

SEXUALITIES, (DIS)ABILITIES EN SPACE

**KWALITATIEF ONDERZOEK IN DRIE VLAAMSE VOORZIENINGEN
NAAR MANIEREN WAAROP ZE EEN POSITIEVE
SEKSUALITEITSBELEVING VAN BEWONERS FACILITEREN**

TWEEDE VERSIE – EXTRA ANONIMISERING

Jade Vanoverbeke

Studentennummer: 01507442

Promotor: Prof. dr. Geert Van Hove

Masterproef voorgelegd voor het behalen van de graad master in de
Pedagogische Wetenschappen: Klinische Orthopedagogiek en Disability Studies

Academiejaar: 2019 – 2020

Aantal woorden: 28.424



**UNIVERSITEIT
GENT**

Sexualities, (Dis)abilities en Space

Uitleg rond extra anonimisering

Deze masterproef werd in juni 2020 ingediend voor het behalen van mijn masterdiploma in de Pedagogische Wetenschappen – Klinische Orthopedagogiek en Disability Studies. Hoewel in de oorspronkelijke versie alle plaats- en persoonsnamen geanonimiseerd werden en geen enkele voorziening, professional of bewoner kon worden teruggevonden door mensen die niet betrokken zijn bij deze masterproef, bestond de kans dat onder andere de contactpersonen in de voorzieningen bepaalde citaten zouden kunnen toewijzen aan specifieke bewoners en professionals. Omwille van de vertrouwelijkheid van het onderwerp werd deze masterproef dus confidentieel ingediend, wat betekent dat hij niet gepubliceerd kan worden.

Ik ben echter overtuigd van de maatschappelijke meerwaarde van dit onderzoek en ik vind het daarom belangrijk dat de resultaten openbaar kunnen worden gemaakt. Bovendien heb ik de voorzieningen die geparticipeerd hebben aan dit onderzoek beloofd om de resultaten met hen te delen. Vandaar heb ik ervoor gekozen om een tweede versie te maken van mijn masterproef. In deze versie zoek ik een evenwicht tussen het respecteren van de anonimiteit en privacy van de voorzieningen, professionals en bewoners en voldoende transparantie voor de lezer. Op die manier kan deze thesis ingekeken worden door alle voorzieningen, professionals, bewoners, beleidsmakers, studenten, onderzoekers en door iedereen die aan de slag wil gaan met of interesse heeft in de seksualiteit van mensen met een beperking.

In beide versies vind ik duidelijkheid, transparantie, leesbaarheid en kwaliteit erg belangrijk. Daarom zorg ik ervoor dat elke toegepaste censuur op gepaste wijze wordt gesignaleerd. De algemene regel is dat elke voorziening benoemd wordt met voorziening x , terwijl er in de originele versie telkens verwezen wordt naar voorziening 1, 2 of 3. Op dezelfde manier krijgt elke bevraagde professional het teken y in plaats van een cijfer. De bewoners tenslotte worden steeds aangeduid met bewoner z , terwijl ze in de originele versie elk een schuilnaam gekregen hebben. Hoewel er één vrouwelijke bewoonster werd geïnterviewd, wordt er over alle bewoners geschreven alsof ze mannelijk zijn. Bij de professionals gebeurt dit omgekeerd: elke 'respondent z ' is vrouwelijk. Het belangrijkste gevolg van deze extra anonimisering heeft betrekking tot de vermelding van de onderzochte visieteksten. Visieteksten van voorzieningen staan vaak vrij toegankelijk op het internet. Om te garanderen dat geen enkele lezer kan terugvinden welke voorzieningen hebben deelgenomen aan dit onderzoek, worden alle letterlijke citaten uit de visieteksten verwijderd uit deze masterproef.

Ik ben me ervan bewust dat sommige van mijn keuzes vrij ongebruikelijk zijn en vragen kunnen oproepen bij de lezer. Daarom ben ik bereid om elke vraag in verband met anonimisering te beantwoorden op mijn e-mailadres: jade.vanoverbeke@live.be.

Corona Verklaring Vooraf

De coronamaatregelen die werden ingelast rond maart 2020 hebben een aantal implicaties gehad voor deze masterproef. Oorspronkelijk stond gepland dat er per voorziening drie tot vier bewoners zouden worden geïnterviewd. Enkel in voorziening x werden er vier bewoners bevraagd. In voorziening x en x zouden er drie gesprekken met bewoners plaatsvinden, die gepland stonden in de eerste week van de coronamaatregelen. Er werd toen echter voor de veiligheid van de bewoners beslist om de gesprekken uit te stellen. Wanneer duidelijk werd dat het nog een tijd zou duren vooraleer het veilig genoeg zou zijn, werd in overleg met de contactpersonen beslist om de interviews af te nemen via Skype. Omwille van praktische overwegingen zou er in beide voorzieningen een woonbegeleider aanwezig zijn bij de gesprekken. Bovendien werd er in elke voorziening slechts één bewoner geïnterviewd. Enerzijds was dit om de woonbegeleiders niet nog meer te belasten in deze reeds zware tijden, anderzijds werd deze beslissing genomen om nog voldoende tijd te hebben voor de dataverwerking. De concrete gevolgen van de coronamaatregelen voor deze masterproef worden hieronder opgesomd.

- Omdat er minder gegevens konden worden verzameld in voorziening x en x is de sample van dit onderzoek kleiner dan voorzien.
- De onderzoeksgroep van voorziening x en x is minder representatief dan die van voorziening x .
- De interviews met de bewoners in voorziening x en x verliepen anders dan 'live' interviews. Er was minder tijd waardoor er minder diep kon worden ingegaan op de vragen. Er was een professional aanwezig, waardoor de bewoners mogelijk sociaal wenselijk hebben geantwoord. Het gesprek met de bewoner van voorziening x verliep minder vlot omdat de bewoner soms moeilijk verstaanbaar was door de verbinding.
- Om na de digitale interviews nog voldoende tijd te hebben om deze data te verwerken, werd gebruik gemaakt van de uitgestelde deadline en werd deze masterproef ingediend op 15 juni.

Deze preambule werd in overleg tussen de student en de promotor opgesteld en door beide goedgekeurd.

Abstract

Doel: Dit kwalitatief onderzoek maakt de drievoudige koppeling tussen *sexualities*, *(dis)abilities* en *space* en gaat op zoek naar manieren waarop Vlaamse residentiële voorzieningen de sexualities van hun bewoners met (dis)abilities positief benaderen. Hoewel er de voorbije decennia grote stappen zijn gezet met betrekking tot seksualiteit van mensen met een beperking blijven veel voorzieningen met het thema worstelen. In tegenstelling tot de literatuur, die voornamelijk vertrekt vanuit de negatieve invalshoek, gaat dit onderzoek op zoek naar bestaande hefboomen.

Methode: De basis van de onderzoeksgroep wordt gevormd door drie Vlaamse residentiële voorzieningen die worden voorgesteld als *good practices*. Binnen elke voorziening worden drie perspectieven bevestigd. Eerst wordt het perspectief van het beleid gezocht in de visietekst rond seksualiteit. Daarna wordt het perspectief van de professionals bevestigd via focusgroepgesprekken. Het perspectief van de bewoners krijgt tenslotte vorm via semi-gestructureerde interviews. Voor de data-analyse wordt gebruik gemaakt van documentanalyse voor de visieteksten en van het *plugging in* (Jackson & Mazzei, 2012) van de *sexual script* theorie van Simon en Gagnon (1973) in de data.

Resultaten: Er zijn verschillende scripts gevonden die vorm krijgen op het mesoniveau van de voorziening. Vier van deze scripts kunnen vertaald worden als manieren waarop voorzieningen en professionals kunnen bijdragen aan een positieve seksualiteitsbeleving van de bewoners. Deze mesoscripts kunnen benoemd worden als: normaliseren van seksuele dienstverlening (1), eerst de bewoner, dan het netwerk (2), een proactief beleid met proactieve professionals (3) en evenwicht tussen persoonlijke grenzen en professionaliteit (4).

Conclusie: Dit onderzoek benoemt vier adviezen aan voorzieningen, professionals en beleidswerkers. Deze adviezen zijn een vertaling van bestaande mesoscripts die aanwezig zijn in de bevestigde voorzieningen. Aan de hand van deze mesoscripts kunnen voorzieningen een beleid voeren dat een positieve seksualiteitsbeleving voor hun bewoners faciliteert. Hierin hebben professionals een grote verantwoordelijkheid, aangezien zij het beleid vertalen in de praktijk. Tenslotte is er nood aan nieuwe scripts op het samenlevingsniveau opdat mensen met een beperking en bewoners van voorzieningen hun recht op seksuele gezondheid volledig kunnen uitoefenen.

Voorwoord

Mijn masterproefonderwerp was een eigen voorstel en is iets waar ik al jaren mee in mijn hoofd zit. Als 16-jarige ging ik mee op JOMBA-kamp, waar ik tijdens het wassen van een man voor het eerst geconfronteerd werd met de seksualiteit van mensen met een beperking. Omdat het zo vanzelfsprekend en tegelijk zo onverwacht was, heeft die ervaring iets in beweging gezet dat jaren later resulteerde in deze masterproef.

Ik ben lange tijd wat nerveus geweest voor het moment waarop er voor het eerst zou worden gesproken over 'de masterproef'. Niet enkel om dat het de aankondiging was van het begin van het einde van mijn studentenleven, maar ook omdat hard werken zou worden, een laatste beproeving voor ik kon afstuderen. Onder andere dankzij de begeleiding van mijn promotor, prof. dr. Geert Van Hove, heb ik iets kunnen afleveren waar ik trots op ben. Geen kleine of grote vragen waren hem te veel. Ik ben ook dankbaar voor Inge Blockmans, een inspirerende vrouw die een grote invloed heeft gehad op de richting die ik ben uitgegaan. Bedankt, Gianni, om mijn ellenlange vertellingen aan te horen en voor de steun tijdens mijn masterproef en mijn opleiding in het algemeen. Mama en papa, bedankt voor alles wat jullie mij gegeven hebben. Ook aan Tine bedankt om je eigen masterproef te laten inkijken en om die van mij na te lezen. Bedankt aan Miek Scheepers van Aditi vzw, voor de Skypegesprekken en de samenwerking in het algemeen. Ik hoop op een vruchtbare toekomst waarin er zo veel mogelijk mensen kunnen worden geholpen. Bedankt aan de drie voorzieningen en aan de contactpersonen die zo veel moeite hebben gedaan om alles vlot te laten verlopen. Ook bedankt aan de professionals die hebben bijgedragen aan de focusgroepgesprekken. Tenslotte, een dikke dikke dankuwel aan alle bewoners die ik heb mogen spreken. Bedankt om met mij in gesprek te gaan over een onderwerp dat iemand zo kwetsbaar kan maken.

Ik heb mijn best gedaan om deze masterproef aangenaam leesbaar te maken. Voor de bibliografische verwijzingen en wetenschappelijke stijlenmerken werden de APA-richtlijnen gevolgd.

INHOUDSOPGAVE

INHOUDSOPGAVE	6
Inleiding	8
Deel 1: Literatuurstudie en conceptueel kader	9
Literatuurstudie	9
Sexualities	9
(Dis)abilities	10
Space	15
Sexual scripts	17
Probleemstelling en onderzoeksvraag	19
De Vlaamse Context	19
Vraag- en doelstelling	20
Deel 2: Onderzoeksopzet en methodieken	22
Kwalitatief onderzoek	22
Dataverzameling	24
Voorzieningen als good practices	24
Een drievoudig perspectief	24
De onderzoeksgroep	27
Documentanalyse en plugging in	34
Documentanalyse	34
Plugging in	35
Methodologische kwaliteit	37
Deel 3: Onderzoeksresultaten	39
Documentanalyse	39
Voorziening x: [titel visietekst]*	39
Voorziening x: [titel visietekst]*	40
Voorziening x: [titel visietekst]*	41
Plugging in sexual scripts	42

Sexual scripts in de voorzieningen	42
Vier scripts met een positieve invloed	47
Deel 4: Discussie en conclusie	68
Discussie.....	68
Resultaten	68
Beperkingen.....	75
Implicaties	77
Vervolgonderzoek	77
Conclusie	80
Referenties	81
Bijlagen.....	87
Bijlage 1 – interviewleidraden focusgroepgesprekken	87
Bijlage 2 – informed consent.....	89
Bijlage 3 – interviewleidraad bewoners.....	90
Bijlage 4 – visieteksten.....	92
Bijlage 5 – focusgroepgesprekken en semi-gestructureerde interviews.....	93
Bijlage 6 – informed consents	94

INLEIDING

De titel van deze masterproef luidt 'sexualities, (dis)abilities en space'. Aan de hand van deze titel probeer ik te schetsen welke invalshoeken dit onderzoek hebben gevormd.

Ten eerste wordt *sexualities* ('seksualiteiten') gebruikt om de veelheid aan mogelijke invullingen van seksualiteit te benadrukken. Zoals Gagnon verwoordt: "There are many ways to become, to be, to act, to feel sexual. There is no one human sexuality, but rather a wide variety of sexualities" (1977, geciteerd in Simon & Gagnon, 2017, voorwoord). In deze masterproef wil ik afstappen van afgebakende definities en van mijn persoonlijke invullingen, want "er zijn geen permanente significante waarheden over seksualiteit" (Simon, 2002, geciteerd in Simon & Gagnon, 2017, voorwoord).

(Dis)abilities geeft aan dat er in deze masterproef aandacht is voor zowel *abilities* ('mogelijkheden') als *disabilities* ('beperkingen'). In meervoud, want er is altijd sprake van meerdere mogelijkheden en meerdere beperkingen. Deze (dis)abilities situeren zich niet louter in de bewoners die worden bevraagd, maar evenzeer in het beleid van de onderzochte voorzieningen, in de professionals die er werken en in de ruimere maatschappelijke context waarin deze masterproef tot stand komt. Wanneer ik in deze masterproef schrijf over mensen met een beperking, heb ik het over mensen die, al dan niet gediagnosticeerd, het label van een lichamelijke, verstandelijke of meervoudige beperking hebben gekregen.

Ten derde is *space* ('ruimte') onlosmakelijk verbonden met seksualiteit: "sexuality and space are mutually constituted – space makes sexuality and sexuality makes space" (Johnston, 2015, p. 808). Space wordt verkozen boven het Nederlandse 'ruimte', omdat space veel meer omhelst dan de fysieke ruimte. In eerste instantie verwijst space naar residentiële voorzieningen, heel specifiek naar leefgroepen, woon- en eetruimtes, studio's, (bad)kamers... Het verwijst daarnaast naar de vroegere thuissituatie van de bewoners en de huidige thuissituatie van professionals. Het gaat echter verder dan fysieke plaatsen en heeft ook betrekking op de sociale, historische en politieke context waarin deze voorzieningen bestaan, waarin deze masterproef vorm krijgt en waarin de respondenten werken en leven. Tenslotte gaat space over de mentale ruimte van professionals, bewoners en van mezelf.

De koppeling tussen sexualities en (dis)abilities wordt, zoals snel duidelijk zal worden, al te vaak gemaakt vanuit het negatieve. Met deze masterproef wil ik voornamelijk focussen op wat er goed loopt, op mogelijkheden en op mooie verhalen. Toch valt het niet te ontkennen dat mensen met een beperking, veel vaker dan mensen zonder, in aanraking komen met de zwarte kant van seksualiteit. Vertrekken vanuit een positieve invalshoek mag niet betekenen dat het seksueel geweld, misbruik en grensoverschrijdend gedrag zomaar genegeerd wordt.

DEEL 1: LITERATUURSTUDIE EN CONCEPTUEEL KADER

LITERATUURSTUDIE

SEXUALITIES

Pleasure adds meaning to our lives. Sexual pleasure is particularly powerful in making one feel alive. [...] Sexual pleasure can enhance an intimate relationship. It can add a sense of connectness to the world or to each other. It can heal a sense of emotional isolation so many of us feel even though we are socially integrated. It can help build our immunity against media messages that can make us feel as if we don't deserve pleasure.

(Tepper, 2000, p. 288)

Plezier is een verlangen van iedere mens. Seks en intimiteit zijn universele manieren om plezier te beleven, al wordt er niet overal even luid over gesproken. Dit krampachtig stilzwijgen (of fluisteren) noemt Tepper (2000) "the missing discourse of pleasure" en komt volgens hem voort uit de traditionele taboesfeer rond seksualiteit en intimiteit. In de Griekse dualisering van lichaam en geest werden seksuele verlangens gedegradeerd tot het laagste element van de psyche (Tepper, 2000). De Katholieke Kerk versterkte dit negatieve discours toen ze seksueel plezier ging uitdragen als een zonde (Bullough & Bullough, 1997, in Tepper, 2000). Onder andere door het werk van Alfred Kinsey, "de vader van de seksuele revolutie" (Indiana University, 2020), kwam rond de jaren '50 een meer normaliserend debat. Kinsey presenteerde seks en seksueel plezier als een natuurlijk deel van het leven, maar deed dit vooral vanuit een biologische benadering (Brown & Fee, 2003). Deze benadering reduceert seks grotendeels tot fysieke prestaties met een focus op de mannelijke erectie en houdt geen rekening met de emotionele en relationele componenten ervan (Sakellariou, 2006; Shakespeare, 1999).

De laatste decennia komen er tekenen van een bredere kijk op seksualiteit, waarbij seks op verschillende manieren kan worden ingevuld en waarbij er rekening wordt gehouden met het sociaal-emotionele aspect. De *World Health Organization* (WHO; 'Wereldgezondheidsorganisatie') deed dit bijvoorbeeld in 2006 met een brede definitie:

Seksualiteit is een centraal aspect van het mens-zijn gedurende het hele leven. Het omvat seks, gender-identiteiten, rollen, seksuele geaardheid en voorkeuren, erotiek, plezier, intimiteit en voortplanting. Seksualiteit wordt ervaren en geuit in gevoelens,

gedachten, opvattingen, fantasieën, verlangens, attitudes, gedrag, handelingen, rollen en relaties. Hoewel seksualiteit al deze dimensies kan omvatten, worden deze niet altijd ervaren of geuit. Seksualiteit wordt beïnvloed door een interactief en dynamisch proces van biologische, psychologische, sociale, economische, politieke, culturele, ethische, wettelijke, historische, religieuze en spirituele factoren.

(geciteerd in WHO, 2010, p. 23)

Samen met de definiëring van seksualiteit kwam de definiëring van seksuele gezondheid en van seksuele rechten. In de *Richtlijnen voor seksuele en relationele vorming in Europa* (2010) stelt de WHO dat mensen seksuele rechten hebben “die aansluiten bij de fundamentele en universele rechten van de mens die zijn vastgelegd in nationale wetten, internationale mensenrechtenverdragen en andere convenanten. Het gaat om de rechten van ieder individu, vrij van dwang, discriminatie en geweld” (p. 24) op onder andere de hoogst haalbare standaard van seksuele gezondheid en het nastreven van en vormgeven aan een bevredigend, veilig en plezierig seksleven (WHO, 2010). In dit artikel koppelt de WHO seksualiteit aan gezondheid maar doet dit vooral met het oog op preventie van risico's, zoals stijgende cijfers voor hiv. Hier staat het medische opnieuw centraal en wordt seksualiteit eerder gezien als een bedreiging voor de lichamelijke gezondheid dan als een potentiële bron van plezier. Hulls (2008) stelling dat de erkenning en promotie van seksueel genot als een integraal deel van welzijn nog steeds een van de grootste uitdagingen is op de seksuele-gezondheidsagenda blijft dus van toepassing.

(DIS)ABILITIES

Hoewel seksualiteit nog niet altijd vanzelfsprekend gekoppeld wordt aan het positieve, kan er met zekerheid gesteld worden dat het recht op seksualiteit ondertussen algemeen aanvaard wordt als een van de primaire mensenrechten (Aga & Enzlin, 2010; Kok, Maassen, Maaskant & Curfs, 2009, in Verdonck, 2016). De meningen zijn echter meer verdeeld wanneer het gaat om de sexualities van mensen met een beperking (Verdonck, 2016). In het wetenschappelijke discours rond seksualiteit werd er decennialang weinig tot niet gesproken over elke groep die afwijkt van de norm. Seks wordt geportretteerd als een privilege voor het fysiek aantrekkelijke, mannelijke, blanke, heteroseksuele, jonge en *non-disabled* individu (Sakellariou, 2006; Tepper, 2000). Pas rond de jaren '90 van vorige eeuw kreeg disability een plaats in het academische debat (Lang, 1992, in Giami, 2016). Echter, ongeacht de wetenschappelijke aandacht heerst er nog steeds een sterk taboe rond seksualiteit van personen met een beperking. Zij worden primair voorgesteld als asexueel of overseksueel (Shuttleworth, 2007, in Verdonck, 2016), worden zelden gezien als acceptabele kandidaten voor reproductie en zijn volgens velen niet in staat tot seks voor plezier (Shakespeare, 1999; Tepper, 2000). Nochtans

hebben mensen met een beperking even veel seksuele behoeften als ieder ander (Medina-Rico, López-Ramos, & Quiñonez, 2017; Anderson, 2004; Siebelink, de Jong, Taal, & Roelvink, 2006).

Artikel 25 van het *VN-Verdrag inzake de Rechten van Personen met een Beperking* (2006) dat België ratificeerde in 2009 stelt dat "personen met een handicap zonder discriminatie op grond van hun handicap recht hebben op het genot van het hoogst haalbare niveau van gezondheid [...] waaronder op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheid" (geciteerd in VAPH, z.d.). Hoewel dit een stap in de goede richting is, valt het te betreuren dat dit in het volledige Verdrag de enige vermelding is van seksualiteit in de positieve zin. Er wordt wel gesproken over misbruik, onder andere in de preambule die stelt dat "[...] het risico het slachtoffer te worden van geweld, verwonding of misbruik, verwaarlozing, nalatige behandeling, mishandeling of uitbuiting voor vrouwen en meisjes met een handicap, zowel binnens- als buitenshuis, vaak groter is [...]" (punt q, geciteerd in VAPH, z.d.). Hoewel het uitermate belangrijk is om seksueel geweld ten aanzien van mensen met een beperking aan te pakken, heeft het Verdrag de kans laten liggen om het gesprek over sexualities open te trekken naar een mogelijke bron van plezier. Dit zien we tevens in de opleiding Klinische Orthopedagogiek en Disability Studies aan de Universiteit Gent – en waarschijnlijk in de meeste opleidingen in het werken met mensen met een beperking – waarin sexualities van mensen met (dis)abilities uitsluitend aan bod komen met betrekking tot grensoverschrijdend gedrag en seksueel misbruik. Goethals, Van Hove en Vander Laenen geven in hun *Rapport naar seksueel georiënteerd geweld bij vrouwen met een beperking in Vlaanderen* (2018) de aanbeveling om meer te investeren in de basisopleiding en expertisebevordering van (toekomstige) professionals omtrent seksualiteit en seksueel geweld ten aanzien van personen met een beperking. Dit is een noodzakelijke stap om meer aandacht te creëren rond seksueel geweld naar mensen met een beperking en kan een hefboom zijn om het gesprek over (dis)abilities en sexualities op gang te brengen.

Ondanks dat seksuele gezondheid een erkend recht is, is het voor mensen met een beperking nog steeds niet vanzelfsprekend om dit recht uit te oefenen. Ze komen doorgaans vaker in aanraking met seksueel geweld dan mensen zonder beperking (Goethals et al., 2018) en onderzoek toont aan dat mannen en vrouwen na een *spinal cord injury* (SCI; 'ruggenmergletsel') minder vaak seks hebben en minder tevreden zijn over hun seksleven dan mensen zonder een SCI (Beckwith & Yau, 2013; Reitz, Tobe, Knapp, & Schurch, 2004). De redenen voor het onvermogen om dit recht uit te oefenen zijn divers en hebben niet louter te maken met de beperking op zich. Ook mensen zonder beperking kunnen bepaalde drempels ervaren om hun seksualiteit op een positieve manier te beleven. Deze drempels komen bij

mensen met een beperking echter vaker voor en situeren zich op meerdere vlakken. Er is heel wat literatuur te vinden over deze drempels, zowel over mensen met een verstandelijke als met een lichamelijke beperking. Om deze barrières te bundelen, wordt er een beroep gedaan op het *Quality of Life*-concept van Schalock en Verdugo (2002, in Van Loon, 2009).

Quality of life (QoL; 'kwaliteit van leven') krijgt de laatste jaren steeds meer aandacht in verschillende sectoren en heeft daarom reeds veel verschillende definities gekregen (QinO Benelux BV, z.d.). Schalock en Verdugo ontwikkelden een QoL-concept om het persoonlijk welzijn van mensen met een verstandelijke beperking in kaart te brengen (2002, in Van Loon, 2009). Tabel 1 geeft een overzicht van de drie hoofdfactoren, de acht QoL-domeinen die eronder vallen en de meest gangbare indicatoren voor elk domein.

Tabel 1

Overzicht van Factoren, Domeinen en Indicatoren van Kwaliteit van Bestaan

Factoren	Domeinen	Indicatoren
Onafhankelijkheid	Persoonlijke ontwikkeling	Opleiding, persoonlijke competentie, vaardigheden
	Zelfdeterminatie	Autonomie, persoonlijke controle, persoonlijke doelen en waarden, keuzes
Sociale participatie	Interpersoonlijke relaties	Interacties, relaties/vriendschappen, ondersteuning (emotioneel, fysiek, feedback)
	Sociale inclusie	Integratie en participatie in de samenleving, rollen in de samenleving, sociale ondersteuning/supports
	Rechten	Humane rechten (respect, waardigheid, gelijkheid) en wettelijke rechten (burgerschap, toegang, rechtvaardige behandeling)
Welzijn	Emotioneel welzijn	Tevredenheid, zelfbeeld, vrij zijn van stress
	Fysiek welzijn	Gezondheid, ADL-activiteiten, vrije tijd
	Materieel welzijn	Financiële status, werk, onderdak

Van Loon (2009, p. 2).

Hoewel het QoL-concept van Schalock & Verdugo ontwikkeld werd voor mensen met een verstandelijke beperking, is Quality of Life belangrijk voor iedereen en moet het op dezelfde manier benaderd worden voor alle mensen (Schalock, Verdugo, Keith, & Stancliffe, 2005). Dit uitgangspunt laat toe het concept te verbreden naar iedereen, ongeacht (dis)abilities. Hieronder worden de gevonden barrières uit onderzoek naar seksualiteit bij mensen met een verstandelijke, lichamelijke of meervoudige beperking gekoppeld aan een of meerdere domeinen van Quality of Life.

In verband met **persoonlijke ontwikkeling** gaan de barrières voor een positieve seksualiteitsbeleving in eerste plaats over inadequate voorlichting (Sakellariou, 2006). Vooral bij mensen met een verstandelijke beperking is seksuele voorlichting heel vaak afwezig of onvoldoende informatief (Verlee, 2016). Het eerdergenoemde rapport van Goethals et al. (2018) haalt bijvoorbeeld aan hoe sommige respondenten een beperkte woordenschat hebben om bepaalde lichaamsdelen te benoemen. Ook mensen met een fysieke beperking krijgen inadequate en vaak ontoegankelijke informatie (Dyer & das Nair, 2012; Parker & Yau, 2011; Blockmans, Enzlin, & Van Hove, 2017; Depaepe, 2018). Een artikel van Blockmans et al. (2017) beschrijft hoe een jonge vrouw met een SCI een folder met informatie in verband met seksualiteit niet heeft gelezen omdat ze dit niet zelfstandig kon doen.

Bovenstaand voorbeeld heeft eveneens te maken met het domein **zelfdeterminatie**. Veel mensen met een beperking blijven hun leven lang onder de beschermende vleugels van hun familie of professionals. Afhankelijkheid van anderen kan de vrijheid om zich seksueel uit te drukken verhinderen (Depaepe, 2018). Onderzoek van Kahonde, McKenzie en Wilson (2018) bij 25 Zuid-Afrikaanse mantelzorgers beschrijft hoe de mantelzorgers prioriteit verlenen aan de (volgens hen) onmiddellijke behoeften van zichzelf en van hun zoon of dochter met een beperking, waardoor hun recht op seksuele autonomie vergeten wordt.

Moeilijkheden met het vormen en onderhouden van **interpersoonlijke relaties** zijn een derde drempel om tot een positieve seksualiteitsbeleving te komen (Blockmans et al., 2017; Beckwith & Yau, 2013; Reitz et al., 2004). Dit is van belang voor iedereen ongeacht (dis)abilities, maar Miller, Chen, Glover-Graf en Kranz (2009) stellen dat veel mensen met een beperking extra moeite hebben met het aangaan van persoonlijke, betekenisvolle relaties. Zo leven veel mensen met een beperking in een leefgroep, wat het beleven van een relatie moeilijker maakt (Saegerman, 2009). Sakellariou (2006) schrijft hierover: "it seems it is not the 'how to do it' but the 'finding someone to do it with' part that causes the most trouble" (p. 106).

