



Proef ingediend met het oog op het behalen  
van de graad van Master in Gender en Diversiteit

# EEN EXPLORATIEF ONDERZOEK NAAR DE HOUDING VAN HULPVERLENERS TEGENOVER DE SEKSUALITEITSBELEVING VAN BEWONERS IN DE VLAAMSE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

**BERWOUTS YASMIN**

**2023-2024**



**WETENSCHAPSWINKEL**

Ism Aditi vzw

Promotor: Dr. Hubert Van Puyenbroeck  
Co-promotor: Dr. Prof. Katrien De Graeve

Letteren en Wijsbegeerte

**EEN EXPLORATIEF ONDERZOEK NAAR DE HOUDING VAN  
HULPVERLENERS TEGENOVER DE SEKSUALITEITSBELEVING VAN  
BEWONERS IN DE VLAAMSE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG**

Klassieke masterproef

Aantal woorden: 18.215

Yasmin Berwouts

Studentennummer: 01510924

Promotor: Dr. Hubert Van Puyenbroeck

Co-promotor: Prof. dr. Katrien De Graeve

Masterproef voorgelegd tot het behalen van de graad van Master in Gender en Diversiteit

Academiejaar: 2023-2024

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. In publicaties mag naar dit werk worden gerefereerd, mits schriftelijke toelating van de promotor(en) die met naam op de titelpagina is vermeld.

## Voorwoord

Deze masterproef is tot stand gekomen in kader van de interuniversitaire opleiding Gender en Diversiteit. Eerst en vooral zou ik graag de veertien hulpverleners die hebben deelgenomen aan dit onderzoek, enorm willen bedanken. Jullie openheid, interesse en enthousiasme was aanstekelijk en heeft me extra warm gemaakt voor het schrijven van mijn masterproef.

Verder wil ik graag mijn promotor, Dr. Bert Van Puyenbroeck, bedanken voor de empathische en warme begeleiding. Je uitgebreide ondersteuning was motiverend. Mijn co-promotor, Prof. Dr. Katrien De Graeve, wil ik graag bedanken voor de waardevolle feedback. Ook Aditi vzw en de Wetenschapswinkel stonden altijd klaar om mij verder te helpen als het even niet lukte, waarvoor dank!

Ten slotte wil ik mijn lieve vrienden en familie bedanken, voor jullie eindeloze liefde en steun en om het leven zoveel makkelijker en kleurrijker te maken. Alle stomme grapjes, existentiële mijmeringen, pseudofilosofische tooggesprekken, heerlijke maaltijden en dansjes in de living geven me zoveel levensenergie. Hoera!

Deze masterproef draag ik op aan mijn vader, die dit jaar gestorven is. Geen zorgen pa, ik ga nog altijd voor ons twee naar Japan gaan.

Peace out!

## **Abstract**

**Algemeen.** Iedereen heeft het recht om hun seksualiteit te kunnen beleven. Nochtans wordt de seksuele vrijheid van personen met een beperking, waaronder psychische problematieken, nog te vaak ingeperkt (Gruskin et al., 2019). Er is sprake van seksuele isolatie bij mensen met een psychische kwetsbaarheid, die gelinkt kan worden met onder andere de structurele discriminatie van de doelgroep (Wright et al., 2007). In de geestelijke gezondheidszorg is de seksualiteitsbeleving van de psychiatrische cliënten nog vaak een onderbelicht thema, en hulpverleners ervaren verschillende barrières om seksualiteit te bespreken (Quinn, Happell & Brown, 2011; Bungener et al., 2022). Deze studie heeft als doel de houding van hulpverleners in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg tegenover de seksualiteitsbeleving van de cliënten in kaart te brengen. Ook onderzoeken we de barrières waar de hulpverleners tegen aanbotsen omtrent het onderwerp. **Data en methode.** Er zijn twaalf semi-gestructureerde diepte-interviews afgelegd met hulpverleners uit Vlaamse IBW's en PVT's. Deze interviews zijn geanalyseerd door middel van thematische analyse. **Resultaten.** Uit het onderzoek blijkt dat de hulpverleners seksualiteit een belangrijk onderwerp vinden en de bewoners vanuit een holistisch perspectief benaderen, gelinkt met het sociaal model op *disability*. Ze ervaren echter verschillende barrières die ervoor zorgen dat de seksualiteitsbeleving van bewoners onder de radar blijft: (1) gebrek aan (duidelijk) beleid, tools en methodieken rond seksualiteit; (2) gebrek aan kennis omtrent seksualiteit en instanties/organisaties die rond seksualiteitsbeleving werken; (3) gebrek aan communicatie van kennis (gelinkt met een restrictieve seksualiteitscultuur); (4) het gevoel van gebrek aan ervaring in het onderwerp; (5) onzekerheid of de bewoners wel over seksualiteit willen spreken (onder andere door de perceptie van schroom en ongemak bij de bewoners); (6) eigen gevoelens van schroom en ongemak omtrent het onderwerp; (7) (oudere) leeftijd van bewoners en/of geslachtsverschillen.

# Inhoudstafel

<b>1. Inleiding.....</b>	<b>3</b>
<b>2. Theoretisch kader.....</b>	<b>5</b>
<b>2.1. Seksualiteit en seksuele rechten.....</b>	<b>5</b>
2.1.1. Seksualiteit definiëren.....	5
2.1.2. Seksualiteit binnen het mensenrechtenperspectief.....	6
<b>2.2. Psychische kwetsbaarheid en ableism.....</b>	<b>7</b>
2.2.1. Afbakening psychiatrische cliënten en psychische kwetsbaarheid.....	7
2.2.2. Ableism bij mensen met een psychische kwetsbaarheid.....	8
2.2.3. Psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven van beschut wonen in Vlaanderen..	9
<b>2.3. De seksualiteitsbeleving van mensen met een psychische kwetsbaarheid.....</b>	<b>9</b>
2.3.1. Gemedicaliseerde kijk op seksualiteitsbeleving bij mensen met psychische kwetsbaarheid.....	9
2.3.2. Sociaal-structurele factoren.....	10
2.3.2.1. Seksuele isolatie door sociaal-structurele barrières.....	10
2.3.2.2. Impact van (zelf)stigmatisering op relaties/seksualiteitsbeleving.....	11
2.3.3. Invloed psychische problematiek en medicatie.....	11
<b>2.4. Geestelijke gezondheidszorg en seksualiteit.....</b>	<b>12</b>
2.4.1. (Gebrek aan) beleid rond seksualiteit in geestelijke gezondheidszorg.....	12
2.4.2. Houding van hulpverleners in een psychiatrische omgeving tegenover seksualiteitsbeleving: mate van bespreekbaarheid.....	12
2.4.3. Seksualiteitsvriendelijker klimaat?.....	13
<b>3. Probleemstelling.....</b>	<b>15</b>
<b>4. Methodologie.....</b>	<b>17</b>
<b>4.1. Kwalitatieve benadering.....</b>	<b>17</b>
<b>4.2. Onderhandelen van toegang.....</b>	<b>17</b>
<b>4.3. Steekproef.....</b>	<b>18</b>
<b>4.4. Analysemethode.....</b>	<b>18</b>
<b>4.5. Ethisch aspect.....</b>	<b>19</b>
<b>5. Resultaten.....</b>	<b>21</b>
<b>5.1. Context.....</b>	<b>21</b>
5.1.1. Kennis van beleid of tools omtrent seksualiteitsbeleving in IBW/PVT.....	21
5.1.2. Houding tegenover seksualiteitsbeleving van bewoners vanuit IBW/PVT.....	23
5.1.3. SRH-behandelingsplan.....	25
<b>5.2. Gesprekken over seksualiteitsbeleving.....</b>	<b>26</b>
5.2.1. Benadering begeleiding en seksualiteit.....	26
5.2.2. Wie begint het gesprek over seksualiteit?.....	27
5.2.3. Taalgebruik tijdens gesprek.....	29
<b>5.3. Moeilijkheden/bedenkingen in (gesprekken over) seksualiteitsbeleving met bewoners....</b>	<b>30</b>
5.3.1. Aspecten van bewoners zelf.....	30
5.3.1.1. Leeftijd bewoners.....	30
5.3.1.2. Invloed medicatie op seksualiteitsbeleving.....	31

5.3.1.3. Schaamte psychische beperking.....	32
5.3.2. Grenzen van begeleiding.....	32
5.3.3. Kennis over het onderwerp.....	33
5.3.4. Doorverwijzen naar psychologen, seksuologen of organisaties.....	34
5.3.5. Taboe rond seksualiteit.....	35
5.3.6. Gevoel van schroom en ongemak en de perceptie van schroom bij bewoner.....	36
5.3.7. Privacy.....	36
<b>6. Discussie.....</b>	<b>38</b>
<b>6.1. Onderzoeksvraag 1: Welke houding nemen hulpverleners in de GGZ aan ten opzichte van de seksualiteitsbeleving van hun cliënten?.....</b>	<b>38</b>
6.1.1. Holistische benadering van (de seksualiteitsbeleving van) de bewoners.....	38
6.1.2. Houding tegenover beleid en impliciete cultuur vanuit PVT/IBW.....	39
6.1.3. Bespreekbaarheid: initiatief van gesprek en taalgebruik.....	40
<b>6.2. Onderzoeksvraag 2: Welke moeilijkheden ervaren hulpverleners in de GGZ rond de seksualiteitsbeleving van de bewoners?.....</b>	<b>41</b>
6.2.1. Gebrek aan (het delen van) kennis over en tools omtrent seksualiteit.....	41
6.2.2. Grenzen van begeleiding.....	42
6.2.3. Leeftijd en gender van bewoners.....	43
6.2.4. Moeilijke kwestie van privacy in PVT's.....	43
<b>7. Conclusie, beperkingen, verder onderzoek en (beleids)aanbevelingen.....</b>	<b>45</b>
<b>8. Referenties.....</b>	<b>47</b>
<b>Bijlagen.....</b>	<b>53</b>
Bijlage 1: Topiclijst interviews.....	53
Bijlage 2: Voorbeeld van onderhandeling tot toegang.....	54
Bijlage 3: Ethisch reflectiedossier.....	55

## 1. Inleiding

De mens is een seksueel wezen, en psychiatrische cliënten zijn daar geen uitzondering op. Nochtans worden mensen met een beperking, waaronder psychische problematieken, vaak geassocieerd met een afwijkende seksualiteitsbeleving (Addlakha et al., 2017). Langs de ene kant worden ze snel als hyperseksueel en seksueel agressief beschouwd, en tegelijk worden ze net geïnfantiliseerd en zodus als asexueel gezien – afhankelijk van de diagnose en de bijhorende stereotypen. Deze stereotypen zijn te linken aan het heersende maatschappelijk beeld van mensen met een psychische kwetsbaarheid, een grote groep die vaak nog ‘vergeten’ en gediscrimineerd wordt (Burns, 2013). McInnes (2003) haalt aan dat het brede publiek zich over het algemeen snel oncomfortabel voelt bij het idee dat mensen met een beperking seksueel actief kunnen en/of willen zijn. Ook in de geestelijke gezondheidszorg wordt het onderwerp seksualiteit vaak nog te weinig besproken tussen hulpverlener en cliënt (Hartog, 2009; Quinn & Happell, 2013). De beleving van seksualiteit bij psychiatrische cliënten wordt binnen de muren van de psychiatrie ervaren als een moeilijker onderwerp dat voor de hulpverleners legale, ethische, persoonlijke en professionele dilemma’s kan oproepen (Earle, 2001). De seksualiteitsbeleving bij psychiatrische cliënten blijft dus een weinig besproken thema, terwijl seksualiteit vaak net een belangrijke component vormt voor het welzijn van een persoon.

Ieder persoon heeft recht op zijn of haar seksualiteitsbeleving, en de seksuele vrijheid van mensen met een beperking, waaronder psychische problematieken, wordt nog te vaak ingeperkt (Gruskin et al., 2019). Dit onderzoek vertrekt vanuit het Verdrag inzake de Rechten voor Personen met een Handicap van de Verenigde Naties dat in 2009 door België geratificeerd werd. Het verdrag benadrukt de seksuele rechten van mensen met een beperking en vertrekt vanuit het sociaal model van *disability* (Sorée, 2010). In dit model wordt *disability* bestudeerd als maatschappelijk probleem eerder dan een uitsluitend individueel probleem. Het sociaal model is een kritische reactie op het medisch model van *disability*, waar beperkingen gereduceerd worden tot een individueel, biologisch, vaststaand probleem, en waar geen of weinig rekening wordt gehouden met de maatschappelijke en sociale context waarbinnen deze *disability* bestaat (Sorée, 2010; Waldschmidt, 2018). Ook in de wetenschappelijke literatuur is het onderwerp van seksualiteitsbeleving bij bewoners in een psychiatrische context veelal benaderd vanuit het medisch model, waar een gemedicaliseerde kijk centraal staat (Barker & Iantaffi, 2015). Het aankaarten van (het recht op) seksualiteit bij mensen met een psychische of intellectuele kwetsbaarheid lijkt nog steeds een gevoelige snaar te raken, zowel binnen wetenschappelijk onderzoek, als binnen de hulpverlening en bij het bredere publiek (Perlin & Lynch, 2014).

Om in te gaan tegen deze te medische kijk op (de seksualiteit van) psychiatrische cliënten, is het van belang om een holistisch perspectief te hanteren in de psychiatrische hulpverlening. Hiermee wordt bedoeld dat ‘de mens in zijn totaliteit’ centraal komt te staan, en niet enkel diens reductionistisch ziektebeeld (Bloem, 2018). Bij hulpverleners binnen psychiatrische contexten is de holistische visie



zeker aanwezig, maar blijkt er nog steeds een gebrek aan aandacht omtrent de seksuele identiteit en seksualiteitsbeleving van de cliënten, ook al is dit een centraal aspect van iemands leven (Earle, 2001).

Het doel van deze studie is om een beter inzicht te verwerven hoe hulpverleners binnen de geestelijke gezondheidszorg staan tegenover de seksualiteitsbeleving van hun cliënten/bewoners. Hiervoor kijken we naar het kader waarin de hulpverleners de seksualiteitsbeleving van hun cliënten benaderen. We bestuderen hoe gesprekken over seksualiteitsbeleving beginnen en verlopen, en hoe de hulpverleners zich daarin positioneren. Ook peilen we naar mogelijke barrières of moeilijkheden die de hulpverleners ervaren in (gesprekken over) de seksualiteitsbeleving met bewoners. We onderzoeken twaalf semi-gestructureerde diepte-interviews, die zijn afgelegd met hulpverleners binnen de geestelijke gezondheidszorg. We focussen ons specifiek op psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT's) en initiatieven van beschut wonen (IBW's). Beide zijn woonvormen van lange termijn voor mensen met een gestabiliseerde psychische problematiek of verstandelijke beperking. Een PVT is een collectieve woonvorm waar altijd hulpverleners aanwezig zijn, terwijl bewoners van een IBW zelfstandig wonen, individueel of in een groepswoning. Dit onderzoek is uitgevoerd met het doel om Aditi vzw te ondersteunen. Aditi vzw is een advies- en informatiecentrum waar mensen met een fysieke of mentale beperking, kwetsbare senioren en personen met een psychische kwetsbaarheid (evenals hun netwerk) terecht kunnen met vragen omtrent seksualiteit en handicap. De resultaten van dit onderzoek zullen worden gebruikt binnen hun beleidsaanbevelingen en vormingen van zorgverleners.

We beginnen deze studie met een theoretisch kader dat de huidige stand van zaken blootlegt wat betreft de wetenschappelijke literatuur over seksualiteitsbeleving bij psychiatrische cliënten (en hoe de hulpverleners hierin staan). Op basis daarvan formuleren we een probleemstelling met wat we concreet onderzoeken en waarom. Vervolgens bespreken we het onderzoeksdesign en worden de onderzoeksresultaten toegelicht. Deze resultaten worden bediscussieerd, en ten slotte wordt een conclusie geformuleerd.

## **2. Theoretisch kader**

### **2.1. Seksualiteit en seksuele rechten**

#### **2.1.1. Seksualiteit definiëren**

Alvorens over te gaan naar de seksualiteitsbeleving bij psychiatrische cliënten en de attitudes hieromtrent bij hun hulpverleners, moeten we het begrip ‘seksualiteit’ eerst afbakenen. De World Health Organization (WHO) omschrijft seksualiteit als een centraal aspect in ieders leven (World Health Organization, 2017). Het omvat seks, genderidentiteit en -rollen, seksuele geaardheid, erotiek, plezier, intimiteit en voortplanting. Seksualiteit kan ervaren en uitgedrukt worden in gedachten, fantasieën, verlangens, overtuigingen, attitudes, waarden, gedrag, handelingen, rollen en relaties. Seksualiteit is geen vacuüm maar wordt beïnvloed door de interactie van biologische, psychologische, sociale, economische, politieke, culturele, legale, historische, religieuze en spirituele factoren. Seksuele gezondheid gaat volgens de WHO (2017) over het fysieke, emotionele, mentale en sociale welzijn van een persoon. Door de grote rol van seksualiteit in iemands leven gaat seksuele gezondheid dan ook niet alleen over het ontbreken van disfuncties of ziektes, maar over een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit en seksuele relaties. Daarbij van belang is het respecteren, beschermen en vervullen van iedereen's seksuele rechten. Bij mensen met een beperking, waaronder psychische problematieken, worden de seksuele gezondheid en rechten echter nog steeds tegengewerkt en betwist (Addlakha et al., 2017). Ook binnen disability studies zelf wordt het onderwerp van seksuele rechten voor mensen met een beperking vaak over het hoofd gezien.

Gedurende lange tijd werd binnen wetenschappelijk onderzoek het thema van seksuele gezondheid enkel benaderd in termen van risico en gevaar, en is er pas het laatste decennium ook een focus op de positieve aspecten van seksuele gezondheid (Anderson, 2013). De WHO-definitie van seksualiteit geeft ons een brede, holistischere invulling van het begrip waar die positieve invloed van een gezonde seksualiteitsbeleving op iemands leven centraal staat. Deze shift in focus op de positieve aspecten van seksualiteit, zoals genot en plezier, heeft een niet te onderschatten impact op iemands algemeen welzijn en levenskwaliteit. Daarom beargumenteert Anderson (2013) dat een holistische discours van seksuele gezondheid en welzijn van groot belang is. Hiervoor moeten we verder kijken dan de biomedische benaderingen van seksualiteit (Gruskin et al., 2019).

Vaak worden seksuele activiteiten, seksualiteitsbeleving en intimiteit gezien als een private dimensie van onze levens, terwijl het eigenlijk niet valt los te koppelen van het politieke en sociale, namelijk de publieke sfeer (Srinivasan, 2021). Als het gaat over disability, stelt Srinivasan (2021) dat er een duidelijke connectie is tussen de duidelijkere, publieke dimensies van onderdrukking (zoals werkloosheid of armoede) en de ‘subtielere’, private dimensies ervan (zoals op relationeel of seksueel vlak). Het is dus van belang seksualiteit te bestuderen vanuit een maatschappelijk perspectief, waar minderheidsgroepen zoals mensen met een psychische kwetsbaarheid benadeeld kunnen worden door de sociale positie die ze innemen.

