

Partnerrelaties, intimiteit en seksualiteit bij bewoners met wisselende beslissingsbekwaamheid

vzw Zorg-Saam ZKJ

Goedkeuring Bestuursorgaan: 25/05/2023

Inhoud

Woord vooraf	3
1. Inleiding.....	4
2. Definities seksualiteit, intimiteit en partnerrelaties	6
3. Toepassingsgebied	7
4. Afbakening.....	8
5. Ondersteuning van partnerrelaties, intimiteit en seksualiteit bij bewoners met wisselende beslissingsbekwaamheid.....	9
5.1 Kernwaarden.....	9
5.2 Partnerrelaties.....	10
5.3 De rol van zorgverleners.....	11
6. Als de situatie onduidelijk is: mogelijk ongepast seksueel gedrag.....	13
6.1 Definitie van ongepast seksueel gedrag.....	13
6.2 Algemene principes.....	13
7. Als interventie nodig is: seksueel grensoverschrijdend gedrag.....	16
7.1 Definities.....	16
7.2 Het vlaggensysteem voor seksueel gedrag (Sensoa/Zorg-Saam).....	17
7.3 Handelingsalternatieven voor seksueel grensoverschrijdend gedrag.....	18
7.4 Seksueel grensoverschrijdend gedrag binnen een partnerrelatie.....	19
7.5 De rol van zorgverleners.....	19
8. Respect voor de persoon als kernwaarde.....	21
9. Vorming.....	21
10. Verwante procedure en bijlagen.....	22
11. Bronnen.....	22

Woord vooraf

Vanuit onze christelijke inspiratie ondersteunen wij een visie op seksualiteit als **liefde-in-relatie**. De beleving van seksualiteit vindt bij voorkeur plaats in de context van een **duurzame, liefdevolle partnerrelatie**. Als voorzieningen hebben wij de **ethische plicht** een omgeving te creëren waarin het beleven van deze relaties mogelijk is, en de beperkingen van het wonen en leven in de context van een voorziening tot het minimum te herleiden.

We erkennen dat het ideaal van liefde-in-relatie voor sommigen minder realiseerbaar is. **Respect voor elkaar als personen** blijft voor ons de kernwaarde.

Deze visietekst heeft betrekking op **bewoners met wisselende beslissingsbekwaamheid**, zoals bewoners met dementie of een andere cognitieve kwetsbaarheid. Deze bewoners zijn niet meer altijd in staat om bewuste, weloverwogen keuzes te maken rond hun omgang met seksualiteit, intimiteit en partnerrelaties. Het is onze ethische verantwoordelijkheid als zorgverleners om deze bewoners en hun naasten te ondersteunen hierin. Het **juiste midden tussen over-bescherming en nalatigheid in zorg** in een **persoonsgerichte aanpak** wordt gezocht in interdisciplinair teamoverleg, met respect voor de uniciteit van de bewoner en zijn¹ partner en met aandacht voor de meest kwetsbare partij(en).

Deze visietekst vertrekt vanuit **een positieve kijk op dit belangrijk aspect van het leven van de mens**, om vervolgens mogelijk ongepast seksueel gedrag en seksueel grensoverschrijdend gedrag te bespreken.

Respect voor de integrale persoon van de bewoner en andere betrokkenen staat centraal. Andere kernwaarden in onze visie op partnerrelaties, intimiteit en seksualiteit zijn:

- inzetten op een cultuur van **openheid en vertrouwen**
- zorg voor de hele mens vanuit ons **holistisch mensbeeld**
- partnerrelaties, intimiteit en seksualiteit zijn **normaal**
- indien bewuste mondelinge toestemming en weigering niet (meer) mogelijk zijn, zijn **instemming en afwijzing uitgedrukt via lichaamstaal** wel nog belangrijk
- het belang van **privacy en veiligheid**

Wij onderschrijven de **ethische plicht** om de verlangens van een medemens te erkennen als reëel, en een omgeving te creëren waar deze verlangens op een **gezonde, menswaardige manier** geuit kunnen worden.

Zorgverleners hebben een **dubbele verantwoordelijkheid** t.o.v. bewoners:

- de verantwoordelijkheid om het **integrale welzijn van de bewoner te bevorderen**
- de verantwoordelijkheid om **de integriteit van alle betrokkenen veilig te stellen**.

In dringende gevallen van seksueel grensoverschrijdend gedrag zie de verwante procedure: Seksueel grensoverschrijdend gedrag tegenover een bewoner.

¹ Als er in deze tekst 'hij', 'hem' of 'zijn' staat, bedoelen we zowel mannelijke als vrouwelijke bewoners.

1. Inleiding

De vzw Zorg-Saam ZKJ staat voor persoonsgerichte zorg in verbinding, in een presente en waarde-gedreven ethisch verantwoorde benadering.

Vanuit onze christelijke inspiratie ondersteunen wij een visie op seksualiteit als iets dat liefdevol en respectvol gedeeld wordt tussen twee personen in een duurzame relatie.

In deze tekst wordt dit ideaal beschreven als: **liefde-in-relatie**.

Iedereen heeft een eigen taal om liefde uit te drukken, en een eigen voorkeur om liefde te ontvangen: bv. door het lichaam, in woorden, of door het geven van tijd of hulp.² We kunnen hierin groeien en veranderen doorheen het leven. We willen bewoners³ blijven ondersteunen in het geven en ontvangen van liefde.

We erkennen dat het ideaal van liefde-in-relatie voor sommigen minder uitdrukkelijk realiseerbaar is.

Respect voor elkaar als personen blijft voor ons de kernwaarde.

De context van een voorziening, waar verschillende mensen samen wonen en werken, en de context van zorgbehoefendheid betekenen een uitdaging voor de intimiteits- en seksualiteitsbeleving van bewoners en voor bestaande en nieuwe relaties. Deze visietekst reikt handvaten aan opdat de vragen en noden van de bewoner deskundig en present ontvangen, beluisterd en opgenomen kunnen worden.

Deze visietekst heeft betrekking op bewoners met wisselende beslissingsbekwaamheid. Er is een fundamenteel ethisch verschil tussen beslissingsbekwame bewoners en bewoners met verminderde of wisselende beslissingsbekwaamheid. De eerste groep van bewoners genieten de normale autonomie van volwassenen in deze, en kunnen aangesproken worden op hun ethische verantwoordelijkheid, terwijl bij de tweede groep bewoners dit minder of niet (altijd) mogelijk is. Deze tweede groep heeft daarom extra en specifieke ondersteuning nodig als het gaat om partnerrelaties, intimiteit en seksualiteit. Twee verhalen maken het onderscheid duidelijk:

² Zie Gary Chapman, *De vijf talen van de liefde*, Ark Media 30e druk 2019; Gary Chapman, Debbie Barr & Edward Shaw, *Liefdestalen en Alzheimer: blijven liefhebben als herinneringen vervagen*, Jongbloed Boeken 2017; <https://liefdestalen.nl/>

³ In deze tekst staat het woord 'bewoners' voor alle bewoners en zorgvragers van de voorzieningen van vzw Zorg-Saam ZKJ.

