

## DE INZET VAN SOCIAAL EROTISCHE ZORGVERLENING VOOR MENSEN MET EEN VERSTANDELIJKE BEPERKING

*“People with mental retardation and related developmental disabilities,  
like all people, have inherent sexual rights and basic human needs.*

*These rights and needs must be affirmed, defended, and respected.”*

(American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2004)

*Astrid van der Meulen-Schouten (Cello)<sup>1</sup>  
Rowan van Nindhuijs (Dichterbij)<sup>2</sup>*

*De aandacht voor en ondersteuning van een gezonde seksualiteitsbeleving is een belangrijk onderdeel in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, waarbij de inzet van sociaal erotische zorgverlening een onderdeel kan zijn. Rondom de inzet van deze vorm van zorg heerst nog altijd veel handelingsverlegenheid. Middels praktijkgericht onderzoek zijn kennis en inzicht verkregen met betrekking tot het afwegingsproces rondom het al dan niet inzetten van sociaal erotische zorgverlening. Deze kennis en ervaring zijn vertaald in een handreiking, waarin het proces van inzet van sociaal erotische zorgverlening, naast een aantal algemene aandachtspunten, doorlopen wordt aan de hand van vijf stappen: signalering, besluitvorming, intake, werkwijze en evaluatie/nazorg.*

### **Inleiding**

Mensen met een verstandelijke beperking hebben -net als ieder ander- seksuele gevoelens, verlangens en behoefte aan intimiteit. Voor veel mensen met een verstandelijke beperking zijn de mogelijkheden tot het beleven van seksualiteit echter beperkt (Kok, Maassen, Maaskant, & Curfs, 2009). Binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking is er

nog onvoldoende aandacht voor en ondersteuning van een gezonde seksualiteitsbeleving: er wordt een gebrek aan aandacht, onderzoek en erkenning gesignaleerd (Borrel, 2015). Dit wordt toegeschreven aan het taboe dat lijkt te rusten op hulpverlening en ondersteuning bij het beleven van seksualiteit van mensen met een beperking. Ook handelingsverlegenheid bij professionals en het werken vanuit een persoonlijk referentiekader zijn aspecten die het hulpverleningsproces beïnvloeden (Levy & Packman, 2004).

De seksuele gezondheid (ontwikkeling en beleving) bij mensen met een verstandelijke beperking heeft extra aandacht ten opzichte van mensen zonder verstandelijke beperking. Om te beginnen lopen de emotionele en lichamelijke ontwikkeling veelal niet synchroon (Janssen & Van Doorn, 2008). Vaak hebben ze te maken met het lijf, de hormonen en de kracht van een volwassene, maar met de emotionele beleving van een veel jonger persoon. Dit kan betekenen dat de fysieke mogelijkheden groter worden, terwijl het begrip, het gevoel en de relaties hierop achterblijven. Verder kan er naast een verstandelijke beperking ook sprake zijn van een fysieke beperking, die de

---

<sup>1</sup> Astrid van der Meulen-Schouten is Orthopedagoog-Generalist bij Cello (correspondentie: [handreikingSEZ@gmail.com](mailto:handreikingSEZ@gmail.com)).

<sup>2</sup> Rowan van Nindhuijs is Orthopedagoog-Generalist bij Dichterbij.

beleving van seksualiteit kan bemoeilijken (Gesell, Maris, Van Berlo, & Van Haastrecht, 2010). Ten tweede hebben mensen met een verstandelijke beperking weinig toegang tot goede en voor hen begrijpelijke informatiebronnen over seksualiteit en hieraan gerelateerde onderwerpen. Dit zorgt ervoor dat zij minder kennis hebben over seksualiteit dan mensen zonder verstandelijke beperking (Janssen & Van Doorn, 2008). Op de derde plaats is het voor mensen met een verstandelijke beperking vaak moeilijk zich in te leven in anderen en kan er sprake zijn van een verminderd inzicht in gedrag en de gevolgen voor zichzelf en de ander. Zij hebben mede daarom moeite om relaties te vormen of in stand te houden. Voor mensen met een verstandelijke beperking kan het moeilijk zijn de 'norm' te bepalen aangaande sociaal gewenst en geaccepteerd gedrag. Hierbij hebben zij ondersteuning nodig (Gesell et al., 2010). Als laatste factor is het bij mensen met een verstandelijke beperking vaker zo dat ze minder ervaring hebben met experimenteren op seksueel vlak dan hun leeftijdsgenoten zonder verstandelijke beperking (Van Doorn, Van den Bogaard, & Embregts, 2014). Bovengenoemde aspecten maken het moeilijker om sociale en seksuele contacten en relaties te beoordelen op gelijkwaardigheid en of er sprake is van wederzijdse instemming, met als gevolg dat mensen met een verstandelijke beperking hierin afhankelijker zijn van anderen (familie of professionals). Hun seksuele gezondheid behoeft om al deze redenen extra aandacht.

