

# DE ATTITUDE VAN HULPVERLEENERS TEGENOVER SEKSUALITEIT VAN PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN

Vragenlijstonderzoek in het UPC Sint-Kamillus  
(Bierbeek)

Promotor: prof. dr. Erick JANSSEN  
Faculteit Geneeskunde  
Departement Neurowetenschappen  
Instituut voor Familiale en Seksuologische  
Wetenschappen

Werkbegeleider: Steven DEGRAUWE  
Doelgroepcoördinator Forensische Psychiatrie  
UPC Sint-Kamillus Bierbeek

**Lotte Vanwezemael**

Masterproef aangeboden tot het behalen van de  
graad van Master in de seksuologie



© Copyright by KU Leuven

Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de KU Leuven, Faculteit Geneeskunde Campus gasthuisberg ON2, Herestraat 49 - bus 400, 3000 Leuven. Telefoon +32 (0)16 37 76 68.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.



# DE ATTITUDE VAN HULPVERLENERS TEGENOVER SEKSUALITEIT VAN PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN

Vragenlijstonderzoek in het UPC Sint-Kamillus (Bierbeek)

Promotor: prof. dr. Erick JANSSEN  
Faculteit Geneeskunde  
Departement Neurowetenschappen  
Instituut voor Familiale en Seksuologische  
Wetenschappen

Werkbegeleider: Steven DEGRAUWE  
Doelgroepcoördinator Forensische Psychiatrie  
UPC Sint-Kamillus Bierbeek

**Lotte Vanwezemael**

Masterproef aangeboden tot het behalen van de  
graad van Master in de seksuologie

September 2017



**Lotte Vanwezemael**, De attitude van hulpverleners tegenover seksualiteit van psychiatrische patiënten.  
Vragenlijstonderzoek in het UPC Sint-Kamillus (Bierbeek).

Masterproef tot het behalen van de graad van Master in de Seksuologie, **september 2017**

Promotor: prof. dr. Erick Janssen en Werkbegeleider: Steven Degrauwe

---

In de wetenschappelijke literatuur wordt er weinig gesproken over seksualiteit van psychiatrische patiënten. Nochtans zijn psychiatrische patiënten ook seksuele wezens die, zoals andere individuen, ook zorgen kunnen hebben over hun seksueel leven en die verschillende soorten seksuele problemen kunnen ervaren. Als deze seksuele zorgen en problemen niet besproken worden, kan dit een impact hebben op het psychologische functioneren, welzijn en zelf- en lichaamsbeeld van de patiënt. Het is dus belangrijk dat hulpverleners ook aandacht besteden aan seksualiteit van psychiatrische patiënten. Er zijn een aantal factoren die ervoor kunnen verklaren waarom thema seksualiteit vermeden of genegeerd wordt in zowel de wetenschappelijke literatuur als in de klinische praktijk. Eén belangrijke factor is de attitude van de hulpverlener ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten. In deze masterproef werd deze verder onderzocht.

Via een vragenlijstonderzoek in het UPC Sint-Kamillus te Bierbeek werd de attitude van de hulpverleners ten opzichte van seksualiteit in het algemeen, en in het bijzonder ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten geëxploreerd. Uit de resultaten kwam naar voren dat hulpverleners een gemiddelde positieve attitude hebben en dat deze samenhangt met een aantal variabelen, waaronder geslacht, opleiding, initiatiefname tot gesprekken... De resultaten tonen aan dat de attitude kan verbeteren aan de hand van een aanpassing van de opleiding, het organiseren van een bijkomende cursus of opleiding en het aangaan van gesprekken over seksualiteit. Hulpverleners uit het onderzoek lijken niet vaak over te gaan tot gesprekken over seksualiteit. Het inschatten van de eigen kennis over seksualiteit van psychiatrische patiënten, hoe zeker men zich voelt in gesprekken met betrekking tot seksualiteit en de beoordeling van de eigen gespreksvaardigheid blijken belangrijkere voorspellers te zijn van hoe vaak men gesprekken over seksualiteit aangaat dan de attitude ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten. Dus naast attitudes, zijn kennis en vaardigheden factoren die meer aandacht verdienen en die een professionele aanpak kunnen vergemakkelijken in het omgaan met sekserelateerde zorgen en problemen in psychiatrische patiënten. Dit wordt eveneens bevestigd door de participanten wanneer er gepeild wordt naar wat zij zouden veranderen en veranderd willen zien aan het huidige seksualiteitsbeleid.

Er kan besloten worden dat er naast de attitude van hulpverleners, nog een aantal andere factoren, waaronder kennis en vaardigheid, zijn die belangrijk zijn wanneer men spreekt over de aanpak van hulpverleners met betrekking tot sekserelateerde zorgen en problemen van psychiatrische patiënten. Het is vooral aanbevolen dat men zich in de toekomst focust op het vormen van een beleid, waar er ruimte is voor het bespreken van seksualiteit, waar hulpverleners aangemoedigd worden om meer kennis en vaardigheden te vergaren omtrent seksualiteit van psychiatrische patiënten en dat men zich richt op het aanpassen en ontwikkelen van de huidige opleidingen van hulpverleners zodat het thema seksualiteit de aandacht krijgt die het verdient.





**Lotte Vanwezemael**, The attitude of health professionals towards sexuality of psychiatric patients. Questionnaire research at UPC Sint-Kamillus (Bierbeek).

Master thesis presented to obtain the degree of Master in de Seksuologie, **September 2017**.

Promotor: prof. dr. Erick Janssen and supervisor: Steven Degrauwe

---

The sexuality of psychiatric patients is a relatively understudied, if not ignored, topic in the scientific literature. Yet, psychiatric patients are sexual beings who, like many other individuals, may have concerns about their sexual lives and may experience various kinds of sexual problems. When such concerns and problems are neglected, this can affect the patient's psychological functioning, well-being, and self- and body image. Thus, it is important that health professionals pay attention to the sexuality of psychiatric patients. A number of factors may help explain why sexuality is avoided or ignored in both the scientific literature and clinical practice. One important factor is the attitude of health professionals towards the sexuality of psychiatric patients. In this Master's thesis, this factor is further investigated.

A questionnaire study was conducted, in the UPC Sint-Kamillus in Bierbeek, in which the attitudes of health professionals towards sexuality in general, and the sexuality of psychiatric patients in particular, were explored. The results showed that health professionals, on average, had relatively positive attitudes, which were linked to a number of variables, including gender, education, and actively initiating conversations about sexuality. The findings suggest that attitudes might be further improved by adjusting education, organizing additional seminars or training sessions, and by engaging in conversations about sexuality. Health professionals do not systematically engage in conversations about sexuality with patients. Their own assessment of knowledge of sexuality of psychiatric patients, how comfortable they feel with respect to sexuality-related conversations, and the assessment of their own conversational skills seem to be more important predictors of how often they initiate conversations about sexuality than their attitudes towards sexuality in psychiatric patients. Thus, beyond attitudes, knowledge and skills are factors that warrant further attention and that may facilitate a professional approach to dealing with sexuality-related concerns and problems in psychiatric patients. Participants confirmed this when asked about what they would change and like to see changed about current sexuality-related policies.

In conclusion, beyond attitudes, a number of factors, including knowledge and experience, are important when we talk about how health professionals approach and deal with sexuality-related concerns and problems in psychiatric patients. It is recommended that policies are created that facilitate the discussion of sexuality, that encourages health professionals to acquire more knowledge and skills about sexuality of psychiatric patients, and that further adapt and develop existing curricula of health professionals, to ensure the topic of sexuality receives the attention it deserves.



## Woord vooraf

Tijdens mijn opleiding psychologie deed ik mijn klinische stage in het UPC Sint-Kamillus te Bierbeek. Al snel werd daar duidelijk dat psychiatrische patiënten ook nood hebben aan seksualiteit en dat dit voor hen niet eenvoudig is omwille van hun psychiatrische problematiek, het gebruik van psychofarmaca, de therapeutische setting en de houding van de hulpverleners op hun afdeling. Wat begon als een beetje opzoekwerk om teamleden te informeren rond dit thema, mondde uit tot het idee om er mijn masterproef over te schrijven voor mijn opleiding seksuologie. In het begin had ik grootse plannen en was ik ijverig om eraan te beginnen, maar zodra mijn stage vorderde, kreeg ik het toch wat te druk. Het schrijven van mijn masterproef verliep dus helaas niet altijd even vlot, maar na hard werken heb ik het nu toch voor mekaar gekregen. Alleen was me dit nooit gelukt, dus zou ik graag een paar mensen willen bedanken die me tijdens het hele proces hebben bijgestaan.

Allereerst wil ik graag mijn promotor, professor Erick Janssen, bedanken. Hij heeft me goed op weg geholpen in de wereld van het kwantitatief onderzoek en heeft al mijn vragen beantwoord met de nodige feedback. Zelfs op de laatste momenten, wanneer hij het zelf ook druk had, vond hij toch nog de tijd om me bij staan en in de juiste richting te sturen. Aan hem dus een welgemeende dankjewel.

Daarnaast wil ik mijn stagebegeleider, en eveneens werkbegeleider, Steven Degrauwe, bedanken. Tijdens mijn stage stond hij volledig achter mijn doel om onderzoek te doen naar seksualiteit binnen de psychiatrie. Hij heeft me geholpen met het onderzoek op te starten, goed te laten keuren en te promoten in het UPC Sint-Kamillus. Daarnaast kon ik steeds bij hem terecht met mijn vragen en gaf hij me goede feedback. Aansluitend wil ik ook Steffen Gennez bedanken, om me het idee te geven om onderzoek te doen naar seksualiteit van psychiatrische patiënten. Zonder dat idee had ik nu een volledig andere masterproef gehad. Bovendien wil ik het UPC Sint-Kamillus bedanken: de directie en het ethisch comité om goedkeuring te geven voor het vragenlijstonderzoek en de deelnemende hulpverleners om het vragenlijstonderzoek in te vullen.

In het bijzonder wil ik ook mijn ouders bedanken om me aan te moedigen tijdens deze zware twee jaren. De stress die erbij kwam kijken, maakte me niet altijd een aangenaam persoon om bij te zijn, maar toch hebben zij me doorheen de jaren altijd gesteund en gemotiveerd. Ook mijn medestudenten seksuologie wil ik graag bedanken voor het beantwoorden van al mijn praktische vragen en voor het geven van nuttige tips.

Ten slotte wil ik graag Kris, mijn vriend, bedanken. Hij motiveerde me elk moment van de dag, gaf me de nodige complimenten over mijn doorzettingsvermogen en bleef me graag zien ondanks mijn mindere dagen. Door hem, en door te denken aan onze toekomst, is het me gelukt om deze masterproef af te werken.

Dankjewel.



## Inhoudsopgave

Woord vooraf .....	ix
Inhoudsopgave .....	xi
Lijst van tabellen .....	xvii
Lijst van Figuren .....	xix
<b>Inleiding.....</b>	<b>1</b>
<b>Terminologie .....</b>	<b>1</b>
<b>Seksualiteit.....</b>	<b>1</b>
<b>Seksuele gezondheid. ....</b>	<b>1</b>
<b>Seksuele rechten. ....</b>	<b>1</b>
<b>Seksualiteit in de psychiatrie .....</b>	<b>2</b>
<b>Inleiding.....</b>	<b>2</b>
<b>Patiëntfactoren.....</b>	<b>3</b>
<b><i>Invloed van psychische stoornis.....</i></b>	<b>3</b>
<i>Stemmingsstoornis: depressieve stoornis. ....</i>	4
<i>Stemmingsstoornis: bipolaire stoornis. ....</i>	4
<i>Psychotische stoornissen: schizofrenie. ....</i>	5
<i>Angststoornissen.....</i>	6
<i>Persoonlijkheidsstoornissen: borderline persoonlijkheidsstoornis.....</i>	7
<i>Eetstoornissen. ....</i>	7
<i>Cognitieve stoornissen: dementie.....</i>	8
<i>Ontwikkelingsstoornissen: autisme.....</i>	9
<i>Seksuele ontremming.....</i>	9
<b><i>Invloed van psychofarmaca.....</i></b>	<b>9</b>
<i>Anxiolytica.....</i>	10
<i>Antipsychotica.....</i>	10
<i>Stemmingsstabilisatoren. ....</i>	11
<i>Antidepressiva.....</i>	12
<b><i>Andere factoren die weerstand oproepen. ....</i></b>	<b>12</b>
<i>Therapeutische setting. ....</i>	12
<i>Seksueel misbruik. ....</i>	13
<i>Gebrek aan zelfvertrouwen. ....</i>	13
<i>Gebrek aan sociale vaardigheden.....</i>	13
<i>Gebrek aan veilige seks. ....</i>	13

Hulpverlenersfactoren.....	14
<i>Leeftijd.</i> .....	14
<i>Geslacht.</i> .....	14
<i>Kennis en opleiding.</i> .....	15
<i>Normen, waarden en attituden.</i> .....	15
<i>Seksualiteitsbeleid.</i> .....	16
<i>Ervaringen met seksualiteit van psychiatrische patiënten.</i> .....	16
<i>Andere factoren.</i> .....	16
Spreken over seksualiteit.....	17
<i>Verhullende taal.</i> .....	17
<i>Verbloemende taal.</i> .....	18
<i>Medische taal.</i> .....	18
<i>Schuttingtaal.</i> .....	18
<i>Kinderlijke taal.</i> .....	18
<i>Lieve taal.</i> .....	18
Aanbevelingen .....	19
<b>PLISSIT-model.</b> .....	19
<i>Permission.</i> .....	19
<i>Limited Information.</i> .....	20
<i>Specific Suggestions.</i> .....	20
<i>Intensive Therapy.</i> .....	21
Aanbevelingen voor hulpverleners. ....	21
<i>Informereren naar seksualiteit.</i> .....	21
<i>Timing van gesprekken over seksualiteit.</i> .....	22
<i>Niet uitgaan van eigen interpretaties.</i> .....	22
<i>Alert zijn voor eigen normen, waarden, attituden en overdrachtsgevoelens.</i> .....	22
<i>Aandacht hebben voor signalen.</i> .....	23
<i>Informatie bieden.</i> .....	23
<i>Zelfvertrouwen in de eigen mogelijkheden om seksualiteit te bespreken.</i> .....	23
<i>Op de hoogte zijn van doorverwijsmogelijkheden.</i> .....	23
Aanbevelingen voor de organisatie.....	23
<i>Het onderbrengen van de visie op seksualiteit in een kwaliteitsbeleid.</i> .....	24
<i>Het faciliteren van nader onderzoek.</i> .....	24
<i>Het aanbieden van cursussen aan hulpverleners.</i> .....	24
<i>Het op de hoogte houden van recente kennis over seksuele bijwerkingen van psychofarmaca.</i> .....	24
Onderzoeksdoelen.....	24

<b>Methodologie .....</b>	<b>25</b>
<b>Inleiding .....</b>	<b>25</b>
<b>Rekrutering.....</b>	<b>25</b>
<b>Participanten .....</b>	<b>25</b>
<b>Meetinstrumenten .....</b>	<b>26</b>
<b>Procedure .....</b>	<b>27</b>
<b>Ethische overwegingen .....</b>	<b>28</b>
<b>Praktische opmerkingen.....</b>	<b>28</b>
<b>Resultaten .....</b>	<b>28</b>
<b>Relaties en seksualiteit van psychiatrische patiënten .....</b>	<b>29</b>
<b>Opleiding .....</b>	<b>31</b>
<b>Gesprekken over seksualiteit.....</b>	<b>33</b>
<b>Seksuele activiteiten.....</b>	<b>38</b>
<b>Algemene attitude ten opzichte van relaties en seksualiteit.....</b>	<b>38</b>
<b>Attitude ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten .....</b>	<b>39</b>
<b>De gemiddelde attitude ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten.</b>	
.....	<b>39</b>
<i><b>Vergelijking tussen functies. ....</b></i>	<b>40</b>
<i><b>Vergelijking tussen doelgroepen.....</b></i>	<b>40</b>
<i><b>Vergelijking tussen afdelingen. ....</b></i>	<b>41</b>
<b>Correlaties.....</b>	<b>42</b>
<i><b>Geslacht. ....</b></i>	<b>43</b>
<i><b>Het belang voor relaties en seksualiteit voor patiënten. ....</b></i>	<b>43</b>
<i><b>Algemene attitude ten opzichte van relaties en seksualiteit .....</b></i>	<b>43</b>
<i><b>Attitude ten opzichte van spreken over seksualiteit met patiënten. ....</b></i>	<b>43</b>
<i><b>Relationeel of seksueel benaderd zijn geweest door patiënten.....</b></i>	<b>44</b>
<i><b>Initiatiefname tot gesprekken over seksualiteit met patiënten.....</b></i>	<b>44</b>
<i><b>Seksuele thema's in de opleiding en bijkomende cursus of opleiding. ....</b></i>	<b>44</b>
<b>Multipale regressieanalyse. ....</b>	<b>44</b>
<b>Initiatiefname tot gesprekken over seksualiteit met patiënten: verdere exploratie.....</b>	<b>45</b>
<b>Correlaties.....</b>	<b>47</b>
<i><b>Seksuele thema's in de opleiding.....</b></i>	<b>48</b>
<i><b>Huidige kennis over seksualiteit van psychiatrische patiënten.....</b></i>	<b>48</b>
<i><b>Zekerheid in gesprek over seksualiteit met psychiatrische patiënten.....</b></i>	<b>48</b>
<i><b>Kennis en gespreksvaardigheid om seksuele thema's te bespreken.....</b></i>	<b>48</b>
<i><b>Attitude ten opzichte van spreken over seksualiteit met patiënten. ....</b></i>	<b>48</b>
<i><b>Attitude ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten.....</b></i>	<b>49</b>

<i>Bijkomende cursus of opleiding</i> .....	49
Multipale regressieanalyse. ....	49
<b>Beleidsaanbevelingen volgens participanten</b> .....	<b>50</b>
Een overkoepelend beleid in het ziekenhuis. ....	50
Meer openheid creëren.....	52
Een werkgroep oprichten. ....	53
Het aanstellen van een professional of een seksuoloog. ....	53
Een ruimte voorzien voor ongestoord bezoek.....	53
Mogelijkheid tot seksualiteitsbeleving met professionals (prostitutie of seksuele dienstverlening). ....	53
Het beschikbaar stellen van voorbehoedsmiddelen. ....	54
Cursussen voor hulpverleners. ....	54
Educatie voor patiënten. ....	54
<b>Discussie</b> .....	<b>54</b>
Beperkingen .....	54
Sterktes.....	55
Bespreking van resultaten .....	55
Relaties en seksualiteit van psychiatrische patiënten. ....	55
Opleiding en kennis.....	55
Gesprekken over seksualiteit.....	56
Seksuele activiteiten van patiënten. ....	57
Algemene attitude ten opzichte van seksualiteit. ....	57
De attitude ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten.....	57
Verdere exploratie van initiatiefname tot gesprekken over seksualiteit met patiënten. ....	58
Aanbevelingen .....	58
Opleiding .....	58
Cursussen. ....	58
Beleid.....	59
Implicaties voor toekomstig onderzoek .....	59
<b>Conclusie</b> .....	<b>60</b>
<b>Literatuurlijst</b> .....	<b>61</b>



<b>Appendices .....</b>	<b>69</b>
<b>Appendix A: Vragenlijst over attitude van hulpverleners ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten .....</b>	<b>69</b>
<b>Appendix B Aangepaste versie en scoring van de Sexual Attitudes and Beliefs Survey .....</b>	<b>89</b>
<b>Appendix C Subscales van de Vragenlijst Algemene Attitude ten opzichte van Relaties en Seksualiteit .....</b>	<b>91</b>
<b>Appendix D Gedetailleerde resultaten van de antwoorden op de Vragenlijst Algemene Attitude ten opzichte van Relaties en Seksualiteit .....</b>	<b>93</b>
<b>Appendix E Items en scoring van de Vragenlijst Attitude ten opzichte van Seksualiteit bij Psychiatrische Patiënten.....</b>	<b>97</b>
<b>Appendix F Gedetailleerde resultaten van de antwoorden op de Vragenlijst Attitude ten opzichte van Seksualiteit van Psychiatrische Patiënten.....</b>	<b>99</b>



## Lijst van tabellen

Tabel 1.....	11
Tabel 2.....	26
Tabel 3.....	27
Tabel 4.....	29
Tabel 5.....	30
Tabel 6.....	30
Tabel 7.....	30
Tabel 8.....	31
Tabel 9.....	31
Tabel 10.....	32
Tabel 11.....	33
Tabel 12.....	33
Tabel 13.....	34
Tabel 14.....	34
Tabel 15.....	34
Tabel 16.....	35
Tabel 17.....	35
Tabel 18.....	35
Tabel 19.....	36
Tabel 20.....	37
Tabel 21.....	39
Tabel 22.....	41
Tabel 23.....	41
Tabel 24.....	42
Tabel 25.....	43
Tabel 26.....	46

Tabel 27.....	47
Tabel 28.....	48
Tabel 29.....	51
Tabel 30.....	52

## Lijst van Figuren

Figuur 1.....	20
Figuur 2.....	40



## Inleiding

In de literatuur wordt opvallend weinig aandacht besteed aan de seksualiteit van psychiatrische patiënten. Nochtans worden vanuit klinische interesse en praktijk hierover vaak vragen gesteld, zowel door hulpverleners als door patiënten. Hulpverleners in psychiatrische afdelingen en psychiatrische ziekenhuizen blijken namelijk vaak geconfronteerd te worden met seksueel gedrag en beleving van patiënten. Meestal beschikken instellingen niet over duidelijke beleidslijnen hieromtrent, waardoor hulpverleners vaak moeten vertrekken vanuit eigen normen en waarden. In dit onderzoek worden deze normen en waarden van hulpverleners tegenover seksualiteit van psychiatrische patiënten verder geëxploreerd.

In deze inleiding zullen allereerst enkele belangrijke begrippen toegelicht worden. Vervolgens wordt er verder ingegaan op seksualiteit binnen de psychiatrie waarbij de focus wordt gelegd op patiëntfactoren, hulpverlenersfactoren en het spreken over seksualiteit. Aansluitend worden er enkele aanbevelingen voor psychiatrische voorzieningen besproken die gebaseerd zijn op een aantal actuele modellen. Tenslotte wordt het doel van het onderzoek belicht aan de hand van een aantal onderzoeksvragen en hypothesen.

## Terminologie

**Seksualiteit.** Volgens de World Health Organization [WHO] (2010) is seksualiteit een centraal aspect van het leven van de mens. Het omvat verschillende aspecten, waaronder seks, genderidentiteit en -rollen, seksuele oriëntatie, erotiek, plezier, intimiteit en voortplanting. Het wordt ervaren en vormgegeven in gedachten, fantasieën, verlangens, overtuigingen, attitudes, waarden, gedrag, handelingen, rollen en relaties. Seksualiteit kan al deze dimensies wel omvatten, maar deze worden niet altijd ervaren of vormgegeven. Seksualiteit is daarnaast multidimensionaal en wordt beïnvloed door een samenspel van biologische, psychologische, sociale, economische, politieke, ethische, wettelijke, historische, religieuze en spirituele factoren.

**Seksuele gezondheid.** Seksuele gezondheid is een toestand van fysiek, emotioneel, mentaal en sociaal welzijn die verbonden is met seksualiteit (WHO, 2010). Het is dus niet enkel de afwezigheid van ziekte, disfunctie of zwakte. Het vereist daarenboven een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit en seksuele relaties. Seksuele gezondheid behoeft ook het mogen en kunnen aangaan van plezierige en veilige seksuele ervaringen zonder dwang, discriminatie en geweld. Om het te bereiken en te behouden, moeten de seksuele rechten van alle individuen worden gerespecteerd, beschermd en gerealiseerd.

**Seksuele rechten.** Seksuele rechten sluiten aan op de fundamentele en universele rechten van de mens en zijn vastgelegd in internationale verdragen (WHO, 2010). Elk individu heeft recht op het hoogst haalbare niveau van seksuele gezondheid, waaronder toegang tot de seksuologische en reproductieve gezondheidszorg (1), het verkrijgen en verlenen van informatie over seksualiteit (2),

seksuele en relationele vorming (3), respect voor lichamelijke integriteit (4), vrije partnerkeuze (5), de vrijheid om te beslissen wel of niet seksueel actief te zijn (6), seksuele relaties met wederzijdse instemming (7), een vrijwillig partnerschap of huwelijk (8), keuzevrijheid aangaande het krijgen van kinderen (9) en het nastreven van en vormgeven aan een bevredigend, veilig en plezierig seksleven (10).

## **Seksualiteit in de psychiatrie**

**Inleiding.** Seksualiteit is een essentieel en geïntegreerd onderdeel van het menselijke leven. Mensen zijn seksuele wezens op elke leeftijd en in elke fase van de ontwikkeling (Sung & Lin, 2012). Wanneer mensen groeien en ontwikkelen, stuiten ze op verschillende ervaringen die een impact hebben op hun seksualiteit en die beïnvloed kunnen worden door een slechte fysieke en/of mentale gezondheid en medische behandelingen (Bruess & Greenberg, 2009). Zo hebben dus ook psychiatrische patiënten moeilijkheden om hun seksuele zorgen uit te drukken en vertonen zij een hoge prevalentie van seksuele disfuncties omwille van hun mentale ziekte en medicamenteuze bijwerkingen (Muir, 2000; Raja & Azzoni, 2003). Als deze seksuele zorgen van een patiënt niet duidelijk besproken worden of onopgelost blijven, heeft dit niet enkel impact op het zelfconcept, maar heeft men ook meer risico op een inadequate aanpassing van het veranderende lichaamsbeeld en de veranderde lichaamsfunctie (Mosack & Steinke, 2009; Tsai, Chen, Tsai, Ho, & Su, 2009). Het is dus belangrijk voor hulpverleners om een positieve en respectvolle attitude te hebben tegenover seksualiteit om seksuele gezondheid bij patiënten te bewerkstelligen. Seks blijkt daarnaast veel voordelen te hebben voor de gezondheid van een individu (Planned Parenthood Federation of America, Inc., 2007). Het is een belangrijk kenmerk van het zelfvertrouwen, zelfacceptatie en algemeen welzijn op alle leeftijden (Jerrome, 1993). Zo wordt een gebrek aan intimiteit geassocieerd met depressie en kan seksuele expressie zorgen voor een toename van zelfvertrouwen, een vermindering van stress en een verbetering van levenskwaliteit. Wat betreft de levenskwaliteit van een psychiatrische patiënt is het dus eveneens belangrijk om aandacht te schenken aan het thema seksualiteit.

In de hulpverleningsrelatie, en zeker wat betreft verpleegkundigen, wordt er vaak uitgegaan van een holistische visie (The American Holistic Nurses Association, 2015). De holistische aanpak betekent kortweg 'het genezen van de gehele persoon'. De visie percipieert patiënten als individuen met subjectieve overtuigingen en unieke ervaringen, die verbonden zijn met alle dingen, die de inherente capaciteit hebben om te groeien en te genezen en die de experts zijn van hun eigen gezondheidsnoden. Volgens de holistische visie moeten hulpverleners hun patiënten grondig beoordelen op vlak van biologische, psychologische, sociale en spirituele dimensies. Hulpverleners geloven wel in deze visie, maar de focus ligt het merendeel van de tijd enkel op het pathologische en disfunctionele lichaam/geest (Earle, 2001). Daarnaast heeft het gebrek aan middelen een negatieve invloed op de tijd die hulpverleners aan elke individuele patiënt kunnen besteden (Fulton, 1996). Hoewel seksualiteit door veel hulpverleners geaccepteerd wordt als een integrale component van de holistische visie, wekt het toch veel complexe legale, ethische, persoonlijke en professionele dilemma's op die men moeilijk kan oplossen (Earle, 2001). Daarnaast heeft onderzoek aangetoond dat hulpverleners seksuele kwesties niet of niet grondig bespreken met patiënten (Lewis & Bor, 1994; Cort, Attenborough, & Watson, 2001;



Higgins, Barker, & Begley, 2006). Onderzoek van Saunamäki, Andersson & Engström (2010) toont namelijk aan dat verpleegkundigen wel begrijpen dat de seksualiteit van de patiënt beïnvloed wordt door ziekte, maar dat ze de tijd niet nemen om seksuele zorgen te bespreken. De redenen waarom hulpverleners dit thema liever vermijden worden verder in deze inleiding toegelicht.

In wat volgt worden enkele factoren besproken die een invloed hebben op het thema seksualiteit in de psychiatrie. Allereerst wordt er gekeken naar patiëntfactoren, waarbij de focus ligt op de relatie tussen seksualiteit en de psychische stoornis en het gebruik van psychofarmaca. Vervolgens worden de weerstanden bij de hulpverleners besproken, waarbij een overzicht gegeven wordt van bevindingen uit eerder onderzoek omtrent de attitude van hulpverleners. Ten slotte wordt er ingegaan op het spreken over seksualiteit, waaronder het taalgebruik, het nemen van initiatief en het bespreken met collega's. Hierbij aansluitend worden er uitgangspunten gegeven voor het professioneel gebruik van seksuele taal.

**Patiëntfactoren.** Psychiatrische ziektebeelden en psychofarmaca gaan vaak gepaard met veranderingen in de seksuele behoefte en de seksuele respons (Bolle, Griffioen, & Knegtering, 2009). Enerzijds ontstaan er seksuele problemen onder invloed van de psychische stoornis en onder invloed van het gebruik van psychofarmaca. Anderzijds beïnvloeden deze seksuele veranderingen de stemming van de patiënt en de therapietrouw. Er is dus sprake van tweerichtingsverkeer tussen seksualiteit en psychiatrie. Omwille hiervan is het thema seksualiteit dus ook zeker belangrijk om te bespreken met de patiënt. Nochtans wordt er door hulpverleners nog vaak clichématig gedacht over seksualiteit van psychiatrische patiënten: patiënten zijn ofwel asexueel ofwel hyperseksueel. In het eerste geval hoeft seksualiteit niet besproken te worden, in het tweede geval moet seksualiteit onderdrukt worden. Deze overtuiging klopt echter niet, aangezien psychiatrische patiënten vaak nog wel gezond seksueel gedrag vertonen. Tevens hebben naast de psychische stoornis en de psychofarmaca ook nog een aantal andere psychosociale factoren een invloed op seksualiteit van psychiatrische patiënten, zoals een onderbreking van bestaande relatiepatronen en de context van de therapeutische setting (Sienaert, Nijs, & Vandereycken, 1996). Het blijft onduidelijk hoeveel van de seksuele disfunctie te wijten is aan de effecten van medicatie of aan het ziekteproces of aan de psychosociale factoren geassocieerd met de psychiatrische morbiditeit. In wat volgt wordt er ingegaan op de gevolgen met betrekking tot seksualiteit van bepaalde psychiatrische ziektebeelden. Vervolgens worden verschillende soorten psychofarmaca en de bijwerkingen ervan wat betreft seksualiteit besproken. Ten slotte worden er enkele algemene en psychologische factoren toegelicht die belangrijk zijn wanneer men spreekt over seksualiteit in de psychiatrie.

**Invloed van psychische stoornis.** Er zijn een aantal psychiatrische ziektebeelden die een impact hebben op het seksueel functioneren. In het kader van diagnostiek en behandeling moet hier dus actief aandacht aan besteed worden. Vaak is er bij een psychiatrische patiënt ook nog sprake van comorbiditeit met middelenafhankelijkheid, waaronder alcohol en drugs. Deze middelen hebben eveneens gevolgen met betrekking tot seksualiteit, maar worden in deze inleiding niet besproken. We

zullen ons in deze inleiding beperken tot een aantal psychiatrische ziektebeelden die frequenter voorkomen en die een grotere impact hebben wat betreft seksualiteit.

*Stemmingsstoornis: depressieve stoornis.* Een depressieve stoornis wordt gekenmerkt door een sombere stemming en/of anhedonie gecombineerd met lichamelijke klachten zoals slaapstoornissen, vermoeidheid, verandering van eetlustpatroon, psychomotorische stoornissen... en mentale klachten zoals suïcidale gedachten, schuldgevoelens, concentratieverlies... (American Psychiatric Association [APA], 2013). Een depressieve stoornis komt tot stand door een verstoorde huishouding van dopamine en serotonine (Bolle et al., 2009). Het effect van dopamine en serotonine valt als het ware stil, wat onder andere zorgt voor negatieve effecten op seksueel vlak.

Het meest voorkomende directe effect van een depressieve stoornis op seksueel vlak is verminderd seksueel verlangen (libidoverlies). Hierbij moet opgemerkt worden dat er ook een klein aantal mannen zijn met een depressieve stoornis dat net meer seksueel verlangen ervaart (Bancroft et al., 2003). Dit kan verklaard worden vanuit het feit dat om uit een negatieve stemming te komen, sommige mannen uit deze groep seks gebruiken, terwijl andere mannen uit deze groep bevestiging van anderen door middel van seksueel contact gebruiken. Een tweede direct effect met betrekking tot seksueel functioneren is opwindingsproblemen, zoals erectieproblemen en problemen met de vaginale lubricatie. Maar onderzoek van Bancroft et al. (2003) toonde ook op dit vlak aan dat bij een minderheid van depressieve mannen een verbeterde respons is van de seksuele opwinding. Orgasmeproblemen vormen een derde directe effect bij personen met een depressieve stoornis. Samengevat zorgt de aanwezigheid van een depressieve stoornis dus voor een verhoogde kans op libidoverlies, opwindingsproblemen en orgasmeproblemen.

Naast een aantal directe seksuele effecten, zijn er ook een aantal symptomen die een indirecte invloed hebben op het seksueel functioneren (Bolle et al., 2009). Een verminderde zelfwaardering, anhedonie, toegenomen schuldgevoel, vermoeidheid... verminderen indirect het seksueel verlangen. Een depressieve stoornis gaat eveneens gepaard met neurofysiologische veranderingen van het autonome zenuwstelsel, waardoor de spieren van het corpus cavernosum niet meer goed kunnen ontspannen.