(1) Als meneer B. in bad gewassen wordt door een vrouwelijke zorgverlener, geniet hij ervan om zichzelf te bevredigen en haar aan te raken op intieme plaatsen. Meneer B. is een wijsbekwame bewoner, en verschillende zorgverleners alsook de hoofdverpleegkundige hebben geprobeerd om in gesprek te gaan met hem, maar hij lacht hen maar uit.

Omdat meneer B. aangesproken kan worden op zijn ethische verantwoordelijkheid, ook al luistert hij niet, is deze visietekst niet direct van toepassing op zijn situatie en een andere ethische aanpak is nodig dan de aanpak besproken in deze visietekst.

(2) Mevrouw F. vindt het fijn om in de billen van mannen te knijpen. Als een mannelijke zorgverlener mevrouw F. naar bed brengt, probeert zij hem uit te kleden. Mevrouw F. heeft wisselende beslissingsbekwaamheid. Verschillende zorgverleners hebben geprobeerd om, op het moment zelf, haar verbaal af te remmen, maar zij lacht en begrijpt hen niet. De volgende dag is ze het voorval al vergeten en is een gesprek met haar over haar verlangens en noden niet mogelijk.

Mevrouw F. kan niet aangesproken worden op haar ethisch verantwoordelijkheid. Het is niet duidelijk voor buitenstaanders, en misschien voor mevrouw F. zelf, waarom zij doet wat zij doet. Deze visietekst is van toepassing op mevrouw F.⁴

Deze twee verhalen gaan over problemen of dilemma's. We erkennen dat partnerrelaties, intimiteit en seksualiteit bij ouderen in het algemeen vaak als problematisch worden beschouwd in onze samenleving. Dit komt door stereotypen over ouderen als asexueel of geremd op vlak van seksualiteit, of door infantilisering.⁵ Bovendien betekenen heteronormatieve vooroordelen dat LGBTQ+⁶ bewoners vaak te maken hebben met een vorm van dubbele onzichtbaarheid en dubbele discriminatie.⁷ Veel medewerkers, familieleden van bewoners, en bewoners zelf, zijn beïnvloed door deze maatschappelijke vooroordelen. Partnerrelaties, intimiteit en seksualiteit bij bewoners (al dan niet met wisselende beslissingsbekwaamheid) zijn in de eerste plaats echter niet problematisch, maar zijn iets om te ondersteunen en te koesteren.

⁴ Zie ook de 2015 visietekst van Zorgnet-Icuro, "Advies 18: Intimiteit en seksualiteit in de zorg voor ouderen", die vooral van toepassing is op bewoners van (semi)residentiële zorg met dementie.

⁵ Lieslot Mahieu, Luc Anckaert en Chris Gastmans, "Eternal sunshine of the spotless mind? An anthropological-ethical framework for understanding and dealing with sexuality in dementia care", *Medical Health Care and Philosophy* (2014) 17: 377-387.

⁶ LGBTQ+ is een verzamelterm die staat voor lesbisch, homo(-seksueel), biseksueel, transgender en interseksueel. De '+' staat voor de vele andere genderidentiteiten, genderexpressies en seksuele voorkeuren die daarnaast nog kunnen bestaan, zoals mensen die zich als non-binair, queer of asexueel benoemen.

⁷ Lieslot Mahieu, Alice Cavola en Chris Gastmans, "How do community-dwelling LGBT people perceive sexuality in residential aged care? A systematic literature review", *Aging & Mental Health* (2019) 23(5): 529-540. Dubbele onzichtbaarheid betekent dat men ervanuit gaat dat een bewoner niet seksueel actief zal zijn, en zeker niet buiten een heteroseksuele relatie. Het gevolg is dubbele discriminatie.

Deze visietekst vertrekt vanuit **een positieve kijk op dit belangrijk aspect van het leven van de mens**, om vervolgens mogelijk ongepast seksueel gedrag en grensoverschrijdend seksueel gedrag te bespreken. **Respect** voor de integrale persoon van de bewoner en andere betrokkenen staat centraal.

2. Definities seksualiteit, intimiteit en partnerrelaties

Seksualiteit: Wij hanteren de definitie van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WGO) van 2010:

Seksualiteit is een centraal aspect van het leven van de mens. Het omvat seks, genderidentiteit en –rollen, seksuele oriëntatie, erotiek, plezier, intimiteit en voortplanting. Seksualiteit wordt ervaren en vormgegeven in gedachten, fantasieën, verlangens, overtuigingen, attitudes, waarden, gedrag, handelingen, rollen en relaties. Hoewel seksualiteit al deze dimensies kan omvatten, worden deze niet altijd ervaren of vormgegeven. Seksualiteit wordt beïnvloed door de interactie van biologische, psychologische, sociale, economische, politieke, ethische, wettelijke, historische, religieuze en spirituele factoren.

Eenzijds kan seksualiteitsbeleving een meerwaarde geven aan het leven en kan het de kwaliteit van leven verbeteren. Het is belangrijker voor de ene mens dan de andere. Anderzijds is het seksueel actief zijn geen absoluut recht dat opgeëist kan worden,⁸ want dan is er sprake van seksueel grensoverschrijdend gedrag.^{9,10} Tegelijkertijd is het verlangen om seksueel actief te zijn gezond en normaal.

⁸ Tom Shakespeare, 'Disabled Sexuality: Toward Rights and Recognition', *Sexuality and Disability* (2000) 18(3): 159-166. Shakespeare stelt dat, hoewel het belangrijk is dat mensen met een handicap vrij zijn om te kiezen hoe zij hun seksualiteit willen beleven, seksueel actief zijn op zich niet noodzakelijk is om gelukkig te zijn: "De meeste mensen zijn niet op zoek naar 'seks' op zich, maar naar intimiteit, warmte, erkenning, verbinding."

⁹ Lauren Rosewarne, "Is sex a human right? Ummm, yes... no... maybe... it depends on what you mean by sex really," *The Conversation*, 30 November 2011: <https://theconversation.com/is-sex-a-human-right-ummm-yes-no-maybe-it-depends-on-what-you-mean-by-sex-really-4491> Rosewarne stelt dat seks als mensenrecht gelijk staat aan vrijheid van religie als mensenrecht: toegang mag niet geweigerd worden, maar niemand mag geforceerd worden om eraan deel te nemen.

¹⁰ Seksueel grensoverschrijdend gedrag wordt gedefinieerd en behandeld in hoofdstuk 7 ('Als interventie nodig is: seksueel grensoverschrijdend gedrag').

Er is een **ethische plicht** om de verlangens van een medemens te erkennen als reëel, en om een **omgeving** te creëren waar men op een **gezonde, menswaardige manier** kan omgaan met deze verlangens.

De definitie van de WGO van seksualiteit omvat **intimiteit**. Intimiteit kan fysiek (lichamelijk), emotioneel en/of spiritueel zijn. Ze is een vorm van verbondenheid tussen twee of meer personen.