Middels gesprekken en/of observaties, met de persoon zelf of (indien deze mogelijkheid niet voldoende aanwezig is) met verwanten en professionals, kan de seksuele ondersteuningsvraag op basis van individuele wensen of behoeften geformuleerd worden. Hierbij wordt in de praktijk vaak gebruik gemaakt van diagnostische middelen, zoals de hermeneutische cirkel.

Nadat de seksuele ondersteuningsvraag geformuleerd is, wordt er gestart met het zoeken naar een passend ondersteuningsaanbod, waarvoor er verschillende mogelijkheden

bestaan. Voorlichting die zo optimaal mogelijk wordt afgestemd op de cognitieve, sociaal-emotionele en communicatie-mogelijkheden van de persoon met een verstandelijke beperking vormt een belangrijk (start)onderdeel van dit passende ondersteuningsaanbod (Bosch & Suykerbuyk, 2000). Een andere mogelijkheid qua ondersteuning op het gebied van seksualiteit is het inzetten van 'sociaal erotische zorgverlening'. Kruijver (2010, p. 209) omschrijft dit als:

*“het overkoepelende begrip voor intieme, erotische en/of seksuele zorg aan mensen met lichte, matige of ernstige lichamelijke, verstandelijke, sociale en/of psychiatrische beperkingen, waarbij, indien gewenst of noodzakelijk geacht, nauwe samenwerking wordt gezocht tussen de cliënt, de sociaal erotisch verzorgende (m/v) en/of diens organisatie en de bij de cliënt betrokken hulpverlening, ten einde de zorg te faciliteren en/of het sociaal-emotionele proces rondom de zorg te begeleiden.”*

Aanleidingen om gebruik te maken van sociaal erotische zorgverlening kunnen zijn; het willen opdoen van seksuele ervaring, het leren van en over seksualiteit en/of het genieten van een gewenst en veilig sekscontact (Van Doorn et al., 2014). In Nederland zijn er meerdere organisaties die een vorm van sociaal erotische zorg verlenen, waaronder de drie in het onderzoek participerende organisaties: Stichting Alternatieve Relatiebemiddeling, Stichting Erotische Bemiddeling en Flexzorg. Hoewel deze organisaties zich in werkwijze en mogelijkheden onderscheiden, bieden ze alle erotische zorgverlening voor onder andere mensen met een lichamelijke en/of verstandelijke beperking. Deze kan bestaan uit informatieverschaffing en seksuele voorlichting. Daarnaast worden ook seksuele diensten aangeboden die kunnen variëren van aandacht, knuffelen en strelen tot geslachtsgemeenschap of het praktiseren van andere seksuele fantasieën (<http://www.flekszorg.nl>).

Een eerste oriëntatie binnen vier zorgorganisaties voor mensen met een verstandelijke en/of meervoudige beperking in Noord-Brabant, Limburg en Zeeland maakt duidelijk dat er binnen deze organisaties geen concreet beleid is ontwikkeld ten aanzien van het al dan niet inzetten van sociaal erotische zorgverlening. Dit terwijl in de visies van de betreffende organisaties wel beschreven staat dat iedere cliënt recht heeft op seksualiteitsbeleving en een gezonde seksuele ontwikkeling. De beoordeling, besluitvorming en inzet van sociaal erotische zorgverlening zijn met het ontbreken van concreet beleid dus afhankelijk van de werkwijze en visie van de individuele professional. Daarnaast komt uit de oriëntatie naar voren dat er rondom dit thema sprake is van handelingsverlegenheid bij professionals. Het onderwerp seksualiteit blijft dikwijls nog onderbelicht in de hulp- en zorgverlening, tenzij (of totdat) er zich expliciete problemen op dit gebied voordoen (Kok et al., 2009).

Literatuurstudie maakt duidelijk dat er nauwelijks informatie beschikbaar is over wanneer het passend is om sociaal erotische zorgverlening in te zetten en welke overwegingen hiertoe gemaakt dienen te worden. Gezien het recht, de behoefte, maar ook de moeite van mensen met een verstandelijke beperking aangaande de seksualiteitsbeleving, kan gesteld worden dat goede hulpverlening en ondersteuning aan deze doelgroep ook vraagt om goede ondersteuning bij hun seksuele ontwikkeling en behoefte (Kok et al., 2009).

