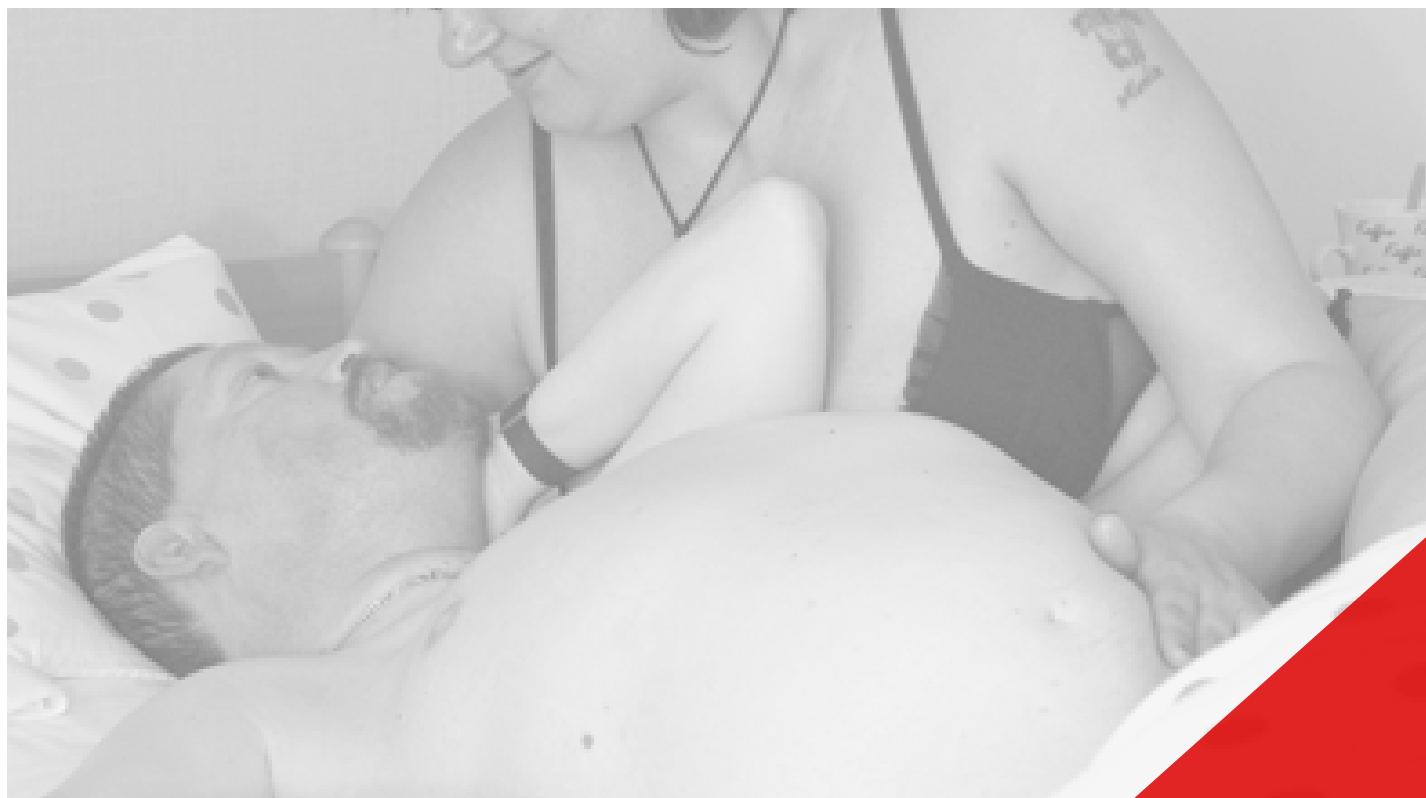


Aanzet tot een

Beroepscompetentie  
profiel voor de

SEKSVERZORGENDE

2021



# COLOFON

Dit document is tot stand gekomen op initiatief van FleksZorg.

## **Titel document**

Aanzet tot een beroepscompetentieprofiel voor de Seksverzorgende (2021)

## **Auteurs**

Sofie van den Haak, Toegepast Psycholoog

Loet Berkelmans, FleksZorg

## **Meeleesgroep**

Alistair Niemeijer, Zorgethicus Universiteit voor Humanistiek

Alette Jager, Manager/coach/trainer in de VVT

Arno de Kort, Medisch Advocaat

De Ultieme Zorg (DUZ)

Els Messelis, Zelfstandig Gerontoloog

Esther Primowees, Directeur Expertise en Onderzoek Philadelphia

Frank van der Linden, Bestuurslid Humanitas DMH

Frans Hoogeveen, Expert seksualiteit bij dementie

Jos Noordover, Senior beleidsmedewerker

Karien Waterschoot, Tilburg University

Monique Bijkerk, Consulent Stichting Snoezelzorg

Nathalie Huitema-Nuijens, MSc. Gerontology and sexology CIIS San Francisco

Noelle Sant, Expert seksualiteit en intimiteit in de zorg

Sander Hilberink, Lector Ondersteuningsbehoeften Erasmus Universiteit

Saskia Goorkate, Aandachtsfunctionaris seksualiteit Aveleijn

Stichting Alternatieve Relatiebemiddeling (SAR)

Vakgroep seksuologie, Lunetzorg

Woet Gianotten, Medisch Seksuoloog NVVS

Ymke Kelders, Programmamedewerker Zorg, Rutgers: expertisecentrum seksualiteit

## **Met afbeeldingen van**

Conny Theunissen

## **Vormgeving**

Sofie van den Haak

© November 2021

---

# INHOUD

|   |    |
|---|----|
| Inleiding   | 1  |
| Aanleiding  | 2  |
| Samenvatting  | 3  |
| 1. Sekszorg   | 5  |
| 1.1 Visie op sekszorg   |    |
| 1.2 Definitie sekszorg  |    |
| 1.3 De seksverzorgende  |    |
| 1.4 Plaats van sekszorg in huidig zorgsysteem                                 |    |
| 2. Beroepscompetentieprofiel  | 10 |
| 2.1 Waarom een BCP  |    |
| 2.2 Erkenning en positionering BCP  |    |
| 3. Werkdomeinen en doelgroepen  | 12 |
| 3.1 Werkdomein  |    |
| 3.2 Doelgroepen   |    |
| 4. Beroepshouding en deskundigheidsbevordering                                | 13 |
| 4.1 Algemene beroepshouding   |    |
| 4.2 Deskundigheidsbevordering   |    |
| 5. Rollen en kerntaken  | 14 |
| 6. Competenties   | 15 |
| 6.1 Competentie A: Methodisch handelen  |    |
| 6.2 Competentie B: Gespreks- en interculturele vaardigheden                   |    |
| 6.3 Competentie C: Oplossingsgericht werken                                   |    |
| 6.4 Competentie D: Professionele vertrouwensband opbouwen                     |    |
| 6.5 Competentie E: Signaleren en bewaken van grenzen                          |    |
| 6.6 Competentie F: Intimiteit en seksuele handelingen bieden                  |    |
| 6.7 Competentie G: Hygiënisch en veilig handelen                              |    |
| 6.8 Competentie H: Reflecteren, evalueren en objectief rapporteren            |    |
| 6.10 Competentie I: Samenwerken met betrokken disciplines en naastbetrokkenen |    |
| 7. Ethische aspecten  | 19 |
| Bronnenlijst  | 21 |
| Bijlage 1 Beroepscode V&VN  | 23 |
| Bijlage 2 ZorgkaartNederland  | 24 |
| Bijlage 3 Professional Surrogate Partner Therapy                              | 25 |

## INLEIDING

Er zijn in Nederland al jaren particuliere initiatieven om seksuele dienstverlening aan mensen met een beperking te leveren. In 2005 vindt de introductie van de term sekszorg plaats, uitgevoerd door seksverzorgenden, georganiseerd vanuit de zorgsector. Hiermee werd een start gemaakt om sekszorg te gaan invullen als zijnde complementaire zorg. Het verder ontwikkelen van sekszorg tot volwaardige en legitieme zorgverlening, heeft nog wat uitdagingen.

Ondersteuning bij seksualiteit wordt nog te vaak gezien als luxe, terwijl voor veel mensen met beperking sekszorg de enige manier is om te kunnen streven naar de gewenste seksuele gezondheid. Het heeft grote impact op lichamelijk, sociaal- en emotioneel welzijn en het kunnen participeren in de samenleving.

De laatste tijd (voorjaar en zomer 2021) is er veel media-aandacht rondom het thema seksualiteit in de zorg geweest. Dit had als positief gevolg dat toenmalig minister van Ark (na motie van W. Paulusma) toegezegd heeft te willen kijken met betrokken partijen naar verbetering en financiering in praktische ondersteuning bij seksualiteit wanneer dat zorggerelateerd is. Een mooi moment dus, om te laten zien dat het werkveld zich graag verder wil professionaliseren.

Voor u ligt de allereerste, zorgvuldig opgestelde, aanzet tot een beroepscompetentieprofiel (BCP) voor de seksverzorgende. Hier wordt de seksverzorgende omschreven als een zelfstandige beroepsbeoefenaar die bijdraagt aan de gewenste seksuele gezondheid van mensen met een of meerdere beperkingen. Erkenning voor het beroep seksverzorgende betekent een duidelijkere positionering en meer mogelijkheden voor professionalisering en deskundigheidsbevordering.