Het domein **sociale inclusie** omhelst sociale barrières in de vorm van gangbare normen en taboes die een grote invloed hebben op de seksualiteitsbeleving van personen met een beperking (Sakellariou, 2006; Verlee, 2016; Blockmans et al., 2017). Dit gaat onder andere over de rol die mensen met een beperking krijgen opgelegd door hun omgeving als asexuele, afhankelijke personen met een niet-functionerend lichaam. Daarnaast krijgen mensen met een beperking vaak minder kansen om volwaardig deel uit te maken van de samenleving.

Eerder werd reeds geschreven over seksuele **rechten** zoals die gedefinieerd worden door de WHO (2010). Hoewel het gaat om "de rechten van ieder individu, vrij van dwang, discriminatie en geweld" (p. 24), kunnen mensen met een beperking deze rechten veel moeilijker uitoefenen dan mensen zonder beperking. Giami (2016) stelt dat ondanks een grote evolutie in ideeën over seksualiteit van personen met een (verstandelijke) beperking, de seksuele rechten van deze groep nog steeds niet ten volle worden erkend.

Ten zesde is **emotioneel welzijn** van belang om tot een positieve seksualiteitsbeleving te kunnen komen. Dit domein kan extra onder druk staan bij mensen met een beperking. Zo tonen verschillende onderzoeken aan hoe een laag zelfbeeld van mensen met een *broken body* ('gebroken lichaam') een drempel kan vormen om hun sexualities op een positieve manier te beleven (Blockmans et al., 2017; Sakellariou, 2006; Beckwith & Yau, 2013; Reitz et al., 2004).

Fysiek welzijn is specifiek van belang bij personen met een lichamelijke beperking. Enerzijds kunnen bezorgdheden omtrent lichamelijke (dis)functies voorrang krijgen op seksualiteitsbeleving. Anderzijds kunnen personen gehinderd worden in hun seksualiteitsbeleving als rechtstreeks gevolg van de lichamelijke beperking, bijvoorbeeld door erectieproblemen of een verminderd gevoel in bepaalde lichaamsdelen. Heel wat van deze functionele problemen kunnen echter verholpen worden, onder andere met medicatie of door erogene zones te verschuiven (Sakellariou, 2006). Zonder de fysieke begrenzings voor mensen met een lichamelijke beperking te negeren (Blockmans, 2020) kan de impact van lichamelijke disfuncties dus genuanceerd worden.

Tenslotte valt **materieel welzijn** niet te negeren als mogelijke barrière. Niet kunnen werken en moeten leven van een persoonsvolgend budget vermindert de mogelijkheden om potentiële partners te ontmoeten of om gebruik te maken van seksuele dienstverlening, maar kan ook een negatieve invloed hebben op het zelfbeeld (Sakellariou, 2006).

De acht domeinen staan niet op zich maar zijn onvermijdelijk met elkaar verweven, wat reeds duidelijk wordt in de opsomming zelf. Zo heeft iemands financiële status (materieel welzijn) een invloed op zijn of haar zelfbeeld (emotioneel welzijn), is iemands (on)afhankelijkheid van anderen (zelfdeterminatie) een beslissende factor voor het verkrijgen van informatie rond seksualiteit (persoonlijke ontwikkeling), of zijn de relaties (interpersoonlijke relaties) die je kan aangaan en onderhouden afhankelijk van de mate waarin je kan participeren in de maatschappij (sociale inclusie).

Deze opsomming biedt geen volledig overzicht van de literatuur over bestaande drempels in verband met sexualities en (dis)abilities maar is een illustratie van hoe seksualiteit gesitueerd kan worden op elk domein van Quality of Life. Sexualities en (dis)abilities worden in het maatschappelijke en wetenschappelijke discours te vaak geassocieerd met barrières en problemen. Hoewel deze koppeling ook in deze masterproef onvermijdelijk zal gebeuren, is het de bedoeling om verder te kijken dan wat fout loopt. Daarom moet bovenstaande opsomming gezien worden als een aangrijpingspunt tot verandering.

SPACE

De koppeling tussen *space* en sexualities krijgt specifieke aandacht in *geographies of sexualities* ('geografieën van seksualiteiten'), een onderzoeksdiscipline die rond de jaren '70 ontstond (Johnston, 2015). Onderzoekers of 'geografen' uit deze discipline stellen de wederzijdse interactie tussen seksualiteit en *space* centraal. Volgens hen krijgt ons begrip van seksualiteit en seksuele identiteiten vorm in het sociale en is het beladen met kennis en politiek van een specifieke tijd en een specifieke plaats (Johnston, 2015): "There are no spaces that sit outside of sexual politics. Sex, space, and politics cannot be disentangled" (p. 808).

Geographies of sexualities wordt de laatste jaren steeds meer bekeken met de bril van intersectionaliteit of kruispuntdenken (Johnston, 2015). Geografen benadrukken dat plaatsen verschillende identiteiten bij elkaar brengen en dat onderzoek naar sexualities en *space* ook verbindingen met deze sociale identiteiten moet overwegen. Een van de meest onderzochte intersecties is die tussen sexualities, *space* en gender (Johnston, 2015), maar ook etniciteit, leeftijd en religie krijgen wetenschappelijke aandacht. Deze masterproef legt de verbinding met (dis)abilities, iets wat tot op vandaag nog niet vaak werd gedaan. Centraal staan dus drie identiteiten: persoon met een beperking (1), persoon met seksuele behoeften (2) en bewoner van een voorziening (3). Deze identiteiten zijn verweven met andere sociale identiteiten, zoals partner-van, kind-van, (niet-)moeder/vader-van, maar ook postbode, vroegere cafébaas, sportkampioen enzovoort.

Een residentiële voorziening is een plaats waarin sexualities en (dis)abilities erg expliciet aanwezig zijn. Met een residentiële voorziening wordt elke voorziening bedoeld waar personen met een beperking vast of tijdelijk kunnen wonen. In zulke voorzieningen worden intimiteit, seksualiteit en relaties vaak ervaren en benaderd als een probleem (Boone, 1996, in Aga & Enzlin, 2010). De voorbije decennia zijn er grote stappen gezet met betrekking tot seksualiteit en intimiteit voor bewoners met een beperking. Toch slagen veel voorzieningen er niet in om een positief klimaat te creëren omtrent het thema (Aga & Enzlin, 2010; Taelman et al., 2017).

Professionals in de residentiële zorg voor mensen met een beperking worden dagelijks geconfronteerd met de seksualiteit van hun bewoners. Dit gaat onder andere over relaties en koppels onder de bewoners, flirtgedrag tussen bewoners of naar professionals, kindwensen, masturbatie, privacy, verzorging, grensoverschrijdend gedrag... Uit de literatuur komen verschillende zaken naar boven die invloed hebben op de manier waarop **professionals** omgaan met de sexualities van de bewoners. Ten eerste is dit erg afhankelijk van de professional zelf. Sommige hulpverleners bespreken het onderwerp openlijk met bewoners, andere niet. Dit hangt onder andere af van hun kennis omtrent seksualiteit, hun normen en

waarden en hun persoonlijke grenzen (Druart, 2018). Veel zorgverleners vinden het moeilijk om met hun cliënten over seksualiteit te praten (Verlee, 2016). Deze handelingsverlegenheid wordt onder andere gestuurd door een ongemak over het onderwerp, schaamtegevoelens, onzekerheid over eigen normen en waarden en een gebrek aan kennis over seksuele (dis)functies bij medische condities (Aga & Enzlin, 2010; Blockmans et al., 2017; Saegerman, 2009). Een ander argument om het gesprek over seksualiteit achterwege te laten is 'geen slapende honden wakker maken' (Dyer & das Nair, 2013; Saegerman, 2009). Hulpverleners en ouders zijn bang dat ze door het gesprek over seksualiteit aan te gaan een onbestaand verlangen gaan opwekken. Saegerman (2009) benoemt dit als een mythe en geeft aan dat erover praten bewoners rustiger kan maken en hen in staat kan stellen om meer aanvaardbaar gedrag te stellen (Conix et al., 2005, in Saegerman, 2009). Verder is het voor mensen met een verstandelijke beperking soms moeilijk om aan te geven wat hun behoeften zijn of met welke problemen ze zitten (Saegerman, 2009). Uit een onderzoek van Aga en Enzlin (2010) blijkt dat het onvermogen van bepaalde bewoners om een onderscheid te maken tussen gepast en ongepast seksueel gedrag op de juiste plaats en op het juiste moment, door de professionals wordt ervaren als een groot struikelblok. Tenslotte voelen professionals zich vaak beperkt door de familieleden van de bewoners. Omdat het voor ouders heel moeilijk kan zijn om geconfronteerd te worden met de seksualiteit van hun zoon of dochter ervaren voorzieningen soms erg veel weerstand vanuit het netwerk (Saegerman, 2009).

Residentiële voorzieningen zijn ingebed in een ruimere **context**. Het belang van de context in de manier waarop mensen hun sexualities beleven werd reeds onderstreept door de WHO in hun definitie van seksualiteit (2010). Naast de Vlaamse politieke context¹ zijn er andere invloeden van toepassing zoals de (vaak religieuze) oorsprong van een voorziening, de-institutionalisering, aandacht voor persoonlijke regie, persoonsvolgende financiering, inclusiedenken... Al deze zaken geven vorm aan het beleid van een voorziening. Dat beleid beïnvloedt de manier waarop de professionals werken en de bewoners leven. De seksualiteitsbeleving van een bewoner van een residentiële voorziening is grotendeels afhankelijk van het beleid omtrent seksualiteit van die voorziening (Depaepe, 2018). Het is net dat beleid waar voorzieningen mee worstelen (Taelman et al., 2017). Dit wordt bevestigd door Miek Scheepers van Aditi vzw², die veel ervaring heeft op vlak van seksualiteit van personen met een beperking en waarmee er verschillende contactmomenten zijn geweest in kader van deze masterproef. Aditi vzw ondersteunt organisaties en voorzieningen bij het uitwerken van

¹ Deze wordt beschreven in de probleemstelling.

² Aditi vzw is een "advies- en informatiecentrum waar personen met een fysieke en mentale beperking, kwetsbare senioren en personen met een psychische kwetsbaarheid evenals het netwerk terecht kunnen met al hun vragen over seksualiteit en handicap en/of seksualiteit en ouderen" (Aditi vzw, z.d.).

een beleid rond seksualiteit, onder andere via vormingen (Aditi vzw, z.d.). Ze vertrekken daarbij vanuit een rechte kader en gaan na hoe de voorziening op een positieve manier met het thema aan de slag kan gaan. Jammer genoeg start de ondersteuning van Aditi vaak pas wanneer een probleem wordt gesignaleerd binnen de voorziening. Op dat moment is het eigenlijk al te laat.

SEXUAL SCRIPTS

Een bijzonder interessante hoek om naar sexualities en (dis)abilities te kijken is de theorie van de *sexual scripts* ('seksuele scripts'). De sexual script theorie werd in 1973 geïntroduceerd door Simon en Gagnon in hun boek *Sexual Conduct: the social sources of human sexuality*. Simon en Gagnon nemen een sociaal-constructivistische houding in ten aanzien van seksualiteit en stellen dat menselijke sexualities sociaal geproduceerd, georganiseerd, getransformeerd en in stand gehouden worden (Plummer, 2017). Het seksuele krijgt volgens hen vorm en betekenis via het sociale (Simon & Gagnon, 2003). Hiermee bekritisieren ze het biologisch essentialisme en de medische benaderingen van seksualiteit, waarbij seks gereduceerd wordt tot een puur 'natuurlijk' gebeuren dat volledig verklaard kan worden aan de hand van het menselijke lichaam (Plummer, 2017; Simon & Gagnon, 2003).

Simon en Gagnon stellen dat de manier waarop individuen interageren met anderen gebaseerd is op sociaal-ingeprente schema's, oftewel scripts. Sexual scripts functioneren als richtlijnen die een betekenis geven aan sexualities en op die manier bepalen wat seksualiteit is en wat niet, welk gedrag al dan niet aanvaardbaar is en wie het recht heeft om seksueel te zijn en wie niet (Blockmans, 2020). Sexual scripts spelen dus een belangrijke rol in de manier waarop we seksualiteit en seksueel gedrag begrijpen (Kimmel, 2007). Simon en Gagnon onderscheiden drie onderling afhankelijke niveaus van het sociale leven waarop sexual scripts vorm krijgen: culturele scenario's (1), interpersoonlijke relaties (2) en het intrapsychische (3; Kimmel, 2007). Het niveau van de culturele scenario's (1) is het hoogste niveau en staat voor de intersubjectieve ruimte van het socioculturele. Volgens Simon en Gagnon (2017) bevatten alle sociale instellingen ingebouwde instructies die voorschrijven hoe men zich moet gedragen binnen deze instellingen. Voorbeelden van scripts op niveau van culturele scenario's zijn definities geformuleerd door sociale instellingen, zoals de definitie van seksualiteit opgesteld door de WHO (2010). Het niveau van interpersoonlijke relaties (2) gaat over hoe mensen zich seksueel gedragen in het bijzijn van anderen en hoe ze seksueel interageren met elkaar (Simon & Gagnon, 2017). De scripts op dit niveau zijn de toepassing van specifieke culturele scenario's door een specifiek individu in een specifieke sociale context (Simon & Gagnon, 1986). Er is dus een verschil tussen sexual scripts die formeel vorm krijgen op het niveau van culturele scenario's en hoe deze scripts vertaald worden in de praktijk. Het intrapsychische (3)

tenslotte gaat over het mentale leven van het individu, datgene wat er in iemands hoofd omgaat (Simon & Gagnon, 2017). Dit mentale leven omvat (het beheren van) verlangens en seksuele opwinding, maar ook planning, herinneren en fantasie (Simon & Gagnon, 1986; 2017).

De sexual script theorie wordt sporadisch gebruikt in onderzoek naar seksualiteit van mensen met een beperking (e.g. Dune, 2013; Nayak, 2016; Dune & Mpofu, 2019; Blockmans, 2020) en is hiervoor bijzonder bruikbaar omwille van de aandacht voor de socioculturele context. Het ligt in lijn met de stelling dat deze sociale context meer beperkend kan werken dan de fysieke beperking op zich (Sakellariou, 2006). De koppeling tussen (dis)abilities en deze theorie kan bijdragen aan een groter begrip over de sociale structuren die beïnvloeden hoe mensen met een beperking hun seksualiteit beleven. Bovendien kan het een eerste aanzet zijn naar verandering in deze sociale structuren. Sexual scripts over (dis)abilities moeten namelijk op cultureel, interpersoonlijk en intrapsychisch niveau grondig aangepast worden opdat mensen met een beperking hun recht op seksuele gezondheid volledig kunnen uitoefenen. Deze veranderingen ontstaan niet vanzelf maar zijn het resultaat van een wederzijdse beïnvloeding van de drie niveaus. Zo zijn culturele scenario's geen vaststaand gegeven, maar onderhevig aan de manier waarop mensen hun sexualities interpersoonlijk en intrapsychisch uitvoeren (Laumann & Gagnon, 1995, in Masters, Casey, Wells, & Morrison, 2013). Een voorbeeld hiervan is het eerder vermelde *VN-Verdrag inzake de Rechten van Personen met een Beperking* (2006) dat stelt dat personen met een beperking recht hebben op seksuele en reproductieve gezondheid. Dit Verdrag en dit recht op seksuele gezondheid kunnen letterlijk gezien worden als sexual scripts die zich afspelen op het niveau van culturele scenario's. Deze scripts staan niet op zich maar zijn het gevolg van verschillende bewegingen die zijn ontstaan vanuit het intrapsychische en interpersoonlijke niveau, onder andere de seksuele revolutie en de emancipatie van mensen met een beperking.

Simon en Gagnon zagen hun sexual script theorie nooit als een alomvattende theorie over de menselijke seksualiteit, toch niet over alle mogelijke vormen van seksueel gedrag (2003). Volgens hen is de theorie eerder een conceptueel raamwerk dat nuttig kan zijn om specifieke patronen van seksueel gedrag te onderzoeken, maar niet mechanisch gebruikt mag of kan worden (Simon & Gagnon, 2003; 2017; Plummer, 2017).

PROBLEEMSTELLING EN ONDERZOEKSVRAAG

DE VLAAMSE CONTEXT

De politieke aandacht voor seksualiteit van mensen met een beperking komt op in de jaren '90 toen verschillende verenigingen en commissies congressen gingen organiseren rond het thema handicap en seksualiteit (Taelman et al., 2017). Het was onder meer de aidsepidemie eind 20^e eeuw die deze evolutie op gang bracht: de besmetting van personen met een beperking die in voorzieningen woonden, zette het seksuele leven van deze groep ineens op de voorgrond (Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 2017; Giami, 2016). Vandaag de dag komen sexualities en (dis)abilities op beleidsniveau voornamelijk aan bod met betrekking tot de preventie van mogelijke problemen. Zo zijn in Vlaanderen voorzieningen die erkend worden door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) verplicht een beleid te voeren rond preventie van grensoverschrijdend gedrag, waaronder seksueel misbruik en geweld (Opdebeeck, Sykora, & Vermeire, 2008). Daarnaast publiceerde de Vlaamse Regering in 2014 het *Besluit betreffende het beleid inzake preventie van en omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag in gezondheids- en woonzorgvoorzieningen* (Agentschap Zorg & Gezondheid, 2015). Dit besluit handelde vooral over de ontwikkeling van een intern beleid rond preventie van grensoverschrijdend gedrag en de meldingsplicht aan het agentschap Zorg en Gezondheid (Agentschap Zorg & Gezondheid, 2015).

Enkele jaren geleden kwamen de eerste tekenen van een meer positief beleid ten aanzien van sexualities en (dis)abilities. Het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek deed dit bijvoorbeeld met *Advies nr. 74 van 13 november 2017 betreffende seksuele bijstand voor personen met een beperking*. Het Comité haalt aan hoe bepaalde rapporten de kwestie van seksualiteit van personen met een beperking voornamelijk benaderen “vanuit de beperkende invalshoek van de bescherming tegen misbruik, exploitatie en geweld en niet vanuit de invalshoek van de positieve acties die ondernomen moeten worden om de relationele, affectieve en/of seksuele ontplooiing te bevorderen” (2017, p. 14). Ook de *Vlaamse conceptnota voor nieuwe regelgeving betreffende het faciliteren van de beleving van seksualiteit en intimiteit op maat van personen met een zorgbehoefte* (Taelman et al., 2017) vertrekt vanuit een positieve visie op seksualiteit en gaat verder dan de preventie van grensoverschrijdend gedrag en seksueel misbruik of geweld. Toch is het centrale uitgangspunt van de conceptnota dat Vlaamse voorzieningen voor mensen met een beperking (en voor ouderen) nog steeds worstelen met een visie op het omgaan met seksualiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag binnen hun eigen muren (Taelman et al., 2017).

Op basis van bovengenoemde conceptnota werd in april 2019 een voorstel van resolutie verzonden door de Vlaamse Regering, waarin onder andere wordt gevraagd om middelen vrij

te maken voor Aditi vzw (Taelman et al., 2019). Dit advies- en informatiecentrum staat in voor zowel professionele ondersteuning van zorgvoorzieningen als voor individuele begeleiding van personen met een beperking en ouderen. Aditi vzw is sinds 2008 actief over heel Vlaanderen en is een vergunde zorgaanbieder van het VAPH (Aditi vzw, z.d.). Aditi vzw krijgt steeds meer aanvragen voor ondersteuning. In 2019 waren dat er 724, onder andere van mensen zelf, maar ook van ouders van een kind met een beperking of van professionals uit woonzorgcentra (Grommen, 2020). Steven De Weirdt van Aditi vzw merkt op dat er steeds minder taboes zijn rond seks en intimiteit, zeker bij mensen met een beperking: "Ik ga niet zeggen dat het taboe volledig verdwenen is, maar het is bespreekbaar geworden" (Grommen, 2020).

Sexualities en (dis)abilities krijgen dus steeds meer een plaats in de samenleving, niet enkel in het beleid maar ook in de media. Denk bijvoorbeeld aan de film *Hasta la vista* (Enthoven, 2011) of aan de Vlaamse soap *Thuis* waarin een personage in contact komt met een seksuele dienstverleenster (Fandom, z.d.). Het onderwerp geraakt langzamerhand uit de taboesfeer en krijgt hier en daar een positieve invalshoek. Het beleid erkent de nood voor ondersteuning van mensen met een beperking omtrent het thema seksualiteit en intimiteit. Toch zijn er nog steeds hardnekkige misvattingen over seksualiteit en (dis)abilities en wordt er al te vaak vertrokken vanuit de preventie van problemen. Er zijn dus hoopgevende signalen, maar er valt nog steeds veel te veranderen.

VRAAG- EN DOELSTELLING

Dit onderzoek speelt zich af op de intersectie tussen sexualities, (dis)abilities en space. In de literatuurstudie wordt vertrokken vanuit een "(missing) discourse of pleasure" (Tepper, 2000) in het debat over sexualities. De literatuur illustreert de traditionele taboesfeer rond seks, hoe seks een privilege is voor het *non-disabled* individu en dat mensen met (dis)abilities hun recht op seksualiteit moeilijk kunnen uitoefenen. In het deel *(dis)abilities* wordt dieper ingegaan op de verschillende redenen hiervoor. Het Quality of Life-concept van Schalock en Verdugo (2002, in Van Loon, 2009) wordt gebruikt om te structureren wat er in de literatuur te vinden is over (dis)abilities en sexualities. Het deel *space* tenslotte gaat over residentiële voorzieningen als een specifieke space waar sexualities en (dis)abilities samenkomen. Het is duidelijk dat, ondanks de vele hoopgevende signalen, residentiële voorzieningen en professionals die er in werken nog heel wat moeilijkheden ervaren om de sexualities van hun bewoners op een positieve manier te benaderen. Omdat de bestaande literatuur en het huidige beleid nog steeds voornamelijk vertrekken vanuit beperkingen en barrières wordt er in deze masterproef gezocht naar mogelijkheden en hefboomen die voorzieningen inzetten om de koppeling tussen sexualities en (dis)abilities op een positieve manier te maken. Om me te helpen focussen tijdens het onderzoek formuleer ik deze vraag:

Op welke manieren kunnen residentiële voorzieningen de seksualiteitsbeleving van hun bewoners positief beïnvloeden?

Antwoorden op deze vraag worden gezocht aan de hand van de sexual script theorie van Simon en Gagnon (1973). Deze theorie vertrekt vanuit de invloed van het sociale op de manier waarop sexualities benaderd en beleefd worden en biedt het nodige sociaal-constructivistische kader om de koppeling tussen sexualities en (dis)abilities te maken.

Het doel van deze masterproef is om handvaten te vinden waarmee residentiële voorzieningen de sexualities van hun bewoners op een positieve manier kunnen benaderen, zodat deze bewoners hun recht op een positieve seksualiteitsbeleving kunnen uitoefenen.

DEEL 2: ONDERZOEKSOPZET EN METHODIEKEN

KWALITATIEF ONDERZOEK

De paraplueterm 'kwalitatief onderzoek' verwijst naar verschillende onderzoeksstrategieën die bepaalde kenmerken delen (Bogdan & Biklen, 2007), zoals de manier van dataverzameling, de onderzoeksopzet, de rol van de onderzoeker enzovoort. Er wordt gebruik gemaakt van *soft data* ('zachte data') die rijke beschrijvingen geven van mensen, plaatsen en conversaties en niet zomaar in statistieken kunnen worden gegoten (Bogdan & Biklen, 2007). Onderzoeksvragen worden geformuleerd om bepaalde onderwerpen te onderzoeken in al hun complexiteit en context, niet om hypothesen te testen (Bogdan & Biklen, 2007). Omwille van de overtuiging dat de geformuleerde onderzoeksvraag zich afspeelt in een complexe realiteit waarin de betekenisgeving van het beleid, professionals én bewoners van groot belang is, wordt gekozen voor kwalitatief onderzoek als primaire onderzoeksmethode.

Er werd al heel wat geschreven over kwalitatief onderzoek, en dat schrijven zal waarschijnlijk nooit ophouden. Hieronder benoem ik drie eigenschappen van kwalitatief onderzoek die ik als onderzoeker belangrijk vind en gedurende dit onderzoek in gedachten hou.

Ten eerste gaat het bij kwalitatief onderzoek niet om het vinden van generaliseerbare resultaten. Kwalitatief onderzoek bestudeert concrete individuen in concrete contexten. Echter, door het onderzoek te baseren op verschillende individuen in verschillende contexten, kan er gezocht worden naar patronen die voor meer dan één situatie gelden. Op die manier overstijgt kwalitatief onderzoek een ideosyncratische analyse, zonder te beweren dat de bevindingen op alle situaties kunnen worden toegepast (Scherpereel, 2001).

Ten tweede wil ik me er op elk moment van onderzoek-doen bewust van zijn dat objecten, mensen, situaties en gebeurtenissen steeds hun betekenis verwerven via interpretatie. Onderzoekers en respondenten zijn actief betrokken bij het creëren van hun wereld en hun waarheden (Bogdan & Biklen, 2007). *De realiteit bestaat niet maar wordt sociaal geconstrueerd.* Dit betekent niet dat kwalitatief onderzoek een zinloze zoektocht is naar een niet-bestaande waarheid. Het betekent dat deze masterproef een specifieke vertolking of interpretatie is van verschillende realiteiten in de empirische wereld.

Bovendien moeten onderzoekers volgens Jackson en Mazzei (2013) accepteren dat de data die ze verzamelen altijd incompleet en gedeeltelijk zijn, deel van een proces van herinneren en hervertellen. Zij zien de ervaringen die respondenten beschrijven niet als 'dingen' die hen zijn 'overkomen', maar als zaken die reeds gefilterd, verwerkt en geïnterpreteerd zijn.

Ten derde wordt onderzoek steeds beïnvloed en soms zelfs geleid door een theoretische oriëntatie of een theoretisch perspectief. Theorie zorgt ervoor dat data een samenhangend geheel vormen (Bogdan & Biklen, 2007). Volgens Bogdan en Biklen (2007) zijn goede onderzoekers zich bewust van hun theoretische basis en gebruiken ze dit bewustzijn om hun data te verzamelen en te analyseren. Als beginnend onderzoeker is het moeilijk om mezelf te situeren in de veelheid van theoretische uitgangspunten. Mijn opvattingen over kwalitatief onderzoek baseren zich bijvoorbeeld op fenomenologie en symbolisch interactionisme, terwijl de *plugging in*-methodiek volgens Jackson en Mazzei (2013) grondslag vindt in de posthumanistische filosofie. Mijn theoretische positie is dus erg dynamisch en deze masterproef vertrekt niet vanuit één duidelijk uitgangspunt. Ter compensatie van deze onzekerheid tracht ik steeds bewust te blijven van mijn eigen privilege in het luisteren en schrijven (Jackson & Mazzei, 2013) en mijn persoonlijk aandeel in dit onderzoek niet te vergeten.

DATAVERZAMELING

VOORZIENINGEN ALS GOOD PRACTICES

Dit onderzoek gaat op zoek naar mogelijkheden en hefboomen die voorzieningen inzetten om de koppeling tussen sexualities en (dis)abilities op een positieve manier te maken. Residentiële voorzieningen zijn locaties waar er heel wat sexual scripts aanwezig zijn die zich vermengen met elkaar en elkaar beïnvloeden.

Vanuit de overtuiging dat het discours rond seksualiteit en disability het best wordt gevoerd vanuit een positieve invalshoek, is dit onderzoek gebaseerd op *good practices* ('goede praktijken'). Een good practice is "een proces of methodologie dat ethisch, rechtvaardig en replicerbaar is; waarvan is aangetoond dat het goed werkt; dat erin slaagt zijn doel(en) te bereiken; en daarom kan worden aanbevolen als model" (Good Practices for Urban Refugees, z.d.). De essentie van het identificeren en het delen van good practices is leren van anderen. Voor de dataverzameling wordt er dus gezocht worden naar voorzieningen die deze omschrijving van good practices benaderen. In het kiezen van een aantal moet er een evenwicht gezocht worden tussen voldoende variatie en voldoende tijd en ruimte om de voorzieningen grondig genoeg te bevragen.

