

FACULTEIT RECHTSGELEERDHEID
DECANAAT
TIENSESTRAAT 41
3000 LEUVEN
Academiejaar 2020 - 2021



Naar een geïntegreerd seksualiteitsbeleid in de forensische
psychiatrie: de noden en behoeften van seksuele dienstverleners

Promotor: Prof. dr. INGE JEANDARME

Begeleider: LENA BOONS

Verhandeling, ingediend door LISA HUYGENS, bij
het eindexamen voor de graad van MASTER IN DE
CRIMINOLOGISCHE WETENSCHAPPEN

FACULTEIT RECHTSGELEERDHEID
DECANAAT
TIENSESTRAAT 41
3000 LEUVEN
Academiejaar 2020 - 2021



Naar een geïntegreerd seksualiteitsbeleid in de forensische
psychiatrie: de noden en behoeften van seksuele dienstverleners

Promotor: Prof. dr. INGE JEANDARME

Begeleider: LENA BOONS

Verhandeling, ingediend door LISA HUYGENS, bij
het eindexamen voor de graad van MASTER IN DE
CRIMINOLOGISCHE WETENSCHAPPEN

Samenvatting

Het onderwerp van voorliggend kwalitatief onderzoek betreft ‘de noden en behoeften van seksuele dienstverleners, binnen de forensische psychiatrie’. Wetenschappelijke literatuur omtrent het in kaart brengen van deze noden en behoeften blijkt gering. Omwille van deze lacunes alsook de verouderde wetgeving waarbinnen de seksuele dienstverleners opereren, beschrijft dit onderzoek de noden en behoeften op juridisch, contextueel en psychologisch vlak van deze dienstverleners. Aan dit onderzoek namen zeven seksuele dienstverleners deel die reeds ervaring hadden met forensisch psychiatrische patiënten. De nood aan een wettelijk kader werd door alle respondenten erkend. Tevens blijkt het opleggen van de seksuele dienstverlening als voorwaarde door de rechter zich in een grijze zone te bevinden. Ook worden duidelijke noden en behoeften aangehaald inzake de privacy, hygiëne en veiligheid. Daarenboven wordt aangegeven wat enerzijds nodig is binnen de ruimte opdat de dienstverlening op een gunstige manier zou verlopen. Anderzijds worden maatregelen aangewend opdat het taboe rond de seksuele dienstverlening binnen de forensische setting doorbroken zou kunnen worden. Tot slot wordt een duidelijke vorming over de forensisch psychiatrische patiënt sterk verzocht door de seksuele dienstverleners.

Dankwoord

Voordat ik aan deze masterproef begon, was het onderwerp inzake de seksuele dienstverlening nieuw voor mij. Al snel leerde ik Aditi vzw kennen, alsook waarvoor ze stonden. Mijn bewondering voor deze organisatie en hun medewerkers groeide sterk. Net omwille van deze reden wilde ik ervoor zorgen dat mijn masterproef ook voor hen een meerwaarde kon bieden. Terugkijkend ben ik dan ook heel blij dat ik dit onderwerp toegewezen heb gekregen en daarom zou ik graag nog enkele mensen willen bedanken.

Eerst wil ik graag mijn promotor prof. dr. Inge Jeandarme en mijn begeleidster Lena Boons bedanken. Niet alleen kon ik met elke vraag bij hen terecht, ook hielp de constructieve feedback me doorheen het jaar wanneer ik even in het duister tastte. Hun expertise zorgde ervoor dat ik nuttige tips kreeg om tot dit eindresultaat te komen. Verder wil ik Aditi vzw, en specifiek Miek Scheepers en Steven De Weirdt bedanken zonder wie deze thesis niet had kunnen plaatsvinden. Ook bedankt aan al de seksuele dienstverleners die ik heb mogen interviewen. Tot slot wil ik graag mijn naaste omgeving, waaronder mijn gezin en vrienden, bedanken voor het grondig nalezen van mijn thesis. Daarnaast kon ik ook altijd bij hen terecht voor de nodig steun. Specifiek wil ik nog graag mijn ouders bedanken voor de kansen die ik heb gekregen om dit waar te maken.

Na bijna een jaar, leg ik met dit schrijven de laatste hand aan mijn thesis en sluit ik mijn opleiding binnen de criminologische wetenschappen af.

Inhoudsopgave

Samenvatting	i
Dankwoord	ii
Lijst van afkortingen	v
Lijst van tabellen en figuren	vi
Lijst van bijlagen	vii
Inleiding	1
DEEL 1: Seksuele dienstverlening bij forensisch psychiatrische patiënten	2
Hoofdstuk 1. Seksualiteit	2
1.1. Seksualiteit als basisrecht	2
1.2. Sociaalwetenschappelijke definitie van seksualiteit.....	5
Hoofdstuk 2. Forensisch psychiatrische patiënten.....	7
2.1. Een eerste kennismaking met de forensisch psychiatrische patiënt	7
2.2. Forensische psychiatrie versus reguliere psychiatrie.....	9
2.3. Behandeling	10
2.4. Gebrek aan een geïntegreerd seksualiteitsbeleid	13
Hoofdstuk 3. Seksuele dienstverlening.....	17
3.1. Juridische definiëring: seksuele dienstverlening in strafbaar vaarwater?	17
3.2. Definiëring seksuele dienstverlening.....	20
3.3. Aditi vzw	21
DEEL 2: Probleemstelling en onderzoeksvragen	23
DEEL 3: Onderzoekdesign	28
1. Kwalitatieve grondvorm	28
2. Keuze van respondenten	29
3. Dataverzameling	31
4. Data-analyse.....	33
5. Kwaliteit van het onderzoek	35
6. Beperkingen van het onderzoek.....	35

DEEL 4: Onderzoeksresultaten	37
1. Noden en behoeften seksuele dienstverleners.....	37
1.1. Achtergrondkenmerken respondenten.....	37
1.2. Seksuele dienstverlening	38
1.3. Juridisch vlak.....	39
1.4. Contextueel vlak.....	44
1.5. Psychologisch vlak.....	48
1.6. Behoeften van de forensisch psychiatrische patiënt volgens de seksuele dienstverleners	55
DEEL 5: Discussie	56
1. Noden en behoeften seksuele dienstverleners.....	56
1.1. Juridische noden en behoeften.....	56
1.2. Contextuele noden en behoeften.....	57
1.3. Psychologische noden en behoeften.....	59
DEEL 6: Conclusie en aanbevelingen	62
Bibliografie	65
1. Wetgeving.....	65
2. Rechtspraak.....	65
3. Sociaalwetenschappelijke bronnen	66
4. Niet-wetenschappelijke bronnen.....	74
Bijlagen	75
Bijlage 1: Informatiebrief	75
Bijlage 2: Informed Consent.....	76
Bijlage 3: Interviewschema.....	78
Bijlage 4: Codeboom	85

Lijst van afkortingen

APA	American Psychiatric Association
COREQ	Consolidated criteria for Reporting Qualitative research
CRM	Customer Relationship Management
FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum
EHRM	Europees Hof voor de Rechten van de Mens
EVRM	Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GLM	Good Lives Model
Gw.	Grondwet
IPPF	International Planned Parenthood Federation
KBM	Kamer ter Bescherming van de Maatschappij
QoL	Quality of Life
RNR-Model	Risk-Need-Responsivity Model
SOA	Seksueel Overdraagbare Aandoening
SURB	Strafuitvoeringsrechtbank
Sw.	Strafwetboek
UVRM	Universele Verklaring van de Rechten van de Mens
WAS	World Association of Sexual Health
WHO	World Health Organization/Wereldgezondheidsorganisatie
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum

Lijst van tabellen en figuren

Tabel 1	Steekproefmatrix.....	37
Tabel 2	Plaats seksuele dienstverlening.....	45
Tabel 3	Benodigheden veiligheid.....	46

Lijst van bijlagen

Bijlage 1	Informatiebrief.....	75
Bijlage 2	Informed Consent	76
Bijlage 3	Interviewschema.....	78
Bijlage 4	Codeboom	85

Inleiding

“Wij kunnen een hulpmiddel zijn, wij kunnen bepaalde pillekes en zalfkes wegnemen”. Met dit citaat wordt de noodzaak van voorliggend onderzoek aangevangen. Ondanks het basisrecht op seksualiteit, heerst er een maatschappelijke afkeuring ten aanzien van de seksuele expressie bij forensisch psychiatrische patiënten (Tiwana, McDonald & Völlm, 2016, p. 10). Maar iedereen heeft behoefte aan intimiteit en seks, ongeacht de situatie waarin men verkeert (Aditi vzw, 2018). Wanneer met deze gedachten naar de literatuur wordt gekeken, is het niet verwonderlijk dat patiënten binnen de forensisch psychiatrische setting hun kwaliteit van leven het laagst beoordelen op het domein ‘seksualiteit’ (Schel, Bouman & Bulten, 2015). De seksuele dienstverlening zou hiervoor een oplossing kunnen bieden maar situeert zich omwille van de verouderde wetgeving in strafbaar vaarwater. Deze problematiek werd recent opnieuw onder de aandacht gebracht door de huidige minister van Justitie: ‘Van Quickenborne wil sekswerk decriminaliseren’ (kv, ttr, 01.04.2021). Hij vestigt hierbij de aandacht op de grijze zone waarin sekswerkers moeten opereren. Bovendien ontbreekt hier iedere vorm van een geïntegreerd seksualiteitsbeleid (Expertisecentrum Forensische psychiatrie, 2019, p. 63). Vervolgens is het belangrijk om in het licht van de totstandkoming van een toekomstig, geïntegreerd seksualiteitsbeleid, de seksuele dienstverleners te horen. De opzet van deze masterproef is om – in samenwerking met Aditi vzw – de noden en behoeften van de seksuele dienstverleners die werken met forensisch psychiatrische patiënten in kaart te brengen.

Na de inleiding volgt DEEL 1 inzake de literatuurstudie, waarbij wordt getracht een beeld te schetsen van de seksuele dienstverlening binnen de forensisch psychiatrische setting. Vervolgens komen in DEEL 2 de probleemstelling en de onderzoeksvraag aan bod. Het onderzoeksdesign wordt in DEEL 3 besproken, meer specifiek de kwalitatieve grondvorm, de keuze van respondenten, de wijze van data-verzameling, de data-analyse, de kwaliteit en de beperkingen van het onderzoek. DEEL 4 bevat de resultaten van deze masterscriptie, gevolgd door DEEL 5 met de discussie waarbij de belangrijkste bevindingen teruggekoppeld worden naar de wetenschappelijke literatuur. Als laatste worden de conclusies en enkele aanbevelingen beschreven in DEEL 6.

DEEL 1: Seksuele dienstverlening bij forensisch psychiatrische patiënten

Bij het schrijven van voorliggende literatuurstudie, werd gebruik gemaakt van volgende elektronische databanken: Limo, Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC), Jurisquare, Stradalex en Google Scholar. De gehanteerde trefwoorden zijn: seksuele dienstverlening/*sexual services*, forensisch psychiatrisch centrum, forensisch psychiatrische patiënten/*forensic psychiatric patients*, seksualiteit/*sexuality*, seksuele rechten/*sexual rights*, beleid seksualiteitsbeleving, *quality of life* et cetera. De gevonden artikels werden geselecteerd op basis van de titel, het jaartal, de taal, en na het lezen van het abstract. Enkel artikels in het Engels en het Nederlands werden geïncludeerd, en er werd getracht om voornamelijk die artikels te selecteren die niet ouder waren dan tien jaar. Bovendien is gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethode, waarbij gezocht werd naar referenties in de literatuurlijst van de reeds gevonden artikels.

Dit deel omvat het begrip ‘seksualiteit’ (hoofdstuk 1), een omschrijving van de forensisch psychiatrische patiënten (hoofdstuk 2) en een juridische en maatschappelijke definiëring van de seksuele dienstverlening (hoofdstuk 3).

Hoofdstuk 1. Seksualiteit

Binnen voorliggende thesis neemt het thema ‘seksualiteit’ een centrale plaats in, waardoor de definiëring van het begrip niet slechts op één wijze kan gebeuren. Hieronder wordt het begrip ‘seksualiteit’ op twee manieren gedefinieerd, waarbij als eerste de definiëring wordt gezocht in de wetgeving en ten tweede wordt gekeken naar de sociaalwetenschappelijke definitie.

1.1. Seksualiteit als basisrecht

De *International Planned Parenthood Federation* (IPPF, n.d., p. 1) definieert seksualiteit als: “a natural and precious aspect of life, an essential and fundamental part of our humanity.” Uit deze definitie blijkt dat seksualiteit een essentieel onderdeel uitmaakt van het menselijk leven.

Ook het Europees Parlement en de Raad betrekken in een richtlijn dit aspect van menselijkheid, waarbij ‘seksualiteit’ wordt gezien in het kader van een persoonlijke ontwikkeling, rekening houdend met de verschillende culturen en juridische tradities.¹ Daarnaast komt uit de jurisprudentie van de Rechtbank van eerste aanleg van Oost-Vlaanderen, afdeling Gent, naar voren dat seksualiteit beschouwd wordt als:

*... een van de meest intieme aspecten van het privéleven waardoor inmenging van de overheid slechts kan wanneer er daarvoor een wettelijke basis is en wanneer deze inmenging absoluut noodzakelijk is ter vrijwaring van de fysieke en mentale integriteit van de personen die betrokken zijn bij de seksuele handelingen.*²

Deze Rechtbank van eerste aanleg voegt hieraan toe dat het recht op privacy in de democratische en pluralistische rechtstaat nauw verbonden is met de idee dat alle mensen het recht hebben om het eigen leven en de eigen seksualiteit vorm te geven.³

Het IPPF (n.d., p. iv) verwijst bij de definiëring van ‘seksuele rechten’ in zijn ‘*Charter on Sexual and Reproductive Rights*’ naar het begrip ‘seksualiteit’: “Sexual rights are human rights related to sexuality”. Deze organisatie stelt voorop dat mensen de vrijheid hebben om zelf keuzes te maken over hun seksualiteit (IPPF, n.d.). Seksuele rechten verlenen aan individuen enerzijds het recht om zelf te beslissen over, of, met wie, hoe en wanneer de persoon in kwestie seks wil (Schaalma, Reinders & Kok, 2009, p. 217). Anderzijds waarborgen de seksuele rechten het recht op adequate informatie, voorzieningen en de zorg om dit te kunnen realiseren (Schaalma et al., 2009, p. 217). In zijn charter besteedt het IPPF extra aandacht aan de garantie van seksuele rechten voor kwetsbare groepen (IPPF, 2003, pp. 8-9). Het IPPF bevestigt dus dat de seksuele rechten mensenrechten zijn die gevormd worden door een reeks aan seksualiteit gerelateerde rechten die voortkomen uit onder andere het recht op vrijheid, gelijkheid, privacy, integriteit, autonomie en waardigheid van elke mens (IPPF, n.d., p. vi).

¹ Richtlijn 2011/92/EU van het Europees Parlement en de Raad van 13 december 2011 ter bestrijding van seksueel misbruik en seksuele uitbuiting van kinderen en kinderpornografie, en ter vervanging van Kaderbesluit 2004/68/JBZ van de Raad.

² Corr. Oost-Vlaanderen, afdeling Gent 21 december 2016, *Nullum Crimen* 2017/3, 292.

³ Corr. Oost-Vlaanderen, afdeling Gent 21 december 2016, *Nullum Crimen* 2017/3, 293.

De vernoemde rechten inzake vrijheid, gelijkheid en waardigheid vinden hun grondslag in onder andere artikel 1 en artikel 2 van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens (UVRM) van de Verenigde Naties.⁴ Daarnaast stelt de *World Association of Sexual Health* (WAS) dat seksuele rechten deel uitmaken van het universele recht op gezondheid (Kruijver, 2010, p. 209). Ook het IPPF (n.d., p. vii) veronderstelt dat het recht op gezondheid de toegang verleent tot seksuele gezondheidszorg voor diagnose, behandeling en preventie van seksuele problemen en stoornissen.

Binnen het Europees Verdrag inzake de Rechten van de Mens (EVRM), waarborgt artikel 8 het recht op eerbiediging van privé-, familie- en gezinsleven.⁵ Volgens het Europese Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) maakt het seksuele leven deel uit van iemands privéleven (Council of Europe, 2020, p. 38). Het Hof stelt dat het begrip privéleven bestaat uit zowel de fysieke als de morele integriteit van een persoon, inclusief zijn of haar seksueel leven (De Hert, 1998, pp. 62-63). Wanneer beroep wordt gedaan op het recht inzake de bescherming van het privéleven in artikel 8 EVRM, omvat dit tevens het recht op bescherming van het seksuele leven (De Hert, 1998, p. 106). Ook de Straatsburgse jurisprudentie stelt dat het privéleven zowel de fysieke als de morele integriteit van een persoon omvat, inclusief het seksuele leven.⁶

Wanneer artikel 8 EVRM samen wordt bekeken met het discriminatieverbod uit artikel 14 EVRM kan gesteld worden dat eenieder, zonder enig onderscheid op welke grond dan ook (inclusief forensisch psychiatrische patiënten), het genot van de vernoemde rechten en vrijheden in het EVRM verdient.⁷ Maar waar situeert de juridische bepaling hieromtrent zich binnen de Belgische wetgeving? Hierbij kan gekeken worden naar artikel 22 Gw. waar ieder recht heeft op eerbiediging van zijn of haar privé- en gezinsleven.

⁴ Art. 1-2 Universele Verklaring voor de Rechten van de Mens 10 december 1948, *BS* 31 maart 1949.

⁵ Art. 8 Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden 4 november 1950, *BS* 19 augustus 1955.

⁶ EUROPEAN COURT OF HUMAN RIGHTS, 26 maart 1985, nr. 8978/80, X and Y v. The Netherlands judgment, *Publ. Eur. Court HR*. Geraadpleegd op <https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22itemid%22:%5B%2201-57603%22%7D>

⁷ Art. 14 Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden 4 november 1950, *BS* 19 augustus 1955.

Dit artikel werd bewust geconstrueerd naar het model van artikel 8 EVRM (de Hert, 1998, p. 3). Daarnaast ondertekende België in 2007 het Verdrag van 13 december 2006 inzake de rechten van personen met een beperking.⁸ Het doel van dit Verdrag betreft de bevordering, bescherming en waarborging van het volledige genot van al de mensenrechten en de fundamentele vrijheden voor alle personen met een beperking, waardoor het elke vorm van discriminatie op basis van een handicap verbiedt (Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 2017, p. 6). Wanneer dit kader wordt gezien binnen het onderwerp van deze thesis, maakt seksualiteit deel uit van een mensenrecht dat ook voor forensisch psychiatrische patiënten zou moeten gelden.

1.2. Sociaalwetenschappelijke definitie van seksualiteit

Seksualiteit is een centraal concept binnen het menselijk leven. Dit blijkt in de eerste plaats uit de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO):

...a central aspect of being human throughout life encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, legal, historical, religious and spiritual factors. (WHO, 2006)

Bovenstaande definitie van seksualiteit beperkt zich niet tot de voortplanting of tot bepaalde leeftijdsgroepen, maar omvat ook verschillende seksuele oriëntaties (Federal Centre for Health Education, 2010, p. 17). Daarnaast maakt de definitie gebruik van de term ‘intimiteit’. Aditi vzw legt bij haar definiëring van seksuele dienstverlening eveneens de nadruk op intimiteit (Aditi vzw, 2020a). Erikson (1963, pp. 263-264) definieert intimiteit als “the capacity to commit (one)self to concrete affiliations and partnerships and to develop the ethical strength to abide by such commitments, even though they may call for significant sacrifices and compromises”.

⁸ Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap 13 december 2006, BS 22 juli 2009.

Een meer recente definitie van intimiteit wordt geformuleerd door de *American Psychiatric Association* (APA, 2020b): “an interpersonal state of extreme emotional closeness such that each party’s personal space can be entered by any of the other parties without causing discomfort to that person”. Volgens Heemelaar (2008, p. 38) ervaart men het vertrouwd dicht bij iemand zijn, al dan niet fysiek, als intimiteit. Hierbij is meer vertrouwen nodig dan voor seksueel contact (Heemelaar, 2008, p. 38). Desalniettemin dient seksualiteit onderscheiden te worden van intimiteit. Daar waar seksualiteit gericht is op onder andere geslachtsverschillen en lustbeleving van zichzelf of de ander, is er bij intimiteit sprake van het inruilen van angst voor wederzijds vertrouwen en warmte (Heemelaar, 2008, p. 42).

Binnen het onderwerp van deze thesis kan op basis van bovenstaande literatuur niet alleen het recht op seksualiteit maar ook de seksualiteit als deel van het menselijk leven van toepassing zijn bij forensisch psychiatrische patiënten. Of dit zo vanzelfsprekend wordt bevonden binnen de wetenschappelijke literatuur, wordt in volgend hoofdstuk behandeld.

Hoofdstuk 2. Forensisch psychiatrische patiënten

Binnen dit hoofdstuk staat de beschrijving en situering van de forensisch psychiatrische patiënt centraal. Dit wordt gekaderd binnen de forensische zorg, die het raakvlak vormt tussen recht en psychiatrie (De Rycke & Pauwelyn, 2015, p. 182). Hieronder volgt een definiëring van de forensisch psychiatrische patiënt volgens de wetenschappelijke literatuur. Daarenboven wordt de forensische psychiatrie vergeleken met de reguliere psychiatrie en wordt de behandeling van de forensisch psychiatrische patiënt toegelicht. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met het ontbreken van een geïntegreerd seksualiteitsbeleid.

2.1. Een eerste kennismaking met de forensisch psychiatrische patiënt

McInerny en Minne (2004, p. 43) definiëren forensisch psychiatrische patiënten als volgt: “Mentally disordered offenders have special problems: their offending places them apart from other psychiatric patients, but major mental disorder separates them from most offenders”. Een forensisch psychiatrische patiënt is dus een delinquent waarbij in veel gevallen door de rechter – gegrond op onderzoek door een psychiater en/of psycholoog – een verband is geconstateerd tussen enerzijds ‘een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens’ en anderzijds een gepleegd delict (Hornsveld, van Dam-Baggen, Lammers, Nijman & Kraaimaat, 2004, p. 134; Hornsveld, van Dam-Baggen, Leenaars & Jonkers, 2004, p. 22). De weg die wordt afgelegd door de forensisch psychiatrische patiënt binnen de forensisch geestelijke gezondheidszorg (GGZ), wordt bepaald door onder andere zijn/haar juridische status, de ernst van de psychische aandoening, de omgeving waarbinnen de aandoening behandeld kan worden alsook de beschikbaarheid van de ziekenhuisbedden (O’Donahoo & Simmonds, 2016, pp. 171-172). De forensisch psychiatrische zorg bevindt zich – als gevolg van de ambiguïteit met betrekking tot het zorgen voor patiënten en de toepassing van de wet – in een complex terrein van de zorg (Hörberg & Dahlberg, 2015, p. 2). Deze ambiguïteit vertaalt zich in het *dual role problem*. Hierbij wordt bijvoorbeeld een psychiater geconfronteerd met een dilemma tussen enerzijds de therapeutische relatie en anderzijds de belangen van derden (Robertson & Walter, 2008, pp. 229-232; Ward, Gannon & Fortune, 2015, pp. 46-47).

Deze tweestrijd van het *dual role problem* kan ook toegepast worden op de forensische psychiatrie waarbij aan de ene kant de behandeling van de geesteszieke patiënt staat en aan de andere kant de maatschappij, die beschermd moet worden tegen deze gevaarlijke persoon. Binnen deze masterthesis wordt de overkoepelende term van forensisch psychiatrische patiënt gehanteerd waarbij het specifieke statuut als minder relevant wordt geacht. De forensisch psychiatrische patiënten omvatten niet alleen gedetineerden maar ook onder andere geïnterneerden en beklaagden (Moens & Pauwelyn, 2012, p. 34). Het kan namelijk zo zijn dat gedetineerden ook nood hebben aan psychiatrische begeleiding (Moens & Pauwelyn, 2012, p. 6). Volgens artikel 2, 4° van de basiswet betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden, is een gedetineerde: “de persoon ten aanzien van wie de tenuitvoerlegging van een vrijheidsstraf of van een vrijheidsbenemende maatregel geheel of gedeeltelijk plaatsvindt in een gevangenis”.⁹

Wanneer gekeken wordt naar de populatie binnen de forensische psychiatrie, specifiek de geïnterneerden, wordt deze gekenmerkt door een heterogeen karakter. Deze heterogeniteit vertaalt zich in verschillen in termen van diagnose, criminaliteitsvormen en risicofactoren (Goorden & Oei, 2007, p. 17; Van der Veecken, Bogaerts & Lucieer, 2017, p. 1370). Ten tweede kan er sprake zijn van comorbiditeit, de cumulatie van meerdere psychiatrische diagnoses (Cosyns, 2015, p. 234; De Rycke & Pauwelyn, 2015, p. 186; Jeandarme, 2016, p. 35). In het onderzoek van Cosyns, D’Hont, Janssens, Maes en Verellen (2006, pp. 54-58) naar het in kaart brengen van de Belgische geïnterneerden, blijkt dat de twee meest voorkomende hoofddiagnoses de psychotische- en persoonlijkheidsstoornissen zijn. De hoge graad van comorbiditeit kan terug gevonden worden bij 76% van de geïnterneerden in België, daar meerdere psychiatrische diagnoses werden vastgesteld (Cosyns et al., 2006, p. 54). De Vuysere (2004, p. 65) vult deze diagnostiek aan door naast de vernoemde stoornissen, de geïnterneerdenpopulatie aan te vullen met de intellectuele deficiënties. Ook De Smet, Vandeveldde en Ting To (2013, p. 95) stellen dat de personen met een verstandelijke beperking een niet te vergeten subgroep vormen binnen de forensische zorg.