---

# AANLEIDING

## Totstandkoming aanzet beroepsprofiel

Een gebrek aan documentatie en richtlijnen voor het uitvoeren van sekszorg en daarmee eisen voor seksverzorgenden, heeft doen leiden tot het opstellen van dit document. Het is een aanzet tot het volledig en concreet omschrijven aan welke kwaliteitseisen seksverzorgenden moeten voldoen om professionele sekszorg te kunnen leveren.

Er zijn vooraf meerdere oriënterende gesprekken geweest met cliënten die sekszorg ontvangen over wat zij belangrijk vinden. In 2019 zijn twee bijeenkomsten georganiseerd voor seksverzorgenden waarin de grote lijnen voor het beroepsprofiel gezamenlijk gevormd zijn. Ook de lijst van competenties is samen opgesteld met seksverzorgenden.

Naar aanleiding van deze inbreng vanuit de praktijk is er gekeken naar beschikbare bronnen die gaan over seksualiteit en intimiteit in de zorg. Er is gepoogd om een duidelijke link te leggen met de recente theorie die gaat over (seks)zorg. De combinatie van theorie en expertise van de betreffende professionals hebben de basis gevormd voor deze aanzet tot een beroepsprofiel.

Het uitgewerkte concept is in september 2021 verstuurd naar ruim 30 mensen die te maken hebben met sekszorg met de vraag of zij vanuit hun professionele achtergrond willen meelesen en het concept van feedback willen voorzien (meelezers). Er kwam veel bruikbare feedback uit deze ronde en de aanpassingen zijn doorgevoerd.

## Reikwijdte

Het is in wetenschappelijke termen nog niet haalbaar om een volledig Evidence Based Practice beroepsprofiel neer te zetten. Er is bij gebrek aan specifiek wetenschappelijk onderzoek over de werkwijze van seksverzorgenden in Nederland, vooral geleund op de praktijkkennis en ervaring van relevante professionals. Ook is er gekeken naar internationale voorbeelden. Door de meer subjectieve inbreng over sekszorg is de inhouds- en begripsvaliditeit\* dus niet optimaal. Dit is getracht te compenseren door de grootte en diversiteit van de groep meeles-professionals.

Omdat de auteurs geen toereikende invloed hebben om een unanieme visie onder de verschillende aanbieders van sekszorg in Nederland te bewerkstelligen, is dit geen definitief document maar een aanzet tot.

## Intenties

De aanzet tot een beroepscompetentieprofiel voor de seksverzorgende zal aangeboden worden aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport met de bedoeling een geschikte partij te vinden voor het ontwikkelen van een onafhankelijk register van gecertificeerde en erkende seksverzorgenden. De wens is dat deze partij zich inzet het beheren van het register en voor scholing en deskundigheidsbevordering van seksverzorgenden. En ook om kwaliteitseisen te ontwikkelen voor organisaties die sekszorg aan (willen) bieden.

\*In hoeverre het onderzoeksinstrument volledig heeft gemeten wat gemeten moest worden en in hoeverre daadwerkelijk het beoogde begrip of het construct is onderzocht.

# SAMENVATTING

## Seks zorg

De definitie van seks zorg: "Seks zorg is het faciliteren van en ondersteunen in de (zorg)behoefte aan het vormgeven van intimiteit en seksualiteit bij mensen met een of meerdere beperkingen. Met als doel bevordering, behoud of compensatie van de gewenste seksuele gezondheid en kwaliteit van leven; zo nodig in samenwerking met betrokken disciplines."

Een **seks verzorgende** biedt seks zorg aan mensen met een beperking.

## Situatie

Alle huidig erkende beroepsgroepen in de zorg kunnen en mogen geen fysieke seksuele handelingen bieden rondom de seksuele en intieme behoeften van mensen met een beperking. De Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie (NVVS) noemt dit 'hands-off werken'. Zij kunnen, mogen en willen op dit specifieke gebied dus niet optimaal voorzien in de zorg die sommige cliënten nodig hebben. Er is een duidelijk hiaat tussen enerzijds de zorgvraag en anderzijds het aanbod, deels door gebrek aan erkenning van professionals die deze specifieke zorg wel kunnen leveren.

## Noodzakelijke aanvulling

Mensen met een zorgvraag die niet zelfstandig vorm kunnen geven aan hun seksualiteit dienen hierin desgewenst ondersteund te worden door een gespecialiseerde en passende professional: de seks verzorgende. Deze verzorgenden moeten worden ingezet vanuit transparante (thuis)zorgorganisaties. De seks verzorgenden hebben te voldoen aan kwaliteitseisen van een erkend beroepscompetentieprofiel. Net zoals andere verzorgenden. Alleen zo kunnen we de kwaliteit en veiligheid borgen die mensen met beperking(en) nodig hebben binnen de zorg. Seks zorg is geen luxeproduct, het is zorg voor, en ondersteuning bij, een primaire levensbehoefte: seksualiteit en intimiteit.

Doelen voor het opstellen van een BCP zijn:

- Kaders creëren voor het transparant en veilig uitvoeren van seks zorg;
- Kwaliteits- bevordering, verbetering en bewaking van seks zorg;
- Referentiekader voor seks verzorgenden om eigen functioneren/kwaliteit te toetsen, ontwikkelen en te onderhouden.



## Doelgroepen

De mensen die in aanmerking komen om als cliënt gebruik te maken van sekszorg zijn:

- Mensen met een verstandelijke beperking (LVB t/m EMB\*);
- Mensen met een lichamelijke beperking;
- Mensen met een psychisch of psychiatrisch ziektebeeld en/of stoornis;
- Mensen met een chronische of progressieve ziekte;
- Mensen met een sociale beperking en/of isolement;
- Mensen met niet-aangeboren hersenletsel;
- Mensen met een leeftijdsgebonden beperking.

## Beroepshouding

De seksverzorgende heeft oog voor de cliënt als persoon met al diens mogelijkheden en zet de beperking of ziekte niet centraal. De seksverzorgende toont tijdens het werk respect voor de mogelijkheden, wensen en gewoonten, normen en waarden, seksuele voorkeur, leeftijd, sociale of economische status, culturele achtergrond en levensbeschouwing van de mensen met wie de seksverzorgende te maken heeft.

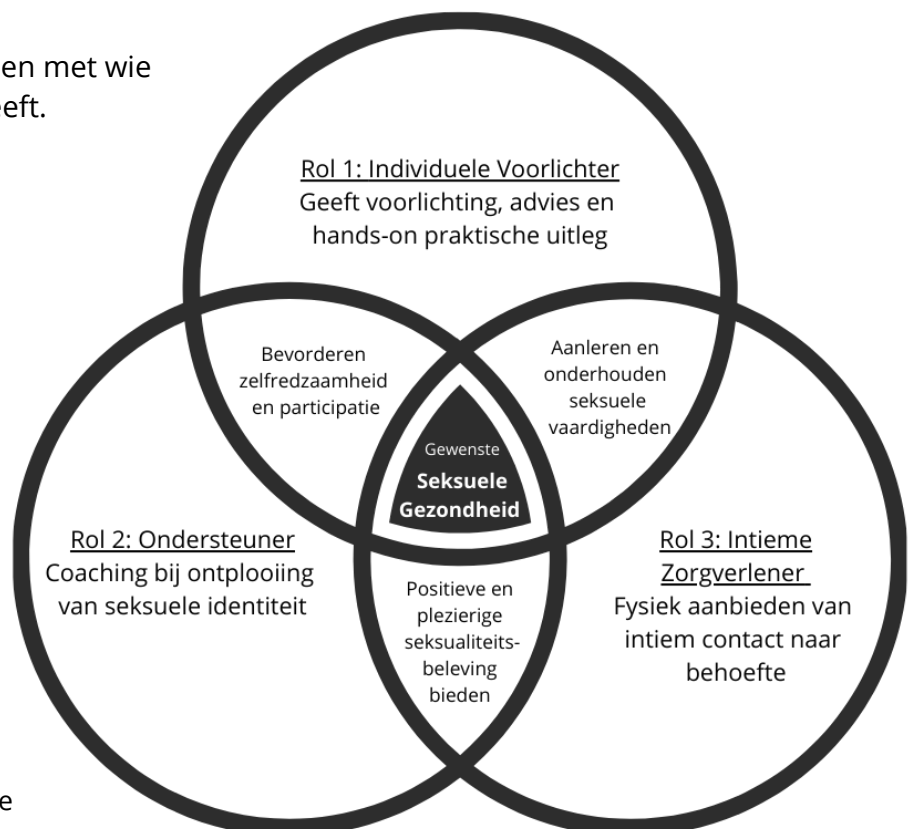
## Rollen en Kerntaken

De kern van het vak seksverzorgende bestaat uit het faciliteren van en ondersteunen in de seksuele en intieme (zorg)behoefte van mensen met een of meerdere beperkingen. Hier horen een aantal rollen en kerntaken bij. Zie model 1.