Naar aanleiding van de hierboven genoemde oriëntatie blijkt dat professionals behoefte hebben aan onderzoek dat het adequaat inzetten van sociaal erotische zorgverlening als onderdeel van de hulpverlening aan mensen met een verstandelijke beperking meer richting kan geven. Dit om de handelingsverlegenheid van de betrokken gedragsdeskundigen en andere personen in het afwegingsproces te verkleinen en het beleid hieromtrent op organisatieniveau te concretiseren, zodat er meer eenduidigheid en minder persoonsafhankelijkheid komt rondom het nemen van een besluit over het al dan

niet inzetten van sociaal erotische zorgverlening. Bij twijfel wordt tot nu toe (te) vaak besloten geen vorm van sociaal erotische zorgverlening in te zetten, terwijl daarmee geen recht gedaan wordt aan de wens en seksuele behoefte van de cliënt. Middels praktijkgericht onderzoek is antwoord gezocht op de onderzoeksvraag: *Welke elementen en stappen in het afwegingsproces ten aanzien van de inzet van sociaal erotische zorgverlening leveren (volgens cliënten, gedragsdeskundigen, vertegenwoordigers van de organisaties die deze vorm van zorg aanbieden en experts) een bijdrage aan een zorgvuldig besluit?*

### Onderzoeksopzet

#### *Respondenten*

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag zijn er interviews afgenomen bij drie groepen respondenten. De eerste groep bestond uit vijf cliënten met een intensieve verblijfsindicatie, woonachtig binnen een residentiële VG-setting en gebruik makend van sociaal erotische zorgverlening. De selectie van deze cliënten kwam tot stand naar aanleiding van een oproep onder de gedragsdeskundigen binnen de vier zorginstellingen waar de eerste oriëntatie is uitgevoerd. Voorwaarde om mee te doen was dat de cliënten in staat waren om hun bevindingen terug te koppelen tijdens een interview. In de selectie van de cliënten is daarnaast gekozen voor een zo heterogeen mogelijke groep (qua leeftijd, niveau en seksuele geaardheid). Dit resulteerde in een vijftal te interviewen cliënten, uit een totale inventarisatie van 12 cliënten. De leeftijd van deze (allen mannelijke) cliënten varieert tussen 31-72 jaar. Binnen de vier participerende zorginstellingen waren geen vrouwelijke cliënten die gebruik maakten van een vorm van sociaal erotische zorgverlening. De cognitieve ontwikkeling van de geïnterviewde cliënten varieerde van matig verstandelijk beperkt tot zwakbegaafd.

Daarnaast zijn er twee experts op het gebied van seksualiteit en seksueel misbruik geïnterviewd. Deze experts zijn geselecteerd op hun toonaangevende rol met betrekking tot dit thema binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg

in Nederland. Beide experts hebben jarenlange ervaring op dit gebied, zijn bezig met onderzoek hieromtrent en hebben literatuur uitgebracht. De laatste groep respondenten zijn drie vertegenwoordigers van organisaties die sociaal erotische zorgverlening aanbieden. De selectie van deze organisaties is tot stand gekomen op basis van bekendheid in de eerder genoemde regio (Noord-Brabant, Limburg en Zeeland) én bereidheid om deel te nemen aan het onderzoek.

Naast interviews is er ook een landelijke focusgroep georganiseerd waar 13 gedragsdeskundigen van 13 verschillende organisaties binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg aan deelgenomen hebben. Deze gedragsdeskundigen hadden allen ervaring met seksuele ondersteuningsvragen van cliënten binnen deze doelgroep en namen reeds deel aan een samenwerkingsverband in de zorgsector, met maandelijkse themabijeenkomsten. Hierbij

aansluiten gaf de kans om informatie op te halen binnen een brede vertegenwoordiging van gedragsdeskundigen.

#### *Instrumenten*

De semigestructureerde interviews zijn afgenomen aan de hand van een vooraf zelfopgestelde topiclist, die is samengesteld op basis van literatuuronderzoek in combinatie met praktijkervaring van de onderzoekers. Voor de cliënten is er een aangepaste versie gemaakt, rekening houdend met hun verstandelijke beperking. Ook voor de focusgroep geldt dat er gebruik gemaakt is van een topiclist. De onderwerpen van de topiclist staan in Tabel 1 en 2.

#### *Analyse*

De interviews en de focusgroep zijn getranscribeerd. De gegevens zijn op een kwalitatieve manier geanalyseerd middels open, selectief en axiaal coderen (Boeije, 2005).