⁹ Art. 2, 4° Basiswet 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden, *BS* 1 februari 2005.

Volgens onderzoek van Maes, Goethals en Verlinden (2009, p. 17) naar het profiel van de geïnterneerden met een verstandelijke beperking in Vlaanderen, gaat dit over één vijfde van de geïnterneerden. Bovendien mag de seksuele problematiek, die voorkomt bij ongeveer 19.5% van de opgesloten geïnterneerden in België, niet vergeten worden (Van Der Auwera, Dheedene & Seynnaeve, 2015, p. 125). Maes et al., (2009, p. 50) stellen dat de mogelijkheden op het vlak van seksualiteit bij de geïnterneerden afhankelijk is van de voorwaarden van de Kamer ter Bescherming van de Maatschappij (KBM). Voor geïnterneerden met een seksuele problematiek vraagt het thema seksualiteit bijzondere aandacht (Maes et al., 2009, p. 50).

2.2. Forensische psychiatrie versus reguliere psychiatrie

Voorts is het belangrijk de forensische psychiatrie te onderscheiden van de algemene psychiatrie. In de eerste plaats is er een verschil in finaliteit. De forensische psychiatrie is gericht op het voorkomen van recidive in nieuwe delicten, terwijl bij de reguliere psychiatrie de focus ligt op het vermijden van herval in psychiatrische pathologie (Jeandarme, 2016, p. 37). Ten tweede is de forensische psychiatrische zorg gericht op de criminogene factoren gerelateerd aan een verhoogd (gewelds)risico, terwijl de psychiatrische zorg zich toespitst op de behandeling van het psychiatrische ziektebeeld (Jeandarme, 2016, p. 37). Criminogene factoren of risicofactoren zijn de factoren die samenhangen met een verhoogd recidiverisico (Jeandarme, 2016, p. 32). Ten derde wordt de behandeling van de forensische patiënt aangepast aan het risiconiveau (Jeandarme, 2016, pp. 34). De forensische patiënten hebben nood aan een hoge mate van beveiliging op verschillende gebieden zoals materiële beveiliging (de beveiliging van een gebouw: zware omheining, beveiligde deuren, camera's et cetera), procedurele beveiliging (zoals een uitgebreid intern huishoudelijk reglement) en tevens relationele beveiliging (vroegsignalisering door een goede (vertrouwens)relatie tussen de geïnterneerde en de hulpverleners) (Jeandarme, Van Heesch, De Boel, Dekkers, Goktas & Verbeke, 2020, p. 451; Ting To, De Smet, Boers & Vandeveld, 2013, p. 50). Ten vierde verwacht de reguliere psychiatrie als noodzakelijke voorwaarde tot behandeling (een begin van) motivatie voor verandering (Jeandarme, 2016, p. 37).

In tegenstelling tot de reguliere psychiatrie, voorziet de forensische psychiatrie geen of beperkte motivatie als een responsiviteitsfactor (datgene waar rekening mee gehouden moet worden). Het vormt met andere woorden geen reden tot exclusie (Jeandarme, 2016, p. 37). Ten slotte is de forensische psychiatrie omwille van het hogere beveiligingsniveau beter uitgerust om geagiteerde, agressieve patiënten op te vangen, waarbij rekening wordt gehouden met de slachtoffers. De reguliere psychiatrie daarentegen focust zich in de eerste en voornaamste plaats op de patiënten (Jeandarme, 2016, p. 37). Desalniettemin wordt dit onderscheid in de praktijk vaak niet gemaakt door politie en justitie (Jeandarme, 2016, p. 37).

2.3. Behandeling

De behandeling van forensisch psychiatrische patiënten focust zich op het risicomanagement, waarbij de reductie van het recidiverisico centraal komt te staan (FPC, 2020; Jeandarme et al., 2020, p. 453). In de literatuur wordt vaak verwezen naar volgende twee modellen: *Risk-Need-Responsivity* (RNR) Model en *Good Lives Model* (GLM) (Heimans, 2015, p. 162; Jeandarme et al., 2020, p. 453).

Het **RNR-Model** werd ontwikkeld door Andrews en Bonta (Andrews, Bonta & Wormith, 2011, p. 735). Volgens dit model dient de intensiteit van de behandeling in evenredigheid te staan met het risico op herval (Andrews et al., 2011, pp. 735-736; Jeandarme et al., 2020, p. 453; Ting To et al., 2013, pp. 54-55). Een effectieve behandeling bestaat uit drie principes: het risicoprincipe, het behoefteprincipe en het responsiviteitsprincipe. Het **risicoprincipe** kenmerkt zich door twee aspecten, waarbij het eerste aspect stelt dat crimineel gedrag voorspeld kan worden (Andrews & Bonta, 2010, p. 47). Het tweede aspect behandelt de idee dat de behandelingsniveaus afgestemd moeten worden op het risiconiveau van de dader (Andrews & Bonta, 2010, pp. 47-48). Volgens het risicoprincipe moeten patiënten met een hoog risico een intensievere behandeling krijgen dan patiënten met een laag risico (Andrews et al., 2011, p. 735; Ward & Stewart, 2003, p. 354). Wanneer het ingeschatte risico op recidive toeneemt, zal de intensiteit en frequentie van behandeling worden opgeschaald (Van Horn, Eisenberg & Uzieblo, 2016, pp. 583-584).

Patiënten met een laag risico zullen eerder genieten van routinematig toezicht dan een gespecialiseerde behandeling (Andrews & Bonta, 2010, p. 20; Yates, 2013, p. 98). Daarenboven blijkt uit onderzoek dat recidive kan toenemen als het risico op recidive en de behandelintensiteit niet op elkaar zijn afgestemd (Van Horn et al., 2016, p. 584; Yates, 2013, p. 98). Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer voor daders met een laag risico op recidive een behandeling wordt voorzien met een grotere mate van intensiteit dan nodig (Van Horn et al., 2016, p. 584; Yates, 2013, p. 98).

Bij het **behoefteprincipe** moet de behandeling gericht zijn op de criminogene noden (Andrews et al., 2011, p. 735; Ward & Stewart, 2003, p. 354). Criminogene noden worden geïdentificeerd als variabelen die gerelateerd zijn aan het criminele gedrag, deze worden ook wel dynamische risicofactoren genoemd (Andrews & Bonta, 2007, p. 5; Ward & Stewart, 2003, p. 354). Zo zullen daders met een hoger risico, meer criminogene noden hebben en dus een breder scala aan diensten vereisen (Andrews & Bonta, 2010, p. 26). Deze noden kunnen in kaart gebracht worden met behulp van risicotaxatie-instrumenten die onlosmakelijk verbonden zijn met het RNR-model (Van Horn et al., 2016, p. 584).

Tot slot stelt het **responsiviteitsprincipe** dat de behandeling afgestemd moet zijn op de mogelijkheden van de patiënt zoals onder andere de motivatie, de intellectuele capaciteiten en de leerstijl (Andrews et al., 2011, p. 735; Van Horn et al., 2016, p. 584). Volgens Andrews en Bonta (2007, p. 7) kan de behandeling worden versterkt indien de interventie rekening houdt met de persoonlijke factoren die het leren vergemakkelijken.

Het tweede model, **GLM**, werd ontwikkeld door Tony Ward en collega's als reactie op het RNR-Model (Noom & van den Berg, 2019, p. 23). Het GLM focust zich intrinsiek op belonende behoeften die betekenis kunnen geven aan het leven (Noom & van den Berg, 2019, p. 23). De nadruk wordt gelegd op het bevorderen van het algemeen welbevinden van de persoon in kwestie door tegemoet te komen aan de primaire levensbehoeften (Ward & Stewart, 2003, pp. 356-357). Als uitgangspunt wordt gesteld dat het realiseren van een positief of goed leven, de kans op recidive doet afnemen (Noom & van den Berg, 2019, p. 23).

Hierbij worden de criminogene behoeften geconceptualiseerd als enerzijds interne en anderzijds externe belemmeringen voor het goede leven (Ward, Yates & Willis, 2012, p. 97). Volgens het GLM zouden mensen streven naar *primary goods* (Ward et al., 2012, p. 97). Deze *primary goods* weerspiegelen de waarden en levensprioriteiten van een individu, bijvoorbeeld een gezond leven, vriendschap, innerlijke rust et cetera (Ward et al., 2012, p. 97). Ward en Brown (2015, p. 247) stellen dat seksuele bevrediging aanzien kan worden als een *primary good*. Bovendien zijn er gelijkenissen met de operationalisering van 'Quality of Life' (*QoL*) (Ting To et al., 2013, p. 60). De *QoL* is een verwijzing naar het individuele gevoel van welzijn en tevredenheid omtrent de huidige levensomstandigheden (Bouman, Van Nieuwenhuizen, Schene & De Ruiter, 2008, pp. 279-280). Het concept *QoL* laat toe om de context van het menselijk functioneren en het potentieel van een individu om zich te ontwikkelen, te begrijpen (Claes, Van Hove, Vandevelde, Van Loon & Schalock, 2011, p. 96). De invulling van het model kan verschillen naargelang het domein waarin deze toegepast wordt (Schalock, Kenneth, Verdugo & Gómez, 2011, p. 17; Vorstenbosch, Bouman, Braun & Bulten, 2010, p. 870). Zo onderscheiden Schalock et al., (2011, p. 19) volgende acht domeinen: persoonlijke ontwikkeling, zelfbeschikking, interpersoonlijke relaties, sociale inclusie, rechten en emotioneel, fysiek en materieel welzijn (Claes et al., 2011, pp. 96-97).

De instrumentele of *secondary goods* bieden op hun beurt concrete middelen aan om de *primary goods* te beveiligen en te bereiken (Ting To et al., 2013, p. 60; Ward et al., 2012, p. 97). Binnen het kader van voorliggend onderzoek zou de seksuele dienstverlening als *secondary good* een manier zijn om de seksualiteit als *primary good* te bereiken. De aanhangers van het GLM stellen dat de verbetering van de kwaliteit van iemands leven een positieve invloed kan uitoefenen op de criminogene behoeften, met als gevolg een daling van de kans op recidive op langere termijn (Ting To et al., 2013, p. 59). Seksualiteit kan deel uitmaken bij iemands beoordeling van de *QoL* (Vorstenbosch et al., 2010, p. 877; Vorstenbosch & Escuder-Romeva, 2019, p. 147; WHOQOL Group, 1998, pp. 553-554).

Doordat de behandeling gericht zou zijn op *QoL* – en dus ook op de seksualiteit – kan de interesse in de behandeling toenemen (Vorstenbosch & Escuder-Romeva, 2019, pp. 141-142). Afgeleid uit de literatuur zou een verbetering inzake de seksualiteit, kaderend binnen het GLM, kunnen leiden tot een reductie van recidive.

2.4. Gebrek aan een geïntegreerd seksualiteitsbeleid

Ondanks het belang van seksualiteit en het recht op seksualiteit, stelt de wetenschappelijke literatuur dat forensisch psychiatrische centra niet over een seksualiteitsbeleid beschikken (Dein, Williams, Volkonskaia, Wernli, Kanyeredzi, Reavey & Leavey, 2016, p. 15; Di Lorito, Tore, Kaufmann, Needham & Völlm, 2020, pp. 222-223). Het belang van een seksualiteitsbeleid wordt teruggevonden in het Referentiekader van het Agentschap Zorg & Gezondheid. In 2018 werd een referentiekader opgesteld inzake de forensische geestelijke gezondheidszorg waarin kwaliteitseisen aangeboden worden voor de volgende jaren (Agentschap Zorg & Gezondheid, 2018, p. 2). Het Referentiekader stelt dat een wettelijk initiatief omtrent de interne rechtspositieregeling met onder andere een beleid inzake de seksualiteitsbeleving – specifiek binnen de forensische setting – bewerkstelligd moet worden (Agentschap Zorg & Gezondheid, 2018, p. 9). De invulling hiervan ontbreekt echter nog. Het beschikken over een beleid met betrekking tot de seksualiteitsbeleving wordt als essentieel beschouwd (Agentschap Zorg & Gezondheid, 2018, p. 10).

2.4.1. Seksualiteitsbeleid in de Europese forensische centra

Tiwana et al. (2016) hebben in hun onderzoek forensische experts geïnterviewd die een bijzondere interesse hebben in de langdurige forensisch psychiatrische zorg. Iedere expert vertegenwoordigt één van de veertien lidstaten van de Europese Unie (waaronder België) (Tiwana et al., 2016, p. 2). Hierbij is het niet duidelijk welke experts en welke instellingen binnen België werden bevraagd, waardoor dit een beperking vormt van het onderzoek. Volgens Tiwana et al., (2016, p. 1) krijgt het beheer van de seksuele expressie bij (langdurige) forensische patiënten onvoldoende aandacht (Bartlett, Mantovani, Cratsley, Dillon & Eastman, 2010, p. 156). Binnen deze studie wordt ‘seksuele expressie’ beschouwd als een belangrijk onderdeel van het mens zijn en van het menselijk leven (Tiwana et al., 2016, p. 7).

Uit het onderzoek kwam naar voren dat geen enkel van de veertien lidstaten over een nationaal beleid beschikt inzake de seksuele expressie bij forensische patiënten (Tiwana et al., 2016, p. 3). De afwezigheid van een seksualiteitsbeleid kan enerzijds verklaard worden door onvoldoende middelen en personeel, een gebrek aan privéruimte en de aanname dat forensische patiënten geen seksuele vrijheid verdienen (Tiwana et al., 2016, p. 2). Anderzijds kan de invloed van angst voor de risico's zoals een seksueel overdraagbare aandoening (SOA) of de mate waarin ingestemd kan worden met seksualiteit bij kwetsbare patiënten aangehaald worden als tweede verklaring (Tiwana et al., 2016, pp. 8-10). Het ontbreken van een seksualiteitsbeleid brengt met zich mee dat de beslissingen hieromtrent op de schouders van de verschillende instellingen en hun medewerkers belanden (Tiwana et al., 2016, p. 2). Uit het onderzoek van Tiwana et al. (2016, p. 2) blijkt dat de manier van werken gedomineerd wordt door de persoonlijke waarden in plaats van professionele waarden.

Seeuws (2020) nam in haar onderzoek ook een korte bevraging binnen Europa inzake een seksualiteitsbeleid op. Hieruit kwam naar voren dat één Nederlands Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) een uitgebreide visie en beleid heeft met protocollen inzake seksualiteit tussen patiënten, pornografisch beeldmateriaal en seksuele hulpmiddelen (Seeuws, 2020, p. 8). Daarnaast werd een oproep gedaan bij 32 medewerkers van het congres *Forensic Psychiatry and Psychology*, waarbij drie antwoorden naar voren kwamen van Duitsland, Denemarken en Schotland (Seeuws, 2020, p. 8). De hiervoor genoemde landen beschikken tevens niet over een seksualiteitsbeleid maar kenden respectievelijk wel studies naar een beleid, een algemene visie op seksualiteit en een protocol inzake pornografisch beeldmateriaal en seksuele hulpmiddelen (Seeuws, 2020, p. 8).

2.4.2. Een seksualiteitsbeleid binnen de Belgische instellingen?

In België bestaat geen nationaal vastgelegd beleid inzake de seksualiteitsbeleving in de forensische zorg (Seeuws, 2020, p. 14). Seeuws voerde een onderzoek naar de visie en het beleid rond de seksualiteitsbeleving bij de behandeling van zedenplegers.

Dit gebeurde enerzijds aan de hand van wetenschappelijke literatuur, en anderzijds werden vier gespecialiseerde residentiële behandelcentra voor zedenplegers en twee FPC's gecontacteerd (Seeuws, 2020, p. 7). Hierbij rapporteerden drie van de vier behandelcentra niet over een uitgeschreven seksualiteitsbeleid te beschikken (Seeuws, 2020, p. 7). Een belangrijke kanttekening hierbij was dat het vierde centrum niet had gereageerd op de contactname van de onderzoeker. Bij de FPC's werden geen duidelijke resultaten gevonden aangezien één FPC niet reageerde en het andere FPC geen medewerking verleende (Seeuws, 2020, p. 7).

Uit het onderzoek van Tiwana et al., (2016, p. 3) blijkt dat vijf van de veertien onderzochte lidstaten van de Europese Unie – waaronder België – een lokaal seksualiteitsbeleid hebben voor *medium-* of *high-security* instellingen. Uit dit onderzoek kan niet afgeleid worden over welke Belgische instellingen het juist gaat. Het beleid zou bovendien niet uitgeschreven zijn, waardoor de patiënten mondeling geïnformeerd zouden worden (Tiwana et al., 2016, p. 4). Gekeken naar het lokaal beleid waarvan sprake, worden volgende punten aangehaald. Als eerste gelden de beleidsregels zowel voor hetero- als homoseksuele relaties (Tiwana et al., 2016, pp. 3-4). Als tweede is het toegestaan om elkaars hand vast te houden en zouden de patiënten toegang krijgen tot seksueel getinte dvd's, tijdschriften en romans (Tiwana et al., 2016, pp. 3-4). Als derde zijn (niet-)seksuele relaties tussen de patiënten verboden (Tiwana et al., 2016, pp. 3-4). Volgens Seeuws (2020, p. 14) zou bij seksueel contact met een vaste partner een oogje worden toegeknepen, daar geen officiële ruimtes voor ongestoord bezoek beschikbaar zijn. Tot slot is België één van de weinige landen die het personeel binnen de instellingen voorziet van een training over de seksuele expressie van de patiënten (Tiwana et al., 2016, p. 7).

Tot slot concluderen Tiwana et al. (2016, pp. 9-10) dat België noch over een uitgeschreven seksualiteitsbeleid, noch over een beleid rond seksualiteitsbeleving in de forensische zorg beschikt. De voornaamste conclusie uit het onderzoek waarbij België werd vergeleken met het buitenland, was klaar en duidelijk: er ontbreekt een kader voor seksuele bijstand (Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 2017, p. 22).

Het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek is bevoegd om enerzijds adviezen uit te brengen over de problemen die ontstaan als gevolg van onderzoek en toepassingen op het gebied van biologie, geneeskunde en gezondheidszorg (Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid en de Voedselketen en Leefmilieu, 2016). Anderzijds moet het Comité zowel het publiek als de overheden hierover inlichten. In het Advies nr. 74 betreffende seksuele bijstand voor personen met een beperking, stelt het Comité dat inzake de verbetering van de toegang tot het seksuele leven zowel materiële als symbolische acties vereist zijn (Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 2017, p. 46). Bovendien neemt het Comité een ‘voorziening voor seksuele bijstand’ – erkend door de overheid – op als aanbeveling in het advies (Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 2017, pp. 46-47). De wetenschappelijke literatuur maakt dus duidelijk dat er nood is aan een geïntegreerd seksualiteitsbeleid.

Hoofdstuk 3. Seksuele dienstverlening

In het volgende hoofdstuk wordt seksuele dienstverlening gedefinieerd op een juridische en sociaalwetenschappelijke wijze. Daarnaast zal de organisatie Aditi vzw en de huidige stand van zaken betreffende de seksuele dienstverlening worden toegelicht.

3.1. Juridische definiëring: seksuele dienstverlening in strafbaar vaarwater?

De seksuele dienstverlening is ontstaan vanuit het basisrecht op seksualiteit. Wanneer gekeken wordt naar het wettelijk kader waarbinnen de seksuele dienstverlening is geregeld, bevindt dit zich in een grijze zone (Kerremans, 2019; Vermeulen & Neelen, 2018, p. 316). Bovendien wordt volgens de wetgeving de seksuele dienstverlening gelijkgesteld aan prostitutie (Vermeulen & Neelen, 2018, p. 317).

Het seksueel strafrecht stelt bepaalde gedragingen strafbaar, maar hierbij dient de kanttekening gemaakt te worden of deze nog passend zijn binnen het huidige tijdperk. Zowel de maatschappij als de opvattingen over de seksualiteitsbeleving veranderen continu (Stevens, 2002, pp. 220-221). De tijdsgeest waarin de wetgeving omtrent prostitutie werd opgesteld, is niet meer dezelfde als de dag van vandaag. Zo werd in de jaren vijftig niet nagedacht over de noodzaak om seksualiteitsbeleving bij forensisch psychiatrische patiënten op te nemen in de wetgeving en wordt tot op heden seksuele dienstverlening niet als vorm van hulpverlening beschouwd, maar als prostitutie (Kruijver, 2010, pp. 206-207). Wanneer gekeken wordt naar het strafbare karakter van prostitutie, is deze wegens de (tevens economische) exploitatie in strijd met de openbare orde en de goede zeden (Vermeulen & Neelen, 2018, p. 315). Maar bij de invoering van het Belgisch Strafwetboek anno 1867, werd prostitutie niet als een strafrechtelijk probleem aanzien, daar geen schade toegebracht werd aan de rechten van een welbepaald individu (indien ze niet in het openbaar werd gepleegd), noch aan de openbare moraliteit (Stevens, 2002, p. 97). De gedragingen werden gecriminaliseerd wanneer de maatschappij mogelijk schade zou lijden in het kader van de verstoring van de openbare rust (Stevens, 2002, p. 97; Stevens, 2002, p. 198). Anno 1867 werd immoreel gedrag (waaronder prostitutie) beschouwd als al wat afweek van het burgerlijk voortplantings-denken (Stevens, 2002, pp. 143-144).

Het wettelijk kader rond prostitutie situeert zich binnen het Strafwetboek, meer specifiek artikel 380, §1 Sw.¹⁰ Dit artikel bevindt zich binnen hoofdstuk VI: ‘bederf van de jeugd en prostitutie’. Samengevat worden volgende zaken verboden volgens artikel 380, §1, 1°-4° Sw. (Reinschmidt, 2016, pp. 1-2). In de eerste plaats is het aanwerven, meenemen, wegbrengen of bij zich houden met het oog op het plegen van ontucht of prostitutie strafbaar. Hierbij vereist de wet niet dat de prostitutie of ontucht effectief moet plaatsvinden, alsook moet er niet per se sprake zijn van dwang (De Backer, 2018, pp. 452-457). In de tweede plaats is zowel het houden van een huis van ontucht of prostitutie als het verkopen/verhuren/ter beschikking stellen van kamers met het oog op prostitutie met de bedoeling een abnormaal profijt te realiseren, verboden. Het huis van ontucht of prostitutie kan volgende vormen aannemen: een klassiek bordeel, hotels, sauna’s, massagesalons et cetera (De Backer, 2018, p. 452-457, Vandeplas, 1975, pp. 433-434). Bijgevolg kan een huis van prostitutie worden aanzien als een plaats waar seksuele handelingen tegen betaling worden toegestaan (Delbrouck, 2014, p. 13). In het kader van voorliggend onderzoek kan gedacht worden aan de ruimte waarbinnen de seksuele dienstverlening kan plaatsvinden, bijvoorbeeld de forensisch psychiatrische instellingen. Tot slot wordt de exploitatie uit ontucht of prostitutie strafbaar gesteld. Bij de exploitatie is er sprake van misbruik, uitbuiting (Delbrouck, 2014, p. 18).

Tevens kan de maatschappelijke visie op prostitutie van belang zijn voor de seksuele dienstverleners, aangezien sprake is van een wettelijke gelijkstelling van seksuele dienstverlening aan prostitutie. Zoals hierboven reeds werd aangehaald, vallen seksuele dienstverlening en prostitutie onder hetzelfde wettelijke kader. Volgens Lamine (1970-1971, p. 116) bevat de wetgeving geen juridische definitie van prostitutie. De rechter dient soeverein vast te stellen welke daden al dan niet als prostitutie beschouwd kunnen worden (Lamine, 2016, p. 116). In de literatuur worden wel pogingen ondernomen om prostitutie te definiëren. Vanwesenbeeck (2009, p. 201) stelt: “prostituees verlenen hun klanten in vivo seksuele diensten tegen betaling”. Daarnaast definiëren Harcourt en Donovan (2005, p. 201) prostitutie als: “a form of sex work, is the provision of sexual services for money or its equivalent”.

¹⁰ Art. 380, §1, 1°-4° Strafwetboek 8 juni 1867, *BS* 9 juni 1867.

De seksuele dienstverlening voldoet in principe aan de definities van prostitutie. Dit is problematisch daar een maatschappelijk stigma rust op prostitutie, waarbij prostitutie wordt beschouwd als een immorele vorm van seks (Vanwesenbeeck, 2009, p. 201).