## Competenties

De verschillende competenties van de seksverzorgende:

- A: Methodisch handelen
- B: Gespreks- en interculturele vaardigheden
- C: Oplossingsgericht werken
- D: Professionele vertrouwensband opbouwen
- E: Signaleren en bewaken van grenzen: eigen en cliënt
- F: Intimiteit en seksuele handelingen bieden
- G: Hygiënisch en veilig handelen
- H: Reflecteren, evalueren en objectief rapporteren
- I: Samenwerken met betrokken disciplines en naastbetrokkenen



## Model 1

Rollen en kerntaken seksverzorgende

---

# 1. SEKSZORG

## 1.1 Visie op sekszorg

Seks is omgeven met morele en maatschappelijk connotaties, maar wordt steeds vaker erkend als een belangrijke basisbehoefte, ingebed in de Mensenrechten (UVRM, art. 25). Voor veel mensen met een beperking is het vormgeven van hun seksualiteit niet zo vanzelfsprekend. In de Declaratie voor seksuele rechten (WAS, 2014) staat onder andere dat 'Om de seksuele gezondheid te bereiken en te behouden, seksuele rechten van alle personen moeten worden gerespecteerd, beschermd en gerealiseerd.'

Mensen met beperkingen worden vaak gezien als asexuele wezens en hierdoor is hun seksualiteit vaak onderdrukt of onbesproken (Pinho, Oliveira & Nogueira, 2020). Internationaal onderzoek wijst uit dat mensen met een of meer beperkingen significant lager scoren op seksueel zelfvertrouwen, seksuele tevredenheid en wederkerige seksuele activiteit dan mensen zonder beperkingen. Ook scoren ze hoger als het gaat om seksuele depressie (McCabe, 2003). Ondanks meerdere belemmeringen (slechte toegankelijkheid, sociaal isolement, stereotypering, onvoldoende financiële steun) is er natuurlijk ook een groep mensen met beperkingen die wel een positieve invulling van hun seksuele gezondheid ervaren en geen ondersteuning nodig hebben. Maar meerdere onderzoeken beschrijven de moeilijkheid om seksuele voldoening/tevredenheid te bereiken voor deze doelgroep (Gammino, Faccio & Cipolletta, 2016; Liddiard, 2014; Sanders, 2007; Shapiro, 2002).

De WHO stelt dat seksuele gezondheid (seksueel welzijn/tevredenheid) fundamenteel is aan de algemene gezondheidsbeleving van ieder mens. De mogelijkheid om plezierige en veilige seksuele ervaringen te hebben is een van de criteria om een goede seksuele gezondheid te bereiken. De seksuele gezondheid is onder andere afhankelijk van toegang tot passende seksuele gezondheidszorg volgens de WHO.

Als we vinden dat iedereen recht heeft op een optimale seksuele gezondheid, op welke wijze bieden we dan kansen voor mensen met een beperking om seksueel actief te zijn? En welke voorwaarden zijn daarvoor nodig?

Een van deze kansen is sekszorg. Sekszorg kan bijdragen aan het (seksueel) welbevinden van mensen voor wie via een andere weg intiem en/of seksueel contact niet mogelijk is. Denk hierbij aan mensen die ADL-afhankelijk zijn, en/of beperkt zijn in hun sociale mogelijkheden als gevolg van hun lichamelijke, geestelijke en/of psychiatrische beperkingen. Ook voor veel ouderen, met of zonder dementie, kan seksuele gezondheid een zorg zijn. Het is hands-on ondersteunen van iemands seksuele gezondheid die door hun beperking belemmeringen ervaren om dit zelfstandig te organiseren.



Wetenschappelijk onderzoek beschrijft meerdere redenen waarom een vorm van professionele seksuele ondersteuning de voorkeur kan genieten voor deze doelgroep, onder andere:

- de noodzakelijkheid van het voelen van seksuele/sensuele aanraking;
- de zelfperceptie van onaantrekkelijk zijn voor een wederkerig seksueel contact;
- nieuwsgierigheid naar dit type ervaring;
- onderhoud van lichamelijke seksuele functies;
- angst voor sociale en/of seksuele onervarenheid;
- angst om niet te kunnen voorzien in wederkerige bevrediging.

(Brown&Russel, 2014; Liddiard, 2014; Sanders, 2007)

De interesse van mensen met een beperking voor professionele ondersteuning bij seksualiteit en intimiteit is niet alleen een zaak van het bevredigen van een seksuele behoefte maar eerder streven naar meer kwaliteit van leven (Browne & Russell, 2005), die de kwestie van seksuele gezondheid als een mensenrecht weerspiegelt.

“Seksualiteit is niet zozeer primair een biologische behoefte, zonder seks kun je honderd worden, maar veel meer een sociale behoefte. Seksuele contacten zijn voor alles sociale contacten. En juist in tijden van nood, zoals bij ziekte of handicap, kan seksueel contact werken als troost, als bevestiging er ondanks alles nog bij te horen en ondanks alles nog beminnenswaardig te zijn. Ook helpt seks soms tegen pijn, is het een fysiek ontspanningsmiddel en kan een manier zijn om verwarrende emoties te verwerken.” (Rede Weijmar Schultz, 2005)

## 1.2 Definitie sekszorg

De definitie van sekszorg die aangehouden wordt in dit stuk is “Sekszorg is het faciliteren van en ondersteunen in de (zorg)behoefte aan het vormgeven van intimiteit en seksualiteit bij mensen met een of meerdere beperkingen. Met als doel bevordering, behoud of compensatie van de gewenste seksuele gezondheid en kwaliteit van leven; zo nodig in samenwerking met betrokken disciplines.”

### Onder seksualiteit wordt verstaan:

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, attituden, 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. (WHO, 2010).

### Onder intimiteit wordt verstaan:

Intimiteit is een breed begrip van nabijheid, veiligheid, contact en verbondenheid. Dit kan lichamelijk, emotioneel of spiritueel zijn (Sant, 2020).

### Onder seksuele gezondheid wordt verstaan:

Seksuele gezondheid is een met seksualiteit verbonden toestand van fysiek, emotioneel, mentaal en sociaal welzijn. Seksuele gezondheid is dus meer dan alleen de afwezigheid van ziekte, disfunctie of zwakte. Seksuele gezondheid vereist een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit en seksuele relaties.

Seksuele gezondheid vereist ook het mogen en kunnen aangaan van plezierige en veilige seksuele ervaringen; zonder dwang, discriminatie en geweld. Om seksuele gezondheid te bereiken en te behouden, moeten de seksuele rechten van alle personen worden gerespecteerd, beschermd en gerealiseerd. (WHO, 2010)

### 1.3 De seksverzorgende

Een seksverzorgende biedt sekszorg aan mensen met een beperking. De seksverzorgende werkt vanuit richtlijnen vastgelegd in de WGBO\*, werkt met een vooropgesteld zorgdoel, werkt volgens een protocol aangaande veilige seks en hygiëne, en werkt uitsluitend op declaratiebasis waardoor er geen contante geldstromen tussen cliënt en seksverzorgende plaatsvinden. De seksverzorgende voorkomt discussie of onderhandeling over geld aan en in het bed.

Het doel van de seksverzorgende is om cliënten te ondersteunen in het vormgeven van hun gewenste seksuele gezondheid. Ze werkt vanuit een aantal rollen en kerntaken die centraal staan in de uitvoering van haar werkzaamheden.

### 1.4 Plaats van sekszorg in huidig zorgsysteem

In de kwaliteitskaders van Verpleeghuiszorg, Gehandicaptenzorg en Wijkverpleging staan genoeg concrete kwaliteitscriteria waar zorg voor seksualiteit onder vallen. Deze kwaliteitskaders worden aangehouden als landelijke richtlijn en wettelijke basis voor het bepalen van goede zorg voor kwetsbare zorgvragers in de Nederlandse samenleving. Sekszorg hoort thuis in de volgende drie sectoren. Per sector staat de verbinding met de kwaliteitskaders beschreven.

#### Gehandicaptenzorg

In het kwaliteitskader Gehandicaptenzorg (2017-2022), welke geldt als het landelijke kader binnen de WLZ, heeft als belangrijkste uitgangspunt 'dat de geboden zorg ondersteunend is aan de kwaliteit van bestaan van de cliënt'. Daaruit voortvloeiend benoemen ze een ander uitgangspunt 'dat betrokken en vakbekwame zorgverleners een belangrijke basis zijn van kwaliteit'.

**“Lichaamsbeleving door aangeraakt worden, maar ook zichzelf aan kunnen raken, voelen en zien, vormt de basis voor seksuele beleving.”**

(VGN, 2011)

In een kwaliteitsstandaard van VGN (2011) over het vormgeven van seksualiteit binnen de gehandicaptensector, staat beschreven dat het van groot belang is om seksualiteit een vanzelfsprekende plek te geven in de zorg voor alle mensen met een handicap. Seksualiteit beïnvloedt de kwaliteit van bestaan van cliënten. Door het ontwikkelen van een gezonde seksualiteit kan frustratie voorkomen worden en ontstaat er een toename van de weerbaarheid. Gezonde seksualiteit is ook een belangrijk onderdeel van de preventie van seksueel misbruik (VGN, 2011).

\*De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) ligt aan de basis van alle zorgverlening. In de WGBO staan de rechten en plichten van cliënten die zorg krijgen, en van zorgverleners die zorg geven.

### Verzorgings- en verpleeghuiszorg

In het kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (2017) staat dat 'binnen de verpleeghuiszorg, de cliënt als mens altijd het vertrekpunt is. Daarbij moet het gaan om alle levensdomeinen die voor de cliënt van belang zijn. De zorg en ondersteuning worden multidisciplinair en integraal vormgegeven en zijn dienend hieraan.'