### 2.1.2. Seksualiteit binnen het mensenrechtenperspectief

Volgens de World Health Organization is het onmogelijk om seksuele gezondheid te bereiken zonder de bescherming van bepaalde mensenrechten (WHO, 2017). Seksuele rechten zijn dus verwickeld met mensenrechten die internationaal en regionaal erkend zijn. De WHO vernoemt onder andere volgende mensenrechten als essentieel om de seksuele gezondheid te kunnen waarborgen: (1) recht op gelijkheid en non-discriminatie; (2) recht op privacy; (3) recht op een huwelijk waar de partners in vrije wil en met volle consent in treden; (4) recht op informatie en onderwijs; (5) recht op vrijheid van meningsuiting, (6) recht op lichamelijke integriteit (bv. verbod op martelen), et cetera.

Tegelijkertijd zijn er nog steeds wetten en beleid die de seksuele vrijheid van mensen met een beperking kunnen afnemen, zoals verplichte sterilisatie of ontoegankelijke informatie en onderwijs over seksualiteit (Gruskin et al., 2019). Alexander & Gomez (2017) pleiten voor meer focus op het element van plezier als het gaat over de ervaringen van mensen met een verstandelijke beperking. Niet alleen in hun seksuele leven, maar ook in kleine dagelijkse dingen zoals eten, drinken, douchen, naar buiten gaan en dergelijke merken de onderzoekers dat er weinig rekening wordt gehouden met plezier als factor of doeleinde. Ze beargumenteren dat er te vaak niet geluisterd wordt naar de *sexual voice* van mensen met een verstandelijke beperking. Hun seksuele rechten hangen te vaak af van anderen (bv. begeleiders, hulpverleners, familie): zij beslissen vaak wat mag en niet mag en welke informatie wel of niet wordt gedeeld. Wanneer begeleiding of hulpverlening terughoudend is op vlak van het onderwerp van seksualiteit en plezier, zijn mensen met een verstandelijke beperking vaak niet eens op de hoogte van hun rechten.

Om de mensenrechten van personen met een beperking te waarborgen, hebben de Verenigde Naties in 2006 het Verdrag inzake de Rechten voor Personen met een Handicap aangenomen. Dit VN-verdrag is door België geratificeerd in 2009. In het verdrag worden de universele mensenrechten vertaald naar de specifieke situaties van mensen met een beperking (Sorée, 2010). Dit verdrag vertrekt vanuit het sociaal model van disability, en focust zich op de sociale ongelijkheid van mensen met een beperking, waar inclusie en gelijkwaardigheid een streefdoel zijn. In het verlengde hiervan wordt erkend dat het van belang is voor de levenskwaliteit van het individu om de drempels weg te werken, de juiste mentaliteit te bereiken, redelijke aanpassingen te maken en voldoende voorzieningen bieden voor ondersteuning. Participatie in de samenleving kan dus pas als de discriminatie van mensen met een beperking actief wordt tegengegaan en er rekening wordt gehouden met de specifieke noden en verschillen van deze personen. Ook houdt het verdrag rekening met intersectionaliteit (in beperkte mate) door twee extra kwetsbare groepen, namelijk vrouwen en kinderen met een beperking, expliciet uit te werken in aparte artikelen (Goldschmidt, 2016). Evenzeer bij de onderwerpen van uitbuiting, geweld en misbruik is er speciale aandacht voor vrouwen en kinderen. De paradigmashift van het VN-verdrag trok veel (wetenschappelijke) aandacht (Ruiz, 2017). De vroegere houding van de VN tegenover mensen met een beperking ging namelijk uit van het medisch model op disability, waar een beperking eerder wordt gezien als een individuele klinische abnormaliteit dan een maatschappelijk gegeven.

Over de seksuele rechten blijft het VN-gedrag echter beperkt (Ruiz, 2017). Schadelijke medische praktijken worden aangehaald, maar de sociale en structurele limieten van de seksualiteitsbeleving en seksuele rechten van mensen met een beperking blijven uit. De eerder nauwe invulling van 'seksuele gezondheid' in het verdrag focust zich dus niet op seksuele vrijheid, verlangens en zelfbeschikking.

## **2.2. Psychische kwetsbaarheid en ableism**

### **2.2.1. Afbakening psychiatrische cliënten en psychische kwetsbaarheid**

In deze masterproef gebruiken we de term 'psychiatrische cliënten' in plaats van 'patiënten' om zorggebruikers in psychiatrische omgevingen te omschrijven. Vroeger was er vanuit de kritische, activistische hoek veelal een zwart-wit beeld op psychiatrie, waar iemand voor of tegen psychiatrische systemen kon zijn (Lewis, 2006). Ondertussen is de geestelijke gezondheidszorg iets gangbaarder geworden in de samenleving en wordt het moeilijk om mensen die gebruik maken van de psychiatrische systemen nog louter als passieve 'patiënten' te bestempelen. Daarom zou men eerder kunnen spreken van consumenten of cliënten, die kritisch kunnen zijn over bepaalde facetten van de geestelijke gezondheidszorg, maar tegelijk ook participeren binnen andere aspecten.

Ook gebruiken we de term 'psychische kwetsbaarheid' om het brede spectrum van psychische problematieken te benoemen. Deze term omvat we elke psychische stoornis waar de bewoners in residentiële psychiatrische mee te kampen kunnen hebben, zoals een psychotische kwetsbaarheid, persoonlijkheidsproblematieken, stemmingsstoornissen, verslavingsproblematieken, angststoornissen, een verstandelijke beperking, eetstoornissen, et cetera. Dit is een niet-exhaustieve lijst met slechts enkele (prominente) voorbeelden. In België zijn er moeilijk demografische cijfers te vinden over de prevalentie van specifieke psychische kwetsbaarheid in de populatie en voornamelijk in psychiatrische instellingen. De meeste centra gebruiken verschillende administratiesystemen en er is een gebrek aan generalisatie van deze cijfers (Hermans et al., 2012). Wel vinden we in algemene cijfers dat ongeveer één derde van de Belgische bevolking ooit in hun leven gediagnosticeerd zal worden met een mentale stoornis zoals gedefinieerd in de DSM, een classificatiesysteem van psychische stoornissen (Bonnewyn et al., 2007). Hierbij zijn de meest voorkomende stoornissen respectievelijk stemmingsstoornissen, angststoornissen en alcoholverslavingen. De prevalentie van deze stoornissen is gemiddeld in vergelijking met andere ontwikkelde landen, alhoewel de algemene graad van mentale stoornissen in België eerder hoog ligt (De Girolamo, Alonso & Vilagut, 2006). Zo zien we dat de psychiatrische diensten van de National Health Services in Groot-Brittannië voornamelijk zorg voorzien voor mentale stoornissen zoals angststoornissen, posttraumatische stress, schizofrenie, stemmingsstoornissen, verslavingen, et cetera. Volgens een studie van Meltzer et al. (2003) is de specifieke prevalentie van mentale stoornissen van cliënten in psychiatrische instellingen in Groot-Brittannië voornamelijk neurotische stoornissen (waaronder angst- en stemmingsstoornissen vallen) en affectieve stoornissen. Bovendien liggen deze cijfers in lijn met de

Belgische prevalentiecijfers van mentale stoornissen in psychiatrische instellingen uit 1999. Hier zijn de meest voorkomende stoornissen aangewezen als stemmingsstoornissen, angststoornissen, somatoforme stoornissen en alcohol- of middelenverslaving (Ansseau et al., 2004). Deze studie bemerkt overigens een hoge comorbiditeit tussen deze stoornissen, wat mogelijk een verklaring biedt voor een gebrek aan duidelijke demografische gegevens van het algemeen voorkomen van mentale stoornissen in België. Deze statistieken kaderen dat het algemeen voorkomen van mentale stoornissen gelijk is in verschillende westerse landen, alsook het voorkomen ervan in zorginstellingen. Om deze grote verscheidenheid toegankelijker te maken spreken we in dit onderzoek over de algemenere term: psychische kwetsbaarheid.

### **2.2.2. Ableism bij mensen met een psychische kwetsbaarheid**

Binnen het gelijkerechtendiscours wordt mentale gezondheid nog te vaak opzij geschoven, en dat terwijl zo'n 8% van de wereldbevolking een psychische kwetsbaarheid heeft (Burns, 2013). Een Canadees onderzoek van Young et al. (2019) toont aan dat mensen automatische *ableist* attitudes vertonen tegenover mensen met een psychische problematiek. Met *ableism* verwijst men naar de stereotypering, vooroordelen, discriminatie en sociale onderdrukking van mensen met een beperking (Bogart & Dunn, 2019). Naast expliciete en structurele discriminatie, zijn er ook impliciete, automatische biases die *ableist* attitudes en handelingen reproduceren, zowel op individueel als maatschappelijk vlak (Young et al., 2019). Zo worstelen mensen met een psychische kwetsbaarheid vaker op de werkvloer door de *ableist* normen van een 'ideale werknemer' (Hennekam & Descubes, 2023). Deze *ableist* norm gaat uit van een *able-bodied* en *able-minded* werknemer, waardoor mensen met een psychische kwetsbaarheid moeilijker mee kunnen op de werkvloer. Hierdoor ervaren ze onder andere hogere levels van stress en een lager zelfbeeld (Hennekam & Descubes, 2023).

Ook binnen de gezondheidszorg zijn er zowel expliciete als impliciete *ableist* attitudes te vinden bij de zorgprofessionals (VanPuymbrouck et al., 2020). De onderzoekers bevinden dat de meeste zorgprofessionals uit hun onderzoek geen expliciete maar wel impliciete *ableist* attitudes hebben. Deze kunnen impact hebben op de zorg die mensen met een beperking krijgen, maar ook op de uiteindelijke gezondheidsuitkomsten (VanPuymbrouck et al., 2020).

Een reactie van mensen met een psychische kwetsbaarheid op deze maatschappelijke onderdrukking is bijvoorbeeld het ontstaan van de *Mad Pride* (Lewis, 2006). Dit is een internationale activistische groep die de psychiatrische systemen wil bekritisieren en alternatieven hierop wil vinden. Het uitgangspunt van de *Mad Pride* is dat er binnen psychiatrische systemen te hard wordt gefocust op individuele, biomedische behandeling en de psychische pathologie op die manier overdreven wordt. Zo zou er een cultuur van psychische conformiteit ontstaan onder het mom van diagnosticeren en behandelen. Om hier tegenin te gaan stellen de activisten van *Mad Pride* ook het sociaal model voor, waar disability wordt herkaderd als sociale onderdrukking en de stereotiepe representaties van een "gek" (eigen vertaling van "mad") persoon worden ondermijnd. De *Mad Pride* wil het biomedisch

model echter niet helemaal aan de kant schuiven, maar wil eerder meer keuzevrijheid voorzien voor mensen die vaak verplicht worden om medicatie te nemen en/of opgenomen te worden.

### **2.2.3. Psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven van beschut wonen in Vlaanderen**

Dit onderzoek focust zich op de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT's) en initiatieven van beschut wonen (IBW's) in Vlaanderen. Een PVT biedt residentiële, herstelondersteunende zorg aan volwassenen en ouderen met een ernstige, langdurige, psychiatrische problematiek die gestabiliseerd is (Vlaamse Overheid, z.d.). De bewoners hebben dus geen nood meer aan een psychiatrische opname maar kunnen ook (nog) niet zelfstandig wonen. De PVT biedt een alternatieve woonvorm, waar de bewoners vaak voor lange termijn of zelfs definitief verblijven. Ook zijn er altijd hulpverleners aanwezig. In Vlaanderen zijn er 24 erkende PVT's, met in totaal 1.790 plaatsen voor bewoners (Vlaamse Overheid, 2024).

Ook IBW's bieden herstelondersteunende begeleiding aan volwassenen en ouderen met een ernstige, langdurige psychische problematiek (Vlaamse Overheid, z.d.). Bij een IBW wonen de bewoners meer op een zelfstandige basis, namelijk in een groeps- of individuele woning waar geen permanente begeleiding is. Dit kan in een woongelegenheid van het IBW zelf, of in hun eigen woning. Er zijn 24 IBW's in Vlaanderen.

## **2.3. De seksualiteitsbeleving van mensen met een psychische kwetsbaarheid**

### **2.3.1. Gemedicaliseerde kijk op seksualiteitsbeleving bij mensen met psychische kwetsbaarheid**

Binnen de wetenschappelijke literatuur wordt de seksualiteit van mensen met een psychische kwetsbaarheid veelal vanuit een gemedicaliseerd perspectief bestudeerd. Een voorbeeld hiervan is het boek *Sexual Dysfunctions in Mentally Ill Patients* van Jannini & Siracusano (2018). Het boek beslaat een uitgebreide bespreking van de seksuele disfuncties van mensen met psychische problematieken en hoe deze 'gezezen' kunnen worden. De nadruk ligt op de individuele, biomedische seksuele problematieken waar men mee te kampen kan krijgen in een relatie tot verschillende psychische aandoeningen. Barker & Iantaffi (2015) stellen dat net zoals bij disability, seksualiteit en seksuele problemen in de wetenschappelijke literatuur overheersend benaderd worden vanuit het medisch model. Door te spreken over 'seksuele disfuncties', creëert men een binair idee van wat functioneel en disfunctioneel, normaal en abnormaal is (Barker & Iantaffi, 2015). Op zich kan de medische benaderingswijze een waardevolle bijdrage leveren aan bestaande wetenschappelijke literatuur omtrent de seksualiteitsbeleving bij psychiatrische cliënten, maar uitsluitend het medische model hanteren om psychiatrische cliënten te bestuderen, is te weinig genuanceerd of holistisch (Mulvany, 2000). Leven met een psychische problematiek gaat namelijk niet enkel over de individuele, biomedische symptomen ervan, maar gaat vaak ook gepaard met bijvoorbeeld financiële moeilijkheden, werkloosheid, sociale isolatie en een lagere levensstandaard in het algemeen. Daarom is het belangrijk om disability ook als maatschappelijk probleem te

bestuderen, wat men tracht te doen met het 'sociaal model' (Waldschmidt, 2018). Dit model is een antwoord op het medisch model, waar de sociale onderdrukking van mensen met een beperking centraal komt te staan en disability wordt beschouwd als sociaal construct in plaats van een individueel probleem. Het is echter van belang om dit sociaal model te nuanceren, aangezien het nogal kort door de bocht is om alle psychische problematieken als 'sociale constructen' te bestempelen (Mulvany, 2000). Mulvany (2000) beargumenteert dat het vooral van belang is om bredere sociaal-structurele factoren zoals armoede, ongelijkheid, uitsluiting en discriminatie meer in het daglicht te brengen als het gaat over mensen met een psychische kwetsbaarheid.

### **2.3.2. Sociaal-structurele factoren**

Zoals Mulvany (2000) aanhaalt, is het van belang om het te enge medische model aan te vullen met het sociaal model. Zo stellen Barker & Iantaffi (2015) dat zowel binnen *disability studies* als *sexuality studies* het sociaal model een enorme meerwaarde biedt. In dit onderdeel kijken we naar wetenschappelijke literatuur die vertrekt vanuit dit sociaal model op disability en kijkt naar sociaal-structurele factoren in de seksualiteitsbeleving van personen met een psychische kwetsbaarheid.

#### **2.3.2.1. Seksuele isolatie door sociaal-structurele barrières**

Het verband tussen sociale ongelijkheid en psychische problemen is een veel onderzocht thema in sociologisch onderzoek. Veel studies bevestigen dat psychische problematieken zowel een oorzaak als een gevolg kunnen zijn van sociale uitsluiting (Davey & Gordon, 2017; Morgan et al., 2007; Payne, 2006). Zo ervaren mensen met een psychotische stoornis verschillende vormen van sociale uitsluiting, zoals een moeilijkere toegang tot diensten en een lagere sociale integratie, waardoor hun levenskwaliteit afneemt (Killaspy et al., 2014).

Wright et al. (2007) spreken over seksuele isolatie bij mensen met een ernstige psychische problematiek. Uit hun onderzoek blijkt dat deze mensen een aantal barrières ondervinden voor het vinden van een partner, die gelinkt zijn met de structurele discriminatie en stigmatisering van mensen met een psychische kwetsbaarheid. De grootste drempel die in het onderzoek naar voren komt, is de moeilijke toegang tot potentiële partners. De respondenten geven verschillende structurele barrières aan die het hen moeilijker maken om mensen te leren kennen: weinig opportuniteiten om nieuwe mensen te leren kennen (door bijvoorbeeld in een groepswooning te leven en daarbuiten niet veel mensen te zien), een beperkt budget hebben (en daardoor niet naar locaties of evenementen kunnen gaan waar je mensen kan leren kennen) en geen toegang tot transport. Een andere uiting van deze structurele discriminatie is dat het dagelijkse leven met een ernstige psychische problematiek voor de respondenten in de weg komt te staan om bezig te zijn met seksuele en/of romantische relaties (Wright et al., 2007). Dagelijkse moeilijkheden van een moeilijkere woonsituatie en worstelen met het vinden van een job zorgen voor de perceptie dat er geen tijd meer over is voor het aangaan van relaties. De auteurs concluderen dat voor mensen met

een serieuze psychische problematiek er veel specifieke barrières zijn voor het hebben van seksuele contacten die te maken hebben met de labeling en structurele discriminatie van deze doelgroep.

### **2.3.2.2. Impact van (zelf)stigmatisering op relaties/seksualiteitsbeleving**

Goffman (1963) beschrijft stigma als “het fenomeen waarbij iemand met een eigenschap, die ongewenst is door zijn gemeenschap, afgewezen wordt omwille van die eigenschap”. Door het stigma wordt het individu geherclassificeerd in de samenleving naar de sociaal ongewenste categorie, in dit geval ‘de mentaal gestoorde’. Mensen met een psychische kwetsbaarheid worden vanuit dit perspectief gezien als één van de meest gestigmatiseerde groepen in de maatschappij (Overton & Medina, 2008). Dit ervaren stigma kan voor mensen met een psychische problematiek aanvoelen als een barrière voor het beleven van seksualiteit en relaties (De Jager & McCann, 2017).

Rüsch, Angermeyer & Corrigan (2005) plaatsen tegenover het publieke stigma het concept ‘zelfstigma’, waar de negatieve sociale percepties worden geïnternaliseerd. Dit geïnternaliseerd stigma heeft een grote negatieve impact op het zelfbeeld en gevoel van eigenwaarde van een persoon (Hatzenbeuhler, Phelan & Link, 2013). Mensen met een serieuze psychische problematiek ervaren vaker hoge levels van dit geïnternaliseerd stigma (Drapalski et al., 2013). Dit stigma kan eveneens een grote rol spelen in moeilijkheden met het vormen en onderhouden van relaties voor mensen met een ernstige psychische problematiek (Wright et al., 2007). In het kwalitatief onderzoek van Wright et al. (2007) geven mensen met een psychische problematiek aan dat ze bang zijn om zichzelf bloot te stellen en gekwetst te worden, en bleek het vertrouwen van anderen een moeilijke kwestie. Ook komt het gevoel van waardeloos en ongewild te zijn naar boven bij de respondenten, wat de onderzoekers linken met het geïnternaliseerde stigma rond psychische problematieken. Daarnaast is er sprake van een geanticipeerd stigma, waar personen met een psychische kwetsbaarheid soms al op voorhand verwachten om afgewezen te worden (Wright et al., 2007). Onderzoekers spreken over het belang van interventies in de hulpverlening om actief het zelfstigma bij personen met een psychische kwetsbaarheid aan te pakken, aangezien dit een grote factor is in de sociale uitsluiting van de doelgroep (Killaspy et al., 2014).