Voorts wordt kort even stil gestaan bij het historisch kader inzake de regulering van prostitutie. Tot 1948 was prostitutie een materie die op gemeentelijk niveau werd gereguleerd (Reinschmidt, 2016, p. 1). In 1948 werd dit een federale bevoegdheid, waar de regering een abolitionistisch standpunt nastreeft waarbij prostitutie en het aankopen van seksuele diensten niet strafbaar worden gesteld (Boels, 2014, p. 75; Reinschmidt, 2016, p. 1). Landen met een abolitionistisch beleid worden vaak gekenmerkt door een gedoogbeleid. Dit wil zeggen dat niet wordt opgetreden tegen bijvoorbeeld bordelen, zolang er zich geen andere criminele activiteiten voordoen en bovendien geen inbreuk op de openbare orde of goede zeden plaatsvindt (Happe, Spruyt & Suy, 2007, p. 215). Doch is in de hedendaagse praktijk ook sprake van een legaliseringsmodel, aangezien in België bepaalde elementen worden gereguleerd op lokaal niveau (Reinschmidt, 2016, p. 3).

In tegenstelling tot de nationale wetgeving, laten bepaalde steden en gemeenten – waaronder Antwerpen en Brussel – bordelen toe (Reinschmidt, 2016, pp. 3-4). De gemeenten kunnen dus toch prostitutie reguleren in hun gebied wanneer het een kwestie van openbare orde betreft (Boels, 2014, p. 74; Reinschmidt, 2016, pp. 1-3). Daarom spreken Loopmans en Van den Broeck (2011, pp. 553-557) over een ongereguleerde tolerantie binnen het Belgische systeem. Sommige gemeenten hanteren een verbodsstrategie, zoals in Gent, waar de prostituees werden verdreven uit de binnensteden (Reinschmidt, 2016, p. 3). Andere gemeenten trachten over te gaan tot regulering in de vorm van richtlijnen zoals het Schipperskwartier in Antwerpen (Loopmans & Van den Broeck, 2011, p. 548-549; Reinschmidt, 2016, p. 3). De Belgische wetgeving kan niet duidelijk worden geclassificeerd tot één bepaald model, er is sprake van een gemengde vorm (Reinschmidt, 2016, p. 1).

Wanneer tot slot gedacht wordt aan de mogelijke consequenties voor de seksuele dienstverlener en de instellingen – namelijk een gevangenisstraf van één tot vijf jaar en een geldboete van vijfhonderd tot vijftwintigduizend euro – dient opnieuw het antwoord gezocht te worden in het Strafwetboek.¹¹ De huidige strafwetgeving aanziet de activiteit van het prostitueren *an sich* niet als een misdrijf (Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 2017, p. 9). Het is hoe dan ook de vraag of de (psychiatrische) instelling of de vereniging waarbinnen de seksuele dienstverlener actief is, die voorstelt om de dienstverlening aan te bieden aan een persoon met bijvoorbeeld een beperking, het misdrijf pleegt zoals vermeld in artikel 380, §1, 1° Sw. Dit vestigt op zijn beurt de aandacht op artikel 380ter, §2-§3 Sw. waarin de straffen worden verordend aan zij die onder andere reclame zouden maken of het aanbod van de seksuele diensten zouden verspreiden of zich kenbaar zouden maken aan prostitutie (Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 2017, p. 9). Namens dit artikel dient de seksuele dienstverlener dus discreet te opereren in zijn of haar activiteiten.

3.2. Definiëring seksuele dienstverlening

Er is geen algemeen geldende definitie van seksuele dienstverlening voorhanden in de literatuur. De eerste definiëring is afkomstig van Kolk (1992, p. 15), waarbij seksuele dienstverlening werd aanzien als:

... het scheppen van voorwaarden zoals het aanreiken van hulpmiddelen, mensen bij elkaar in bed leggen, doorverwijzen, adviseren en helpen bij het leggen van contacten. Het kan ook inhouden dat de hulpverlener actief interenieert. Dit kan bestaan uit het verrichten van seksuele handelingen zoals het masturberen van de persoon met een beperking of geslachtsgemeenschap. (Kolk, 1992, p. 15)

De meest recente omschrijving van seksuele dienstverlening is afkomstig van Kruijver (2010): “het aanbieden van intieme, erotische en seksuele diensten aan mensen die door hun ziekte, beperking of handicap op deze diensten zijn aangewezen om in hun behoefte aan intimiteit en/of seksualiteit te voorzien” (Kruijver, 2010, p. 204).

¹¹ Art. 380, §1 Strafwetboek 8 juni 1867, BS 9 juni 1867.

Als bovengenoemde definities met elkaar worden vergeleken, kan opgemerkt worden dat de seksuele dienstverlener in de meest recente definitie van Kruijver (2010) veeleer een actieve rol krijgt. Aditi vzw heeft een eigen definitie opgesteld omtrent seksuele dienstverlening:

*Seksuele dienstverlening betreft verschillende vormen van **ondersteuning en dienstverlening** als antwoord op zorgvragen rond intimiteit en seksualiteit van mensen met een (combinatie van) sociale, fysieke, motorische, sensorische, verstandelijke, psychische of psychiatrische **beperking(en)** die al dan niet aan de leeftijd gebonden is. Seksuele dienstverlening wordt steeds geboden door een **daartoe opgeleide professionele seksuele dienstverlener** en vertaalt zich in het samen seksualiteit beleven.*

*Seksuele dienstverlening vindt plaats binnen een **duidelijk afgebakend werkkader** vertrekkende vanuit een **zorgmodel** waarbij de seksuele zorgvraag en de intimiteitsnoden van de aanvrager eerst in kaart worden gebracht en eventuele andere onderliggende vragen of noden worden verduidelijkt. Daarbij is het vaak wenselijk dat, na overleg en akkoord, ook het netwerk (o.a. begeleiders, ouders, verzorgenden, kinderen, vertrouwenspersonen, bewindvoerders) betrokken wordt om deze zorgvraag te helpen duiden en het ondersteuningsproces te helpen faciliteren (**voorwaardenscheppende zorgverlening**).*

Het gehele proces vraagt om professionele kennis, specifieke expertise en een op zorg gerichte attitude. (Aditi vzw, 2020a)

3.3. Aditi vzw

Aditi vzw (2020b) bestaat sinds 2008 en is een Vlaams advies- en informatiecentrum waar personen met een fysieke en verstandelijke beperking, kwetsbare senioren en personen met een psychische kwetsbaarheid evenals het netwerk (familie, zorgprofessionelen, begeleiders et cetera) terecht kunnen met al hun vragen over seksualiteit en handicap en/of seksualiteit en ouderen (Taelman, Saeys, De Ro & Talpe, 2018, p. 4). Deze omschrijving maakt Aditi vzw uniek binnen Vlaanderen. Waar prostitutie vertrekt vanuit een economisch model dat gericht is op winst, vertrekt Aditi vzw vanuit een zorgmodel (Vanwesenbeeck, 2009, p. 204 en p. 529). De vzw werkt dus niet op commerciële basis. Momenteel beschikt de seksuele dienstverlener niet over een formeel erkend statuut (Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 2017, p. 25).

Daarom stelt Aditi vzw een kader op voor de seksuele dienstverleners waarbinnen een forfaitair bedrag wordt vastgelegd (vergoeding van €100 per uur alsook de verplaatsingskosten) (Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 2017, pp. 25-26; Raman, Vandenbussche & Van Segbroeck, 2007, p. 146). Voorafgaand aan de seksuele dienstverlening, wordt een consultgesprek georganiseerd. Hier wordt de zorgvraag van de persoon in kaart gebracht, de eventuele seksuele ervaring wordt besproken alsook de wensen en verlangens (Aditi vzw, 2020b). Aan de hand van dit gesprek, wordt er gezocht naar een geschikte dienstverlener. Aditi vzw werkt samen met seksuele dienstverleners over heel Vlaanderen. De vzw voorziet een opleiding, intervisie en individuele begeleiding van deze dienstverleners. De privacy, gelijkwaardigheid en respect voor elkaar zijn centrale aandachtspunten (Aditi vzw, 2020b).

De werking van Aditi vzw (2020b) kenmerkt zich in vijf kernopdrachten. Als eerste dient het maatschappelijk debat te worden aangegaan, waarbij de sensibilisering en de bespreekbaarheid van de seksuele gezondheid en de seksuele rechten van onder andere mensen met een beperking en kwetsbare ouderen centraal staat (Aditi vzw, 2020b). De tweede opdracht betreft het wetenschappelijk onderzoek en de verdere uitbouw van expertise. Dit gebeurt in samenwerking met ervaringsdeskundigen en professionelen om zo een efficiënt mogelijk antwoord te kunnen bieden op de vragen (Aditi vzw, 2020b). In de derde opdracht rond vorming dient Aditi vzw het netwerk van de hulpaanvrager te bekwamen rond het thema seksualiteit (Aditi vzw, 2020b). Ten vierde biedt Aditi vzw begeleiding bij de ontwikkeling van een visie en missie rond seksualiteit aan bijvoorbeeld woon-zorgcentra, thuiszorgdiensten et cetera (Aditi vzw, 2020b). Tot slot verleent Aditi vzw individuele consulten aan zowel de hulpaanvrager zelf, als aan zijn of haar netwerk (Aditi vzw, 2020b).

DEEL 2: Probleemstelling en onderzoeksvragen

Ondanks het wettelijk verankerd basisrecht op seksualiteit, stelt de wetenschappelijke literatuur dat psychiatrische patiënten geen seksuele vrijheid verdienen en de seksualiteit dus geen prioriteit vormt (Brown, Reavey, Kanyeredzi & Batty, 2013, p. 243; Dein, Williams, Volkonskaia, Kanyeredzi, Raevey & Leavey, 2016, als in Seeuws, 2020, p. 10; Taelman et al., 27.11.2017, p. 2; Tiwana et al., 2016, p. 2).¹² Bovendien heerst een algemeen publieke afkeuring omtrent de seksuele expressie bij forensische patiënten en worden deze als asexuele wezens aanzien (Bartlett et al., 2010, p. 156; Di Lorito et al., 2020, p. 223; Tiwana et al., 2016, pp. 8-10).¹³ Hoewel onderzoek heeft aangetoond dat seks en intimiteit het emotioneel welzijn van de patiënt kan bevorderen, wordt de seksualiteit bij forensisch psychiatrische patiënten vaak vergeten (Di Lorito et al., 2020, p. 223; Schel et al., 2015, p. 165; Tiwana et al., 2016, p. 10). Deze leegte zou opgevuld kunnen worden door seksuele dienstverlening, desalniettemin is dit niet zo vanzelfsprekend. In de eerste plaats is er een gebrek aan een geïntegreerd seksualiteitsbeleid in de meeste forensisch psychiatrische ziekenhuizen (Expertisecentrum Forensische psychiatrie, 2019, p. 63). En in de tweede plaats stelt het juridisch kader de seksuele dienstverlening gelijk met prostitutie.¹⁴ De centrale doelstelling van voorliggend onderzoek betreft het in kaart brengen van de noden en behoeften van de seksuele dienstverleners die werken met forensisch psychiatrische patiënten in Vlaanderen.

De **wetenschappelijke relevantie** van dit onderzoek is onder meer terug te vinden in een studie van Schel et al. (2015, p. 164; Vorstenbosch & Castelletti, 2020, p. 11), waarbij werd vastgesteld dat forensisch psychiatrische patiënten hun *QoL* het laagst beoordelen op het domein ‘seksualiteit’. Dit kon wellicht verklaard worden door het bestaande taboe hieromtrent (Schel et al., 2015, p. 165).

¹² Art. 1-2 Universele Verklaring voor de Rechten van de Mens 10 december 1948, *BS* 31 maart 1949.

¹³ Aseksualiteit wordt gedefinieerd op volgende wijze: “Individuele die geen gevoelens hebben op het gebied van seksualiteit” (Heemelaar, 2008, p. 54).

¹⁴ Art. 380, §1 Strafwetboek 8 juni 1897, *BS* 9 juni 1867.

Een andere mogelijke verklaring kan teruggevonden worden bij het personeel en management van de forensisch psychiatrische diensten, waarbij seksualiteit als gecompliceerd werd beschouwd en daarom dus vermeden (Vorstenbosch & Castelletti, 2020, p. 11). Bovendien bestaat er zeer weinig wetenschappelijke literatuur omtrent het onderzoeksonderwerp en is het gebrek aan een geïntegreerd beleid problematisch, daar beslissingen omtrent het beleid overgelaten worden aan afzonderlijke ziekenhuizen en hun medewerkers (Seeuws, 2020, p. 12). Een geïntegreerd seksualiteitsbeleid kan leiden tot een uniforme handelingswijze over het ganse land. Voordat gedacht kan worden aan de ontwikkeling van een beleid, stellen Vorstenbosch en Castelletti (2020, p. 11) dat eerst de seksualiteit als behoefte erkend moet worden, als onderdeel van een behandelplan binnen de forensische psychiatrie. Wegens deze redenen is een exploratief onderzoek aanbevolen (Mortelmans, 2018, p. 93).

Verder is het onderzoek ook **maatschappelijk relevant**. Deze relevantie kan als eerste teruggevonden worden in het Referentiekader Forensisch Geestelijke Gezondheidszorg. Dit kader vermeldt de nood aan een wettelijk initiatief omtrent de interne rechtspositieregeling binnen de forensische setting met onder andere een beleid inzake de seksualiteitsbeleving (Agentschap Zorg & Gezondheid, 2018, p. 9). Ten tweede kan de beleving van seksualiteit tijdens de residentiële opname een beschermende factor betekenen bij de re-integratie in de maatschappij (Seeuws, 2020, pp. 11-12). Uit onderzoek komt naar voren dat goede ervaringen inzake seksualiteit niet alleen het emotioneel en geestelijk welzijn alsook het herstelproces van psychiatrische patiënten kunnen bevorderen, maar het kan ook een positieve gedragsmotivatie betekenen voor de therapie (Di Lorito et al., 2020, p. 223; Tiwana et al., 2016, p. 10). Als derde brengt het maatschappelijk stigma rond prostitutie met zich mee dat het welzijn van seksuele dienstverleners negatief beïnvloed kan worden (Miyuki, 2009, p. 53). De negatieve sociale reacties, stigmatisering, ervaringen met geweld en het ontbreken van een organisatie ter ondersteuning van de prostituees vormen de belangrijkste oorzaken voor een burn-out (Vanwesenbeeck, 2005, p. 637). De weg die leidt naar een geïntegreerd seksualiteitsbeleid, dient niet alleen rekening te houden met forensisch psychiatrische patiënten maar ook met de seksuele dienstverleners.

Daarom zal voorliggend onderzoek de noden en behoeften van deze dienstverleners vastleggen. Concreet zal dit onderzoek zich baseren op de volgende onderzoeksvraag:

1. Aan welke noden en behoeften van de seksuele dienstverlening moet worden voldaan opdat werken met forensisch psychiatrische patiënten mogelijk is?
 - 1.1. Wat zijn de noden en behoeften van de seksuele dienstverlening op **juridisch vlak**?
 - 1.2. Wat zijn de noden en behoeften van de seksuele dienstverlening op **contextueel vlak**?
 - 1.3. Wat zijn de noden en behoeften van de seksuele dienstverlening op **psychologisch vlak**?

Voorts is een korte toelichting bij de onderzoeksvraag wenselijk. Binnen deze onderzoeksvraag worden de noden en behoeften van de seksuele dienstverleners die ervaring hebben binnen de forensische psychiatrie, in kaart gebracht. Aangezien geen bestaand kader teruggevonden werd in de literatuur, werden deze noden en behoeften opgedeeld in volgende drie vlakken: juridisch, contextueel en psychologisch vlak.

Het **juridische vlak** verwijst naar de rechtsgeleerdheid (Van Dale, 2020). Tot op heden bestaat geen wettelijk kader voor de seksuele dienstverlening. Wanneer vervolgens gekeken wordt naar het wettelijk kader waarbinnen Aditi vzw functioneert, dan zal teruggegaan worden op de Prostitutiewetgeving, meer specifiek artikel 380, §1 Sw. De overeenkomsten tussen genoemd wetsartikel en de seksuele dienstverlening van Aditi vzw zijn treffend (Taelman, Saeys, De Ro & Talpe, 27.11.2017, p. 4). Er worden zowel seksuele handelingen gesteld alsook wordt de seksuele dienstverlener vergoed. Desalniettemin onderscheidt Aditi vzw zich van de reguliere prostitutie. De vzw probeert de zorgbehoefte, de eventuele seksuele ervaring en de mogelijke wensen en verlangens in kaart te brengen (Aditi vzw, 2020b). Daarnaast is na overleg met Aditi vzw gebleken dat de rechter de seksuele dienstverlening zou kunnen opleggen als voorwaarde aan de persoon in kwestie.

Met andere woorden: de seksuele dienstverlening kan opgelegd worden door de rechter, terwijl deze dienstverlening – volgens het Strafwetboek – zou opereren binnen een strafbaar kader, namelijk prostitutie. Binnen het justitiële vlak kan dus eveneens de doorverwijzing naar de seksuele dienstverlening opgenomen worden.

De invulling van het **contextuele vlak** kan variëren van auteur tot auteur (Stickens, Loyens & Maesschalck, 2016, p. 40). De context betreft de omstandigheden waarin een bepaald fenomeen zich voordoet (APA, 2020a). Contextuele factoren kunnen bestaan uit socio-economische omstandigheden, media-aandacht, economische, politieke en sociale condities en tot slot de bredere omgevingsfactoren (Stickens et al., 2016, p. 40). Hoewel vernoemde omschrijving niet volledig past binnen het kader van voorliggend onderzoek, kunnen de contextuele factoren toch aangewend worden. Toegepast op de seksuele dienstverlening, kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een aangepaste ruimte waarin de dienstverlening op een veilige manier kan plaatsvinden. Wanneer deze mogelijkheid wordt overwogen, komt dit in contrast te staan met de strafwetgeving, namelijk artikel 380, §1 Sw.: “hij die kamer of enig andere ruimte verkoopt, verhuurt of ter beschikking stelt met het oog op prostitutie met de bedoeling een abnormaal profijt te realiseren”. Desalniettemin vormt dit geen probleem wanneer de seksuele dienstverlening plaatsvindt op de eigen kamer of een kamer ingericht in functie van de dienstverlening binnen de voorziening en waarvoor geen kosten worden aangerekend (Happe et al., 2007, p. 187). Daarnaast kan de context bij de seksuele dienstverlening ook betrekking hebben op het discours van bestraffing en herstel van de forensisch psychiatrische patiënt (Brown et al., 2013, p. 243). Zoals blijkt uit de bovenstaande literatuur heeft de bestraffing betrekking op het gepleegde misdrijf en focust het herstel zich op de psychiatrische zorg die de persoon in kwestie nodig heeft.

Tot slot omvat het **psychologische vlak** enerzijds de emotionele zelfregulatie en stabiliteit en anderzijds de behoefte tot minimalisering van de emotionele stress en psychologische problemen (Serie, Pleysier, Put & de Ruiters, 2020, p. 305).

APA definieert de psychologische factoren als: “functional factors – as opposed to biological (constitutional, hereditary) factors – that contribute to the development of personality, the maintenance of health and well-being, and the etiology of mental and behavioral disorder” (APA, 2020c). Ter illustratie kunnen de relaties tussen mensen, de ervaring van gemak of stress in een sociale omgeving en de ervaring van een trauma aanzien worden als een psychologische factor (APA, 2020c). Toegepast op het onderwerp van deze thesis kan gedacht worden aan angstgevoelens die worden ervaren door de seksuele dienstverlener, alsook de eventuele invloed die de forensische achtergrond van een patiënt kan hebben bij de dienstverlening.

DEEL 3: Onderzoeksdesign

Het derde onderdeel kadert in functie van de methodologie van voorliggend onderzoek en werd opgesteld aan de hand van de COREQ (*Consolidated criteria for Reporting Qualitative research*) checklist (Tong, Sainsbury & Craig, 2007, pp. 349-357). Eerst zal de kwalitatieve grondvorm van het exploratieve onderzoek beschreven worden. Ten tweede wordt de keuze van de respondenten verantwoord. Vervolgens worden de data-verzameling en data-analyse uiteengezet. Ten slotte wordt de kwaliteit gewaarborgd en worden de beperkingen van het onderzoek uiteengezet.

1. Kwalitatieve grondvorm

Om zicht te krijgen op de noden en behoeften van de seksuele dienstverleners, werd gebruik gemaakt van **kwalitatief, explorerend onderzoek**. Als eerste focust voorliggend onderzoek zich op het concept ‘*Verstehen*’, waarbij getracht werd de werkelijkheid vanuit het emic-perspectief – *in casu* het perspectief van de seksuele dienstverleners – te begrijpen (Staring & van Swaaningen, 2018, p. 36). Als tweede werden in samenspraak met Aditi vzw kwalitatieve, semigestructureerde diepte-interviews afgenomen bij seksuele dienstverleners die ervaring hebben met forensisch psychiatrische patiënten. Deze semigestructureerde interviews bevatten een interviewschema met thema’s en vragen die gesteld werden, zie bijlage 3 (Beyens, Kennes & Tournel, 2018, pp. 194-195). Door gebruik te maken van een diepte-interview, kan door middel van ‘doorvragen’ zo goed mogelijk aansluiting gevonden worden bij de belevingswereld van de dienstverleners (Beyens et al., 2018, p. 197). Bovendien lijken kwalitatieve methoden het meest gepast wegens de gevoeligheid van het onderwerp, omdat het interview gaat over persoonlijke kwesties zoals de beleving van intimiteit en seksualiteit (Elmir, Schmied, Jackson & Wilkes, 2011, p. 13). Ten derde werd ook contact opgenomen via mail met twee justitie-assistenten die samenwerken met Aditi vzw omtrent een aspect binnen het juridische vlak: meer specifiek de situatie waarbij de rechter de persoon in kwestie zou doorverwijzen naar de seksuele dienstverlening. Ten vierde werd binnen voorliggend onderzoek gebruik gemaakt van het volgende kwalitatieve paradigma: *Grounded Theory* (Mortelmans, 2018, p. 102).

Deze benadering vertrekt van volgend uitgangspunt: de theorie zal voortkomen uit de data – namelijk de seksuele dienstverleners –, waardoor de onderzoeker zijn visie niet op voorhand moet vastleggen (Mortelmans, 2018, p. 102; Mortelmans, 2018, p. 120). Hierbij heeft de analytische inductie als doel om te komen tot algemeen geldende uitspraken of theorieën op basis van specifieke gevallen, met name de seksuele dienstverleners (Mortelmans, 2007, p. 353). Tot slot is de masterscriptie exploratief van aard. Exploratief onderzoek kenmerkt zich door nieuwe inzichten te vergaren op domeinen waar voorheen weinig kennis voorhanden was (Mortelmans, 2018, p. 93). In de criminologie brengt die vaak onderzoek naar verborgen werelden met zich mee, *in casu* de wereld van de seksuele dienstverleners (Staring & van Swaaningen, 2018, p. 41).

2. Keuze van respondenten

De populatie binnen dit onderzoek omvat de seksuele dienstverleners die werkzaam zijn binnen Vlaanderen. Momenteel zijn er 101 dienstverleners die samenwerken met Aditi vzw (De Weirdt, 20.05.2021).¹⁵ Deze groep bestaat uit twintig mannen en 81 vrouwen (De Weirdt, 20.05.2021). Gezien het onderwerp van de masterthesis, werden enkel de seksuele dienstverleners die ervaring hebben binnen de forensisch psychiatrische setting bevroegd, deze waren met negen. De selectie gebeurde aan de hand van een **doelgerichte steekproef** (*purposive sampling*) (Mortelmans, 2018, pp. 110-111). Deze steekproefvorm vertrekt van criteria, afkomstig van de onderzoeker, om de eenheden te selecteren (Mortelmans, 2018, p. 111). De criteria binnen voorliggend onderzoek betreffen: seksuele dienstverlening binnen Vlaanderen én ervaring met forensisch psychiatrische patiënten. Bij de seksuele dienstverlening neemt de beleving van intimiteit ook een belangrijke plaats in. Het selectie criterium ‘ervaring’ heeft betrekking op de dienstverleners die reeds seksuele dienstverlening hebben uitgeoefend bij forensisch psychiatrische patiënten, hierbij kan gesproken worden over minstens één patiënt.

¹⁵ Hierbij dient opgemerkt te worden dat een aantal onder hen (namelijk 20 à 30 dienstverleners) nog geen dienstverleningen hebben volbracht en zich dus nog in het voortraject (met opleidingen, interviews en gesprekken) bevinden (De Weirdt, 20.05.2021).