Sant (2020) stelt dat intimiteit en seksualiteit een logisch en integraal onderdeel is van deze levensdomeinen. Vanuit 2 van de 4 kwaliteit en veiligheidsthema's van het Kwaliteitskader is het belangrijk om aandacht te besteden aan de behoeften van cliënten op het gebied van intimiteit en veiligheid. Ten eerste 'Persoonsgerichte zorg en ondersteuning'. Er worden daarbij vier richtinggevende thema's genoemd voor de zorgverbetering. Bij alle vier zijn er verbanden met intimiteit en seksualiteit.

1. Compassie: gericht op nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip;
2. Uniek zijn: in de zorg is er aandacht voor de identiteit en de persoonlijke voorkeuren van de cliënt;
3. Autonomie: behoud van eigen regie over leven en welbevinden;
4. Zorgdoelen: afspraken over de zorg, doelen en vormen van ondersteuning.

Ten tweede, thema 'Wonen en Welzijn'. Hierbij worden enkele richtinggevende thema's genoemd die een verbinding hebben met seksualiteit en intimiteit als zorgbehoefte. Dit zijn:

1. Zingeving: dan gaat het over levensvragen maar ook over de mogelijkheden jezelf te zijn in alle facetten.
2. Zinnvolle tijdsbesteding: een leven leiden dat past bij je.
3. Wooncomfort: dan gaat het ook over privéruimten, een ruimte krijgen om intimiteit te uitten.

### Thuiszorg

In het kwaliteitskader Wijkverpleging (2018) staat bij criterium 6.1.2 "De cliënt krijgt zorg die bijdraagt aan de kwaliteit van leven." Hier valt onder dat de cliënt geholpen wordt met het zoeken van oplossingen voor belemmeringen in het dagelijks leven. Het niet (goed) in staat zijn om vorm te geven aan je eigen seksualiteit en behoefte aan intimiteit is een van deze belemmeringen. Zo is punt 2 van het normenkader verplegen en verzorgen: Indiceren en organiseren van zorg is gericht op het versterken van eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntensysteem. Ervoor zorgen dat cliënten hun eigen leven kunnen blijven leiden, inclusief aandacht voor intimiteit en seksualiteit. V&VN (2020) benoemt dat in een indicatie-toolbox voor wijkverpleging, het hoofdstuk seksualiteit in de onder 'Kwaliteit van leven' behoort.

### *Geen losse kwaliteitscriteria*

De levensdomeinen waar sekszorg een plaats in heeft worden ontleend aan de modellen die de kwaliteitskaders aanhouden. Zoals het 'Integraal model voor dynamisch en ontwikkelingsgericht werken aan kwaliteit verpleeghuiszorg' beschrijft dat de kwaliteitseisen binnen de levensdomeinen ook gekoppeld zijn aan randvoorwaarden zoals het gebruik van informatie en hulpbronnen, personeelssamenstelling en leiderschap en management.

---

In het kwaliteitskader wijkverpleging wordt de geboden zorg ook niet als een los product gezien, maar als dienst waar de cliëntrelatie onlosmakelijk verbonden is met de zorg. Deze relatiegebondenheid stelt grenzen aan de mogelijkheden van objectiveerbare normering in een kwaliteitssysteem.

### *Verschuiving*

De zorg in Nederland laat een steeds grotere verschuiving zien van medisch model naar sociaal model. Welzijn en kwaliteit van leven krijgen een groter deel in de modellen die gebruikt worden in de zorg. De overheid promoot Positieve Gezondheidspolitiek, maar het thema seksualiteit is niet geïntegreerd in het concept van Huber (Kruijver, 2018). Door deze verschuiving komt er meer aandacht voor de sociaal emotionele aspecten van seksualiteit en plezierige seksualiteitsbeleving.

### *Wat betekent dit alles?*

Alle huidig erkende beroepsgroepen in de zorg kunnen en mogen geen fysieke seksuele handelingen verrichten rondom de seksuele en intieme behoeften van mensen met een beperking. De Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie (NVVS) noemt dit 'hands-off werken'. Zij kunnen, mogen en willen op dit specifieke gebied dus niet optimaal voorzien in de zorg die sommige van hun cliënten nodig hebben. De reikwijdte van zorgberoepen binnen het thema seksualiteit beperkt zich tot het monitoren, coördineren van en gesprekken voeren hierover. Maar in de praktijk blijkt dat het enkel geven van sekseducatie en het geven van toestemming voor soloseks, vaak niet afdoende is voor mensen met beperking/complexere zorgvraag. De seksuoloog wordt vaak alleen ingeschakeld bij onbegrepen gedrag dat voortkomt uit frustratie. Maar ook de seksuoloog heeft een professionele grens om hands-off te coachen en/of behandelen. Er is een duidelijk hiaat tussen enerzijds de specifieke zorgvraag en anderzijds het aanbod, deels door gebrek aan erkenning van professionals die deze specifieke zorg kunnen leveren.



De 23-jarige Jan heeft spastische parese met veel onwillekeurige bewegingen. Hij heeft een dermate wapperende handfunctie, dat hij zich niet met zijn handen kan klaarmaken. Dat lijkt dus een goede kandidaat voor een schachtvibrator. Ik koop zo'n ding, neem hem mee naar het consult en geef hem aan Jan. Binnen vier seconden liggen de batterijen links in de kamer en de helft van het apparaat rechts. Dat is zo'n moment dat ik maar een gewone seksuoloog ben en graag iemand ter ondersteuning in de arm zou nemen om Jan een handje te kunnen helpen.

- Woet Gianotten, Medisch seksuoloog NVVS



## 2. BEROEPSCOMPETENTIEPROFIEL

### 2.1 Waarom een Beroepscompetentieprofiel?

Mensen die niet zelfstandig vorm kunnen geven aan hun seksualiteit dienen hierin desgewenst ondersteund te worden door een gespecialiseerde en passende professional: de seksverzorgende. Deze verzorgenden moeten worden ingezet vanuit transparante (thuis)zorgorganisaties. De seksverzorgenden hebben te voldoen aan kwaliteitseisen van een erkend beroepscompetentieprofiel. Alleen zo kunnen we de kwaliteit en veiligheid borgen die nodig is binnen de zorg. Daarom is het van groot belang dat er een beroepscompetentieprofiel (BCP)\* komt voor de seksverzorgende en dat het beroep erkend wordt als zijnde complementaire zorg. Sekszorg is geen luxeproduct, het is zorg voor, en ondersteuning bij, een primaire levensbehoefte: seksualiteit en intimiteit.

Doelen voor het opstellen van een BCP zijn:

- Kaders creëren voor het transparant en veilig uitvoeren van sekszorg;
- Kwaliteits- bevordering, verbetering en bewaking van sekszorg;
- Referentiekader voor seksverzorgenden om eigen functioneren/kwaliteit te toetsen, ontwikkelen en te onderhouden.

#### Waarom (nog) geen eigen beroepscode?

Een beroepscode is gebaseerd op een aantal algemeen aanvaarde uitgangspunten. In bijvoorbeeld de medische zorg is er een redelijke consensus over wat deze aanvaarding van uitgangspunten is. Sekszorg bevindt zich nog in een grijs gebied wat betreft taboe, aanvaarding en consensus. Prioriteit is nu dat er een gedegen, transparant en wetenschappelijk onderbouwd beroepscompetentieprofiel komt, dat breed geïmplementeerd wordt en het vak van seksverzorgende verder professionaliseert.

De seksverzorgende houdt nu de beroepscode voor verpleegkundigen en verzorgenden (CGMV et. al., 2015) aan als leidraad. Zie bijlage 1. Dat wil zeggen, de seksverzorgende conformeert zich aan de algemene punten met betrekking tot beroepsuitoefening, alle punten van 'De verzorgende in relatie tot de zorgvrager' en alle punten van 'De verzorgende in relatie tot de samenleving'. De uitzonderingen hierin zijn:

- Paragraaf 2.11 (vastleggen van gegevens cliënt in EPD) er is wel sprake van dossiervorming, maar dit is in verband met privacy gevoeligheid (AVG) niet opgenomen in het EPD van de cliënt.
- Paragraaf 4.4 (verlenen zorg in noodsituaties) is niet van toepassing.

\*De (geformaliseerde en gestandaardiseerde) beschrijving van een op de directe beroepspraktijk gerichte set kerntaken, kernopgaven en beroepscompetenties met succescriteria van een volwassen beroepsbeoefenaar.

## 2.2 Verantwoording

Om goede kwaliteit van sekszorg te waarborgen is er verantwoording af te leggen op twee niveau's:

1. Landelijk: organisatie(s) die sekszorg faciliteren.
2. Binnen de instelling: gedrag van de seksverzorgende.

### Indicatoren op Landelijk/organisatie niveau

- Meetinstrument ontwikkelen om zorgwaarde/gezondheidsbevordering voor cliënten te meten.
- Om aan te tonen wat de positieve effecten zijn van sekszorg en welke meetbare gezondheidsbevordering er plaatsvindt bij cliënten die sekszorg ontvangen, is een geaccepteerd meetinstrument nodig.
- Onafhankelijk kwaliteitsregister dat ontwikkeld en beheerd wordt door een organisatie die zelf geen sekszorg aanbiedt.

Zoals de ZorgkaartNederland het woord geeft aan de zorgontvangers om de kwaliteit van zorg te beoordelen kunnen sekszorgorganisaties dit ook doen. Dezelfde vragen kunnen worden aangehouden. Lees meer in bijlage 2.

