



VRIJE
UNIVERSITEIT
BRUSSEL



Proef ingediend met het oog op het behalen
van de graad van Master in Management en het Beleid van de Gezondheidszorg

**INTIMITEIT EN SEKSUALITEIT IN VLAAMSE
RESIDENTIËLE GEESTELIJKE
GEZONDHEIDSZORGVOORZIENINGEN VOOR
VOLWASSENEN: EXPLORATIEF ONDERZOEK NAAR VISIE
EN BELEID**

VAN DEN BULCK DORIEN

2023-2024



WETENSCHAPSWINKEL

Ism Aditi vzw

Promotor: Prof. Dr. Mark Leys

Geneeskunde en Farmacie



Proef ingediend met het oog op het behalen
van de graad van master Management en het Beleid van de Gezondheidszorg

**INTIMITEIT EN SEKSUALITEIT IN VLAAMSE
RESIDENTIËLE GEESTELIJKE
GEZONDHEIDSZORGVOORZIENINGEN VOOR
VOLWASSENEN: EXPLORATIEF ONDERZOEK NAAR VISIE
EN BELEID**

**INTIMACY AND SEXUALITY IN FLEMISH RESIDENTIAL MENTAL
HEALTH CARE FACILITIES FOR ADULTS: EXPLORATIVE RESEARCH
ON VISION AND POLICY**

**VAN DEN BULCK DORIEN
2023-2024**

Promotor: Prof. Dr. M. Leys
Geneeskunde en Farmacie



Proef ingediend met het oog op het behalen
van de graad van master Management en het Beleid van de Gezondheidszorg

**INTIMITEIT EN SEKSUALITEIT IN VLAAMSE
RESIDENTIËLE GEESTELIJKE
GEZONDHEIDSZORGVOORZIENINGEN VOOR
VOLWASSENEN: EXPLORATIEF ONDERZOEK NAAR VISIE
EN BELEID**

**INTIMACY AND SEXUALITY IN FLEMISH RESIDENTIAL MENTAL
HEALTH CARE FACILITIES FOR ADULTS: EXPLORATIVE RESEARCH
ON VISION AND POLICY**

**VAN DEN BULCK DORIEN
2023-2024**

Promotor: Prof. Dr. M. Leys
Geneeskunde en Farmacie

ABSTRACT

INTIMITEIT EN SEKSUALITEIT IN VLAAMSE RESIDENTIËLE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG- VOORZIENINGEN VOOR VOLWASSENEN: EXPLORATIEF ONDERZOEK NAAR VISIE EN BELEID

Dorien Van den Bulck

Achtergrond: Medewerkers binnen de psychiatrische, residentiële context missen een duidelijk kader van waaruit ze kunnen handelen als het gaat om vragen rond intimiteit en seksualiteit.

Doelstellingen: Met dit exploratieve onderzoek trachtten we bij te dragen aan (verdere) ontwikkeling en implementatie van forme(e)l(e) visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit bij volwassenen in initiatieven voor beschut wonen (IBW) en psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) in Vlaanderen. Dankzij een gepaste visie en een toereikend beleid kunnen medewerkers van IBW en PVT consistente responsen bieden aan bewoners en kan de bespreekbaarheid van seksuele gezondheid binnen de zorginstelling toenemen.

Onderzoeksvragen: We peilden of en in welke mate er in Vlaamse IBW en PVT (in)forme(e)l(e) visie en/of beleid aanwezig is rond intimiteit en seksualiteit van volwassen bewoners. Verder gingen we na wat de inhoud is van beschikbare visie- en beleidsdocumenten van deze gezondheidszorgvoorzieningen. Tot slot verworven we inzicht in de factoren die de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit faciliteren, dan wel belemmeren binnen IBW en PVT in Vlaanderen.

Methode: We maakten gebruik van een algemene oriënterende online bevraging (42 deelnemers), documentenanalyse (twintig visieteksten, beleidsdocumenten en ethische adviezen), vijftien diepte-interviews en twee focusgroepen om inzicht te krijgen in de wijze waarop met seksualiteit van bewoners wordt omgegaan.

Resultaten: De meerderheid van de geconsulteerde IBW en PVT hanteren geen formele visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit. In een aantal gezondheidszorgvoorzieningen is er wel formeel tekstmateriaal aanwezig. Zij blijken zeer verschillende beleids- en/of visieteksten te gebruiken (volume en inhoud), veelal met als onderwerp veelal seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGOG) eerder dan gezonde seksualiteitsbeleving.

Eenzijds belemmeren een aantal factoren (bv. angst voor een rigide benadering van seksualiteit en een gebrek aan geschikte accommodatie met privacy) de ontwikkeling en implementatie van visie- en of beleidsdocumenten rond intimiteit en seksualiteit. Anderzijds weerhouden we factoren die de ontwikkeling en het beschikbaar stellen van tekstmateriaal faciliteren (bv. verjonging van het doelpubliek en participatie en dialoog bij beleidsontwikkeling).

Discussie en conclusie: Intimiteit en seksualiteit van bewoners worden vaak onderbelicht in formele visie- en/of beleidsteksten van Vlaamse IBW en PVT. Dit ligt in de lijn van gegevens uit de internationale literatuur. Om tegemoet te komen aan de seksuele rechten is het echter van groot belang dat intimiteit en seksualiteit (nog meer) ruimte krijgen binnen Vlaamse IBW en PVT. Een passende visie en een toereikend beleid rond deze thema's zijn daarbij essentieel.

Kernwoorden: visie, beleid, intimiteit, seksualiteit, residentiële GGZ, IBW, PVT, Vlaanderen

Wordcount: 400

INTIMACY AND SEXUALITY IN FLEMISH RESIDENTIAL MENTAL HEALTH CARE FACILITIES FOR ADULTS: EXPLORATIVE RESEARCH ON VISION AND POLICY

Dorien Van den Bulck

Background: Employees within the psychiatric, residential context lack a clear scope in which they can act involving questions regarding intimacy and sexuality.

Aim: With this explorative research we aim to contribute to (further) development and implementation of a formal vision and policy, regarding intimacy and sexuality among adults in assisted living facilities (ALF) and psychiatric residential treatment facilities (PRTF) in Flanders. Thanks to an appropriate vision and an adequate policy, employees within ALF and PRTF are able to offer a consistent response to residents and opens up the discussion regarding sexual health within the facility.

Key Questions: We gauged if and to what degree a(n) (in)formal vision and/or policy was present within Flemish facilities regarding intimacy and sexuality among adult residents. We also examined the content of available vision and policy documents of these healthcare facilities. Finally, we gained insight into the factors that facilitate or obstruct the development and implementation of a vision and policy regarding intimacy and sexuality in these facilities.

Method: We used a short general exploratory online survey (42 participants), document analysis (twenty vision texts, policy documents and ethical advice, fifteen in-depth interviews and two focus groups to gain insight into the way in which residents' sexuality is dealt with.

Results: The majority of the consulted ALF and PRTF lack a formal vision and policy regarding intimacy and sexuality. Some facilities do have formal text material present. They seem to use very different policy and/or vision texts (in volume and content), mostly regarding sexual misconduct rather than a healthy sexual experience. On the one hand, a number of factors (e.g. fear of a rigid approach to sexuality and a lack of suitable accommodation with privacy) limit the development and implementation of vision and/or policy documents regarding intimacy and sexuality. On the other hand we are withholding factors that facilitate the development and availability of text material (e.g. rejuvenation of the target audience and participation and dialogue in policy development).

Discussion and conclusion: Intimacy and sexuality of residents are often underexposed in formal vision and/or policy documents in Flemish facilities, in accordance with international literature. However, in order to comply with sexual rights, it is of the utmost importance that intimacy and sexuality are given (even more) space within Flemish ALF and PRTF. An appropriate vision and adequate policy on these themes are essential.

Key words: Vision, policy, intimacy, sexuality, residential mental healthcare, ALF, PRTF, Flanders

Wordcount: 399 woorden

WOORD VOORAF

Eindpunt, hoogtepunt. Deze masterproef vormt het sluitstuk van jarenlang studeren. Intimiteit en seksualiteit hebben maandenlang vaak mijn volle aandacht gehad; het resultaat geef ik nu met veel voldoening uit handen.

Ik ben heel dankbaar voor de steun van mijn promotor Prof. Dr. M. Leys. Zijn expertise in het landschap van de geestelijke gezondheidszorg, zijn betrokkenheid en zijn kritische blik zorgden ervoor dat ik steeds opnieuw geprikkeld werd om een eindresultaat neer te zetten waar ik fier op ben.

Verder wil ik ook Miek Scheepers en haar collega's van Aditi vzw bedanken om het idee aan te leveren dat het fundament vormt van dit werk. Een welgemeende dankjewel voor de open communicatie en fijne samenwerking. Ik vond het een mooie meerwaarde om onderzoek te kunnen voeren naar een maatschappelijk relevant onderwerp.

Bovendien bedank ik graag Freija Poot en haar collega's Brecht Van der Schueren en Brigitte Devocht van de Wetenschapswinkel. Zij begeleidden de opstart van dit onderzoek en toonden steun en begrip tijdens het schrijven van deze masterproef.

Ook wil ik graag alle participanten bedanken vanuit de verschillende deelnemende initiatieven voor beschut wonen en psychiatrische verzorgingscentra. Zonder jullie medewerking was dit onderzoek niet mogelijk.

Verder wens ik mijn vriend Tom Donckers te bedanken om in mij te geloven en mij steeds opnieuw aan te moedigen om vol te houden. Ook mijn ouders wil ik graag bedanken voor hun oprechte interesse en eindeloze steun.

In het bijzonder richt ik mijn dankbaarheid naar Guido Van den Bulck voor het kritisch nalezen van deze masterproef. Dankjewel ook Joke Van den Bulck voor het bepalen van het taalniveau van de visie- en beleidsdocumenten.

Tot slot wil ik mijn familie, vrienden en collega's bedanken voor de motiverende woorden, het begrip en de steun.

Bedankt!

INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING	1
1.1 Probleemstelling	1
1.1.1 Wat zijn IBW en PVT?	3
1.2 Doelstellingen	3
1.3 Algemene vraagstelling	4
1.4 Opbouw van deze masterproef	5
2. LITERATUURSTUDIE	6
2.1 Inleiding	6
2.2 Methode	6
2.3 Resultaten van het literatuuronderzoek	7
2.3.1 Aantal en type van artikels	7
2.3.2 De algemene inhoudelijke teneur van de artikels	8
2.3.3 Seksualiteit in geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen is niet verworven	8
2.3.4 Bezorgdheden over seksualiteit in de psychiatrie	8
2.3.5 Afwezigheid van beleid of richtlijnen	9
2.3.6 Seksualiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag	9
2.3.7 Remmende en faciliterende factoren voor het ontwikkelen en implementeren van beleid	10
2.3.8 Slotbeschouwing bij de literatuurstudie	14
3. METHODOLOGIE VAN HET EMPIRISCHE DEEL	16
3.1 Onderzoeksdesign	16
3.2 Dataverzameling	16
3.2.1 Korte algemene bevraging m.b.v. online enquête	16
3.2.2 Beleidsdocumenten en visieteksten	16
3.2.3 Diepte-interviews en focusgroepen	17
3.3 Onderzoekspopulatie	17
3.3.1 Korte algemene bevraging m.b.v. online enquête	17
3.3.2 Beleidsdocumenten en visieteksten	18
3.3.3 Diepte-interviews en focusgroepen	18
3.4 Data-analyse	19
3.4.1 Korte algemene bevraging m.b.v. online enquête	19
3.4.2 Beleidsdocumenten en visieteksten	19
3.4.3 Diepte-interviews en focusgroepen	20
3.5 Ethische overwegingen	21
3.6 Reflectie rond haalbaarheid	23

4. RESULTATEN	24
4.1 Deelname aan het onderzoek	24
4.1.1 Korte algemene bevraging m.b.v. online enquête	24
4.1.2 Beleidsdocumenten en visieteksten	25
4.1.3 Diepte-interviews en focusgroepen	25
4.2 Inhoudelijke bevindingen	27
4.2.1 Visie en/of beleid rond intimiteit en seksualiteit	27
4.2.2 Aard van de visie- en beleidsdocumenten	29
4.2.3 Zijn de documenten actueel?	31
4.2.4 Inhoud van de visie- en beleidsdocumenten	31
4.2.5 Beschikbaarheid en toegankelijkheid van visie- en beleidsdocumenten voor bewoners, personeel en/of derden	42
4.2.6 Het gebruik van de documenten in de praktijk	43
4.2.7 Begrijpelijkheid van de documenten	44
4.2.8 Eindbeschouwingen bij dit deel (4.2.1 t.e.m. 4.2.7)	45
4.2.9 Welke faciliterende en remmende factoren beïnvloeden de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit in IBW en PVT in Vlaanderen?	48
4.2.9.1 Remmende factoren	51
4.2.9.2 Faciliterende factoren	59
4.2.10 Eindbeschouwingen bij dit deel (4.2.9)	66
5. DISCUSSIE	72
5.1 Methodologische reflectie	77
5.2 Suggesties voor verder onderzoek	80
6. CONCLUSIE	81
6.1 Vaststellingen	81
6.2 Aanbevelingen	83
7. LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN	88
8. BIBLIOGRAFIE	89
9. BIJLAGEN	9-1

INHOUDSOPGAVE VAN DE TABELLEN

Tabel 1. Remmende en faciliterende factoren voor ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit binnen de residentiële GGZ.	15
Tabel 2. Beschrijvende matrix van de participanten van de (duo-)diepte-interviews (DI) en focusgroepen (FG).	20
Tabel 3. Deelnemers korte algemene bevraging per type zorgvoorziening en functie.	24
Tabel 4. Deelnemers diepte-interviews en focusgroepen per type zorgvoorziening en functie.	26
Tabel 5. Aanwezigheid van visie en/of beleid rond intimiteit en seksualiteit per type zorgvoorziening.	28
Tabel 6. Aan- of afwezigheid van forme(e)l(e) visie- en beleid.	29
Tabel 7. Overzicht type document met relevante subcategorieën weergegeven per type zorgvoorziening.	30
Tabel 8. Inhoud naar types zorgvoorzieningen.	30
Tabel 9. De rol van professionals in IBW en PVT.	37
Tabel 10. Taalniveau bepaald per documenttype.	44
Tabel 11. De bereidwilligheid van participanten om deel te nemen aan een diepte-interview of focusgroep.	48
Tabel 12. Remmende en faciliterende factoren voor ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit binnen de residentiële GGZ.	49
Tabel 13. Frequentie van voorkomen van remmende factoren (ontwikkeling).	66
Tabel 14. Frequentie van voorkomen van remmende factoren (implementatie).	67
Tabel 15. Frequentie van voorkomen van faciliterende factoren (ontwikkeling).	68
Tabel 16. Frequentie van voorkomen van faciliterende factoren (implementatie).	70

1. INLEIDING

1.1 Probleemstelling

Seksuele gezondheid is een fundamenteel onderdeel van algemene gezondheid en welbevinden [1] en wordt gedefinieerd als een toestand van fysiek, emotioneel, mentaal en sociaal welbevinden in relatie tot seksualiteit, waarbij het niet enkel gaat om afwezigheid van ziekte, disfunctie of gebrek [2]. Seksualiteit is een centraal aspect van het mens-zijn dat seks, genderidentiteiten en -rollen, seksuele oriëntatie, erotiek, plezier, intimiteit en voortplanting bevat [2]. Het bereiken en behouden van seksuele gezondheid vereist het respecteren, beschermen en vervullen van seksuele rechten [2]. Deze seksuele rechten omvatten de toepassing van mensenrechten op seksualiteit en seksuele gezondheid. Ze beschermen het recht om seksualiteit te beleven en seksuele gezondheid te genieten, met aandacht voor rechten van anderen en binnen een kader van bescherming tegen discriminatie. O.a. recht op privacy en recht op de hoogst bereikbare (seksuele) gezondheidsstandaard zijn cruciaal voor het realiseren van seksuele gezondheid [2].

Voor personen die verblijven in een psychiatrische residentiële context is het beleven van seksualiteit vaak niet vanzelfsprekend [3] en kan het gebrek eraan hun kwaliteit van leven en algemeen welbevinden negatief beïnvloeden [3, 4, 5, 6, 7]. Psychiatrische patiënten hebben nood aan seksualiteit [6, 8, 9], en affectieve en seksuele relaties komen frequent voor binnen psychiatrische ziekenhuizen en woonvormen [7, 10, 11, 12, 13, 14, 15]. Onderzoek leert dat zich problemen stellen rond seksuele en intimiteitsbeleving in voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg [3, 7, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19]. Seksuele en affectieve behoeften en noden worden vaak onderschat [7, 20], genegeerd [21] of niet optimaal benaderd [20]. Verschillende auteurs benadrukken het belang van een holistische aanpak binnen de (psychiatrische) zorgverlening waarin seksualiteit ook een plaats heeft [9, 20, 21, 22, 23].

In het verleden bestond er in de voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg geen beleid rond seksualiteit, omdat – onterecht - de assumptie leefde dat mensen met ernstige en persisterende mentale ziektebeelden asexueel waren [11, 12]. Hun seksuele activiteit werd genegeerd [11, 12], een halt toegeroepen en als ongepast beschouwd [12]. Nog steeds wordt de behandeling van psychische klachten op de voorgrond gezet waardoor de beleving van seksualiteit soms minder aandacht geniet [3], terwijl residenten nood hebben aan ondersteuning bij hun affectieve en seksuele noden [7, 13, 20, 24] en aan ruimten met privacy om hun seksualiteit en affectie uit te drukken [7, 16, 25]. Professionals binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) slagen er echter vaak niet in de affectieve en seksuele behoeften van bewoners voldoende te herkennen en doeltreffende oplossingen aan te reiken [7]. Volgens onderzoek van verschillende auteurs wordt van

verpleegkundigen binnen de GGZ verwacht dat zij seksualiteit bespreken met zorgvragers [17, 20, 21, 22]. Nochtans zijn deze verpleegkundigen geneigd het bespreken van seksualiteit te vermijden of verwijzen ze zorgvragers door naar een andere professional [17, 19, 20, 22, 23, 26, 27]. En als ze het belang van seksualiteit inzien [8, 15, 16, 17, 20, 22, 23, 26], voelen professionals zich vaak verward en beschaamd wanneer ze hierover in gesprek gaan met bewoners [7, 8, 9, 17, 23, 26, 28, 29]. Vaak zijn duidelijke richtlijnen en een passend beleid afwezig [6, 12, 13, 16, 19] en reageert personeel inconsistent en gebaseerd op de eigen seksuele vooroordelen [6, 7, 8, 10, 13, 18, 23, 29, 30, 31] of de algemene sociale normen [12, 24]. Verschillende auteurs suggereren dat voor consistente reacties van professionelen er duidelijke richtlijnen nodig zijn [10, 12] om de rechten van patiënten te beschermen [10] en professionele zorgverleners te ondersteunen in hun reacties [11, 12, 13, 15, 16, 26, 30].

Praten over en het ontwikkelen van een beleid rond seksualiteit in gezondheidsinstellingen is geen eenvoudige opdracht [6, 12, 14, 19, 23, 32]. Vooral in residentiële voorzieningen binnen de GGZ ligt het moeilijk een veilige balans te zoeken tussen het respecteren van de rechten van bewoners [18, 24, 33] en hen te beschermen tegen ongewenst seksueel gedrag van medebewoners [3, 13, 14, 15, 16], potentieel seksueel misbruik, verkrachting, seksueel overdraagbare aandoeningen en ongewenste zwangerschap [12, 30].

Mossman et al. (1997) geven aan dat niet hetzelfde beleid gevoerd kan worden in instellingen voor kort- of langdurig verblijf [24]. Voor mensen die opgevangen worden in een residentiële langdurige context, wordt de instelling hun thuis en is het niet raadzaam om seksuele onthouding te verwachten [3, 24, 33], want bewoners behouden immers hun recht op privacy en intimiteit [12].

Deze masterproefstudie richt zich op seksualiteit en intimiteit bij of tussen bewoners. Seksuele relaties tussen medewerkers en bewoners worden hier niet (uitvoerig) besproken. Deze masterproef is een antwoord op een onderzoeksvraag gesteld via de Wetenschapswinkel door Aditi vzw. Aditi vzw stelt op basis van vragen die zij krijgen dat er nog steeds een taboe heerst rond seksualiteit binnen de context van residentiële GGZ en dat de bespreekbaarheid ervan laag blijft. Medewerkers binnen de psychiatrische, residentiële context geven aan dat ze – ondanks goede intenties – drempels ervaren om te komen tot consistente responsen naar bewoners. Ze missen een duidelijk kader van waaruit ze kunnen handelen als het gaat om vragen rond intimiteit en seksualiteit.

Onze bevindingen uit dit onderzoek kunnen – naast de wetenschappelijke relevantie die we beogen – een maatschappelijke meerwaarde betekenen voor de (verdere) ontwikkeling en implementatie van forme(e)l(e) visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit bij volwassenen in IBW en PVT in Vlaanderen.

1.1.1 Wat zijn IBW en PVT?

Deze masterproefstudie focust op lange-termijn residentiële voorzieningen, met name initiatieven voor beschut wonen (IBW) en psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT).

In een IBW worden bewoners met psychische moeilijkheden begeleid op vlak van wonen en sociale vaardigheden wanneer zij geen nood hebben aan een permanent verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis [34]. De bewoners kunnen voldoende autonoom functioneren waarbij voortdurende aanwezigheid van zorgprofessionals niet noodzakelijk is [35]. In woningen voor gemeenschapswonen zijn zowel gemeenschappelijke als private kamers en kunnen 3 tot 10 personen wonen. Wanneer bewoners individueel wonen, wonen zij alleen of met één andere persoon samen [34]. Verder zijn er ook bewoners die op eigen adres begeleid worden. Beschut wonen kan resulteren in een zelfstandig leven in de maatschappij. Voor anderen is beschut wonen de definitieve woonvorm [35].

Bewoners van een PVT zijn onvoldoende zelfredzaam om zelfstandig thuis of in een IBW te wonen [36]. Deze volwassenen en ouderen hebben een stabiele, ernstige, langdurige en psychiatrische problematiek [37] of een mentale handicap [36] waarvoor ze langdurige en vaak zelfs definitieve begeleiding en psychiatrische zorg in een PVT ontvangen [36, 38]. Er is geen gespecialiseerde, multidisciplinaire zorg vereist zoals die wordt aangeboden in een psychiatrische ziekenhuisdienst [36], maar wel voortdurende aanwezigheid van personeel [35].

1.2 Doelstellingen

Met dit exploratief onderzoek willen we peilen of en in welke mate er in Vlaanderen binnen de psychiatrische, residentiële context (IBW en PVT) (in)forme(e)l(e) visie en/of beleid aanwezig is rond intimiteit en seksualiteit van volwassen bewoners.

Verder willen we inzicht verwerven in de factoren die de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit faciliteren, dan wel belemmeren binnen de context van IBW en PVT in Vlaanderen.

De bevindingen uit dit onderzoek kunnen een meerwaarde betekenen voor de (verdere) ontwikkeling en implementatie van forme(e)l(e) visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit bij volwassenen in IBW en PVT in Vlaanderen. Ook trachten we met deze masterproef de bespreekbaarheid van seksuele gezondheid binnen de geestelijke gezondheidszorg te versterken en positief bij te dragen aan de seksuele gezondheid van volwassenen in Vlaamse IBW en PVT.

1.3 Algemene vraagstelling

Dit onderzoek includeert 3 hoofd-onderzoeksvragen en een heel aantal deelvragen, nl.:

1. In welke mate is er in Vlaamse IBW en PVT een (in)forme(e)l(e) visie en/of beleid aanwezig rond intimiteit en seksualiteit van volwassen bewoners?

- Hoe verhoudt de aanwezigheid van (in)forme(e)l(e) visie en/of beleid rond intimiteit en seksualiteit van volwassen bewoners in IBW zich tot de aanwezigheid ervan in PVT?

2. Wat is de inhoud van de visie- en beleidsdocumenten in Vlaamse IBW en PVT?

- Wat is de aard van de documenten die we includeerden voor analyse?
- Wat is de inhoud van de documenten die handelen over seksuele gezondheid?
- Wat is de inhoud van de documenten die handelen over seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGOG)?
- Zijn de aanwezige visie- en beleidsdocumenten toegankelijk voor bewoners, personeel en/of derden?
- Wat weten we over het gebruik van deze documenten in de praktijk?
- Zijn de documenten begrijpelijk voor het doelpubliek?
- Wat weten we over de publieke toegankelijkheid van visie en beleid rond seksuele gezondheid en SGOG via de online algemene visie van de voorziening en hun online beschikbaar huishoudelijk reglement?
- Zijn de documenten actueel?

3. Welke faciliterende en remmende factoren beïnvloeden de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit in IBW en PVT in Vlaanderen?

- Welke remmende factoren beïnvloeden de ontwikkeling van formele visie- of beleidsteksten rond intimiteit en seksualiteit?
- Welke remmende factoren beïnvloeden de implementatie van forme(e)l(e) visie of beleid rond intimiteit en seksualiteit?
- Welke faciliterende factoren beïnvloeden de ontwikkeling van forme(e)l(e) visie of beleid rond intimiteit en seksualiteit?
- Welke faciliterende factoren beïnvloeden de implementatie van forme(e)l(e) visie of beleid rond intimiteit en seksualiteit?

1.4 Opbouw van deze masterproef

Hoofdstuk 2 vat samen wat in de literatuur al besproken wordt over seksualiteit en intimiteit in langdurige geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen. Hoofdstuk 3 bespreekt de methodologie van het empirische deel van dit onderzoek. Hoofdstuk 4 beschrijft de resultaten. In hoofdstuk 5 maken we een kritische bespreking van de resultaten en koppelen we terug naar de inzichten uit de literatuur. We bespreken daar ook op kritische wijze de beperkingen en sterktes van ons onderzoek. In hoofdstuk 6 wordt een conclusie getrokken en gereflecteerd over de implicaties voor de praktijk van dit onderzoek.

2. LITERATUURSTUDIE

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk bespreken we de bestaande literatuur rond seksualiteit en intimiteit in langdurige geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen.

Na een beschrijving van de gehanteerde methode, volgt een typering van de artikels. Deze literatuurstudie werpt vervolgens een blik op een algemene teneur rond het beleven van intimiteit en seksualiteit in geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen. Verder volgen korte beschouwingen rond de wijze van omgaan met seksualiteit, enkele bezorgdheden, de afwezigheid van beleidsvisie of richtlijnen en SGOG. Daarna komen we tot een aantal remmende en faciliterende factoren voor het ontwikkelen en implementeren van beleid. We eindigen met een slotbeschouwing bij de literatuurstudie.

2.2 Methode

We zochten in twee databanken, nl. PubMed en Web of Science (WoS), naar geschikte artikels om na te gaan (1) in welke mate er binnen de (residentiële) geestelijke gezondheidszorg (in)forme(e)l(e) visie en/of beleid aanwezig is rond intimiteit en seksualiteit en (2) welke remmende en faciliterende factoren de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit beïnvloeden.

De finale algoritmes werden samengesteld op basis van vijf concepten, nl. 'residentieel', 'geestelijke gezondheidszorg', 'visie en beleid', 'intimiteit en seksualiteit' en 'barrière en facilitator' (bijlage 1). De concepten 'ontwikkeling' en 'implementatie' werden bewust niet opgenomen in het finale zoekalgoritme, aangezien we dan te beperkte resultaten bekwamen. We stelden finaal twee algoritmen op per databank (bijlage 2).

Om na te gaan in welke mate er binnen de (residentiële) geestelijke gezondheidszorg (in)forme(e)l(e) visie en/of beleid aanwezig is rond intimiteit en seksualiteit, identificeerden we 387 artikels in WoS en 421 in PubMed. Tijdens de screening werden een heel aantal artikels uitgesloten op basis van de titel (n=752), omdat er geen Engelse versie beschikbaar was (n=1) en omdat we niet konden beschikken over de full text (n=9). Vervolgens vergeleken we de resultaten uit beide databanken, aangezien een aantal artikels voorkwamen in beide databanken (n=11). Finaal includeerden we - na exclusie op basis van abstract (n=10) en o.b.v. de inhoud van de full text (n=7) - 18 artikels (bijlage 3, beslisboom 1).

In onze zoekstrategie naar remmende en faciliterende factoren die de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit beïnvloeden, identificeerden we een totaal van 408 artikels in WoS (n=262) en PubMed (n=146). Opnieuw sloten we artikels uit op basis van de titel (n=382), omdat we geen Engelse versie

(n=1) en full text ter beschikking hadden (n=2) en omdat enkele artikels voorkwamen in beide databanken (n=6). Na exclusie op basis van abstract (n=4) en o.b.v. de inhoud van de full text (n=0) includeerden we finaal 13 artikels (bijlage 3, beslisboom 2).

Enkel Engelstalige artikels geschreven en gepubliceerd tussen 2004 en 2023 werden geïnccludeerd. Betalende artikelen werden niet opgenomen in ons onderzoek.

2.3 Resultaten van het literatuuronderzoek

2.3.1 Aantal en type van artikels

We geven de kenmerken van de 18 studies weer in de analysetabel van de literatuur (bijlage 4).

Publicatiedatum

Zes artikels werden gepubliceerd tussen 2004 en 2017. De overige twaalf onderzoeken werden gepubliceerd in of na 2018.

Geografische locatie

Een heel aantal studies werd (vooral) uitgevoerd in het Verenigd Koninkrijk [9, 14, 15, 16, 39], Australië [9, 13, 19, 23, 31, 39] en de Verenigde Staten van Amerika [9, 12, 26, 40]. Andere onderzoeken vonden plaats in verschillende Europese landen [16, 39], zoals Italië [7], Nederland [8], Ierland [23], Spanje [27] en België [41]. Eén onderzoek vond plaats in Israël [29] en één ander onderzoek nam een beperkt aantal artikels op van wereldwijde oorsprong (o.a. Canada, Zweden en Nieuw-Zeeland). De geografische locatie van één studie werd niet gespecificeerd [32].

Steekproefgrootte

De steekproefgrootte varieerde van 10 tot 56 deelnemers en van 7 tot 21 artikels.

Dataverzameling

De meerderheid van de onderzoekers hanteerde individuele interviews als dataverzamelmethode [8, 14, 19, 31]. Interviews waren gestructureerd [26], of semigestructureerd van aard [13, 27, 29, 40]. In één studie maakten de onderzoekers gebruik van semigestructureerde groepsinterviews [15]. Verder includeren we studies die hun data verzamelden aan de hand van focusgroepen [7], een nationale survey [12], online survey [41] of een zoekstrategie in databanken [9, 16, 23, 39]. De dataverzamelmethode van één studie werd niet gespecificeerd [32].

De meeste van de onderzoeken zijn bijgevolg empirisch van aard [7, 8, 12, 13, 14, 15, 19, 26, 27, 29, 31, 40, 41], waar enkele andere onderzoeken hun standpunten baseren op literatuuronderzoek [9, 16, 23, 39].

Data-analyse

Data-analyse gebeurde in de meeste studies aan de hand van thematische analyse [8, 9, 13, 14, 16, 19, 23, 26, 29, 40]. Andere onderzoekers voerden hun analyse uit aan de hand van inhoudsanalyse [7, 27], discoursanalyse [15], case study analyse [31], integrative review [39] of beschrijvende statistieken [12, 41]. De wijze van data-analyse van één studie werd niet gespecificeerd, aangezien er geen methodesectie opgenomen is voor deze studie [32].

2.3.2 De algemene inhoudelijk teneur van de artikels

Een belangrijk aantal artikels wijst erop dat de beleving van seksualiteit binnen voorzieningen voor residentiële GGZ voor volwassenen een complex, gevoelig en controversieel onderwerp is [12, 14, 19, 23, 32]. Een heel aantal onderzoekers stelt dat nog vaak onvoldoende aandacht wordt besteed aan (de bespreekbaarheid van) seksueel gedrag van bewoners binnen dergelijke zorgcontext [7, 9, 12, 14, 15, 16, 19], waar intieme en seksuele relaties nochtans (frequent) voorkomen [7, 12, 13, 14, 15] – ook wanneer deze eigenlijk niet toegestaan zijn binnen de zorgvoorziening [12]. Samenwonen in lange-termijn residentiële voorzieningen creëert sociale mogelijkheden tot ontmoeting, intimiteit en/of seksualiteit [32]. Bovendien is het beleven van intimiteit en seksualiteit een fundamenteel mensenrecht [7, 9, 12, 15, 16], heeft het potentieel aanzienlijke emotionele voordelen [32, 39] en kan bijdragen aan kwaliteit van leven [7, 9, 16, 27].

2.3.3 Seksualiteit in geestelijke gezondheidsvoorzieningen is niet verworven

Uit recent onderzoek van Anex et al. (2022) blijkt dat beslissingen over het omgaan met seksueel gedrag van patiënten voornamelijk genomen worden o.b.v. gedeelde praktijken en impliciete normen, waarbij er weinig of geen melding gemaakt wordt van beleidsdocumenten waarop men zich kan baseren [16]. Er is op dit vlak veel organisatorische variatie, of zelfs verschillen binnen eenzelfde zorgorganisatie (bv. tussen verschillende afdelingen) omwille van uiteenlopende doelstellingen van afdelingen [16] of de noden en mogelijkheden van de bewoners.

2.3.4 Bezorgdheden over seksualiteit in de psychiatrie

Een heel aantal artikels wijst erop dat professionals in de GGZ het belang van intimiteit en seksualiteit erkennen voor mensen die voor langere tijd opgenomen worden in een psychiatrische voorziening [8, 15, 16, 23, 26]. Toch uit deze professionals vaak een bezorgdheid over het toestaan van seksueel gedrag, vanuit (vermeende) kwetsbaarheid van patiënten of bewoners, zoals hun vermogen om toestemming te geven [16]. Ze geven ook aan dat zij bij het uitoefenen van hun functie, behoeften op vlak van seksualiteit en intimiteit gemakkelijk kunnen ontwijken of negeren [19].

2.3.5 Afwezigheid van beleid of richtlijnen

In vele artikels wordt gewezen op het belang van aanwezigheid van formeel beleid in GGZ-voorzieningen voor langdurige zorg, om zowel bewoners op een menswaardige en respectvolle manier hun intimiteit en seksualiteit te laten beleven als een context te scheppen waarin zorgprofessionals zich zelfzeker, gesteund en comfortabel voelen bij het bieden van ondersteuning [8, 13, 15, 16, 26, 39, 40]. Intimiteit, seksualiteit en consensueel seksueel gedrag zijn echter nog vaak onderbelicht en onvoldoende ingebed in het beleid en de richtlijnen van geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen [12, 13, 16, 19]. Wanneer organisatorische richtlijnen en beleid rond intimiteit en seksualiteit ontbreken, bestaat het risico dat zorgprofessionals – als gevolg van onduidelijke instructies – niet optimaal ingaan op vragen en bezorgdheden van bewoners [16]. Indien er echter wel een formeel beleid aanwezig is, kunnen zorgprofessionals veilige en effectieve zorg bieden met aandacht voor de seksuele rechten van hun bewoners [12, 16]. Dergelijk beleid is in sommige gevallen helaas eerder vaag en onduidelijk en met te ruime mogelijkheid tot persoonlijke interpretatie [14, 16] of wordt nog niet consistent toegepast [12, 13, 19, 26]. McCann et al. (2018) adviseren bovendien in hun onderzoek dat beleidsmakers in geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen niet enkel een helder en expliciet beleid opstellen, maar het ook tijdig evalueren en bijsturen [9].

2.3.6 Seksualiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag

Volgens Kröger et al. (2022) richten beleidsmakers binnen zorgorganisaties zich idealiter zowel op het faciliteren van positieve aspecten van seksualiteit en intimiteit bij bewoners, als op het voorkomen van seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGOG) [8]. Vele zorgvoorzieningen voor GGZ in Vlaanderen hebben inderdaad recent beleid ontwikkeld en geïmplementeerd rond preventie van en omgaan met SGOG. De kennis over dit beleid en de implementatie ervan lijken voorlopig echter beperkt in Vlaamse voorzieningen voor GGZ [41]. Het is dan ook een complexe uitdaging voor gezondheidszorgvoorzieningen om een beleid te ontwikkelen ter preventie van SGOG en daarnaast ook een cultuur van bespreekbaarheid tot stand te brengen in de organisatie. SGOG kan immers niet voorkomen worden louter door het opstellen van een formeel beleid. Het is belangrijk dat een organisatiecultuur haar medewerkers stimuleert tot open bespreekbaarheid en dialoog rond seksualiteit, intimiteit en de grenzen die daarbij horen, om op die manier SGOG zo goed als mogelijk te voorkomen [8].

2.3.7 Remmende en faciliterende factoren voor het ontwikkelen en implementeren van beleid

In wat volgt beschrijven we een aantal remmende en vervolgens faciliterende factoren die de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit in (residentiële) GGZ beïnvloeden.

Remmende factoren voor ontwikkeling van formele visie- of beleidsteksten rond intimiteit en seksualiteit

Balans tussen seksuele rechten en bescherming van bewoners

De literatuur bevestigt dat het in geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen een aanzienlijke uitdaging is om gepast om te gaan met intimiteit en seksualiteit van hun bewoners [7, 9]. Psychiatrische zorginstellingen zoeken een evenwicht tussen de seksuele rechten van de bewoner en hun plicht om bewoners te beschermen [13, 14, 15, 16]. Zo beschouwden zorgverleners in onderzoek van Anex et al. (2022) [16] seksueel gedrag binnen residentiële GGZ voornamelijk als 'onveilig' of wangedrag [16].

Kwetsbaarheid van de bewoners

Specifieke problemen binnen de populatie - zoals het (on)vermogen om toestemming te geven tot seksualiteit [8, 13, 16] - kunnen binnen geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen de ontwikkeling van beleid of richtlijnen in de weg staan [16], vanuit de erkenning dat kwetsbare individuen slachtoffer zouden kunnen worden van misbruik [14, 31]. Bewoners zijn daarentegen eerder geneigd hun seksuele rechten te benadrukken [16].

Maatschappelijke visie als norm

Verder kunnen geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen gehinderd worden bij het ontwikkelen van een beleid rond seksualiteit wanneer zij maatschappelijk dominante opvattingen overnemen over seksuele expressie [16].

Taboe

Seksualiteit en intimiteit zijn complexe onderwerpen waarrond taboe persisteert binnen de residentiële context van GGZ [8, 16]. Gezondheidszorgmedewerkers voelen zich bijgevolg niet of onvoldoende gesteund bij de aanpak van seksualiteit binnen de residentiële context [16].

Seksualiteit als probleem

Verder blijkt uit heel wat literatuur dat het thema seksualiteit in geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen nog steeds voornamelijk vanuit een perspectief van exclusie en pathologie beschouwd wordt [7, 9, 14, 15, 23, 31]. Verschillende auteurs wijzen erop dat seksuele relaties tussen bewoners ingeperkt of verboden worden door zorgprofessionals [7, 9, 14, 15, 16], o.a. in het belang van en vanuit respect voor andere bewoners [7].

Remmende factoren voor implementatie van forme(e)l(e) visie of beleid rond intimiteit en seksualiteit

Neiging om gesprek rond seksualiteit te vermijden

Over het algemeen gaan zorgverstrekkers binnen de GGZ nog te weinig proactief aan de slag met de beleving van deze thema's [9, 26]. De heersende organisatorische cultuur waarin de beleving van seksualiteit niet of nauwelijks besproken wordt, kan medewerkers in sommige gevallen belemmeren wanneer zij wél een dialoog rond dit thema trachten aan te gaan met bewoners [19, 23].

Bovendien dienen we er rekening mee houden dat ook bewoners de neiging kunnen hebben om het bespreken van seksualiteit en intimiteit uit de weg te gaan [9]. Zo kunnen zij bijvoorbeeld een drempel ervaren wanneer gezondheidsmedewerkers het onderwerp (te veel) in de privésfeer van de bewoner plaatsen en op die manier een barrière voor bespreekbaarheid creëren [7].

Weerstand

De persoonlijke overtuigingen van zorgmedewerkers komen niet altijd overeen met een organisatorisch(e) visie en/of beleid. Bijgevolg kan de implementatie van deze visie of dit beleid beïnvloed worden door weerstand bij zorgprofessionals [31], zeker wanneer zij niet betrokken worden in het traject van beleidsontwikkeling [13, 14].

Persoonlijk referentiekader van zorgprofessionals

Verder wordt er in vele artikels op gewezen dat eigen waarden en normen van personeel reacties op seksuele noden en verlangens van bewoners beïnvloeden [8, 13, 23, 29, 31] en bijgevolg van invloed zijn op de geleverde zorg [14], voornamelijk wanneer een duidelijk kader ontbreekt [14, 16]. In onderzoek van Ruane et al. (2008) suggereren de auteurs dat – zelfs wanneer er wél een ondersteunend beleid aanwezig is – het persoonlijk perspectief van medewerkers doorslaggevend kan zijn wanneer zij een antwoord formuleren op een hulpvraag van bewoners [14]. Om die reden is het zeer belangrijk dat personeel attent gemaakt wordt op het belang van een ondersteunend, eerder dan een restrictief beleid [13, 14].

Gebrek aan tijd

Implementatie van visie en beleid rond seksualiteit in voorzieningen voor GGZ kan eveneens belemmerd worden wanneer gezondheidsmedewerkers te weinig tijd hebben om seksuele behoeften van hun bewoners regelmatig of consequent te benaderen [26, 40].

Afhankelijke positie van zorgvragers

Eerder onderzoek beschrijft dat het voor bewoners moeilijk kan zijn om seksualiteit en SGOG bespreekbaar te maken als gevolg van het machtsverschil dat zij ervaren ten opzichte van de zorgverleners. Aangezien zorgvragers zich binnen de zorgrelatie in een afhankelijke positie bevinden ten opzichte van zorgpersoneel, kunnen zij een drempel

ervaren bij het bespreekbaar maken van hun seksualiteit, zowel in het algemeen als naar aanleiding van een incident van SGOG [8, 31].

Schroom

Verder belemmeren een zekere schroom en gevoelens van ongemak mogelijk zowel bewoners [7, 9, 29, 40] als zorgverleners bij het bespreekbaar maken van seksualiteit [7, 8, 9, 23, 26, 29]. Zelfs wanneer gezondheidsmedewerkers zich bereid tonen om onderwerpen gerelateerd aan seksualiteit en intimiteit bespreekbaar te maken, is het voor zorgvragers niet altijd evident om zich voldoende comfortabel te voelen om dergelijk gesprek te voeren met een begeleider [29].

Angst voor gevolgen van het bespreken van seksualiteit

Bewoners kunnen bovendien een extra drempel ervaren wanneer hun intieme of seksuele relatie niet gesteund wordt door zorgmedewerkers en zij vrezen de relatie te moeten verbreken [7].

Gebrek aan geschikte accommodatie voor privacybeleving

Volgens verschillende auteurs vormt de afwezigheid van een aparte ruimte in psychiatrische voorzieningen voor het beleven van seksualiteit en intimiteit vaak een obstakel, waardoor privacy voor bewoners van een zorginstelling niet gegarandeerd kan worden [7, 9, 16, 40].

Gebrek aan kennis en (gespreks)vaardigheden

Een belangrijk aantal artikels wijst erop dat dat zorgprofessionals nood ervaren aan meer kennis en opleiding [7, 9, 16, 19, 23, 26, 29, 40], zodat zij effectief kunnen reageren op complexe situaties of uitdagingen op vlak van seksualiteit en intieme relaties tussen bewoners [29]. Wanneer de nodige kennis en vaardigheden ontbreken, zullen sommige gezondheidsmedewerkers immers geneigd zijn om onderwerpen gerelateerd aan seksualiteit en intimiteit te vermijden [29].

Faciliterende factoren voor ontwikkeling van forme(e)l(e) visie of beleid rond intimiteit en seksualiteit

Formeel kader als ondersteuning voor bewoners

Eerder onderzoek toont aan dat bewoners van residentiële geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen nood hebben aan ondersteuning bij het beleven van intieme en seksuele behoeften, bv. in de vorm van praktische adviezen, psycho-educatie of advies rond hun medicatie [7, 13]. Uit eerdere studies blijkt dat bewoners deze nood nog niet als beantwoord beschouwen [9, 13] en in onderzoek van Landi et al. (2020) uiten bewoners een wens tot het opstellen van institutionele richtlijnen [7].

Quinn et al. (2016) stellen op basis van hun onderzoeksresultaten dat bewoners een gevoel van veiligheid kunnen krijgen door de aanwezigheid van een formeel kader waarin seksuele intimiteit een plaats krijgt [13].

Bespreken van seksualiteit is gewenst

Bovendien weten we dat bewoners open staan voor de bespreekbaarheid van seksualiteitsbeleving. De angst bij zorgverleners om intimiteit en seksualiteit ongewenst ter sprake te brengen, lijkt onterecht binnen geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen [9].

Seksualiteit als onderdeel van zorg

Binnen holistische, herstelgerichte zorg komen naast andere levensdomeinen ook intimiteit en seksualiteit aan bod in het traject van bewoners [9]. We maken hierbij wel de kanttekening dat Berger-Merom et al. (2021) in hun onderzoek vaststelden dat de helft van hun respondenten hun twijfel uitten of onderwerpen gerelateerd aan intimiteit en seksualiteit wel geschikt zijn om op te nemen binnen de doelstellingen van rehabilitatie van hun bewoners [29].

Wetenschappelijk onderzoek

Verder wetenschappelijk onderzoek naar seksualiteit en de ervaringen van zorgverleners bij het omgaan met seksueel gedrag van bewoners kan de ontwikkeling van visie en/of beleid positief beïnvloeden. Resultaten uit toekomstig onderzoek kunnen zorgvoorzieningen de nodige expertise en ondersteuning bieden bij het ontwikkelen van duidelijk en inclusief beleid en richtlijnen [16].

Faciliterende factoren voor implementatie van forme(e)l(e) visie of beleid rond intimiteit en seksualiteit

Participatie bij beleidsontwikkeling

Enkele onderzoekers suggereren dat vertegenwoordigers van de zorgprofessionals bij voorkeur betrokken worden in het proces van ontwikkeling, waardoor zij geen of minder weerstand ondervinden in het proces van implementatie [13, 14].

Transparante communicatie naar zorgverleners en zorgvragers

Verder benadrukken Anex et al. (2022) hoe belangrijk het is dat personeel – inclusief de consulterende psychiater – weet welk beleid er in een voorziening voor langdurige GGZ al dan niet aanwezig is [16]. Communicatie naar bewoners toe over bestaand beleid is volgens diezelfde auteurs ook cruciaal voor een duurzame implementatie van een beleid rond intimiteit en seksualiteit in de praktijk [16].