Bij het opstellen van vernoemde criteria, dienden twee elementen in het achterhoofd gehouden te worden. In eerste instantie moesten de criteria alle relevante aspecten van het onderwerp afdekken (Mortelmans, 2018, p. 111). *In casu* werd duidelijk gedefinieerd wat enerzijds seksuele dienstverlening inhoudt en anderzijds wie juist verstaan werd onder forensisch psychiatrische patiënten. In tweede instantie moest de steekproefselectie zorgen voor voldoende variatie binnen de opgestelde criteria (Mortelmans, 2018, p. 111).

Binnen voorliggend onderzoek werd dit laatste element niet verwezenlijkt wegens het beperkt aantal beschikbare respondenten. Dit heeft als gevolg dat Aditi vzw de respondenten heeft uitgekozen. Net door het unieke karakter van Aditi vzw, is het bovendien de enige organisatie binnen Vlaanderen (Aditi vzw, 2018). Dit verantwoordt de keuze voor Aditi vzw als case binnen het onderzoek. Bovendien zal wegens de kleine populatie getracht worden alle beschikbare respondenten te bevragen. Doordat Aditi vzw beschikt over een *Customer Relationship Management*-systeem (CRM) – waar elk patiëntendossier een label krijgt dat werd opgesteld door de overheid in functie van de financiering – beschikt de vzw niet over een opzoekmogelijkheid naar specifieke dienstverleners. Daardoor was de verantwoordelijke *Back office & Communicatie* (S. De Weirdt van Aditi vzw) bij de selectie van de respondenten aangewezen op de eigen herinneringen van dossiers over patiënten (Miek Scheepers, 27.11.2020). Op deze manier werden de potentiële respondenten door de genoemde verantwoordelijke geselecteerd en op hun beurt gecontacteerd, waarbij de informatiebrief een eerste zicht gaf op het onderwerp van het onderzoek (zie bijlage 1). Daarna werden de contactgegevens van de bereidwillige seksuele dienstverleners overgemaakt aan de onderzoeker. Op deze manier kon samen met de dienstverlener gezocht worden naar een gepast moment om het interview af te nemen.

De uiteindelijke steekproef werd dus bepaald door een medewerker van Aditi vzw. Bijgevolg kon geen controle uitgeoefend worden door de onderzoeker op de selectie van de respondenten, waardoor het niet mogelijk was om een steekproefmatrix op te stellen. Er werden geen selectiecriteria opgenomen in de steekproef omdat slechts een beperkt aantal aan respondenten voorhanden was (Mortelmans, 2018, p. 126-127).

Wanneer alsnog selectiecriteria opgenomen werden, bestond de kans dat een belangrijk deel van de populatie vergeten werd. Niettemin is het wenselijk om na afname van de interviews een steekproefmatrix op te stellen. Tot slot namen uiteindelijk zeven respondenten – onder wie één man en zes vrouwen – deel aan het onderzoek. De twee overige respondenten die werden gecontacteerd, hebben afgehaakt wegens volgende redenen. De eerste respondent had het heel druk en kon geen ruimte meer voorzien om aan het interview deel te nemen. Met de tweede respondent werd initieel een datum vastgelegd, maar hij heeft uiteindelijk toch aangegeven geen tijd meer te hebben. Dit in combinatie met een mogelijke Covid-besmetting.

3. Dataverzameling

De dataverzamelmethode omvat het afnemen van **kwalitatieve semigestructureerde diepte-interviews**. Idealiter werden deze interviews afgenomen op een neutrale setting, een plaats waar de respondent zich op zijn/haar gemak voelt. In samenspraak met Aditi vzw zou bij de organisatie zelf een ruimte beschikbaar worden gesteld voor de afname van de interviews. Gezien de huidige situatie omtrent Covid-19, was de onderzoeker genoodzaakt om het interview online te laten doorgaan. Hiervoor werd de communicatiesoftware ZOOM aangewend. De link van het interview werd vooraf overgemaakt aan de respondent per mail. Om eventuele problemen te voorkomen, werd het telefoonnummer van de onderzoeker bijgevoegd om te helpen indien nodig. Bovendien werd in deze mail de *informed consent* bijgevoegd ter nalezing en ondertekening (zie bijlage 2). De *informed consent* werd door al de geïnterviewde respondenten ondertekend. Door het online karakter van de interviews, betrof de setting van de dataverzameling de woning van de respondent. Buiten de onderzoeker(s) en de respondent, was verder niemand aanwezig gedurende de interviews. Begeleider Lena Boons heeft tijdens de dataverzameling twee interviews bijgewoond met de student/onderzoeker. Door de geringe ervaring van de student, kon op deze manier gewezen worden op het voldoende doorvragen gedurende de interviews. Bovendien werd de student achteraf voorzien van feedback, die werd meegenomen naar de volgende interviews.

Volgens de *Grounded Theory* zal de theorie voortkomen uit de data, *in casu* de interviews met de seksuele dienstverleners (Mortelmans, 2018, p. 102 en 120). Afhankelijk van het aantal seksuele dienstverleners die werkzaam zijn/waren in de forensische psychiatrie, werd ernaar gestreefd deze allemaal te interviewen. Bovendien werden, mits vooraf gegeven toestemming van al de respondenten, de interviews opgenomen, waardoor de onderzoeker meer aandacht kon besteden aan de seksuele dienstverleners (Beyens et al., 2018, p. 217). Daarnaast kenmerkt het kwalitatieve onderzoek zich door in de diepte te onderzoeken, en niet de breedte (Mortelmans, 2018, p. 111). Het is van belang om inzicht te verwerven in het perspectief en de betekeniswereld van de seksuele dienstverleners.

Het interviewschema begeleidde de onderzoeker doorheen het interview. De duur van de interviews was afhankelijk van de volledigheid van de antwoorden en varieerde tussen de respondenten: van minimum één uur tot maximum twee uur. Er werd van start gegaan met een korte inleiding. Hierna werden enkele algemene persoonsgegevens van de seksuele dienstverleners gevraagd zoals gender, leeftijd, hoogste opleiding, beroepsstatus, relatiestatus en de seksuele geaardheid. Nadien kwamen de eigenlijke interviewvragen aan bod. Als eerste werden vragen gesteld naar de juridische context van seksuele dienstverlening. Naast het huidig wettelijke kader, werd ook gevraagd naar wat voor de seksuele dienstverlener nodig is op juridisch vlak. Ten tweede werd gepeild naar de noden en behoeften van de seksuele dienstverlener op contextueel vlak, om ten slotte over te gaan naar de psychologische noden en behoeften. Bij de afronding van het interview kregen de respondenten de kans om nog iets toe te voegen, of bepaalde aspecten te bespreken die niet aan bod waren gekomen. Verder vonden geen herhaalinterviews plaats. Door het beperkt aantal respondenten, diende de theoretische saturatie in het achterhoofd gehouden te worden (Mortelmans, 2018, pp. 121-122).

Tot slot volgt een korte toelichting inzake de contactname met de justitie-assistenten. De mailadressen van twee justitie-assistenten die in het verleden reeds hebben samengewerkt met Aditi vzw, werden door een medewerker van de vzw zelf overgemaakt aan de onderzoeker.

Hierbij werd antwoord ontvangen van één justitie-assistent, de andere justitie-assistent had niet geantwoord op de mail. Op deze manier kon duidelijkheid geschept worden omtrent enerzijds de situatie waarbij – volgens Aditi vzw – een rechter de seksuele dienstverlening zou opleggen als voorwaarde aan de forensisch psychiatrische patiënt. Anderzijds diende het antwoord van de justitie-assistent ter verificatie bij de antwoorden van de respondenten.

4. Data-analyse

De registratie van de inhoud van het interview speelt een zeer belangrijke rol in kwalitatief onderzoek (Beyens et al., 2018, p. 217). Daarom werden de opnames van elk interview *Verbatim* getranscribeerd via *oTranscribe*. De interviews werden dus zo letterlijk mogelijk uitgeschreven, zonder correcties te maken inzake dialect of onjuist taalgebruik (Zaitch, Mortelmans & Decorte, 2018, p. 313). Door het uittypen en het meermaals nalezen van deze interviews, werden de eerste inzichten gevormd. Het is duidelijk dat een transcript belangrijk is om het verhaal van de respondent te begrijpen (Beyens et al., 2018, p. 217). Na het transcriberen van de interviews, werden de opnames verwijderd. In het kader van de anonimiteit van de respondenten werden verwijzingen naar namen, plaatsen, partners en patiënten geanonimiseerd.

De **data-analyse** gebeurde aan de hand van NVivo. Dit is een softwarepakket dat toelaat om structuur aan te brengen in de uitgeschreven interviews en zo de data-analyse te vergemakkelijken. Een eerste voordeel bij het aanwenden van software bij de data-analyse bestaat uit de consistentie. Door de onderverdeling in bepaalde codes of categorieën, kon de onderzoeker voorkomen dat de data over het hoofd werden gezien (Decorte, 2018, p. 502). Het tweede voordeel betrof de snelheid van de software waarmee bijvoorbeeld bepaalde codes werden aangebracht of geherdefinieerd (al dan niet automatisch) (Decorte, 2018, 502). Ten derde maakte de software het mogelijk om relaties tussen codes, tekstsegmenten of gevallen te visualiseren, wat leidde tot een duidelijke representatie van de data (Decorte, 2018, p. 503). Het laatste voordeel was de consolidering waarbij de onderzoeker in staat werd gesteld om de data (de interviews, coderingen en geluidsfragmenten) op één plaats te bewaren (Decorte, 2018, p. 503).

De onderzoeker diende zich steeds bewust te zijn van de nadelen van NVivo, zoals het vervreemden van de eigen data (Vander Laenen & O’Groman, 2018, p. 577). Vervolgens werden de data gecodeerd door één onderzoeker. De thema’s werden vooraf geïdentificeerd en het coderen verliep in verschillende fasen (Decorte, 2018, p. 481). De eerste fase bestond uit een forse data-reductie, namelijk het open coderen. Dit is een manier om de grote hoeveelheid aan onderzoeksmateriaal te reduceren door een onderscheid te maken tussen relevant en niet-relevant (Decorte, 2018, p. 482). Bij deze fase werd gebruik gemaakt van een ‘richtinggevend codeerschema’ (of *coding paradigm*) waarbij een classificatie werd geboden waar codes inhoudelijk in terecht konden komen (Decorte, 2018, p. 487). Het open coderen leidde tot een uitgebreide set van codes die nog niet in relatie met elkaar stonden (Mortelmans, 2007, pp. 355-356). Bij de tweede fase van het axiaal coderen werden losse codes met elkaar verbonden (Decorte, 2018, p. 491; Mortelmans, 2007, pp. 355-356). Er werd een onderverdeling gemaakt tussen hoofd- en subcodes, waardoor de codes hiërarchisch tot elkaar in relatie kwamen te staan in een codeboom (Decorte, 2018, p. 491; Mortelmans, 2007, p. 356).

De codeboom wordt weergegeven in bijlage 4. Als laatste werden de concepten met elkaar verbonden bij het selectief coderen (Mortelmans, 2007, pp. 356-357). De nadruk ligt op het zoeken naar verklaringen (Decorte, 2018, p. 492). Om betekenis te genereren in de data, werd eerst gebruik gemaakt van ‘clusteren en tellen’ (Miles, Huberman & Saldaña, 2014, p. 279 en pp. 282-283). De gegevens werden in NVivo geclusterd in verschillende categorieën, waardoor het mogelijk was om te tellen hoe frequent bepaalde noden en behoeften voorkwamen. Er werd een algemeen beeld geschetst over de verworven data, waardoor dit de onderzoeker beschermd tegen bias (Miles et al., 2014, p. 280). De contextuele factoren werden bijvoorbeeld geclusterd, en vervolgens kon geteld worden hoeveel respondenten zich al dan niet veilig voelden binnen de ruimte van de seksuele dienstverlening. Ten tweede werd gezocht naar ‘intervenierende variabelen’ (Miles et al., 2014, pp. 289-290). De reeds verworven ervaring met forensisch psychiatrische patiënten speelde bijvoorbeeld een rol in het beeld dat de seksuele dienstverleners hebben/hadden over deze patiënten.

Bovendien werden technieken aangewend om de bevindingen te testen. Een eerste techniek betrof het ‘verkrijgen van feedback van respondenten’ waarbij de onderzoeker tijdens het interview de uitspraken van de respondent samenvatte en waarbij nagegaan werd of deze correct begrepen waren (Miles et al., 2014, pp. 309-310). Bij de tweede techniek, namelijk het ‘nagaan van onderzoekseffecten’, trachtte de onderzoeker zich neutraal op te stellen gedurende de interviews (Miles et al., 2014, pp. 296-298). Als laatste techniek werden de interviewstranscripts terugbezorgd aan de seksuele dienstverleners en gevraagd naar feedback. Dit staat bekend als *member validation* of *respondent validation* (Maesschalck, 2018, pp. 150-151; Silverman, 2017, p. 383). Twee respondenten hadden gereageerd en gaven hierbij hun goedkeuring over de uitgeschreven interviews.

5. Kwaliteit van het onderzoek

Voorliggend onderzoek werd voorgelegd aan de sociaal-maatschappelijke ethische commissie (SMEC) van de KU Leuven in het kader van het bekomen van een ethisch-deontologisch advies. Het onderzoek werd goedgekeurd en staat gekend onder het nummer: G-2020-2858-R2(MAR).

6. Beperkingen van het onderzoek

Empirisch onderzoek draagt enkele methodologische beperkingen met zich mee. Het eerste knelpunt situeert zich binnen het vinden van wetenschappelijke literatuur over seksuele dienstverlening bij forensisch psychiatrische patiënten. De wetgeving waarbinnen dit onderzoek zich situeert, is specifiek voor België. Vergelijkingen met andere landen, houden per definitie ook een ander wettelijk kader in.

Het tweede knelpunt binnen deze thesis betreft het beperkt aantal respondenten. Er werden slechts zeven seksuele dienstverleners bevraagd inzake hun noden en behoeften in het kader van hun dienstverlening bij forensisch psychiatrische patiënten. Daarnaast is het aangewezen even stil te staan bij de wijze van steekproeftrekking.

Vermits de medewerker van Aditi vzw zich bij de selectie van de respondenten moest beroepen op de eigen herinneringen aan seksuele dienstverleners, bestond de kans dat een potentiële respondent over het hoofd werd gezien. Bijgevolg had de onderzoeker geen controle op de eigenlijke selectie van de respondenten en kon aldus geen steekproefmatrix worden opgesteld.

Het derde knelpunt heeft betrekking op de afname van de interviews. Hierbij mag niet vergeten worden dat interviewen een moeilijke onderzoekstechniek is waarbij de interviewcapaciteiten van de onderzoeker invloed kunnen uitoefenen op het verdere verloop ervan. Bovendien diende wegens Covid-19 het interview online door te gaan. Door dit online gegeven, ontstonden nieuwe beperkingen. In de eerste plaats kon door de online afname, de lichaamshouding van de respondent niet volledig waargenomen worden, waardoor mogelijk belangrijke signalen niet opgemerkt werden. Als tweede ontstonden heel wat technische problemen zoals bijvoorbeeld een slechte verbinding tijdens het interview zelf. Dit benadeelde het vlotte verloop van het interview. Tot slot ondervonden sommige respondenten moeilijkheden bij het aanmelden in ZOOM, met als gevolg dat een respondent in kwestie dacht dat hij/zij aan het wachten was voor het eigenlijke interview, maar niet tot aan het eigenlijke interview geraakte. Hierdoor miste de respondent en de interviewer elkaar en diende een nieuwe afspraak gemaakt te worden.

Het vierde en laatste knelpunt heeft te maken met de externe validiteit. Kwalitatief onderzoek scoort doorgaans minder goed op deze validiteit dan kwantitatief onderzoek (Maesschalck, 2018, pp. 133-134). Daarenboven is de steekproef niet representatief voor de gehele populatie, aangezien de analyse-eenheden niet toevallig werden gekozen.

DEEL 4: Onderzoeksresultaten

Dit onderdeel van de thesis bevat de voornaamste onderzoeksresultaten afkomstig van de data die verkregen werden door kwalitatieve interviews. Hieronder worden de onderzoeksbevindingen thematisch voorgesteld volgens de gehanteerde onderzoeksvragen. Er wordt van start gegaan met de achtergrondkenmerken van de respondenten, gevolgd door de ervaring in de seksuele dienstverlening. Vervolgens worden de noden en de behoeften geschetst op de drie te onderscheiden vlakken, namelijk het juridische vlak, het contextuele vlak en het psychologische vlak. De bevindingen worden geïllustreerd aan de hand van citaten afkomstig van de seksuele dienstverleners. Om de anonimiteit te waarborgen, wordt hierbij niet verwezen naar de respondenten. Verder werden geen casussen voorgelegd aan de respondenten.

1. Noden en behoeften seksuele dienstverleners

Voor de eerste onderzoeksvraag die zich richt op het in kaart brengen van de noden en behoeften van de seksuele dienstverleners die werkzaam zijn binnen de forensische setting, worden de resultaten weergegeven in volgorde van de deelvragen.

1.1. Achtergrondkenmerken respondenten

In voorliggend onderzoek werden zeven respondenten bevraagd naar hun noden en behoeften inzake de seksuele dienstverlening met forensisch psychiatrische patiënten. Initieel werden negen respondenten gecontacteerd die volgens Aditi vzw al enige ervaring hadden met forensisch psychiatrische patiënten.

Tabel 1. Steekproefmatrix/achtergrondkenmerken respondenten

		Aantal jaar werkzaam bij Aditi vzw	
		Minder dan 5 jaar	5 jaar of meer
Opleiding in zorgsector	Ja	Respondent 3, 5	Respondent 2, 7
	Nee	Respondent 4	Respondent 1, 6

Elke respondent is werkzaam binnen Aditi vzw en heeft ervaring met de seksuele dienstverlening bij forensisch psychiatrische patiënten. Het beveiligingsniveau van de forensisch psychiatrische patiënt werd niet bevraagd tijdens de interviews en kan dus niet weergegeven worden. Bij één respondent wijkt de dienstverlening lichtjes af tegenover de andere respondenten daar deze tantra-massages aanbiedt. De seksuele dienstverlening houdt niet alleen de beleving van seks *an sich* in, maar ook het praten over de seksuele gevoelens, luisteren naar de patiënt, knuffelen, masseren et cetera.

Zoals weergegeven in tabel 1, werken vier respondenten reeds vijf jaar of meer bij Aditi vzw en de overige drie respondenten kennen een werkervaring van minder dan vijf jaar. Daarnaast hebben vier respondenten een opleiding in de zorgsector genoten. De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 53 jaar. De jongste respondent is 34 jaar en de oudste 65 jaar. Zes respondenten identificeren zich met de gender 'vrouw', de overige respondent identificeert zich als 'man'. Daarnaast zijn twee respondenten biseksueel en vijf respondenten heteroseksueel. Vier respondenten hebben een relatie, onder wie één respondent een open relatie en één respondent een latrelatie. Eén respondent is getrouwd en de overige twee respondenten zijn alleenstaand. Tot slot hebben vijf respondenten als hoogst behaalde diploma een bachelor gehaald.

1.2. Seksuele dienstverlening

De meeste respondenten hebben kennis leren maken met de seksuele dienstverlening door Aditi vzw, maar drie respondenten zijn vroeger gestart met de dienstverlening. Dit varieerde van de seksuele dienstverlening op de privémarkt als zelfstandige en prostituee naar seksuele dienstverlening bij andere organisaties in Nederland zoals 'De SAR' en 'vzw De Schildpad'. Wel dient benadrukt te worden dat de ervaring van de respondenten inzake de dienstverlening binnen de forensische setting zeer beperkt was, namelijk slechts één of twee forensisch psychiatrische patiënt(en).

Al de seksuele dienstverleners geven aan dat zij zelf gekozen hebben om te werken met forensisch psychiatrische patiënten nadat Aditi vzw dit aan hen heeft voorgesteld.

Met de noden van deze patiënt in het achterhoofd, wordt gekeken naar een geschikte dienstverlener waar de vraag aan wordt voorgelegd en waar de eigen keuze van de dienstverlener centraal staat:

(...) als een cliënt zich aanmeldt bij Aditi Aditi en ze hebben de intake gehad, dan kunnen ze inschatten welke dienstverlener het beste bij die cliënt past omdat ze onze dienstverleners ondertussen ook wel kennen. Dus als ze dan zoiets hebben van goh he die past wel goed bij (naam respondent), (naam respondent) zou er goed mee om kunnen gaan, (naam respondent) staat stevig in haar schoenen euh dan krijg ik gewoon eigenlijk de vraag van heb je nog ruimte voor een nieuwe cliënt in die en die regio? En als ik aangeef van ja stuur de informatie maar dan krijg je inderdaad vrij beknopt euh maar ook wel uitgebreid genoeg krijg je gewoon de de informatie over de cliënt, wa voor beperking die heeft, euh wat zijn verleden is of er sprake is van medicatiegebruik euh of er sprake is dus inderdaad van van van misbruiken (...).

1.3. Juridisch vlak

Van start wordt gegaan met de beschrijving van de noden en behoeften van de seksuele dienstverleners inzake de juridische context. Ondanks dat de seksuele dienstverlening en prostitutie opereren binnen hetzelfde wettelijk kader, benadrukken alle respondenten dat prostitutie sterk te onderscheiden is van de seksuele dienstverlening. Eén van de terugkerende verschilpunten, heeft betrekking op de term 'zorg'. Bij de argumentering van de verschilpunten tussen prostitutie en seksuele dienstverlening, benadrukken vier respondenten dat de dienstverlening zich voornamelijk kenmerkt door het verzorgende aspect, het zorgprofiel. Zo argumenteert een respondent dat de dienstverleners eerder als zorgmedewerkers aanzien moeten worden. Daarnaast halen twee respondenten het aspect van 'luisteren' aan bij de seksuele dienstverlening:

Euhm ja het grootste verschil da vind ik vind voornamelijk luisteren he. Dak echt die persoon is he is al tevreden met een keer gewoon zo beetje ja bij mekaar te liggen euhm een beetje knuffelen, een zoentje he weet wel. En ook ja luisteren wa die die persoon kan zegt dikwijls heel wat dingen dat hij tegen niemand anders durft zeggen. Gewoon omda je eigenlijk al een hele hechte band hebt me mekaar, die grens is eigenlijk al heel nauw.

Bovendien benadrukken enkele respondenten dat prostitutie zich hoofdzakelijk kenmerkt als enkel seks terwijl bij de seksuele dienstverlening de patiënten soms ook gewoon nood hebben aan een knuffel of een babbel:

Der zijn veel mensen en euh die nood hebben aan nen babbel vooral en een nood hebben aan aan aan euh knuffelcontact maar ni daarvoor altijd op seksueel gebied. En dat ist grote verschil tussen een prostituee en wij. Prostituee daar gade binnen, daar doede u behoefte en ge zijt weg. Wij laten uiteindelijk wel iets meer achter als als als seks alleen. Wij doen ook de ondersteuning van bepaalde mensen euh we staan dan ook een luisterend oor voor bepaalde mensen das echt ja euh allee we doen meer als seksuele euh seksuele dingen euh contact.

Niet te vergeten halen twee respondenten het verschil inzake ‘geld’ aan, omdat het geld bij de seksuele dienstverlening niet de doorslaggevende drijfveer is. Dit zou samengaan met het aangeven van duidelijke grenzen. Binnen de prostitutie zou het opstellen van grenzen in relatie staan met het ontvangen van geld, waardoor dit kan leiden tot gevaarlijkere situaties. Bijkomende verschilpunten zijn de veilige context waarbinnen de seksuele dienstverlening zich afspeelt, de ondersteuning van een netwerk achter elke dienstverlener (zoals Aditi vzw), het creëren van een band met de patiënt en tevens het rustig krijgen van de (nerveuze) patiënt bij de eerste dienstverlening.

Verder zijn alle respondenten voorstander van een wettelijke regeling inzake de seksuele dienstverlening. Twee respondenten vinden dat de dienstverlening een job is zoals een andere. Daarbij wordt niet enkel gedacht in hoofde van de dienstverleners zelf, maar ook naar de patiënten toe waarbij de zorg centraal staat. Door het opstellen van een specifieke wetgeving zouden de dienstverleners zich bijvoorbeeld kunnen beroepen op (ziekte)verzekeringen, wat nu niet het geval is. Vervolgens zou de mogelijkheid ontstaan dat de seksuele dienstverlener het statuut als zelfstandige in bijberoep kan aanvragen: “(...) ik heb al langer overwogen van mijn vaste job dus deeltijds te gaan doen en deeltijds in de in dienstverlening te gaan maar ik kan mij da ni permitteren gewoon omdat ik niet beschermd word he. (...)” Daarbij antwoordt een respondent dat de specifieke wetgeving ook financiële middelen zou kunnen voorzien, gericht naar de patiënt.

