

Seksualiteit, intimiteit en intimidatie in de zorg

Op 24 maart organiseert *Bijzijn* het congres *Seksualiteit, intimiteit en intimidatie in de zorg*. Daarin komen allerlei aspecten aan bod over seksualiteit en intimiteit in de zorg. Dit artikel zet alvast de belangrijkste aspecten van het congres op een rij. [Mathilde Bos]

Wanneer seksualiteit in de zorg ter sprake komt, ontstaat er vaak een babylonische spraakverwarring. Bij nadere analyse blijkt dan dat iedereen het over iets anders heeft. De een heeft het over seksuele intimidatie, de ander over de behoefte aan intimiteit van de patiënt. Weer een ander noemt intimiteit tussen verpleegkundige en patiënt en de volgende zet uiteen waarom seksualiteit wel/niet bij het verpleegkundig beroepsdomein hoort. In dit artikel zullen we die aspecten eens verder belichten. Te beginnen bij *beroepsdomein*. Dat seksualiteit en intimiteit bij het leven horen, zal niemand ontkennen. Uit enquêtes blijkt dat verpleegkundigen niet allemaal vinden dat het onderwerp seks niet binnen hun beroepsdomein valt. Ongeveer de helft vindt van wel en de helft vindt van niet. Dat helpt niet om op afdelingsniveau beleid te maken. Het Beroepsprofiel en ook de theorie van Gordon zijn er helder over: de zorg voor dit aspect van het leven hoort er gewoon bij, zoals eten en drinken. Ongeacht wat je hier persoonlijk van vindt. Veel verpleegkundigen zijn huiverig het onderwerp seksualiteit aan te roeren; velen wachten tot de patiënt hier zelf over begint. De patiënt

heeft echter dezelfde huiver en wacht tot de verpleegkundige erover begint. Zo blijft het onderwerp liggen.

GEWENST/ONGEWENST

Eerst is het van belang om onderscheid te maken tussen gewenste en ongewenste vormen van seksualiteit. Bij gewenste seksualiteit is er sprake van *zorg voor de liefde*. Bij de ongewenste vorm is er geen sprake van intimiteit maar van intimidatie. Eigenlijk is het vreemd dat 'gewenst' en 'ongewenst' door elkaar worden gehaald in discussies, het is zo'n cruciaal onderscheid dat je met recht zou kunnen zeggen dat ze niets met elkaar gemeenschappelijk hebben. De enige gemeenschappelijkheid is dat het over seksualiteit gaat. Uit de verwarring op zo'n basaal niveau kun je opmaken dat we met het hele onderwerp eigenlijk niet goed raad weten.

GEORLOOFD/ONGEORLOOFD

Seksueel contact tussen hulpverlener en patiënt/cliënt is niet geoorloofd, de diverse beroepscode zijn daar helder over. Wanneer er dus sprake is van 'zorg voor de liefde', dan gaat het over de seksualiteitsbeleving van de patiënt en diens partner. Het is de rol van verpleegkundigen om dat mogelijk te maken.

Seksuele intimidatie kan tussen alle partijen plaatsvinden. Van patiënt/naaste naar verpleegkundige, maar ook andersom. Tussen collega's, tussen verschillende disciplines, tussen stagiaires en werkbegeleiders en tussen leidinggevenden en teamleden. Om de focus helder te hebben, beperken we ons in dit artikel tot de patiënt/naaste die de verpleegkundige ongewenst seksueel getint benadert.

SEKSUELE INTIMIDATIE

Uit de enquête van *Verpleegkunde Nieuws* en NU' 91 in 2000 kwamen schokkende cijfers naar voren met betrekking tot seksuele intimidatie. De meerderheid van verpleegkundigen en verzorgenden krijgt er op het werk mee te maken. Sommige instellingen trainen verpleegkundigen om hiermee om te gaan als onderdeel van een training *Omgaan met agressie*. Toch blijft het probleem onderbelicht en dat is niet goed. Seksuele intimidatie is namelijk een van de lastigste vormen van agressie/intimidatie. Dit omdat het vaak heel sluipend begint en schaamte oproept. Dat laatste maakt het lastig om het ongewenste gedrag met een zelfverzekerde houding een halt toe te roepen. Er ontstaat vaak een discussie over wat wel/niet valt onder seksuele intimidatie. De volgende definitie is heel verhelderend: *Seksuele intimidatie is ongewenst, seksueel getinte aandacht*. Deze definitie is gebaseerd op de arboret die de veiligheid van werknemers moet waarborgen. De consequentie van deze definitie is dat iedereen op wie de seksueel getinte aandacht gericht is, zelf zal moeten uitmaken wat wel/niet gewenst is. Dat maakt het zowel makkelijk als moeilijk. Makkelijk omdat er geen discussie kan ontstaan hierover (bijvoorbeeld: mag een compliment over uiterlijk nu wel of niet?). Als het slachtoffer het als ongewenst ervaart dan valt het onder de definitie en anders niet. Maar het is ook lastig. Mensen zijn niet helderziend, daders misschien nog wel minder dan gemiddeld. Degene die de ongewenste

ZORG VOOR DE LIEFDE	SEKSUELE INTIMIDATIE
Gewenst	Ongewenst
Intimiteit	Intimidatie
Erkenning	Ontkenning
Gezien zijn	Bekeken worden
Helend	Beschadigend
Ja-gevoel	Nee-gevoel



HANS OOSTRUM FOTOGRAFIE

aandacht ontvangt, zal daarom heel helder moeten communiceren over wat zij/hij als ongewenst ervaart.