(Proactieve) bespreekbaarheid van seksualiteit

In vele artikels beschrijven auteurs dat bewoners van geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen vanuit hun perspectief individuele, regelmatige gesprekken

aanhalen om de bespreekbaarheid hun seksualiteit te faciliteren [7, 8, 16, 40]. De meeste bewoners uit onderzoek van Landi et al. (2020) rapporteerden geen barrières in het bespreekbaar maken van hun affectieve en seksuele leven met zorgverstrekkers [7], waarbij zij het een meerwaarde achten als medewerkers het initiatief nemen om deze onderwerpen bespreekbaar maken [7].

Accommodatie voor privacybeleving

Verder is de beschikbaarheid van een privéruimte waar bewoners van intimiteit en seksualiteit kunnen genieten uitermate belangrijk om implementatie van visie en/of beleid rond seksualiteit en intimiteit mogelijk te maken [7, 16].

Opleiding en normalisatie

Hendry et al. (2017) opperen dat educatie en training voor zorgpersoneel het potentieel bezitten om – in combinatie met duidelijk beleid rond seksualiteit en intimiteit – bij te dragen aan normalisatie van het open bespreken van seksualiteit en intimiteit [23].

2.3.8 Slotbeschouwing bij de literatuurstudie

De meerderheid van de studies binnen deze literatuurstudie (n=12) werd (voornamelijk) uitgevoerd in het Verenigd Koninkrijk [9, 14, 15, 16, 39], Australië [9, 13, 19, 23, 31, 39] en de Verenigde Staten van Amerika [9, 12, 26, 40]. Onderzoek uitgevoerd in deze drie landen wijst erop dat intimiteit en seksualiteit vaak (nog) niet beschreven staan in het beleid van geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen [12, 13, 16, 19].

Wel stellen we vast dat meer dan de helft van de onderzoeken (n=12) gepubliceerd werd in of na 2018, wat een indicatie kan zijn voor het toenemend belang van intimiteit en seksualiteit binnen de GGZ.

Auteurs vermelden verschillende remmende en faciliterende factoren die de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond seksualiteit en intimiteit beïnvloeden (tabel 1). De factoren die in de tabel worden opgelijst, zijn niet gerangschikt in orde van belangrijkheid. Daarover kunnen we geen uitspraken doen omdat de standpunten in een aantal studies niet gebaseerd zijn op terreinonderzoek maar op literatuuronderzoek van 7 tot 21 andere artikels, wat de afstand tot de basisdata vergroot [9, 16, 23, 39].

Wel zien we dat er in de literatuur opvallend meer remmende factoren aangehaald worden in verhouding tot het aantal faciliterende factoren dat vermeld wordt.

Tabel 1. Remmende en faciliterende factoren voor ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit binnen de residentiële GGZ.

Ontwikkeling	
Remmende factoren	Faciliterende factoren
<ul style="list-style-type: none"> • Balans tussen seksuele rechten en bescherming van bewoners [13, 14, 15, 16] • Kwetsbaarheid van de bewoners [8, 13, 14, 16, 31] • Maatschappelijke visie als norm [16] • Taboe [8, 16] • Seksualiteit als probleem [7, 9, 14, 15, 16, 23, 31] 	<ul style="list-style-type: none"> • Nood aan ondersteuning voor bewoners [7, 9, 13] • Bespreken van seksualiteit is gewenst [9] • Seksualiteit als onderdeel van zorg [9] • Wetenschappelijk onderzoek [16]
Implementatie	
Remmende factoren	Faciliterende factoren
<ul style="list-style-type: none"> • Weerstand [13, 14, 31] • Persoonlijk referentiekader van zorgprofessionals [8, 13, 14, 16, 23, 29, 31] • Gebrek aan tijd [26, 40] • Afhankelijke positie van zorgvragers [8, 31] • Schroom [7, 8, 9, 23, 26, 29, 40] • Angst voor gevolgen van het bespreken van seksualiteit [7] • Gebrek aan geschikte accommodatie voor privacybeleving [7, 9, 16, 40] • Gebrek aan kennis en (gespreks)vaardigheden [7, 9, 16, 19, 23, 26, 29, 40] • Neiging om gesprek rond seksualiteit te vermijden [7, 9, 19, 23, 26] 	<ul style="list-style-type: none"> • Participatie bij beleidsontwikkeling [13, 14] • Transparante communicatie naar zorgverleners en zorgvragers [16] • (Proactieve) bespreekbaarheid van seksualiteit [7, 8, 16, 40] • Accommodatie voor privacybeleving [7, 16] • Opleiding en normalisatie [23]

3. METHODOLOGIE VAN HET EMPIRISCHE DEEL

3.1 Onderzoeksdesign

Het onderzoeksopzet is exploratief en kwalitatief van aard. Er wordt gebruik gemaakt van een korte algemene oriënterende online bevraging, documentenanalyse (visieteksten en beleidsdocumenten), diepte-interviews en focusgroepen om inzicht te krijgen in de wijze waarop met seksualiteit van bewoners wordt omgegaan.

3.2 Dataverzameling

3.2.1 Korte algemene bevraging m.b.v. online enquête

Via mail verstuurd we een summiere online bevraging naar alle erkende IBW en erkende PVT in Vlaanderen. In deze zeer korte oriënterende bevraging - opgesteld m.b.v. qualtricsXM - peilden we in algemene termen naar aan- of afwezigheid van een forme(e)l(e) en/of informe(e)l(e) visie/beleid rond intimiteit en seksualiteit in de woonvorm (bijlage 5).

De bevraging was online toegankelijk van 24/11/2022 tot 15/07/2023. Ze bestond uit gesloten vragen met antwoordcategorieën. In de vragenlijst werd ook gevraagd of

- de participanten bereid waren de **beschikbare visie- en beleidsdocumenten** van de voorziening te bezorgen aan de onderzoeker en het jaartal van de laatste aanpassing aan de betreffende visie- en beleidsdocumenten te communiceren. Deze informatie gaf ons de mogelijkheid om in te schatten of materiaal nog actueel is of er reeds een uitgewerkte visie bestaat.
- ze bereid waren in een vervolg deel te nemen aan een (online) individueel **diepte-interview** (ongeveer 60 minuten) **of** een (online) **focusgroep** (ongeveer 90 minuten). Respondenten konden naast 'ja' en 'nee' ook aangeven dat ze een deelname overwogen, maar eerst meer informatie wensten te ontvangen alvorens een beslissing te nemen.

De gegevens werden verzameld via qualtricsXM en gedownload in databestanden voor analyse. Deze datasets bevatten ook metadata (zoals duur, datum en volledigheid), maar deze metadata werden niet gebruikt voor de analyse.

3.2.2 Beleidsdocumenten en visieteksten

Het verzamelen van visie- en beleidsdocumenten van de betrokken instellingen had tot doel de formele standpunten van de organisaties (of de groep) rond intimiteit en seksualiteit van volwassen bewoners in hun voorziening te inventariseren en analyseren. We stelden ook de vraag of het om een publiek toegankelijk(e) visie en/of beleidstekst

ging, dan wel om een intern werkdocument. Tot slot bekeken we of er op de website van de voorzieningen aandacht wordt besteed aan deze materie.

3.2.3 Diepte-interviews en focusgroepen

Voor een verdieping van onze inzichten gebruikten we diepte-interviews en focusgroepen. We peilden daarin naar faciliterende factoren en barrières bij het ontwikkelen en uitvoeren van een visie en beleid rond seksualiteit en intimiteit. Er werd een oriënterende vragenlijst opgesteld voor de interviews (bijlage 6).

Aan het begin van elk gesprek werd relevante achtergrondinformatie gevraagd zoals functie van de participant en het type voorziening waarin hij/zij werkzaam is. Vervolgens werd de deelnemers gevraagd naar hun mening over, en ervaring met, de bespreekbaarheid van intimiteit en seksualiteit in de voorziening. Verder bevroegen we o.a. het afgelegde of lopende traject van het opstellen en invoeren van visie en/of beleid in de voorziening (inclusief faciliterende en remmende factoren) en de wijze waarop bewoners en medewerkers hierover geïnformeerd worden.

Alle interviews en focusgroepen vonden plaats op digitale wijze (m.b.v. MS Teams). De interviews vonden plaats in juni, juli en augustus 2023. De meeste diepte-interviews werden individueel uitgevoerd (n=12). Een aantal participanten (n=3) opteerde voor een duo-interview, met als voornaamste reden dat de kennis rond dit thema verdeeld zat en deelnemers zich meer zelfzeker voelden in de aanwezigheid van een collega.

We organiseerden twee focusgroepen in juli en augustus 2023. Voor de focusgroepen gebruikten we topiclijsten (bijlage 7). De kernvragen waren (1) 'Welke faciliterende/remmende factoren beïnvloeden de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit in jullie organisatie?' en (2) 'Hoe ervaren jullie de huidige bespreekbaarheid van intimiteit en seksualiteit in de voorziening?'

3.3 Onderzoekspopulatie

3.3.1 Korte algemene bevraging m.b.v. online enquête

Dit onderzoek werd uitgevoerd in erkende IBW en erkende PVT in Vlaanderen. Het steekproefkader voor de IBW en PVT bestond uit de lijsten van erkende voorzieningen, beschikbaar op de website van Zorg & Gezondheid¹ (geraadpleegd op 24 november 2022). Vlaanderen telt 32 erkende IBW. Verder kwamen 22 erkende PVT (met een totaal van 38 uitbatingsplaatsen) in aanmerking voor deelname aan dit onderzoek.

¹ <https://www.vlaanderen.be/initiatieven-voor-beschut-wonen>
<https://www.vlaanderen.be/gezondheid-en-welzijn/gezondheidpsychische-gezondheid/psychiatrische-verzorgingstehuizen>

We hebben alle IBW en PVT erkend door de Vlaamse overheid per mail gecontacteerd met de vraag tot deelname aan een online enquête. We includeerden dus zowel IBW en PVT die reeds expliciet een beleid en/of visie rond intimiteit en seksualiteit uitwerkten, als IBW en PVT waar nog geen of slechts beperkt(e) beleid en/of visie rond aanwezig is. Als inclusiecriteria voor het invullen van de online vragenlijst voor de voorziening, werd gevraagd naar respondenten die kennis hadden over de visie en het beleid (al dan niet formeel) rond intimiteit en seksualiteit, maar de beslissing wie de vragenlijst invulde lag bij de instelling.

Onze contactmail bevatte een link naar de online enquête. We verstuurden deze link een eerste keer in november 2022 en een herinnering volgde in juni 2023.

Zorgnet-Icuro engageerde zich om via haar permanente werkgroepen en per mail haar leden te informeren over het onderzoek en deelname aan te moedigen, om zo de non-respons te reduceren (december '22).

3.3.2 Beleidsdocumenten en visieteksten

We includeerden enkel visieteksten en beleidsdocumenten die in het Nederlands opgesteld waren en die online beschikbaar waren via de website van de voorziening of die ons per mail toegezonden werden. We hanteerden geen exclusiecriteria voor wat betreft het datumbereik van het opstellen of aanpassen van de documenten.

3.3.3 Diepte-interviews en focusgroepen

Via de online enquête werden deelnemers voor de interviews en focusgroepen gerekruteerd. De medewerkers werden afgevaardigd door hun organisatie als sleutelinformant die informatie kon verschaffen omtrent factoren die de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit faciliteren, dan wel belemmeren. Dat kon gaan om directies, stafmedewerkers, leidinggevendenden etc. Ook professionals die vanuit hun functie een goed zicht hebben op faciliterende factoren en barrières bij het ontwikkelen en uitvoeren van een visie en beleid rond seksualiteit en intimiteit, konden participeren aan dit deel van het onderzoek. Om te voorkomen dat een taalbarrière zou leiden tot foutieve interpretatie van bekomen data, gold als inclusiecriteria voor participanten dat ze de Nederlandse taal voldoende moesten beheersen.

Naar alle geïnteresseerden werd per mail een introductiebrieftje gestuurd (bijlage 8). Aan de hand van deze introductiebrieftje informeerden we potentiële respondenten over het doel en de relevantie van het onderzoek, maar ook over de procedure, de verwachte tijdsbesteding, de garantie van anonimiteit en vertrouwelijkheid, het delen van de

resultaten en de voordelen voor de participanten. Op die manier trachtten we hen te enthousiasmeren voor deelname.

Om participanten de mogelijkheid te geven deze informatie door te nemen, nam de onderzoeker enkele dagen later telefonisch contact op om een eventueel diepte-interview of deelname aan een focusgroep af te spreken.

Bij voorzieningen die in de online enquête expliciet aangaven dat ze niet wensten deel te nemen aan een diepte-interview of focusgroep, werd niet aangedrongen. Dit konden we echter enkel garanderen indien de contactgegevens in de online enquête ingevuld werden. Alle andere voorzieningen werden telefonisch gecontacteerd door de onderzoeker.

3.4 Data-analyse

Alle verzamelde data werden geaggregeerd geanalyseerd en geïnterpreteerd. We hanteerden een iteratief proces van datatriangulatie, het steeds opnieuw onderling toetsen van alle data uit de gegevens die we bekwamen tijdens de dataverzameling.

3.4.1 Korte algemene bevraging m.b.v. online enquête

De databestanden uit qualtricsXM werden geëxporteerd in Excel-bestanden en in de vorm van een rapport. In de datasets kregen we zowel geaggregeerde gegevens alsook individuele responsen ter beschikking voor analyse en interpretatie. De bestanden bevatten niet alleen de ruwe data (nl. de responsen op de vragen), maar ook additionele metadata (zoals duur, datum en volledigheid). Een aantal van de data werden in de vorm van percentages uitgedrukt om op die manier een antwoord te formuleren op de onderzoeksvraag of en in welke mate er in Vlaanderen binnen de psychiatrische, residentiële context (IBW en PVT) (in)forme(e)l(e) visie en/of beleid aanwezig is rond intimiteit en seksualiteit van volwassen bewoners.

3.4.2 Beleidsdocumenten en visieteksten

De documenten werden thematisch geanalyseerd. Aanvankelijk gingen we tijdens de thematische analyse puur exploratief, inductief te werk. In een tweede ronde van de analyse gingen we meer deductief aan de slag met concepten en inzichten uit de literatuur.

De thematische analyse gebeurde in drie fasen [42]. Bij aanvang van de analyse stond een iteratief proces van lezen en interpreteren van de data en het coderen ervan centraal, waarbij we relevante tekstfragmenten markeerden. Voorlopige codes werden inductief gegenereerd uit de responsen van de participanten en toegekend aan de fragmenten. Gebruikte codes werden ondergebracht in een codetabel. In een tweede ronde van de analyse gingen we meer deductief aan de slag om na te gaan of de inductief ontwikkelde

begrippen geldig waren in het materiaal. Vervolgens trachtten we het grote aantal codes terug te brengen tot een aantal samenhangende en samenvattende thema's. Tot slot brachten we deze thema's met elkaar in verband en interpreteerden we de resultaten, waarbij we nagingen of we inzichten hadden verkregen voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen.

Aanvullend probeerden we a.d.h.v. het jaartal van de laatste aanpassing aan de visie- en beleidsdocumenten in kaart te brengen in welke mate het proces van het opstellen van een visie en/of beleid lopende of reeds afgerond was in de voorziening. Deze informatie gaf ons bovendien de mogelijkheid om een inschatting te maken van de mate waarin het materiaal nog actueel is.

Alle beschikbare teksten werden op iteratieve wijze inhoudelijk met elkaar vergeleken om de kwaliteit van de resultaten te optimaliseren.

3.4.3 Diepte-interviews en focusgroepen

Ook de transcripten van de interviews en focusgroepen zijn thematisch geanalyseerd. We stelden een beschrijvende matrix op waarin het nummer van het interview of de focusgroep, het toegekende referentienummer van de participant en enkele achtergrondkenmerken beschreven werden (type van de voorziening, functie en geslacht van de participant) (tabel 2). Op die manier hadden we de mogelijkheid om uitspraken te kaderen of te verklaren aan de hand van deze variabelen. Alle uitspraken werden gelabeld met het referentienummer van de deelnemer om diepgaand te kunnen coderen.

Tabel 2. Beschrijvende matrix van de participanten van de (duo-)diepte-interviews (DI) en focusgroepen (FG).

Participant	DI / FG	IBW/PVT	Functie	Geslacht
1-R1	DI (duo)	PVT	Diensthooft	V
1-R2	DI (duo)	PVT	Psycholoog	V
2-R1	DI (duo)	IBW	Begeleider, maatschappelijk werker	V
2-R2	DI (duo)	IBW	Begeleider, maatschappelijk werker	V
3-R	DI	IBW	Stafmedewerker	V
4-R	DI	PVT	Afdelingshooft	M
5-R	DI	PVT	Psycholoog (beleid)	V
6-R1	DI (duo)	IBW	Afdelingshooft	M
6-R2	DI (duo)	IBW	Begeleider, team intake	V
7-R	DI	IBW	Directie	M
8-R	DI	IBW	Seksuoloog	V

9-R	DI	PVT	Inhoudelijk coördinator	M
10-R	DI	PVT	Therapeutisch verantwoordelijke	V
11-R1	FG	PVT	Teamcoach	M
11-R2	FG	IBW	Psycholoog, functioneel leidinggevende	V
11-R3	FG	PVT	Team-verantwoordelijke	V
12-R	DI	PVT	Psycholoog	M
13-R	DI	PVT	Directie	M
14-R	DI	PVT	Hoofdverpleegkundige	V
15-R	DI	IBW	Directie	V
16-R	DI	PVT	Verpleegkundige	V
17-R1	FG	PVT	Afdelingshoofd	M
17-R2	FG	IBW+PVT	Therapeutisch coördinator	V
17-R3	FG	PVT	Afdelingshoofd	V
17-R4	FG	IBW+PVT	Zorgmanager	V

3.5 Ethische overwegingen

De Ethische Commissie Humane Wetenschappen bezorgde een positief advies (ECHW_410), evenals de Toetsingscommissie Ethiek GGZ Broeders van Liefde (0G054-2023-04) - bevoegd als commissie voor ethiek met gedeeltelijke erkenning voor de Psychiatrische Centra van de Broeders van Liefde in Vlaanderen (bijlage 9). Tot slot dienden we vijf amendementen in via de Lokale Stuurgroep Ethiek van betrokken psychiatrische centra.

We bevroegen geen individuele standpunten of persoonlijke meningen. De doelstelling was immers niet om te peilen naar persoonlijke standpunten van medewerkers, maar om te verwerken hoe een organisatie omgaat met visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit. Data-analyse werd daarom gedepersonaliseerd uitgevoerd. Louter persoonlijke standpunten werden niet verwerkt in de data-analyse.

Participanten kregen duidelijke informatie over het doel, het verloop, de belasting, het opzet en de aard van het onderzoek. Een deelname kon op elk moment gestaakt worden en was steeds vrijwillig. Het formulier voor geïnformeerde toestemming (bijlage 10) werd samen met de link naar de online vragenlijst per mail verzonden. Alle respondenten gaven expliciet hun toestemming tot deelname aan het onderzoek door het invullen en terugzenden van een digitaal formulier voor geïnformeerde toestemming of met schriftelijke toestemming door een positief antwoord op de eerste vraag in de online

vragenlijst. Die eerste vraag peilde naar de vrijwilligheid van deelname aan het onderzoek. Alle deelnemers van de diepte-interviews en focusgroepen ondertekenden eveneens vooraf het formulier voor geïnformeerde toestemming (bijlage 10). Enkel respondenten die expliciet hun toestemming tot deelname aan het onderzoek gaven, werden geïncludeerd.

De formulieren voor geïnformeerde toestemming werden conform de richtlijnen van General Data Protection Regulation (GDPR) opgesteld. In de openingsvraag in de online vragenlijst bevestigden alle 42 respondenten hun vrijwillige deelname. Ook alle participanten van de diepte-interviews en focusgroepen ondertekenden voorafgaand het (digitale) formulier voor geïnformeerde toestemming.

Bij deze studie werden op geen enkele manier patiënten of bewoners betrokken, noch werden er patiëntendata verzameld.

In de ontwerpfase van het onderzoek hielden we in het kader van datamanagement rekening met de wijze waarop persoonsgegevens verzameld en verwerkt werden (*privacy by design*). We beperkten verzameling van persoonsdata tot die gegevens die bijdroegen aan het beantwoorden van de onderzoeksvragen. Het ging telkens om primaire data die door de onderzoeker zelf verzameld werden en die zo snel mogelijk omgezet werden in gepseudonimiseerde gegevens. Deze gegevens worden niet gedeeld met andere personen buiten de eigen instelling (Vrije Universiteit Brussel) of met organisaties in het buitenland.

Bij de data-opslag en het verwerken van de onderzoeksresultaten werden anonimiteit en privacy van de participanten gegarandeerd. Het gaat hierbij zowel om de anonimiteit van de voorziening als van de medewerkers die rapporteerden over de visie en het beleid van de organisatie. We trachtten een spoedige transcriptie te realiseren en de oorspronkelijke databestanden werden zo snel mogelijk versleuteld opgeslagen op een SharePoint van VUB. Na het verstrijken van de termijn van opslag, zullen de gegevens worden vernietigd.

We vermeden dat transcripten herleid konden worden tot deelnemende respondenten door ze te pseudonimiseren. We maakten een pseudonieme dataset door persoonsgegevens te herleiden tot codes in een tweede, aparte dataset. De codeersleutel werd veilig en apart opgeslagen en zal onmiddellijk na de verdediging van de masterproef verwijderd worden. Enkel de onderzoeker heeft toegang tot de niet-publieke sleutel die het referentienummer van de deelnemer linkt aan de persoonlijke informatie van de deelnemer.

Alle persoonsinformatie werd weggelaten uit het databestand om zo de identificatie van de respondenten en de voorzieningen tot een minimum te beperken. De audiofile, het transcript en de persoonsgegevens van de respondent werden van elkaar losgekoppeld en in een lijst die we apart bewaarden, werden de data en respondenten opnieuw gelinkt. Dankzij deze buffer is herkenning nooit mogelijk, zelfs niet op de ruwe data. Transcripten

en audiofiles zullen twee tot maximum vijf jaar lang bewaard worden op de beveiligde server van de onderzoeksgroep, waartoe enkel de promotor en betrokken onderzoekers toegang hebben. De gegevensopslag op de beveiligde server valt onder de verantwoordelijkheid van de promotor van deze masterproef, die eveneens coördinator is van de onderzoeksgroep. We beperken bewust het aantal mensen dat toegang heeft tot de (persoons-)data. Na het verstrijken van de termijn van opslag, worden de gegevens vernietigd.

We verwachtten op basis van de aard van de dataverzameling en het onderwerp geen negatieve gevolgen voor de deelnemers na uitvoering van of deelname aan de dataverzameling.

De onderzoeker gebruikte geen toevertrouwde informatie voor andere doeleinden en de identiteit van de betrokken respondenten werd in geen geval kenbaar gemaakt. Indien een potentiële respondent na kennisname van de informatie rond het onderzoek, expliciet aangaf niet te willen deelnemen, drong de onderzoeker niet aan.

Tot slot hebben we ons ertoe verbonden om gebruik te maken van de best geschikte wetenschappelijke onderzoeksmethode. We gaven op transparante en volledige wijze de gebruikte methode weer alsook alle beslissingen die genomen werden tijdens dit onderzoek. Doorheen het ganse onderzoeksproces stonden we bewust stil bij relevante ethische aspecten.

3.6 Reflectie rond haalbaarheid

We bespreken de haalbaarheid van dit onderzoek in het kader van een masterproef aan de hand van vier bepalende factoren, nl. tijd, geld, bereidheid en bereikbaarheid van respondenten en de risicoanalyse [43]. (1) De tijdsbegroting werd haalbaar geacht voor het uitvoeren van dit onderzoek. (2) Verwachte kosten waren naar verwachting zeer beperkt (bv. enkel vervoersonkosten), omdat het onderzoek uitgevoerd werd in het kader van een opleiding. (3) De werving van voldoende respondenten die bereid waren tot deelname was cruciaal. Op vlak van bereikbaarheid voorzagen we geen problemen, omdat er online adressen en contactgegevens van de erkende PVT en IBW beschikbaar waren. Deze mogelijke participanten werden meermaals telefonisch en per mail gecontacteerd voor deelname. Alle deelnemers die zich bereidwillig toonden voor deelname aan onze dataverzameling, werden geïnccludeerd. (4) Als voornaamste risico verwachtten we een tekort aan respondenten. Er werd geen incentive voorzien, maar we voorzagen wel de mogelijkheid om de non-respons te reduceren dankzij het netwerk van Aditi. Het is niet nodig gebleken hiervan gebruik te maken.

4. Resultaten

4.1 Deelname aan het onderzoek

4.1.1 Korte algemene bevraging m.b.v. online enquête

We verzamelden 67 antwoorden op de online vragenlijst, waarvan er 42 geïncludeerd werden in ons onderzoek. Een aantal vragenlijsten (n=25) waren onvolledig (> 44% missing data) en bijgevolg onbruikbaar voor analyse.

We ontvingen data van 12 verschillende IBW en 14 verschillende PVT. Dat betekent een responspercentage van 37,14% (37,50% voor IBW en 36,84% voor PVT). We hebben geen informatie over de beweegredenen van voorzieningen die niet deelnamen.

De antwoorden werden geleverd door directieleden (n=13), individuele begeleiders (IB) (n=6), stafmedewerkers (n=4), zorgmanagers (n=4), zorginhoudelijk of therapeutisch of afdelingscoördinatoren (n=4), (beleids)psychologen (n=3), (hoofd)verpleegkundigen (n=3), therapeutisch of teamverantwoordelijken (n=2), dienst- of afdelingshoofden (n=2), een kwaliteitsmedewerker (n=1) en seksuoloog (n=1). Eén respondent voert een dubbele functie uit, waardoor het totaal 43 bedraagt (tabel 3).

Tabel 3. Deelnemers korte algemene bevraging per type zorgvoorziening en functie.

	IBW	PVT	Andere	Totaal
Directiefunctie	10	3	-	13
Individuele begeleider	5	1	-	6
Stafmedewerker	2	1	1	4
Zorgmanager	2	2	-	4
Zorginhoudelijk, therapeutisch of afdelingscoördinator	-	4	-	4
(Beleids)psycholoog	-	3	-	3
(Hoofd)verpleegkundige	-	3	-	3
Therapeutisch of teamverantwoordelijke	-	2	-	2
Dienst- of afdelingshoofd	1	1	-	2
Kwaliteitsmedewerker	-	1	-	1
Seksuoloog	1	-	-	1
Totaal	21	21	1	43

4.1.2 Beleidsdocumenten en visieteksten

Elf respondenten gaven in de vragenlijst aan dat hun organisatie over een formele visie rond intimiteit en seksualiteit beschikt. Tien respondenten gaven aan dat zij beschikken over een formeel beleid rond intimiteit en seksualiteit.

Negen respondenten (21,43%) van de online bevraging waren bereid hun visie- en/of beleidsdocumenten ter beschikking te stellen, negen niet (21,43%). De overige 24 deelnemers (57,14%) hadden vermoedelijk geen formele visie en formeel beleid (zij duiden 'geen antwoord' (GA) aan) en konden dus niet toeleveren.

Van de negen bereidwillige participanten, bezorgden er vijf effectief hun beschikbaar tekstmateriaal. Twee voorzieningen bleken geen tekstmateriaal voorhanden te hebben en twee anderen bezorgden geen documenten op eigen initiatief en lieten geen contactgegevens na. Aanvullend ontvingen we na de diepte-interviews en focusgroepen op vraag van de onderzoeker nog documenten uit acht verschillende voorzieningen. Daarbij includeerden we drie publiek toegankelijk teksten via internet. Een aantal zorgorganisaties bezorgde meerdere documenten, waardoor we finaal twintig visieteksten, beleidsdocumenten en ethische adviezen uit twaalf verschillende zorgorganisaties includeerden voor analyse (drie IBW, vijf PVT, twee psychiatrische centra (PC) en twee netwerken van zorgvoorzieningen).

In onderstaand deel verwijzen we naar het nummer van de betreffende documenten met kenletter Dx en het paginanummer.

4.1.3 Diepte-interviews en focusgroepen

Voor de diepte-interviews en focusgroepen verzamelden we respectievelijk 18 en 7 participanten (tabel 4), met uiteenlopende (soms dubbele) functieprofielen, nl.: directielid (n=4), (beleids)psycholoog (n=4), afdelingshoofd (n=4), individuele begeleider (n= 3), therapeutisch of teamverantwoordelijke (n=2), (hoofd)verpleegkundige (n=2), inhoudelijk of therapeutisch coördinator (n= 2), diensthoofd (n=1), stafmedewerker (n=1), seksuoloog (n=1) en functioneel leidinggevende (n=1).

Aan onze diepte-interviews en focusgroepen namen acht mannen (32%) deel en zeventien vrouwen (68%).

Vijf deelnemende voorzieningen zijn gelegen in de provincie Limburg (26%), vijf in Oost-Vlaanderen (26%) en vijf in West-Vlaanderen (26%). Twee instellingen zijn gesitueerd in Antwerpen (11%) en de overige twee in Vlaams-Brabant (11%).

Tien (40%) van de participanten zijn werkzaam in een IBW, dertien (52%) in een PVT en twee respondenten (8%) vertegenwoordigden zowel een IBW als een PVT van eenzelfde zorggroep (tabel 4).

Tabel 4. Deelnemers diepte-interviews en focusgroepen per type zorgvoorziening en functie.

	Type voorziening	Diepte- interview	Focusgroep	Totaal
Directiefunctie	IBW	2	-	4
	PVT	1	-	
	IBW + PVT	-	1	
(Beleids)psycholoog	IBW	-	1	4
	PVT	3	-	
Afdelingshoofd	IBW	1	-	4
	PVT	1	2	
Individuele begeleider	IBW	3	-	3
	PVT	-	-	
Therapeutisch of teamverantwoordelijke	IBW	-	-	2
	PVT	1	1	
(Hoofd)verpleegkundige	IBW	-	-	2
	PVT	2	-	
Inhoudelijk / therapeutisch coördinator	IBW	-	-	2
	PVT	1	-	
	IBW + PVT	-	1	
Diensthoofd	IBW	-	-	1
	PVT	1	-	
Stafmedewerker	IBW	1	-	1
	PVT	-	-	
Seksuoloog	IBW	1	-	1
	PVT	-	-	
Functioneel leidinggevende	IBW	-	1	1
	PVT	-	-	
SUBTOTAAL	IBW	8	2	10
	PVT	10	3	13
	IBW + PVT	0	2	2
TOTAAL		18	7	25

Over de non-respons hebben we slechts beperkte gegevens. Twee respondenten gaven aan dat ze een deelname aan ons vervolgonderzoek niet zagen zitten wegens beperkte tijd. Anderen haalden geen reden aan (n=4) of waren niet meer bereikbaar (n=4).

Tussen juni en september 2023 voerden we 15 interviews uit met een gemiddelde duur van 46 minuten. Drie van deze interviews waren op vraag van de respondenten duo-interviews met twee medewerkers uit eenzelfde organisatie.

We organiseerden ook twee focusgroepen. Deze duurden gemiddeld 1 uur en 18 minuten. Aan de eerste focusgroep namen 3 participanten deel, aan de tweede 4. Alle participanten van beide focusgroepen waren betrokken bij de ontwikkeling en implementatie van de interne visie en het beleid (al dan niet formeel) rond intimiteit en seksualiteit. Zij zijn op de hoogte van de barrière(s) waarom visie en beleid ontbreken in de voorziening. In de tweede focusgroep waren alle deelnemers tewerkgesteld bij eenzelfde Psychiatrisch Centrum. Het gesprek was open, productief en reduceerde terughoudendheid.

Eén persoon kon omwille van persoonlijke redenen niet deelnemen aan de geplande focusgroep. Met deze respondent werd nadien een individueel diepte-interview ingepland.

We geven het nummer van de respondent(en) telkens weer tussen haakjes met kenletter R.

4.2 Inhoudelijke bevindingen

4.2.1 Visie en/of beleid rond intimiteit en seksualiteit

Van de 42 finaal geïncludeerde deelnemers vertegenwoordigen er 20 (47,62%) een IBW en 21 (50%) een PVT. Eén respondent (2,38%) koos voor de optie 'anders'. Deze laatste richt zich op een mobiel aanbod GGZ.

Een minderheid van de IBW en PVT beschikt over formele visieteksten (IBW 20%; PVT 28,57%) of beleidsdocumenten (IBW 20%; PVT 23,81%) (tabel 5). Elf deelnemers (26,19%) geven aan dat hun organisatie beschikt over een formele visietekst en tien deelnemende zorgvoorzieningen (23,81%) hebben formele beleidsteksten ter beschikking. De aanwezigheid van een informele visie (73,81%) en een informeel beleid (66,67%) wordt door meer respondenten aangehaald.

Zestien deelnemers vanuit IBW (80%) geven aan dat er binnen hun organisatie een informele visie gehanteerd wordt en bij vijftien deelnemende IBW (75%) is een informeel beleid aanwezig. In veertien psychiatrische verzorgingscentra (66,67%) wordt een informele visie gehanteerd en in twaalf PVT (57,14%) een informeel beleid.

Tabel 5. Aanwezigheid van visie en/of beleid rond intimiteit en seksualiteit per type zorgvoorziening.

Visie								
	Formele visie				Informele visie			
	Ja	Nee	GA	Totaal	Ja	Nee	GA	Totaal
PVT	6	15	-	21	14	3	4	21
	28,57%	71,43%	0%		66,67%	14,29%	19,05%	
IBW	4	15	1	20	16	3	1	20
	20%	75%	5%		80%	15%	5%	
Anders	1	-	-	1	1	-	-	1
	100%	0%	0%		100%	0%	0%	
Totaal	11	30	1	42	31	6	5	42
	26,19%	71,43%	2,38%		73,81%	14,29%	11,90%	
Beleid								
	Formeel beleid				Informeel beleid			
	Ja	Nee	GA	Totaal	Ja	Nee	GA	Totaal
PVT	5	16	-	21	12	5	4	21
	23,81%	76,19%	0%		57,14%	23,81%	19,05%	
IBW	4	15	1	20	15	3	2	20
	20%	75%	5%		75%	15%	10%	
Anders	1	-	-	1	1	-	-	1
	100%	0%	0%		100%	0%	0%	
Totaal	10	31	1	42	28	8	6	42
	23,81%	73,81%	2,38%		66,67%	19,05%	14,29%	

Tien voorzieningen (4 IBW, 5 PVT, 1 'anders') beschikken over formele visie- én beleidsdocumenten. 29 voorzieningen (14 IBW, 15 PVT) hebben geen formele visie, noch een formeel beleid. Vier voorzieningen (2 IBW, 2 PVT) hebben géén informele visie of beleid. 26 respondenten (14 IBW, 11 PVT, 1 'anders') geven aan dat ze zowel een informele visie als een informeel beleid hanteren rond seksualiteit en intimiteit bij hun zorgvragers (tabel 6).

Tabel 6. Aan- of afwezigheid van forme(e)l(e) visie- en beleid.

Formele visie- en beleidsdocumenten						
Formele visie	Aanwezig	Afwezig	Afwezig	Aanwezig	Geen antwoord	Totaal
Formeel beleid	Aanwezig	Afwezig	Aanwezig	Afwezig		
IBW	4	14	-	-	2	20
PVT	5	15	1	-	-	21
Anders	1	-	-	-	-	1
Totaal	10	29	1	0	2	42
Informele visie en beleid						
Formele visie	Aanwezig	Afwezig	Afwezig	Aanwezig	Geen antwoord	Totaal
Formeel beleid	Aanwezig	Afwezig	Aanwezig	Afwezig		
IBW	14	2	1	1	2	20
PVT	11	2	1	3	4	21
Anders	1	-	-	-	-	1
Totaal	26	4	2	4	6	42

4.2.2 Aard van de visie- en beleidsdocumenten

Hoewel visie en beleid nauw samenhangen, gaat het om verschillende producten met een andere inhoud en doelstelling. In een visietekst omschrijven zorginstellingen hun kernwaarden en ambities voor de toekomst en dit op maat van de zorgvoorziening. In een beleidstekst volgen de concrete doelstellingen en acties. Dit helpt om (complexe) beslissingen te sturen. Beleid kan geïmplementeerd worden in de vorm van een procedure of protocol. Dergelijke procedures en (handelings)protocollen zijn concrete afsprakensystemen die een leidraad kunnen vormen in de werkwijze bij en de reactie op seksueel (grensoverschrijdend) gedrag in de zorgvoorziening. Waar visieteksten eerder breed en algemeen zijn en dus minder concreet, worden beleidsteksten toegespitst op een concrete zorgomgeving beter specifiek en concreet opgesteld.

Verder krijgen ethische waarden en argumentaties vorm in ethische adviezen, die ingebed worden in visie- en beleidsdocumenten.

De visieteksten beslaan gemiddeld vijf bladzijden. De beleidsteksten tellen gemiddeld zeven bladzijden en de ethische adviezen gemiddeld tien bladzijden.

Van de visieteksten bespreken zeven documenten intimiteit, relaties en seksualiteit. Eén visietekst uit IBW handelt enkel over seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Van de beleidsteksten handelen er vier over procedures rond (seksueel) grensoverschrijdend gedrag ((S)GOG), drie over krachtlijnen en adviezen voor een beleid op maat; er zijn ook vier beleidsteksten rond SGOG, één beleidstekst rond relaties en

seksualiteit en één handelingsprotocol SGOG. Tot slot zijn er drie ethische adviezen rond relaties en seksualiteit (tabel 7).

Drie beleidsteksten en één ethisch advies bevatten een visietekst als onderdeel van de tekst of opgenomen in bijlage. Deze documenten staan in de onderstaande tabel ingedeeld bij beide types documenten. Een aantal verwijzingen kunnen dus refereren naar een beleidstekst of ethisch advies, maar ook naar een visietekst, nl. D2, D3B, D6B en D8.

Tabel 7. Overzicht type document met relevante subcategorieën weergegeven per type zorgvoorziening.

	IBW	PVT	PC	Netwerk	Aantal	Totaal
Visietekst						
Intimiteit, relaties en seksualiteit	1	4	1	1	7	8
SGOG	1	-	-	-	1	
Beleidstekst						
Procedure (S)GOG	1	-	3	-	4	13
Krachtlijnen en adviezen voor beleid op maat	-	2	-	-	2	
Beleid(snota) SGOG	2	-	2	-	4	
Relaties en seksualiteit	1	1	-	-	2	
Handelingsprotocol	1	-	-	-	1	
Ethisch advies relaties en seksualiteit						3

Voor IBW behandelde één tekst seksuele gezondheid en vier documenten seksueel grensoverschrijdend gedrag. Voor PVT hebben de vijf teksten seksuele gezondheid als thema. Voor PC behandelt één tekst seksuele gezondheid en vijf documenten seksueel grensoverschrijdend gedrag. Van netwerken van zorgvoorzieningen ontvingen we één document rond seksuele gezondheid en drie ethische adviezen (tabel 8).

Tabel 8. Inhoud naar types zorgvoorzieningen.

	IBW	PVT	PC	Netwerk	Totaal
Seksuele gezondheid	1	5	1	1	8
SGOG	4	-	5	-	9
Ethisch advies	-	-	-	3	3
Totaal	5	5	6	4	20

4.2.3 Zijn de documenten actueel?

Achttien teksten werden ontwikkeld tussen het jaar 2000 en 2023. De meerderheid van de teksten (n=13) werd zeer recent opgesteld of aangepast, nl. in het jaar 2021, 2022 of 2023. Andere teksten werden geschreven in 2000 (n=1), 2007 (n=1), 2008 (n=1) en 2016 (n=2). Van de overige twee teksten hebben we het jaartal van het ontwikkelen of van de laatste aanpassing niet verkregen.

4.2.4 Inhoud van de visie- en beleidsdocumenten

We beschrijven de inhoud van de documenten aan de hand van vijf pijlers, nl. (1) definiëring van concepten, (2) bewoner staat centraal, (3) rol van het netwerk, (4) rol van de professionals en (5) normalisatie van seksualiteitsbeleving.

1. Definiëring van concepten

Documenten die handelen over seksuele gezondheid

Twee ethische adviezen en één visietekst definiëren seksualiteit (D4-p.1, D7-p.2, D10-p.1). Seksuele gezondheid wordt gedefinieerd in twee visieteksten en één beleidsdocument (D4-p.1, D6B-p.2, D13C-p.5) aan de hand van een eigen formulering of de definitie opgesteld door de World Health Organization. Andere concepten die gedefinieerd worden zijn o.a. zorgverleners (D7-p.2), zorgvragers (D7-p.2, D10-p.1), seksueel welbevinden (D6B-p.2) en relaties (D2-p.8, D10-p.1).

Documenten die handelen over SGOG

In zeven beleidsdocumenten en één visietekst die handelen over SGOG worden seksueel grensoverschrijdend gedrag (D1-p.2, D6B-p.2, D8-p.4, D9-p.2, D12A-p.3, D12B-p.1, D12C-p.1, D13A-p.1) en seksueel misbruik (D1-p.2, D6B-p.2, D8-p.4, D12B-p.4, D12C-p.5, D13A-p.1) omschreven. De gehanteerde definities zijn voornamelijk eigen formuleringen zonder bronvermelding. Tweemaal wordt voor SGOG de definitie gebruikt die is opgesteld door Sensoa, met vermelding van de zes criteria van het Vlaggensysteem (D6B-p.1, D13A-p.1). Twee documenten zijn visieteksten rond seksuele gezondheid die beide een uitgebreide sectie rond SGOG bevatten (D6B-p.1,2, D9-p.2,3).

Andere concepten die gedefinieerd worden, zijn o.a. zorgverleners (D1-p.2, D12B-p.1, D12C-p.1), zorgvragers (D1-p.2) en grensoverschrijdend gedrag (D12A-p.2, D12B-p.1, D12C-p.1).

2. Bewoner staat centraal

Documenten die handelen over seksuele gezondheid

Een aantal visie- en beleidsdocumenten vanuit PVT, IBW en PC rond seksuele gezondheid stelt dat de geboden zorg een individueel gegeven is, op maat van de bewoners. Bewoners moeten op vlak van seksualiteit en relatievorming de kans krijgen om keuzes te maken in dialoog met de begeleiders en binnen de mate van wat ze zelf (aan)kunnen (D2-p.7, D3B-p.3,4, D4-p.2, D5-p.2, D6B-p.5, D7-p.3, D13C-p.9,11,16,17).

Een aantal teksten expliciteren dat de zorgverleners rekening dienen te houden met de persoonlijke ontwikkeling van de zorgvrager en de waarden en normen van de bewoner en zijn/haar netwerk (D7-p.2, D10-p.3). Ze besteden bijzondere aandacht aan zorg op maat voor zorgvragers die een traumatische intieme of seksuele ervaring meemaakten (D7-p.2).

Documenten die handelen over SGOG

In een minderheid van de documenten rond SGOG wordt '*zorg op maat van de bewoners*' aangeraakt. Drie beleidsteksten vanuit IBW en PVT vermelden beknopt het belang van een individueel aangepaste reactie wanneer een bewoner SGOG stelt (D6A-p.8, D6C-p.8, D12C-p.3).

3. Rol van het netwerk

Documenten die handelen over seksuele gezondheid

Twee beleidsteksten vanuit PVT halen beknopt aan dat de gevolgen van beslissingen rond de beleving van intimiteit en seksualiteit van een zorgvrager ook het netwerk van de bewoner kunnen aanbelangen (D3A-p.2, D11-p.4).

In drie ethische adviezen komt de rol van het sociale netwerk van de zorgvrager aan bod. Twee van deze ethische adviezen bespreken de mogelijkheid om de eventuele partner of andere naastbetrokkenen te betrekken in het gesprek rond seksualiteitsbeleving van de bewoner (D2-p.5, D7-p.3).

In een derde ethisch advies wordt verwezen naar overleg met de wettelijke vertegenwoordiger en de familie als het gaat om zwangerschapsafbreking of verantwoord ouderschap bij een bewoner die volledig onbekwaam is om een weloverwogen keuze te maken (D10-p.5).

Eén PVT stelt in zijn visietekst rond seksuele gezondheid dat het wenselijk maar niet noodzakelijk is dat familie instemt met de beslissing van twee bewoners om samen te wonen binnen de woonvorm (D5-p.5).

Documenten die handelen over SGOG

In drie beleidsteksten van IBW en één beleidstekst van een PC wordt kort vermeld dat familie of andere naasten verwittigd en gesteund kunnen worden wanneer er zich een

incident heeft voorgedaan bij een bewoner (D1-p.4,6, D6A-p.9, D8-p.6, D13A-p.2). In drie PC beleidsteksten is kort aangehaald dat het netwerk van de zorgvrager voorlichting ontvangt over het herkennen en rapporteren van (seksueel) misbruik (D12B-p.4, D12C-p.4, D13A-p.2).

4. Rol van de professionals

Documenten die handelen over **seksuele gezondheid**

Seksuele behoeften erkennen

Vijf visieteksten en twee ethische adviezen wijzen erop dat het erkennen van intieme en seksuele behoeften van de bewoners van de woonvorm één van de taken van zorgprofessionals is (D3B-p.8, D4-p.2, D7-p.1, D9-p.1, D10-p.1,5, D13C-p.2,15).

Zorgprofessionals kunnen ook een waardevolle bijdrage leveren bij het beluisteren van vragen over seksualiteitsbeleving en bij het toeleveren van relevante informatie rond bijvoorbeeld negatieve effecten van medicatie, anticonceptie of SOA's (D3B-p.3,4, D4-p.2, D5-p.6, D7-p.3, D9-p.1, D10-p.3, D13C-p.18). Twee ethische adviezen stellen bovendien dat zorgprofessionals zorgvragers kunnen bijstaan bij het verkrijgen van voorbehoedsmiddelen zoals condooms (D7-p.3, D10-p.6).

Seksuele rechten erkennen

In verschillende visieteksten (D3B-p.8, D4-p.1, D6B-p.2,3, D9-p.1,2, D13C-p.3,19), beleidsdocumenten (D3A-p.2, D11-p.3,4) en in één ethisch advies (D2-p.2) staat seksualiteit omschreven als een fundamenteel recht.

Het is voor zorgverleners echter niet evident om binnen de context van een geestelijke gezondheidszorgvoorziening tegemoet te komen aan deze seksuele rechten. Enerzijds spelen er factoren in de zorgrelatie mee, zoals bijvoorbeeld het eigen waarden- en normenpatroon van de zorgprofessionals dat mogelijk niet overeenkomt met dat van zorgvragers. Anderzijds kunnen ook contextuele factoren verbonden aan de woonvorm beperkingen impliceren op vlak van seksualiteitsbeleving in IBW of PVT, zoals bijvoorbeeld het gebrek aan privacymogelijkheden (D5-p.4, D13C-p.3).