### **2.3.3. Invloed psychische problematiek en medicatie**

Buiten de sociale en contextuele factoren die impact hebben op de seksualiteitsbeleving van mensen met een psychische kwetsbaarheid, is er natuurlijk ook nog de directe impact van hun psychische problematiek zelf en de invloed van medicatie. De aard van iemands psychische problematiek kan veel invloed hebben op de seksualiteitsbeleving van die persoon (Raja & Azzoni, 2003). Het gebrek aan intieme relaties of een verslechterde fysieke of mentale gezondheidstoestand kan ertoe leiden dat meer extreme seksuele handelingen worden gesteld, of dat de algemene seksualiteitsbeleving net daalt voor deze persoon (Montejo et al., 2018). Zo hebben vrouwen met schizofrenie meer kans om aangerand of ongepland zwanger te worden (Cogan, 1998), en ervaren personen met een depressieve stoornis vaker een verminderd seksueel verlangen als symptoom (Phillips & Slaughter, 2000).



Medicatie kan ook een negatieve invloed hebben op de seksualiteitsbeleving van mensen met een psychische problematiek. Veel soorten psychofarmaca (medicatie die genomen wordt voor psychische problematieken) hebben een negatieve impact op iemands libido, seksuele prestaties en algemene seksualiteitsbeleving (Montejo et al., 2018). Indien de gezondheidstoestand van de cliënt betert door psychofarmaca, maar een ongewenste bijwerking intussen het seksueel vermogen aantast, kan dit leiden tot een probleem dat moeilijk ter sprake wordt gebracht. Pretorius et al. (2021) constateren dat cliënten zelf geen probleem ondervinden om dit soort gevoelige informatie te delen, maar dat artsen te weinig doorvragen over seksuele problemen. In sommige gevallen verhoogt de seksuele tevredenheid naarmate de mentale gezondheid verbetert, maar waar dit niet zo verloopt, is een verhoogde aandacht naar de seksuele noden van cliënten met een psychische kwetsbaarheid vereist (Montejo et al., 2018).

## **2.4. Geestelijke gezondheidszorg en seksualiteit**

In dit onderdeel bespreken we de seksualiteitsbeleving van cliënten/bewoners in de geestelijke gezondheidszorg. We bespreken de houding van hulpverleners omtrent het thema, maar ook het algemene klimaat vanuit de psychiatrische instelling (zowel formeel beleid als meer impliciete culturele aspecten binnen de organisatie).

### **2.4.1. (Gebrek aan) beleid rond seksualiteit in geestelijke gezondheidszorg**

In geestelijke gezondheidsvoorzieningen is er vaak een gebrek aan (duidelijk) beleid rond de seksualiteitsbeleving van cliënten/bewoners (Anex et al., 2023; Dobal & Torkelson, 2004; Ruane & Hayter, 2008). Onderzoek toont aan dat beleid rond seksualiteit in langetermijn GGZ-voorzieningen vaak inconsistent en onduidelijk is (Dobal & Torkelson, 2004). Met 'onduidelijk' beleid bedoelen de onderzoekers bijvoorbeeld het vermelden van het belang van de seksuele rechten van mensen met een psychische kwetsbaarheid, maar er dan niet verder op ingaan, of het voorzien van condooms, maar het onderwerp seksualiteit niet verder kaderen. Dit gebrek aan duidelijk beleid zorgt voor veel ruimte voor de persoonlijke interpretatie van de hulpverleners, waardoor de individuele insteek van de hulpverlener centraal komt te staan (Ruane & Hayter, 2008). Ook kan dit ervoor zorgen dat de hulpverleners niet optimaal ingaan op de vragen rond seksualiteit van de cliënten (Anex et al., 2023). Bovendien stellen Anex et al. (2023) dat de maatschappelijk dominante opvattingen over seksualiteit een hindernis zijn bij het ontwikkelen van een beleid errond. Het heersende taboe rond seksualiteit kan er dus voor zorgen dat seksualiteit geen grondig ingebed thema is in het beleid van GGZ-instellingen.

### **2.4.2. Houding van hulpverleners in een psychiatrische omgeving tegenover seksualiteitsbeleving: mate van bespreekbaarheid**

Hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg hebben een grote impact op de leefwereld van hun cliënten. Earle (2001) stelt dat het de taak is van de hulpverleners om de barrières die mensen met

een psychische kwetsbaarheid meemaken te helpen verkleinen, en de cliënten te voorzien met de juiste informatie en toegankelijke services die bestaan omtrent seksualiteitsbeleving. In de praktijk blijft seksualiteit een onderwerp dat voor hulpverleners in de GGZ om verschillende redenen moeilijker te bespreken is (Quinn, Happell & Brown, 2011; Bungener et al., 2022; Vanwezemael, 2016).

In een Nederlands onderzoek naar het bespreken van seksualiteit bij psychiatrische cliënten onder de 18 jaar, komt naar voren dat zorgprofessionals binnen mentale hulpverlening seksualiteit vaak wel als belangrijk thema beschouwen, maar dat ze er toch nog weinig over praten met hun (jongere) cliënten (Bungener et al., 2022). 99,5% van de respondenten (n = 242) uit het onderzoek (psychiaters, psychologen, counselors etc.) gaven aan seksualiteit een belangrijk onderwerp te vinden om te bespreken met hun cliënten, en slechts 17,1% gaven aan het onderwerp effectief te bespreken met de meerderheid (3/4 of meer) van hun cliënten. Ook bijvoorbeeld de seksuele neveneffecten van psychofarmacagebruik werden infrequent meegegeven, slechts in 20,3% van de gevallen. De vaakst voorkomende redenen die de hulpverleners aangeven waarom seksualiteit een weinig besproken onderwerp blijft, zijn (1) een gebrek aan kennis over seksualiteit; (2) eigen gevoelens van ongemak bij het onderwerp; (3) de veronderstelling dat de cliënt zich zou schamen.

In het onderzoek van Quinn, Happell & Brown (2011) komt ook naar voren dat hulpverleners soms het gevoel hebben dat het onderwerp van seksualiteit niet bij hun job hoort, aangezien ze er geen expertise rond hebben. Dit gebrek aan kennis over seksualiteit binnen de GGZ is een factor die kan bijdragen aan een negatievere attitude tegenover de seksualiteitsbeleving van de cliënten (Hartog, 2009). Hulpverleners in GGZ-instellingen geven zelf ook aan dat ze meer training en opleiding rond seksualiteit en seksuele gezondheid willen (Urry et al., 2023). Enkele respondenten uit het onderzoek willen meer vormingen specifiek over genderidentiteit en seksuele voorkeur. Ook vragen ze om een betere toegang tot relevante informatie, waar het effectief delen van informatie omtrent seksualiteit tussen peers centraal staat. Zo is er ook vaak een gebrek aan kennis omtrent het doorverwijzen naar andere instanties of organisaties die de cliënten verder kunnen helpen omtrent hun seksualiteitsbeleving, en is het belangrijk dat deze mogelijkheden in doorverwijzingen ook gecommuniceerd worden (Urry et al., 2023).

#### **2.4.3. Seksualiteitsvriendelijker klimaat?**

In verschillende onderzoeken is er wel een positieve houding van de hulpverlener ten aanzien van de seksualiteit van de psychiatrische cliënten te vinden (Bungener et al., 2022; Hartog, 2009; Vanwezemael, 2016). Een belangrijke factor of drempel in het kunnen benaderen en bespreekbaar maken/houden van de seksualiteitsbeleving bij psychiatrische cliënten is de seksualiteitscultuur binnen de instelling en het beleid errond (Hartog, 2009; Wright et al., 2007). De restrictieve houding op vlak van seksualiteit in psychiatrische settings is een bijdragende factor aan de seksuele isolatie van mensen met een psychische kwetsbaarheid (Wright et al., 2007). Een aantal respondenten (mensen met een psychische problematiek) uit het onderzoek geven aan dat ze hun seksualiteit niet

kunnen beleven door regulaties, sancties of de algemene houding tegenover seksualiteit in de instelling waarin ze zitten. In sommige behandelingsprogramma's zijn er expliciete regels tegen enige vorm van seksualiteitsbeleving, maar in andere geven de respondenten aan dat de eerder impliciete attitudes van de hulpverleners restrictief aanvoelen, waardoor seksualiteit niet beleefd kan worden. Hulpverleners in GGZ-instellingen geven zelf ook het belang aan van steun van hun collega's en leidinggevenden in het onderwerp seksualiteit (Urry et al., 2023). Zo hebben de hulpverleners uit het onderzoek het gevoel dat ze hun collega's en leidinggevenden nodig hebben om seksualiteit bespreekbaarder te maken, en dat ze dit niet alleen kunnen. Deze *peer support* helpt bij bijvoorbeeld het oplossen van therapeutische dilemma's op vlak van seksualiteit en het delen van relevante kennis of middelen omtrent het onderwerp.

De aanwezigheid van impliciete attitudes van zorgverleners tegenover seksualiteit bij deviante gezondheidskenmerken is soms onderhevig aan de tijdgeest en paradigmashifts. HIV/AIDS kan als voorbeeld gebruikt worden van een verandering in negatieve attitudes naar een meer algemeen aanvaarde attitude over deze aandoening. Voornamelijk in de opkomst van HIV bestonden negatieve attitudes uit angst (voor verspreiding), misinformatie en algemeen negatieve stereotypen over de getroffen populatie, wat de zorg en de relatie tussen de cliënt en de hulpverlener in een negatieve zin kan beïnvloeden (Deetlefs et al., 2003). Sindsdien hebben sensibiliseringscampagnes, educatie, voorspoed in behandelingen en sociale steun vanuit de omgeving ervoor gezorgd dat er nu openlijker over HIV kan gepraat worden. Deze openheid zorgt niet alleen voor betere preventie maar daarenboven ook voor een betere behandeling van cliënten (Arias-Colmenero et al., 2020). Het afbouwen van deze stigma's zorgde ervoor dat cliënten meer vrijuit konden praten over hun aandoening en ingevolge ook over hun seksualiteit (Burchardt, 2013). Een dergelijke paradigmashift in het denken over seksualiteit bij mensen met een psychische kwetsbaarheid zou deze populatie kunnen helpen in alle facetten van hun behandeling.

### 3. Probleemstelling

Personen met een psychische kwetsbaarheid worden op verschillende manieren gediscrimineerd en vergeten in onze samenleving (Burns, 2013). Ondanks het VN-verdrag inzake de Rechten voor Personen met een Handicap, waarin de seksuele rechten van mensen met een beperking worden benadrukt (Sorée, 2010), ervaren mensen met een psychische kwetsbaarheid nog steeds drempels in hun seksualiteitsbeleving. Wright et al. (2007) spreken van een seksuele isolatie bij mensen met een ernstige psychische problematiek, onder andere door het ervaren en het geïnternaliseerde stigma. Ook in de wetenschappelijke literatuur wordt de seksualiteit van mensen met een psychische kwetsbaarheid nog te vaak via het medisch model benaderd (Barker & Iantaffi, 2015). In dit onderzoek vertrekken we vanuit het sociaal model, dat nadruk legt op het belang van de maatschappelijke, sociale context van een ‘beperking’ (Waldschmidt, 2018).

In de geestelijke gezondheidszorg is de seksualiteitsbeleving van mensen met een psychische kwetsbaarheid een onderwerp dat als moeilijker ervaren wordt (Bungener et al., 2022; Earle, 2001; Quinn, Happell & Brown, 2011). De houding binnen de GGZ op vlak van de seksualiteitsbeleving van hun cliënten kan immers op meerdere manieren restrictief zijn of zo aanvoelen (Earl, 2001; Urry et al., 2023; Wright et al., 2007). Recente onderzoeken tonen dat hulpverleners binnen de GGZ seksualiteit een belangrijk onderwerp vinden, maar dat er verschillende drempels zijn in het bespreken van seksualiteit (Anex et al., 2023; Bungener et al., 2022; Hartog, 2009; Quinn, Happell & Brown, 2011; Ruane & Hayter, 2008; Urry et al., 2023; Vanwezemael, 2016). De ervaren drempels zijn onder andere een gebrek aan kennis omtrent seksualiteit, een gebrek aan het delen van informatie, gevoelens van ongemak bij het onderwerp, de veronderstelling dat de cliënt zich zou schamen bij het bespreken van seksualiteit, het onduidelijk beleid rond seksualiteit en de restrictieve seksualiteitscultuur binnen de instelling (bijvoorbeeld door gebrek aan steun rond het onderwerp van collega’s of leidinggevenden).

Dit onderzoek wil nagaan hoe hulpverleners binnen psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven van beschut wonen in Vlaanderen zich verhouden tegenover de seksualiteitsbeleving van hun bewoners. De onderzoeksvraag luidt:

*“Welke houding nemen hulpverleners in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg aan ten opzichte van de seksualiteitsbeleving van hun cliënten/bewoners?”*

Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden, zullen we kijken naar het kader waarin de hulpverleners de seksualiteitsbeleving van de bewoners benaderen. We onderzoeken hoe de hulpverleners kijken naar gesprekken over seksualiteit, wie het gesprek initieert en op welke manier, hoe de hulpverleners zich positioneren in de context van het IBW of de PVT tegenover seksualiteit (beleid en impliciete cultuur tegenover seksualiteit).

Bij het beantwoorden van de onderzoeksvraag peilen we ook naar mogelijke barrières die de hulpverleners ervaren in het onderwerp van seksualiteit binnen het IBW of de PVT. Daarom luidt de bijvraag:

*“Welke barrières of moeilijkheden ervaren hulpverleners rond de seksualiteitsbeleving van bewoners binnen de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg?”*

Met dit onderzoek vullen we de besproken literatuur aan met een exploratie van de actuele houding van en drempels voor hulpverleners in Vlaamse GGZ-instellingen. Dit onderzoek wordt gevoerd met het doel om Aditi vzw te ondersteunen. De onderzoeksresultaten zullen worden gebruikt binnen hun beleidsaanbevelingen en in de vormingen van zorgverleners.

## **4. Methodologie**

### **4.1. Kwalitatieve benadering**

Het doel van deze studie is om te achterhalen welke houding hulpverleners in psychiatrische zorgtehuizen en initiatieven van beschut wonen hebben tegenover de seksualiteitsbeleving van hun cliënten. Hierbij staat de eigen betekenisgeving centraal, en is het van belang om zo goed mogelijk te begrijpen wat de respondenten bedoelen en hier verder op in te kunnen gaan. Daarom gaat deze masterproef uit van een kwalitatieve aanpak, waar aan de hand van semi-gestructureerde diepte-interviews een antwoord zal worden getracht te formuleren op de onderzoeksvraag. Dit houdt in dat de hoofdvragen en het onderwerp voor de interviews al vastlagen, maar er tijdens de interviews nog kan worden afgeweken van die vaststaande topics of dieper ingegaan op de antwoorden van de respondenten (Mortelmans, 2013). Het is namelijk van belang dat er genoeg ruimte is om verder in te gaan op wat de respondent aangeeft, zodat de percepties en attitudes zo nauwkeurig mogelijk in beeld kunnen worden gebracht.

Op basis van de literatuurstudie is er een topic-/vragenlijst opgesteld. Tijdens de periode waarin de interviews werden afgelegd, is de vragenlijst soms lichtjes aangepast. De hoofdvragen en topics peilen naar hoe men als hulpverlener in een IBW of PVT kijkt naar en omgaat met het onderwerp van seksualiteit tegenover de bewoners. De opgestelde topiclijst is te vinden in bijlage (1).

### **4.2. Onderhandelen van toegang**

Er is gebruikt gemaakt van een explorerende steekproef, aangezien de populatie van zorgprofessionelen in IBW's en PVT's vrij beperkt is. Om de respondenten te bereiken, werd er rechtstreeks ge-e-mailed naar verschillende IBW's en PVT's die werkzaam zijn in Oost- en West-Vlaanderen. In deze mail werd de opzet van dit onderzoek meegegeven met de vraag of er hulpverleners interesse hadden in een interview face to face of via videogesprek (de keuze werd aan hen overgelaten) omtrent de seksualiteitsbeleving van de bewoners. Op deze manier zijn alle veertien respondenten gevonden. De hulpverleners hebben de onderzoeker ofwel zelf gecontacteerd, ofwel werd hun e-mailadres verstrekt via een andere partij binnen de organisatie waaraan ze gemeld hadden geïnteresseerd te zijn in het interview. Er werd via e-mail een dag, tijdstip en locatie vastgelegd met elke respondent. De oproep ter onderhandeling van toegang met de hulpverleners kan worden teruggevonden in bijlage (2).

Het is belangrijk om een methodologische kanttekening te maken bij deze manier van verzamelen van respondenten. Aangezien alle respondenten op eigen initiatief hebben aangegeven dat ze interesse hebben in het interview, kan dit zorgen voor een selectiebias. De hulpverleners deden namelijk aan zelfselectie door te kiezen om mee te doen aan het onderzoek. Er werd op voorhand duidelijk gezegd dat het interview over de seksualiteitsbeleving van de bewoners gaat, dus de respondenten die daar actief interesse in tonen, zijn waarschijnlijk al bezig met het onderwerp of er op zijn minst niet door afgeschrikt. In een kwalitatief onderzoek is het hoe dan ook niet de bedoeling

om de data naar een hele populatie te kunnen veralgemenen, maar toch blijft het belangrijk om bij de beperkingen van zelfselectie stil te staan (ook al is deze vorm van selectiebias nagenoeg onvermijdelijk bij interviews). Hulpverleners die helemaal niet graag met het onderwerp van seksualiteit bezig zijn, zullen vermoedelijk ook minder snel interesse tonen in een vrijwillig diepte-interview dat daarover gaat.

### **4.3. Steekproef**

In totaal zijn er veertien diepte-interviews afgelegd. Van deze veertien is de opname van één interview mislukt, waardoor deze jammer genoeg niet mee kan opgenomen worden in de analyse. Een ander interview werd ook niet opgenomen in deze studie, aangezien de respondent minder contact bleek te hebben met de bewoners (op driemaandelijke basis, soms vaker). De rest van de respondenten hebben minstens op wekelijkse basis contact met de cliënten, waardoor er werd besloten om enkel deze op te nemen in de analyse. Van de veertien interviews zijn er dus twaalf effectief geanalyseerd om een antwoord te formuleren op de onderzoeksvraag.

De respondenten mochten zelf kiezen of het interview face-to-face of online (via videogesprek, meestal Microsoft Teams) verliep. Van de twaalf interviews verliepen er negen face-to-face en drie online. De interviews duurden gemiddeld 45 minuten. Deze interviews werden afgelegd in de periode van februari tot maart 2023. Er is geen rekening gehouden met demografische verhoudingen van gender of leeftijd, deze data zijn ook niet opgevraagd.

Van de twaalf respondenten zijn er zeven die in een initiatief voor beschut wonen werken en vijf in een psychiatrisch verzorgingstehuis. Er is een benoembaar verschil tussen de twee, aangezien bewoners in een IBW vaak veel meer privacy krijgen en de zorgprofessionals minder vaak zien. Een PVT is daarentegen residentieel en er zijn altijd hulpverleners aanwezig. Ook is het in een PVT vaak het geval dat de bewoners geen aparte kamer hebben en met twee op dezelfde kamer slapen. In de resultaten en discussie halen we privacy als issue binnen PVT's apart aan.

De interviews vonden plaats op een locatie naar keuze van de respondent. In de praktijk betekende dit dat alle negen interviews die face-to-face waren, plaatsvonden op de werkplek van de respondenten.

