. Kennis van ontwikkeling en persoonsbeeld van mensen met een verstandelijke, psychiatrische, fysieke of communicatieve stoornis.
13	Gedragsniveau: het houden van zoekgesprekken (erachter komen welke ondersteuning een cliënt nodig heeft op het gebied van seksualiteit), het houden van begeleidingsgesprekken rondom seksualiteit, het maken van ondersteuning- en begeleidingsafspraken rondom seksualiteit.	Het gesprek, eventueel met ondersteunende visuele middelen.	Ervaringskennis, gesprekstechnieken, specifieke gespreksvaardigheden ten behoeve van de cliënt met een verstandelijke beperking.
14	Gedragsniveau: leren over gevoelens te praten. Determinantniveau: kennis (jezelf leren kennen, leren over gevoelens te praten), bewustwording (van de keuzes die je kan maken en de grenzen die je kan stellen).	Een onderwerp kan je verder uitdiepen door vragen te stellen. Hierdoor ontstaan er gesprekken, die voor meer verdieping zorgen.	De methoden zijn niet gebaseerd op bestaande kennis.

#	Op het bereiken van welke doelen is het programma of materiaal gericht?	Van welke methodes wordt gebruik gemaakt om de doelen te bereiken?	Op welke bestaande kennis zijn de methodes gebaseerd?
15	<p>Algemeen: Voorkomen van seksueel misbruik, vergroten van positief zelfbeeld, preventie (bevorderen van veilige seks), autonomie vergroten, angsten en taboes wegnemen.</p> <p>Gedragsniveau: weerbaarheidvergroting, leren hanteren van normen en waarden.</p> <p>Determinantniveau: kennis (informatieoverdracht, leren hanteren van normen en waarden).</p>	<p>Openlijk bespreken van verschillende onderwerpen in een veilige sfeer, zonder oordeel met een ongedwongen karakter. In sekse specifieke groepen of individueel onder begeleiding van een mannelijk en vrouwelijke trainer. Gebruikmakend van o.a. anatomisch voorlichtingsmateriaal, visueel materiaal en veel herhaling.</p>	<p>De methoden zijn niet gebaseerd op bestaande kennis.</p>
16	<p>Gedragsniveau: een gesprek tot stand brengen, het bespreekbaar maken van eigen gevoelens, waarden en normen, denken en handelen, onderzoeken welke kennis van de thema's aanwezig is, knelpunten ontdekken, informatie geven over thema's, deelnemers uitnodigen tot het ondernemen van actie, begeleiders in teamverband een dialoog laten aangaan over dilemma's.</p>	<p>Associaties/dialoog.</p>	<p>Dertig jaar theorie en praktijkervaring.</p>
17	<p>Voorbeeld:</p> <p>Gedragsniveau: vrijen met een ander.</p> <p>Determinantniveau: kennis (weten wat fijn is en wat niet, weten hoe je grenzen kunt aangeven en dat deze per persoon verschillen)*.</p>	<p>Discussie via groepsgesprekken over persoonlijk paspoort, vriendschap, zoenen, verstrekken informatie en confronteren met oorzaken en gevolgen en alternatieven voor een probleem geven. Hiermee bijdragen aan verhoogd bewustzijn, spiegelen van gedragen (goedkeuring van de ander voor eigen gedrag), stimuleren cursist om betekenis te geven aan de verstrekte informatie. Gebruik van afbeeldingen en films om kennis te vergroten, herhaling hiervan. Rollenspelen om cursist de eigen signalen te leren herkennen en kiezen.</p>	<p>Dit onderdeel wordt door op dit moment door Movisie verder uitgewerkt aan de hand van dit model voor samenhang: Probleem/risico, niet beïnvloedbare factoren hierbij, moeilijk lerende factoren, communicatief zwakker, hoofddoel en subdoelen*.</p>

*deze antwoorden zijn ingekort.