Bewustzijn van de impact van pathologie en medicatie

Drie visieteksten, één beleidstekst en twee ethische adviezen stellen dat het belangrijk is dat hulpverleners zich bewust zijn van de (dynamische) rol die de psychische pathologie speelt in de seksualiteitsbeleving van de hulpvragers. Mogelijk gedraagt een bewoner zich ontremd of is iemand zich niet volledig bewust van wat hij/zij doet (bijvoorbeeld tijdens een psychose) (D2-p.8, D3B-p.4, D5-p.2, D7-p.4, D13C-p.11,12).

De psychiater staat in voor de dialoog met de bewoner rond medicatie die zo weinig mogelijk ongewenste bijwerkingen geeft bij seksualiteitsbeleving (D7-p.4).

Bespreekbaar stellen van seksualiteitsbeleving

Verschillende visieteksten vanuit PVT, IBW en PC rond intimiteit, relaties en seksualiteit (D4-p.3,4, D5-p.3,5, D6B-p.1-5, D13C-p.3,7,8,10,11,12,13,16,18) en drie ethische adviezen (D2-p.2,4-6,8,11, D7-p.3-7, D10-p.1,2,4-7) besteden uitgebreid aandacht aan de bespreekbaarheid van seksualiteit. Het aanspreekpunt hiervoor is de individuele begeleider. Zo kan o.a. de invloed van het ziektebeeld en van psychofarmaca op seksualiteit, onderwerp zijn van een dialoog tussen zorgvrager en zorgverlener, maar dat geldt ook voor thema's zoals een kinderwens, anticonceptie, ongewenste zwangerschap, seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's), masturbatie, pornografie en sekswerk (D2-p.10,11, D3B-p.4, D4-p.3,4, D5-p.6, D7-p.3, D10-p.3-5).

Twee ethische adviezen stellen dat er van zorgverleners verwacht wordt dat zij bewoners uitnodigen om te spreken over seksuele behoeften (D2-p.5, D10-p.1,5). Eén van beide adviezen merkt echter op dat het onderwerp seksualiteit niet bij elke bewoner gethematiseerd hoeft te worden en dat het enkel in een probleemsituatie wenselijk is om met de bewoner in dialoog te gaan (D2-p.6).

In bepaalde gevallen kan het ook zinvol zijn dat zorgverleners de medebewoners van een groepswoning ondersteunen aan de hand van een gesprek rond relaties in de woonvorm, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van gevoelens van jaloezie (D2-p.9, D13C-p.16).

In een aantal documenten wordt erkend dat zorgprofessionals het bespreekbaar maken van intimiteit en seksualiteit als complex en uitdagend ervaren (D3A-p.2, D3B-p.1,3,9, D6B-p.1, D11-p.4, D13C-p.4). Eén visietekst vermeldt daarbij dat het niet bespreken van seksuele zorgen of problemen negatieve gevolgen kan hebben op het psychologisch functioneren en algemeen welzijn van zorgvragers (D13C-p.2).

Aangepast taalgebruik hanteren

Eén tekst vanuit IBW stelt dat het de taak van de zorgverlener is om begrijpbaar te communiceren zonder gebruik van jargon, wanneer hij of zij in dialoog treedt met een zorgvrager (D6B-p.3).

Professionele attitude

Bewust of onbewust zullen persoonlijke waarden en normen van zorgverleners interfereren met de wijze waarop zij omgaan met seksualiteitsbeleving van bewoners van het IBW of PVT (D2-p.6, D3A-p.2, D3B-p.8, D11-p.4, D13C-p.6). Verschillende documenten beschrijven daarom het belang van een professionele houding ten opzichte van seksualiteitsbeleving van de zorgvragers (D3B-p.8, D9-p.3, D11-p.4).

Zorgprofessionals worden geacht respectvol om te gaan met seksuele behoeften en wensen van bewoners (D2-p.9,13, D3B-p.8, D4-p.3, D5-p.3, D7-p.1-4,7, D9-p.1,2, D10-p.2-5, D13C-p.2). Eén van de ethische adviezen beschrijft dat de wens van de bewoner om níét over intimiteit en/of seksualiteit te spreken, ook gerespecteerd dient te worden (D7-p.3).

Bovendien wordt van zorgverleners verwacht dat zij hun beroepsgeheim respecteren wanneer zij omgaan met vertrouwelijke informatie van de bewoners (D2-p.8, D4-p.4, D5-p.6, D9-p.2, D13C-p.2).

In vijf visieteksten (D3B-p.8, D4-p.4, D5-p.6, D9-p.3, D13C-p.7) en twee ethische adviezen (D7-p.2, D10-p.7) wordt expliciet vermeld dat er geen ruimte is voor seksualiteit tussen bewoners en zorgprofessionals omwille van een ongelijke machtsverhouding in de zorgrelatie.

Er worden ook richtlijnen gegeven voor medewerkers. Medewerkers stellen zich open en tolerant op (D4-p.4, D5-p.3, D7-p.2,3,7, D10-p.3, D11-p.4), maar ook neutraal of begrenzend in situaties waarbij bewoners zich uitdagend of grensoverschrijdend gedragen (D4-p.4, D5-p.6, D10-p.3). Indien er SGOG gesteld wordt ten aanzien van een zorgvrager of wanneer misbruik dreigt voor te vallen, dient een zorgverlener dit gedrag te begrenzen en betrokkenen te beschermen (D7-p.5, D10-p.3, D13C-p.10,11). De begeleider gaat vervolgens in gesprek met de bewoner die SGOG stelde, om op zoek te gaan naar de betekenis van het gestelde gedrag (D9-p.2,3, D10-p.6, D13C-p.10,11).

Vaardigheden en kennis verrijken

Zorgmedewerkers worden volgens twee beleidsteksten vanuit PVT en één visietekst vanuit PC verantwoordelijk geacht voor verdere ontwikkeling van hun professionaliteit rond intimiteit en seksualiteit via opleiding en/of intervisie. Zo kunnen hulpverleners (gedeeltelijk) vermijden dat ze reageren vanuit louter persoonlijke waarden en normen (D3A-p.2, D3B-p.1, D13C-p.6).

Eigen grenzen bewaken

Twee visieteksten vanuit PVT en één ethisch advies merken op dat zorgverleners het recht hebben om hun persoonlijke grenzen aan te geven wanneer zij niet bereid zijn om zorgvragers bij te staan met informatie of advies rond seksualiteit (D4-p.4, D5-p.5, D10-p.7).

Maatschappelijke normen toepassen in de woonvorm

Volgens één visietekst van een PVT staan zorgprofessionals mee in voor de vertaling van normen vanuit de maatschappij naar de zorgcontext. De begeleiders hebben tot taak om zo goed als mogelijk de gelijkwaardigheid tussen (seks)partners te bewaken binnen de seksualiteitsbeleving van bewoners onderling (D4-p.2).

Christelijke waarden respecteren

Eén ethisch advies stelt expliciet dat er van zorgverleners verwacht wordt dat zij christelijke waarden (liefde, trouw, duurzaamheid van de relatie) respecteren wanneer zij in dialoog treden met een zorgvrager rond zijn/haar seksualiteit (D10-p.4).

Documenten die handelen over SGOG

Luisteren, informeren en ondersteunen

Zorgmedewerkers staan in voor het informeren van zorgvragers van IBW en PVT en hun naasten over het herkennen van (seksueel) misbruik (D13A-p.1,2). Daarnaast informeren en ondersteunen zij bewoners over hun grenzen en hoe ze die kunnen leren trekken, en dragen ze bij aan het verhogen van de weerbaarheid van de bewoners (D12A-p.6).

Twee PC beleidsteksten SGOG benadrukken het belang van een laagdrempelig aanspreekpunt binnen de zorgorganisatie voor zowel zorgvragers als zorgverleners die het gevoel hebben dat hun grenzen overschreden worden (D13A-p.1, D13B-p.1).

Bespreekbaarheid van SGOG

Vijf beleidsteksten stellen dat, wanneer er een vermoeden bestaat van SGOG binnen de woonvorm, het de taak van zorgverleners is om deze te signaleren en bespreekbaar te maken met de betrokkenen (D8-p.3, D12A-p.6, D12B-p.1, D12C-p.1, D13A-p.3). Medewerkers van de voorziening benaderen alle bewoners daarbij steeds respectvol (D1-p.4, D8-p.1).

Eén IBW beleidstekst beschrijft dat bespreekbaarheid van SGOG een voorwaarde is voor een preventief beleid tegen SGOG (D1-p.3).

Reageren op SGOG

Twee ethische adviezen stellen dat medewerkers het recht en de plicht hebben om begrenzend en beschermend op te treden wanneer een bewoner ongepast of ongewenst seksueel gedrag stelt (D8-p.2, D10-p.2). In drie beleidsteksten SGOG vanuit IBW wordt een kanttekening gemaakt dat de beoordeling en aanpak van seksueel grensoverschrijdend gedrag complex en uitdagend kan zijn (D1-p.1, D6C-p.3, D8-p.2,4). Wanneer zorgmedewerkers twijfelen over hun beoordeling van gedrag van een bewoner, kunnen zij dit bespreekbaar stellen met collega's (D6A-p.2).

Zes beleidsteksten SGOG halen zeer uitgebreid aan welke stappen een medewerker dient te doorlopen wanneer hij/zij het vermoeden heeft of de vaststelling doet van SGOG (D1-p.3-6, D6A-p.2-11, D8-p.5-7, D12B-p.2-5, D12C-p.2-5, D13B-p.1-3). Zorgverleners stellen o.a. een einde aan het SGOG, nemen het slachtoffer in bescherming, melden het incident intern (coördinator) en extern (Departement Zorg) en nemen (eventueel) contact op met familie of naasten (D1-p.4, D6A-p.2,4-11, D8-p.5, D12B-p.2-5, D12C-p.2,4,5). Verder gaan zij in gesprek met de dader over het gestelde gedrag (D1-p.5, D6C-p.8, D12A-p.6, D12B-p.3, D12C-p.4) en houden zij een schriftelijk dossier bij van de feiten en genomen maatregelen (D1-p.5,6, D6A-p.4,6, D8-p.5,6). Medewerkers kunnen in teamverband de stappen evalueren die zij ondernamen als reactie op SGOG, met de bedoeling om latere incidenten zo goed als mogelijk te vermijden (D6A-p.11, D8-p.6, D12B-p.2, D12C-p.2).

Onterechte beschuldiging

Enkele beleidsdocumenten bespreken beknopt de mogelijkheid dat iemand vals beschuldigd wordt van SGOG en welke acties het zorgpersoneel kan ondernemen bij dergelijke valse melding (D1-p.4, D12A-p.7, D12B-p.4, D12C-p.4,5, D13B-p.2).

Professionele attitude in de zorgrelatie

Zorgmedewerkers worden geacht zich professioneel te gedragen binnen de zorgrelatie (D8-p.2, D12A-p.3). In een aantal documenten wordt verwezen naar het feit dat binnen de zorgrelatie een zekere afhankelijkheid en kwetsbaarheid van de zorgvrager bestaat. In vier beleidsteksten wordt gesteld dat, omwille van deze onevenwichtige machtsverhouding, er geen ruimte bestaat voor seksualiteit tussen bewoners en zorgprofessionals (D1-p.1, D6C-p.3, D8-p.2,3, D12A-p.3,4).

Op basis van het tekstmateriaal stellen we samenvattend dat de rol van professionals in IBW en PVT een heel aantal zaken omvat (tabel 9).

Tabel 9: De rol van professionals in IBW en PVT.

Documenten die handelen over seksuele gezondheid	Documenten die handelen over SGOG
<ul style="list-style-type: none">• Erkennen van seksuele behoeften en rechten• Zich bewust zijn van de impact van pathologie en medicatie• Seksualiteitsbeleving bespreekbaar stellen, met aangepast taalgebruik• Hanteren van een professionele attitude in de zorgrelatie• Verrijken van vaardigheden en kennis• Bewaken van de eigen grenzen• Toepassen van maatschappelijke normen in de woonvorm• Respecteren van christelijke waarden	<ul style="list-style-type: none">• Luisteren, informeren en ondersteunen• Bespreekbaar stellen van SGOG• Reageren op SGOG• Reageren op onterechte beschuldiging van SGOG• Hanteren van een professionele attitude in de zorgrelatie

5. Normalisatie van verschillende vormen van seksualiteitsbeleving

Documenten die handelen over **seksuele gezondheid**

Seksualiteit

Gezonde seksualiteit wordt in vele van de beschikbare teksten aangehaald als een belangrijk, normaal en gezond aspect van het menselijk bestaan (D2-p.1, D3A-p.1,2, D3B-p.8, D4-p.1, D5-p.2,3, D6B-p.1-3, D7-p.1,4, D9-p.1, D10-p.1, D11-p.3,4, D13C-p.3,15,19).

De visieteksten van één PVT en één PC, en ook één ethisch advies, laten relatievorming tussen zorgvragers toe, al dan niet met seksualiteitsbeleving (D2-p.4,7-9, D4-p.3, D13C-p.16). De visietekst van een andere PVT stelt dat relatievorming niet expliciet verboden wordt, maar evenmin gestimuleerd wordt (D5-p.5).

In één ethisch advies en twee visieteksten vanuit PVT worden twee vormen van seksualiteit beschreven, nl. (1) seksualiteit binnen een relatie en (2) seksualiteit voor lustbeleving. Binnen één visietekst van het PVT wordt deze *lust-dimensie* aanvaard, waar de andere visietekst en het ethisch advies daarentegen de voorkeur geven aan de *relationele dimensie* met een (duurzame) relatie als vertrekpunt voor seksualiteitsbeleving (D2-p.4,7-9, D4-p.3, D5-p.2,4,5). Toch kan in bepaalde situaties een seksuele relatie 'oogluikend' toegelaten worden wanneer deze de betrokkenen ten goede komt (D2-p.6).

Twee visieteksten uit PVT context en drie ethische adviezen geschreven voor netwerken van zorgvoorzieningen vermelden dat zorgverleners zowel hetero- als homoseksuele relaties respecteren (D2-p.3, D4-p.2, D7-p.1, D9-p.2, D10-p.4).

Intimiteit

Intimiteit wordt minder expliciet benoemd, hoewel het in sommige visieteksten (D3B-p.8,9, D4-p.1, D9-p.1,2) en beleidsdocumenten (D3B-p.1-4, D11-p.3,4) aan bod komt als een belangrijke levensbehoefte die inherent verbonden is met herstel.

Seksuele dienstverlening

In verschillende visie- en beleidsdocumenten wordt aandacht besteed aan normalisatie van seksuele dienstverlening. Wanneer het gaat over seksualiteit buiten een relatie, wordt sekswerk als seksualiteitsbeleving door een aantal zorgvoorzieningen aanvaard (D3B-p.4, D5-p.5, D7-p.2,3, D13C-p.16). In twee teksten wordt een samenwerkingsverband aangehaald met Aditi vzw voor seksualiteit- en intimiteitszorg op maat (D3B-p.4, D13C-p.18,19). In andere zorgorganisaties – die verwijzen naar waarden zoals liefde, trouw en duurzaamheid – wordt seksuele dienstverlening niet goedgekeurd, noch nadrukkelijk verboden (D10-p.3,4,7).

Twee visieteksten, één beleidstekst en één ethisch advies stellen dat zorgvragers gebruik kunnen maken van seksuele dienstverlening (D3B-p.4, D5-p.5, D7-p.2,3, D13C-p.16). Een ander ethisch advies verwijst naar een *relationele visie* op seksualiteitsbeleving waarbij een relatie de basis is voor seksualiteitsbeleving. Sekswerk valt moeilijk (of niet) te kaderen in dergelijke visie gebaseerd op christelijke waarden (D2-p.10).

In een aantal teksten rond 'seksuele gezondheid' wordt een reflectie toegevoegd over het al dan niet tolereren van seksuele dienstverlening binnen de zorgorganisatie. In drie documenten krijgt sekswerk uitdrukkelijk geen ruimte binnen het PVT (D3B-p.4, D4-p.3, D5-p.4), met een uitzondering voor bewoners die terminaal ziek zijn (D4-p.3) of die veel vrijheid genieten in de woonvorm (D7-p.3).

Masturberen

Voor een aantal zorgvragers is masturbatie noodgedwongen de enige mogelijke vorm van seksualiteitsbeleving (D10-p.3). In twee visieteksten, één beleidstekst en één ethisch advies staat bondig omschreven dat masturbatie toegelaten is (of gedoogd wordt), indien het plaatsvindt binnen de privésfeer van de zorgvrager (D2-p.10, D4-p.3, D5-p.5, D7-p.2, D10-p.3). Toch wordt in een document verwezen naar christelijke waarden die ermee interfereren. Vanuit de relationele visie op seksualiteitsbeleving, wordt masturberen niet goedgekeurd (D10-p.3).

Pornografie

Een beperkt aantal documenten haalt het normaliseren van pornografie binnen de privésfeer van de bewoner aan als vorm van seksuele behoeftebevrediging, op voorwaarde dat het pornografisch materiaal aan de wettelijke normen voldoet (D2-p.11, D3B-p.5, D4-p.3, D13C-p.17). Pornografie als seksualiteitsbeleving wordt in één visietekst afgekeurd, maar niet absoluut verboden (D5-p.5). In één tekst wordt aangehaald dat van begeleiders wordt verwacht dat zij in gesprek gaan met de zorgvragers en samen op zoek gaan naar alternatieven om de seksuele verlangens in te vullen (D2-p.11).

"Noodhomoseksualiteit"

Eén beleidstekst vanuit PVT en één ethisch advies vanuit een netwerk van zorgvoorzieningen beschrijven beknopt dat "noodhomoseksualiteit" niet goedgekeurd wordt binnen zorgvoorzieningen. Deze vorm van seksualiteitsbeleving houdt in dat een heteroseksueel persoon seksueel contact aangaat met een persoon van hetzelfde geslacht, omdat dit noodgedwongen de enige beschikbare vorm van seksualiteit is in de woonvorm (D5-p.5, D10p.4).

Documenten die handelen over SGOG

In de introductie van een aantal visie- en beleidsteksten rond SGOG vanuit IBW en PC wordt seksualiteit aangehaald als een belangrijk, normaal en gezond aspect van het menselijk bestaan (D1-p.1, D6C-p.2, D8-p.2, D12A-p.6, D13A-p.1).

Het normaliseren van andere vormen van seksualiteitsbeleving wordt in deze teksten niet beschreven (bv. seksuele dienstverlening of masturberen).

6. Seksueel grensoverschrijdend gedrag

Documenten die handelen over **seksuele gezondheid**

Criteria van Sensoa

In verschillende visie- en beleidsdocumenten en twee ethische adviezen uit zowel IBW, PVT, PC als een netwerk van zorgvoorzieningen vinden we verwijzingen terug naar één of meerdere criteria van het Sensoa Vlaggensysteem. Deze criteria (wederzijdse toestemming, vrijwilligheid, gelijkwaardigheid, ontwikkelings- of functioneringsniveau, context en impact) kunnen zorgprofessionals helpen om seksueel (grensoverschrijdend) gedrag in te schatten en er gepast op te reageren (D2-p.2,3,5-7, D3A-p.2, D3B-p.8, D4-p.3, D5-p.2,4,5, D6B-p.2, D7-p.1,4-7, D11-p.3,4, D13C-p.8,9).

Aanspreekpunt SGOG

Eén visietekst van een PVT beschrijft wie het aanspreekpunt is voor bewoners die het gevoel hebben dat hun grenzen overschreden worden (D4-p.3).

Vermoedelijke dader

Een aantal documenten is opgesteld vanuit het perspectief dat de vermoedelijke dader een personeelslid (D9-p.3, D10-p.7) of zorgvrager (D2-p.5, D4-p.4, D5-p.4, D7-p.3,5, D9-p.2, D10-p.7) is. In heel wat andere visie- en beleidsteksten en in één ethisch advies beschrijft men niet expliciet of de vermoedelijke dader een zorgverlener, zorgvrager of derde is (D3A, D3B, D6B, D7, D11, D13C).

Perspectief van het slachtoffer van SGOG

Een aantal documenten behandelt SGOG ten aanzien van een personeelslid (D4-p.4, D9-p.2) of bewoner (D4-p.4, D7-p.5, D9-p.2). Een aantal andere documenten vermeldt niet expliciet het toepassingsgebied van de tekst voor wat betreft het profiel van het slachtoffer van SGOG (zorgmedewerker, zorgvrager en/of derde) (D2, D3A, D3B, D11, D13C).

Intern beleid en procedure raadplegen

Eén visietekst vermeldt waar zorgmedewerkers het beleid ten aanzien van SGOG en ook de bijhorende procedure kunnen raadplegen binnen het psychiatrisch centrum (D13C-p.20).

Medicatie

Eén ethisch advies stelt dat - wanneer seksueel gedrag van een bewoner ontremd en onaangepast is én er geen alternatieven zijn om dit gedrag te begrenzen - libidoverminderende medicatie opgestart kan worden op voorwaarde dat de bewoner daarvoor zijn/haar toestemming geeft (D10-p.6).

Preventief en reactief beleid

Twee visieteksten, twee beleidsdocumenten en drie ethische adviezen halen aan dat zij een preventief en een reactief beleid voor SGOG combineren in de zorginstelling (D2-p.5, D3B-p.3,8,9, D6B-p.1, D7-p.2, D9-p.2,3, D10-p.1-8, D13C-p.6).

Wetgeving

Naast de geldende regels binnen de voorziening, maken verschillende teksten ook de link met het juridisch kader aangaande ongewenste vormen van seksueel gedrag (D3A-p.1, D6B-p.1, D7-p.2,5, D11-p.3, D13C-p.14).

Documenten die handelen over SGOG

Wijze waarop SGOG aan het licht komt

Zes beleidsteksten vanuit IBW en PC stellen dat seksueel grensoverschrijdend gedrag kan uitkomen via een vermoeden, via onthulling of via een concrete vaststelling (D1-p.3, D6A-p.3-5, D8-p.3-6,9, D12A-p.7, D12B-p.1-3, D12C-p.1-3,5).

Criteria van Sensoa

In een heel aantal beleidsteksten vanuit IBW en PC over SGOG verwijst men opnieuw naar één of meerdere criteria van het Sensoa Vlaggensysteem om een inschatting te maken van het gestelde seksuele gedrag (D1-p.1, D6C-p.4,6,7,9-13, D8-p.2, D12A-p.7, D12B-p.3, D12C-p.5, D13A-p.1).

Aanpak van SGOG

Ook benadrukken vijf beleidsteksten over SGOG het belang van zowel een preventief als een reactief beleid binnen de zorgvoorziening (D1-p.3-6, D6A-p.11, D6C-p.2, D12A-p.4-7, D13A-p.1,2).

Vermoedelijke dader

Verder suggereren verschillende teksten rond SGOG uit IBW en PC dat de vermoedelijke dader van SGOG een personeelslid (D1-p.3,6, D8-p.4, D12A-p.1, D12C-p.1, D13A-p.1, D13B-p.1) of zorgvrager (D1-p.3, D6A-p.3, D8-p.4, D12A-p.1, D12B-p.2, D13A-p.1, D13B-p.1) kan zijn. Drie beleidsteksten vanuit IBW en PC voegen hierbij het perspectief toe waarbij een derde partij, die geen zorgvrager is, noch zorgverlener, een mogelijke pleger kan zijn van SGOG (D1-p.3, D13A-p.1, D13B-p.1) (bv. een bezoeker). Eén beleidstekst vermeldt niet expliciet of de vermoedelijke dader een zorgverlener, zorgvrager of derde is (D6C).

Perspectief van het slachtoffer van SGOG

Eén beleidstekst vanuit IBW voegt toe dat SGOG gesteld kan worden ten aanzien van een derde partij (D1-p.3), naast SGOG ten aanzien van een personeelslid (D1-p.3, D6C-p.2, D13A-p.1, D13B-p.1) of bewoner (D1-p.3, D6A-p.3, D6C-p.2, D8-p.4, D12A-p.1, D12B-p.2, D12C-p.1, D13A-p.1).

4.2.5 Beschikbaarheid en toegankelijkheid van visie- en beleidsdocumenten voor bewoners, personeel en/of derden

Documenten over seksuele gezondheid

Twee documenten over seksuele gezondheid zijn nog niet gefinaliseerd of intern goedgekeurd. Ze zijn bijgevolg nog niet toegankelijk voor zorgpersoneel, bewoners of derden (D6B, 8-R, D13C, 13-R).

Eén ethisch advies uit een PVT is verouderd (2007) en geschreven vanuit het perspectief van een psychiatrisch ziekenhuis (D2). Zorgmedewerkers, zorgvragers en hun naasten zijn niet of onvoldoende op de hoogte van de inhoud ervan (5-R).

Over twee beleidsdocumenten, één visietekst en één ethisch advies rond seksuele gezondheid hebben we geen informatie ontvangen over interne of externe toegankelijkheid (D3A, D3B, D4, D7).

Drie andere documenten werden online gevonden en zijn dus publiek toegankelijk (D5, D9, D10). Het is onduidelijk of het bestaan ervan gekend is bij zorgmedewerkers, bewoners en derden.

Documenten over SGOG

De meerderheid van de documenten over SGOG zijn toegankelijk voor personeel (D1, D12A, D12B, D12C), o.a. via het intranet van de organisatie (D1, 11-R2, D8, 3-R, D12A, D12B, D12C, 4-R). Enkele beleidsteksten rond SGOG zijn nog echter (nog) niet toegankelijk voor medewerkers (D6A, D6C, 8-R, D8, 3-R).

Binnen één PC wordt vorming rond SGOG ingekanteld in het inscholingsplan voor nieuwe medewerkers en voorziet men een jaarlijks verplichte vorming rond SGOG voor al het personeel (D12A, D12B, D12C, 4-R).

Twee IBW geven expliciet aan dat het beleid rond SGOG niet toegankelijk gesteld wordt aan bewoners (D1, 11-R2, D8, 3-R).

Gegevens uit diepte-interviews en focusgroepen

Uit diepte-interviews en focusgroepen van respondenten van wie we geen tekstmateriaal ontvingen komt het volgende naar voor.

De meerderheid van de geïnterviewden is op de hoogte van het bestaan van een beleidstekst rond SGOG in de zorgorganisatie (1-R1, 1-R2, 6-R1, 6-R2, 7-R, 9-R, 10-R, 11-R3, 12-Rv, 14-R, 16-R, 17-R1, 17-R2, 17-R3, 17-R4). Respondenten uit twee IBW waren hiervan niet helemaal zeker (2-R1, 2-R2, 15-R).

In de meeste zorgvoorzieningen is de procedure rond SGOG gekend bij het zorgpersoneel (1-R1, 1-R2, 7-R, 15-R, 16-R) of wordt deze geacht gekend te zijn (2-R1, 2-R2, 6-R1, 6-R2). Drie respondenten vanuit PVT geven echter aan dat de procedure niet of onvoldoende gekend is bij het personeel van de zorgvoorziening (10-R 11-R3, 14-R).

Medewerkers kunnen de procedure en bijkomstige informatie raadplegen via een intern platform (1-R1, 1-R2, 2-R1, 2-R2, 9-R, 17-R1, 17-R2, 17-R3, 17-R4) of via het arbeidsreglement (15-R). Ook werden recent een aantal vormingsmomenten voor personeel georganiseerd rond het thema (1-R1, 1-R2, 12-R). In één IBW hangt een grote affiche rond omgaan met SGOG op het prikbord in de algemene ruimtes, met vermelding van aanspreekpunten voor SGOG (6-R1, 6-R2).

Eén respondent gaf aan dat het beleid rond SGOG gekend is bij de bewoners (7-R). Negen geïnterviewden stelden daarentegen dat de bewoners van IBW en PVT er niet (voldoende) van op de hoogte zijn (2-R1, 2-R2, 10-R, 14-R, 15-R, 17-R1, 17-R2, 17-R3, 17-R4). In enkele IBW en PVT wordt er in het huishoudelijk reglement – vaak vaag of impliciet - verwezen naar SGOG (1-R1, 1-R2, 6-R1, 6-R2).

Enkele geïnterviewden uit zowel IBW als PVT heeft er geen zicht op of het beleid rond SGOG bekend is bij personeel (9-R, 11-R3, 17-R1, 17-R2, 17-R3, 17-R4) of zorgvragers (9-R, 11-R3, 16-R).

4.2.6 Het gebruik van de documenten in de praktijk

Documenten over seksuele gezondheid

In sommige voorzieningen geven de respondenten aan dat zorgprofessionals zich niet altijd strikt aan de bestaande, formele richtlijnen houden om zorg op maat te kunnen aanbieden rond de wens tot seksualiteit bij bewoners (7-R, 10-R, 15-R, 17-R1).

Documenten over SGOG

Deelnemers vanuit beide types gezondheidszorgvoorzieningen geven aan dat de implementatie van procedures rond seksueel grensoverschrijdend gedrag niet evident is wegens de (zeer) lage frequentie van SGOG-incidenten (1-R, 10-R, 17-R2). Bovendien zijn zorgprofessionals bij een incident eerder geneigd om advies vragen aan collega's of een leidinggevende, dan dat zij zelfstandig de procedure raadplegen (11-R2, 11-R1).

Er leeft bezorgdheid bij verschillende PVT-medewerkers rond de follow-up van SGOG-incidenten (1-R1, 9-R, 10-R). Participanten geven aan dat ze een beleid hebben dat ze nauwgezet kunnen volgen, maar van zodra alle nodige stappen gezet zijn (o.a. melding maken bij het Departement Zorg van seksueel grensoverschrijdend gedrag in gezondheids- en woonzorgvoorzieningen), er geen verdere richtlijnen beschikbaar zijn. Wat met de bewoner die zich seksueel grensoverschrijdend gedroeg? Kan hij/zij in de voorziening blijven wonen? Daarover tasten de zorgverleners in het duister.

Het beleid rond SGOG lijkt in de minderheid van PVT en IBW voldoende geïmplementeerd te zijn (4-R, 7-R, 12-R, 13-R, 16-R). Eén PVT heeft de implementatie gepland, maar nog niet gerealiseerd (14-R). Alle andere IBW en PVT spreken zich niet

expliciet uit over de mate waarin het beleid rond SGOG in de voorziening geïmplementeerd is (1-R1, 1-R2, 2-R1, 2-R2, 6-R1, 6-R2, 9-R, 10-R, 11-R3, 15-R, 17-R1, 17-R2, 17-R3, 17-R4).

4.2.7 Begrijpelijkheid van de documenten

Om een inschatting te kunnen maken van de mate waarin de gebruikte taal in de visie- en beleidsdocumenten begrijpelijk is, schaalde een externe procesbegeleider taalbeleid elke tekst in op vlak van taalniveau. Zij hanteerde hierbij de indeling volgens het Common European Framework of Reference for Languages (CEFR). Het CEFR is een referentiekader om het taalbeheersingsniveau van mensen op een uniforme manier te beschrijven en te vergelijken.

Van de visieteksten die we includeerden voor analyse, zijn er drie geschreven op B2/C1-niveau, drie op C1-niveau en twee op C2-niveau. Het taalniveau van één beleidstekst is B2/C1 en van vier andere beleidsteksten is dat C1. Verder zijn er vier beleidsteksten geschreven op niveau C1/C2 en de overige vier teksten zijn geschreven op C2-niveau. De drie ethische adviezen zijn tenslotte geschreven op B2/C1-niveau. Geen enkele tekst werd geschreven op B1 (of A2 of A1). In tabel 10 wordt een totaal van 24 teksten gehanteerd, aangezien drie beleidsteksten en één ethisch advies eveneens een visietekst omvatten.

Tabel 10. Taalniveau bepaald per documenttype.

	Visietekst	Beleidsstekst	Ethisch advies	totaal
B2/C1	3	1	3	7
C1	3	4	-	7
C1/C2	-	4	-	4
C2	2	4	-	6
Totaal	8	13	3	24

Verder gingen we na of de website van de voorzieningen aandacht besteedt aan intimiteit en/of seksualiteit in een algemene visietekst of huishoudelijk reglement.

Drie PVT, twee IBW, twee PC en drie netwerken van zorgvoorzieningen hebben een algemene visie beschikbaar gesteld via hun website (D14, D15, D16, D17, D18, D19A, D19B, D20, D21, D22, D23). In slechts één van de visieteksten vanuit PVT worden 'relaties' vermeld in de algemene betekenis van het woord, nl. het opbouwen of onderhouden van relaties met familie, vrienden, medebewoners (D16). Verder vonden we bij één PVT een online beschikbaar huishoudelijk reglement, waarin relaties en seksualiteit tussen zorgvragers expliciet toegelaten worden, mits er sprake is van toestemming, gelijkheid en vrijwilligheid (D19B-p.6).

4.2.8 Eindbeschouwingen bij dit deel (4.2.1 t.e.m. 4.2.7)

Normalisatie van seksualiteit

- Seksualiteit wordt in elk document rond seksuele gezondheid expliciet erkend en (uitgebreid) beschreven als een gezonde, natuurlijke behoefte.
- Naast de normalisatie van seksualiteit, komen ook het normaliseren van seksuele dienstverlening, masturbatie, pornografie en "noodhomoseksualiteit" aan bod in verschillende documenten. We merken op dat christelijke instellingen dergelijke vormen van seksualiteitsbeleving, die niet plaatsvinden binnen een relatie, niet vermelden of (impliciet) afkeuren in hun ethische adviezen.
- Alle teksten waarin normalisatie van seksualiteit niet aan bod komt focussen enkel op SGOG.

Definiëring van concepten

- De meerderheid van de documenten rond seksuele gezondheid geeft bij het begin van de tekst een definitie van (een aantal) concepten.
- Seksuele rechten worden wel vermeld, maar niet gedefinieerd in de teksten geïncorporeerd voor deze studie. We merken op dat het niet definiëren van concepten mogelijk tot misverstanden of foutieve interpretatie kan leiden.

Bewoner staat centraal

- In de documenten over seksuele gezondheid wordt expliciet belang gehecht aan de zorg op maat voor de bewoners. In heel wat beleidsteksten rond SGOG vanuit IBW en PC wordt daarentegen niet gerefereerd naar 'zorg op maat voor de bewoner'.

Rol van het netwerk

- We stellen vast dat er in de geanalyseerde documenten weinig aan bod komt (1) rond de wijze waarop het netwerk van bewoners (partner, familie, naasten) betrokken wordt bij het mogelijk maken dat de bewoner intimiteit en seksualiteit kan beleven, en (2) rond de rol die het netwerk kan vervullen en de verwachtingen die daaraan gekoppeld worden.

Nochtans kan het waardevol zijn om formeel te beschrijven hoe de omgang met het netwerk van zorgvragers (partner, familie, naasten) verloopt.

Rol van de professionals

- Eén van de thema's waaraan in de documenten over seksuele gezondheid duidelijk belang gehecht wordt, is de rol van de zorgprofessionals. Zij kunnen een heel aantal taken en verantwoordelijkheden op zich nemen, zoals het bespreekbaar stellen van seksualiteitsbeleving.

- De taken en verantwoordelijkheden van de professionals worden eveneens uitgebreid omschreven in het beschikbare tekstmateriaal over SGOG. De rol van de hulpverleners is begrenzend en beschermend van aard, waarbij er in heel wat teksten een uitgewerkt stappenplan beschikbaar is dat geraadpleegd kan worden indien er zich een incident SGOG voordoet.
- Een relatie tussen zorgvrager en zorgverlener wordt in een groot aantal documenten expliciet afgekeurd omwille van het onevenwicht in de zorgrelatie.

Seksueel grensoverschrijdend gedrag

- In de meerderheid van het tekstmateriaal over SGOG onderscheidt men of de (vermoedelijke) dader een medewerker is, een zorgvrager of een derde partij. Dergelijk profiel van de (vermoedelijke) dader heeft implicaties voor de reactie volgend op het gestelde SGOG.
- Verder beschrijven alle teksten rond SGOG of het toepassingsgebied van de tekst gedrag behelst dat gesteld wordt ten aanzien van een derde partij, ten aanzien van een personeelslid of ten aanzien van een bewoner.
- Verschillende documenten rond seksuele gezondheid, alsook documenten die SGOG als onderwerp hebben, beklemtonen dat een reactief beleid (als reactie op SGOG) gecombineerd dient te worden met een preventief beleid (ter voorkoming van SGOG).

Toegankelijkheid visie- en beleidsdocumenten

- Een aantal documenten over seksuele gezondheid en SGOG zijn (online) toegankelijk voor zorgpersoneel en/of zorgvragers en hun netwerk. Er bestaat echter nog heel wat onduidelijkheid over of het bestaan ervan gekend is bij zorgmedewerkers, bewoners en derden.
- Een aantal zorginstellingen hanteren een beleid dat niet publiek toegankelijk is. Drie voorzieningen gaven immers aan in de online vragenlijst dat zij beschikken over formele teksten rond visie en beleid, maar kozen ervoor deze niet met de onderzoeker te delen.

Gebruik in de praktijk

- Voor het omzetten van visieteksten in de praktijk en voor een succesvolle implementatie van beleid, is het belangrijk dat het tekstmateriaal geschreven wordt op maat van de specifieke doelgroep en gericht is op een wooncontext. Indien men vertrekt van bestaand materiaal uit een behandelcontext (bv. psychiatrisch ziekenhuis), is een adequate vertaalslag van groot belang.

Begrijpelijk voor het doelpubliek

- De taal in de geanalyseerde documenten is eerder abstract, onnauwkeurig of onbegrijpelijk. Door het gebruik van taalniveau C1 - of zelfs C2 - worden teksten mogelijk onvoldoende begrepen of foutief geïnterpreteerd door de zorgvragers, zorgprofessionals of derden voor wie ze geschreven zijn.

Publieke toegankelijkheid via algemene visie en huishoudelijk reglement

- Verschillende zorgvoorzieningen stellen via hun website een algemene visie beschikbaar en van één PVT konden we een online huishoudelijk reglement inkijken. Via deze kanalen is er echter weinig of geen informatie publiek toegankelijk rond het beleven van intimiteit en/of seksualiteit bij en tussen bewoners.

Zijn de documenten actueel?

- De meerderheid van de documenten (n=13) werd zeer recent opgesteld of aangepast, nl. tussen 2021 en 2023. Deze informatie doet uitschijnen dat dit tekstmateriaal actueel is. Het is mogelijk dat een deel van de informatie in de documenten geschreven tussen 2000 en 2016, intussen achterhaald is en dat er informeel op de werkvloer niet overeenkomstig dit tekstmateriaal gehandeld wordt.

4.2.9 Welke faciliterende en remmende factoren beïnvloeden de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit in IBW en PVT in Vlaanderen?

Bereidwilligheid van participanten

Twee participanten vulden dit deel van de vragenlijst niet in. Bijgevolg is de analyse gebaseerd op de data van 40 participanten (tabel 11).

De meeste participanten gaven in de vragenlijst aan een diepte-interview te verkiezen boven een deelname aan een focusgroep. Veel mogelijke deelnemers (40%, respectievelijk 50%) wilden hun keuze baseren op toekomstige informatie.

Tabel 11. De bereidwilligheid van participanten om deel te nemen aan een diepte-interview of focusgroep.

	Diepte-interview		Focusgroep	
Ja	11	27,50%	6	15%
Nee	13	32,50%	14	35%
Misschien. Ik wens meer informatie.	16	40%	20	50%
Geen antwoord	-	0%	-	0%
Totaal	40	100%	40	100%

De behoefte aan een uitgetekend(e) visie en beleid

Een aantal respondenten van zowel IBW als PVT halen aan dat er nood is aan de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit (3-R, 4-R, 9-R, 15-R, 16-R, 17-R1). Wanneer er immers geen formeel beleid is rond intimiteit en seksualiteit in de zorgvoorziening, kunnen de persoonlijke waarden en normen van zorgprofessionals doorslaggevend zijn in de begeleiding van bewoners (1-R2, 3-R, 6-R1, 6-R2, 7-R, 10-R, 14-R, 17-R). Zo kan een hulpverlener het bijvoorbeeld belangrijk vinden dat seksualiteit enkel plaatsvindt binnen een langdurige relatie (7-R). In dergelijke situatie wordt er geen consistent antwoord geboden op hulpvragen en is het bijgevolg afhankelijk van de individuele begeleider op welke manier de zorgvrager hulp ontvangt (8-R, 12-R, 14-R, 15-R, 17-R1).

Remmende en faciliterende factoren voor ontwikkeling en implementatie van visie en beleid

In de gesprekken werden remmende en faciliterende factoren besproken voor de ontwikkeling of implementatie van een beleid (tabel 12). Deze factoren kunnen zich manifesteren op het niveau van de bewoners, de medewerkers, de organisatie of buiten de organisatie.

Tabel 12. Remmende en faciliterende factoren voor ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit binnen de residentiële GGZ.

	Ontwikkeling	
	Remmende factoren	Faciliterende factoren
Bewoners		<ul style="list-style-type: none"> • Verjonging van het doelpubliek • Gemengde populatie • Psychofarmaca en seksualiteit
Medewerkers	<ul style="list-style-type: none"> • Angst voor een rigide benadering van seksualiteit • Gebrek aan tijd om een doordacht beleid te ontwikkelen • De attitude en weerstand bij dominante rollen in de instelling • Geen prioriteit geven aan seksualiteit 	<ul style="list-style-type: none"> • Attitude: het belang inzien van seksualiteit en intimiteit • Ondersteunend materiaal en vorming
Organisatie	<ul style="list-style-type: none"> • Angst voor een rigide benadering van seksualiteit • Gebrek aan tijd om een doordacht beleid te ontwikkelen • Geen prioriteit geven aan seksualiteit 	<ul style="list-style-type: none"> • Het installeren van werkgroepen • Attitude: het belang inzien van seksualiteit en intimiteit • Ondersteunend materiaal en vorming • De invloed van externe inbreng • Aanstellen of aanduiden van gespecialiseerd personeel • Ondersteuning door beleidskeuzes • De ondersteuning door directie • Kwaliteitsbewaking en bevraging • Begeleiding aanpakken vanuit levensdomeinen • Het belang van samenwerken • Fusie van IBW • Ethisch advies • Cultuur en openheid t.o.v. seksualiteit
Buiten de organisatie	<ul style="list-style-type: none"> • Geen prioriteit geven aan seksualiteit 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychofarmaca en seksualiteit • Het belang van samenwerken • Fusie van IBW • Ethisch advies • Cultuur en openheid t.o.v. seksualiteit

Implementatie		
	Remmende factoren	Faciliterende factoren
Bewoners	<ul style="list-style-type: none"> • Bespreekbaarheid van seksualiteit • Taboe, schaamte en schroom • Kwetsbaarheid van de bewoners 	<ul style="list-style-type: none"> • Aanspreekpunt en vertrouwensrelatie • Participatie en dialoog bij beleidsontwikkeling • Seksualiteit systematisch bespreekbaar maken
Medewerkers	<ul style="list-style-type: none"> • Bespreekbaarheid van seksualiteit • Taboe, schaamte en schroom • Kwetsbaarheid van de bewoners • Een vraaggestuurde aanpak en seksualiteit • Prioriteit geven aan seksualiteit • Intimiteit en seksualiteit als "probleem" • Werkdruk en tijd 	<ul style="list-style-type: none"> • Aanspreekpunt en vertrouwensrelatie • Professionele houding • Kunnen verwijzen • Vorming en intervisie • Participatie en dialoog bij beleidsontwikkeling • Seksualiteit systematisch bespreekbaar maken • Een vertrouwenspersoon voor personeel • Een organisatiecultuur die seksualiteit en intimiteit normaliseert
Organisatie	<ul style="list-style-type: none"> • Privacy en accommodatie • Seksuele dienstverlening is geen evidentie • Een vraaggestuurde aanpak en seksualiteit • Prioriteit geven aan seksualiteit • Werkdruk en tijd • De behoefte aan een aangepast referentiekader voor de woonvorm 	<ul style="list-style-type: none"> • Bruikbaarheid van de formele teksten • Seksualiteit systematisch bespreekbaar maken • Een vertrouwenspersoon voor personeel • Een organisatiecultuur die seksualiteit en intimiteit normaliseert
Buiten de organisatie	<ul style="list-style-type: none"> • Juridische verantwoordelijkheid • Externe omstandigheden die het invoeren van een beleid belemmeren 	<ul style="list-style-type: none"> • Kunnen verwijzen • Seksualiteit systematisch bespreekbaar maken

4.2.9.1 Remmende factoren

1. *Ontwikkeling van formele visie- of beleidsteksten rond intimiteit en seksualiteit*

Angst voor een rigide benadering van seksualiteit

Enkele respondenten uit IBW wijzen erop dat zorgprofessionals binnen de voorziening vrezen dat het ontwikkelen van beleid voornamelijk beperkend zal werken voor bewoners, eerder dan dat het duidelijkheid biedt (3-R, 7-R, 10-R, 14-R, 15-R, 17-R4).

In een aantal zorginstellingen ervaren zorgverleners daarenboven geen nood aan het ontwikkelen van een beleid rond intimiteit en seksualiteit (15-R, 16-R). Zij suggereren dat seksualiteit een persoonlijk vraagstuk is dat individueel benaderd dient te worden en niet vanuit standaardrichtlijnen. Deze participanten ondervinden dat men op basis van de jaren anciënniteit en maturiteit in het team (7-R, 10-R) en de mogelijkheid tot intervisie en bespreking in teamverband (5-R, 6-R1, 7-R, 15-R, 16-R, 17-R1, 17-R3), kan komen tot een antwoord op maat van de bewoner.

Daarom kiest men er in een aantal IBW en PVT voor om geen formele visie- of beleidsteksten rond intimiteit en seksualiteit te ontwikkelen. In plaats daarvan hanteren zij de algemene visie van de zorgfaciliteit bij het bespreekbaar maken van beleving van intimiteit en seksualiteit van bewoners (7-R, 10-R, 11-R2, 14-R, 15-R, 16-R) of de geldende maatschappelijke grenzen (5-R).

Gebrek aan tijd om een doordacht beleid te ontwikkelen

Participanten uit zowel IBW als PVT halen aan dat het niet evident is om zorgmedewerkers voldoende tijd te laten vrijmaken om te investeren in ontwikkeling van beleid en visie rond het thema intimiteit en seksualiteit, o.a. als gevolg van absenteïsme van personeel (1-R1, 3-R, 5-R, 11-R2, 12-R, 15-R). Meerdere geïnterviewden uit IBW (2-R2, 8-R, 17-R4) en PVT (5-R, 9-R, 10-R, 11-R3, 16-R, 17-R4) wijzen er bovendien op dat specifiek psychiaters te weinig tijd hebben en te beperkt aanwezig zijn in de voorzieningen om mee te werken aan (formele) teksten over visie en/of beleid.

De attitude van dominante functies in de instelling

Psychiaters hebben veel macht (7-R, 10-R, 13-R, 15-R, 17-R4) om beleid te sturen. Sommige respondenten ervaren dat psychiaters in PVT en IBW eerder conservatieve overtuigingen hanteren waarbij de beleving van intimiteit en seksualiteit weinig aandacht genieten (7-R, 13-R, 17-R4). Eén respondent wijst op een voormalige hoofdgeneesheer die seksuele dienstverlening bij de bewoners van een PVT niet toestond (13-R).