Een **partnerrelatie** verstaan we hier als een intieme, exclusieve relatie tussen twee personen. In onze context kan dit een bestaande relatie zijn, van vóór verhuis naar de voorziening, of een nieuwe relatie, begonnen in de voorziening.

Vanuit onze mensvisie vindt de beleving van seksualiteit bij voorkeur plaats in de context van een **duurzame, liefdevolle partnerrelatie**.

3. Toepassingsgebied

Deze visie is een leidraad voor alle personeelsleden van vzw Zorg-Saam ZKJ. De tekst is specifiek bedoeld voor personeelsleden die betrokken zijn bij ethische vraagstukken rond de intimiteits- en seksualiteitsbeleving van bewoners met wisselende beslissingsbekwaamheid.

Beslissings- of wilsbekwaamheid is het vermogen om zelfstandig beslissingen te nemen en de gevolgen ervan te kunnen overzien. Dit vermogen is context-georiënteerd. Deze visietekst behandelt specifiek de context van partnerrelaties, intimiteit en seksualiteit, en is dus van toepassing op bewoners die een bepaalde vorm van begeleiding nodig hebben in de context van partnerrelaties, intimiteit en seksualiteit. Volgens onze relationele personalistische visie op zorg delen zorgverleners,¹¹ zorgvragers en hun naastbetrokkenen verantwoordelijkheid met elkaar. Bij wisselende beslissingsbekwaamheid is het minder mogelijk voor de zorgvrager om zijn eigen verantwoordelijkheid op te nemen, en dit vermogen kan variëren of fluctueren afhankelijk van zijn ziekte-toestand. De wisselende beslissingsbekwaamheid van de zorgvrager doet beroep op de verantwoordelijkheid van zorgverleners en naasten. Zoals er een gradatie is in beslissingsbekwaamheid, zo is er een gradatie in verantwoordelijkheid, van eigen, over gedeelde, naar plaatsvervangende verantwoordelijkheid. Dit uit zich in een graduele lijn naar een steeds grotere bemoeienis:

¹¹ Zorgverlener betekent in deze visietekst zowel medewerkers, studenten als vrijwilligers.

van zich beschikbaar stellen en informeren, over adviseren, onderhandelen, verleiden of overtuigen en externe of interne druk uitoefenen, tot overnemen en dwingen.¹²

Bewoners met wisselende beslissingsbekwaamheid kunnen moeilijker omgaan met hun autonome intimiteits- en seksualiteitsbeleving om één of meerdere redenen:

- het is niet duidelijk of er sprake is van **wederzijdse toestemming**. Dit maakt de bewoner **bijzonder kwetsbaar** voor misbruik
- het is niet duidelijk wat zijn **cognitieve mogelijkheden** zijn: het is niet duidelijk of de bewoner seksueel gedrag voldoende kan inschatten en begrijpen, en/of zich kan weren tegen seksueel gedrag dat hij niet wil
- het is moeilijk om zijn **privacy** te respecteren vanuit veiligheidsoverwegingen (bv. hij heeft nood aan constant toezicht)
- er zijn **gedragsveranderingen** waarvan de bewoner zich zelf niet bewust is
- **normale sociaal gepaste verwachtingen** worden genegeerd of vergeten (bv. je niet ontkleden in publieke ruimtes, geen liefdesrelatie proberen aangaan met een zorgverlener en haar of zijn lichamelijke integriteit respecteren)
- de bewoner is moeilijk **aanspreekbaar**: de bewoner kan niet praten over zijn gedrag en de betekenis ervan, en de bewoner kan niet verantwoordelijk gesteld worden voor zijn gedrag omdat hij het niet bewust doet¹³
- de **medische toestand** van de bewoner leidt tot ontremd seksueel gedrag, dat niet kan worden bijgestuurd

De bovengenoemde redenen betekenen dat een bewoner extra ondersteuning en begeleiding nodig heeft in het beleven van intimiteit en seksualiteit. Voorbeelden van een dergelijke bewoner zijn iemand met dementie of een andere cognitieve kwetsbaarheid.

4. Afbakening

Wij erkennen het belang van een algemene visie omtrent partnerrelaties, intimiteit en seksualiteit voor alle bewoners, ongeacht hun mate van beslissingsbekwaamheid. Deze valt buiten de reikwijdte van deze visietekst.

¹² Zie Axel Liégeois, Hoofdstuk 7: Bemoeizorg of graduele zorg, in *Waarden in dialoog: ethiek in de zorg*. Lannoo Campus, Tielt, 2019, vooral pp. 170-171.

¹³ Axel Liégeois heeft een lijst van 10 criteria gemaakt voor het evalueren van beslissingsbekwaamheid, cfr. Hoofdstuk 6: Wils- of beslissingsbekwaamheid, in *Waarden in dialoog: ethiek in de zorg*. Lannoo Campus, Tielt, 2019. Deze criteria hebben te maken met de mogelijkheid van de bewoner om te praten over de context en gevolgen van en redenen voor zijn keuzes. De evaluatie van beslissingsbekwaamheid gebeurt in een dialoog tussen zorgverleners, zorgvrager en naastbetrokkenen, en er wordt gekeken naar kansen om de beslissingsbekwaamheid van de zorgvrager te versterken zodat hij zo goed mogelijk overwogen en verantwoorde beslissingen kan nemen.

De volgende drie onderdelen van deze visietekst [5. Ondersteuning van bewoners met wisselende beslissingsbekwaamheid; 6. Als de situatie onduidelijk is; 7. Als interventie nodig is] omvatten definities, kernwaarden en algemene principes. Indien er geen problemen of vragen zijn rond intimiteit en seksualiteit, nemen we een ondersteunende, respectvolle houding aan (5), vanuit onze visie op seksualiteit als liefde-in-relatie. Indien er vragen zijn, moet eerst gekeken worden of er effectief problemen zijn (6), om vervolgens te kijken naar passende interventie(s) (7). De minimale grens is respect voor elke persoon, en geen grensoverschrijdend gedrag.

5. Ondersteuning van partnerrelaties, intimiteit en seksualiteit bij bewoners met wisselende beslissingsbekwaamheid

5.1 Kernwaarden

- respect
 - inzetten op een cultuur van openheid en vertrouwen
 - zorg voor de hele mens vanuit ons holistisch mensbeeld
 - partnerrelaties, intimiteit en seksualiteit zijn normaal
- indien bewuste mondelinge toestemming en weigering niet (meer) mogelijk zijn, zijn instemming en afwijzing via lichaamstaal belangrijk
 - belang van privacy en veiligheid

Persoonsgerichte zorg in de context van partnerrelaties, intimiteit en seksualiteit impliceert een **open houding** en onophoudelijk kiezen voor **respect** voor de bewoner.