ZORG VOOR DE LIEFDE

De 'zorg voor de liefde' is een onderbelicht aspect binnen de zorg. Als je verpleegkundigen vraagt wat zij ten aanzien van dit aspect zouden missen als ze patiënt waren op hun eigen afdeling dan weten ze dat heel precies: privacy, de mogelijkheid van rooming-in, een slot op de deur, kloppen voor het binnenkomen en wachten op antwoord. Ook randvoorwaarden als bijvoorbeeld tweepersoonsbedden worden gemist. En er is behoefte aan een klimaat waarbij ze zich op hun gemak zouden voelen om het onderwerp te bespreken en behoeften te uiten. Het is eigenlijk heel logisch dat mensen in crisis hun partner bij zich willen hebben.

Binnen de langdurige zorg (zoals gehandicaptenzorg of verblijfsafdelingen in de GGZ) zal relatievorming vaak niet alleen mogelijk gemaakt moeten worden, maar ook begeleid moeten zijn. We vinden dat niet makkelijk en zijn bang voor ontregeling van onze patiënten, maar als we het laten liggen of zelfs verbieden, laten we een belangrijk aspect van de zorg liggen. De gevolgen daarvan worden in diverse onderzoeken helder: eenzaamheid is onder sommige groepen patiënten met afstand het belangrijkste ervaren probleem. Patiënten in de

GGZ vonden dat verpleegkundigen zich te veel met pillen en dagstructuur bemoeiden maar te weinig ondersteunend waren als het ging om relatievorming en eenzaamheidsproblematiek. Binnen de verpleeghuiszorg is de situatie helemaal hartverscheurend. Mensen worden na 60 jaar voorgoed gescheiden van tafel en bed om geen andere reden dan dat een van de partners zorg nodig heeft en de ander niet.

AANBOD OP MAAT

Wanneer ziekte, behandeling of de opname zelf consequenties heeft voor de beleving van seksualiteit en intimiteit zul je daar aandacht aan moeten besteden. In elke instelling en zelfs op elke afdeling zal dat weer anders zijn. Je zult daarom per afdeling/doelgroep een aanbod moeten creëren. Denk hierbij aan aangepaste vragen in de anamnese en aan informatiefolders bij de diverse daar toegepaste behandelingen. Patiënten kunnen alleen een afgewogen keuze maken voor een behandeling (informed consent) wanneer zij op de hoogte zijn van de mogelijke gevolgen hiervan op alle terreinen van het leven. Het zal dan blijken dat het verlies van seksuele functies voor sommige patiënt veel zwaarder weegt dan voor anderen. Het informeren en ondersteunen bij de afweging is een gedeelde taak van verpleegkundige en arts. Het zoeken naar creatieve oplossingen om

met beperkingen om te gaan, is specifiek verpleegkundig. Help vooral de patiënt zijn/haar ideeën te uiten en ondersteun de patiënt bij het gesprek met een eventuele partner. Het veranderen van seksuele gewoontes is in partnerrelaties vaak een moeilijk bespreekbaar onderwerp. Daardoor kan er ongewild verwijdering op treden. Verpleegkundigen kunnen hierin een belangrijke rol spelen op een cruciaal moment.

LEGE HANDEN

Een deel van de huiver bij verpleegkundigen kan voortkomen uit het gevoel met lege handen te staan bij de problematiek die mogelijk op tafel komt wanneer seksualiteit bespreekbaar wordt. Verpleegkundigen willen graag problemen oplossen, maar dat kan niet altijd. Zeker als de problemen gerelateerd zijn aan eenzaamheid, intimiteit en seksualiteit. Maar onze patiënten verwachten over het algemeen helemaal geen oplossingen van ons. Ze willen hun zorgen delen en hun emoties uiten. Het verlies van seksuele functies – dit kan ook gaan over het verlies van aantrekkelijkheid – kan rouw veroorzaken. Begeleiden bij deze rouwverwerking is een typisch verpleegkundige taak. Aanwezig zijn en luisteren zijn dan de aangewezen interventies.

AFDELINGSKLIMAAT

Elke afdeling heeft een eigen klimaat als het gaat om seksualiteit. Op sommige afdelingen wordt er vaak aan gerefereerd, maar alleen in de grappende sfeer. Dan lijkt het klimaat wel open maar dat is het niet. Om ongewenste vormen van seksualiteit een halt toe te roepen en gewenste vormen ruimte te geven, moet je het gesprek aangaan, ook met elkaar. Het begint met het uiteenrafelen van het onderwerp zodra de babylonische spraakverwarring ontstaat. Elkaar op een open en respectvolle manier bevragen, is dan belangrijker dan het uiten van meningen over wat de ander zegt. In die zin verschilt het gesprek met collega's in essentie niet van het gesprek met patiënten en kunnen we onze collega's gebruiken om te oefenen.

Seksuele Intimidatie in de Zorg (2000), M. Bos, uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum. Gratis te downloaden op www.mathildebos.schrijft.nl. Op dezelfde website is een aantal artikelen te vinden over de onderwerpen Intimiteit en Seksualiteit