Seksualiteit is geen prioriteit

Enkele participanten uit zowel IBW als PVT stellen zich vragen bij de prioriteit en de toegevoegde waarde van een formele visie- of beleidsteksten rond intimiteit en seksualiteit (7-R, 16-R). Zo merkt één geïnterviewde vanuit IBW-context op dat het vrijmaken van tijd een indicatie is van de prioriteit die aan een thema gegeven wordt, waarbij zij suggereert dat in hun organisatie dit beleidsthema niet bovenaan op de beleidsagenda staat (11-R2). Ook andere respondenten uit zowel IBW (3-R, 6-R1, 8-R, 11-R1, 17-R4) als PVT (1-R1, 1-R2, 4-R, 11-R2, 12-R, 17-R3, 17-R4) opperen dat de ontwikkeling van formele visie- of beleidsteksten rond intimiteit en seksualiteit geen prioriteit is in de zorginstelling. Eén participant geeft uitdrukkelijk aan dat er belang gehecht wordt aan het thema (8-R). Toch prioriteert een heel aantal zorginstellingen seksualiteit bij hun bewoners niet, o.a. doordat men een veelheid ervaart aan richtlijnen in het algemeen die geformaliseerd móeten worden in de instelling (1-R2, 3-R, 4-R, 17-R3, 17-R4), terwijl het opstellen van een formeel beleid rond seksuele gezondheid niet bij wet verplicht is in België (17-R3).

Verder staat er bij verschillende initiatieven voor beschut wonen een fusie te gebeuren (3-R, 6-R1, 8-R) om te voldoen aan de vereisten voor de minimale begeleidingscapaciteit. In voorzieningen waar een eenwording op de korte-termijn-planning staat, leeft een eerder afwachtende houding om visie- en beleidsteksten te ontwikkelen, aangezien dat proces binnen de fusie gevoerd zal worden (6-R1, 9-R). Eén van de respondenten vanuit PVT beaamt dat een fusie ook bij hen leidt tot vertraging in het ontwikkelen van beleid rond allerhande thema's, waaronder intimiteit en seksualiteit (9-R).

Vervolgens halen enkele geïnterviewden de keuze van de zorgvoorziening aan om geen of slechts beperkte middelen te investeren in (externe) begeleiding bij beleids- en visieontwikkeling rond intimiteit en seksualiteit. Wanneer een zorginstelling opteert om geen kosten te dragen verbonden aan begeleiding door Aditi vzw, wordt dit door participanten als belemmerend ervaren in het proces van visie- en beleidsontwikkeling (1-R1, 2-R2).

Tenslotte geven zowel participanten uit PVT als IBW aan dat er vanuit het Departement Zorg geen prioriteit gelegd wordt bij het beleidsthema intimiteit en seksualiteit in de geestelijke gezondheidszorg (11-R1, 11-R2, 17-R4).

2. Implementatie van visie of beleid rond intimiteit en seksualiteit

Beperkte bespreekbaarheid van seksualiteit

Bewoners in IBW en PVT spreken niet altijd makkelijk over intimiteit en seksualiteit met hun begeleider (3-R, 6-R2, 7-R, 8-R, 10-R, 11-R1), soms door eerdere traumatische seksuele ervaringen (10-R, 15-R), soms door het machtsverschil tussen bewoner en zorgprofessional (8-R) of het genderverschil tussen bewoner en zorgprofessional (1-R1, 1-R2, 15-R). Bovendien is hun taal mogelijk ontoereikend om hun vragen of bezorgdheden

rond dit onderwerp onder woorden te brengen en willen bewoners hulpverleners niet belasten met een gesprek dat niet vanzelfsprekend is (8-R).

Intimiteit en seksualiteit zijn daarnaast ook thema's die niet evident zijn om als begeleider binnen een IBW of PVT te bespreken met bewoners (1-R1, 2-R1, 3-R, 4-R, 5-R, 8-R, 10-R, 11-R1, 11-R2, 13-R, 14-R, 17-R1, 17-R2). Er wordt door zorgverleners nog veel doodgezwegen, behalve als het gaat om seksueel grensoverschrijdend gedrag (5-R). Medewerkers ervaren zelf een zeker ongemak wanneer ze seksualiteit en intimiteit bij bewoners aankaarten (1-R1, 1-R2, 7-R, 9-R, 13-R, 15-R, 17-R1, 17-R3) of wanneer bewoners zelf het gesprek initiëren (13-R). Voornamelijk de jongste en oudste collega's zouden zich het meest ongemakkelijk voelen (8-R).

Of en in welke mate intimiteit en seksualiteit bespreekbaar zijn met een begeleider, is gedeeltelijk afhankelijk van persoonlijke kenmerken van deze zorgprofessional (3-R, 5-R). Er zijn verschillen tussen begeleiders in de manier waarop ze het thema bespreekbaar maken en hulpvragen van bewoners beantwoorden (8-R, 12-R, 14-R, 15-R, 17-R1). Een aantal begeleiders praat vlot over deze thema's met de bewoners, terwijl anderen het gesprek eerder mijden (3-R, 5-R, 12-R, 15-R). Vanuit het perspectief van de bewoner is het echter belangrijk dat de bespreekbaarheid van intieme en seksuele behoeften niet afhankelijk is van welke individuele begeleider hij of zij toegewezen krijgt (14-R, 17-R1). Enkele deelnemers werkzaam binnen PVT halen aan dat niet alleen bij de zorgvragers, maar ook bij de zorgprofessionals de taal en gespreksvaardigheden soms ontoereikend zijn als het gaat om het bespreken van intimiteit en seksualiteit van bewoners (5-R, 9-R, 11-R2, 13-R). Eén van de respondenten stelt dat gesprekken tussen zorgprofessionals onderling doorgaans vlotter verlopen, aangezien medewerkers dan hun eigen taal en woordkeuze hanteren. Respectvol en begrijpbaar taalgebruik wordt belangrijker geacht wanneer het gaat om communicatie tussen zorgmedewerkers en bewoners (13-R).

Bovendien kunnen begeleiders van IBW en PVT naast hun ondersteunende rol t.o.v. de bewoners ook een bemiddelende rol vervullen t.o.v. bewindvoerders (6-R1, 6-R2, 10-R). Een aantal bewindvoerders gaat zonder problemen in op de vraag van bewoners – al dan niet via een zorgprofessional – om een geldsom te verkrijgen om seksuele dienstverlening te bekostigen, op voorwaarde dat er voldoende financiële middelen beschikbaar zijn (7-R, 8-R, 10-R, 11-R2, 15-R, 16-R, 17-R1). Andere bewindvoerders gaan niet in op deze vraag (11-R3). De drempel voor bewoners kan zeer hoog zijn om dergelijke geldsom op te vragen, voornamelijk wanneer een familielid optreedt als bewindvoerder en mogelijk de beleving van seksualiteit binnen de zorgvoorziening afkeurt (11-R1, 11-R2, 11-R3). Daarnaast kan ook de tussenstap via de begeleider en sociale dienst van de zorgvoorziening - en de bijhorende vrees voor een oordeel van deze hulpverleners - maken dat zorgvragers afhaken en hun vraag de bewindvoerder niet bereikt (11-R2, 14-R).

Taboe, schaamte en schroom

Schaamte en schroom vormen een aanzienlijke drempel om seksualiteit te bespreken (2-R1, 2-R2, 5-R, 8-R, 10-R). Bewoners kunnen schroom ervaren omwille van het onderwerp zelf (2-R1, 2-R2, 5-R, 8-R) of omwille van (ongepaste) gedachten en fantasieën waarbij ze vrezen seksueel grensoverschrijdend te zijn (2-R1). Het schaamtegevoel kan opduiken t.o.v. zorgmedewerkers (2-R1, 5-R, 16-R) en t.o.v. medebewoners (10-R) die soms ongevoelig reageren (17-R3). Er wordt anderzijds ook op gewezen dat sommige medebewoners zich heel verdraagzaam opstellen aangaande seksualiteit van medebewoners (8-R).

Schaamte bij zorgprofessionals werd vooral aangehaald door respondenten uit PVT (5-R, 9-R, 11-R2, 13-R) en slechts één respondent vanuit IBW (11-R1).

Ook merken zowel deelnemers uit IBW als PVT dat er een zeker taboe persisteert rond het thema bij de zorgmedewerkers (5-R, 9-R, 11-R1, 11-R2, 13-R, 15-R), terwijl andere levensdomeinen wel vaker bevroegd en opgevolgd worden (11-R1).

Privacy en accommodatie

Veel participanten – zowel uit IBW als PVT – wijzen erop dat de accommodatie privacy kan belemmeren (5-R, 8-R, 10-R, 11-R2, 11-R3, 13-R, 14-R, 17-R1, 17-R2, 17-R4). Respondenten vernemen uit gesprekken met bewoners dat hun intimiteits- en seksualiteitsbeleving belemmerd wordt doordat ze vrezen dat zorgverleners de kamer kunnen betreden tijdens een intiem moment zoals masturbatie (17-R1). Andere vormen van seksualiteitsbeleving worden hierbij door de geïnterviewden niet vernoemd. Enkele respondenten stellen daarenboven dat medebewoners in een groepswoning mogelijk in contact komen met intiem bezoek dat een zorgvrager ontvangt van een partner of seksuele dienstverlener, waardoor een deel van de privacy van de zorgvrager verloren gaat (5-R, 8-R, 10-R, 13-R, 17-R2, 17-R4).

Voornamelijk respondenten uit PVT-context wijzen erop dat PVT een woonvorm is die gelijk op een thuiscontext, maar niet gelijkstaat met een privéwoning (5-R, 10-R, 13-R, 17-R4). Bewoners van PVT worden daarom aangespoord om via familiebezoek, familieweekenden en dergelijke buiten het domein van de voorziening behoeften rond intimiteit en seksualiteit in te vullen (13-R).

Binnen IBW zijn zorgmedewerkers niet permanent aanwezig, en wanneer bewoners in een individuele studio wonen (zonder gedeelde vertrekken) of op eigen adres, is 'privacy' heel anders dan in een groepswoning (8-R, 15-R).

Enkele IBW en PVT hebben nog (een aantal) tweepersoonskamers (11-R2, 13-R, 14-R, 16-R, 17-R1), maar er worden steeds vaker enkel nog éénpersoonskamers voorzien voor bewoners (4-R, 5-R, 11-R2, 13-R). Waar éénpersoonskamers enerzijds het voordeel bieden van privacy (9-R, 10-R, 11-R1, 11-R2, 12-R, 14-R, 16-R), heeft de beperkte grootte

van zo'n kamer anderzijds het nadeel dat koppels niet samen kunnen slapen (1-R2, 5-R, 10-R). In sommige andere voorzieningen is het wel mogelijk om als koppel in één kamer of studio te slapen (3-R, 8-R, 9-R, 10-R) of geven respondenten aan dat er zoveel als mogelijk rekening gehouden wordt met de wensen van bewoners wanneer zij als koppel samen in de voorziening wensen te verblijven (5-R, 6-R1, 6-R2).

Verder stellen verschillende respondenten dat het niet vanzelfsprekend is een (discrete) ruimte te voorzien en in te richten om seksuele dienstverlening binnen de zorginstelling te faciliteren (11-R2, 12-R, 13-R, 16-R, 17-R4). Een respondent wijst erop dat voor de toekomst kan nagedacht worden over o.a. het inrichten van een tiny house (16-R) of familiekamer (13-R). Zo kunnen mensen die op een tweepersoonskamer verblijven of mensen die graag privacy opzoeken buiten de afdeling of de groepswoning toch ook binnen het domein van de zorgvoorziening hun intimiteit en seksualiteit beleven.

Seksuele dienstverlening is geen evidentie

In sommige zorginstellingen wordt seksuele dienstverlening binnen de voorziening gedoogd (1-R1, 3-R, 4-R, 5-R, 10-R, 15-R), waar andere voorzieningen sekswerk binnen de zorgcontext verbieden (9-R, 11-R2, 12-R, 13-R, 14-R, 16-R, 17-R1). Slechts één respondent geeft expliciet aan dat seksuele dienstverleners welkom zijn binnen het PVT (17-R3).

Participanten halen verschillende redenen aan waarom zorginstellingen seksuele dienstverlening voor hun bewoners niet ondersteunen of faciliteren. Ten eerste kunnen de kosten voor sekswerk hoog oplopen (9-R, 11-R2). Het bekostigen van seksuele dienstverlening wordt nog moeilijker wanneer dit niet gedoogd wordt binnen de voorziening en hulpvragers genooddaakt zijn verplaatsings- en hotelkosten te maken (9-R, 10-R). Ten tweede heeft zorgpersoneel de neiging om (over)beschermend te zijn t.o.v. (kwetsbare) bewoners vanuit de angst dat ze geen waar zullen krijgen voor hun geld (8-R, 9-R, 11-R2) en ten derde is er binnen een aantal organisaties geen geschikte ruimte aanwezig om bewoners voldoende privacy te kunnen bieden met een seksuele dienstverlener (11-R2).

De meeste bewoners van IBW en PVT vinden zelfstandig hun weg in het reguliere aanbod van sekswerk in de buurt (6-R1, 9-R, 10-R, 11-R1, 11-R2, 11-R3, 15-R, 17-R1, 17-R2). Heel wat instellingen, zowel IBW (2-R1, 2-R2, 3-R, 15-R, 17-R2, 17-R4) als PVT (4-R, 12-R, 13-R, 16-R, 17-R1, 17-R2, 17-R, 17-R4), verwijzen daarnaast ook bewoners door naar Aditi vzw.

Rond dit advies- en informatiecentrum worden enkele voor- en nadelen aangehaald. Enerzijds resulteerde seksuele dienstverlening via Aditi vzw in een positieve ervaring voor bewoners (7-R, 8-R) en wordt de geboden omkadering en begeleiding als veilig en waardevol ervaren voor (psychisch) kwetsbare personen die soms eerder op zoek zijn naar genegenheid dan seks (4-R, 8-R, 9-R, 14-R, 15-R, 17-R1). Anderzijds kunnen de

voorbereidende gesprekken als ongewenst of betuttelend ervaren worden door bewoners (12-R) en kunnen de kostprijs (2-R2, 4-R) en wachttijd (2-R2, 13-R, 16-R) hoog oplopen. Sommige zorgvoorzieningen achten het lidmaatschap (€100 / per jaar) te hoog, aangezien zij slechts beperkt gebruik maken van de seksuele dienstverlening via Aditi vzw (2-R2, 11-R2, 11-R3). Anderen kiezen voor het regulier aanbod van sekswerkers uit de regio en ervaren geen nood aan het aanvullend aanbod van Aditi vzw (4-R, 5-R). Aditi vzw steunt dit reguliere aanbod van sekswerk, maar wil een complementaire meerwaarde bieden voor mensen in kwetsbaarheid.

Kwetsbaarheid van de bewoners

Bij kwetsbare bewoners met een verstandelijke beperking kan wederzijdse toestemming een preciaire kwestie zijn. Voor professionals is het zoeken naar een balans tussen het respecteren van de autonomie van bewoners en het voorzien van een veilige context en bescherming voor hun kwetsbare zorgvragers (4-R, 11-R2, 11-R3, 12-R).

Zorgprofessionals neigen ertoe de bewoners te beschermen en hun grenzen te bewaken. Ze dwingen zorgvragers niet tot een gesprek over hun wens tot intimiteit of seksualiteit (11-R2). Daarnaast zijn ze ook geneigd zichzelf te beschermen voor (onrealistische) verwachtingen van bewoners van zodra beleving van seksualiteit of intimiteit bespreekbaar gesteld wordt (3-R, 8-R, 11-R2, 11-R3). Zo geeft één van de deelnemers aan dat zorgverleners bezorgd zijn een verkeerd signaal te zenden wanneer seksualiteit bespreekbaar gemaakt wordt, waardoor de bewoner intieme of seksuele verwachtingen zou kunnen koesteren ten aanzien van de begeleider (3-R).

Een vraaggestuurde aanpak van seksualiteit

Vraaggericht werken als methode leidt soms tot een werkwijze waarbij het initiatief tot het bespreken van intieme en seksuele behoeften door de bewoner genomen dient te worden en waarbij de hulpverlener op zijn beurt een afwachtende houding kan aannemen (2-R1, 2-R2, 3-R, 4-R, 7-R, 10-R, 11-R2, 11-R3, 13-R). Hulpverleners hanteren een weinig proactieve benadering (1-R1, 2-R1, 2-R2, 3-R, 4-R, 6-R2, 9-R, 11-R2, 11-R3, 14-R, 17-R1, 17-R2, 17-R3) om een aantal redenen:

- Vanuit de SRH-methodiek² (Steunend Relationeel Handelen) zijn intimiteit en seksualiteit geen levensdomeinen die systematisch bevraagd en besproken worden (11-R3, 12-R, 16-R).
- De overtuiging leeft dat wanneer er geen vraag gesteld wordt door de bewoner, het onderwerp niet relevant of betekenisvol is (1-R1, 4-R, 6-R, 7-R, 9-R, 11-R2, 12-R).

² den Hollander D and Wilken JP. Werken in verbinding: Praktijkboek Steunend Relationeel Handelen. 3^e ed. Amsterdam: Uitgeverij SWP, 2020.

- Zorgprofessionals nemen aan of zijn ervan op de hoogte dat sommige bewoners liever niet spreken over hun behoeften op intiem of seksueel vlak (10-R).
- Zorgprofessionals maken de bewuste keuze voor een afwachtende houding waarbij zij zelf geen gesprek initiëren, maar zich beschikbaar opstellen voor alle thema's die bewoners met hen wensen te bespreken (10-R).

Een aantal respondenten geeft aan dat medewerkers in hun zorginstelling wél op eigen initiatief intimiteit en seksualiteit bespreekbaar maken met bewoners, maar dit gebeurt eerder sporadisch en zeker niet door elke begeleider bij elke bewoner (2-R1, 2-R2, 11-R2, 12-R, 17-R2).

Geen prioriteit geven aan seksualiteit

Seksualiteitsbeleving kan door zorgprofessionals als niet-prioritair beschouwd worden in het persoonlijk ontwikkelingsplan van de bewoners (6-R2, 7-R, 8-R), voornamelijk wanneer zorgvragers pas in de voorziening komen wonen (6-R2). Een respondent wijst erop dat in hun instelling enkel bij zorgvragers met een zekere zedenproblematiek seksualiteit standaard in het begeleidingsplan opgenomen wordt (8-R), hoewel ze de overtuiging toegedaan zijn dat het belangrijk is om vanaf de intake aandacht te besteden aan intimiteit en seksualiteit, aangezien er mogelijk een nefaste invloed kan zijn naar andere levensdomeinen (8-R).

Intimiteit en seksualiteit als "probleem"

Een heel aantal zorgmedewerkers benadert intimiteit en seksualiteit voornamelijk vanuit een problematisch perspectief (5-R, 6-R1, 6-R2, 7-R, 17-R1). Meerdere respondenten uit PVT wijzen erop dat zorgprofessionals vanuit hun opleiding en ervaring de neiging hebben om seksualiteitsbeleving als een zorgprobleem te benaderen (4-R, 11-R2, 11-R3, 12-R, 13-R, 17-R2, 17-R3) en niet als een natuurlijke behoefte (4-R, 17-R1, 17-R3). Zo worden gesprekken rond seksualiteit bijvoorbeeld inherent verbonden met voorlichting rond o.a. anticonceptie (7-R, 17-R1).

Zorgverleners kunnen voorts grenzen aanvoelen aan hun verantwoordelijkheid binnen de zorgrelatie en geneigd zijn om hulpvragen m.b.t. intimiteits- en seksualiteitsbeleving door te verwijzen naar een collega-begeleider (14-R).

Werkdruk en tijd

Als gevolg van o.a. een hoge werkdruk, een nijpend personeelstekort en de veelheid aan administratieve vereisten waaraan binnen de zorgvoorziening voldaan moet worden, ervaart zorgpersoneel een tijdsgebrek om in de praktijk met het onderwerp om te gaan (12-R, 15-R).

De behoefte aan een aangepast referentiekader voor de woonvorm

Verschillende respondenten uit PVT onderstrepen het belang van een beleidstekst op maat van de woonvorm en haar doelpubliek (1-R1, 4-R, 5-R, 9-R, 10-R, 11-R2, 14-R), om een kloof te vermijden tussen formeel beleid en reële aanpak.

Medewerkers vanuit verschillende PVT ervaren dat zij geacht worden hun eigen beleid in de woonvorm te baseren op de formele teksten aanwezig in het ziekenhuis waarmee zij verbonden zijn. Deze documenten zijn echter specifiek geschreven voor de context van dat ziekenhuis en bijgevolg niet zomaar toepasbaar in een residentiële setting zoals een PVT (1-R1, 5-R, 14-R).

Juridische verantwoordelijkheid

In twee psychiatrische verzorgingstehuizen leeft bij de zorgverleners enige bezorgdheid over een juridische schemerzone rond verantwoordelijkheid als zij iemand begeleiden naar seksuele dienstverlening buiten de voorziening (12-R, 13-R).

Externe omstandigheden die het invoeren van een beleid belemmeren

In enkele gesprekken kwam het coronavirus Covid-19 ter sprake als belemmerende factor. Twee respondenten vanuit PVT geven aan dat ze eind 2019 stappen aan het ondernemen waren om beleid rond seksualiteit en intimiteit te implementeren, maar dat noodgedwongen moesten onderbreken. Zij voelen daar tot op heden het effect van, omdat het heropstarten (te) veel tijd en energie kost en de motivatie intussen gewijzigd is (1-R2, 17-R1).

4.2.9.2 Faciliterende factoren

1. *Ontwikkeling van formele visie- of beleidsteksten rond intimiteit en seksualiteit*

Verjonging van het doelpubliek

Zo goed als alle respondenten uit PVT merken dat hun doelpubliek jonger wordt (4-R, 5-R, 9-R, 10-R, 11-R2, 11-R3, 12-R, 13-R, 14-R, 16-R, 17-R1, 17-R3) en dat er daardoor meer vragen komen van bewoners over hun seksualiteitsbeleving (9-R, 11-R2, 11-R3, 12-R, 17-R1) en seksuele dienstverlening (3-R, 10-R, 11-R3). Ze merken ook dat het belang van het onderwerp binnen de woonvorm daardoor toeneemt. Enkele respondenten ervaren (nog) niet dat de verjonging van de bewoners leidt tot een stijging van het aantal vragen rond intimiteit of seksualiteit (16-R, 17-R1, 17-R3).

Deze verjonging brengt andere verwachtingen rond seksualiteit en relaties of relatieproblemen met zich mee. Bewoners in zowel IBW (2-R1, 3-R, 7-R, 11-R1, 17-R2) als PVT (4-R, 10-R, 11-R3, 12-R, 14-R, 17-R2, 17-R3) uiten veelvuldig hun verlangen naar een betekenisvolle, intieme relatie, terwijl ze moeilijkheden ervaren in het vinden en onderhouden van een intieme relatie, o.a. als gevolg van stigma (4-R).

Gemengde populatie

Lange-termijn residentiële voorzieningen waar zowel mannen als vrouwen kunnen wonen, faciliteren ontmoeting, intimiteit en seksualiteit (10-R, 15-R).

Psychofarmaca en seksualiteit

Eén van de respondenten haalt aan dat de evolutie van de psychofarmaca maakt dat patiënten minder gesedeerd zijn en minder bijwerkingen ervaren, waardoor intimiteit en seksualiteit belangrijker worden binnen PVT (4-R).

Het installeren van werkgroepen

In verschillende zorginstellingen zijn werkgroepen actief rond het thema. Deze werkgroepen zijn anders samengesteld per voorziening, maar omvatten o.a. begeleiders, sociaal werkers, directieleden en psychiaters (1-R1, 1-R2, 2-R2, 4-R, 13-R). In andere IBW en PVT zijn nog geen werkgroepen opgericht, maar plant men dat in de toekomst wel te doen, zonder daarbij een termijn voorop te stellen (5-R, 14-R).

Attitude: het belang inzien van seksualiteit en intimiteit

Zorgprofessionals erkennen het belang van intieme en seksuele behoeften van bewoners en bovendien leeft de intentie om met het thema aan de slag te gaan (1-R1, 1-R2, 3-R, 5-R, 8-R, 9-R, 13-R, 15-R, 17-R2, 17-R3). Bijgevolg ervaart een heel aantal geïnterviewden uit IBW en PVT een nood aan een formeel kader rond seksualiteitsbeleving

van de bewoners (1-R1, 2-R1, 3-R, 4-R, 11-R2, 12-R, 15-R, 17-R1), in tegenstelling tot enkele anderen (cfr. remmende factoren voor de ontwikkeling van een beleid rond intimiteit en seksualiteit, 15-R, 16-R).

In bepaalde PVT en IBW faciliteren en ondersteunen (coördinerende) psychiaters de ontwikkeling van beleid en visie (1-R1, 1-R2, 4-R, 5-R, 6-R1, 6-R2, 7-R, 8-R, 9-R, 10-R, 11-R1, 11-R3, 12-R, 13-R, 14-R, 15-R, 16-R, 17-R4). Ook de tewerkstelling van (beleids)psychologen binnen voorzieningen wordt als waardevol beschouwd, hoewel zij vaak over onvoldoende tijd beschikken (15-R, 16-R).

Ondersteunend materiaal en vorming

Een faciliterende factor voor ontwikkeling van formele visie- of beleidsteksten rond intimiteit en seksualiteit in residentiële geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen is de beschikbaarheid van bestaand tekstmateriaal dat vertaald kan worden naar de betreffende zorgcontext (8-R, 9-R, 11-R1, 11-R2, 13-R, 14-R, 17-R1, 17-R2). Eén van de participanten stelde tijdens zijn zoektocht naar bestaand tekstmateriaal vast dat er voornamelijk teksten rond SGOG ter beschikking werden gesteld (11-R1). Anderen baseerden zich op online beschikbaar materiaal van Sensoa of beleidsdocumenten vanuit de forensisch-psychiatrische zorg (13-R). Verder kunnen ook publicaties rond de beleving van intimiteit en seksualiteit in geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen ondersteunend werken bij het ontwikkelen van formele visie- en beleidsdocumenten rond intimiteit en seksualiteit. Voorzieningen kunnen op basis van dergelijke publicaties de vertaalslag maken naar hun eigen organisatorische context (17-R2). Zo stelde het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP) de 'Multidisciplinaire Richtlijn voor de Detectie en Behandeling van Suïcidaal Gedrag' op, ter bevordering van suïcidepreventie in de geestelijke gezondheidszorg. Dergelijke ondersteuning vanuit de Vlaamse overheid wordt als zeer waardevol ervaren in het werkveld (17-R2, 17-R4).

Ook vormingsmomenten voor personeel kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van een beleid rond intimiteit en seksualiteit, zo blijkt uit de gesprekken met medewerkers van zowel IBW als PVT (1-R2, 1-R2, 2-R2, 3-R, 4-R, 6-R1, 6-R2, 11-R1, 13-R, 15-R, 17-R1, 17-R2). Vanuit verschillende zorginstellingen halen participanten expliciet het opleidingsaanbod aan van Aditi vzw (2-R2, 3-R, 13-R, 15-R, 17-R1, 17-R2). Eén respondent maakt de kanttekening dat een opleidingsmoment voornamelijk waardevol is wanneer er op datzelfde moment ook effectief vragen leven vanuit de bewoners (10-R).

De invloed van externe inbreng

Verschillende geïnterviewden stellen dat de aanwezigheid van een stagiair(e) een toegevoegde waarde kan betekenen, wanneer hij/zij een werkstuk zou maken rond de

intimiteits- en seksualiteitsbeleving van bewoners van IBW of PVT en daardoor sensibilisering rond het thema bij het zorgpersoneel zou stimuleren (2-R2, 5-R, 8-R).

Bovendien geven verschillende respondenten aan dat ons huidig onderzoek zorginstellingen aanspoort om (opnieuw) na te denken over en aan de slag te gaan met ontwikkeling van formele teksten rond intimiteit en seksualiteit (2-R1, 3-R, 4-R, 6-R1, 11-R1, 14-R, 15-R).

Aanstellen of aanduiden van gespecialiseerd personeel

Het aanstellen van referentiepersonen seksualiteit (4-R, 12-R, 13-R, 15-R) en/of het aanwerven van een seksuoloog binnen de voorziening (9-R) kunnen beide positief bijdragen aan de ontwikkeling van formele visie- of beleidsteksten rond intimiteit en seksualiteit.

Ondersteuning door beleidskeuzes van de voorziening

In de meeste deelnemende IBW en PVT worden (seksuele) relaties tussen bewoners niet verboden (1-R1, 1-R2, 2-R1, 2-R2, 3-R, 6-R1, 10-R, 11-R2, 12-R, 17-R2). Wel wordt er aandacht besteed aan het maken van afspraken rond o.a. privacy, het effect van de relatie op medebewoners en het groepsgebeuren, anticonceptie, grenzen,... (2-R2, 3-R, 11-R2, 12-R, 15-R).

De ondersteuning door directie

In een aantal voorzieningen blijkt de directie de ontwikkeling van visie en beleid rond seksualiteit en intimiteit te ondersteunen en kan zij vanuit haar rol dit onderwerp op de beleidsagenda van de organisatie plaatsen (9-R, 10-R, 12-R, 13-R, 14-R).

Kwaliteitsbewaking en bevraging

De druk om als zorgvoorziening een kader rond seksualiteitsbeleving te ontwikkelen lijkt toe te nemen als gevolg van de resultaten van tevredenheidsmetingen bij bewoners (4-R, 9-R). Dergelijke resultaten kunnen als hefboom fungeren om het belang van visie en beleid rond intieme en seksuele behoeften van bewoners (hoger) op de agenda te plaatsen (13-R).

Begeleiding aanpakken vanuit levensdomeinen

In een heel aantal deelnemende zorgvoorzieningen hanteert men de SRH-visie. De keuze voor deze visie leidt ertoe dat levensdomeinen zoals 'sociale contacten' en 'relaties' systematisch bevraagd kunnen worden en daardoor gemakkelijker bespreekbaar zijn in opvolgesprekken tussen zorgvragers en zorgverleners (4-R, 6-R2, 11-R1, 11-R2, 11-R3). Een aantal respondenten merkt kritisch op dat het bespreken van deze levensdomeinen

niet noodzakelijk impliceert dat bewoners spreken over hun intieme en seksuele behoeften. Zowel zorgvragers als zorgprofessionals kunnen zich binnen de SRH-methodiek vlot beperken tot een algemene bespreking van 'sociale contacten' en 'relaties' en dieperliggende onderwerpen als intimiteit en seksualiteit daarbij mijden (4-R, 6-R1, 11-R3).

Het belang van samenwerken

Samenwerking met externe partners betekent volgens enkele geïnterviewden een meerwaarde in de ontwikkeling van formele visie- of beleidsdocumenten rond de beleving van intimiteit en seksualiteit in IBW en PVT. Zo kan bijvoorbeeld een provinciaal overleg met andere psychiatrische verzorgingstehuizen (5-R, 9-R) of een clusteroverleg met stakeholders vanuit PVT, IBW, sociale werkplaatsen en een ontmoetingshuis (10-R), waardevol zijn om elkaar te inspireren en expertise uit te wisselen.

Fusie van IBW

Eén geïnterviewde wijst erop dat een fusie een opportuniteit kan zijn. Dergelijke eenwording kan er immers voor zorgen dat de ontwikkeling van formele visie- of beleidsteksten rond intimiteit en seksualiteit in een stroomversnelling terechtkomt. Zo stelt deze geïnterviewde dat de aanstelling van een nieuwe coördinator kan bijdragen aan dat proces, wanneer die veel belang hecht aan de aanwezigheid van formele teksten en de verwachting koestert dat aanwezige teksten aangepast worden tot één uniform document. Ook een wijziging in de doelgroep als gevolg van een fusie kan bijdragen aan de noodzaak om beleid te formaliseren (8-R).

Ethisch advies

Daarnaast heeft ook de betrokkenheid van een ethische commissie voor het verlenen van advies (13-R, 16-R) of het opstellen van ethische teksten (5-R, 9-R, 12-R, 17-R) een faciliterende impact op de ontwikkeling van formele visie- of beleidsteksten rond intimiteit en seksualiteit. Geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen kunnen zich immers op deze bestaande documenten baseren en een vertaalslag naar de eigen organisatorische context realiseren, zoals verschillende respondenten vanuit deelnemende PVT suggereren (5-R, 9-R).

Cultuur en openheid t.o.v. seksualiteit

Verder halen enkele respondenten vanuit PVT aan dat de maatschappelijke openheid ten aanzien van seksualiteit lijkt bij te dragen aan de bespreekbaarheid van de beleving van intimiteit en seksualiteit van hun bewoners (5-R, 9-R, 13-R). Twee deelnemers – één vanuit IBW, één vanuit PVT - stellen echter vast dat deze

maatschappelijke beweging net voor weerstand kan zorgen bij zorgpersoneel. De veelheid van termen die mensen gebruiken en de huidige gevoeligheid die inherent verbonden is met thema's als genderidentiteit, genderexpressie, geaardheid,... kunnen gesprekken immers complex maken, waardoor zorgverleners geneigd kunnen zijn het gespreksonderwerp te mijden als gevolg van een gebrek aan kennis (11-R1, 11-R2).

Tot slot wordt ook het 'rijpen van de geesten' binnen de geestelijke gezondheidszorg aangehaald als faciliterende factor voor het ontwikkelen van een beleid rond intimiteit en seksualiteit. Er lijkt de laatste jaren meer ruimte voor erkenning en bespreekbaarheid van de beleving van intimiteit en seksualiteit bij bewoners in residentiële geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen (11-R2, 11-R3, 13-R).

2. Implementatie van visie of beleid rond intimiteit en seksualiteit

Aanspreekpunt en vertrouwensrelatie

Nagenoeg elke respondent van zowel IBW als PVT geeft aan dat er binnen de woonvorm gewerkt wordt met één (of twee) vaste, individuele begeleider(s) (IB) per bewoner. Deze IB fungeert als aanspreekpunt voor vragen en bezorgdheden binnen alle levensdomeinen van de zorgvrager, met inbegrip van relaties, intimiteit en seksualiteit (1-R1, 3-R, 4-R, 5-R, 6-R, 7-R, 8-R, 9-R, 10-R, 11-R1, 11-R2, 11-R3, 12-R, 13-R, 14-R, 15-R, 16-R, 17-R1, 17-R2, 17-R3, 17-R4). Een goede vertrouwensrelatie tussen de zorgvrager en de IB kan waardevol zijn voor een geslaagde implementatie van het beleid rond intimiteit en seksualiteit van de zorginstelling (1-R2, 3-R, 6-R2, 7-R, 8-R, 14-R, 16-R). Twee respondenten wijzen erop dat zorgvragers binnen hun woonvorm niet altijd duidelijk weten tot wie ze zich kunnen richten voor het bespreken van hun intieme of seksuele noden (3-R, 4-R).

Professionele houding

Een professionele attitude waarbij de zorgverlener zich open, tolerant en respectvol opstelt t.o.v. de bewoner faciliteert de bespreekbaarheid van seksualiteit en de implementering van een beleid rond intimiteit en seksualiteit (1-R2, 6-R2, 7-R, 8-R, 11-R1, 11-R2, 11-R3, 12-R, 16-R, 17-R1, 17-R3). In het algemeen verwachten de deelnemers aan het onderzoek geen of eerder beperkte weerstand bij het zorgpersoneel wanneer beleid rond intimiteit en seksualiteit geïmplementeerd zou/zal worden in de woonvorm (3-R, 9-R, 12-R).

Kunnen verwijzen

Hulpverleners kunnen bij hulpvragen die hun eigen kennis of vaardigheden overstijgen, vaak intern of extern doorverwijzen (8-R) naar een psycholoog (1-R1, 10-R, 11-R2, 13-R,

16-R), huisarts (1-R1, 1-R2, 6-R1) of seksuoloog (5-R, 8-R). Zo kan een seksuoloog bijvoorbeeld bijdragen aan een succesvolle implementatie van beleid rond intimiteit en seksualiteit om bespreekbaarheid te vergroten en normalisatie van seksualiteit als een gezonde, natuurlijke behoefte na te streven (2-R2, 4-R, 8-R, 9-R, 11-R3). In het kader van neveneffecten van psychofarmaca wordt advies ingewonnen bij een psychiater (1-R1, 1-R2, 2-R1, 4-R, 5-R, 6-R1, 6-R2, 11-R3, 13-R) of uroloog (6-R1).

Externe organisaties zijn voornamelijk Aditi vzw (2-R1, 2-R2, 3-R, 4-R, 6-R1, 7-R, 8-R, 9-R, 10-R, 11-R1, 11-R2, 11-R3, 12-R, 13-R, 15-R, 16-R, 17-R1, 17-R2, 17-R3, 17-R4) en Sensoa (2-R1, 2-R2, 10-R, 11-R1, 13-R). Verder verwijzen zorgprofessionals ook (sporadisch door) naar een naburig(e) genderkliniek, Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) of externe psychologen of psychiaters (8-R, 11-R2, 13-R). Ook de 'dokter Bea show' werd aangehaald om bewoners van IBW te voorzien van vereenvoudigde basisinformatie rond seksualiteit (11-R1). Dat neemt niet weg dat er belemmeringen opduiken om zorgvragers door te verwijzen naar een extern georganiseerd aanbod, nl.:

- de kennis die zorgprofessionals bezitten over het beschikbare aanbod is eerder beperkt (2-R1, 2-R2, 5-R, 6-R1, 9-R, 11-R3, 15-R, 17-R2) en
- de toegankelijkheid van het aanbod wordt als suboptimaal ervaren op vlak van kostprijs, wachttijden (2-R1, 2-R2) en beschikbaarheid op het internet (omwille van aanwezige firewall in de zorgvoorziening) (9-R).

Vorming en intervisie

Enkele geïnterviewden achten het cruciaal om het thema 'seksuele gezondheid' te verankeren op de werkvloer aan de hand van vorming en intervisiemomenten voor zorgprofessionals en op die manier een duurzame implementatie te vereenvoudigen (5-R, 11-R1, 12-R, 13-R). Zorgmedewerkers kunnen bewoners van IBW en PVT ondersteunen en begeleiden bij het verwerven van (algemene) kennis rond intimiteit en seksualiteit. Kennis op vlak van intimiteit, seksualiteit, relaties, fysieke en emotionele eigenschappen van mannen en vrouwen, voorbehoedsmiddelen, seksueel grensoverschrijdend gedrag, ... kan immers bijdragen aan een succesvolle implementatie van beleid rond intimiteit en seksualiteit (9-R).

Participatie en dialoog bij beleidsontwikkeling

Participatie van bewoners in het proces van visie- en beleidsontwikkeling rond intimiteit en seksualiteit kan bijdragen aan een geslaagde implementatie (10-R, 11-R1). Daarnaast vermindert visie- en beleidsontwikkeling in dialoog met zorgprofessionals de kans op weerstand en de kans dat er een kloof ontstaat tussen formele visie- en beleidsteksten en de praktijk (1-R2, 3-R, 5-R, 8-R, 9-R, 11-R3, 12-R, 14-R). Het regelmatig evalueren,

bespreken en herwerken van beleidsdocumenten met de betrokkenen laat toe dat beleid op maat mogelijk wordt voor de populatie binnen de zorgvoorziening (10-R).

Bruikbaarheid van de formele teksten

Verschillende gesprekspartners onderstrepen hoe belangrijk het is dat documenten die opgesteld worden door beleidsmakers van de zorginstelling, ook effectief bruikbaar zijn in de woonvorm (1-R1, 13-R).

Seksualiteit systematisch bespreekbaar maken

Een heel aantal respondenten uit beide woonvormen suggereert dat een (summiere) systematische bevraging van seksualiteitsbeleving bij bewoners de bespreekbaarheid van het thema kan verbeteren voor beide partijen. Vaak wordt een persoonlijk ontwikkelingsplan gehanteerd om verschillende levensdomeinen aan bod te laten komen tijdens (jaarlijkse) bewonersbesprekingen. In de huidige vorm kunnen echter zowel zorgvragers als -verleners intimiteit en seksualiteit vermijden als onderwerp omdat deze thema's niet expliciet aan bod komen (4-R, 5-R, 7-R, 12-R, 14-R, 15-R, 17-R1, 17-R3, 17-R4). Enkele respondenten vergelijken het met het thema 'suïcidepreventie in de GGZ' dat wél hoog op de Vlaamse beleidsagenda staat. Dankzij de richtvragen die beschikbaar gesteld worden door het VLESP, beschikken zorgverleners over een leidraad die ze kunnen hanteren in de gesprekken met bewoners, hetgeen leidt tot een vlottere bespreekbaarheid van dergelijk gevoelig thema (4-R, 17-R1, 17-R3).

Een vertrouwenspersoon voor personeel

Medewerkers van één IBW merken op dat ze de aanwezigheid van een vertrouwenspersoon voor personeel en de mogelijkheid om informeel te ventileren bij collega's een pluspunt vinden (2-R1, 2-R2).

Een organisatiecultuur die seksualiteit en intimiteit normaliseert

Respondenten wijzen er tenslotte op dat het normaliseren van seksualiteit als een gezonde, natuurlijke behoefte (1-R1, 1-R2, 3-R, 4-R, 5-R, 6-R1, 7-R, 8-R, 9-R, 10-R, 11-R1, 11-R2, 11-R3, 12-R, 13-R, 14-R, 15-R, 16-R) faciliterend werkt voor succesvolle implementatie van visie of beleid rond intimiteit en seksualiteit.

4.2.10 Eindbeschouwingen bij dit deel (4.2.9)

In vorig onderdeel beschreven we de remmende en faciliterende factoren die in ons onderzoek naar boven kwamen elk afzonderlijk. Nu zullen we bekijken hoe belangrijk elk van deze factoren is in de ervaring van de respondenten.

Als indicator gebruiken we de frequentie van voorkomen van de verschillende factoren (tabel 13 t.e.m. 16). We beschouwen elke factor die zes maal of meer aan bod komen als 'frequent vernoemd' en elke factor die vijf maal of minder vermeld wordt als 'minder frequent vernoemd'.

Remmende factoren

Tabel 13. Frequentie van voorkomen van remmende factoren (ontwikkeling).

Frequent vernoemd	Minder frequent vernoemd
<ul style="list-style-type: none">• Angst voor een rigide benadering van seksualiteit• Gebrek aan tijd• Seksualiteit is geen prioriteit	<ul style="list-style-type: none">• Attitude van dominante functies in de instelling

Angst voor een rigide benadering van seksualiteit wordt vaak aangehaald door participanten als remmende factor voor de ontwikkeling van formele visie- of beleidsteksten rond intimiteit en seksualiteit (3-R, 7-R, 10-R, 14-R, 15-R, 17-R4).

Verder wordt ook een gebrek aan tijd om een doordacht beleid te ontwikkelen frequent vernoemd als remmende factor. Het blijkt zowel binnen IBW als PVT niet evident om zorgmedewerkers voldoende tijd te laten vrijmaken om te investeren in ontwikkeling van beleid en visie rond het thema intimiteit en seksualiteit (1-R1, 3-R, 5-R, 11-R2, 12-R, 15-R).

Ook het feit dat seksualiteit geen prioriteit is in de zorginstellingen (1-R1, 1-R2, 3-R, 4-R, 6-R1, 8-R, 11-R1, 11-R2, 12-R, 17-R3, 17-R4), noch bij het Departement Zorg (11-R1, 11-R2, 17-R4) vormt een aanzienlijke drempel.

Eén factor wordt minder frequent vermeld, nl. de attitude van en weerstand bij psychiaters (7-R, 10-R, 13-R, 15-R, 17-R4).

Tabel 14. Frequentie van voorkomen van remmende factoren (implementatie).

Frequent vernoemd	Minder frequent vernoemd
<ul style="list-style-type: none">• (Beperkte) bespreekbaarheid van seksualiteit• Taboe, schaamte en schroom• Een vraaggestuurde aanpak van seksualiteit• Gebrek aan privacy en geschikte accommodatie• De behoefte aan een aangepast referentiekader voor de woonvorm	<ul style="list-style-type: none">• Geen prioriteit geven aan seksualiteit• Seksuele dienstverlening is geen evidentie• Intimiteit en seksualiteit als "probleem"• Kwetsbaarheid van de bewoners• Werkdruk en tijd• Juridische verantwoordelijkheid• Externe omstandigheden

De implementatie van een beleid wordt het meeste belemmerd door volgende factoren.

Zowel bewoners als begeleiders vinden het niet vanzelfsprekend om seksualiteit bespreekbaar te maken, behalve als het gaat om seksueel grensoverschrijdend gedrag (1-R1, 2-R1, 3-R, 4-R, 5-R, 6-R2, 7-R, 8-R, 10-R, 11-R1, 11-R2, 13-R, 14-R, 17-R1, 17-R2).

Schaamte en schroom bij zowel bewoners als zorgprofessionals vormen een aanzienlijke drempel (2-R1, 2-R2, 5-R, 8-R, 9-R, 10-R, 11-R1, 11-R2, 13-R).

Hulpverleners hanteren een weinig proactieve benadering als gevolg van de keuze om vraaggericht te werken, waarbij het initiatief tot het bespreken van intieme en seksuele behoeften door de bewoner genomen dient te worden (1-R1, 2-R1, 2-R2, 3-R, 4-R, 6-R2, 7-R, 9-R, 10-R, 11-R2, 11-R3, 13-R, 14-R, 17-R1, 17-R2, 17-R3). Waar zorgprofessionals wél op eigen initiatief intimiteit en seksualiteit bespreekbaar maken met bewoners, gebeurt dit eerder sporadisch en niet door elke begeleider bij elke bewoner (2-R1, 2-R2, 11-R2, 12-R, 17-R2).

De accommodatie (bijvoorbeeld tweepersoonskamers voor bewoners die geen koppel zijn) kan de privacy belemmeren (4-R, 5-R, 8-R, 10-R, 11-R2, 11-R3, 13-R, 14-R, 16-R, 17-R1, 17-R2, 17-R4).

Visie- en/of beleidsdocumenten die niet op maat van de woonvorm en haar doelpubliek geschreven zijn, dreigen een kloof in de hand te werken tussen formeel beleid en reële aanpak op de werkvloer (1-R1, 4-R, 5-R, 9-R, 10-R, 11-R2, 14-R).

Onderstaande remmende factoren worden minder frequent aangehaald.

Seksualiteitsbeleving wordt door zorgprofessionals vaak als niet-prioritair beschouwd in het persoonlijk ontwikkelingsplan van de bewoners, behalve bij zorgvragers met een zedenproblematiek (6-R2, 7-R, 8-R).