We vertrekken vanuit een **holistisch mensbeeld** dat erkent dat elke persoon 6 dimensies in zich draagt: de lichamelijke, relationele, sociale, psychische, morele, en spirituele dimensie. Intimiteit en seksualiteit vormen een waardevolle dimensie van het leven en geven waarde aan het leven. Ze hebben te maken met het levensverhaal, de biologie en psychologie van

een persoon, relaties, ontspanning, en culturele en religieuze verwachtingen. Als zorgverleners dragen wij **zorg voor de hele mens**, dus ook voor het seksueel en/of intiem leven van een bewoner. Iemand is meer dan zijn ziekte of beperking, al nodigt zijn kwetsbaarheid misschien uit tot extra bescherming en begeleiding.

Gezonde en ethisch verantwoorde intimiteits- en seksualiteitsbeleving kan nog mogelijk zijn voor mensen die geen expliciete mondelinge toestemming kunnen geven, omdat het mogelijk is dat het lichaam nog weet wat een bepaald seksueel gedrag betekent. Indien dit het geval is, zijn **instemming en afwijzing via lichaamstaal** (nog) mogelijk, zelfs als bewuste mondelinge toestemming en weigering niet (meer) mogelijk zijn.¹⁴ De minimale vereiste is het vermogen om wederzijdse bevestiging, 'ja zeggen', of instemming (nog) te geven.

Intimiteit en seksualiteit behoren tot de diepste kern van een persoon. Hun intieme, gevoelige karakter vraagt om diep respect. Er wordt ingezet op een **cultuur van openheid en vertrouwen** waar bewoners zich veilig voelen als ze hun noden en verlangens willen uiten of bespreken met zorgverleners.

Respect voor **privacy** is nodig om een sfeer van **veiligheid** te creëren. Deze sfeer is nodig voor het beleven van intimiteit en seksualiteit. Privacy omvat zowel de ruimtelijke context als een attitude. Een bewoner moet erop kunnen vertrouwen dat hij niet gestoord zal worden tijdens welke activiteit ook (niet alleen intieme en seksuele activiteiten). Zorgverleners leren daartoe hoe ze bij een gesloten deur dienen aan te kloppen en te wachten op een antwoord voor ze de woning van een bewoner betreden. Voor de bewoners worden de grenzen tussen privé en openbare ruimtes meer in de verf gezet, door bv. kleur, lichtinval, wegwijzers of borden. Dit helpt bewoners met wisselende beslissingsbekwaamheid begrijpen waar hun intimiteits- en seksualiteitsbeleving kan plaatsvinden (in de privéruimte), en waar niet.

5.2 Partnerrelaties

Verhuis naar een woonzorgcentrum, zowel van één partner als van een koppel, verandert de relatie tussen partners. Zij moeten leren samenzijn binnen de modaliteiten van het leven in een voorziening. Het kan ook zijn dat sommige manieren van omgaan met elkaar die thuis lukten, zoals elk zijn eigen domein, niet meer mogelijk zijn. Bovendien kan de verhuis een grote impact hebben op een van de partners, met gevolgen voor het koppel. Ook de gezondheidstoestand die opname nodig maakte, heeft een impact op beide partners en hun relatie.

¹⁴ Het is soms moeilijk te zien bij sommige bewoners of zij effectief instemmen of afwijzen. Het is daarom belangrijk om alert te zijn voor kleine tekens en veranderingen in gedrag (over heel de dag en nacht) die erop wijzen dat er een probleem is. Zie ook het ABC's model (Bijlage 1).

In intieme en seksuele relaties stellen partners zich kwetsbaar op naar elkaar toe en geven zich bloot, letterlijk en figuurlijk. Er is onvermijdelijk een element van kwetsbaarheid verbonden aan intimiteits- en seksualiteitsbeleving. Als de bewoner zijn eigen **aanvaardbare graad van kwetsbaarheid** niet kan bepalen of niet kan aangeven dat een grens wordt overschreden, wordt dit de verantwoordelijkheid van het team. Een juiste middenweg **tussen over-bescherming en nalatigheid in zorg** wordt gezocht in interdisciplinair teamoverleg, met respect voor de uniciteit van de bewoner en zijn partner.

Normaal verloopt alle communicatie over de bewoner via de officieel vermelde (“eerste” of “urgentie”) contactpersoon.¹⁵ Inzake intimiteit en seksualiteit kunnen we een uitzondering maken voor thuiswonende levenspartners die geen contactpersoon zijn. Continuïteit van zorg omvat continuïteit van partnerrelaties. Onze zorg voor een bewoner betekent dus ook aandacht voor zijn relatie en voor de thuiswonende partner. In geval van nieuwe relaties tussen bewoners waar er **nog een huidige of eerdere partner** is, wordt deze partner begeleid, en we proberen recht te doen aan zijn verwachtingen, waarden en noden, in overleg met de bewoner.

5.3 De rol van zorgverleners

Zorgverleners hebben een dubbele verantwoordelijkheid t.o.v. bewoners.

Eenzijds is er de verantwoordelijkheid om het **integrale welzijn van de bewoner te bevorderen**, door een omgeving te bieden waar de volledige persoonlijkheid van de bewoner aan bod mag komen, inclusief de dimensies van intimiteit en seksualiteit.

Anderzijds is er de verantwoordelijkheid om **de integriteit van alle betrokkenen veilig te stellen**. De betrokkenen zijn de bewoner zelf, alle zorgverleners, medebewoners, en familie.¹⁶ Er zijn drie soorten integriteit die beschermd moeten worden:

- lichamelijke integriteit: bv. geen fysiek geweld; respect voor privacy
- psychische of emotionele integriteit: bv. de persoon mag zichzelf zijn (voor zover dit de integriteit van anderen respecteert); geen discriminatie; autonome keuzes zijn mogelijk
- relationele integriteit: de ruimte om relaties aan te gaan met de personen van eigen voorkeur op de wijze waarop deze persoon dat wil. Een professionele context beperkt deze ruimte m.b.t. zorgverleners.

¹⁵ Wanneer er een wettelijk vertegenwoordiger is aangeduid door de bewoner, of door de wet wordt aangewezen volgens het cascade systeem, wordt deze persoon in principe de eerste contactpersoon. Hij beslist wat er met communicatie omtrent de bewoner gebeurt.

¹⁶ Familie betekent in deze tekst: familie, mantelzorgers, naasten, betekenisvolle anderen. De bewoner definieert zelf wie tot zijn familie behoort.

Bij dit alles geldt onverkort dat ‘mijn’ vrijheid en autonomie slechts geldt tot waar deze van de ‘ander’ in het geding is. Zo mag een bewoner bv. niet discriminerend spreken of handelen.

Respect voor de bewoner als mede-persoon is de belangrijkste waarde die zorgverleners met hun dubbele verantwoordelijkheid behoeden. Er wordt gepraat over de intimiteit en seksualiteitsbeleving van de bewoner op een respectvolle, discrete manier, en alleen als nodig in de context van goede zorg.