EEN DRIEVOUDIG PERSPECTIEF

Triangulatie verwijst naar het gebruik van meerdere methoden of databronnen in kwalitatief onderzoek om tot een diepgaand begrip te komen van bepaalde fenomenen (Patton, 1999, in Carter, Bryant-Lukosius, DiCenso, Blythe, & Neville, 2014). Er bestaan verschillende types triangulatie. Dit onderzoek maakt in eerste instantie gebruik van data triangulatie, wat betekent dat het een beroep doet op verschillende bronnen (Hastings, 2012). Om deze verschillende bronnen te analyseren is er daarnaast sprake van methodologische triangulatie. Daar wordt dieper op ingegaan in het onderdeel *documentanalyse en plugging in*.

In de literatuurstudie wordt aangehaald dat de seksualiteitsbeleving van de bewoners volledig afhankelijk is van het beleid van een voorziening (Depaepe, 2018) en dat veel voorzieningen worstelen met dat beleid (Taelman et al., 2017). Om zicht te krijgen op dat beleid wordt er gebruik gemaakt van beleidsdocumenten, meer bepaald van de visietekst rond seksualiteit. Een eerste bron van dit onderzoek is dus de visietekst rond seksualiteit, zoals die wordt opgenomen binnen het kwaliteitshandboek van de voorziening.

Een visietekst wordt onder andere ingezet als werkinstrument of handleiding voor professionals. Om te onderzoeken hoe deze visietekst zich vertaalt in de praktijk worden de professionals van de voorziening betrokken. Via de professionals kan de visietekst getoetst worden en een extra dimensie krijgen.

Tenslotte worden de bewoners zelf bevroegd. Deze beslissing stoelt ten eerste op de *Nothing About Us Without Us*-beweging die stelt dat onderzoek over bepaalde groepen mensen nooit zou mogen gebeuren zonder mensen uit deze groepen erbij te betrekken. Een tweede argument is het idee van ervaringsdeskundigheid en dat de bewoners zelf het best weten wat al dan niet werkt. Zo kan het perspectief van de bewoners een waardevolle aanvulling zijn op dat van het beleid en van de professionals.

Op die manier steunt dit onderzoek op een triangulatie van drie perspectieven: het perspectief van het beleid³ (1), het perspectief van de professionals (2) en het perspectief van de bewoners (3). Deze perspectieven worden bevroegd in elke deelnemende voorziening. Ze zijn niet los van elkaar te zien, maar staan alle drie met elkaar in verbinding. Het perspectief van het beleid krijgt vorm via de visietekst. Het perspectief van de professionals wordt gezocht in focusgroepgesprekken en dat van de bewoners in semi-gestructureerde interviews.

1. De visietekst

Een visie omschrijft waarvoor een voorziening staat. Ze omvat de kernwaarden van een organisatie en functioneert als ethisch kompas (Toolbox Beleidsplanning voor jeugd- en volwassenenwerk, z.d.). Een visietekst is een document dat de visie van een voorziening over een bepaald onderwerp in kaart brengt. Deze tekst heeft enerzijds het doel om externen in te lichten, anderzijds functioneert het als toetssteen voor medewerkers en vrijwilligers (Toolbox Beleidsplanning voor jeugd- en volwassenenwerk, z.d.). In 2011 stelde het *Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de algemene erkenningsvoorwaarden en kwaliteitszorg van voorzieningen voor opvang, behandeling en begeleiding van personen met een handicap* dat een voorziening, om binnen het VAPH erkend te worden en te blijven, moet beschikken over een kwaliteitshandboek (§ 1, artikel 46). Dat handboek bevat onder andere een referentiekader voor grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van de gebruikers (artikel 42). Voor veel Vlaamse voorzieningen was dit referentiekader voor grensoverschrijdend gedrag een aanzet om een visietekst rond seksualiteit te ontwikkelen. Vandaag de dag hebben alle VAPH-voorzieningen een referentiekader grensoverschrijdend gedrag en een visietekst rond seksualiteit. Deze laatste visietekst wordt in dit onderzoek gebruikt om het perspectief van het beleid weer te geven.

³ Voor de vlotheid van het lezen wordt er geschreven over *het* perspectief van het beleid, *het* perspectief van de professionals en *het* perspectief van de bewoners, terwijl er in werkelijkheid sprake is van meerdere beleidsperspectieven, meerdere perspectieven van professionals en meerdere perspectieven van bewoners.

2. Het focusgroepgesprek

Het perspectief van de professionals krijgt vorm via focusgroepgesprekken. Focusgroepen worden gebruikt om diepgaande kennis te verzamelen over attitudes, percepties, *beliefs* en meningen van individuen over een bepaald onderwerp (Then, Rankin, & Ali, 2014). Deze methode laat toe om meerdere mensen ineens te bevragen, zonder al te veel te moeten inboeten aan de kwaliteit van de data. In een focusgroepgesprek stelt een moderator vragen waarover de leden van de groep in interactie gaan. Net deze interactie tussen de verschillende leden staat centraal (Howitt, 2010). Het aanbevolen aantal leden van een focusgroep varieert in de literatuur van vier tot veertien (Then et al., 2014). In dit onderzoek wordt voor elk focusgroepgesprek gezocht naar vijf deelnemers. Dit aantal is gebaseerd op de overweging dat het over een intiem onderwerp gaat en dat minder deelnemers een groter veiligheidsgevoel kunnen waarborgen.

Overheen de voorzieningen worden er in de focusgroepen zes gemeenschappelijke thema's bevraagd. Op basis van de analyse van de visietekst worden er extra vragen gesteld. Bijlage 1 bevat een overzicht van de interviewleidraden. Net zoals bij een semi-gestructureerd interview dienen deze vragen eerder als een startpunt voor interactie dan als een strikte afbakening van het gesprek. Bijvragen kunnen gesteld worden en bepaalde vragen hoeven niet letterlijk gesteld te worden wanneer er tijdens het gesprek reeds een antwoord op werd geformuleerd.

De focusgroepgesprekken worden opgenomen en handmatig getranscribeerd. De respondenten worden geanonimiseerd, net als alle plaats- en persoonsnamen die tijdens het gesprek aan bod komen. Hiervoor wordt op het begin van het gesprek de goedkeuring van de respondenten gevraagd via een *informed consent* ('geïnformeerde toestemming'; bijlage 2). Voorafgaand aan het overlopen van het informed consent wordt er uitgelegd hoe het onderzoek zal verlopen en welk aandeel de focusgroepgesprekken erin hebben. Alle respondenten worden gevraagd om de informed consents te ondertekenen, die daarna veilig worden bewaard door de onderzoeker. Daarnaast wordt er gevraagd om wat er tijdens het gesprek aan bod komt vertrouwelijk te behandelen, zodat iedereen vrijuit kan spreken. Op het einde van het gesprek worden er contactgegevens meegedeeld waarmee de respondenten de onderzoeker kunnen bereiken indien nodig.

3. Het semi-gestructureerde interview

Voor de interviews met de bewoners is een focusgroepgesprek geen afdoende methode omwille van de vertrouwelijkheid van het onderwerp. Het perspectief van de bewoners wordt

bevraagd via semi-gestructureerde interviews. Een semi-gestructureerd interview maakt gebruik van een vooraf opgestelde lijst met thema's die flexibel bevraagd kunnen worden zonder een specifieke volgorde te hanteren. De onderzoeker moedigt de participant aan om uitgebreide en gedetailleerde antwoorden te geven op de open vragen (Howitt, 2010). De te bevragen thema's kunnen verder worden verdiept via bijvragen. Op die manier tracht de onderzoeker de gedachten van de respondent zo ver mogelijk te exploreren (Howitt, 2010). Er wordt gekozen voor semi-gestructureerde interviews omwille van de flexibiliteit van de methodiek: het laat toe dat respondenten individuele klemtonen leggen op de thema's die worden bevraagd. Bovendien zorgen semi-gestructureerde interviews voor een open sfeer die aanmoedigt om vrijuit te vertellen over de eigen beleving. Om deze open en natuurlijke sfeer op te wekken wordt op voorhand gevraagd om een voorwerp, foto, herinnering, lied... mee te nemen naar het interview waarmee de respondent zichzelf kan voorstellen.

De interviews met de bewoners worden opgenomen en handmatig getranscribeerd. Elke respondent krijgt een pseudoniem en plaats- en persoonsnamen worden geanonimiseerd zodat geen enkele respondent kan geïdentificeerd worden op basis van het interview. Op het begin van het gesprek wordt het doel en het verloop van het onderzoek uitgelegd en wordt het informed consent (bijlage 2) volledig overlopen. Hierbij wordt de taal aangepast aan de respondent. Er wordt gevraagd om twee informed consents te ondertekenen, waarvan één exemplaar wordt bewaard door de onderzoeker en één exemplaar bij de respondent blijft. Daarbij wordt er benadrukt dat de gesprekken vertrouwelijk zijn en dat geen enkele professional of bewoner deze gesprekken zal kunnen beluisteren of lezen.

Vooraf voor respondenten met een verstandelijke beperking is het belangrijk om de informed consent door te trekken naar een informed *assent* (Cocks, 2006). Assent of 'instemming' is meer dan het ondertekenen van een informed consent en vergt een constante oplettendheid voor de verbale en non-verbale reacties van de respondent (Cocks, 2006). Het gaat om een bewustzijn van de interacties tussen de onderzoeker en de respondent, waarbij de onderzoeker zich continu blijft afvragen of de instemming nog geldt (Cocks, 2006).

Op het einde van het gesprek wordt er gevraagd of de respondent nog steeds akkoord gaat met de verwerking van het interview en worden de contactgegevens van de onderzoeker gedeeld voor mogelijke verdere vragen.

DE ONDERZOEKSGROEP

Drie voorzieningen

Een eerste vanzelfsprekende stap was het vinden van good practices. Hiervoor werd een beroep gedaan op Miek Scheepers van Aditi vzw. Aditi vzw heeft een uitgebreide ledenlijst

van Vlaamse woonzorgcentra en voorzieningen voor mensen met een beperking. Miek zelf ondersteunt heel wat van deze voorzieningen in het werken rond seksualiteit en heeft dus een goed zicht op welke voorzieningen een good practice benaderen. Om een selectie te maken van good practices dacht Miek aan organisaties waar ze een goed gevoel bij heeft, die haar contacteren om samen te zitten rond casussen, die vragen stellen en waar er ook wat aanspreekpersonen zijn die werken rond seksualiteit. Dit zijn geen voorzieningen waar er nooit problemen, onzekerheden of twijfels zijn maar het zijn voorzieningen die volgens Miek op een goede manier omgaan met deze problemen, onzekerheden en twijfels. Daarbij wordt snel duidelijk dat deze selectie in wezen subjectief is. Good practices zijn altijd conditioneel en tijdelijk, het is niet mogelijk – en het is niet mijn doel – om dé good practice(s) te vinden.

Miek heeft een zestal voorzieningen voorgesteld als good practice, waarvan vier voorzieningen een residentiële afdeling hebben. Deze vier voorzieningen werden gecontacteerd via mail en drie ervan zijn ingegaan op de vraag om mee te werken aan dit onderzoek. Zo vormen deze voorzieningen de basis van de onderzoeksgroep.

Voorziening x situeert zich op het domein 'zorg' binnen een overkoepelende vzw die ook inzet op onderwijs en tewerkstelling. Ze is gericht naar kinderen, jongeren en volwassenen met een (neuro-)motorische beperking of een niet-aangeboren hersenletsel (NAH) en eventuele bijkomende diagnoses, zoals een verstandelijke beperking of een ontwikkelingsstoornis. Aan volwassenen biedt ze dag- en woonondersteuning. Dat laatste kan onder andere in de vorm van individueel wonen of leefgroepwonen. De leefgroepen bevinden zich op een uitgestrekt domein dat volledig werd ingericht in functie van de voorziening. Voorziening x doet erg denken aan een samenleving in klein formaat. Dit komt omdat de bewoners van deze voorziening er hun volledige leven kunnen doorbrengen: vaak gaan ze er reeds als kind naar school en eventueel op internaat en verhuizen ze op volwassen leeftijd naar een leefgroep, waar ze ook dagbesteding kunnen volgen.

Voorziening x maakt deel uit van een overkoepelende vzw waar nog negen andere diensten aan verbonden zijn maar die onafhankelijk van elkaar functioneren. Deze voorziening biedt dag- en woonopvang aan volwassenen met een motorische beperking of met een NAH. Ze bestaat uit acht verschillende teams, waarvan er drie een woonvorm leiden. Deze woonvormen bevinden zich op een 20-tal kilometer van elkaar en hebben elk 14 tot 32 studio's of appartementen. In tegenstelling tot voorziening x liggen de diensten van voorziening x dus verspreid overheen verschillende gemeenten. Sommige diensten voor dagondersteuning bevinden zich dicht bij de woonvormen, maar er is geen sprake van een duidelijk afgebakend domein.

Voorziening x tenslotte functioneert binnen een samenwerkingsverband van twaalf voorzieningen voor personen met een beperking. Deze voorziening heeft een aanbod van dagbesteding, woonondersteuning en begeleiding aan huis. Binnen de afdeling wonen heeft voorziening x tien leefgroepen die in hetzelfde gebouw liggen en twee leefgroepen die gedecentraliseerd zijn en wat verder van het hoofdgebouw liggen. Deze voorziening richt zich vooral op mensen met een verstandelijke beperking of een NAH. In veel gevallen hebben de bewoners een bijkomende fysieke beperking, maar de voorziening neemt voorlopig geen personen met uitsluitend een fysieke beperking op. De doelgroep verschilt dus enigszins van die van de andere twee voorzieningen.

Drie visieteksten

Bij elke voorziening was mijn contactpersoon een (ortho)(ped)agoge. Zij stuurden mij in een eerste stap de visietekst rond seksualiteit door. Tabel 2 vergelijkt de belangrijkste eigenschappen van de drie visieteksten, die duidelijk verschillen in vorm. Opvallend is dat geen enkele visietekst vermeldt hoe, door wie of waarom de visietekst werd opgesteld.

Tabel 2 *

Basiseigenschappen van de visieteksten.

Titel van het bestand	Jaartal	Aantal bladzijden	Aantal woorden
x -	-	-	-
x -	-	-	-
x -	-	-	-

* In functie van de anonimiteit van de voorzieningen bevat deze tabel geen gegevens.

Drie focusgroepgesprekken

Na het ontvangen van de visietekst werd er een datum vastgelegd voor het focusgroepgesprek. Er werd aan elke contactpersoon gevraagd om vier tot vijf professionals te zoeken, vooral mensen die in een residentiële afdeling van de voorziening werken. Hierbij werd vermeld dat het focusgroepgesprek ongeveer anderhalf uur zou duren en dat het zou gaan over hoe de professionals in aanraking komen met de seksualiteit van bewoners.

In voorziening x en x namen vier professionals deel aan het gesprek, in voorziening x waren dat er zes. In voorziening x maakte de contactpersoon geen deel uit van de focusgroep, in de andere voorzieningen wel. De literatuur benadrukt het belang van een weloverwogen keuze van de leden van een focusgroep (e.g. Howitt, 2010; Then et al., 2014). Voor dit onderzoek was dit moeilijk realiseerbaar gezien de selectie van de leden via een contactpersoon moest verlopen. Dat beïnvloedde de samenstelling van de focusgroep en bepaalde eigenschappen

ervan, zoals eensgezindheid over of interesse in seksualiteit. Tijdens de verwerking van de data moet hier dus rekening mee worden gehouden.

Tabel 3 geeft een overzicht van de belangrijkste eigenschappen van de respondenten in de verschillende focusgroepgesprekken. Daarin zien we ten eerste dat alle respondenten minstens 3,5 jaar in hun voorziening werken. Er kan dus gesteld worden dat alle leden ingewerkt zijn in de voorziening waarover ze praten. Een opvallend verschil is dat er van de vier participanten in voorziening x slechts één woonbegeleider deel uitmaakte van de focusgroep, wat een klein aandeel is in vergelijking de andere voorzieningen. Enkel in voorziening x nam er een man deel aan het gesprek.

Tabel 3 *

Eigenschappen professionals focusgroepgesprekken

	Nummer	Geslacht	Functie	Aantal jaren werkzaam
	y	-	-	-
x	y	-	-	-
	y	-	-	-
	y	-	-	-
x	y	-	-	-
	y	-	-	-
	y	-	-	-
	y	-	-	-
x	y	-	-	-
	y	-	-	-
	y	-	-	-
	y	-	-	-
	y	-	-	-
	y	-	-	-

* In functie van de anonimiteit van de professionals bevat deze tabel geen gegevens.

De vragen voor de focusgroepgesprekken werden opgesteld op basis van de visieteksten. Alle focusgroepgesprekken kregen zes gemeenschappelijke thema's en drie thema's gebaseerd op de analyse van de visietekst (bijlage 1). De gesprekken vonden plaats in de voorziening zelf. In voorziening x was dit in een vergaderzaaltje, in voorziening x was dit in een ontmoetingsruimte waar op het moment van het gesprek niemand anders aanwezig was en in voorziening x was dit op het bureau van respondent y . De informed consents werden uitgedeeld, overlopen en ondertekend. Er werd expliciet toestemming gevraagd om het gesprek op te nemen. Elk gesprek werd minstens een keer onderbroken door iemand die de

ruimte binnenkwam. Het gesprek in voorziening x duurde 1.53 uur, in voorziening x duurde het 1.19 uur en in voorziening x was dat 1.38 uur.

Op het einde van elk focusgroepgesprek werd meegedeeld dat het vinden van bewoners een volgende stap is in het onderzoek en werd gevraagd aan welke bewoners de respondenten dachten. Hierbij werd benadrukt dat het niet uitsluitend moet gaan over bewoners die een expliciete vraag stellen omtrent seksualiteit, maar dat ook mensen waarvan er helemaal geen signalen worden opgevangen geïnccludeerd kunnen worden.

Zes semi-gestructureerde interviews

Na het focusgroepgesprek werden de contactpersonen opnieuw gecontacteerd om op zoek te gaan naar volwassen bewoners met een fysieke beperking en eventueel een bijkomende verstandelijke beperking. Ook mensen met een NAH werden geïnccludeerd. Zoals besproken in de literatuurstudie is de impact van lichamelijke disfuncties op de seksualiteitsbeleving van de persoon relatief ten aanzien van de sociale en emotionele barrières (Sakellariou, 2006). Bovendien hebben residentiële voorzieningen vaak een gemengd doelpubliek, waarbij er zowel sprake is van een lichamelijke als een verstandelijke beperking, eventueel als gevolg van een NAH. Daarom werd er weinig onderscheid gemaakt in de soort beperking.

Omwille van het gebruik van een gesproken interview moest de bewoner zich in zekere mate verstaanbaar kunnen maken zonder begeleider. Er waren verder geen criteria voor geslacht, leeftijd, geaardheid, relatiestatus of andere eigenschappen. Bovendien werd er uitdrukkelijk gevraagd om niet enkel bewoners met een expliciete hulpvraag in verband met seksualiteit aan te spreken, maar om ook te zoeken naar bewoners zonder hulpvraag. Afgezien van de communicatie naar de contactpersonen is het onduidelijk hoe de bewoners geselecteerd werden. Hierbij mag de rol van de contactpersoon als gatekeeper niet vergeten worden.

In voorziening x werden er vier bewoners geïnterviewd. Omwille van de coronamaatregelen waren dit er in voorziening x en x slechts één⁴. In voorziening x werden de contactgegevens van de vier bewoners doorgegeven zodat ik ze zelf kon contacteren om een datum vast te leggen. Alle vier de bewoners werden in één dag geïnterviewd. Dit gebeurde telkens op hun kamer.

In voorziening x werd na het focusgroepgesprek met de professionals bewoner z erbij gehaald, een bewoner die reeds had ingestemd om deel te nemen. Er volgde een kennismakingsgesprek en ik vroeg bewoner z of hij op een ander moment nog eens met mij wou praten. Hij stemde in en omwille van de coronamaatregelen gebeurde dit tweede gesprek

⁴ Voor een verdere beschrijving van de gevolgen die de coronamaatregelen hadden voor deze masterproef wordt verwezen naar de corona-preambule op het begin van dit document.

ongeveer vier maanden later via Skype. Allebei de gesprekken verliepen in een afzonderlijke ruimte en bij allebei was er een professional aanwezig. De aanwezigheid van de professionals was bij beide gesprekken een meerwaarde, aangezien ze sommige van bewoner z 's antwoorden konden verduidelijken zonder echt tussen te komen. Tijdens het verwerken van de gesprekken wordt rekening gehouden met de rol van de professional als gatekeeper en mogelijke sociaal-wenselijke antwoorden.

Bewoner z was de respondent in voorziening x . Hij werd geselecteerd door de contactpersoon en was bereid om met mij in gesprek te gaan via Skype. Tijdens het gesprek met bewoner z was respondent y aanwezig. Opnieuw was de aanwezigheid van een professional een meerwaarde aangezien ze zowel mijn vragen kon verduidelijken aan bewoner z als bewoner z 's antwoorden kon verduidelijken aan mij. Het Skypegesprek met bewoner z verliep iets moeizamer omwille van een slechte verbinding. Tijdens het verwerken van het gesprek met bewoner z moet opnieuw rekening worden gehouden met respondent y als gatekeeper en met mogelijke sociaal-wenselijke antwoorden.

Tabel 4 geeft een overzicht van de belangrijkste eigenschappen van de bewoners per voorziening. De formele diagnose werd niet expliciet bevraagd. In plaats daarvan wordt het label benoemd dat de bewoners zelf of de professionals gebruiken om de beperking te omschrijven. De laatste kolom geeft de duur van elk gesprek weer.

Elk gesprek begon met een voorstelling van mezelf en met de vraag of het gesprek mocht worden opgenomen. Vervolgens werd het doel van het onderzoek uitgelegd. Daarna werd het informed consent overlopen en werd er gevraagd om twee exemplaren te ondertekenen. Hierbij werd op een toegankelijke manier benadrukt dat het gesprek vertrouwelijk is en dat niemand anders dan ikzelf de opname zal beluisteren of de transcriptie ervan zal lezen. Voor bewoner z was dit erg belangrijk. Wanneer de bewoner het informed consent niet zelf kon ondertekenen, ondertekende ik het met zijn toestemming. Een exemplaar bleef bij de bewoner, een ander werd bijgehouden door mezelf. Bij twee bewoners werd het informed consent op voorhand doorgestuurd, tijdens het gesprek ingevuld en ondertekend door de bewoner en de aanwezige professional en na het gesprek opnieuw doorgestuurd.

Tabel 4 *

Overzicht kerngegevens bewoners

Naam	Gender	Leeftijd	Label	Aantal jaren in voorziening	Relatiestatus	Seksuele dienstverlening	Duur gesprek
x z			-	-	-	-	-

-					
-					
<u>z</u>	-	-	-	-	-
-					
-					
<u>z</u>	-	-	-	-	-
-					
-					
<u>z</u>	-	-	-	-	-
-					
-					
<u>z</u>	-	-	-	-	-
x	-				
-					
-					
<u>z</u>	-	-	-	-	-
x	-				
-					
-					

* In functie van de anonimiteit van de bewoners bevat deze tabel geen gegevens.

Omwille van de vertrouwelijkheid van het onderwerp werd er extra moeite gedaan om een veilige sfeer te creëren. Bepaalde aspecten van de informed consent werden vaak en op verschillende manieren extra benadrukt. Voor het interview plaatsvond werd gevraagd (aan de respondenten of via de professionals) om een voorwerp, foto, herinnering, liedje te zoeken waarmee de respondent zichzelf kon voorstellen. Op die manier was het begin van het interview minder beladen, zowel voor de bewoners als voor mezelf. Het is niet zo dat er voor de interviews sprake was van een echte vertrouwensband tussen de bewoners en ikzelf, waardoor ik rekening moet houden met mogelijke sociaal-wenselijke antwoorden.

De interviewleidraad voor de semi-gestructureerde interviews (bijlage 3) werd opgesteld nadat alle focusgroepgesprekken hadden plaatsgevonden. Deze leidraad was hetzelfde voor elk gesprek, maar kon minder diepgaand overlopen worden in twee voorzieningen omwille van de beperkte tijd van de professionals. Zoals eerder gezegd was het een semi-gestructureerd interview, waardoor de vagen in de leidraad niet allemaal en niet altijd specifiek op die manier werden gesteld.

DOCUMENTANALYSE EN PLUGGING IN

Zoals eerder vermeld maakt dit onderzoek gebruik van een triangulatie van twee methodes: documentanalyse en *plugging in* ('insteken'; Jackson & Mazzei, 2012). De documentanalyse van de visieteksten wordt gebruikt als een verkennende methode, een eerste stap om voeling te krijgen met hoe de voorzieningen omgaan met de sexualities van hun bewoners. Op basis van de documentanalyse worden een aantal thema's onderscheiden die tijdens de focusgroepgesprekken extra aandacht krijgen. Op die manier kunnen de gesprekken met de professionals een waardevolle aanvulling zijn op de visieteksten en kan er getoetst worden op welke manier de visieteksten vertaald worden in de praktijk. Een tweede stap omhelst de volledige dataset (visieteksten, focusgroepgesprekken met professionals en interviews met bewoners) en gebeurt via *plugging in* (Jackson & Mazzei, 2012).

DOCUMENTANALYSE

Het analyseren van de visieteksten gebeurt aan de hand van een documentanalyse. Volgens Bowen (2009) is documentanalyse een systematische procedure die elementen combineert van *content analysis* ('inhoudsanalyse') en thematische analyse. Hij ziet het als een iteratief proces waar drie technieken aan te pas komen, nl. *skimming* ('afschuimen', oppervlakkig onderzoek), lezen (grondig onderzoek) en interpreteren. Op basis van deze drie niet-op-zichstaande-maar-altijd-herhalende stappen worden de visieteksten geanalyseerd.

Het **oppervlakkig onderzoek** van de documenten begint met het onderscheiden van de vijf meest voorkomende betekenisvolle woorden in de tekst. Daarbij aansluitend gebeurt een eerste lezing gestuurd door zes topische vragen: Wat is de tekst? Wie schreef de tekst? Waar is de tekst geschreven? Wanneer is de tekst geschreven? Waarom is de tekst geschreven? Hoe werd de tekst geschreven? Eerder dan het zorgvuldig zoeken naar de antwoorden op die vragen is deze eerste lezing een manier om vertrouwd te geraken met de teksten en om opvallende, betekenisvolle en potentieel relevante passages te identificeren.

In een tweede fase worden de teksten onderworpen aan een **diepgaande lezing** volgens de regels van thematische analyse. Thematische analyse is een veelgebruikte kwalitatieve onderzoeksmethode om thema's in interviews en andere kwalitatieve data te onderscheiden (Howitt, 2010). Door de tekst te coderen vindt de onderzoeker categorieën die samen thema's vormen. Deze methode kan zowel *data-led* als *theory-led* worden toegepast. In dit onderzoek wordt de analyse geleid door theorie, meer bepaald de centrale vraag van dit onderzoek.

Het **interpreteren** tenslotte gebeurt gedurende het volledige onderzoek maar wordt een actief en bewust proces wanneer de visieteksten, focusgroepgesprekken en interviews naast elkaar worden gelegd. Deze stap gebeurt dus tegelijk met het *plugging in*.

De visieteksten van de voorzieningen vormen dus een eerste stap van dit onderzoek. Vanaf deze eerste stap tot op het einde van dit onderzoek moet ik zoeken naar een balans tussen het onderstrepen en het nuanceren van het belang van dit soort documenten. Enerzijds moeten deze documenten serieus genomen worden, want ze zijn 'sociale feiten' die geproduceerd, gedeeld en gebruikt worden op sociaal georganiseerde manieren (Atkinson en Coffey, 1997, in Bowen, 2009) en zo onze werkelijkheid mee scheppen. Tegelijkertijd moet hun belang genuanceerd worden, want deze documenten op zich laten ons niet zien hoe een voorziening dag in dag uit functioneert. Bovendien kunnen we deze documenten – hoe officieel ze ook zijn – niet behandelen als grondig bewijs van wat ze rapporteren (Atkinson en Coffey, 1997, in Bowen, 2009). In functie van dat evenwicht worden de gesprekken met professionals en bewoners gedeeltelijk gebruikt om de visieteksten in hun context te zien. Door een aantal thema's uit de visieteksten te bevragen in de focusgroepgesprekken worden de gesprekken deels gevormd door de visieteksten en wordt mijn interpretatie van de visieteksten beïnvloed door de focusgroepgesprekken. Dit is een mooi voorbeeld van hoe de ene databron een andere kan aanvullen op een interactieve manier.