Het is belangrijk om op te merken dat een seksuele disfunctie ook de oorzaak van een depressieve stoornis kan zijn. Wanneer er seksueel niet wordt voldaan aan het zelfbeeld of partnerbeeld, kan dit het zelfwaardegevoel ernstig verstoren wat bijdraagt aan het ontstaan van een depressieve stoornis (Bolle et al., 2009). In dit geval moet in eerste instantie de seksuele disfunctie behandeld worden.

*Stemmingsstoornis: bipolaire stoornis.* Een bipolaire stoornis wordt gekenmerkt door het herhaald voorkomen van ernstige stemmingsschommelingen. Er is tijdens deze schommelingen sprake van manische episodes (bipolaire stoornis I) of hypomane episodes (bipolaire stoornis II) die soms gecombineerd zijn met depressieve episodes (APA, 2013). Een manische episode gaat gepaard met symptomen zoals overdreven vergroot gevoel van eigenwaarde, geen of minder slaapbehoefte, spraakovervloed, gedachtevlucht, toegenomen activiteit en opwinding... In een ernstige manische

episode kan er ook sprake zijn van hallucinaties of wanen. Een hypomane episode is een lichtere vorm van een manische episode waarbij het contact met de werkelijkheid niet verloren gaat en er dus geen hallucinaties of wanen optreden. Een depressieve episode omvat symptomen zoals bij een depressieve stoornis (cf. supra). Een bipolaire stoornis komt tot stand door een verstoring van de neurotransmitters noradrenaline, dopamine en serotonine (Ups & Downs vzw, s.d.). Een manische of hypomane episode wordt veroorzaakt door een teveel aan deze neurotransmitters, terwijl een depressieve episode veroorzaakt wordt door een tekort aan deze neurotransmitters. Dit tekort of teveel aan neurotransmitters heeft naast de oorspronkelijke symptomen ook gevolgen met betrekking tot seksualiteit.

In manische episoden stijgt het seksueel verlangen en de frequentie van seksuele activiteit (Bolle et al., 2009). Segraves (1998) vond dat er bij patiënten in een manische episode sprake was van hyperseksualiteit (57%), promiscuïteit (40%) en een hogere coïtusfrequentie met de eigen of een andere partner (30 – 78%). Dit seksueel risicogedrag maakt dat patiënten in een manische episode meer risico lopen op soa's, ongewenste zwangerschappen of seksueel misbruik. Bovendien gaat het seksueel risicogedrag gepaard met schaamte en/of schuldgevoel wat zorgt voor een belasting voor beide partners (Bolle et al., 2009). In hypomane episoden is het seksueel risicogedrag minder uitgesproken, maar rapporteren patiënten wel dat zij hun seksualiteit intenser beleven (Segraves, 1998).

In depressieve episoden heeft het afgevlakt effect van dopamine, serotonine en noradrenaline dezelfde invloed op seksualiteit als bij een depressieve stoornis (cf. supra). Er is voornamelijk sprake van een verlies aan seksueel verlangen, wat gecorreleerd is met de ernst van de depressieve episode (Clayton & Montejo, 2006).

*Psychotische stoornissen: schizofrenie.* Schizofrenie is een psychiatrisch ziektebeeld dat gepaard gaat met positieve symptomen en negatieve symptomen en dat zorgt voor een ernstige verstoring van het dagelijks functioneren (APA, 2013). Positieve symptomen omvatten wanen, hallucinaties, verward denken, spreken of schrijven en verstoorte emoties. Het zijn symptomen die bij personen zonder schizofrenie niet voorkomen. Wanneer te verwachten gedrag afwezig is, spreken we over negatieve symptomen. In geval van schizofrenie is dit bijvoorbeeld vervlakking van emoties, weinig initiatiefname, terugtrekking uit sociale contacten, het ontbreken van energie en een verminderd concentratievermogen. Naast deze kenmerkende symptomen zijn er vaak ook nog cognitieve functiestoornissen, zoals aandachts- en geheugenproblemen. De oorzaken van schizofrenie zijn uiteenlopend en vormen een actueel thema in het onderzoek rond schizofrenie. Een van de verklaringen voor schizofrenie is dat er een verstoring is in het dopamine- en het serotonine-systeem (O'Conner, 1998), wat bevestigd wordt in onderzoek over de nieuwe antipsychotica die zowel dopamine- als serotonine-receptoren blokkeren. Deze verstoring heeft eveneens een effect op seksualiteit van schizofrene patiënten.

Het belangrijkste effect van schizofrenie op seksualiteit is dat patiënten een verminderd seksueel verlangen ervaren (Bolle et al., 2009). Andere effecten op seksualiteit zijn voornamelijk te wijten aan het gebruik van antipsychotica, maar deze worden verder in dit artikel besproken (cf. infra). Patiënten met schizofrenie hebben naast een gebrek aan sociaal inzicht, d.i. moeilijkheden om sociale relaties aan te gaan en/of te onderhouden, vaak ook een gebrek aan ziekte-inzicht. Hierdoor lopen zij

een groter risico op seksueel risicogedrag (soa's en ongewenste zwangerschap) en ongewenst seksueel gedrag (seksueel misbruik).

In de hulpverlening heeft men lange tijd ontkend dat patiënten met schizofrenie seksualiteit beleven en was men er dus van overtuigd dat ze asexueel zijn (Weinhardt, Carey, & Carey, 1997; Bolle et al., 2009). Hulpverleners waren er bovendien ook van overtuigd dat het bespreken van seksualiteit promiscuïteit zou bevorderen. Hulpverleners waren zich hierdoor dus niet bewust van bestaande seksuele problemen, seksueel risicogedrag en ongewenst seksueel gedrag. Tegenwoordig beseft men dat seksualiteit voor de meerderheid van de schizofrene patiënten even belangrijk is als mensen zonder psychiatrisch ziektebeeld. Veel patiënten met schizofrenie zijn eveneens in staat om betekenisvolle intieme relaties te ontwikkelen en te onderhouden en om hun eigen definities en persoonlijke betekenissen van seksualiteit te construeren (Volman & Landeen, 2007). Desalniettemin is het voor sommige personen met schizofrenie toch moeilijk om relaties aan te gaan en/of te onderhouden, waardoor ze vaak geen partner hebben en aangewezen zijn op masturbatie (Bolle et al., 2009). Dit wilt echter niet zeggen dat alleenstaande personen met schizofrenie minder behoefte hebben aan seksualiteit. Bovendien is de meerderheid van de patiënten met schizofrenie perfect in staat om over seksualiteit te spreken, vermits ze zich niet in een acute psychotische toestand bevinden. Het is dus zeker mogelijk om met deze personen over seksualiteit te spreken om zo de seksuele problemen, seksueel risicogedrag en ongewenst seksueel gedrag aan te pakken.

*Angststoornissen.* Angststoornissen worden gekenmerkt door de aanwezigheid van een pathologische angst die optreedt bij dreigend gevaar, die geen reële grond heeft en die zorgt voor een verstoring van het dagelijks leven. Er zijn verschillende soorten angststoornissen, maar ze gaan allemaal gepaard met een verhoogde alertheid, moeite met ontspanning en niet kunnen genieten zonder zorgen (Bolle et al., 2009).

Bancroft et al. (2003) vonden 2 effecten van angst/stress op seksualiteit bij een groep heteroseksuele mannen: enerzijds was er een groep die reageerde met een daling van seksuele interesse en respons, anderzijds was er een grotere groep die reageerde met een stijging van seksuele interesse en respons. Seks lijkt bij deze laatste groep de functie van stemmingsregulator te hebben (cf. seks als stemmingsregulator bij depressieve stoornis).

De verschillende soorten angststoornissen hebben elk hun eigen effect op seksualiteit. We beperken ons in deze inleiding tot de paniekstoornis, de sociale fobie, de obsessief-compulsieve stoornis en de posttraumatische stressstoornis. Personen met een paniekstoornis geven aan dat ze seks vermijden uit angst dat er een paniekaanval optreedt (Figueira, Possidente, Marques, & Hayes, 2001). Deze angst voor een paniekaanval uit zich niet enkel in het vermijden van seks, maar ook in het vermijden van masturbatie. De meerderheid van personen met een sociale fobie hebben eveneens seksuele stoornissen, waarbij de mannen vooral met premature ejaculatie kampen. In het onderzoek van Figueira et al. (2001) kwam bovendien naar boven dat de meeste mannen hun eerste seksueel contact hadden gehad met een prostituee, wat mogelijks wijst op een uiting van angst voor normale contacten. Personen met een obsessief-compulsieve stoornis beleven seks heel vaak als vies. Vrouwen met een obsessief-compulsieve stoornis ervaren minder sensualiteit, meer vermijdingsgedrag

en orgasme problemen (Aksaray, Yelken, Kaptanoglu, Oflu, & Ozaltin, 2001). De posttraumatische stressstoornis (PTSS) staat vooral bekend in het kader van seksueel misbruik (Bolle et al., 2009), maar ze kan ook optreden na andere trauma's. Cosgrove et al. (2002) vonden dat soldaten met PTSS problemen hebben wat betreft orgasme, tevredenheid en erectie, maar geen verschil ervaren wat betreft seksueel verlangen in vergelijking met soldaten zonder PTSS.

Faalangst wordt niet tot de categorie angststoornissen gerekend, maar heeft wel een belangrijk effect met betrekking tot seksualiteit. Faalangst bij vrouwen kan leiden tot anorgasmie, terwijl het bij mannen kan leiden tot erectieproblemen wanneer de dreiging gerelateerd is aan '*performance demand*' (Bolle et al., 2009).

*Persoonlijkheidsstoornissen: borderline persoonlijkheidsstoornis.* De borderline persoonlijkheidsstoornis wordt gekenmerkt door een pervasief patroon van instabiliteit van interpersoonlijke relaties, het zelfbeeld en de gevoelens (APA, 2013). Daarnaast is er ook sprake van duidelijke impulsiviteit die tot uiting komt in verschillende contexten. Samengevat zijn er problemen op gebied van interactionele hypersensitiviteit, identiteit, stemmingsregulatie en impulscontrole (Bolle et al., 2009). Veel vrouwen met een borderline persoonlijkheidsstoornis hebben bovendien een verleden met seksueel misbruik en fysieke mishandeling, wat het belang van seksualiteitsbeleving bij deze groep personen benadrukt.

Wat betreft seksualiteit heeft de borderline persoonlijkheidsstoornis verschillende effecten. Ten eerste kan de impulsiviteit leiden tot promiscuïteit, buitenechtelijke relaties en seksueel risicogedrag (Bolle et al., 2009). Ten tweede seksualiseren personen met een borderline persoonlijkheidsstoornis hun contacten en relaties, wat eveneens voorkomt in behandelcontacten. De sterke emotionele instabiliteit en het niet kunnen omgaan met kritiek zorgen namelijk vaak voor overdrachtsgevoelens in therapie. Ten derde hebben patiënten die erg jaloers en achterdochtig zijn angst voor verlating, waardoor ze hun partner steeds controleren op vreemdgaan. Ten vierde treedt er ook seksuele vermijding op, wat zich vooral voordoet bij personen die als kind seksueel misbruikt zijn.

De seksuele oriëntatie en seksuele identiteit van personen met een borderline persoonlijkheidsstoornis werd onderzocht door Neeleman (2007). Mannen met een borderline persoonlijkheidsstoornis zijn vaker homoseksueel in vergelijking met mannen zonder borderline persoonlijkheidsstoornis. Bij vrouwen met een borderline persoonlijkheidsstoornis werd dit verschil niet gevonden. Opvallend is eveneens dat deze personen vaak onzeker zijn over hun seksuele identiteit wat zich uit in wisselende seksuele identiteiten en wisselende periodes van homoseksuele en heteroseksuele relaties.

*Eetstoornissen.* Een eetstoornis gaat gepaard met afwijkend gedrag ten opzichte van het normale eetpatroon dat verwacht wordt voor een persoon van een bepaalde leeftijd, geslacht... (APA, 2013). Deze afwijking uit zich in de hoeveelheid voedsel die met inneemt, eetbuien, braken, voedselweigering... Er zijn twee eetstoornissen die algemeen goed gekend zijn in de samenleving: anorexia nervosa en boulimia nervosa. Anorexia nervosa wordt gekarakteriseerd door een verstoord lichaamsbeeld en excessief diëten wat leidt tot een ernstig gewichtsverlies. Men heeft de hevige angst

om dik te worden. *Bulimia nervosa* wordt gekenmerkt door veelvuldige episodes van eetbuien die gevolgd worden door compensatiegedrag, zoals (zelfopgewekt) braken om gewichtstoename te vermijden.

In de groep eetstoornissen kan men 3 verschillende groepen onderscheiden (Bolle et al, 2009). Ten eerste een groep waarbij de psychoseksuele ontwikkeling normaal verloopt en er geen sprake is van seksuele disfuncties. Ten tweede een groep waar (seksuele) trauma's op de voorgrond staan. Ten derde een groep waar de seksualiteitsontwikkeling vastgelopen is omwille van hypogonadisme. Bij deze laatste groep komt de menstruatiecyclus en het seksueel verlangen stil te liggen.

Algemeen lijkt *bulimia nervosa* minder gepaard te gaan met seksuele problemen (Wiederman, Pryor, & Morgan, 1996). Desalniettemin lijken periodes van afvallen bij zowel *anorexia nervosa* als *bulimia nervosa* samen te hangen met een lage masturbatiefrequentie. Deze lage frequentie neemt toe in de herstelfase van de eetstoornis, aangezien de herstelde hormonale huishouding zorgt voor meer seksueel verlangen (Morgan, Lacey, & Reid, 1999).

Wat betreft de seksuele oriëntatie van mannen met een eetstoornis vonden Carlat, Camargo en Herzog (1997) dat een aanzienlijk deel van mannen met *bulimia nervosa* zich als homoseksueel of biseksueel identificeerde, terwijl de meerderheid van mannen met *anorexia nervosa* zichzelf als asexueel beoordeelde.

*Cognitieve stoornissen: dementie.* Dementie is de verzamelnaam voor aandoeningen waarbij er meerdere stoornissen optreden in het cognitief functioneren, namelijk het geheugen, het leervermogen, het taalgebruik en het kunnen begrijpen en uitvoeren van complexe, dagelijkse handelingen (Expertisecentrum Dementie Vlaanderen, s.d.). Dementie is chronisch en progressief. Welke symptomen optreden is afhankelijk van de aard, de lokalisatie en de ernst van de hersenafwijkingen. De bekendste vormen zijn de ziekte van Alzheimer en vasculaire dementie. Aangezien het uitvoeren van complexe, dagelijkse handelingen bemoeilijkt wordt, heeft dit vanzelfsprekend ook een effect op het seksuele leven.

Mannen met dementie, en zeker degenen met vasculaire dementie, verliezen hun erectiecapaciteit (Bolle et al., 2009). De meerderheid van de patiënten met de ziekte van Alzheimer wordt minder seksueel actief, maar er is ook een minderheid die net meer seksueel actief wordt (Sherman, 1999). Dit laatste kan verklaard worden door schade aan de regulerende hersencentra, stimulerende medicatie of het feit dat men vergeten is dat men kort daarvoor reeds seksueel actief is geweest. Wanneer deze overactiviteit op seksueel vlak er gaat uitzien als seksuele intimidatie, kan dit tot last zijn voor familie, medepatiënten of hulpverleners (Bolle et al., 2009).

Het effect van dementie op de bestaande relatie is afhankelijk van de wijze waarop de relatie zich in de loop der jaren heeft ontwikkeld (Bolle et al., 2009). Sommigen blijven seksualiteit beleven en ervaren dit als een laatste goede vorm van contact, anderen beleven seksualiteit als een vorm van verkrachting. Afwijzing, desinteresse, verdriet en wrok maken het voor de patiënt en voor de partner heel moeilijk op seksueel vlak.

*Ontwikkelingsstoornissen: autisme.* Autisme is een ontwikkelingsstoornis die zich uit in drie kernproblemen: communicatie, sociaal leven en flexibel denken en handelen (Autisme Centraal, s.d.). Deze autistische kenmerken manifesteren zich al vroeg in het leven, maar worden vaak pas vastgesteld op latere leeftijd.

Hoewel mensen met autisme moeite hebben in de omgang met anderen, vertonen zij toch seksuele gevoelens en seksueel gedrag (Bolle et al., 2009). Hellemans, Colson, Verbraeken, Vermeiren en Deboutte (2007) vonden dat het merendeel van autistische mannen ervaring heeft met masturbatie, interesse heeft in seks en ook fysiek contact zoeken met anderen, maar dat ze over onvoldoende sociale vaardigheden beschikken om een seksuele relatie aan te gaan. Personen met autisme kunnen eveneens een goed onderscheid maken tussen adequaat en inadequaat seksueel gedrag en ze begrijpen bepaalde situationele normen met betrekking tot seksualiteit (Leutar en Mihokovic, 2007). Echter zijn ze onvoldoende op de hoogte van informatie over bescherming van hun seksuele gezondheid, zoals soa's en anticonceptiva. Daarnaast vertonen personen met autisme soms parafilieën, ritueel gebruik van specifieke objecten of een fascinatie voor sensorische prikkels die een seksuele connotatie hebben (Hellemans et al., 2007). Het is belangrijk om deze groep en hun ouders adequate seksuele voorlichting te geven met het oog op kwaliteit van leven en het voorkomen van onaangepast schadelijk gedrag (Leutar en Mihokovic, 2007; Bolle et al., 2009).

*Seksuele ontremming.* Seksuele ontremming is het verlies van controle over de seksuele impulsen en/of een sterke toename van de frequentie van (de neiging tot) seksueel gedrag (Bolle et al., 2009). Het beheersen van seksuele impulsen kan verstoord geraken bij neuropsychiatrische stoornissen, dementie, ontregeling en intoxicatie door medicatie of middelen en psychotische beelden (schizofrenie, manie en bipolaire stoornis). Het seksueel ontremde gedrag leidt vaak tot schuld- en schaamtegevoelens bij de patiënt en bij de omgeving en zorgt voor een verhoogde kans op soa's, ongewenste zwangerschap en seksueel misbruik. Het is dus belangrijk dat men de achterliggende oorzaken van seksuele ontremming onderzoekt zodat er een optimale behandeling aangeboden kan worden om de impulsen te remmen.

Samengevat zijn er dus een aantal psychiatrische ziektebeelden die op een bepaalde manier een grote invloed kunnen hebben op het seksueel functioneren. Het is belangrijk om te weten dat psychiatrische patiënten ondanks het effect van hun psychiatrisch ziektebeeld toch nog in staat zijn om seksueel gezond gedrag te stellen en dat zij hier eveneens nood aan hebben. Het is dus aangewezen om in de hulpverlening stil te staan bij de impact van de psychiatrische problematiek op seksualiteit door er rekening mee te houden in het kader van diagnostiek en behandeling.

*Invloed van psychofarmaca.* De nieuw ontwikkelde psychofarmaca geven ondanks hun verbetering met betrekking tot levenskwaliteit veel bijwerkingen op vlak van seksualiteit (Bolle et al., 2009). Omwille hiervan vermindert niet enkel de levenskwaliteit van psychiatrische patiënten, maar daalt ook de therapietrouw. Het gebruik van psychofarmaca krijgt hierdoor meer aandacht in het gesprek tussen behandelaar en patiënt. Nochtans komt in onderzoek van Voermans, Van, Peen en Hengeveld

(2012) naar voren dat psychiaters niet altijd voorlichting geven over de seksuele bijwerkingen van antipsychotica en antidepressiva (Rele & Wylie, 2007; Nnaji & Friedman, 2008). Wat eveneens opvalt is dat een kleine meerderheid van de psychiaters aangeeft nooit of slechts af en toe seksuele problemen te bespreken met nieuwe patiënten. De redenen hiervoor worden uitvoeriger besproken in het vervolg van dit artikel (cf. infra). Daarnaast blijkt ook dat slechts 20% van de psychiatrische patiënten spontaan het voorkomen van seksuele disfuncties als gevolg van psychofarmaca melden, terwijl de overige 80% dit pas doet wanneer er specifiek naar gevraagd wordt (Montejo, Llorca, Isquierdo, & Rico-Villademoros, 2001). Het is dus belangrijk dat hulpverleners, maar vooral psychiaters, het onderwerp seksualiteit actief inbrengen in gesprek met de patiënt.

Psychofarmaca werken vooral door middel van de beïnvloeding van neurotransmittersystemen, waaronder dopamine, serotonine en noradrenaline. De psychotrope werking en de indirecte en directe effecten op de seksuele respons van deze 3 belangrijkste neurotransmitters wordt geïllustreerd in Tabel 1. In wat volgt worden een aantal belangrijke groepen psychofarmaca besproken met hun effect op seksualiteit.

*Anxiolytica.* Anxiolytica zijn een groep medicijnen die zorgen voor angstreductie. De belangrijkste anxiolytica zijn benzodiazepines, dit zijn stoffen die sederend werken door het effect van de neurotransmitter GABA snel te versterken (Bolle et al., 2009). Benzodiazepines worden gebruikt tegen angst, pijn en slapeloosheid. Ze geven een dosisafhankelijke vertraging van het orgasme en zorgen ook voor gewichtstoename, wat een indirect effect heeft op de seksualiteitsbeleving.

*Antipsychotica.* Antipsychotica zijn een groep medicijnen die bedoeld zijn voor de behandeling van psychotische verschijnselen (wanen en hallucinaties), hevige agitatie en onrust (Bolle et al., 2009). Antipsychotica worden opgedeeld in 2 categorieën: conventionele antipsychotica en atypische antipsychotica. Conventionele antipsychotica gaan vaak gepaard met extrapiramidale verschijnselen (bv. stijve spieren, krampen, trillen...). Alle antipsychotica blokkeren dopamine, wat zorgt voor een verhoging van de prolactinespiegels (Cutler, 2003). Sommige antipsychotica hebben daarnaast ook antiserotonerge, antihistaminerge en antinoradrinerge eigenschappen. Wanneer antipsychotica een sterke binding hebben met de dopaminereceptor, kan dit leiden tot bewegingsstoornissen, maar ook tot een aantal seksuele neveneffecten zoals vermindering van seksueel verlangen, erectiestoornissen, lubricatiestoornissen, orgasmestoornissen en ejaculatiestoornissen (Kockott & Pfeiffer, 1996; Knegtering, Bruggeman, Castelein, & Wiersma, 2007; Bolle et al., 2009). Omdat deze antipsychotica ook zorgen voor een verhoging van de prolactinespiegels, worden deze neveneffecten nog versterkt wat verder een negatieve invloed heeft op het seksueel verlangen en op seksuele fantasieën. Antipsychotica kunnen eveneens de seksuele fysiologie beïnvloeden via perifere effecten (Bolle et al., 2009). Zo kan er remming optreden van de erectie, ejaculatie en orgasme of treedt er soms zelfs retrograde ejaculatie op. In uitzonderlijke gevallen kan er een priapisme optreden. Er kan dus geconcludeerd worden dat antipsychotica een brede verzameling geneesmiddelen zijn die verschillende effecten kan hebben op het seksueel functioneren.



**Tabel 1**

*De psychotrope werking en de directe/indirecte effecten op de seksuele respons van de neurotransmitters dopamine, serotonine en noradrenaline*

<b>Neurotransmitter</b>	<b>Psychotrope werking</b>	<b>Direct effect op de seksuele respons</b>	<b>Indirect effect op de seksuele respons</b>
Dopaminerg	Stimulatie	Activatie seksuele behoefte	Activatie plezier
Antidopaminerg	Vermindering agitatie Impulsdempend	Remming zin Remming seksuele activiteit Verstoring erectie Remming ejaculatie	Gynaecomastie
Serotonerg	Antidepressief Anxiolytisch Impulsdempend (vaak)	Remming orgasme	Droge mond Transpiratie
Antiserotonerg	Stimulatie	Activatie seksueel gedrag Bevordering orgasme	
Noradrenerg	Antidepressief Activatie		Prikkelbaarheid
Anti-adrenerg	Sedatie Vermindering agitatie	Verstoring erectie Verstoring lubricatie	Slaperigheid

*Opmerking.* Aangepast overgenomen uit Bolle, G., Griffioen, T., & Knegtering, R. (2009). Seksuologie en psychiatrie. In L. Gijs, W. Gianotten, I. Vanwesenbeeck, & P. Weijnenborg (Eds.) *Seksuologie* (pp 515–533). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

*Stemmingsstabilisatoren.* Stemningsstabilisatoren zijn een groep medicijnen die antimanisch en antidepressief werken en dus gebruikt kunnen worden in acute manische fasen of in het voorkomen van volgende manische episoden (Bolle et al., 2009). Stemningsstabilisatoren beïnvloeden vooral het serotonerge en het adrenerge systeem. De bekendste stemningsstabilisator is Lithium, maar daarnaast zijn er ook nog anti-epileptica. Lithium heeft een negatief effect op het seksueel verlangen, de erectie en het orgasme. Nochtans zijn er ook onderzoeken die aantonen dat Lithium zorgt voor meer seksueel verlangen en een beter orgasme. Anti-epileptica zorgen dat het Seks Hormoon Bindend Globuline (SHBG) stijgt, waardoor het vrije testosteron in het bloed daalt. Dit zorgt voor een vermindering van het seksueel verlangen.

*Antidepressiva.* Antidepressiva zijn medicijnen die de symptomen van een depressie tegengaan en de stemming normaliseren. Naast een effect op serotonine hebben sommige antidepressiva ook een anxiolytisch effect (Bolle et al., 2009). Er zijn twee soorten antidepressiva: tricyclische antidepressiva (TCA's) en selectieve serotonine reuptake inhibitoren (SSRI's). Antidepressiva hebben een traag effect, maar seksuele neveneffecten kunnen reeds snel optreden. SSRI's en TCA's hebben een negatieve invloed op het seksueel verlangen, de seksuele opwinding en het seksueel orgasme. SSRI's zorgen voornamelijk voor een uitstel van het orgasme, waardoor ze vaak gebruikt worden voor de behandeling van premature ejaculatie (Waldinger, 2007).

Er kan geconcludeerd worden dat veel psychofarmaca het seksueel functioneren beïnvloeden. De werking via dopamine, noradrenaline en serotonine heeft een aantal negatieve effecten wat betreft seksualiteit. Deze seksuele neveneffecten kunnen eventueel tegengegaan worden door een dosisverlaging, de overstap naar een ander soort psychofarmaca of het toevoegen van andere medicatie die de seksuele problemen tegengaat. Indien de seksuele problemen onoplosbaar of onvermijdelijk zijn, kan men overstappen op seksuologische begeleiding.

***Andere factoren die weerstand oproepen.*** Naast het effect van de psychische stoornis en het gebruik van psychofarmaca op seksualiteit, zijn er ook een aantal andere psychosociale factoren die ervoor zorgen dat psychiatrische patiënten gehinderd worden in hun seksueel functioneren.

*Therapeutische setting.* Een opname in een psychiatrisch ziekenhuis zorgt ervoor dat het vertrouwde sociale netwerk en de intieme relaties plaats moeten ruimen voor een vreemde, tijdelijke leefgemeenschap (Vandereycken, 1991). Een opname betekent dus voor veel patiënten een onderbreking van bestaande relatiepatronen en seksuele contacten (Sienaert et al., 1996). Seksueel gedrag of seksuele wensen kunnen dan beschouwd worden als een symptoom van een opname of als een uiting van 'gezond' seksueel verlangen (Vandereycken, 1991). Desalniettemin wordt het uiten van deze seksuele gevoelens echter nog steeds vaak gezien als een vorm van acting-out, als weerstand of als deel van de psychiatrische problematiek. De therapeutische setting zorgt daarnaast ook voor barrières met betrekking tot de seksuele expressie (Cook, 2001). Veel patiënten zijn seksueel actief en verblijven in een ziekenhuis, maar hebben geen mogelijkheid om verantwoordelijke seks te hebben in een waardige sfeer (Welch, Meagher, Soos, & Bhopal, 1991). Zo ervaren veel psychiatrische patiënten een gebrek aan privacy omdat men vaak een kamer moet delen met andere patiënten, er een ziekenhuisbeleid is dat seks tussen patiënten verbiedt, er geen ruimte is om seksualiteit te beleven met een partner... Het is bijvoorbeeld niet ongewoon voor patiënten om seks te hebben in de bosjes op het ziekenhuisterrein in ruil voor geld of sigaretten. Bovendien krijgen psychiatrische patiënten vaak een tegenstrijdige boodschap tijdens hun opname: er wordt verwacht dat patiënten intieme aspecten delen met anderen, terwijl elke vorm van lichamelijke intimiteit achterwege dient te blijven (Vandereycken, 1991). Daarnaast krijgen psychiatrische patiënten weinig begeleiding en ondersteuning van de hulpverleners om hun seksualiteit uit te drukken, zeker wanneer het gaat over praktische begeleiding in

sociale vaardigheden en ondersteuning voor seksuele activiteiten. Deze weerstand van hulpverleners wordt verder in deze inleiding besproken.

*Seksueel misbruik.* Veel psychiatrische patiënten zijn in het verleden slachtoffer geweest van seksueel misbruik door een bekende of een onbekende. Seksueel misbruik gaat over een ongelijke machtsverhouding waarin de lichamelijke en/of psychische integriteit van iemand op een seksuele manier geschonden is (Akkeren & Visser, 2007). Het heeft zowel gevolgen op lichamelijk als op psychosociaal vlak, waardoor negatieve effecten op relatievorming en seksualiteitsbeleving niet uitgesloten zijn (Cook, 2001; Heemelaar, 2008; Ijff, 2010).

*Gebrek aan zelfvertrouwen.* Omwille van de psychische problematiek en sociaal stigma ervaren veel psychiatrische patiënten een gebrek aan zelfvertrouwen en een laag gevoel van eigenwaarde die hun mogelijkheid om intimiteit met anderen te beleven verhinderen (Cook, 2001). Seksuele relaties gaan namelijk over het nemen van risico's en over kwetsbaarheid, wat een moeilijke opgave is voor mensen met een laag zelfvertrouwen.

*Gebrek aan sociale vaardigheden.* Sociale vaardigheden, zoals oogcontact en spontane gesprekken met andere mensen, zijn noodzakelijk om intimiteit tot stand te brengen (Cook, 2001). Het gebrek aan zo'n sociale vaardigheden komt vaak voor bij sommige psychische problematieken, waardoor deze personen als minder begeerlijk gezien worden door potentiële partners.

*Gebrek aan veilige seks.* Veel psychiatrische patiënten hebben onveilige seks en moeite om contraceptie te gebruiken omwille van economische, interpersoonlijke en situationele redenen (Carmen & Brady, 1990; Jonikas, Bamberger, & Laris, 1998). Veel contraceptiva zijn namelijk niet betaalbaar voor patiënten met een beperkt inkomen. Daarnaast hebben veel patiënten een gebrek aan kennis en informatie over soa's en contraceptiva, omdat hulpverleners en familieleden hen hier weinig informatie over verschaffen (Helfland, 1993). Hulpverleners voelen zich namelijk niet altijd comfortabel om seksualiteit te bespreken, terwijl familieleden zich vaak ambivalent voelen over de seksuele activiteit van hun invalide familieleden of deze zelfs afkeuren (Carmen & Brady, 1991; Hellman, 1996). Als er al seksuele voorlichting gegeven wordt, lijkt deze bovendien vaak prescriptief te zijn. Patiënten worden over het algemeen niet ingelicht over wat ze zouden moeten weten opdat ze zelf keuzes en beslissingen kunnen maken over hun seksualiteit (McCann, 2003). Bovendien leidt het gebrek aan privacy in residentiële ziekenhuizen vaak tot gehaaste, onvoorbereide seksuele activiteit die niet veilig en beschermd is. Ten slotte beschikken psychiatrische patiënten vaak niet over de sociale vaardigheden die nodig zijn om te onderhandelen over veilige seks, zeker wanneer het gaat over seksuele activiteiten met andere psychiatrische patiënten die evenmin over de nodige sociale vaardigheden beschikken (Cook, 2001). Higgins et al. (2006) toonden aan dat voorlichting aan psychiatrische patiënten voordelen kan opleveren: het seksueel risicogedrag vermindert, de sociale vaardigheden nemen toe en de kennis over anticonceptie wordt verhoogd.

Naast de invloed van de psychische stoornis en psychofarmaca op seksualiteit, zijn er dus ook een aantal andere factoren die een negatief effect kunnen hebben op het beleven van seksualiteit voor psychiatrische patiënten. Het is van belang om een therapeutische sfeer te creëren waarbinnen patiënten op vlak van seksualiteit veilige grenzen kunnen ervaren, kunnen experimenteren en kunnen leren (Famaey, 1996). Daarnaast moet het stigma voor deze populatie verminderd worden en hebben ze nood aan een empowerende omgevingen en hulpverleners (Cook, 2001). Ze hebben bovendien nood aan betaalbare contraceptie en benodigdheden voor veilige seks.

**Hulpverlenersfactoren.** Hulpverleners zijn vaak terughoudend wanneer het gaat over seksualiteit van psychiatrische patiënten. Er wordt meer gefocust op de ziekte en de patiëntenzorg dan op overige levensaspecten van de patiënten, waaronder seksualiteit (Earle, 2001). Seksualiteit zorgt namelijk voor een aantal ethische, persoonlijke en professionele dilemma's die men zo maar niet kan oplossen. Seksuele kwesties worden doorgaans niet of niet grondig genoeg besproken met patiënten, terwijl de meeste patiënten net aangeven dat het bespreken van seksualiteit een vast onderdeel moet zijn van de behandeling en dat de behandelaar moet aangeven dat spreken over seksualiteit kan (Pinderhughes, Grace, & Reyna, 1972; Keseling, 1993; Luyens, 1994; Braakman, 2002). Algemeen kan dus gesteld worden dat er een weerstand lijkt op te treden bij hulpverleners wanneer het gaat over seksualiteit. In wat volgt worden resultaten van onderzoeken aangaande de verklaring van deze weerstand besproken.