**Tabel 1. Onderwerpen topiclist interviews professionals en focusgroep**

Sociaal erotische zorgverlening (SEZ) versus reguliere prostitutie <i>Definitie SEZ en verschil met/meerwaarde t.o.v. reguliere prostitutie</i>
Doelgroep (Bosch & Suykerbuyk, 2000) <i>Niveau van functioneren, subgroepen, lichamelijk/verstandelijk beperkt</i>
Ervaringen m.b.t. inzet van SEZ <i>Werkzame factoren, positieve effecten en risico's</i> <i>Kennis en bevindingen, overtuigingen en visie</i>
(Contra) indicatie voor inzet SEZ <i>(Contra)indicatoren, randvoorwaarden, omgevingsaspecten, grensoverschrijdend gedrag, plegers en risico's</i>
Proces (Scharloo, Ebbers & Spijker, 2014) <i>Verloop, van vraag tot besluit, verwachtingen en behoeftes, rol gedragsdeskundige en andere betrokkenen in besluitvorming en ervaringen professionals</i>
Dilemma's <i>Knelpunten</i>
Handelingsverlegenheid (Bosch & Suykerbuyk, 2000 en Leusink & Ramakers, 2014) <i>Verklaringen, eigen normen &amp; waarden en handvatten</i>

**Tabel 2. Onderwerpen topiclist interviews cliënten**

Ervaringen/verwachtingen <i>Algemene kennis van SEZ, verwachtingen vooraf, ervaringen nu, lastige dingen</i>
Inzet van specifieke sekswerker <i>Proces tot inzet, initiatief vraag, betrokkenen rondom aanvraag</i>
Doel inzet <i>Reden inzet volgens cliënt, en mate waarin doel wordt bereikt</i>
Belang <i>Ziet de cliënt het belang van SEZ, en zo ja, waarom?</i>
Advies <i>Praat de cliënt wel eens over SEZ, en zou hij het aan andere cliënten adviseren?</i> <i>Aandachtspunten</i>

## Resultaten

### *Terminologie en aanbod*

Bij aanvang van meerdere interviews met experts, sekszorgverleners en gedragsdeskundigen bleek dat er geen eenduidigheid bestond omtrent de term 'sociaal erotische zorgverlening'. Enkele geïnterviewde gedragsdeskundigen hadden moeite met de termen 'sociaal' en 'zorg'; men ziet in de praktijk veel meer een commerciële sekswerker, dan iemand die sociaal zorg komt leveren. De bureaus en dienstverleners zelf benadrukten dit sociale en zorgende aspect juist wel en zijn van mening zich hierop te onderscheiden van reguliere prostitutie. Ook de geïnterviewde cliënten die gebruik maken van deze vorm van zorg kwamen in hun omschrijving dichter bij sociaal erotische zorgverlening dan bij 'commerciële prostitutie'. Alle vijf geïnterviewde cliënten geven de voorkeur aan het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de dame of heer waarin het erotische contact de boventoon voert, maar waarin soms ook aandacht is voor zorg (samen douchen, wassen) of het aanleren van vaardigheden (masturberen, contact aangaan, seksuele voorlichting). Het verdient de voorkeur om de benaming 'sociaal erotische zorgverlening' breed te zien, waarbij onderscheid gemaakt kan worden tussen verschillende vormen waaruit het aanbod van 'sekszorg' bestaat:

- Sekswork of seksueel lichaamswerk; gericht op seksuele behoeftebevrediging van een specifieke doelgroep mensen met een beperking.
- Seksuele zorg, coaching en/of onder-

steuning; waarbij soms ook sprake kan zijn van doelgerichte behandeling.

- Surrogaat partnerschap; waarbij de cliënt en zorgverlener een langdurige, erotische en soms ook emotioneel intieme relatie aangaan.

### *Proces*

Op basis van de verzamelde informatie blijken er een aantal stappen in het proces te onderscheiden, met ieder hun eigen aandachtspunten zoals weergegeven in tabel 3.

### *Meerwaarde en voordelen SEZ ten opzichte van reguliere prostitutie*

De meest genoemde meerwaarde en het nut van sociaal erotische zorgverlening is het feit dat dit cliënten de mogelijkheid biedt om op een veilige en afgestemde manier een relatie en/of seksualiteit te beleven die ze zonder deze zorgverlening nooit of moeilijk zouden kunnen ervaren. Dit is tevens de belangrijkste drijfveer en motivatie voor de ondervraagde zorgverleners om sociaal erotische zorgverlening aan te bieden en/of te leveren. Cliënten en zorgverleners benoemen specifiek een aantal voordelen ten opzichte van reguliere prostitutie. "*Bij de hoeren gaat het ze alleen om het geld*", noemt één van de cliënten tijdens het interview. Daarnaast heeft niet iedere cliënt de mogelijkheid vanwege fysieke beperkingen of gebrek aan middelen om een prostituee te bezoeken. Sociaal erotische dienstverleners komen naar hen toe op afspraak. Verder vinden cliënten het fijn dat het steeds dezelfde dame of heer is die



bij hen kan komen, al hebben sommigen door de jaren heen wel met verschillende dames of heren contact gehad.