#	Waarom denkt u dat de methodes effectief zijn in het behalen van de doelen?	Zijn experts geraadpleegd, zo ja welke?	In hoeverre is de doelgroep geraadpleegd?
1	Taxatiegesprek: heeft bewezen veelal helderheid te bieden over gebeurtenis, gedachten en beleving cliënt, waardoor een keuze voor een vervolg (als in: hulpverlening, waarheidsvinding, organisatorische of beleidsmatige zaken) weloverwogen gemaakt kunnen worden. Interviews: geeft goed inzicht in belevingswereld cliënt, lacunes in kennis, zorg en ondersteuning, richtlijnen voor verdere ondersteuning cq. behandeling	Nee.	Dit is een indirecte raadpleging geweest: de uitwerking van het taxatiegesprek en de diagnostische interviews is gebaseerd op een groot aantal gehouden interviews en gesprekken met cliënten.
2	Het is op praktijkervaring gebaseerd.	Gedragdeskudige werkend met de doelgroep, een interne trainer in een zorginstelling en een HR professional verantwoordelijk voor het opleidingsbeleid in de instelling.	Nee.
3	Niet zozeer de methoden, maar veel meer praktijkervaring leert ons dat deze manier van preventief bezig zijn zijn vruchten afwerpt.	Nee.	We zijn al bezig met dit project vanaf 1998 en hebben op veel scholen lesgegeven en zodoende is het materiaal ontstaan.
4	De combinatie van voorlichting met theater geeft niet alleen inzicht in de problematiek, maar maakt deze ook invoelbaar.	Ontwikkelaar heeft documentaire gemaakt over loverboys. Gesproken met slachtoffers, daders, zedenpolitie, (ex) prostituees en medewerkers van jeugdwerk. En met verschillende organisaties die werk doen op dit gebied*.	In de voorbereidingen voor de documentaire sprak de ontwikkelaar met verschillende slachtoffers van loverboys. Hierbij waren ook meisjes met een licht verstandelijke beperking.
5	Uit de literatuur is bekend welke factoren grensoverschrijdend gedrag beïnvloeden en welke van deze factoren extra belangrijk zijn bij jongeren in het praktijkonderwijs. In de focusgroep gesprekken werd onderzocht welke factoren dicht bij de belevingswereld van de jongeren liggen. Deze gegevens vormden de basis van het lesmateriaal.	Movisie, GGD medewerkers, docenten en leerlingbegeleiders in het praktijkonderwijs.	Er zijn 8 focusgroepen gehouden met 7 à 8 meisjes en jongens. Hier is geen samenvatting van beschikbaar.
6	Theater maakt niet alleen inzichtelijk, maar ook invoelbaar wat er met iemand gebeurt. Je voelt de spanning, je lacht om leuke momenten, je leeft mee wanneer het spannend wordt. Toeschouwers roepen tijdens de voorstelling vaak aanwijzingen naar de personages, omdat ze zien dat de personages het ook niet allemaal al weten. Vaak komen ze na afloop ook even vertellen wat ze hebben gezien. Ze demonstreren wat ze geleerd hebben om te doen wanneer iemand je aanraakt terwijl je dat niet wilt. Of ze komen vertellen over hun eigen verliefdheid en/of relatie.	Medewerkers van instellingen, begeleiders, activiteitenbegeleiders, orthopedagogen, vertrouwenspersonen, cliëntvertegenwoordigers en cliënten.	In de voorbereidende fase, bij het onderzoek naar het onderwerp.