Elke zorgrelatie vindt plaats op een **continuüm van nabijheid en afstand**. Warme aanraking is een uiting van betrokkenheid en een erkenning dat zorgverleners en bewoners allemaal medemensen zijn. De juiste mate van nabijheid en intimiteit zal afhangen van elke unieke relatie tussen zorgverlener en bewoner. Omdat de bewoner zich echter altijd in een afhankelijke en kwetsbare positie bevindt t.o.v. de zorgverlener, is het de verantwoordelijkheid van de zorgverlener om de gepaste nabijheid-afstand te vinden en te hanteren. Dit is een manier om de integriteit van alle betrokkenen veilig te stellen. De bewoner zal laten blijken dat hij dit niveau van nabijheid-afstand als passend ervaart. Soms gaat een zorghandeling of uitspraak voorbij aan een bepaalde grens van de bewoner, zoals een bewoner naakt in de douche brengen terwijl deze zich liever bedekt met een handdoek, of openlijk praten met de bewoner over zijn seksuele voorkeuren. Het is belangrijk om hier oog voor te hebben, eventueel na te vragen bij de bewoner, en nieuwe afspraken te maken zodat de grens van de bewoner gerespecteerd wordt. Indien een bewoner weigert om zorg te ontvangen van een bepaalde zorgverlener, wordt dit besproken met de bewoner. Er wordt getracht om een haalbaar compromis te bereiken. Dit kan niet generiek worden gegarandeerd.

In overleg met de direct leidinggevende mag een zorgverlener een bewoner ondersteunen in de **voorbereidingen en nazorg** rond het beleven van intimiteit en seksualiteit. Voorbeelden zijn speciale aandacht voor het voorkomen van de bewoner, of de bewoner installeren in bed. Uit respect voor de intieme aard van het gebeuren zelf blijft de zorgverlener niet aanwezig.

6. Als de situatie onduidelijk is: mogelijk ongepast seksueel gedrag

6.1 Definitie van ongepast seksueel gedrag

Er zijn drie vormen van **ongepast seksueel gedrag**:¹⁷

- Ongepast opzoeken van intimiteit. *Bijvoorbeeld*: de nabijheid van een bepaalde persoon overdreven opzoeken; strelen; kussen. Het opzoeken van intimiteit wordt een probleem als er geen wederkerigheid is, en is afhankelijk van de levensstaat¹⁸ en levensverhaal van de betrokkenen.
- Seksueel ontremd gedrag. Dit is abnormaal gedrag dat zich niet focust op intimiteit maar wel op de fysieke aanwezigheid van de andere persoon. Het kan ook seksueel getinte opmerkingen omvatten.
- Gedrag met seksuele connotaties, hoewel het niet seksueel bedoeld is. *Bijvoorbeeld*: zich in het openbaar uitkleden.

6.2 Algemene principes

6.2.1 De kernwaarde van respect bewaken

De **minimale grens** van ethisch aanvaardbare intimiteits- en seksualiteitsbeleving is voor ons **wederzijds respect** en geen grensoverschrijdend gedrag.

Wederzijds respect betekent:

- wederzijdse bevestiging, 'ja zeggen', of reële instemming, mondeling of via het lichaam
- geen dwang of schade t.o.v. de bewoner en de direct betrokkene(n)
- geen schade aan het leefklimaat
- bescherming van lichamelijke, psychische, en sociale integriteit.

Seksueel grensoverschrijdend gedrag is de overkoepelende naam voor alle gedrag – verbaal of niet-verbaal, bewust of onbewust – waarbij iemand een andere confronteert met, of overhaalt, beïnvloedt, manipuleert, chanteert of dwingt tot seksueel georiënteerd gedrag

¹⁷ Zorgnet-Icuro, "Intimiteit en seksualiteit in de zorg voor ouderen", Advies 18, 2015.

¹⁸ Getrouwd, samenwonend, alleenstaand, religieus.

tegen zijn wil.¹⁹ Het wordt behandeld in hoofdstuk 7 van deze visietekst ('Als interventie nodig is: seksueel grensoverschrijdend gedrag').

6.2.2 Het gedrag kaderen en begrijpen

Om het seksueel gedrag van een bewoner te kunnen begrijpen en begeleiden, is het nodig de intentie van de bewoner te achterhalen. Als de bewoner niet in staat is om deze zelf te verwoorden, kan gekeken worden naar het levensverhaal van de bewoner.

Het **levensverhaal** van een bewoner is het verhaal van zijn 'vroegere zelf'. In de context van intimiteit en seksualiteit zijn de volgende elementen belangrijk: vroegere seksuele ervaringen; de relatiegeschiedenis; de huidige relatie, en de impact van ziekte en opname hierop; omgaan met mijlpalen en kantelmomenten binnen de relatie; culturele invloeden. Het levensverhaal toont de waarden waarop het 'vroegere zelf' zijn keuzes zou hebben gebaseerd in het heden. Tegelijkertijd is het mogelijk dat de echte verlangens van de bewoner altijd onderdrukt werden, en dat het ziekteproces de onderdrukking wegneemt. Dit alles vraagt onderscheiding en overleg, om te proberen te achterhalen wat best is voor de bewoner, met respect voor de gevoeligheid van het onderwerp voor de betrokkenen.

We hebben allemaal een **dynamiek van continuïteit** (zichzelf zijn, identiteit, stabiliteit) en **discontinuïteit** (veranderen, groeien, aanpassen, instabiliteit) in ons. Bijvoorbeeld ben ik dezelfde persoon nu als toen ik 5 jaar was, en tegelijkertijd ook niet. Bij grote gedragsveranderingen, zoals in het geval van personen met dementie, is er een toenemende discontinuïteit in het persoon-zijn van iemand. Iemand met dementie lijkt minder 'zichzelf' te zijn, volgens zijn omgeving en bij momenten ook naar eigen aanvoelen. Tegelijkertijd sluit dit niet uit dat (momenten van) continuïteit en identiteit mogelijk zijn, naast geleidelijke discontinuïteit en verandering. Gedragsveranderingen zijn ook niet altijd negatief. Bij het afwegen van het 'vroegere zelf' en het 'huidige zelf' van een bewoner houden we rekening met de concrete context. We proberen zo veel mogelijk te luisteren naar de bewoner en wat hij zelf uit over zijn 'vroegere zelf' en 'huidige zelf'. Informatie afkomstig van familie of zorgverleners is waardevol en tegelijkertijd onvermijdelijk subjectief en onvolledig. Aandacht geven aan zowel het 'vroegere zelf' als het 'huidige zelf' helpt om de verschillende verwachtingen, ervaringen en reacties van bewoners en naasten te begrijpen en kaderen.

¹⁹ Cfr. definities Sensoa (<https://www.allesoverseks.be/seksueel-grensoverschrijdend-gedrag>) en De fauw Nico *et al.* "Het taboe doorbroken: seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen zorgaanbieders en zorgvragers – Handleiding voor het ontwikkelen van een beleid in de voorziening", Zorgnet Vlaanderen 2013.