PLUGGING IN

Voor het analyseren van de interviews vond ik inspiratie bij Jackson en Mazzei's *thinking with theory* (2012). Zij verwerpen traditionele kwalitatieve analysemethoden zoals thematische analyse omdat deze weinig rekening houden met de complexiteit van het sociale leven en zo een diepgaande en multi-gelaagde behandeling van de data beletten (Jackson & Mazzei, 2013). Met hun boek *Thinking with theory in Qualitative Research, Viewing data across Multiple Perspectives* (2012) willen ze de eerste stappen zetten naar een post-humanistische manier van denken die zowel methodologisch als filosofisch is en die ons kan helpen om complexe situaties te begrijpen (Jackson & Mazzei, 2013). Er is echter geen vaste methode voor deze nieuwe manier van denken: "it is something that is to come; something that happens, paradoxically, in a moment that has already happened; something emergent, unpredictable, and always rethinkable and redoable" (Jackson & Mazzei, 2017, p. 717).

Om hun *thinking with theory* vast te leggen ontlenen Jackson en Mazzei een concept aan Deleuze en Guattari; nl. plugging in. In tegenstelling tot conventionele data-analyse – die volgens hen louter data-organisatie is – zien ze plugging in als een "production of the new" (Jackson & Mazzei, 2013, p. 263). Plugging in gaat over "reading-the-data-while-thinking-the-theory" waardoor er "something new" tot leven komt (Jackson & Mazzei, 2013, p. 264). In het proces van plugging in worden data en theorie gezien als machines met het potentieel om andere machines, andere data en andere theorieën te transformeren (Jackson & Mazzei, 2013) door ze bij elkaar in te steken. Deze theoretische machines zijn specifieke concepten

van specifieke theoretici, zoals Barads *intra-activity* (2007) in Jackson en Mazzei (2012) of zoals de sexual script theorie van Simon en Gagnon (1973) in deze masterproef.

De sexual script theorie van Simon en Gagnon (1973) wordt dus 'ingeplugd' bij de visieteksten, focusgroepgesprekken en interviews met bewoners. Dit gebeurt door de data door te nemen met de theorie in het hoofd: "reading-the-data-while-thinking-the-theory" (Jackson & Mazzei, 2013, p. 264). Op die manier worden de data getransformeerd door de theorie en wordt de theorie getransformeerd door de data. Door de theorie en de data bij elkaar in te steken zou er nieuwe kennis naar boven komen, zaken die een antwoord kunnen bieden op de onderzoeksvraag.

METHODOLOGISCHE KWALITEIT

Tijdens het opstellen van deze masterproef wordt op verschillende manieren getracht om een kwaliteitsvol onderzoek te garanderen. Aan de hand van Lincoln en Guba's evaluatiecriteria (1985, in RWJF, 2008) geef ik een overzicht van de zaken die in deze masterproef bijdragen aan de *trustworthiness* van het onderzoek.

Een eerste criterium is *credibility*. Dit gaat over een vertrouwen in de waarheid van de bevindingen en kan worden verhoogd door gebruik te maken van triangulatie (RWJF, 2008; Hastings, 2012). De data- en methodologische triangulatie die in dit onderzoek worden gebruikt dragen bij aan een rijk, robuust en goed ontwikkeld verhaal (RWJF, 2008).

Transferability is de tegenhanger van generaliseerbaarheid in kwantitatief onderzoek. Het gaat erover dat de bevindingen toepasbaar zijn in andere contexten (RWJF, 2008). Generaliseerbaarheid is geen doel van kwalitatief onderzoek, maar transferability kan verhoogd worden door een rijke beschrijving te geven van de bestudeerde fenomenen (RWJF, 2008). Door de resultaten van dit onderzoek uitvoerig te bespreken is het mogelijk om te toetsen of de resultaten van toepassing zijn op andere situaties, plaatsen en mensen.

Ten derde gaat *dependability* over de vraag of de bevindingen consistent zijn en hetzelfde zouden blijven indien het onderzoek een tweede keer wordt gevoerd (RWJF, 2008). Een manier om betrouwbaarheid te stimuleren is door het proces en het product te laten evalueren door een externe onderzoeker. In deze masterproef werd dit onder meer gedaan door de promotor, prof. dr. Van Hove, maar ook de gelijkenissen tussen de resultaten en de literatuurstudie getuigen van een zekere consistentie.

Tenslotte gaat *confirmability* over een zekere mate van neutraliteit. Onderzoeksresultaten moeten gevormd worden door de data en niet door de bias, motivatie of interesses van de onderzoeker (RWJF, 2008). Manieren om dit tegen te gaan zijn onder andere triangulatie en reflexiviteit. Reflexiviteit gaat over een transparantie over de manier van kennisconstructie en over de achtergrond en het perspectief van de onderzoeker. Dit werd aangehaald in het deel over kwalitatief onderzoek. Bovendien tracht ik gedurende het volledige proces mijn persoonlijk aandeel in het achterhoofd te houden.

De vraag naar de kwaliteit van een onderzoek gaat ook over **ethiek**. Binnen deze masterproef worden er verschillende zaken ondernomen om het onderzoek zo ethisch mogelijk te laten verlopen. Het overlopen en laten ondertekenen van een informed consent is een manier om bij te dragen aan de ethiek van een onderzoek. Een blanco exemplaar van het gebruikte informed consent is te vinden in bijlage 2. Ethisch interviewen gaat echter verder dan het ondertekenen van een informed consent en moet in acht worden genomen gedurende het

volledige onderzoeksproces. Zo worden de respondenten op voorhand verwittigd over het onderwerp en de verwachte duur van het interview en krijgen ze na afloop van het gesprek mijn contactgegevens mee. Zoals eerder vermeld wordt bij de bewoners informed consent doorgetrokken naar informed assent, wat gaat over een constant bewustzijn van de instemming van de respondent (Cocks, 2006).

Omwille van de vertrouwelijkheid van het onderwerp is het extra belangrijk om aandacht te hebben voor anonimiteit. Na de transcriptie van de interviews worden alle persoons- en plaatsnamen geanonimiseerd en wordt ervoor gezorgd dat geen enkele professional of bewoner herkenbaar is voor derden. De transcripties en informed consents worden enkel gedeeld met de promotor van deze masterproef, die ze na de verdediging vernietigt⁵. Bovendien kan deze masterproef niet door derden worden ingekeken. Op basis van de beschrijvingen van de respondenten zouden onder andere de contactpersonen te gemakkelijk kunnen achterhalen welke bewoner welk pseudoniem heeft gekregen.

Tijdens het contacteren van de voorzieningen werd echter afgesproken dat de ze op de hoogte zouden worden gebracht van de resultaten van het onderzoek. Het nakomen van dergelijke afspraken aan de contactpersonen, professionals en bewoners valt eveneens onder ethisch onderzoeken. Bovendien geloof ik in de maatschappelijke meerwaarde van mijn bevindingen. Daarom zal ik na de verdediging en in samenspraak met de bewoners – voor wie het onderwerp het meest confidentieel is – de bevindingen zodanig censureren zodat ze gerapporteerd kunnen worden aan externen en aan de voorzieningen zelf⁶.

⁵ Deze kunnen ter evaluatie worden opgevraagd bij prof. dr. Geert Van Hove.

⁶ Deze tweede versie is het resultaat van deze overweging.

DEEL 3: ONDERZOEKSRISULTATEN

DOCUMENTANALYSE

Zoals eerder beschreven is een eerste stap in dit onderzoek het verwerken van de visieteksten via documentanalyse. Op basis hiervan worden er per voorziening een aantal thema's onderscheiden, die in de focusgroepen bevestigd worden. Hieronder worden de gevonden thema's in elke visietekst kort beschreven.

VOORZIENING x : [TITEL VISIETEKST]*

De drie thema's uit de visietekst van voorziening x kunnen benoemd worden als relatie (1), verwachtingen en standpunten (2) en grenzen van professionals (3).

Het oppervlakkig onderzoek toont aan dat 'relatie' (1) het meest voorkomende betekenisvolle woord is in de tekst. Uit de thematische analyse blijkt dat relatie ook inhoudelijk veel aandacht krijgt. Hoewel het erkend wordt dat relatie een erg persoonlijk gegeven is en dat professionals hun persoonlijk waarden- en normenpatroon niet mogen opleggen aan bewoners, geeft voorziening x haar kijk op relaties expliciet mee:

[Citaat visietekst.] (VT x^7)

Bovendien stelt de voorziening dat seksualiteit het meest tot zijn recht komt in een exclusieve relatie.

Naast uitdrukkelijke standpunten zoals over relatie, bevat de visietekst duidelijke verwachtingen (2) naar professionals. Deze verwachtingen worden vaak geformuleerd in 'we'-zinnen en 'je'-zinnen, zoals:

[Citaat visietekst.] (VT x)

[Citaat visietekst.] (VT x)

In deze zinnen richten de professionals die de visietekst hebben opgesteld zich naar hun collega's. Zoals bovenstaande citaten illustreren, zijn de verwachtingen en standpunten soms erg concreet.

⁷ 'VT' staat voor 'visietekst' en 'VZ' staat voor 'voorziening'.

* In functie van de anonimiteit van de voorzieningen wordt de titel van de visietekst niet vermeld.

De spanning tussen de grenzen van de professional (3) en het (seksueel) welzijn van de cliënt wordt doorheen de visietekst een aantal keer aangehaald, zowel impliciet als expliciet. Ook daar neemt voorziening x een specifiek standpunt over in, bijvoorbeeld in deze citaten:

[Citaat visietekst.] (VT x)

[Citaat visietekst.] (VT x)

VOORZIENING x : [TITEL VISIETEKST]*

De visietekst van voorziening x is op het eerste zicht erg verschillend van die van voorziening x en x , maar uit de thematische analyse blijkt dat er een aantal gelijkenissen zijn. Het grootste verschil gaat dus over de vorm: de visietekst van voorziening x past op één bladzijde en wordt niet gestructureerd aan de hand van titels of subtitels. De drie gevonden thema's in deze visietekst gaan over Aditi vzw (1), concrete toepassingen (2) en netwerk (3).

De visietekst begint met de zin: "[Citaat visietekst.]" (VT x). Daarna volgt een citaat uit de visie en missie van Aditi vzw (1) die vrij te vinden is op hun website (www.aditivzw.be). De tweede keer dat de tekst expliciet verwijst naar Aditi vzw gaat over het ondersteunen van de bewoners op vlak van seksualiteit:

[Citaat visietekst.] (VT x)

Hiermee wordt benadrukt dat vragen rond seksualiteit eerst en vooral worden opgenomen door de aanwezige professionals. Indien nodig is er extra ondersteuning door Aditi vzw.

Ten tweede beschrijft visietekst 2 een aantal keer vrij concreet (2) hoe de visie op seksualiteit wordt toegepast binnen de voorziening, bijvoorbeeld:

[Citaat visietekst.] (VT x)

[Citaat visietekst.] (VT x)

Deze concrete toepassingen zijn niet hetzelfde als de standpunten en verwachtingen uit visietekst x , maar gaan eerder over hoe deze verwachtingen worden vertaald naar de praktijk.

Het laatste thema gaat over het netwerk (3). Hoewel het slechts twee keer aan bod komt in de visietekst, is het duidelijk hoe voorziening x zich opstelt naar het netwerk van de bewoners:

[Citaat visietekst.] (VT x)

Vooral de laatste regel getuigt van een sterke stellingname ten aanzien van het netwerk: de bewoner zelf gaat altijd voor. Dit is opvallend omdat uit de literatuurstudie bleek dat veel voorzieningen weerstand ervaren vanuit het netwerk om aan de slag te gaan met de seksualiteit van een bewoner (Saegerman, 2009).

VOORZIENING X: [TITEL VISIETEKST]*

Voorziening x tenslotte heeft de meest uitgebreide visietekst. De drie thema's zijn vorming (1), basisvisie en grondhouding (2) en proactief vs. reactief beleid (3).

Het eerste thema gaat over vormingen (1) rond seksualiteit en relaties aan de cliënten en komt enkel voor in deze visietekst. In eerste plaats gaat het over interne vormingen maar er wordt ook verwezen naar vormingen georganiseerd door externe organisaties. Concrete verwijzingen worden afgewisseld met ruim interpreteerbare verwachtingen zoals:

[Citaat visietekst.] (VT x)

Een tweede thema wordt onderscheiden op basis van een specifiek citaat, nl.:

[Citaat visietekst.] (VT x)

De eerste zin van het citaat gaat uit van een basisvisie en grondhouding (2) die bij alle begeleiders dezelfde is. Het is zo dat de visietekst bepaalde uitgangspunten onderschrijft, zoals "de cliënt centraal stellen" en "een individueel antwoord bieden op elke vraag". Toch wordt nergens specifiek vermeld wat er bedoeld wordt met die basisvisie en grondhouding.

Tenslotte wordt er zowel impliciet als expliciet verwezen naar het belang van een proactief beleid (3) ten aanzien van seksualiteit. Volgens de visietekst is het voeren van een proactief beleid een "[citaat visietekst.]" (VT x). Ze zetten het tegenover een reactief beleid waarin seksualiteit enkel wordt besproken naar aanleiding van een incident. Volgens de visietekst gaat een proactief beleid meer bepaald over:

[Citaat visietekst.] (VT x)

Dit proactief beleid vertaalt zich onder andere in het opvangen van signalen van bewoners. In de visietekst wordt dit meerdere keren aangehaald, bijvoorbeeld:

[Citaat visietekst.] (VT x)

PLUGGING IN SEXUAL SCRIPTS

In de tweede stap van de dataverwerking werden de data van de visieteksten, focusgroepgesprekken en interviews ‘ingelugd’ in de sexual script theorie van Simon en Gagnon (1973). Het plugging in van de theorie in de data heeft geholpen om een taal te geven aan de informatie die vervat lag in de data. Op die manier vormde de sexual script theorie een startpunt, een manier om in kaart te brengen “what must remain a complex and changing landscape of uses and meanings” (Simon & Gagnon, 2013, p. 496).

Eerst wordt beschreven hoe deze theorie en de data vorm krijgen in samenspel met elkaar. Daarna wordt stilgestaan bij vier scripts die kunnen bijdragen aan een positieve seksualiteitsbeleving van de bewoners.

SEXUAL SCRIPTS IN DE VOORZIENINGEN

Door de sexual script theorie in te pluggen in de visieteksten, focusgroepgesprekken en interviews met de bewoners, zijn er heel wat scripts naar boven gekomen. Zoals beschreven in de literatuurstudie krijgen sexual scripts vorm op drie onderling afhankelijke niveaus van het sociale leven. Het niveau van het **intrapyschische** gaat over wat er in iemands hoofd omgaat, maar ook over verlangens en seksuele opwinding en in welke contexten deze al dan niet aanvaardbaar zijn (Simon & Gagnon, 1986; 2017). Dit niveau heeft betrekking op het mentale leven van de professionals en bewoners:

Ik heb liever geen seks dan seks zonder gevoelens. (Bewoner z)

y: Je wordt daar rap mee geconfronteerd wanneer je hier begint te werken hé. [...] En dat was ook ‘wauw’, ik had nog nooit iemand gewassen, ik had dat ook nooit gezien in mijn opleiding. Zo van ja... en je komt dan binnen en ze hebben dan een erectie van 's ochtends en ‘wauw’, *allez*, als je jong bent, dat is... (VZx)

Het niveau van **interpersoonlijke relaties** gaat over hoe mensen zich seksueel gedragen in het bijzijn van anderen en hoe ze seksueel interageren met elkaar (Simon & Gagnon, 2017). Op dit niveau zijn er verschillende relevante interacties:

- tussen professionals, zoals in de focusgroepgesprekken;
- tussen professional en bewoners, bijvoorbeeld tijdens de verzorging of wanneer een bewoner flirtgedrag stelt naar een professional;
- tussen bewoners, bijvoorbeeld tijdens gesprekken in de leefgroep;
- tussen bewoner en partners.

Op het niveau van **culturele scenario's** tenslotte worden sexual scripts gezien als ingebouwde instructies die voorschrijven hoe mensen zich seksueel moeten gedragen binnen sociale instellingen (Simon & Gagnon, 2017). De data tonen een onderscheid tussen sexual scripts op het niveau van de samenleving (macroscripts) en sexual scripts op het niveau van de voorziening (mesoscripts). Voorzieningen hanteren namelijk vaak specifieke visies, normen, waarden en regels die niet altijd gelijklopen met die in de samenleving. Veel van de scripts op het mesoniveau komen overeen met de scripts op macroniveau. Dit zien we bijvoorbeeld in de visieteksten:

[Citaat visietekst.] (VT_x)

[Citaat visietekst.] (VT_x)

Andere scripts zijn duidelijk verschillend. Zo erkent elke voorziening in haar visietekst dat mensen met een beperking seksuele behoeften hebben zoals ieder ander, wat in contrast staat met het dominante macrosript dat mensen met een beperking asexueel zijn.

De visieteksten kunnen bijna letterlijk gezien worden als sexual scripts. Toch krijgen niet alle scripts in de voorziening vorm via de visietekst. Er bestaan impliciete scripts die soms zelfs ingaan tegen wat de visietekst voorschrijft. Dit wordt later besproken.

Scripts doorgeven en transformeren

De verschillende niveaus staan niet op zich maar zijn in interactie met elkaar. Het intrapsychische van de professional beïnvloedt bijvoorbeeld hoe de professional zich gaat gedragen in interactie met bewoners:

y: Of als ik nu denk aan [bewoner], dat is zo een hele speciale. Wij voelen ook allemaal 'niemand van ons knuffelt die' want dat is... ik weet niet, dat voelt zo raar.

(VZ_x)

Deze wederzijdse beïnvloeding is erg belangrijk wanneer er wordt onderzocht hoe sexual scripts veranderen of hoe er nieuwe sexual scripts ontstaan. Zo zien we dat sommige (intrapsychische en interpersoonlijke) sexual scripts van professionals onder invloed van de mesoscripts na verloop van tijd kunnen transformeren. Hiervoor moeten de bestaande mesoscripts eerst worden **doorgegeven** aan (nieuwe) professionals. Nieuwe werknemers moeten dus geïntroduceerd worden in de gangbare regels, normen en waarden van de voorziening. Uit de data blijken twee grote manieren waarop dit gebeurt. Een eerste manier is heel expliciet via mondelinge overdracht, zoals een peter-metermoment, teamgesprekken of gewoon onder collega's:

y: Het is wel, er wordt, *allez*, binnen ons team wordt er daar gewoon over gepraat, van... Ik weet nog toen ik startte werd er ook gezegd van wat erin staat, ja, wat hier de gewoonten zijn, wat hier niet de gewoonten zijn, wat er kan, wat er niet kan, wat er verwacht mag worden van jou en wat er niet mag verwacht worden. [...] (VZ_x)

Een tweede manier gaat eerder geleidelijk en via de praktijk:

y: Dat gaat zo meer gaandeweg bij ons, denk ik.

y: Ja, maar bij ons ook wel zo meer... Tussen de soep en de patatten. [lacht] (VZ_x)

Meestal is het een beetje van beide. Enkele respondenten van voorziening *x* geven aan dat professionals op een heel natuurlijke manier worden ingeleid in de organisatie, maar dat er indien nodig afgebakende overdrachtsmomenten worden voorzien:

y: Eigenlijk gebeurt dat heel naturel hoe nieuwe mensen mee in onze organisatie... En het komt- er zijn mensen die we echt moeten meenemen hé, waar we echt gesprekken mee moeten voeren omdat we voelen van... dat is moeilijker voor hun.

y: Maar op dat vlak leren mensen-

y: Er zijn sommige mensen die afhaken hé.

y: Ja, maar vaak leren professionals of begeleiders wel van elkaar op dat vlak. En zien ze bij elkaar dat dat eigenlijk op een mooie en respectvolle manier kan, zonder dat er heel veel van hun verwacht wordt hé. Dat is zo een terrein dat heel kort op je huid komt. Waardoor mensen daar op den duur wel hun weg in vinden. Dat, ja... Ik denk dat echt wel. (VZ_x)

Volgens respondenten van voorziening *x* zou het al een grote stap vooruit zijn als nieuwe professionals zich reeds bewust zijn van de koppeling tussen sexualities en (dis)abilities:

y: Ja, we zouden het fijn vinden als iedereen mee is in 'dit hoort bij het leven'. Dat wij dat opvoedend werk van onze opvoeders niet meer moeten doen, en dat dat eigenlijk al... En dat missen we soms wel. Dat dat nog heel spannend is hé voor nieuwe begeleiders en... (VZ_x)

In elk focusgroepgesprek kwam de rol van de opleiding hierbij aan bod. Professionals geven aan dat zij in hun opleiding bijna niets hebben gezien over sexualities en (dis)abilities en dat de meeste stagiaires ook vandaag nog veel te weinig geïnformeerd zijn. Nochtans is het in het werken met de doelgroep een alledaagse realiteit.

y: Dat moet gewoon in de leerplannen zitten, punt. Ik snap niet dat leerkrachten daar zelf niet aan denken.

y: Ja en als je zegt 'kwaliteit van leven is belangrijk', ja, is dat dan een deel daarvan.

y: Hoort dat daar gewoon bij. Maar het is heel vreemd, dat dat niet in de curricula zit.

(VZx)

In alle drie de voorzieningen krijgt de visietekst een secundaire rol in het introduceren van de sexual scripts aan (nieuwe) professionals. De tekst wordt soms wel vermeld, maar bijna nooit expliciet meegenomen in de uitleg. Dat is opvallend omdat een visietekst bijna letterlijk kan gezien worden als een script dat voorschrijft hoe professionals zich dienen te gedragen in de omgang met de sexualities van de bewoners. Redenen hiervoor zijn dat professionals eerst andere zaken moeten leren, zoals hoe ze mensen best op het toilet zetten of eten geven. Bovendien zijn er zo veel visieteksten dat je ze onmogelijk allemaal kan lezen bij de start van je loopbaan.

Nadat deze mesoscripts worden doorgegeven kunnen er verschuivingen ontstaan in de sexual scripts van de professionals. Verschillende professionals beschrijven hoe de sexual scripts die ze geïnternaliseerd hadden – vooral op niveau van interpersoonlijke relaties, soms ook op het intrapsychische – onder invloed van hun job **getransformeerd** zijn. Zo illustreert iemand een situatie waarin een bewoner seksueel stimulerende hulpmiddelen gebruikte, maar deze niet zelf uit de kast kon halen. Het was de taak van de woonbegeleiders om het hulpmiddel aan te reiken en aan te leggen, zodat de bewoner het kon gebruiken. Hoewel dit ingaat tegen verschillende sexual scripts – bijvoorbeeld dat masturbatie een privégebeuren is waar niemand iets over mag weten – gaf de professional aan dat het binnen het team een heel normaal gebeuren was:

y: Ja, dat was echt zodanig in de routine en... Er stelde zich daar eigenlijk ook niemand geen rare vragen bij. Dat was zodanig oké en normaal, dat dat ook echt oké en normaal was. (VZx)

Deze verschuivingen gebeuren soms heel natuurlijk, zoals in het voorbeeld hierboven. Sommige professionals wijzen echter op erg radicale breuklijnen tussen de scripts op mesoniveau en hun eigen interpersoonlijke en intrapsychische scripts, die na verloop van tijd vervagen:

y: Maar je wordt dat gewend. Ik dacht ook in het begin 'man, moet ik dat hier al...'
Maar jong, je bent bijna gechoqueerd. En je toont dat dan niet aan je collega's, hé, als

je nieuw bent en je wilt je best doen. Toen ik thuis was, dacht ik al *pfieuw*. Maar na een tijdje word je het gewoon erg gewend. (VZx)

Tijdens de gesprekken waren de meeste professionals zich bewust van de mesoscripts en wisten ze dat deze erg verschillen van de dominante scripts op samenlevingsniveau. Tijdens hun werk kunnen ze dit echter vergeten. Bepaalde zaken die voor externen of voor nieuwe collega's erg bevreemdend zijn, zijn voor de professionals vanzelfsprekend. Daarom wordt er niet altijd op voorhand aan gedacht om stagiaires of nieuwe collega's te informeren:

y: [...] Ik heb die fout veel gemaakt bij mijn stagiaires en dan hoor je achteraf van 'ja, in het begin...' En dan denk ik '*allez* jong, kom gewoon babbelen'. En dat we dat misschien meer moeten zeggen. Ik denk dat we er te veel van uitgaan, ja... Voor ons is dat normaal hé. (VZx)

y: En voor onze begeleiders is dat vaak al zo gewoon dat we dat in eerste instantie vergeten uit te leggen. En dan plots staat daar een helpster [seksuele dienstverleenster] en dan denk ik '*hoh*, ja, dat is waar, je moet dat wel uitleggen hé'.

y: We vergeten die kloof soms. (VZx)

In een eerste fase worden de scripts op mesoniveau dus overgedragen naar de professionals. De professionals leren deze mesoscripts kennen, gaan ernaar handelen en na verloop van tijd worden sommige persoonlijke scripts getransformeerd. De duidelijkste getuigenis hiervan is dat het voor alle focusgroepsleden vanzelfsprekend is dat mensen met een beperking seksuele behoeften hebben, wat recht tegenover de dominante macroscripts staat.

Er zijn echter professionals waarvan de scripts (nog) niet werden aangepast en die zelfs niet handelen volgens de scripts van de voorziening zoals neergeschreven in de visietekst. Zo beschrijft een respondent dat sommige collega's nog steeds denken dat bewoners met een verstandelijke beperking asexueel zijn. Ze geeft dit aan als een belangrijk struikelblok:

y: Terwijl dat dat eigenlijk wel in onze visie staat. En daar botsen wij als hulpverlener eigenlijk wel dikwijls tegen, tegen andere begeleiders en hoe dat zij erover denken. En dat maakt het werk soms wel moeilijk. (VZx)

De respondenten zijn ervan overtuigd dat dit een invloed heeft op de bewoners en op hoe zij hun sexualities beleven. Bewoners zijn voor heel wat zaken erg afhankelijk van professionals, zo ook voor hun sexualities. Een professional beschrijft hun verantwoordelijkheid op dit vlak:

y: [...] Maar bewoners weten soms ook echt niet dat het bestaat. En als wij het niet aanreiken, dan stopt het hé. Als wij niet zeggen van 'dat en dat bestaat wel'... Het is dat dat ik daarnet wou zeggen van *allez*... Dat gesprek is heel moeilijk- (VZ.x)

Volgens de professionals zijn er te veel situaties waarin bewoners hun recht op seksuele gezondheid niet volledig kunnen uitoefenen omwille van de professionals. Een voorbeeld hiervan is een situatie waarin een bewoner duidelijke signalen gaf over onderliggende behoeften, onder andere door pornografisch materiaal op te zoeken op zijn tablet en flirtgedrag te stellen naar woonbegeleidsters. Op een teamvergadering werd beslist om dit gedrag volledig af te blokken. De veronderstelling was dat de bewoner te veel ging verlangen. Hoewel deze signalen momenteel zijn gaan liggen, erkent de respondent dat de bewoner nog steeds met die nood zit. Dit is een van de vele voorbeelden van professionals die de voorschriften van de voorziening niet volgen en zo de bewoners beperken in de manier waarop ze hun sexualities beleven.

Samengevat heersen er binnen residentiële voorzieningen sexual scripts, die vorm krijgen op de verschillende niveaus van de sexual script theorie van Simon en Gagnon (1973). Sommige scripts binnen de voorziening zijn erg verschillend van die erbuiten, waardoor er een onderscheid wordt gemaakt tussen mesoscripts en macroscripts. De scripts op mesoniveau kunnen doorgegeven worden aan professionals, waarbij dit bij sommige professionals veranderingen veroorzaakt in de scripts, bij andere professionals niet. De scripts in de visietekst stemmen niet noodzakelijk overeen met hoe professionals omgaan met sexualities. Er bestaat dus een verschil tussen formele scripts en hun vertaling in de praktijk: wat de visietekst van een voorziening voorschrijft wordt niet noodzakelijk gedragen door alle professionals. Ook in de bevraagde voorzieningen – die werden aangeduid als good practices – zijn er situaties waarin de bewoners niet voldoende ondersteund worden in hun recht op seksuele gezondheid. Het is belangrijk dat voorzieningen hier aandacht voor hebben en professionals zo veel mogelijk trachten mee te nemen in hun scripts.

VIER SCRIPTS MET EEN POSITIEVE INVLOED

Door de data en de sexual script theorie (Simon & Gagnon, 1973) bij elkaar in te steken kwamen er vier grote mesoscripts naar boven die kunnen dienen als facilitators voor de seksualiteitsbeleving van de bewoners. Deze scripts kunnen worden benoemd als:

1. normaliseren van seksuele dienstverlening;
2. eerst de bewoner, dan het netwerk;
3. een proactief beleid met proactieve professionals;
4. evenwicht tussen persoonlijke grenzen en professionaliteit.

Deze vier sexual scripts spelen een belangrijke rol in hoe voorzieningen en professionals omgaan met sexualities en (dis)abilities. Niet elk script is even aanwezig in elke voorziening en niet elke professional handelt volgens alle vier de scripts. Wel zijn alle vier de scripts onderhevig aan bepaalde spanningen.