### **4.4. Analysemethode**

Om de data te analyseren, maken we gebruik van thematische analyse als methode. Thematische analyse helpt ons patronen/thema's in een dataset te identificeren, analyseren en rapporteren (Braun & Clarke, 2006). Deze analysemethode leunt aan bij de exploratieve aanpak van dit onderzoek, aangezien het een inductief karakter heeft door de thema's te laten afhangen van wat er doorheen de interviews wordt gevonden (en zo bijvoorbeeld de topiclijsten aan te passen tijdens de interviewperiode).

Voor de analyse kan plaatsvinden, worden er verslagen opgemaakt van de interviews. Dit houdt in dat er in grote lijnen wordt getranscribeerd wat er wordt gezegd, enkel de stukken die irrelevant zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag zijn weggelaten. De woorden en uitdrukkingen van de respondenten worden letterlijk overgenomen in de verslagen.

Om de thema's in de interviews te kunnen herkennen, worden de verslagen ervan eerst gecodeerd in drie stappen: open codering, axiale codering en selectieve codering (Mortelmans, 2013). De eerste fase, de open codering, geeft de belangrijke stukken tekst aan, waar de betekenisgeving van de respondent getoond wordt. Deze onderdelen kunnen niet op voorhand vastgelegd worden, aangezien het gaat over specifieke formuleringen vanuit de respondent zelf. Daar worden de codes uitgehaald die relevant zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Vervolgens is er de axiale codering, waar de codes met elkaar in relatie worden gebracht. De laatste stap is de selectieve codering, waar de codes met elkaar verbonden worden en er een theorie kan worden gevormd. Via dit cyclisch codeerproces worden de thema's en patronen doorheen de interviews geïdentificeerd en in relatie gebracht met de voorafgaande literatuurstudie.

Om de data extra betrouwbaar te maken, is er gebruikgemaakt van respondentenvalidatie. Dit gebeurde door elke respondent het verslag van het interview nadien op te sturen via e-mail met de vraag of alles goed begrepen is, of ze iets willen veranderen of willen aanvullen. Vier van de twaalf respondenten lieten weten dat ze het hebben doorgenomen en het in orde leek/niets meer toe te voegen hadden. De andere acht hebben niet meer geantwoord.

#### **4.5. Ethisch aspect**

De seksualiteitsbeleving van bewoners in IBW's en PVT's kan een vrij gevoelig onderwerp zijn om te bespreken. Het is de verantwoordelijkheid van de onderzoeker om ethische gevoeligheden te anticiperen en er voor, tijdens en na het interview rekening mee te houden. Mortelmans (2013) spreekt over drie soorten ethiek: procedurele, situationele en relationele ethiek.

De procedurele ethiek heeft betrekking tot de privacy van de respondenten. De interviews werden opgenomen met het (mondelijke) *informed consent* van de respondent. Er is dus voor elk interview expliciet gevraagd of ze toestemming gaven om het interview op te nemen. Deze audiofragmenten zijn opgeslagen om de verslagen van de interviews te kunnen uitschrijven. Deze opnamen werden enkel met dit doeleinde gebruikt en zijn achteraf vernietigd. Ook is de anonimiteit van de respondent gegarandeerd: er worden geen namen gebruikt, noch van personen, noch van organisaties of steden. De identiteit van de respondenten kan dus niet worden nagegaan via de data die in het onderzoek wordt besproken.

De situationele ethiek gaat over het interview in de praktijk. De respondent mocht zelf kiezen waar en op welke manier (face-to-face of online) het interview zich afspeelde. Aangezien seksualiteitsbeleving een gevoelig thema kan zijn, werd er op voorhand nagedacht over hoe dit



onderwerp aangekaart kan worden om het interview zo comfortabel mogelijk te houden voor de respondent.

Ten slotte is er de relationele ethiek, wat betrekking heeft tot de relatie tussen onderzoeker en respondent. Tijdens de interviews bleef deze interactie respectvol en eerbiedig langs beide kanten. Het was belangrijk om zonder oordeel te luisteren naar de respondenten, en een evenwichtige balans te houden tussen genoeg afstand bewaren en connectie opzoeken in het kader van het interview. Het ethisch reflectiedossier is te vinden in bijlage (3).

## 5. Resultaten

In dit deel bespreken we de resultaten van de twaalf diepte-interviews met hulpverleners in IBW's en PVT's. We vertrekken vanuit de context: wat de respondent heeft aangehaald over het beleid rond en de houding tegenover seksualiteit in het IBW of de PVT waarin ze werken. Vervolgens bespreken we de gesprekken die de hulpverleners wel of niet hebben over seksualiteitsbeleving met de bewoners: wie daarin het initiatief neemt en welke taal ze hiervoor gebruiken. Dan gaan we dieper in op wat de respondenten aanhalen als moeilijkheden binnen het thema of muren waartegen ze botsen in (gesprekken over) seksualiteitsbeleving met bewoners binnen de IBW of PVT.

### 5.1. Context

#### 5.1.1. Kennis van beleid of tools omtrent seksualiteitsbeleving in IBW/PVT

De meeste respondenten halen aan dat er rond seksualiteit weinig of geen protocol of beleid is in de IBW's en PVT's. Rond andere gevoelige onderwerpen zoals suicide, drugs en alcohol zijn er meestal een uitgebreid beleid, tools of methodieken als houvast om bewoners binnen deze thema's te begeleiden. Het merendeel van de respondenten benadrukt dat dit nog ontbreekt bij het thema van seksualiteit.

Een aantal respondenten spraken wel van een visietekst en/of werkgroep rond seksualiteit binnen hun IBW of PVT. De visietekst werkt een soort standpunt uit tegenover seksualiteit, en er wordt in benadrukt dat dit een essentieel deel is van iemands leven. De werkgroepen zitten samen aan tafel rond het onderwerp, dit kan gaan over de seksualiteitsbeleving van bewoners maar ook bijvoorbeeld over de veiligheid van de hulpverleners op vlak van grensoverschrijdend gedrag. De respondenten die spreken over de visietekst of werkgroep geven aan dat dit nog maar recent in hun IBW of PVT bestaat, dus dat ze de impact ervan nog niet helemaal kunnen inschatten.

Eén respondent is de referentiepersoon rond seksualiteit binnen het IBW waar ze werkt. Zij heeft vormingen gevolgd omtrent het onderwerp en dient als een aanspreekpunt voor collega's wanneer ze op een moeilijkheid botsen omtrent de seksualiteitsbeleving van de bewoners die ze begeleiden.

*"[...] Vandaar nu ook die insteek van die referentiepersonen. Als een collega voelt van: dat zou hier wel goed zijn dat dat toch wat opengetrokken wordt, en ik heb zelf wat weerstand, dat wij ook kunnen aangesproken worden daarrond."*

Wat natuurlijk van belang is, is de kennis die de hulpverleners hebben van het bestaan van beleid, tools, methodieken en de visietekst omtrent seksualiteit. Het bestaan van een beleid rond seksualiteit betekent nog niet meteen dat iedereen er effectief kennis van heeft. Zo vertelt een respondent (hoofdverpleegkundige) uit een PVT dat zij en de medewerkers heel open staan tegenover seksualiteit en er dan ook een visietekst is die dit benadrukt. Een begeleider uit dezelfde PVT geeft echter aan dat ze geen kennis heeft van het bestaan van deze visietekst en vindt dat er niet

zoveel over seksualiteit wordt gepraat. Om dit te schetsen halen we van beide personen een citaat aan:

*"[...] Als die vragen komen zijn we daar heel open in en [is het] zeker bespreekbaar. Wij hebben ook een visietekst rond relaties en seksualiteit. [...] Dat is dan duidelijk ook voor iedereen van: wat kan, wat kan niet, wat is mogelijk?"*

*"Ik zie toch dat er hier heel veel taboe eigenlijk nog bestaat over intimiteit en zo. [...] Bijvoorbeeld een paar bewoners, dat zij wel de boodschap geven dat zij seksuele behoeftes hebben, en dat daar zo weinig aandacht aan wordt gegeven, dat merk ik wel. [...] Ik durf eigenlijk geen antwoord te geven want ik denk niet dat er hier een vast protocol bestaat, regels of niet echt eigenlijk."*

Dit geval benadrukt dat het bestaan van een beleid of visietekst rond seksualiteit onvoldoende is om het onderwerp ook effectief bespreekbaar en toegankelijk te maken. Het informeren en opleiden van alle hulpverleners is essentieel om beleid te implementeren (meer hierover bij '5.3.3. Kennis over het onderwerp').

Dit gebrek aan kennis omtrent het beleid rond seksualiteit komt bij een andere respondent ook naar boven, die aangeeft dat hij niet zeker is of er een beleid is en dat het alvast niet is gecommuniceerd.

De meerderheid van de respondenten benadrukken dat door het gebrek aan beleid rond seksualiteit, de aanpak als het gaat over thema erg individueel is en afhangt van de begeleider zelf en hoe die staat tegenover het onderwerp.

*"Da's vooral op individuele basis heb ik de indruk. Je hoort dat ook van collega's dat sommige collega's daar ook wel zelf liever niet over praten, dat die zelf liever willen afscheiden of dat misschien zelf persoonlijk ook minder belangrijk vinden in een begeleiding. Andere collega's zijn daar wel heel erg open over, het is heel erg wisselend."*

Het grote merendeel van de respondenten zou het handig vinden om meer tools of methodieken om handen te hebben om die gesprekken rond seksualiteitsbeleving te starten.

Enkele respondenten geven aan dat ze persoonlijk geen tools of methodieken nodig hebben, omdat ze de gesprekken over seksualiteitsbeleving spontaan voeren en ze het gevoel hebben dat dit wel vlot gaat bij bewoners. Dit sluit echter niet uit dat ze wel denken dat tools of methodieken voor bijvoorbeeld andere collega's wel van pas zouden komen, door de individuele aanpak van het onderwerp en aangezien niet iedereen er even open of comfortabel in is.

*"Ge hebt ook misschien collega's die op een vrijere manier met seksualiteit omgaan dan anderen. Want eigenlijk, iedereen beleeft zijn seksualiteit op zijn eigen manier en da's ook individueel gevonden. Maar hoe kan je er dan voor zorgen dat je toch ergens een soort aanpak hebt dat iedereen*

*kan volgen? Dat er een soort guidelines zijn of handvaten die je kunt gebruiken. Want nu heb ik de indruk dat iedereen dat een beetje op zijn eigen manier doet. Bij bepaalde hulpverleners gaat dat onderwerp misschien nooit ter sprake komen en bij anderen wel.”*

Voor sommige respondenten is een vast protocol dus niet per se nodig en verkiezen een spontane aanpak in de begeleiding. De meeste respondenten benadrukken wel dat een duidelijker beleid, tools en methodieken welkom zijn voor zichzelf en/of voor collega's die moeite hebben met het onderwerp.

Sommigen halen ook de valkuilen van een vast beleid of vaste methodieken aan. Een respondent vergelijkt dit met de tool die ze hebben rond zelfmoord:

*“Ik weet niet of als er een tool is, of ik dat direct een goed idee vind, omdat dat zo heel geforceerd is. Als we nu die tool hebben van suïcidereflex, denk ik van: oh nee, ik ben dat vergeten vragen. Om de 3 maand moet ik dat bevragen en screenen, da's heel administratief. En met sommigen lach ik daarmee, van: ik moet weer vragen of ge denkt aan zelfmoord.”*

### **5.1.2. Houding tegenover seksualiteitsbeleving van bewoners vanuit IBW/PVT**

Nu gaan we dieper in op de meer informele houding vanuit het IBW of de PVT tegenover seksualiteitsbeleving. Hiermee bedoelen we hoe vaak er effectief gepraat wordt over seksualiteit tussen bijvoorbeeld collega's of vanuit de leidinggevende, en hoe de respondenten aanvoelen of er ruimte is voor het onderwerp.

Een respondent haalt aan dat binnen haar IBW seksualiteit enkel besproken wordt onder collega's in een problematische context. Hiermee bedoelt ze dat het onderwerp enkel naar boven komt op bijvoorbeeld teamvergaderingen wanneer een bewoner grensoverschrijdend gedrag heeft gesteld of zelf iets grensoverschrijdend heeft meegemaakt.

*“Vaak wordt er pas over gesproken als er iets ergs gebeurt rond seks of relaties, iets tussen bewoners dat niet oké is of zo. Dan wordt het wel besproken, maar het wordt nooit besproken op: hoe kunnen we hier iets mee doen, hoe kunnen we dit bespreekbaarder maken of mee aan de slag gaan? Dat eigenlijk niet.”*

Verschillende respondenten geven aan dat er weinig of niet gepraat wordt over seksualiteit op bijvoorbeeld teamvergaderingen. Als het onderwerp toch op tafel komt, wordt er wel over gesproken maar achteraf niets mee gedaan, halen meerdere respondenten aan:

*“Dat<sup>1</sup> is vroeger ooit al eens besproken geweest, maar er is niet echt veel mee gedaan. Maar ik vind dat eigenlijk belangrijk voor de bewoners, dat als ze bepaalde noden hebben, dat daarover kan gecommuniceerd worden over mogelijkheden. Dat mis ik hier soms nog.”*

*“[...] maar er komt ook geen gevolg. Er komt geen weerstand, maar er wordt ook niks rond gedaan, dat merk ik.”*

Ook komt in een aantal interviews naar boven dat de respondenten het gevoel hebben dat seksualiteitsbeleving van de bewoners in het team als een minder belangrijk thema wordt gezien. Een respondent spreekt over de weerstand die ze voelde in het team toen een bewoner de optie van seksuele dienstverlening wilde verkennen. Haar collega's gingen ervan uit dat dit sowieso te duur en te moeilijk ging zijn om te regelen, terwijl niemand eigenlijk het initiatief nam om de mogelijkheden daarin effectief uit te zoeken:

*“[...] dat was al vijf jaar dat hij vroeg om dat eens te verkennen. [...] Dat ik dacht van: wat is dat voor zever, die veronderstellingen: dat gaat te veel kosten, dat gaat te veel tijd innemen, er is een wachtlijst. Ja, als ge dat al vijf jaar zegt, dat vind ik een beetje gek.”*

Uiteindelijk heeft deze respondent hier dan het voortouw in genomen en de bewoner geholpen met stappen zetten naar seksuele dienstverlening.

*“Hij was zo opgelucht, en ik voelde mij dan ook opgelucht, maar in het team kon ik dat veel minder kwijt.”*

Enkele respondenten spreken over de eerder conservatieve aard van het IBW of de PVT door hun christelijke oorsprong (Broeders van Liefde in Oost-Vlaanderen), maar ook de conservatieve houding van de regio:

*“[...] misschien ook omdat dat hier Brugge is, West-Vlaanderen. Da's altijd wel een verschil met Oost-Vlaanderen, da's een heel andere mentaliteit. Hier zijn we nog een beetje te conservatief misschien.”*

Een aantal respondenten halen voorbeelden aan waarvan ze vinden dat er op een positieve manier is ingegaan op de seksuele behoeftes van bewoners. Zo spreken verschillende hulpverleners over situaties die ze hoorden van collega's die bijvoorbeeld seksspeeltjes kochten voor bewoners die daar nood aan hadden. Een respondent gebruikt zo een voorbeeld om te schetsen dat ze een positieve evolutie ziet in de openheid tegenover seksualiteit in de PVT waar ze werkt:

---

<sup>1</sup> Het onderwerp seksualiteit en intimiteit binnen het team van PVT

*“Ik vond het super mooi om te zien, ik was er even niet geweest en ik kom terug, en er was een collega van mij naar een winkel geweest en heeft seksspeelgoed voor hem<sup>2</sup> gekocht. Ik vond dat mooi om te zien, daarvoor gebruikte hij materialen, wc-borstels en zo. Op dat vlak zit er zeker beweging in, dat was niet zonder slag of stoot, we hebben daar wel een beetje voor moeten... Dat is met het jonger publiek, de jongere collega's die gekomen zijn. Ik was de eerste persoon in een heel oud team. En die mensen zijn allemaal met pensioen gegaan en nu heb ik heel veel jongere collega's erbij. Je merkt dat de visie daarrond ook anders is, we staan er opener voor en praten er vlotter over.”*

Ondanks de meer open houding tegenover seksualiteit die de respondent ziet in de PVT, heeft ze dus nog altijd wat weerstand gevoeld, vooral vanuit de hoofdverpleger, die bedenkingen had bij de seksspeeltjes:

*“[...] dat dat niet gepast is of we hem toch niet meer stimuleren om seksueel getinte of gedragingen uit te voeren. Wat niet het geval was, en dan nog. [...] Ik denk dat er ook wel verandering in zit, maar vooral van ons uit, van mensen op de werkvloer zelf uit. En ik denk dat het van hogerhand ook wel gaat komen, maar dat die veel meer tijd nodig hebben. Dat zij wat achter komen op dat vlak. En dat ze wel weten: we moeten daar wat in moderniseren of opener in worden, maar dat dat gelijk niet komt. Misschien omdat ze denken dat het een te moeilijk onderwerp is. Maar zij zitten daar nog niet.”*

Een aantal respondenten hebben het gevoel dat er in hun team wel open over kan worden gepraat en dat ze elkaar inspireren of warm maken om meer kennis op te doen over het onderwerp:

*“Als collega's worden we eigenlijk constant gevormd en zijn er constant uitnodigingen van overal waar onze interesse voor gewekt wordt. Als dat interessant lijkt te zijn voor onze werking, brengen we dat terug op onze teamvergaderingen. [...] Er zijn zodanig veel organisaties en mogelijkheden waarvan we nog geen weet hebben, omdat we gewoon niet weten dat ze bestaan omdat we er niet van op de hoogte zijn. Dus op die manier proberen we dat een beetje warm te houden bij elkaar.”*

Deze respondent spreekt dus over een open klimaat binnen het team tegenover nieuwe kennis over onder andere seksualiteit. Hierbij benadrukt ze wel het gebrek aan kennis over bijvoorbeeld organisaties die werken rond seksualiteit. (Hierover meer bij '5.3.3. Kennis over het onderwerp'.)

### **5.1.3. SRH-behandelingsplan**

De meeste respondenten spreken over het SRH-behandelingsplan ('Steunend Relationeel Handelen'), een methodiek die wordt gebruikt in de GGZ om bewoners te ondersteunen in hun herstelproces. In dit SRH-plan is het thema 'seks en relaties' een onderdeel ervan. Bijna alle respondenten halen aan dat dit thema in het behandelingsplan sneller wordt ingevuld door familie- en vriendschapsrelaties, en dat het luikje seksualiteit vaak ook niet besproken wordt. In dit onderdeel van het SRH-plan wordt

---

<sup>2</sup> Bewoner waar de respondent over sprak.

‘seksualiteit’ ook niet in elke IBW of PVT expliciet benoemd. Eén van de respondenten wijst erop dat in de SRH-opleiding gesproken werd over ‘sociale relaties inclusief intimiteit en seksualiteit’, terwijl deze term in het SRH-plan waar het IBW nu mee werkt veralgemeend is naar ‘relaties’. Dit thema op het behandelingsplan is dus breed en vatbaar voor interpretatie, wat er weer voor zorgt dat de individuele aanpak van de hulpverlener centraal staat. Ook halen enkele respondenten aan dat er binnen het SRH-behandelingsplan soms geen of weinig aandacht aan het thema ‘seksualiteit’ wordt besteed:

*“Relaties en seksualiteit is wel een thema in het SRH-behandelplan, maar ik merk wel vaak, dat loopt vaak heel goed maar als ge daar bij komt... Die relaties gaan dan vaak over vriendschap en familie, maar zo die intimiteit of seksualiteit... Dan zeggen ze wel vaak van: ik zou graag een lief hebben, maar ik moet zeggen, ik vind dat zelf ook niet altijd makkelijk om daar dieper in te graven. Dus het ligt misschien ook wel ergens bij mij dan. Maar er wordt daar vaak niet zo heel diep op ingegaan.”*

Het is dus individueel afhankelijk van de aanpak van de begeleider en het gemak waarmee hij of zij over seksualiteit kan praten met de bewoners (meer hierover bij ‘5.4.6. Persoonlijke schroom en perceptie schroom bewoner’).