Het gebeurt nog vaak dat seksualiteit wordt aangekaart als een "probleem" en niet als een normaal deel van het leven (5-R, 6-R1, 6-R2, 7-R, 17-R1); een aantal IBW en PVT kiezen expliciet voor een verbod op sekswerk binnen de voorziening (11-R2, 12-R, 13-R, 16-R).

Andere belemmerende factoren waarnaar respondenten verwijzen, zijn: de kwetsbaarheid van hun bewoners wanneer zij bijvoorbeeld een inschatting maken van de wederzijdse toestemming in een seksueel contact (4-R, 11-R2, 11-R3, 12-R), tijdsgebrek om met het onderwerp om te gaan (12-R, 15-R) en onzekerheid over juridische verantwoordelijkheid van zorgverleners wanneer zij een zorgvrager begeleiden naar seksuele dienstverlening buiten de voorziening (12-R, 13-R).

Ook externe omstandigheden kunnen het invoeren van een beleid vertragen of belemmeren. Dit was onmiskenbaar het geval met het coronavirus Covid-19 (1-R2, 17-R1).

Faciliterende factoren

Tabel 15. Frequentie van voorkomen van faciliterende factoren (ontwikkeling).

Frequent vernoemd	Minder frequent vernoemd
<ul style="list-style-type: none"> • Verjonging van het doelpubliek • Het belang inzien van seksualiteit en intimiteit • Ondersteuning door beleidskeuzes van de voorziening • Ondersteunend materiaal en vorming • De invloed van externe inbreng 	<ul style="list-style-type: none"> • Gemengde populatie • Psychofarmaca en seksualiteit • De ondersteuning door directie • Kwaliteitsbewaking en bevraging • Aanstellen of aanduiden van gespecialiseerd personeel • Het installeren van werkgroepen • Het belang van samenwerken • Begeleiding aanpakken vanuit levensdomeinen • Ethisch advies • Fusie van IBW • Cultuur en openheid t.o.v. seksualiteit

Veel respondenten stellen dat het aantal vragen van bewoners over hun seksualiteitsbeleving en seksuele dienstverlening toeneemt als een gevolg van de verjonging van het doelpubliek binnen PVT (3-R, 4-R, 5-R, 9-R, 10-R, 11-R2, 11-R3, 12-R, 13-R, 14-R, 16-R, 17-R1, 17-R3). Meer en meer bewoners in zowel IBW als PVT

verlangen naar een betekenisvolle, intieme relatie (2-R1, 3-R, 4-R, 7-R, 10-R, 11-R1, 11-R3, 12-R, 14-R, 17-R2, 17-R3).

Veel geïnterviewden wijzen erop dat zorgprofessionals het belang erkennen van intieme en seksuele behoeften van bewoners (1-R1, 1-R2, 3-R, 5-R, 8-R, 9-R, 13-R, 15-R, 17-R2, 17-R3). Verschillende geïnterviewden uit IBW en PVT ervaren ook een nood aan een formeel kader rond seksualiteitsbeleving van de bewoners (1-R1, 2-R1, 3-R, 4-R, 11-R2, 12-R, 15-R, 17-R1).

Ondersteunende beleidskeuzes – zoals het toestaan van (seksuele) relaties tussen bewoners – kunnen eveneens een positieve bijdrage leveren in het proces van visie- en beleidsontwikkeling (1-R1, 1-R2, 2-R1, 2-R2, 3-R, 6-R1, 10-R, 11-R2, 12-R, 17-R2).

Vormingsmomenten voor personeel en beschikbaarheid van bestaand tekstmateriaal uit andere zorgcontexten (bv. psychiatrisch ziekenhuis) kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van een beleid rond intimiteit en seksualiteit op maat van de voorziening (1-R2, 1-R2, 2-R2, 3-R, 4-R, 6-R1, 6-R2, 8-R, 9-R, 11-R1, 11-R2, 13-R, 14-R, 15-R, 17-R1, 17-R2).

Ook de externe inbreng van een stagiair(e) of een studie kan het proces van visie- en beleidsontwikkeling stimuleren (2-R1, 2-R1, 3-R, 4-R, 5-R, 6-R1, 8-R, 11-R1, 14-R, 15-R).

Minder frequent wordt het volgende aangehaald.

Zorgvoorzieningen met een gemende populatie van mannen en vrouwen geven een plaats aan intimiteit en seksualiteit in (10-R, 15-R).

Het belang van seksualiteitsbeleving neemt toe dankzij minder bijwerkingen van psychofarmaca (4-R).

Ondersteuning vanuit de directie stimuleert het agenderen van het thema binnen de organisatie (9-R, 10-R, 12-R, 13-R, 14-R) en kwaliteitsbevragingen bij bewoners kunnen als hefboom fungeren om het belang van visie en beleid rond intieme en seksuele behoeften van bewoners te onderstrepen (13-R).

Zorgvoorzieningen kunnen ervoor kiezen om gespecialiseerd personeel aan te stellen of aan te duiden, zoals referentiepersonen seksualiteit en/of een seksuoloog (4-R, 9-R, 12-R, 13-R, 15-R).

In verschillende zorginstellingen zijn werkgroepen actief rond het thema (1-R1, 1-R2, 2-R2, 4-R, 13-R).

Een samenwerking met externe partners kan bijdragen aan een succesvolle ontwikkeling van formele visie- of beleidsdocumenten rond intimiteit en seksualiteit (5-R, 9-R, 10-R).

Bewoners meer begeleiden vanuit de verschillende levensdomeinen kan leiden tot een systematische bevraging van 'sociale contacten' en 'relaties', waardoor thema's als

intimiteit en seksualiteit gemakkelijker bespreekbaar kunnen worden in opvolggesprekken tussen zorgvragers en zorgverleners (4-R, 6-R2, 11-R1, 11-R2, 11-R3).

Een advies van een ethische commissie of het opstellen van ethische teksten kan ontwikkeling van formele visie- of beleidsteksten rond intimiteit en seksualiteit faciliteren (5-R, 9-R, 12-R, 13-R, 16-R, 17-R).

De ontwikkeling van visie en beleid kan dankzij een fusie in een stroomversnelling terechtkomen (8-R).

Tot slot kan een organisatorische cultuur en maatschappelijke openheid t.o.v. seksualiteit bijdragen aan de bespreekbaarheid van de beleving van intimiteit en seksualiteit van de bewoners van IBW en PVT (5-R, 9-R, 11-R2, 11-R3, 13-R).

Tabel 16. Frequentie van voorkomen van faciliterende factoren (implementatie).

Frequent vernoemd	Minder frequent vernoemd
<ul style="list-style-type: none"> • Aanspreekpunt en vertrouwensrelatie • Professionele houding • Kunnen verwijzen • Participatie en dialoog bij beleidsontwikkeling • Seksualiteit systematisch bespreekbaar maken • Een organisatiecultuur die seksualiteit en intimiteit normaliseert 	<ul style="list-style-type: none"> • Vorming en intervisie • Bruikbaarheid van de formele teksten • Een vertrouwenspersoon voor personeel

Het hebben van een vast aanspreekpunt met wie de bewoner een goede vertrouwensrelatie opgebouwd heeft, wordt vaak aangehaald als één van de faciliterende factoren voor een geslaagde implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit (1-R1, 1-R2, 3-R, 4-R, 5-R, 6-R2, 7-R, 8-R, 9-R, 10-R, 11-R1, 11-R2, 11-R3, 12-R, 13-R, 14-R, 15-R, 16-R, 17-R1, 17-R2, 17-R3, 17-R4).

Daarnaast onderstrepen vele geïnterviewden het belang van een professionele attitude waarbij de zorgverlener zich open, tolerant en respectvol opstelt t.o.v. de bewoner. Zo faciliteren zij immers de bespreekbaarheid van seksualiteit (1-R2, 6-R2, 7-R, 8-R, 11-R1, 11-R2, 11-R3, 12-R, 16-R, 17-R1, 17-R3).

Het is ook belangrijk dat zorgverleners hulpvragen intern of extern kunnen doorverwijzen wanneer zij het gevoel hebben dat hun eigen kennis en/of vaardigheden ontoereikend zijn (1-R1, 1-R2, 2-R1, 4-R, 5-R, 6-R1, 6-R2, 8-R, 10-R, 11-R2, 11-R3, 13-R, 16-R).

Participatie en dialoog met bewoners en met zorgprofessionals bij beleidsontwikkeling werkt een succesvolle implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit in de hand (1-R2, 3-R, 5-R, 8-R, 9-R, 10-R, 11-R1, 11-R3, 12-R, 14-R).

Het systematisch bespreekbaar maken van seksualiteit ondersteunt zowel zorgvragers als -verleners (4-R, 5-R, 7-R, 12-R, 14-R, 15-R, 17-R1, 17-R3, 17-R4).

Het normaliseren van seksualiteit als een gezonde, natuurlijke behoefte kan positief bijdragen aan de implementatie van een beleid rond intimiteit en seksualiteit (1-R1, 1-R2, 3-R, 4-R, 5-R, 6-R1, 7-R, 8-R, 9-R, 10-R, 11-R1, 11-R2, 11-R3, 12-R, 13-R, 14-R, 15-R, 16-R).

De volgende faciliterende factoren worden minder frequent aangehaald.

Vorming en intervisie voor zorgprofessionals en het begeleiden van bewoners bij het verwerven van (algemene) kennis rond intimiteit en seksualiteit kunnen het in de praktijk brengen van beleid rond intimiteit en seksualiteit ondersteunen (5-R, 9-R, 11-R1, 12-R, 13-R).

Documenten die opgesteld zijn op beleidsniveau, moeten ook praktisch bruikbaar zijn in de woonvorm (1-R1, 13-R).

Tot slot halen twee respondenten in eenzelfde gesprek de aanwezigheid van een vertrouwenspersoon voor het personeel aan als faciliterende factor (2-R1, 2-R2).

5. DISCUSSIE

In deze discussie bespreken we de belangrijkste bevindingen en koppelen we onze onderzoeksresultaten aan de bestaande literatuur. Verder beschrijven we in de methodologische reflectie de sterktes en beperkingen van het onderzoek en opperen we suggesties voor vervolgonderzoek.

Een forme(e)l(e) visie en/of beleid rond intimiteit en seksualiteit

Binnen onze studie beschikt een minderheid van de deelnemende Vlaamse IBW en PVT over een forme(e)l(e) visie en/of beleid rond intimiteit en seksualiteit. Deze resultaten zijn conform internationaal onderzoek [6, 12, 13, 19]. Een recente systematische review wijst erop dat er weinig of geen beleidsdocumenten rond seksualiteit bestaan binnen geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen in Europese landen, waaronder België [16].

Het gevolg is dat zorgverleners vaak inconsistent reageren wanneer het gaat over de seksualiteitsbeleving van bewoners. Zorgpersoneel kan zich enkel baseren op (1) teambespreking van de hulpvraag rond intimiteit/seksualiteit [7, 8, 14, 16, 27], (2) de eigen seksuele waarden en normen [6, 7, 8, 10, 13, 14, 16, 18, 23, 29, 30, 31] en/of (3) de algemene sociale normen [12, 24].

In ons onderzoek kiest een aantal IBW en PVT er *bewust* voor om geen visie en beleid te ontwikkelen. In deze zorgvoorzieningen opteert men ervoor om de algemene visie van de organisatie te hanteren als leidraad bij het beantwoorden van hulpvragen van bewoners rond intimiteit en seksualiteit. In dergelijke situatie dienen zorgprofessionals zich er bewust van te zijn dat ze mogelijk voorbijgaan aan de zorg op maat voor bewoners [44].

Persoonlijke waarden en normen van zorgverleners kunnen (nog meer) de overhand nemen wanneer het ontbreekt aan een formeel beleid [8, 13, 23, 29, 31]. Ook wanneer de visie en/of het beleid vaag en voor interpretatie vatbaar is/zijn, kan dat leiden tot teveel ruimte voor individuele inschattingen en beslissingen van zorgprofessionals [14, 15, 16].

Een heldere visie en een duidelijk beleid rond intimiteit en seksualiteit zijn belangrijk binnen een zorgcontext waar zorgvragers en zorgverleners nauw met elkaar samenleven en -werken, om consistent te reageren op seksuele hulpvragen van bewoners [10, 12] en om SGOG te voorkomen [8].

Inhoud van de visie- en beleidsdocumenten

Een aantal voorzieningen bezorgde ons tekstmateriaal rond seksuele gezondheid, waar andere voorzieningen documenten leverden rond SGOG. Het toezenden van tekstmateriaal uitsluitend rond SGOG kan een indicatie zijn voor de (problematische) wijze waarop men

binnen een zorginstelling kijkt naar het thema. Het kan wijzen op het ontbreken van een formele visie of beleid rond normale, gezonde seksualiteitsbeleving, maar het kan ook een gevolg zijn van de methode die we hanteerden (zie '5.1 Methodologische reflectie').

In enkele onderzoeken stelden we vast dat het beleid van geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen seksuele gedragingen bij en tussen bewoners inperkt of zelfs verbiedt [7, 9, 14, 15, 16]. Inhoudelijk vinden wij in de geanalyseerde ethische adviezen een algemene teneur om seksualiteit als een problematisch gegeven te beschouwen, waarbij bewoners beschermd moeten worden tegen negatieve aspecten van seksualiteitsbeleving. Door seksualiteit enkel te problematiseren, kunnen zorgvoorzieningen ervaren dat zij niet of beperkt gesteund worden wanneer zij een beleid rond seksuele gezondheid willen ontwikkelen [44].

In lijn met onderzoek van Carpels (2021) zien wij ook dat voorzieningen met een eerder conservatieve visie minder steun bieden voor het beleven van hun intimiteit en seksualiteit, dan voorzieningen met een meer progressieve visie [44].

Maar ook de zorgsetting lijkt van belang. In onze studie staat er in één document beschreven dat er voor patiënten die langdurig in een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis verblijven (T-bed), een verbod geldt voor het aangaan van seksuele relaties. Een restrictief beleid kan ontstaan uit bezorgdheid omtrent veiligheid van de bewoners [14, 15]. In andere documenten van organisaties die een vervangend woonmilieu aanbieden, wordt er op andere manier over seksualiteit gesproken. De documenten vanuit IBW en PVT wijzen er vaak op dat het zorgpersoneel uitgedaagd wordt een evenwicht te zoeken tussen enerzijds het respecteren van de seksuele rechten van bewoners en anderzijds hen de nodige bescherming te bieden, o.a. tegen ongewenst seksueel gedrag [3, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 24, 30, 33].

Gezondheidszorgvoorzieningen hanteren zeer verschillende beleids- en/of visieteksten naar volume en inhoud. Net zoals in de review van Anex et al. (2022), komen in de geanalyseerde documenten inhoudelijk opmerkelijke verschillen voor [16].

In de geanalyseerde documenten van IBW en PVT worden geen verwijzingen opgenomen naar verplichtingen met betrekking tot seksuele gezondheid van hun bewoners [16].

Teksten worden zo geschreven dat ze op maat van de zorgcontext en haar bewoners ingezet kunnen worden [13, 32].

In tegenstelling McCann et al. (2018), die het belang van betrokkenheid van familie en partner onderstrepen [9], komt dit aspect in de visie- en beleidsteksten in ons onderzoek

weinig aan bod. Nochtans wordt de familie en/of partner van een zorgvrager belangrijker door de deïstitutionalisering van de GGZ [9].

Net als Kröger et al. (2022) gingen we in onze studie op zoek naar procedures en de rol van betrokkenen rond SGOG, zowel bij SGOG tussen bewoners, als tussen bewoner en professional of tussen professionals onderling [8]. In onze studie vonden we ook een aantal verwijzingen terug naar 'derden' als daders.

In dit onderzoek vonden we bij een aantal betrokkenen en teksten een positieve houding ten opzichte van romantische relaties, seksuele dienstverlening en het bekijken van pornografie als vormen van seksualiteitsbeleving, net zoals Berger-Merom et al. (2021) vaststelden [29].

Faciliterende en remmende factoren bij de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit

In literatuur wordt de **vrees om (mede) aansprakelijk gesteld** te worden indien er zich problemen voordoen als een mogelijke reden aangehaald waarom voorzieningen geen formeel beleid rond intimiteit en seksualiteit opstellen [12]. In onze gesprekken worden andere redenen aangehaald, nl.: de vrees dat seksualiteitsbeleving binnen de woonvorm **rigide benaderd** zou worden, maar ook **gebrek aan tijd**, het **niet prioriteren** van het thema en **weerstand** bij dominante functies in de zorgvoorziening. Ondanks deze weerstand konden wij, anders dan Dobal et al. (2004), niet vaststellen dat de keuze om geen formeel beleid rond intimiteit en seksualiteit op te stellen, te maken heeft met de perceptie dat seksualiteit **geproblematiseerd** wordt binnen de zorginstelling [12].

In lijn met Hendry et al. (2017) [23], leeft bij een aantal geïnterviewden van ons onderzoek de assumptie dat bewoners hun vragen en bezorgdheden (kunnen) uiten ten aanzien van hun IB. De geïnterviewden stellen dat zorgverleners bereid zijn om te luisteren wanneer een bewoner het gesprek initieert (vraaggestuurde aanpak). Ze blijken echter minder geneigd om het gesprek proactief aan te gaan met bewoners, net als zoals blijkt uit eerder onderzoek [9, 23, 26]. Eén van de redenen die Hendry et al. (2017) daarvoor aanhalen, is dat professionals kunnen vrezen dat bewoners de zorgrelatie zouden seksualiseren, net als in ons onderzoek kort vermeld wordt [23]. Bovendien beschikken gezondheidsmedewerkers vaak over onvoldoende kennis en vaardigheden om op eigen initiatief aan de slag te gaan met hun bewoners rond intimiteit en seksualiteit [29, 26]. In het algemeen stellen we in ons onderzoek vast, net zoals andere auteurs, dat er binnen de geestelijke gezondheidszorg nog **te weinig aandacht** gaat naar **(het bespreken van)**

seksueel gedrag van bewoners [7, 9, 12, 14, 15, 16, 19], wat kan leiden tot een eerder restrictief (informeel) beleid bij zorgverleners [16].

Bovendien blijkt zowel uit onze empirische data als uit onderzoek dat bewoners meer **ongemak** ervaren bij het bespreekbaar maken van hun intimiteit en/of seksualiteit, dan wanneer zij met hun IBW in dialoog treden rond andere levensdomeinen zoals wonen en werken [29]. Schroom en een ongemakkelijk gevoel bij zowel bewoners [7, 9, 29, 40] als zorgverleners hinderen het bespreekbaar maken van seksualiteit [7, 8, 9, 17, 23, 26, 28, 29].

Specifieke kenmerken van een psychiatrische populatie kunnen het ontwikkelen van een beleid rond intimiteit en seksualiteit bemoeilijken [16], ook omdat dit type bewoners soms beschikt over slechts beperkte kennis en vaardigheden op seksueel vlak [12].

Onze resultaten bevestigen dat het **behandelen van psychische klachten** van zorgvragers nog vaak **primeert** boven vragen en bezorgdheden op vlak van seksualiteit [3, 6, 7, 13]. Nochtans suggereren verschillende onderzoekers dat bewoners nood hebben aan ondersteuning bij de beleving van intimiteit en seksualiteit [7, 13, 20, 24]. In contrast met wat oudere literatuur, vonden wij zelf geen uitspraken dat mensen met ernstige en persisterende mentale ziektebeelden aseksueel zouden zijn [11, 12].

Het omgaan met gezonde seksualiteit en intimiteit is eerder onbekend terrein voor medewerkers in de GGZ [19, 31]. In ons onderzoek zijn het voornamelijk respondenten vanuit PVT die erop wijzen dat zorgprofessionals geneigd zijn om **seksualiteitsbeleving als een zorgprobleem** te benaderen, eerder dan een natuurlijke behoefte. Dit in tegenstelling van IBW waar de leefsituatie anders is. Binnen IBW is permanente aanwezigheid van zorgpersoneel niet noodzakelijk. Sommige bewoners van IBW wonen immers niet op het domein van de zorgvoorziening zelf, maar worden op eigen adres begeleid.

Door een **gebrek aan tijd** en een **hoge werkdruk** die zorgprofessionals ervaren, worden intimiteit en seksualiteit niet vaak besproken [19, 23, 26, 40], zoals ook participanten van onze studie beamen.

Het infrastructureel probleem van **nood aan ruimten met privacy** komt zowel in de literatuur als ons onderzoek aan bod [7, 9, 16, 25, 40]. Bewoners die in een eenpersoonskamer wonen of die in de thuissituatie begeleid worden kunnen de deur sluiten om privacy op te zoeken [31]. Een verblijf in een residentiële GGZ voorziening is echter niet identiek aan een verblijf in de thuissituatie omdat zorgmedewerkers frequent of zelfs altijd aanwezig zijn [31]. Soms adviseert men bewoners daarom om hun intieme of seksuele behoeften buiten de zorgvoorziening te vervullen, bijvoorbeeld in de thuissituatie of een hotel in de buurt, zoals ook Landi et al. (2020) vaststellen [7].

Seksuele behoeften kunnen eventueel ingevuld worden door betalende **seksuele dienstverlening** [7]. Wat betreft sekswerk, blijken de meeste deelnemende voorzieningen seksuele dienstverlening toe te laten, maar (meestal) niet binnen het domein van de zorginstelling.

Vesentini et al. (2022) halen de grote hoeveelheid verplichtingen opgelegd door de overheid aan als reden waarom het **implementeren** van een **beleid rond SGOG** in een aantal GGZ voorzieningen **geen prioriteit** is. Beleid rond SGOG is ook **onvoldoende gekend** binnen GGZ-voorzieningen. Urry et al. (2021) stellen dat beleid rond seksualiteit niet of onvoldoende beschikbaar is voor zorgprofessionals, waardoor het niet in de praktijk kan omgezet worden [19]. In ons onderzoek stellen participanten dat de lage frequentie van SGOG-incidenten aan de basis ligt van een moeizame implementatie van het beleid in de praktijk. Zorgprofessionals zijn ook te weinig op de hoogte van de stappen die zij dienen te ondernemen bij een vermoeden, onthulling of vaststelling van SGOG en wie welke verantwoordelijkheid opneemt in dit proces.

Net als verschillende auteurs stellen wij vast dat zorgprofessionals het **belang erkennen van seksualiteitsbeleving** van en tussen bewoners van een psychiatrische woonvorm [8, 15, 16, 23, 26]. Zorgpersoneel uit de deelnemende IBW en PVT hecht veel waarde aan zowel de autonomie van de zorgvrager als aan zijn/haar seksuele rechten [7, 15, 16]. In residentiële zorgvoorzieningen worden zorgmedewerkers overigens **frequent geconfronteerd** met **seksueel gedrag** van bewoners [29], en neemt het belang van seksualiteitsbeleving in IBW en PVT toe, als gevolg van een **doelpubliek dat verjongt**.

Zorgprofessionals ervaren nood aan **meer en betere bewustwording en kennis** om effectief te kunnen reageren op complexe situaties of uitdagingen op vlak van seksualiteit en intieme relaties tussen bewoners [7, 9, 16, 19, 23, 26, 29, 40]. Het aanstellen of aanwerven van **gespecialiseerd personeel** kan waardevol zijn, zoals bijvoorbeeld een referentiepersoon die informatie uit opleidingen rond seksualiteit verspreidt binnen de organisatie en als aanspreekpunt fungeert voor vragen of bezorgdheden rond het thema [23].

Begeleiders (en verplegend personeel) vervullen een unieke rol als **aanspreekpunt** voor zorgvragers [13, 29, 23]. Een **proactieve houding** van medewerkers is belangrijk, waardoor bewoners zich gesteund voelen [7]. Op dit ogenblik komen seksualiteit (en intimiteit) niet standaard aan bod in de beoordelingsinstrumenten en gesprekken van de deelnemende IBW en PVT. Daardoor kan het bespreken van intieme en seksuele bezorgdheden gemakkelijk vermeden of ontweken worden door zowel zorgverleners [9, 23] als bewoners [9]. Intimiteit en seksualiteit zijn immers geen onderwerpen die routinematig besproken worden [23, 26, 19]. Een **gestructureerde aanpak** kan seksueel gedrag makkelijker bespreekbaar maken [7, 8, 16, 19, 23, 40].

Soms worden bewoners van IBW en PVT met hun vragen **doorverwezen** naar een collega-professional, omdat een zorgverlener het onderwerp liever mijdt of omdat die het gevoel heeft niet over de juiste (gespreks)vaardigheden te beschikken. Dat wordt ook aangekaart in de literatuur [17, 19, 20, 22, 23, 26, 27].

Voldoende **opleiding** voor zorgpersoneel via voortgezette opleidingen of ervaringsleren op de werkvloer is niet alleen belangrijk voor een succesvolle implementatie van beleid rond seksualiteit [12, 19], maar ook om seksualiteit en intimiteit te normaliseren [12, 23]. Ook **seksuele voorlichting voor bewoners** is cruciaal is voor een geslaagde implementatie van beleid rond intimiteit en seksualiteit [14, 15, 16].

Onze resultaten wijzen erop dat **participatie** van zowel zorgvragers als zorgprofessionals bijdraagt aan een succesvolle implementatie van een beleid rond intimiteit en seksualiteit, wat ook wordt aangehaald in literatuur [13, 14, 41].

Een **organisatiecultuur** die een open bespreekbaarheid van seksualiteit nastreeft, kan bijdragen aan seksuele gezondheid en preventie van SGOG [8, 19].

5.1 Methodologische reflectie

Ons onderzoek is maatschappelijk en wetenschappelijk relevant, hetgeen bevestigd wordt door een heel aantal participanten. Ondanks een heel aantal sterktes, dienen de resultaten uit deze studie toch met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden omwille van een aantal beperkingen.

Onze literatuurstudie bevat zowel artikelen vanuit het perspectief van bewoners [7, 13, 15, 31] als vanuit het perspectief van geestelijke zorgprofessionals in de GGZ [8, 13, 14, 15, 19, 26, 27, 29, 31, 40, 41], zodat we rekening konden houden met verschillende standpunten en meningen.

We maakten uitsluitend gebruik van gratis beschikbare, Engelstalige artikels in de literatuurstudie. Elf artikels werden niet geïnccludeerd omdat de full text niet beschikbaar was. Mogelijk is relevante informatie verloren gegaan als gevolg van deze in- en exclusiecriteria.

Verder includeerden we enkel visie- en beleidsdocumenten opgesteld in het Nederlands en werden enkel participanten toegelaten die de Nederlandse taal voldoende beheersen. We verwachten niet dat we als gevolg hiervan relevante documenten of participanten uitgesloten hebben, aangezien we ons specifiek richtten op Vlaamse IBW en PVT.

Bij de dataverzameling m.b.v. focusgroepen moeten we niet alleen rekening houden met een beperkt aantal deelnemers (zeven deelnemers verspreid over twee focusgroepen), maar ook met mogelijke bias door groepsdenken. Eén van de focusgroepen werd

samengesteld met participanten die allen werkzaam zijn bij eenzelfde psychiatrisch centrum. Het is mogelijk dat eigen inzichten niet gedeeld werden omwille van interne machtsverschillen. De dynamiek van het gesprek deed echter vermoeden dat groepsdenken – als het zou opgetreden zijn – geen groot aandeel had in de dataverzameling.

Verder maakten we gebruik van verschillende vormen van triangulatie. We beantwoordden onze onderzoeksvragen aan de hand van verschillende bronnen (datatriangulatie) en dataverzamelingsmethoden, nl. een korte online enquête, beleidsdocumenten, visieteksten, diepte-interviews en focusgroepen (methodetriangulatie) om de betrouwbaarheid en de validiteit van onze analyse te vergroten. Bovendien nam de betrouwbaarheid van onze resultaten ook toe als gevolg van afwisselend inductief en deductief coderen (analytische triangulatie).

Om de betrouwbaarheid van ons onderzoek te vergroten, documenteerden we bovendien stapsgewijs alle uitgevoerde activiteiten om de lezer transparantie te bieden in de onderzoeksmethoden en het dupliceren ervan mogelijk te maken (zie '3. *Methodologie van het empirische deel*').

De meerderheid van de beschikbare teksten binnen deze studie bleken SGOG als onderwerp te hebben, eerder dan gezonde seksualiteitsbeleving. We maken de kritische bedenking dat we in de korte algemene bevraging (online enquête) peilden naar de aanwezigheid van '*forme(e)l(e) visie en beleid omtrent intimiteit en seksualiteit bij en tussen residenten*'. De onderzoeker nuanceerde daarbij niet of zij tekstmateriaal verzamelde rond gezonde seksualiteit en/of SGOG.

De verdeling van deelnemende IBW (50%) en PVT (50%) aan de online vragenlijst en de deelname aan de diepte-interviews en focusgroepen vanuit IBW (44%) en PVT (56%) was evenwichtig verdeeld. Dit betekent dat inzichten vanuit IBW of PVT niet of nauwelijks oververtegenwoordigd zijn in onze resultaten.

De respondenten traden op als vertegenwoordigers van de zorgvoorziening waar zij werkzaam zijn. We kunnen echter niet uitsluiten dat er persoonlijke interpretaties of bevindingen toegevoegd werden in de gevoerde gesprekken, tenzij dit expliciet door geïnterviewden vermeld werd. In dat geval werd deze informatie niet geïnccludeerd (zie 3.5 *Ethische overwegingen*). In enkele gesprekken namen meerdere zorgprofessionals vanuit eenzelfde zorginstelling deel, waardoor we zicht kregen op de visie en het beleid van de organisatie. In de meerderheid van de gesprekken nam echter één vertegenwoordiger per voorziening deel, waardoor we het onderscheid tussen de visie van de afgevaardigde en de visie van de organisatie moeilijker konden maken.

We zijn er ons van bewust dat de zelfselectie van de respondenten impliceert dat een aantal kenmerken van participanten en weigeraars mogelijk samenhangen met het onderwerp van deze studie. Dat heeft belangrijke gevolgen voor onze resultaten. Zo nemen we de assumptie aan dat voorzieningen die deelgenomen hebben aan onze studie, vermoedelijk al een eerder 'positieve' houding hebben t.o.v. seksualiteit en intimiteit in de residentiële geestelijke gezondheidszorg. Uit de gesprekken bleek immers dat de participanten het thema allen waardevol achten voor hun bewoners.

Het is mogelijk dat een aantal voorzieningen niet bereid waren tot een deelname aan onze studie omdat zij geen beleid rond seksuele gezondheid of SGOG voorhanden hebben, of omdat zij seksualiteitsbeleving minder belangrijk achten voor hun bewoners. Verder is het ook mogelijk dat zij die niet reageerden, van mening waren dat zij weinig of geen bijdrage zouden kunnen leveren aan het onderzoek wegens afwezigheid van formele visie- of beleidsdocumenten.

We includeerden zowel enkele IBW en PVT die reeds het proces van ontwikkeling en implementatie doormaakten, als IBW en PVT waar nog geen of slechts beperkt(e) beleid en/of visie rond intimiteit en seksualiteit aanwezig is. Zo trachtten we zo goed als mogelijk de remmende én faciliterende factoren in kaart te brengen die daarbij gelden.

Deze studie focust op residentiële geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen (IBW en PVT) voor volwassenen in Vlaanderen. Dit impliceert dat onze conclusies niet of slechts beperkt generaliseerbaar zijn naar andere contexten waar GGZ aangeboden wordt, zoals psychiatrische ziekenhuizen en centra voor geestelijke gezondheidszorg. Ook de beleving van intimiteit en seksualiteit binnen de residentiële forensisch-psychiatrische zorg vormt geen voorwerp van deze studie. We maakten deze keuze zeer bewust, aangezien visie en/of beleid heel anders vorm krijgen in een forensische context dan in een acute of chronische behandelcontext. Hoewel we de relevantie niet ontkennen van het beleven van intimiteit en seksualiteit bij en tussen bewoners en patiënten van deze voorzieningen, houden we er in deze masterproef rekening mee dat Aditi vzw voornamelijk vragen vanuit IBW en PVT ontvangt. Om die reden vormen deze twee woonvormen het uitgangspunt van ons onderzoek.

5.2 Suggesties voor verder onderzoek

Verder onderzoek rond intimiteits- en seksualiteitsbeleving bij en tussen bewoners van IBW en PVT (en hun naasten) is nodig om deze zorginstellingen te ondersteunen bij het ontwikkelen en implementeren van een duidelijk(e) visie en beleid rond dit thema.

Deze masterproef kan een aanzet geven tot vervolgonderzoek naar de ontwikkeling en implementatie van (in)forme(e)l(e) visie en/of beleid rond intimiteit en seksualiteit in andere zorgvoorzieningen van de Vlaamse GGZ. Verder onderzoek bij bewoners van residentiële forensisch-psychiatrische zorg enerzijds, en patiënten die chronisch gehospitaliseerd zijn in psychiatrische ziekenhuizen (T-bedden³ en Tg-bedden⁴) anderzijds, kan helpen om de variatie tussen zorgcontexten en de implicaties ervan voor visie en beleid beter te begrijpen. Daarenboven zou het interessant zijn om in verder onderzoek oog te hebben voor de beleving van intimiteit en seksualiteit bij en tussen zorgvragers binnen 'Gezinsplaatsing of psychiatrische gezinsverpleging' gelinkt aan de openbare PZ in Geel en Lierneux (Tf-bedden).

Bovendien zou vervolgonderzoek kunnen focussen op de impact van de aan- of afwezigheid van forme(e)l(e) visie en/of beleid rond intimiteit en seksualiteit op het uitoefenen van het takenpakket van begeleiders en andere zorgverleners binnen IBW en PVT. Onderzoekers dienen in dat geval na te gaan of de aanwezigheid van een formele visie of een formeel beleid effectief positief bijdraagt aan een betere bespreekbaarheid van de thema's binnen de residentiële GGZ. Aan de hand van diepte-interviews en focusgroepen kunnen zorgprofessionals binnen IBW en PVT bevroegd worden in zowel woonvormen met als zonder forme(e)l(e) visie en/of beleid rond intimiteit en seksualiteit.

Tot slot kan verder onderzoek zich richten op seksualiteitsbeleving in voorzieningen waar mannen en vrouwen bij elkaar wonen, versus zorginstellingen waar zij apart verblijven. Dergelijk onderzoek kan zich richten op inhoudelijke verschillen in visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit. Ook de mate waarin "noodhomoseksualiteit" aanwezig is en hoe men daar binnen de zorginstelling mee omgaat kan voorwerp zijn van vervolgonderzoek.

Simultaan met onze studie loopt in het kader van de wetenschapswinkel reeds onderzoek naar (1) de manier waarop mensen met een psychische kwetsbaarheid de bespreekbaarheid van hun seksuele gezondheid ervaren en (2) de attitudes van zorgprofessionals en de barrières waar zij mee te maken krijgen om thema's als seksualiteit, intimiteit, privacy en seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGOG) bespreekbaar te maken met hun cliënten in Vlaamse IBW en PVT.

³ Bedden voor neuro-psychiatrische behandeling van volwassenen met een chronische problematiek

⁴ Bedden voor neuro-psychiatrische behandeling van geriatrische patiënten

6. CONCLUSIE

6.1 Vaststellingen

Dit onderzoek leert dat intimiteit en seksualiteit van bewoners van Vlaamse IBW en PVT vaak onderbelicht worden in formele visie- en/of beleidsteksten van de zorginstelling. Bovendien betekent de aanwezigheid van een visie en/of beleid rond seksualiteit niet dat de werknemers het ook effectief naleven.

Binnen de IBW en PVT die geen formeel tekstmateriaal voorhanden hebben, wenst een deel van deze voorzieningen in de (nabije) toekomst rond het thema aan de slag te gaan. Een ander deel kiest er bewust voor om geen visie en/of beleid te ontwikkelen, vanuit de overtuiging dat dit een rigide benadering van seksualiteit in de hand zou werken.

De meerderheid van de geconsulteerde IBW en PVT hanteren wel een informele visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit.

In de praktijk is het omgaan met intimiteit en seksualiteit afgestemd op het type zorgorganisatie, op maat van de doelgroep (bv. personen met een mentale beperking woonachtig in PVT) en de zorgcontext.

Afhankelijk van het type woonvorm genieten bewoners meer of minder vrijheid en privacy voor hun seksualiteitsbeleving. Zo is er binnen IBW geen permanente begeleiding aanwezig. Een aantal mensen wordt zelfs buiten de zorgcontext, op eigen adres, begeleid. In PVT is er wel steeds zorgpersoneel aanwezig.

Verder valt de focus op SGOG op. De meerderheid van de beschikbare teksten hadden SGOG als onderwerp, eerder dan gezonde seksualiteitsbeleving.

In navolging van het besluit van de Vlaamse regering van 9 mei 2014 betreffende het beleid inzake preventie en omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag in gezondheids- en woonzorgvoorzieningen⁵, zijn IBW en PVT verplicht om een visietekst, deontologische code en handelingsprotocol op te stellen rond SGOG. Een kwalitatief beleid rond gezonde seksualiteit is daarentegen niet verplicht voor Vlaamse zorginstellingen. Naar analogie met Kröger et al. (2022) stellen wij dat een beleid rond intimiteit en seksualiteit in Vlaamse IBW en PVT idealiter bestaat uit twee delen, nl.: (1) het toelaten van positieve beleving van intimiteit en seksualiteit en (2) het voorkomen van risicovol seksueel gedrag en SGOG [8].

Gezien het gebrek aan formele visie- en/of beleidsteksten rond gezonde seksualiteit, spelen gezondheidsmedewerkers noodgedwongen een sleutelrol in het managen van de

⁵ <https://www.zorg-en-gezondheid.be/publicaties-en-documenten/besluit-van-de-vlaamse-regering-van-9-mei-2014-betreffende-het-beleid-inzake-preventie-van-en-omgaan>

seksualiteit van bewoners in PVT en IBW. We stellen voor dat IBW en PVT hoger inzetten op het ontwikkelen en implementeren van een kader dat een houvast biedt aan zorgprofessionals voor het beantwoorden van hulpvragen rond intimiteit en seksualiteit.

Het meeste tekstmateriaal dat we ter beschikking kregen is recent opgesteld of aangepast. Geen enkele visie- of beleidstekst werd echter op een begrijpelijke wijze, concreet en nauwkeurig geschreven (taalniveau B1) voor een breed publiek van zorgvragers én zorgverleners. Het gevolg kan zijn dat de doelgroep het beleid of visie mogelijk onvoldoende begrijpt of foutief interpreteert [45, 46].

Een aantal factoren belemmeren de vormgeving en implementatie van visie- en/of beleidsdocumenten rond intimiteit en seksualiteit. We noemen (niet exhaustief): angst voor een rigide benadering van seksualiteit; het niet prioriteren van seksualiteit door zorgprofessionals, zorginstellingen en/of de Vlaamse overheid (Departement Zorg); een beperkte bespreekbaarheid van seksualiteit; een gebrek aan geschikte accommodatie met privacy; schroom en taboe. Daar staat tegenover dat het installeren van werkgroepen en het aanstellen of aanduiden van gespecialiseerd personeel de ontwikkeling en het beschikbaar stellen van tekstmateriaal faciliteren. Participatie van en dialoog met zowel bewoners als zorgprofessionals kan een positief effect hebben, en ook het meer systematisch bespreekbaar maken van seksuele gevoelens en handelingen van bewoners is belangrijk.

Om tegemoet te komen aan de seksuele rechten van bewoners van Vlaamse IBW en PVT, is het belangrijk dat intimiteit en seksualiteit uit de schaduw gehaald worden en openlijk bespreekbaar kunnen zijn binnen de woonvorm. Seks is immers voor iedereen een basisrecht, ook binnen de residentiële psychiatrische zorg.

6.2 Aanbevelingen

Op basis van onze resultaten schuiven we een aantal praktijkrelevante management- (1 en 2) en beleidsaanbevelingen (3 en 4) naar voren. Tot slot schrijven we ook één aanbeveling voor Aditi vzw (5).

Managementaanbevelingen

1. De directies en/of raden van bestuur van Vlaamse IBW en PVT *ontwikkelen op middellange en lange termijn (de komende 4 tot ... maanden) een formele visie en een formeel beleid rond intimiteit en seksualiteit van bewoners.*

De ontwikkeling van een visie en beleid die intimiteit en seksualiteit normaliseren, moet afgestemd zijn op de doelgroep en de doelstellingen van het type voorziening. Daarbij speelt het gegeven dat seksualiteit en intimiteit voor sommige bewoners kan worden ingeperkt of zelfs verboden vanuit veiligheidsoverwegingen. In de breedte moeten seksualiteit en intimiteit echter genormaliseerd worden. Die idee moet terug te vinden zijn in de teksten.

Aditi vzw kan een partner zijn die ondersteuning biedt bij beleids- en visieontwikkeling rond intimiteit en seksualiteit in IBW en PVT.

A/ De directies en/of raden van bestuur van Vlaamse IBW en PVT organiseren de komende 4 tot 6 maanden een **werkgroep** die verantwoordelijk is voor het ontwikkelen van een formele visie en een formeel beleid rond intimiteit en seksualiteit van bewoners in de voorziening.

Een werkgroep in de organisatie oprichten rond het thema intimiteit en seksualiteit kan een waardevolle faciliterende factor zijn in visie- en beleidsontwikkeling om eigenaarschap te leggen bij medewerkers en participatie van deze zorgprofessionals na te streven. Dergelijke werkgroepen kunnen bestaan uit medewerkers met een diverse professionele achtergrond, zoals: begeleiders, sociaal werkers, directieleden en psychiaters, ...

B/ De directies en/of raden van bestuur van Vlaamse IBW en PVT organiseren samen met de werkgroep de komende 4 tot ... maanden) **participatie** van bewoners, hun naasten en zorgmedewerkers in de opmaak van de visie en beleid.

De beleidsmedewerkers van de zorginstelling starten participatie en dialoog met zorgprofessionals, bewoners en naasten van de bewoners (bv. familie, partner) op vanaf de start van de visie- en beleidsontwikkeling om weerstand op een later tijdstip te vermijden. Op die manier wordt het risico op het ontstaan van een kloof tussen formeel en informeel beleid ingeperkt. Als de formele teksten daarenboven benaderd worden als een dynamisch gegeven, die op regelmatige tijdstippen geëvalueerd en indien nodig aangepast kunnen worden, zou deze kloof niet mogen bestaan.

Een kritische succesfactor hierbij is het inbedden van de visie op seksualiteit in de algemene visie en missie van de organisatie. Het beleid rond intimiteit en seksualiteit krijgt immers vorm binnen de waarden die de zorginstelling voorop stelt. Daarom is het belangrijk dat alle deelnemers op de hoogte zijn of gebracht worden van de missie en visie

van de zorgvoorziening. Tegelijk stellen we dat heersende (christelijke) waarden binnen een zorgorganisatie de normalisatie van intimiteit en seksualiteit binnen IBW en PVT niet mogen belemmeren. Het belang van een gezonde intimiteits- en seksualiteitsbeleving voor zorgvragers dient centraal te staan: binnen een relatie én als lustbeleving.

C/ De directies en/of raden van bestuur van Vlaamse IBW en PVT schrijven de komende 6 tot ... maanden concrete gedragsrichtlijnen rond intimiteit en seksualiteit van hun bewoners in een aan de doelgroep **aangepaste taal**.

Voor IBW en PVT die al over teksten beschikken, kan dit betekenen dat bestaande visie- en beleidsteksten omgezet dienen te worden naar taalniveau B1. Waar visie en richtlijnen worden uitgewerkt, moet van bij de start rekening houden met de begrijpbaarheid van de gebruikte taal. Niet alleen zorgvragers en hun netwerk zijn gebaat bij het hanteren van *klare taal*, ook zorgprofessionals. De richtlijnen mogen inhoudelijk ook niet te vaag zijn om een zeer individuele interpretatie door zorgprofessionals te vermijden.

Eventueel kan voor taaladvies beroep gedaan worden op het Agentschap Integratie en Inburgering in de regio, Atlas (grondgebied Antwerpen), of het Huis van het Nederlands in Brussel.

2. De directies en/of raden van bestuur van Vlaamse IBW en PVT **implementeren** hun formele visie en formeel beleid rond intimiteit en seksualiteit bij bewoners van de zorgvoorziening, uiterlijk 4 maanden nadat het **tekstmateriaal uitgewerkt is**.

De leidinggevenden van geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen staan in voor een vertaalslag naar het gebruik van de visie en het beleid in de praktijk.

A/ Op korte termijn wordt op een **transparante** manier gecommuniceerd over de formele visie en/of het formele beleid rond intimiteit en seksualiteit (uiterlijk 4 maanden nadat het tekstmateriaal uitgewerkt is).

Een heldere communicatie naar betrokkenen over bestaand(e) visie en beleid is cruciaal voor een duurzame implementatie ervan. Het is daarbij belangrijk dat zowel de boodschap als het communicatiekanaal afgestemd worden op de beoogde doelgroep (bv. huishoudelijk reglement voor zorgvragers).

We adviseren dat zorgprofessionals de visie en het beleid rond seksuele gezondheid én SGOG met patiënten en hun naasten bespreken, zodat zij allen op de hoogte zijn van de inhoud ervan.

B/ Uiterlijk 4 maanden nadat het tekstmateriaal uitgewerkt is, worden intimiteit en seksualiteit **systematisch bevroegd** in de begeleidingsgesprekken met zorgvragers.

Het systematisch bespreekbaar maken van (vragen en bezorgdheden op vlak van) intimiteit en seksualiteit kan positief bijdragen aan de normalisering van het thema voor zowel zorgvragers als -verleners, en mogelijke schroom bij zowel bewoners als zorgprofessionals stapsgewijs wegwerken. Voor de werkwijze kan mogelijk inspiratie

gehaald worden uit de Vlaamse aanpak rond 'suïcidepreventie in de GGZ' (VLESP) [47] om een leidraad te hebben in de gesprekken met bewoners.

Ondanks het systematisch aanbieden van het onderwerp behoudt de bewoner het recht om niet op het onderwerp in te gaan. Het is belangrijk om duidelijkheid te scheppen rond het niet-dwingende karakter van dergelijk gesprek bij de bewoners.

C/ De directies en/of raden van bestuur van Vlaamse IBW en PVT voorzien de mogelijkheid tot en stimuleren deelname aan **opleiding, intervisie en supervisie** voor het zorgpersoneel in de psychiatrische woonvorm.

Voldoende opleidingskansen en ervaringsleren voor zorgprofessionals zijn kritische succesfactoren om te komen tot een geslaagde implementatie van visie en beleid. Het kan zinvol zijn om (jaarlijks of tweejaarlijks) verplichte vormings-, intervisie- of supervisiemomenten te voorzien voor alle zorgmedewerkers. Ook het inkantelen van de thema's intimiteit en seksualiteit in het inscholingsplan voor nieuwe medewerkers is een opportuniteit om zowel gezonde beleving van intimiteit en seksualiteit, maar ook SGOG aan bod te laten komen bij alle zorgprofessionals van Vlaamse IBW en PVT.