Vanuit zorgprofessionals wordt benoemd dat er in de mogelijkheid tot ondersteuning, matching en afstemming belangrijke verschillen zijn met de reguliere prostitutie. Eén van de zorgprofessionals benoemt tijdens de focusgroep: *“Je kunt door zowel met de cliënt als de dienstverlener af te stemmen beter zorgdragen en ondersteunen ten behoeve van een geslaagde ervaring.”* In de reguliere prostitutie gaat dat niet. De geïnterviewde experts benoemen verder de schadelijke effecten van negatieve ervaringen van cliënten met een verstandelijke of lichamelijke beperkingen in de reguliere prostitutie. Cliënten zijn makkelijke slachtoffers om geld afhandig te maken zonder dat er daadwerkelijk aan enige behoefte van de cliënt wordt voldaan: er worden ervaringen gedeeld van cliënten die overvallen, bestolen en/of in elkaar geslagen zijn toen ze ‘de baan opgingen’. Zo gezien bieden de sociaal erotische zorgverleners een veiligere manier om in deze behoefte te voorzien.

#### *Doelgroep*

Wanneer het om specifieke doelgroepen gaat die gebruik maken van deze vorm van zorgverlening wordt door geïnterviewden expliciet de doelgroep cliënten met autisme genoemd. Volgens de dienstverleners heeft meer dan de helft van de doelgroep een combinatie van diagnoses waarbij soms ook sprake is van ernstige en complexe psychiatrische problematiek. Naast autisme worden ook mensen met een verstandelijke beperking genoemd. Volgens één van de geïnterviewde dienstverleners zitten veel mensen met een verstandelijke beperking met een gefrustreerde seksualiteit met alle risico's van dien. Ze doelt hiermee op de hogere prevalentie van seksueel misbruik en seksueel grensoverschrijdend gedrag van en bij verstandelijk beperkten dan bij de standaardpopulatie.

Qua ernst van de verstandelijke beperking bestaat het grootste deel van de doelgroep uit cliënten met een matige tot lichte verstandelijke beperking. Over cliënten met een ernstige verstandelijke beperking wordt verschillend gedacht door zowel zorgprofessionals als -verleners. Sommigen vinden dat cliënten met een ernstige verstandelijke beperking seksuele bevrediging nodig kunnen hebben en daarom ook vaker geholpen zouden moeten worden dan nu het geval is. Anderen geven juist aan dat men deze doelgroep niet zou moeten bedienen, omdat men sociaal-emotioneel te jong en onderontwikkeld is om op deze wijze seksualiteit te beleven. Dit verschil in inzicht is ook in de focusgroep aan de orde gekomen met als uitkomst dat het altijd maatwerk zou moeten betreffen, waarin het aansluiten op de sociaal-emotionele ontwikkeling, lichamelijke en seksualiteitsbeleving belangrijke uitgangspunten zijn.

De geïnterviewde zorgverleners en -professionals (experts en gedragsdeskundigen) geven aan dat er zelden vrouwen zijn die gebruik (willen) maken van sociaal erotische zorgverlening. Verreweg de meeste aanvragen zijn mannen die contact met een vrouw willen. Er zijn enkele mannelijke zorgverleners, maar deze hebben gemiddeld veel minder cliënten (gemiddeld drie cliënten per zorgverlener) dan hun vrouwelijke collega's (gemiddeld veertig cliënten per zorgverlener). Eén van de geïnterviewde experts geeft aan dat in de signalering van problemen op seksueel gebied bij mannen ook sneller wordt gedacht aan seksuele frustratie dan bij vrouwen. Dit zou ook een oorzaak kunnen zijn waarom er zelden vrouwen gebruik maken van of verwezen worden naar deze vorm van hulp, in tegenstelling tot mannen.

#### **Handelingsverlegenheid**

Hoewel het taboe rond sociaal erotische zorgverlening kleiner lijkt te worden en er steeds vaker openlijk gesproken wordt over de inzet en het gebruik hiervan, heerst er nog altijd veel handelingsverlegenheid.