**Leeftijd.** In de maatschappij wordt er vaak van uitgegaan dat jongere volwassenen zich meer op hun gemak voelen om over seksualiteit te spreken en ook positiever staan ten opzichte van seksualiteit dan oudere volwassenen. Le Gall, Mullet en Rivière Shafighi (2002) vonden immers dat oudere volwassenen veel minder permissief zijn met betrekking tot seksualiteit dan jongere volwassenen. Onderzoek van Cuskelly & Bryde (2004) toont eveneens aan dat hulpverleners boven de 60 jaar conservatievere attitudes hebben ten opzichte van seksualiteit. Nochtans blijkt uit ander onderzoek dat oudere volwassenen meer liberaal zijn qua attitude ten opzichte van seksualiteit dan wat verwacht wordt bij jongere volwassenen (Bergstrom-Walan & Nielsen, 1990; Steinke, 1994). Dit effect lijkt zich ook voor te doen wanneer men spreekt over seksualiteit in de hulpverlening. Onderzoek van Saunamäki et al. (2009) toont namelijk aan dat oudere hulpverleners zich meer zelfverzekerd voelen in hun mogelijkheid om seksuele zorgen van patiënten aan te kaarten. Daarnaast wordt in dit onderzoek gevonden dat hoe ouder de hulpverlener, hoe positiever de attitudes ten opzichte van seksualiteit. Dit verband wordt eveneens gevonden in onderzoek van Haboubi en Lincoln (2003), maar wordt tegengesproken door Magnan, Reynolds en Galvin (2005) en Hartog (2008), die vaststellen dat er geen verband is tussen de attitude ten opzichte van seksualiteit en de leeftijd van de hulpverlener. Gezien de tegenstrijdige resultaten in de bestaande literatuur, zou het interessant kunnen zijn om dit effect verder te onderzoeken.

**Geslacht.** Staan mannelijke hulpverleners positiever ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten en voelen zij zich comfortabeler om hierover te spreken? Onderzoek omtrent

dit topic is schaars. Onderzoek van Meaney-Tavares & Gavidia-Payne (2012) toont aan dat er geen verband bestaat tussen het geslacht van de hulpverlener en de attitude. Wat betreft het spreken over seksualiteit toont het onderzoek van Voermans et al. (2012) aan dat mannelijke psychiaters en aiossen zich vaker competent voelen om seksuele problemen te bespreken en seksuele problemen te behandelen. Gezien de beperkte resultaten in de wetenschappelijke literatuur, kan het interessant zijn om dit topic verder te exploreren in toekomstig onderzoek.

***Kennis en opleiding.*** Kennis over seksualiteit in het algemeen en over seksualiteit van psychiatrische patiënten wordt verkregen tijdens de opleiding of tijdens een bijkomende cursus of opleiding in de werksituatie. In heel wat onderzoeken komt naar voren dat de hoeveelheid kennis over seksualiteit samenhangt met de attitude ten opzichte van seksualiteit bij (psychiatrische) patiënten: hoe meer kennis, hoe positiever de attitude (McKelvey, Webb, Baldassar, Robinson, & Riley, 1999; Stokes & Mears, 2000; Hoïng & Bender, 2005; Hartog, 2008; Saunamaki et al., 2009; Walker & Harrington, 2010; Bauer, McAuliffe, Nay, & Chenco, 2013; Sung & Lin, 2013). Het is dus belangrijk om in de opleiding meer aandacht te besteden aan het thema seksualiteit en om eventueel bijkomende cursussen of opleidingen te organiseren die men kan volgen in de werksituatie. Opleiding is namelijk essentieel om vaardigheden, kennis en capaciteiten van hulpverleners te verbeteren zodat ze holistische zorg kunnen aanbieden met een focus op seksuele gezondheid (Dattilo & Brewer, 2005; Johnston, 2009).

***Normen, waarden en attitudes.*** In de omgang van patiënten met hun seksualiteit wordt de omgang van de hulpverlener met zijn seksualiteit weerspiegeld (Modestin, 1993). Geen van beiden is vrij van algemene overtuigingen, houdingen en taboes. Persoonlijkheidsfactoren spelen een belangrijke rol wanneer het gaat over de attitude van hulpverleners (Eiguer, Litovsky, & Chapins, 1974; Strauss, Prager, Appelt, & Gross, 1988; Civic, Walsh, & McBride, 1993). Persoonlijke attitudes worden dan professionele gedragingen die interfereren met optimale patiëntenzorg (Withersty, 1976). Hulpverleners kunnen namelijk moeite hebben met het aanwenden van hun eigen normen, waarden en attitudes tegenover seksualiteit binnen een professionele rol (Hoïng & Bender, 2005). De eigen gevoelens en attitude van verpleegkundigen met betrekking tot seksualiteit zouden dan kunnen werken als barrière voor het exploreren van seksuele kwesties met patiënten (McCann, 2003). Verpleegkundigen moeten dus eerst hun eigen bagage aangaande attitudes, waarden, angsten en overtuigingen bestuderen en deze leren te hanteren (Ijff, 2010). Dit vereist een regelmatig zelfonderzoek, zowel in supervisie en in intervisie. Hulpverleners zijn namelijk geneigd hun eigen perceptie van seksualiteit te projecteren op patiënten (Thunnissen & Berens, 1999). Waar zij seksualiteit associëren met genitale seks en het gratificeren van lust, kan voor patiënten seksualiteit een heel andere functie hebben: het reduceren van angst, het behouden van psychisch evenwicht... (Hummelen & Tietema, 1991; Neetens, 1991). Het is daarnaast belangrijk dat hulpverleners kennis hebben over de eigen tegenoverdrachtsgevoelens, over het eigen seksuele functioneren en over de eigen seksuele oriëntatie om zo op een gezonde manier om te gaan met de seksualiteit van hun patiënten (Thunnissen & Berens, 1999; Bolle et al., 2009). Men zou namelijk kunnen gaan reageren op seksualiteit van patiënten vanuit gevoelens van angst, overbezorgdheid, jaloezie of machtsdenken. Om de seksuele ontwikkeling te kunnen stimuleren, moet

men namelijk in eerste instantie zelf weinig problemen hebben op het gebied van seksualiteit (Thunnissen & Berens, 1999). Seksuele gevoelens en fantasieën lijken te behoren tot het privé domein, nochtans is het juist de verantwoordelijkheid om deze emoties op een professionele manier te bespreken. Als persoonlijke conflicten niet uitgepraat worden, is er een grote kans dat ze doorgegeven worden aan patiënten (Hummelen & Tietema, 1991). Een duidelijk op schrift gestelde beleidslijn zorgt ervoor dat de verantwoordelijkheid niet te zwaar weegt op de normen, waarden en attitudes van de individuele personeelsleden (Keitner & Grof, 1981).

**Seksualiteitsbeleid.** Een groot deel van de ziekenhuizen heeft een beleid aangaande seksualiteit (Buckley, Hyde, & Winterick, 1996). Institutionele beleidslijnen aangaande seksuele expressie variëren, maar algemeen worden seksuele en relationele noden vaak genegeerd (d'Ardenne & McCann, 1997) en wordt er een restrictieve houding aangenomen (Modestin, 1993). Socioculturele barrières inzake dit onderwerp moeten dan ook herkend worden. Onderzoek heeft bovendien het belang aangetoond van een positieve therapeutische omgeving zoals afdelingsgrootte, afdelingsstructuur en attitudes van hulpverleners (Holbrook, 1989). Een consistent beleid in een ziekenhuis kan de attitudes van hulpverleners versterken door bijvoorbeeld condooms beschikbaar te maken en aparte ruimtes beschikbaar te stellen voor seksuele activiteiten (Civic et al., 1993). De primaire doelstelling is echter de inzet van de hulpverleners om seksualiteit een plaats te geven in de behandeling. Meer informatie over het vormen van een seksualiteitsbeleid komt verder in deze inleiding aan bod.

**Ervaringen met seksualiteit van psychiatrische patiënten.** Wanneer een hulpverlener op een negatieve manier in contact is gekomen met seksuele activiteiten van een psychiatrische patiënt, zou het best mogelijk zijn dat de attitude van de hulpverlener negatiever gekleurd is (Hartog, 2008). Negatieve ervaringen hebben namelijk een sterkere invloed op de attitude dan positieve ervaring (Ajzen, 2001).

**Andere factoren.** Naast de voorgenoemde factoren, zijn er ook nog een aantal andere factoren die een invloed kunnen hebben op het bespreken van seksualiteit met psychiatrische patiënten. Tsai (2004) vond dat hulpverleners angst hebben om in verlegenheid gebracht te worden en dat ze ervan overtuigd zijn dat patiënten zullen denken dat het bespreken van seksualiteit niet relevant is voor de behandeling (Stevenson, 2004; Voermans et al., 2012). Sommige hulpverleners geloven bovendien dat patiënten niet van hen verwachten dat ze naar hun seksuele zorgen vragen of dat ze patiënten zouden doen schrikken wanneer ze hiernaar vragen (Magnan et al., 2005; Nnaji & Friedman, 2008; Voermans et al., 2012). Hulpverleners denken daarenboven vaak dat patiënten wel over het onderwerp zullen beginnen spreken wanneer zij hier nood aan hebben (Beckx, 2012). Stokes en Mears (2000) stelden vast dat het gebrek aan tijd en training en het niet in staat zijn om om te gaan met het onderwerp andere barrières zijn die ervoor zorgen dat hulpverleners niet durven spreken over seksualiteit (Jou, Chen, Lee, & Yin, 2003; McFadyen, 2004; Stevenson, 2004). Hulpverleners voelen zich bovendien vaak oncomfortabel om te spreken over seksuele kwesties met patiënten (Civic et al., 1993). Nochtans voelden hulpverleners in het onderzoek van Saunamaki et al. (2009) zich wel comfortabel om te spreken

over seksualiteit en voelden zich hier ook voor verantwoordelijk, maar toch voelden ze zich niet zelfverzekerd genoeg om het te hebben over de seksuele zorgen van patiënten (Jaarsma et al., 2010; Voermans et al., 2012). In de literatuur wordt eveneens vermeld dat seksuele problemen te complex zijn voor hulpverleners om over te spreken (Stevenson, 2004; Voermans et al., 2012). Daarnaast vinden sommige hulpverleners het onderwerp niet belangrijk genoeg ten opzichte van andere problemen die de patiënt ervaart. Het is dus belangrijk om te peilen naar wat hulpverleners denken over het belang van seksualiteit en relaties voor patiënten, hun gevoelens om hierover te spreken en de mate waarin ze hier tijd aan zouden moeten besteden.

Samengevat zijn er dus grote hoeveelheid factoren die inspelen op weerstanden met betrekking tot seksualiteit bij hulpverleners. Het is belangrijk om deze factoren te exploreren zodat hulpverleners hier mee aan de slag kunnen gaan. Om hulpverleners hun rol vertrouwelijk en competent te laten uitvoeren, moeten ze ten eerste kennis verschaffen over de biologische, psychologische en sociale aspecten van seksualiteit (Webb, 1985). Dit kan uitgebouwd worden in hun opleiding of in een bijkomende cursus of opleiding. Ten tweede moeten hulpverleners hun eigen normen, waarden, attitudes, angsten en overtuigingen exploreren. Een goed uitgebouwd beleid aangaande seksualiteit kan hulpverleners helpen zodat de verantwoordelijkheid niet te zwaar weegt op hun eigen normen, waarden en attitudes. Er moet ten slotte een bewuste drijfveer zijn naar het vergemakkelijken van communicatie over seksualiteit, het corrigeren van mythen en verkeerde informatie, het bieden van educatie en het aanmoedigen van het exploreren van de gevoelens en bronnen van de patiënt (McCann, 2003).

**Spreek over seksualiteit.** Zoals reeds aangehaald vermijden veel hulpverleners het om een gesprek met patiënten aan te gaan over seksualiteit. De redenen hiervoor zijn divers en verschillen van persoon tot persoon. Er wordt in de hulpverlening vaak gesproken over de term 'bespreekbaar maken' van seksualiteit. Het is namelijk de taak van hulpverleners om patiënten te laten ervaren dat er gesproken mag worden over seksualiteit en dat ze zelf ook (pro)actief handelen om een gesprek over seksualiteit te beginnen. In wat volgt zullen verschillende soorten taalgebruik besproken worden, die niet adequaat zijn om te hanteren tijdens een gesprek met een patiënt.

Er zijn weinig algemeen aanvaarde woorden voor seksueel gedrag en geslachtsdelen, waardoor individuen zich in dialoog een eigen taalstijl ontwikkelen. Deze taalstijl is individueel bepaald en wordt vanuit het eigen referentiekader gecultiveerd (Beckx, 2012). De taalstijl die men gebruikt is eveneens afhankelijk van de sociale context waarin men zich bevindt. Ook in de psychiatrie gebruiken patiënt en hulpverlener regelmatig verschillende taalstijlen. Er zijn een aantal van deze taalstijlen die niet adequaat zijn om te hanteren binnen de context van de psychiatrie. Bender (2008) en Heemelaar (2008) spreken over een aantal taalstijlen die een constructief gesprek over seksualiteit zouden ondermijnen.

**Verhullende taal.** Verhullende taal omvat uitspraken zoals 'het gaat niet', 'het doet pijn van onder', 'het huwelijksleven', 'intiem toilet'... (Beckx, 2012). Deze soort uitspraken worden gebruikt wanneer een patiënt of hulpverlener zich ongemakkelijk voelt om over seksualiteit te spreken.

**Verbloemende taal.** Sommige koppels hebben een eigen soort taalgebruik, zodat één woord soms voldoende informatie geeft (Beckx, 2012). Men doet dit om niet al te veel woorden aan seks te moeten besteden, maar voor de hulpverlener is het niet duidelijk wat dit ene woord betekent. Een voorbeeld is 'vrijen', dat voor het ene koppel 'seksuele penetratie' betekent, terwijl het voor het andere koppel 'intiem knuffelen' betekent. Het is de taak van de hulpverlener om hier duidelijkheid in te scheppen.

**Medische taal.** Hulpverleners verschuilen zich soms achter medische taal omdat ze zelf met weerstanden zitten (cf. supra) om seksueel bespreekbaar te maken (Beckx, 2012). De klinische terminologie wordt dan als beschermende barrière gebruikt om zo een therapeutische afstand te bewaren tussen patiënt en hulpverlener (Meerabeau, 1999; Higgins et al., 2006). Een voorbeeld is het woord 'coïtus', waarvan de betekenis voor veel patiënten onduidelijk is. Het is belangrijk dat de hulpverlener controleert of de patiënt de medische taal begrijpt, zodat men een constructief gesprek kan voeren.

**Schuttingtaal.** Voor sommige personen wordt een bepaald woord als normaal en alledaags beschouwd, terwijl het voor andere personen choquerend en grof is (Beckx, 2012). Een voorbeeld is het woord 'neuken' dat voor sommigen neutraal klinkt, terwijl het voor anderen een negatieve connotatie krijgt. Deze schuttingtaal is afhankelijk van periodes en hypes. De woorden 'kut' of 'klote' worden tegenwoordig gebruikt als figuurlijke beschrijving dat je je ellendig voelt, terwijl het vroeger een schande zou geweest zijn indien je deze woorden gebruikte.

**Kinderlijke taal.** Kinderlijke taal omvat uitspraken zoals 'mijn plasser doet het niet' of 'zullen we eens helpen om je piemeltje te wassen' (Beckx, 2012). Dit soort taalgebruik wordt vaak gehanteerd in de hulpverlening en dan hoofdzakelijk in de hulpverlening met oudere personen. Men gebruikt dit soort kinderlijke verkleinwoorden om het ongemak om over seksualiteit te spreken te neutraliseren.

**Lieve taal.** Soms wordt er lieve, romantische of zelfs poëtische taal gebruikt om de ongemakkelijke seksuele taal te omzeilen (Beckx, 2012). De hulpverlener moet dan doorvragen wat de patiënt precies bedoelt met deze lieve taal. Een voorbeeld is de uitspraak 'ik kan haar niet meer liefhebben'.

Samengevat zijn er dus een aantal taalstijlen die moeilijk zijn om te hanteren in de hulpverlening. Deze verschillende soorten taalgebruik kunnen zowel gehanteerd worden door de patiënt als door de hulpverlener. De voornaamste reden voor dit taalgebruik is dat men zich ongemakkelijk voelt om seksuele taal te gebruiken. Het is de taak van de hulpverlener om de taalstijl van de patiënt te begrijpen en om een taalstijl te gebruiken die de patiënt begrijpt. Op deze manier vergroot men de kans op de best mogelijke hulpverlening. Verderop in deze inleiding worden een aantal aanbevelingen beschreven voor hulpverleners.



## Aanbevelingen

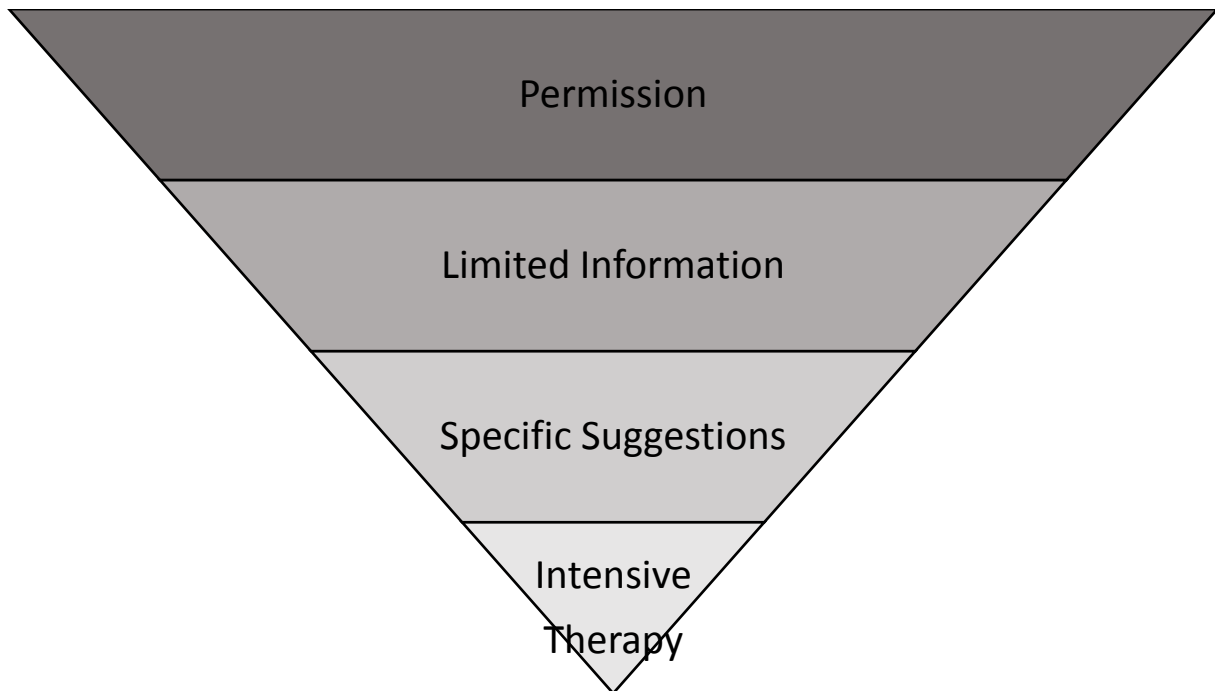
Het vormen van een seksualiteitsbeleid in een psychiatrische instelling is een moeilijke, maar noodzakelijke opgave. Enerzijds zorgt een beleid voor twijfels over individuele vrijheden en rechten, anderzijds zorgt een beleid ervoor dat hulpverleners niet reageren vanuit hun persoonlijk referentiekader en dat patiënten kennis hebben over hun recht op privacy en vertrouwen (Torkelson & Dobal, 1999). Een beleid rond seksualiteit behoort niet tot de prioriteit van een psychiatrische instelling (Ruane & Hayter, 2008). Hulpverleners zijn vaak bezig met het behandelen van de pathologie, waardoor seksualiteit niet belangrijk genoeg geacht wordt. Daarnaast staan beleidsmedewerkers voor een aantal dilemma's zoals een keuze maken tussen bescherming en zelfbeschikkingsrecht, een evenwicht tussen zorg verlenen en zelfcontrole...Nochtans is het vanuit de holistische visie belangrijk om een seksualiteitsbeleid te hebben, waardoor het taboe om te spreken over seksualiteit doorbroken wordt en de seksuele zorgen van patiënten aandacht kunnen krijgen. Het is van belang dat de huidige negatieve aanpak van seksualiteit, die gericht is op het voorkomen van wantoestanden, vervangen wordt door een positieve benadering, die gericht is het ervaren, experimenteren en leren van seksualiteit binnen veilige grenzen. Deze veilige grenzen worden het best bereikt door een evenwicht te zoeken tussen het recht van patiënten op gewenste seksualiteit en de bescherming van patiënten tegen ongewenste seksualiteit (Welch & Clements, 1996).

In wat volgt worden enkele belangrijke factoren besproken die nuttig zijn voor het uitwerken van een seksualiteitsbeleid in een psychiatrische instelling. Ten eerste wordt het PLISSIT-model besproken, een belangrijk interventiemodel dat gebruikt kan worden om diverse behandelstrategieën en niveaus van begeleiding met betrekking tot seksualiteit te verduidelijken (Bender & Gianotten, 2008). Nadien worden enkele aanbevelingen geformuleerd voor hulpverleners, zodat zij handvaten hebben wanneer ze geconfronteerd worden met seksualiteit van patiënten. Ten slotte worden enkele aanbevelingen opgesomd voor de organisatie, zodat men kan streven naar een positieve aanpak van seksualiteit.

**PLISSIT-model.** Het PLISSIT-model, ontwikkeld door Annon in 1976, is één van de meest efficiënte modellen dat gebruikt wordt voor de beoordeling en interventie van seksuele problemen. Het is een goed model om een seksualiteitsvriendelijk klimaat te ontwikkelen dat werkt via het stepped-care principe (Cort et al., 2001). Het beschrijft opeenvolgende stappen van minst intensieve naar meest intensieve zorg bij seksuele problemen van patiënten. Figuur 1 geeft de grafische voorstelling van het PLISSIT-model weer. In wat volgt worden kort de verschillende stadia van het PLISSIT-model beschreven.

**Permission.** Het eerste stadium omvat toestemming geven om over seksualiteit te praten en toestemming geven om gewenste seksualiteit te beleven. Het is dus nodig dat er een visie is omtrent seksualiteit en dat er duidelijke normen zijn met betrekking tot gewenste en ongewenste seksualiteit. Toestemming omvat het legitimeren van seksualiteit, het valideren van het seksueel probleem van de patiënt en het aanmoedigen van de patiënt om zelf keuzes en veranderingen te maken (Stevenson, 2004). Het stadium van 'Permission' kan uitgevoerd worden door directieleden, hulpverleners, patiënten en aanverwanten, zodat er een basis gecreëerd kan worden voor een uitgebreid seksualiteitsbeleid

(Ohlrichs & Wolf, 2003). Patiënten worden in dit stadium voorzien van basale informatie en hulp, wat het seksualiteitsklimaat positief zal beïnvloeden (Gill & Hough, 2007). Basale informatie en hulp kan geboden worden door brochures over seksualiteit te verspreiden, het thema seksualiteit aan te kaarten in individuele gesprekken, het melden van seksuele bijwerkingen van psychofarmaca, praktische regels in verband met privacy... In het algemeen wordt er dus een context gecreëerd waarin er open gecommuniceerd kan worden over seksualiteit (Beckx, 2012).



**Figuur 1.**

PLISSIT-model (Annon, 1976). Aangepast overgenomen uit Beckx, F. (2012). *Seksualiteit in een dwangbuis: seksualiteitsbeleving op een gesloten psychiatrische afdeling*. Niet-gepubliceerde masterproef, Katholieke Hogeschool Kempen, Departement Gezondheidszorg, Lier.

**Limited Information.** Het tweede stadium gaat over het geven van beperkte voorlichting en informatie met betrekking tot seksualiteit. 'Limited Information' betekent dat de hulpverlener met weinig informatie al veel kan bereiken om seksualiteit bespreekbaar te maken (Ohlrichs & Wolf, 2003). De hulpverlener moet wel over voldoende kennis en vaardigheden bezitten om seksualiteit en intimiteit bespreekbaar te maken, voorlichting te kunnen geven en problemen te signaleren (Hartog, 2008). De hulpverlener moet eveneens over basisvaardigheden beschikken om de normen, waarden en attitudes van de patiënt te vertalen naar zijn rol van professional in de zorg. De informatie die uitgewisseld wordt kan gaan over de huidige bezorgdheden en gedragsnormen, over het belang van communicatie en vertrouwen binnen een relatie, over de nood aan fysieke gezondheid, comfort en emotionele veiligheid en over seksuele bijwerkingen van psychofarmaca (Stevenson, 2004).

**Specific Suggestions.** Het derde stadium gaat over specifieke suggesties en adviezen voor een specifieke hulpvraag van een patiënt. Wanneer patiënten zelf geen oplossing vinden voor hun

seksueel probleem of wanneer er praktische of technische moeilijkheden zijn, kan een hulpverlener ingrijpen door specifieke oplossingen aan te bieden (Beckx, 2012). Voorbeelden van dergelijke problemen zijn seksuele beperkingen die te maken hebben met pijn, sensibiliteitsproblemen of verlammingen, een tekort aan kennis, een verstoorde communicatie binnen de seksuele relatie... Het is belangrijk dat er voorafgaand een goede probleemanalyse uitgevoerd wordt, omdat dit stadium dieper ingaat op de persoonlijke levenssfeer van de patiënt. De suggesties en adviezen die aangeboden worden zijn meestal praktisch van aard en reeds voldoende om de hulpvraag op te lossen. Indien dit niet het geval is, kan er overgegaan worden naar intensieve therapie.

**Intensive Therapy.** Het vierde stadium gaat over intensieve therapie. Dit wordt toegepast wanneer het seksueel probleem te complex is of als de patiënt zelf niet meer in staat is om het seksueel probleem zelf op te lossen (Beckx, 2012). Seksuele problemen die intensieve therapie vereisen, hebben vaak een complexe biopsychosociale achtergrond. Er is vaak sprake van psychosociaal lijden waardoor de kwaliteit van leven en de seksuele relatie negatief beïnvloed kunnen worden. Patiënten durven tevens pas laat de stap te nemen om hulp te zoeken, waardoor het seksueel proces vaak stagneert. Intensieve therapie bij dit soort seksuele problemen vraagt uitgebreide medische, psychologische en seksuologische interventies.

Het niveau van '*Permission*' en het niveau van '*Limited Information*' zijn interventies die plaats kunnen vinden in de reguliere zorg en die uitgevoerd kunnen worden door elke hulpverlener. Het zijn basisinterventies die in de ideale omstandigheden uitgevoerd zouden moeten worden door elke hulpverlener in een psychiatrische instelling. Het niveau van '*Specific Suggestions*' gaat nog een stap verder en kan tot stand gebracht worden door hulpverleners met voldoende kennis en vaardigheden. Het gaat in dit geval vooral over het bespreken van seksualiteit, het maken van een probleemanalyse en het geven van specifieke adviezen. Het kan op dit niveau mogelijks ook gaan over een specifieke samenwerking met hulpverleners uit andere disciplines. Het niveau van '*Intensive Therapy*' hoort thuis bij verschillende hulpverleners die een speciale opleiding gevolgd hebben. Zo behandelen urologen en gynaecologen organische problemen met betrekking tot seksualiteit, geven psychotherapeuten therapie in geval van seksuele problemen als gevolg van gestagneerde rouwprocessen en pakken seksuologen complexe seksuologische problemen aan (Beckx, 2012).

**Aanbevelingen voor hulpverleners.** In deze sectie worden een aantal aanbevelingen omschreven die een houvast kunnen bieden voor hulpverleners om om te gaan met seksualiteit van psychiatrische patiënten (Higgins et al., 2006; Bijzitter, Geerts, Van Beusekom, & van Drunen, 2009).

**Informeren naar seksualiteit.** Het is belangrijk dat je als hulpverlener altijd informeert naar seksualiteit, ongeacht het geslacht, de leeftijd of de problematiek van de patiënt. Op deze manier creëer je als hulpverlener een context waarin het gepast en toegestaan is om over seksualiteit te spreken (Higgins et al., 2006). Je erkent als hulpverlener namelijk dat seksualiteit een belangrijk onderdeel van de zorg is, dat patiënten seksuele wezens zijn met noden en verlangens en dat het gepast is en verlangd

wordt dat hulpverleners een gesprek over seksuele gezondheid initiëren. Het spreken over seksualiteit kan aan de hand van een seksuele anamnese in de beginfasen van de zorg, groepsgesprekken of individuele gesprekken. Het is van belang om te weten dat hulpverleners het proces wel controleren, maar dat patiënten het recht hebben om het tempo en de inhoud te controleren. Meer informatie over timing wordt verder in deze sectie besproken. Veel hulpverleners ervaren daarnaast een gebrek aan vaardigheden over hoe ze seksualiteit in een gesprek ter sprake moeten brengen. Om hulpverleners op weg te helpen, gaf Wasow (1982) een voorbeeld van een mogelijke openingszin: *“Ik ga je een paar vragen stellen die meer persoonlijk lijken dan andere vragen. Deze vragen gaan over seksualiteit, het lichaamsbeeld en relaties. Als ik over een onderwerp spreek waarbij je je oncomfortabel voelt, is het oké om niet te antwoorden. Het is niet omdat ik een vraag stel dat je verplicht bent om te antwoorden”*. Het is bovendien van groot belang dat je als hulpverlener een taal gebruikt die de patiënt, partner of familie begrijpt.

**Timing van gesprekken over seksualiteit.** Wanneer je als hulpverlener een gesprek aan wilt gaan over seksualiteit is het nodig dat je rekening houdt met de mogelijkheid dat patiënten niet klaar zijn of niet in staat zijn om hierover te spreken. Als de therapeutische vertrouwensband gering is, is het verstandig om even te wachten met het thema aan te kaarten (Beckx, 2012). Wanneer een patiënt in crisis verkeert, is het eveneens aangewezen om te wachten tot de patiënt gestabiliseerd is. Daarnaast is het belangrijk dat de patiënt op de hoogte gebracht wordt van de mogelijkheid dat er op een later moment, wanneer hij/zij hier wel klaar voor is, wel over seksualiteit gesproken kan worden. Op deze manier laat je patiënten weten dat je openstaat en bereid bent om hen te informeren over de mogelijke impact van hun behandelingen en om seksuele kwesties met hen te bespreken (Higgins et al., 2006).

**Niet uitgaan van eigen interpretaties.** Omdat veel hulpverleners niet beschikken over de gepaste vaardigheden om over seksualiteit te spreken, bestaat het gevaar dat ze het verhaal van de patiënt gaan invullen vanuit eigen vooronderstellingen. Het is belangrijk om steeds open vragen te stellen, waardoor patiënten de vrijheid krijgen om te antwoorden (Higgins et al., 2006). Daarnaast is het van belang om geen assumpties te maken over seksuele oriëntatie, en dus geen heteroseksuele bias te gebruiken, en seksuele activiteit van de patiënt.

**Alert zijn voor eigen normen, waarden, attitudes en overdrachtsgevoelens.** Zoals reeds aangegeven in deze inleiding, kunnen persoonlijke attitudes professionele gedragingen worden die interfereren met de optimale patiëntenzorg (Withersty, 1976). Indien deze persoonlijke attitudes de behandeling of het gesprek bemoeilijken, is het zowel voor de patiënt als voor de hulpverlener voordelig om door te verwijzen naar een (gespecialiseerde) collega (Beckx, 2012). Het is bovendien aangewezen als hulpverlener om je eigen (seksuele) bagage te onderzoeken, te kennen en te hanteren, zodat deze geen hindernis meer vormt in toekomstige gesprekken en behandelingen met patiënten (Ijff, 2010). De eigen valkuilen kunnen eveneens met collega's besproken worden in intervisie of supervisie, zodat men samen op zoek kan gaan naar adequate oplossingen om met seksualiteit om te gaan (Beckx, 2012).

**Aandacht hebben voor signalen.** Sommige patiënten hebben een gebrek aan vertrouwen om een seksueel probleem direct aan te halen, waardoor ze vaak subtiele signalen geven dat ze willen spreken (Higgins et al., 2006). Deze signalen worden gebruikt om te testen of hulpverleners zullen luisteren, hun zorgen zullen accepteren op een niet-beoordelende manier of bang zullen weglopen. Een voorbeeld van zo'n signaal is “*Heb je dat programma gezien over Viagra*” of “*Het maakt allemaal niet meer uit, alles wat me man maakte is weg*”. Soms worden dit soort signalen, bewust of onbewust, gemist. Hulpverleners geven daarnaast vaak de boodschap dat alles wel in orde zal komen. Dit soort boodschap, met welke goede bedoelingen dan ook, versterkt enkel het idee voor de patiënt dat seksualiteit te gevaarlijk is en een taboe is om te bespreken.

**Informatie bieden.** De confrontatie met een psychische ziekte geeft patiënten het gevoel dat ze geen controle meer hebben over hun leven (Higgins et al., 2006). Door patiënten informatie te geven of mythes en misvattingen te verduidelijken, geven hulpverlener patiënten de mogelijkheid om terug wat controle te winnen. Patiënten willen informatie krijgen over veranderingen die geassocieerd zijn met hun ziekte en met de behandeling. Dit omvat onder andere informatie over (seksuele) bijwerkingen van psychofarmaca. Om deze informatie te kunnen verstrekken, is het nodig dat hulpverleners up-to-date zijn met kennis over de fysieke en psychologische impact van ziektes, behandelingen en psychofarmaca op de seksualiteit en seksuele expressie van patiënten.