Hierbij stelt de respondent dat sommige mensen nood ervaren aan seksuele dienstverlening, maar hier geen geld voor hebben. Toch dient een nuance aangebracht te worden bij twee respondenten betreffende het ontwerpen van een specifieke wetgeving. De eerste respondent spreekt niet zozeer van een wetgeving, maar eerder van een kader waarbinnen de seksuele dienstverlening opgenomen kan worden. De reden hiervoor betreft de openheid van een kader waarbij duidelijkheid wordt geschapen omtrent de dienstverlening, tevens naar de buitenwereld en de zorgsector. De tweede respondent neemt een twijfelachtige houding aan waarbij enerzijds het positieve karakter van de specifieke wetgeving wordt benoemd, namelijk het verdwijnen van de dienstverlening uit de illegaliteit. Ook zou de mogelijkheid ontstaan dat meer dienstverleners hun hoofdberoep gaan maken van de seksuele dienstverlening. Anderzijds maakt dat het ontbreken van een juridisch kader ervoor zorgt dat deze respondent wel als seksueel dienstverlener werkzaam is. De reden hiervoor heeft betrekking op het geheim houden van de seksuele dienstverlening naar onder andere collega's toe. Hoe goed het kader in elkaar zit, is dus bepalend voor deze respondent:

(...) Één ge moet recht hebben op en twee en das natuurlijk maar de vraag is of dat dat euh seksuele dienstverlening ten goede zou komen want eigenlijk net omdat er ook geen juridisch kader is maakt bijvoorbeeld da kik da wel doe. 't Zou kunnen den dag dat er een juridisch kader is daarvoor [...] Allee da kik daarmee stop.

Dus de benodigdheden op juridisch vlak die de respondenten hierbij voorhanden achten, zijn de volgende. Een sterk terugkerend aspect is de erkenning voor de job, zodat deze uit de illegaliteit verdwijnt. Twee respondenten focussen zich hierbij op het financiële aspect, dat niet alleen betrekking heeft op de dienstverleners, maar ook op de patiënten. Hierbij wordt zowel gedacht aan meer financiële mogelijkheden voor Aditi vzw, als aan vergoedingen voor de cliënten. Verder spreken twee respondenten eerder van een (zorg)kader, dan van een specifieke wetgeving.

Daarnaast werd in de nasleep van de specifieke wetgeving gevraagd of de respondenten net omwille van dit ontbreken een lastige situatie hebben ervaren. De meeste respondenten hebben hierdoor geen lastige situatie meegemaakt.

Eén respondent haalt een duidelijke situatie aan waarbij net door het ontbreken van een wettelijk kader, er problemen ontstonden. Deze situatie speelde zich af voordat de samenwerking met Aditi vzw plaatsvond:

(...) En die heeft dan wel de macht misbruikt eigenlijk dan met dan eigenlijk de controle op mij te sturen van de belastingen enzo wa van al van die dingen gestuurd he. Dus ja op die manier dus ik had altijd een kamertje eigenlijk in mijn huis die klaarstond voor met met een mas met een nagel met een manicuretafel enzo enal van die dingen ja echt voor de schijn op te wekken da ik dat daar deed. Dus als er iemand kwam van de controle dat ik dus ja ingericht was enzovoort maar ik deed het nooit he (lacht) ja [gemompel], das stom voor een ander he. Dus maar ja ik deed gewoon ja m'n privéwerk boven maar ja je ik moest altijd wel maken da je een beetje da je toch iets had dat euh das euh da je eigenlijk wel die nagels deed he. Gewoon omdat dat niet bestaat he da statuut ja.

Als laatste onderdeel binnen het juridische vlak werd bij de afname van de interviews gevraagd naar de begeleiding van Aditi vzw die opgelegd zou worden als voorwaarde door de rechter. Drie respondenten geven aan dat dit zich mogelijks al eens had voorgedaan. Desalniettemin kan dit niet met zekerheid gezegd worden:

Ja ja volgens mij bij die cliënt waar ik het net over had die dus tijdens die eerste lockdown weer de fout in is gegaan mijn euh de begeleidster had mij dus gevraagd een brief te schrijven en zij heeft die dan doorgestuurd naar de justitie-assistent en ik denk dus dat dat onderdeel probatie in da geval ik denk dat de dienstverlening dus inderdaad een voorwaarde was om hem eerder vrij te laten.

Interessant hierbij te vermelden: volgens de respondent van wie het citaat afkomstig is, is de patiënt in kwestie niet meer in de fout gegaan vanaf het moment dat de seksuele dienstverlening werd opgestart. Wanneer de dienstverlening noodgedwongen stop gezet moest worden omwille van Covid-19, was de patiënt terug hervallen.

Wanneer gevraagd werd naar de houding van de respondenten omtrent dit gegeven, geven de meeste respondenten aan dat dit een wenselijk gegeven kan zijn:

Ja kzou da wel goe vinden. Uiteindelijk kzou zeggen allee euh er zijn bepaalde dingen da de zegt ja ne rechter kan da bijvoorbeeld zeggen ja gij hebt dan bijvoorbeeld een werkstraf in een ziekenhuis of of of gelijk waar. Kvind ook da ne rechter zou moeten kunnen zeggen ja kijk Aditi bestaat, je hebt da gedaan, en nu moette gij een beg allee in begeleiding gaan bij Aditi.

Enkele respondenten voegen hier specifieke voorwaarden aan toe die mee in rekening gebracht dienen te worden. In de eerste plaats wordt het kostenplaatje naar voren geschoven:

(...) want wa kik ook wel merk is da wette zo'n dienstverlening kost ook wel iets he allee da kost ongeveer honderd euro en dan de de de verplaatsingskosten der nog bij. [...] Ja voor de mensen die dat dan zelf moeten bekostigen ja dan dan dan dan klopt da ook weer ni want allee stel zo iemand iemand in de probatiemaatregelen die uit een detentie komt ja die kunnen da zomaar ni he die moeten ook woonst zoeken die moet ook euh das allemaal ni zo simpel he krijgen daar geen die hebben daar geen spaarpotje voor he.

Als tweede vestigt een andere respondent de aandacht op de verantwoordelijkheid die hierdoor op de schouders van Aditi vzw terecht komt. Hiervoor zou erkenning en ondersteuning nodig zijn opdat de dienstverleners voldoende beschermd zouden worden. Als derde geeft een respondent mee dat voldoende informatie en duidelijkheid dient geschept te worden omtrent de dienstverlening in het kader van de groei van de patiënt, maar niet vanuit een dwang. Tot slot neemt één respondent een eerder twijfelachtige houding aan omwille van de libido remmende medicatie die opgelegd werd, waardoor de dienstverlening op een minder vlotte manier verliep:

Nee en dan moogt ge aan seksuele dienstverlening doen terwijl ja dat den boel maar half marcheert ja omwille van die spuit dan denk ik. Dus kvind da wa crue eigenlijk allee want ge moet dan een verhaal opbouwen me ne mens op da vlak terwijl dat hem ook een stuk lam gelegd wordt op da vlak he en oke daar is de afspraak van allee als hem daar ni in mee gaat kdenk dat da vooral op die spuit is he ni naar ni naar de dienstverlening toe.

Omtrent dit deelaspect heeft de contactname met de justitie-assistent die reeds heeft samengewerkt met Aditi vzw betrekking. Dit leidt tot volgende verduidelijking: wanneer aan een cliënt een interneringsmaatregel wordt opgelegd, kunnen hier voorwaarden aan verbonden zijn zoals de voorwaarde ‘*Met betrekking tot uw seksuele problematiek, u laten opvolgen door Aditi*’. Deze voorwaarde houdt dus een begeleiding door Aditi vzw in. Maar deze voorwaarde kan aan het dossier worden toegevoegd naar aanleiding van de informatie die het Openbaar Ministerie van de KBM ontving.¹⁶ Voorafgaand aan de uitspraak van het KBM, werd informatie verworven bij Aditi vzw om binnen een veilig kader seksuele betrekkingen te hebben. Er werd informatie verzameld omdat de patiënt zelf vragende partij was naar de begeleiding bij Aditi vzw. Met ander woorden: de seksuele dienstverlening werd niet opgestart door de KBM, maar kwam naar voor uit de bevraging van de cliënt zelf. De opvolging door Aditi vzw was vermeld in de voorwaarden bij de patiënt, maar er werd geen specifieke melding gemaakt van de seksuele dienstverlening.

1.4. Contextueel vlak

Naast de situering van de noden en behoeften op het juridische vlak, worden deze tevens gedefinieerd wanneer gekeken wordt naar de context van de dienstverlening. Bij twee respondenten vond de dienstverlening plaats binnen de instelling van de patiënt zelf. Zoals weergegeven in tabel 2, vindt de dienstverlening bij de overige respondenten plaats op hotel of bij de forensisch psychiatrische patiënt thuis. Respondent twee heeft een aparte ruimte voorzien bij de eigen woning die aangepast is aan de tantra-massages.

De voornaamste ongemakken die aangehaald worden bij de dienstverlening buiten de instelling zijn het tijdverlies (de verplaatsingen die gemaakt dienen te worden door zowel de patiënt als de dienstverlener), de extra kost voor de patiënt wanneer gekozen wordt voor een hotelkamer en het ontbreken van begeleiding. Dit laatste heeft enerzijds betrekking op de begeleiding van de patiënt, waarbij de respondent aanhaalt dat er te weinig geluisterd zou worden naar wat de patiënt zelf wil. Anderzijds ontbreekt voor de respondent een begeleider die aanwezig was bij de patiënt thuis om het verloop in goede banen te leiden.

¹⁶ De KBM maakt deel uit van de strafuitvoeringsrechtbanken (SURB) van de rechtbank van eerste aanleg en is bevoegd voor de uitvoering van internering die werd uitgesproken door de onderzoeks- en vonnisgerechten (Beaucourt, 2018, p. 5).

Tabel 2. Plaats seksuele dienstverlening

Plaats van de dienstverlening	Respondenten
In de instelling	Respondent 1, respondent 6
Op hotel	Respondent 1, respondent 3
Bij de patiënt thuis	Respondent 1, respondent 4, respondent 5, respondent 7
Bij de respondent thuis	Respondent 2

Wanneer de tevredenheid over de dienstverlening binnen de instelling zelf werd nagegaan, zijn de twee respondenten over het algemeen tevreden, omdat voldoende rekening gehouden wordt met de eisen van de dienstverlener, zoals bijvoorbeeld de hygiëne. Dit in combinatie met een goede communicatie, leidt tot een efficiënte dienstverlening. Desalniettemin haalt een respondent aan dat de werkomstandigheden binnen de instelling niet altijd aan de wensen voldeden. Zo is er binnen vele voorzieningen geen aparte ruimte voorzien om de dienstverlening te laten doorgaan, waardoor de dienstverlening bijvoorbeeld plaatsvond in een bijgebouwtje. Daarnaast geven beide respondenten aan tevreden te zijn over de houding van de instelling naar de dienstverlening toe:

Goh das veel verbeterd zeer verbeterd ja dankzij ook de jongere generaties nu he. Euhm ze staan daar meer voor open ja natuurlijk ja this meer van hunnen tijd ook ge voelt ook die oudere generaties gaan daaruit die der der gaan der nog altijd wel bij zitten die een beetje euh ja terughoudend zijn en die u bekijken van allee wa doe gij nu maar ik trek me da ni aan ik benne kik euh aan mij gaan ze da ni zien als kik binnenwandel da kik da doe (...)

Toch kan het gebeuren dat sommige voorzieningen het liefst de dienstverlening in de verborgenheid laten doorgaan: “(...) Das zo ja ik zeg het dikwijls he moest ik kunnen ik onder de grond in de kamer binnen komen en onder de grond weer verdwijnen, awel da was ideaal in sommige voorzieningen is da wel ahzo. (...)” Het terugkerend ongemak dat verbonden is/was aan de dienstverlening binnen de instelling betreft voornamelijk het financiële aspect. Hierbij diende de betaling van de dienstverlening achter de rug van de familie om te gebeuren.

Tabel 3 geeft weer wat respondenten nodig achten opdat ze zich veilig zouden voelen bij de dienstverlening. Twee respondenten vinden het belangrijk dat zij de ruimte zelf kunnen afsluiten, tevens in het kader van hun privacy tijdens de dienstverlening. Twee andere respondenten geven aan zich veilig te voelen door voorafgaande screening van Aditi vzw. Daarnaast wensen drie respondenten een noodknop in de ruimte van de dienstverlening. Alsook prefereren drie respondenten een telefoon op de kamer en/of telefoonnummer van iemand binnen de instelling.

Tabel 3. Noden en behoeften inzake veiligheid

Noden en behoeften veiligheid	Respondenten
Ruimte zelf kunnen afsluiten	Respondent 1, respondent 4
Filter door Aditi vzw	Respondent 2, respondent 5
Noodknop/alarmknop	Respondent 1, respondent 3, respondent 7
Telefoon/nummer instelling	Respondent 1, respondent 3, respondent 6

Vervolgens werd gepeild naar het respecteren van de privacy van zowel de patiënt als de dienstverlener. De meeste dienstverleners opereren onder een andere naam, een schuilnaam, om zo de eigen identiteit te beschermen. Daarnaast wordt bij de meeste respondenten de privacy gerespecteerd. De maatregelen die hiervoor worden opgesteld naast de bescherming van Aditi vzw, betreffen niet alleen het gebruik van een valse naam, ook worden de dienstverleningen contant betaald en wordt geen telefoonnummer gegeven. Desalniettemin geven drie respondenten enkele situaties weer waarbij de privacy niet werd gerespecteerd (buiten de dienstverlening met de forensisch psychiatrische patiënt). Zo werd een respondent reeds gestoord tijdens de dienstverlening toen een verpleegkundige de ruimte betrad. Overigens vertelt een respondent dat een patiënt de dienstverlener had gevonden op het internet, alsook de kinderen. Tot slot is een andere respondent reeds gestalkt geweest door een patiënt uit een inrichting.

Naast de privacy, werd tevens nagegaan in hoeverre de hygiëne in acht werd genomen bij de seksuele dienstverlening. Al de respondenten dragen de hygiëne hoog in het vaandel. Bij de meeste respondenten wordt de hygiëne dan ook in acht genomen bij de dienstverlening en hebben zich geen problemen voorgedaan.

Door onder andere een douchemogelijkheid, een sanitair en propere lakens te voorzien, kunnen de instellingen de dienstverleners hierin ondersteunen. Twee respondenten halen enkele situaties aan waarbij de hygiëne te wensen overliet. Zo zal de eerste respondent op een ludieke manier de cliënt er attent op maken wanneer de hygiëne thuis niet in orde is. De tweede respondent stelt dat in sommige instellingen wel rekening wordt gehouden met de hygiëne, maar dit bij andere instellingen minder het geval is.

Verder werd aan de respondenten gevraagd hoe zij een ruimte zouden inrichten binnen bijvoorbeeld een psychiatrisch ziekenhuis waar de dienstverlening zou plaatsvinden. Een sterk terugkerend aspect betreft de ‘gezelligheid’ van de ruimte en het behouden van een ‘gewone kamer’. Hierbij komen volgende aspecten geregeld terug: een bed, douchemogelijkheid, handdoeken, een tafel met stoelen of een zetel (in het kader van het eerste verkennend gesprek tussen de dienstverlener en de patiënt), de gelegenheid om iets te kunnen drinken en de mogelijkheid om het licht te verduisteren. Daarnaast vindt een respondent het ook belangrijk dat er plaats wordt voorzien om de eigen spullen, zoals kledij, netjes te kunnen opbergen. Eén respondent voegt toe dat in het kader van de dienstverlening met een forensische patiënt, gedacht kan worden aan een intercom of een alarmknop.

Tot slot werd bij de respondenten nagegaan wat zij nodig achten opdat de dienstverlening binnen de forensische setting op een correcte manier zou verlopen. Twee respondenten hebben hier geen toevoeging bij en blikken op een positieve manier terug naar de dienstverlening met de forensisch psychiatrische patiënt. De overige vijf respondenten gaven nog enkele aanbevelingen. De eerste respondent benadrukt de ruimte voor de dienstverlening in functie van de forensisch psychiatrische patiënt zodat deze extra uitnodigend is en op zijn beurt de dienstverlening aangenamer maakt. De tweede respondent antwoordt dat er nog veel ruimte voor verbetering is waarbij meer afspraken dienen gemaakt te worden met al de betrokken partijen, namelijk de bewindvoerder, de justitie-assistent, de psychiatrische begeleiding, Aditi vzw en de dienstverleners zelf. Wanneer dan iets zou foutlopen of er ontstaat ongerustheid, dan kan afgesproken worden hoe hiermee dient omgegaan te worden.

De derde respondent stelt dat het netwerk rond de patiënt meer betrokken moet worden, zoals de justitie-assistent en de (psychologische) begeleiding:

(...) euh der moet ni noodzakelijk in worden teruggekoppeld wat er gebeurd maar als het misgaat kunt ge wel terugkoppelen en zou ik ook bijvoorbeeld naar die justitie-assistent kunnen terugkoppelen of naar de psychologische begeleiding zodanig da kan opgenomen worden met die cliënt om dat het ni gaat over gij hebt iets mis gedaan maar wel over ge zijt kwetsbaar en hier ligt u kwetsbaarheid. Allee das voor mij zo belangrijk om da te kunnen terugkoppelen zo kunt ge mensen bijsturen denk ik (...)

1.5. Psychologisch vlak

Als laatste worden de noden en behoeften die zich richten op het psychologische vlak weergegeven. Al de respondenten geven aan goed op de hoogte te zijn van de forensisch psychiatrische setting waarin de persoon verkeert/verkeerde. Dit wordt mogelijk gemaakt doordat Aditi vzw een duidelijke briefing bezorgt aan elke dienstverlener inzake zijn of haar patiënt. Daarenboven wenst niet elke dienstverlener de forensische achtergrond van de patiënt te kennen, namelijk twee respondenten vinden dit niet noodzakelijk. De overige vijf respondenten wensen de forensische achtergrond wel te weten, maar benadrukken dat niet alle details vermeld moeten worden. De eerste reden die hiervoor wordt gegeven, heeft betrekking op het leren kennen van de persoon, zodat de dienstverlener zich kan plaatsen in zijn of haar situatie. Hiermee samenhangend wenst de tweede respondent de achtergrond te kennen zodat men zich kan inleven in de situatie van de patiënt. De tweede reden heeft betrekking op de veiligheid van de dienstverlener. Door de kwetsbare positie waarin de respondent zich bevindt bij de dienstverlening in een afgeschermd omgeving. Bij de derde reden wordt de focus gelegd op de patiënt, omdat de dienstverlener kan inschatten hoe de patiënt in bepaalde situaties zal reageren. De vierde en laatste reden richt zich tevens op het feit dat de dienstverlener voorbereid is bij aanvang van de dienstverlening:

(...) Nee ik wil het wel weten want als je iets ni weet kan je daardoor overvallen worden en stel dus da je het ni weet en euh je bent daar de eerste voor een dienstverlening en die cliënt die vertelt erover en als je daar ni op voorbereid bent kan je daar misschien best wel van schrikken en da zijn ook dingen het is ja het is fijner als je het gewoon weet van tevoren (...)

Hierna werd nagegaan in hoeverre de achtergrond van de forensisch psychiatrische patiënt invloed kan uitoefenen op de dienstverlening. Twee respondenten zijn van mening dat deze informatie wel invloed kan hebben op de dienstverlening. Daarenboven vinden deze twee respondenten dat de forensische achtergrond van een zedenpleger ook invloed kan uitoefenen op de dienstverlening. De eerste respondent antwoordt dat de invloed op de dienstverlening bij de forensisch psychiatrische patiënt zich vertaalt in het gegeven dat de respondent beter het gedrag van de patiënt kan inschatten en hierop kan anticiperen:

Euh en hoe ga ik dat aanpakken en en allee als ge weet dat dat iemand is die vree snel in paniek schiet of ni veel allee of zeer stressgevoelig is of ah ja what ever allee je stelt uw dienstverlening daarop af van hoe begin je daaraan.

Op deze manier kan de dienstverlening zich voorbereiden op een *worst case scenario*. Deze respondent haalt ook aan dat hij of zij twee keer zou moeten nadenken wanneer bijvoorbeeld een verkrachter zich zou aanmelden voor de dienstverlening. De respondent denkt in de eerste plaats aan de eigen veiligheid, waarbij nooit geweten is in welke context men terecht komt. De tweede respondent heeft een iets andere kijk op de invloed van de forensische achtergrond op de dienstverlening waarbij deze informatie zou kunnen helpen om een betere dienstverlening te voorzien:

We zijn euh ja anders ga je misschien dingen fout doen en lokt ge bijvoorbeeld agressie uit door bepaalde verkeerde handelingen en en da kunde dan voorkomen omda ge al op de hoogte zijt op voorhand en da vind ik wel heel belangrijk. Ik blijf erop hameren die communicatie op voorhand is vree belangrijk in die feedback dat ik krijg dat is mijn eigenlijk mijn werkingspunt daarmee ga ik naar de patiënt da ik hou dat in mijn achterhoofd van kijk dat en dat en dat da hoeft ni veel te zijn he maar da da zijn hulpmiddelen om te weten hoe da ge u moet ja ja zelf instellen he ja.

Deze respondent stelt dat de achtergrond van een zedenpleger invloed zou hebben op de dienstverlening, in die zin dat de respondent continu alert zou zijn en ergens een angst zou koesteren omdat niet geweten is waarom de persoon in kwestie zou overgegaan zijn tot bepaalde delicten. De overige vijf respondenten geven aan dat zowel de achtergrond van een forensisch psychiatrische patiënt, als de achtergrond van een zedenpleger geen invloed hebben op de dienstverlening.

Volgens een respondent hangt de seksualiteit niet af van wat de persoon in kwestie gedaan heeft. Hierbij aansluitend vindt een tweede respondent dat iedereen een tweede kans verdient. Een derde respondent vindt dat de dienstverlening vrij moet zijn van oordelen, van beoordelingen en etiketten. Bovendien treedt de screening door Aditi vzw terug, wat ook werd aangehaald door een vierde respondent:

En of dat dat nu een veelpleger is of ni euh this natuurlijk iets heel moeilijk en ik weet seksuele delinquenten euh ja dat dat enorm moeilijk is om om om daar ooit vanaf te geraken maar euh goed ge moet blijven geloven eigenlijk en 't feit dat euh euh dat er groen licht is vanuit de instelling en dan dat dat ook Aditi euh op huisbezoek geweest is dat er daar ook nog ne keer een filtering gebeurd is ja en als er dan groen licht is dan moete vooruit he punt zo simpel is da.

De vijfde respondent vertelt dat hij/zij de persoon niet gaat aanspreken op zijn/haar gepleegde delicten en het dus geen belemmering vormt voor de dienstverlening.

Vervolgens werd gevraagd in hoeverre een taboe heerst over de seksuele dienstverlening bij de forensisch psychiatrische patiënt. De respondenten waren het hier unaniem over eens dat het taboe hieromtrent sterk aanwezig is:

Ja ik denk dat da nog groter is want ik denk da mensen gewoon heel erg hebben van luister die man die heeft een een misdrijf euh euh gepleegd een seksueel mis euh drijf en dan ga je hem nog belonen ook. Ik denk dat die gedachte heel erg veel heerst bij de bij de mensen die die die der ni in thuis zijn. Ik denk dat die gedachte overheerst van je beloont dan toch iemand door hem gewoon seks te geven?

Drie van de zeven respondenten vinden dat het taboe invloed heeft op de dienstverlening. De eerste respondent geeft aan dat dit mogelijks onrechtstreeks toch invloed heeft gehad doordat de sector onbekend was voor de dienstverlener. De uiteindelijke stap naar de dienstverlening werd gezet omdat de respondent van mening is dat iedereen recht heeft op persoonlijke groei en op zorg. De overige twee respondenten vinden dat door het taboe, zowel de dienstverlening als de job van dienstverlener, in de verborgenheid moet plaatsvinden: “Ja in die zin van voor mij heeft het dus echt ja ik in die zin van ja wak al zei de buitenwereld weet ni dat ik dit werk doe (...)”.

Verder heeft iedere respondent aangegeven wat nodig zou moeten zijn om het taboe rond de seksuele dienstverlening binnen de forensische setting te doorbreken. Zo focusten twee respondenten zich hierbij op de begeleiding binnen bijvoorbeeld de psychiatrische centra, waarbij het wenselijk zou zijn dat de begeleiding een open houding zou aannemen naar de dienstverlening toe. Deze open houding zou kunnen ontstaan door een specifieke opleiding of bijscholing inzake de seksuele dienstverlening, zodat duidelijk gemaakt kan worden dat de dienstverlening niet hetzelfde is als prostitutie:

(...) Als zij voelen dan van hunne kant ook van dat dat dan nadien die persoon in kwestie dan euh rustiger is en een beetje aangenamer is gaat da voor hunder ook vruchten allee (...)da gaat voor hunder ook euh misschien een gemakkelijker naald zijn of misschien een spuitje of een pilleke minder moeten geven (...)