### Indicatoren op Individueel niveau

De seksverzorgende:

- Borgt individuele veiligheid.  
Er wordt verwacht dat seksverzorgenden verantwoording afleggen over hygiënisch werken (zie ook competentie G) en kennis en correct gebruik van voorbehoedsmiddelen hebben. Daarnaast is het de bedoeling dat een seksverzorgende minstens eens per zes maanden een negatieve soa-test zo nodig kan overleggen.
- Is aangesloten bij een klachtenregeling, ofwel zelfstandig ofwel via de sekszorgorganisatie.
- Heeft een beroepsaansprakelijkheidsverzekering.
- Kan zo nodig een Verklaring Omtrent Gedrag aanleveren.
- Neemt de AVG richtlijnen in acht.
- Ziet de morele lading van dagelijkse keuzes en keuzes in professioneel handelen. Dit heet normatieve professionalisering. Er wordt verwacht dat seksverzorgenden verantwoordelijk omgaan met het praktiseren van veilige seks, ook in privé, omwille van de professionele consequenties die dit kan hebben.

## 3. WERKDOMEIN EN DOELGROEPEN

### 3.1 Het Werkdomein

Het werkdomein van de seksverzorgende is breed, maar samen te vatten in twee categorieën van woon- en zorgsituaties:

- Mensen die zelfstandig wonen of in een gezin (al dan niet met ambulante begeleiding).
- Mensen die (tijdelijk) in een woonvorm of instellingen wonen.

Voor een afspraak komt de verzorgende altijd op de woonlocatie m.u.v. mensen die niet in hun eigen omgeving kunnen afspreken door gebrek aan privacy, ruimte of door geloofsovertuiging. Dan is een hotel of locatie elders het alternatief.

### 3.2 Doelgroepen

De mensen die in aanmerking komen om als cliënt gebruik te maken van sekszorg zijn:

- Mensen met een verstandelijke beperking (licht verstandelijk beperkt t/m ernstig meervoudig beperkt);
- Mensen met een lichamelijke beperking;
- Mensen met een psychisch of psychiatrisch ziektebeeld en/of stoornis;
- Mensen met een chronische of progressieve ziekte;
- Mensen met een sociale beperking en/of isolement;
- Mensen met niet-aangeboren hersenletsel;
- Mensen met leeftijdsgebonden beperking.

Deze doelgroepen vallen vaak onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Zorgverzekeringswet (Zvw: wijkverpleging) of de Wet langdurige zorg (Wlz). Een indicatie is echter geen voorwaarde, mensen zonder indicatie kunnen ook gebruik maken van sekszorg. Dit sluit aan bij het gedachtengoed van zorg op maat.

Werksituaties buiten indicatie om vallen vaak in de categorie sociale beperking en/of isolement. Dit is niet altijd gediagnostiseerd. Stelregel hierbij is als mensen zelf een beroep doen op een sekszorgorganisatie, is er per definitie sprake van een behoefte aan zorg/ondersteuning rondom seksualiteit. Sekszorg hoeft niet persé een therapeutische meerwaarde te hebben, het kan ook enkel ingezet worden om bij te dragen aan een positieve seksualiteitsbeleving.



## 4. BEROEPSHOUDING EN DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING

### 4.1 Algemene beroepshouding

De seksverzorgende heeft een professionele beroepshouding die gebaseerd is op de beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden (CGMV et al., 2015), en de professionele standaard (V&VN, 2015). Daarnaast heeft de seksverzorgende eigen normen en waarden waardoor de beroepshouding een individuele inkleuring krijgt. De eigen normen en waarden worden gehanteerd op een professionele manier en de seksverzorgende is zich bewust van het effect van eigen handelen en gedrag op dat van anderen.

De seksverzorgende heeft oog voor de cliënt als persoon met al diens mogelijkheden en zet de beperking of ziekte niet centraal. De seksverzorgende toont tijdens het werk respect voor de mogelijkheden, wensen en gewoonten, normen en waarden, seksuele voorkeur, leeftijd, sociale of economische status, culturele achtergrond en levensbeschouwing van de mensen met wie de seksverzorgende te maken heeft. De seksverzorgende houdt zich aan afspraken en werkt methodisch, veilig, hygiënisch en ergonomisch verantwoord. De seksverzorgende bewaakt de privacy van de cliënt en naastbetrokkenen, gaat verantwoord om met vertrouwelijke en gevoelige informatie en bewaakt geheimhouding. De seksverzorgende beschermt ook de eigen privacy en is daarin terughoudend met het delen persoonlijke gegevens.

De seksverzorgende gaat mensgericht en verantwoord om met o.a. de volgende dilemma's:

- Betrokkenheid versus distantie;
- Belangen, wensen en verwachtingen van de cliënt en naastbetrokkenen versus mogelijkheden van de organisatie en eigen mogelijkheden;
- Tijd nemen voor de cliënt versus het uitvoeren van andere werkzaamheden;
- Bevorderen van eigen regie van de cliënt versus waarborgen van cliëntveiligheid.

### 4.2 Deskundigheidsbevordering

De seksverzorgende werkt voortdurend aan het ontwikkelen van de eigen deskundigheid. Er wordt gereflecteerd op het eigen functioneren en op de geboden zorgverlening. De seksverzorgende overdenkt gemaakte keuzes, beslissingen en handelingen en de consequenties daarvan. De seksverzorgende benut de ervaringsdeskundigheid van cliënten, diens naastbetrokkenen en collega's.

Vaardigheden, de seksverzorgende:

- Neemt deel aan vakinhoudelijke bijeenkomsten en bijscholingen;
- Neemt deel aan supervisie/intervisie met collega's;
- Kan een eigen mening geven en onderbouwen;
- Komt op voor de belangen van de beroepsgroep.

Kennis, de seksverzorgende:

- Heeft basiskennis van deskundigheidsbevordering;
- Heeft basiskennis van de visie op sekszorg;
- Heeft kennis van de professionele kaders van het vak seksverzorgende.

De kennisindicatoren zijn geen toelatingseisen maar er wordt verwacht dat seksverzorgenden deze kennis tot zich nemen als ze gaan werken als seksverzorgende.



## 5. ROLLEN EN KERNTAKEN

Een seksverzorgende heeft een set rollen, kerntaken en beroepscompetenties met succescriteria om sekszorg uit te kunnen voeren op een professionele manier. Een persoon die sekszorg ontvangt wordt hier benoemd als cliënt.

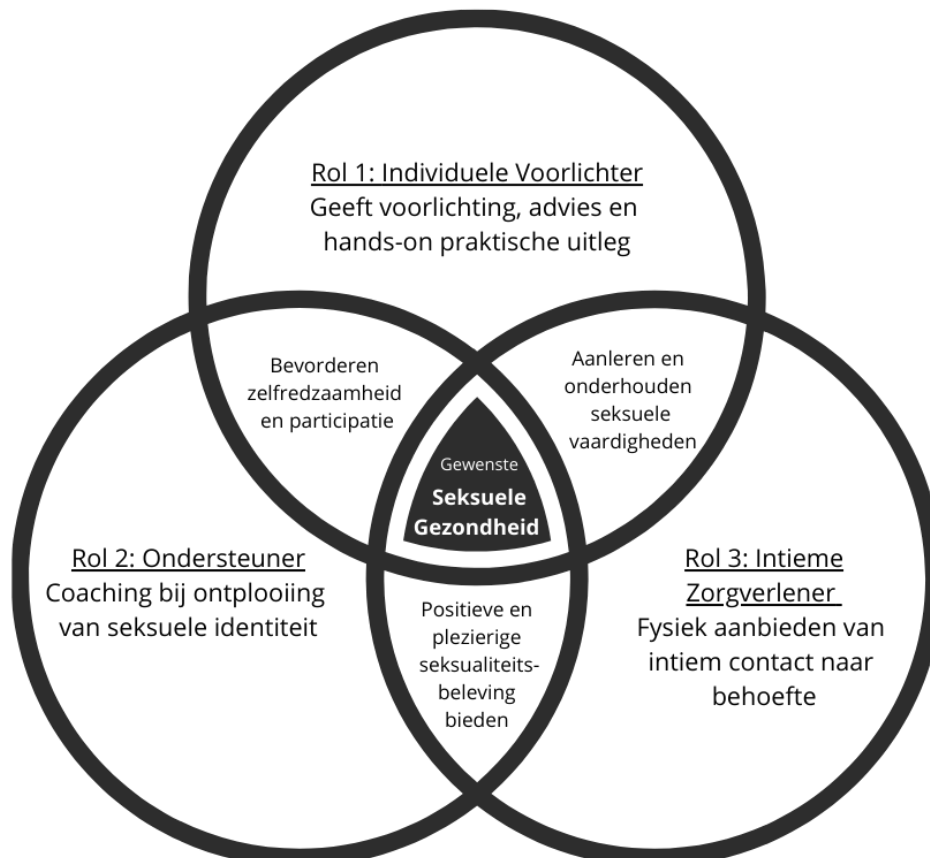
Het doel van de seksverzorgende is het bewerkstelligen van bevordering, behoud of compensatie van de gewenste seksuele gezondheid en kwaliteit van leven; zo nodig in samenwerking met betrokken disciplines.

In sommige andere landen bestaat ook een vergelijkbare functie van 'Seksueel assistent' of 'Professional Surrogate Partner' (IPSA, 2021). Voor deze professionals zijn ook richtlijnen opgesteld en criteria waar ze aan moeten voldoen. De kerntaak van een Seksueel assistent is bijvoorbeeld 'het ontwikkelen van zelfvertrouwen bij cliënten zodat ze hun lichaam als aantrekkelijk en waardevol gaan zien door het ontdekken van hun eigen seksualiteit' (Pinho, Oliveira & Nogueira, 2020).