#	Waarom denkt u dat de methodes effectief zijn in het behalen van de doelen?	Zijn experts geraadpleegd, zo ja welke?	In hoeverre is de doelgroep geraadpleegd?
7	<i>[samengevat]</i> Het materiaal is systematisch ontwikkeld met behulp van het Intervention Mapping protocol. Determinanten, veranderdoelen en methodes zijn aan elkaar gelinkt en gebaseerd op empirie, praktijkervaring en theorie.	Experts op het gebied van sociale psychologie, interventieontwikkeling, soa's, ongewenste zwangerschap en tienerouderschap, zwangerschap, grensoverschrijding, Intervention Mapping, didactiek, e-learning, praktijkonderwijs.	De versie van het praktijkonderwijs is gebaseerd op het lesmateriaal voor VMBO, HAVO en VWO. Het concept is ge-pretest onder docenten en leerlingen van het praktijkonderwijs.
8	Evaluatieonderzoek (2000) van Baas over eigen Lijf Onderzoek ZonMw, evaluatieverslag Leerbaar & Weerbaar bij 70 cliënten n.a.v. Verbetertraject subsidie in 2010. Uit de praktijk: vele positieve ervaringen worden teruggemeld over de werkzaamheid van de methode, de materialen en de trainingen.	Ervaringsdeskundigen, gedragsdeskundigen, lectoraat Fontys, begeleiders*.	Cliëntenraad had reeds in vroeg stadium het probleem benoemd (1995). En begeleiders signaleerden problemen in gesprek met hun cliënten (1994).
9	Dat is al uit onze eerdere productie gebleken. Dit werd ons duidelijk nadat we de enquêtes terug hebben gekregen. Ook hebben de diverse deskundigen ons laten weten dat de productie, zelfs na 20 jaar, nog steeds bruikbaar is. We hebben er echter geen wetenschappelijk onderzoek op los gelaten om dit effect met harde cijfers te ondersteunen. Het is dus gebaseerd op praktijk ervaringen van werkers in de zorg.	O.a. seksuologen, hoogleraren, trainers, gedragskundigen, ouders, verpleegkundigen met als extra aandachtsgebied seksualiteit, social media experts, SENSOA, Rutgers WPF*.	We hebben een aantal cliënten van verschillende leeftijden geïnterviewd en hen gevraagd waar zij graag informatie over zouden willen hebben, wat zij van begeleiders graag zouden willen als het over voorlichting gaat, of zij informatie via film zouden willen krijgen en van wie zij het liefst voorlichting zouden willen krijgen. Wij hebben ook gesproken met mensen van het LFB (landelijke belangenvereniging)*.
10	Om het spel te testen heb ik er veel mee gewerkt in de praktijk. De spelleider/ begeleider/ therapeut maakt telkens een inschatting van de situatie. En spelenderwijs ziet iedereen de tekeningen en wordt aan het denken gezet. Zo is het een 'training op maat'*.	Er zijn geen andere experts geraadpleegd.	Als trainer heb zeer veel trainingen seksualiteit gegeven aan cliënten, medewerkers, docenten en ouders. Wat ik tegen kwam in de praktijk heb ik omgezet in mijn thema's van het kwartet. Kortom, de doelgroep heeft eigenlijk al sinds 1981 aan de totstandkoming van het spel meegewerkt*.

*deze antwoorden zijn ingekort.