**Zelfvertrouwen in de eigen mogelijkheden om seksualiteit te bespreken.** Hulpverleners denken al te vaak dat seksuele kwesties wel besproken zullen zijn door de behandelende psychiater, psycholoog of hulpverleners in andere psychiatrische instellingen (Higgins et al., 2006). Daarnaast denken een aantal hulpverleners dat ze opgeleid moeten zijn als seksuologen om te vragen naar seksuele onderwerpen. Deze twee vooronderstellingen moeten echter verworpen worden. Wanneer je als hulpverlener een seksueel probleem vermoedt, is het van belang dat je het bespreekbaar maakt en verheldert. Het gesprek voor een eventuele verwijzing naar een gespecialiseerde hulpverlener kan voor een patiënt even belangrijk zijn als de uiteindelijke intensievere behandeling zelf (Beckx, 2012).

**Op de hoogte zijn van doorverwijsmogelijkheden.** Voor een aantal patiënten met ernstige of langdurige seksuele problemen is soms intensieve therapie of gespecialiseerde interventies nodig (Higgins et al., 2006). Vermits dit vaak buiten het toepassingsgebied van hulpverleners ligt, is het belangrijk dat hulpverleners op de hoogte zijn van hun eigen beperkingen en patiënten kunnen doorverwijzen naar een getrainde specialist. Doorverwijzing vereist dat hulpverleners kennis hebben over de mogelijke medische, chirurgische en therapeutische interventies die beschikbaar zijn. Samenwerking is hier een belangrijk kernwoord. De meest effectieve interventies en behandelresultaten komen immers vanuit een multidisciplinaire aanpak.

**Aanbevelingen voor de organisatie.** In deze sectie worden een aantal aanbevelingen opgesomd die een bijdrage kunnen leveren aan een positief beleid met betrekking tot seksualiteit in psychiatrische instellingen (Bijzitter et al., 2009).

**Het onderbrengen van de visie op seksualiteit in een kwaliteitsbeleid.** In het kwaliteitsbeleid moet duidelijk beschreven worden welke seksuele activiteiten van patiënten met toelaat of verbiedt. Daarnaast moet men duidelijk zijn over de grenzen die men stelt tussen hulpverlener en patiënt, tussen patiënt en bezoeker en tussen patiënten onderling (Beckx, 2012). Op deze manier worden hulpverleners minder gehinderd door persoonlijke overtuigingen en hebben ze de mogelijkheid om de beleidslijnen te volgen wanneer ze geconfronteerd worden met seksualiteit van patiënten.

**Het faciliteren van nader onderzoek.** Om toekomstig onderzoek te vergemakkelijken, kan het helpend zijn om de belemmerende en/of stimulerende factoren voor het bespreekbaar maken van seksualiteit op te nemen in een inventaris (Beckx, 2012).

**Het aanbieden van cursussen aan hulpverleners.** Hulpverleners moeten aangemoedigd worden om seksualiteit van patiënten op een positievere manier te benaderen (Beckx, 2012). Op deze manier kan voorkomen worden dat het seksualiteitsbeleid vooral gericht is op probleembeheersing en overlastbestrijding. Onderzoek heeft aangetoond dat hulpverleners met meer kennis omtrent seksualiteit positiever staan ten opzichte van seksualiteit bij patiënten (McKelvey et al., 1999; Stokes & Mears, 2000; Walker & Harrington, 2002; Hoïng & Bender, 2005; Hartog, 2008; Saunamaki et al., 2009; Bauer et al., 2013; Sung & Lin, 2013). Aan de hand van cursussen, aangebracht door gespecialiseerde hulpverleners, kunnen hulpverleners extra bijscholing en voorlichting verschaffen (Beckx, 2012). Binnen de organisatie kan er een divers team samengesteld worden dat instaat voor seksuologische kwesties. Dit team kan aan de hand van regelmatige trainingsdagen coaching en voorlichting aanbieden aan alle hulpverleners.

**Het op de hoogte houden van recente kennis over seksuele bijwerkingen van psychofarmaca.** Het aantal soorten psychofarmaca blijft groeien omwille van de wetenschappelijke vooruitgang in de farmaceutische industrie. Nieuwe soorten psychofarmaca kunnen gepaard gaan met seksuele bijwerkingen. Het is dus belangrijk dat hulpverleners op de hoogte worden gebracht van de meest recente overzichten van deze bijwerkingen zodat zij in gesprek met patiënten aangepast advies en coaching kunnen bieden (Beckx, 2012).

## **Onderzoeksdoelen**

Onderzoek omtrent de attitude van hulpverleners in de psychiatrie is voornamelijk afkomstig uit Amerika. In België werd reeds één onderzoek uitgevoerd naar deze attitude, maar dit onderzoek is gedateerd (Jacobs & Vandereycken, 1998). Omwille van deze reden leek het interessant om een nieuw onderzoek op te starten met als doel de attitude van hulpverleners ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten te exploreren. Er werden enkele onderzoeksvragen opgesteld: wat is de attitude van hulpverleners tegenover seksualiteit van psychiatrische patiënten (1) en met welke factoren hangt deze attitude samen (2)? De onderzoekshypothese is dat de attitude gemiddeld positief is en dat deze samenhangt met kennis, algemene attitude ten opzichte van seksualiteit en een aantal contextuele factoren zoals functie, doelgroep... In het vervolg van deze masterproef wordt eerst kort de

methodologie geschetst. Vervolgens worden de resultaten van het onderzoek weergegeven. Het eerste deel van de resultaten zal een overzichtelijke beschrijving geven van een aantal belangrijke factoren, terwijl het tweede deel specifiek zal ingaan op de attitude tegenover seksualiteit van psychiatrische patiënten. Het derde deel handelt over de aanbevelingen van participanten wat betreft het seksualiteitsbeleid. Ten slotte worden de resultaten kort bediscussieerd en wordt er een conclusie gevormd.

## **Methodologie**

### **Inleiding**

De participanten die deelnamen aan het onderzoek kregen een onlinevragenlijst met een aantal open en gesloten vragen en een aantal stellingen. De vragenlijst omvatte zes secties: algemene gegevens (1), kennis met betrekking tot seksualiteit (2), algemene voorstellingen en ideeën over relaties en seksualiteit (3), algemene voorstellingen en ideeën over relaties en seksualiteit van psychiatrische patiënten (4), gesprekken over seksualiteit (5) en seksuele activiteiten van psychiatrische patiënten (6). Alle participanten kregen dezelfde vragen en stellingen in dezelfde volgorde.

Het onderzoek werd ontworpen met als doel de attitude van hulpverleners tegenover seksualiteit van psychiatrische patiënten te exploreren en te vergelijken met een aantal factoren, zoals doelgroep, leeftijd, opleiding...

### **Rekrutering**

Alle participanten waren hulpverleners die tewerkgesteld zijn in het UPC Sint-Kamillus te Bierbeek. Ze varieerden in leeftijd, geslacht, niveau van opleiding, functie, werkervaring en doelgroep. De participanten werden zowel meermaals via e-mail als mondeling tijdens teamvergaderingen op de hoogte gebracht van het onderzoek. Op deze manier werden zij steeds aangemoedigd om deel te nemen aan het onderzoek. Zij kregen hierbij de nodige uitleg over het doel en de procedure van het onderzoek.

### **Participanten**

Het aantal participanten in het onderzoek bedroeg in totaal 86, waarvan 72 participanten die de vragenlijst volledig afroonden. Dit betreft dus een responsrate van ongeveer 30%. Het leeftijdsbereik ging van 23 tot 64 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 37.92 jaar [ $SD = 11.41$ ]. De meerderheid van de participanten waren van het vrouwelijke geslacht (66.3 %). Wanneer er gevraagd werd naar aantal jaren beroepservaring in de geestelijke gezondheidszorg, gaven 6 participanten 1 jaar of minder aan, 26 participanten gaven 2 tot en met 5 jaar aan, 11 participanten duidden 6 tot en met 9 jaar aan en 43 participanten antwoordden 10 jaar of langer. Het aantal participanten met betrekking tot functie wordt weergegeven in Tabel 2. In Tabel 3 is een verdeling weergegeven van de respons naargelang afdelingen.

**Tabel 2***Verdeling van participanten naargelang functie*

<b>Functie</b>	<b>Frequentie</b>	<b>Percentage</b>
Activiteitenbegeleider	3	3.5
Afdelingshoofd	13	15.1
Bewegingstherapeut	6	7
Criminoloog	2	2.3
Ergotherapeut	13	15.1
Logistiek medewerker	0	0
Maatschappelijk werker	7	8.1
Patiëntenbegeleider	13	15.1
Psychiater	2	2.3
Psycholoog	13	15.1
Teamcoördinator	6	7
Verpleegkundige	18	20.9
Andere: familietherapeut	1	1.2

## Meetinstrumenten

In een onlinevragenlijst werden 40 hoofdvragen gesteld, waaronder zowel open en gesloten vragen als een aantal stellingen, en werden zes verschillende secties belicht (cf. supra). De stellingen werden telkens gemeten aan de hand van een vijfpunt-Likertschaal. De vragenlijst werd samengesteld aan de hand van bestaande vragenlijsten uit de onderzoeken van Hartog (2008) en Jacobs en Vandereycken (1998) en werd verder aangevuld met eigen vragen die nuttig geacht werden voor het onderzoek. De uiteindelijke vragenlijst is in detail terug te vinden in Appendix A. Alle vragen werden via Qualtrics-software samengevoegd tot één doorlopende vragenlijst met instructies die aangegeven werden bij elke sectie en elke vraag.

Deel 1 van de vragenlijst omvat een inventarisatie van algemene gegevens, waaronder leeftijd, geslacht, functie, afdeling... Deel 2 van de vragenlijst betreft het thema 'kennis met betrekking tot seksualiteit' en peilt naar de rol van relaties en seksualiteit in de opleiding en de huidige kennis met betrekking tot seksualiteit. Het omvat onder andere een vertaling van een deel van de subschaal 'Knowledge' van de *Knowledge, Comfort, Approach and Attitudes towards Sexuality Scale* (Kendall, Booth, Fronek, Miller, & Geraghty, 2003). Deel 3 behandelt de algemene voorstellingen en ideeën over relaties en seksualiteit, waarbij er onder meer gebruik wordt gemaakt van een vertaling van een aantal vragen van de *Brief Sexual Attitude Scale* (Hendrick, Hendrick, & Reich, 2006). In deel 4 worden de algemene voorstellingen en ideeën over relaties en seksualiteit van psychiatrische patiënten bevroegd. De participanten worden gevraagd om hier hun huidige werksituatie in gedachten te houden. Deel 5 bevat een aantal vragen om de gesprekken over seksualiteit te exploreren. Er wordt onder meer gebruik gemaakt van een vertaling van een aantal vragen van de *Sexual Attitudes and Beliefs Survey* (Reynolds



& Magnan, 2005). Deel 6 van de vragenlijst gaat over de seksuele activiteiten van psychiatrische patiënten, waarbij er wordt gepeild naar of men hier ooit getuige van is geweest, wat de activiteiten waren en hoe men hierop gereageerd heeft.

**Tabel 3**

*Verdeling van participanten naargelang tewerkgestelde afdeling(en)*

<b>Afdeling</b>	<b>Frequentie</b>	<b>Percentage</b>
Algemene Psychiatrie (AP)	6	7
Campus Oude Baan (COB)	6	7
Cerenah 1 (CR1)	7	8.1
Cerenah 2 (CR2)	6	7
Cerenah K (CRK)	8	9.3
Dagziekenhuis (DZ)	2	2.3
Forensisch Outreachteam (FENIX)	0	0
Forensisch Rehabilitatietehuis A (FRA)	9	10.5
Forensisch Rehabilitatietehuis B/C (FRB/C)	11	12.8
Forensische Psychiatrie A (FPA)	5	5.8
Forensische Psychiatrie B (FPB)	11	12.8
Forensische Psychiatrie C (FPC)	11	12.8
Gesloten Observatie (GO)	4	4.7
Langdurig Forensisch Psychiatrische Zorg (LFP)	10	11.6
Mobiel team (MT)	1	1.2
Observatie Psychiatrische problematiek met Mentale handicap (OPM)	5	5.8
Polikliniek (POLI)	1	1.2
Revalidatiecentrum (REVA)	4	4.7
Salvenbos (SB)	1	2.3
Structurerende Behandeling en Rehabilitatie (SBR)	10	11.6
Walden	1	1.2

## **Procedure**

De participanten kregen via hun werke-mailadres een hyperlink naar de onlinevragenlijst in Qualtrics. Het invullen van de vragenlijst vond plaats in de werksituatie of in de thuissituatie van de participant. De participanten kregen de vragenlijst te zien op een computer waarbij ze schriftelijke instructies kregen. Ze werden geïnformeerd dat ze de mogelijkheid hadden om het onderzoek stop te zetten op welk moment dan ook. Er werd eveneens aangehaald dat ze de mogelijkheid hadden om vragen over te slaan indien zij dit wilden. De volledige vragenlijst had instructies in het Nederlands.

Wanneer de vragenlijst afgelopen was, werden de participanten gevraagd om eventueel een beleidsvoorstel in te vullen en eventuele opmerkingen te geven. De totale duur van het onderzoek was gemiddeld 35.85 minuten [ $SD = 41.60$ ].

### **Ethische overwegingen**

De procedure van het onderzoek werd goedgekeurd door de Ethische Commissie van de Faculteit Geneeskunde van de Katholieke Universiteit van Leuven en door de lokale stuurgroep ethiek van het UPC Sint-Kamillus. Alle data zijn geanonimiseerd.

### **Praktische opmerkingen**

Omdat het onderzoek gebruik maakt van een zelf-invulvragenlijst, kan er sprake zijn van sociale wenselijkheid. De antwoorden van participanten komen niet noodzakelijk overeen met het actuele gedrag en hun actuele attitudes in het dagelijks leven.

Daarnaast kwam de anonimiteit van enkele participanten in het gedrang door een combinatie van de vragen 'Wat is uw functie binnen UPC Sint-Kamillus?' en 'Op welke afdeling(en) van UPC Sint-Kamillus bent u werkzaam?'. De participanten werden omwille hiervan een aantal keren gerustgesteld dat het niet het doel van het onderzoek was om de meningen van individuen te analyseren.

De gebruikte vragenlijst is een aanpassing van reeds bestaande vragenlijsten en zelf samengestelde items. Daarnaast werden de reeds bestaande vragenlijsten vertaald van het Engels naar het Nederlands en werden er sommige items verwijderd. De uiteindelijke vragenlijst werd dus speciaal voor dit onderzoek ontwikkeld, maar werd niet gevalideerd aan de hand van psychometrisch onderzoek.

Niet alle mogelijke variabelen die een invloed zouden kunnen hebben werden opgenomen in de vragenlijst. Het zou kunnen dat er verschillen zijn in deze ongemeten en oncontroleerbare variabelen waardoor de resultaten beïnvloed kunnen zijn.

## **Resultaten**

In deze sectie zullen allereerst enkele statistische gegevens overlopen worden met betrekking tot relaties en seksualiteit van psychiatrische patiënten, de opleiding van de participanten, gesprekken over seksualiteit, seksuele activiteiten van psychiatrische patiënten en de algemene attitude ten opzichte van relaties en seksualiteit. Aan de hand van percentages, gecorrigeerd voor het aantal participanten die de vraag beantwoord hebben, zal een overzicht gegeven worden van de benoemde thema's. Vervolgens wordt er stilgestaan bij de attitude ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten. De gemiddelde attitude van alle participanten wordt weergegeven en er wordt gekeken naar verschillen tussen functies, doelgroepen en afdelingen. Aansluitend wordt er gezocht naar potentieel beïnvloedende variabelen zoals leeftijd, geslacht, opleiding, attitude ten opzichte van relaties en seksualiteit... Daarna wordt er een overzicht gegeven van beleidsaanbevelingen aangegeven door de participanten. Ten slotte wordt er een concluderend overzicht gegeven van de bevindingen van het onderzoek.

## Relaties en seksualiteit van psychiatrische patiënten

De meerderheid van de participanten (91.4%) vindt relaties belangrijk tot zeer belangrijk voor psychiatrische patiënten (zie Tabel 4). Wat betreft het belang van seksualiteit voor psychiatrische patiënten ligt het percentage participanten dat 'belangrijk' of 'zeer belangrijk' antwoordde iets lager (80.2%) (zie Tabel 5). Er kan dus besloten worden dat deze twee thema's belangrijk geacht worden door hulpverleners. De meerderheid van de participanten zijn van mening dat psychiatrische patiënten sterk tot zeer sterk belemmerd zijn in hun relationeel gedrag en beleving (65.9%) en in hun seksueel gedrag en beleving (64.6%) omwille van hun psychische stoornis (zie Tabel 6). Tabel 7 en Tabel 8 geven respectievelijk de meest voorkomende relationele en seksuele problemen van de psychiatrische patiënten weer volgens de participanten. Relationele problemen die volgens de participanten het meest voorkomen bij de psychiatrische patiënten op hun afdeling zijn: beperkte probleemsoplossingsvaardigheden (83.7%), communicatieproblemen (82.6%) en vertrouwensproblemen (76.7%). Wat betreft seksuele problemen wordt er aangegeven dat psychiatrische patiënten vooral problemen hebben met betrekking tot erectie of lubricatie (65.1%), hyperseksualiteit (48.8%), onzekerheid over seksuele rol (45.3%), hypoactief seksueel verlangen (40.7%), verwarring over seksuele oriëntatie (40.7%) en parafilieën (38.4%). Relationele problemen lijken dus volgens de participanten frequenter voor te komen dan seksuele problemen, wat het belang van dit laatste niet wegneemt.

**Tabel 4**

*Hoe belangrijk vindt u relaties voor psychiatrische patiënten?*

	Antwoordcategorie	Frequentie	Percentage	Valide Percentage	Cumulatief Percentage
	Onbelangrijk	0	0	0	0
	Enigszins belangrijk	3	3,5	3,7	3,7
	Redelijk belangrijk	4	4,7	4,9	8,5
Valide	Belangrijk	47	54,7	57,3	65,9
	Zeer belangrijk	28	32,6	34,1	100
	Total	82	95,3	100	
Missing	System	4	4,7		

**Tabel 5***Hoe belangrijk vindt u seksualiteit voor psychiatrische patiënten?*

	<b>Antwoordcategorie</b>	<b>Frequentie</b>	<b>Percentage</b>	<b>Valide Percentage</b>	<b>Cumulatief Percentage</b>
	Onbelangrijk	0	0	0	0
	Enigszins belangrijk	3	3,5	3,7	3,7
	Redelijk belangrijk	13	15,2	16,0	19,8
Valide	Belangrijk	50	58,1	61,7	81,5
	Zeer belangrijk	15	17,4	18,5	100
	Total	81	94,2	100	
Missing	System	5	5,8		

**Tabel 6***In welke mate zijn psychiatrische patiënten belemmerd in hun relationeel of seksueel gedrag omwille van hun psychische stoornis?*

	<b>Helemaal niet</b>	<b>Nauwelijks</b>	<b>Matig</b>	<b>Sterk</b>	<b>Zeer sterk</b>
Relationeel gedrag	0%	2,4%	31,7%	59,8%	6,1%
Seksueel gedrag	1,2%	3,7%	30,5%	58,5%	6,1%

**Tabel 7***Relationele problemen die volgens participanten vooral voorkomen bij hun psychiatrische patiënten*

	<b>Frequentie</b>	<b>Percentage</b>
Beperkte probleemoplossingsvaardigheden	72	83,7
Communicatieproblemen	71	82,6
Fysiek partnergeweld	27	31,4
Overspeligheid	16	18,6
Verbaal partnergeweld	30	34,9
Vertrouwensproblemen	66	76,7
Andere, namelijk:	18	20,9

**Tabel 8**

*Seksuele problemen die volgens participanten vooral voorkomen bij hun psychiatrische patiënten*

	<b>Frequentie</b>	<b>Percentage</b>
Hypoactief seksueel verlangen	35	40,7
Seksuele aversie	3	3,5
Hyperseksualiteit	42	48,8
Problemen met de subjectieve seksuele opwinding	14	16,3
Erectieprobleem of lubricatieprobleem	56	65,1
Orgasmeprobleem	27	31,4
Dyspareunie	2	2,3
Vaginisme	5	5,8
Parafilieën	33	38,4
Genderdysforie	8	9,3
Verwarring over seksuele oriëntatie	35	40,7
Onzekerheid over seksuele rol	39	45,3
Andere, namelijk:	13	15,1

## Opleiding

Gemiddeld genomen wordt er in de gevolgde opleidingen van de participanten matig (43%) tot voldoende (46.5%) rekening gehouden met seksuele thema's (zie Tabel 9). Tabel 10 geeft de mate weer waarin verschillende seksuele thema's aan bod zijn gekomen in de gevolgde opleidingen. Seksuele thema's waar onvoldoende tot slechts matig aandacht aan wordt besteed tijdens de gevolgde opleidingen zijn seksualiteit van psychiatrische patiënten (89.4%), culturele aspecten van seksualiteit (87.2%), seksualiteit en psychofarmaca (82.4%), genderproblemen (82.4%), problemen rond seksuele oriëntatie (81.2%), seksuele praktijk en gedrag (77.6%), relationele aspecten van seksualiteit (74.1%), psychologische aspecten van seksualiteit (70.9%), parafilieën (67.4%) en seksuele disfuncties (64%).

**Tabel 9**

*In welke mate werd er in de opleiding gemiddeld rekening gehouden met seksuele thema's?*

	<b>Frequentie</b>	<b>Percentage</b>	<b>Valide Percentage</b>	<b>Cumulatief Percentage</b>
Onvoldoende	4	4,7	4,7	4,7
Matig	37	43	43	47,7
Valide Voldoende	40	46,5	46,5	94,2
Goed	4	4,7	4,7	98,8
Uitstekend	1	1,2	1,2	100

Wanneer gevraagd wordt naar een beoordeling van de huidige kennis over seksualiteit in het algemeen geeft 1.2% van de participanten aan dat deze onvoldoende is, 12.8% duidt aan dat deze matig is, 32.6% geeft te kennen dat deze voldoende is en 53.5% beoordeelt hun kennis als goed (zie Tabel 11). Echter, wanneer gevraagd wordt naar een beoordeling van de huidige kennis over seksualiteit van psychiatrische patiënten liggen deze percentages heel wat lager: onvoldoende (18.6%), matig (38.4%), voldoende (31.4%) en goed (11.6%) (zie Tabel 11). Een bijkomende opleiding of cursus met betrekking tot seksualiteit van psychiatrische patiënten zou dus zeker van nut kunnen zijn. Vijf personen van de 86 participanten (5.8%) hebben reeds een bijkomende cursus of opleiding gehad over het thema seksualiteit. Van de participanten zou 81.2% bereid zijn om een bijkomende cursus of opleiding met betrekking tot seksualiteit te volgen.

**Tabel 10**

*In welke mate werd er in de opleiding rekening gehouden met bepaalde seksuele thema's?*

	<b>Onvoldoende</b>	<b>Matig</b>	<b>Voldoende</b>	<b>Goed</b>	<b>Uitstekend</b>
Anatomie en fysiologie van geslachtsorganen	16.3%	18.6%	19.8%	26.7%	18.6%
Seksuele praktijk en gedrag	36.5%	41.2%	16.5%	5.9%	0%
Seksuele disfuncties	29.1%	34.9%	20.9%	11.6%	3.5%
Parafilieën	30.2%	37.2%	22.1%	9.3%	1.2%
Psychologische aspecten van seksualiteit	43%	27.9%	20.9%	8.1%	0%
Genderproblemen	57.6%	24.7%	12.9%	4.7%	0%
Problemen rond seksuele oriëntatie	52.9%	28.2%	16.5%	2.4%	0%
Anticonceptie	23.5%	18.8%	25.9%	22.4%	9.4%
Menstruatie, zwangerschap en geboorte	14%	20.9%	18.6%	26.7%	19.8%
Seksualiteit van psychiatrische patiënten	58.8%	30.6%	7.1%	3.5%	0%
Seksualiteit en psychofarmaca	47.1%	35.3%	11.8%	3.5%	2.4%
Relationele aspecten van seksualiteit	36.5%	37.6%	16.5%	8.2%	1.2%
Culturele aspecten van seksualiteit	66.3%	20.9%	9.3%	3.5%	0%

**Tabel 11***Beoordeling van kennis over seksualiteit in het algemeen en seksualiteit van psychiatrische patiënten*

	<b>Onvoldoende</b>	<b>Matig</b>	<b>Voldoende</b>	<b>Goed</b>	<b>Uitstekend</b>
Seksualiteit in het algemeen	1.2%	12.8%	32.6%	53.5%	0%
Seksualiteit van psychiatrische patiënten	18.6%	38.4%	31.4%	11.6%	0%

**Gesprekken over seksualiteit**

Wanneer er gepeild wordt hoe vaak de participanten zelf een gesprek beginnen met een patiënt rond het thema seksualiteit, valt op dat er vaker een gesprek aangegaan wordt met mannelijke patiënten (soms tot dikwijls: 54.8%) dan met vrouwelijke patiënten (soms tot dikwijls: 31.6%) (zie Tabel 12). Dit resultaat wordt bekomen na controle voor het aantal participanten dat niet met vrouwelijke patiënten werkt. De reden voor dit verschil is onduidelijk, maar het is interessant om dit verder te exploreren in toekomstig onderzoek. Participanten geven eveneens aan dat patiënten volgens hen meer aangesproken wensen te worden over het thema seksualiteit (44.7%), maar dat dit gegeven ook zeer afhankelijk is van patiënt tot patiënt. Tabel 13 toont aan dat participanten hun kennis en gespreksvaardigheid om thema's met betrekking tot seksualiteit te bespreken grotendeels als matig (36.5%) of voldoende (39.2%) beoordelen. Daarnaast geeft de meerderheid van de participanten aan zich deels zeker, deels onzeker (36.7%) of zeker (51.25%) te voelen wanneer men met patiënten over seksualiteit spreekt. Het verschil tussen een gesprek met mannelijke of vrouwelijke patiënten is hier niet significant (zie Tabel 14). Op de vraag bij welke gelegenheden men met patiënten over seksualiteit spreekt, geeft 25.6% aan dit te doen in kader van de anamnese of verkennende gesprekken, 36% antwoordt te spreken over seksualiteit in kader van de behandeling, 27.9% doet dit in de dagelijkse omgang met patiënten op de afdeling en 76.7% begint een gesprek wanneer er een directe aanleiding is. De meest voorkomende onderwerpen die aan bod komen tijdens gesprekken over relaties en seksualiteit gaan over de actuele seksuele situatie (58.1%), relationele problemen (58.1%), effecten van psychofarmaca op seksualiteit (55.8%), anticonceptie (50.1%) en sociale vaardigheden (46.5%) (zie Tabel 15).

**Tabel 12***Hoe vaak begint de hulpverlener zelf een gesprek over seksualiteit met psychiatrische patiënten?*

	<b>Nooit</b>	<b>Zelden</b>	<b>Soms</b>	<b>Dikwijls</b>	<b>Zeer dikwijls</b>
Mannelijke patiënten	16.4%	28.8%	47.9%	6.8%	0%
Vrouwelijke patiënten	35.1%	33.3%	24.6%	7%	0%

**Tabel 13***Beoordeling van kennis en gespreksvaardigheid om seksuele thema's te bespreken*

	Onvoldoende	Matig	Voldoende	Goed	Uitstekend
Beoordeling	10.8%	36.5%	39.2%	13.5%	0%

**Tabel 14***Hoe voelt u zich als u met patiënten over seksualiteit spreekt?*

	Zeer onzeker	Onzeker	Deels zeker, deels onzeker	Zeker	Zeer zeker
Mannelijke patiënten	0%	9.9%	39.4%	49.3%	1.4%
Vrouwelijke patiënten	0%	12.8%	34%	53.2%	0%

**Tabel 15***Seksuele onderwerpen waarover hulpverleners spreken wanneer ze zelf een gesprek beginnen*

	Frequentie	Percentage
Actuele seksuele situatie van de patiënt	50	58,1
Anticonceptie	43	50,0
Effecten van de psychische stoornis op seksualiteit	25	29,1
Effecten van psychofarmaca op seksualiteit	48	55,8
Relationele problemen	50	58,1
Seksueel overdraagbare aandoeningen	31	36,0
Seksuele activiteiten van de patiënt op de afdeling	33	38,4
Seksuele ontwikkeling van de patiënt	5	5,8
Seksualiteit binnen de partnerrelatie van de patiënt	21	24,4
Sociale vaardigheden in contact en omgang met het andere geslacht	40	46,5
Voorlichting en algemene informatie over relaties en seksualiteit	30	34,9
Andere, namelijk:	2	2,3

Uit de vragenlijst komt naar voren dat zowel mannelijke (58.5%) als vrouwelijke patiënten (71.7%) zelden tot nooit zelf een gesprek beginnen rond het thema seksualiteit (zie Tabel 16). Wanneer er wel een gesprek aangegaan wordt, lijken de effecten van psychofarmaca op seksualiteit het meest besproken onderwerp te zijn (65.1%). Hierbij moet opgemerkt worden dat mannelijke patiënten de seksuele bijwerkingen van psychofarmaca vaker melden dan vrouwelijke patiënten [mannelijke patiënten: 65.7%; vrouwelijke patiënten: 17.7%] (zie Tabel 17). Andere onderwerpen die vaak aangeknoopt worden door patiënten zijn: de actuele seksuele situatie (64%), de ontbrekende



mogelijkheid van seksuele contacten tijdens het verblijf in het ziekenhuis (52.3%), het begin van een nieuwe relatie (50%) en relationele problemen (48.8%) (zie Tabel 18).

**Tabel 16**

*Hoe vaak begint patiënt zelf een gesprek over seksualiteit?*

	<b>Nooit</b>	<b>Zelden</b>	<b>Soms</b>	<b>Dikwijls</b>	<b>Zeer dikwijls</b>
Mannelijke patiënten	7.1%	51.4%	32.9%	8.6%	0%
Vrouwelijke patiënten	21.7%	50%	26.1%	2.2%	0%

**Tabel 17**

*Hoe dikwijls melden patiënten bijwerkingen van psychofarmaca op hun seksualiteit?*

	<b>Nooit</b>	<b>Zelden</b>	<b>Soms</b>	<b>Dikwijls</b>	<b>Zeer dikwijls</b>
Mannelijke patiënten	11.4%	22.9%	25.7%	38.6%	1.4%
Vrouwelijke patiënten	33.3%	48.9%	13.3%	4.4%	0%

**Tabel 18**

*Seksuele onderwerpen waarover patiënten spreken wanneer ze zelf een gesprek beginnen*

	<b>Frequentie</b>	<b>Percentage</b>
Actuele seksuele situatie van de patiënt	55	64
Angsten en schuldgevoelens in verband met seksualiteit	19	22.1
Bezorgdheid of seksuele activiteit de psychische stoornis kan verergeren	8	9.3
Effecten van psychofarmaca op seksualiteit	56	65.1
Het begin van een nieuwe relatie	43	50
Invloeden van de psychische stoornis op seksualiteit	15	17.4
Ontbrekende mogelijkheid van seksuele contacten tijdens het verblijf in het ziekenhuis	45	52.3
Onzekerheid in verband met sociale vaardigheden in contact en omgang met het andere geslacht	26	30.2
Problemen in verband met seksuele oriëntatie	15	17.4
Problemen in verband met zelfbevrediging	16	18.6
Relatieproblemen	42	48.8
Seksuele problemen onafhankelijk van de psychische stoornis	6	7
Voorlichting en algemene informatie over relaties en seksualiteit	8	9.3
Vragen rond anticonceptie	15	17.4
Andere, namelijk:	3	3.5

De meerderheid van de participanten (57%) geeft aan dat er in het team niemand in het bijzonder bevoegd is om over seksualiteit te spreken met de patiënten. Nochtans wordt door een aantal participanten [ $f = 9$ ] aangegeven dat dit thema vooral aangekaart wordt bij de psycholoog van het team. Op één afdeling wordt eveneens aangegeven dat er een module omtrent seksualiteit en relaties bestaat die gegeven wordt door 2 patiëntenbegeleiders. Een groot aantal participanten (44.2%) is van mening dat seksualiteit altijd in de ziektegeschiedenis en in het medisch gesprek opgenomen dient te worden omdat het een vast onderdeel is van de ziektegeschiedenis. Een kleiner percentage participanten (35.1%) vindt dat dit enkel moet wanneer gegevens over seksualiteit belangrijk zijn voor de behandeling. De minderheid van de participanten (13%) geeft aan dat seksualiteit enkel ter sprake moet komen wanneer de patiënt zelf dit thema aansnijdt.

Wat betreft het bespreken van seksualiteit van patiënten met collega's binnen het team of binnen de disciplinegroep geeft 32.9% aan dat er matige mogelijkheden zijn, 30.1% dat er voldoende mogelijkheden zijn en 20.5% dat er goede mogelijkheden zijn (zie Tabel 19).

**Tabel 19**

*Mogelijkheden om seksualiteit van patiënten te bespreken binnen het team*

	<b>Onvoldoende</b>	<b>Matig</b>	<b>Voldoende</b>	<b>Goed</b>	<b>Zeer goed</b>
Mogelijkheden	6.8%	32.9%	30.1%	20.5%	9.6%

Tabel 20 geeft de percentages weer van de antwoordmogelijkheden op een aantal stellingen uit de *Sexual Attitudes and Beliefs Survey* (Reynolds & Magnan, 2005) die betrekking hebben op het spreken over seksualiteit. De 8 stellingen worden gescoord aan de hand van een vijf-punt-Likertschaal gaande van helemaal niet akkoord (score = 1) tot helemaal akkoord (score = 5). Voor een aantal stellingen wordt er omgekeerd gescoord (zie Appendix B). De minimumscore op de aangepaste versie van de *Sexual Attitudes and Beliefs Survey* is 8 en de maximumscore is 40. Hoe hoger de totaalscore, hoe meer barrières men heeft om seksualiteit toe te passen in de hulpverlening. De gemiddelde score van de participanten op deze survey bedraagt 19.82 [ $SD = 2.30$ ], wat een score is die net onder het gemiddelde ligt. De participanten uit het onderzoek staan dus iets permissiever ten opzichte van het bespreken van seksualiteit. Om hierover wat meer informatie te verkrijgen, is het nuttig om enkele stellingen apart te bekijken. Ongeveer de helft van de participanten (48.6%) is van mening dat praten over seksualiteit essentieel is voor de gezondheidstoestand van de patiënt. De overige participanten zijn het zowel eens als oneens met deze stelling. Wat betreft het op het gemak zijn bij het praten over seksuele thema's in vergelijking met collega's, zijn de antwoorden verdeeld: 29.2% voelt zich minder op zijn gemak, 27.7% voelt zich meer op zijn gemak en 43.1% laat dit antwoord in het midden. Wat opvalt is dat de meerderheid van de participanten (63.9%) het akkoord is met de stelling dat ze vertrouwen hebben in hun vermogen om seksuele zorgen van patiënten aan de orde te stellen. Nochtans beoordelen ze hun kennis en gespreksvaardigheid om thema's met betrekking tot seksualiteit te bespreken slechts als matig tot voldoende (cf. supra). Hoewel het merendeel van de participanten (87.5%) seksualiteit geen te persoonlijk onderwerp vindt om over te spreken met patiënten en 72.2% van de participanten het niet akkoord is met het feit dat er enkel over seksualiteit gesproken moet

worden als de patiënt het aankaart, geeft slechts de helft van de participanten aan dat ze zelf een gesprek over seksualiteit aankaarten met patiënten (cf. supra).