Tabel 3. Stappen en aandachtspunten afwegingsproces

Stap in het proces	Aandachtspunten
<b>1. Goede signalering</b>	Aandacht voor de seksuele gezondheid of een gezonde seksualiteitsbeleving zou, net als de aandacht voor psychische en lichamelijke gezondheid, voortdurend onderdeel uit moeten maken van de zorg en ondersteuning. Op basis van de interviews komt naar voren dat er in de praktijk té vaak pas aandacht voor is op het moment dat er zich problemen voordoen. Door het bespreken van de actuele én de wenselijke situatie, zowel met de betrokken professionals als met de cliënt en/of diens vertegenwoordiger, kan er een heldere en concrete seksuele zorgvraag worden vastgesteld. Een goede afstemming en samenwerking hierin zijn belangrijk; alle geïnterviewde partijen benadrukken dat dit de belangrijkste en essentiële factor is in alle te onderscheiden stappen in het proces.
<b>2. Besluitvorming op basis van zorgvuldige beeldvorming en een afweging van de mogelijkheden en benodigde randvoorwaarden</b>	Uitgebreide (basis-)diagnostiek (cognitief, sociaal-emotioneel, adaptief, zelfbeeld, maar ook wilsbekwaamheid ten aanzien van dit onderwerp) helpt bij het in beeld brengen van de cliënt, diens levenservaring en mogelijkheden. De beeldvorming van de cliënt vormt uitgangspunten bij het beoordelen van de mogelijkheden ten aanzien van het beantwoorden van de gestelde seksuele zorgvraag. Mogelijke contra-indicatoren en/of risico's dragen eveneens bij aan de besluitvorming en dienen meegenomen te worden in de gezamenlijke afstemming. Het is belangrijk dat het aanbod aansluit op het ontwikkelingsniveau, kennis en ervaring van de cliënt, maar ook op zijn/haar financiële situatie.
<b>3. Intake</b>	Indien er besloten wordt tot het inzetten van sociaal erotische zorgverlening, vindt een intake plaats waarbij de wijze van ondersteuning en een goede matching een rol spelen. Niet iedere aanbieder werkt op eenzelfde manier, dus het is belangrijk om goed te informeren naar de mogelijkheden, kwaliteitswaarborgen én werkwijze. In de voorbereiding van de cliënt op het intakegesprek zijn ook nog een aantal zaken van belang. Er dient besproken te worden of en door wie de cliënt bijgestaan zou willen worden in het intakegesprek. Daarnaast dient er voorafgaande aan de intake helderheid te zijn over de mogelijkheden om onrealistische verwachtingen te voorkomen. Het is tevens van belang dat in de intake tot heldere, duidelijke en vastgelegde afspraken wordt gekomen. Deze stap wordt afgesloten met een schriftelijk overzicht van de wensen en overeengekomen afspraken. Na de intake of kennismaking met de dienstverlener is het belangrijk om te toetsen of er een klik/match is (of kan ontstaan) tussen cliënt en dienstverlener.
<b>4. Afspraken over werkwijze, onderlinge communicatie en wijze van evalueren</b>	In deze stap dient er aandacht te zijn voor betekenisverlening voor de cliënt en een passende en respectvolle bejegening. Er worden afspraken gemaakt over wie het proces ondersteunt en de cliënt begeleidt, en over wie de contacten met de dienstverlener onderhoudt. De geïnterviewde cliënten geven aan het belangrijk te vinden dat ze zelf invloed uit kunnen oefenen op 'wie' er 'wat' mag weten. Iedere casus vraagt om afstemming met de cliënt over wat hij of zij belangrijk vindt met betrekking tot zijn/haar privacy. Het is daarnaast belangrijk om praktische afspraken te maken over de frequentie en momenten van sociaal erotische zorgverlening, passend bij de financiële situatie van de cliënt. Tot slot is het van belang dat de communicatie over en met de cliënt over de sociaal erotische zorg is afgestemd op diens begripsniveau en betekenisverlening en tevens respectvol is.  In sommige gevallen kunnen cliëntvertegenwoordigers of begeleiders in teams persoonlijke ethische bezwaren hebben tegen de inzet van sociaal erotische zorgverlening, of kunnen persoonlijke normen en waarden aangaande dit onderwerp sterk verschillen. Hoewel dit nooit een belemmering mag vormen voor de cliënt, is het van belang om geduldig in gesprek te blijven en consensus te zoeken waar ethische dilemma's zich voordoen.
<b>5. Evaluatie en nazorg</b>	In deze stap wordt het proces gemonitord en wordt er volgens eerder gemaakte afspraken geëvalueerd. Het is belangrijk om eventuele gedragsveranderingen bij de cliënt hierin mee te nemen.

In de interviews en focusgroep wordt hiervoor een aantal redenen genoemd:

- A. *Gebrek aan kennis en ervaring*: Zorgprofessionals, zoals gedragsdeskundigen die in de verstandelijk gehandicaptenzorg vaak betrokken zijn rondom de besluitvorming, geven in de focusgroep aan dat ze vaak niet weten waar ze goed aan doen. Tevens lopen zij aan tegen het feit dat er nauwelijks (wetenschappelijke) kennis beschikbaar is die hen van onderbouwing of richting kan voorzien. Ervaringen omtrent de effecten van de inzet van sociaal erotische zorgverlening bij cliënten geven bij sommigen van hen de doorslag in het nemen van een besluit tot het al dan niet inzetten hiervan. Ook zorgverleners merken op dat er door betrokkenen zeer verschillend wordt gedacht en gehandeld in het afwegings- en besluitvormingsproces aangaande sociaal erotische zorgverlening.
- B. *Gebrek aan seksuologische ondersteuning*: Eén van de ondervraagde experts geeft aan dat van begeleiders dikwijls verwacht wordt dat zij gesprekken met de cliënt aangaan over seksualiteit terwijl ze daarin onvoldoende geschoold, ondersteund of gecoacht worden door deskundigen binnen of buiten de eigen organisatie.
- C. *Taboe en grenzen*: Zowel zorgverleners als zorgprofessionals merken op dat het taboe op sociaal erotische zorgverlening kleiner wordt en steeds vaker en openlijker bespreekbaar is. Desondanks blijkt uit verschillende interviews dat dit taboe nog lang niet altijd en overal doorbroken is. Eén cliënt geeft aan dat niet alle begeleiders op zijn woongroep bereid zijn om te ondersteunen in het organiseren van de komst van de sekswerker. Het is essentieel dat voor alle betrokkenen helder is wat organisaties van hun medewerkers mogen en kunnen verwachten op basis van visie en beleid. Dat betekent onder andere dat het onderscheid tussen wat men onder 'basiszorg' ver-

staat en wat men met 'erotische zorg' bedoelt, bespreekbaars concreet moet worden. Het risico op rolverwarring en op een niet-afgestemd aanbod is anders groot en ten nadele van de cliënt.

### Conclusie

Op basis van interviews en literatuurstudie hebben we onderzocht welke elementen en stappen in het afwegingsproces ten aanzien van de inzet van sociaal erotische zorgverlening een bijdrage leveren aan een zorgvuldig besluit.

Allereerst komt naar voren dat er geen consensus is over de inhoud van de benaming 'sociaal erotische zorgverlening'; het verdient de voorkeur om deze breed te zien, waarbij onderscheid gemaakt kan worden tussen verschillende vormen waaruit het aanbod van 'sekszorg' bestaat. Hierbij valt te denken aan seksueel lichaamswerk, seksuele zorg of surrogaat partnerschap. Sociaal erotische zorgverlening is van meerwaarde ten opzichte van reguliere prostitutie door de mogelijkheid tot afstemming met de zorgverlener, mogelijkheid tot bescherming van de kwetsbare doelgroep en het bieden van continuïteit qua zorgverlener. Sociaal erotische zorgverlening kan ingezet worden voor een brede doelgroep; conclusie luidt dat het altijd maatwerk zou moeten betreffen, waarin het aansluiten op de sociaal-emotionele ontwikkeling, lichamelijke en seksualiteitsbeleving belangrijke uitgangspunten zijn. In het proces rondom de inzet van sociaal erotische zorgverlening kunnen grofweg vijf stappen onderscheiden worden; signalering, besluitvorming, intake, werkwijze en evaluatie/nazorg.

Een goede signalering leidt tot een heldere en concrete zorgvraag. Door alle betrokkenen zo optimaal mogelijk mee te nemen in het vaststellen van deze zorgvraag (en in eventuele vervolgstappen), wordt er gestreefd naar consensus.

Dan volgt de stap van zorgvuldige diagnostiek en een afweging van de mogelijkheden en be-



nodigde randvoorwaarden, ten behoeve van besluitvorming rondom het al dan niet inzetten van sociaal erotische zorgverlening. Mogelijke contra-indicatoren en/of risico's vormen onderdeel in het proces van afwegen. Het is essentieel dat het aanbod aansluit op het ontwikkelingsniveau, de kennis en ervaring van de cliënt.

Vervolgens, indien er besloten wordt tot inzetten van sociaal erotische zorgverlening, vindt een intake plaats waarbij de wijze van ondersteuning en een goede matching een rol spelen. Voorafgaand aan deze intake dient, om onrealistische verwachtingen te voorkomen, met de cliënt gesproken te worden over verwachtingen. De intake wordt afgesloten met een schriftelijk overzicht van de wensen en overeengekomen afspraken.

Daarop volgt de fase waarin er afspraken worden gemaakt met de cliënt, begeleiding en zorgverlening over de werkwijze en onderlinge communicatie. Er worden afspraken gemaakt over wie het proces ondersteunt en de cliënt begeleidt, en over wie de contacten met de dienstverlener onderhoudt.

Het proces sluit af met een evaluatie en nazorg. In deze stap wordt het proces gemonitord en wordt er volgens eerder gemaakte afspraken geëvalueerd. Het is belangrijk om eventuele gedragsveranderingen bij de cliënt hierin mee te nemen.

De hierboven genoemde stappen en andere belangrijke aspecten (onder andere privacy, normen & waarden, ethische dilemma's) zijn verwerkt in een handreiking<sup>3</sup>. Met deze handreiking wordt beoogd de handelingsverlegenheid die is aangegeven door alle participanten in het onderzoek te verkleinen door stapsgewijs een proces te doorlopen wat leidt tot een gedegen afweging op maat en verkleining van het meespelen van persoonlijke normen en waarden van de betrokkenen.