#	Waarom denkt u dat de methodes effectief zijn in het behalen van de doelen?	Zijn experts geraadpleegd, zo ja welke?	In hoeverre is de doelgroep geraadpleegd?
11	Omdat bij deze doelgroep het uitspreken van ervaringen, het leren van elkaar, het naspelen en implementeren van voorbeeldgedrag effectief is. Soms leren door inzicht, maar het accent ligt op herhalen van goede voorbeelden en het aan den lijve oefenen en ervaren wat goed is. Bijvoorbeeld: het versterken van de weerbaarheid gaat prima vanuit praktijksituaties.	Expertise op het gebied van de specifieke levenservaringen van de doelgroep zelf: de zogenaamde ervaringdeskundigen. Expertise op het gebied van de psychologie van de mens in zijn ontwikkeling. Expertise op het gebied van electronica, communicatie, website bouw.	Gebruik gemaakt van ervaringsdeskundigen. We hebben zoveel mogelijk geprobeerd het product tot iets van de doelgroep zelf te maken. Ook via ontmoetingsweekenden hebben we de site centraal gesteld, enerzijds om van te leren, anderzijds om verbeteringen aan te brengen.
12	Gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek, gevalideerde test, klinische ervaring, testen op effectiviteit en evaluatie van het programma.	Cliëntbegeleiders, groepsleiding en leerkrachten. Dit zijn mensen met een MBO of HBO opleidingsniveau die met deze doelgroep werken en met de methode. Andere seksuologen zijn geraadpleegd vanwege hun seksuologische kennis.	In de allereerste ontwikkelfase in individuele gesprekken bij het verkennen van de inhoudelijke thema's en de problemen en vragen. In de eindfase.
13	We hebben goede ervaringen met deze wijze van werken.	Nee.	Dit is een indirecte raadpleging geweest. Vanuit de ervaringen van het houden van deze gesprekken met veel verschillende mensen met een verstandelijke beperking hebben we geleerd wat werkt, en wat niet.
14	Voor jongeren die hun gevoelens moeilijk kunnen uiten is het een goede mogelijkheid om door middel van vraagkaartjes van dit spel tot een gesprek te komen.	Nee.	Bij de ontwikkeling van de vraagkaartjes.
15	Onze ervaring na 10 jaar training geven is dat de houding van ons als trainers het krachtigste middel is. We hebben in de loop van de jaren gezien dat we kennis vergroten bij de doelgroep en deelnemers enthousiast terugkijken en zeer belangrijk, de training draagt er aan bij dat het onderwerp makkelijker bespreekbaar is.	Experts op het gebied van seksuele voorlichting aan mensen met een verstandelijke beperking.	Tijdens de training stemmen we af met de cliënten, we nodigen hun uit om op- en aanmerkingen te geven, wensen te uiten.

#	Waarom denkt u dat de methodes effectief zijn in het behalen van de doelen?	Zijn experts geraadpleegd, zo ja welke?	In hoeverre is de doelgroep geraadpleegd?
16	Resultaten in de praktijk. Enthousiaste reacties van het werkveld.	Veel organisaties uit Nederland en België hebben hieraan meegewerkt door feedback te geven, waaronder MEE Oost Gelderland, Movisie, Rutgers Nisso Groep, Dichterbij, ISISZ, SICS, 's Heeren Loo, LFB, Mediawerk ZetNet*.	Vooraf en tijdens het ontwikkelproces.
17	VVK is een methode die al langer loopt en waaraan steeds geschaafd is. Er is veel kennis opgedaan over wat werkt bij de doelgroep. De werkzame elementen zijn op basis van de literatuur gelegen in de laagdrempelige manier van informeren, aandacht voor normen en waarden voor seksualiteit, uitwisseling ervaringen en elkaar adviseren, gebruik beeldmateriaal, afwisseling in werkvormen en de kleine groep (8-12 deelnemers).	Onderzoekers van o.a. Movisie, voor het onderdeel kinderwens gelden richtlijnen van MEE Nederland en voor de uitvoering van dit onderdeel in de cursus is de kennis ingeroepen van Verdonk, schrijver van het boek 'Ze zeggen dat we het niet kunnen'.	Wij evalueren iedere bijeenkomst en aan het eind de cursus in zijn geheel met cursisten. Hun input nemen we mee.

*deze antwoorden zijn ingekort.