De drie rollen van de seksverzorgende zijn: 1. De seksverzorgende als individuele voorlichter, 2. De seksverzorgende als ondersteuner, 3. De seksverzorgende als intieme zorgverlener.

De bijbehorende kerntaken zijn: aanleren en onderhouden seksuele vaardigheden, bevorderen zelfredzaamheid en participatie en positieve en plezierige seksualiteitsbeleving bieden.

Model 1 laat de samenhang zien die tussen de kerntaken en rollen van de seksverzorgende.



### Model 1

Rollen en kerntaken seksverzorgende

## 6. COMPETENTIES

Internationale richtlijnen voor de Seksueel assistent zijn nog niet helemaal uitgekristalliseerd, maar voor de Professionals Surrogate Partner is er al een heel scholingsprogramma (zie bijlage 3). Van deze professional wordt een basiskennis verwacht met als belangrijkste elementen: kennis van ontspanningstechnieken, effectieve communicatie, sensuele en seksuele aanrakingen, sociale vaardigheden. De dienstverlening heeft het doel om de kennis, vaardigheden en het comfort van de cliënt te vergroten op het gebied van eigen seksualiteit en intimiteit (IPSA, 2021; Sanders, 2007; Shapiro, 2002).

De seksverzorgende heeft de volgende basiskennis over:

- EHBO;
- Veel voorkomende chronische ziekten, lichamelijke beperkingen, verstandelijke beperkingen en psychiatrisch ziektebeelden;
- Seksuologie en veel voorkomende dysfuncties;
- Anticonceptie, SOA's, besmettingsgevaar en hygiëne;
- Basiszorg, ondersteuning bij ADL;
- Materialen en hulpmiddelen in de werkomgeving en (seks)technieken;
- Sociale vaardigheden, omgangskunde (onbegrepen en/of veranderend gedrag);
- AOV (Algemene ondernemersvaardigheden) / Freelance werken.

De verschillende competenties van de seksverzorgende:

- Competentie A: Methodisch handelen
- Competentie B: Gespreks- en interculturele vaardigheden
- Competentie C: Oplossingsgericht werken
- Competentie D: Professionele vertrouwensband opbouwen
- Competentie E: Signaleren en bewaken van grenzen: eigen en cliënt
- Competentie F: Intimiteit en seksuele handelingen bieden
- Competentie G: Hygiënisch en veilig handelen
- Competentie H: Reflecteren, evalueren en objectief rapporteren
- Competentie I: Samenwerken met betrokken disciplines en naastbetrokkenen

De competenties zijn onderverdeeld in de drie rollen van de seksverzorgende: 1. Individuele voorlichter, 2. Ondersteuner, 3. Intieme zorgverlener.

| Competenties  | Rollen  |
|---|---------|
| Methodisch handelen                                       | 1, 2, 3 |
| Gespreks- en interculturele vaardigheden                  | 1, 2, 3 |
| Oplossingsgericht werken                                  | 2, 3    |
| Professionele vertrouwensband opbouwen                    | 1, 2, 3 |
| Signaleren en bewaken van grenzen: eigen en cliënt        | 3       |
| Intimiteit en seksuele handelingen kunnen bieden          | 2,3     |
| Hygiënisch en veilig handelen                             | 2,3     |
| Reflecteren, evalueren en objectief rapporteren           | 1, 2, 3 |
| Samenwerken met betrokken disciplines en naastbetrokkenen | 1, 2    |

### 6.1 Uitwerking Competentie A: Methodisch handelen

De seksverzorgende kent en werkt met de vier stappen van methodisch werken, samen met de cliënt wordt toegewerkt naar een meer gewenste situatie:

1. Observeren en vaststellen wat de behoefte aan intimiteit is en trekt conclusies
2. Plannen van zorg waarbij doelen en activiteiten worden vastgesteld
3. Uitvoeren van ondersteuning, voorlichting en sekszorg
4. Evalueren van zorg waarbij doelen en interventies worden bijgesteld

De seksverzorgende kan bij stagnatie stappen terugzetten en opnieuw activiteiten bijstellen.

### 6.2 Uitwerking Competentie B: Gespreks- en interculturele vaardigheden

De seksverzorgende is zich bewust van een mogelijk verschil tussen de eigen normen en waarden en de beroepsnormen en -waarden. Ook is een mogelijk verschil tussen de eigen normen en waarden en die van de cliënt en/of de betrokken andere professionals. De seksverzorgende:

- gaat empathisch, vakkundig en verantwoordelijk om met verschillen in normen en waarden;
- stelt de eigen regie en welbevinden van de cliënt centraal;
- heeft een open, aandachtige en respectvolle houding, ongeacht de sociale of economische status, levensbeschouwing, politieke overtuiging, opleiding, ras, geaardheid, sekse of leeftijd van de cliënt;
- luistert actief naar de cliënt en reageert passend op (non-)verbale signalen en uitingen van de cliënt.

### 6.3 Uitwerking Competentie C: Oplossingsgericht werken

De seksverzorgende:

- is nieuwsgierig naar nieuwe kennis, inzichten en werkwijzen;
- vergaart vanuit analyse zelfstandig kennis, evalueert ervaringen en verwerkt uitkomst in nieuwe aanpak;
- kan creatieve oplossingen bedenken voor eventuele problemen die zich voordoen in de praktijk.

### 6.4 Uitwerking Competentie D: Professionele vertrouwensband opbouwen

De seksverzorgende:

- onderhoudt een werkrelatie met de cliënt en naastbetrokkenen en bouwt deze werkrelatie indien nodig ook weer af;
- kan een natuurlijk balans vinden tussen betrokkenheid en professionele distantie.

**"Zelf heb ik ervaren dat je veel meer bent dan iemand die seks gaat hebben. Je bent een maatje, een luisterend oor en een steun."**

-een seksverzorgende

## 6.5 Uitwerking Competentie E: Signaleren en bewaken van grenzen

### Grenzen van cliënt

De seksverzorgende:

- reageert adequaat op emoties van de cliënt en naastbetrokkenen;
- signaleert (non-)verbale terughoudendheid, ongemak of angst en reageert adequaat;
- komt tegemoet aan de belangen van de individuele cliënt;
- heeft een continue onderzoekende houding wat betreft de wensen en behoeften van de cliënt.

### Eigen grenzen

De seksverzorgende:

- schakelt zo nodig hulp in bij gedragsverandering, -problemen of spanningen om grensoverschrijdend gedrag en crisissituaties te voorkomen;
- kan omgaan met moeilijk verstaanbaar gedrag, grensoverschrijdend gedrag en agressie;
- voor ad hoc handelingen geldt: niet bevoegd is niet bekwaam;
- geeft tijdig, duidelijk en consequent de eigen grenzen aan.

## 6.6 Uitwerking Competentie F: Intimiteit en seksuele handelingen bieden

De seksverzorgende:

- scheidt een aangename, warme omgeving;
- kan de cliënt op gemak stellen, vertrouwen winnen voordat er toenadering gezocht wordt;
- onderzoekt wat de cliënt opwindt/prettig vindt;
- heeft oog voor beperkingen en fysieke kwetsbaarheid van de cliënt, maar houdt tegelijkertijd rekening met diens eigen kracht en ervaring in wat fysiek wel en niet mogelijk is;
- beschermt het vertrouwen van cliënt;
- is bereid om de gebruikelijke en mensvriendelijke seksuele handelingen te verrichten.

## 6.7 Uitwerking Competentie G: Hygiënisch en veilig handelen

De seksverzorgende heeft basiskennis van protocollen/richtlijnen m.b.t. gezondheid, hygiëne, veilig werken, AVG\*, incidentmeldingen, ARBO\*, ergonomisch en kostenbewust werken en past deze toe in de werkzaamheden.

**"Een prostituee helpt je om je wellustige verlangens te vervullen (niets op tegen). Maar een seksverzorgende voegt liefde en zorg toe aan wat ze doet op een heel bijzondere manier. Ze heeft kennis van mijn beperking en helpt me daarna altijd geduldig weer met aankleden."**

-een cliënt

\*AVG: privacywet Algemene Verordening Gegevensbescherming. In de AVG gaat het over het verwerken van persoonsgegevens (gegevensverwerking).

\*ARBO: In de Arbwet staan regels voor werkgevers en werknemers om de gezondheid en veiligheid van werknemers te bevorderen.

## 6.8 Uitwerking Competentie H: Reflecteren, evalueren en objectief rapporteren

De seksverzorgende:

- neemt deel aan vakinhoudelijke bijeenkomsten en bijscholingen;
- neemt deel aan intervisie met collega's om ervaringen uit te wisselen;
- past reflectievaardigheden structureel toe;
- spreekt collega's aan op concreet gedrag en is zelf ook aanspreekbaar;
- signaleert en rapporteert veranderingen in het welbevinden van de cliënt;
- zorgt voor een tijdige, volledige en duidelijke overdracht van informatie volgens de AVG richtlijnen;
- rapporteert in bondige, duidelijke taal en zonder oordeel.