6.2.3 De plaats van de familie en communicatie met de familie

Zoals reeds vermeld (5.2) verloopt alle communicatie over de bewoner via de officieel vermelde (“eerste” of “urgentie”) contactpersoon.²⁰ Inzake intimiteit en seksualiteit kunnen we een uitzondering maken voor thuiswonende levenspartners die geen contactpersoon zijn. Ons vertrekpunt is dat er eerst overlegd wordt in het team vóór de contactpersoon betrokken wordt in de communicatie rond de intimiteits- en seksualiteitsbeleving of partnerrelaties van een bewoner.²¹ Informatie die gedeeld wordt in de context van intimiteit en seksualiteit moet relevant zijn voor de persoon met wie het wordt gedeeld, vanuit respect voor de bewoner. Indien er twee bewoners betrokken zijn, volgen er aparte gesprekken met elke contactpersoon. Hoewel meningen kunnen verschillen binnen het team omtrent gedrag en omgangsvormen, is het belangrijk dat het team op één lijn staat in de communicatie naar de familie. Gesprekken worden in alle sereniteit gevoerd met respect voor de privacy.

Het is belangrijk om, voor zover mogelijk, eerst in gesprek te gaan met de betrokken bewoner(s) en waar mogelijk toestemming te vragen vooraleer men contact opneemt met de eerste contactpersoon en eventueel familie. In overleg met de contactpersoon is het soms nodig om bepaalde aspecten van intimiteits- en seksualiteitsbeleving van de bewoner te bespreken met familie, bijvoorbeeld om zorgverleners te helpen om het gedrag van de bewoner te begrijpen of om familie te ondersteunen in het omgaan met een nieuwe relatie.

6.2.4 Mogelijke oorzaken voor ongepast seksueel gedrag begrijpen

Verlies van cognitieve vaardigheden kan ertoe leiden dat iemand onbewust ongepast seksueel gedrag vertoont, omdat hij bepaalde plaatsen, voorwerpen of personen niet meer herkent of begrijpt. Het kan ook leiden tot verwarring tijdens een bepaald seksueel gedrag, als de persoon vergeet wat er aan de hand is of zijn partner (plotseling) niet meer herkent. Daarom blijven continue, respectvolle observatie en opvolging belangrijk.

We erkennen dat er verschillende oorzaken kunnen zijn voor ongepast seksueel gedrag,²² naast een oprechte behoefte aan seksueel contact. Interne factoren spelen mogelijks een rol: lichamelijke (inclusief medische), persoonlijke (vanuit het karakter en het levensverhaal van de bewoner), psychische (bv. verveling, eenzaamheid) en omgevingsfactoren. Externe factoren kunnen ook een rol spelen, die te maken hebben met het leven in een voorziening waar elke vorm van intimiteit moeilijker wordt, of eenzaamheid veroorzaakt door de

²⁰ Wanneer er een wettelijk vertegenwoordiger is aangeduid door de bewoner, of door de wet wordt aangewezen volgens het cascade systeem, wordt deze persoon in principe de eerste contactpersoon. Hij beslist wat er met communicatie omtrent de bewoner gebeurt.

²¹ Dit is zeker het geval indien de eerste contactpersoon een wettelijke vertegenwoordiger is inzake financiën en zonder zorgvolmacht.

²² Het ABC's model noemt deze oorzaken 'beweges'; zie Bijlage 1.

vooroordelen van zorgverleners en naasten. Het verlangen naar intimiteit en seksualiteit kan ook voortkomen uit een gemis of een verlieservaring. Het is dan belangrijk om het gemis te erkennen en te helpen doorleven, eerder dan het te helpen invullen of onderdrukken.

In alle gevallen vragen de verschillende mogelijke oorzaken voor ongepast seksueel gedrag om een **interdisciplinaire aanpak**. Daarnaast blijft een ethische afweging ook een rol spelen: wat is **goed** voor deze bewoner en de andere betrokkenen?

Zie Bijlage 1 voor vragen om te bespreken in een interdisciplinair overleg omtrent (mogelijk) ongepast seksueel gedrag.

Indien er twijfel is of het gaat om seksueel grensoverschrijdend gedrag wordt tevens het Vlaggensysteem gebruikt (cfr. Bijlage 2).

Een tussenkomst of interventie door zorgverleners is ethisch verantwoord als voldaan wordt aan de volgende criteria:

- de interventie respecteert de persoonlijke integriteit van de betrokkenen
- de interventie veroorzaakt de minst mogelijke verstoring bij de bewoner(s), om de verwachte schade zo veel mogelijk in te perken
- de interventie is doeltreffend
- de interventie wordt regelmatig geëvalueerd en indien nodig bijgesteld.

7. Als interventie nodig is: seksueel grensoverschrijdend gedrag

7.1 Definities

Seksueel grensoverschrijdend gedrag is de overkoepelende naam voor alle gedrag – verbaal of niet-verbaal, bewust of onbewust – waarbij iemand een ander confronteert met, of overhaalt, beïnvloedt, manipuleert, chanteert of dwingt tot seksueel georiënteerd gedrag tegen zijn wil.²³

²³ Cfr. definities Sensoa (<https://www.allesoverseks.be/seksueel-grensoverschrijdend-gedrag>) en De fauw Nico *et al.* “Het taboe doorbroken: seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen zorgaanbieders en zorgvragers – Handleiding voor het ontwikkelen van een beleid in de voorziening”, Zorgnet Vlaanderen 2013.

Seksueel misbruik is een juridisch begrip. Het verwijst naar een als een misdrijf omschreven feit: “aanranding van de eerbaarheid en verkrachting, al dan niet met geweld”²⁴ en “bederf van de jeugd en prostitutie”.²⁵ Er is sprake van seksueel misbruik wanneer er (moreel) geweld of bedreiging wordt gebruikt, wanneer er geen toestemming is of wanneer juridisch geen toestemming kan worden gegeven.

Sommige bewoners zijn niet in staat om juridische toestemming te geven. Toch gaat het niet altijd om seksueel misbruik als deze bewoners deelnemen aan seksuele activiteiten. In een hulpverleningscontext is het begrip seksueel grensoverschrijdend gedrag belangrijker, onder meer omdat er sprake kan zijn van seksuele grensoverschrijding zonder dat het gaat om een handeling of daad die beantwoordt aan de juridische omschrijving van seksueel misbruik.

Indien zorgverleners of een bewoner een bepaald gedrag of situatie beschouwen als seksueel grensoverschrijdend, wordt dit serieus genomen en als zodanig behandeld. Indien er signalen, klachten en/of vaststellingen van seksueel grensoverschrijdend gedrag tegenover een bewoner zijn, gebruik de **Procedure: Seksueel grensoverschrijdend gedrag tegenover een bewoner**.