**Tabel 20**

*Antwoordpercentages op stellingen met betrekking tot spreken over seksualiteit*

Items	Stellingname				
	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Zowel akkoord als niet akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
Praten over seksualiteit is essentieel voor de gezondheidstoestand van de patiënt	0%	2.8%	48.6%	45.8%	2.8%
Ik voel me meer op mijn gemak wanneer ik praat over seksuele onderwerpen dan de meeste collega's	1.4%	27.8%	43.1%	20.8%	6.9%
Ik maak tijd vrij om met mijn patiënten te praten over hun seksuele zorgen	1.4%	18.1%	38.9%	37.5%	4.2%
Wanneer patiënten mij een seksueel gerelateerde vraag stellen, adviseer ik hen dit met hun behandelaar te bespreken	4.2%	27.8%	51.4%	15.3%	1.4%
Ik heb vertrouwen in mijn vermogen de seksuele zorgen van mijn patiënten aan de orde te stellen	0%	11.1%	25%	62.5%	1.4%
Seksualiteit is een te persoonlijk onderwerp om met mijn patiënten te bespreken	26.4%	61.1%	9.7%	2.8%	0%
Er zou alleen over seksualiteit gepraat moeten worden als de patiënt het onderwerp aankaart	8.3%	63.9%	23.6%	4.2%	0%
Patiënten verwachten van hulpverleners dat ze naar hun seksuele zorgen vragen	0%	30.6%	56.9%	12.5%	0%

## Seksuele activiteiten

Van de participanten geeft 45.8% aan ook getuige te zijn geweest van seksuele activiteiten van patiënten op of buiten de afdeling. Op de vraag hoeveel ze met deze seksuele activiteiten geconfronteerd worden, rapporteert 12.1% dat dit dagelijks is, 15.2% dat dit wekelijks gebeurt, 24.2% dat dit maandelijks voorkomt en 48.5% gaf aan dat dit jaarlijks voorvalt. De meest voorkomende seksuele activiteiten waarvan de participanten getuige zijn geweest, zijn masturbatie (33.7%), zoenen (26.7%), seksuele aanrakingen met zichzelf (25.6%), seksuele aanrakingen met anderen (23.3%) en exhibitionistisch gedrag (19.8%). De meerderheid van de participanten heeft deze situaties besproken met de patiënt(en) zelf (60.6%) of met collega's (93.9%).

Iets minder dan de helft van de participanten (43.1%) geeft aan ooit zelf seksueel of relationeel benaderd te zijn geweest door een patiënt op of buiten de afdeling. Dit lijkt zich vooral jaarlijks voor te doen (55.2%), maar er zijn ook een aantal participanten die rapporteren dat dit wekelijks (6.9%) of maandelijks (37.9%) gebeurt. Het gaat voornamelijk om seksuele en relationele activiteiten zoals uitdrukkingen van verliefdheid (30.2%), seksuele opmerkingen (27.9%) en seksuele aanrakingen (10.5%). Deze situaties werden op één persoon na altijd besproken met de patiënt (96.8%) en ook zo goed als altijd besproken met collega's (93.5%).

## Algemene attitude ten opzichte van relaties en seksualiteit

De algemene attitude ten opzichte van relaties en seksualiteit wordt gemeten aan de hand van een aantal stellingen die samengevoegd werden vanuit de *Brief Sexual Attitudes Scale* (Hendrick et al., 2006) en het vragenlijstonderzoek van Jacobs en Vandereycken (1998). De uiteindelijke vragenlijst voor de algemene attitude ten opzichte van relaties en seksualiteit bevat 21 items en wordt onderverdeeld in 5 subschalen: 'permissiveness', 'birth control', 'communion', 'instrumentality' en 'stereotypes' (zie Appendix C). 'Permissiveness (P)' meet hoe men staat ten opzichte van losse seksuele contacten, 'birth control (B)' gaat over de verantwoordelijkheid met betrekking tot zwangerschap, 'communion (C)' handelt over het idealiseren van seksualiteit, 'instrumentality (I)' beschrijft de waarde die men toekent aan de biologische aard van seksualiteit en 'stereotypes (S)' gaat over het stereotype beeld dat men heeft over seksualiteit. De antwoorden op de items werden geregistreerd aan de hand van een vijfpunt-Likertschaal, gaande van helemaal niet akkoord (score = 1) tot helemaal akkoord (score = 5). Alle subschalen worden apart gescoord: hoe hoger men scoort, hoe meer binding men heeft met de desbetreffende subschaal. De resultaten van het onderzoek worden in detail weergegeven in Appendix D. De resultaten in Tabel 21 worden geïnterpreteerd door de gemiddelde score per subschaal te delen door de maximaal in te vullen score per subschaal (P = 45, B = 15, C = 30, I = 5, S = 10). Deze berekening laat zien dat de participanten bovengemiddeld scoren op 'permissiveness' [ $M = 30.01$ ,  $SD = 4.33$ ]. Men vindt het redelijk belangrijk dat er vrijheid is binnen de seksuele grenzen. 'Birth control' heeft een gemiddelde score [ $M = 7.85$ ,  $SD = 1.73$ ], wat betekent dat men van oordeel is dat men zowel wel als niet samen verantwoordelijk is voor het voorkomen van zwangerschap. Omdat dit resultaat opmerkelijk leek, werden de antwoorden van de participanten op deze subschaal verder geëxploreerd. De meerderheid van de participanten was (helemaal) niet akkoord met items 11 en 12, maar deze items kunnen verkeerd geïnterpreteerd worden als 'het al dan niet zwanger worden is ENKEL de

verantwoordelijkheid van de vrouw/man'. Indien de participanten op deze manier redeneerden, kunnen we ervan uitgaan dat ze wel voorstander zijn van een gezamenlijke verantwoordelijke seksualiteit, wat ook blijkt uit de antwoorden op item 10. We kunnen dus concluderen dat de participanten van mening zijn dat zowel vrouwen als mannen verantwoordelijk zijn voor het voorkomen van zwangerschap. De subschaal 'communion' heeft een bovengemiddelde score [ $M = 22.86$ ,  $SD = 2.63$ ]. Participanten beschouwen seksualiteit als een liefdevolle interactie en als uiting van een relatie tussen twee individuen waarbij liefde meer waarde toegekend krijgt dan lust. De participanten scoren onder het gemiddelde op de subschaal 'instrumentality' [ $M = 2.28$ ,  $SD = 0.71$ ], wat aantoont dat ze niet van mening zijn dat seksualiteit enkel een lichamelijke aangelegenheid is. De participanten zijn het eveneens niet eens met de stereotype beelden wat betreft seksualiteit, wat duidelijk wordt in de laaggemiddelde score op de subschaal 'stereotypes' [ $M = 4.62$ ,  $SD = 1.55$ ].

**Tabel 21**

*Beschrijvende statistieken van de algemene attitude ten opzichte van relaties en seksualiteit*

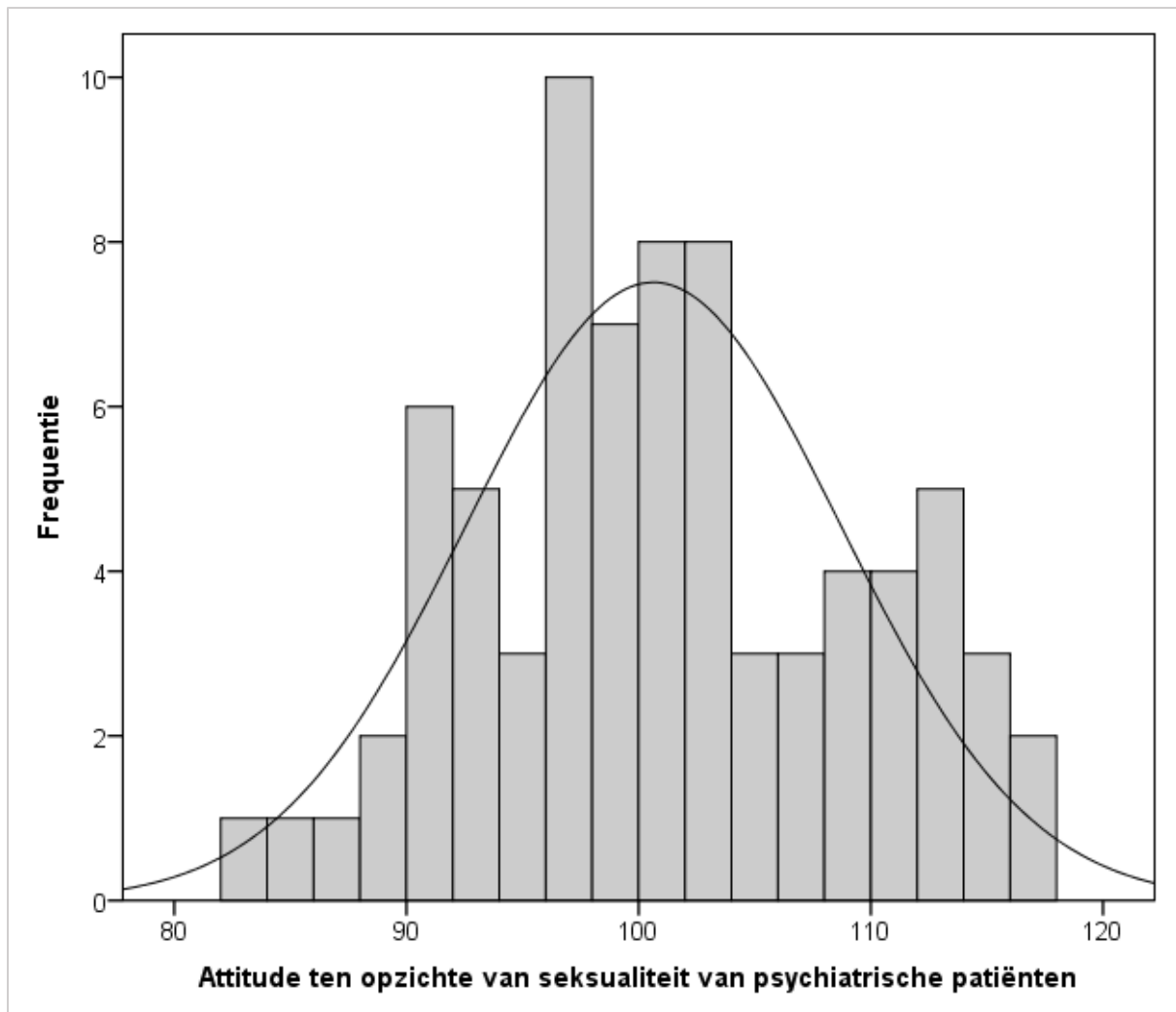
	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Standaarddeviatie
Permissiveness	19	40	30,01	4,33
Birth Control	3	13	7,85	1,73
Communion	15	28	22,86	2,63
Instrumentality	1	4	2,28	0,71
Stereotypes	2	9	4,62	1,55

### **Attitude ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten**

De attitude ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten wordt onderzocht aan de hand van een aantal stellingen uit het vragenlijstonderzoek van Jacobs en Vandereycken (1998) en een aantal zelfgekozen stellingen die nuttig geacht worden voor de onderzoekshypothese. Aan de hand van een vijf-punt-Likertschaal worden de antwoorden gescoord gaande van helemaal niet akkoord (score = 1) tot helemaal akkoord (score = 5). Een aantal stellingen worden omgekeerd gescoord (zie Appendix E). De range van mogelijke scores loopt van 27 tot 135: hoe hoger de score, hoe positiever de attitude ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten. In wat volgt wordt allereerst de gemiddelde attitude ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten van de participanten besproken. Vervolgens wordt er een vergelijking gedaan qua attitude tussen de verschillende functies, doelgroepen en afdelingen. Daarna wordt gekeken naar de potentiële correlatie met andere belangrijke variabelen, zoals leeftijd, geslacht, functie, opleiding... en wordt er een regressieanalyse uitgevoerd met de belangrijkste correlerende variabelen.

**De gemiddelde attitude ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten.** De gemiddelde score met betrekking tot attitude ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten is 100.63 [ $SD = 8.07$ ], wat betekent dat de participanten gemiddeld positief staan tegenover de seksualiteit van psychiatrische patiënten. Figuur 2 toont de verdeling van de attitudescores. Appendix

F geeft in detail weer hoe de participanten scoren op de specifieke stellingen. In wat volgt wordt de vergelijking van de attitudescores tussen verschillende functies, afdelingen en doelgroepen besproken.



**Figuur 2.**

Verdeling van de attitudescores ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten

**Vergelijking tussen functies.** De gemiddelde attitudescores per functie worden weergegeven in Tabel 22. Gezien het verschil in aantal per functie, is het moeilijk om een duidelijke uitspraak te doen over de verschillen. De attitude van ergotherapeuten ( $M = 98.30$ ,  $SD = 9.51$ ), maatschappelijk werkers ( $M = 95.67$ ,  $SD = 6.71$ ), patiëntenbegeleiders ( $M = 95.25$ ,  $SD = 8.27$ ), verpleegkundigen ( $M = 99.27$ ,  $SD = 5.04$ ) en een familietherapeut ( $M = 98.00$ ,  $SD = 0.00$ ) ligt lager dan het algemeen gemiddelde van alle participanten. De verklaring voor dit verschil tussen functies is tot nu toe ongekend. Verderop wordt besproken welke variabelen er eventueel kunnen samenhangen met de attitude.

**Vergelijking tussen doelgroepen.** In Tabel 23 worden de gemiddelde scores met betrekking tot attitude ten opzichte van seksualiteit bij psychiatrische patiënten getoond. Het aantal participanten per doelgroep is iets beter verdeeld, maar nog altijd niet optimaal om juiste uitspraken te doen over de verschillen. De gemiddelde attitude in de doelgroep psychopedagogische psychiatrie ( $M = 92.00$ ,  $SD =$

4.74) en de doelgroep organische psychiatrie ( $M = 98.29$ ,  $SD = 6.90$ ) ligt lager dan de attitudes van de andere doelgroepen en dan het algemene gemiddelde van alle participanten. De verklaring hiervoor is niet onderzocht, maar verderop worden andere variabelen besproken die een samenhang hebben met de attitudescore.

**Vergelijking tussen afdelingen.** Tabel 24 geeft de gemiddelde attitudescores per afdeling weer. Gezien er ook hier verschillen zijn wat betreft aantal, is het ook hier niet efficiënt om een echte uitspraak te doen over de verschillen. De verschillen kunnen afhankelijk zijn van een aantal andere variabelen, die verder onderzocht worden in deze sectie.

**Tabel 22**

*Gemiddelde attitude ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten per functie*

<b>Functie</b>	<b>Gemiddelde</b>	<b>N</b>	<b>Standaarddeviatie</b>
Activiteitenbegeleider	107.33	3	10.26
Afdelingshoofd	103.46	13	9.10
Bewegingstherapeut	100.83	6	2.64
Criminoloog	103.00	1	0.00
Ergotherapeut	98.30	10	9.51
Maatschappelijk werker	95.67	6	6.71
Patiëntenbegeleider	95.25	12	8.27
Psychiater	104.00	2	4.24
Psycholoog	108.17	12	5.02
Teamcoördinator	105.67	6	8.96
Verpleegkundige	99.27	15	5.04
Familie­therapeut	98.00	1	0.00

**Tabel 23**

*Gemiddelde attitude ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten per doelgroep*

<b>Doelgroep</b>	<b>Gemiddelde</b>	<b>N</b>	<b>Standaarddeviatie</b>
Forensische psychiatrie	100.83	36	8.06
Algemene psychiatrie	100.65	20	7.916
Pedagogische psychiatrie	92.00	5	4.74
Organische psychiatrie	98.29	17	6.90
Diensten binnen ziekenhuis	102.20	5	10.76
Diensten buiten ziekenhuis	110.00	3	5.57

**Tabel 24***Gemiddelde attitude ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten per afdeling*

<b>Afdeling</b>	<b>Gemiddelde</b>	<b>N</b>	<b>Standaarddeviatie</b>
LFP	97.30	10	7.56
FPA	98.25	4	4.27
FPB	98.71	7	4.92
FPC	101.11	9	7.13
FRA	101.71	7	11.176
FRB/C	100.89	9	9.91
AP	102.20	5	8.17
DZ	110.50	2	0.71
GO	96.75	4	5.19
SBR	101.67	6	11.67
MT	91.00	1	0.00
COB	99.67	6	5.16
OPM	92.00	5	4.74
CR1	97.00	6	4.73
CR2	102.75	4	8.73
CRK	98.86	7	7.27
POLI	91.00	1	0.00
REVA	105.00	4	10.10
SB	113.00	2	2.83
Walden	104.00	1	0.00

**Correlaties.** De relatie tussen de attitude ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten en andere variabelen wordt onderzocht door correlaties te berekenen. Er werden significante correlaties gevonden voor de variabelen geslacht, het belang van relaties voor patiënten, het belang van seksualiteit voor patiënten, een aantal subschalen van de Vragenlijst Algemene Attitude ten opzichte van Relaties en Seksualiteit, stellingen uit de *Sexual Attitudes and Beliefs Survey*, zelf relationeel of seksueel benaderd zijn geweest en de initiatiefname tot gesprekken over seksualiteit. Daarnaast werd er een statistische trend gevonden voor seksuele thema's in de opleiding en een bijkomende cursus of opleiding gevolgd hebben. De correlaties van deze variabelen worden in detail weergegeven in Tabel 25. Het is belangrijk om op te merken dat het gaat om correlatieve verbanden en dat er dus geen causale uitspraken gedaan kunnen worden.



**Tabel 25***Significante correlaties en trends met attitude ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten*

Variabele	Correlatie	p
Geslacht	-0.30	0.01
Het belang van relaties voor patiënten	0.51	0.00
Het belang van seksualiteit voor patiënten	0.60	0.00
Permissiveness	0.43	0.00
Birth Control	-0.30	0.01
Stereotypes	-0.24	0.04
Attitude ten opzichte van spreken over seksualiteit met patiënten	-0.46	0.00
Relationeel of seksueel benaderd zijn geweest door patiënt(en)	0.23	0.05
Initiatiefname tot gesprekken over seksualiteit	0.25	0.03
Seksuele thema's in de opleiding	0.21	0.06
Bijkomende cursus of opleiding	0.20	0.08

**Geslacht.** Er wordt een zwakke negatieve correlatie gevonden tussen de variabelen geslacht en attitude [ $r = -0.30$ ] die hoog significant is [ $p < 0.05$ ]. Mannelijke hulpverleners lijken gemiddeld een iets positievere attitude te hebben dan vrouwelijke hulpverleners.

**Het belang voor relaties en seksualiteit voor patiënten.** Voor beide variabelen wordt er een gemiddelde positieve correlatie gevonden met attitude [relaties:  $r = 0.51$ ,  $p < 0.05$ ; seksualiteit:  $r = 0.60$ ,  $p < 0.05$ ]. Dit resultaat is te verwachten aangezien personen die relaties en seksualiteit belangrijk vinden voor patiënten over het algemeen ook een positievere attitude zullen hebben.

**Algemene attitude ten opzichte van relaties en seksualiteit.** Vermits de subschaal 'Permissiveness' volgens de onderzoekers het meest bruikbaar is in het exploreren van attitudes van hulpverleners, worden de schalen 'Birth Control' en 'Stereotypes' hier niet verder besproken. Er wordt een gemiddelde positieve correlatie gevonden tussen de variabele 'Permissiveness' en attitude [ $r = 0.43$ ] die hoog significant is [ $p < 0.05$ ]. Hulpverleners die opener staan ten opzichte van vrijheid binnen de seksuele grenzen zijn, staan gemiddeld ook positiever ten opzichte van seksualiteit bij psychiatrische patiënten. Deze correlatie is te verwachten aangezien er correlaties berekend worden tussen 2 attitudeschalen.

**Attitude ten opzichte van spreken over seksualiteit met patiënten.** Hulpverleners die permissiever zijn ten opzichte van het bespreken van seksualiteit met patiënten, staan gemiddeld ook positiever ten opzichte van seksualiteit bij psychiatrische patiënten [ $r = -0.46$ ,  $p < 0.05$ ]. De gevonden correlatie is niet verrassend, aangezien er twee soorten attitudevariabelen met elkaar vergeleken worden.

**Relationeel of seksueel benaderd zijn geweest door patiënten.** Er wordt een zwakke positieve correlatie gevonden tussen de variabelen relationeel of seksueel benaderd zijn geweest door patiënten en de attitude [ $r = 0.23$ ] die significant is [ $p = 0.05$ ]. Hulpverleners die in het verleden ooit relationeel of seksueel benaderd zijn geweest door patiënten, staan over het algemeen iets positiever ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten.

**Initiatiefname tot gesprekken over seksualiteit met patiënten.** Hulpverleners die vaker initiatief nemen om een gesprek aan te gaan over seksualiteit met patiënten lijken gemiddeld een positievere attitude te hebben dan hulpverleners die dit niet doen [ $r = 0.25$ ,  $p < 0.05$ ]. Aangezien initiatiefname tot gesprekken een doelstelling is die in de toekomst meer verwezenlijkt moet worden (cf. infra), wordt deze variabele verder in deze sectie onderzocht.

**Seksuele thema's in de opleiding en bijkomende cursus of opleiding.** Hulpverleners die in hun opleiding meer informatie hebben gekregen over seksuele thema's of die een bijkomende cursus of opleiding hebben gehad met betrekking tot seksualiteit, scoren gemiddeld positiever op de attitude ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten [seksuele thema's in de opleiding:  $r = 0.21$ ; bijkomende cursus of opleiding:  $r = 0.20$ ]. De correlaties voor deze variabelen waren niet significant, maar er werd wel een statistische trend gevonden [ $p < 0.1$ ].

**Multipel regressieanalyse.** Om te onderzoeken welk van deze variabelen de attitude ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten voorspellen, wordt er een hiërarchische multipel regressieanalyse uitgevoerd waarbij de attitude ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten gebruikt wordt als voorspellende variabele. Om een duidelijk model te verkrijgen, worden enkel de variabelen 'geslacht', 'relationeel of seksueel benaderd zijn geweest door patiënten', 'initiatiefname tot gesprekken over seksualiteit met patiënten', 'seksuele thema's in de opleiding' en 'bijkomende cursus of opleiding' opgenomen in de analyse. Daarnaast lijkt het ook interessant om de variabelen 'huidige kennis over seksualiteit van psychiatrische patiënten' en 'kennis en gespreksvaardigheid om seksuele thema's te bespreken' op te nemen in de analyse omdat deze in de wetenschappelijke literatuur naar voren komen als voorspellende variabelen. Informele analyse van de data aan de hand van een histogram en scatterplot toont geen serieuze bedreigingen van de assumptie van lineariteit of van de onderliggende distributionele assumpties van residuen van de afhankelijke variabele. De correlatiewaarden van alle paren van variabelen in de analyse worden weergegeven in Tabel 26 tezamen met de significantiewaarden, gemiddelden en standaarddeviaties. Om te evalueren of de attitude van de hulpverlener enkel voortvloeit uit geslacht, voorspelt stap 1 van de hiërarchische regressieprocedure de attitude van de hulpverlener vanuit het geslacht van de hulpverlener. In Stap 2 wordt de toegevoegde waarde van de seksuele thema's in de opleiding berekend. Stap 3 berekent de bijkomende attributie van een bijkomende cursus of opleiding. Stap 4 gaat over de toegevoegde waarde van de huidige kennis over seksualiteit van psychiatrische patiënten gecombineerd met kennis en gespreksvaardigheid om seksuele thema's te bespreken. Stap 5 en Stap 6 onderzoeken het toegevoegde gewicht van respectievelijk de initiatiefname tot gesprekken over seksualiteit met patiënten

en zelf relationeel of seksueel benaderd zijn geweest door patiënten. De totale verklaarde variantie van het uiteindelijke model bedraagt 28%. Tabel 27 toont de waarden van beta voor de onafhankelijke variabelen die toegevoegd werden bij elke stap van de procedure samen met de significantietesten. Zoals aangetoond in Tabel 27, verhoogt de variabele 'geslacht' de attitude van de hulpverleners significant. Het toevoegen van 'seksuele thema's in de opleiding' zorgt niet voor een significante verhoging van de attitude, maar er is wel een statistische trend. Dit geldt eveneens voor Stap 3, het toevoegen van 'bijkomende cursus of opleiding'. Stap 4, het toevoegen van 'huidige kennis over seksualiteit van psychiatrische patiënten' en 'kennis en gespreksvaardigheid om seksuele thema's te bespreken' zorgt niet voor een statistische verhoging van de attitude. Wanneer men 'initiatiefname tot gesprekken over seksualiteit met patiënten' toevoegt, verbetert de attitude volgens een statistische trend, maar verdwijnt de statistische trend van 'seksuele thema's in de opleiding'. Stap 6, het toevoegen van 'zelf relationeel of seksueel benaderd zijn geweest door patiënten' geeft wel een significante verhoging van de attitude van de hulpverleners, maar doet de statistische trend van 'initiatiefname tot gesprekken over seksualiteit met patiënten' verdwijnen.

Het feit of je een man of vrouw bent, of je in de opleiding meer informatie hebt gekregen over seksuele thema's en of je een bijkomende cursus op opleiding hebt gehad met betrekking tot seksualiteit, voorspellen hoe positief je attitude is ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten. De mate van kennis over seksualiteit van psychiatrische patiënten die je momenteel hebt en de beoordeling van je gespreksvaardigheid om seksuele thema's te bespreken, dragen niet significant bij aan de attitude. Wanneer men rekening houdt met het feit of men initiatief neemt om gesprekken aan te gaan over seksualiteit met patiënten, verdwijnt het effect van seksuele thema's in de opleiding. Een persoon die meer initiatief neemt om gesprekken aan te gaan, zal gemiddeld positiever staan ten opzichte van seksualiteit bij patiënten, ongeacht hoeveel rekening men heeft gehouden met seksuele thema's in de opleiding. Dit is dus een belangrijkere voorspeller dan kennis en gespreksvaardigheid. Het toevoegen van het feit of men zelf relationeel of seksueel benaderd is geweest door patiënten zorgt ervoor dat dit effect van initiatiefname verdwijnt. Dit zou te wijten kunnen zijn aan het feit dat personen die dit mee hebben gemaakt, minder overgaan tot gesprekken vanwege negatieve ervaringen.

### **Initiatiefname tot gesprekken over seksualiteit met patiënten: verdere exploratie**

In optimale omstandigheden zouden hulpverleners vaker een gesprek aangaan met psychiatrische patiënten omtrent seksualiteit. Omwille hiervan kan het nuttig zijn om deze variabele verder te exploreren, onafhankelijk van de attitude ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten. Het kan namelijk dat een hulpverlener met een minder positieve attitude wel gesprekken aangaat met patiënten over seksualiteit of dat een hulpverlener met een positieve attitude geen gesprekken aangaat met patiënten over seksualiteit. In dit laatste geval is het dus niet nodig dat er positievere attitudes gevormd worden, maar is het belangrijk dat men meer gesprekken aangaat met patiënten. Dit is een thema dat aangepakt moet worden in de toekomst.

**Tabel 26**

Variabelen in de multi-pele regressieanalyse voor de attitude ten opzichte van seksualiteit bij psychiatrische patiënten: het bovenste paneel toont de r-waarden voor de variabelen in de analyse, het onderste paneel toont de beschrijvende statistieken voor de variabelen

	Attitude (AV)	Geslacht	Opleiding	Bijkomende cursus	Huidige kennis	Gespreks- vaardigheid	Initiatiefname gesprekken	Relationeel of seksueel benaderd
Geslacht	-0.27*							
Opleiding	0.26*	-0.17						
Bijkomende cursus	0.21*	0.05	0.03					
Huidige kennis	0.15	-0.15	0.34*	0.23*				
Gespreks- vaardigheid	0.07	-0.20	0.17	0.34*	0.59*			
Initiatiefname gesprekken	0.22*	-0.08	0.29*	0.14	0.47	0.59*		
Relationeel of seksueel benaderd	0.20*	0.26*	0.06	-0.09	-0.12	-0.11	0.08	
Gemiddelde	100.63	0.65	27.46	0.06	2.36	2.55	2.27	0.43
SD	8.07	0.48	8.68	0.24	0.92	0.86	0.91	0.50

\* p < 0.05

**Tabel 27**

*Semipartiële r-waarden, beta-waarden en significantietesten voor de onafhankelijke variabelen voor stap 1, stap 2, stap 3, stap 4, stap 5 en stap 6 in de hiërarchische multipele regressieanalyse voor de attitude ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten*

	Semipartiële r	Beta	t	p
Geslacht	-0.27	-0.27	-2.25	0.03
Geslacht	-0.23	-0.23	-1.95	0.05
Opleiding	0.21	0.22	1.84	0.07
Geslacht	-0.24	-0.24	-2.11	0.04
Opleiding	0.21	0.21	1.80	0.08
Bijkomende cursus	0.22	0.22	1.92	0.06
Geslacht	-0.25	-0.26	-2.21	0.03
Opleiding	0.19	0.21	1.68	0.10
Bijkomende cursus	0.24	0.25	2.04	0.05
Huidige kennis	0.05	0.06	0.39	0.70
Gespreksvaardigheid	-0.10	-0.14	-0.90	0.37
Geslacht	-0.27	-0.28	-2.40	0.02
Opleiding	0.15	0.16	1.32	0.19
Bijkomende cursus	0.25	0.27	2.23	0.03
Huidige kennis	0.02	0.03	0.17	0.87
Gespreksvaardigheid	-0.19	-0.27	-1.63	0.11
Initiatiefname gesprekken	0.20	0.26	1.76	0.08
Geslacht	-0.33	-0.36	-3.04	0.00
Opleiding	0.12	0.13	1.11	0.27
Bijkomende cursus	0.27	0.29	2.48	0.02
Huidige kennis	0.05	0.06	0.44	0.67
Gespreksvaardigheid	-0.17	-0.25	-1.54	0.13
Initiatiefname gesprekken	0.16	0.20	1.42	0.16
Zelf seksueel of relationeel benaderd	0.26	0.28	2.41	0.02

**Correlaties.** Aan de hand van correlaties wordt de relatie tussen de initiatiefname van gesprekken over seksualiteit met patiënten en andere variabelen onderzocht. Er worden significante correlaties gevonden voor een aantal variabelen: seksuele thema's in de opleiding, huidige kennis over seksualiteit van psychiatrische patiënten, zekerheid in gesprek over seksualiteit met psychiatrische patiënten, kennis en gespreksvaardigheid om seksuele thema's te bespreken, attitude ten opzichte van spreken over seksualiteit met patiënten en attitude ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische

patiënten. Voor de variabele 'bijkomende cursus of opleiding' wordt een statistische trend gevonden. De correlaties worden in detail weergegeven in Tabel 28. Er worden enkel correlaties berekend, waardoor het niet mogelijk is om uitspraken te doen over causale verbanden.

**Tabel 28**

*Significante correlaties en trends met initiatiefname tot gesprekken over seksualiteit met patiënten*

<b>Variabele</b>	<b>Correlatie</b>	<b>p</b>
Seksuele thema's in de opleiding	0.27	0.02
Huidige kennis over seksualiteit van psychiatrische patiënten	0.41	0.00
Zekerheid in gesprek over seksualiteit met psychiatrische patiënten	0.33	0.01
Kennis en gespreksvaardigheid om seksuele thema's te bespreken	0.56	0.00
Attitude ten opzichte van spreken over seksualiteit met patiënten	-0.31	0.01
Attitude ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten	0.25	0.03
Bijkomende cursus of opleiding	0.22	0.06

**Seksuele thema's in de opleiding.** Er is een zwakke positieve correlatie tussen de variabelen seksuele thema's in de opleiding en initiatiefname tot gesprekken [ $r = 0.27$ ] die hoog significant is [ $p < 0.05$ ]. Personen die meer informatie hebben gekregen over seksuele thema's in hun opleiding lijken gemiddeld meer gesprekken aan te gaan met patiënten over seksualiteit.

**Huidige kennis over seksualiteit van psychiatrische patiënten.** Hulpverleners die meer kennis hebben over seksualiteit van psychiatrische patiënten, gaan gemiddeld vaker gesprekken aan met patiënten over seksualiteit [ $r = 0.41$ ,  $p < 0.05$ ].

**Zekerheid in gesprek over seksualiteit met psychiatrische patiënten.** Er wordt een zwakke positieve relatie gevonden tussen zekerheid in gesprek over seksualiteit en initiatiefname tot gesprekken [ $r = 0.33$ ] die hoog significant is [ $p < 0.05$ ]. Hulpverleners die zich zekerder voelen om over seksualiteit te spreken, gaan vaker een gesprek aan met patiënten. Echter, het zou ook kunnen dat hulpverleners die vaker een gesprek aangaan, zich sowieso zekerder voelen om over seksualiteit te spreken.