## 6.9 Uitwerking Competentie I: Samenwerken met betrokken disciplines en naastbetrokkenen

De seksverzorgende:

- stemt de werkzaamheden zo nodig af met betrokkenen en draagt bij aan de overdracht van de benodigde informatie om de juiste zorg te kunnen verlenen;
- rapporteert zo nodig aan begeleiding en altijd aan sekszorgorganisatie;
- verwijst naar andere zorgverleners wanneer de vraag buiten het eigen deskundigheidsgebied valt en draagt zo nodig werkzaamheden over.



## 7. ETHISCHE ASPECTEN

Ondanks dat er al veel vooruitgang geboekt is, is er nog steeds een sterke taboe op seksualiteit en intimiteit. Dit gaat gepaard met meerdere ethische aspecten. Deze korte uiteenzetting tracht om wat inzicht te bieden. Er zijn geen duidelijke richtlijnen hoe om te gaan met complexe situaties, maar er worden enkele thema's aangestipt. Aan de hand van een waargebeurde casus worden een aantal waarden uiteengezet.

### Casus

*Tom is een 23 jarige man en heeft een licht verstandelijke beperking en een stoornis in het autistisch spectrum. Hij heeft sinds een jaar zijn draai gevonden in een begeleid wonen vorm en begint de begeleiding te vertrouwen. Hij begint sinds 3 maanden zelf over dat hij nu ook wel eens wil meemaken wat seks is. Door zijn sociale beperkingen ziet hij daten niet zitten. Hij heeft moeite met de emoties, grenzen en het gedrag van anderen goed te interpreteren. De begeleiding is bezorgd dat hij misschien grensoverschrijdend gedrag zal vertonen als hij met een onervaren bedpartner gaat experimenteren. Seksverzorgende Cindy wordt ingeschakeld om Tom wegwijs te maken in bed.*

*Op het moment dat Cindy langskomt voor de eerste keer is Tom heel terughoudend. Hij geeft aan dat hij heel gespannen is en niet weet wat hij moet doen. Cindy gaat op een afstandje zitten en vraagt hem wat over zijn interesses. Het gesprek komt op gang maar breekt geen ijs. Op het moment dat Cindy hem vraagt of ze dichterbij mag komen en of hij wil knuffelen neemt de twijfel weer toe en Tom weet niet of hij durft. Cindy legt uit dat er niks gaat gebeuren wat Tom niet wil en dat ze altijd kunnen stoppen als het niet prettig voelt. Tom stemt in en Cindy begint met knuffelen en strelen. Tom geeft zowel non-verbaal als verbaal aan dat hij het lekker vindt. Voorzichtig stelt Cindy voor om iets uit te trekken zodat ze huid op huidcontact kunnen hebben. Weer twijfel bij Tom, ze laten het zo en blijven met kleding aan knuffelen en strelen.*

*Na een aantal afspraken kijkt Tom enorm uit naar de momenten dat Cindy langskomt. De begeleiding merkt dat hij begint te begrijpen dat hij met Cindy dingen mag doen die hij niet bij iedereen mag doen. Toch zijn ze soms bang dat hij onrealistische ideeën vormt door het kijken van porno. Hij kijkt bijna iedere avond porno en heeft geen ander referentiekader. Ze proberen soms het gesprek aan te gaan over welke handelingen hij dan doet met Cindy. Tom laat hier weinig over los en Cindy geeft enkel aan dat alles goed gaat en Tom een respectvolle houding heeft en graag wil leren. De begeleiding is gewend om de ontwikkeling op verschillende levensgebieden van hun cliënten te volgen maar hier blijft een hoop tussen Cindy en Tom.*

### Drempelvrees of acquiesce?

Er zijn verschillende vragen te herleiden uit deze casus, waaronder 'Begrijpt Tom waar hij naar vraagt en kan hij inschatten wat hem te wachten staat door het uitnodigen van een seksverzorgde?'. En 'In hoeverre kent Tom zijn eigen grenzen op dit gebied en kan hij deze aangeven?'. Aan de reactie van Tom tijdens de eerste afspraak zou je mogelijkwijs kunnen afleiden dat het antwoord op beide vragen nee is. Op zich hoeft dat geen probleem te zijn omdat het juist de seksverzorgende is die hem deze dingen leert door het hem te laten ervaren. Het doel is om Tom te coachen in zijn seksuele ontwikkeling. Wat vindt hij lekker, waar hou je rekening mee als je met elkaar in bed stapt.

Aan de andere kant is het een subtiele lijn tussen nieuwsgierig zijn en een drempel ervaren om iets te willen ervaren, en de reactie van acquiescence (het instemmen om de ander te willen pleasen). Een seksverzorgende wordt geacht hier heel secuur mee om te gaan en het verloop kritisch te observeren. Is twijfel een drempel die beslecht kan worden of een signaal dat hier een grens ligt?

#### Autonomie en privacy

Na een aantal afspraken kan Tom erg genieten van zijn contactmomenten met Cindy. Hij vindt het heerlijk om naakt vastgehouden te worden en ook af en toe 'stiekeme dingen' te doen. Is het dan noodzakelijk dat de begeleiding weet wat er allemaal gebeurt in de slaapkamer? Aan de ene kant hebben ze een verantwoordelijkheid om zijn welzijn in de gaten te houden en hem te ondersteunen in het correct inschatten van nieuwe situaties. Aan de andere kant heeft iedereen recht op een privé seksleven: seks en intimiteit is tenslotte iets heel persoonlijks. Jong volwassenen van 23 zonder beperking vertellen hun ouders immers ook niet wat ze precies voor handelingen doen in de slaapkamer. Krijgt Tom de autonomie om zelf te bepalen wat hij hierover wil delen? En in hoeverre is Cindy verplicht om verslag te doen over details?

#### Randvoorwaarden

Bij verdenking op acquiescence is het zaak dat seksverzorgenden dit bespreekbaar maken. Dit kan met de begeleiding van de betreffende cliënt of door middel van intervisie met collega's. Meerdere betrokkenen zouden moeten meedenken over of dit echt is wat de cliënt wil en om er zeker van te zijn dat er grenzen overschreden worden. Hiervoor moet de seksverzorgende alert zijn op non-verbaal gedrag en dit zo objectief mogelijk kunnen beschrijven zodat andere mensen de situatie goed in kunnen schatten.

Bij het vraagstuk of iemand de autonomie krijgt om zelf te bepalen welke mate van privacy er rondom zijn seksuele gedrag is, mag een randvoorwaarde zijn: bij vermoeden van schadelijk gedrag mag deze autonomie worden ingeperkt. Denk bij schadelijk gedrag aan signalen die erop kunnen wijzen dat de cliënt de sekszorg niet als prettig of opbouwend ervaart.

Bijvoorbeeld als:

- Een cliënt fysiek nadeel ondervindt na de afspraken (pijn door teveel belasting of blauwe plekken);
- Een cliënt opziet tegen een volgende afspraak;
- De seksverzorgende merkt dat de cliënt niet goed luistert of zich niet aan de afspraken houdt waardoor er over de grenzen van de seksverzorgende wordt gegaan.

De rol van de seksverzorgende is hierin signaleren, gedrag correct interpreteren en correct communiceren over persoonsgevoelige informatie.

## BRONNENLIJST

- Bering, J. (2013) *Perv. The Sexual Deviant in All of Us*. New York: Scientific American.
- Berkelmans, L. en Oldenkotte, M. (2009) *Als Seks Zorg is*. Rapport aan CIZ/CVZ, Belastingdienst en ministerie VWS.
- Beverdam, A. en Beverdam, L. (2019) *Beroepscompetentieprofiel Helpende*. BDM Advies: Utrecht.
- Brown, J. en Russel, S. (2005) *My home, your workplace: people with physical disability negotiate their sexual health without crossing professional boundaries*. *Disability & Society*, Vol. 20, No. 4, June 2005, p. 375–388.
- Burgsteden, R. Van, Heestermans, M. En Swennen, M. (2011) *Seksualiteit en seksueel misbruik. Visie en beleid als basis voor goede zorg en kwaliteit van bestaan; praktische handvatten voor managers in de verstandelijk gehandicaptenzorg*. VGN, Utrecht.
- CGMV, CNV Zorg & Welzijn, FNV Zorg & Welzijn, HCF, NU'91, RMU Sector Gezondheidszorg en Welzijn 'Het Richtsnoer', V&VN (2015) *Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden*. Hilversum: Van der Weij Drukkerijen BV.
- Gammino, G. R., Faccio, E., Cipolletta, S. (2016) *Sexual Assistance in Italy: An Explorative Study on the Opinions of People with Disabilities and Would-Be Assistants*. *Sexuality and Disability*, Vol. 34, No 2, p 157-170.
- International Professional Surrogates Association (2021): <https://www.surrogatetherapy.org/>
- Kruijver, E. (2018) *De Rozet versus het Spinnenweb*. Tijdschrift voor seksuologie, Jaargang 42, nr 1. <https://www.tijdschriftvoorseksuologie.nl/artikelen/itemlist/tag/Positieve%20gezondheid>
- Landelijke stuurgroep kwaliteitskader gehandicaptenzorg (2017) *Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022. Landelijk kader binnen de Wlz*. VGN, Utrecht.
- Liddiard, K. (2014) *I never felt like she was doing it for the money': disabled men's intimate (gendered) realities of purchasing sexual pleasure and intimacy*. *Sexualities*, Thousand Oaks, v. 17, n. 7, p. 837-855, 2014.
- Mansum, R. Van en Gianotten, W. L. Drs. (2008) *Juist bij ziekte een enorme boost voor je eigenwaarde*. Nederlands tijdschrift voor ergotherapie, nr 8.
- McCabe, M. P. en Taleporos, G. (2003) *Sexual Esteem, Sexual Satisfaction, and Sexual Behavior Among People With Physical Disability*. *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 32, No. 4, August 2003, p. 359–369.
- Paulusma, W. (2021) *Initiatiefnota van het lid Van der Laan over ouderen met een verstandelijke beperking*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2020–2021, 35 651, nr. 7.
- Pinho, A. R., Oliveira, de J. M. en Nogueira, C. (2020) Sex workers' narratives about clients with disabilities: can training improve sexual health in Portugal? *Saúde Soc. São Paulo*, v.29, n.3
- Sanders, T. (2007) *The politics of sexual citizenship: commercial sex and disability*. *Disability & Society*, 22:5, 439-455.
- Sant, N. (2020) *Samenhang met kwaliteitskader; Aandacht voor intimiteit en seksualiteit hoort bij goede persoonsgerichte zorg*. Vilans, Utrecht. Opgehaald op 08-06-2021 van: <https://www.zorgvoorbeter.nl/seksualiteit/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg>
- Sant, N. (2020) *Wat is intimiteit en seksualiteit bij ouderen?* Zorg voor beter. Opgehaald op 30-10-2021 van: <https://www.zorgvoorbeter.nl/seksualiteit/wat-is-seksualiteit-bij-ouderen>