1. Normaliseren van seksuele dienstverlening

Mensen met een beperking hebben seksuele behoeften als ieder ander. Het is echter niet voor iedereen mogelijk om zijn of haar sexualities te beleven binnen een relatie. Bewoners van een voorziening hebben recht op alternatieve manieren om hun sexualities te beleven. In wat volgt wordt dieper ingegaan op seksuele dienstverlening als mogelijk alternatief en wordt er gepleit voor een meer normaliserende houding ten opzichte van seksuele dienstverlening, zowel binnen voorzieningen als in het ruimere maatschappelijke debat. De bestaande macroscripts rond sekswerk en seksuele dienstverlening zijn namelijk hoofdzakelijk negatief. Mensen die anderen betalen om seks te hebben worden gezien als pervers en er bestaan ontelbaar veel misvattingen over sekswerkers.

Seksuele dienstverleners zijn mannen of vrouwen die personen met een beperking tegen betaling ondersteunen bij hun seksualiteitsbeleving. Dit kan gaan over seks op zich, maar ook over leren masturberen, erotische massages of het leren gebruiken van seksuele hulpmiddelen (Sensoa, 2020). Aditi vzw zorgt voor opleiding, intervisie en individuele begeleiding van deze dienstverleners en koppelt hen aan personen die seksuele dienstverlening aanvragen (Aditi vzw, z.d.).

Het is duidelijk dat er binnen de bevraagde voorzieningen andere scripts bestaan ten opzichte van seksuele dienstverlening dan de bestaande macroscripts. Het is bijvoorbeeld opvallend hoe natuurlijk de samenwerking met dienstverleners verloopt in sommige voorzieningen:

y: [...] Mensen zijn hier wel vertrouwd hé. Die mensen voelen hun hier op hun gemak op den duur hé, die helpsters... Die kennen de begeleiding, die...

y: Die komen hier aan huis hé. Gelijk ons zelfstandig verpleegkundigen en de poetshulp...

y: Ja, die horen erbij hé. (VZx)

De voorzieningen hebben hier wel een hele weg in afgelegd. Een professional geeft aan dat er in het begin van de samenwerking met Aditi vzw twijfels bestonden over de voordelen ervan. Na verloop van tijd zagen ze echter de meerwaarde:

y: Wij hadden dat ook zo, in het begin toen als er sprake was van Aditi, hadden wij ook zo het gevoel van 'gaat dat niet versterkt worden, gaan die problemen niet verergeren?' Maar dan hadden we er eigenlijk... er is toch wel een hele weg in

afgelegd, zowel met bewoners als met het team. Veel gesprekken, veel opleiding eigenlijk ook. En nu merken we toch wel dat dat toch wel... Ja, we dachten dat dat ging versterken, maar eigenlijk is het verbeterd. (VZ_x)

Seksuele dienstverlening kan zowel via Aditi vzw als via het reguliere netwerk, maar voorziening *x* heeft een expliciete voorkeur voor diensten die gespecialiseerd zijn in seksuele dienstverlening aan mensen met een beperking. Sekswerkers uit het reguliere netwerk hebben namelijk vaak geen ervaring met de doelgroep, wat tot moeilijke confrontaties kan leiden:

[...] Dan moet je sterk zijn hé. Hij [een vriend] heeft een keer verteld dat er iemand gekomen was waar hij seks mee ging hebben. En ze kwam binnen en 'oei, maar jij kan niet, ik ben weer weg ze', en dan was ze weg. Dan moet je mentaal wel zeggen van... Dat is niet gemakkelijk hé... (Bewoner *z*)

Van de zes bevroegde bewoners is er één iemand (bewoner *z*) die reeds vier jaar een dienstverleningstraject heeft, één iemand (bewoner *z*) bij wie een eerste consultgesprek gepland staat en één iemand (bewoner *z*) die een vrouw uit het reguliere prostitutienetwerk laat komen. Hoewel het zo lijkt, is het niet vanzelfsprekend dat bewoners dit kunnen. Zo vindt bewoner *z* dat ze geluk hebben in de voorziening, aangezien seksuele dienstverlening in andere voorzieningen simpelweg niet wordt toegelaten:

Ja, eigenlijk wel. Als je dat dan vergelijkt met andere instellingen waar je van hoort. Dan is dat nog helemaal anders. Dan hebben we echt wel *chance* hier. (Bewoner *z*)

Alle drie de voorzieningen laten seksuele dienstverlening toe, ondersteunen bepaalde bewoners in de opstart ervan en zorgen dat de dienstverlening goed verloopt. Bewoner *z* en bewoner *z* wisten bijvoorbeeld niets over seksuele dienstverlening totdat een professional hen het voorstel deed en bewoner *z* beschrijft hoe hij via-via een vrouw had gevonden uit het reguliere prostitutienetwerk die hij samen met zijn individuele begeleider⁸ (IB) heeft gecontacteerd. Het is ook zijn IB die om de paar weken de vrouw opbelt voor een nieuwe afspraak. Daarnaast helpen de woonbegeleiders hem met uit- of aankleden, wassen en verzorging voor en na een afspraak.

Zo zijn er veel voorbeelden die tonen dat op het niveau van de voorziening seksuele dienstverlening een genormaliseerd gegeven is. Niettemin zijn er verschillen tussen de voorzieningen en de professionals onderling in de manier waarop en hoe snel seksuele dienstverlening wordt overwogen. Er bestaan namelijk nog steeds drempels om de stap naar

⁸ In elke voorziening hebben bewoners een individuele begeleider, mentor of aandachtspersoon. Dit komt later aan bod.

seksuele dienstverlening te maken. Uit de data worden vijf grote drempels onderscheiden, nl. taboe (1), privacy (2), wetgeving (3), financieel (4) en wachtlijsten (5).

Ten eerste heerst er nog steeds een groot taboe (1) rond seksuele dienstverlening. Hoewel het taboe op mesoniveau steeds minder aanwezig is, zorgen de dominante macroscripts dat het een moeilijk onderwerp blijft. Zowel voor de bewoners zelf als voor hun netwerk is het niet evident om seksuele dienstverlening als een optie te overwegen:

y: Dat is natuurlijk ook ja, de ingesteldheid zoals waarschijnlijk die familie heeft zoiets van 'ja, toch geen prostitué die gaat komen?' *Allez*, ja.

[Praten door elkaar]

y: Zelfs voor ons is die vraag eigenlijk al moeilijk voor... Daar over na te denken. Dus laat staan voor familie. (VZx)

Sommige bewoners beslissen om het niet te doen uit respect voor hun netwerk. In het advies *eerst de bewoner, dan het netwerk* wordt dieper ingegaan op de spanning tussen wat best is voor de bewoner en wat het netwerk wil. Hoewel het nog een tijd zal duren tot het taboe de wereld uit is zijn er subtiele veranderingen merkbaar in de macroscripts rond seksuele dienstverlening, zoals werd aangegeven in de literatuurstudie. Een professional verwijst naar de Vlaamse soap *Thuis*, waarin een aantal jaar geleden een personage een beroep deed op een dienstverleenster. Ook bewoner *z* had iets opgevangen in de media over Aditi en seksuele dienstverlening. Deze voorbeelden illustreren het belang van de media om bepaalde vooroordelen, misvattingen en taboes uit de wereld te helpen, als mogelijke opstap naar de transformatie van scripts.

Ten tweede is privacy (2) erg belangrijk. Hoewel de visieteksten aandacht schenken aan privacy en respectvol omgaan met de seksualiteitsbeleving van de bewoners, dringt dit niet altijd door tot de praktijk. In een voorziening is het niet gemakkelijk om de privacy van de bewoners steeds te garanderen. Zo moet een seksuele dienstverlener soms langs de leefgroep wandelen om bij de kamer van de cliënt te geraken, of staat de naam van de dienstverlener ingepland in de agenda die beschikbaar is voor al het personeel. Sommige privacy-inbreuken vallen echter gemakkelijk te vermijden. Zo vertellen sommige bewoners dat er onder de professionals geroddeld wordt over de bewoners. Dit weerhoudt onder andere bewoner *z* om seksuele dienstverlening in te schakelen:

Van andere personen die dat wel deden, dan hoor je wel in de gang van 'die heeft weer een uitgenodigd voor seks'.

Dus je hoort van opvoeders die wel praten van andere mensen?

Ja. Dat heeft er toch we mee te maken dat ik dat niet wil doen. Ik vind dat wel een beetje stom want, seks is normaal hé. Het is niet omdat je geen relatie hebt dat je geen seks mag hebben. (Bewoner z)

Uit het bovenstaande citaat kunnen we afleiden dat, hoewel de mesoscripts in de visieteksten wel voorschrijven dat er respectvol moet worden omgegaan met de sexualities van de bewoners, de professionals deze niet altijd volgen. Ook los van seksuele dienstverlening rapporteren bewoners ongerustheid over hun privacy⁹. Zo vertelt bewoner z dat het geroddel van de professionals het moeilijker maakt om een relatie aan te gaan met een medebewoner.

Verschillende keren kwam aan bod hoe professionals en bewoners beperkt worden door juridische (3) kwesties. In België wordt prostitutie op zich niet bestraft, maar er zijn wel wetten die het randgebeuren viseren (De Meyer, 2016). Zo is souteneurschap of pooierschap bij wet verboden en mogen voorzieningen geen fysieke ruimte ter beschikking stellen om seksuele activiteiten te laten plaatsvinden. De bevroegde voorzieningen gaan hier flexibel mee aan de slag en zoeken af en toe de grijze zones op, bijvoorbeeld door een bezoeker van het dagcentrum een nacht te laten logeren in een kamer voor kortverblijf en die nacht een dienstverleenster te laten komen. De professionals weten dat ze hiermee moeten opletten en dat er niet op elke vraag kan worden ingegaan. Een duidelijkere wetgeving zou ervoor kunnen zorgen dat meer mensen sneller geholpen kunnen worden en zou kunnen bijdragen aan positievere sexual scripts over seksuele dienstverlening.

Ten vierde kan het financiële (4) aspect een drempel zijn om de stap te zetten:

y: Bij sommigen is dat de reden dat ze het niet doen. En bij de andere is dat de gewoon de periode [lucht] wordt vaak bepaald op basis van... (VZx)

Het gaat niet enkel over het bedrag op zich, maar ook over de manier waarop het bedrag wordt verkregen. Sommige bewoners staan onder bewindvoering, waarbij ze aan externen moeten verantwoorden wanneer en waarvoor ze hun geld willen gebruiken. Andere bewoners laten hun budget beheren door hun netwerk. Dit verhoogt de drempel om seksuele dienstverlening in te schakelen, onder andere door het taboe zoals hierboven werd beschreven. Een aantal professionals van voorziening x gaf aan dat vanuit het recht op seksualiteitsbeleving geen enkel familielid, advocaat of bewindvoerder de bewoner kan verbieden om zijn of haar budget in te zetten voor seksuele dienstverlening. Dan rijst echter de vraag of je die juridische strijd

⁹ Hoewel privacy voor verschillende bewoners een grote invloed had op hun relatie- en seksualiteitsbeleving, gaat dit onderzoek hier slechts beperkt op in. Voor meer informatie wordt doorverwezen naar *deel 4: discussie en conclusie*.

aangaat en of dat het waard is om bruggen te verbranden. In het advies *eerst de bewoner, dan het netwerk* wordt er stilgestaan bij de invloed van het netwerk op de seksualiteitsbeleving van de bewoners.

Tenslotte wordt er enkele keren vermeld dat de wachtlijsten (5) voor seksuele dienstverlening erg lang zijn:

y: En als ik dan – want de samenwerking met Aditi, super – alleen is dat soms heel lang wachten hé. Dat vind ik wel moeilijk, om een nieuwe op te starten hé. Want zij werken met een consultgesprek en ja, Miek doet die, en dat is een half jaar wachttijd hé. [...] En dat is wel lang hé, want dan hebben wij al een heel traject afgelegd met de mensen... (VZ_x)

Zoals deze respondent beschrijft hebben de voorzieningen reeds een lang traject afgelegd met de bewoners voor ze de hulp van Aditi inschakelen. Met bewoner *z* bijvoorbeeld werd er ongeveer een jaar geleden beslist om seksuele dienstverlening te overwegen, waarna er een gesprek volgde met zijn dochter en ex-vrouw over het financiële aspect. Zij hebben ondertussen hun toestemming gegeven, waardoor bewoner *z* stappen kan zetten richting seksuele dienstverlening. Daarvoor moet er eerst een intakegesprek komen met Aditi, dat op het moment van het gesprek vrij spoedig zou plaatsvinden. Toch zit er reeds een jaar tussen de beslissing en een mogelijke opstart.

Concluderend kan er gesteld worden dat een normaliserend discours rond seksuele dienstverlening binnen een voorziening kan bijdragen aan een positieve seksualiteitsbeleving van de bewoners. Zoals de visietekst van voorziening *x* samenvat:

[Citaat visietekst.] (VZ_x)

Professionals en bewoners moeten een aantal drempels overwinnen voor ze effectief de stap kunnen zetten naar seksuele dienstverlening. Veranderingen in de bestaande sexual scripts op niveau van de samenleving kunnen een aanzet zijn om de bestaande drempels aan te pakken en weg te werken, zodat seksuele dienstverlening toegankelijker wordt. Uit de literatuurstudie blijkt dat reeds meer en meer mensen erin slagen om deze drempels te overwinnen, wat we onder andere zien aan het stijgende aantal aanvragen (Grommen, 2020). Een belangrijke nuance hierbij is dat er voldoende middelen voor Aditi vzw en meer dienstverleners moeten komen om deze aanvragen op te nemen.

2. Eerst de bewoner, dan het netwerk

Een tweede advies gaat over de spanning tussen de wensen van de bewoner en die van de belangrijke personen in zijn of haar omgeving. Deze belangrijke personen zijn voor elke persoon verschillend. In eerste plaats wordt er gedacht aan de ouders als wettelijke vertegenwoordiger, maar ook brussen kunnen verantwoordelijkheid opnemen. Bij mensen met een NAH kan er bovendien sprake zijn van een (ex-)partner en kinderen. Wanneer de persoon in een voorziening woont is er vaak een blijvende afhankelijkheid van het netwerk, bijvoorbeeld omdat het budget erdoor beheerd wordt. Deze zaken maken de evolutie naar zelfstandigheid soms erg moeilijk. Vooral ouders voelen zich vaak nog verantwoordelijk voor hun kind, wat zich kan uiten in overbeschermend gedrag. Omgekeerd zijn personen met een beperking erg loyaal ten aanzien van hun ouders. Het dominante idee in onze samenleving is dat ouders weten wat het beste is voor hun kind en dat ze het recht hebben om bepaalde beslissingen te nemen voor dat kind, zeker wanneer dit kind een verstandelijke beperking heeft. Een respondent benoemt dit idee expliciet en gaat er tegenin:

y: [...] 'ah ja, handicap, sorry je woont in een voorziening, dus moeten je ouders daarvan op de hoogte zijn'. Maar eigenlijk, ja... geval per geval. (VZx)

Dit dappere en essentiële standpunt vormt het tweede advies.

Zoals besproken in de literatuurstudie ervaren voorzieningen vaak weerstand vanuit het netwerk om het thema seksualiteit op te nemen (Saegerman, 2009). Veel ouders hebben moeite met het aanvaarden dat hun kind – met of zonder beperking – seksuele behoeften heeft, zoals een respondent beschrijft:

y: Dus dat geldt ook voor die ouders. Ze hebben waarschijnlijk nooit gedacht dat hun zoon of dochter een seksueel wezen ging zijn en zich daarmee ging bezighouden. Voor hen is dat ook niet gemakkelijk. (VZx)

Een script dat hier onder spanning staat bevindt zich op het niveau van interpersoonlijke relaties tussen ouders en kinderen en schrijft voor dat het thema seksualiteit zo weinig mogelijk wordt besproken tussen ouders en kind. Bij kinderen met een beperking komt daarbij het script op niveau van culturele scenario's dat vooropstelt dat mensen met een beperking asexueel zijn en bescherming nodig hebben, wat de confrontatie van de ouders met de sexualities van hun kind nog moeilijker maakt.

Afhankelijk van de **individuele bewoner** gaan de professionals kijken of het nodig, mogelijk en wenselijk is om het netwerk te betrekken in de ondersteuning op vlak van sexualities. De professionals erkennen dat niet elke vraag met betrekking tot sexualities moet worden

besproken met het netwerk. Soms moet de bespreking echter wel overwogen worden, bijvoorbeeld wanneer het gaat over de aankoop van hulpmiddelen of het opstarten van seksuele dienstverlening, over toestemming voor een anticonceptiebehandeling of het samenwonen met een partner.

In elk focusgroepgesprek zijn er casussen besproken waarbij het netwerk wel werd betrokken en casussen waarin dit niet werd gedaan, bijvoorbeeld:

y: [...] En omdat zij toch wel een hele goede band hebben met elkaar. En omdat we toch ook wel wilden weten wat de broer daarvan dacht. Maar ja, dat is ook iemand die ook heel open is, en die ook wel gewend is met hier, alles... Je moet dat ook niet met iedereen doen... Het is een beetje te zien, het is een beetje afhankelijk. (VZx)

y: En familie ook hé. Ja, dat was ook wel zo toen, met [bewoner]. Gaan we die familie inlichten dat we iets aangekocht hebben om het op een veilige manier te doen, of gaan we dat niet doen? En we hebben dat dan... ik weet niet hoe dat het ondertussen is, maar we hebben dat toen op die moment wel niet doorgegeven...

y: Dat hoeft ook niet hé. (VZx)

De beslissing om al dan niet het netwerk te betrekken wordt gebaseerd op een aantal zaken, bijvoorbeeld de band tussen de bewoner en het netwerk of de keuze van de bewoner zelf. Zo weet bewoner *z* dat de voorziening zijn ouders niet noodzakelijk gaat inlichten over bepaalde beslissingen die hij maakt:

Maar stel dat je geen zo'n goede relatie had met je ouders en je zei 'zij mogen dat eigenlijk niet weten', dan ging dat ook geen probleem geweest zijn?

Nee, dat ging wel gelukt zijn. (Bewoner *z*)

Of de bewoner zijn of haar netwerk al dan niet wil betrekken verschilt van persoon tot persoon. Bij bewoner *z* bijvoorbeeld zijn de ouders volledig op de hoogte van de dienstverlening, maar bewoner *z* geeft aan dat hij zijn moeder er nooit zou over vertellen. De keuze van de bewoner is echter niet altijd doorslaggevend. Soms voelen professionals aan dat het, ondanks de wens van de bewoner, toch zinvol kan zijn om het netwerk te betrekken. Dan zijn ze flexibel in het zoeken naar manieren om zo veel mogelijk partijen tevreden te stellen:

y: Ja, we gaan wel in overleg hé. Sommige bewoners zeggen 'nee', maar voelen wij wel van 'hoh, die ouders zijn wel nog heel aanwezig in het hele verhaal en we denken dat het toch zinvol is...' maar soms doen we ook twee besprekingen hé. Eén met, één zonder. Dan gaan we een beetje creatief om met... (VZx)

In sommige gevallen is het bijna noodzakelijk dat het netwerk gecontacteerd wordt, bijvoorbeeld wanneer het instaat voor het budgetbeheer van de bewoner. De ex-partner en dochter van bewoner *z* bijvoorbeeld zijn financieel verantwoordelijk en moeten dus op de hoogte zijn van zijn uitgaven, zo ook van de uitgaven aan een seksuele dienstverlener. Hoewel dat moeilijke gesprekken zijn, vinden de professionals het belangrijk om er open over te zijn:

y: Ja, maar nee. Daarvan hebben wij ook zoiets van 'dit is ook niet gezond'. We moeten kunnen zeggen van 'uw vader heeft nood aan seks'. [...] En hij wil dat wel. Maar dat zijn moeilijke gesprekken, heel moeilijk. (VZ*x*)

Ook wanneer ze financieel verantwoordelijk zijn is het volgens de respondenten niet altijd nodig om de ouders of het netwerk te betrekken. Soms worden hier creatieve oplossingen voor aangewend, bijvoorbeeld door elke week extra 'zakgeld' af te halen, waardoor er na een aantal weken voldoende is gespaard. De professionals menen dus dat het soms beter is dat de ouders het niet weten, maar beseffen dat ze **risico's** nemen door hen niet te betrekken:

y: En ook zo dat spanningsveld van... Ik bedoel, in de meeste gevallen krijgen we het netwerk mee en gaan we er vrij open mee om en meestal lukt dat wel met respect voor hoeveel betrokkenheid... Maar af en toe ook niet, en dan is dat zo dat schipperen hé van... ja... We hebben dan ervoor gekozen om de ouders niet – *allez*, de mama en de broer en zus niet op de hoogte – maar we zijn wel... We hebben een risicootje op een vertrouwensbreuk, hé. Met het netwerk. Maar die man is... in de veertig. We vinden dat die mag kiezen. Ik doe dat alleen, bewindvoerder is in orde voor het financiële stuk. Alleen weet je van ja, als het ooit uitkomt... (VZ*x*)

In het voorbeeld hierboven wordt het risico genomen vanuit de overtuiging dat de bewoners het recht hebben om zelf te kiezen op welke manier ze hun sexualities beleven en of het netwerk dit moet weten of niet. De professionals zijn zich ervan bewust dat de beslissing om het netwerk niet te betrekken of om in te gaan tegen het netwerk negatieve gevolgen kan hebben, zoals een vertrouwensbreuk of erger:

y: Ja, tuurlijk. En wat maak je kapot langs de andere kant ook hé?

y: Dat is het vooral dikwijls, van... Ja, als de familie dan kwaad is en niet meer komt of zo... (VZ*x*)

De professionals van voorziening *x* geven aan dat ze er meestal wel in slagen om het netwerk mee te krijgen in het verhaal en dat dit ook de meest wenselijke situatie is. Soms heeft het netwerk wat tijd nodig, maar geven ze uiteindelijk wel de toestemming. Bewoner *z* beschrijft

hoe zijn vader zijn moeder heeft kunnen overtuigen om een traject van seksuele dienstverlening op te starten:

Mijn mama was daar eigenlijk op tegen, en mijn papa niet dus mijn papa heeft die kunnen overtuigen: 'Wat een gewone mens doet, moet [bewoner z] ook kunnen doen'. En toen mocht ik dat ook doen. (Bewoner z)

De professionals van voorziening x bespreken niet altijd de volledige situatie en vragen soms enkel een mandaat om er zelf mee aan de slag te gaan. Een aantal ouders geeft dit mandaat maar wil er zelf niets over weten, anderen willen gewoon weten wat het kost. Even goed zijn er situaties waarin de ouders zo betrokken zijn dat er een kennismakingsgesprek plaatsvindt tussen hen en de dienstverleenster.

Er zijn geen vastgelegde richtlijnen die zeggen wanneer het netwerk al dan niet op de hoogte wordt gebracht, maar het **welzijn van de bewoner** geeft steeds de doorslag. Zoals reeds aangegeven in de documentanalyse is voorziening x hier erg duidelijk over:

[Citaat visietekst.] (VT x)

Sommige bewoners gaan echter hun eigen behoeften achteruitschuiven vanuit een loyaliteit naar hun netwerk of de angst om het contact met het netwerk te verliezen. Soms worden er pas nieuwe stappen ondernomen wanneer een ouder of een partner komt te overlijden. In andere situaties wordt het onderwerp nooit meer opgenomen, wat sommige professionals dwars zit:

y : Ja, en daar kan ik niet tegen. En dan denk ik... En vaak gaat dat dan [...] net over die mensen die we wel zien dat die een erectie krijgen, dat die masturberen op de toiletten en *allez*... Dat we zo voelen van 'hmm, hier zit zo toch wel een nood'. En waar ouders eigenlijk echt geen mandaat geven om ermee aan de slag te gaan. Als dat een woonvorm is, dan durven we iets meer. Maar als het dagcentrum is en die wonen nog thuis, dan stopt dat verhaal. En dat zijn diegene die mij ambetant maken. (VZ x)

y : Maar dat is dan een mens die zijn ganse leven dan seksueel gefrustreerd moet blijven omdat zijn familie nee zegt hé. (VZ x)

Samengevat gaan de bevraagde voorzieningen en professionals op een flexibele en creatieve manier om met de spanningen tussen het welzijn van de bewoner en wat het netwerk wil. In bepaalde situaties staan de scripts van de voorziening loodrecht tegenover die van het netwerk

en tegenover bestaande opvattingen op niveau van de samenleving. Professionals zijn bereid om risico's te nemen zodat de bewoner zijn of haar recht op seksuele gezondheid kan uitoefenen. Het uitgangspunt hierbij is de individuele bewoner:

y: Nee, het uitgangspunt is de bewoner hé.

y: Hun zorg hé. (VZx)

3. Een proactief beleid met proactieve professionals

Zoals beschreven in de literatuurstudie gaan veel professionals niet in gesprek over seksualiteit vanuit de ingesteldheid 'geen slapende honden wakker maken' (Dyer & das Nair, 2013; Saegerman, 2009). Ze gaan ervan uit dat bewoners die geen vragen stellen rond seksualiteit, geen seksuele behoeften hebben. Uit de literatuurstudie, maar ook uit de focusgroepgesprekken en de interviews met de bewoners blijkt echter dat dit een mythe is. Er zijn verschillende redenen waarom bewoners geen concrete vraag stellen, maar dit is zelden omdat ze er effectief geen behoefte aan hebben. Een van deze redenen is dat bewoners denken dat seks gewoonweg niet voor hen is weggelegd. Zo beschrijft bewoner z:

Maar ik denk, hoe moet ik dat zeggen... Nu dat ik het zo een paar keer meegemaakt heb, weet ik wel dat het normaal is.

Dat het normaal is. En daarvoor was het anders?

Daarvoor was het 'ja, je bent gehandicapt, je mag geen seks hebben'. Dat zat zo een beetje in mijn hoofd. (Bewoner z)

Dit is een treffende illustratie van hoe sexual scripts geïnternaliseerd worden en zo een ontzettende invloed hebben op hoe individuen hun seksualiteit beleven. Een professional vertelt daarbij dat deze scripts overgedragen kunnen worden vanuit de ouders:

y: [...] Veel hangt ook af hoe dat bijvoorbeeld ouders daar altijd mee zijn omgegaan. Hebben die er een beetje openheid in gehad of niet? Want we hebben ook de aangeboren fysieke die van z'n leven nooit seks gaan hebben eigenlijk, omdat daar... Dat is gewoon *not done*. (VZx)

Omwille van de geslotenheid over het onderwerp en de taboesfeer errond zijn veel bewoners zich er dus niet van bewust dat zij net als ieder ander recht hebben op seksualiteit en intimiteit. Bovendien zorgt het taboe ervoor dat veel bewoners zich schamen over hun gevoelens en behoeften, wat vaak een voldoende reden is om er niets over te zeggen:

Ik weet ook van iemand anders die het waarschijnlijk niet durft zeggen dat hij het wil.

Dat is nog iemand anders? Die het niet durft zeggen. En hoe denk je dat het

komt dat hij dat niet durft zeggen?

Schaamte. Ik denk dat het niet meer is dan dat. (Bewoner z)

Sommige bewoners weten niet dat er mogelijkheden zijn om hun sexualities te beleven buiten een relatie, zoals seksuele dienstverlening. Andere bewoners zijn niet in staat om hun behoeften te uiten, ook al zouden ze dat willen. Een professional geeft aan dat ook mensen met een ernstige verstandelijke beperking bepaalde behoeften hebben:

y: [...] Daar wordt veel te weinig bij stil gestaan en er wordt heel rap gedacht van 'ja, die hebben daar geen behoefte aan', maar dat kan heel goed zijn dat ze daar wel behoefte aan hebben maar dat ze het ofwel niet kunnen uiten ofwel dat je... (VZ x)

Er zijn dus behoorlijk wat redenen waarom bewoners geen expliciete hulpvraag gaan stellen, ook al zitten ze met een behoefte. Daarom is het belangrijk dat voorzieningen en professionals op een proactieve manier gaan inspelen op deze behoeften. Deze **proactieve houding** werd aangehaald bij de documentanalyse van de visietekst van voorziening x , waar het expliciet aan bod komt in een onderdeel over problematische vormen van seksualiteit:

[Citaat visietekst.] (VT x)

Een proactief beleid heeft echter meer voordelen dan enkel het voorkomen van problematisch seksueel gedrag. Het is een manier om bij te dragen aan het welzijn van de bewoners. Dit proactief beleid vertaalt zich overheen de voorzieningen enerzijds in het opvangen van signalen, anderzijds in het uitdrukkelijk bevragen van seksuele behoeften. Daarnaast biedt voorziening x soms vormingen over seksualiteit en intimiteit aan de bewoners.