Een aantal respondenten geven aan dat ze bij het overlopen van dat thema in het SRH-plan de opening creëren om over seksualiteit te kunnen praten, door het onderwerp op tafel te leggen met de boodschap dat er in de toekomst over kan gepraat worden maar dat dat niet hoeft. (Hierover meer bij 5.2.2. Wie begint het gesprek over seksualiteit?)

## **5.2. Gesprekken over seksualiteitsbeleving**

### **5.2.1. Benadering begeleiding en seksualiteit**

De meeste respondenten geven aan dat ze de bewoners als persoon in zijn geheel bekijken met elk hun eigen individuele noden en behoeften. De respondenten spreken over de benadering vanuit de PVT's en IBW's die veelal op de krachten van de bewoners is georiënteerd. Het merendeel van de respondenten haalt aan dat de begeleiding enorm afhangt van wat de bewoner zelf belangrijk acht en welke wensen die persoon heeft.

*“Er is een nauwe samenwerking van mens tot mens, wat hopelijk, zo zie ik het toch, niet als een machtsverhouding aanvoelt. Wat ik hier fijn vind is dat je samen met de mensen op pad gaat, samen, naast mekaar. En niet van: ik ben uw begeleiding en ik ga u zeggen wat gij hier moet doen. Da's niet hoe wij werken.”*

Een aantal respondenten benadrukken het verschil dat ze zien tussen psychiatrische opnames (van vroeger en/of nu), waar mensen eerder als patiënten worden benaderd, en hoe de bewoners

worden benaderd in het IBW of de PVT, namelijk als bewoners/individuen die zelf aangeven waar en hoe ze hulp kunnen gebruiken in de verschillende levensdomeinen.

De grote meerderheid van de respondenten benadrukken dat ze het thema seksualiteit belangrijk vinden, aangezien iedereen seksuele noden heeft.<sup>3</sup>

*“Als persoon zelf heb je verschillende behoeftes en de seksuele behoefte hoort daar ook bij, en iedereen heeft recht eigenlijk om dat ook te vervullen, vind ik persoonlijk.”*

*“De wensen van mijn cliënten zijn daarin heel normaal, menselijk. Nood aan affectie, nood aan gezelschap, niet weten hoe ze eraan moeten beginnen, eigenlijk gewoon seksuele noden zonder dat daar een relatie aan hoeft vast te hangen.”*

Het feit dat de meesten aanhalen dat ze dit echt een belangrijk onderwerp vinden, valt natuurlijk ook te verwachten door het karakter van het onderzoek, aangezien de respondenten op eigen initiatief aan het interview meedoen. Deze participatie kan wijzen op een openheid over of interesse in het thema van seksualiteit.

### **5.2.2. Wie begint het gesprek over seksualiteit?**

De meeste respondenten geven aan dat ze enkel het gesprek over seksualiteit aangaan als de bewoner er zelf over begint. Zo benadrukt een respondent dat ze seksualiteitsbeleving een belangrijk onderwerp vindt, maar ze weinig ervaring heeft hierin, waardoor ze het gesprek niet snel zelf start:

*“Ik ga zeker geen grenzen stellen op dat vlak. We zijn allemaal mensen en we hebben allemaal behoeftes en noden in ons leven. Maar ik merk wel dat ik weinig ervaring eigenlijk heb, ik ben iemand, ik volg eigenlijk wat de anderen ook doen op dat aspect. Dus ik luister eigenlijk naar die persoon maar ik ga weinig initiatief nemen, als iemand zo echt last heeft van die gedachten of die dingen.”*

Een aantal respondenten geven aan dat ze soms niet goed weten hoe ze moeten reageren of ingaan op bewoners die praten over seksualiteit. Zo vertelt een respondent dat als de bewoners iets over hun seksualiteitsbeleving zeggen, het vaak verhalen zijn van vroeger die ze vertellen waar veel fantasie achter zit. Hij luistert wel graag naar die verhalen, maar is niet altijd zeker hoe daarop verder in te gaan. Hij vraagt zich ook af of het publiek in de PVT niet wat te oud is om nog seksuele behoeften te hebben (meer hierover bij ‘5.3.1.1. Leeftijd bewoners’). Een andere respondent geeft aan dat een bewoner soms praat over zijn seksuele behoeften, maar dat ze het moeilijk vindt om daarin actie te ondernemen:

---

<sup>3</sup> Dit thema is niet sterk bevraagd, maar de respondenten zeiden vaak uit zichzelf aan dat ze seksualiteit belangrijk vinden, daarom wordt dit dus besproken in de resultaten.



*“[...] Oké, ik luister naar jou bijvoorbeeld maar meer kan ik eigenlijk niet, actie nemen van: wil jij dat wij iets gaan doen of bespreken? Dat heb ik eigenlijk nooit durven zeggen, omdat ik dat... Ik weet het niet, misschien heeft het ook met zijn leeftijd te maken, ik weet het eigenlijk niet.”*

Bij sommige respondenten speelt er onzekerheid hoe de bewoners in het onderwerp van seksualiteit staan:

*“Als ik weet van: da’s iets dat leeft bij hen, dan ga ik het gesprek erover aan. Maar bij mensen waarvan ik eigenlijk niet weet of dat leeft, dan begin ik er ook vaak niet echt over.”*

Een respondent haalt aan dat ze vindt dat er meer initiatief vanuit de hulpverleners mag komen om het gesprek te starten:

*“Het mag eigenlijk ook vanuit de hulpverleners... Want bijvoorbeeld sommige bewoners durven dat ook niet direct te benoemen. Ik denk dat we eigenlijk als hulpverleners toch die aandacht moeten hebben aan die aspecten van: goh, ik zie iemand bijvoorbeeld die aan het masturberen is of zo, dat we toch meer aandacht moeten geven aan het ding van: hoe gaan we dat eigenlijk...”*

Een thema dat vaak naar boven komt in de interviews, is dat de respondenten proberen ‘ruimte maken’ voor gesprekken over seksualiteit door dat op tafel te leggen zonder er per se direct over te moeten praten.

*“Ik ben toch wel naar aanpak toe van: ik ga het u vragen en wilt ge niet antwoorden, dan is dat ook zo en dan respecteer ik dat ook, maar ik hoop dat ge ook mijn vraag respecteert. Maar ze hoeven daar niet op te antwoorden.”*

Hierin halen de meeste respondenten aan dat het van belang is om een vertrouwensband te creëren met de bewoners:

*“Op het moment dat er wat een vertrouwensband ontstaan is, dan geef ik eigenlijk mee van: weet je, we werken op heel wat levensdomeinen, jij bent een man, een vrouw. Het wordt gezien, seksualiteit, als zijnde een basisbehoefte. Ook het relationele hangt eraan vast, niet puur seksualiteit. Van: kijk weet je, als het een meerwaarde kan zijn voor jou, dan kan dat gerust ook onderwerp uitmaken van onze gesprekken. Ik ga dat niet opdringen maar weet dat het kan.”*

De meeste respondenten spreken over het belang van de bewoner in kwestie aan te voelen en af te toetsen waar diens noden liggen en waar die wel of niet over wil praten.

*“Ik heb nogal het hart op de tong dus als ik ergens benieuwd naar ben of mij ergens vragen over stel, dan ga ik dat wel aftoetsen bij de cliënt. En dan merk je al snel of dat een welkome vraag is of niet, of*

*ze er op willen ingaan of niet. En willen ze erop ingaan en is het een open gesprek, zoveel te beter en dan vind ik dat interessant. En zeggen ze van: goh, ik voel me eigenlijk niet comfortabel, dan ga ik dat respecteren. Maar dan hoop ik wel dat ze daar ergens een opening in gevoeld hebben van: als ik daarmee zit, kan ik daar wel mee komen.”*

Twee respondenten uit PVT's halen aan dat beginnen over seksualiteit niet makkelijk is aangezien er in die specifieke PVT's heel veel groepsbegeleiding is en weinig een-op-een momenten. Beide respondenten geven aan dat er in groep minder over wordt gepraat aangezien er meer schroom heerst dan in een een-op-een gesprek. Dit zorgt ervoor dat het onderwerp seksualiteit niet zo snel aan bod komt.

### **5.2.3. Taalgebruik tijdens gesprek**

De meeste respondenten geven aan dat ze het gesprek over seksualiteit voeren in de woorden die de bewoner in kwestie gebruikt.

*“Ik spreek tegen mijn mensen gelijk ik tegen mijn vrienden spreek, dus da's zeer menselijke taal. Maar dat is het grappige, want als ik nu erectieproblemen, ejaculatieproblemen... Zo verwoord ik het tegen de psychiater. Maar als ik met mijn mensen praat is het van... Dan zeggen ze ook: ik krijg hem niet omhoog of ik kan niet klaarkomen, de gewone taal onderling. Maar als het dan naar een andere partij [is], is het wel formeler. Maar onderling is dat gewoon. Maar da's misschien een beetje mijn stijl ook.”*

*“Ik neem meestal de woorden over die zij gebruiken. En als zij spreken over ‘naar de hoeren gaan’, awel ja, dan spreek ik over hoeren. Ik wil dan niet zo hautain overkomen. Ik probeer mij gewoon aan te passen aan wie er bij mij zit en daarin meegaan.”*

Een aantal respondenten zeggen dat ze dingen benoemen zoals ze zijn:

*“Ik ga het eerder expliciet benoemen zoals het is, tenzij ik vind dat dat voor hen confronterend is. Maar als dat gaat over benoemingen, of ge iets een naam geeft, da's toch ook maar met dat uit te spreken de eerste keer en dan is dat al een stukje normaler vind ik. Ik ga dat eerder zeggen zoals het is. Ik ga zeker geen benamingen als een fallus of zo, maar ik ga ook geen woorden die slangtaal zijn gebruiken.”*

Enkele respondenten duiden erop dat het taalgebruik in gesprekken over seksualiteitsbeleving met bewoners niet altijd makkelijk is, voor zowel collega's als voor zichzelf. Een respondent geeft aan dat tools daaromtrent welkom zouden zijn:

*“De manier hoe je zaken kunt benoemen, da’s ook al zo heel divers. Wij komen ook bij mensen die heel volks zijn om het zo te zeggen, of die heel beperkt zijn in hun cognitief functioneren [...]. Misschien is dat een bepaalde nood, van: zijn daar tools voor?”*

Een respondent haalt aan dat twijfels of moeilijkheden met kiezen welke taal je gebruikt in gesprekken over seksualiteit, volgens haar kan zorgen dat het thema gewoon niet wordt besproken:

*“De dingen benoemen zoals ze zijn, termen als masturberen, als vagina, penis. Da’s niet voor iedereen. [...] Ik denk in het verleden dat mensen... als begeleiding het daar moeilijk mee had, dat het thema wat vermeden werd. Terwijl nu is het duidelijk binnen de visie van: het is niet de bedoeling dat dit vermeden wordt. Maar again, iedereen heeft zijn eigen stijl, zijn persoonlijkheid. Voor sommige mensen is het iets moeilijker.”*

Deze respondent verwijst hier naar de visietekst omtrent seksualiteit vanuit de IBW, die expliciet benadrukt dat seksualiteit een essentieel onderdeel is van iemands leven, waardoor het vermijden van gesprekken over seksualiteit moeilijker is voor de hulpverleners. Tegelijk benadrukt ze dat dit ook niet alles doet aangezien het nog steeds sterk afhangt van de begeleider zelf en hoe die tegenover het onderwerp staat.

### **5.3. Moeilijkheden/bedenkingen in (gesprekken over) seksualiteitsbeleving met bewoners**

#### **5.3.1. Aspecten van bewoners zelf**

##### **5.3.1.1. Leeftijd bewoners**

Iets wat veel hulpverleners aanhalen is het verschil tussen leeftijdsgroepen als het gaat over (spreken over) seksualiteitsbeleving. Zo geeft de meerderheid van de respondenten aan dat het onderwerp seksualiteit bij oudere bewoners aanvoelt als iets moeilijker bespreekbaar of gewoon minder aanwezig. De redenen die hiervoor worden aangehaald is het meer conservatieve karakter van de generatie, maar ook minder behoefte om erover te praten of minder seksuele behoefte in het algemeen. Dit zijn althans de veronderstellingen van de hulpverleners. Dit kan gezien worden zoals een eerder vermelde impliciete (leeftijdsgebonden) attitude van hulpverleners tegenover cliënten, wat gesprekken hierover bemoeilijkt. Zoals eerder aangehaald halen enkele respondenten expliciet aan dat de oudere leeftijd van de bewoners het moeilijker kan maken om in te gaan op het onderwerp in gesprekken met de bewoners. Zo haalt een respondent aan dat ze het makkelijker vindt om met de jongere generatie bewoners over seksualiteit te praten, aangezien ze met hen meer dezelfde visie deelt:

*“Ik denk ook omdat gewoon bij jongere mensen dat taboe daar minder rond is, en ook omdat dat beeld anders is. Mijn grootouders hebben ook nog altijd het beeld van: trouwen, kindjes, samenwonen. Bij de jongere mensen die ik begeleid, merk ik soms ook gewoon dat we zowat dezelfde*

*struggles hebben en dezelfde kijk op dingen, en dan is dat makkelijker om daarover te babbelen, als ge dezelfde visie hebt.”*

Een respondent haalt daarbij ook aan dat ze het soms moeilijk vindt om advies te geven aan bewoners die een pak ouder zijn dan haar:

*“Ik ben jong en mijn bewoners vaak al wat ouder, en dan denk ik: wie ben ik om dat hier nu... Ik heb dat bij nog onderwerpen, dat ik denk: bij iemand die zoveel meer ervaring heeft in het leven dan ik, wat ben ik hier nu eigenlijk... Maar ja, ik moet mij daar misschien zelf wat over zetten.”*

Ook haalt de meerderheid van de respondenten aan dat de jongere generatie van bewoners vaker en sneller over seksualiteit durven praten, en dat daarmee ook een breder gamma aan onderwerpen wordt aangehaald, zoals genderidentiteit en seksuele geaardheid. Een aantal respondenten vertellen dat dit nieuwe vraagstukken en moeilijkheden met zich meebrengt door onder andere het gebrek aan kennis over deze onderwerpen (meer hierover bij ‘5.3.3. Kennis over het onderwerp’).

#### **5.3.1.2. Invloed medicatie op seksualiteitsbeleving**

Een onderwerp dat heel vaak naar boven komt in gesprekken met bewoners over hun seksualiteitsbeleving, is de invloed van medicatie. Bijna alle respondenten halen dit aan als veelbesproken thema als het gaat over seksualiteit. Zoals besproken in de literatuurstudie, kan diverse medicatie (antipsychotica, antidepressiva) een negatieve invloed hebben op iemands libido of bijvoorbeeld zorgen voor erectieproblemen en problemen met klaarkomen. De meeste respondenten spreken over de afvlakking van (veel van de) bewoners in alle onderdelen van hun leven, waaronder relaties en seksualiteit:

*“[...] maar als hij daar elke dag neuroleptica moet slikken, als ge dan niet uit uw bed geraakt, ik versta dat. Die afvlakking waar wij mee werken is heel neig aanwezig, en dat kunt ge ook een beetje doortrekken naar relaties en seksualiteit toe.”*

Een aantal respondenten spreken over de problemen die ze horen of zelf meemaken tegenover de psychiater of behandelende arts van de bewoners. Meerdere hulpverleners vinden dat de psychiater te weinig informatie meegeeft over en/of aandacht schenkt aan de rol van medicatie in de seksualiteitsbeleving van de bewoners.

*“Wat cliënten mij soms weergeven is van: voor de psychiater is het vooral belangrijk dat mijn symptomen bestreden worden of onder controle zijn. Ze hebben soms ook de indruk dat bijvoorbeeld seksualiteitsbeleving op de tweede plaats komt of minder belangrijk is.”*

Eén respondent haalt aan dat een vorming voor de psychiaters daarom welkom zou zijn:

*“[...] en misschien eens een vorming aan de psychiaters geven, ik denk dat moesten zij, want zij zijn uiteindelijk behandelend arts, ook een beetje moderner in hun hoofd zitten op dat vlak of opener, dat dat allemaal veel vlotter zou gaan.”*

### **5.3.1.3. Schaamte psychische beperking**

Een ander onderwerp dat volgens een aantal hulpverleners vaak aan bod komt in gesprekken over seksualiteit, is de moeilijkheid van daten met een psychische problematiek.

*“Dan leeft dat soms wel van: dat is niet zo gemakkelijk want wij zijn ook wel ziek. Ze hebben soms wat ervaringen in relaties binnen de GGZ wat ook al niet gemakkelijk is natuurlijk. Dan zijn die zelf soms wat van, die wat ziekte-inzicht hebben van: welke gezonde persoon zou mij eigenlijk willen? Ik vind dat soms heel schrijnend, je kan daar alleen maar oog voor hebben en respect voor hebben.”*

### **5.3.2. Grenzen van begeleiding**

Een aantal respondenten geven aan dat het niet altijd makkelijk is om de grenzen van de hulpverlening te ‘kennen’.

*“Wij zitten met de grens van: wat kunt ge met uw bewoner samen doen, wat niet? Dus ik denk, moesten we mogen om de eerste 2 keer [naar een vrijgezellenorganisatie] mee te gaan, zijn ze vertrokken. Maar daar zit ge soms wel een beetje gebonden met: tot waar gaat uw hulpverlening?”*  
*“Er zijn grenzen, ik ga ook niet mee tot aan het glazen straatje bij wijze van spreken, ge weet wat ik bedoel. Eigenlijk zou dat wel moeten kunnen, maar dan zou ik dat persoonlijk moeilijk vinden.”*

Deze grenzen liggen bij de respondenten op verschillende plekken. Sommige hulpverleners vinden het oké om bijvoorbeeld samen naar een seksshop te gaan, en anderen beschrijven dit als net te intiem:

*“We kunnen samen naar de winkel, samen koken, samen huishouden doen. Maar samen naar een seksshop gaan, samen naar een sekswerker gaan, dat gaat moeilijk. Dat moeten ze effectief alleen doen en vaak is dat een hoge drempel. [...] Daartoe ben ik zelf minder voorbereid, om effectief zo naar een seksshop te gaan of zo, dan denk ik: da’s misschien iets te intiem om dat samen met een cliënt te doen.”*

Doorheen de interviews wordt ook vaak aangegeven dat persoonlijke vragen aan de hulpverlener zelf (over bijvoorbeeld hun eigen seksualiteitsbeleving) een grens is die men af en toe moet aangeven. De meeste respondenten geven aan dat sommige bewoners hier wel eens naar vragen, maar de respondenten geven aan dat die grens aangegeven vlot gaat en gerespecteerd wordt.