D/ De directies en/of raden van bestuur van Vlaamse IBW en PVT maken **tijd** vrij in de organisatie om seksualiteit en intimiteit bespreekbaar te maken en zij geven het onderwerp voldoende **prioriteit**.

In een context van schaarste van middelen, is het niet ondenkbaar dat directies en/of raden van bestuur van Vlaamse IBW en PVT het ontwikkelen en implementeren van een beleid rond intimiteit en seksualiteit als niet-prioritair beschouwen.

Toch achten wij het belangrijk om de denkoefening te doen: wat zijn de opportuniteitskosten voor de zorgvoorziening als er wél geopteerd wordt voor de ontwikkeling en implementatie van een formele visie en een formeel beleid rond intimiteit en seksualiteit van bewoners in de voorziening? En vooral: wat is de winst in kwaliteit van leven van de bewoners? Dat zijn de overwegingen die de directies en/of raden van bestuur van Vlaamse IBW en PVT moeten maken.

Beleidsaanbevelingen

3. Medewerkers van het Departement Zorg werken op middellange en lange termijn (de komende 4 tot 12 maanden) het belang van het ontwikkelen en implementeren van een beleid rond intimiteit en seksualiteit binnen IBW en PVT uit als een beleidsprioriteit.

De directies en/of raden van bestuur van Vlaamse IBW en PVT zullen zich ondersteund voelen om rond het thema te werken als het onderwerp door het Departement Zorg (Afdeling Eerste lijn en Gespecialiseerde Zorg) als prioritair naar voren geschoven wordt (bv. naar analogie met suïcidepreventie in de GGZ [47]).

4. Medewerkers van de Afdeling Eerste lijn en Gespecialiseerde Zorg van het Departement Zorg zetten in op de opvolging van incidenten SGOG binnen Vlaamse IBW en PVT.

Verschillende respondenten uiten hun bezorgdheid over de opvolging van een incident SGOG. De verplichte aanwezigheid van een visietekst, deontologische code en handelingsprotocol rond SGOG⁶ biedt duidelijkheid in de aanpak van SGOG op het moment dat er een vermoeden, onthulling of vaststelling van dergelijk ongepast gedrag bestaat. Na de verplichte melding van dergelijk incident bij het Departement Zorg, tasten directies en/of raden van bestuur en zorgprofessionals echter in het duister over hoe het dan verder moet. Wat met een bewoner die zich seksueel grensoverschrijdend gedroeg? Kan hij/zij in de voorziening blijven wonen? We adviseren dat medewerkers van de Afdeling Eerste lijn en Gespecialiseerde Zorg van het Departement Zorg ondersteuning bieden aan directies en/of raden van bestuur (en op indirecte wijze ook aan zorgprofessionals) in Vlaamse IBW en PVT.

Aditi vzw

5. De coördinator van Aditi vzw zet zich de komende 4 tot 12 maanden in voor de sensibilisering rond gezonde beleving van intimiteit en seksualiteit binnen alle Vlaamse IBW en PVT.

Door professionals, bestuurders en directies in het werkveld te sensibiliseren rond het thema, kan Aditi vzw bijdragen aan ondersteuning van Vlaamse IBW en PVT wanneer zij (1) intimiteit en seksualiteit agenderen binnen de zorgvoorziening en (2) wanneer zij concreet aan de slag willen rond ontwikkeling en implementatie van forme(e)l(e) visie en/of beleid rond intimiteit en seksualiteit.

A/ De coördinator van Aditi vzw richt zich de komende 4 tot 6 maanden op de **valorisatie** van de onderzoeksresultaten van deze studie.

De coördinator kan de valorisatie van de onderzoeksresultaten uit deze MP stimuleren, bijvoorbeeld door de publicatie ter beschikking te stellen op de website van Aditi vzw.

B/ De coördinator van Aditi vzw coördineert het (online) **ter beschikking** stellen van **documentatie** ter ondersteuning van Vlaamse IBW en PVT.

Breed toegankelijke publicaties rond de beleving van intimiteit en seksualiteit in geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen kunnen ondersteunend werken bij het ontwikkelen van formele visie- en beleidsdocumenten rond intimiteit en seksualiteit, en het implementeren van visie en beleid in de praktijk. Voorzieningen kunnen op basis van beschikbare publicaties vervolgens de vertaalslag maken naar hun eigen organisatorische context.

⁶ <https://www.zorg-en-gezondheid.be/publicaties-en-documenten/besluit-van-de-vlaamse-regering-van-9-mei-2014-betreffende-het-beleid-inzake-preventie-van-en-omgaan>

De coördinator van Aditi vzw kan hiervoor medewerking vragen bij (een stafmedewerker GGZ van) Zorgnet-Icuro. Op die manier kunnen publicaties via verschillende kanalen beschikbaar gesteld worden.

C/ De coördinator van Aditi vzw maakt de komende 4 tot 6 maanden) het **aanbod** vanuit de vzw meer **kenbaar** aan alle Vlaamse IBW en PVT.

Aditi vzw biedt opleiding, vorming en ondersteuning bij visie- en beleidsontwikkeling. Uit de gevoerde gesprekken blijkt dat een heel aantal zorgprofessionals onvoldoende op de hoogte is van het aanbod van Aditi vzw.

7. LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN

CEFR	Common European Framework of Reference for Languages
CGG	Centra Geestelijke Gezondheidszorg
DI	diepte-interview(s)
FG	focusgroep(en)
GA	geen antwoord
GDPR	General Data Protection Regulation
GGZ	geestelijke gezondheidszorg
IB	individuele begeleider(s)
IBW	initiatief / initiatieven voor beschut wonen
PC	psychiatrisch centrum / psychiatrische centra
PVT	psychiatrisch verzorgingstehuis / psychiatrische verzorgingstehuizen
SGOG	seksueel grensoverschrijdend gedrag
(S)GOG	(seksueel) grensoverschrijdend gedrag
SOA	seksueel overdraagbare aandoening
SRH	Steunend Relationeel Handelen
VLESP	Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie
WoS	Web of Science

8. BIBLIOGRAFIE

1. WHO. Sexual Health, https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_1 (accessed 4 November 2022).
2. WHO. Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002. Geneva, World Health Organization.
3. Grenswijs. Seksualiteit in de psychiatrie, <https://www.grenswijs.be/seksualiteit-de-psychiatrie> (accessed 8 November 2022)
4. Ostman M. Low satisfaction with sex life among people with severe mental illness living in a community. *Psychiatry Res* 2014; 216(3): 340-5.
5. De Meyere J. *Seksualiteit en intimiteit in een psychiatrisch verzorgingstehuis. Een exploratief kwalitatief onderzoek naar de processen en dynamieken bij zorgverleners*. Masterproef, Universiteit Gent, Belgium, 2019-2020.
6. Vanwezemael L. *De attitude van hulpverleners tegenover seksualiteit van psychiatrische patiënten*. Masterproef, KU Leuven, Belgium, 2017.
7. Landi G, Marchi M, Ettalibi MY et al. Affective and Sexual Needs of Residents in Psychiatric Facilities: A Qualitative Approach. *Behav Sci* 2020; 10(8): 125.
8. Kröger C, van Baarle E and Widdershoven G. Combining rules and dialogue: exploring stakeholder perspectives on preventing sexual boundary violations in mental health and disability care organizations. *BMC Med Ethics* 2022; 23(1): 49.
9. McCann E, Donohue G, de Jager J et al. Sexuality and intimacy among people with serious mental illness: a qualitative systematic review. *JBIC Database System Rev Implement Rep* 2019; 17(1): 74-125.
10. Buckley PF and Robben T. A content analysis of state hospital policies on sex between inpatients. *Psychiatr Serv* 2000; 51(2): 243-5.
11. Buckley PF and Wiechers IR. Sexual behavior of psychiatric inpatients: hospital responses and policy formulation. *Community Ment Health J* 1999; 35(6): 531-6.
12. Dobal MT and Torkelson DJ. Making decisions about sexual rights in psychiatric facilities. *Arch Psychiatr Nurs* 2004; 18(2): 68-74.
13. Quinn C and Happell B. Supporting the Sexual Intimacy Needs of Patients in a Longer Stay Inpatient Forensic Setting. *Perspect Psychiatr Care* 2016; 52(4): 239-247.
14. Ruane J and Hayter M. Nurses' attitudes towards sexual relationships between patients in high security psychiatric hospitals in England: an exploratory qualitative study. *Int J Nurs Stud* 2008; 45(12): 1731-41.
15. Ravenhill JP, Poole J, Brown SD et al. Sexuality, risk, and organisational misbehaviour in a secure mental healthcare facility in England. *Cult Health Sex* 2020; 22(12): 1382-1397.

16. Anex A, Dürrigl M, Matthys A et al. Guidelines, Policies, and Recommendations Regarding the Sexuality of Individuals with Severe Mental Disorders in Psychiatric Units, Institutions, and Supported Housing Across Europe: A Systematic Review. *Arch Sex Behav* 2023; 52(1): 121-134.
17. Quinn C and Happell B. Getting BETTER: breaking the ice and warming to the inclusion of sexuality in mental health nursing care. *Int J Ment Health Nurs* 2012; 21(2): 154-62.
18. Buckley PF and Hyde JL. State hospitals' responses to the sexual behavior of psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 1997; 48(3): 398-9.
19. Urry K, Chur-Hansen A and Khaw C. 'It's Not Really a Part of Standard Practice': Institutional Silencing of Sexuality Within Australian Mental Health Settings. *Qual Health Res.* 2022; 32(3): 543-555.
20. Hughes E, Edmondson AJ, Onyekwe I et al. Identifying and addressing sexual health in serious mental illness: Views of mental health staff working in two National Health Service organizations in England. *Int J Ment Health Nurs* 2018; 27(3): 966-974.
21. Quinn C, Happell B and Browne G. Sexuality and consumers of mental health services: the impact of gender and boundary issues. *Issues Ment Health Nurs* 2011; 32(3): 170-6.
22. Quinn C, Happell B and Browne G. Talking or avoiding? Mental health nurses' views about discussing sexual health with consumers. *Int J Ment Health Nurs* 2011; 20(1): 21-8.
23. Hendry A, Snowden A and Brown M. When holistic care is not holistic enough: The role of sexual health in mental health settings. *J Clin Nurs* 2018; 27(5-6): 1015-1027.
24. Mossman D, Perlin ML and Dorfman DA. Sex on the wards: Conundra for clinicians. *J Am Acad Psychiatry Law* 1997; 25(4): 441-60.
25. Welch S, Meagher J, Soos J et al. Sexual behavior of hospitalized chronic psychiatric patients. *Hosp Community Psychiatry* 1991; 42(8): 855-6.
26. Zatlhoff JP, von Esenwein SA, Philip Z et al. Navigating a Complex Health System: the Perceptions of Psychiatric Residents in Addressing Sexual and Reproductive Health of Women with Severe Mental Illness. *Acad Psychiatry* 2020; 44(4): 403-407.
27. Villar F, Celdrán M, Fabà J et al. Staff attitudes towards sexual relationships among institutionalized people with dementia: does an extreme cautionary stance predominate? *Int Psychogeriatr* 2014; 26(3): 403-12.
28. Pacitti R and Thornicroft G. Sex, relationships and mental health. *A life in the day.* 2009; 13(1): 27-30.
29. Berger-Merom R, Zisman-Ilani Y, Jones N et al. Addressing sexuality and intimate relations in community mental health services for people with serious mental illness: A

- qualitative study of mental health practitioners' experiences. *Psychiatr Rehabil J* 2022; 45(2): 170-175.
30. Commons ML, Bohn JT and Godon LT. Professionals' attitudes towards sex between institutionalized patients. *Am J Psychother* 1992; 46(4): 571-80.
31. Evans AM, Quinn C and McKenna B. The governance of sexuality in a Recovery- oriented mental health service: Psychosis, consumers and clinical approaches. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2020; 27(2): 194-202.
32. Abellard J, Rodgers C and Bales AL. Balancing Sexual Expression and Risk of Harm in Elderly Persons with Dementia. *J Am Acad Psychiatry Law* 2017; 45(4): 485-492.
33. Breen S, Carlson M, Clements G et al. Supporting Sexual Health and Intimacy in Care Facilities: Guidelines for Supporting Adults Living in Long-Term Care Facilities and Group Homes in British Columbia, Canada, 2009.
34. Vlaanderen. Initiatieven voor beschut wonen, <https://www.vlaanderen.be/initiatieven-voor-beschut-wonen> (accessed 19 October 2022).
35. Initiatieven voor beschut wonen : reglementering van toepassing tot 31 december 2018, <https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen/beschut-wonen-psihiatrische-patienten/Paginas/initiatieven-beschut-wonen-20181231.aspx> (accessed 13 October 2023).
36. FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT), <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorg-voor-jezelf/patiententhemas/grensoverschrijdende-gezondheidszorg/normen-tav-5> (accessed 3 December 2022).
37. Agentschap Zorg en Gezondheid. Psychiatrische verzorgingstehuizen, <https://zorg-en-gezondheid.be/per-domein/geestelijke-gezondheidszorg/psychiatrische-verzorgings-tehuizen> (accessed 19 October 2022).
38. Vlaanderen. Psychiatrische verzorgingstehuizen, <https://www.vlaanderen.be/gezondheid-en-welzijn/gezondheid/psychische-gezondheid/psychiatrische-verzorgingstehuizen> (accessed 19 October 2022).
39. Brand E, Ratsch A, Nagaraj D et al. The sexuality and sexual experiences of forensic mental health patients: An integrative review of the literature. *Front Psychiatry* 2022; 26: 13.
40. Katz-Wise SL, Gordon AR, Burke PJ et al. Healthcare Clinician and Staff Perspectives on Facilitators and Barriers to Ideal Sexual Health Care to High-Risk Depressed Young Women: A Qualitative Study of Diverse Clinic Systems. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2020; 33(4): 363-371.
41. Vesentini L, Dewilde K, Matthys F et al. Dealing with sexual boundary violation in mental healthcare institutions by government policies: the case of Flanders, Belgium. *BMC Med Ethics* 2022; 23(1): 40.

42. Verhoeven N. Thematische analyse: patronen vinden bij kwalitatief onderzoek. 1ste ed. Amsterdam: Boom uitgevers, 2020.
43. Baarda B, Bakker E, Fischer T, et al. Basisboek Kwalitatief Onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. 3e druk. Groningen: Noordhoff Uitgevers Groningen / Houten, 2013, p. 185-186.
44. Carpels K. De precaire rechtspositie inzake seksuele rechten van personen met een geestelijke kwetsbaarheid. Masterproef, Universiteit Gent, België, 2021.
45. Common European Framework of Reference for Languages (CEFR). The CEFR Levels, <https://www.coe.int/en/web/common-european-framework-reference-languages/level-descriptions> (accessed 12 November 2023).
46. Goddijn S, van Horen F, Leenders I et al. De taal van mr. Jip van Harten en dr. Janneke Bavelick. 1ste druk. Den Haag: SDU Uitgever, 2011, p.12.
47. Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie. Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag: multidisciplinaire richtlijn voor hulpverleners in de gezondheidszorg, <https://sp-reflex.zelfmoord1813.be/> (accessed 12 November 2023).

9. BIJLAGEN

Inhoudstafel bijlagen

Bijlage 1. Gehanteerde zoektermen per concept	9-2
Bijlage 2. Finale algoritmes	9-4
Bijlage 3. Beslisbomen literatuur	9-9
Bijlage 4. Analysetabel literatuur	9-11
Bijlage 5. Inhoud van de korte, algemene bevraging	9-17
Bijlage 6. Inhoud diepte-interview	9-22
Bijlage 7. Inhoud focusgroep	9-24
Bijlage 8. Introductiebrief diepte-interview en focusgroep	9-27
Bijlage 9. Ethische adviezen	9-31
Bijlage 10. Formulieren van geïnformeerde toestemming	9-34

Bijlage 1. Gehanteerde zoektermen per concept.

Enkel artikelen gepubliceerd tussen 2004 en 2023 werden geïncludeerd.

Betalende artikelen werden niet opgenomen in ons onderzoek.

De concepten 'ontwikkeling' en 'implementatie' werden bewust niet opgenomen in het finale zoekalgoritme, aangezien we dan te beperkte resultaten bekwamen.

1. Algemeen algoritme

Concept 1: residentieel

- Synoniemen, woordvarianten: "residential facilities", "residential facility", "group homes", "long-term care", residential, residen*, facilit*, inpatients, institution, institutionalised, institutional, communit*, "community settings"
- Thesaurustermen: Group Homes[MeSH Terms], Long-Term Care[MeSH Terms], Residential Facilities[MeSH Terms]

Concept 2: geestelijke gezondheidszorg

- Synoniemen, woordvarianten: mental, "mental health", "mental health service", psychiatric, "psychiatric nursing", "mental health care"
- Thesaurustermen: Mental Health[MeSH Terms], Mental Health Services[MeSH Terms], Psychiatric Nursing[MeSH Terms]

Concept 3: visie en beleid

- Synoniemen, woordvarianten: "vision statement", policy, "decision making", "health policy", policies, 'guidance protocol', "institutional policy", "institutional policies", regulation, "institutional practice", "institutional practices"
- Thesaurustermen: Guideline[MeSH Terms], Policy[MeSH Terms], Decision Making[MeSH Terms], Health Policy[MeSH Terms]

Concept 4: intimiteit en seksualiteit

- Synoniemen, woordvarianten: sexuality, "sexual behavior", "sexual relation", sexual, "sexual intercourse", "sexual health", "sexual expression", "sexual needs", "sexual rights", intima*, attraction, affection, affectivity, "affective needs"
- Thesaurustermen: Sexuality[MeSH Terms], Sexual Behavior[MeSH Terms], Sexual Health[MeSH Terms], Love[MeSH Terms]

2. Algoritme bij de onderzoeksvraag: 'Welke faciliterende en remmende factoren beïnvloeden de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit in IBW en PVT in Vlaanderen?'

Concept 1: residentieel

- Synoniemen, woordvarianten: "residential facilities", "residential facility", "group homes", "long-term care", residential, residen*, facilit*, inpatients, institution, institutionalised, institutional, communit*, "community settings"
- Thesaurustermen: Group Homes[MeSH Terms], Long-Term Care[MeSH Terms], Residential Facilities[MeSH Terms]

Concept 2: geestelijke gezondheidszorg

- Synoniemen, woordvarianten: mental, "mental health", "mental health service", psychiatric, "psychiatric nursing", "mental health care"
- Thesaurustermen: Mental Health[MeSH Terms], Mental Health Services[MeSH Terms], Psychiatric Nursing[MeSH Terms]

Concept 3: visie en beleid

- Synoniemen, woordvarianten: "vision statement", policy, "decision making", "health policy", policies, 'guidance protocol', "institutional policy", "institutional policies", regulation, "institutional practice", "institutional practices"
- Thesaurustermen: Guideline[MeSH Terms], Policy[MeSH Terms], Decision Making[MeSH Terms], Health Policy[MeSH Terms]

Concept 4: intimiteit en seksualiteit

- Synoniemen, woordvarianten: sexuality, "sexual behavior", "sexual relation", sexual, "sexual intercourse", "sexual health", "sexual expression", "sexual needs", "sexual rights", intima*, attraction, affection, affectivity, "affective needs"
- Thesaurustermen: Sexuality[MeSH Terms], Sexual Behavior[MeSH Terms], Sexual Health[MeSH Terms], Love[MeSH Terms]

Concept 5: barrière en facilitator

- Synoniemen en woordvarianten: barrier, barrier*, barriers, obstacle, impediment, impede, hindrance, hinder, difficult*, hard, heavy, heavier, impossible, block, sabotage, obstruct, facilitator, facilitat*, facilitators, facilitate, ease, easy
- Thesaurustermen: geen passende MeSH termen

Bijlage 2. Finale algoritmes.

1. Algemeen algoritme

PUBMED MET MeSH (gesorteerd op 'best match')

("residential facilities"[Title/Abstract] OR "group homes"[Title/Abstract] OR "long-term care"[Title/Abstract] OR residen*[Title/Abstract] OR residents[Title/Abstract] OR facilities[Title/Abstract] OR inpatients[Title/Abstract] OR institution[Title/Abstract] OR institutional[Title/Abstract] OR communit*[Title/Abstract] OR "community settings"[Text Word] OR Residential Facilities[MeSH Terms] OR Group Homes[MeSH Terms] OR Long-Term Care[MeSH Terms]) AND (mental[Title/Abstract] OR "mental health"[Title/Abstract] OR "mental health service"[Title/Abstract] OR psychiatric[Title/Abstract] OR "psychiatric nursing"[Title/Abstract] OR "mental health care"[Title/Abstract] OR Mental Health[MeSH Terms] OR Mental Health Services[MeSH Terms] OR Psychiatric Nursing[MeSH Terms]) AND ("vision statement"[Text Word] OR policy[Text Word] OR policies[Text Word] OR "decision making"[Text Word] OR "health policy"[Text Word] OR Policy[MeSH Terms] OR Decision Making[MeSH Terms] OR Health Policy[MeSH Terms] OR regulation[Text Word] OR "guidance protocol"[Text Word] OR "institutional practice"[Text Word] OR "institutional practices"[Text Word] OR "institutional policy"[Text Word] OR "institutional policies"[Text Word] OR Guideline[MeSH Terms]) AND (sexuality[Title/Abstract] OR "sexual behavior"[Title/Abstract] OR "sexual relation"[Title/Abstract] OR "sexual intercourse"[Title/Abstract] OR "sexual health"[Title/Abstract] OR "sexual expression"[Title/Abstract] OR "sexual needs"[Title/Abstract] OR sexual[Title/Abstract] OR "sexual rights"[Title/Abstract] OR Sexuality[MeSH Terms] OR Sexual Behavior[MeSH Terms] OR Sexual Health[MeSH Terms] OR intima*[Title/Abstract] OR attraction[Title/Abstract] OR "affective needs"[Title/Abstract] OR affection[Title/Abstract] OR affectivity[Title/Abstract] OR Love[MeSH Terms]) NOT (HIV[Title]) NOT (violence[Title]) NOT (child*[Title])

PUBMED ZONDER MeSH (gesorteerd op 'best match')

("residential facilities"[Title/Abstract] OR "group homes"[Title/Abstract] OR "long-term care"[Title/Abstract] OR residen*[Title/Abstract] OR residents[Title/Abstract] OR facilities[Title/Abstract] OR inpatients[Title/Abstract] OR institution[Title/Abstract] OR institutional[Title/Abstract] OR communit*[Title/Abstract] OR "community settings"[Text Word]) AND (mental[Title/Abstract] OR "mental health"[Title/Abstract] OR "mental health service"[Title/Abstract] OR psychiatric[Title/Abstract] OR "psychiatric nursing"[Title/Abstract] OR "mental health care"[Title/Abstract]) AND ("vision statement"[Text Word] OR policy[Text Word] OR policies[Text Word] OR "decision making"[Text Word] OR "health policy"[Text Word] OR regulation[Text Word] OR "guidance protocol"[Text Word] OR "institutional practice"[Text Word] OR "institutional

practices"[Text Word] OR "institutional policy"[Text Word] OR "institutional policies"[Text Word]) AND (sexuality[Title/Abstract] OR "sexual behavior"[Title/Abstract] OR "sexual relation"[Title/Abstract] OR "sexual intercourse"[Title/Abstract] OR "sexual health"[Title/Abstract] OR "sexual expression"[Title/Abstract] OR "sexual needs"[Title/Abstract] OR sexual[Title/Abstract] OR "sexual rights"[Title/Abstract] OR intima*[Title/Abstract] OR attraction[Title/Abstract] OR "affective needs"[Title/Abstract] OR affection[Title/Abstract] OR affectivity[Title/Abstract]) NOT (HIV[Title]) NOT (violence[Title]) NOT (child*[Title])

WoS

TS=(("residential facilities" OR "group homes" OR "residential facility" OR "long-term care" OR residential OR residen* OR facilit* OR inpatients OR institutionalised) AND (mental OR "mental health" OR "mental health service" OR psychiatric OR "psychiatric nursing" OR "mental health care" OR "mental disorder" OR "mental illness") AND ("vision statement" OR policy OR "decision making" OR "health policy" OR policies OR guideline OR 'guidance protocol' OR "institutional policy" OR "institutional policies")) AND (sexuality OR "sexual behavior" OR "sexual behaviour" OR "sexual relation" OR sexual* OR "sexual activities" OR "sexual activity" OR "sexual intercourse" OR "sexual health" OR "sexual expression" OR "sexual needs" OR "sexual rights" OR "coital activity" OR "coital activities" OR coitus OR intimacy OR intimate OR attraction OR attracted OR "affective needs" OR affection OR affectivity OR love OR relationship)) AND TI=(sexuality OR "sexual behavior" OR "sexual behaviour" OR "sexual relation" OR sexual* OR "sexual activities" OR "sexual activity" OR "sexual intercourse" OR "sexual health" OR "sexual expression" OR "sexual needs" OR "sexual rights" OR "coital activity" OR "coital activities" OR coitus OR intimacy OR intimate OR attraction OR attracted OR "affective needs" OR affection OR affectivity OR love OR relationship) NOT TI=(HIV) NOT TI=(violence) NOT TI=(child*)

Datum: 08/08/2023

2. Algoritme bij de onderzoeksvraag: 'Welke faciliterende en remmende factoren beïnvloeden de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit in IBW en PVT in Vlaanderen?'

PUBMED MET MeSH (gesorteerd op 'best match')

("residential facilities"[Title/Abstract] OR "group homes"[Title/Abstract] OR "long-term care"[Title/Abstract] OR residen*[Title/Abstract] OR residents[Title/Abstract] OR facilities[Title/Abstract] OR inpatients[Title/Abstract] OR "psychiatric inpatients"[Text Word] OR institution[Title/Abstract] OR institutions[Text Word] OR institutional[Title/Abstract] OR communit*[Title/Abstract] OR "community settings"[Text Word] OR Residential Facilities[MeSH Terms] OR Group Homes[MeSH Terms] OR Long-Term Care[MeSH Terms]) AND (mental[Title/Abstract] OR "mental health"[Title/Abstract] OR "mental health service"[Title/Abstract] OR psychiatric[Title/Abstract] OR psychiatric[Text Word] OR "psychiatric nursing"[Title/Abstract] OR "mental health care"[Title/Abstract] OR Mental Health[MeSH Terms] OR Mental Health Services[MeSH Terms] OR Psychiatric Nursing[MeSH Terms]) AND ("vision statement"[Text Word] OR policy[Text Word] OR policies[Text Word] OR decision[Text Word] OR "decision making"[Text Word] OR "health policy"[Text Word] OR Policy[MeSH Terms] OR Decision Making[MeSH Terms] OR Health Policy[MeSH Terms] OR regulation[Text Word] OR guideline[Text Word] OR "guidance protocol"[Text Word] OR "institutional practice"[Text Word] OR "institutional practices"[Text Word] OR "institutional policy"[Text Word] OR "institutional policies"[Text Word] OR Guideline[MeSH Terms]) AND (sexuality[Title/Abstract] OR "sexual behavior"[Title/Abstract] OR "sexual relation"[Title/Abstract] OR "sexual intercourse"[Title/Abstract] OR "sexual health"[Title/Abstract] OR "sexual expression"[Title/Abstract] OR "sexual needs"[Title/Abstract] OR sexual[Title/Abstract] OR "sexual behavior"[Text Word] OR "sexual rights"[Title/Abstract] OR Sexuality[MeSH Terms] OR Sexual Behavior[MeSH Terms] OR Sexual Health[MeSH Terms] OR intima*[Title/Abstract] OR attraction[Title/Abstract] OR "affective needs"[Title/Abstract] OR affection[Title/Abstract] OR affectivity[Title/Abstract] OR Love[MeSH Terms]) NOT (HIV[Title]) NOT (violence[Title]) NOT (child*[Title]) AND (barrier[Text Word] OR barrier*[Text Word] OR barriers[Text Word] OR obstacle[Text Word] OR impediment[Text Word] OR impede[Text Word] OR hindrance[Text Word] OR hinder[Text Word] OR difficult*[Text Word] OR hard*[Text Word] OR heavy[Text Word] OR heavier[Text Word] OR impossible[Text Word] OR block[Text Word] OR sabotage[Text Word] OR obstruct[Text Word] OR facilitator[Text Word] OR facilitat*[Text Word] OR facilitators[Text Word] OR facilitate[Text Word] OR ease[Text Word] OR easy[Text Word] OR easier[Text Word] OR ease[Text Word] OR factor[Text Word] OR enabl*[Text Word] OR enable[Text Word] OR enabling[Text Word])

PUBMED ZONDER MeSH (gesorteerd op 'best match')

("residential facilities"[Title/Abstract] OR "group homes"[Title/Abstract] OR "long-term care"[Title/Abstract] OR residen*[Title/Abstract] OR residents[Title/Abstract] OR facilities[Title/Abstract] OR inpatients[Title/Abstract] OR "psychiatric inpatients"[Text Word] OR institution[Title/Abstract] OR institutions[Text Word] OR institutional[Title/Abstract] OR communit*[Title/Abstract] OR "community settings"[Text Word]) AND (mental[Title/Abstract] OR "mental health"[Title/Abstract] OR "mental health service"[Title/Abstract] OR psychiatric[Title/Abstract] OR psychiatric[Text Word] OR "psychiatric nursing"[Title/Abstract] OR "mental health care"[Title/Abstract]) AND ("vision statement"[Text Word] OR policy[Text Word] OR policies[Text Word] OR decision[Text Word] OR "decision making"[Text Word] OR "health policy"[Text Word] OR regulation[Text Word] OR guideline[Text Word] OR "guidance protocol"[Text Word] OR "institutional practice"[Text Word] OR "institutional practices"[Text Word] OR "institutional policy"[Text Word] OR "institutional policies"[Text Word]) AND (sexuality[Title/Abstract] OR "sexual behavior"[Title/Abstract] OR "sexual relation"[Title/Abstract] OR "sexual intercourse"[Title/Abstract] OR "sexual health"[Title/Abstract] OR "sexual expression"[Title/Abstract] OR "sexual needs"[Title/Abstract] OR sexual[Title/Abstract] OR "sexual behavior"[Text Word] OR "sexual rights"[Title/Abstract] OR intima*[Title/Abstract] OR attraction[Title/Abstract] OR "affective needs"[Title/Abstract] OR affection[Title/Abstract] OR affectivity[Title/Abstract]) NOT (HIV[Title]) NOT (violence[Title]) NOT (child*[Title]) AND (barrier[Text Word] OR barrier*[Text Word] OR barriers[Text Word] OR obstacle[Text Word] OR impediment[Text Word] OR impede[Text Word] OR hindrance[Text Word] OR hinder[Text Word] OR difficult*[Text Word] OR hard*[Text Word] OR heavy[Text Word] OR heavier[Text Word] OR impossible[Text Word] OR block[Text Word] OR sabotage[Text Word] OR obstruct[Text Word] OR facilitator[Text Word] OR facilitat*[Text Word] OR facilitators[Text Word] OR facilitate[Text Word] OR ease[Text Word] OR easy[Text Word] OR easier[Text Word] OR ease[Text Word] OR factor[Text Word] OR enabl*[Text Word] OR enable[Text Word] OR enabling[Text Word])

WoS

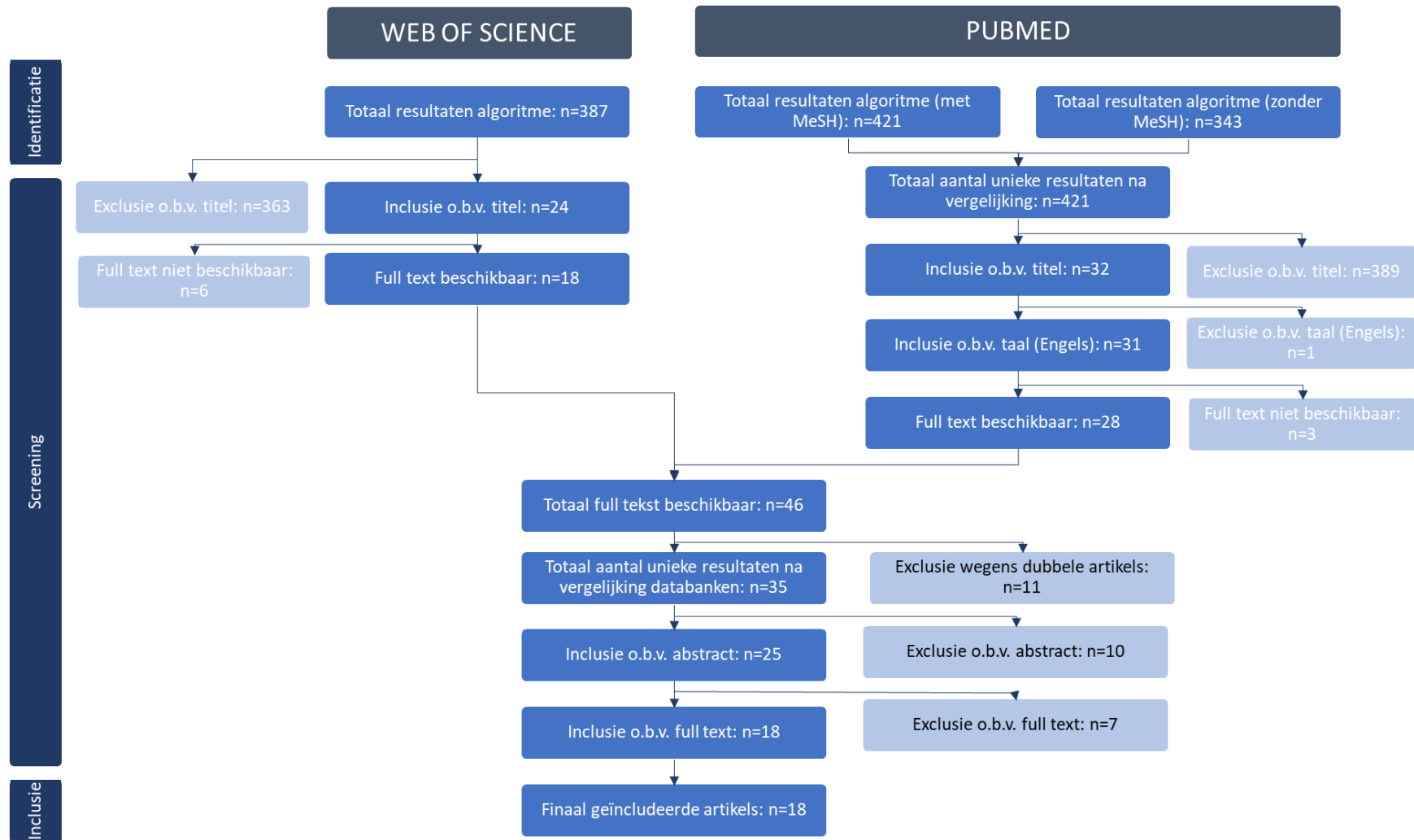
TS=(("residential facilities" OR "group homes" OR "residential facility" OR "long-term care" OR residential OR residen* OR facilit* OR inpatients OR institutionalised) AND (mental OR "mental health" OR "mental health service" OR psychiatric OR "psychiatric nursing" OR "mental health care" OR "mental disorder" OR "mental illness")) AND ("vision statement" OR policy OR "decision making" OR "health policy" OR policies OR guideline OR 'guidance protocol' OR "institutional policy" OR "institutional policies") AND (sexuality OR "sexual behavior" OR "sexual behaviour" OR "sexual relation" OR sexual* OR "sexual activities" OR "sexual activity" OR "sexual intercourse" OR "sexual health" OR "sexual expression" OR

"sexual needs" OR "sexual rights" OR "coital activity" OR "coital activities" OR coitus OR intimacy OR intimate OR attraction OR attracted OR "affective needs" OR affection OR affectivity OR love OR relationship)) AND TI=(sexuality OR "sexual behavior" OR "sexual behaviour" OR "sexual relation" OR sexual* OR "sexual activities" OR "sexual activity" OR "sexual intercourse" OR "sexual health" OR "sexual expression" OR "sexual needs" OR "sexual rights" OR "coital activity" OR "coital activities" OR coitus OR intimacy OR intimate OR attraction OR attracted OR "affective needs" OR affection OR affectivity OR love OR relationship) NOT TI=(HIV) NOT TI=(violence) NOT TI=(child*) AND TS=(barrier OR barrier* OR barriers OR obstacle OR impediment OR impede OR hindrance OR hinder OR difficult* OR hard* OR heavy OR heavier OR impossible OR block OR sabotage OR obstruct OR facilitator OR facilitat* OR facilitators OR facilitate OR ease OR easy OR easier OR ease OR factor OR enabl* OR enable OR enabling)

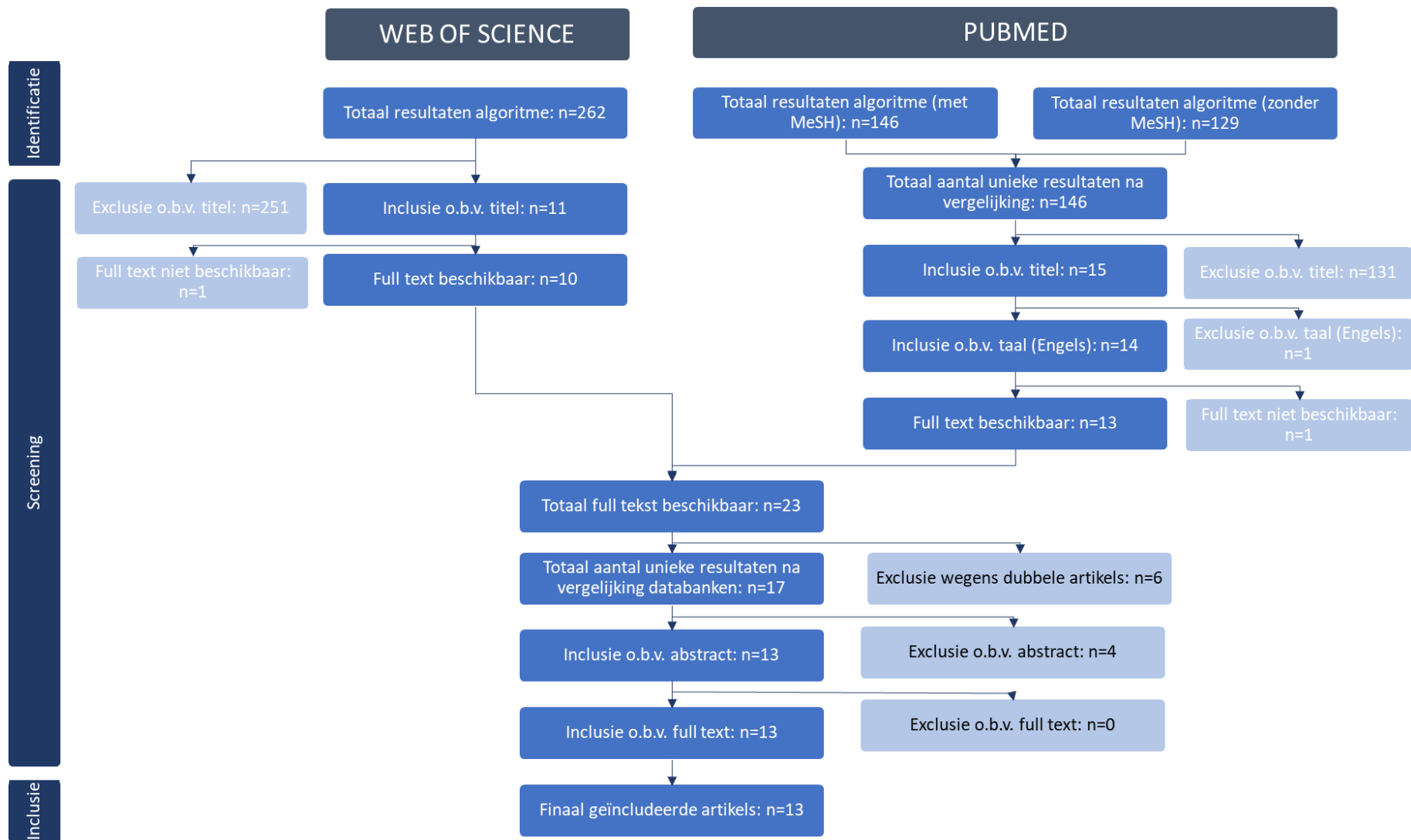
Datum: 08/08/2023

Bijlage 3. Beslisbomen literatuur.

Beslisboom 1 bij algemeen algoritme



Beslisboom 2 bij algoritme bij de onderzoeksvraag: 'Welke faciliterende en remmende factoren beïnvloeden de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit in IBW en PVT in Vlaanderen?'



Bijlage 4. Analysetabel literatuur.

Auteurs	Studie locatie	Design	Doelstellingen	Populatie	Methode	Belangrijkste bevindingen
Anex et al. (2022)	Europese studies (vnl. in UK)	Kwalitatieve, systematische review	1/ Bestaand beleid, richtlijnen en aanbevelingen identificeren m.b.t. seksueel gedrag van intramurale patiënten in psychiatrische afdelingen, instellingen en begeleid wonen in Europa 2/ De houding van professionals en patiënten in de GGZ beoordelen m.b.t. bestaand beleid, richtlijnen en aanbevelingen	10 artikels	Zoekstrategie in 9 databases (BioMed, The Cochrane Library, Embase, PsycARTICLES en PsycINFO, PubMed, ScienceDirect, Taylor & Francis, Wiley, en Web of Science).	Seksualiteit en consensueel seksueel gedrag worden routinematig verwaarloosd in beleid binnen psychiatrische instellingen. Aandachtspunten specifiek voor psychiatrische populaties kunnen problemen opleveren bij het ontwikkelen van beleid en richtlijnen.
Landi et al. (2020)	Italië	Kwalitatief onderzoek	Verkennen van de seksuele behoeften die psychiatrische patiënten ervaren binnen een Italiaanse GGZ voorziening	Gehospitaliseerde patiënten (n = 13) van residentiële psychiatrische voorzieningen van Noord-Italië	Focusgroepen, inhoudsanalyse	Intramurale seksuele expressie is verboden in de instellingen, en er is een gebrek aan speciale ruimtes voor seksuele activiteit
McCann et al. (2018)	Studies van over heel de wereld, vnl. UK,	Systematische review	Onderzoek naar ervaringen met intieme relaties van mensen met SMI en mogelijke obstakels voor de expressie van seksualiteit. Aanbevelingen doen voor beleid,	21 studies	Zoekstrategie in 5 databases (MEDLINE, CINAHL, PsycINFO, Embase and Web of Science)	De bevindingen uit deze studie kunnen gebruikt worden om toekomstig beleid, onderwijs en ontwikkelingen in de praktijk te sturen. Verder onderzoek is nodig

	USA en Australië		onderwijs, onderzoek en praktijk in de GGZ.			voor de ontwikkeling en evaluatie van interventies die mensen met SMI helpen om hun behoeftes op vlak van seksualiteit en intimiteit te vervullen.
Ruane et al. (2008)	Engeland, UK	Kwalitatief, beschrijvend onderzoek	Verkennen van de houding van MHP's tegenover relaties van psychiatrische bewoners	MHPs (n = 10, verpleegkundigen) van <i>hoog beveiligde psychiatrisch ziekenhuizen</i>	Interviews, thematische analyse	Dominantie van persoonlijk waarden t.o.v. professionele waarden in de klinische zorgcontext
Quinn et al. (2016)	Australië	Exploratief, kwalitatief onderzoek	Onderzoeken van de perceptie van verpleegkundigen en patiënten m.b.t. seksuele intimiteit	Verpleegkundigen (n=12) en patiënten (n=10) van een afdeling langdurige gezondheidszorg in een <i>forensisch</i> ziekenhuis	Semi-gestructureerde, individuele diepte-interviews	Bij verpleegkundigen hangt het bieden van ondersteuning voor seksuele intimiteit af van de setting, behoefte aan richtlijnen en toestemming. Bij patiënten hangt het af van de setting en behoefte aan ondersteuning.
Kröger et al. (2022)	Nederland	Kwalitatief onderzoek	Onderzoeken van perspectieven op het voorkomen van SBV in organisaties in de GGZ en gehandicaptenzorg	Nederlandse beleidsadviseurs, regelgevers, zorgprofessionals en andere relevante deskundigen (n=16)	Interviews, thematische analyse	Het voorkomen van SBV in organisaties voor GGZ en gehandicaptenzorg vereist: 1/ geschikte regels en voorschriften en 2/ het faciliteren van dialoog over positieve aspecten van seksualiteit en intimiteit én over grenzen en ongepast gedrag of ongepaste gevoelens.
Berger-Merom (2021)	Israël	Kwalitatief onderzoek	Verkennen van het soort situaties, gedachten, gevoelens, dilemma's en uitdagingen die	MHPs (n=13)	Semi-gestructureerde interviews	MHP's (SMI, gemeenschapsgerichte setting) ervaren vaak complexe gedachten, gevoelens, dilemma's en

			MHP's ervaren die werkzaam zijn in geestelijke gezondheidsprogramma's, en die gerelateerd zijn aan het verlangen van cliënten naar seks, seksualiteit en intimiteit		Inductieve, thematische analyse	uitdagingen die te maken hebben met intieme en seksuele relaties. Er is behoefte aan betere training en supervisie om MHP's te ondersteunen om effectief te reageren op deze complexe situaties.
Dobal et al. (2004)	USA	Beschrijvend onderzoek	Het bepalen van de perceptie van seksuele activiteit door het personeel in psychiatrische instellingen en de prevalentie van instellingen met een seksueel beleid en seksuele voorlichtingsprogramma's voor bewoners en personeel.	Langdurige zorginstellingen voor volwassen bewoners met SPMI	Nationale survey	57 (60%) voorzieningen hadden een seksueel beleid, 70 (69%) hadden seksuele voorlichtingsprogramma's voor personeel en 84 (83%) voor bewoners.
Urry et al. (2021)	Australië	Kwalitatief onderzoek	Verkennen van percepties rond seksualiteit en seksuele gezondheid	22 geestelijke gezondheidsmedewerkers (psychologen, psychiaters, verpleegkundigen in GGZ) van verschillende voorzieningen voor GGZ (privé, gemeenschap, spoed en ziekenhuizen of <i>forensische</i> setting)	Diepte-interviews Thematische analyse	Stilzwijgen rond seksualiteit in geestelijke gezondheidszorg-voorzieningen situeert zich in de institutionele context waarin klinici leren en werken.