Twee andere respondenten trachten het taboe te doorbreken door de seksuele dienstverlening meer in de media aan bod te laten komen. Hierbij kan gedacht worden aan talkshows waarbij veel mensen bereikt worden. Daarnaast werd het voorstel opgebracht om de seksuele dienstverlening meer te laten opnemen in verschillende opleidingen. Op deze manier komt het onderwerp al op vroegere leeftijd ter sprake. Een vijfde respondent stelt dat het taboe doorbroken kan worden door meer informatie omtrent de dienstverlening te verspreiden. Ook stelt een zesde respondent voor om een experiment op te zetten waarbij nagegaan wordt wat nodig is binnen bijvoorbeeld een instelling om het taboe te doorbreken. Binnen dit experiment zou een opleiding of vorming gegeven worden over forensisch psychiatrische patiënten, waarbij vervolgens samen met een dienstverlener gekeken wordt naar de vraag naar seksuele dienstverlening binnen die instelling. Tot slot benadrukt de laatste respondent dat Aditi vzw reeds tracht de seksualiteit bij alle mensen, dus ook de mensen die zorgbehoevend zijn, bespreekbaar te maken.

Wanneer gevraagd werd naar het beeld van de respondenten over de forensisch psychiatrische patiënten, hebben vijf respondenten een positief beeld, en twee respondenten nemen een eerder neutrale houding aan.

Vaak wordt aangehaald dat de forensisch psychiatrische patiënt een mens is zoals een ander waarbij naar de achtergrond dient gekeken te worden:

Ja da zijn mensen die pech gehad hebben he die omwille van allee in mijn beleving die omwille van nen problematiek waar da ze misschien weinig zelf kunnen aan doen o of ja iets stoems gedaan hebben punt allee euhm ja ja iets stoems gedaan hebben vanuit ja en eigenlijk kunnen ze er ni aan doen of of ja.

Bij een van deze vijf respondenten is het beeld over de forensisch psychiatrische patiënt veranderd na de seksuele dienstverlening. Door de achtergrond te leren kennen van de patiënt, is meer begrip ontstaan voor de persoon in kwestie. Bij de twee respondenten die een neutrale houding aannemen, geeft de eerste respondent toe dat door te weinig ervaring met deze doelgroep, er (nog) geen beeld gevormd kan worden. De tweede respondent heeft daar noch een slecht, noch een goed beeld van. Deze respondent vertelt dat het beeld omtrent de forensisch psychiatrische patiënt zou kunnen veranderen als gevolg van de dienstverlening, indien bijvoorbeeld agressief gedrag gesteld wordt.

Wanneer aan de cliënten werd voorgelegd dat binnen de maatschappij het idee leeft dat wanneer iemand anderen fout benaderd heeft, de persoon in kwestie eigenlijk geen recht meer heeft op seksualiteit, antwoorden de meeste respondenten dat dit idee geen invloed heeft op hun denken en handelen. De respondenten benadrukken het recht op seksualiteit en intimiteit. Wanneer men deze rechten zou verbieden, zou dit volgens de respondenten kunnen leiden tot hervat. Echter geven twee respondenten aan dat hun houding hieromtrent zou kunnen afwijken bij personen die een verkrachting hebben gepleegd. Slechts één respondent ervaarde wel een tweestrijd toen hij of zij met vrienden praatte over de dienstverlening met de forensisch psychiatrische patiënt. De reactie die hierbij ontstond, was als volgt: “Da gade toch ni doen zeker?”. Ondanks de druk die de respondent ervaart vanuit de maatschappij, werd de beslissing genomen om de dienstverlening aan te gaan, vanuit het idee dat de persoon het recht heeft om zorg te krijgen.

Verder verschilt voor vier van de zeven respondenten de dienstverlening bij een forensisch psychiatrische patiënt tegenover de dienstverlening bij een reguliere patiënt.

Voor de eerste respondent focust de dienstverlening bij de forensisch psychiatrische patiënt meer op de seksuele daad zelf en minder op het knuffelen en het voorspel. Een tweede respondent stelt dat reguliere patiënten meer nood hebben aan seksualiteit, dat er sprake is van een recht op seksualiteit dat ingevuld moet worden. Bij een forensisch psychiatrische patiënt zou eerder sprake zijn van een disfunctioneren in de seksualiteit, omdat dit een ander vertrekpunt vormt waardoor de dienstverlening zich moet inzetten op de kwetsbaarheid van de patiënt. Volgens de derde respondent wordt meer tijd geïnvesteerd in de dienstverlening om de forensisch psychiatrische patiënt opnieuw op het rechte pad te krijgen. De vierde respondent voegt als laatste verschil toe dat naast de aanwezigheid van de strafbare feiten, er bovendien rekening gehouden moet worden met bijvoorbeeld agressie.

Vervolgens geven twee respondenten aan angstgevoelens te hebben ervaren bij de dienstverlening. In de eerste plaats ontstond deze angst door de dreiging van de patiënt uit, in combinatie met het gegeven dat de dienstverlener niet direct de ruimte kan verlaten. In de tweede plaats wordt de angst veroorzaakt door de forensische achtergrond van de patiënt en door het weinig vertrouwd zijn met forensisch psychiatrische patiënten. Daarnaast vertelt een andere respondent dat de angst werd weggenomen door de filters die Aditi vzw heeft bij de screening van de patiënten. Dit wordt ook bevestigd door een respondent die geen angst ervaart:

(...) kga der ook ergens vanuit van alst er ook maar een risico bestaat dat iets ni veilig zou zijn of da wordt als onveilig ingeschat ja sorry maar dan zal er geen vraag komen tot bij mij naar ziedet zitten met diene cliënt. Allee dan ga ik ervan uit dat Aditi dan wel den buffer is vanuit hunnen intake.

De laatste interviewvragen hadden betrekking op de nood aan begeleiding, vorming en een klachtloket. Als eerste ervaren vier respondenten de nood aan begeleiding tijdens de seksuele dienstverlening. Deze begeleiding wordt voornamelijk teruggevonden bij Aditi vzw en zou vooral belangrijk zijn voor nieuwe dienstverleners. Een van deze respondenten acht de begeleiding pas nodig wanneer de dienstverlener iets niet kan plaatsen of opgelost krijgt, of wanneer men zich zorgen maakt over de patiënt.

De drie overige respondenten hebben geen nood aan begeleiding tijdens de dienstverlening, waarbij één van deze respondenten de intervisies georganiseerd door Aditi vzw belangrijk acht. Tijdens deze intervisies worden casussen besproken en ervaringen gehoord van andere dienstverleners die zouden kunnen helpen om een breder beeld te krijgen van de dienstverlening.

Ten tweede hebben vier respondenten nood aan begeleiding na de dienstverlening. Hierbij verwijzen twee respondenten naar een buddy-systeem dat wordt gehanteerd binnen Aditi vzw, waarbij de dienstverleners onderling een buddy vormen voor elkaar. Deze buddy's zijn ertoe gesteld met elkaar te bellen of te sms'en, daar ondersteuning nodig is. De overige respondenten achten de begeleiding na de dienstverlening niet nodig. Zo stelt één van deze respondenten dat er geen begeleiding nodig is, maar eerder feedback omtrent de patiënt. De dienstverlener vindt het aangenamer om feedback te krijgen naar de volgende dienstverlening toe.

Ten derde geven zes van de zeven respondenten aan nood te hebben aan een vorming omtrent forensisch psychiatrische patiënten. Hierbij wordt de vraag gesteld om de resultaten van voorliggend onderzoek te komen presenteren voor de dienstverleners. Na afloop van voorliggend onderzoek zal gehoor worden gegeven aan deze vraag om in de toekomst de resultaten toe te lichten aan de seksuele dienstverleners van Aditi vzw. Voor één respondent wordt de vorming als wenselijk beschouwd, maar wegens het kostenplaatje dat eraan verbonden is en het tijdstip van de vorming, zijn deze voor hem of haar minder wenselijk, aangezien de respondent nog een voltijdse job beoefent. Indien de vormingen laagdrempeliger zouden plaatsvinden en buiten de werkuren, zou de respondent hier voorstander van zijn. Slechts één respondent acht de vormingen niet per se nodig omdat deze respondent afkomstig is uit de zorgsector en reeds kennis heeft ontwikkeld als gevolg van de ervaring binnen de dienstverlening.

Als laatste geeft geen enkele respondent aan nood te hebben aan een apart klachtenloket. De meeste respondenten geven aan dat ze terecht kunnen bij Aditi vzw. En één respondent zou aangifte doen bij de politie.

De politie is 24 uur op 24 toegankelijk, in tegenstelling tot een loket dat zich zou beperken tot bepaalde openingsuren. Bovendien wordt bij een aangifte iets op papier gezet, zodat, indien er nog problemen zouden optreden, deze opgevolgd kunnen worden.

1.6. Behoeften van de forensisch psychiatrische patiënt volgens de seksuele dienstverleners

Voorts werd aan de respondenten gevraagd of de seksuele dienstverlening bij forensisch psychiatrische patiënten eerder deel uitmaakt van een begeleidingstraject, dan wel focust op de beleving van seksualiteit *an sich*. Vijf respondenten stellen dat de seksuele dienstverlening bij de forensisch psychiatrische patiënt zowel onderdeel is van een begeleidingstraject als de beleving van seksualiteit op zich. De seksualiteitsbeleving zou volgens één van deze vijf respondenten kunnen bijdragen aan de persoonlijke groei, en bij de begeleiding wordt ingezet op de kwetsbaarheid van deze seksualiteit. Een andere respondent stelt dat de seksuele dienstverlening niet enkel de beleving is van seksualiteit, maar ook het leren beleven ervan en het leren wat seksuele handelingen inhouden. Twee van de zeven respondenten vinden dat de seksuele dienstverlening eerder onderdeel uitmaakt van een begeleidingstraject waarbij de dienstverlening niet als iets eenmaligs wordt aanzien, maar er samen met de patiënt een weg afgelegd moet worden.

DEEL 5: Discussie

In de discussie worden de onderzoeksresultaten teruggekoppeld aan de geraadpleegde wetenschappelijke literatuur. Dit leidt tot een antwoord op de opgestelde onderzoeksvraag. Als eerste volgt een beschrijving van de noden en behoeften van de seksuele dienstverleners inzake de forensische psychiatrie op juridisch, contextueel en psychologisch vlak. Als tweede wordt het wettelijk kader inzake de doorverwijzing naar de seksuele dienstverlening beschreven.

1. Noden en behoeften seksuele dienstverleners

De onderzoeksvraag peilt naar de noden en behoeften van de seksuele dienstverleners binnen de forensische psychiatrie. Zoals de structuur van de deelvragen aangeeft, worden de noden en behoeften weergegeven op respectievelijk juridisch, contextueel en psychologisch vlak.

1.1. Juridische noden en behoeften

Inconsistent met de wetgeving waar seksuele dienstverlening gelijk wordt gesteld aan prostitutie, haalt iedere respondent duidelijke verschilpunten aan tussen beide (Vermeulen & Neelen, 2018, p. 317). Als eerste benadrukken vier respondenten dat de seksuele dienstverlening zich kenmerkt door het verzorgende aspect, het zorgprofiel. Het tweede verschil is volgens twee respondenten te vinden bij het aspect 'luisteren'. Aansluitend hierbij wordt als derde verschil aangehaald dat prostitutie zich hoofdzakelijk kenmerkt als enkel seks, in tegenstelling tot de dienstverlening, waarbij patiënten soms gewoon nood hebben aan een knuffel of een babbel. Ten vierde wordt het aspect inzake 'geld' aangehaald als een belangrijk verschil, daar het geld niet de doorslaggevende drijfveer is bij de seksuele dienstverlening. Dit hangt samen met het aangeven van duidelijke grenzen waarbij het geld binnen de prostitutie in relatie zou staan met het opstellen van deze grenzen. Dit zou tot gevaarlijke situaties leiden, wat meteen het vijfde verschilpunt maakt. De seksuele dienstverlening speelt zich namelijk af binnen een veilige context, waarbij de dienstverlener wordt ondersteund vanuit een netwerk zoals Aditi vzw.

Vervolgens neemt het creëren van een band met de patiënt een belangrijke plaats in bij de dienstverlening. Dit in tegenstelling tot auteurs Taelman et al. (2017), die stellen dat seksuele dienstverlening van Aditi vzw treffende overeenkomsten kent met de Prostitutiewetgeving. Al de bevroagde dienstverleners hebben nood aan een wettelijke regeling inzake de seksuele dienstverlening. De meerderheid van deze personen acht een specifieke wetgeving nodig waarbinnen de seksuele dienstverlening wordt geregeld en beschermd. Desalniettemin meldt één persoon dat het opstarten van een juridisch kader er mogelijk voor kan zorgen dat hij of zij stopt met de seksuele dienstverlening. Deze respondent verklaart dat het ontbreken van een juridisch kader ervoor zorgt dat de seksuele dienstverlening geheim blijft naar onder andere de collega's toe.

Voorts wordt gekeken naar het seksualiteitsbeleid binnen de forensische instellingen. Net zoals in de studie van Tiwana et al. (2016) en consistent met het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek (2017), is er nood aan een geïntegreerd seksualiteitsbeleid. Dit komt tevens overeen met het Referentiekader forensische geestelijke gezondheidszorg, waarin een wettelijk initiatief omtrent de interne rechtspositieregeling met onder andere een beleid inzake de seksualiteitsbeleving – specifiek voor de forensische setting – uitgewerkt moet worden (Agentschap Zorg & Gezondheid, 2018).

Tot slot achten de meeste respondenten het wenselijk dat een begeleiding door Aditi vzw opgelegd zou kunnen worden als voorwaarde in justitiële context. Consistent met de bevraging van de justitie-assistent, die in contact stond met Aditi vzw, kan het KBM aan deze uitvoeringsmodaliteiten geïndividualiseerde bijzondere voorwaarden koppelen.¹⁷

1.2. Contextuele noden en behoeften

Slechts bij twee van de zeven respondenten vond de dienstverlening plaats binnen de instelling van de patiënt. Veel instellingen hebben geen aparte ruimte voorzien waar de dienstverlening zou kunnen plaatsvinden. Dit stemt overeen met de bevindingen uit het onderzoek van Di Lorito et al. (2020).

¹⁷ Art. 34 en 37 Wet betreffende de internering 5 mei 2014, *BS* 9 juli 2014.

Ook zou volgens het Strafwetboek het beschikbaar stellen van een ruimte met het oog op prostitutie, strafbaar gesteld worden.¹⁸ Maar volgens de studie van Happe et al. (2007) zou het beschikbaar stellen van een ruimte toch geen probleem vormen wanneer de seksuele dienstverlening ofwel op de eigen kamer ofwel in een aparte kamer georganiseerd wordt, waar bovendien geen extra kosten voor worden aangerekend. Verder zijn beide respondenten tevreden over de dienstverlening binnen de instelling omdat voldoende rekening wordt gehouden met de eisen van de dienstverlener, alsook dankzij het gebruik van goede communicatie. Daarenboven zijn beide respondenten tevreden over de houding van de instelling naar de dienstverlening toe. Desalniettemin heeft één respondent het gevoel dat sommige voorzieningen het liefst de dienstverlening in alle verborgenheid zouden willen laten doorgaan.

Jeandarme et al. (2020) stellen dat patiënten binnen de *high security* forensische psychiatrie een hoog risicoprofiel hebben, waardoor zij nood hebben aan een hoge mate van beveiliging (materiële, procedurele en relationele beveiliging). Dit komt enigszins overeen met de behoefte aan veiligheid die de seksuele dienstverleners ervaren. Volgende aspecten worden daarom als nodig geacht opdat de respondenten zich veilig zouden voelen. Als eerste willen twee respondenten de ruimte zelf kunnen afsluiten. Ten tweede wensen drie respondenten een noodknop in de ruimte waar de dienstverlening zou plaatsvinden. Als derde prefereren drie respondenten een telefoon op de kamer en/of het telefoonnummer van iemand binnen de instelling. Tot slot geven twee respondenten aan zich reeds veilig te voelen daar Aditi vzw een strenge screening doorloopt bij iedere patiënt.

Voorts geven de meeste respondenten aan dat hun privacy gerespecteerd wordt. De privacy vormt een van de centrale aandachtspunten van Aditi vzw (2020b). Niettemin schetsen drie respondenten enkele situaties waarbij de privacy in het verleden niet werd gerespecteerd. Hierbij dient opgemerkt te worden dat deze situaties zich niet afspelen bij de forensisch psychiatrische patiënt. Bij iedere respondent wordt de hygiëne hoog in het vaandel gedragen. Twee respondenten geven enkele situaties aan waarbij de hygiëne even te wensen overliet. Hoe dan ook werden deze situaties recht gezet.

¹⁸ Art. 380, §1 Strafwetboek 8 juni 1867, BS 9 juni 1867.

Volgende zaken worden als nodig ervaren binnen de ruimte van de dienstverlening. In de eerste plaats opteren de respondenten voor een gezellige kamer. In de tweede plaats dienen volgende zaken aanwezig te zijn: een bed, douchemogelijkheid, handdoeken, tafel met stoelen of een zetel, de gelegenheid om iets te drinken, een plaats om de eigen spullen op te bergen en de mogelijkheid om het licht te verduisteren. Als laatste kan bij de dienstverlening aan een forensisch psychiatrische patiënt gedacht worden aan een intercom of alarmknop.

In het kader van de dienstverlening bij specifiek forensisch psychiatrische patiënten wijzen twee respondenten op het ontbreken van een uitgebouwd netwerk rond de dienstverlening waarin de betrokken partijen (zoals de justitie-assistent, de bewindvoerder, de psychiatrische begeleiding, Aditi vzw et cetera) met elkaar in contact staan.

1.3. Psychologische noden en behoeften

De respondenten rapporteren goed op de hoogte te zijn van de forensische setting waarin de patiënt verkeert/verkeerde. De meerderheid van deze respondenten wensen de forensische achtergrond te kennen, de overige twee respondenten achten dit niet noodzakelijk. Dit wordt bevestigd door de literatuur, waar bepaalde achtergrondkenmerken (zoals de diagnose, middelenafhankelijkheid, geweldsdelicten en/of (agressief) seksuele delicten) invloed hebben op de verdere begeleiding van de patiënt (Goethals et al., 2015; Schel et al., 2016). Volgens Goethals et al. (2015) leiden antisociale-persoonlijkheidsstoornissen en psychopathie tot een hoger recidiverisico, waardoor dit implicaties heeft voor verdere behandeling. Uit internationaal onderzoek blijkt dat patiënten met zowel een psychiatrische stoornis als een verstandelijke beperking moeilijker vooruitgang boeken in hun forensisch zorgcircuit (De Smet et al., 2013). Volgens De Smet et al. (2013) hebben deze patiënten meer nood aan een intensievere behandeling. Dus daar waar de achtergrond van de patiënt invloed heeft op de behandeling, kan de achtergrond ook van belang zijn in de context van de seksuele dienstverlening. Dit komt overeen met het, in de literatuur beschreven, responsiviteitsprincipe binnen het RNR model waarbij de behandeling afgestemd moet zijn op de mogelijkheden van de patiënt (Andrews et al., 2001; Van Horn et al., 2016).

In de context van de seksuele dienstverlening kan door de (forensische) achtergrond van de patiënt te kennen, de seksuele dienstverlening afgestemd worden op de noden en behoeften van deze patiënt.

Net zoals Vanwesenbeeck (2009) stelt, bevestigen alle respondenten dat een sterk taboe aanwezig is omtrent de seksuele dienstverlening bij forensisch psychiatrische patiënten. Net als in de literatuur, vinden drie van de zeven dienstverleners dat dit taboe invloed heeft op hun dienstverlening (Miyuki, 2009). Eén respondent geeft aan dat het taboe onrechtstreeks invloed heeft op de dienstverlening. De twee overige respondenten vinden dat door het taboe, hun job in de verborgenheid plaatsvindt. Deze bevinding komt overeen met de Prostitutiewetgeving, waar het zich kenbaar stellen als prostituee strafbaar is.¹⁹ Hierdoor moet de seksuele dienstverlener discreet opereren in zijn of haar activiteiten (Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 2017). De respondenten achten volgende acties nodig om het taboe te doorbreken. Als eerste dient de begeleiding in de psychiatrische centra een open houding aan te nemen naar de dienstverlening toe. Door specifieke opleidingen en bijscholingen te organiseren omtrent de seksuele dienstverlening, kan het onderscheid met prostitutie duidelijk gemaakt worden. Dit werd bevestigd door Tiwana et al. (2016), daar het ontbreken van een seksualiteitsbeleid ervoor zorgt dat beslissingen hieromtrent op de schouders van de instellingen en hun medewerkers berusten. Hierbij zouden de persoonlijke waarden van de instellingen en hun medewerkers naar voren treden in plaats van de professionele waarden (Tiwana et al., 2016). Dit bekrachtigt het voorstel van de respondent om in te zetten op de houding van de medewerkers binnen een instelling. Als tweede kan de seksuele dienstverlening opgenomen worden als onderdeel binnen verscheidene opleidingen. Ten derde is het misschien aangewezen om de media te betrekken in de sensibilisering van de seksuele dienstverlening. Tot slot stelt een respondent voor een experiment op te zetten waarbij nagegaan wordt wat nodig is binnen een instelling om het taboe te doorbreken.

De meeste respondenten ervaren het *dual role problem*, dat beschreven staat in de literatuur, niet (Ward et al., 2015).

¹⁹ Art. 380ter, §2-§3 Strafwetboek 8 juni 1867, BS 9 juni 1867.

De respondenten leggen eerder de nadruk op het recht op seksualiteit en intimiteit, waarbij het verbod op dit recht zou leiden tot hervatting. Dit wordt bevestigd door de literatuur (Kruijver, 2010). Consistent met de literatuur, verschilt voor vier respondenten de seksuele dienstverlening bij een forensisch psychiatrische patiënt tegenover de dienstverlening met een reguliere patiënt (Jeandarme, 2016). Als eerste verschil ligt de focus bij de dienstverlening met een forensisch psychiatrische patiënt eerder op de seksuele daad en minder op het knuffelen zoals bij een reguliere patiënt. Het tweede verschil heeft betrekking op de finaliteit tussen enerzijds de reguliere en anderzijds de forensische psychiatrie. Volgens Jeandarme (2016) is de finaliteit bij de forensische psychiatrie gericht op het voorkomen van nieuwe delicten, terwijl de reguliere psychiatrie de focus legt op het vermijden van hervatting in een psychiatrische pathologie. Een respondent haalt hierbij aan dat door de seksuele dienstverlening de forensisch psychiatrische patiënt geen delicten meer heeft gepleegd. Als laatste moet meer rekening gehouden worden met de agressie bij de forensisch psychiatrische patiënt. Dit stemt overeen met de literatuur waar forensisch psychiatrische patiënten zich kenmerken door geweldsdelicten en (agressief-) seksuele delicten (Schel et al., 2016). Bovendien is de forensische psychiatrie ook beter uitgerust om bijvoorbeeld agressieve patiënten op te vangen (Jeandarme, 2016).

De meerderheid van de respondenten hebben geen angstgevoelens ervaren bij de seksuele dienstverlening. Enkele respondenten geven aan reeds angstig te zijn geweest door de dreiging van de patiënt uit, het niet direct kunnen verlaten van de ruimte en de forensische achtergrond van de patiënt. De respondenten verklaren dat de angst werd weggenomen door de filters die Aditi vzw heeft bij de screening van de patiënten.

Ter afsluiting heeft een kleine meerderheid van de respondenten nood aan begeleiding tijdens de seksuele dienstverlening, vooral bij nieuwe dienstverleners. Daarnaast wordt de begeleiding na de dienstverlening als nodig geacht door een kleine meerderheid van de seksuele dienstverleners. Verder hebben de meeste respondenten nood aan een vorming omtrent de forensisch psychiatrische patiënten. Aditi vzw (2020b) voorziet opleidingen, intervisies en individuele begeleiding voor de dienstverleners. Tot slot heeft geen enkele respondent nood aan een klachtenloket.

DEEL 6: Conclusie en aanbevelingen

In voorliggende masterproef wordt een antwoord geformuleerd op de vraag: ‘Aan welke noden en behoeften van de seksuele dienstverlening moet worden voldaan opdat werken met forensisch psychiatrische patiënten mogelijk is?’. De noden en behoeften worden gedefinieerd op juridisch, psychologisch en contextueel vlak. Algemeen kan geconcludeerd worden dat de seksuele dienstverleners duidelijke noden en behoeften bezitten die in het verleden nog niet werden gedefinieerd. Bij de noden en behoeften op **juridisch vlak**, is het opmerkelijk dat al de bevraagde seksuele dienstverleners nood hebben aan een wettelijke regeling inzake de seksuele dienstverlening. De meerderheid van deze personen acht hiervoor een specifieke wetgeving voorhanden. Bovendien is de meerderheid van de bevraagde seksuele dienstverleners voorstander van de doorverwijzing naar de seksuele dienstverlening als voorwaarde opgelegd door de rechter. Het betrekken van de seksuele dienstverlening in een justitieel kader kan volgens de justitie-assistent teruggevonden worden bij de KBM waar geïndividualiseerde bijzondere voorwaarden opgelegd kunnen worden aan de geïnterneerde, zoals de seksuele dienstverlening.