#	In hoeverre is er rekening gehouden met de uitvoerders?	Is het materiaal geëvalueerd?
1	Het is gericht op orthopedagogen/psychologen. De training wordt altijd geadviseerd. De DVD en het boekje gaan samen. De DVD geeft voorbeelden van gesprekken, in het boekje wordt per gespreksvorm de achterliggende gedachte en systematiek gepresenteerd. Ook worden er "algemene gesprekstips" gegeven.	Wij vragen bij gebruikers (in- en extern) na hoe het materiaal is bevallen. De tekst is eenmaal aangepast aan gewijzigde omstandigheden, en wordt door de expertisegroep hierop jaarlijks beoordeeld.
2	Train de trainer opzet, draaiboek ontwikkeld, uitgewerkte opdrachten en een powerpoint met informatie.	Elke training wordt aan het eind geëvalueerd middels beknopt evaluatieformulier. Er is geen rapport beschikbaar.
3	De handleiding met werkbladen en extra opdrachten kan door groepsbegeleiders, docenten besteld worden. Alle preventielessen zijn volledig beschreven met algemene aandachtspunten, verdieping, achtergrondinformatie, literatuur en beeldmateriaal. Bij elke les wordt het algemene thema/doel aangegeven, de trefwoorden, benodigdheden en per lesonderdeel, de activiteit, uitleg en uitvoering en eventueel tips.	Er zijn geen plannen om het materiaal te evalueren.
4	Uitvoering is door ontwikkelaar zelf.	Wij hebben in de eerste jaren evaluatieformulieren gestuurd aan afnemers. Deze waren eigenlijk altijd positief. Wij praten ter plekke vaak na met docenten/begeleiders en ook jongeren. De voorstelling wordt aangepast als actuele ontwikkelingen dit vereisen (internet speelt nu bijvoorbeeld een grotere rol dan in de eerste versie).
5	Uitvoerders zijn docenten in het praktijkonderwijs. Docenten moeten een scholing volgen voordat zij de lessen gaan geven en de lessen zorgvuldig voorbereiden.	Geen effect evaluatie. Wel een proces evaluatie in 2009 en 2012 en een oriënterend onderzoek naar effecten in 2013. Rapporten zijn intern gepubliceerd. Er zijn plannen voor een effect en implementatie onderzoek.
6	Uitvoering is door ontwikkelaar zelf.	Wij hebben tijdens het proces geëvalueerd met de opdrachtgever, o.a. tijdens een repetitie, waar wij de hele voorstelling, zoals die op dat moment was, speelden voor een aantal medewerkers. Hun opmerkingen hebben wij gebruikt om de voorstelling aan te passen. Wij sturen evaluatieformulieren naar afnemers. Wij spreken na de voorstelling met de toeschouwers, spontaan, of nog even officieel als nagesprek.
7	Ter ondersteuning van docenten is een docentenhandleiding en website beschikbaar. Een training is niet noodzakelijk maar wordt in veel regio's wel aangeboden. GGD's worden getraind om docenten te trainen in het gebruik van het lesprogramma. Een digitale workshop voor docenten is in ontwikkeling.	De versie voor VMBO, HAVO en VWO is door TNO geëvalueerd en door CGL erkend als effectief. De praktijkonderwijsversie is nog niet geëvalueerd. In het voorjaar van 2015 vindt een procesevaluatie plaats i.s.m. VU Amsterdam.