Een eerste manier om proactief in te spelen op seksuele behoeften is **door alert te zijn voor signalen** van de bewoners. Ook dit komt meermaals aan bod in de visietekst van voorziening x , bijvoorbeeld:

[Citaat visietekst.] (VZ x)

Deze signalen zijn soms heel duidelijk, bijvoorbeeld wanneer bewoners hulpmiddelen zoeken om zichzelf te bevredigen of wanneer een koppel ruzie heeft. Een professional beschrijft hoe relaties tussen bewoners zich in het midden van de leefgroep afspelen waardoor je als professional bijna altijd derde partij bent (*y*, VZ x). Ook tijdens de verzorging kunnen bepaalde behoeftes aan bod komen, bijvoorbeeld wanneer een bewoner een erectie krijgt of de professional kust.

Andere keren zijn de signalen minder uitdrukkelijk, zoals bij bewoners die in het algemeen ongelukkig rondlopen. De professionals merken op dat het dan niet eenvoudig is om deze

signalen op te vangen, onder andere bij bewoners met een ernstige lichamelijke en verstandelijke beperking. Bovendien zenden niet alle bewoners signalen uit. Sommige bewoners hebben geen uitgesproken behoefte, anderen vinden zelf manieren om deze behoefte in te vullen en nog anderen hebben weldegelijk een behoefte maar weten niet wat ze ermee moeten doen. Soms wordt dat pas duidelijk wanneer er **problemen** zijn:

y: Maar meestal komt dat aan bod als er problemen zijn. Dat is dat ambetante eraan, als ze zo ongewenst seksueel gedrag tonen, zo dan komt dat plots aan bod van 'ah'. En dan is het meestal al, soms, te laat, zijn er al dingen gebeurd die onomkeerbaar zijn. En dat is wel jammer. Dat er meestal tot dan, tot een probleem zich voordoet, wordt gewacht: 'Ah, ah! Die heeft seksuele behoeftes, ah bij God. Daar had ik niet aan gedacht'. (VZx)

Daarom is het belangrijk om de bewoners **uitdrukkelijk te bevragen** over hun seksuele behoeften. Vooral in voorziening *x* is dit een vaststaand gegeven. Binnen het opstellen van een handelingsplan wordt standaard gevraagd naar het thema seksualiteit. Hoewel niet alle bewoners er op dat moment op ingaan, toont het wel dat er binnen de voorziening openheid is om het onderwerp te bespreken:

y: Wij vragen echt letterlijk van 'ben je tevreden?'

y: Het wordt echt heel uitgesproken hier hé.

y: 'Is dat iets belangrijk voor u? Wil je erover praten? Met wie wil je daarover praten? Kunnen we iets betekenen?' En het is ook heel oké als mensen zeggen 'je hebt er geen zaken mee hé'. *Allez...*

y: Sommige twijfelen in het begin van 'hmm, hoh nee', maar achteraf dan, dan begint dat...

y: Of ook als ouders erbij zitten dat we zowat zien van 'het is niet de moment', dan vragen we ze achteraf van 'wil je misschien zonder uw ouders *efkes*'... (VZx)

Bij sommige bewoners zijn de ouders aanwezig op de bespreking van het handelingsplan. Dan komt het erop aan om als professional alert te zijn voor de houding van de bewoner en de vraag indien nodig op een ander moment te herhalen. In voorziening *x* was seksualiteit vroeger wel een onderdeel van het handelingsplan, maar hebben ze er omwille van de privacy van de bewoner andere afspraken over gemaakt. Het handelingsplan wordt namelijk verspreid naar andere afdelingen binnen de voorziening en kan ingekeken worden door de ouders. Hoewel de professionals van voorziening *x* aangeven dat het onderwerp momenteel iets te weinig wordt bevraagd, is het altijd belangrijk om de privacy van de bewoner in acht te nemen.

Wanneer het domein dan deel uitmaakt van het handelingsplan, is het de taak van de professional die het handelingsplan opstelt om het onderwerp uitdrukkelijk te bevragen, alert te zijn voor gedragingen van de bewoner en indien nodig erop door te gaan. Dit wordt bevestigd door bewoner *z*:

Wat vragen ze dan? Weet je dat nog? Kan je je dat herinneren?

Of je er content van bent.

Of je er content van bent. Oké.

Ja, ik kan me dan wel inbeelden, als je een beetje beschaamd bent, dat je er niets meer durft van zeggen. [...] (Bewoner *z*)

Omdat het onderwerp ook dicht op de huid van de professionals komt, kan er ook bij hen schaamte zijn om het open te bespreken met bewoners. Daarom hebben professionals een zekere moed nodig:

y: En ik denk, we durven het ook vragen hé. Ik vraag ook aan mensen 'kan je masturberen, fysiek, gaat dat voor u? Of moeten we daar op zoek gaan naar hulpmiddelen wat uzelf al kan helpen?' *Allez*. Het is ook gewoon durven vragen hé. [...] (VZ*x*)

Een andere manier waarop het onderwerp kan bevraagd worden is via IB-momentjes. In elke voorziening bestaan er formele afspraken rond een individuele begeleider, mentor, aandachtspersoon... Dit is een professional die iets dicht bij een specifieke bewoner staat dan andere professionals. De taak van deze IB wordt op verschillende manieren ingevuld, afhankelijk van de voorziening, leefgroep en professional en bewoner zelf. Een professional beschrijft hoe haar wekelijks momentje voor de bewoners een opening kan vormen om dingen aan te kaarten:

y: Ik denk sowieso al, *allez*, met je IB heb je wekelijks wel eens je momentje, en ze weten op den duur ook van 'dat is het moment dat er dingen naar boven mogen... dat ik dan dingen mag zeggen'. En op den duur heb je wel een vertrouwensband waardoor ze ook wel rap tegen jou wel iets gaan zeggen of merk je het als ze slecht in hun vel zitten en plots zeer veel weer wenen of doen... (VZ*x*)

Hierbij is een vertrouwensband van groot belang. Bewoner *z* is bijvoorbeeld niet zeker of de dingen die hij tegen zijn IB zegt wel onder vier ogen blijven, waardoor hij geremd is om bepaalde zaken te bespreken.

Ongeacht die vertrouwensband is het niet noodzakelijk zo dat de bewoners hun IB aanspreken over het onderwerp. Bewoner *z* vermeldt dat er binnen voorziening *x* een professional is die

veel over het onderwerp weet en die dus een soort aanspreekpunt vormt voor de bewoners. Ook in de andere voorzieningen is er impliciet of expliciet een aanspreekpunt aanwezig onder de professionals waarvan bewoners weten dat ze hun vragen aan deze persoon kunnen richten.

Om proactief te werken moeten professionals dus in eerste plaats signalen opvangen. Ook wanneer er geen aanleiding is om te denken aan sexualities, is het goed om de bewoners uitdrukkelijk te bevragen over het onderwerp. De professionals van voorziening x houden de seksuele behoeftes van de bewoners altijd in het achterhoofd als mogelijke oorzaak van bepaalde gedragingen:

y: Een [bewoner] die mensen... tot vervelens toe andere mensen aanraakt... Dan gaan we zoeken 'wat zit daar nu juist achter'.

y: Ik denk dat, ja, dat wij heel vaak in gesprekken op dat terrein zitten.

y: Als we het gevoel hebben van er zit een gemis hé.

y: Er is ergens iets, dan pakken we dit toch wel altijd mee hé. (VZ x)

Dit citaat toont ook hoe professionals hiervoor soms vertrouwen op hun intuïtie.

Wanneer blijkt dat er sprake is van bepaalde behoeftes, moeten professionals **ermee aan de slag gaan**. Dit gebeurt eerst en vooral door in gesprek te gaan met de bewoner:

y: Dan gaan we wel bespreken, als het kan met de persoon zelf, soms ook met de familie van 'we voelen hier een nood, we denken dat er ergens een nood zit'. (VZ x)

Soms worden er daarna stappen gezet naar seksuele dienstverlening of worden er seksuele hulpmiddelen aangekocht. Andere bewoners hebben in eerste instantie meer nood aan basisvoorlichting over het mannelijke en vrouwelijke lichaam. Verschillende professionals geven aan dat sommige bewoners een erg vertekend beeld hebben van seks, op basis van pornografische video's en afbeeldingen. Ook met koppels wordt het onderwerp uitgebreid besproken, onder andere in verband met anticonceptie, toestemming geven en over praktische zaken:

y: De koppels ook hé, gaan we kijken van 'hoe zeg je nee tegen elkaar' en gewoon het uitgangspunt 'je moet met twee ja zeggen om verder te gaan'. Dat ga ik toch vaak uitleggen hoor. (VZ x)

y: Met het begeleiden van koppels of gewoon individueel, we gaan wel goed en zo slecht mogelijk uitleggen hoe het zou moeten en, en, en... Ik bied ook wel het

glijmiddel aan, want... ja, die medicatie ook, dat is allemaal niet zo bevorderend voor daar beneden. [...] (VZx)

Hoewel er veel mooie voorbeelden genoemd werden, vinden sommige professionals dat er soms te weinig of te laat wordt ingespeeld op de behoefte:

y: Ik denk dat als ze zelf aangeven wel, maar dat er niets, *allez*, aangereikt wordt van... Als de vraag gesteld wordt, gaat er wel op doorgegaan worden. Maar het omgekeerde gaat niet... Terwijl je soms misschien... (VZx)

y: Ja, dat denk ik soms ook zo. Diegene die er uitspringen, daar wordt iets mee gedaan. Maar je hebt er zo waar er nooit iets mee wordt gedaan. *Allez*, ik bedoel... die mogen, maar die blijken- precies asexueel zijn.

y: Maar dat is niet hé. (VZx)

Tenslotte wordt er in elke voorziening wel **genuanceerd**. Niet elke seksuele behoefte kan of moet bevredigd worden via seksuele dienstverlening en niet elke bewoner "moet aan de seks" (y, VZx). Sommige bewoners zijn er omwille van verschillende redenen niet toe in staat om seks te hebben, ook al willen ze wel. Dit gaat bijvoorbeeld over mensen met een ernstige lichamelijke en/of verstandelijke beperking of over mensen met een verleden van misbruik:

y: Ja, ik zei dat ook bij die dame van 'ze kan dat nooit meer leren, ze kan nooit...' Ja, ze zal haar altijd laten misbruiken, je kunt haar daar niet meer weerbaar voor maken, je moet dat echt bij haar begrenzen. (VZx)

In sommige gevallen houdt het recht op seksuele gezondheid dus in dat de seksuele activiteiten van een persoon begrensd moeten worden. Het is bovendien nooit de bedoeling om mensen te overtuigen van iets:

y: [...] We gaan er ook niet op duwen hé. We geven wel aan van 'we vinden dat dat uw recht is en als je daar over wilt praten, wij willen met u meezoeken', maar als er iemand zegt 'voor mij hoeft het niet' gaan we wel niet zeggen van 'hey, weet je niet hoe leuk dat is?' [lacht] (VZx)

Zoals eerder aangegeven weten veel bewoners bijvoorbeeld niet dat seksuele dienstverlening bestaat. Hierbij is er een belangrijk verschil tussen mensen informeren zodat ze zelf hun eigen keuzes kunnen maken en zaken opdringen:

y: Ja, we gaan inderdaad niet naar hen gaan en zeggen van 'weet je dat, jij kan eens naar een prostituee gaan hé?'

[gelach]

y: Maar sommigen zouden er wel eens serieus deugd van hebben. Ik blijf daarbij. Sommige hun hormonen zouden er toch deugd van hebben. En durven er misschien niet, of weten gewoon niet dat het bestaat, of dat het bestaat voor hen dan. (VZx)

De bovenstaande dialoog bevat heel wat spanningen, zo ook in sexual scripts. Respondent *y* geeft een stem aan twee dominante sexual scripts, nl. 'geen slapende honden wakker maken' en 'seksuele dienstverlening of prostitutie valt af te keuren'. Respondent *y* stelt deze scripts in vraag en meent dat seksuele dienstverlening kan bijdragen aan het welzijn van bepaalde bewoners.

Kortom stelt het derde advies dat er binnen voorzieningen ruimte moet worden voorzien voor een beleid dat proactief inspeelt op de wensen en behoeften van haar bewoners. Hierin ligt een belangrijke taak voor de professionals, namelijk alert zijn voor signalen van bewoners. Het proactieve kan ook structureel worden ingebouwd, bijvoorbeeld door het onderwerp sexualities expliciet te bevragen in de handelingsplanning of een formeel aanspreekpunt aan te duiden waarbij alle bewoners terecht kunnen met hun vragen. Een proactief beleid met proactieve professionals voorkomt niet enkel probleemgedrag maar kan bijdragen aan het algemeen welzijn van alle bewoners.

4. Evenwicht tussen persoonlijke grenzen en professionaliteit

Een laatste advies gaat dieper in op de discrepantie tussen sommige mesoscripts en hoe professionals omgaan met de sexualities van de bewoners. Er werd reeds beschreven hoe de sexual scripts in de voorzieningen worden doorgegeven aan professionals, waarna er soms verschuivingen ontstaan in de interpersoonlijke en intrapsychische scripts van de professionals zelf. De respondenten van de focusgroepgesprekken gaven echter aan dat dit niet voor alle professionals geldt. Sommige van hun collega's handelen niet volgens de scripts van de visietekst en bemoeilijken het voor bewoners om tot een positieve seksualiteitsbeleving te komen. In dit advies staat de spanning tussen de mesoscripts van de voorziening en de interpersoonlijke en intrapsychische scripts van sommige professionals centraal.

Voorzieningen zijn zich ervan bewust dat hun scripts niet altijd in lijn liggen met de dominante ideeën op samenlevingsniveau en dat deze kunnen botsen met sommige normen en waarden van professionals. De voorzieningen verwachten echter van de professionals dat ze hun **persoonlijke normen en waarden achteruitstellen** in functie van het welzijn van de bewoners. Dit komt onder andere aan bod in de visieteksten:

[Citaat visietekst.] (VZ_x)

[Citaat visietekst.] (VZ_x)

Ook de professionals zijn ervan overtuigd dat dit een belangrijk aspect is van het beroep en benadrukken dat professionals hun persoonlijke waarden en normen niet op bewoners mogen projecteren:

Ja, wat zijn de eigenschappen van een goede begeleider of van een begeleider die goed omgaat met die onderwerpen?

y: Ik denk dat je zelf uw waarden en – *allez*, hoe moet je dat zeggen – dat waar je het misschien zelf moeilijk mee hebt, dat je dat moet kunnen loslaten en je moet u kunnen indenken in die persoon. En ook al heb je zoiets van ‘ow, dat vind ik toch wel moeilijk’ of ‘dat wil ik toch wel niet’... Ja... (VZ_x)

y: [...] Maar ik vind dan wel dat je dat niet aan je bewoner mag doorspelen van ‘*allez*, wat wil jij nu?’ Geef dat dan inderdaad – zoals jij zegt – door, maar geef daar dan niet te veel je mening....

y: Ja, dat je het niet te veel in het negatief... (VZ_x)

Een concreet voorbeeld hiervan wordt gegeven door een woonbegeleidster in voorziening *x*, die beschrijft hoe een bewoner soms begint te masturberen wanneer hij gewassen wordt. In plaats van haar persoonlijke normen en de dominante macroscripts op hem te projecteren en hem te laten ophouden, laat ze hem alleen op bed liggen totdat hij haar terug oproept. Zo respecteert ze zijn behoeften en toont ze dat masturberen kan en mag.

Eerder werd beschreven hoe persoonlijke grenzen van sommige professionals na verloop van tijd worden verlegd. Het is echter niet de bedoeling dat professional systematisch over hun eigen grenzen gaan. In elke visietekst en in elk focusgroepgesprek wordt benadrukt dat de **persoonlijke grenzen van de professionals gerespecteerd** dienen te worden:

y: [...] Ik denk niet dat onze verwachting is dat iedereen moet over seksualiteit kunnen spreken. Maar die openheid moet er wel kunnen zijn. (VZ_x)

[Citaat visietekst.] (VT_x)

[Citaat visietekst.] (VT_x)

Dit laatste citaat kan geïnterpreteerd worden als het zoeken naar een **evenwicht** tussen persoonlijke grenzen en professionaliteit. Het is niet de bedoeling dat de kwaliteit van de ondersteuning achteruitgaat omwille van de grenzen van de professionals, evenmin is het de

bedoeling dat deze grenzen zomaar overschreden worden in functie van hun werk. Daarom is het belangrijk dat professionals hun persoonlijke grenzen voldoende bespreken:

y: [...] Maar gewoon aangeven van 'het lukt me niet', eerder dan op een manier omgaan met die persoon dat je zoiets hebt van 'dit is geen goede begeleider zijn'. Een goede begeleider zijn is weten wat je kunt en ook waar dat je grenzen liggen natuurlijk hé. (VZx)

Door deze grenzen bespreekbaar te maken wordt duidelijk wie er open staat om bepaalde taken te verrichten of bepaalde gesprekken aan te gaan. Soms gaat dit over praktische en kleine taken, zoals het klaarleggen van bepaalde hulpmiddelen of een bewoner wassen nadat hij of zij gemasturbeerd heeft. Een respondent beschrijft hoe de professionals die op dienst staan op een spontane manier afspreken wie wat ziet zitten:

y: Gelukkig hé. Ik denk dat dat vaak zo is, als mensen met twee op dienst zijn dat dat ooit wel gebeurt van 'ziet jij het zitten dat jij dat... iemand klaar helpt leggen, of...' En dat moet ook kunnen hé, onder collega's of onder professionals, dat je je grens kunt aangeven. (VZx)

Sommige professionals staan er dus meer open voor dan anderen. Er wordt niet verwacht dat elke professional elke hulpvraag omtrent seksualiteit opneemt, wat volgens de professionals positief is. Dit betekent echter niet dat professionals een bepaalde vraag of signaal van een bewoner zomaar mogen negeren. De voorzieningen stellen heel duidelijk dat professionals aan de slag dienen te gaan met ondersteuningsvragen, al is het via doorverwijzing. In de visieteksten kwam dit op deze manier aan bod:

[Citaat visietekst.] (VZx)

[Citaat visietekst.] (VZx)

Ook de professionals vinden het belangrijk dat, indien een professional een bepaalde hulpvraag zelf niet kan opnemen, deze vraag wordt doorgeschoven naar iemand anders:

2: Maar dan is het belangrijk, stel dat jij IB bent, en je bent van 'hoh, zo'n gesprek is echt niet voor mij en ik wil dat zeker niet organiseren, ik wil daar niet aan meewerken...' dan kan je wel zeggen van – *allez*, je mag ze ook niet in het niets laten staan – je moet dan kunnen zeggen van 'kijk, ik ga eens met iemand anders afspreken dat zij dat kunnen oppakken'. Hé, dat kan en dat mag wel. (VZx)

Er wordt dus van de professionals verwacht dat ze ofwel de hulpvraag van de bewoner zelf opnemen, ofwel doorverwijzen naar een professional die het in hun plaats kan bekijken. Jammer genoeg wordt dit niet altijd gedaan. Zoals beschreven in *een proactief beleid met proactieve professionals* vond een aantal respondenten dat sommige collega's niet voldoende aan de slag gaan met signalen. Dit geldt ook voor het opnemen van hulpvragen, wat volgens de professionals grote gevolgen kan hebben voor de bewoners:

y: Ik denk dat er dan heel snel de boodschap gegeven wordt van 'neen, dat kan niet of dat mag niet'. En het is dat als het een volgend uur een andere IB is, dat dat misschien wel wordt opgepakt. En aan de andere kant hebben ze dan wel een 'neen' gehad en dan hebben ze iets van 'neen, ik ga het nu niet nog eens vragen'. (VZx)

Tenslotte weten bewoners weten erg goed bij welke professionals ze terecht kunnen met hun vragen rond seksualiteit en wie er daar minder voor openstaat. Dit wordt gesuggereerd door de respondenten in de focusgroepgesprekken:

y: Ik denk dat bewoners daar ook goed in zijn. Bewoners zijn ook slim in aan wie ze het vragen en aan wie niet. Dat zij ons daar dan heel goed in kennen en heel goed weten van 'aan die ga ik het vragen, en aan die of die ga ik het niet vragen'. (VZx)

y: [...] En sommige [professionals] hebben daar wat meer schroom over om dat gewoon te bespreken met de cliënt. En cliënten weten ook dat dat zo een beetje... Ze komen ook naar mij. Voor u, bijvoorbeeld [bewoner] heeft een mentor maar ze zegt dan 'voor die dingen kom ik naar u hé', zegt ze dan. (VZx)

Verschillende bewoners erkennen dat ze met vragen rond seksualiteit niet zomaar bij elke professional gaan aankloppen. Eerder werd beschreven dat in elke voorziening de bewoners een IB hebben die iets dichterbij hen staat dan de andere begeleiders. Sommige bewoners nemen deze persoon in vertrouwen, andere bewoners zoeken iemand waarvan ze weten of denken dat hij of zij open staat voor het onderwerp. Voor de meeste bewoners is privacy hierin erg belangrijk:

Oké. Zijn er hier binnen [voorziening x] mensen waarvan je denkt 'die mogen echt niets weten over mijn seksuele en privéleven'.

Ja, eigenlijk wel. Met mensen weet je niet of ze gaan zwijgen. De mensen die ik in mijn hoofd heb, die ik het wel zou vragen, weet ik dat... Ze gaat dat misschien aan haar eerste collega gaan zeggen, maar niet verder. [...] (Bewoner z)

Uhu. Dus eigenlijk zeg je van 'in verband met mijn seksualiteit en intimiteit, daarbij laat ik de opvoeders en de bewoners zo veel mogelijk buiten en zij weten daar eigenlijk niets van, van mij'?

Ja, want wij weten het ook uiteraard niet van hen, waarom moeten zij het dan weten van ons? (Bewoner z)

Kortom moeten professionals hun eigen normen en waarden achteruitschuiven in functie van de bewoners. Hiervoor moeten ze echter niet over hun persoonlijke grenzen gaan. Volgens de mesoscripts in de visietekst moeten professionals altijd aan de slag gaan met hulpvragen in verband met seksualiteit: ofwel door dit zelf op te nemen, ofwel door het over te dragen aan een andere professional. Voor sommige professionals is het namelijk minder evident om dit onderwerp te bespreken. Het is belangrijk dat professionals hun eigen grenzen kennen en kunnen aangeven, zowel aan collega's als aan bewoners. Overigens zijn bewoners vrij selectief in welke professional ze aanspreken.

DEEL 4: DISCUSSIE EN CONCLUSIE

DISCUSSIE

RESULTATEN

De triangulatie van het perspectief van het beleid, van de professionals en van de bewoners binnen de drie good practices heeft erg rijke informatie opgeleverd. Door de sexual script theorie van Simon en Gagnon (1973) in te pluggen in de data is er iets nieuws ontstaan. Het is duidelijk dat, via het “reading-the-data-while-thinking-the-theory” (Jackson & Mazzei, 2013, p. 264), de data en de theorie elkaar hebben getransformeerd tot nieuwe kennis.

Sexual scripts zijn sociale en culturele richtlijnen die bepalen wat seksualiteit is en wat niet, welk gedrag al dan niet aanvaardbaar is en wie het recht heeft om seksueel te zijn en wie niet (Blockmans, 2020). Door de sexual script theorie in te pluggen in de data zijn er verschillende scripts blootgelegd die binnen voorzieningen bestaan. Deze mesoscripts worden onderscheiden van de scripts op het macroniveau van de samenleving. De toevoeging van dit subniveau toont hoe ook de data een invloed hebben gehad op de theorie. Mesoscripts kunnen worden opgevat als ingebouwde instructies die voorschrijven hoe men zich moet gedragen binnen voorzieningen. Bepaalde mesoscripts staan letterlijk neergeschreven in de visietekst van de voorziening terwijl andere scripts meer tussen de regels door functioneren. Sommige van deze mesoscripts lopen gelijk met de scripts die vorm krijgen op het niveau van de samenleving, andere niet. Een voorbeeld van een belangrijk mesoscript dat erg verschilt van de bestaande macroscripts is dat mensen met een beperking evenzeer seksuele behoeften hebben als mensen zonder beperking. Binnen de voorzieningen is dit een bijna vanzelfsprekend gegeven, terwijl uit de literatuurstudie blijkt dat dit op samenlevingsniveau helemaal niet zo is.

Tijdens de verwerking van de data zijn er vier mesoscripts zichtbaar geworden die mogelijk kunnen bijdragen aan een positieve seksualiteitsbeleving voor de bewoners. Niet elk script is even aanwezig in elke voorziening en niet alle professionals handelen volgens deze richtlijnen. Toch kunnen deze mesoscripts vertaald worden in vier manieren waarop voorzieningen en professionals een positieve seksualiteitsbeleving kunnen faciliteren voor hun bewoners.

Een eerste mesoscript dat de seksualiteitsbeleving van bewoners positief kan beïnvloeden gaat over het **normaliseren van seksuele dienstverlening**. Dit gaat over een open houding ten aanzien van seksuele dienstverlening, het informeren van bewoners over het bestaan en de mogelijkheden ervan en bewoners de nodige ondersteuning bieden wanneer ze beslissen

om er een beroep op te doen. De macroscripts omtrent seksuele dienstverlening en sekswerk in het algemeen zijn hoofdzakelijk negatief. Toch blijkt uit de literatuurstudie dat Aditi vzw steeds meer aanvragen krijgt voor seksuele dienstverlening (Grommen, 2020). Zo te zien slagen mensen er vaker in om de bestaande drempels naar seksuele dienstverlening te overwinnen. Hierin ligt een belangrijke opdracht voor voorzieningen en professionals, die bewoners kunnen helpen om de hindernissen te overwinnen. Professionals hebben onder andere de verantwoordelijkheid om de bewoners voldoende te informeren over het bestaan van seksuele dienstverlening. Daarnaast hebben sommige bewoners nood aan ondersteuning bij hun dienstverleningstraject. Door deze informatie en ondersteuning op een open, niet-veroordelende en natuurlijke wijze te geven, dragen professionals bij aan de seksuele gezondheid en het algemeen welzijn van de bewoners.

Dit mesoscript speelt in op verschillende Quality of Life-domeinen volgens Schalock & Verdugo (2002, in Van Loon). Het informeren van bewoners gaat bijvoorbeeld over het domein 'persoonlijke ontwikkeling' dat bij mensen met een beperking zo vaak onder druk staat. Bewoners geïnformeerde keuzes te laten maken bevordert vervolgens hun zelfdeterminatie (QoL-domein). Een klein budget (QoL-domein 'materieel welzijn') of een extern beheer van dit budget (QoL-domein 'zelfdeterminatie') zijn drempels die de stap naar seksuele dienstverlening moeilijker maken maar die flexibel kunnen worden omzeild. Tenslotte gaat dit mesoscript in op het domein 'rechten'. Dit domein is het uitgangspunt van het volledige onderzoek maar wordt binnen dit script geconcretiseerd in bepaalde juridische kwesties. Voorzieningen erkennen dat seksuele dienstverlening voor sommige bewoners de enige mogelijkheid is om hun recht op seksuele gezondheid uit te oefenen. Bepaalde wetten staan dit recht echter in de weg, bijvoorbeeld de wet omtrent pooierschap die stelt dat het verboden is om een kamer beschikbaar te stellen om de seksuele dienstverlening te laten doorgaan.

Kortom handelt het eerste advies over het normaliseren van seksuele dienstverlening als een manier om bewoners hun recht op seksuele gezondheid te garanderen en om bij te dragen aan hun seksueel en algemeen welzijn. Hoewel dit ingaat tegen bepaalde macroscripts tonen de bevroegde voorzieningen dat de samenwerking met seksuele dienstverleners een natuurlijk deel van de werking kan worden.