Bij het definiëren van de noden en behoeften op **contextueel vlak**, worden hygiëne, veiligheid en privacy vooropgesteld. Daarnaast vond de seksuele dienstverlening bij een meerderheid van de dienstverleners niet plaats binnen een instelling, hoewel dit wenselijk werd bevonden. Ook beschrijven de seksuele dienstverleners hun noden en behoeften bij het opstellen van een eigen ruimte voor de dienstverlening. Deze ruimte moet ‘gezelligheid’ uitstralen en sterk aanleunen bij een ‘gewone kamer’. Een korte oplistings van de benodigdheden betreft: een bed, douchemogelijkheid, handdoeken, een tafel met stoelen of een zetel (voor een eerste verkennend gesprek tussen de dienstverlener en de patiënt), de gelegenheid om iets te kunnen drinken, verduisterend licht, opbergmogelijkheid van de eigen spullen en een intercom of alarmknop. Daarnaast is het opmerkelijk dat het ontbreken van een uitgebouwd netwerk rond de dienstverlening aangehaald wordt als belangrijk werkpunt.

Hierbij wordt het wenselijk geacht om binnen het kader van de dienstverlening bij de forensisch psychiatrische patiënt, een netwerk uit te bouwen waarin al de partijen betrokken worden (zoals de justitie-assistent, de bewindvoerder, de psychiatrische begeleiding, Aditi vzw, de seksuele dienstverleners zelf et cetera).

Op **psychologisch vlak** geven de seksuele dienstverleners aan goed op de hoogte te zijn van de forensische setting van de patiënt, en de meerderheid ervaart dit bovendien als een belangrijke nood. Het taboe dat heerst omtrent de seksuele dienstverlening bij de forensisch psychiatrische patiënten wordt sterk ervaren door de bevroegde personen. Nadelig is dat het taboe invloed uitoefent op enkele dienstverleningen, waardoor deze vaak in de verborgenheid moeten plaatsvinden. De seksuele dienstverleners definiëren hun noden en behoeften bij het doorbreken van het taboe op volgende wijze. Een open houding van de begeleiding binnen de psychiatrische centra naar de dienstverlening toe primeert (dit kan verwezenlijkt worden door opleidingen of bijscholingen). Vervolgens dient men meer informatie omtrent de seksuele dienstverlening te verspreiden door onder andere seksuele dienstverlening aan bod te laten komen in de media en verschillende opleidingen. Verder zou een experiment opgezet kunnen worden binnen de instellingen om na te gaan wat daar nodig is om het taboe te doorbreken. Tot slot wordt de verspreiding van informatie en sensibilisering omtrent de seksuele dienstverlening reeds mogelijk gemaakt door Aditi vzw. Opmerkelijk is dat de meeste personen geen angstgevoelens ervaren bij de seksuele dienstverlening. De verklaring hiervoor kan teruggevonden worden bij de strenge screening door Aditi vzw bij nieuwe patiënten. Uit de resultaten van deze masterproef blijkt dat er nood is aan begeleiding tijdens en na de seksuele dienstverlening, alsook is er nood aan een vorming omtrent forensisch psychiatrische patiënten.

Na bovenstaande conclusie worden enkele **aanbevelingen** geformuleerd. Als eerste is er nood aan een geïntegreerd seksualiteitsbeleid, waar seksuele dienstverlening deel van uitmaakt. Ten tweede is het ook aangeraden om voorafgaand aan de seksuele dienstverlening een zorgoverleg te voorzien om zo de seksuele dienstverlener noodzakelijke informatie te verschaffen over de forensisch psychiatrische patiënt.

Als derde wordt aanbevolen aan instellingen om een ruimte te voorzien waar seksuele dienstverlening op een veilige manier kan plaatsvinden. De ruimte moet afsluitbaar zijn en een noodknop mag niet ontbreken. Daarnaast is een telefoon op de kamer met het nummer van een verantwoordelijke/medewerker binnen de instelling opportuun. Ten vierde lijkt het aangeraden om sensibiliserings- en informatiecampagnes op te zetten bij justitieassistenten en de KBM omtrent de seksuele dienstverlening bij Aditi vzw. Wanneer meer kennis bestaat omtrent de begeleiding bij Aditi vzw en het positieve effect van de seksuele dienstverlening op de forensisch psychiatrische patiënt, zou dit in de toekomst meer opgelegd kunnen worden als voorwaarde binnen de justitiële context. Daarnaast is Aditi vzw ook vragende partij voor opleidingen rond de forensische psychiatrie. Ten slotte is het aanbevolen om vervolgonderzoeken te voeren, specifiek naar het thema van voorliggend onderzoek, namelijk het in kaart brengen van de noden en behoeften van de seksuele dienstverleners (al dan niet binnen de forensische setting). Hiervoor bestaat buiten Aditi vzw nog een Waalse organisatie genaamd Aditi WB en zijn er tevens Nederlandse organisaties waar de noden en behoeften van de seksuele dienstverleners bevraagd kunnen worden. Aanvullend is het wenselijk om in kaart te brengen in welke instellingen binnen België tot op heden de seksuele dienstverlening heeft plaatsgevonden.

Bibliografie

1. Wetgeving

Universele Verklaring voor de Rechten van de Mens 10 december 1948, *BS* 31 maart 1949.

Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden 4 november 1950, *BS* 19 augustus 1955.

Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap 13 december 2006, *BS* 22 juli 2009.

De gecoördineerde Grondwet 17 februari 1994, *BS* 17 februari 1994.

Strafwetboek 8 juni 1867, *BS* 9 juni 1867.

Basiswet betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden, 12 januari 2005, *BS* 1 februari 2005.

Wet betreffende de internering 5 mei 2014, *BS* 9 juli 2014.

Richtlijn 2011/92/EU van het Europees Parlement en de Raad van 13 december 2011 ter bestrijding van seksueel misbruik en seksuele uitbuiting van kinderen en kinderpornografie, en ter vervanging van Kaderbesluit 2004/68/JBZ van de Raad.

2. Rechtspraak

EUROPEAN COURT OF HUMAN RIGHTS, 26 maart 1985, nr. 8978/80, X and Y v. The Netherlands judgment, *Publ. Eur. Court HR*. Geraadpleegd op [https://hudoc.echr.coe.int/fre#%22itemid%22:\[%22001-57603%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/fre#%22itemid%22:[%22001-57603%22]})

Corr. Oost-Vlaanderen, afdeling Gent 21 december 2016, *Nullum Crimen* 2017/3, 292-297.

3. Sociaalwetenschappelijke bronnen

- Aditi vzw. (2018). *Wie zijn we*. Geraadpleegd op www.aditivzw.be/nl/over-ons/wie-zijn-we
- Aditi vzw. (2020a). *Definitie seksuele dienstverlening*. Verkregen van Miek Scheepers.
- Aditi vzw. (2020b). *Visie en missie*. Geraadpleegd op www.aditivzw.be/nl/over-ons/visie-en-missie
- Agentschap Zorg & Gezondheid. (2018). *Referentiekader forensische geestelijke gezondheidszorg*. Geraadpleegd op www.zorg-en-gezondheid.be/referentiekader-forensische-geestelijke-gezondheidszorg
- American Psychological Association. (2020a). *Context*. Geraadpleegd op <https://dictionary.apa.org/context>
- American Psychological Association. (2020b). *Intimacy*. Geraadpleegd op <https://dictionary.apa.org/intimacy>
- American Psychological Association. (2020c). *Psychological factors*. Geraadpleegd op <https://dictionary.apa.org/psychological-factors>
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2007). *Risk-Need-Responsivity Model for Offender Assessment and Rehabilitation*. Geraadpleegd op www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/rsk-nd-rspnsvty/index-en.aspx
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The Psychology of Criminal Conduct (fifth edition)*. Abingdon: Routledge.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). Chapter 2 Viewing offender assessment and rehabilitation through the lens of the risk-need-responsivity model. In F. McNeill (ed.), P. Raynor, & C. Trotter, *Offender supervision: new directions in theory, research and practice* (pp. 19-40). Cullompton: Willan.
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Wormith, J. S. (2011). The Risk-Need-Responsivity (RNR) Model. Does Adding the Good Lives Model Contribute to Effective Crime Prevention? *Criminal Justice and Behaviour*, 38(7), 735-755. doi: 10.1177/0093854811406356
- Bartlett, P., Mantovani, N. Cratsley, K., Dillon, C., & Eastman, N. (2010). 'You May Kiss the Bride, But You May Not Open Your Mouth When You Do So': Policies Concerning Sex, Marriage and Relationships in English Forensic Psychiatric Facilities. *The Liverpool law review*, 31(2), 155-176.
- Beaucourt, E. (2018). Informatiebrochure internering in kort bestek. Geraadpleegd op www.rechtbanken-tribunaux.be/sites/default/files/Brochures/internering.pdf

- Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. (2017). Advies nr. 74 van 13 november 2017 betreffende seksuele bijstand voor personen met een beperking. Geraadpleegd op www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/advies_74_seksuele_bijstand.pdf
- Beyens, K., Kennes, P., & Tournel, H. (2018). Mijnwerkers of ontdekkingsreizigers? Het kwalitatieve interview. In T. Decorte & D. Zaitch (Red.), *Kwalitatieve methoden en technieken in de criminologie* (pp. 187-222). Leuven: Acco.
- Boels, D. (2014). The Challenges of Belgian Prostitution Markets as Legal Informal Economies: An Empirical Look Behind the Scenes at the Oldest Profession in the World. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 21(4), 485-507.
- Bouman, Y. HA., Van Nieuwenhuizen, C., Schene, A. H., & De Ruiter, C. (2008). Quality of life of male outpatients with personality disorders or psychotic disorders : a comparison. *Criminal behaviour and mental health*, 18(5), 279-291.
- Brown, S. D., Raevey, P., Kanyeredzi, A., & Batty, R. (2013). Transformations of self and sexuality: Psychologically modified experiences in the context of forensic mental health. *Health*, 18(3), 240-260.
- Claes, C., Van Hove, G., Vandevelde, S., van Loon, J., & Schalock, R. (2011). The influence of supports strategies, environmental factors, and client characteristics on quality of life-related personal outcomes. *Research in Developmental Disabilities*, 33(1), p. 96-103.
- Council of Europe/European Court of Human Rights. (2020). *Guide on Article 8 of the European Convention on Human Rights*. Geraadpleegd op www.echr.coe.int/documents/guide_art_8_eng.pdf
- Cosyns, P., D'Hont, C., Janssens, D., Maes, E., & Verellen, R. (2006). Geïnterneerden in België in cijfers. *Panopticon*, 28(1), 46-61.
- Cosyns, P. (2015). Hoofdstuk 10. Advies van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde betreffende de forensische psychiatrie en haar toekomst. In J. Casselman, R. De Rycke, & H. Heimans (Reds.), *Internering. Nieuwe interneringswet en organisatie van de zorg* (pp. 233-240). Brugge: Die Keure.
- De Backer, F. (2018). Hfdst. VI. – Bederf van de Jeugd en Prostitutie (Art. 379). In M. De Busscher, J. Meese, D. Van Der Kelen, & J. Verbist (Red.), *Duiding strafrecht* (pp. 448-471). Mortsel: Intersentia.
- De Hert, P. (1998). *Artikel 8 EVRM en het Belgisch recht: de bescherming van privacy, gezin, woonst en communicatie*. Gent: Myn en Breesch.

- Dein, K. E., Williams, P. S., Volkonskaia, I., Kanyeredzi, A., Raevey, P., & Leavey G. (2016). *International Journal of Law and Psychiatry*, 44(1), 15-23.
- Delbrouck, I. (2014). Bederf van de jeugd en prostitutie. In X. (Red.), *Postal memorialis: Lexicon Strafrecht, Strafvordering en bijzondere wetten* (losbl.) (pp. B25/01-B25/35). Mechelen: Kluwer.
- De Rycke, R., & Pauwelyn, L. (2015). Hoofdstuk 7. Zorg voor geïnterneerde personen: algemene organisatie en beleidsaanbevelingen. In J. Casselman, R. De Rycke, & H. Heimans (Red.), *Internering. Nieuwe interneringswet en organisatie van de zorg* (pp. 179-208). Brugge: Die Keure.
- De Smet, S., Vandevelde, S., & Ting To, W. (2013). Hoofdstuk 5 Behandeling van specifieke doelgroepen. In S. Vandevelde, S. De Smet, W. Vanderplasschen, & W. Ting To (Reds.), *Oude uitdagingen, nieuwe kansen! Over de behandeling van geïnterneerden* (pp. 95-106). Gent: Academia Press.
- De Vuysere, S. (2004). Wetgevende initiatieven inzake internering. In D. Van Daele, & I. Van Welzenis (Red.), *Actuele thema's uit het strafrecht en de criminologie* (pp. 63-76). Leuven: Universitaire Pers Leuven.
- Decorte, T. (2018). Kwalitatieve data-analyse. In T. Decorte, & D. Zaitch (Red.), *Kwalitatieve methoden en technieken in de criminologie* (pp. 463-512). Leuven: Acco.
- Dein, K. E., Williams, P. S., Volkonskaia, I., Kanyeredzi, A., Reavey, P., & Leavey, G. (2016). Examining professionals' perspective on sexuality for service users of a forensic psychiatry unit. *International Journal of Law an Psychiatry*, 44, 15-23.
- Di Lorito, C., Tore, M., Wernli Kaufmann, R. A., Needham, I., & Völlm, B. (2020). Staff views around sexual expression in forensic psychiatric settings: a comparison study between United Kingdom and German-speaking countries. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 31(2), 222-240.
- Elmir, R., Schmied, V., Jackson, D., & Wilkes, I. (2011). Interviewing people about potentially sensitive topics. *Nurse Researcher*, 19(1), 12-16.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. (2019). Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag. Landelijk zorgprogramma voor daders van seksuele delicten in de forensische psychiatrie. Geraadpleegd op www.efp.nl/publicaties/zorgprogramma-seksueel-grensoverschrijdend-gedrag

- Federal Centre for Health Education. (2010). WHO Regional Office for Europe and BZgA. Standards for Sexuality Education in Europe. A Framework for policy makers, educational and health authorities and specialists. Geraadpleegd op www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/WHO_BZgA_Standards_English.pdf
- Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid en de Voedselketen en Leefmilieu. (2016). *Wie zijn wij?* Geraadpleegd op www.health.belgium.be/nl/wie-zijn-wij
- FPC. (2020). *Zorg op maat voor geïnterneerden in een klinische setting*. Geraadpleegd op www.fpcnv.be/
- Goethals, J., Dhoore, T., de Groot, A., Jeandarme, I., Keulen-de Vos, M., Pouls, C., ... Willemsen, J. (2015). Differentiële diagnostiek en comorbiditeit bij psychopathie en de antisociale-persoonlijkheidsstoornis. In L. Gijs, I. Jeandarme, W. Canton, D. Beek, L. Claes, & E. Klein Haneveld, *Handboek psychopathie en antisociale-persoonlijkheidsstoornis* (pp. 315-358). Amsterdam: Boom.
- Goorden, J. C., & Oei, T. I. (2007). Tbs en internering, actuele ontwikkelingen in België. *Proces Tijdschrift voor strafrechtspleging*, 86(1), 17-25.
- Happe, E., Spruyt, K., & Suy, I. (2007). Prostitutie, goede zeden en overlast. In G. Vermeulen (Red.), *Betaalseksrecht. Van regulering of legalisering van niet-problematische prostitutie?* (pp. 183-228). Antwerpen: Maklu.
- Harcourt, C., & Donovan, B. (2005). The many faces of sex work. *Sexual transmitted infections*, 81(3), 201-206.
- Heemelaar, M. (2008). *Seksualiteit, intimiteit en hulpverlening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Heimans, H. (2015). Hoofdstuk 6. Forensisch psychiatrische centra. In J. Casselman, R. De Rycke, & H. Heimans (Red.), *Internering. Nieuwe interneringswet en organisatie van de zorg* (pp. 161-178). Brugge: die Keure/la Chartre.
- Hörberg, U., & Dahlberg, K. (2015). Caring potentials in the shadows of power, correction, and discipline – Forensic psychiatric care in the light of the work of Michel Foucault. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 10(1), 1-9. doi: 10.3402/qhw.v10.28703
- Hornsveld, R., van Dam-Baggen, R., Lenaars, E., & Jonkers, F. (2004). Agressiehanteringstherapie voor forensisch-psychiatrische patiënten met geweldsdelicten: ontwikkeling en praktijk. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 30(1), 22-37.
- Hornsveld, R. H. J., van Dam-Baggen, C. M. J., Lammers, S. M. M., Nijman, H. L. I., & Kraaimaat, F. W. (2004). Forensisch psychiatrische patiënten met geweldsdelicten: Persoonlijkheidskenmerken en gedrag. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 46(3), 133-143.

- Hulpguids: De gids voor de geestelijke gezondheidszorg. (2021). *DSM-5*. Geraadpleegd op <https://hulpguids.nl/informatie/ziektebeelden/dsm>
- International Planned Parenthood Federation. (2003). IPPF Charter guidelines on sexual and reproductive rights. Geraadpleegd op www.ippf.org/sites/default/files/ippf_charter_on_sexual_and_reproductive_rights_guidlines.pdf
- International Planned Parenthood Federation. (n.d.). Our priorities: humanitarian. Geraadpleegd op www.ippf.org/humanitarian
- International Planned Parenthood Federation. (n.d.). Sexual rights: an IPPF declaration. Geraadpleegd op www.ippf.org/sites/default/files/sexualrightsippfdeclaration_1.pdf
- Jeandarme, I. (2016). Forensische psychiatrie à la flamande. In X (Red.), *Orde van de Dag*, 74 (pp. 32-40). Geraadpleegd op www.jura-kluwer-be.kuleuven.ezproxy.kuleuven.be/secure/documentview.aspx?id=dn300187882&bron=doc&state=changed
- Jeandarme, I., van Heesch, B., De Boel, L., Dekkers, I., Goktas, G., & Verbeke, G. (2020). High security geïnterneerden: Wie zijn zij? Waar komen ze vandaan? Waar gaan zij (niet) naartoe? *Panopticon*, 41(5), 448-466.
- Kerremans, E. (2019). 'Hoog tijd om seksuele dienstverlening uit taboesfeer te halen'. Geraadpleegd op www.sociaal.net/opinie/hoog-tijd-om-seksuele-dienstverlening-uit-taboesfeer-te-halen/
- Kolk, J. (1992). *Gemankeerde seksualiteit. Het beleid van instellingen waar mensen met een lichamelijke handicap wonen inzake seksualiteit en seksueel misbruik*. Utrecht: Stichting Wetenschappelijk Onderzoek omtrent Seksualiteit en Geweld.
- Kruijver, E. (2010). Sociaal erotische zorgverlening: een poging tot definiëring en enkele ethische overwegingen. *Tijdschrift voor seksuologie*, 34(4), 204-210.
- Lamine, L. (1970-1971). Recht en prostitutie. *Jura falconis*, 7(2), 115-134.
- Loopmans, M., & Van den Broeck, P. (2011). Global pressures, local measures: the re-regulation of sex work in the Antwerp Schipperskwartier. *Tijdschrift voor Economische en sociale Geografie*, 102(5), 548-561. doi: 10.1111/j.1467-9663.2011.00660.x
- Maes, B., Goethals, J., & Verlinden, S. (2009). Personen met een verstandelijke handicap onderhevig aan een interneringsmaatregel (Onderzoek in opdracht van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin) (rapport nr. 4). Leuven: Centrum voor Gezins- en Orthopedagogiek & Leuvens Instituut voor Criminologie.

- Maesschalck, J. (2018). Methodologische kwaliteit in het kwalitatief onderzoek. In T. Decorte, & D. Zaitch (Red.), *Kwalitatieve methoden en technieken in de criminologie* (pp. 131-160). Leuven: Acco.
- McInerny, T., & Minne, C. (2004). Principles of treatment for mentally disordered offenders. *Criminal Behavior and Mental Health*, 14(S1), S43-S47.
- Miles, M., Huberman, A. & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: a methods sourcebook*. Londen: Sage Publications, pp. 275-322.
- Miyuki, T. (2009). A Prostitute's Lived Experiences of Stigma. *Journal of phenomenological psychology*, 40(1), 51-84.
- Moens, I., & Pauwelyn, L. (2012). Geen opsluiting maar sleutels tot re-integratie. Voorstellen voor een gecoördineerd zorgtraject voor geïnterneerden. Brussel: Zorgnet Vlaanderen.
- Mortelmans, D. (2007). Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden. Leuven: Acco.
- Mortelmans, D. (2018). Het kwalitatief onderzoeksdesign. In T. Decorte, & D. Zaitch (Red.), *Kwalitatieve methoden en technieken in de criminologie* (pp. 81-130). Leuven: Acco.
- Noom, S., & van den Berg, J. W. (2019). Het Good Lives Model als start van de behandeling van zedendelinquenten. Een praktische toepassing. *Tijdschrift voor seksuologie*, 43(1), 23-30.
- O'Donahoo, J. & Simmonds, J. G. (2016). Forensic Patients and Forensic Mental Health in Victoria: Legal Context, Clinical Pathways, and Practice Challenges. *Australian social work*, 69(2), 169-180.
- Raman, E., Vandebussche, S., & Van Segbroeck, I. (2007). Seksuele dienstverlening aan personen met een handicap, bejaarden en gedetineerden. In G. Vermeulen (Red.), *Betaalseksrecht. Van regulering of legalisering van niet-problematische prostitutie?* (pp. 143-183). Antwerpen: Maklu.
- Reinschmidt, L. (2016). Prostitution in Belgium: federal legislation and regulation at the local level. Geraadpleegd op <https://beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.de/f/18c81917c6.pdf>
- Robertson, M. D., & Walter, G. (2008). Many faces of the dual-role dilemma in psychiatric ethics. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 42(3), 228-235.
- Schaalma, H., Reinders, J., & Kok, G. (2009). Voorlichting en preventie. In L. Gijs, W. Gianotten, I. Vanwesenbeeck, & P. Weijnenborg (Red.), *Seksuologie* (pp. 217-232). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Schalock, R. L., Keith, K. D., Verdugo, M. Á., & Gómez, L. E. (2011). Chapter 2 Quality of Life Model Development and Use in the Field of Intellectual Disability. In R.

- Kober (Ed.), *Enhancing the Quality of Life of People with Intellectual Disabilities: From Theory to Practice*, pp. 17-32. Dordrecht: Springer Netherlands.
- Schel, S. H. H., Bouman, Y. H. A., & Bulten, B. H. (2015). Quality of Life in Long-Term Forensic Psychiatric Care: Comparison of Self-Report and Proxy Assessments. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(3), 162-167. doi: 10.1016/j.apnu.2015.01.004
- Schel, S. H. H., Bouman, Y. H. A., & Bulten, B. H. (2016). Kwaliteit van leven van patiënten in de langdurige forensische psychiatrie. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 58(12), 863-871.
- Seeuws, J. (2020). *Visie en beleid rond seksualiteitsbeleving: een blinde vlek in de behandeling van plegers van zedenfeiten?* (Eindwerk voor de interuniversitaire postacademische vorming Forensische Psychiatrie en Psychologie). Geraadpleegd op www.jantienseeuws.com/visie-en-beleid-rond-seksualiteitsbeleving-een-blinde-vlek-in-de-behandeling-van-plegers-van-zedenfeiten/
- Serie, C., Pleysier, S., Put, J., & de Rooter, C. (2020). Welzijn, primaire levensbehoeften en delinquentie bij adolescenten. Etiologische assumpties van het Good Lives Model getoetst. *Tijdschrift voor Criminologie*, 62(2-3), 298-324. doi: 10.5553/TvC/0165182X2020062203009
- Silverman, D. (2017). Quality in Qualitative Research. In D. Silverman (Red.), *Doing qualitative research: A practical handbook* (pp. 376-402). Los Angeles: Sage.
- Staring, R., & van Swaaningen, R. (2018). Hoofdstuk 1 Kwalitatief onderzoek en criminologische theorie. Over de relatie tussen theorie, onderzoeksvragen en een methode. In T. Decorte, & D. Zaitch (Red.), *Kwalitatieve methoden en technieken in de criminologie* (pp. 33-80). Leuven: Acco.
- Stevens, L. (2002). *Strafrecht en seksualiteit*. Mortsel: Intersentia.
- Stickens, M., Loyens, K., & Maesschalck, J. (2016). De implementatie van lokaal veiligheidsbeleid: op zoek naar een theoretisch kader. *Panopticon*, 37(1), 25-48.
- Taelman, M., Saeys, F., De Ro, J., & Talpe, E. (27.11.2017). [Conceptnota]. Brussel: Vlaams Parlement.
- Taelman, M., Saeys, F., De Ro, J., & Talpe, E. (26.09.2018). Verslag van hoorzitting over de conceptnota voor nieuwe regelgeving betreffende het faciliteren van de beleving van seksualiteit en intimiteit op maat van personen met een zorgbehoefte. Brussel: Vlaams Parlement.
- Ting To, W., De Smet, S., Boers, A., & Vandeveld, S. (2013). Behandeling van geïnterneerden. In S. Vandeveld, S. De Smet, W. Vanderplasschen, & W. Ting To (Red.), *Oude uitdagingen, nieuwe kansen! Over de behandeling van geïnterneerden* (pp. 47-94). Gent: Academia Press.