**Kennis en gespreksvaardigheid om seksuele thema's te bespreken.** Hoe hoger hulpverleners hun gespreksvaardigheid om seksuele thema's te bespreken inschatten, hoe meer gesprekken ze aangaan met patiënten [ $r = 0.56$ ,  $p < 0.05$ ]. Deze correlatie kan ook omgekeerd geïnterpreteerd worden: hulpverleners die meer gesprekken aangaan, beoordelen hun kennis en gespreksvaardigheid beter.

**Attitude ten opzichte van spreken over seksualiteit met patiënten.** Er is een zwakke negatieve correlatie tussen de variabelen attitude ten opzichte van spreken over seksualiteit en de

initiatiefname tot gesprekken [ $r = -0.31, p < 0.05$ ]. Dit resultaat is te verwachten aangezien hulpverleners die een positievere attitude hebben ten opzichte van het bespreken van seksualiteit van patiënten gemiddeld ook vaker gesprekken aan zullen gaan met patiënten dan hulpverleners die hier negatief tegenover staan.

**Attitude ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten.** Hulpverleners die positiever staan ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten, nemen vaker het initiatief om een gesprek aan te gaan over seksualiteit met patiënten [ $r = 0.25, p < 0.05$ ]. Dit effect werd reeds gevonden in de berekening van de correlaties van de attitude ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten (cf. supra).

**Bijkomende cursus of opleiding.** Er wordt een zwakke positieve correlatie gevonden tussen de variabelen bijkomende cursus of opleiding en initiatiefname tot gesprekken [ $r = 0.22$ ], die niet significant is, maar wel een statistische trend vertoont [ $p < 0.1$ ]. Hulpverleners die een bijkomende cursus of opleiding hebben gehad omtrent seksualiteit, gaan gemiddeld vaker gesprekken aan met patiënten over seksuele thema's.

**Multipelle regressieanalyse.** Om te onderzoeken welke correlerende variabelen het feit of hulpverleners gesprekken aangaan over seksualiteit voorspellen, wordt er een hiërarchische multipelle regressieanalyse uitgevoerd waarbij de initiatiefname tot gesprekken over seksualiteit met patiënten gebruikt wordt als voorspellende variabele. Slechts een aantal variabelen worden weerhouden opdat een duidelijk model verkregen wordt: seksuele thema's in de opleiding, huidige kennis met betrekking tot seksualiteit van psychiatrische patiënten, gespreksvaardigheid om seksuele thema's te bespreken, bijkomende cursus of opleiding en de attitude ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten. Daarnaast wordt de variabele 'geslacht' nog toegevoegd opdat een gelijkend model als de voorspelling van specifieke attitude bekomen wordt. Via informele analyse van de data aan de hand van een scatterplot en histogram worden er niet echt serieuze bedreigingen gevonden voor de assumptie van lineariteit of voor de distributionele assumpties voor residuen van de afhankelijke variabelen. De correlaties van alle paren variabelen in de analyse worden samen met significantiewaarden, gemiddelden en standaarddeviaties weergegeven in Tabel 29. Stap 1 van de hiërarchische regressieprocedure berekent of het initiëren van een gesprek enkel voorspeld wordt door geslacht. Stap 2 bekijkt het toegevoegde effect van de seksuele thema's in de opleiding, terwijl Stap 3 kijkt of een bijkomende cursus of opleiding nog een extra waarde toevoegt. Stap 4 berekent de toegevoegde attributie van de kennis over seksualiteit van psychiatrische patiënten. Stap 5 en Stap 6 gaan respectievelijk over de toegevoegde waarde van de kennis en gespreksvaardigheid om seksuele thema's te bespreken en de attitude ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten. Het uiteindelijke model verklaart 39% van de totale variantie. Tabel 30 geeft de beta-waarden voor de onafhankelijke variabelen weer die toegevoegd werden bij elke stap van de regressieprocedure, tezamen met de nodige significantietesten. De variabele 'geslacht' voorspelt niet of hulpverleners een gesprek aangaan over seksualiteit met patiënten. Het hebben gehad van een opleiding waarin seksuele

thema's aandacht kregen daarentegen, zorgt ervoor dat hulpverleners sneller een gesprek aangaan. In Stap 3 wordt duidelijk dat een bijkomende cursus of opleiding met betrekking tot seksualiteit niet zorgt voor een verhoging van initiatiefname. Stap 4, het toevoegen van 'huidige kennis over seksualiteit van psychiatrische patiënten' zorgt voor een significante verhoging van het initiëren van gesprekken, maar zorgt er eveneens voor dat het effect van de opleiding wegvalt. Wanneer men 'kennis en gespreksvaardigheid om seksuele thema's te bespreken' toevoegt, verbetert de initiatiefname significant, maar verdwijnt daarnaast het effect van 'huidige kennis over seksualiteit van psychiatrische patiënten'. Stap 6 ten slotte, 'de attitude ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten' zorgt er ook voor dat er een significante verhoging is van het aangaan van gesprekken.

Of je man of vrouw bent heeft geen effect op hoe vaak je een gesprek aangaat met patiënten over seksualiteit. Wanneer je in je opleiding veel informatie hebt gekregen over seksuele thema's daarentegen, zal je vaker gesprekken aangaan over seksualiteit. Een bijkomende cursus of opleiding over seksualiteit heeft echter geen effect. Wanneer huidige kennis over seksualiteit van psychiatrische patiënten in rekening wordt gebracht, valt het effect van opleiding weg. Dit is waarschijnlijk te verklaren door het feit dat mensen met veel kennis ook reeds meer aandacht hebben gehad voor seksuele thema's in hun opleiding. Wanneer men daarenboven rekening houdt met het hoe men de eigen kennis en gespreksvaardigheid beoordeelt, valt ook het effect van huidige kennis weg. Als je dus van jezelf denkt dat je vaardig genoeg bent om te spreken over seksualiteit, maakt het niet meer uit hoeveel kennis je hebt. In het uiteindelijke model wordt duidelijk dat zowel het effect van kennis en gespreksvaardigheid om seksuele thema's te bespreken als het effect van de attitude ten opzichte van seksualiteit bij psychiatrische patiënten belangrijke voorspellers zijn voor hoe vaak men gesprekken initieert over seksualiteit met patiënten.

### **Beleidsaanbevelingen volgens participanten**

Op het einde van de vragenlijst werd er een open vraag gesteld die peilde naar beleidsvoorstellen van de participanten. Bijna de helft van de participanten (47.7%) vulde deze vraag in, wat aangeeft dat hulpverleners ook vinden dat er meer aandacht besteed moet worden aan dit thema. De antwoorden van de participanten kunnen onderverdeeld worden in een aantal categorieën die verder besproken worden.

**Een overkoepelend beleid in het ziekenhuis.** Een aantal participanten zijn van oordeel dat relaties en dus ook seksualiteit meer centraal moeten komen te staan in de behandeling van psychiatrische patiënten. Een seksualiteitsbeleid vormt de lijnen waartussen men kan handelen waarbij men op een creatieve manier kan zoeken naar mogelijkheden om seksuele behoeften in te vullen. Daarnaast vinden participanten dat het huidige seksualiteitsbeleid aangepast moet worden aan de hedendaagse normen en waarden en dat het herstelgericht denken ook hier doorgevoerd moet worden. Een participant schrijft bijvoorbeeld het volgende: *“De visie van het ziekenhuis op seksualiteit moet op regelmatige basis besproken en actueel gehouden worden”*.



**Tabel 29**

Variabelen in de multipele regressieanalyse voor de initiatiefname tot gesprekken over seksualiteit met patiënten: het bovenste paneel toont de r-waarden voor de variabelen in de analyse, het onderste paneel toont de beschrijvende statistieken voor de variabelen

	<b>Initiatiefname gesprekken (AV)</b>	<b>Geslacht</b>	<b>Opleiding</b>	<b>Bijkomende cursus</b>	<b>Huidige kennis</b>	<b>Gespreks- vaardigheid</b>	<b>Attitude Seksualiteit Psychiatrie</b>
Geslacht	-0.79						
Opleiding	0.26*	-0.18					
Bijkomende cursus	0.14	0.05	0.04				
Huidige kennis	0.42*	-0.16	0.35*	0.23*			
Gespreks-vaardigheid	0.56*	-0.19*	0.18	0.34*	0.59*		
Attitude Seksualiteit Psychiatrie	0.24*	0.26*	0.23*	0.21*	0.11	0.56	
Gemiddelde	2.27	0.65	27.46	0.06	2.36	2.55	100.84
SD	0.90	0.48	8.68	0.24	0.92	0.86	7.88

\*  $p < 0.05$

**Tabel 30**

*Semipartiële r-waarden, beta-waarden en significantietesten voor de onafhankelijke variabelen voor stap 1, stap 2, stap 3, stap 4, stap 5 en stap 6 in de hiërarchische multipele regressieanalyse voor de initiatiefname tot gesprekken over seksualiteit met patiënten*

	Semipartiële r	Beta	t	p
Geslacht	-0.08	-0.08	-0.66	0.51
Geslacht	-0.03	-0.03	-0.28	0.78
Opleiding	0.25	0.26	2.16	0.03
Geslacht	-0.04	-0.04	-0.34	0.74
Opleiding	0.25	0.25	2.11	0.04
Bijkomende cursus	0.14	0.14	1.15	0.25
Geslacht	0.00	0.00	-0.02	0.99
Opleiding	0.13	0.14	1.14	0.26
Bijkomende cursus	0.05	0.06	0.48	0.63
Huidige kennis	0.32	0.35	2.86	0.01
Geslacht	0.06	0.06	0.62	0.54
Opleiding	0.15	0.16	1.47	0.15
Bijkomende cursus	-0.05	-0.06	-0.54	0.59
Huidige kennis	0.06	0.08	0.59	0.56
Gespreksvaardigheid	0.40	0.52	3.94	0.00
Geslacht	0.11	0.12	1.16	0.25
Opleiding	0.11	0.12	1.08	0.28
Bijkomende cursus	-0.10	-0.12	-1.06	0.29
Huidige kennis	0.06	0.07	0.57	0.57
Gespreksvaardigheid	0.42	0.54	4.25	0.00
Attitude Seksualiteit Psychiatrie	0.21	0.23	2.11	0.04

**Meer openheid creëren.** Veel participanten beschrijven dat er nog veel schroom is binnen het ziekenhuis om over seksualiteit te spreken. Er wordt geopperd voor meer openheid rond dit thema, zodat het uit de taboesfeer geraakt en zodat patiënten ook het gevoel krijgen dat er over seksualiteit gesproken kan worden. Aan de hand van gepast taalgebruik moet seksualiteit bespreekbaar gemaakt worden. Een participant omschrijft het als volgt: *“Het creëren van openheid rond het thema met een vanzelfsprekendheid die toelaat dat seksualiteit in en buiten de kliniek geen taboe meer is zodat elk individu durft te spreken over wat hem hierin bezighoudt”*. Daarnaast wordt ook beschreven dat er vooral gesproken wordt over seksualiteit bij negatieve aanleidingen, zoals incidenten en delicten, maar dat het in de toekomst een vast onderwerp moet zijn in de behandeling van een patiënt.

**Een werkgroep oprichten.** Participanten gaan ervan uit dat een werkgroep rond het thema seksualiteit helpend kan zijn voor hulpverleners inzake het omgaan met seksualiteit. Deze werkgroep zou volgens hen opgericht moeten worden zodat teams beroep kunnen doen op hun deskundigheid omtrent seksuele thema's. Een uitspraak van een participant omschrijft dit duidelijk: *“Ik vind dat er binnen het ziekenhuis op z'n minst een werkgroep seksualiteit zou moeten opgericht worden, waarbij men nagaat hoe men binnen de context van een psychiatrisch ziekenhuis met dit thema aan de slag kan gaan om tot een open dialoog hierover te komen waarbij het niet enkel over de gevaren (bv. zwangerschap, soa's...) gaat maar ook over de prettige kant van seksualiteit en de mogelijkheid om externen (bv. prostituees) hierin te betrekken”.*

**Het aanstellen van een professional of een seksuoloog.** Naast een werkgroep rond het thema seksualiteit, zijn de participanten van oordeel dat het aanstellen van een seksuoloog of een opgeleide professional nuttig kan zijn in het oplossen van seksuele kwesties voor zowel hulpverleners als voor patiënten. Een participant omschrijft het zo: *“Een seksuoloog aanstellen voor het ziekenhuis zou een goede stap in de richting kunnen zijn. In eerste instantie voor medewerkers inzicht bij te brengen en nadien of gelijktijdig consultaties mogelijk maken voor patiënten en eventuele partners”.*

**Een ruimte voorzien voor ongestoord bezoek.** Participanten vinden dat er binnen het ziekenhuis, en zelfs binnen elke afdeling, de mogelijkheid gecreëerd moet worden tot intieme omgang in een private ruimte waarvan de vraag voor het gebruik ervan binnen een team, en indien mogelijk in samenspraak met de patiënt, de vraag gewogen wordt wat betreft de balans tussen de wens van de patiënt (en partner en/of diensten) en de weerslag op de relatie, ziektesymptomen en ziektebeeld. Momenteel is deze ruimte niet beschikbaar en doen er zich ongewenste situaties voor: *“Nu zijn opgenomen mensen (en het gaat toch vaak om langdurige opnames), verplicht om het achter hoek en kant met elkaar te doen. Dit kan misschien seksueel opwindend zijn, maar is toch vooral ongepast. Wanneer een patiënt aan zijn familie moet vragen om een matras in de stationwagen te leggen om met zijn vriendin te kunnen vrijen, dan is dit toch vooral een jammere zaak. Het houdt ook de stigma's rond seks en psychiatrie in stand. Op een volle parking een snelle wip doen, waar voortdurend mensen voorbijkomen, lekker voorbij de grens voor de ene, maar toch ook gênant voor diegene die er ongevraagd getuige van worden gemaakt. In Bierbeek kan veel, maar op een ander krijgt zulk gedrag toch snel het etiket 'openbare zedenschennis'.”.*

**Mogelijkheid tot seksualiteitsbeleving met professionals (prostitutie of seksuele dienstverlening).** Vermits niet alle patiënten een vaste partnerrelatie hebben, vinden een aantal participanten dat zij de mogelijkheid moeten krijgen tot seksualiteit met professionals zoals prostituees en seksuele dienstverleners (bv. Additi vzw). De christelijke visie van het ziekenhuis laat dit in principe niet toe, maar desondanks doet dit zich toch voor.

**Het beschikbaar stellen van voorbehoedsmiddelen.** Een aantal participanten vinden het belangrijk dat er voorbehoedsmiddelen, voornamelijk condooms, beschikbaar worden gesteld voor patiënten. Het verspreiden van voorbehoedsmiddelen wordt echter tegengehouden door het huidige seksualiteitsbeleid. Een participant beschrijft zijn/haar ervaring hiermee: *“We hebben vorig jaar zelf een doos condooms besteld bij Sensoa maar we zijn deels teruggefloten geweest door directie”*.

**Cursussen voor hulpverleners.** Participanten zijn van mening dat er seminars, bijscholingen, opleidingen of vormingen georganiseerd en aangemoedigd moeten worden waarin hulpverleners meer informatie kunnen verschaffen over seksualiteit van psychiatrische patiënten.

**Educatie voor patiënten.** Op een aantal afdelingen is er reeds een module seksualiteit waarin patiënten meer informatie krijgen over relaties en seksualiteit. Een aantal participanten vinden dit een goed initiatief en zijn van oordeel dat dit aanbevolen moet worden op alle afdelingen. Een participant omschrijft het als volgt: *“Invoeren van sessies seksualiteit op de afdeling is cruciaal als preventie, behandeling en stigma- en taboedoorbreking”*.

## Discussie

### Beperkingen

Het onderzoek heeft een relatief kleine steekproef, wat een invloed kan hebben op de generaliseerbaarheid van het onderzoek. De redenen dat er niet veel respons was op het onderzoek zouden kunnen zijn dat er een gebrek aan tijd was om de vragenlijst in te vullen tijdens de werkuren, dat de vragenlijst te lang was, dat de vragenlijst te persoonlijk was... Daarnaast zou er een selectiebias kunnen zijn: de vragenlijst werd ingevuld door participanten die reeds positief staan ten opzichte van seksualiteit en hier open over durven praten. De meerderheid van de participanten was bovendien van het vrouwelijke geslacht, wat zou kunnen wijzen op het feit dat er meer vrouwen tewerkgesteld zijn of dat vrouwen meer open staan om te spreken over seksualiteit.

De vragenlijst werd niet door alle participanten volledig ingevuld. De reden hiervoor kan zijn dat hun anonimiteit niet volledig gegarandeerd werd door een combinatie van de vragen over afdeling en functie. Daarnaast kan het ook dat ze de vragenlijst te lang vonden, dat ze gehinderd werden in het invullen door patiënten of collega's of dat ze vonden dat enkele vragen te persoonlijk waren.

In de vragenlijst wordt er verwezen naar 'de psychiatrische patiënt'. Voor veel participanten was het moeilijk om op deze manier de vragen adequaat te beantwoorden, gezien elke psychiatrische patiënt verschilt naargelang persoonlijkheid en problematiek. Er werd echter voor deze benaming gekozen omdat het onmogelijk was om de vragenlijst op te splitsen per psychiatrische problematiek vanwege de uitgebreidheid. De meeste participanten gaven ook aan dat zij bij het beantwoorden de gemiddelde patiënt van hun afdeling voor ogen hielden.

Een aantal vragen werden beantwoord aan de hand van een vijfpunt-Likertschaal. Voorbeelden van antwoordcategorieën liepen van 'nooit' tot 'altijd', andere liepen van 'onvoldoende' tot uitstekend.

Participanten gaven aan dat sommige antwoordcategorieën moeilijk of onduidelijk geformuleerd werden. In de toekomst is het dus aangewezen om hier een oplossing voor te zoeken.

Een van de vragen was de volgende: 'Bent u ooit relationeel of seksueel benaderd geweest door een patiënt op of buiten de afdeling?'. Vermits 'relationeel of seksueel benaderd' niet gespecificeerd werd, hebben sommige participanten deze vraag waarschijnlijk negatief beantwoord. In de toekomst is het dus nodig dat er duidelijke uitleg gegeven wordt bij elke gestelde vraag.

## **Sterktes**

In de opmerkingen van de vragenlijst werd onderzoek naar seksualiteit en het belang van dit thema aangemoedigd. Het onderzoek gaat voornamelijk over de negatieve aspecten van seksualiteit en er wordt eveneens weinig gesproken over relaties. Dit sluit niet uit dat er ook positieve en relationele aspecten van seksualiteit zijn die aandacht verdienen.

De vragenlijst werd ingevuld door participanten van verschillende leeftijden, doelgroepen, afdelingen en functies, wat betekent dat er interesse is voor dit thema vanuit uiteenlopende gebieden.

De resultaten van het onderzoek geven een aanzet tot de verbetering van de attitude ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten en tot een aanpassing van de manier waarop er omgegaan wordt met seksualiteit.

## **Bespreking van resultaten**

**Relaties en seksualiteit van psychiatrische patiënten.** De meerderheid van de participanten geeft aan de relaties en seksualiteit belangrijk zijn voor psychiatrische patiënten. Er wordt eveneens verklaard dat psychiatrische patiënten sterk belemmerd zijn in hun relationeel en seksueel gedrag en beleving omwille van hun psychische stoornis. Relationele problemen lijken meer voor te komen dan seksuele problemen. Dit zou te wijten kunnen zijn aan de onderrapportage van seksuele problemen door patiënten. Het is dus belangrijk om meer stil te staan bij het bevragen van seksualiteit van psychiatrische patiënten.

**Opleiding en kennis.** In de opleiding wordt over het algemeen matig tot voldoende aandacht besteed aan seksuele thema's in het algemeen. Echter, dit resultaat wordt beïnvloed door de verscheidenheid van seksuele thema's die in de vraagstelling beschreven staan. Een aantal thema's die onvoldoende behandeld worden in de gevolgde opleiding zijn genderproblemen, problemen rond seksuele oriëntatie, seksualiteit van psychiatrische patiënten, seksualiteit en psychofarmaca en culturele aspecten van seksualiteit. Vermits in de resultaten naar boven komt dat patiënten vooral kampen met seksuele problemen omwille van de psychische stoornis, seksuele problemen omwille van psychofarmaca, onzekerheid over de seksuele rol en verwarring over de seksuele oriëntatie, is het belangrijk dat hier in de opleiding meer aandacht aan wordt besteed. Aanbevelingen voor een aanpassing van de opleiding worden verder in deze discussie beschreven.

De algemene kennis met betrekking tot seksualiteit is voldoende tot goed, maar de kennis over seksualiteit van psychiatrische patiënten ligt beduidend lager. Dit kan verklaard worden door het feit dat er in de opleiding weinig aandacht wordt besteed aan dit thema. De meerderheid van de participanten

geeft tevens aan een bijkomende cursus of opleiding met betrekking tot seksualiteit te willen volgen indien dit mogelijk gemaakt zou worden. Verder in deze discussie worden aanbevelingen voor het tot stand brengen van zo'n cursus of opleiding geschetst.

**Gesprekken over seksualiteit.** Wanneer een hulpverlener een gesprek aangaat met patiënten gebeurt dit vaker met mannelijke patiënten dan met vrouwelijke patiënten. Dit effect wordt eveneens bekomen wanneer er gecontroleerd wordt voor participanten die niet met vrouwelijke patiënten werken. Er is hiervoor geen duidelijke verklaring te vinden, wat een opstap zou kunnen zijn om te exploreren in toekomstig onderzoek. De participanten beoordelen hun gespreksvaardigheid als matig tot voldoende en voelen zich zeker wanneer ze met patiënten spreken over seksualiteit. Nochtans wensen patiënten volgens de meerderheid van de participanten meer aangesproken te worden over seksualiteit, ook al is dit volgens de meesten ook afhankelijk van patiënt tot patiënt. Dit gegeven geeft aan dat er toch factoren spelen bij hulpverleners die hun ervan weerhouden om een gesprek aan te gaan met patiënten. Aan de hand van bijkomende cursussen of opleidingen kunnen deze factoren geëxploreerd worden en kunnen hulpverleners vaardigheden aanleren om een gesprek aan te gaan over seksualiteit (cf. infra).

Patiënten daarentegen beginnen zelden tot nooit een gesprek over seksualiteit met de hulpverlener. Het is dus van belang dat een hulpverlener zelf het initiatief neemt om dit thema aan te kaarten in een gesprek. Het meest voorkomende onderwerp dat in gesprekken naar voren komt is de invloed van psychofarmaca op de seksualiteit van de patiënt. Het is dus belangrijk dat hulpverleners op de hoogte zijn van deze effecten en de patiënt kunnen adviseren hoe hiermee om te gaan.

De meerderheid van de participanten geeft aan dat er in hun team niemand in het bijzonder bevoegd is om met patiënten te spreken over seksualiteit. Het zou dus positief zijn wanneer er in een team één of meerdere hulpverleners aangeduid worden die opgeleid zijn om seksualiteit te bespreken met patiënten. Dit was reeds het geval op één bepaalde afdeling. Daarnaast zou er ook een optie bestaan om psychologen verder op te leiden in dit thema. Een aantal participanten geven namelijk aan dat patiënten met hun seksuele zorgen reeds beroep doen op de psycholoog. Het aanwerven van een seksuoloog zou eveneens een voorkeur kunnen hebben, maar is slechts aangewezen in geval van complexere seksuele problemen. Het thema seksualiteit dient volgens de participanten in ieder geval opgenomen te worden in de anamnese of toch zeker wanneer het relevant is voor de behandeling.

Uit de aangepaste *Sexual Attitudes and Beliefs Survey* (Reynolds & Magnost, 2005) komt naar voren dat participanten iets permissiever staan ten opzichte van het bespreken van seksualiteit van psychiatrische patiënten. Participanten geven namelijk aan dat ze vertrouwen hebben in hun vermogen om seksuele zorgen van patiënten aan de orde te stellen, maar geven toch aan dat ze hun gespreksvaardigheid om seksualiteit te bespreken slechts als matig tot voldoende beoordelen. Participanten geven daarnaast ook aan dat ze seksualiteit geen te persoonlijk onderwerp vinden om te bespreken met patiënten en dat er niet enkel over seksualiteit gesproken moet worden als de patiënt het aankaart, maar nochtans geeft de helft van de participanten aan dat ze slechts soms zelf een gesprek over seksualiteit beginnen met patiënten. Het is dus belangrijk dat hulpverleners vaker initiatief nemen om een gesprek over seksualiteit te starten. Meer uitleg omtrent het aanleren van gespreksvaardigheden wordt verder in deze discussie besproken.

**Seksuele activiteiten van patiënten.** Ongeveer de helft van de participanten is reeds getuige geweest van seksuele activiteiten van patiënten en ook ongeveer de helft is zelf seksueel of relationeel benaderd geweest door patiënten. Het merendeel van deze situaties werd door de hulpverlener besproken met de betrokken patiënt(en) of met collega's. Opmerkelijk is dat 'ongewenste' seksuele activiteiten, dus zelf benaderd zijn geweest, vaker besproken werden dan 'gewenste' seksuele activiteiten, dus seksuele activiteiten die patiënten graag wensten. Dit zou te verklaren kunnen zijn door het feit dat hulpverleners het thema liever willen vermijden of dat ze het niet nodig achten om hierover te spreken omdat het gedrag volgens hen geen problemen vormde. Bovendien valt op te merken dat hoewel het merendeel van deze situaties wel besproken wordt met collega's, dat men toch aangeeft dat er slechts matig tot voldoende mogelijkheden zijn om seksualiteit te bespreken in het team.

**Algemene attitude ten opzichte van seksualiteit.** Volgens de aangepaste versie van de *Brief Sexual Attitudes Scale* (Hendrick et al., 2006) vinden participanten het redelijk belangrijk dat er vrijheid is met betrekking tot de seksuele grenzen. Daarnaast kunnen we ervan uitgaan dat de participanten van mening zijn dat zowel vrouwen als mannen verantwoordelijk zijn voor het voorkomen van zwangerschap en dat er dus sprake is van een gezamenlijke verantwoordelijke seksualiteit. Participanten beschouwen seksualiteit bovendien als een liefdevolle interactie, oftewel een uiting van een relatie tussen twee individuen waarbij liefde belangrijker is dan lust. Ten slotte geloven participanten niet dat seksualiteit enkel een lichamelijke aangelegenheid is en zijn ze het niet eens met de stereotype beelden met betrekking tot seksualiteit.

**De attitude ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten.** In het algemeen vinden we een gemiddelde positieve attitude ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten. Er zijn verschillen te vinden naargelang functie, doelgroep en afdeling, maar deze verschillen lijken eerder te verklaard te worden door andere variabelen, zoals opleiding, geslacht, initiatiefname tot gesprekken... De multipele regressieanalyse toonde aan dat attitude ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten het best voorspeld wordt door de variabelen geslacht, seksuele thema's in de opleiding en bijkomende cursus of opleiding met betrekking tot seksualiteit. Daarnaast is er ook een belangrijk effect van het aangaan van gesprekken met patiënten. Dit effect zorgt er zelfs voor dat het effect van seksuele thema's in de opleiding wegvalt. Wanneer personen namelijk meer gesprekken aangaan over seksualiteit, maakt het niet uit hoeveel aandacht zij hebben besteed aan seksuele thema's in hun opleiding. Het is dus belangrijk om deze variabele verder te exploreren. Een laatste variabele die effect heeft is het feit of men zelf ooit relationeel of seksueel benaderd is geweest door een patiënt. Wanneer deze variabele opgenomen wordt in het model, valt het effect van het aangaan van gesprekken weg. Dit zou te wijten kunnen zijn aan het feit dat hulpverleners die negatieve ervaringen hebben meegemaakt ook geen gesprekken meer aangaan met patiënten uit angst om dit nog eens mee te maken.

**Verdere exploratie van initiatiefname tot gesprekken over seksualiteit met patiënten.** De multipele regressieanalyse toont aan dat seksuele thema's in de opleiding een significant effect heeft op het feit of hulpverleners een gesprek aangaan met patiënten over seksualiteit. Echter, dit effect valt weg wanneer er andere variabelen toegevoegd worden. Eerst neemt de huidige kennis met betrekking tot seksualiteit van psychiatrische patiënte het over, maar uiteindelijk speelt de eigen beoordeling van kennis en gespreksvaardigheid samen met de attitude ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten een significante rol. Het feit dat kennis en gespreksvaardigheid het overnemen van de opleiding, heeft hoogstwaarschijnlijk te maken met het feit dat personen die meer kennis en gespreksvaardigheid hebben, dit reeds in de opleiding verkregen hebben. In de toekomst is het dus belangrijk dat er meer aandacht besteed wordt aan de opleiding, kennis, gespreksvaardigheid en attitudes opdat hulpverleners meer gesprekken aangaan met patiënten wat betreft seksualiteit.

## **Aanbevelingen**

Op basis van de onderzoeksresultaten en de onderzoeksliteratuur kunnen er enkele aanbevelingen gedaan worden wat betreft hervorming van de opleidingen, het organiseren van cursussen en het vormen van een beleid.

**Opleiding.** In de opleiding tot hulpverlener, en dan meer bepaald tot verpleegkundige, zorgkundige, psycholoog..., zou er meer aandacht besteed moeten worden aan seksualiteit en in het bijzonder seksualiteit van (psychiatrische) patiënten. Door het thema seksualiteit op te nemen in de opleiding wordt er meer rekening gehouden met het concept van holistische zorg. In de opleidingen moet men studenten leren omgaan met seksualiteit van (psychiatrische) patiënten vooraleer ze daadwerkelijk in contact komen met patiënten. Op deze manier kunnen de persoonlijke barrières met betrekking tot seksualiteit gebroken worden vooraleer men in een werksituatie terecht komt. Het is van belang dat studenten meer empowerment ontwikkelen met betrekking tot seksualiteit, seksuele gezondheid, seksuele rechten en mentale ziekte.

In de opleiding is het in eerste instantie belangrijk dat studenten meer kennis opdoen met betrekking tot seksualiteit. Ten tweede moeten studenten vaardigheden aangeleerd worden om seksuele kwesties te detecteren en te bespreken. In de opleiding kan er gebruik gemaakt worden van rollenspelen waarbij studenten gesprekken met patiënten oefenen, waarin ze bijvoorbeeld seksuele anamneses afnemen onder supervisie van de leerkracht. Op deze manier krijgen studenten meer vertrouwen in hun gespreksvaardigheid en voelen ze zich meer op hun gemak om te spreken over seksualiteit. Ten derde is het ook belangrijk dat studenten een zicht krijgen op hun attitudes met betrekking tot seksualiteit en deze op een positieve manier kunnen aanpassen zodat men respect toont voor de waardigheid van de patiënt. Aan de hand van discussie kunnen studenten overlopen hoe hun persoonlijke attitudes de optimale patiëntenzorg beïnvloeden.

**Cursussen.** Er is nood aan meer herkenning en bewustzijn van seksualiteit van patiënten. Hulpverleners zijn namelijk slecht opgeleid om de seksuele zorgen van patiënten te detecteren en te bespreken en voelen zich vaak ongemakkelijk om hierover te spreken. Aangezien patiënten niet snel



initiatief nemen om over seksualiteit te spreken, loopt men dan het risico dat het thema seksualiteit genegeerd of vermeden wordt. Door het topic te vermijden, missen hulpverleners een goede kans om aan holistische patiëntenzorg te doen. Daarnaast is het voor hulpverleners moeilijk om een juiste houding tegenover seksualiteit aan te nemen omwille van persoonlijke attitudes. Aan de hand van cursussen, extern georganiseerd en mogelijk gemaakt door psychiatrische instellingen, kunnen hulpverleners positiever leren omgaan met seksualiteit van psychiatrische patiënten.

In de eerste plaats is het belangrijk dat hulpverleners meer kennis verschaffen met betrekking tot seksualiteit. Daarnaast kunnen hulpverleners aan de hand van verschillende soorten opleidingsstrategieën, zoals workshops, online-opleidingen, seminars of observaties van een expert, een aantal vaardigheden aangeleerd worden: sensitiviteit voor de seksuele zorgen en noden van de patiënten, het leren afnemen van seksuele anamneses, instructies over seksuele voorlichting, preventie van ongewenst seksueel gedrag... Ten slotte moeten hulpverleners aangemoedigd worden om te reflecteren over hun persoonlijke en professionele attitudes en hun huidige gedragingen met betrekking tot seksualiteit van patiënten. Wanneer deze thema's goed belicht zijn, kunnen hulpverleners ervoor zorgen dat er empowerment is van de patiënten door informatie te delen, diensten beschikbaar te stellen, stereotypes en discriminatie tegen te gaan en door seksuele expressie toe te laten in de mate van het mogelijke.

**Beleid.** Het is belangrijk dat er een consistent seksualiteitsbeleid aanwezig is zodat hulpverleners en patiënten beschikken over de nodige informatie. Op deze manier kan de hulpverlener snel en gemakkelijk teruggrijpen naar richtlijnen en weet de patiënt wat wel of niet mogelijk is met betrekking tot seksualiteit. Aan de hand van werkgroepen rond het thema seksualiteit, kan er meer concreet stilgestaan worden bij het thema. Bovendien kan het nuttig zijn om het voor patiënten gemakkelijker te maken om seksualiteit op een aangename, veilige manier te beleven. Door het beschikbaar stellen van een ruimte voor ongestoord bezoek, het aanbieden van voorbehoedsmiddelen en het geven van educatie, het werken met seksuele dienstverleners... krijgen patiënten de mogelijkheid om zich op vlak van seksualiteit te ontplooiën. Daarnaast is het belangrijk dat de organisatie het volgen van cursussen met betrekking tot seksualiteit aanmoedigt en organiseert. Door een opleidingsvriendelijke omgeving te creëren krijgen hulpverleners de kans om verder opgeleid te worden in de seksuele gezondheidszorg. Bovendien is het belangrijk dat het thema seksualiteit regelmatig aan de orde komt tijdens intervisie, supervisie of teambesprekingen. Het is ook aangewezen om in een team een bevoegd persoon aan te stellen die opgeleid is om seksualiteit met psychiatrische patiënten te bespreken. In complexere gevallen kan het aanstellen van een seksuoloog een oplossing zijn. Het is in ieder geval belangrijk dat het beleid erop gericht is dat er meer openheid gecreëerd wordt en dat hulpverleners seksualiteit een plaats kunnen geven in de behandeling van patiënten.