Ravenhill et al. (2020)	Engeland, UK	Kwalitatief onderzoek	Om discursieve constructies te identificeren van intramurale seksualiteit	Patiënten (n = 16) MHPs (n = 10, gezondheidszorg assistenten, verpleegkundigen, activiteiten coördinator) in één laag veilige en vier middel veilige <i>forensisch</i> psychiatrische voorzieningen	Semi-gestructureerde groepsinterviews; Foucaultiaanse discoursanalyse	Nadruk op risicopreventie bij toepassing van een (onofficieel) algemeen beleid dat intramurale seksualiteit afremt
Hendry et al. (2017)	Australië (n=6) en Ierland (n=1)	Systematische review en meta-etnografie	Onderzoeken van de voorbereiding die verpleegkundigen in de GGZ ontvangen om seksuele gezondheid in de praktijk aan te pakken	7 studies	Zoekstrategie in 4 databases (EBSCO, PsycINFO, MEDLINE and ASSIA databases)	Het ondersteunen van mensen met behoeften op het gebied van geestelijke gezondheid en seksuele gezondheid is complex. Veel verpleegkundigen vinden het ongemakkelijk om seksuele gezondheid aan te kaarten. Persoonlijke waarden hadden een grote invloed op de professionele praktijk.
Zatloff et al. (2020)	USA	Kwalitatief onderzoek	Exploreren of psychiaters al dan niet seksuele voorlichting en reproductieve gezondheidszorg aanbieden aan vrouwen met ernstige psychische problemen	Psychiaters (n=15)	Gestructureerde interviews	Het is nodig om seksuele en reproductieve gezondheid bij vrouwelijke patiënten met ernstige psychische aandoeningen aan te pakken.

						Psychiaters missen echter vertrouwen en middelen om dit te realiseren.
Katz-Wise et al. (2020)	USA, New England	Kwalitatief onderzoek	Het identificeren van perspectieven van professionals op faciliterende en belemmerende factoren bij het bieden van seksuele en reproductieve gezondheidszorg (SRH) aan depressieve jonge vrouwen.	Zorg- en staf-medewerkers (n=28) uit 7 verschillende voorzieningen	Semi-gestructureerde interviews, thematische analyse	Om optimalisatie van SRH-zorg voor depressieve jonge vrouwen te realiseren, is aandacht nodig voor factoren op alle socio-ecologische niveaus.
Evans et al. (2019)	Australië	Case study methodologie	Onderzoeken hoe seksualiteit wordt aangepakt in een instelling voor langdurige, herstelgerichte GGZ.	Gezondheids-medewerkers en patiënten	Case study, interviews, review van documenten	Medewerkers in de GGZ moeten schipperen tussen twee belangrijke, onverenigbare zorgmodellen: een psychiatrisch model en een herstelmodel
Brand et al. (2022)	Vnl. artikels uit UK (n=10) en Australië (n=6). Eén uit Azië en vier uit niet nader genoemde Europese landen.	Review	Evaluatie van literatuur over de seksuele ontwikkeling, seksuele gezondheid, seksuele kennis en risico's, seksuele ervaringen, seksueel gedrag en seksuele verlangens van patiënten in de forensische GGZ om bij te dragen aan beleidskaders. Onderzoeken hoe de behoeften van forensische patiënten op het gebied van seksualiteit aangepakt worden binnen de GGZ.	21 artikels	Zoekstrategie in 4 databases (PubMed, MEDLINE, CINAHL and PsycINFO (PsycNET))	Er is weinig informatie beschikbaar over de seksuele noden van forensische patiënten of over hoe gezondheidsdiensten met deze behoeften omgaan. Er is nood aan veranderingen in klinische beoordeling om seksuele gezondheidszorg op te nemen als onderdeel van de routinematige GGZ.
Vesentini et al. (2022)	Vlaanderen	Cross sectioneel onderzoek	Onderzoeken:	56 medewerkers van voorzieningen voor GGZ	Online survey	Implementatie van SBV-beleid in GGZ-voorzieningen is onvoldoende.

			(1) in welke mate verplicht beleid SBV geïmplementeerd is in instellingen voor GGZ (2) in welke mate er kennis bestaat over het verplichte karakter van het beleid en meningen over dat beleid (3) mogelijke factoren gerelateerd aan (niet-) implementatie			Aanbeveling: overheden communiceren regelmatig met voorzieningen voor GGZ om bezorgdheden en moeilijkheden rond de implementatie van SBV-beleid te begrijpen en te ondersteunen.
Villar et al. (2014)	Spanje	Kwalitatief onderzoek	Verkennen van normatieve houding van werknemers in een voorziening voor residentiële ouderenzorg met betrekking tot seksualiteit en dementie	Stafleden werkzaam in voorziening voor residentiële ouderenzorg (n=53)	Semi-gestructureerde interviews Inhoudsanalyse	Bij een seksuele relatie tussen een persoon met dementie en een persoon zonder dementie, definieerden deelnemers de situatie eerder als mogelijk misbruik vs. bij een relatie tussen twee personen met dementie eerder als een niet-misbruiksituatie. De meest voorkomende reactie in beide situaties was het advies inwinnen van andere professionals.
Abellard et al. (2017)	NVT	NVT	Geen expliciete doelstelling	NVT	Geen methodesectie ('analysis and commentary')	Evalueren van seksuele expressie in geïnstitutionaliseerde oudere personen met MND is essentieel, wegens specifieke zorgen over risico's van seksuele expressie bij ouderen met MND.

(GGZ: geestelijke gezondheidszorg; MND: major neurocognitive disorder; MPH: mental health professional; NVT: niet van toepassing; SMI: serious mental illness; SRH: seksuele en reproductieve gezondheidszorg; SBV: sexual boundary violations)

Bijlage 5. Inhoud van de korte, algemene bevraging.

INHOUD VAN ALGEMENE BEVRAGING

Beste,

Mijn naam is Dorien Van den Bulck, student in de opleiding Management en Beleid van de Gezondheidszorg aan de Vrije Universiteit Brussel.

In het kader van mijn masterproef voer ik een exploratief onderzoek uit naar **visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit in Vlaamse residentiële geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen voor volwassenen**.

We richten ons specifiek op initiatieven voor beschut wonen (**IBW**) en psychiatrische verzorgingstehuizen (**PVT**).

De resultaten uit ons onderzoek kunnen een meerwaarde betekenen voor de (verdere) ontwikkeling en implementatie van forme(e)l(e) visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit bij volwassenen in IBW en PVT in Vlaanderen.

Via deze [link](#) kan u deelnemen aan een korte bevraging met een geschatte duur van **5 minuten**.

Mag ik u vragen deze vragen te beantwoorden **vóór** (*datum*) a.u.b.?

Het is belangrijk dat de persoon die de vragenlijst voor uw voorziening invult, kennis heeft over de bestaande interne visie en het beleid (al dan niet formeel) rond intimiteit en seksualiteit bij en tussen bewoners. Stuur deze mail dus gerust intern door naar een geschikte persoon.

Ik lijst nog **enkele belangrijke zaken** op in verband met de online vragenlijst:

1/ De eerste vraag in de online vragenlijst peilt naar uw **vrijwillige deelname**.

Om deze beslissing geïnformeerd te kunnen maken, kan u in **bijlage** het **formulier geïnformeerde toestemming** terugvinden waarin u achtergrondinformatie kan raadplegen omtrent o.a. het doel van het onderzoek, de procedure, vrijwilligheid van deelname, vertrouwelijkheid...

Dit formulier is bedoeld om u extra te informeren en kan, maar hoeft niet ingevuld te worden en terug aan de onderzoeker bezorgd te worden.

Indien u negatief antwoordt op de vraag of u bereid bent om vrijwillig deel te nemen aan dit onderzoek, worden eventuele antwoorden op de vragenlijst niet geïncludeerd voor analyse. Al uw responsen zullen worden verwijderd.

2/ Later in de online vragenlijst wordt gepeild naar uw **bereidheid** om deel te nemen aan een **diepte-interview of focusgroep** waarbij we **faciliterende en remmende factoren** in kaart willen brengen die invloed uitoefenen op de **ontwikkeling en implementatie** van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit in IBW en PVT in Vlaanderen.

Uw deelname aan dergelijk(e) diepte-interview of focusgroep is van **grote meerwaarde** voor ons onderzoek. Neem dus a.u.b. uw deelname (of die van een betrokken collega) zeker in overweging.

3/ De **vrijblijvende vraag** in de online tool naar uw **contactgegevens** heeft als enige doel om u te kunnen bereiken voor bijkomende informatie of voor uw deelname aan een diepte-interview of focusgroep.

De **antwoorden** die u in de **bevraging** geeft, worden **anoniem** verwerkt en gerapporteerd en niet gekoppeld aan u als persoon of aan de voorziening waar u werkzaam bent. Meer informatie hierover kan u eveneens vinden in het document in bijlage.

Aarzel niet om bij vragen contact met mij op te nemen per kerende e-mail of per telefoon (0476 35 67 67).

Alvast heel erg bedankt voor uw tijd!

Met vriendelijke groeten,
Dorien Van den Bulck

Mijn naam is Dorien Van den Bulck, student binnen de opleiding **Management en het Beleid van de Gezondheidszorg** aan de Vrije Universiteit Brussel.

In het kader van mijn masterproef voer ik een **exploratief** onderzoek uit naar **visie** en **beleid** rond **intimiteit** en **seksualiteit** in **Vlaamse residentiële geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen** voor **volwassenen**.

We richten ons specifiek op initiatieven voor beschut wonen (IBW) en psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT).

Onze bevindingen uit dit onderzoek kunnen een meerwaarde betekenen voor de (verdere) ontwikkeling en implementatie van forme(e)l(e) visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit bij volwassenen in IBW en PVT in Vlaanderen.

Deze vragenlijst heeft een geschatte duurtijd van ongeveer 5 min.

Alvast heel erg bedankt voor uw respons!

Geïnformeerde toestemming:

Stemt u er vrijwillig mee in om deel te nemen aan dit onderzoek?

- Ja
 Nee

De voorziening waar ik werk, is een...

- ... initiatief voor beschut wonen (IBW)
 ... psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT)
 Anders, nl.:

Wat is uw functie binnen de voorziening?

- Directiefunctie
 Stafmedewerker
 Kwaliteitsmedewerker
 Anders, nl.:

Is er in jullie voorziening een **formele visie** aanwezig omtrent intimiteit en seksualiteit bij en tussen residenten?

- Ja
 Nee
 Geen antwoord

Is er in jullie voorziening een **informele visie** aanwezig omtrent intimiteit en seksualiteit bij en tussen residenten?

- Ja

- Nee
- Geen antwoord

Is er in jullie voorziening een **formeel beleid** aanwezig omtrent intimiteit en seksualiteit bij en tussen residenten?

- Ja
- Nee
- Geen antwoord

Is er in jullie voorziening een **informeel beleid** aanwezig omtrent intimiteit en seksualiteit bij en tussen residenten?

- Ja
- Nee
- Geen antwoord

Bent u bereid de **beschikbare visie- en beleidsdocumenten** van jullie voorziening te **bezorgen** aan de onderzoeker voor inhoudelijke analyse?

Indien ja; graag de betreffende documenten per mail bezorgen aan de onderzoeker **na afloop** van deze vragenlijst a.u.b.

Gelieve ook het **jaartal** te bezorgen van de laatste aanpassing aan elk document.

U mag deze gegevens mailen naar dorien.van.den.bulck@vub.be.

- Ja
- Nee
- Geen antwoord

Bent u bereid tot deelname aan een (online) **individueel diepte-interview** (ongeveer 60 minuten) rond factoren die de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit in IBW en PVT faciliteren, dan wel belemmeren?

- Ja
- Nee
- Misschien. Eerst wens ik meer informatie te ontvangen.
- Geen antwoord

Bent u bereid tot deelname aan een (online) **focusgroep** (ongeveer 90 minuten) rond factoren die de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit in IBW en PVT faciliteren, dan wel belemmeren?

- Ja
- Nee

- Misschien. Eerst wens ik meer informatie te ontvangen.
- Geen antwoord

Hier kunt u vrijblijvend uw **contactgegevens** noteren.

Dit is voornamelijk belangrijk wanneer u aangegeven hebt dat u bereid bent

- tot deelname aan een diepte-interview of focusgroep en/of
- tot het delen van uw beleids- en visietekst(en) rond intimiteit en seksualiteit.

Uw contactgegevens worden niet doorgegeven aan derden, noch gebruikt voor andere doeleinden buiten dit onderzoeksopzet.

Voornaam	<input type="text"/>
Achternaam	<input type="text"/>
E-mail adres	<input type="text"/>
Telefoonnummer	<input type="text"/>

Indien u vragen / opmerkingen heeft bij deze vragenlijst, mag u deze hier noteren.

De onderzoeker mag mij contacteren indien zij bijkomende vragen heeft bij mijn antwoorden op voorgaande vragen.

- Ja
- Nee
- Geen antwoord

Geef hier tot slot vrijblijvend weer in **welke Vlaamse residentiële geestelijke gezondheidszorgvoorziening** u werkzaam bent.

- Initiatief beschut wonen, nl.: (vul de naam in van de voorziening)

- Psychiatrisch verzorgingstehuis, nl. (vul de naam in van de voorziening):

- Geen antwoord

Bedankt voor uw deelname!

Bijlage 6. Inhoud diepte-interview.

De interviewer bereidt zich voor o.b.v. literatuur:

Welke faciliterende en remmende factoren beïnvloeden de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit binnen een residentiële context van de geestelijke gezondheidszorg?

Interviewer bereidt zich voor o.b.v. de online bevraging (indien mogelijk)

- Is er een (in)formele visie binnen de organisatie rond intimiteit en seksualiteit?
- Is er een (in)formeel beleid binnen de organisatie rond intimiteit en seksualiteit?

Introductie

- Voorstelling van de interviewer en het onderzoek
- Anonimiteit verzekeren
- Toestemming vragen voor opname
- Achtergrondkenmerken bevragen (leeftijd, geslacht, functie, type voorziening, regio...)
- Informed consent overlopen en laten handtekenen

Vragen als houvast om het interview te starten:

Aan het begin van elk interview wordt de deelnemers gevraagd naar hun mening over en ervaring met de huidige bespreekbaarheid van intimiteit en seksualiteit in de voorziening.

Indien er een (in)formele visie en/of (in)formeel beleid aanwezig is binnen de organisatie rond intimiteit en seksualiteit:

- Is er enkel een dergelijke tekst opgesteld of is deze ook geïmplementeerd in de werking?
- Hoe worden medewerkers op de hoogte gebracht van de visie en het beleid?
Worden er vormingen georganiseerd voor medewerkers?
- Hoe worden bewoners op de hoogte gebracht van de visie en het beleid?
Worden er vormingen georganiseerd voor bewoners?
- Wat is de inhoud van deze visie / dit beleid?
Ontbreekt er inhoudelijk iets naar uw mening?
- Wat zijn uw bevindingen?
Werkt het?
Komt de formele visie / het formele beleid overeen met hoe de werknemers handelen in de praktijk?
- Hoe is het traject verlopen van de ontwikkeling en implementatie ervan?

Wie was daarbij betrokken?

Welke faciliterende factoren beïnvloedden de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit in jullie organisatie?

Welke remmende factoren beïnvloedden de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit in jullie organisatie?

Indien er geen (in)formele visie en/of (in)formeel beleid aanwezig is binnen de organisatie rond intimiteit en seksualiteit:

- Ervaren jullie een nood aan dergelijke visie- en beleidsteksten?
- Is er een traject lopende?
- Wat zijn de knelpunten en barrières die jullie ervaren?

Welke remmende factoren beïnvloedden de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit in jullie organisatie?

Welke faciliterende factoren beïnvloedden de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit in jullie organisatie?

Alle deelnemers:

- Bent u bekend met Aditi vzw?
Hoe vaak vond een samenwerking met hen al plaats?
Over welk soort samenwerking ging dat dan?
- Van alle faciliterende factoren die we opgenoemd hebben, wat is volgens u de belangrijkste?
Waarom?
- Van alle remmende factoren die we opgenoemd hebben, wat is volgens u de belangrijkste?
Waarom?
- Is het correct te concluderen dat [...] of zou u daar nog graag iets aan toevoegen?
- Hebben we iets over het hoofd gezien in dit interview?

Bedanken en bevragen welke deelnemende voorzieningen een terugkoppeling wensen van de resultaten onder de vorm van de finale versie van de masterproef getiteld '*Intimiteit en seksualiteit in Vlaamse residentiële geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen voor volwassenen: exploratief onderzoek naar visie en beleid*.'

Mogelijkheid creëren voor feedback aan de onderzoeker.

Bijlage 7. Inhoud focusgroep.

De moderator bereidt zich voor o.b.v. literatuur:

Welke faciliterende en remmende factoren beïnvloeden de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit binnen een residentiële context van de geestelijke gezondheidszorg?

Voorafgaand aan de focusgroep

- Bevragen van achtergrondinformatie van de deelnemers (leeftijd, geslacht, functie, type voorziening, regio...) a.d.h.v. korte vragenlijst voorafgaand aan de focusgroep
- Informed consent overlopen en laten handtekenen
- Foto maken van de groep + uitleggen waarom

Verloop van de focusgroep

Introductie door moderator

Verwelkoming

Deelnemers informeren over het onderwerp en verloop

Deelnemers op hun gemak stellen

Afspraken overlopen (bv. geen juiste of foute antwoorden, geen handen opsteken, mensen laten uitspreken, informatie blijft binnen de groep, ...)

Openingsvraag

Het ijs breken, deelnemers betrekken

Van elke deelnemer wordt verwacht dat die participeert, inclusief de moderator (In de loop van het groeps gesprek is dat geen vereiste meer.)

'Stel jezelf eens voor?'

Introductievraag

Als 'opwarming', zeer open en algemeen

Deze vraag peilt naar een algemene opinie over een onderwerp

'Als jullie denken aan beleid en visie rond intimiteit en seksualiteit, waar denken jullie dan aan?'

Transitievragen

Peilen naar persoonlijke ervaringen of concreet gedrag

'Nu we het eens zijn over wat beleid en visie rond intimiteit en seksualiteit is en kan betekenen, zijn jullie daar intern mee bezig binnen de organisatie?'

*'Zijn jullie bekend met Aditi vzw? Hoe vaak vond een samenwerking met hen al plaats?
Over welk soort samenwerking ging dat dan?'*

Kernvragen

Deze zijn essentieel voor onderzoek, 2 à 3 topics

Hier moet worden doorgevraagd

Ongeveer 15 min per sleutelvraag

- *'Welke faciliterende factoren beïnvloeden de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit in jullie organisatie?'*
- *'Welke remmende factoren beïnvloeden de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit in jullie organisatie?'*
- *'Hoe ervaren jullie de huidige bespreekbaarheid van intimiteit en seksualiteit in de voorziening?'*
- *'Hoe worden medewerkers op de hoogte gebracht van de visie en het beleid?'*
'Worden er vormingen georganiseerd voor medewerkers?'
- *'Hoe worden bewoners op de hoogte gebracht van de visie en het beleid?'*
'Worden er vormingen georganiseerd voor bewoners?'

Overzichtsvragen

Om zicht te krijgen op het gewicht van elk van de aangesneden onderwerpen
'Van alle faciliterende factoren die we opgenoemd hebben, wat is volgens jullie de belangrijkste?'

'Waarom?'

'Van alle remmende factoren die we opgenoemd hebben, wat is volgens jullie de belangrijkste?'

'Waarom?'

Samenvattende vragen

De moderator geeft in enkele minuten een samenvatting van het groepsgesprek en vraagt aan de deelnemers of ze het ermee eens zijn of niet

Belangrijkste bevindingen worden op een rijtje gezet

Daarbij worden woorden van de deelnemers gebruikt, zodat ze weten dat de onderzoeker sterk betrokken is bij het gesprek en dat zij goed gevolgd heeft

'Is het correct te concluderen dat [...] of zouden jullie daar nog graag iets aan toevoegen?'

Eindvragen

Peilen naar dingen die niet aan bod gekomen zijn

'Hebben we iets over het hoofd gezien in de discussie?'

Afronden

Volgende stappen van het onderzoek uitleggen, informeren over wat er met de antwoorden gedaan wordt

Bedanken (eventueel met attentie)

Bevragen welke deelnemende voorzieningen een terugkoppeling wensen van de resultaten onder de vorm van de finale versie van de masterproef getiteld *'Intimiteit en seksualiteit in Vlaamse residentiële geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen voor volwassenen: exploratief onderzoek naar visie en beleid.'*

Mogelijkheid creëren voor feedback aan de onderzoeker.

Bijlage 8. Introductiebrief diepte-interview en focusgroep

INTRODUCTIEBRIEF DIEPTE-INTERVIEW



Beste,

Mijn naam is Dorien Van den Bulck, student aan de opleiding Management en Beleid van de Gezondheidszorg aan de Vrije Universiteit Brussel.

In het kader van mijn masterproef voer ik een exploratief onderzoek uit naar **visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit in Vlaamse residentiële geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen voor volwassenen**.

We richten ons specifiek op initiatieven voor beschut wonen (**IBW**) en psychiatrische verzorgingstehuizen (**PVT**).

Doelstellingen en onderzoeksvragen

In dit onderzoek gaan we op zoek naar factoren die de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit faciliteren, dan wel belemmeren. We trachten op deze manier verklaringen te vinden voor de knelpunten waarmee beheerders worstelen in het opstellen van een gepaste visie en een toereikend beleid binnen de context van IBW en PVT in Vlaanderen.

De volgende onderzoeksvragen komen aan bod:

- 1/ In welke mate is er in Vlaamse IBW en PVT een (in)forme(e)l(e) visie en/of beleid aanwezig rond intimiteit en seksualiteit van volwassen bewoners?
- 2/ Wat is de inhoud van de visie- en beleidsdocumenten in Vlaamse IBW en PVT?
- 3/ Welke faciliterende en remmende factoren beïnvloeden de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit in IBW en PVT in Vlaanderen?

Onze bevindingen uit dit praktijkgericht onderzoek kunnen een meerwaarde betekenen voor de (verdere) ontwikkeling en implementatie van forme(e)l(e) visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit bij volwassenen in IBW en PVT in Vlaanderen.

Relevantie van het onderzoek

Deze masterproef past binnen een onderzoeksvraag gesteld via de Wetenschapswinkel door Aditi vzw. Aditi vzw stelt op basis van vragen die zij krijgen dat er nog steeds taboe heerst rond seksualiteit binnen de context van residentiële geestelijke gezondheidszorg en dat de bespreekbaarheid ervan laag blijft. Medewerkers binnen de psychiatrische, residentiële context geven aan dat ze – ondanks goede intenties – drempels ervaren om te komen tot consistente responsen naar bewoners. Ze missen een duidelijk kader van waaruit ze kunnen handelen als het gaat om vragen rond intimiteit en seksualiteit.

Doelgroep (onderzoekseenheden)

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan dit onderzoek omdat we van mening zijn dat uw ervaring en kennis als directielid, bevoegd stafmedewerker, kwaliteitsmedewerker, seksuoloog... kan bijdragen aan ons begrip en kennis van de inhoud van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit in Vlaamse residentiële geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen voor volwassenen. Daarnaast wordt u als sleutelinformant beschouwd om ons informatie te verschaffen omtrent factoren die de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit faciliteren, dan wel belemmeren.

We willen verwerken hoe de organisatie omgaat met visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit en bevragen bijgevolg geen individuele standpunten of persoonlijke meningen. U neemt deel vanuit uw rol als vertegenwoordiger van (het gedachtengoed van) de organisatie waar u werkzaam bent.

Tijdsbesteding

Als u accepteert, wordt u gevraagd om deel te nemen aan een diepte-interview met Dorien Van den Bulck met een duur van ongeveer 60 minuten.

Het diepte-interview kan afhankelijk van uw voorkeur plaatsvinden op uw werkplek of op digitale wijze (m.b.v. MS Teams).

Contactgegevens onderzoeker

Dorien Van den Bulck

dorien.van.den.bulck@vub.be

0476 35 67 67

Aarzel niet om bij vragen contact met mij op te nemen per kerende e-mail of per telefoon.

Alvast heel erg bedankt voor uw tijd!

Met vriendelijke groeten,

Dorien Van den Bulck

Beste,

Mijn naam is Dorien Van den Bulck, student aan de opleiding Management en Beleid van de Gezondheidszorg aan de Vrije Universiteit Brussel.

In het kader van mijn masterproef voer ik een exploratief onderzoek uit naar **visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit in Vlaamse residentiële geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen voor volwassenen**.

We richten ons specifiek op initiatieven voor beschut wonen (**IBW**) en psychiatrische verzorgingstehuizen (**PVT**).

Doelstellingen en onderzoeksvragen

In dit onderzoek gaan we op zoek naar factoren die de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit faciliteren, dan wel belemmeren. We trachten op deze manier verklaringen te vinden voor de knelpunten waarmee beheerders worstelen in het opstellen van een gepaste visie en een toereikend beleid binnen de context van IBW en PVT in Vlaanderen.

De volgende onderzoeksvragen komen aan bod:

- 1/ In welke mate is er in Vlaamse IBW en PVT een (in)forme(e)l(e) visie en/of beleid aanwezig rond intimiteit en seksualiteit van volwassen bewoners?
- 2/ Wat is de inhoud van de visie- en beleidsdocumenten in Vlaamse IBW en PVT?
- 3/ Welke faciliterende en remmende factoren beïnvloeden de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit in IBW en PVT in Vlaanderen?

Onze bevindingen uit dit praktijkgericht onderzoek kunnen een meerwaarde betekenen voor de (verdere) ontwikkeling en implementatie van forme(e)l(e) visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit bij volwassenen in IBW en PVT in Vlaanderen.

Relevantie van het onderzoek

Deze masterproef past binnen een onderzoeksvraag gesteld via de Wetenschapswinkel door Aditi vzw. Aditi vzw stelt op basis van vragen die zij krijgen dat er nog steeds taboe heerst rond seksualiteit binnen de context van residentiële geestelijke gezondheidszorg en dat de bespreekbaarheid ervan laag blijft. Medewerkers binnen de psychiatrische, residentiële context geven aan dat ze – ondanks goede intenties – drempels ervaren om te komen tot consistente responsen naar bewoners. Ze missen een duidelijk kader van waaruit ze kunnen handelen als het gaat om vragen rond intimiteit en seksualiteit.

Doelgroep (onderzoekseenheden)

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan dit onderzoek omdat we van mening zijn dat uw ervaring en kennis als directielid, bevoegd stafmedewerker, kwaliteitsmedewerker, seksuoloog... kan bijdragen aan ons begrip en kennis van de inhoud van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit in Vlaamse residentiële geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen voor volwassenen. Daarnaast wordt u als sleutelinformant beschouwd om ons informatie te verschaffen omtrent factoren die de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit faciliteren, dan wel belemmeren.

We willen verwerken hoe de organisatie omgaat met visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit en bevragen bijgevolg geen individuele standpunten of persoonlijke meningen. U neemt deel vanuit uw rol als vertegenwoordiger van (het gedachtengoed van) de organisatie waar u werkzaam bent.

Tijdsbesteding

Als u accepteert, wordt u gevraagd om deel te nemen aan een focusgroep begeleid door Dorien Van den Bulck met een duur van ongeveer 90 minuten.

De focusgroep zal mogelijk online plaatsvinden, gezien we een aanzienlijke geografische spreiding van deelnemers verwachten. Indien het echter mogelijk is om bij elkaar te komen, gaat de voorkeur uit naar een fysieke focusgroep. De locatie zal bepaald worden in overleg met participanten.

Contactgegevens onderzoeker

Dorien Van den Bulck

dorien.van.den.bulck@vub.be

0476 35 67 67

Aarzel niet om bij vragen contact met mij op te nemen per kerende e-mail of per telefoon.

Alvast heel erg bedankt voor uw tijd!

Met vriendelijke groeten,

Dorien Van den Bulck

Bijlage 9. Ethische adviezen.

Advies ECHW (*Advice from the ECHW*)

Referentienummer (Reference Number): ECHW_410

Titel van het project (*Title of the project*):

- Intimiteit en seksualiteit in Vlaamse residentiële geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen voor volwassenen: exploratief onderzoek naar visie en beleid.

Datum ECHW-vergadering (*Date meeting*)

- 13 februari 2023

Promotor Vrije Universiteit Brussel (*Supervisor Vrije Universiteit Brussel*):

- Prof. Mark Leys

Onderzoekers die onderzoek uitvoeren (*Researchers carrying out the project*):

- Dorien Van den Bulck

Financiering (*Funding*):

- Financieringsbron (Funding Body): N/A
- Soort project (Type of Project): Masterproef

Duur van het project (*Duration*):

Startdatum / start date:	Einddatum / end date:
1/3/2023	30/09/2024

Positief advies met opmerkingen (*positive with remarks*)

Het dossier is zorgvuldig gedocumenteerd, degelijk opgesteld en bevat kwaliteitsvolle informatieformulieren. De ECHW dankt de indieners voor de geleverde inspanningen.

- **Opmerking betreffende de onderzoeksmethoden- en technieken**
Waarom is er een optie om video-opnames te maken van diepte-interviews? Gezien de scope van het onderzoek is het mogelijk voldoende om audio-opnames te maken?

Handtekening Voorzitter Ethische Commissie Humane Wetenschappen (*Signature Chairman ECHW*)

DocuSigned by:

7D3E85D2A19E44A



Bierbeek, 17 juli 2023

Betreft: "Intimiteit en seksualiteit in Vlaamse residentiële geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen voor volwassenen: exploratief onderzoek naar visie en beleid."

Naam en plaats van het ziekenhuis waar het onderzoek doorgaat: [REDACTED]

Ons Referentienummer: OG054-2023-04

Geachte,

De Toetsingscommissie voor Ethiek met gedeeltelijke erkenning heeft tijdens haar Bureauvergadering van 17 juli 2023 na advies van de leden, de vermelde studie besproken conform de wetgeving wat betreft de lokale elementen (punten 4^o, 6^o, 7^o van paragraaf 4 van artikel 11 van de wet van 7 mei 2004).

(1) *Bureau van de Commissie Ethiek GGZ: dr Marc Eneman, voorzitter; dr Dirk Liessens, vice-voorzitter; prof Axel Liégeois, ethicus; Chantal Orlans, jurist; Vicky Van Bulck, secretaris.*

Gelieve hierbij kennis te nemen van het advies van de Commissie:

1. De bekwaamheid van de onderzoeker en zijn medewerkers: geen opmerkingen.
2. De geschiktheid van de (centrum)faciliteiten: geen opmerkingen.
3. De adequaatheid en volledigheid van de informatie en van het toestemmings- en informatieformulier voor de deelnemer: geen opmerkingen.

Samenvattend besluit: De Toetsingscommissie voor Ethiek geeft een gunstig advies in verband met dit amendement op basis van de ontvangen aanpassingen.


Ter informatie

De Commissie herinnert eraan dat:

- *een gunstig advies niet betekent dat de Commissie de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt;*
- *in het kader van de richtlijnen Good Clinical Practice moet het mogelijk zijn dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen in de originele gegevens. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen;*
- *commissieleden die aan het onderzoek deelnemen, niet hebben deelgenomen aan de bespreking van dit protocol;*
- *de Commissie geen volledige erkenning heeft en enkel oordeelt over de lokale elementen van het onderzoek. Conform met de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004 is het voor bepaalde experimenten wettelijk verplicht om ethische goedkeuring te verkrijgen van een commissie met volledige erkenning.*

Vriendelijke groeten,

Vicky Van Bulck
Secretaris van de Toetsingscommissie Ethiek GGZ Broeders van Liefde
toetsingscommissie@kamillus.broedersvanliefde.be
016/45 26 49



Digitally signed
by Vicky Van Bulck
(Signature)
Date: 2023.07.17
08:57:54 +02'00'

Bijlage 10. Formulieren van geïnformeerde toestemming.

INFORMED CONSENT VOOR DE KORTE ALGEMENE BEVRAGING

U wordt gevraagd om deel te nemen aan deze studie getiteld '*Intimiteit en seksualiteit in Vlaamse residentiële geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen voor volwassenen: exploratief onderzoek naar visie en beleid*'. We richten ons in dit onderzoek specifiek op initiatieven voor beschut wonen (IBW) en psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT).

Uw deelname is **vrijwillig**: u bent niet verplicht deel te nemen en indien u weigert, zal dit geen (negatieve) gevolgen hebben voor u. Neem voldoende tijd om te beslissen of u al dan niet wilt deelnemen. U kan tevens op elk moment vragen stellen aan de onderzoeker indien er iets niet duidelijk is. U kan uw deelname op elk moment stopzetten (schriftelijk of mondeling) en u hoeft hiervoor geen reden op te geven. U kunt dus later van gedachten veranderen en uw deelname stopzetten, zelfs als u eerder akkoord bent gegaan.

Hieronder kan u meer informatie terugvinden over de studie en hoe deze praktisch zal verlopen.

Indien u bijkomende informatie wenst, kan u steeds contact opnemen met de onderzoeker of diens promotor.

Contactgegevens onderzoeker en promotor

Onderzoeker: Van den Bulck Dorien

Opleiding: Management en Beleid van de Gezondheidszorg

Vrije Universiteit Brussel

Studie: masterproef

E-mail: dorien.van.den.bulck@vub.be

Telefoonnummer: 0476 35 67 67

Promotor: Prof. Dr. Mark Leys

Program Director van de masteropleiding Management en Beleid van de Gezondheidszorg

Vrije Universiteit Brussel

E-mail: mark.leys@vub.be

Telefoonnummer: 02 477 47 22

Introductie

Mijn naam is Dorien Van den Bulck en ik volg de masteropleiding Management en Beleid van de Gezondheidszorg aan de Vrije Universiteit Brussel. In het kader van mijn masterproef voer ik onderzoek naar de aanwezigheid en inhoud van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit in Vlaamse residentiële geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen voor volwassenen.

Graag geef ik hierbij informatie rond het onderzoek en nodig ik u uit tot deelname. Deze formulieren kunnen woorden en/of concepten bevatten die u niet begrijpt. Vraag me in dat geval gerust om verduidelijking.

Met dit exploratieve onderzoek willen we actueel peilen of en in welke mate er in Vlaanderen binnen de psychiatrische, residentiële context (IBW en PVT) (in)forme(e)l(e) visie en/of beleid aanwezig is rond intimiteit en seksualiteit van volwassen bewoners.

Verder willen we inzicht verwerven in de factoren die de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit faciliteren, dan wel belemmeren vanuit het perspectief van verschillende stakeholders die zorg aanbieden binnen de context van IBW en PVT in Vlaanderen.

Samen met de resultaten uit de analyse van visie- en beleidsdocumenten van Vlaamse IBW en PVT, kunnen onze bevindingen uit dit onderzoek een meerwaarde betekenen voor de (verdere) ontwikkeling en implementatie van forme(e)l(e) visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit bij volwassenen in IBW en PVT in Vlaanderen. Dankzij een gepaste visie en een toereikend beleid kunnen medewerkers binnen de psychiatrische, residentiële context consistente responsen bieden aan bewoners bij vragen rond intimiteit en seksualiteit. Ook trachten we een toename in de bespreekbaarheid van seksuele gezondheid binnen de geestelijke gezondheidszorg te realiseren. Op die manier willen we positief bijdragen aan de seksuele gezondheid van volwassenen in Vlaamse IBW en PVT.

Dit deel van het onderzoek omvat uw deelname aan een korte, algemene bevraging per mail die ongeveer 5 minuten duurt.

Het doel van deze korte, algemene bevraging is om actueel te monitoren of en in welke mate er in Vlaanderen binnen de psychiatrische, residentiële context (IBW en PVT) (in)forme(e)l(e) visie en/of beleid aanwezig is rond intimiteit en seksualiteit van volwassen bewoners.

1. Wie kan deelnemen aan het onderzoek : selectie van deelnemers

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan dit onderzoek omdat we van mening zijn dat uw ervaring en kennis als directielid, bevoegd stafmedewerker, kwaliteitsmedewerker, seksuoloog... kan bijdragen aan ons begrip en onze kennis van de mate van aanwezigheid

van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit in Vlaamse residentiële geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen voor volwassenen.

Dit onderzoek richt zich niet op uw deelname vanuit uw rol als gezondheidszorg-medewerker als dusdanig, maar vanuit uw rol als vertegenwoordiger van (het gedachtengoed van) de organisatie waar u werkzaam bent.

Als inclusie criterium geldt dat u kennis heeft over de bestaande interne visie en het beleid (al dan niet formeel) rond intimiteit en seksualiteit bij en tussen bewoners of dat u ervan op de hoogte bent dat dergelijk(e) visie of beleid ontbreekt in de voorziening.

Om te voorkomen dat een taalbarrière leidt tot foutieve interpretatie van bekomen data, geldt eveneens als inclusie criterium dat u de Nederlandse taal voldoende beheerst.

Indien u niet voldoet aan deze voorwaarden, wordt u niet geïnccludeerd voor deelname.

Verder worden er geen procedures voorzien voor medewerkers die hun toestemming niet kunnen geven. Enkel respondenten die expliciet hun toestemming tot deelname aan het onderzoek geven, worden geïnccludeerd.

Tot slot worden er bij deze studie op geen enkele manier patiënten of bewoners betrokken, noch zullen er patiëntendata verzameld worden.

2. Praktisch verloop van de studie en het invullen van de korte, algemene bevraging

Dit multimethod onderzoek combineert verschillende kwalitatieve methoden, namelijk de uitvoering van een korte online vragenlijst, diepte-interviews, focusgroep en analyse van documenten.

In dit deel van het onderzoek vragen we u om ons te helpen meer te weten te komen over de mate van aanwezigheid van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit in Vlaamse residentiële geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen voor volwassenen. Wij nodigen u daarom uit om deel te nemen aan dit onderzoeksproject.

Als u besluit deel te nemen aan het onderzoek, vindt een korte online bevraging plaats met de duur van ongeveer 5 minuten, opgesteld m.b.v. qualtrics^{XM}.

De link naar de vragen wordt u per mail toegestuurd. Indien u één van de vragen niet wenst te beantwoorden, kunt u dit aangeven door 'geen antwoord' aan te vinken en vervolgens kan u doorgaan met de volgende vraag.

Uw antwoorden worden twee tot maximum vijf jaar lang bewaard op de beveiligde server van de onderzoeksgroep, waartoe enkel de promotor en betrokken onderzoekers toegang hebben. De gegevensopslag op de beveiligde server valt onder de verantwoordelijkheid van de promotor van deze masterproef, die eveneens coördinator is van de onderzoeksgroep.

3. Eventuele risico's en ongemakken - genomen maatregelen om deze te beperken

Het risico bestaat dat u toevallig persoonlijke of vertrouwelijke informatie deelt, of dat u zich ongemakkelijk voelt om over sommige onderwerpen te praten. Weet dat u geen enkele vraag hoeft te beantwoorden. U hoeft geen reden te geven om niet te reageren op een vraag, of om te weigeren deel te nemen.

U heeft na afloop van uw deelname – zonder beperking in tijd - het recht de verwerkingsverantwoordelijke te verzoeken om inzage van en rectificatie of wissing van de persoonsgegevens of beperking van de hem betreffende verwerking, alsmede het recht tegen de verwerking bezwaar te maken en het recht op gegevensoverdraagbaarheid.

Verder heeft de betrokkene het recht de gegeven toestemming te allen tijde in te trekken, zonder dat dit afbreuk doet aan de rechtmatigheid van de verwerking op basis van de toestemming vóór de intrekking daarvan.

4. Voordelen

Voordelen

Er zal geen direct voordeel voor u zijn, maar uw deelname zal ons waarschijnlijk helpen meer te weten te komen over de mate van aanwezigheid van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit in Vlaamse residentiële geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen voor volwassenen. Onze bevindingen uit dit praktijkgericht onderzoek kunnen (voor u) een meerwaarde betekenen voor de (verdere) ontwikkeling en implementatie van forme(e)l(e) visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit bij volwassenen in IBW en PVT in Vlaanderen.

Vergoedingen

Er wordt geen vergoeding voorzien voor deelname aan het onderzoek.

5. Privacy en vertrouwelijkheid

Vertrouwelijkheid

Het onderzoek kan de aandacht trekken en als u deelneemt, kunt u vragen krijgen van anderen. We zullen geen informatie over u delen met iemand buiten het onderzoeksteam.

De informatie die we binnen dit onderzoeksproject verzamelen, wordt privé gehouden.

Alle persoonsinformatie wordt weggelaten uit het databestand om zo de identificatie van respondenten en voorzieningen tot een minimum te beperken. De antwoorden en de respondent worden van elkaar losgekoppeld en in een lijst die we apart bewaren, worden de data via een uniek referentienummer per deelnemer opnieuw gelinkt. Enkel de onderzoeker heeft toegang tot de sleutel die het referentienummer van de deelnemer matcht met zijn / haar persoonlijke informatie. Deze informatie wordt niet gedeeld met anderen.

De resultaten delen

Niets dat u vandaag vertelt, wordt bij naam aan u toegeschreven. De kennis die we uit dit onderzoek halen, wordt finaal in de masterproef gedeeld met Aditi vzw, de betrokken universiteit (VUB, Brussel) en eventueel ook op de website van de wetenschapswinkel beschikbaar gesteld. Op die manier creëren we de mogelijkheid dat andere geïnteresseerden kunnen leren van het onderzoek. Elke deelnemer ontvangt indien gewenst een samenvatting van de resultaten.

Medewerkers van Aditi vzw (o.a. Miek Schepers, coördinator) zijn de vraagstellers en fungeren niet als mede-onderzoekers. Zij krijgen inzage in de afgewerkte, geanonimiseerde en vrijgegeven resultaten van het onderzoek.

Recht om te weigeren of zich terug te trekken

U hoeft niet deel te nemen aan dit onderzoek als u dit niet wilt doen. U kunt op elk gewenst moment uw deelname stopzetten.

Ik heb als onderzoeker een **vertrouwelijkheidsplicht** ten aanzien van de verzamelde gegevens. Dit betekent dat ik er mij tot toe verbind om, bijvoorbeeld in de context van een publicatie of een conferentie, nooit uw naam of andere gegevens te onthullen die u zouden kunnen identificeren. Er worden ook nooit individuele resultaten gepubliceerd.

Er worden tijdens dit onderzoek persoonsgegevens verzameld over/van u. De verzameling en verwerking van uw gegevens is mogelijk omdat ik wetenschappelijk onderzoek uitvoer en ik **uw uitdrukkelijke toestemming** hiervoor krijg.

De verzameling en verwerking van de gegevens gebeurt in overeenstemming met de wettelijke principes die de Europese **Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)**⁷ oplegt, die sinds 25 mei 2018 van kracht is. Prof. Dr. M. Leys ziet als promotor van deze studie toe op de correcte verwerking van uw persoonsgegevens en de **informatieplicht** die daarmee gepaard gaat.

Deze informatieplicht houdt in dat ik u moet informeren over:

- a. Welke **persoonsgegevens** ik van/over u verzamel, met name: een audio-opname, uw naam, e-mailadres, IP adres, locatie, telefoonnummer, geslacht, leeftijd en functie, de naam van de voorziening waar u werkzaam bent, de regio en het type ervan (IBW of PVT).

Tijdens de online bevraging peilen we naar de aan- of afwezigheid van een forme(e)l(e) en/of informe(e)l(e) visie / beleid rond intimiteit en seksualiteit bij en tussen residenten in de woonvorm. We bevragen ook de bereidheid tot het delen van beschikbare visie-en beleidsdocumenten met de onderzoeker en de bereidheid tot deelname aan een diepte-interview of focusgroep.

⁷ Ook bekend als de General Data Protection Regulation of GDPR.

- b. Dat Dorien Van den Bulck (dorien.van.den.bulck@vub.be, 0476 35 67 67) optreedt als verwerkingsverantwoordelijke van uw gegevens.
- c. Dat de gegevens verzameld en verwerkt worden in het kader van het doel van bovengenoemde studie. Conform de relevante wetgeving zullen de gegevens die als deel van het onderzoek verzameld werden gedurende maximaal 5 jaar bewaard worden.
- d. Dat ik uw persoonsgegevens enkel mag gebruiken voor wetenschappelijke doeleinden.
- e. Dat u het recht heeft om uw gegevens in te kijken en deze te corrigeren. U beschikt tevens over het recht op wissing van uw gegevens, om op de beperking van de verwerking ervan, het recht om bezwaar aan te tekenen tegen de verwerking en het recht om uw gegevens aan derden over te dragen. Indien u vragen heeft, gelieve dan contact op te nemen met de onderzoeker.
- f. U heeft het recht om uw toestemming voor de verwerking van uw gegevens te allen tijde in te trekken. Het intrekken van de toestemming heeft geen invloed op de rechtmatigheid van de verwerking van de gegevens verkregen voor de intrekking van de toestemming. U kan uw toestemming op eenvoudige wijze terugtrekken door een mail te sturen naar Dorien Van den Bulck (dorien.van.den.bulck@vub.be).
- g. Dat uw gegevens enkel ingekeken zullen worden door de hierboven benoemde onderzoeker en niet gedeeld zullen worden met andere instellingen.
- h. Uw gegevens zullen bewaard en beveiligd worden in overeenstemming met de richtlijnen van de VUB (bijlage 10.1).
- i. Dat om uw privacy te garanderen volgende **beschermingsmaatregelen** genomen worden:
 - De gegevens die verzameld worden, zijn in de eerste fase niet anoniem, daarom worden deze zo snel mogelijk omgezet naar codes (pseudonimisering). Dit is een tweede dataset die gemaakt wordt waarbij het niet langer mogelijk is om u rechtstreeks te identificeren. Er wordt dan ook een "vertaalsleutel" gemaakt die de codes terug kan omzetten naar hun oorspronkelijke betekenis. Enkel de onderzoeker en diens promotor (Dorien Van den Bulck en Prof. Dr. M. Leys) hebben toegang tot deze sleutel en dus tot de niet-anonieme gegevens. Dit zorgt ervoor dat enkel de onderzoeker en de promotor deze gegevens kunnen linken met u als persoon. De codeersleutel wordt apart en veilig opgeslagen en onmiddellijk na de verdediging van de masterproef verwijderd.
 - Uw gegevens worden enkel bewaard op een SharePoint van de VUB. Deze kent strenge toegangsvoorwaarden en biedt een hoge beschermingsgraad. Uw gegevens worden dus nooit op de persoonlijke computer of op een USB-stick

(behalve wanneer de data geëncrypteerd bewaard worden op de USB-stick) van de onderzoeker bewaard en worden ook nooit doorgemailed.

- j. Tot slot heeft u ook het recht om een **klacht** in te dienen over hoe uw gegevens worden behandeld. Dit kan u doen bij de Belgische toezichhoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving rond gegevensbescherming, met name:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)

Drukpersstraat 35 - 1000 Brussel

Tel. +32 2 274 48 00

e-mail: contact@apd-gba.be

Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

Contactgegevens

U kan mij vragen stellen over elk onderdeel van het onderzoek. Als u vragen heeft, kunt u contact opnemen met Dorien Van den Bulck per e-mail (dorien.van.den.bulck@vub.be) of per telefoon (0476 35 67 67).

6. Verklaring van de onderzoeker

Ik, ondergetekende Van den Bulck Dorien, onderzoeker, verklaar de benodigde informatie inzake deze studie te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.

Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer werd uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle bijkomende vragen te antwoorden.

Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in "De code voor het wetenschappelijk onderzoek in België" en de ethische principes binnen mijn specifieke onderzoeksdiscipline.

Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de wettelijke verplichtingen inzake de correcte verwerking van persoonsgegevens zoals vermeld in "Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)".

Promotor

Naam en voornaam: Prof. Dr. M. Leys
Datum (dd/mm/jjjj): _____
Handtekening: _____

Onderzoeker

Naam en voornaam: Van den Bulck Dorien
Datum (dd/mm/jjjj): _____
Handtekening: _____

Deelnemer

Ik ben uitgenodigd om deel te nemen aan onderzoek naar de mate van aanwezigheid van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit in Vlaamse residentiële geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen voor volwassenen.

Het invullen van de online vragenlijst heeft een geschatte duur van ongeveer 5 minuten.

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij verwacht wordt.

Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten zonder dat ik hiervoor een reden moet opgeven.

Ik begrijp dat er tijdens de studie persoonsgegevens over/van mij verzameld zullen worden en dat de onderzoeker de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekert overeenkomstig de Belgische wetgeving ter zake (Cf. AVG/GDPR).

- Ik stem in met de verwerking van mijn persoonlijke gegevens volgens de modaliteiten die zijn beschreven in het onderdeel "Privacy en vertrouwelijkheid".
- Ik geef toestemming voor de verwerking van mijn gegevens voor wetenschappelijke doeleinden.
- Ik geef toestemming voor de publicatie van de onderzoeksresultaten. Mijn naam wordt daarbij niet gepubliceerd en de vertrouwelijkheid van de gegevens is in elk stadium van het onderzoek gewaarborgd.

Ik ga akkoord om deel te nemen aan de studie en met de verwerking van mijn persoonsgegevens. Ik heb een exemplaar ontvangen van het ondertekende informatie- en toestemmingsformulier.

Naam en voornaam: _____

Datum (dd/mm/jjjj): _____

Handtekening: _____

INFORMED CONSENT VOOR DIEPTE-INTERVIEW

U wordt gevraagd om deel te nemen aan deze studie getiteld '*Intimiteit en seksualiteit in Vlaamse residentiële geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen voor volwassenen: exploratief onderzoek naar visie en beleid*'. We richten ons in dit onderzoek specifiek op initiatieven voor beschut wonen (IBW) en psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT).

Uw deelname is **vrijwillig**: u bent niet verplicht deel te nemen en indien u weigert, zal dit geen (negatieve) gevolgen hebben voor u. Neem voldoende tijd om te beslissen of u al dan niet wilt deelnemen. U kan tevens op elk moment vragen stellen aan de onderzoeker indien er iets niet duidelijk is. U kan uw deelname op elk moment stopzetten (schriftelijk of mondeling) en u hoeft hiervoor geen reden op te geven. U kunt dus later van gedachten veranderen en uw deelname stopzetten, zelfs als u eerder akkoord bent gegaan.

Hieronder kan u meer informatie terugvinden over de studie en hoe deze praktisch zal verlopen.

Indien u bijkomende informatie wenst, kan u steeds contact opnemen met de onderzoeker of diens promotor.

Contactgegevens onderzoeker en promotor

Onderzoeker: Van den Bulck Dorien

Opleiding: Management en Beleid van de Gezondheidszorg

Vrije Universiteit Brussel

Studie: masterproef

E-mail: dorien.van.den.bulck@vub.be

Telefoonnummer: 0476 35 67 67

Promotor: Prof. Dr. Mark Leys

Program Director van de masteropleiding Management en Beleid van de Gezondheidszorg

Vrije Universiteit Brussel

E-mail: mark.leys@vub.be

Telefoonnummer: 02 477 47 22

Introductie

Mijn naam is Dorien Van den Bulck en ik volg de masteropleiding Management en Beleid van de Gezondheidszorg aan de Vrije Universiteit Brussel. In het kader van mijn masterproef voer ik onderzoek naar de aanwezigheid en inhoud van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit in Vlaamse residentiële geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen voor volwassenen.

Graag geef ik hierbij informatie rond het onderzoek en nodig ik u uit tot deelname. Deze formulieren kunnen woorden en/of concepten bevatten die u niet begrijpt. Vraag me in dat geval gerust om verduidelijking.

Met dit exploratieve onderzoek willen we actueel peilen of en in welke mate er in Vlaanderen binnen de psychiatrische, residentiële context (IBW en PVT) (in)forme(e)l(e) visie en/of beleid aanwezig is rond intimiteit en seksualiteit van volwassen bewoners.

Verder willen we inzicht verwerven in de factoren die de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit faciliteren, dan wel belemmeren vanuit het perspectief van verschillende stakeholders die zorg aanbieden binnen de context van IBW en PVT in Vlaanderen.

Samen met de resultaten uit de analyse van visie- en beleidsdocumenten van Vlaamse IBW en PVT, kunnen onze bevindingen uit dit onderzoek een meerwaarde betekenen voor de (verdere) ontwikkeling en implementatie van forme(e)l(e) visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit bij volwassenen in IBW en PVT in Vlaanderen. Dankzij een gepaste visie en een toereikend beleid kunnen medewerkers binnen de psychiatrische, residentiële context consistente responsen bieden aan bewoners bij vragen rond intimiteit en seksualiteit. Ook trachten we een toename in de bespreekbaarheid van seksuele gezondheid binnen de geestelijke gezondheidszorg te realiseren. Op die manier willen we positief bijdragen aan de seksuele gezondheid van volwassenen in Vlaamse IBW en PVT.

Dit deel van het onderzoek omvat uw deelname aan een diepte-interview met een duur van ongeveer 60 minuten waarbij we op zoek gaan naar factoren die de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit faciliteren, dan wel belemmeren. We trachten op deze manier verklaringen te vinden voor de knelpunten waarmee beheerders worstelen in het opstellen van een gepaste visie en een toereikend beleid binnen de context van IBW en PVT in Vlaanderen.

1. Wie kan deelnemen aan het onderzoek : selectie van deelnemers

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan dit onderzoek omdat we van mening zijn dat uw ervaring en kennis als directielid, bevoegd stafmedewerker, kwaliteitsmedewerker, seksuoloog... van een erkende Vlaamse voorziening (IBW of PVT) kan bijdragen aan ons begrip en kennis van de inhoud van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit in Vlaamse

residentiële geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen voor volwassenen. Daarnaast wordt u als sleutelinformant beschouwd om ons informatie te verschaffen omtrent factoren die de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit faciliteren, dan wel belemmeren.

Dit onderzoek richt zich niet op uw deelname vanuit uw rol als gezondheidszorgmedewerker als dusdanig, maar vanuit uw rol als vertegenwoordiger van (het gedachtengoed van) de organisatie waar u werkzaam bent. De doelstelling is immers niet om te peilen naar uw persoonlijke standpunten, maar om te verwerken hoe uw organisatie omgaat met visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit.

U dient betrokken te zijn bij de ontwikkeling en implementatie van de interne visie en het beleid (al dan niet formeel) rond intimiteit en seksualiteit bij en tussen bewoners of op de hoogte te zijn van de barrière(s) waarom visie en beleid ontbreken in de voorziening.

Om te voorkomen dat een taalbarrière leidt tot foutieve interpretatie van bekomen data, geldt eveneens als inclusiecriteria dat u de Nederlandse taal voldoende beheerst.

Indien u niet voldoet aan deze voorwaarden, wordt u niet geïnccludeerd voor deelname.

Verder worden er geen procedures voorzien voor medewerkers die hun toestemming niet kunnen geven. Enkel respondenten die expliciet hun toestemming tot deelname aan het onderzoek geven, worden geïnccludeerd.

Tot slot worden er bij deze studie op geen enkele manier patiënten of bewoners betrokken, noch zullen er patiëntendata verzameld worden.

2. Praktisch verloop van de studie en het interview: procedures

Dit multimethod onderzoek combineert verschillende kwalitatieve methoden, namelijk de uitvoering van een korte online vragenlijst, diepte-interviews, focusgroep en analyse van documenten.

In dit deel van het onderzoek vragen we u ons te helpen meer te weten te komen over:

- de inhoud van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit in Vlaamse residentiële geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen voor volwassenen en
- factoren die de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit faciliteren, dan wel belemmeren.

Wij nodigen u daarom uit om deel te nemen aan dit onderzoek.

Als u accepteert, wordt u gevraagd om deel te nemen aan een diepte-interview met Dorien Van den Bulck. Het interview kan afhankelijk van uw voorkeur plaatsvinden op uw werkplek of op digitale wijze (m.b.v. MS Teams).

Indien u één van de vragen niet wenst te beantwoorden, kunt u dit aangeven. Niemand anders dan de interviewer zal aanwezig zijn tijdens het diepte-interview, tenzij u wilt dat iemand anders er is. De geregistreerde informatie is vertrouwelijk en niemand anders dan Dorien Van den Bulck, de promotor en de onderzoeksgroep waarvan hij coördinator is,

heeft toegang tot de informatie die tijdens uw interview is gedocumenteerd. Het hele diepte-interview zal worden opgenomen in een audiofile. Transcripten en audiofiles worden twee tot maximum vijf jaar lang bewaard op de beveiligde server van de onderzoeksgroep, waartoe enkel de promotor en betrokken onderzoekers toegang hebben. De gegevensopslag op de beveiligde server valt onder de verantwoordelijkheid van de promotor van deze masterproef, die eveneens coördinator is van de onderzoeksgroep. Indien u dat wenst, kan u expliciet dergelijke opname weigeren zonder dat dit een exclusie criterium is. In dat geval worden uw antwoorden zo volledig mogelijk genoteerd.

Als u besluit deel te nemen aan het onderzoek, vindt een diepte-interview plaats met een duur van ongeveer 60 minuten.

3. Eventuele risico's en ongemakken - genomen maatregelen om deze te beperken

Het risico bestaat dat u toevallig persoonlijke of vertrouwelijke informatie deelt, of dat u zich ongemakkelijk voelt om over sommige onderwerpen te praten. Weet dat u geen enkele vraag hoeft te beantwoorden. U hoeft geen reden te geven om niet te reageren op een vraag, of om te weigeren deel te nemen aan het diepte-interview.

U heeft na afloop van uw deelname – zonder beperking in tijd - het recht de verwerkingsverantwoordelijke te verzoeken om inzage van en rectificatie of wissing van de persoonsgegevens of beperking van de hem betreffende verwerking, alsmede het recht tegen de verwerking bezwaar te maken en het recht op gegevensoverdraagbaarheid.

Verder heeft de betrokkene het recht de gegeven toestemming te allen tijde in te trekken, zonder dat dit afbreuk doet aan de rechtmatigheid van de verwerking op basis van de toestemming vóór de intrekking daarvan.

4. Voordelen

Voordelen

Er zal geen direct voordeel voor u zijn, maar uw deelname zal ons waarschijnlijk helpen meer te weten te komen over factoren die de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit faciliteren, dan wel belemmeren. We trachten op deze manier verklaringen te vinden voor de knelpunten waarmee beheerders worstelen in het opstellen van een gepaste visie en een toereikend beleid binnen de context van IBW en PVT in Vlaanderen.

Onze bevindingen uit dit praktijkgericht onderzoek kunnen (voor u) een meerwaarde betekenen voor de (verdere) ontwikkeling en implementatie van forme(e)l(e) visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit bij volwassenen in IBW en PVT in Vlaanderen.

Vergoedingen

Er wordt geen vergoeding voorzien voor deelname aan het onderzoek.

5. Privacy en vertrouwelijkheid

Vertrouwelijkheid

Het onderzoek kan de aandacht trekken en als u deelneemt, kunt u vragen krijgen van anderen. We zullen geen informatie over u delen met iemand buiten het onderzoeksteam. De informatie die we binnen dit onderzoeksproject verzamelen, wordt privé gehouden.

Alle persoonsinformatie wordt weggelaten uit het databestand om zo de identificatie van respondenten en voorzieningen tot een minimum te beperken. De audiofile, het transcript en de respondent worden van elkaar losgekoppeld en in een lijst die we apart bewaren, worden de data via een uniek referentienummer per deelnemer opnieuw gelinkt. Enkel de onderzoeker heeft toegang tot de sleutel die het referentienummer van de deelnemer matcht met zijn / haar persoonlijke informatie. Deze informatie wordt niet gedeeld met anderen.

De resultaten delen

Niets dat u vandaag vertelt, wordt bij naam aan u toegeschreven. De kennis die we uit dit onderzoek halen, wordt finaal in de masterproef gedeeld met Aditi vzw, de betrokken universiteit (VUB, Brussel) en eventueel ook op de website van de wetenschapswinkel beschikbaar gesteld. Op die manier creëren we de mogelijkheid dat andere geïnteresseerden kunnen leren van het onderzoek. Elke deelnemer ontvangt indien gewenst een samenvatting van de resultaten.

Medewerkers van Aditi vzw (o.a. Miek Schepers, coördinator) zijn de vraagstellers en fungeren niet als mede-onderzoekers. Zij krijgen inzage in de afgewerkte, geanonimiseerde en vrijgegeven resultaten van het onderzoek.

Recht om te weigeren of zich terug te trekken

U hoeft niet deel te nemen aan dit onderzoek als u dit niet wilt doen. U kunt op elk gewenst moment uw deelname stopzetten. Ik zal u aan het einde van het interview de gelegenheid geven voor vragen en om eventueel delen van het gesprek te wijzigen of te verwijderen.

Ik heb als onderzoeker een **vertrouwelijkheidsplicht** ten aanzien van de verzamelde gegevens. Dit betekent dat ik er mij tot toe verbind om, bijvoorbeeld in de context van een publicatie of een conferentie, nooit uw naam of andere gegevens te onthullen die u zouden kunnen identificeren. Er worden ook nooit individuele resultaten gepubliceerd.

Er worden tijdens dit onderzoek persoonsgegevens verzameld over/van u. De verzameling en verwerking van uw gegevens is mogelijk omdat ik wetenschappelijk onderzoek uitvoer en ik **uw uitdrukkelijke toestemming** hiervoor krijg.

De verzameling en verwerking van de gegevens gebeurt in overeenstemming met de wettelijke principes die de Europese **Algemene Verordening Gegevensbescherming** (AVG)⁸ oplegt, die sinds 25 mei 2018 van kracht is. Prof. Dr. M. Leys ziet als promotor van deze studie toe op de correcte verwerking van uw persoonsgegevens en de **informatieplicht** die daarmee gepaard gaat.

Deze informatieplicht houdt in dat ik u moet informeren over:

- a. Welke **persoonsgegevens** ik van/over u verzamel, met name: een audio-opname, uw naam, e-mailadres, IP adres, locatie, telefoonnummer, geslacht, leeftijd en functie, de naam van de voorziening waar u werkzaam bent, de regio en het type ervan (IBW of PVT).

Aan het begin van elk interview wordt de deelnemers gevraagd naar hun mening over en ervaring met de huidige bespreekbaarheid van intimiteit en seksualiteit in de voorziening. Vervolgens zoomen we inhoudelijk in op het (ontbrekende) traject van de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit in de organisatie a.d.h.v. vragen zoals:

Wie zijn de betrokken actoren?

Welke faciliterende en/of remmende factoren beïnvloeden de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit in de organisatie?

Hoe worden medewerkers / bewoners op de hoogte gebracht van de visie en het beleid?

Worden er vormingen georganiseerd voor medewerkers / bewoners?

- b. Dat Dorien Van den Bulck (dorien.van.den.bulck@vub.be, 0476 35 67 67) optreedt als verwerkingsverantwoordelijke van uw gegevens.
- c. Dat de gegevens verzameld en verwerkt worden in het kader van het doel van bovengenoemde studie. Conform de relevante wetgeving zullen de gegevens die als deel van het onderzoek verzameld werden gedurende maximaal 5 jaar bewaard worden.
- d. Dat ik uw persoonsgegevens enkel mag gebruiken voor wetenschappelijke doeleinden.
- e. Dat u het recht heeft om uw gegevens in te kijken en deze te corrigeren. U beschikt tevens over het recht op wissing van uw gegevens, om op de beperking van de verwerking ervan, het recht om bezwaar aan te tekenen tegen de verwerking en het recht om uw gegevens aan derden over te dragen. Indien u vragen heeft, gelieve dan contact op te nemen met de onderzoeker.
- f. U heeft het recht om uw toestemming voor de verwerking van uw gegevens te allen tijde in te trekken. Het intrekken van de toestemming heeft geen invloed op de rechtmatigheid van de verwerking van de gegevens verkregen voor de intrekking van

⁸ Ook bekend als de General Data Protection Regulation of GDPR.

de toestemming. U kan uw toestemming op eenvoudige wijze terugtrekken door een mail te sturen naar Dorien Van den Bulck (dorien.van.den.bulck@vub.be).

- g. Dat uw gegevens enkel ingekeken zullen worden door de hierboven benoemde onderzoeker en niet gedeeld zullen worden met andere instellingen.
- h. Uw gegevens zullen bewaard en beveiligd worden in overeenstemming met de richtlijnen van de VUB (bijlage 10.1).
- i. Dat om uw privacy te garanderen volgende **beschermingsmaatregelen** genomen worden:

- De gegevens die verzameld worden, zijn in de eerste fase niet anoniem, daarom worden deze zo snel mogelijk omgezet naar codes (pseudonimisering). Dit is een tweede dataset die gemaakt wordt waarbij het niet langer mogelijk is om u rechtstreeks te identificeren. Er wordt dan ook een "vertaalsleutel" gemaakt die de codes terug kan omzetten naar hun oorspronkelijke betekenis. Enkel de onderzoeker en diens promotor (Dorien Van den Bulck en Prof. Dr. M. Leys) hebben toegang tot deze sleutel en dus tot de niet-anonieme gegevens. Dit zorgt ervoor dat enkel de onderzoeker en de promotor deze gegevens kunnen linken met u als persoon. De codeersleutel wordt apart en veilig opgeslagen en onmiddellijk na de verdediging van de masterproef verwijderd.
- De audio-opnames die gemaakt worden tijdens het interview worden zo snel mogelijk omgezet naar transcripties en de audio-opnames worden dan verwijderd.
- Uw gegevens worden enkel bewaard op een SharePoint van de VUB. Deze kent strenge toegangsvoorwaarden en biedt een hoge beschermingsgraad. Uw gegevens worden dus nooit op de persoonlijke computer of op een USB-stick (behalve wanneer de data geëncrypteerd bewaard worden op de USB-stick) van de onderzoeker bewaard en worden ook nooit doorgemailed.

- j. Tot slot heeft u ook het recht om een **klacht** in te dienen over hoe uw gegevens worden behandeld. Dit kan u doen bij de Belgische toezichthoudende instantie verantwoordelijk voor het handhaven van de wetgeving rond gegevensbescherming, met name:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)

Drukpersstraat 35 - 1000 Brussel

Tel. +32 2 274 48 00 e-mail: contact@apd-gba.be

Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

Contactgegevens

U kan mij vragen stellen over elk onderdeel van het onderzoek. Als u vragen heeft, kunt u contact opnemen met Dorien Van den Bulck per e-mail (dorien.van.den.bulck@vub.be) of per telefoon (0476 35 67 67).

6. Verklaring van de onderzoeker

Ik, ondergetekende Van den Bulck Dorien, onderzoeker, verklaar de benodigde informatie inzake deze studie mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.

Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer werd uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle bijkomende vragen te antwoorden.

Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in "De code voor het wetenschappelijk onderzoek in België" en de ethische principes binnen mijn specifieke onderzoeksdiscipline.

Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de wettelijke verplichtingen inzake de correcte verwerking van persoonsgegevens zoals vermeld in "Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)".

Promotor

Naam en voornaam: Prof. Dr. M. Leys

Datum (dd/mm/jjjj): _____

Handtekening: _____

Onderzoeker

Naam en voornaam: Van den Bulck Dorien

Datum (dd/mm/jjjj): _____

Handtekening: _____

Deelnemer

Ik ben uitgenodigd om deel te nemen aan een interview rond de inhoud van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit in Vlaamse residentiële geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen voor volwassenen en factoren die de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit binnen die context faciliteren, dan wel belemmeren. Het diepte-interview heeft een geschatte duur van ongeveer 60 minuten.

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij verwacht wordt.

Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten zonder dat ik hiervoor een reden moet opgeven.

Ik begrijp dat er tijdens de studie persoonsgegevens over/van mij verzameld zullen worden en dat de onderzoeker de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekert overeenkomstig de Belgische wetgeving ter zake (Cf. AVG/GDPR).

- Ik stem in met de verwerking van mijn persoonlijke gegevens volgens de modaliteiten die zijn beschreven in het onderdeel "Privacy en vertrouwelijkheid".
- Ik geef toestemming voor de verwerking van mijn gegevens voor wetenschappelijke doeleinden.
- Ik geef toestemming voor de publicatie van de onderzoeksresultaten. Mijn naam wordt daarbij niet gepubliceerd en de vertrouwelijkheid van de gegevens is in elk stadium van het onderzoek gewaarborgd.
- Ik geef toestemming om vermeld te worden per citaat.
- Ik stem toe dat het individueel interview opgenomen zal worden met een audiorecorder.
- Ik stem niet toe dat er een audio-opname wordt gemaakt van het individuele interview. Ik weet dat dit geen exclusiecriteria is.

Ik ga akkoord om deel te nemen aan de studie en met de verwerking van mijn persoonsgegevens. Ik heb een exemplaar ontvangen van het ondertekende informatie- en toestemmingsformulier.

Naam en voornaam: _____
Datum (dd/mm/jjjj): _____
Handtekening: _____

INFORMED CONSENT VOOR FOCUSGROEP

U wordt gevraagd om deel te nemen aan deze studie getiteld '*Intimiteit en seksualiteit in Vlaamse residentiële geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen voor volwassenen: exploratief onderzoek naar visie en beleid*'. We richten ons in dit onderzoek specifiek op initiatieven voor beschut wonen (IBW) en psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT).

Uw deelname is **vrijwillig**: u bent niet verplicht deel te nemen en indien u weigert, zal dit geen (negatieve) gevolgen hebben voor u. Neem voldoende tijd om te beslissen of u al dan niet wilt deelnemen. U kan tevens op elk moment vragen stellen aan de onderzoeker indien er iets niet duidelijk is. U kan uw deelname op elk moment stopzetten (schriftelijk of mondeling) en u hoeft hiervoor geen reden op te geven. U kunt dus later van gedachten veranderen en uw deelname stopzetten, zelfs als u eerder akkoord bent gegaan.

Hieronder kan u meer informatie terugvinden over de studie en hoe deze praktisch zal verlopen.

Indien u bijkomende informatie wenst, kan u steeds contact opnemen met de onderzoeker of diens promotor.

Contactgegevens onderzoeker en promotor

Onderzoeker: Van den Bulck Dorien

Opleiding: Management en Beleid van de Gezondheidszorg

Vrije Universiteit Brussel

Studie: masterproef

E-mail: dorien.van.den.bulck@vub.be

Telefoonnummer: 0476 35 67 67

Promotor: Prof. Dr. Mark Leys

Program Director van de masteropleiding Management en Beleid van de Gezondheidszorg

Vrije Universiteit Brussel

E-mail: mark.leys@vub.be

Telefoonnummer: 02 477 47 22

Introductie

Mijn naam is Dorien Van den Bulck en ik volg de masteropleiding Management en Beleid van de Gezondheidszorg aan de Vrije Universiteit Brussel. In het kader van mijn masterproef voer ik onderzoek naar de aanwezigheid en inhoud van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit in Vlaamse residentiële geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen voor volwassenen.

Graag geef ik hierbij informatie rond het onderzoek en nodig ik u uit tot deelname. Deze formulieren kunnen woorden en/of concepten bevatten die u niet begrijpt. Vraag me in dat geval gerust om verduidelijking.

Met dit exploratieve onderzoek willen we actueel peilen of en in welke mate er in Vlaanderen binnen de psychiatrische, residentiële context (IBW en PVT) (in)forme(e)l(e) visie en/of beleid aanwezig is rond intimiteit en seksualiteit van volwassen bewoners.

Verder willen we inzicht verwerven in de factoren die de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit faciliteren, dan wel belemmeren vanuit het perspectief van verschillende stakeholders die zorg aanbieden binnen de context van IBW en PVT in Vlaanderen.

Samen met de resultaten uit de analyse van visie- en beleidsdocumenten van Vlaamse IBW en PVT, kunnen onze bevindingen uit dit onderzoek een meerwaarde betekenen voor de (verdere) ontwikkeling en implementatie van forme(e)l(e) visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit bij volwassenen in IBW en PVT in Vlaanderen. Dankzij een gepaste visie en een toereikend beleid kunnen medewerkers binnen de psychiatrische, residentiële context consistente responsen bieden aan bewoners bij vragen rond intimiteit en seksualiteit. Ook trachten we een toename in de bespreekbaarheid van seksuele gezondheid binnen de geestelijke gezondheidszorg te realiseren. Op die manier willen we positief bijdragen aan de seksuele gezondheid van volwassenen in Vlaamse IBW en PVT.

Dit deel van het onderzoek omvat uw deelname aan een focusgroep met een duur van ongeveer 90 minuten waarbij we op zoek gaan naar factoren die de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit faciliteren, dan wel belemmeren. We trachten op deze manier verklaringen te vinden voor de knelpunten waarmee beheerders worstelen in het opstellen van een gepaste visie en een toereikend beleid binnen de context van IBW en PVT in Vlaanderen.

1. Wie kan deelnemen aan het onderzoek : selectie van deelnemers

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan dit onderzoek omdat we van mening zijn dat uw ervaring en kennis als directielid, bevoegd stafmedewerker, kwaliteitsmedewerker, seksuoloog... van een erkende Vlaamse voorziening (IBW of PVT) kan bijdragen aan ons begrip en kennis van de inhoud van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit in Vlaamse

residentiële geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen voor volwassenen. Daarnaast wordt u als sleutelinformant beschouwd om ons informatie te verschaffen omtrent factoren die de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit faciliteren, dan wel belemmeren.

Dit onderzoek richt zich niet op uw deelname vanuit uw rol als gezondheidszorgmedewerker als dusdanig, maar vanuit uw rol als vertegenwoordiger van (het gedachtengoed van) de organisatie waar u werkzaam bent. De doelstelling is immers niet om te peilen naar uw persoonlijke standpunten, maar om te verwerken hoe uw organisatie omgaat met visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit.

U dient betrokken te zijn bij de ontwikkeling en implementatie van de interne visie en het beleid (al dan niet formeel) rond intimiteit en seksualiteit bij en tussen bewoners of op de hoogte te zijn van de barrière(s) waarom visie en beleid ontbreken in de voorziening.

Om te voorkomen dat een taalbarrière leidt tot foutieve interpretatie van bekomen data, geldt eveneens als inclusiecriteria dat u de Nederlandse taal voldoende beheerst.

Indien u niet voldoet aan deze voorwaarden, wordt u niet geïnccludeerd voor deelname.

Verder worden er geen procedures voorzien voor medewerkers die hun toestemming niet kunnen geven. Enkel respondenten die expliciet hun toestemming tot deelname aan het onderzoek geven, worden geïnccludeerd.

Tot slot worden er bij deze studie op geen enkele manier patiënten of bewoners betrokken, noch zullen er patiëntendata verzameld worden.

2. Praktisch verloop van de studie en de focusgroep: procedures

Dit multimethod onderzoek combineert verschillende kwalitatieve methoden, namelijk de uitvoering van een korte online vragenlijst, diepte-interviews, focusgroep en analyse van documenten.

In dit deel van het onderzoek vragen we u ons te helpen meer te weten te komen over:

- de inhoud van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit in Vlaamse residentiële geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen voor volwassenen en
- factoren die de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit faciliteren, dan wel belemmeren.

Wij nodigen u daarom uit om deel te nemen aan dit onderzoek.

Als u accepteert, wordt u gevraagd om deel te nemen aan een focusgroep met Dorien Van den Bulck. Deze focusgroep zal mogelijk online plaatsvinden, gezien we een aanzienlijke geografische spreiding van deelnemers verwachten. Indien het echter mogelijk is om bij elkaar te komen, gaat de voorkeur uit naar een fysieke focusgroep. Indien u één van de vragen niet wenst te beantwoorden, kunt u dit aangeven of gewoon niet antwoorden.

In de focusgroep zal om vertrouwelijkheid van de gedeelde informatie gevraagd worden. Het hele verloop van de focusgroep zal worden opgenomen in een audiofile. Transcripten

en audiofiles worden twee tot maximum vijf jaar lang bewaard op de beveiligde server van de onderzoeksgroep, waartoe enkel de promotor en betrokken onderzoekers toegang hebben. De gegevensopslag op de beveiligde server valt onder de verantwoordelijkheid van de promotor van deze masterproef, die eveneens coördinator is van de onderzoeksgroep.

De opgenomen informatie is vertrouwelijk en niemand anders dan Dorien Van den Bulck, de promotor en de onderzoeksgroep waarvan hij coördinator is, heeft toegang tot de opname. U kan expliciet dergelijke opname weigeren zonder dat dit een exclusie criterium is. In dat geval worden uw antwoorden zo volledig mogelijk genoteerd.

Als u besluit deel te nemen aan het onderzoek, vindt een focusgroep plaats met een duur van ongeveer 90 minuten.

3. Eventuele risico's en ongemakken - genomen maatregelen om deze te beperken

Het risico bestaat dat u toevallig persoonlijke of vertrouwelijke informatie deelt, of dat u zich ongemakkelijk voelt om over sommige onderwerpen te praten. Weet dat u geen enkele vraag hoeft te beantwoorden. U hoeft geen reden te geven om niet te reageren op een vraag, of om te weigeren deel te nemen aan de focusgroep.

U heeft na afloop van uw deelname – zonder beperking in tijd - het recht de verwerkingsverantwoordelijke te verzoeken om inzage van en rectificatie of wissing van de persoonsgegevens of beperking van de hem betreffende verwerking, alsmede het recht tegen de verwerking bezwaar te maken en het recht op gegevensoverdraagbaarheid.

Verder heeft de betrokkene het recht de gegeven toestemming te allen tijde in te trekken, zonder dat dit afbreuk doet aan de rechtmatigheid van de verwerking op basis van de toestemming vóór de intrekking daarvan.

4. Voordelen

Voordelen

Er zal geen direct voordeel voor u zijn, maar uw deelname zal ons waarschijnlijk helpen meer te weten te komen over factoren die de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit faciliteren, dan wel belemmeren. We trachten op deze manier verklaringen te vinden voor de knelpunten waarmee beheerders worstelen in het opstellen van een gepaste visie en een toereikend beleid binnen de context van IBW en PVT in Vlaanderen.

Onze bevindingen uit dit praktijkgericht onderzoek kunnen (voor u) een meerwaarde betekenen voor de (verdere) ontwikkeling en implementatie van forme(e)l(e) visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit bij volwassenen in IBW en PVT in Vlaanderen.

Vergoedingen

Er wordt geen vergoeding voorzien voor deelname aan het onderzoek.

5. Privacy en vertrouwelijkheid

Vertrouwelijkheid

Het onderzoek kan de aandacht trekken en als u deelneemt, kunt u vragen krijgen van anderen. We zullen geen informatie over u delen met iemand buiten het onderzoeksteam. De informatie die we binnen dit onderzoeksproject verzamelen, wordt privé gehouden.

Alle persoonsinformatie wordt weggelaten uit het databestand om zo de identificatie van respondenten en voorzieningen tot een minimum te beperken. De audiofile, het transcript en de respondent worden van elkaar losgekoppeld en in een lijst die we apart bewaren, worden de data via een uniek referentienummer per deelnemer opnieuw gelinkt. Enkel de onderzoeker heeft toegang tot de sleutel die het referentienummer van de deelnemer matcht met zijn / haar persoonlijke informatie. Deze informatie wordt niet gedeeld met anderen.

De resultaten delen

Niets dat u vandaag vertelt, wordt bij naam aan u toegeschreven. De kennis die we uit dit onderzoek halen, wordt finaal in de masterproef gedeeld met Aditi vzw, de betrokken universiteit (VUB, Brussel) en eventueel ook op de website van de wetenschapswinkel beschikbaar gesteld. Op die manier creëren we de mogelijkheid dat andere geïnteresseerden kunnen leren van het onderzoek. Elke deelnemer ontvangt indien gewenst een samenvatting van de resultaten.

Medewerkers van Aditi vzw (o.a. Miek Schepers, coördinator) zijn de vraagstellers en fungeren niet als mede-onderzoekers. Zij krijgen inzage in de afgewerkte, geanonimiseerde en vrijgegeven resultaten van het onderzoek.

Recht om te weigeren of zich terug te trekken

U hoeft niet deel te nemen aan dit onderzoek als u dit niet wilt doen. U kunt op elk gewenst moment uw deelname stopzetten. Ik zal u aan het einde van de focusgroep de gelegenheid geven voor vragen en om eventueel delen van het gesprek te wijzigen of te verwijderen. Ik heb als onderzoeker een **vertrouwelijkheidsplicht** ten aanzien van de verzamelde gegevens. Dit betekent dat ik er mij tot toe verbind om, bijvoorbeeld in de context van een publicatie of een conferentie, nooit uw naam of andere gegevens te onthullen die u zouden kunnen identificeren. Er worden ook nooit individuele resultaten gepubliceerd.

Er worden tijdens dit onderzoek persoonsgegevens verzameld over/van u. De verzameling en verwerking van uw gegevens is mogelijk omdat ik wetenschappelijk onderzoek uitvoer en ik **uw uitdrukkelijke toestemming** hiervoor krijg.

De verzameling en verwerking van de gegevens gebeurt in overeenstemming met de wettelijke principes die de Europese **Algemene Verordening Gegevensbescherming** (AVG)⁹ oplegt, die sinds 25 mei 2018 van kracht is. Prof. Dr. M. Leys ziet als promotor van deze studie toe op de correcte verwerking van uw persoonsgegevens en de **informatieplicht** die daarmee gepaard gaat.

Deze informatieplicht houdt in dat ik u moet informeren over:

- a. Welke **persoonsgegevens** ik van/over u verzamel, met name: een audio-opname, uw naam, e-mailadres, IP adres, locatie, telefoonnummer, geslacht, leeftijd en functie, de naam van de voorziening waar u werkzaam bent, de regio en het type ervan (IBW of PVT).

De kernvragen tijdens de focusgroep peilen naar faciliterende en remmende factoren die de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit in de organisaties beïnvloeden. Verder gaan we na hoe deelnemers de huidige bespreekbaarheid van intimiteit en seksualiteit in de voorziening ervaren. Tot slot bevragen we op welke manier medewerkers en bewoners op de hoogte gebracht worden van de visie en het beleid rond intimiteit en seksualiteit in de voorziening.

- b. Dat Dorien Van den Bulck (dorien.van.den.bulck@vub.be, 0476 35 67 67) optreedt als verwerkingsverantwoordelijke van uw gegevens.
- c. Dat de gegevens verzameld en verwerkt worden in het kader van het doel van bovengenoemde studie. Conform de relevante wetgeving zullen de gegevens die als deel van het onderzoek verzameld werden gedurende maximaal 5 jaar bewaard worden.
- d. Dat ik uw persoonsgegevens enkel mag gebruiken voor wetenschappelijke doeleinden.
- e. Dat u het recht heeft om uw gegevens in te kijken en deze te corrigeren. U beschikt tevens over het recht op wissing van uw gegevens, om op de beperking van de verwerking ervan, het recht om bezwaar aan te tekenen tegen de verwerking en het recht om uw gegevens aan derden over te dragen. Indien u vragen heeft, gelieve dan contact op te nemen met de onderzoeker.
- f. U heeft het recht om uw toestemming voor de verwerking van uw gegevens te allen tijde in te trekken. Het intrekken van de toestemming heeft geen invloed op de rechtmatigheid van de verwerking van de gegevens verkregen voor de intrekking van de toestemming. U kan uw toestemming op eenvoudige wijze terugtrekken door een mail te sturen naar Dorien Van den Bulck (dorien.van.den.bulck@vub.be).
- g. Dat uw gegevens enkel ingekeken zullen worden door de hierboven benoemde onderzoeker en niet gedeeld zullen worden met andere instellingen.
- h. Uw gegevens zullen bewaard en beveiligd worden in overeenstemming met de richtlijnen van de VUB (bijlage 10.1).

⁹ Ook bekend als de General Data Protection Regulation of GDPR.

- i. Dat om uw privacy te garanderen volgende **beschermingsmaatregelen** genomen worden:
- De gegevens die verzameld worden, zijn in de eerste fase niet anoniem, daarom worden deze zo snel mogelijk omgezet naar codes (pseudonimisering). Dit is een tweede dataset die gemaakt wordt waarbij het niet langer mogelijk is om u rechtstreeks te identificeren. Er wordt dan ook een "vertaalsleutel" gemaakt die de codes terug kan omzetten naar hun oorspronkelijke betekenis. Enkel de onderzoeker en diens promotor (Dorien Van den Bulck en Prof. Dr. M. Leys) hebben toegang tot deze sleutel en dus tot de niet-anonieme gegevens. Dit zorgt ervoor dat enkel de onderzoeker en de promotor deze gegevens kunnen linken met u als persoon. De codeersleutel wordt apart en veilig opgeslagen en onmiddellijk na de verdediging van de masterproef verwijderd.
 - De audio-opnames die gemaakt worden tijdens de focusgroep worden zo snel mogelijk omgezet naar transcripties en de audio-opnames worden dan verwijderd.
 - Uw gegevens worden enkel bewaard op een SharePoint van de VUB. Deze kent strenge toegangsvoorwaarden en biedt een hoge beschermingsgraad. Uw gegevens worden dus nooit op de persoonlijke computer of op een USB-stick (behalve wanneer de data geëncrypteerd bewaard worden op de USB-stick) van de onderzoeker bewaard en worden ook nooit doorgemaïld.
- j. Tot slot heeft u ook het recht om een **klacht** in te dienen over hoe uw gegevens worden behandeld. Dit kan u doen bij de Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving rond gegevensbescherming, met name:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)

Drukpersstraat 35 1000 Brussel

Tel. +32 2 274 48 00

e-mail: contact@apd-gba.be

Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

Contactgegevens

U kan mij vragen stellen over elk onderdeel van het onderzoek. Als u vragen heeft, kunt u contact opnemen met Dorien Van den Bulck per e-mail (dorien.van.den.bulck@vub.be) of per telefoon (0476 35 67 67).

6. Verklaring van de onderzoeker

Ik, ondergetekende Van den Bulck Dorien, onderzoeker, verklaar de benodigde informatie inzake deze studie mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.

Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer werd uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle bijkomende vragen te antwoorden.

Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in "De code voor het wetenschappelijk onderzoek in België" en de ethische principes binnen mijn specifieke onderzoeksdiscipline.

Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de wettelijke verplichtingen inzake de correcte verwerking van persoonsgegevens zoals vermeld in "Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)".

Promotor

Naam en voornaam: Prof. Dr. M. Leys
Datum (dd/mm/jjjj): _____
Handtekening: _____

Onderzoeker

Naam en voornaam: Van den Bulck Dorien
Datum (dd/mm/jjjj): _____
Handtekening: _____

Deelnemer

Ik ben uitgenodigd om deel te nemen aan een focusgroep rond de inhoud van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit in Vlaamse residentiële geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen voor volwassenen en factoren die de ontwikkeling en implementatie van visie en beleid rond intimiteit en seksualiteit binnen die context faciliteren, dan wel belemmeren. De focusgroep heeft een geschatte duur van ongeveer 90 minuten.

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij verwacht wordt.

Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten zonder dat ik hiervoor een reden moet opgeven.

Ik begrijp dat er tijdens de studie persoonsgegevens over/van mij verzameld zullen worden en dat de onderzoeker de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekert overeenkomstig de Belgische wetgeving ter zake (Cf. AVG/GDPR).

- Ik stem in met de verwerking van mijn persoonlijke gegevens volgens de modaliteiten die zijn beschreven in het onderdeel "Privacy en vertrouwelijkheid".
- Ik geef toestemming voor de verwerking van mijn gegevens voor wetenschappelijke doeleinden.
- Ik geef toestemming voor de publicatie van de onderzoeksresultaten. Mijn naam wordt daarbij niet gepubliceerd en de vertrouwelijkheid van de gegevens is in elk stadium van het onderzoek gewaarborgd.
- Ik geef toestemming om vermeld te worden per citaat.
- Ik stem toe dat de focusgroep opgenomen zal worden met een audiorecorder.
- Ik stem niet toe dat er een audio-opname wordt gemaakt van de focusgroep. Ik weet dat dit geen exclusiecriteria is.

Ik ga akkoord om deel te nemen aan de studie en met de verwerking van mijn persoonsgegevens. Ik heb een exemplaar ontvangen van het ondertekende informatie- en toestemmingsformulier.

Naam en voornaam: _____

Datum (dd/mm/jjjj): _____

Handtekening: _____

Research Data Management Policy Framework

Contents

1 Intro	2
1.1 <i>Why RDM</i>	2
1.2 <i>Purpose of the policy framework</i>	2
2 Definitions	2
2.1 <i>Research data</i>	2
2.2 <i>Research Data Management (RDM)</i>	2
2.3 <i>Researcher</i>	2
3 Roles within the institution	3
3.1 <i>University</i>	3
3.2 <i>R&D Department</i>	3
3.3 <i>Department of Innovation and Valorisation Policy</i>	3
3.4 <i>IT Management</i>	3
3.5 <i>Researcher</i>	3
3.6 <i>Research Unit</i>	4
4 Guidelines for handling research data	4
5 Intellectual Property Rights	4

1 Intro

1.1 Why RDM

The *Vrije Universiteit Brussel* recognises the importance of research data and Research Data Management (RDM) for the integrity and quality of research and possible valorisation of the research results. Research data generated at the university is an institutional asset that can increase the credibility and visibility of research at our institution and bring about new opportunities for exchange and cooperation. In order to be able to valorise and / or share research data, the data must first be efficiently managed over the course of the research project.

1.2 Purpose of the policy framework

The RDM policy framework defines the general guidelines and responsibilities for the various partners involved, and applies to all research projects carried out by VUB researchers. This policy framework applies to disciplines and methodologies that are widely different from each other. Collaboration between the various faculties, researchers and support services is necessary to translate these general guidelines into meaningful practices. Despite its importance, research data management is a relatively new policy domain. As a result, we expect regular updates of this policy framework, partly due to the planned introduction of new tools and infrastructure.

2 Definitions

2.1 Research data

'Research data' is all digital or physical data - regardless of how this data is collected or stored - that is used or analysed to support research findings and validate research results, or is underlying a line of reasoning, discussion or calculation in the research. 'Research data' covers the entire spectrum from raw data to the processed and analysed data included or discussed in a publication. This data is understood to mean generated data, as well as derived or compound data. This can be both self-generated data and data made available by third parties.

Examples of research data are survey results, statistics, measurement results, notebooks, images, computer generated data, simulations, software developed for research purposes, computational metadata, prints, video and audio tapes, organisms, gene sequences, synthetic connections, samples of any kind, patient data, etc.

2.2 Research Data Management (RDM)

Research Data Management (RDM) can be seen as the process by which procedures, best practices and policies are developed to better protect, describe and validate data. All this to improve the quality of the data and to facilitate potential reuse and / or valorisation.

2.3 Researcher

The researchers are all employees, students and external parties who conduct research at the university.

3 Roles within the institution

3.1 University

The *Vrije Universiteit Brussel*:

1. Commits to giving researchers access to training, support and advice in the management of their research data.
2. Commits to providing resources for the administrative and operational units responsible for this training, support and facilities.
3. Commits to developing infrastructure and services that make it possible to securely store, record and, wherever necessary, open up research data, both during and after a research project.

3.2 R&D Department

The *Research & Data Management* department:

1. Is responsible for developing and supporting an RDM training offer.
2. Provides feedback when drawing up data management plans and RDM practices.
3. Commits to analysing central storage, backup and deposit solutions and, if possible, to organising them for the research community.
4. Supports, together with relevant partners within the institution, where possible, the implementation of storage, backup and deposit solutions for research and department groups, or at faculty level.
5. Provides legal and ethical support in cooperation with the Legal and Ethics Office, and information security support in cooperation with the Chief Information Security Officer.
6. Researches the possibility of raising the level of knowledge in the field of data management within the faculties, via a number of data stewards. Pending the appointment of these data stewards, the R&D Research Grant and Project Officers will assume this task to the best of their abilities.

3.3 Department of Innovation and Valorisation Policy

The department of *Innovation and Valorisation Policy*:

1. Is responsible for the supervision and support of the social or economic valorisation of research results.

3.4 IT Management

IT Management (ITM):

1. Is responsible for access control and maintenance of the (future) data storage systems.

3.5 Researcher

The *researcher*:

1. Is responsible for the proper management of research data. The primary responsibility for the organisation, the formats used, the documentation and metadata of the research data lies with the supervisor of the research project.
2. The researcher must use a strategy to save, back up and describe the data in a way that minimises the risk of data loss and maximises the potential for future data reuse.

3. The researcher is expected to guarantee preservation of the relevant research data and documentation for a minimum period of 10 years after the end of the project, unless otherwise determined by contractual, ethical, legal or other obligations. The researcher facilitates, where possible, the further use of the data after completion of the project.
4. The researcher is responsible for the selection of relevant data for preservation. At the minimum, this is the primary data needed to reproduce the results of the study.
5. The collection, storage and access to research data must always be checked against the rules on ethics, privacy, confidentiality and intellectual property. The researcher manages his or her data in accordance with relevant obligations and guidelines imposed by third parties (e.g. funder, contractual obligations, personal data regulations). The researcher is responsible for checking these measures for his or her research data.
6. The researcher undertakes to include the costs for RDM in the grant application for the research proposal, as much as possible.
7. Upon departure of the researcher from the university, it is expected that, together with his / her replacement, supervisor or spokesperson of the research group, agreements will be made regarding the further preservation and accessibility of the research data collected by the researcher at the VUB. Under no circumstances may the researcher leave the institution with these data without having made such agreements.

3.6 Research Unit

1. The chairperson of a research group is expected to draw up data management guidelines and / or a data management policy within the group.

4 Guidelines for handling research data

1. When storing research data, the researcher aims to implement this in accordance with the [FAIR principles](#).
2. Upon further disclosure of research data, these are ideally stored in appropriate, discipline-specific repositories. If not available, general repositories can be considered next.
3. All researchers are encouraged to prepare a data management plan (DMP) at the start of each research project. Various funders have now made this mandatory (e.g. EU, FWO). The DMP must form the basis for the proper management of the research data throughout the various steps of the research.

5 Intellectual Property Rights

1. The intellectual property rights to research data belong to the institution, in accordance with Article IV.48 of the Higher Education Codex of 11 October 2013, and Article 2 from the valorisation regulations, unless specified otherwise within relevant agreements.