Een tweede manier waarop voorzieningen en professionals kunnen bijdragen aan een positieve seksualiteitsbeleving van de bewoners is door de **bewoner steeds boven het netwerk te stellen**. De afgelopen decennia krijgen ouders van mensen met een beperking steeds meer inspraak in de beslissingen die voorzieningen nemen over hun kind (Schuurman, 2003). Deze evolutie valt vast en zeker aan te moedigen, maar voorzieningen moeten – naast de stem van de ouders – ook de stem van de bewoner zelf voldoende bevragen en serieus nemen. Hoewel dit vanzelfsprekend lijkt, is dit niet altijd het geval. Zeker bij bewoners met een

verstandelijke beperking wordt er al te vaak gedacht dat het netwerk weet wat het beste is en worden beslissingen genomen zonder inbreng van de bewoner. Dit gaat niet enkel in tegen de emancipatie van de bewoners maar kan ook een nefaste invloed hebben op hun algemeen en seksueel welzijn. Niettegenstaande dat het netwerk meestal het beste wil voor de bewoner, beschrijven professionals dat er soms weerstand is vanuit het netwerk om aan de slag te gaan met het thema seksualiteit. Dit ligt in lijn met de literatuur (e.g. Saegerman, 2009). De bevroegde professionals vinden het niet nodig om elke vraag met betrekking tot sexualities te bespreken met het netwerk. Ze doen dit voornamelijk wanneer seksuele dienstverlening in beeld komt, onder andere omdat het netwerk soms het budget van de bewoner beheert. Professionals begrijpen dat het vooral voor ouders moeilijk kan zijn om te beseffen en te erkennen dat hun zoon of dochter een 'seksueel wezen' is, maar betreuren het dat ze soms geen mandaat krijgen om met het thema aan de slag te gaan. In de ideale situatie is het netwerk mee in het verhaal en krijgt de voorziening dit mandaat. Indien dit niet het geval is gaan sommige professionals risico's nemen in functie van het welzijn van de bewoner. Een voorbeeld hiervan is zonder toestemming van het netwerk alsnog een traject van seksuele dienstverlening opstarten, waarbij het risico op een vertrouwensbreuk bestaat. Mensen met een beperking zijn evenwel veel langer en sterker afhankelijk van belangrijke personen in hun leven dan anderen. Soms gaan bewoners hun eigen behoeften achteruitschuiven vanuit een loyaliteit naar hun ouders of vanuit een angst om het contact met het netwerk te verliezen. Dan kunnen bewoners hun hele leven lang onbevredigde behoeften hebben omwille van hun netwerk.

Het netwerk kan dus een druk leggen op het QoL-domein 'zelfdeterminatie', meestal vanuit goede bedoelingen maar mogelijks met grote gevolgen voor het welzijn van de bewoner. Ook het domein 'interpersoonlijke relaties' staat onder druk wanneer bewoners moeten kiezen tussen zichzelf of de relatie met hun netwerk. Tenslotte kunnen er spanningen bestaan tussen wat het netwerk wil en de seksuele rechten (QoL-domein) van bewoners. Voorzieningen moeten deze rechten prioritair stellen aan de wens van het netwerk en kunnen hierbij inzetten op de zelfdeterminatie (QoL-domein) en emancipatie van hun bewoners.

Kortom is het belangrijk dat voorzieningen steeds overwegen of het al dan niet nodig is om het netwerk te betrekken bij een bepaalde hulpvraag. In bepaalde situaties staan de scripts van de voorziening en van de bewoner namelijk loodrecht tegenover die van het netwerk. Dan is het belangrijk om te kijken wat de meeste voor- en nadelen inhoudt voor de bewoner. Bij die afweging moet er steeds rekening gehouden worden met de specifieke situatie van die specifieke bewoner.

Voorzieningen en professionals moeten ervan uitgaan dat elke bewoner de behoefte heeft om zijn of haar sexualities te beleven en dat er dus geen sprake is van 'slapende honden'. Dit

script is aanwezig binnen de drie voorzieningen en veel bevroegde professionals erkennen het, al wordt het niet automatisch omgezet in de praktijk. Er zijn verschillende redenen waarom bewoners geen concrete vragen stellen rond seksualiteit, maar het is zelden omdat ze er effectief geen behoefte aan hebben. Veel bewoners hebben de sexual scripts op samenlevingsniveau geïnternaliseerd en zijn ervan overtuigd dat seks niet voor hen is weggelegd. Hierin hebben de media en de ouders een groot aandeel aangezien zij bepaalde ideeën overdragen of stimuleren, maar voorzieningen en professionals kunnen hier veel in goedmaken. In plaats van het gesprek uit de weg te gaan – bijvoorbeeld omwille van handelingsverlegenheid (Aga & Enzlin, 2010; Blockmans et al., 2017; Saegerman, 2009) – hebben voorzieningen nood aan een **proactief beleid met proactieve professionals**. Dit derde script gaat over een open houding waarbij professionals enerzijds alert zijn voor signalen en anderzijds seksuele behoeften uitdrukkelijk gaan bevragen. Het staat tegenover een reactief beleid waarin er pas stappen worden ondernomen als reactie op bepaalde gedragingen van een bewoner, vaak gedrag dat als problematisch wordt ervaren door de professionals. Een proactief beleid kan structureel worden ingebouwd, bijvoorbeeld in de handelingsplanning, via contactmomenten met een IB of door een aanspreekpunt aan te stellen waar bewoners bij terecht kunnen met hun vragen over seksualiteit. Deze zaken mogen niet zomaar ‘aanwezig zijn’ of enkel gebruikt worden voor bewoners die expliciete vragen stellen, maar moeten op een actieve manier worden ingezet om het gesprek over seksualiteit aan te gaan met elke bewoner. Het is echter normaal dat er ook bij professionals schaamte bestaat om het onderwerp te bespreken. De bevroegde professionals beschrijven hoe ze soms een zekere moed moeten opbrengen om hun handelingsverlegenheid te overkomen in functie van het seksueel en algemeen welzijn van de bewoners. Vaak moeten professionals het gesprek *durven* aangaan opdat bewoners hun behoeften *durven* uiten.

Een proactief beleid kan opnieuw bijdragen aan de zelfdeterminatie (QoL-domein) van bewoners. Bewoners moeten eerst en vooral voldoende op de hoogte zijn van hun rechten en de mogelijkheden binnen de voorziening om zelf een geïnformeerde keuze te kunnen maken met betrekking tot hun seksualiteitsbeleving. Bewoners duidelijk maken dat ze net als iedereen recht hebben op seksuele gezondheid en op ondersteuning hierbij draagt bovendien bij aan de domeinen ‘rechten’ en ‘sociale participatie’. Sociale participatie gaat onder meer over de rol die bewoners krijgen opgelegd als asexuele personen die vooral nood hebben aan bescherming. Proactieve professionals gaan deze rol verwerpen en bewoners stimuleren om de bestaande scripts op macroniveau in vraag te stellen. Door het belang van de relatie en de interacties tussen professional en bewoner gaat dit advies ook over het QoL-domein ‘interpersoonlijke relaties’. Er moet sprake zijn van een zekere vertrouwensband tussen de professional en de bewoner opdat zowel professional als bewoner zich comfortabel genoeg voelt om dit thema te bespreken. Daarbij is het belangrijk dat professionals bekommerd zijn

om de privacy van de bewoners, zodat de bewoners het nodige vertrouwen hebben in de professionals.

Samengevat moeten voorzieningen en professionals ervan uitgaan dat elke bewoner een zekere behoefte heeft aan seksualiteit, ook al stelt hij of zij geen expliciete vraag. Om aan deze behoefte tegemoet te komen moeten voorzieningen en professionals proactief aan de slag gaan met het thema. Hierdoor waarborgen ze niet enkel het recht van de bewoners op seksuele gezondheid, maar kunnen ze bijdragen aan hun seksueel en algemeen welzijn.

Uit de onderzoeksresultaten en de literatuur blijkt dat sommige hulpverleners het moeilijk hebben om het thema seksualiteit te bespreken. Dit hangt onder meer af van hun kennis omtrent seksualiteit, hun normen en waarden en hun persoonlijke grenzen (Druart, 2018). Het vierde en laatste mesoscript schrijft voor dat professionals een evenwicht moeten zoeken tussen deze **persoonlijke grenzen en professionaliteit**. Professionaliteit gaat over het engagement dat hulpverleners aangaan om hun cliënten de ondersteuning te geven die ze nodig hebben zodat ze hun rechten kunnen uitoefenen. Net zoals hulpverleners het niet nalaten om bewoners te helpen bij het eten, mogen ze het niet nalaten om hen te ondersteunen in hun sexualities. Echter, omdat dit in beleving niet hetzelfde is kunnen professionals spanningen ervaren tussen hun persoonlijke grenzen en een professionele houding. De bevroegde professionals getuigen van collega's die het thema uit de weg gaan of bepaalde vragen van bewoners simpelweg niet opnemen. Hoewel de respondenten erkennen dat iedereen grenzen heeft en dat deze gerespecteerd dienen te worden, zijn ze van mening dat geen enkele hulpverlener bepaalde vragen of signalen zomaar mag negeren. Wanneer een professional geconfronteerd wordt met iets waar hij of zij geen antwoord op kan bieden moet het binnen voorzieningen mogelijk zijn om ondersteuningsvragen door te geven. In plaats van een vraag omtrent seksualiteit de kop in te drukken omdat het niet strookt met interpersoonlijke en intrapsychische scripts, moeten professionals bewoners toeleiden naar de geschikte ondersteuning. Het is dus niet de bedoeling dat persoonlijke grenzen van professionals overschreden worden, wel dat de professionals het welzijn van de bewoners boven hun eigen normen en waarden stellen. Een goede professional is zich bewust van zijn of haar persoonlijke grenzen en kan deze grenzen op een niet-veroordelende manier duidelijk maken aan bewoners en collega's. Daarvoor is er binnen voorzieningen en teams nood aan een open sfeer waarin professionals hun grenzen kunnen bespreken en indien nodig bepaalde hulpvragen omtrent seksualiteit kunnen doorgeven.

Dit mesoscript speelt wederom in op het QoL-domein 'zelfdeterminatie'. Mensen met een beperking gaan altijd in een zekere mate afhankelijk zijn van anderen, zeker wanneer ze in een voorziening wonen. Bewoners hebben bijvoorbeeld minder keuzevrijheid door de manier waarop hun hulpverleners naar seksualiteit kijken. Door een script te installeren dat stelt

hulpverleners bepaalde vragen vrij kunnen doorschuiven naar anderen, hebben bewoners een grotere kans om de ondersteuning te krijgen waar ze recht op hebben. Tenslotte speelt het QoL-domein 'rechten' een grote rol binnen dit script. Professionals en voorzieningen moeten inzien dat bewoners het recht hebben om ondersteuning te krijgen in hun seksualiteitsbeleving, net zoals ze het recht hebben op ondersteuning bij hun verzorging of tijdens maaltijden.

Kortom mogen professionals persoonlijke grenzen hebben en bespreken ze deze best op een open manier met collega's en bewoners. Hoewel het niet de bedoeling is dat bepaalde grenzen worden overschreden, moeten professionals hun eigen waarden en normen soms achteruitstellen in functie van het seksueel en algemeen welzijn van de bewoners. Als professionals signalen of hulpvragen opvangen moeten ze hiermee aan de slag gaan door zelf de nodige ondersteuning te bieden of door de vraag door te schuiven naar iemand anders.

Elk van de vier beschreven mesoscripts is onderhevig aan bepaalde spanningen. Net omwille van deze spanningen herbergen de scripts een belofte naar **transformatie**. Hoewel dit niet binnen de scope van dit onderzoek ligt, hebben mesoscripts in voorzieningen wellicht het potentieel om bestaande macroscripts te transformeren. Voorzieningen kunnen bijvoorbeeld druk uitoefenen op het gerechtelijke niveau om bepaalde wetten aan te passen zodat deze de weg naar seksuele dienstverlening vergemakkelijken in plaats van verhinderen. Maar ook door het onderwerp bespreekbaar te maken met bewoners en hun netwerk of door te pleiten voor het recht op seksuele gezondheid kunnen voorzieningen en professionals mogelijk verschuivingen veroorzaken in bestaande scripts. Transformaties in sexual scripts ontstaan namelijk niet vanzelf maar zijn het resultaat van een wederzijdse beïnvloeding van de verschillende niveaus (Laumann & Gagnon, 1995, in Masters et al., 2013).

Uit de documentanalyse blijkt dat de bestudeerde **visieteksten** bepaalde belangrijke waarden bevatten die in lijn liggen met de vier mesoscripts. Het gaat bijvoorbeeld over de aanname dat iedereen bepaalde seksuele behoeften kan hebben, het belang van het opvangen van signalen, een open en respectvolle houding ten aanzien van het onderwerp en het achteruitstellen van eigen waarden in functie van de bewoner. Kortom stimuleren de visieteksten een positieve seksualiteitsbeleving van de bewoners. Jammer genoeg worden de visieteksten niet noodzakelijk gevolgd door alle professionals. Er bestaan discrepanties tussen de mesoscripts in de visieteksten en de interpersoonlijke scripts van sommige professionals, waardoor bepaalde professionals de positieve seksualiteitsbeleving van bewoners verhinderen. Hoewel dit meestal niet opzettelijk gebeurt kan het een grote invloed hebben op het seksuele en algemene welzijn van bewoners. In dit onderzoek worden deze discrepanties blootgelegd maar niet verder onderzocht. Een interessante insteek voor vervolgonderzoek is hoe en waarom deze discrepanties tot stand komen. Op die manier kan er gezocht worden

naar manieren om ze weg te werken. Een hypothese is dat dit deels kan worden teruggebracht naar de manier waarop professionals geïntroduceerd worden in de werking van de voorziening. De resultaten tonen hoe mesoscripts worden doorgegeven aan nieuwe professionals, waarna de interpersoonlijke en intrapsychische scripts van deze professionals na verloop van tijd kunnen transformeren. Dat niet alle professionals handelen naar deze mesoscripts kan betekenen dat het proces van introduceren, doorgeven en transformeren anders moet worden aangepakt, bijvoorbeeld door de visieteksten meer te betrekken.

Tenslotte worden er vier opmerkingen geformuleerd die het volledige onderzoek aangaan en die niet kunnen ontbreken in deze discussie.

Ten eerste heeft de triangulatie van verschillende bronnen ervoor gezorgd dat dit onderzoek een waardevol en rijk beeld heeft kunnen scheppen van de bestaande sexual scripts in de bevraagde voorzieningen. Door de focusgroepgesprekken te laten voortbouwen op de visieteksten en in de dataverwerking het perspectief van de bewoners mee te nemen hebben de drie databronnen elkaar op een interactieve manier kunnen aanvullen. In de bespreking van de beperkingen van dit onderzoek wordt er echter een kanttekening geschetst bij het beperkte aandeel van het perspectief van de bewoners.

Ten tweede tonen de data dat deze voorzieningen, ondanks dat ze werden aangebracht als good practices, even goed in aanraking komen met problemen, onzekerheden en moeilijke situaties. Het is niet mogelijk om op elke vraag een passend antwoord te formuleren, noch om te garanderen dat elke bewoner zijn of haar sexualities beleeft zoals hij of zij dat zou willen. Wonen in een voorziening brengt bepaalde barrières met zich mee die zich situeren op verschillende levensdomeinen, zoals de QoL-domeinen ‘interpersoonlijke relaties’, ‘sociale inclusie’ en ‘rechten’ (Schalock & Verdugo, 2002, in Van Loon, 2009). Het domein ‘zelfdeterminatie’ speelt een grote rol bij elk van de vier beschreven scripts. In de literatuurstudie werden de QoL-domeinen voornamelijk gebruikt om barrières te beschrijven die een positieve seksualiteitsbeleving in de weg staan. De bevraagde professionals en bewoners tonen echter hoe deze barrières op een creatieve manier verlaagd kunnen worden. De data getuigen van een zekere moed, creativiteit en flexibiliteit, zowel van bewoners als van professionals, in het koppelen van sexualities aan (dis)abilities.

Ten derde is het duidelijk dat “the discourse of pleasure” (Tepper, 2000) in elke voorziening in zekere mate aanwezig is. De bevraagde voorzieningen vertrekken vanuit een rechtenkader en erkennen dat de bewoners het recht hebben op seksuele gezondheid. Sommige professionals gaan verder dan dat en zien seksueel genot als een integraal deel van het menselijk welzijn. Hoewel dit zich niet bij elke professional en elke bewoner uit in de praktijk, is dit een belangrijke fundering om aan de slag te gaan met sexualities.

Tenslotte pleit dit onderzoek voor een positieve seksualiteitsbeleving voor elke persoon met (dis)abilities en meer specifiek voor elke bewoner van een voorziening. Een positieve seksualiteitsbeleving betekent echter niet dat elke bewoner een assortiment seksspeeltjes moet krijgen of een traject van seksuele dienstverlening moet opstarten. Voor sommige bewoners houdt een positieve seksualiteitsbeleving zelfs in dat ze hierin moeten begrensd worden. Hoewel het in de onderzoeksresultaten grotendeels ging over het aspect van seksualiteit als dat wat het meest voor de hand ligt, zijn sexualities zo veel meer en tegelijk zo veel minder dan dat.

BEPERKINGEN

Er zijn bepaalde beperkingen aan dit onderzoek die zich situeren op het niveau van de selectie van respondenten. Deze beperkingen zijn onder andere een gevolg van de gevoeligheid van het onderwerp maar kunnen door een aantal zaken in rekening te brengen vermeden worden in vervolgonderzoek.

In een eerste stap werden de voorzieningen gevonden op basis van *criterion sampling* (Patton, 2002, in Glesne 2011), wat betekent dat de bevroegde voorzieningen volgens Miek Scheepers beantwoordden aan het vooraf opgegeven criterium van good practices. Zoals eerder aangehaald is deze selectie in wezen subjectief. Er is geen wetenschappelijke checklist om te zien wat een voorziening een good practice maakt op vlak van sexualities. Integendeel: good practices zijn altijd conditioneel en tijdelijk. Het was dus niet mogelijk noch de bedoeling om de good practice(s) te vinden. Vervolgonderzoek kan op zoek gaan naar andere voorbeelden van good practices of kan vanuit een andere insteek vertrekken en voorzieningen zoeken die nog in de knoop zitten met hun beleid rond sexualities en kijken of de redenen hiervoor aansluiten bij de resultaten van dit onderzoek.

Ten tweede is het onduidelijk hoe de professionals en bewoners werden geselecteerd door de contactpersonen. Voor de selectie van de professionals werd er aan elke contactpersoon gevraagd om vier tot vijf professionals te zoeken, vooral mensen die in een residentiële afdeling van de voorziening werken. Hierbij werd er vermeld dat het focusgroepgesprek ongeveer anderhalf uur zou duren en dat het zou gaan over hoe de professionals in aanraking komen met de seksualiteit van bewoners. Er werden verder geen richtlijnen gegeven over de manier waarop professionals of bewoners geselecteerd dienden te worden, bijvoorbeeld door een vooraf opgestelde mail naar alle werknemers te sturen. Hoe deze selectie gebeurde is dus onduidelijk. Waarschijnlijk is het een combinatie van *convenience sampling* en *snowball, chain of network sampling* (Patton, 2002, in Glesne 2011). Convenience sampling is een manier van steekproeftrekking waarbij de snelste en de gemakkelijkst beschikbare databron wordt geselecteerd. Bij network sampling wordt er via-via gezocht naar mensen die mogelijk

voldoen aan bepaalde onderzoeksinteresses. Het wordt snel duidelijk dat dit niet de meest betrouwbare selectiestrategieën zijn. Een belangrijk aandachtspunt bij deze soorten steekproeven is *confirmation bias*, waarbij de contactpersonen vooral op zoek gaan naar professionals die volgens hen aantrekkelijke data zullen opleveren. Een indicatie van deze *confirmation bias* is dat in elk focusgroepgesprek minstens een professional aanwezig was die de visietekst rond seksualiteit heeft helpen opstellen. Bovendien hebben weinig tot geen professionals zich negatief uitgelaten over de sexualities van bewoners. Dit onderzoek heeft dus geen professionals bevroegd die de mesoscripts niet geïnternaliseerd hebben of tegenwerken. Dat is niet zo eigenaardig, want zelfs indien er een algemene oproep wordt gedaan aan alle professionals binnen de voorziening zullen de professionals die niet open staan voor of geen interesse hebben in seksualiteit simpelweg niet reageren. Hoewel het dus een uitdaging zou zijn om deze mensen te bereiken, kan vervolgonderzoek duidelijkheid verschaffen omtrent bepaalde redenen voor dit tegenwerken.

Bij de selectie van de bewoners zijn dezelfde zaken van toepassing, met de bijkomende functie van de contactpersoon als gatekeeper die besliste welke bewoner al dan niet kon worden bevroegd. Bij de digitale interviews met de bewoners uit voorziening x en x was er trouwens steeds een professional aanwezig. Hoewel de kans bestaat dat de bewoners op bepaalde momenten sociaal-wenselijk hebben geantwoord, was de aanwezigheid van de professionals overwegend positief omwille van de mogelijkheid om bepaalde vragen en antwoorden te verduidelijken. Zo zou het gesprek met bewoner z uit voorziening x misschien vlotter verlopen zijn indien er iemand aanwezig was die hem kende en kon inspelen op de vragen.

Een andere beperking met betrekking tot de respondentengroep was een gevolg van de coronamaatregelen en gaat over het verschil in het aantal geïnterviewde bewoners tussen voorziening x en voorzieningen x en x . Het perspectief van de bewoners uit de laatste twee voorzieningen berust volledig op dat van bewoner z en bewoner z en is daarom minder representatief dan dat van voorziening x , waarvan vier bewoners aan het woord zijn gekomen.

Een laatste kanttekening – eerder dan een echte beperking – gaat over het aandeel van de gesprekken met de bewoners in de dataverwerking. Het perspectief van de bewoners heeft namelijk vooral gediend als een soort aanvulling van de professionals. Dit was niet op voorhand gepland maar is het resultaat van bepaalde methodologische beslissingen, zoals de volgorde van dataverzameling. De geïnterviewde bewoners hebben echter waardevolle informatie aangebracht waarvan bepaalde zaken hier en daar worden aangeraakt in de onderzoeksresultaten. Zaken die niet of slechts kort worden beschreven maar die een interessante invalshoek zijn voor vervolgonderzoek zijn het belang van privacy, relatiebeleving binnen de muren van een residentiële voorziening en de *on*-vanzelfsprekendheid van verzorging. Vanuit de *Nothing About Us Without Us*-beweging is een advies voor toekomstig

onderzoek om de bewoners zelf zo veel mogelijk te betrekken, reeds vanaf de eerste stap van het onderzoek.

IMPLICATIES

Hoewel dit onderzoek niet het eerste is dat gaat kijken naar seksualiteitsbeleving in Vlaamse residentiële voorzieningen, is het wel het eerste dat aan de hand van de sexual script theorie (Simon & Gagnon, 1973) op zoek gaat naar mogelijkheden in plaats van naar bestaande drempels. Het resultaat is vier adviezen voor voorzieningen, professionals en beleidswerkers. Voorzieningen die tot op de dag van vandaag worstelen met een beleid rond seksualiteit en het voornemen hebben om hier iets aan te veranderen, kunnen deze adviezen meenemen in de ontwikkeling van hun beleid. Aditi vzw en Sensoa kunnen een belangrijk rol spelen in het verspreiden van de adviezen op grote schaal.

Zowel uit de literatuur als uit de data blijkt dat professionals bij aanvang van hun carrière onvoldoende op de hoogte zijn van de alomtegenwoordigheid van sexualities in het werken met mensen met een beperking. Nochtans rust er een grote verantwoordelijkheid op deze professionals om de bewoners te ondersteunen in hun seksualiteitsbeleving. De vier adviezen, geformuleerd als mesoscripts, zijn concrete en onderbouwde handvaten die kunnen gebruikt worden in de opleiding en vorming van (toekomstige) professionals en iedereen die werkt met mensen met een beperking. Dat er meer nood is aan basisopleiding en expertisebevordering van (toekomstige) professionals werd reeds aangehaald in het Rapport van Goethals et al. (2018) en wordt ook in dit onderzoek voorgedragen.

Tenslotte kan dit onderzoek een aanzet zijn om op een hoger niveau bestaande sexual scripts te verschuiven naar scripts die dichterbij de realiteit liggen. Scripts veranderen onder invloed van elkaar, waardoor mesoscripts het potentieel hebben om bepaalde macroscripts aan te passen. Want naast ondersteunende mesoscripts, is er nood aan nieuwe scripts op samenlevingsniveau opdat mensen met een beperking en bewoners van voorzieningen hun recht op seksuele gezondheid volledig kunnen uitoefenen. Interessant vervolgonderzoek zou kunnen kijken op welke manieren voorzieningen en hun mesoscripts bepaalde macroscripts kunnen transformeren en hoe dit in het verleden reeds gebeurde.

VERVOLGONDERZOEK

Deze discussie besluit met een aantal adviezen aan en voorstellen voor vervolgonderzoek. Het thema krijgt steeds meer aandacht en wetenschappelijk onderzoek kan een belangrijk bijdrage bieden aan de algemene erkenning van het recht op een gezonde en plezierige seksualiteitsbeleving en aan de vertaling van dit recht in de praktijk. In het algemeen wil ik onderzoekers die met het thema aan de slag gaan op het hart drukken om altijd het perspectief van de personen zelf mee te nemen. Het thema gaat in eerste plaats over hen en moet dus

ook *met* hen worden besproken (*nothing about us without us!*). Hoewel ik dit erg belangrijk vind heb ik gemerkt dat het perspectief van de bewoners in dit onderzoek niet helemaal de plaats heeft gekregen dat het verdient. De bewoners hebben enorm interessante informatie en onderwerpen aangehaald die het waard zijn om verder te onderzoeken. Ik denk hierbij aan het belang van privacy en hoe dit zo vanzelfsprekend is maar toch zo vaak wordt geschonden; relatiebeleving binnen de muren van een residentiële voorziening en medebewoners en professionals als derde partij; en dat verzorging door zo veel verschillende handen een gewoonte wordt maar nog steeds een grote inbreuk kan zijn op iemands lichamelijkeheid.

Ten tweede is dit onderzoek vertrokken vanuit de social script theorie van Simon en Gagnon (1973) omdat het een interessante sociaal-constructivistische invalshoek biedt om de koppeling tussen sexualities en (dis)abilities te maken. Seksualiteit en intimiteit kan namelijk niet worden gereduceerd tot een puur biologisch gebeuren dat volledig afhankelijk is van de werking van het menselijke lichaam (Plummer, 2017; Simon & Gagnon, 2003). Integendeel: menselijke sexualities krijgen vorm en betekenis via het sociale. Hoewel het verleidelijk is om te focussen op bepaalde lichamelijke disfuncties die de seksualiteitsbeleving van mensen met een (lichamelijke) beperking in de weg staan, valt de invloed van deze disfuncties niet te vergelijken met de invloed van bepaalde normen en waarden, taboes en dominante ideeën in de samenleving.

Een derde hint naar vervolgonderzoek werd reeds aangehaald en gaat om de mogelijkheid van voorzieningen, professionals en bewoners om bepaalde scripts op niveau van de samenleving te verschuiven. Hoewel dit niet binnen de scope van dit onderzoek ligt, hebben mesoscripts in voorzieningen wellicht het potentieel om bestaande macroscripts te transformeren. Vervolgonderzoek kan bijvoorbeeld zoeken naar manieren waarop voorzieningen dit in het verleden reeds hebben gedaan.

In het deel rond *beperkingen* wordt beschreven hoe ik voor dit onderzoek enkel in gesprek ben gegaan met professionals die een positieve houding aannemen ten aanzien van de seksualiteit van hun bewoners. De respondenten beschrijven hoe sommige collega's er niet in slagen om diezelfde houding aan te nemen en op die manier bewoners verhinderen om hun sexualities te beleven. Hoewel het niet evident zou zijn om professionals te bereiken die weigerachtig zijn om aan de slag te gaan rond seksualiteit, kan vervolgonderzoek duidelijkheid verschaffen omtrent bepaalde redenen voor dit weigeren. Meer begrip voor hun standpunt kan een hefboom zijn om ook hen mee te nemen in het verhaal op manieren die voor hen wel aanvaardbaar zijn of binnen hun scripts passen. Een tweede mogelijke insteek om de weigerachtigheid van bepaalde professionals te onderzoeken is door te focussen op de manier waarop mesoscripts in de voorziening worden doorgegeven. De data tonen hoe mesoscripts worden doorgegeven aan nieuwe professionals, waarna de interpersoonlijke en intrapsychische scripts van deze professionals na verloop van tijd kunnen transformeren. Een

hypothese is dat het proces van introduceren, doorgeven en transformeren anders moet worden aangepakt opdat alle professionals mee zijn in de positie van de voorziening ten aanzien van sexualities.

Tenslotte wou ik in deze masterproef vertrekken vanuit het positieve en heb ik daarvoor gezocht naar voorzieningen die voorgesteld worden als good practices. Deze manier van werken heeft enorm veel interessante informatie opgeleverd. In een volgende stap kan er gezocht worden naar voorzieningen die momenteel nog worstelen met een positief beleid of voorzieningen waarin er helemaal geen sprake is van een beleid rond seksualiteit. Vervolgonderzoek kan blootleggen waarom dit zo moeilijk loopt en of de vier mesoscripts van dit onderzoek een mogelijke bijdrage kunnen leveren aan een positiever beleid.