### **Implicaties voor toekomstig onderzoek**

In de toekomst zou het interessant zijn om onderzoek uit te breiden naar andere psychiatrische instellingen, zodat een globaal beeld geschat kan worden van hoe hulpverleners in België staan ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten. Daarnaast is het ook aangewezen om andere

variabelen te betrekken in het onderzoek die een invloed zouden kunnen hebben op de attitude. In dit onderzoek is bijvoorbeeld 'religie' niet opgenomen als variabele, vermits dit volgens de onderzoekers niet belangrijk was, terwijl vroeger onderzoek wel uitgewezen heeft dat dit een invloed kan hebben op de attitude. Nog een belangrijk punt om te onderzoeken is de tevredenheid van de patiënten. Zijn zij zelf tevreden met hoe er omgegaan wordt met hun seksualiteit en wat zou er volgens hen nog kunnen verbeteren? Uit dit soort onderzoek zou veel informatie gehaald kunnen worden met betrekking tot seksualiteit van patiënten en hoe men hier het best naar handelt. Ten slotte zou het boeiend zijn om een longitudinaal onderzoek te doen waarbij men onderzoekt of de attitude verbetert indien met een bijkomende opleiding of cursus krijgt met betrekking tot seksualiteit. Dit soort onderzoek werd reeds uitgevoerd in andere landen, maar in België is onderzoeksliteratuur hieromtrent afwezig.

## **Conclusie**

Seksualiteit van psychiatrische patiënten lijkt een relatief doodgezwegen thema te zijn binnen de hulpverlening. Nochtans zijn de attitudes ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten verrassend positief. De verklaring voor het stilzwijgen kan eerder gezocht worden in het ontbreken van kennis, zekerheid en gespreksvaardigheid dan in het bezitten van een negatievere attitude. Door deze factoren te verbeteren aan de hand van hervormingen van opleidingen en het organiseren van cursussen, kan het onderwerp seksualiteit uit de huidige taboesfeer geraken. Het is daarnaast belangrijk dat men binnen de psychiatrische hulpverlening over een duidelijk seksualiteitsbeleid beschikt, zodat hulpverleners een kader hebben om om te gaan met seksualiteit zonder volledig gestuurd te worden door eigen normen en waarden. De weg naar de optimale holistische geestelijke gezondheidszorg is nog ver, maar de resultaten uit dit onderzoek vormen hoe dan ook een aanzet tot een verbetering voor de seksualiteitsbeleving van een psychiatrische patiënt.

## Literatuurlijst

- Ajzen, L. (2001). Nature and operation of attitudes. *Annual Review of Psychology*, 52, 27–58.
- Akkeren, M., & Visser, A. (2007). *Niet onverwacht het licht uitdoen. Over de invloed van seksueel misbruik in het verleden op de relatie van de volwassen cliënt en de hulpverlener in de gezondheidszorg*. Utrecht: VSK.
- Aksaray, G., Yelken, B., Kaptanoglu, C., Oflu, S., & Ozaltin, M. (2001). Sexuality in women with obsessive compulsive disorder. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 27 (3), 273–277.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5e ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Autisme Centraal (s.d.). Autisme in een notendop. Opgehaald op 26 juli 2017 van: <http://www.autismecentraal.com/public/standaard-b.asp?lang=NL&pid=102>
- Bancroft, J., Janssen, E., Strong, D., Carnes, L., Vukadinovic, Z., & Long, J. S. (2003). The relation between mood and sexuality in heterosexual men. *Archives of Sexual Behavior*, 32 (3), 217–230.
- Bauer, M., McAuliffe, L., Nay, R., & Chenco, C. (2013). Sexuality in older adults: effects of an education intervention on attitudes and beliefs of residential aged care staff. *Educational Gerontology*, 39 (2), 82–91.
- Beckx, F. (2012). *Seksualiteit in een dwangbuis: seksualiteitsbeleving op een gesloten psychiatrische afdeling*. Niet-gepubliceerde masterproef, Katholieke Hogeschool Kempen, Departement Gezondheidszorg, Lier.
- Bender, J. (2008). Praten over seksualiteit. In W. L. Gianotten, M. J. Meihuizen-de Regt, & N. van Son-Schoones (Eds.) *Seksualiteit bij ziekte en lichamelijke beperking* (pp. 384–393). Assen: Van Gorcum.
- Bender, J. L., & Gianotten, W. L. (2008). Aspecten van seksuologische hulpverlening. In W. L. Gianotten, M. J. Meihuizen-de Regt, & N. van Son-Schoones (Eds.) *Seksualiteit bij ziekte en lichamelijke beperking* (pp. 394–420). Assen: Van Gorcum.
- Bergstrom-Walan, M.-B., & Nielsen, H. H. (1990). Sexual expression among 60-80-year-old men and women: a sample from Stockholm, Sweden. *Journal of Sex Research*, 27 (2), 289–295.
- Bijzitter, G., Geerts, E., van Beusekom, I., & van Drunen, P. (2009). Tussen passie en taboe: is de psychiatrie aan seks toe? *Sociale Psychiatrie*, 28 (90), 23–32.

Bolle, G., Griffioen, T., & Knegtering, R. (2009). Seksuologie en psychiatrie. In L. Gijs, W. Gianotten, I. Vanwesenbeeck, & P. Weijenborg (Eds.) *Seksuologie* (pp. 515–533). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Braakman, M. (2002). *Seks is zo gek nog niet*. Poortugaal: Patiëntenraad Delta Bouman Ziekenhuis.

Bruess, C. E., & Greenberg, J. S. (2009). *Sexuality Education: Theory and Practice*. 5<sup>th</sup> ed. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers LLC.

Buckley, P. F., Hyde, J. L., & Winterick, D. (1996). Aids knowledge and sexual behavior in patients with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41 (9), 603.

Carlat, D. J., Camargo, C. A. Jr., & Herzog, D. B. (1997). Eating disorders in males: A report on 135 patients. *The American Journal of Psychiatry*, 154 (8), 1127–1132.

Carmen, E., & Brady, S. M. (1990). Aids Risk and Prevention for the Chronic Mentally Ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 41 (6), 652 – 657.

Civic, D., Walsh, G., & McBride, D. (1993). Staff perspectives on sexual behavior of patients in a state psychiatric hospital. *Hospital and Community Psychiatry*, 44 (9), 887–889.

Clayton, A. H., & Montejo, A. L. (2006). Major depressive disorder, antidepressants, and sexual dysfunction. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67 (6), 33–37.

Cook, J. A. (2001). Sexuality and people with psychiatric disabilities. *Siecus Report*, 29 (3), 20–25.

Cort, E. M., Attenborough, J., & Watson, J. P. (2001). An initial exploration of community mental health nurses' attitudes to and experience of sexuality-related issues in their work with people experiencing mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8 (6), 489–499.

Cosgrove, D. J., Gordon, Z., Bernie, J. E., Hami, S., Montoya, D., Stein, M. B., & Monga, M. (2002). Sexual dysfunction in combat veterans with post-traumatic stress disorder. *Urology*, 60 (5), 881–884.

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 and Developmental Disability*, 29 (3), 255–264.

Cutler, A. J. (2003). Sexual dysfunction and antipsychotic treatment. *Psychoneuroendocrinology*, 28 (1), 69–82.

d'Ardenne, P., & McCann, E. (1997). The sexual and relationships needs of people with psychosis: a neglected topic. *Sexual and Marital Therapy*, 12 (4), 301–303.

Dattilo, J., & Brewer, M. K. (2005). Assessing clients' sexual health as a component of holistic nursing practice: senior nursing students share their experiences. *Journal of Holistic Nursing*, 23 (2), 208–219.

- Earle, S. (2001). Disability, facilitated sex and the role of the nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 36 (3), 433–440.
- Eiguer, A., Litovsky, D., & Chapins, F. (1974). Contribution à l'étude de la mixite et de la formation des couples en milieu psychiatrique. *Information Psychiatrique*, 50, 915–929.
- Expertisecentrum Dementie Vlaanderen (s.d.). Wat is dementie: vormen van dementie. Opgehaald op 26 juli 2017 van: <http://www.dementie.be/home/sample-page/vormen/>
- Famaey, M. (1996). Liefde en seks een (on)mogelijk paar. *VWPG Nieuwsbrief*, 103, 3–7.
- Figueira, I., Possidente, E., Marques, C., & Hayes, K. (2001). Sexual Dysfunction: A Neglected Complication of Panic Disorder and Social Phobia. *Archives of Sexual Behavior*, 30 (4), 369–377.
- Fulton, J. (1996). Nursing: biopsychosocial care? In N. Cooper, C. Stevenson, & G. Hale (Eds.) *Integrating Perspectives on Health* (pp. 36–46). Buckingham: Open University Press.
- Gill, K. M., & Hough, S. (2007). Sexuality training, education and therapy in the healthcare environment: Taboo, avoidance, discomfort or ignorance? *Sexuality and Disability*, 25 (2), 73–76.
- Haboubi, N. H., & Lincoln, N. (2003). Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disability and Rehabilitation*, 25 (6), 291–296.
- Hartog, Z. (2008). *De attitude van de hulpverlener over de seksualiteit van de psychiatrische patiënt*. Niet-gepubliceerde masterproef, Universiteit Utrecht, Faculteit Psychologie, Utrecht.
- Heemelaar, M. (2008). *Seksualiteit, intimiteit en hulpverlening. Informatie en communicatietraining voor sociaal-agogisch hulpverleners en verpleegkundigen. 3th ed.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Helfland, K. L. (1993). Therapeutic Considerations in Structuring a Support Group for the Mentally Ill Gay/Lesbian Population. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, 2 (1), 65–76.
- Hellemans, H., Colson, K., Verbraeken, C., Vermeiren, R., & Deboutte, D. (2007). Sexual behavior in high-functioning male adolescents and young adults with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37 (2), 260–269.
- Hellman, R. E. (1996). Issues in the Treatment of Lesbian Women and Gay Men. *Psychiatric Services*, 47 (10), 1093–1098.
- Higgins, A., Barker, P., & Begley, C. M. (2006). Sexuality: the challenge to espoused holistic care. *International Journal of Nursing Practice*, 12 (6), 345–351.
- Hoïng, M., & Bender, J. (2005). *Seksualiteit als revalidatiezorggebied: evaluatie van een teamgerichte training voor revalidatiewerkers*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.

Holbrook, T. (1989). Policing sexuality in a modern state hospital. *Hospital and Community Psychiatry*, 40 (1), 75–79.

Hummelen, J. W., & Tietema, W. (1991). *Sexuality and Agression*. Lezing gepresenteerd op de Windsor Conferentie, Engeland.

Ijff, M. (2010). *Sexcounseling. Handleiding voor seksuologische hulpverlening. 4th ed.* Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Jaarsma, T., Strömberg, A., Fridlund, B., De Geest, S., Martensson, J., Moons, P., ... Thompson, D. R. (2010). Sexual counselling of cardiac patients: nurses' perception of practice, responsibility and confidence. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9 (1), 24–29.

Jacobs, T., & Vandereycken, W. (1998). Seksualiteit van opgenomen psychiatrische patiënten: een enquête bij het personeel. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40 (10), 615–622.

Jerrome, D. (1993). Intimate relationships. In J. Bond, P. Coleman, & S. Peace (Eds.) *Ageing in Society: An Introduction to Social Gerontology* (pp. 226 – 254). London: Sage.

Johnston, J. H. (2009). The preparation of child health nurses in sexual health education: an exploratory study. *Nurse Education Today*, 29 (8), 845–849.

Jonikas, J., Bamberger, E., & Laris, A. (1998). *Having Our Say: Women Mental Health Consumer/Survivors Identify Their Needs and Strengths*. Chicago: University of Illinois at Chicago National Research and Training Center on Psychiatric Disability.

Jou, M. H., Chen, P. L., Lee, S., & Yin, T. J. C. (2003). A study of sexuality education performance and associated factors among elementary school nurses in Taipei. *Journal of Nursing Research*, 11 (1), 47–56.

Keitner, G., & Grof, P. (1981). Sexual and emotional intimacy between psychiatric inpatients: formulating a policy. *Hospital and Community Psychiatry*, 32 (3), 188–193.

Keseling, J. (1993). Ongestoord samenzijn. In E. Rurup (Ed.) *Seksualiteit en intimiteit in Veldwijk*. Ermelo: Psychiatrisch Ziekenhuis Veldwijk.

Knegtering, H., Bruggeman, R., Castelein, S., & Wiersma, D. (2007). Antipsychotica en seksueel functioneren bij mensen met psychosen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49 (10), 733–742.

Kockott, G., & Pfeiffer, W. (1996). Sexual disorders in nonacute psychiatric outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 37 (1), 56–61.

Le Gall, A., Mullet, E., & Rivière Shafighi, S. (2002). Age, religious beliefs and sexual attitudes. *The Journal of Sex Research*, 39 (3), 207–216.

- Leutar, Z., & Mihokovic, M. (2007). Level of Knowledge about Sexuality of People with Mental Disabilities. *Sexuality and Disability, 25* (3), 93–109.
- Lewis, S., & Bor, R. (1994). Nurses- knowledge of and attitudes towards sexuality and the relationship of these with nursing practice. *Journal of Advanced Nursing, 20* (2), 251–259.
- Luyens, M. (1994, mei). *Hoe ga ik als hulpverlener om met seksualiteit?* Lezing gepresenteerd op de studiedag 'Seksualiteit uit de sfeer van het taboe', Leuven.
- Magnan, M. A., Reynolds, K. E., & Galvin, E. A. (2005). Patterns of psychological problems in Parkinson's disease. *Acta Neurological Scandinavica, 111* (2), 95–101.
- Hendrick, C., Hendrick, S. S., & Reich, D. A. (2006). The Brief Sexual Attitude Scale. *The Journal of Sex Research, 43* (1), 76–86.
- Kendall, M., Booth, S., Fronek, P., Miller, D., & Geraghty, T. (2003). The development of a scale to assess the training needs of professionals in providing sexuality rehabilitation following spinal cord injury. *Sexuality and Disability, 21* (1), 49–64.
- Reynolds, K. E. & Magnan, M. A. (2005). Nursing attitudes and beliefs toward human sexuality: Collaborative research promoting evidence-based practice. *Clinical Nurse Specialist, 19* (5), 255–259.
- McCann, E. (2003). Exploring sexual and relationship possibilities for people with psychosis – a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10* (6), 640 – 649.
- McFadyen, J. (2004). Teaching sex education: are Scottish school nurses prepared for the challenge? *Nurse Education Today, 24* (2), 113–120.
- McKelvey, R. S., Webb, J. A., Baldassar, L. V., Robinson, S. M., & Riley, G. (1999). Sex knowledge and sexual attitudes among medical and nursing students. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 33* (2), 260–266.
- Meaney-Tavares, R., & Gavidia-Payne, S. (2012). Staff characteristics and attitudes towards the sexuality of people with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 37* (3), 269–273.
- Meerabeau, L. (1999). The management of embarrassment and sexuality in health care. *Journal of Advanced Nursing, 29* (6), 1507–1513.
- Modestin, J. (1993). Zur Sexualität auf psychiatrische Akutabteilungen. *Psychiatrische Praxis, 20*, 51–55.

- Montejo, A. L., Llorca, G., Izquierdo, J. A., & Rico-Villademoros, F. (2001). Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. *The Journal of Clinical Psychiatry, 62* (3), 10–21.
- Morgan, J. F., Lacey, J. H., & Reid, F. (1999). Anorexia nervosa: changes in sexuality during weight restoration. *Psychosomatic Medicine, 61* (4), 541–545.
- Mosack, V., & Steinke, E. E. (2009). Trends in sexual concerns after myocardial infarction. *The Journal of Cardiovascular Nursing, 24* (2), 162–170.
- Muir, A. (2000). Counseling patient who have sexual difficulties. *Professional Nurse, 15* (11), 723–726.
- Neeleman, A. J. (2007). Seksueel functioneren van mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis. *Tijdschrift voor Seksuologie, 32* (2), 73–79.
- Neetens, J. L. P. (1991). *On patient and staff and men and women*. Lezing gepresenteerd op de Windsor Conferentie, Engeland.
- Nnaji, R. N., Friedman, T. (2008). Sexual dysfunction and schizophrenia: psychiatrists' attitudes and training needs. *Psychiatric Bulletin, 32* (6), 208–210.
- O'Conner, F. L. (1998). The Role of Serotonin and Dopamine in Schizophrenia. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 4* (4), 30–34.
- Ohlrichs, Y., & Wolf, E. (2003). *Seksualiteitsbeleid? Gewoon Doen! Handboek seksualiteitsbeleid voor GGZ-instellingen*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Pinderhughes, C. A., Grace, E. B., & Reyna, L. J. (1972). Psychiatric disorders and sexual functioning. *American Journal of Psychiatry, 128* (10), 1276–1283.
- Planned Parenthood Federation of America, Inc. (2007). *The Health Benefits of Sexual Expression* [White paper]. Opgehaald op 12 juli 2017 van Planned Parenthood: [https://www.plannedparenthood.org/uploads/filer\\_public/a0/ee/a0eed54c-ffda-4f82-b53d-4fb2b4666eee/benefits\\_sex\\_07\\_07.pdf](https://www.plannedparenthood.org/uploads/filer_public/a0/ee/a0eed54c-ffda-4f82-b53d-4fb2b4666eee/benefits_sex_07_07.pdf)
- Raja, M., & Azzoni, A. (2003). Sexual behavior and sexual problems among patients with severe chronic psychoses. *European Psychiatry, 18* (2), 70–76.
- Rele, K., & Wylie, K. (2007). Management of psychosexual and relationship problems in general mental health services by psychiatry trainees. *International Journal of Clinical Practice, 61* (10), 1701–1704.
- Ruane, J., & Hayter, M. (2008). Nurses' attitudes towards sexual relationships between patients in high security psychiatric hospitals in England: exploratory qualitative study. *International Journal of Nursing Studies, 45* (12), 1731–1741.



- Saunamäki, N., Andersson, M., & Engström, M. (2010). Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (6), 1308–1316.
- Segraves, R. T. (1998). Psychiatric illness and sexual function. *International Journal of Impotence Research*, 10 (2), 138–140.
- Sherman, B. (1999). *Sex, intimacy and aged care*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Sienaert, P., Nijs, P., & Vandereycken, W. (1996). Seksueel gedrag van patiënten in een psychiatrische kliniek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 38 (4), 361–369.
- Steinke, E. E. (1994). Knowledge and attitudes of older adults about sexuality in ageing: a comparison of two studies. *Journal of Advanced Nursing*, 19 (3), 477–485.
- Stevenson, R. W. D. (2004). Sexual Medicine: Why Psychiatrists Must Talk to Their Patients About Sex. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49 (10), 673–676.
- Stokes, T., & Mears, J. (2000). Sexual Health and practice nurse: A survey of reported practice and attitudes. *British Journal of Family Planning*, 26 (2), 89–96.
- Strauss, B., Prager, H., Appelt, H., & Gross, J. (1988). Der Stellenwert der Sexualität im psychiatrischen Klinikalltag: Ergebnisse einer Personalbefragung. *Psychiatrische Praxis*, 15, 202–208.
- Sung, S., & Lin, Y. (2013). Effectiveness of the sexual healthcare education in nursing students' knowledge, attitude, and self-efficacy on sexual healthcare. *Nurse Education Today*, 33, 498–503.
- The American Holistic Nurses Association (2015). *Graduate Holistic Nursing* [White paper]. Opgehaald op 12 juli 2017 van The American Holistic Nurses Credentialing Corporation: [http://www.ahncc.org/wp-content/uploads/2016/06/White-Paper\\_Graduate-Holistic-Nursing.pdf](http://www.ahncc.org/wp-content/uploads/2016/06/White-Paper_Graduate-Holistic-Nursing.pdf)
- Thunnissen, M., & Berens, A. (1999). De kliniek als vrijplaats. Seksualiteit tussen patiënten binnen een klinisch psychotherapeutische behandeling. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 23, 79–83.
- Torkelson, D. J., & Tobal, M. T. (1999). Sexual rights of people with serious and persistent mental illness: gathering evidence for decision making. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 5 (5), 150–163.
- Tsai, T. Y., Chen, S. Y., Tsai, M. H., Ho, C. M., Su, Y. L. (2009). Factors related to sexual dysfunction in patients with cervical cancer. *The Journal of Nursing*, 56 (2), 37–46.
- Tsai, Y. F. (2004). Nurses' facilitators and barriers for taking a sexual history in Taiwan. *Applied Nursing Research*, 17 (4), 257–264.
- Ups & Downs vzw (s.d.). Bipolaire stoornis. Opgehaald op 25 juli 2017 van: <https://www.upsendowns.be/mds.html>

- Vandereycken, W. (1991). Seksualiteit en relatievorming in een psychiatrische afdeling. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 15, 41–46.
- Voermans, J. M., Van, H. L., Peen, J., & Hengeveld, M. W. (2012). Het bespreken van seksuele problemen door psychiaters en aiossen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54 (1), 9–16.
- Volman, L., & Landeen, J. (2007). Uncovering the sexual self in people with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14 (4), 411–417.
- Waldinger, M. D. (2007). Premature ejaculation. *Primary Psychiatry*, 14 (2), 58–64.
- Walker, B. L., & Harrington, D. (2010). Effects of staff training on staff knowledge and attitudes about sexuality. *Educational Gerontology*, 28 (8), 639–654.
- Wasow, M. (1982). Sexual assessment as a tool for sexual rehabilitation in cancer. *Sexuality and Disability*, 5 (1), 28–37.
- Webb, C. (1985). *Sexuality, Nursing and Health*. Chichester: John Wiley and Sons Ltd.
- Weinhardt, L. S., Carey, M. P., & Carey, K. B. (1997). HIV risk education for the seriously mentally ill. Pilot investigation and call for research. *Journal of Behavioural Therapy and Experimental Psychiatry*, 28 (2), 87–95.
- Welch, S. J., & Clements, G. W. (1996). Development of a policy on sexuality for hospitalized chronic psychiatric patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41 (5), 273–279.
- Welch, S., Meagher, J., Soos, J., & Bhopal, J. (1991). Sexual behavior of hospitalized psychiatric patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 42 (8), 855–856.
- WHO (2010). Standards for Sexuality Education in Europe. A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists. Keulen: WHO Regional Office for Europe and The Federal Centre for Health Education (BZgA).
- Wiederman, M. W., Pryor, T., & Morgan, C. D. (1996). The sexual experience of women diagnosed with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 19 (2), 109–118.
- Withersty, D. J. (1976). Sexual attitudes of hospital personnel: a model for continuing education. *American Journal of Psychiatry*, 133 (5), 573–575.

## Appendices

### **Appendix A: Vragenlijst over attitude van hulpverleners ten opzichte van seksualiteit van psychiatrische patiënten**

In de literatuur wordt opvallend weinig aandacht besteed aan de seksualiteit van psychiatrische patiënten. Toch worden vanuit klinische interesse en praktijk hierover vaker vragen gesteld, zowel door hulpverleners als door patiënten zelf. Hulpverleners in psychiatrische afdelingen en ziekenhuizen blijken vaak geconfronteerd te worden met seksueel gedrag en beleving van patiënten. Meestal beschikken deze instellingen niet over duidelijke beleidslijnen hierover, waardoor de hulpverleners vaak moeten vertrekken vanuit eigen normen en waarden.

In deze vragenlijst zullen u een aantal vragen en stellingen gegeven worden met betrekking tot seksualiteit van psychiatrische patiënten. De vragenlijst wordt afgenomen in het kader van een masterproefonderzoek van de Master Seksuologie van de Katholieke Universiteit Leuven. Het onderzoek wordt gesuperviseerd door professor Erick Janssen (K.U. Leuven) en door psycholoog Steven Degrauwe (UPC Sint-Kamillus Bierbeek). Tevens is voor dit onderzoek toestemming verleend door de ethische commissie. De vragenlijst gaat over uw huidige ervaringen en opvattingen wat betreft het omgaan met en bespreken van seksualiteit bij psychiatrische patiënten. De bedoeling is dat u hier een zo eerlijk mogelijk antwoord op geeft.

De vragenlijst is volledig anoniem en de resultaten zullen later ook anoniem verwerkt en gerapporteerd worden in een onderzoeksverslag dat beschikbaar wordt gesteld aan de instelling. Het invullen van deze vragenlijst zal ongeveer 20 minuten duren. Op het einde hebt u nog de mogelijkheid om opmerkingen te geven.

Wanneer u vragen of opmerkingen hebt over het invullen van deze vragenlijst of over het onderzoek, kan u contact opnemen met de onderzoekster, Lotte Vanwezemael, via het volgende e-mailadres: [lotte.vanwezemael@student.kuleuven.be](mailto:lotte.vanwezemael@student.kuleuven.be).

Alvast bedankt voor uw bereidheid tot deelname aan dit onderzoek!

Enkele aanwijzingen bij het invullen van de vragenlijst

- ▶ De meeste vragen worden vergezeld van een aantal antwoordalternatieven. Het is de bedoeling dat u die alternatieven aanduidt die voor u van toepassing zijn. Indien meerdere antwoorden voor u van toepassing zijn, kunnen soms meerdere antwoorden aangeduid worden wanneer dit aangegeven staat onder de vraag. Als de geformuleerde alternatieven voor u ontoereikend zijn, kunt u onderaan de meeste vragen een bijkomend alternatief vermelden.
- ▶ Er zijn geen goede of foute antwoorden. Er wordt u gevraagd om uw eigen mening en ervaringen te delen. We willen hierbij nogmaals benadrukken dat de gegevens anoniem verwerkt worden en dat het onderzoek niet als doel heeft om een mening van een individu te analyseren.
- ▶ Gelieve alle vragen te beantwoorden zodat betrouwbare gegevens verkregen kunnen worden. Bij het doorklikken naar de volgende vraag, krijgt u een controlescherm indien u een vraag niet beantwoord heeft. Gelieve dit te controleren. Indien u zeker bent dat u de vraag niet wilt beantwoorden, gelieve dan op het einde van de vragenlijst aan te geven waarom u dit liever niet doet (onder het deel 'Opmerkingen').

## Algemene gegevens

Het eerste gedeelte van de vragenlijst betreft enkele algemene gegevens over uzelf en de afdeling waar u werkzaam bent. De open vragen kan u gewoon invullen, bij de meerkeuzevragen kan u het gepaste antwoord aanduiden. Indien meerdere antwoorden mogelijk zijn, staat dit aangegeven onder opgave.

We willen hierbij nogmaals benadrukken dat de verwerking anoniem gebeurt en dat het niet de bedoeling is om de mening van een individu te analyseren.

**Q1** Wat is uw leeftijd? Gelieve numeriek te antwoorden.

**Q2** Wat is uw geslacht?

- Man (1)
- Vrouw (2)
- Anders (3)

**Q3** Wat is uw functie binnen UPC Sint-Kamillus? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- Activiteitenbegeleider (1)
- Afdelingshoofd (2)
- Bewegingstherapeut (3)
- Criminoloog (4)
- Ergotherapeut (5)
- Logistiek medewerker (6)
- Maatschappelijk werker (7)
- Patiëntenbegeleider (8)
- Psychiater (9)
- Psycholoog (10)
- Teamcoördinator (11)
- Verpleegkundige (12)
- Andere (bv. stagiair), namelijk: (13) \_\_\_\_\_

**Q4** Hoeveel jaren beroepservaring hebt u in de geestelijke gezondheidszorg?

- 1 jaar of minder (1)
- 2 tot en met 5 jaar (2)
- 6 tot en met 9 jaar (3)
- 10 jaar of langer (4)

**Q5** Op welke afdeling(en) van UPC Sint-Kamillus bent u werkzaam? Gelieve in afkortingen te antwoorden (bv. CR1, FRA, SBR...). Indien u op meerdere afdelingen werkzaam bent, gelieve de antwoorden dan te scheiden aan de hand van een komma.

### Kennis met betrekking tot seksualiteit

Het tweede gedeelte van de vragenlijst betreft enkele vragen over de rol van relaties en seksualiteit in uw opleiding en uw huidige kennis met betrekking tot seksualiteit. De open vragen kan u gewoon invullen. De meerkeuzevragen kan u beantwoorden door het gepaste antwoord aan te duiden. De stellingen dienen aangeduid te worden zoals beschreven onder de opgave.

**Q6** Welke opleiding(en) (hogeschool of universitair) hebt u gevolgd? Indien u meerdere opleidingen gevolgd hebt, gelieve de antwoorden dan te scheiden aan de hand van een komma.

**Q7** In hoeverre werd in uw opleiding(en) rekening gehouden met de volgende thema's?

	Onvoldoende (1)	Matig (2)	Voldoende (3)	Goed (4)	Uitstekend (5)
Anatomie en fysiologie van geslachtsorganen. (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seksuele praktijk en gedrag (bv. masturbatie). (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seksuele disfuncties (bv. erectiestoornis). (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parafilieën (seksueel afwijkend gedrag). (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychologische aspecten van seksualiteit (bv. faalangst). (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Genderproblemen (bv. transgenderisme). (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemen rond seksuele oriëntatie (bv. asexualiteit). (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Methoden van anticonceptie. (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Menstruatie, zwangerschap en geboorte. (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seksualiteit van psychiatrische patiënten. (10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seksualiteit en psychofarmaca. (11)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relationele aspecten van seksualiteit (bv. communicatie). (12)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Culturele aspecten van seksualiteit (bv. vrouwenbesnijdenis). (13)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Q8** Hebt u een bijkomende opleiding of cursus gehad op het gebied van seksualiteit (in al haar aspecten)?

- Neen (1)
- Ja (2)

**Q9** Zou u bereid zijn om een bijkomende opleiding of cursus te volgen met betrekking tot seksualiteit (in al haar aspecten)?

- Neen (1)
- Ja (2)
- Anders, namelijk: (3) \_\_\_\_\_

**Q10** Hoe beoordeelt u uw huidige kennis over...

	Onvoldoende (1)	Matig (2)	Voldoende (3)	Goed (4)	Uitstekend (5)
Seksualiteit in het algemeen. (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seksualiteit van psychiatrische patiënten. (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Algemene voorstellingen en ideeën over relaties en seksualiteit

Het derde gedeelte van de vragenlijst gaat over uw persoonlijke opvattingen over relaties en seksualiteit in het algemeen. De stellingen dienen aangeduid te worden zoals beschreven onder de opgave.

**Q11** Hieronder volgt een lijst met uitspraken die verschillende opvattingen over relaties en seksualiteit weergeven. Duid voor elke uitspraak de optie aan die aangeeft in hoeverre u het eens of oneens bent met de betreffende uitspraak. Sommige uitspraken verwijzen specifiek naar een seksuele relatie, terwijl andere verwijzen naar meer algemene opvattingen en veronderstellingen over relaties en seksualiteit. Houd waar mogelijk uw huidige (seksuele) partner in gedachte bij het beantwoorden van de vragen. Indien u momenteel geen (seksuele) relatie hebt, geef dan antwoord met uw vorige (seksuele) partner in gedachten. Indien u nooit eerder een (seksuele) relatie hebt gehad, geeft u het antwoord waarvan u denkt dat het het beste bij u past.

	Helemaal niet akkoord (1)	Niet akkoord (2)	Zowel akkoord, als niet akkoord (3)	Akkoord (4)	Helemaal akkoord (5)
Ik hoef mij niet betrokken te voelen bij een persoon om seks te hebben met hem of haar. (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Helemaal niet akkoord (1)	Niet akkoord (2)	Zowel akkoord, als niet akkoord (3)	Akkoord (4)	Helemaal akkoord (5)
One-night-stands of kortdurende seksuele relaties zijn aanvaardbaar. (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Een vrouw heeft meer tederheid en liefde nodig dan een man. (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het is prima om verschillende seksuele relaties tegelijkertijd te hebben. (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zelfbevrediging is toegelaten als men een relatie heeft. (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seks om elkaar een plezier te doen is prima als beide partners het ermee eens zijn. (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Een man heeft meer seksuele verlangens dan een vrouw. (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het is mogelijk om te genieten van seks met een persoon zonder deze aardig te vinden. (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Partners zouden regelmatig over hun relatie moeten praten. (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het voorkomen van zwangerschap is een onderdeel van verantwoordelijke seksualiteit. (10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wanneer iemand nood heeft aan seksualiteit, is het oké dat men een prostituee bezoekt. (11)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seksualiteit is een erg belangrijk onderdeel van een goede relatie. (12)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het al dan niet zwanger worden is de verantwoordelijkheid van de vrouw. (13)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



	Helemaal niet akkoord (1)	Niet akkoord (2)	Zowel akkoord, als niet akkoord (3)	Akkoord (4)	Helemaal akkoord (5)
Wanneer iemand nood heeft aan seksualiteit, is het oké dat men pornografie bekijkt. (14)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seks is de meest intieme vorm van communicatie tussen twee personen. (15)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Partners zouden regelmatig over hun seksuele relatie moeten praten. (16)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het al dan niet zwanger worden is de verantwoordelijkheid van de man. (17)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seksualiteit is een erg belangrijk onderdeel van het leven. (18)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bevredigende seksuele ervaringen kan men slechts hebben met een partner waar men van houdt. (19)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geslachtsverkeer met partners die men slechts oppervlakkig kent, kan even bevredigend zijn als met partners die men reeds langer kent. (20)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seks is voornamelijk een fysieke aangelegenheid. (21)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### **Algemene voorstellingen en ideeën over relaties en seksualiteit van psychiatrische patiënten**

Het vierde gedeelte van de vragenlijst betreft vragen en stellingen over uw relationele en seksuele opvattingen en overtuigingen met betrekking tot relaties en seksualiteit van psychiatrische patiënten. Bij het invullen neemt u uw huidige werksituatie en de patiënten waarmee u werkt in gedachten. De meerkeuzevragen kan u beantwoorden door het gepaste antwoord aan te duiden. De stellingen dienen aangeduid te worden zoals beschreven onder de opgave.