- Tiwana, R., McDonald, S., & Völlm, B. (2016). Policies on sexual expression in forensic psychiatric settings in different European countries. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(1), 1-11.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal of Quality in Health Care*, 19(6), 349-357.
- Vandeplas, A. (1975). Noot – het bordeelverbod onder Antwerpen 23 mei 1975. *Rechtskundig Weekblad*, 39(7), 385-448.
- Van Der Auwera, A., Dheedene, J., & Seynnaeve, K. (2015). Hoofdstuk 4. Geïnterneerde personen in Vlaanderen en in België. In J. Casselman, R. De Rycke, & H. Heimans (Red.), *Internering. Nieuwe interneringswet en organisatie van de zorg* (pp. 113-126). Brugge: Die Keure.
- Vander Laenen, F., & O’Groman, A. (2018). Ethische aspecten van het kwalitatief onderzoek. In T. Decorte & D. Zaitch (Red.), *Kwalitatieve methoden en technieken in de criminologie* (pp. 555-586). Leuven: Acco.
- van der Veeken, F. C. A., Bogaerts, S., & Lucieer, J. (2017). Patient Profiles in Dutch Forensic Psychiatry Based on Risk Factors, Pathology and Offense. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 61(12), 1369-1391. doi: 10.1177/0306624X15619636
- Van Horn, J., Eisenberg, M., & Uzieblo, K. (2016). Risicotaxatie in de Nederlandse ambulante forensische geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 58(8), 583-592.
- Vanwesenbeeck, I. (2005). Burnout Among Female Indoor Sex Workers. *Archives of Sexual Behavior*, 34(6), 627-639.
- Vanwesenbeeck, I. (2009). Seks en commercie. In L. Gijs, W. Gianotten, I. Vanwesenbeeck, & P. Weijenbrog (Red.), *Seksuologie* (pp. 197-212). Houten: Bohn Stafleu van Loghum. doi: 10.1007/978-90-313-6806-8_8
- Vermeulen, G., & Neelen, Y. (2018). Van nu en straks: sekswerk. Nood aan decriminalisering en sociaalrechtelijke diversificatie en flexibilisering. *Panopticon*, 39(4), 314-326.
- Vorstenbosch, E. C. W., Bouman, Y. H. A., Braun, P. C., & Bulten, B. H. (2010). Kwaliteit van leven binnen de langdurige forensische psychiatrie. *Maandblad geestelijke volksgezondheid*, 65(11), 869-883.
- Vorstenbosch, E., & Castelletti, L. (2020). Exploring Needs and Quality of Life of Forensic Psychiatric Inpatients in the Reformed Italian System, Implication for Care and Safety. *Frontiers in psychiatry*, 11, 1-14. doi: 10.3386/fpsy.2020.00258

- Vorstenbosch, E. C. W., & Escuder-Romeva, G. (2019). Quality of Life in Long-Term Clinical Forensic Psychiatry. In B. Völlm, & P. Braun (Eds.), *Long-Term Forensic Psychiatric Care: Clinical, Ethical and Legal Challenges* (pp. 139-160). Cham: Springer International Publishing AG.
- Ward, T., & Stewart, C. A. (2003). The treatment of sex offenders: Risk management and good lives, *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(4), 353-360.
- Ward, T., Yates, P. M., & Willis, G.W. (2012). The good lives model and the risk need responsivity model. A Critical Response to Andrews, Bonta, and Wormith (2011). *The Criminal Justice and Behavior*, 39(1), 94-110. doi: 10.1177/0093854811426085
- Ward, T., Gannon, T. A., & Fortune, C-A. (2015). Restorative Justice-Informed moral acquaintance. *Criminal Justice and Behavior*, 42(1), 45-57. doi: 10.1177/0093854814550026
- WHO. (2020). *Sexual and reproductive health and research including the Special Programme HRP*. Geraadpleegd op www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health
- WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- Yates, P. M., (2013). Treatment of Sexual Offenders: Research, Best Practices, and Emerging Models. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 8(3-4), 89-95.
- Zaitch, D., Mortelmans, D., & Decorte, T. (2018). Etnografie en participerende observatie. In T. Decorte & D. Zaitch (Red.), *Kwalitatieve methoden en technieken in de criminologie* (pp. 255-319). Leuven: Acco.

4. Niet-wetenschappelijke bronnen

- Kerremans, E. (2019). 'Hoog tijd om seksuele dienstverlening uit taboesfeer te halen'. Geraadpleegd op www.sociaal.net/opinie/hoog-tijd-om-seksuele-dienstverlening-uit-taboesfeer-te-halen/
- Kv, ttr. (01.04.2021). *Van Quickenborne wil sekswerk decriminaliseren*. Het Laatste Nieuws. Geraadpleegd op www.hln.be/binnenland/van-quickenborne-wil-sekswerk-decriminaliseren~a5a2b9b8f/
- Van Dale. (2020). *Betekenis 'juridisch'*. Geraadpleegd op www.vandale.nl/gratis-woordenboek/nederlands/betekenis/juridisch#.X6_z5s6g9PZ

Bijlagen

Bijlage 1: Informatiebrief

Toelichting onderzoeksvoorstel

Beste,

In het kader van het behalen van de graad Master in de Criminologische Wetenschappen zal ik, Lisa Huygens, een onderzoek voeren naar een geïntegreerd seksualiteitsbeleid in de forensische psychiatrie. Hieronder volgt een korte toelichting:

Op dit moment is er een gebrek aan een geïntegreerd seksualiteitsbeleid in de meeste forensisch psychiatrische ziekenhuizen. Eveneens mensen met een psychiatrische kwetsbaarheid hebben behoefte aan intimiteit. Seksualiteit is een basisrecht. Wanneer we kijken naar de kwaliteit van leven, stellen we vast dat forensisch psychiatrische patiënten hun kwaliteit van leven het laagst beoordelen op het domein 'seksualiteit'. Seksuele dienstverlening kan een oplossing zijn om tegemoet te komen aan de noden van patiënten. Het is dan ook belangrijk om seksuele dienstverleners te horen in de totstandkoming van een seksualiteitsbeleid. Dit onderzoek tracht de noden en behoeften (op juridisch, contextueel en psychologisch vlak) van seksuele dienstverleners die werken met forensisch psychiatrische patiënten in kaart te brengen.

In samenspraak met Aditi vzw wordt er gekozen voor de afname van kwalitatieve semi-gestructureerde diepte-interviews om de noden en behoeften van medewerkers die ervaring hebben met forensisch psychiatrische patiënten in kaart te brengen. De deelname aan dit interview is volledig vrijwillig en anoniem. De dataverzameling zal starten in de loop van februari-maart 2021. Het onderzoek zal gebeuren onder leiding van Prof. dr. Inge Jeandarme (KU Leuven, FPC Antwerpen, KeFor (OPZC Rekem), PZ Asster) en Lena Boons (KU Leuven, Zorggroep Sint-Kamillus).

Twijfel niet om contact op te nemen bij vragen.

Met vriendelijke groet,

Studente Lisa Huygens: lisa.huygens@student.kuleuven.be

Lena Boons: lana.boons@kuleuven.be

Prof. dr. Inge Jeandarme: inge.jeandarme@kuleuven.be

Bijlage 2: Informed Consent

TOESTEMMINGSVERKLARINGSFORMULIER (INFORMED CONSENT)

Titel onderzoek: Noden en behoeften van de seksuele dienstverleners binnen de forensisch psychiatrische centra.

Verantwoordelijke onderzoeker: Lisa Huygens (student) o.l.v. prof. dr. Inge Jeandarme (promotor) en Lena Boons (begeleider).

Doel en methodologie van het onderzoek: Aan de hand van een kwalitatief, semigestructureerd diepte-interview zal getracht worden de noden en behoeften van de seksuele dienstverleners binnen de forensisch psychiatrische centra in kaart te brengen, met het oog op een geïntegreerd seksualiteitsbeleid.

Geplande duur: 1 uur.

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en [indien aanwezig] de risico's en ongemakken van het onderzoek. Ik weet dat de resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Ik weet dat het resultaat gepubliceerd wordt en de gegevens gedeeld worden met Aditi vzw. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord. Ik begrijp dat mijn deelname aan dit onderzoek geheel vrijwillig is. Ik heb het recht om mijn deelname op elk moment stop te zetten, daarvoor hoef ik geen reden te geven en ik weet dat daaruit geen nadeel voor mij kan ontstaan.

De manier waarop dit onderzoek verloopt, is goedgekeurd door de Sociaal-Maatschappelijke Ethische Commissie van de KU Leuven. Voor eventuele klachten of andere bezorgdheden omtrent ethische aspecten van deze studie kan ik contact opnemen met deze commissie: smec@kuleuven.be

Ik kan contact opnemen met de promotor van het onderzoek:
inge.jeandarme@kuleuven.be

Naam deelnemer:

Datum: Handtekening deelnemer:.....

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven over het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker:

.....

Datum: Handtekening onderzoeker:.....

Bijlage 3: Interviewschema

1. Inleiding

Ik ben een student Criminologische Wetenschappen aan de KU Leuven. Momenteel voer ik een onderzoek naar de noden en behoeften van seksuele dienstverleners binnen de forensisch psychiatrische centra. Het interview zal ongeveer 1 uur duren. Ik wil u alvast bedanken voor uw tijd en medewerking.

Als u er niets op tegen heeft, had ik dit gesprek graag opgenomen. Dit vergemakkelijkt de verwerking ervan. Van zodra het interview is uitgetypt, wordt de opname gewist. De gegevens bij de analyse worden uiteraard volledig vertrouwelijk en anoniem behandeld. Heeft u bezwaar tegen deze opname?

- *Indien ingestemd met opname:* u zal mij, niettegenstaande de opname van dit gesprek, af en toe aantekeningen zien maken. Dit helpt mij bij het structureren van het interview.
- *Indien weigerachtig ten aanzien van opname:* aangezien het gesprek niet op band wordt vastgelegd, zal ik uitvoerig nota nemen. Dit om de latere reconstructie van het interview te vergemakkelijken.

Vooraleer we van start gaan, wil ik nogmaals benadrukken dat dit gesprek vertrouwelijk is. Het eindresultaat van dit onderzoek zal een rapport zijn waaruit niet kan afgeleid worden welke informatie van welke personen afkomstig is. Heeft u nog vragen voor we van start gaan met het interview?

2. Persoonskenmerken

Voor we aan de eigenlijke vragen beginnen, zou ik graag enkele algemene gegevens bevragen. De resultaten worden natuurlijk globaal weergegeven zodat uw identiteit achteraf niet kan achterhaald worden.

- Tot welke gender identificeert u zichzelf?
 - *Achtergrondinformatie: Met gender wordt niet je biologische geslacht, maar wel je sociologische geslacht bedoeld. Het gaat dus over hoe je je voelt: een man, een vrouw, allebei, geen van beide of nog iets anders.*
- In welk jaar bent u geboren?
- Wat is uw hoogst behaalde diploma?
 - Heeft u een opleiding in de zorgsector genoten?
- Welk beroep oefent u uit naast de seksuele dienstverlening?

- Wat is uw relatiestatus?
- Wat is uw seksuele geaardheid?

3. Eigenlijke vragen

Ik zal u nu enkele vragen stellen die betrekking hebben op uw dienstverlening bij Aditi vzw.

- Hoe lang bent u al werkzaam bij Aditi vzw?
Alternatieve vraag: Hoe lang werkt u al samen met Aditi vzw?
- In welke mate heeft u reeds ervaring met seksuele dienstverlening bij forensisch psychiatrische patiënten?
Alternatieve vraag: In welke mate heeft u reeds ervaring met seksuele dienstverlening bij cliënten met een forensische achtergrond?
- In hoeverre heeft u zelf gekozen voor te het werken met forensisch psychiatrische patiënten?
Alternatieve vraag: In welke mate was de seksuele dienstverlening bij forensisch psychiatrische patiënten een vrije keuze?

JURIDISCH VLAK

Ik zal u nu enkele vragen stellen die betrekking hebben op het juridische kader waarbinnen de seksuele dienstverlening zich afspeelt bij forensisch psychiatrische patiënten.

Momenteel beschikt België niet over een juridisch kader waarin de seksuele dienstverlening wordt vastgelegd waardoor het gelijk wordt gesteld aan prostitutie.

- Waar ligt volgens u het grootste verschil tussen prostitutie en seksuele dienstverlening?
- In welke mate vindt u dat seksuele dienstverlening wettelijk geregeld moet worden?
- Wat is volgens u nodig op juridisch vlak opdat de seksuele dienstverlening mogelijk is?
- Vindt u dat er een specifieke wetgeving dient opgemaakt te worden die de seksuele dienstverlening regelt en beschermt?
 - *Indien ja:* Welke zaken dienen zeker in de wetgeving opgenomen te worden?
 - *Indien nee:* Waarom niet?

- In welke mate vindt u dat een begeleiding door Aditi vzw opgelegd kan worden als voorwaarde door de rechter?

Achtergrondinformatie: Wanneer de straf van een cliënt wordt opgeschort of uitgesteld, wordt er gesproken van een probatieopschorting – of uitstel. De cliënt krijgt hierbij voorwaarden opgelegd die hij/zij moet naleven en die worden opgevolgd door de justitie-assistent. Dit is tevens het geval bij een voorwaardelijke invrijheidsstelling of internering. Na overleg met Aditi vzw, blijkt dat zo de seksuele dienstverlening opgelegd kan worden als voorwaarde in het kader van een probatieopschorting- en uitstel.

CONTEXTUEEL VLAK

Ik zal u nu enkele vragen stellen die betrekking hebben op het contextuele vlak van de seksuele dienstverlening, met name de beschikbare ruimte, de infrastructuur etc.

- Waar vond de seksuele dienstverlening met de forensisch psychiatrische patiënt in het verleden plaats?

Alternatieve vraag: In welke omstandigheden verliep de seksuele dienstverlening met de forensisch psychiatrische patiënt in het verleden?

Topiclijst:

- *Binnen de instelling*
 - In hoeverre bent u tevreden over de werkomstandigheden binnen de instelling?
 - In hoeverre bent u tevreden over de houding van de instelling naar de seksuele dienstverlening?
 - Welke ongemakken/problemen heeft u ervaren tijdens de seksuele dienstverlening binnen de instelling?
- *Buiten de instelling*
 - Indien de seksuele dienstverlening plaatsvond buiten de instelling: waar precies?
 - Welke ongemakken/problemen heeft u ervaren tijdens de seksuele dienstverlening buiten de instelling?
- Wat zou nodig zijn binnen de ruimte opdat u zich veilig zou voelen?

Alternatieve vraag: Welke middelen zouden ervoor zorgen opdat u zich veilig zou voelen tijdens de seksuele dienstverlening?

 - Wat zou u nodig hebben opdat u zich comfortabel zou voelen?

- In hoeverre wordt de privacy van zowel u als de patiënt gerespecteerd?
 - Hoe zou volgens u de privacy (van zowel u, als de patiënt) het best gewaarborgd kunnen worden?

Alternatieve vraag: Wat heeft u nodig opdat zowel uw privacy, als de privacy van de patiënt gewaarborgd wordt?
- In hoeverre wordt de hygiëne in acht genomen bij de seksuele dienstverlening?

Alternatieve vraag: In welke mate acht u de hygiëne belangrijk bij de seksuele dienstverlening?
- Aan welke zaken denkt u nog zodat de seksuele dienstverlening binnen de forensische setting op een correcte manier zou verlopen?

PSYCHOLOGISCH VLAK

Ik zal u nu enkele vragen stellen die betrekking hebben op het psychologische vlak van de seksuele dienstverlening. Ik wil graag nogmaals benadrukken dat u op elk ogenblik mag aangeven indien u even wil pauzeren of indien u op bepaalde vragen niet wil antwoorden.

- In hoeverre was u op de hoogte van de forensisch psychiatrische setting waarin de persoon verkeerde?

Alternatieve vraag: In welke mate was u op de hoogte van de forensische achtergrond van de patiënt?
- In welke mate wenst u de forensische achtergrond van de patiënt te weten?

Alternatieve vraag: In welke mate bent u van mening dat de forensische achtergrond van de patiënt invloed kan uitoefenen op de dienstverlening?

 - Denkt u dat deze informatie invloed kan hebben op uw dienstverlening?
 - *Waarom wel?*
 - *Waarom niet?*
 - In welke mate zou de achtergrond van een zedenpleger invloed hebben op de dienstverlening?

Alternatieve vraag: In welke mate zou uw dienstverlening beïnvloed worden wanneer de patiënt een zedenpleger is?

- In hoeverre heerst er volgens u nog een taboe rond seksuele dienstverlening bij forensisch psychiatrische patiënten?
Alternatieve vraag: Heerst er volgens u nog een taboe rond seksuele dienstverlening bij forensisch psychiatrische patiënten?
 - *Indien ja:* Waarom denkt u dat?
 - *Indien nee:* Waarom denkt u dat?

- In welke mate heeft dit taboe invloed op uw dienstverlening?

- Wat is volgens u nodig om het taboe rond de seksuele dienstverlening bij de forensisch psychiatrische patiënten te doorbreken?

- Welk beeld heeft u over de forensisch psychiatrische patiënten?
Alternatieve vraag: Hoe staat u tegenover forensisch psychiatrische patiënten?
 - In hoeverre komt het beeld dat u had over de forensisch psychiatrische patiënten overeen met de ervaring van de dienstverlening?
Alternatieve vraag: In welke mate komt uw vooraf bepaald beeld omtrent de forensisch psychiatrische patiënten overeen met de ervaring van de dienstverlening?

- *Achtergrondinformatie:* In onze maatschappij leeft het idee dat iemand die anderen fout benaderd heeft, geen recht heeft op seksualiteit. In welke mate speelt dit een rol in uw denken en handelen? (Vraag Miek Scheepers, Aditi vzw)
Alternatieve vraag: In welke mate ervaart u als dienstverlener een tweestrijd omdat u werkt met een dader?

- In welke mate verschilt volgens u de seksuele dienstverlening bij reguliere patiënten tegenover de seksuele dienstverlening bij forensisch psychiatrische patiënten? *Alternatieve vraag:* In hoeverre kijkt u anders naar de seksuele dienstverlening bij reguliere patiënten tegenover de dienstverlening bij forensisch psychiatrische patiënten?

- Ervaart u de seksuele dienstverlening als onderdeel van het begeleidingstraject van de forensisch psychiatrische patiënt of gaat het volgens u eerder om de beleving van seksualiteit? (Vraag Miek Scheepers, Aditi vzw)

- Alternatieve vraag:* In hoeverre kan seksuele dienstverlening volgens u een onderdeel zijn van het begeleidingstraject van een patiënt met een forensische achtergrond, of gaat het enkel om beleving?
- Kan u hier iets meer over vertellen?
- In welke mate ervaart u angstgevoelens bij de seksuele dienstverlening met een forensisch psychiatrische patiënt?
- Alternatieve vraag:* In hoeverre voelt u zich bang tijdens de seksuele dienstverlening met een forensisch psychiatrische patiënt?
- *Indien geen angst:*
 - Wat maakt dat u zich niet angstig voelt?
Alternatieve vraag: Wat heeft ervoor gezorgd dat u zich niet angstig voelt?
 - *Indien wel angst:*
 - Wat maakt dat u zich angstig voelt?
 - Wat zou volgens u kunnen helpen om met deze angstgevoelens te kunnen omgaan?
- In welke mate heeft u nood aan begeleiding tijdens de seksuele dienstverlening met de forensisch psychiatrische patiënt?
- *Indien wel nood:*
 - In hoeverre wordt u ondersteund vanuit Aditi vzw?
 - In hoeverre wordt u ondersteund vanuit uw netwerk?
 - *Indien geen nood:* Waarom heeft u geen nood aan begeleiding tijdens de seksuele dienstverlening met de forensisch psychiatrische patiënt?
- In welke mate heeft u nood aan begeleiding na de seksuele dienstverlening met de forensisch psychiatrische patiënt?
- *Indien wel nood:*
 - In hoeverre wordt u ondersteund vanuit Aditi vzw?
 - In hoeverre wordt u ondersteund vanuit uw netwerk?
 - *Indien geen nood:* Waarom heeft u geen nood aan begeleiding na de seksuele dienstverlening met de forensisch psychiatrische patiënt?

- In welke mate heeft u nood aan een vorming over forensisch psychiatrische patiënten?
- In welke mate heeft u nood aan een soort klachtenloket?
Alternatieve vraag: In welke mate heeft u nood om met uw klachten bij iemand/een instantie terecht te kunnen?
 - Wat zijn uw verwachtingen van dit klachtenloket?

4. Afronding

Met deze vraag zijn we aan het einde van het interview gekomen. Wilt u nog graag iets toevoegen? Zijn er aspecten niet aan bod gekomen die u nog wenst te bespreken?

Dan bedank ik u nogmaals voor uw tijd en medewerking. Indien u nog vragen heeft over het interview of de verwerking ervan, kan u steeds contact met mijn begeleidster Lena Boons of mij opnemen op volgende mailadressen: lena.boons@kuleuven.be
lisa.huygens@student.kuleuven.be

Bijlage 4: Codeboom

* FPP = Forensisch Psychiatrische Patiënt(en)

- Persoonskenmerken respondent
 - Gender
 - Leeftijd
 - Diploma
 - Beroep
 - Relatiestatus
 - Seksuele geaardheid
- Seksuele dienstverlening
 - Werkzaam bij Aditi
 - Ervaring met FPP
 - Keuze voor FPP
 - Eigen keuze
 - Niet eigen keuze
- Juridisch vlak
 - Verschil tussen prostitutie en seksuele dienstverlening
 - Verschil
 - Geen verschil
 - Wettelijke regeling seksuele dienstverlening
 - Voorstander wettelijke regeling
 - Tegenstander wettelijke regeling
 - Benodigheden opdat seksuele dienstverlening mogelijk is
 - Specifieke wetgeving
 - Voorstander specifieke wetgeving
 - Tegenstander specifieke wetgeving
 - Lastige situatie door ontbreken wettelijk kader
 - Lastige situatie
 - Geen lastige situatie
 - Begeleiding Aditi vzw opgelegd door rechter
 - Voorstander begeleiding Aditi
 - Tegenstander begeleiding Aditi
- Contextuele vlak
 - Plaats seksuele dienstverlening

- Binnen instelling
 - Tevreden over werkomstandigheden
 - Tevreden werkomstandigheden
 - Ontevreden werkomstandigheden
 - Tevreden over houding instelling
 - Tevreden houding
 - Ontevreden houding
 - Ongemakken/problemen binnen instelling
 - Buiten instelling
 - Plaats buiten de instelling
 - Ongemakken/problemen buiten instelling
 - Benodigdheden veilig voelen
 - Privacy
 - Gerespecteerd
 - Niet gerespecteerd
 - Hygiëne
 - In acht genomen
 - Niet in acht genomen
 - Benodigdheden bij eigen inrichting ruimte dienstverlening
 - Benodigdheden voor correct verloop dienstverlening
- Psychologisch vlak
 - Op de hoogte van de forensische setting
 - Op de hoogte
 - Niet op de hoogte
 - Kennisname forensische achtergrond patiënt
 - Forensische achtergrond kennen
 - Kennen
 - Niet kennen
 - Informatie invloed op dienstverlening
 - Informatie invloed op dienstverlening
 - Informatie geen invloed op dienstverlening
 - Achtergrond zedenpleger invloed op dienstverlening
 - Achtergrond zedenpleger invloed
 - Achtergrond zedenpleger geen invloed

- Taboe
 - Taboe seksuele dienstverlening bij FPP
 - Wel taboe
 - Geen taboe
 - Invloed op dienstverlening
 - Taboe invloed
 - Taboe geen invloed
 - Taboe doorbreken
- Beeld
 - Beeld over FPP
 - Positief
 - Negatief
 - Neutraal
 - Overeenstemming met dienstverlening
 - Overeenstemming
 - Geen overeenstemming
- Recht op seksualiteit bij dader
- Seksuele dienstverlening reguliere patiënten tegenover FPP
 - Verschil
 - Geen verschil
- Seksuele dienstverlening als begeleidingstraject of beleving seksualiteit
- Angstgevoelens
 - Geen angstgevoelens
 - Angstgevoelens
- Begeleiding tijdens seksuele dienstverlening
 - Nood aan begeleiding tijdens seksuele dienstverlening
 - Geen nood aan begeleiding tijdens seksuele dienstverlening
- Begeleiding na seksuele dienstverlening
 - Nood aan begeleiding na seksuele dienstverlening
 - Geen nood aan begeleiding na seksuele dienstverlening
- Vorming
 - Nood aan vorming
 - Geen nood aan vorming

- Klachtenloket
 - Nood aan klachtenloket
 - Geen nood aan klachtenloket
- Geen code