Een aantal respondenten spreken over de moeilijkheid die ze ervaren in een oplossing zoeken voor de vragen of problemen rond seksualiteit die de bewoners met hen bespreken:

*“Ik ben iemand die vrij oplossingsgericht is en ik mag ook niet te snel naar de oplossing gaan, van: die persoon heeft daar zoveel nood aan en is zo eenzaam en verlangt zo naar een partner. Ge kunt dat niet forceren ook, dat vraagt wat tijd. Daar loop ik wel in vast, een beetje mijn eigen ongeduldigheid.”*

Ook het gevoel van onmacht komt bij enkele respondenten ter sprake, door de problemen met seksualiteitsbeleving die de bewoners kunnen ervaren en het gebrek aan directe oplossing ervoor:

*“[...] soms echt een machteloos gevoel, ook wat zij hebben, omdat ze echt wel beperkt zijn door die medicatie. Ze hebben ze zo nodig, vooral die neuroleptica dan, ze hebben ze echt nodig om stabiel te blijven, maar dat beperkt hen wel, ik zeg het, erectieproblemen of klaarkompoblemen. Daar bots ik wel op samen met hen van: er bestaat geen oplossing en da’s jammer want dan kunnen ze niet de seksualiteit beleven zoals ieder normaal persoon, dat vind ik wel een lastige.”*

*“Het is vooral het gaan beluisteren maar ik vind het soms zelf ook niet zo gemakkelijk om [een] pasklare oplossing aan te bieden, want als hulpverlener wil je zaken oplossen of toch ergens iets kunnen teruggeven. Ik vind dat niet altijd zo evident rond dat onderwerp.”*

### **5.3.3. Kennis over het onderwerp**

Een rode draad binnen de interviews is het gebrek aan kennis of informatie die gedeeld wordt over de seksualiteitsbeleving van de bewoners en de mogelijkheden daarbinnen. Een respondent haalt aan dat het IBW waarin ze werkt een contract heeft met Aditi vzw zonder dat zij daarvan wist. Er was dus geen informatie over gedeeld binnen het team. De respondent geeft aan dat ze het jammer vindt dat dit niet openlijk werd gecommuniceerd en hier nooit een workshop, lezing of vragenuurtje over werd gegeven.

Een andere respondent geeft aan dat ze graag een referentiepersoon seksualiteit zou hebben in het IBW:

*“[...] Ik ben een WZC gaan bezoeken en daar was een referentiepersoon seksualiteit, en ik vond dat mega interessant. En ik denk dat dat goed zou zijn, iemand hier die zich daarin verdiept, vormingen volgt, wat bestaat er, hoe gaan andere IBW’s daarmee om? Omdat ik denk, als die er is, gaat dat sowieso ook meer bespreekbaar gemaakt worden binnen alle niveaus van de organisatie.”*

Deze respondent haalt ook aan dat een referentiepersoon niet genoeg is, maar er idealiter ook een extern persoon zou zijn, zoals bijvoorbeeld een seksuoloog, die ze kunnen contacteren met vragen.

*“Ik denk sowieso dat het wel goed is om iemand extern te hebben, want ge moogt nu denk ik nog zoveel vormingen volgen als ge wilt, ik denk dat ge nooit de kennis gaat hebben van bijvoorbeeld een seksuoloog.”*

Het idee van een intern referentiepersoon en een extern persoon die bezig is rond het onderwerp en kan helpen, wordt door meerdere respondenten aangehaald.

Verskillende respondenten halen aan dat er meer en meer bewoners openlijk niet hetero zijn of vragen hebben rond seksuele geaardheid en genderidentiteit. Dit is niet altijd makkelijk om als hulpverlener mee om te gaan, omdat deze topics vrij ‘nieuw’ aanvoelen, ook op maatschappelijk vlak.

*“Wat nu speelt binnen de hulpverlening, is zo’n beetje de LGBTQ+-gemeenschap. We worden met een nieuwe doelgroep geconfronteerd. Bij jonge mensen is dat echt iets wat leeft, en daar komt een taalgebruik bij kijken die eigenlijk niet in onze vocabulaire zit ingeburgerd. [...] We hebben denk ik nog een weg te gaan. Het is allemaal zo nieuw, we moeten daaraan wennen. Maar ook maatschappelijk denk ik.”*

Een paar van die respondenten halen aan dat ze graag meer te weten zouden komen over deze onderwerpen, via bijvoorbeeld vormingen. Ook vormingen over verschillende organisaties die bezig zijn met seksualiteitsbeleving en over het onderwerp in het algemeen zouden zeer welkom zijn voor de meeste respondenten.

*“Dat zou mega interessant zijn, moesten ze<sup>4</sup> zeggen van: we hebben een vorming errond of we komen eens op een vergadering babbelen, ik denk dat dat al mega veel zou zijn voor ons. Ik zou dat wel interessant vinden om te volgen. Ik denk dat dat bij mij al veel ongemakkelijkheid zou wegnemen want nu durf ik het er misschien ook niet goed over te hebben, omdat ik ook niets fout wil zeggen of bang ben om iemand ongemakkelijk te laten voelen. En ik denk, moest ge dan wat meer kennis hebben, dat ge zelfzekerder zijt van: ik weet wat ik nu zeg, dat dat juist is.”*

#### **5.3.4. Doorverwijzen naar psychologen, seksuologen of organisaties**

Een groot aantal respondenten geeft aan dat men heel weinig doorverwijst binnen het IBW of de PVT naar bijvoorbeeld psychologen, seksuologen of andere organisaties die kunnen helpen met betrekking tot de seksualiteitsbeleving van de bewoners. Sommige respondenten geven aan dat er nog nooit is doorverwezen naar hun weten.

Een aantal hulpverleners spreken over de moeilijkheid van direct doorverwijzen naar organisaties zoals Aditi vzw door het gebrek aan kennis en informatie over die organisaties. Ook de praktische

---

<sup>4</sup> ‘ze’ gaat over Aditi vzw, die de respondent aanhaalde als organisatie die werkt rond seksuele dienstverlening.

kant van concrete afspraken met een organisatie blijft een struikelblok, door onder andere een gebrek aan duidelijke informatie.

*"[...] maar voor mezelf vind ik dat nog een punt dat nog niet echt goed loopt, zal ik zeggen, om eventueel de bewoners zelf door te sturen. Het is altijd via een omweg. Het is vooral het praktische, we weten wel dat er organisaties zijn maar effectief die afspraken daaromtrent, dat zij naar hier komen of de bewoner naar daar gaat."*

### **5.3.5. Taboe rond seksualiteit**

Het merendeel van de respondenten spreekt over het maatschappelijke taboe rond seksualiteit, bij zowel de hulpverleners als de bewoners, waardoor het moeilijker is om erop in te gaan of in te schatten wanneer het wel of niet gepast is om erover te beginnen.

*"Aan de ene kant durven ze dat wel, sommigen he, durven dat te communiceren naar ons. Maar dat ze eigenlijk ook niet veel informatie hebben qua mogelijkheden en alternatieven. En ik weet niet of ze de stap verwachten van ons, dat we iets gaan voorstellen bijvoorbeeld. Ik weet het eigenlijk niet. Dat dat wel taboe is, da's nog altijd zo bij ons, zowel bij bewoners als bij collega's."*

Een respondent geeft een voorbeeld van een bewoonster die seks wil hebben zonder per se in een relatie te zitten. Hij spreekt met haar over alternatieve vormen van seksualiteitsbeleving zoals *friends with benefits*, waar je dus geen relatie voor hoeft te hebben. Hierbij botst hij echter op het taboe rond seksualiteit:

*"Uiteindelijk probeer ik haar een beetje te maken van: oké, er bestaan ook andere vormen van relaties. Er bestaat ook friends with benefits of casual sex of iemand waarmee ge seksualiteit beleeft en daar blijft het bij. [...] Maar dan is dat soms, er schuilt daar nog taboe over om dat te gaan vertellen. Want ik weet dat zij dat ook tegen haar zus gaat vertellen en ik wil ook niemand tegenstaan of zo, van: wat heeft die begeleider nu verteld?"*

Deze hulpverlener geeft aan dat iemands houding tegenover die alternatieve vormen van seksualiteitsbeleving afhangen van hoe 'normaal' je bijvoorbeeld een friend with benefits vindt:

*"Dat is natuurlijk met welke zorgverleners ge aan de gang zijt. Ik kan mij voorstellen, ook bij mijn collega's die in hun omgeving niemand kennen of weten of daarvoor uitkomen die dat heeft, dat dat bepaalt ook hoe ge daar tegenover staat."*

De bewoonster waarover deze respondent spreekt, zit in een relatie die moeilijk loopt met iemand uit een PVT. De respondent geeft aan dat hij graag eens zou samenzitten met de begeleiders uit die PVT om dat eens te bespreken, maar dit verloopt stroef:



*“Ik heb naar de PVT toegebracht van: zouden we dat niet bespreken? Die relatie loopt moeilijk. Maar ik stoot daar op weinig medewerking in die PVT, zo van: die hebben een relatie, laat dat, da’s goed voor wat dat is.”*

Hierin voelt hij dus een botsing, die hij linkt met het taboe rond seksualiteit. Het taboe rond seksualiteit wordt door een aantal respondenten als één van de redenen gegeven waarom bewoners niet altijd zo snel over seksualiteit durven spreken.

### **5.3.6. Gevoel van schroom en ongemak en de perceptie van schroom bij bewoner**

Een onderwerp dat in een aantal interviews naar boven kwam, is schroom, zowel van de hulpverleners zelf als de perceptie van schroom bij bewoners. Een respondent geeft aan dat hij meer schroom voelt bij de oudere generatie waardoor gesprekken over seksualiteit bij hen moeilijker is.

Een andere respondent haalt aan dat hij in gesprekken met bewoners probeert mee te geven dat het onderwerp van relaties en seksualiteit een pijler van iedereens leven is en dat er ruimte is om hierover met hem te praten. Dit vindt hij echter moeilijker als de bewoner van het andere geslacht is:

*“Nu, persoonlijk vind ik het bijvoorbeeld minder evident om naar het andere geslacht, als ik een vrouwelijke begeleiding heb, vind ik dat op zich iets minder gemakkelijk om spontaan over dat onderwerp te beginnen. Op één of andere manier... omdat je ergens niet... Er is misschien een bepaald idee van misschien schroom of ik weet het niet. Die gesprekken met mannelijke cliënten gaan op dat vlak iets vlotter of dat komt gewoon spontaner.”*

Deze gendergerelateerde schroom haalt een andere respondent ook aan. Zij is zelf een vrouw en maakt zichzelf de bedenking dat mannelijke bewoners misschien meer ongemak tegenover haar voelen om over seksualiteit te beginnen omdat ze een vrouw is.

Een andere respondent haalt het gevoel van ongemak aan tijdens (of voor) gesprekken over seksualiteit, zowel bij zichzelf als bij de bewoners:

*“Ik denk dat de bewoners het ongemakkelijk vinden, maar ik merk dat bij mijzelf soms ook. [...] Ik denk ook misschien dat veel bewoners niet goed durven omdat ik misschien denk dat ze denken dat wij dat ongepast vinden als ze daarover praten.”*

### **5.3.7. Privacy**

De respondenten die in een PVT werken, halen allemaal aan dat privacy een probleem is op vlak van de seksualiteitsbeleving van bewoners (onder andere). In het merendeel van de PVT's die betrokken zijn, zijn er zowel een- als tweepersoonskamers. Een deel van de bewoners ligt dus niet alleen op een kamer, wat de seksualiteitsbeleving heel hard beperkt. Een respondent haalt aan dat je daardoor ook

veel minder kan helpen met vragen op vlak van seksualiteitsbeleving, aangezien er weinig opties zijn wanneer je niet alleen op een kamer slaapt.

*“Het is natuurlijk ja, ge woont hier eigenlijk met andere mensen en hij heeft ook nog altijd een tweepersoonskamer dus qua privacy is het ook moeilijk want je kan ook niet veel dingen aanbieden van: je mag hier bezoek ontvangen, dat is ook niet gemakkelijk. Ge zijt ook beperkt om tips of ondersteuning te geven want het feit, hij deelt een tweepersoonskamer met iemand anders, dat maakt het natuurlijk niet gemakkelijk.”*

Ook het binnenkomen van de verpleging in de kamers is niet altijd evident in een PVT. De respondenten halen aan dat het zeker de bedoeling is om altijd aan te kloppen, maar dat niet elke situatie dat toelaat of dat deze regel na een tijd wat kan ‘vervagen’.

*“Wij hebben wel onderling de afspraak gemaakt naar aanleiding van dat er iemand eigenlijk de kamer binnenkwam en erop botste dat iemand zich aan het bevredigen was, dus dat was voor beiden niet aangenaam op dat moment. Dan hebben wij toen eigenlijk de afspraak gemaakt: ge klopt en ge wacht tot ze ja zeggen. Ik moet zeggen, ik deed dat eigenlijk ook, ge klopt en gelijk staat ge eigenlijk al bijna binnen. Dat ge echt wel wacht tot ge hoort: het is oké, ge moogt binnenkomen.”*

De frustratie zit bij verschillende hulpverleners dat er geen alternatieven zijn om meer privacy te bieden door de infrastructuur van de PVT's, die niet toelaat om meer kamers te maken of de kamer op een manier in twee te delen. Een respondent geeft aan dat bewoners vaker het gebrek aan privacy op tafel leggen, en dat ze er weinig aan kunnen doen vanuit de PVT.

*“[...] En ge geeft altijd hetzelfde antwoord van: ge staat nog altijd op de lijst van een eenpersoonskamer, het duurt heel lang. Ik voel me eigenlijk heel genant dat ik altijd dezelfde boodschap moet doorgeven. Van: goh, ik vind het spijtig maar ik kan er voorlopig nog niets aan doen. En ik weet dat ge dat dringend eigenlijk nodig hebt, maar ik kan hier niets toveren, spijtig genoeg. Ik voel mij gewoon soms machteloos, maar andere collega's ook.”*

Verschillende respondenten in PVT's halen het idee aan van een aparte eenpersoonskamer waar bewoners zich in privacy kunnen terugtrekken voor seksuele behoeftes:

*“[...] misschien op een andere afdeling dat daar een ruimte apart voor is, een bed of zo. En dat ze daar dan een uur... Ik zeg maar iets.”*

## 6. Discussie

Dit onderzoek richt zich op de seksualiteitsbeleving van cliënten in een psychiatrische setting. Mensen met een psychische kwetsbaarheid worden vaak geassocieerd met stereotiepe opvattingen over een afwijkende seksualiteit (Addlakha et al., 2017). Deze stereotypen zijn verbonden met maatschappelijke opvattingen over mensen met psychische kwetsbaarheid, een groep die vaak wordt vergeten en gediscrimineerd (Burns, 2013). Ondanks het belang van seksualiteit voor het welzijn, blijft het ook binnen de geestelijke gezondheidszorg vaak een onderbelicht en moeilijk besproken onderwerp. Deze studie tracht antwoord te bieden op de twee onderzoeksvragen, namelijk (1) *“Welke houding nemen hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg aan ten opzichte van de seksualiteitsbeleving van hun cliënten/bewoners?”* en (2) *“Welke barrières of moeilijkheden ervaren hulpverleners rond de seksualiteitsbeleving van bewoners binnen de geestelijke gezondheidszorg?”* In dit onderdeel worden de resultaten van het onderzoek getoetst aan de bestaande literatuur en bespreken we de belangrijkste bevindingen.

### 6.1. Onderzoeksvraag 1: Welke houding nemen hulpverleners in de GGZ aan ten opzichte van de seksualiteitsbeleving van hun cliënten?

Om na te gaan welke houding de hulpverleners aannemen ten opzichte van de seksualiteitsbeleving van de bewoners, kijken we eerst naar het kader waarbinnen de respondenten handelen. Vervolgens bespreken we hoe de hulpverlener zich verhoudt tegenover het beleid en de impliciete cultuur tegenover seksualiteit in de PVT of het IBW. Ten slotte kijken we naar de bespreekbaarheid van het thema bij de respondenten: hoe ze staan tegenover gesprekken over seksualiteitsbeleving, wie het initiatief neemt in die gesprekken en op welke manier, en het taalgebruik dat ze hanteren in die gesprekken.

#### 6.1.1. Holistische benadering van (de seksualiteitsbeleving van) de bewoners

De meeste respondenten halen expliciet aan dat ze de bewoners als persoon in zijn geheel zien. De holistische benadering (Bloem, 2018) wordt gereflecteerd in deze visie. Deze respondenten leggen immers de nadruk op de individuele noden en krachten van de bewoners, waardoor de begeleiding erg verschilt van bewoner tot bewoner. De grote meerderheid legt ook de nadruk op het belang van seksualiteit als een levensdomein, en de menselijke nood aan seksualiteit en intimiteit. De hulpverleners blijken seksualiteit dus een belangrijk onderwerp te vinden, wat aansluit bij de bevindingen van Bungener et al. (2022), Hartog (2009) en Vanwezemael (2016). In deze onderzoeken kwam naar boven dat de hulpverleners in GGZ-instellingen over het algemeen positief staan tegenover de seksualiteitsbeleving van cliënten en dit ook een behoorlijk belangrijk onderwerp vinden.

Deze holistische benadering suggereert dat de respondenten eerder vanuit het sociaal model van disability vertrekken, waar de sociale onderdrukking van mensen met een beperking centraal staat, en er wordt gekeken naar de maatschappelijke context waarbinnen deze disability bestaat

(Waldschmidt, 2018). De individuele, persoonsgerichte aanpak waar de respondenten over spreken, gericht op de krachten en interesses van de bewoners, laat blijken dat de hulpverleners de psychische kwetsbaarheid van de bewoners niet per se zien als een medisch probleem dat moet worden opgelost of genezen. Bovendien spreken de meeste respondenten over de sociaal-structurele barrières waarmee de bewoners kampen door hun psychische kwetsbaarheid zoals financiële problemen, sociale uitsluiting en eenzaamheid (gelinkt met stigma) en zelfstigma. De respondenten spreken op verschillende manieren over de impact van de maatschappelijke context en het stigma rond mensen met een psychische kwetsbaarheid.

### **6.1.2. Houding tegenover beleid en impliciete cultuur vanuit PVT/IBW**

De meeste respondenten halen aan dat er geen of amper beleid is rond seksualiteit vanuit de PVT of IBW. Deze bevinding ligt in lijn met de onderzoeken van Anex et al. (2023), Dobal & Torkelson (2004) en Ruane & Hayter (2008), die suggereren dat seksualiteit vaak een onderbelicht thema is in het beleid van GGZ-instellingen. De respondenten benadrukken dat door dit gebrek aan beleid, het onderwerp van seksualiteit heel individueel afhankelijk is van de begeleider (hoe vaak dit ter sprake komt bijvoorbeeld). Zo halen Ruane & Hayter (2008) aan dat het gebrek aan (duidelijk) beleid ervoor zorgt dat de persoonlijke interpretatie van de hulpverleners centraal komt te staan. Deze tendens herkennen we als het gaat over het SRH-behandelingsplan waar de meeste respondenten mee werken. 'Relaties' is een vast thema in het SRH-behandelingsplan, maar niet in alle IBW's en PVT's staat 'seksualiteit' er ook expliciet bij benoemd. Daarbovenop geven sommige respondenten aan dat, ook al wordt het luik 'seksualiteit' wél expliciet benoemd in het SRH-plan waarmee ze werken, het nog altijd sterk afhangt van de aanpak van de begeleider in hoeverre op dat thema wordt ingegaan. Sommige respondenten leggen het onderwerp seksualiteit expliciet op tafel tijdens het overlopen van het thema 'relaties' in het SRH-plan, zodat de bewoner in kwestie weet dat er over dat onderwerp vrij kan gesproken worden als die dat (in de toekomst) zou willen. Andere respondenten gaan minder in op het thema, en bespreken enkel vriendschaps- en familierelaties als dit thema aan bod komt.