CONCLUSIE

De laatste jaren is er een positieve evolutie in het denken over (dis)abilities en sexualities. Taboes worden doorbroken (Grommen, 2020), middelen worden vrijgemaakt (Taelman et al., 2017), beleidsdocumenten vertrekken vaker van een positieve invalshoek (e.g. Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 2017) en steeds meer mensen vinden de weg naar seksuele dienstverlening (Grommen, 2020). Toch zijn er te veel Vlaamse voorzieningen die worstelen met de seksualiteitsbeleving van hun bewoners. Deze masterproef onderzoekt de koppeling tussen sexualities en (dis)abilities in residentiële voorzieningen en zoekt via good practices naar antwoorden op deze vraag: “Op welke manieren kunnen residentiële voorzieningen de seksualiteitsbeleving van hun bewoners positief beïnvloeden?”

Door de sexual script theorie van Simon en Gagnon (1973) in te pluggen in de data zijn er vier concrete antwoorden gevonden die vorm krijgen via mesoscripts. Hoewel er verschillende – geschreven en ongeschreven – mesoscripts bestaan binnen voorzieningen, dragen deze vier specifiek bij aan een positieve koppeling tussen sexualities en (dis)abilities:

1. seksuele dienstverlening normaliseren en bewoners op een open en niet-veroordelende manier informeren over en ondersteunen in het dienstverleningstraject;
2. de bewoner altijd boven het netwerk stellen in de ondersteuning bij sexualities, rekening houdend met de individuele bewoner;
3. een proactief beleid voeren met proactieve professionals die signalen opvangen, seksuele behoeften actief bevragen en er op een gepaste wijze mee aan de slag gaan;
4. professionals die een evenwicht zoeken tussen hun persoonlijke grenzen en hun professionaliteit, waarbij ze het seksueel en algemeen welzijn van de bewoner boven hun eigen normen en waarden stellen.

De spanningen rond deze mesoscripts bevatten een belofte naar transformatie. Transformaties van bestaande sexual scripts zijn broodnodig opdat mensen met een beperking en bewoners van voorzieningen hun recht op seksuele gezondheid volledig kunnen uitoefenen. Hoewel er hoopgevende signalen zijn, getuigen te veel bewoners en professionals van situaties waarin de seksuele rechten van bewoners niet gegarandeerd worden. De samenleving, politici, voorzieningen en professionals moeten hun verantwoordelijkheid opnemen in dit rechtenverhaal. Ook mensen met een beperking kunnen hier een belangrijke bijdrage aan leveren. Steeds meer bewoners vinden namelijk de moed en creativiteit om hun sexualities te beleven zoals het hun recht is. Laat hun positieve verhalen en de gevonden mesoscripts ter inspiratie dienen.

REFERENTIES

- Aditi vzw. (z.d.). Seksualiteit en intimiteitszorg op maat – advies, informatie en ondersteuning voor mensen met een beperking en ouderen. Geraadpleegd op 11 mei 2019, van <http://aditivzw.be/nl/>
- Aga, N. & Enzlin, P. (2010). Seksualiteit bij volwassen personen met een verstandelijke handicap: een kwalitatief onderzoek naar de houding van begeleiders. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 34, 74-83. Geraadpleegd op 25 april 2019, van <https://biblio.ugent.be/publication/8558446/file/8558447.pdf>
- Agentschap Zorg & Gezondheid. (2015, 30 januari). Omzendbrief beleid inzake seksueel overschrijdend gedrag. Geraadpleegd op 20 april 2019, van <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Omzendbrief%20SGOG.pdf>
- Anderson, K. (2004). Targeting Recovery: Priorities of the Spinal Cord-Injured Population. *Journal of Neurotrauma*, 21(10), 1371-1383. doi:10.1089/neu.2004.21.1371
- Beckwith, A. & Yau, M. (2013). Sexual Recovery: Experiences of Women with Spinal Injury Reconstructing a Positive Sexual Identity. *Sexuality and Disability*, 31, 313-324. <https://doi.org/10.1007/s11195-013-9315-7>
- Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. (2017). Advies nr. 74 van 13 november 2017 betreffende seksuele bijstand voor personen met een beperking. Geraadpleegd op 20 april 2019, van https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/advies_74_seksuele_bijstand.pdf
- Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de algemene erkenningsvoorwaarden en kwaliteitszorg van voorzieningen voor opvang, behandeling en begeleiding van personen met een handicap.* (2011, 4 februari). Geraadpleegd op 27 april 2020, van <https://codex.vlaanderen.be/PrintDocument.ashx?id=1020146&datum=&geannoteerd=false&print=false>
- Blockmans, I. (2020). *Manoeuvres in the dark, re-creating (new) stories about sexuality and the body within/by women with a spinal cord injury* (Proefschrift). Doctor of Educational Sciences, Faculty of psychology and educational sciences, Ghent University, Gent en Doctor of Biomedical Sciences, Doctoral school biomedical sciences, KU Leuven, Gent.
- Blockmans, I., Van Hove, G., & Enzlin, P. (2017). "So I Made This Click Not to Look at a Guy that Way Ever Again": About Desexualisation, Disownment, and Rethinking the Possibilities of a Young Woman('s Body). *DiGeSt. Journal of Diversity and Gender Studies*, 4(2), 11-32. doi:10.11116/digest.4.2.1
- Bogdan, R., & Biklen, S. (2007). Foundations of Qualitative Research for Education. In G. Van Hove Ghent University (Red.), *Qualitative Research for Educational Sciences* (2^{de} herziene druk, pp. 1-54). Harlow: Pearson Education Limited.
- Bowen, G. (2009). Document Analysis as a Qualitative Research Method. *Qualitative Research Journal*, 9(2), 27-40. DOI: 10.3316/QRJ0902027
- Brown, T., & Fee, E. (2003). Alfred C. Kinsey: A Pioneer of Sex Research. *American Journal of Public Health*, 93, 896-897. doi: 10.2105/ajph.93.6.896

- Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J., & Neville, A. (2014). The Use of Triangulation in Qualitative Research. *Oncology Nursin Forum*, 41(5), 545-547. DOI: 10.1188/14.ONF.545-547
- Cocks, A. (2006). The Ethical Maze – Finding an inclusive path towards gaining children's agreement to research participation. *Childhood*, 13(2), 247-266. doi:10.1177/0907568206062942
- De Meyer, E. (2016). *Welk sociaal statuut voor de prostituees? Naar een legalisering van prostitutie in België* (Masterproef). Master in de rechten, Faculteit Rechtsgeleerdheid, Universiteit Gent, Gent.
- Depaepe, L. (2018). *Seksualiteit en fysieke beperking - omgang van de gezondheidszorg met het thema 'seksualiteit' bij personen met een dwarslaesie* (Masterproef). Psychologie en Educatiewetenschappen, Vrije Universiteit Brussel, Brussel.
- Druart, A. (2018). *Seksualiteit binnen woonzorgcentra - een kwalitatief onderzoek naar de beleving van het personeel* (Masterproef). Psychologie en Educatiewetenschappen, Vrije Universiteit Brussel, Brussel.
- Dune T., Mpofo E. (2019). Understanding Sexuality and Disability: Using Interpretive Hermeneutic Phenomenological Approaches. In Liamputtong P. (Red.), *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences (1953-1972)*. https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4_130
- Dune, T. (2013). Understanding Experiences of Sexuality with Cerebral Palsy through Sexual Script Theory. *Internactional Journal of Social Science Studies*, 1(1), 1-12. <https://doi.org/10.11114/ijsss.v1i1.6>
- Dyer, K., & das Nair, R. (2013). Why don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the United kingdom. *The journal of sexual medicine*, 10(11), 2658–2670. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02856.x>
- Enthoven, G. (Regisseur). (2011). *Hasta la vista* [Film]. België: KFD & Fobic Films.
- Fandom. (z.d). Marieke. Geraadpleegd op 16 mei 2020, van <https://nergensbeterdanthuis.fandom.com/nl/wiki/Marieke>
- Giami, A. (2016). Sexualité et handicaps: de la stérilisation eugénique à la reconnaissance des droits sexuels (1980—2016). *Sexologies*, 25, 93-99. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sexol.2016.05.007>
- Glesne, C. (2011). Prestudy Tasks: Doing What is Good for You. In G. Van Hove Ghent University (Red.), *Qualitative Research for Educational Sciences* (2^{de} herziene druk, pp. 55-90). Harlow: Pearson Education Limited.
- Goethals, T., Van Hove, G., & Vander Laenen, F. (2018). *Seksueel georiënteerd geweld bij vrouwen met een beperking in Vlaanderen* (Rapport). Geraadpleegd op 9 juni 2020, van http://aditivzw.be/l/library/download/urn:uuid:87d3a534-0fd5-434d-a5e5-1ca06b642715/rapportseksueelgeweldvrouwenhandicap.pdf?format=save_to_disk&ext=.pdf
- Good practices for urban refugees. (z.d.). What is a good practice?. Geraadpleegd op 8 april 2020, van <http://www.urbangoodpractices.org/pages/view/what-is-a-good-practice>

- Grommen, S. (2020, 19 januari). Vraag naar seksuele diensten voor mensen met beperking en ouderen stijgt: "Groeipotentieel is gigantisch". *Vrt NWS*. Geraadpleegd op 16 mei 2020, van <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2020/01/19/vraag-naar-seksuele-diensten-voor-mensen-met-beperking-en-oudere/>
- Hastings, S. (2012). Triangulation. In Salkind, N. (Red.), *Encyclopedia of Research Design* (pp. 1538-1540). <http://dx.doi.org/10.4135/9781412961288.n469>
- Howitt, D. (2010). Thematic Analysis. In G. Van Hove (Red.), *Qualitative Research for Educational Sciences* (second edition, pp. 233-256). Harlow: Pearson Education Limited.
- Hull, T. (2008). Sexual Pleasure and Wellbeing. *International Journal of Sexual Health*, 22(1), 133-145. <https://doi.org/10.1080/19317610802157234>
- Indiana University. (2020). *Learn our history*. Geraadpleegd op 30 mei 2020, van <https://kinseyinstitute.org/about/history/index.php>
- Jackson, A. Y. & Mazzei, L. A. (2012). *Thinking with Theory in Qualitative Research: viewing data across multiple perspectives*. Geraadpleegd op 3 mei 2020, van https://play.google.com/books/reader?id=blnFBQAAQBAJ&hl=nl&printsec=frontcover&source=gbs_atb_hover&pg=GBS.PT1
- Jackson, A. Y. & Mazzei, L. A. (2013). Plugging One Text Into Another: Thinking With Theory in Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*, 19(4), 261-271. DOI: 10.1177/1077800412471510
- Jackson, A. Y. & Mazzei, L. A. (2017). Thinking With Theory: a new analytic for qualitative inquiry. In SAGE publications (Red.), *Methods of Collecting and Analyzing Empirical Materials* (pp. 717-737). Geraadpleegd op 3 mei 2020, van https://www.researchgate.net/publication/319355347_Thinking_With_Theory_in_Qualitative_Research
- Johnston, L. (2015). Sexuality and Space. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition)*, 21, 808-812. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.72080-0>
- Kahonde, C., McKenzie, J., & Wilson, N. (2019). Discourse of needs versus discourse of rights: family caregivers responding to the sexuality of young South African adults with intellectual disability. *Culture, Health & Sexuality*, 21(3), 278-292. <https://doi.org/10.1080/13691058.2018.1465202>
- Kimmel, M. S. (2007). *The sexual self: the construction of sexual scripts*. Geraadpleegd op 5 mei 2020, van <https://books.google.be/books?id=WoZFsxnHKeEC&lpg=PA189&dq=laumann%20sexual%20scripts%201994%20chicago&hl=nl&pg=PA189#v=onepage&q=laumann%20sexual%20scripts%201994%20chicago&f=false>
- Masters, T., Casey, E., Wells, E., & Morrison, D. (2012). Sexual Scripts among Young Heterosexually Active Men and Women: Continuity and Change. *The Journal of Seks Research*, 50(5), 409-420. DOI: 10.1080/00224499.2012.661102
- Medina-Rico, M., López-Ramos, H., & Quiñonez, A. (2017). Sexuality in People with Intellectual Disability: Review of Literature. *Sexuality and Disability*, 36, 231-248. <https://doi.org/10.1007/s11195-017-9508-6>

- Miller, E., Chen, R., Glover-Graf, N., & Kranz, P. (2009). Willingness to Engage in Personal Relationships With Persons With Disabilities: Examining Category and Severity of Disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 52(4), 211-224.
<https://doi.org/10.1177/0034355209332719>
- Nayak, L. (2016). Sexual scripts of people labelled as “intellectually disabled”. *Sexologies*, 25(3), 43-46. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2016.05.003>
- Opdebeeck, S., Sykora, H., & Vermeire, L. (2008). *Studie inzake prevalentie, incidentie, melding en registratie van grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van personen met een handicap* (Onderzoeksrapport). Geraadpleegd op 20 april 2019, van https://www.vaph.be/sites/default/files/documents/studie-inzake-prevalentie-incidentie-melding-en-registratie-van-grensoverschrijdend-gedrag-ten/onderzoek_2008-03-xx_grensoverschrijdend-gedrag.pdf
- Parker, M. & Yau, M. (2011). Sexuality, Identity and Women with Spinal Cord Injury. *Sexuality and Disability*, 30, 15-27. doi:10.1007/s11195-011-9222-8
- Plummer, K. (2017). Foreword: Permanence and Change: *Sexual Conduct* Thirty Years On. In J. H. Gagnon & W. Simon (Reds.), *Sexual Conduct: the social sources of human sexuality*, second edition (pp. ix-xxii). Geraadpleegd op 2 mei 2020, van https://play.google.com/books/reader?id=fD4rDwAAQBAJ&hl=nl&printsec=frontcover&source=gbs_atb_hover&pg=GBS.PR21
- QinO Benelux BV. (z.d.). Kwaliteit van bestaan. Geraadpleegd op 7 april 2019, van <http://www.qol-instruments.nl/blog/kwaliteit-van-bestaan/>
- Reitz, A., Tobe, V., Knapp, P., & Schurch, R. (2004). Impact of spinal cord injury on sexual health and quality of life. *International Journal of Impotence Research*, 16, 167-174. doi:10.1038/sj.ijir.3901193
- Robert Wood Johnson Foundation. (2008). *Lincoln and Guba's Evaluative Criteria*. Geraadpleegd op 2 juni 2020, van <http://www.qualres.org/HomeLinc-3684.html>
- Saegerman, L. (2009). *Seksualiteit bij personen met een verstandelijke beperking - op zoek naar good practices in (semi-) residentiële voorzieningen* (Masterproef). Pedagogische wetenschappen optie orthopedagogiek, Faculteit psychologie en pedagogische wetenschappen, Universiteit Gent, Gent.
- Sakellariou, D. (2006). If not the Disability, then what? Barriers to Reclaiming Sexuality Following Spinal Cord Injury. *Sexuality and Disability*, 24, 101-111. doi:10.1007/s11195-006-9008-6
- Schalock, R., Verdugo, M., Keith, K., & Stancliffe, R. (2005). Quality of life and its measurement: important principles and guidelines. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 707-717. doi:10.1111/j.1365-2788.2005.00739.x
- Scherpereel, T. (2011). *De ingroei van beginnende onderwijsgevenden in het beroep* (Verhandeling). Pedagogische wetenschappen, faculteit psychologie en pedagogische wetenschappen, Katholieke Universiteit Leuven, Leuven.
- Schuurman, M.I.M. (2003). *Zelfbeschikking en eigen verantwoordelijkheid van mensen met een verstandelijke handicap*. Geraadpleegd op 12 juni 2020, van <https://www.ceg.nl/binaries/ceg/documenten/signalementen/2003/06/30/zelfbeschikkin>

[g-en-eigen-verantwoordelijkheid-van-mensen-met-een-verstandelijke-handicap/hfdst.5_zelfbeschikking_Schuurman.pdf](#).

Shakespeare, T. (1999). The sexual politics of disabled masculinity. *Sexuality and Disability*, 17, 53–64. <https://doi.org/10.1023/A:1021403829826>

Siebelink, E., de Jong, M., Taal, E., & Roelvink, L. (2006). Sexuality and people with intellectual disabilities: assessment of knowledge, attitudes, experiences, and needs. *Mental Retardation*, 44(4), 283-294. doi:10.1352/0047-6765(2006)44[283:SAPWID]2.0.CO;2

Simon, W. & Gagnon, J. H. (1986). Sexual Scripts: permanence and change. *Archives of Sexual Behavior*, 15, 97-120. <https://doi.org/10.1007/BF01542219>

Simon, W. & Gagnon, J. H. (2003). Sexual Scripts: origins, influences and changes. *Qualitative Sociology*, 26(4), 491-497. Geraadpleegd op 2 mei 2019, van <https://doi.org/10.1023/B:QUAS.0000005053.99846.e5>

Simon, W. & Gagnon, J. H. (2017). *Sexual Conduct: the social sources of human sexuality*, second edition. Geraadpleegd op 5 mei 2020, van <https://books.google.be/books?id=WiAxDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=sexual+conduct&hl=nl&sa=X&ved=0ahUKEwjSmKzV6JTpAhVBDuwKHQ3qB3MQ6AEIKDAA#v=onepage&q=scripts&f=false>

Taelman, M., Saeys, F., De Ro, J., & Talpe., E. (2017, 27 november). Conceptnota voor nieuwe regelgeving betreffende het faciliteren van de beleving van seksualiteit en intimiteit op maat van personen met een zorgbehoefte. Geraadpleegd op 20 april 2019, van <http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1374681>

Taelman, M., van der Vloet, T., Schryvers, K., Persyn, P., Coppé, G., & De Meulemeester, I. (2019, 1 februari). Voorstel van resolutie betreffende seksuele dienstverlening voor personen met een zorgbehoefte. Geraadpleegd op 20 april 2019, van <http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1475412>

Tepper, M. (2000). Sexuality and Disability: The Missing Discourse of Pleasure. *Sexuality and Disability*, 18(4), 283-290. <https://doi.org/10.1023/A:1005698311392>

Then, K., Rankin, J., & Ali, E. (2014). Focus group research: what is it and how can it be used? *Canadian journal of cardiovascular nursing*, 24(1), 16-22. Geraadpleegd op 11 juni 2019, van https://www.researchgate.net/publication/261065206_Focus_group_research_what_is_it_and_how_can_it_be_used

Toolbox Beleidsplanning voor jeugd- en volwassenenwerk. (z.d.). 2.1 *Het belang van je missie en visie*. Geraadpleegd op 22 april 2020, van <https://beleidsplanning.socius.be/2-1-het-belang-van-je-missie-visie/>

Van Loon, J. (2009). Een Persoonsgerichte Ondersteuningsmethodiek. Geraadpleegd op 7 april 2019 van <http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/kennispleindoc/showcases/Een%20Persoonsgerichte%20Ondersteuningsmethodiek1.doc>

VAPH. (z.d.). *Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap*. Geraadpleegd op 9 juni 2020, van <https://www.vaph.be/sites/default/files/documents/vn-conventie/vn-conventie.pdf>

- Verdonck, Q. (2016). *Exploring effects of sexual assistance: a "good practice" case study on sexual assistance for an individual with intellectual and physical disabilities* (Masterproef). Pedagogische wetenschappen optie orthopedagogiek, Universiteit Gent, Gent.
- Verlee, K. (2016). *Een kwalitatief onderzoek naar de bespreekbaarheid van vriendschappen, relatievorming en seksualiteitsbeleving bij personen met een verstandelijke beperking* (Masterproef). Pedagogische wetenschappen optie orthopedagogiek, Faculteit psychologie en pedagogische wetenschappen, Universiteit Gent, Gent.
- WHO Europese Afdeling en BZgA. (2010). Richtlijnen voor seksuele en relationele vorming in Europa: Raamwerk voor beleidmakers, onderwijs- en gezondheidsautoriteiten en deskundigen. Keulen. Geraadpleegd op 25 april 2019, van https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/WHO_BZgA_Standards_dutch.pdf

BIJLAGEN

BIJLAGE 1 – INTERVIEWLEIDRADEN FOCUSGROEPGESPREKKEN

1. Opener: Als jullie denken aan seksualiteit (los van de bewoners), wat komt spontaan in je op?
2. Hoe denken jullie over seksualiteit en intimiteit van de bewoners? Hoe gaan jullie daarmee om?
3. Wanneer werden jullie laatst geconfronteerd met de seksualiteit of behoeften van een bewoner? Hoe heb je toen gereageerd?
4. Als jullie met vragen, bezorgdheden zitten, wat zijn de stappen die jullie nemen?
5. Wie kent deze visietekst? Wie heeft hem gelezen, en waarom (niet)? Wat vond je ervan? Strookt de visietekst met jullie eigen visie?
6. Seksualiteit en intimiteit tijdens verzorging: hoe gaan jullie hiermee om?
7. Afronder: Wat zouden jullie wensen voor jullie bewoners op vlak van intimiteit en seksualiteit?

Voorziening x: extra bevroagde thema's

- a. Hygiëne: hoe denken jullie daarover?
- b. Voorwaardenscheppende hulp: hoe denken jullie daarover? Hoe ver ga je daarin? Hoe geven jullie je eigen grenzen aan?
- c. De visietekst gaat erg in op seksualiteit binnen een exclusieve relatie. Wat maakt volgens jullie zo'n exclusieve relatie? Wat is volgens jullie belangrijk in zo'n exclusieve relatie? Is er een verschil tussen een relatie tussen twee mensen zonder beperking, en tussen twee mensen met beperking? Wat is het verschil dan?

Voorziening x: extra bevroagde thema's

- a. Wat zijn concrete zaken die jullie toepassen om de bewoners hun seksualiteit en intimiteit zo optimaal mogelijk laten beleven?
- b. Op welke manier wordt het netwerk van de cliënt betrokken? Gebeurt dit altijd, of is dit in samenspraak met de cliënt?
- c. Wie heeft al allemaal samengewerkt met Aditi? Wat houdt deze samenwerking in? Hoe frequent gebeurt dat, en wat gebeurt er dan?

Voorziening x: extra bevraagde thema's

- a. Vorming: hoe vaak toegepast? Voor de bewoners? Hoe introduceren jullie nieuwe werknemers?
- b. "De basisvisie en de grondhouding van begeleiders blijft steeds dezelfde. De invulling kan variëren afhankelijk van de specifieke doelgroep."
- c. Wat is die basisvisie en grondhouding volgens jullie?
- d. Proactief vs. reactief beleid: uitleggen + voorbeelden geven.

BIJLAGE 2 – INFORMED CONSENT



VAKGROEP ORTHOPEDAGOGIEK

MASTERPROEF – SEKSUALITEIT IN
RESIDENTIËLE VOORZIENINGEN

INFORMED CONSENT

Ik, ondergetekende, verklaar hierbij dat ik, als participant aan een onderzoek aan de Vakgroep Orthopedagogiek van de Universiteit Gent,

- (1) de uitleg over de aard van de vragen en de taken die tijdens dit onderzoek zullen worden aangeboden, heb gekregen en dat mij de mogelijkheid werd geboden om bijkomende informatie te verkrijgen;
- (2) totaal uit vrije wil deelneem aan het wetenschappelijk onderzoek;
- (3) de toestemming geef aan de onderzoekers om mijn resultaten op vertrouwelijke wijze te bewaren, te verwerken en anoniem te rapporteren;
- (4) op de hoogte ben van de mogelijkheid om mijn deelname aan het onderzoek op ieder moment stop te zetten en dit zonder opgave van reden;
- (5) weet dat niet deelnemen of mijn deelname aan het onderzoek stopzetten op geen enkele manier negatieve gevolgen heeft voor mij;
- (6) weet dat ik op aanvraag een samenvatting van de onderzoeksbevindingen kan krijgen nadat de studie is afgerond en de resultaten bekend zijn;
- (7) geef toestemming dat mijn data gebruikt wordt voor verder analyse door andere onderzoekers na volledige anonimisering;
- (8) weet dat UGent de verantwoordelijke eenheid is m.b.t. persoonsgegevens verzameld tijdens het onderzoek. Ik weet dat de data protection officer me meer informatie kan verschaffen over de bescherming van mijn persoonlijke informatie. Contact: Hanne Elsen (privacy@ugent.be).

Gelezen en goedgekeurd op (datum),

Handtekening van de participant

Naam van de verantwoordelijke onderzoeker:

Jade Vanoverbeke – jade.vanoverbeke@live.be – 0470 54 87 29

BIJLAGE 3 – INTERVIEWLEIDRAAD BEWONERS

Focus: Op welke manier beïnvloedt de voorziening waarin je woont jou om je seksualiteit te beleven? Negatief en positief.

- Reflection-in-action: bewustzijn van mijn positie als onderzoeker, als interviewer
- Assent: Het vergt een constant bewustzijn van de reacties van de respondent, zowel verbaal als non-verbaal.
- Reflecterende en verdiepende vragen: “Je zei... Wat bedoelde je daarmee?” en “Hoe voel je je daarbij?”

Inleiding: elkaar leren kennen

Beginnen aan de hand van het voorwerp/foto/herinnering/liedje dat de bewoner mee nam.

- Wat heb je meegebracht?
- Waarom heb je het meegebracht? Wat betekent dit voor jou?

Als het voorwerp deze vragen niet heeft beantwoord, dan nog deze vragen:

- Hoe oud ben je?
- Hoelang woon je al in deze voorziening?
- Wat doe je zoal tijdens een week? Wat zijn je hobby's?
- Heb je nog contact met ouders, broers en zussen, andere familieleden? Hoe vaak?

Intimiteit en seksualiteit

- Heb je momenteel een relatie, of heb je al een relatie gehad?
 - o Wil je me vertellen over je (vroegere) relatie?
- Vind je het belangrijk om binnen je relatie seksualiteit te beleven?
 - o Vind je dat een relatie belangrijk is om je seksualiteit te kunnen beleven?
- Ben je intiem met iemand buiten je relatie?
- Hoe beleef je je seksualiteit?
- Ben je tevreden over de manier waarop je je seksualiteit beleeft?
 - o Ja: Hoe is dat zo gekomen? Wat is er moeten gebeuren zodat jij tevreden kon zijn?
 - o Neen: Waaraan ligt dat? Hoe komt het dat je nu nog niet tevreden bent?
- Zijn er dingen die je graag zou veranderen?

Voorziening

- Je zegt dat je al ... hier woont. Op welke manier beïnvloedt deze voorziening jouw manier van seksualiteitsbeleving?
- Heeft deze voorziening jou geholpen met jouw seksualiteit?
- Toen jij (al die tijd geleden) met een vraag zat over seksualiteit, met wie heb jij dan gesproken?
- Als jij nu iets zou willen veranderen aan jouw seksualiteitsbeleving, wat zou je dan doen? Iemand aanspreken, internet, netwerk...

- Verzorging: wie verzorgt jou? Wie helpt jou met aankleden, zet jou op het toilet, helpt jou met wassen...
 - o Kies je dat zelf?
 - o Ben je hier blij mee?
- Zijn er mensen die niets mogen weten over jouw seksualiteitsbeleving?
- Weten de mensen uit jouw netwerk iets over hoe jij je seksualiteit beleeft? Ouders, broers/zussen...

Seksuele dienstverlening

- Ken je Aditi vzw?
- Heb jij momenteel contacten met een seksuele dienstverlener?
- Ben je tevreden over hoe de seksuele dienstverlening verloopt?
- Weet je nog wanneer dat is begonnen?
 - o Hoe is dat begonnen? Wie heeft jou daarbij geholpen?
- Zou je iets veranderen aan hoe de seksuele dienstverlening loopt?

In het algemeen, ben je tevreden over jouw seksueel leven?

Moest je kunnen, wat zou je veranderen?

Afsluiting:

- Heb je ondertussen nog vragen over mijn onderzoek?
- Is het nog steeds oké voor jou dat de opname deel is van het onderzoek? (assent)
- Wat vond je van het interview? Heb je voorstellen voor mij om de volgende interviews nog beter te laten verlopen?
- Als je nog vragen hebt over seksualiteit van mensen met een beperking, kan ik je in contact brengen met Aditi vzw.
 - o 0488 / 870 677
 - o info@aditivzw.be
 - o <http://aditivzw.be/>
- Indien nodig: afspreken of er een tweede gesprek komt.

BIJLAGE 4 – VISIETEKSTEN

Om de anonimiteit van de voorzieningen te garanderen worden de geanalyseerde visieteksten niet opgenomen als bijlage.

BIJLAGE 5 – FOCUSGROEPGESPREKKEN EN SEMI-GESTRUCTUREERDE INTERVIEWS

Om de anonimiteit van de professionals en bewoners te garanderen worden de transcripties van de focusgroepgesprekken met de professionals en van de interviews met de bewoners niet opgenomen als bijlage.

BIJLAGE 6 – INFORMED CONSENTS

Om de anonimiteit van de professionals en bewoners te garanderen worden de informed consents niet opgenomen als bijlage.