---

Shapiro, L. (2002) *Incorporating Sexual Surrogacy into The Ontario Direct Funding Program*. Disability Studies Quarterly Fall 2002, Volume 22 No. 4

Stuurgroep over de beroepsprofielen en de overgangsregeling (2015) *Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging*.

Stuurgroep Kwaliteitskader Wijkverpleging (2018) *Kwaliteitskader Wijkverpleging*.

Verenigde Naties (1948) *Universele Verklaring van de Rechten van de Mens. Artikel 25*.

V&VN (2020) *Toolbox Indicatieproces*. Opgehaald op 28-6 van: <https://www.venvn.nl/thema-s/wijkverpleging/toolbox-indicatieproces/>

V&VN (2015) *Professionele Standaard*. Utrecht: Van der Weij BV.

Weijmar Schultz, W.C.M., Dr. (2005) *'Just take her seriously' Rede: Uitgesproken bij het aanvaarden van het ambt van hoogleraar in de Psychosomatische Obstetrie en Gynaecologie*. Groningen: Universiteit Groningen.

World Association for Sexual Health (2014) *Declaration of sexual rights*.

Zorginstituut Nederland (2017) *Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg*. Diemen.

## BIJLAGE 1 BEROEPSCODE V&VN

Klik op de afbeelding om de Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden te openen.



<https://www.venvn.nl/media/04200a1u/de-nationale-beroepscode-voor-verpleegkundigen-en-verzorgenden.pdf>

## BIJLAGE 2 ZORGKAARTNEDERLAND

ZorgkaartNederland is een manier om patiënten een stem, invloed en keuze-informatie te geven. ZorgkaartNederland werkt aan openheid in de zorg. De waarderingen van patiënten laten zien hoe mensen zorg ervaren. Ook biedt ZorgkaartNederland andere informatie over de kwaliteit van zorgaanbieders. Voor zorgaanbieders is ZorgkaartNederland een kwaliteitsinstrument, waarmee ze inzicht krijgen in wat volgens patiënten goed gaat en beter kan.

De zes vragen die leidraad zijn voor kwaliteit van zorg volgens ZorgkaartNederland:

1. Verliep het maken van een afspraak goed? En komt de organisatie/medewerker gemaakte afspraken over tijden, tijdstippen en bereikbaarheid na?
2. Hoe beoordeelt u de kwaliteit en het effect van de verpleging, verzorging of behandeling?
3. Behandelen de medewerkers u met aandacht? Gaan de medewerkers op een goede manier met u om?
4. Sluit de zorg aan op wat u zelf belangrijk vindt? Past het bij de manier waarop u wilt leven?
5. Wordt u gezien en gehoord? Wordt er passend gereageerd op uw vraag of verzoek?
6. Vindt u het gebouw, de voorzieningen en de omgeving prettig? (NVT voor sekszorg)

## BIJLAGE 3 PROFESSIONAL SURROGATE PARTNER THERAPY

Professional Surrogate Partner Therapy (SPT) is een vorm van therapie\* gebaseerd op de methoden van Masters en Johnson. In deze therapie vormen een cliënt, een therapeut en een surrogaatpartner een therapeutisch team van drie personen die samenwerken aan het begrijpen en oplossen van problemen die een cliënt in hun leven ervaart. De surrogaat neemt met de cliënt deel aan gestructureerde en ongestructureerde ervaringen die zijn ontworpen om het zelfbewustzijn van de cliënt en vaardigheden op het gebied van fysieke en emotionele intimiteit op te bouwen.

De doelgroep ziet er anders uit dan die van de seksverzorgende. Mensen die voor SPT in aanmerking komen hebben:

- Een negatief lichaamsbeeld of lichamelijke afwijkingen
- Medische aandoeningen
- Schade door seksuele, lichamelijke of emotionele mishandeling en/of trauma (verkrachting of incest)
- Intimiteitsproblemen
- Fobieën en angsten
- Onverwerkt relatietrauma
- Verwarring over seksuele oriëntatie
- Een gebrek aan seksueel of sociaal zelfvertrouwen

De meest voorkomende activiteit van een surrogaat is geen geslachtsgemeenschap, maar eigenlijk eenvoudig aanraken. De op één na meest voorkomende activiteit is niet geslachtsgemeenschap, maar gewoon praten met geduldige en geruststellende steun. Hoewel seksuele geslachtsgemeenschap en orale seks bestaan als onderdeel van een seksuele surrogaat repertoire, het vertegenwoordigt niet de essentie van de surrogaat. In de context van handicap zijn ze niet gefocust op uitsluitend bevrediging. Het is het concept van seksuele zelfwaardering die de kern vormt van dit soort therapie (Shapiro, 2002).

De toelatingseisen voor mensen die een Professional Surrogate Partner willen worden zijn een grote mate van emotionele volwassenheid die ontstaan is door een combinatie van levenservaring en academische kennis, en het comfortabel zijn met de eigen naaktheid en seksualiteit.

Het trainingsprogramma heeft het volgende curriculum.

### **Intimiteit en menselijke seksualiteit**

- Seksuele anatomie en fysiologie
- Reproductie en anticonceptie
- Seksuele reactie cyclus

\*Zoals duidelijk verwoord is SPT een therapievorm en daarmee gericht op problemen en behandeling van deze problemen. Sekszorg is gericht op inzetten van positieve ondersteuning waar er geen sprake hoeft te zijn van een therapeutische waarde.

- Seksualiteit in verschillende levensfasen
- SOA's
- Gender
- Seksuele oriëntatie
- Seksuele gedragskeuzes
- Parafilieën
- Hechtingstheorieën
- Levensstijl- en relatiekeuzes

### **Klinische seksuologie**

- Geschiedenis van methodieken
- Lichaamsbeeld en Lichaamsdysmorfie
- Werken met beperkingen/handicaps
- Seksuele gezondheidsbehandeling principes
- Seksuele disfuncties
- Sekstherapie
- Gedragsmodificatietheorie
- Ontspanningstechnieken
- Sensate Focus filosofie
- Sensate Focus oefeningen
- Communicatieve vaardigheden
- Begrijpen van weerstand bij cliënten

### **Surrogate Partner Therapie (SPT)**

- Diagnose en assessment
- Systematische desensibilisatie
- Model voor leren door ervaring
- Nieuwe gedragingen en emoties
- Uitbreiden van vaardigheden en zelfvertrouwen
- Emotionele hechting in SPT
- Superviseren van de therapeut
- Bewuste afronding/beëindiging
- Coaching en partnerrelaties

### **Professionele zaken**

- Zelfzorg van de surrogaat
- Professionele ethiek van de surrogaat
- Ontwikkelen en onderhouden van een zelfstandige onderneming

<https://www.surrogatetherapy.org/>

# WAT ZEGT HET WERKVELD?

## Quotes over het BCP

Het BCP is een eerste stap naar beschrijving van het beroep, en financiering. Het beschrijft de unieke positie van sekszorg, en daarmee kan het ook eerder geaccepteerd worden door andere zorgverleners.

↓  
- Gander Hilberink

Het uitbrengen van een BCP voor seksverzorgenden zorgt er mogelijk voor dat het beroep erkend zal worden en bekend gemaakt kan worden op verschillende levels.

↓  
- Els Messelis

Voordelen van een BCP zijn professionalisering van het vakgebied (o.a. doordat het een opleidingskader biedt), en bescherming van cliënten. Hopelijk draagt het eveneens bij aan de duurzame inzetbaarheid van seksverzorgenden.

↓  
- Karien Waterschoot

Het beroepsprofiel moet ergens opgenomen worden, en ik ben benieuwd waar dit dan zou kunnen.

↓  
- Noëlle Sant

NATUURLIJK IS HET BELANGRIJK DAT EEN SEKSVERZORGENDE OVER DIE COMPETENTIES BESCHIKT, MAAR UITEINDELIJK IS HET DE CLIËNT DIE BEOORDEELT OF HET AAN DIENS WENSEN VOLDOET.

↓  
- Jos Noordover

Ik zou eerder een seksverzorgende inschakelen als ik weet dat die gecertificeerd is.

↓  
- 4 Cliënten