Ook hebben niet alle respondenten kennis van het beleid dat er wel of niet is rond seksualiteit. Sommigen geven aan dat ze niet zeker zijn of de PVT<sup>5</sup> waarin ze werken een beleid heeft rond seksualiteit, en dat er alleszins niet over gecommuniceerd is. Deze respondenten leggen de link met het taboe rond seksualiteit in de PVT waarin ze werken, dat ervoor zorgt dat er niet veel gepraat wordt over het onderwerp. Dit ligt in lijn met onderzoek van Anex et al. (2023), die stellen dat het maatschappelijke taboe rond seksualiteit mede zorgt voor een gebrek aan duidelijk beleid in psychiatrische settings.

De meerderheid van de respondenten wordt op een manier geconfronteerd met de eerder impliciet restrictieve cultuur vanuit de instelling tegenover seksualiteit, bijvoorbeeld vanuit andere collega's,

---

<sup>5</sup> Dit gebrek aan kennis omtrent het beleid rond seksualiteit kwam enkel naar voren bij een aantal respondenten die in een PVT werken.

de directie en de insteek van de PVT of het IBW in het algemeen. Uit de literatuurstudie blijkt dat een restrictieve seksualiteitscultuur van de GGZ-instelling voor de hulpverleners een barrière kan zijn voor het bespreekbaar maken van seksualiteit (Hartog, 2009; Wright et al., 2007; Urry et al., 2023). Ook is het van belang dat hulpverleners zich gesteund voelen door hun collega's en leidinggevendenden hierin (Urry et al., 2023). Zo halen sommige respondenten aan dat seksualiteit als minder belangrijk thema wordt beschouwd binnen het team en dat er weinig over wordt gepraat, of dat er enkel over wordt gesproken in problematische context, dus als er iets grensoverschrijdend is gebeurd. Ook geven meerdere respondenten aan dat wanneer er wel over wordt gepraat, er uiteindelijk weinig mee wordt gedaan en weinig wordt gecommuniceerd over de mogelijkheden binnen het onderwerp (bv. andere organisaties die kunnen helpen). Deze respondenten leggen de link met de eerder conservatieve aard van het IBW of de PVT, of van de regio. Bij deze respondenten lijkt de impliciet restrictieve houding vanuit de PVT of het IBW een barrière te zijn voor het uitgebreider kunnen bespreken van het onderwerp. Hierin voelen de respondenten dus weinig steun van collega's en leidinggevendenden in het thema van seksualiteit, wat net enorm belangrijk is om het bespreekbaarder te kunnen maken (Urry et al., 2023). Een aantal respondenten geven het tegenovergestelde aan: er heerst een open klimaat binnen het team tegenover seksualiteit en ze informeren of motiveren elkaar voor bijvoorbeeld vormingen omtrent seksualiteit. Deze respondenten ervaren een open cultuur waar er wel veel collegiale ondersteuning is omtrent het onderwerp.

Samengevat geven respondenten vaak aan dat er weinig tot geen beleid is rond seksualiteit in de PVT of het IBW. Het ontbreken van duidelijk beleid resulteert in een sterk individuele benadering van het onderwerp door begeleiders. Daarbovenop voelen sommige respondenten zich weinig gesteund door collega's en leidinggevendenden. Sommige respondenten ervaren echter een opener klimaat binnen hun team, waar gesprekken over seksualiteit gemakkelijker plaatsvinden.

### **6.1.3. Bespreekbaarheid: initiatief van gesprek en taalgebruik**

Het merendeel van de respondenten spreekt enkel over seksualiteit als de bewoners er zelf over beginnen. Redenen die hiervoor worden aangegeven zijn (1) het gevoel van gebrek aan ervaring in het onderwerp; (2) onzekerheid of de bewoners wel over seksualiteit willen spreken (onder andere door de perceptie van schroom en ongemak bij de bewoners); (3) eigen gevoelens van schroom en ongemak of zelf niet durven beginnen over het onderwerp. De respondenten geven aan dat het maatschappelijke taboe rond seksualiteit het moeilijker maakt om initiatief te nemen in dit onderwerp en te kunnen inschatten wanneer het gepast of ongepast is om erover te beginnen praten. Hier speelt ook het idee mee dat de bewoners het ongemakkelijk zouden vinden om over seksualiteit te spreken.

Sommige respondenten weten bovendien niet altijd hoe ze moeten reageren als de bewoners over hun seksualiteitsbeleving beginnen. De meeste respondenten leggen de link met de oudere leeftijd van sommige bewoners, waardoor ze het moeilijker vinden om initiatief te nemen in gesprekken over seksualiteit of in te gaan op het onderwerp als de bewoners erover beginnen. De leeftijd van de

bewoners is voor de hulpverleners vaak een barrière om te praten over seksualiteit. Hierover zullen we verder uitweiden bij het bespreken van onderzoeksvraag 2 (*“Welke moeilijkheden ervaren hulpverleners in de GGZ rond de seksualiteitsbeleving van de bewoners?”*). Een paar respondenten uit een PVT geven ook aan dat seksualiteit niet snel aan bod komt, omdat er veel groepsbegeleiding is waar ze werken en weinig een-op-een momenten. Deze respondenten geven aan dat er meer schroom is in groepsgesprekken waardoor seksualiteit niet vaak besproken wordt.

Er zijn dus een aantal barrières voor de hulpverleners om het initiatief te nemen in gesprekken over seksualiteit. Deze komen sterk overeen met de barrières die naar voren komen in het onderzoek van Bungener et al. (2022): een gebrek aan kennis, eigen gevoelens van ongemak bij het onderwerp en de veronderstelling dat de cliënt zich zou schamen.

Langs de andere kant geeft het merendeel van de respondenten aan dat ze proberen om ruimte te maken voor het onderwerp door seksualiteit op een moment in de begeleiding op tafel te leggen en aan te geven dat hierover kan gepraat worden. Hierbij benadrukken de respondenten dat het belangrijk is om aan te voelen en af te tasten waar iemand wel of niet over wil praten, en om een vertrouwensband te creëren. Op deze manier initiëren de respondenten het gesprek over seksualiteitsbeleving niet per se zelf, maar faciliteren ze potentiële gesprekken hierover. Niet zelf het gesprek over seksualiteit initiëren wil dus niet altijd zeggen dat er geen rekening mee gehouden wordt of ruimte voor gecreëerd wordt.

Wat betreft het taalgebruik in gesprekken over seksualiteit, geven de meeste respondenten aan dat ze zich aanpassen aan de bewoners door de woorden over te nemen die zij gebruiken, om een laagdrempelig gesprek te voeren. Sommigen geven net aan dat ze sneller 'officiële' termen gaan gebruiken, om het onderwerp op die manier 'normaler' te maken. Een aantal respondenten geven aan dat het niet altijd makkelijk is om te kiezen welke woorden je moet gebruiken, en dat bijvoorbeeld een vorming hierrond welkom is.

## **6.2. Onderzoeksvraag 2: Welke moeilijkheden ervaren hulpverleners in de GGZ rond de seksualiteitsbeleving van de bewoners?**

Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden, bespreken we de thema's die de hulpverleners zelf aangeven als zaken waartegen ze opbotsen als het gaat over seksualiteit in hun begeleiding van de bewoners.

### **6.2.1. Gebrek aan (het delen van) kennis over en tools omtrent seksualiteit**

Op verschillende manieren kwam bij de respondenten het gebrek aan kennis rond het onderwerp aan bod. Bijna alle respondenten geven aan dat tools of methodieken omtrent (gesprekken over) de seksualiteitsbeleving van de bewoners zouden kunnen helpen voor zichzelf en/of hun collega's. Een aantal respondenten geven aan dat ze graag meer kennis willen verwerven rond genderidentiteit en

seksuele geaardheid, aangezien hier meer en meer bewoners vragen rond hebben. Deze kwestie komt ook naar voren in het onderzoek van Urry et al. (2023), waar hulpverleners in GGZ-instellingen meer vormingen zouden willen omtrent LGBTQ+-kwesties.

Een andere kwestie waarover te weinig kennis is volgens een aantal respondenten, is het bestaan van organisaties of instanties die werken rond seksualiteit. Dit gebrek aan informatie kan ervoor zorgen dat hulpverleners niet snel doorverwijzen naar instanties of organisaties die werken rond seksualiteit en de bewoners zouden kunnen helpen. De meeste respondenten geven dan ook aan dat er heel weinig wordt doorverwezen in het IBW of de PVT als het gaat over de seksualiteitsbeleving van de bewoners. In de literatuurstudie kwam dit gebrek aan het delen van kennis over organisaties en instanties ook aan bod. Hulpverleners willen een betere toegang tot informatie over externen/externe organisaties waarnaar men de bewoners bijvoorbeeld kan doorverwijzen (Urry et al., 2023). Dit gebrek aan het delen van kennis zorgt voor een gebrekkige communicatie rond seksualiteitsbeleving binnen het IBW of de PVT, een probleem dat verschillende respondenten aanhalen. De mogelijkheden op vlak van seksualiteitsbeleving die er zijn vanuit het IBW of de PVT worden niet altijd even goed gecommuniceerd tussen collega's of vanuit de leidinggevende.

Zoals eerder aangegeven, zijn ook niet alle hulpverleners even goed op de hoogte van het beleid rond seksualiteit in de instelling. Het bestaan van beleid rond seksualiteit is niet genoeg, dit moet natuurlijk ook goed gecommuniceerd worden naar de hulpverleners. Dit gebrek aan communicatie van kennis en mogelijkheden omtrent de seksualiteitsbeleving van de bewoners valt ook te linken aan de restrictieve seksualiteitscultuur binnen het IBW of de PVT. Een gebrek aan steun van collega's en leidinggevenden rond seksualiteit heeft als consequentie dat er weinig gecommuniceerd wordt over het onderwerp (Urry et al., 2023) en dit kan bestaande impliciete attitudes in stand houden.

Een referentiepersoon rond seksualiteit binnen het IBW of de PVT zou volgens enkele respondenten helpen om beter te kunnen ingaan op en omgaan met het thema seksualiteit. Ook het idee van een extern persoon die ze kunnen contacteren of die soms eens langskomt, zoals een seksuoloog, komt bij verschillende respondenten naar boven.

Enkele respondenten geven aan dat er ook bij de psychiater of behandelende arts een gebrek aan kennis rond seksualiteit is. Deze respondenten zien dat de psychiaters te weinig informatie meegeven en/of aandacht schenken aan de rol van medicatie in de seksualiteitsbeleving van de bewoners. In het onderzoek van Bungener et al. (2022) komt ook naar voren dat de seksuele neveneffecten van psychofarmacagebruik weinig worden medegedeeld door bijvoorbeeld psychiaters en psychologen. Een respondent stelt daarom dat een vorming rond seksualiteit voor de psychiaters en behandelende artsen welkom zou zijn.

### **6.2.2. Grenzen van begeleiding**

De meeste respondenten geven aan dat het niet altijd gemakkelijk is om de grenzen van de begeleiding te kennen, zeker rond het thema van seksualiteit. De hulpverleners begeleiden de

bewoners in dagdagelijkse zaken zoals koken, administratieve zaken, dagactiviteiten zoeken, zoeken naar werk, et cetera. Een ondersteunende of begeleidende rol opnemen in het thema van seksualiteit vinden de respondenten al snel een stuk moeilijker. Bijvoorbeeld meegaan naar een seksshop of naar een sekswerker: sommige hulpverleners geven aan dat ze dat zouden doen, anderen vinden dat iets te intiem.

Ook spreken een aantal respondenten over het gevoel van onmacht als het gaat over de begeleiding omtrent de seksualiteitsbeleving van bewoners. Deze respondenten geven aan dat ze oplossingsgericht denken en dat er vaak geen snelle oplossing is in het thema van seksualiteit. Als de bewoners bijvoorbeeld worstelen met gevoelens van eenzaamheid of de negatieve effecten van medicatie op hun seksualiteitsbeleving, is daar geen direct antwoord op en zorgt dat bij sommige respondenten voor het gevoel van machteloosheid en ongeduld.

### **6.2.3. Leeftijd en gender van bewoners**

Het merendeel van de respondenten vindt het moeilijker om over seksualiteitsbeleving te spreken met de oudere bewoners. Hiervoor worden verschillende redenen aangehaald: (1) onzekerheid of de oudere bewoners nood hebben aan gesprekken over seksualiteit/nog seksuele behoeften hebben; (2) een meer conservatieve visie op seksualiteit en relaties bij de oudere bewoners; (3) het idee van meer schroom rond seksualiteit bij de oudere bewoners (ook gelinkt met de conservatieve houding bij de oudere generatie); (4) het gevoel van te weinig ervaring door het leeftijdsverschil.

De meeste respondenten linken de barrières om te spreken over seksualiteitsbeleving met de oudere bewoners aan het maatschappelijk taboe rond seksualiteit en de evolutie hiervan, dus dat het taboe rond seksualiteit bij ouderen hoger is. Ook leeft de twijfel of oudere mensen nog seksueel actief (willen) zijn en daar überhaupt nog mee bezig zijn. Mahieu et al. (2015) bevinden dat voor jongere zorgverleners de oudere leeftijd van bewoners (in dit geval in rusthuizen) voor een grotere drempel zorgt omtrent het thema van seksualiteit. De oudere hulpverleners zouden zich makkelijker kunnen inleven in de (seksuele) leefwereld van de ouderen, waardoor ze ook opener staan in het onderwerp. In dit onderzoek zijn de demografische gegevens zoals leeftijd niet opgevraagd bij de hulpverleners, dus kunnen we deze link niet leggen.

Een paar respondenten halen ook aan dat ze het moeilijker vinden om over seksualiteit te praten met bewoners van het andere geslacht. Deze respondenten ervaren meer schroom en ongemak (of gepercipieerd ongemak bij de bewoners) om als mannelijke begeleider bij vrouwelijke bewoners over seksualiteit te beginnen of vice versa.

### **6.2.4. Moeilijke kwestie van privacy in PVT's**

Privacy is een essentieel mensenrecht om iemands seksuele gezondheid te waarborgen (WHO, 2017). Alle respondenten die in een PVT werken, spreken over het probleem rond privacy op vlak van



de seksualiteitsbeleving (én de algemene levenskwaliteit) van de bewoners. In de PVT's zijn er zowel een- als tweepersoonskamers. Een deel van de bewoners slaapt dus samen op de kamer, waardoor er weinig privacy is en daardoor veel minder mogelijkheden op gebied van seksualiteitsbeleving. De respondenten geven aan dat er geen alternatieven zijn door de infrastructuur van de PVT's. Een aantal van die respondenten halen aan dat het voorzien van een aparte eenpersoonskamer waar bewoners zich in alle privacy kunnen terugtrekken een oplossing zou kunnen zijn.

Ook halen enkele respondenten uit de PVT's aan dat het binnenkomen van de hulpverleners op de kamers ook niet altijd evident is. Er is dan wel een regel rond aankloppen, maar een paar respondenten halen aan dat zichzelf of collega's soms al binnenkomen tijdens het aankloppen, dus dat dat eigenlijk ook de privacy van de bewoners inperkt.

## **7. Conclusie, beperkingen, verder onderzoek en (beleids)aanbevelingen**

Inzake dit onderzoek kunnen we vaststellen dat hulpverleners in PVT's en IBW's een positieve houding hebben tegenover de seksualiteitsbeleving van de bewoners, waarbij ze de bewoners op een holistische manier benaderen en seksualiteit een belangrijk onderwerp vinden. Deze holistische benadering wordt in dit onderzoek gelinkt met het sociaal model van disability (Waldschmidt, 2018). Toch is het bespreken van seksualiteit niet altijd evident, en zijn er verschillende (verweven) barrières die ervoor zorgen dat het onderwerp van seksualiteit onder de radar blijft. Ten eerste komen uit de diepte-interviews enkele algemene barrières naar boven: (1) gebrek aan (duidelijk) beleid, tools en methodieken rond seksualiteit waardoor de aanpak heel afhankelijk is van de hulpverlener; (2) gebrek aan kennis omtrent seksualiteit en instanties/organisaties die rond seksualiteitsbeleving werken; (3) gebrek aan communicatie van kennis of mogelijkheden binnen het IBW of de PVT (gelinkt met een meer restrictieve cultuur tegenover seksualiteit op organisatie- en peer-to-peerniveau). Naast deze belemmeringen in brede zin ten opzichte van seksualiteitsbeleving van bewoners, kunnen we een aantal barrières meer specifiek onderscheiden die als drempel ervaren worden om een gesprek over dit onderwerp te initiëren: (4) het gevoel van gebrek aan ervaring in het onderwerp; (5) onzekerheid of de bewoners wel over seksualiteit willen spreken (onder andere door de perceptie van schroom en ongemak bij de bewoners); (6) eigen gevoelens van schroom en ongemak of zelf niet durven beginnen over het onderwerp; (7) (oudere) leeftijd van bewoners en/of geslachtsverschillen. Deze specifieke barrières linken de hulpverleners met het maatschappelijk taboe rond seksualiteit, dat het moeilijker maakt om over seksualiteit te spreken.

Een limitatie van deze studie is dat de demografische kenmerken van de respondenten niet werden opgevraagd (leeftijd, gender, opleidingsniveau, et cetera), waardoor we weinig kunnen concluderen over eventuele verschillen tussen verschillende groepen binnen de hulpverleners. Ook is er doorheen het onderzoek geen onderscheid gemaakt tussen de 'soorten' hulpverleners. De functies variëren van trajectbegeleiders tot psychiatrisch verpleegkundigen, en met dit verschil is later geen rekening meer gehouden. Een andere limitatie is dat de mate van het belang van seksualiteit en de visie op de begeleiding niet sterk bevraagd is. Veel respondenten halen zelf expliciet aan dat ze seksualiteit een belangrijk thema vinden, maar dat is niet in elk interview consequent gevraagd. Diverse andere topics kwamen in de interviews aan bod, maar verdere uitdieping hiervan ligt buiten de reikwijdte van dit onderzoek vanwege de specifieke focus op het perspectief van de hulpverleners en hun ervaren barrières. De hulpverleners in PVT's geven allemaal aan dat de seksualiteitsbeleving van de bewoners belemmerd wordt door het gebrek aan privacy, gelinkt met de infrastructuur van de PVT. Een vervolgonderzoek dat ingaat op de beleving van de bewoners omtrent privacy en seksualiteitsbeleving is daarom aangewezen.

Deze studie is exploratief van aard, wat wil zeggen dat we de onderzoeksresultaten niet kunnen generaliseren naar de brede populatie toe. Daarom zou een grootschalige kwantitatieve

vervolgstudie bij Vlaamse hulpverleners in IBW's en PVT's op zowel persoons- als organisatieniveau uitgevoerd moeten worden. Met een dergelijke onderzoeksopzet kan de impact van organisatie-, hulpverleners- en bewonerskenmerken in verband worden gebracht met toegankelijkheid van het onderwerp van seksualiteitsbeleving. Door gebruik te maken van multi-level modellen kan bovendien onderscheid worden gemaakt tussen verschillen in toegankelijkheid op organisatorisch en individueel niveau, waardoor beleidsaanbevelingen voor diverse niveaus verder kunnen worden verfijnd (bijvoorbeeld de evaluatie van de behoefte aan een opener klimaat binnen organisaties).