Het **spreek-/meldingsrecht** is een uitzonderingsregeling op het beroepsgeheim en geldt voor aanranding en verkrachting²⁶ van een kwetsbare persoon²⁷ waarbij een ernstig en dreigend gevaar bestaat voor de psychische of fysieke integriteit van de kwetsbare persoon, of aanwijzingen bestaan voor een gewichtig en reëel gevaar dat andere kwetsbare personen het slachtoffer worden van de misdrijven, en waarbij de zorgverlener niet in staat is om de integriteit zelf of met hulp van anderen te beschermen.²⁸ Spreekrecht is geen spreekplicht in de juridische zin, maar soms geldt hier een morele spreekplicht.²⁹

7.2 Het vlaggensysteem voor seksueel gedrag (Sensoa/Zorg-Saam)

Als er signalen, klachten of vaststellingen van seksueel grensoverschrijdend gedrag zijn, helpt het vlaggensysteem om het gedrag te begrijpen en om gepast en doeltreffend erop te reageren. Het vlaggensysteem geeft geen kant-en-klaar antwoord, maar is een hulpmiddel

²⁴ Strafwetboek art. 372-378 bis

²⁵ Strafwetboek art 379-382

²⁶ Artikelen 372-377 Strafwetboek. Het spreek-/meldingsrecht geldt ook voor andere misdrijven die hier niet relevant zijn, cfr. artikel 458bis van het Strafwetboek.

²⁷ “Een persoon die kwetsbaar is ten gevolge van zijn leeftijd, zwangerschap, een ziekte dan wel een lichamelijk of geestelijk gebrek of onvolwaardigheid.” (art. 458bis Sw)

²⁸ Artikel 458bis Strafwetboek.

²⁹ De Fauw Nico *et al.* “Het taboe doorbroken: seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen zorgaanbieders en zorgvragers – Handleiding voor het ontwikkelen van een beleid in de voorziening.” Zorgnet Vlaanderen 2013. Pagina 18.

om een situatie in kaart te brengen, ieders gedachten te structureren, en een analyse te maken.

Voor bewoners met wisselende beslissingsbekwaamheid is het niet altijd duidelijk of ze slachtoffer zijn van seksueel grensoverschrijdend gedrag, noch of ze een bewuste pleger zijn van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Het vlaggensysteem helpt om het seksueel gedrag van bewoners objectiever te kunnen inschatten en zo tot een goed overwogen reactie te komen na het toepassen van bepaalde criteria op een concrete situatie. Dit geeft tegenwicht tegen emotioneel, paniekerig of bevooroordeeld reageren, of tegen onverschilligheid. Het vlaggensysteem maakt het gedrag bespreekbaar, en helpt het team om tot een betere afstemming te komen over het te volgen woonleefplan.

Het vlaggensysteem geeft echter nooit zonder meer 'de' oplossing: daarvoor is ethisch overleg nodig met aandacht voor de unieke situatie. Het vlaggensysteem geeft wel aan welke elementen opgenomen moeten worden in ethisch overleg.

Het oorspronkelijke Sensoa Vlaggensysteem is een in Vlaanderen ontwikkelde methodiek voor begeleiders van kinderen en jongeren om seksueel gedrag bespreekbaar te maken, correct in te schatten en er gepast op te reageren. Wij hebben het aangepast naar onze context (bewoners die nood hebben aan begeleiding omtrent hun intimiteits- en seksualiteitsbeleving) en op basis van onze waarden en christelijke identiteit (aandacht voor de holistische mens-in-relatie). Zie Bijlage 2: Het Vlaggensysteem voor seksueel gedrag (Sensoa/Zorg-Saam).

7.3 Handelingsalternatieven voor seksueel grensoverschrijdend gedrag

Seksueel grensoverschrijdend gedrag bij bewoners met wisselende beslissingsbekwaamheid en, bij uitbreiding, ongepast seksueel gedrag, wijzen erop dat de bewoner naar iets verlangt op vlak van intimiteit en seksualiteit. Het ethisch besluit na gebruik van het vlaggensysteem kan zijn dat het gedrag verboden of gestopt moet worden. Vervolgens moet gekeken worden naar wat een passend antwoord zou kunnen zijn op de verlangens van de bewoner.

Deze vraag wordt deels beantwoord door te kijken naar de bewegers, triggers of oorzaken van het gedrag.³⁰ Als een beweger verandert of weggenomen wordt, en/of als de bewoner ondersteund wordt in het omgaan met de beweger, is het mogelijk dat het seksueel grensoverschrijdend gedrag stopt. Seksueel grensoverschrijdend gedrag kan nooit een ethisch verantwoord antwoord zijn op de verlangens van een bewoner.

³⁰ Zie 6.2.4 hierboven, en Bijlage 1.

De vraag naar een passend antwoord op de verlangens van de bewoner wordt altijd besproken in een interdisciplinair overleg (IDO). De bewoner (indien mogelijk), de huisarts, en de familie worden ook uitgenodigd. Indien zij niet kunnen of willen deelnemen aan het IDO, wordt de afgesproken handelwijze naderhand ook met hen besproken. Het doel is een bewonersgerichte aanpak, niet in eerste instantie een team- of familiegerichte aanpak, en een aanpak die de meest kwetsbare partij beschermt. Zo nodig wordt externe expertise ingeschakeld. Een individueel begeleidingsplan wordt in het team afgesproken, waardoor het hele team eenzelfde handelwijze aanneemt. Concrete afspraken worden tevens gemaakt met de bewoner (indien mogelijk), de huisarts, en de familie.

7.4 Seksueel grensoverschrijdend gedrag binnen een partnerrelatie

Als zorgverleners blijven we waakzaam voor signalen van grensoverschrijdend gedrag. We erkennen dat lichamelijke intimiteit geen verplichting mag zijn voor partners. In geval van een onevenwicht in relaties³¹ peilen we naar de beleving van de partners, om misbruik te voorkomen. We nemen het op voor de zwakste partner, ook als deze geen bewoner is, en ondersteunen hem in het stellen van grenzen.

7.5 De rol van zorgverleners

7.5.1 De beschermende rol van zorgverleners

Soms is een bewoner niet (meer) in staat om een bepaald gedrag te herkennen als grensoverschrijdend. In dat geval nemen zorgverleners het op voor deze bewoner, en moeten zij waken over de minimale grens. Het is de plicht van elke medewerker, wanneer er vermoedens ontstaan omtrent seksueel grensoverschrijdend gedrag door een collega, deze vermoedens voor te leggen aan de vertrouwenspersoon. De vertrouwenspersoon zal de vermoedens, zonder bronvermelding, bespreken met de desbetreffende collega en, indien nodig, melden aan de directie.

³¹ Bijvoorbeeld: behoefte van partner kan niet ingevuld worden door andere partner; veranderde verwachtingen die niet meer overeenkomen.

Een zorgverlener mag geen seksuele relatie hebben met een bewoner.³² Omdat de bewoner zich altijd in een afhankelijke en kwetsbare positie bevindt t.o.v. de zorgverlener, mag er ook geen seksuele relatie ontstaan met wederzijdse toestemming. De zorgverlener zoekt geen seksuele toenadering tot de bewoner, en verricht geen seksuele handelingen³³ bij of met de bewoner. Wat **intimiteit** betreft onthouden zorgverleners zich van elke handeling of relatievorming die misbruik maakt van de kwetsbaarheid van de bewoner of de asymmetrie in deskundigheid en positie, of die aanleiding kan geven tot misverstanden bij de bewoner.