Per definitie is er sprake van maatwerk in het proces van afweging en besluitvorming aan-

gaande de inzet van een vorm van sociaal erotische zorgverlening. De handreiking vormt daarvoor een ondersteunend hulpmiddel.

### Discussie

Op basis van dit praktijkgerichte onderzoek zijn enkele aanbevelingen gedaan die richting geven in het (afwegings)proces rondom het al dan niet inzetten van sociaal erotische zorgverlening. Dit onderzoek heeft echter een aantal sterke en minder sterke kanten, die meegenomen dienen te worden in het beoordelen van de conclusies en aanbevelingen.

Allereerst is één van de sterke kanten van dit onderzoek de brede vertegenwoordiging van de betrokken respondenten, namelijk: cliënten, experts (seksuologen), vertegenwoordigers van organisaties die sociaal erotische zorgverlening aanbieden en gedragsdeskundigen (focusgroep). Dit gaf de mogelijkheid om de gestelde onderzoeksvraag vanuit verschillende invalshoeken te beantwoorden. Daarnaast werd de eerder geconstateerde handelingsverlegenheid gedurende het onderzoek herhaaldelijk bevestigd, waarmee de meerwaarde van het ontwikkelen en in gebruik nemen van een handreiking nogmaals naar voren kwam.

Een minder sterke kant van dit onderzoek is het relatief kleine aantal respondenten: grotere respondentengroepen zouden naar alle waarschijnlijkheid een meer betrouwbaar beeld schetsen bij het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Daarnaast heeft de selectie van de cliënten zich beperkt tot cliënten die gebruik maken van sociaal erotische zorgverlening; cliënten die hiervan nog geen/niet meer gebruik maken zijn niet meegenomen in het onderzoek. Tevens hebben alleen cliënten met een intensieve verblijfsindicatie deelgenomen.

Een suggestie voor vervolgonderzoek is het evalueren en waar nodig bijstellen van de aanbevelingen die voortgekomen zijn uit dit praktijkgerichte onderzoek en vertaald zijn naar de handreiking. Dit kan gerealiseerd worden

<sup>3</sup> De handreiking is op te vragen via de auteurs van dit artikel.

Van der Meulen-Schouten & Van Ninhuijs *De inzet van sociaal erotische zorgverlening voor mensen met een verstandelijke beperking*

middels een pilot, waarin meerdere casussen worden gemonitord en waarbij men de handreiking als tool gebruikt voor de afweging van de inzet van sociaal erotische zorgverlening, met als doel afname van de handelingsverlegenheid.

*met een verstandelijke beperking: Een praktisch handboek.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

#### Literatuurlijst

- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. (2008). *Sexuality*. Geraadpleegd op 21 december 2018, van <https://aaid.org/news-policy/policy/position-statements/sexuality>
- Boeije, H. R. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom.
- Borrel, D. (2015, 28 januari). *Het is een taboe, maar het moet wel gebeuren*. Geraadpleegd op 21 december 2018: <https://www.nrc.nl/nieuws/2015/01/28/het-is-een-taboe-maar-het-moet-wel-gebeuren-1460786-a1063831>.
- Bosch, E., & Suykerbuyk, E. (2000). *Seksuele voorlichting aan mensen met een verstandelijke handicap*. Amsterdam: Boom.
- Doorn, P. van, Bogaard, M. van den, & Embregts, P. (2014). Seks hoort ook bij mij. In P. Leusink & M. Ramakers, (Red.), *Handboek seksuele gezondheid: Probleemgeoriënteerd denken en handelen* (pp. 240-260). Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Gesell, S., Maris, S., Berlo, W. van, & Haastrecht, P. van (2010). *Slapende honden wakker maken? Quickscan van het interventieaanbod ter bevordering van seksuele gezondheid voor mensen met een beperking of chronische ziekte*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Janssen, A., & Doorn, P. van (2008). *Praten over seks, begeleidersboek*. Antwerpen: Garant.
- Kok, G., Maassen, R., Maaskant, M., & Curfs, L. (2009). Zorgverleners over seksualiteit van mensen met verstandelijke beperkingen. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 33(3), 199-207.
- Kruijver, E. (2010). Sociaal erotische zorgverlening: Een poging tot definiëringen enkele ethische overwegingen. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 34(4), 204-210.
- Levy, H., & Packman, W. (2004). Sexual abuse prevention for individuals with mental retardation. *Journal of Genetic Counseling*, 13(3), 189-206.
- Scharloo, A., Ebbers, S., & Spijker, M. (2014). SOS – *Snelle opvang bij seksueel misbruik van mensen*