#	In hoeverre is er rekening gehouden met de uitvoerders?	Is het materiaal geevalueerd?
8	Leertraject voor basistrainers: werkboek/handleiding. Leertraject voor allroundtrainers: werkboek/handleiding. Workshop begeleiders: draaiboek met info en oefeningen.	Evaluatieonderzoek in 2000 van Baas over eigen Lijf. Er zijn in 9 maanden 70 cliënten gevolgd : zij kregen de basistraining. Cliënten groeien wat betreft: herkennen en omgaan met privé, herkennen en benoemen gevoelens, hun mening geven en nee zeggen. Deze groei wordt gemeld in evaluatie met de cliënt zelf en door hun begeleiders. Begeleiders geven aan hun cliënt positief te zien veranderen op gebied van eigenwaarde en openheid. In beide onderzoeken betreft het de korte termijneffecten (tussen sessies door, en eerste maanden na de training).
9	Begeleiders hoeven geen speciale training te volgen. Heel belangrijk is het dat de begeleider zich wel terdege voorbereidt voor ze beginnen met voorlichting geven. Ze moeten wel weten dat je dat niet zomaar even doet. Dit wordt door ons ook benadrukt in de handleiding bij de film.	Er zijn plannen om het materiaal te evalueren.
10	Het mooiste zou zij als mensen die er mee gaan werken, een workshop bij mij hebben gevolgd. Deze bijeenkomst zorgt ervoor dat de thema's goed worden uitgekozen bij de doelgroep en dat het ontwikkelingsniveau van de doelgroep duidelijk is*.	Ik wil degene die mijn spel hebben gekocht en/of mijn workshops hebben gevolgd en met mijn materiaal werken een evaluatie formulier gaan doen toekomen. Ik wil dit begin volgend jaar gaan doen.
11	Nee, iedereen kan het gebruiken, maar ook mensen samen. Er is geen training voor nodig. Wel kan men met goede begeleiding wellicht meer verdieping brengen. Dat doen we in studiedagen en ontmoetingsweekenden.	We hebben regelmatig de doelgroep gevraagd om commentaar te geven. Dat hebben ze gedaan en daaruit zijn suggesties gekomen, zoals meer quizvragen, meer actueel nieuws vanuit de doelgroep, uitbreiding van thema's zoals informatie over kinderwens en ouderschap.
12	Er is een uitgebreide handleiding in boekvorm. Per thema is er een instructieblad. Daarnaast is er een training van 3,5 dag te volgen over het gebruik van deze methode waarbij tegelijkertijd een voorlichtingstraject met een cliënt wordt gestart en begeleid.	Nee.
13	Dit materiaal is heel laagdrempelig. Begeleiders kunnen dit zelfstandig doornemen en altijd weer erbij pakken wanneer ze denken een 'opfrisser' nodig te hebben.	We hebben gebruikers gevraagd. Men vindt het prettig te zien 'wat zou kunnen' en vinden het ook prettig om te zien dat ervaren collega's soms ook even met de mond vol tanden staan*.
14	Er is geen training nodig om het spel in te zetten. Er is een handleiding bij het spel gevoegd. Bij de aanvulset 'seksualiteit' is eveneens een handleiding toegevoegd.	Nee. En er zijn geen plannen om materiaal te evalueren.
15	Programma wordt door de ontwikkelaars zelf uitgevoerd.	Nee.
16	Het materiaal is ontwikkeld naar aanleiding van vragen en feedback van praktijkmensen (begeleiders/coaches, trainers) en mensen met een verstandelijke beperking. Er is een handleiding en een speciale hulpkartaal voor de uitvoerders.	Middels gesprekken met de meewerkende organisaties en andere deskundigen en testers. De reacties waren zeer positief. Dit blijkt ook uit feit dat de spelmethode vooral en nog steeds verkocht wordt door mond-op-mondreclame en aanbevelingen via trainingen. Ondanks dat we nauwelijks reclame maken is er jaarlijks minimaal één herdruk.

*deze antwoorden zijn ingekort.

#	In hoeverre is er rekening gehouden met de uitvoerders?	Is het materiaal geevalueerd?
17	Er is een handleiding, maar onze consultants zijn over het algemeen allemaal in staat om een cursus te geven. In de praktijk echter zoeken we mensen die er affiniteit mee hebben en dan blijft er een klein groepje over. Een cursusleider geeft de cursus altijd eerst samen met een collega en vervult dan een bijrol. Daarna kan deze de cursus zelf geven.	Er zijn formulieren in het handboek opgenomen om de effecten en resultaten van de cursus te meten. Zowel de cursisten als hun persoonlijk begeleider vullen een formulier in. Er is ook onderzoek gedaan waarbij de mening van de trainer is gevraagd wat betreft de opzet van de cursus, gang van zaken tijdens de cursus en kwaliteit van de cursus*.

*deze antwoorden zijn ingekort.