**Q12** Hoe belangrijk vindt u relaties voor psychiatrische patiënten?

	Onbelangrijk (1)	Enigszins belangrijk (2)	Redelijk belangrijk (3)	Belangrijk (4)	Zeer belangrijk (5)
Mannelijke patiënten (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vrouwelijke patiënten (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Q13** Hoe belangrijk vindt u seksualiteit voor psychiatrische patiënten?

	Onbelangrijk (1)	Enigszins belangrijk (2)	Redelijk belangrijk (3)	Belangrijk (4)	Zeer belangrijk (5)
Mannelijke patiënten (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vrouwelijke patiënten (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Q14** In welke mate zijn psychiatrische patiënten omwille van hun psychische stoornis volgens u belemmerd in hun...

	Helemaal niet (1)	Nauwelijks (2)	Matig (3)	Sterk (4)	Zeer sterk (5)
Relationeel gedrag en beleving (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seksueel gedrag en beleving (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Q15** Welke relationele problemen hebben de psychiatrische patiënten op uw afdeling(en) vooral volgens u? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- Beperkte probleemoplossingsvaardigheden (bv. conflicten niet kunnen oplossen). (1)
- Communicatieproblemen. (2)
- Fysiek partnergeweld. (3)
- Overspeligheid. (4)
- Verbaal partnergeweld. (5)
- Vertrouwensproblemen (bv. door hechtingsproblematiek). (6)
- Andere, namelijk: (7) \_\_\_\_\_

**Q16** Welke seksuele problemen hebben de psychiatrische patiënten op uw afdeling(en) vooral volgens u? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- Hypoactief seksueel verlangen (weinig of geen seksuele fantasieën of verlangens). (1)
- Seksuele aversie (afkeer voor (bijna) alles wat met seks te maken heeft). (2)
- Hyperseksualiteit (overmatig seksueel verlangen: bv. pornoverslaving, overmatig masturberen...). (3)
- Problemen met de subjectieve seksuele opwinding (het subjectieve gevoel opgewonden te zijn). (4)
- Erectieprobleem of lubricatieprobleem (geen erectie krijgen of niet vochtig worden). (5)
- Orgasme probleem (niet, te snel of te traag klaarkomen). (6)
- Dyspareunie (genitale pijn bij het vrijen). (7)
- Vaginisme (spieren rond de vagina trekken samen waardoor penetratie niet mogelijk of pijnlijk is). (8)
- Parafilieën (bv. exhibitionisme, fetisjisme, pedofilie, voyeurisme...). (9)
- Genderdysforie (onbehagen door verschil tussen genderidentiteit en lichamelijk geslacht). (10)
- Verwarring over seksuele oriëntatie (onduidelijkheid tot wie je je seksueel aangetrokken voelt). (11)
- Onzekerheid over seksuele rol (hoe men zich moet gedragen als man of vrouw). (12)
- Andere, namelijk: (13) \_\_\_\_\_

**Q17** Hoe dikwijls zou men volgens u de seksualiteit van psychiatrische patiënten in de ziektegeschiedenis moeten opnemen en in het medisch gesprek ter sprake moeten brengen?

- Altijd, het is een vast onderdeel van de ziektegeschiedenis. (1)
- Alleen wanneer gegevens daarover belangrijk zijn voor de behandeling. (2)
- Alleen wanneer de patiënt zelf dit thema aansnijdt. (3)
- Nooit. (4)
- Anders, namelijk: (5) \_\_\_\_\_

**Q18** In welke mate bent u het eens met de volgende uitspraken over relaties en seksualiteit van psychiatrische patiënten?

	Helemaal niet akkoord (1)	Niet akkoord (2)	Zowel akkoord als niet akkoord (3)	Akkoord (4)	Helemaal akkoord (5)
Psychiatrische patiënten hebben moeilijkheden om sociale contacten aan te gaan. (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychiatrische patiënten hebben vaker dan gezonde mensen seksuele disfuncties. (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Helemaal niet akkoord (1)	Niet akkoord (2)	Zowel akkoord als niet akkoord (3)	Akkoord (4)	Helemaal akkoord (5)
Wanneer een psychiatrische patiënt nood heeft aan seksualiteit, is het oké dat men pornografie bekijkt. (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veel psychiatrische patiënten hebben een onrijpe seksualiteit. (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychiatrische patiënten zijn meestal niet in staat een langdurige partnerrelatie aan te gaan. (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik vind het aanvaardbaar wanneer een psychiatrische patiënt een vaste partnerrelatie heeft met een partner buiten het ziekenhuis. (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seksualiteit speelt een belangrijke rol voor het zelfwaardegevoel van psychiatrische patiënten. (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veel psychiatrische patiënten hebben angst voor geslachtsverkeer. (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wanneer een psychiatrische patiënt nood heeft aan seksualiteit, is het oké dat men een prostituee bezoekt. (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seksualiteit heeft voor psychiatrische patiënten dezelfde waarde als voor gezonde mensen. (10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychiatrische patiënten zouden toegang moeten hebben tot een privéruimte voor het beleven van hun seksualiteit. (11)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Helemaal niet akkoord (1)	Niet akkoord (2)	Zowel akkoord als niet akkoord (3)	Akkoord (4)	Helemaal akkoord (5)
Psychiatrische patiënten hebben vaak bizarre en zonderlinge seksuele gedachten en voorstellingen. (12)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wanneer een psychiatrische patiënt een relatie heeft, werkt dit verstorend op het therapeutische proces. (13)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychiatrische patiënten zonder een vaste partnerrelatie mogen met iemand seksualiteit beleven tijdens de opname. (14)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik vind het aanvaardbaar wanneer een psychiatrische patiënt een vaste partnerrelatie heeft met een andere psychiatrische patiënt. (15)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychiatrische patiënten hebben vaak vluchtige seksuele contacten met wisselende partners. (16)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er moet een beleid in het ziekenhuis zijn dat ondersteunend is met betrekking tot de seksualiteitsbeleving en relatievorming bij psychiatrische patiënten. (17)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wanneer een psychiatrische patiënt nood heeft aan seksualiteit, is het oké dat men beroep doet op de erotische dienstverlening (bv. Aditi vzw). (18)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seksualiteit bij psychiatrische patiënten is een potentieel risico. (19)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Helemaal niet akkoord (1)	Niet akkoord (2)	Zowel akkoord als niet akkoord (3)	Akkoord (4)	Helemaal akkoord (5)
Psychiatrische patiënten hebben geen interesse in seksualiteit. (20)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychiatrische patiënten moeten ondersteund worden in het aangaan van relaties en het beleven van hun seksualiteit. (21)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relaties en seksualiteit moeten vaste thema's zijn binnen het kader van een behandeling. (22)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychiatrische patiënten met een vaste partnerrelatie mogen met deze partner seksualiteit beleven tijdens de opname. (23)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychiatrische patiënten moeten relationele en seksuele voorlichting krijgen binnen het kader van de behandeling. (24)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychiatrische patiënten zouden de mogelijkheid moeten krijgen om condooms gratis ter beschikking te hebben. (25)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bij psychiatrische patiënten bestaat de tendens tot gewelddadig seksueel gedrag. (26)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychiatrische patiënten zouden de mogelijkheid moeten krijgen om een consultatie te doen bij een seksuoloog indien zij hier nood aan hebben. (27)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Gesprekken over seksualiteit

Het vijfde gedeelte van de vragenlijst heeft betrekking op gesprekken met patiënten over seksualiteit, met name hoe dikwijls en bij welke gelegenheid u met uw patiënten over seksualiteit spreekt en waarover deze gesprekken handelen. Bij de meerkeuzevragen kan u het gepaste antwoord aanduiden. De stellingen dienen aangeduid te worden zoals beschreven onder de opgave. Het eerste onderdeel handelt over situaties waar de hulpverlener zelf een gesprek begint, het tweede omvat vragen over situaties waarbij de patiënt zelf een gesprek begint en een laatste deel gaat over het spreken over seksualiteit in het team.

### De hulpverlener begint zelf een gesprek

**Q19** Hoe dikwijls begint u zelf een gesprek met patiënten rond het thema seksualiteit? Indien u niet met vrouwelijke patiënten werkt, gelieve deze optie dan open te laten. Bij de controle voor het doorklikken naar de volgende vraag, mag u dit gewoon negeren.

	Nooit (1)	Zelden (2)	Soms (3)	Dikwijls (4)	Zeer dikwijls (5)
Met mannelijke patiënten (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Met vrouwelijke patiënten (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Q20** Patiënten wensen volgens u over het thema seksualiteit...

- Niet aangesproken te worden. (1)
- Minder aangesproken te worden. (2)
- Meer aangesproken te worden. (3)
- Anders, namelijk: (4) \_\_\_\_\_

**Q21** Bij welke gelegenheden spreekt u uit uzelf met patiënten over seksualiteit? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- In het kader van de anamnese of verkennende gesprekken. (1)
- In het kader van de behandeling. (2)
- In de dagelijkse omgang met patiënten op de afdeling. (3)
- Wanneer er een directe aanleiding is (bv. bij seksueel grensoverschrijdend gedrag). (4)
- Anders, namelijk: (5) \_\_\_\_\_

**Q22** Hoe beoordeelt u uw kennis en gespreksvaardigheid om thema's met betrekking tot seksualiteit (bv. seksuele problemen) goed met patiënten te kunnen bespreken?

	Onvoldoende (1)	Matig (2)	Voldoende (3)	Goed (4)	Uitstekend (5)
Beoordeling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Q23** Als u uit uzelf met patiënten over seksualiteit begint te spreken, waarover gaat dit dan voornamelijk? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- Actuele seksuele situatie van de patiënt (seksuele problemen, wensen en behoeften) (1)
- Anticonceptie (2)
- Effecten van de psychische stoornis op seksualiteit (3)
- Effecten van psychofarmaca op seksualiteit (4)
- Relationele problemen (5)
- Seksueel overdraagbare aandoeningen (6)
- Seksuele activiteiten van de patiënt op de afdeling (7)
- Seksuele ontwikkeling van de patiënt (8)
- Seksualiteit binnen de partnerrelatie van de patiënt (9)
- Sociale vaardigheden in contact en omgang met het andere geslacht (10)
- Voorlichting en algemene informatie over relaties en seksualiteit (11)
- Andere, namelijk: (12) \_\_\_\_\_

**Q24** Hoe voelt u zich wanneer u met patiënten over seksualiteit spreekt? Indien u niet met vrouwelijke patiënten werkt, gelieve deze optie dan open te laten. Bij de controle voor het doorklikken naar de volgende vraag, mag u dit gewoon negeren.

	Zeer onzeker (1)	Onzeker (2)	Deels zeker, deels onzeker (3)	Zeker (4)	Zeer zeker (5)
Met mannelijke patiënten (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Met vrouwelijke patiënten (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

***De patiënt begint zelf een gesprek***

**Q25** Hoe dikwijls beginnen patiënten uit zichzelf met u over seksualiteit te spreken? Indien u niet met vrouwelijke patiënten werkt, gelieve deze optie dan open te laten. Bij de controle voor het doorklikken naar de volgende vraag, mag u dit gewoon negeren.

	Nooit (1)	Zelden (2)	Soms (3)	Dikwijls (4)	Zeer dikwijls (5)
Mannelijke patiënten (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vrouwelijke patiënten (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



**Q26** Hoe dikwijls melden patiënten bijwerkingen van psychofarmaca op hun seksualiteit? Indien u niet met vrouwelijke patiënten werkt, gelieve deze optie dan open te laten. Bij de controle voor het doorklikken naar de volgende vraag, mag u dit gewoon negeren.

	Nooit (1)	Zelden (2)	Soms (3)	Dikwijls (4)	Zeer dikwijls (5)
Mannelijke patiënten (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vrouwelijke patiënten (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Q27** Naar aanleiding waarvan praten patiënten uit zichzelf over seksualiteit? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- Actuele seksuele situatie van de patiënt (seksuele problemen, wensen en behoeften). (1)
- Angsten en schuldgevoelens in verband met seksualiteit. (2)
- Bezorgdheid over vraag of seksuele activiteit de psychische stoornis kan verergeren. (3)
- Effecten van psychofarmaca op seksualiteit. (4)
- Het begin van een nieuwe relatie. (5)
- Invloeden van de psychische stoornis op seksualiteit. (6)
- Ontbrekende mogelijkheid van seksuele contacten tijdens verblijf in het ziekenhuis. (7)
- Onzekerheid in verband met sociale vaardigheden in contact en omgang met het andere geslacht. (8)
- Problemen in verband met seksuele oriëntatie. (9)
- Problemen in verband met zelfbevrediging. (10)
- Relatieproblemen. (11)
- Seksuele problemen onafhankelijk van de psychische stoornis. (12)
- Voorlichting en algemene informatie over relaties en seksualiteit. (13)
- Vragen rond anticonceptie. (14)
- Vragen rond seksueel overdraagbare aandoeningen. (15)
- Andere, namelijk: (16) \_\_\_\_\_

### **Spreken over seksualiteit in het team**

**Q28** Is er in uw team iemand bevoegd om met patiënten over seksualiteit te spreken?

- Neen, niemand in het bijzonder. (1)
- Ja, meer bepaald: (2) \_\_\_\_\_

**Q29** In hoeverre zijn er mogelijkheden om seksualiteit van patiënten met collega's binnen uw team of uw disciplinegroep te kunnen bespreken?

	Onvoldoende (1)	Matig (2)	Voldoende (3)	Goed (4)	Zeer goed (5)
Beoordeling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Q30** Bij het invullen van de volgende stellingen, houdt u uw huidige werksituatie en de patiënten waarmee u werkt in gedachten. Duid de optie aan die uw opvattingen het beste weergeeft. Waar hulpverlener staat, kan u uw eigen functie in gedachten nemen.

	Helemaal niet akkoord (1)	Niet akkoord (2)	Zowel akkoord als niet akkoord (3)	Akkoord (4)	Helemaal akkoord (5)
Praten over seksualiteit is essentieel voor de gezondheidstoestand van de patiënt. (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik voel me meer op mijn gemak wanneer ik praat over seksuele onderwerpen dan de meeste collega's. (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik maak tijd vrij om met mijn patiënten te praten over hun seksuele zorgen. (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wanneer patiënten mij een seksueel gerelateerde vraag stellen, adviseer ik hen dit met hun behandelaar te bespreken. (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik heb vertrouwen in mijn vermogen de seksuele zorgen van mijn patiënten aan de orde te stellen. (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seksualiteit is een te persoonlijk onderwerp om met mijn patiënten te bespreken. (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er zou alleen over seksualiteit gepraat moeten worden als de patiënt het onderwerp aankaart. (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patiënten verwachten van hulpverleners dat ze naar hun seksuele zorgen vragen. (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### **Seksuele activiteiten van patiënten**

Het zesde gedeelte van de vragenlijst handelt over seksuele activiteiten van patiënten. We willen weten of u ooit getuige was van seksuele activiteiten van patiënten tijdens hun verblijf in het ziekenhuis, welke seksuele activiteiten dit waren en of u hierover gesproken hebt. Bij de meerkeuzevragen kan u het gepaste antwoord aanduiden. Het eerste deel gaat over situaties waarin u zelf getuige bent geweest van seksuele activiteiten van patiënten (onderling). Het tweede deel gaat over situaties waarin u zelf relationeel of seksueel benaderd bent geweest door patiënten.

#### ***Getuige (toeschouwer) zijn van seksuele activiteiten van patiënten (onderling)***

**Q31** Ben je zelf ooit getuige (toeschouwer) geweest van seksuele activiteiten van patiënten op of buiten de afdeling?

- Neen (1)                      *Condition: neen is selected, skip to: zelf relationeel of seksueel benaderd...*
- Ja (2)

**Q32** Hoe vaak komt u in aanraking met seksuele activiteiten van patiënten op of buiten de afdeling?

- Dagelijks (1)
- Wekelijks (2)
- Maandelijks (3)
- Jaarlijks (4)

**Q33** Welke seksuele activiteiten van patiënten hebt u al waargenomen op of buiten de afdeling? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- Zoenen (1)
- Seksuele aanrakingen (met anderen) (2)
- Seksuele aanrakingen (met zichzelf) (3)
- Masturbatie (4)
- Bevredegiging (van/door andere personen) (5)
- Orale seks (6)
- Exhibitionistisch gedrag (7)
- Poging tot geslachtsgemeenschap (8)
- Geslachtsgemeenschap (9)
- Poging tot verkrachting (10)
- Verkrachting (11)
- Andere, namelijk: (12) \_\_\_\_\_

**Q34** Indien u getuige was van een seksuele activiteit van een patiënt op of buiten de afdeling, hebt u dit dan in het merendeel van de situaties besproken met de patiënt(en) zelf?

- Neen (1)
- Ja (2)

**Q35** Indien u getuige was van een seksuele activiteit van een patiënt op of buiten de afdeling, hebt u dit dan in het merendeel van de situaties besproken met collega's?

- Neen (1)
- Ja (2)

**Zelf relationeel of seksueel benaderd worden door patiënt**

**Q36** Ben je zelf ooit relationeel of seksueel benaderd geweest door een patiënt op of buiten de afdeling?

- Neen (1) *Condition: neen is selected, skip to: end of block.*
- Ja (2)

**Q37** Hoe vaak wordt u relationeel of seksueel benaderd door een patiënt op of buiten de afdeling?

- Dagelijks (1)
- Wekelijks (2)
- Maandelijks (3)
- Jaarlijks (4)

**Q38** Om welke relationele of seksuele activiteiten ging dit? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- Uitdrukkingen van verliefdheid (1)
- Seksuele opmerkingen (2)
- Zoenen (3)
- Seksuele aanrakingen (4)
- Bevrediging (5)
- Orale seks (6)
- Exhibitionistisch gedrag (7)
- Poging tot geslachtsgemeenschap (8)
- Geslachtsgemeenschap (9)
- Poging tot verkrachting (10)
- Verkrachting (11)
- Andere, namelijk: (12) \_\_\_\_\_

**Q39** Indien u zelf relationeel of seksueel benaderd bent geweest door een patiënt op of buiten de afdeling, hebt u dit dan in het merendeel van de situaties besproken met de patiënt(en) zelf?

- Neen (1)
- Ja (2)

**Q40** Indien u zelf relationeel of seksueel benaderd bent geweest door een patiënt op of buiten de afdeling, hebt u dit dan in het merendeel van de situaties besproken met collega's?

- Neen (1)
- Ja (2)

**Beleidsvoorstel**

Indien u een voorstel kon doen om bepaalde zaken te veranderen binnen het ziekenhuis of binnen uw afdeling met betrekking tot het beleid en de werking rond relaties en seksualiteit van de patiënten, wat zou u dan juist veranderen of invoeren?

**Bedankt voor uw deelname aan het onderzoek!**

Indien u opmerkingen heeft over de vragenlijst (bv. welke aspecten zijn volgens u niet genoeg belicht, maar wel belangrijk), bepaalde antwoorden wilt toelichten of wilt vermelden waarom u bepaalde antwoorden niet wou beantwoorden, dan kan u dat hier doen.



## **Appendix B Aangepaste versie en scoring van de Sexual Attitudes and Beliefs Survey**

1. Praten over seksualiteit is essentieel voor de gezondheidstoestand van de patiënt.\*
2. Ik voel me meer op mijn gemak wanneer ik praat over seksuele onderwerpen dan de meeste collega's.\*
3. Ik maak tijd vrij om met mijn patiënten te praten over hun seksuele zorgen.\*
4. Wanneer patiënten mij een seksueel gerelateerde vraag stellen, adviseer ik hen dit met hun behandelaar te bespreken.
5. Ik heb vertrouwen in mijn vermogen de seksuele zorgen van mijn patiënten aan de orde te stellen.\*
6. Seksualiteit is een te persoonlijk onderwerp om met mijn patiënten te bespreken.
7. Er zou alleen over seksualiteit gepraat moeten worden als de patiënt het onderwerp aankaart.
8. Patiënten verwachten van hulpverleners dat ze naar hun seksuele zorgen vragen.\*

Opmerking: items met een \* worden omgekeerd gescoord.





## Appendix C Subscales van de Vragenlijst Algemene Attitude ten opzichte van Relaties en Seksualiteit

Tabel A

*Subscales van de algemene attitude ten opzichte van relaties en seksualiteit*

Subschaal	Items
<b>Permissiveness</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ik hoef mij niet betrokken te voelen bij een persoon om seks te hebben met hem of haar</li> <li>2. One-night-stands of kortdurende seksuele relaties zijn aanvaardbaar</li> <li>3. Het is prima om verschillende seksuele relaties tegelijkertijd te hebben</li> <li>4. Zelfbevrediging is toegelaten als men een relatie heeft</li> <li>5. Seks om elkaar een plezier te doen is prima als beide partner het ermee eens zijn</li> <li>6. Het is mogelijk om te genieten van seks met een persoon zonder deze aardig te vinden</li> <li>7. Wanneer iemand nood heeft aan seksualiteit, is het oké dan men een prostituee bezoekt</li> <li>8. Geslachtsverkeer met partners die men slechts oppervlakkig kent, kan even bevredigend zijn als met partners die men reeds langer kent</li> <li>9. Wanneer iemand nood heeft aan seksualiteit, is het oké dan men pornografie bekijkt</li> </ol>
<b>Birth Control</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>10. Het voorkomen van zwangerschap is een onderdeel van verantwoordelijk seksualiteit</li> <li>11. Het al dan niet zwanger worden is de verantwoordelijkheid van de vrouw</li> <li>12. Het al dan niet zwanger worden is de verantwoordelijkheid van de man</li> </ol>
<b>Communion</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>13. Partners zouden regelmatig over hun relatie moeten praten</li> <li>14. Seksualiteit is een erg belangrijk onderdeel van een goede relatie</li> <li>15. Seks is de meest intieme vorm van communicatie tussen twee personen</li> <li>16. Partners zouden regelmatig over hun seksuele relatie moeten praten</li> <li>17. Seksualiteit is een erg belangrijk onderdeel van het leven</li> <li>18. Bevredigende seksuele ervaringen kan men slechts hebben met een partner waar men van houdt</li> </ol>
<b>Instrumentality</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>19. Seks is voornamelijk een fysieke aangelegenheid</li> </ol>
<b>Stereotypes</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>20. Een vrouw heeft meer tederheid en liefde nodig dan een man</li> <li>21. Een man heeft meer seksuele verlangens dan een vrouw</li> </ol>



## Appendix D Gedetailleerde resultaten van de antwoorden op de Vragenlijst Algemene Attitude ten opzichte van Relaties en Seksualiteit

**Tabel B**

*Antwoordpercentages op stellingen met betrekking tot algemene attitude ten opzichte van seksualiteit*

Items	Stellingname				
	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Zowel akkoord als niet akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
<b>Permissiveness</b>					
Ik hoef mij niet betrokken te voelen bij een persoon om seks te hebben met hem of haar	27.2%	44.4%	16%	12.3%	0%
One-night-stands of kortdurende seksuele relaties zijn aanvaardbaar	2.5%	8.6%	22.2%	55.6%	11.1%
Het is prima om verschillende seksuele relaties tegelijkertijd te hebben	28.4%	39.5%	23.5%	8.6%	0%
Zelfbevrediging is toegelaten als men een relatie heeft	0%	1.2%	1.2%	51.9%	45.7%
Seks om elkaar een plezier te doen is prima als beide partner het ermee eens zijn	0%	1.2%	6.2%	64.2%	28.4%
Het is mogelijk om te genieten van seks met een persoon zonder deze aardig te vinden	17.3%	38.3%	27.2%	17.3%	0%
Wanneer iemand nood heeft aan seksualiteit, is het oké dat men een prostituee bezoekt	0%	3.7%	21%	49.4%	25.9%
Geslachtsverkeer met partners die men slechts oppervlakkig kent, kan even bevredigend zijn als met partners die men reeds langer kent	4.9%	17.3%	39.5%	34.6%	3.7%

Items	Stellingname				
	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Zowel akkoord als niet akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
Wanneer iemand nood heeft aan seksualiteit, is het oké dat men pornografie bekijkt	0%	2.5%	23.5%	53.1%	21%
<b>Birth control</b>					
Het voorkomen van zwangerschap is een onderdeel van verantwoordelijke seksualiteit	1.2%	1.2%	3.7%	46.9%	46.9%
Het al dan niet zwanger worden is de verantwoordelijkheid van de vrouw	44.4%	40.7%	11.1%	3.7%	0%
Het al dan niet zwanger worden is de verantwoordelijkheid van de man	43.2%	43.2%	9.9%	3.7%	0%
<b>Communion</b>					
Partners zouden regelmatig over hun relatie moeten praten	0%	0%	8.6%	42%	49.4%
Seksualiteit is een erg belangrijk onderdeel van een goede relatie	0%	2.5%	8.6%	63%	25.9%
Seks is de meest intieme vorm van communicatie tussen twee personen	0%	17.3%	37%	34.6%	11.1%
Partners zouden regelmatig over hun seksuele relatie moeten praten	0%	1.2%	12.3%	56.8%	29.6%
Seksualiteit is een erg belangrijk onderdeel van het leven	0%	0%	11.1%	69.1%	19.8%
Bevredigende seksuele ervaringen kan men slechts hebben met een partner waar men van houdt	6.2%	37%	39.5%	14.8%	2.5%

Items	Stellingname				
	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Zowel akkoord als niet akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
<b>Instrumentality</b>					
Seks is voornamelijk een fysieke aangelegenheid	8.6%	60.5%	24.7%	6.2%	0%
<b>Stereotypes</b>					
Een vrouw heeft meer tederheid en liefde nodig dan een man	23.5%	51.9%	13.6%	9.9%	1.2%
Een man heeft meer seksuele verlangens dan een vrouw	9.9%	48.1%	28.4%	11.1%	2.5%



## **Appendix E Items en scoring van de Vragenlijst Attitude ten opzichte van Seksualiteit bij Psychiatrische Patiënten**

1. Psychiatrische patiënten hebben moeilijkheden om sociale contacten aan te gaan.\*
2. Psychiatrische patiënten hebben vaker dan gezonde mensen seksuele disfuncties.\*
3. Wanneer een psychiatrische patiënt nood heeft aan seksualiteit, is het oké dat men pornografie bekijkt.
4. Veel psychiatrische patiënten hebben een onrijpe seksualiteit.\*
5. Psychiatrische patiënten zijn meestal niet in staat een langdurige partnerrelatie aan te gaan.\*
6. Ik vind het aanvaardbaar wanneer een psychiatrische patiënt een vaste partnerrelatie heeft met een partner buiten het ziekenhuis.
7. Seksualiteit speelt een belangrijke rol voor het zelfwaardegevoel van psychiatrische patiënten.
8. Veel psychiatrische patiënten hebben angst voor geslachtsverkeer.\*
9. Wanneer een psychiatrische patiënt nood heeft aan seksualiteit, is het oké dat men een prostituee bezoekt.
10. Seksualiteit heeft voor psychiatrische patiënten dezelfde waarde als voor gezonde mensen.
11. Psychiatrische patiënten zouden toegang moeten hebben tot een privéruimte voor het beleven van hun seksualiteit.
12. Psychiatrische patiënten hebben vaak bizarre en zonderlinge seksuele gedachten en voorstellingen.\*
13. Wanneer een psychiatrische patiënt een relatie heeft, werkt dit verstorend op het therapeutische proces.\*
14. Psychiatrische patiënten zonder een vaste partnerrelatie mogen met iemand seksualiteit beleven tijdens de opname.
15. Ik vind het aanvaardbaar wanneer een psychiatrische patiënt een vaste partnerrelatie heeft met een andere psychiatrische patiënt.
16. Psychiatrische patiënten hebben vaak vluchtige seksuele contacten met wisselende partners.\*
17. Er moet een beleid in het ziekenhuis zijn dat ondersteunend is met betrekking tot de seksualiteitsbeleving en relatievorming bij psychiatrische patiënten.
18. Wanneer een psychiatrische patiënt nood heeft aan seksualiteit, is het oké dat men beroep doet op de erotische dienstverlening (bv. Aditi vzw).
19. Seksualiteit bij psychiatrische patiënten is een potentieel risico.\*
20. Psychiatrische patiënten hebben geen interesse in seksualiteit.\*
21. Psychiatrische patiënten moeten ondersteund worden in het aangaan van relaties en het beleven van hun seksualiteit.
22. Relaties en seksualiteit moeten vaste thema's zijn binnen het kader van een behandeling.
23. Psychiatrische patiënten met een vaste partnerrelatie mogen met deze partner seksualiteit beleven tijdens de opname.
24. Psychiatrische patiënten moeten relationele en seksuele voorlichting krijgen binnen het kader van de behandeling.

25. Psychiatrische patiënten zouden de mogelijkheid moeten krijgen om condooms gratis ter beschikking te hebben.
26. Bij psychiatrische patiënten bestaat de tendens tot gewelddadig seksueel gedrag.\*
27. Psychiatrische patiënten zouden de mogelijkheid moeten krijgen om een consultatie te doen bij een seksuoloog indien zij hier nood aan hebben.

Opmerking: items met een \* worden omgekeerd gescoord.



## Appendix F Gedetailleerde resultaten van de antwoorden op de Vragenlijst Attitude ten opzichte van Seksualiteit van Psychiatrische Patiënten

**Tabel C**

*Antwoordpercentages op stellingen met betrekking tot de attitude ten opzichte van seksualiteit bij psychiatrische patiënten*

Items	Stellingname				
	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Zowel akkoord als niet akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
Psychiatrische patiënten hebben moeilijkheden om sociale contacten aan te gaan	0%	3.9%	40.8%	52.6%	2.6%
Psychiatrische patiënten hebben vaker dan gezonde mensen seksuele disfuncties	1.3%	13.2%	38.2%	42.1%	5.3%
Wanneer een psychiatrische patiënt nood heeft aan seksualiteit, is het oké dat men pornografie bekijkt	0%	0%	25%	55.3%	19.7%
Veel psychiatrische patiënten hebben een onrijpe seksualiteit	2.6%	32.9%	47.4%	17.1%	0%
Psychiatrische patiënten zijn meestal niet in staat een langdurige partnerrelatie aan te gaan	3.9%	36.8%	35.5%	23.7%	0%
Ik vind het aanvaardbaar wanneer een psychiatrische patiënt een vaste partnerrelatie heeft met een partner buiten het ziekenhuis	1.3%	0%	5.3%	47.4%	46.1%
Seksualiteit speelt een belangrijke rol voor het zelfwaardegevoel van psychiatrische patiënten	0%	0%	11.8%	60.5%	27.6%

Items	Stellingname				
	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Zowel akkoord als niet akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
Wanneer een psychiatrische patiënt nood heeft aan seksualiteit, is het oké dat men een prostituee bezoekt	0%	2.6%	19.7%	55.3%	22.4%
Seksualiteit heeft voor psychiatrische patiënten dezelfde waarde als voor gezonde mensen	0%	2.6%	10.5%	56.6%	30.3%
Psychiatrische patiënten zouden toegang moeten hebben tot een privéruimte voor het beleven van hun seksualiteit	0%	2.6%	11.8%	53.9%	31.6%
Psychiatrische patiënten hebben vaak bizarre en zonderlinge seksuele gedachten en voorstellingen	1.3%	43.4%	43.4%	11.8%	0%
Wanneer een psychiatrische patiënt een relatie heeft, werkt dit verstorend op het therapeutische proces	18.4%	44.7%	36.8%	0%	0%
Psychiatrische patiënten zonder een vaste partnerrelatie mogen met iemand seksualiteit beleven tijdens de opname	0%	6.6%	34.2%	44.7%	14.5%
Ik vind het aanvaardbaar wanneer een psychiatrische patiënt een vaste partnerrelatie heeft met een andere psychiatrische patiënt	1.3%	5.3%	27.6%	50%	15.8%
Psychiatrische patiënten hebben vaak vluchtige seksuele contacten met wisselende partners	1.3%	23.7%	56.6%	17.1%	1.3%

Items	Stellingname				
	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Zowel akkoord als niet akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
Wanneer een psychiatrische patiënt nood heeft aan seksualiteit, is het oké dat men beroep doet op de erotische dienstverlening	0%	0%	9.2%	50%	40.8%
Seksualiteit bij psychiatrische patiënten is een potentieel risico	10.5%	35.5%	43.3%	10.5%	0%
Psychiatrische patiënten hebben geen interesse in seksualiteit	38.2%	52.6%	9.2%	0%	0%
Psychiatrische patiënten moeten ondersteund worden in het aangaan van relaties en het beleven van hun seksualiteit	1.3%	3.9%	21.1%	60.5%	13.2%
Relaties en seksualiteit moeten vaste thema's zijn binnen het kader van een behandeling	0%	1.3%	21.1%	59.2%	18.4%
Psychiatrische patiënten met een vaste partnerrelatie mogen met deze partner seksualiteit beleven tijdens de opname	0%	0%	7.9%	59.2%	32.9%
Psychiatrische patiënten moeten relationele en seksuele voorlichting krijgen binnen het kader van de behandeling	0%	3.9%	39.5%	43.4%	13.2%
Psychiatrische patiënten zouden de mogelijkheid moeten krijgen om condooms gratis ter beschikking te hebben	1.3%	10.5%	27.6%	43.4%	17.1%
Bij psychiatrische patiënten bestaat de tendens tot gewelddadig seksueel gedrag	15.8%	36.8%	42.1%	3.9%	1.3%

Items	Stellingname				
	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Zowel akkoord als niet akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
Psychiatrische patiënten zouden de mogelijkheid moeten krijgen om een consultatie te doen bij een seksuoloog indien zij hier nood aan hebben	0%	0%	2.6%	67.1%	30.3%