Ondanks deze beperkingen brengt deze masterproef in kaart hoe hulpverleners in PVT's en IBW's in Vlaanderen staan tegenover de seksualiteitsbeleving van de bewoners. Dit onderzoek tracht dan ook te dienen als leidraad voor vormingen en initiatieven binnen de geestelijke gezondheidszorg, in de eerste plaats met het oog op organisaties als Aditi vzw. Een rode draad doorheen de interviews en analyses is de onvoldoende aanwezigheid van kennis, tools, methodieken, organisatorisch verankerd beleid omtrent seksualiteit, en de communicatie hierover. Deze leemte omtrent het onderwerp biedt veel ruimte voor verbetering op basis van bijvoorbeeld sterkere aanwezigheid van seksualiteit in professionele vormingen en eventueel academische vooropleidingen. Ook op organisatorisch niveau kunnen diverse initiatieven worden genomen om het taboe rond seksualiteit bij bewoners te doorbreken, bijvoorbeeld systematischer geïntegreerde contacten met seksuologen (analoog met artsen of verpleegkundigen), het thema formeler en explicieter vastleggen in het beleid van de organisatie, of door een referentiepersoon aan te stellen die rond seksualiteit werkt. Ook al is er rond dit onderwerp nog veel ruimte voor verbetering en verder onderzoek, de openheid en bespreekbaarheid van seksualiteit in IBW's en PVT's is de laatste jaren sterk geëvolueerd. Verdere verfijning en ontwikkeling zijn echter onoverkomelijk: seksualiteitsbeleving is een basisbehoefte, en mensen met een psychische kwetsbaarheid mogen hier op geen enkele manier van worden uitgesloten.

## 8. Referenties

Addlakha, R., Price, J., & Heidari, S. (2017). Disability and sexuality: claiming sexual and reproductive rights. *Reproductive Health Matters*, 25(50), 4-9.

Alexander, N., & Taylor Gomez, M. (2017). Pleasure, sex, prohibition, intellectual disability, and dangerous ideas. *Reproductive health matters*, 25(50), 114-120.

Anderson, R. M. (2013). Positive sexuality and its impact on overall well-being. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 56(2), 208-214.

Anex, A., Dürriegl, M., Matthys, A., Felber, S., Medvedeva, T., Cleary, R., & Clesse, C. (2023). 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. *Archives of Sexual Behavior*, 52(1), 121-134.

Anseau, M., Dierick, M., Buntinx, F., Cnockaert, P., De Smedt, J., Van Den Haute, M., & Vander Mijnsbrugge, D. (2004). High prevalence of mental disorders in primary care. *Journal of affective disorders*, 78(1), 49-55.

Arias-Colmenero, T., Pérez-Morente, M. Á., Ramos-Morcillo, A. J., Capilla-Díaz, C., Ruzafa-Martínez, M., & Hueso-Montoro, C. (2020). Experiences and attitudes of people with HIV/AIDS: A systematic review of qualitative studies. *International journal of environmental research and public health*, 17(2), 639.

Barker, M. J., & Iantaffi, A. (2015). Social models of disability and sexual distress. In *Madness, distress and the politics of disablement* (pp. 139-152). Policy Press.

Bloem, S. (2018). Hoe 'tijd' psychiatrie opnieuw betoverde. *Studium*, 10(4).

Bogart, K. R., & Dunn, D. S. (2019). Ableism special issue introduction. *Journal of Social Issues*, 75(3), 650-664.

Bonnewyn, A., Bruffaerts, R., Vilagut, G., Almansa, J., & Demyttenaere, K. (2007). Lifetime risk and age-of-onset of mental disorders in the Belgian general population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42, 522-529.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.

Bungener, S. L., Post, L., Berends, I., Steensma, T. D., de Vries, A. L., & Popma, A. (2022). Talking About Sexuality With Youth: A Taboo in Psychiatry?. *The Journal of Sexual Medicine*, 19(3), 421-429.

Burchardt, M. (2013). 'Transparent sexualities': sexual openness, HIV disclosure and the governmentality of sexuality in South Africa. *Culture, health & sexuality*, 15(sup4), S495-S508.

Burns, J. K. (2013). Mental health and inequity: A human rights approach to inequality, discrimination and mental disability. In *Health and human rights in a changing world* (pp. 449-464). Routledge.

Cogan, J. C. (1998). The consumer as expert: Women with serious mental illness and their relationship-based needs. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(2), 142.

Davey, S., & Gordon, S. (2017). Definitions of social inclusion and social exclusion: the invisibility of mental illness and the social conditions of participation. *International Journal of Culture and Mental Health*, 10(3), 229-237.

De Girolamo, G., Alonso, J., & Vilagut, G. (2006). The ESEMeD-WMH project: strengthening epidemiological research in Europe through the study of variation in prevalence estimates. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 15(3), 167-173.

de Jager, J., & McCann, E. (2017). Psychosis as a barrier to the expression of sexuality and intimacy: an environmental risk?. *Schizophrenia Bulletin*, 43(2), 236-239.

Deetlefs, E., Greeff, M., & Koen, M. P. (2003). The attitudes of nurses towards HIV positive patients. *Health SA Gesondheid*, 8(2), 23-33.

Dobal, M. T., & Torkelson, D. J. (2004). Making decisions about sexual rights in psychiatric facilities. *Archives of Psychiatric Nursing*, 18(2), 68-74.

Drapalski, A. L., Lucksted, A., Perrin, P. B., Aakre, J. M., Brown, C. H., DeForge, B. R., & Boyd, J. E. (2013). A model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. *Psychiatric Services*, 64(3), 264-269.

Earle, S. (2001). Disability, facilitated sex and the role of the nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 36(3), 433-440.

Goffman E. (1963) *Stigma*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.

Goldschmidt, J. E. (2016). Van gelijke behandeling naar inclusie: het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap. In *VN Forum* (Vol. 2016, No. 1/2).

Goodley, D. (2018). The dis/ability complex. *DiGeSt. Journal of Diversity and Gender Studies*, 5(1), 5-22.

Gruskin, S., Yadav, V., Castellanos-Usigli, A., Khizanishvili, G., & Kismödi, E. (2019). Sexual health, sexual rights and sexual pleasure: meaningfully engaging the perfect triangle. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 27(1), 29-40.

Hartog, Z. (2009). *De attitude van de hulpverlener over de seksualiteit van de psychiatrische patiënt* (Master's thesis).

Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American journal of public health*, 103(5), 813-821.

Hennekam, S., & Descubes, I. (2023). Why common job demands are challenging for individuals with mental illness: the interaction of personal vulnerability factors and ableist norms. *Equality, Diversity and Inclusion: An International Journal*.

Hermans, M. H., De Witte, N., & Dom, G. (2012). The state of psychiatry in Belgium. *International review of psychiatry*, 24(4), 286-294.

Hortal-Mas, R., Moreno-Poyato, A. R., Granel-Giménez, N., Roviralta-Vilella, M., Watson-Badia, C., Gómez-Ibáñez, R., ... & Leyva-Moral, J. M. (2022). Sexuality in people living with a serious mental illness: a meta-synthesis of qualitative evidence. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(1), 130-146.

Jannini, E. A., & Siracusano, A. (Eds.). (2018). *Sexual dysfunctions in mentally ill patients*. Cham, Switzerland: Springer International Publishing.

Jaramillo Ruiz, F. (2017). The Committee on the Rights of Persons with Disabilities and its take on sexuality. *Reproductive Health Matters*, 25(50), 92-103.

Killaspy, H., White, S., Lalvani, N., Berg, R., Thachil, A., Kallumpuram, S., ... & Mezey, G. (2014). The impact of psychosis on social inclusion and associated factors. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(2), 148-154.

Lewis, B. (2006). A mad fight: Psychiatry and disability activism. *The disability studies reader*, 3.

McInnes, R. A. (2003). Chronic illness and sexuality. *Medical Journal of Australia*, 179(5), 263-266.

Meltzer, H., Gill, B., Hinds, K., & Petticrew, M. (2003). The prevalence of psychiatric morbidity among adults living in institutions. *International Review of Psychiatry*, 15(1-2), 129-133.

Montejo, A. L., Montejo, L., & Baldwin, D. S. (2018). The impact of severe mental disorders and psychotropic medications on sexual health and its implications for clinical management. *World psychiatry*, 17(1), 3-11.

Morgan, C., Burns, T., Fitzpatrick, R., Pinfold, V., & Priebe, S. (2007). Social exclusion and mental health: conceptual and methodological review. *The British Journal of Psychiatry*, 191(6), 477-483.

Mortelmans, D. (2013). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven, België: Acco

Mulvany, J. (2000). Disability, impairment or illness? The relevance of the social model of disability to the study of mental disorder. *Sociology of Health & Illness*, 22(5), 582-601.

Overton, S. L., & Medina, S. L. (2008). The stigma of mental illness. *Journal of Counseling & Development*, 86(2), 143-151.

Payne, S. (2006). Mental health, poverty and social exclusion. *Poverty and social exclusion in Britain* (pp. 285-312). Policy Press.

Perlin, M. L., & Lynch, A. J. (2014). All his sexless patients: persons with mental disabilities and the competence to have sex. *Wash. L. Rev.*, 89, 257.

Phillips Jr, R. L., & Slaughter, J. R. (2000). Depression and sexual desire. *American Family Physician*, 62(4), 782-786.

Pretorius, D., Couper, I. D., & Mlambo, M. G. (2021). Neglected sexual dysfunction symptoms amongst chronic patients during routine consultations in rural clinics in the North West province. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 13(1), 1-7.

Quinn, C., & Happell, B. (2013). Talking about sexuality with consumers of mental health services. *Perspectives in psychiatric care*, 49(1), 13-20.

Quinn, C., Happell, B., & Browne, G. (2011). Talking or avoiding? Mental health nurses' views about discussing sexual health with consumers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(1), 21-28.

Raja, M., & Azzoni, A. (2003). Sexual behavior and sexual problems among patients with severe chronic psychoses. *European Psychiatry*, 18(2), 70-76.

Ruane, J., & Hayter, M. (2008). Nurses' attitudes towards sexual relationships between patients in high security psychiatric hospitals in England: An exploratory qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(12), 1731-1741.

Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European psychiatry*, 20(8), 529-539.

Sorée, V. (2010). Het Verdrag van de Verenigde Naties inzake de Rechten van Personen met een Handicap als sleutel tot meer Kwaliteit van Bestaan. *Ethiek & Maatschappij*, 13(4), 141-161.

Srinivasan, A. (2021). *The right to sex: Feminism in the twenty-first century*. Farrar, Straus and Giroux.

Urry, K., Breakey, G. R., Scholz, B., & Chur-Hansen, A. (2023). Approaches for improving sexuality and sexual health care in mental health settings: A qualitative study exploring clinicians' own perspectives. *International Journal of Mental Health Nursing*.

Van Hecke, J., Joos, L., Daems, J., Matthysen, V., & De Bruyne, S. (2011). Reorganisatie van de Belgische ggz; betere zorg voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening?. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 917-926.

VanPuymbrouck, L., Friedman, C., & Feldner, H. (2020). Explicit and implicit disability attitudes of healthcare providers. *Rehabilitation psychology*, 65(2), 101.

Vanwezemael, L. (2016). *De attitude van hulpverleners tegenover seksualiteit van psychiatrische patiënten*. [Masterproef, KU Leuven].

Vlaamse Overheid. (z.d.). *Initiatieven voor beschut wonen*. <https://www.vlaanderen.be/initiatieven-voor-beschut-wonen>. Geraadpleegd op 23 oktober 2023.

Vlaamse Overheid. (z.d.). *Psychiatrische verzorgingstehuizen*. <https://www.vlaanderen.be/gezondheid-en-welzijn/gezondheid/psychische-gezondheid/psychiatrische-verzorgingstehuizen>. Geraadpleegd op 23 oktober 2023.

Vlaamse Overheid. (2024, 15 januari). *Psychiatrische verzorgingstehuizen: erkenningssituatie: huidig aantal erkende bedden per vestigingsplaats*. Geraadpleegd op 17 januari 2024.

Waldschmidt, A. (2018). Disability–culture–society: Strengths and weaknesses of a cultural model of dis/ability. *Alter*, 12(2), 65-78.



World Health Organization. (2017). Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach.

Wright, E. R., Wright, D. E., Perry, B. L., & Foote-Ardah, C. E. (2007). Stigma and the sexual isolation of people with serious mental illness. *Social Problems*, 54(1), 78-98.

Young, R. E., Goldberg, J. O., Struthers, C. W., McCann, D., & Phills, C. E. (2019). The subtle side of stigma: Understanding and reducing mental illness stigma from a contemporary prejudice perspective. *Journal of Social Issues*, 75(3), 943-971.

# Bijlagen

## Bijlage 1: Topiclijst interviews

1. Inleiding

Voorstelling interviewer, onderzoek toelichten, geschatte duur interview aangeven  
Anonimiteit en vertrouwelijkheid informatie benadrukken, verbale informed consent opnames

2. Algemeen

Precieze inhoud van functie, hoe vaak zie je de bewoners, informatie over het IBW/de PVT (welke doelgroepen, grootte, werking)

3. Aanwezigheid van onderwerp seksualiteit

Is er een beleid rond, zo ja, wat? Tools, methodieken? In hoeverre wordt seksualiteit hier besproken als onderwerp? Ruimte voor het onderwerp? Hoeveel belang hecht je zelf aan thema?

4. Gesprekken over seksualiteit

Wie neemt meestal initiatief in gesprekken over seksualiteit? Aanpak? Hoe ervaar je gesprekken? Welke thema's komen aan bod? Waar bots je tegen op? Persoonlijke grenzen in gesprekken? Taalgebruik? Hanteren jullie tools en methodieken, welke?

5. Moeilijkheden rond thema

Waarop bots je omtrent thema in het algemeen? Wat kan beter? Zijn er dingen die je mist, zo ja, wat?

6. Slot

Dingen die ik ben vergeten vragen, aanvullingen, zelf vragen?

## Bijlage 2: Voorbeeld van onderhandeling tot toegang

Beste,

Ik ben een studente uit de interuniversitaire master Gender & Diversiteit, en ik schrijf mijn masterproef over “de attitudes van hulpverleners tegenover de seksualiteitsbeleving van de bewoners binnen psychiatrische zorgtehuizen en initiatieven van beschut wonen”. Deze masterproef schrijf ik in samenwerking met de organisatie Aditi vzw, die dit thema hebben voorgelegd. Ik zou graag een 12-tal hulpverleners (hoeven niet allemaal op dezelfde plaats te werken) vinden die hieraan zouden willen meewerken en die bereid zijn om met mij een diepte-interview af te leggen. Er zou dus gepeild worden naar hoe ze staan tegenover de seksualiteitsbeleving van de bewoners (die er langdurig verblijven, residentieel) en of de hulpverleners eventueel barrières ondervinden om het onderwerp van seksualiteit, intimiteit, privacy en seksuele gezondheid bespreekbaar te maken. Met de resultaten van dit onderzoek zou Aditi vzw verder aan de slag willen gaan in hun vormingsaanbod en in hun communicatie naar de overheid toe.

Kort samengevat ben ik dus op zoek naar hulpverleners binnen psychiatrische zorgtehuizen en initiatieven van beschut wonen die het zien zitten om een diepte-interview van max. een uurtje af te leggen over dit thema, het liefst in de komende maanden (februari - maart). Ik ben erg flexibel in zowel tijdstip als locatie, dus ben zeker bereid om tot de hulpverleners zelf te komen of online interviews via Teams te organiseren wanneer het voor hen past. De interviews zouden worden opgenomen en de data wordt geanonimiseerd en in alle vertrouwelijkheid behandeld. Ik vroeg me af of ik via deze weg hulpverleners zou kunnen vinden die dit zouden zien zitten?

Als jullie hierover nog vragen zouden hebben, hoor ik ze graag.

Alvast bedankt en met vriendelijke groeten,  
Yasmin Berwouts

## **Bijlage 3: Ethisch reflectiedossier**

### **1. Criteria**

Er worden audio-opnamen gemaakt: om de data te analyseren, worden de interviews opgenomen en opgeslagen om achteraf een verslag van te maken (een transcriptie waarbij enkel de relevante stukken voor het onderzoek worden uitgetypt). Voor deze opnamen is de mondelinge *informed consent* gevraagd van de respondenten. Deze opnamen zijn na het uitschrijven van de verslagen vernietigd.

### **2. Onderzoeksfasen**

#### **2.1. Contactname**

Om de respondenten te bereiken, werd er gemaïld naar het algemeen e-mailadres van verschillende IBW's en PVT's in Oost- en West-Vlaanderen met een open oproep om deel te nemen aan de studie. In de e-mail (zie bijlage 2) werd de opzet van het onderzoek meegegeven en gevraagd of er hulpverleners zijn die interesse hebben in het afleggen van een diepte-interview (op een moment en locatie naar keuze). Het onderwerp (houding tegenover seksualiteitsbeleving van bewoners en eventuele barrières die men ervaart in het thema) werd meegegeven. Er werd ook al meegegeven dat de interviews worden opgenomen en de data wordt geanonimiseerd. Op basis van die oproep heb ik persoonlijke mails gekregen van hulpverleners die willen deelnemen aan het onderzoek. De deelname is dus op vrijwillige basis en de hulpverleners namen zelf het initiatief om deel te nemen.

#### **2.2. Dataverzameling - en opslag**

Er zijn geen persoonsgegevens opgevraagd (geen volledige naam of demografische gegevens). Alle gegevens die kunnen leiden naar de persoon (bvb. voornaam, werkplaats, stad,...) zijn uit de dataverwerking gehouden. Er zijn enkel vragen gesteld in kader van de onderzoeksvragen. De locatie van de interviews mochten de respondenten zelf kiezen, er kon ook gekozen worden voor een online interview, afhankelijk van waar zij het meest comfortabel bij zijn. Er werden open vragen gesteld en er werd rekening gehouden met hoeveel de respondent zelf wilde ingaan op zaken.

Voor het eerste interview is een topiclijst met mogelijke vragen voorgelegd aan de promotor van deze masterproef, deze hebben we eerst besproken. Na het eerste interview hebben we nog eens samengezeten om het verslag te bespreken en nogmaals door de vragen te gaan.

#### **2.3. Opslag van data**

De opnamen zijn opgeslagen op mijn persoonlijke laptop en gebruikt om de verslagen uit te typen. Nadien zijn ze vernietigd. De opnamen zijn dus niet meer opspoorbaar. De verslagen staan opgeslagen in mijn persoonlijke google drive en zijn ook opgestuurd naar de respondenten zodat ze deze nog eens kunnen nalezen en eventueel kunnen aanvullen. In de verslagen staan geen persoonsgegevens, dus de identiteit van de respondenten is hieruit niet traceerbaar.

#### **2.4. Verwerking en rapportering van de data**

Er is niet gewerkt met namen of pseudoniemen, de respondenten worden in de bespreking van de data enkel als 'respondent' of 'hulpverlener' genoemd. Er worden geen locaties of namen van organisaties waarvoor ze werken gegeven. De demografische gegevens (leeftijd, gender, woonplaats,...) zijn niet opgevraagd, dus deze zijn nergens te vinden.

## **2.5. Feedback en nazorg**

Er is sprake van respondentenvalidatie aangezien de verslagen van de interviews nadien terug naar hen zijn opgestuurd met de vraag of ik alles juist begrepen heb en of ze nog aanvullingen of vragen hebben.