7.5.2 Seksueel grensoverschrijdend gedrag: zorgverlener als slachtoffer

Soms wordt een bepaalde grens van een zorgverlener overschreden door een bewoner.

Naast een objectieve grens (door iedereen beschouwd als grensoverschrijdend gedrag) bestaat ook zoiets als een subjectieve grens op het gebied van seksualiteit en intimiteit. Nieuwe medewerkers worden uitgenodigd om zelf na te denken over waar hun eigen grens ligt. Vaak wordt pas duidelijk waar de eigen grens ligt als men iets ziet gebeuren of zelf ervaart. Medewerkers worden aangemoedigd om hun gevoelens te bespreken met hun leidinggevende, de vertrouwenspersoon van de voorziening, of een referentiepersoon die ze vertrouwen (bv. referentiepersoon dementie, pastor, stafmedewerker ethiek van de Centrale Unit).

De leidinggevende blijft alert voor signalen van ongewenste seksualiteit en grensoverschrijdend gedrag ondergaan door medewerkers, en maakt het onderwerp bespreekbaar, ook in het team.

Zie ook Bijlage 4 voor tips aan zorgverleners omtrent wat wel en niet te doen bij het aangeven van hun grens aan bewoners. Voor situaties waar een personeelslid het (vermoedelijke) slachtoffer is van seksueel grensoverschrijdend gedrag: zie het arbeidsreglement van de vzw Zorg-Saam ZKJ, bijlage 13 (hier opgenomen als bijlage 6).

³² Wij beperken ons in deze visietekst tot grensoverschrijdend gedrag binnen een zorgrelatie (zorgverlener – bewoner). Grensoverschrijdend gedrag binnen een arbeidsrelatie (zorgverleners onderling) valt onder de Wet betreffende de bescherming tegen geweld, pesterijen en ongewenst seksueel gedrag op het werk van 11 juni 2002.

³³ Seksuele handelingen omvat ook seksuele toespelingen, communicaties, en fantasieën.

8. Respect voor de persoon als kernwaarde

De waarde-volle beleving van seksualiteit vindt plaats in de context van een duurzame, liefdevolle partnerrelatie. Waar dergelijke relatie minder uitdrukkelijk realiseerbaar is, blijft respect voor elkaar als personen de kernwaarde. Een persoon heeft waarde op zich, en kan niet worden gebruikt als instrument of object. Dit geldt voor bewoners, zorgverleners, familie, en uiteindelijk iedereen. Dit is meteen ook de reden waarom wij als organisatie geen beroep wensen te doen op seksuele dienstverlening door derden voor bewoners. Weliswaar respecteren wij vanzelfsprekend ook de gewetensvrijheid van de bewoner, die hierover anders kan denken, en in zijn woonverblijf andere keuzes kan maken .

Bij complexe casussen wordt beroep gedaan op de stafmedewerker ethiek van de Centrale Unit, en kan externe expertise ingeschakeld worden om tot de beste oplossing voor deze casus te komen.

9. Vorming

Vormingen voor alle zorgverleners verhogen kennis en vaardigheden en verbeteren attitudes. Dit komt de zorg voor bewoners ten goede. Er wordt aandacht besteed aan:

- de bewoner: zijn noden, verlangens, verwachtingen, en de gevolgen van verschillende gezondheidstoestanden op de beleving en uiting van intimiteit en seksualiteit
- de zorgverlener: zijn eigen verwachtingen, verlangens, vooroordelen, grenzen, en waarden, met vorming in zelfreflectie en empathie
- de dynamiek binnen een team, en hoe op een respectvolle, ethisch verantwoorde manier omgaan met intimiteit en seksualiteit van bewoners

De stafmedewerker ethiek van vzw Zorg-Saam ZKJ is verantwoordelijk voor het organiseren van vormingen, met of zonder externe vormingsdiensten, en houdt zich hiervoor beschikbaar.

Vormingen worden gegeven door medewerkers van de voorziening die gevoelig zijn voor het thema en die reeds gevormd zijn hierin, zoals de referentiepersoon dementie, de referentiepersoon ethiek, of de pastor.

10. Verwante procedure en bijlagen

- Procedure: seksueel grensoverschrijdend gedrag tegenover bewoners
- Bijlage 1: Interdisciplinair overleg vragen omtrent (mogelijk) ongepast seksueel gedrag
- Bijlage 2: Het vlaggensysteem voor seksueel gedrag (Sensoa/Zorg-Saam)
- Bijlage 3: Registratiedocument melding seksueel grensoverschrijdend gedrag tegenover een bewoner
- Bijlage 4: Tips voor zorgverleners omtrent het aangeven van hun grenzen naar bewoners toe
- Bijlage 5: Te volgen procedures voor de personeelsleden van vzw Zorg-Saam ZKJ die menen schade te ondervinden als gevolg van psychosociale risico's, waaronder inzonderheid geweld, pesterijen of ongewenst seksueel gedrag op het werk (Bijlage 13 van het Arbeidsreglement)

De meest recente versies van alle documenten zijn te vinden op:

<https://zorgsaamzjk.sharepoint.com/sites/CU/ET/ZorgSaam%20documenten%20ethiek/Forms/AllItems.aspx>

11. Bronnen

CHAPMAN G., De vijf talen van de liefde, Ark Media 30e druk 2019.

CHAPMAN G., D. BARR & E. SHAW, Liefdestalen en Alzheimer: blijven liefhebben als herinneringen vervagen, Jongbloed Boeken 2017.

LIÉGEOIS A., Waarden in dialoog: ethiek in de zorg. Lannoo Campus, Tielt, 2019.

MAHIEU L., Care for older people with regard to intimacy and sexuality: a clinical-ethical study with special attention to insitutionalized people with dementia, KU Leuven May 2014.

MAHIEU L., L. ANCKAERT & C. GASTMANS, "Eternal sunshine of the spotless mind? An anthropological-ethical framework for understanding and dealing with sexuality in dementia care", Medical Health Care and Philosophy (2014) 17: 377-387.

MAHIEU L., A. CAVOLA & C. GASTMANS, "How do community-dwelling LGBT people perceive sexuality in residential aged care? A systematic literature review", Aging & Mental Health (2019) 23(5): 529-540.

MULLER-SCHOOF I., I. MOUTHAAAN, Scholingsmap intimiteit en seksualiteit in de ouderenzorg, NZCO, RUTGERSWPF, Utrecht, november 2013

VANLAERE L. & C. GASTMANS, Zorg aan zet. Ethisch omgaan met ouderen, Davidsfonds, 2010.

ZORNET VLAANDEREN, Het taboe doorbroken: seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen zorgaanbieders en zorgvragers. Handleiding voor het ontwikkelen van een beleid in de voorziening, Zorgnet Vlaanderen, 2013.

ZORNET VLAANDEREN, Intimiteit en seksualiteit in de zorg voor ouderen, ethisch advies 18, Brussel, 25 september 2015.