

# Zorg ethische conceptualisering van seksualiteit bij klinisch opgenomen psychiatrische patiënten.



## **Afstudeeronderzoek Master ZEB 2017**

Door: Cynthia van Haeften

Begeleider: Hanneke van der Meide

Tweede lezer: Frans Vosman

Examinator: Carlo Leget

Studentnummer: 1009958

# INHOUDSOPGAVE

---

<b>1. VOORWOORD EN SAMENVATTING</b>	<b>3</b>
<b>2. PROBLEEMSTELLING</b>	<b>4</b>
<b>2.1. AANLEIDING</b>	<b>4</b>
<b>2.2. MAATSCHAPPELIJK PROBLEEM</b>	<b>5</b>
<b>2.3. WETENSCHAPPELIJK PROBLEEM</b>	<b>5</b>
<b>2.4. VRAAGSTELLING</b>	<b>7</b>
<b>2.5. DOELSTELLING</b>	<b>7</b>
<b>2.6. THEORETISCH KADER</b>	<b>7</b>
<b>2.7. CONCLUSIES EN METHODE</b>	<b>8</b>
<b>2.8. DATAVERZAMENLING EN FASERING</b>	<b>8</b>
<b>2.9. KWALITEITSCRITEREA</b>	<b>9</b>
<b>3. EEN ZORGETHISCH PERSPECTIEF OP DE ZORGRELATIE TUSSEN PROFESSIONAL EN KLINISCH OPGENOMEN PSYCHIATRISCHE PATIENTEN.</b>	<b>10</b>
<b>3.1. UNICITEIT</b>	<b>10</b>
<b>3.2. ZORGBETREKKING</b>	<b>11</b>
<b>3.3. PRESENT ZIJN</b>	<b>12</b>
<b>3.4. BELEVINGSGERICHT ZORGEN</b>	<b>13</b>
<b>3.5. CONCLUSIE</b>	<b>14</b>
<b>4. EEN ZORGETHISCH PERSPECTIEF RONDOM LICHAAMELIJKHEID VOOR HET OMGAAN MET SEKSUALITEIT BINNEN DE ZORGRELATIE BIJ KLINISCH OPGENOMEN PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN.</b>	<b>16</b>
<b>4.1. HET LICHAAM ALS SUBJECT</b>	<b>16</b>
<b>4.2. KENNIS GEWORTELD IN ONS LICHAAM</b>	<b>16</b>
<b>4.3. LICHAAMELIJKHEID EN ZORGEN</b>	<b>17</b>
<b>4.4. SEKSUALITEIT</b>	<b>18</b>
<b>4.5. CONCLUSIE</b>	<b>19</b>
<b>5. EEN ZORGETHISCH PERSPECTIEF RONDOM DE AFHANKELIJKHEID BIJ KLINISCH OPGENOMEN PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN EN HET OMGAAN MET SEKSUALITEIT.</b>	<b>20</b>
<b>5.1. DE AFHANKELIJKHEID VAN IEDER MENS</b>	<b>20</b>
<b>5.2. AFHANKELIJKHEID BIJ KLINISCH OPGENOMEN PSYCHIATRISCHE PATIENTEN</b>	<b>21</b>
<b>5.3. DE MACHT DER DESKUNDIGHEID</b>	<b>22</b>
<b>5.4. AANGEPASTE ZORGBEHOEFTE</b>	<b>22</b>
<b>5.5. CONCLUSIE</b>	<b>23</b>
<b>6. INZICHTEN VANUIT DE ZORGETHIK VOOR DE LANGDURIGE KLINISCHE BEHANDELING AAN PSYCHIATRISCHE PATIENTEN WAARBIJ SEKSUALITEIT EEN ROLSPEELT</b>	<b>25</b>
<b>7. DISCUSSIE</b>	<b>28</b>
<b>8. NAWOORD</b>	<b>30</b>
<b>9. BIBLIOGRAFIE</b>	<b>31</b>

---

## 1. VOORWOORD EN SAMENVATTING

---

### *Voorwoord*

Afgelopen drie jaar heb ik Zorgethiek en Beleid gestudeerd aan de Universiteit voor Humanistiek in Utrecht. Ik ben deze opleiding begonnen vanwege de morele ongemakken die ik begon te ervaren in mijn werk als klinisch maatschappelijk werker binnen een grote GGZ-instelling op de afdeling voor langdurige psychiatrie. Voor mijn gevoel kreeg ik hier te maken met een doelgroep die vaak achtergesteld werd en waar vaak makkelijk misbruik van werd gemaakt door hun kwetsbaarheid. Ik liep voortdurend tegen belemmeringen aan en ervoer bepaalde situaties als zeer schrijnend. Helaas kon ik deze situaties moeilijk onder woorden brengen en kon ik het geestelijk moeilijk een plek geven. Ik ben op zoek gegaan naar een opleiding die mij kon helpen om mijn morele ongemakken meer te plaatsen, onder woorden te brengen en zodoende hopelijk ook wat te kunnen betekenen in het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor deze doelgroep. De opleiding Zorgethiek en Beleid heeft in de basis mijn blik geopend en zeer verbreed. De studie heeft mij geholpen om na te leren denken over ethische vraagstukken en deze in een perspectief te plaatsen. Het heeft mij laten inzien dat de context van zorgen veel breder is dan ik eigenlijk voor ogen had. Ik ging zorgen in een breder perspectief plaatsen zoals in een politieke, wetenschappelijke en maatschappelijke context. Gedurende de opleiding merkte ik dat ik steeds beter kon verwoorden wanneer ik een situatie als schrijnend ervoer en welke ethische vraagstukken aandiende in mijn werk. Ik merkte ook dat ik steeds meer dingen op mijn werkplek ging herkennen en in mijn hoofd ethische vraagstukken naar boven kwamen. Ik heb geleerd deze te onderzoeken en geleerd om datgeen dat ik eerst als 'ongrijpbaar' ervoer te vangen.

Ik heb mij altijd in hart en ziel willen inzetten voor de kwetsbare doelgroepen binnen onze samenleving. Ik heb dit voorheen altijd op de werkvloer gedaan door zoveel mogelijk op te komen voor mijn patiënten en hun stem te zijn daar waar zij geen stem hadden of niet werden gehoord. Ik ben erg dankbaar met de basis aan kennis en verbreding die ik nu heb verkregen via de opleiding om hopelijk nu in bredere zin een stem te kunnen zijn en in algemene zin te mogen bijdragen aan de verbetering van de kwaliteit van zorg.

In deze masterthesis gebruik ik de term professionals en spreek ik niet enkel van de verpleegkundige of de arts. Naar mijn idee is iedere professional binnen een klinische afdeling, waarbij de patiënt te maken krijgt met verpleging, maatschappelijk werk, sociale wetenschappers en artsen, aansprakelijk voor het gezamenlijk leveren van goede zorg voor de patiënten en draagt iedere professional die betrokken is bij de patiënt daaraan bij. Om deze reden spreek ik in brede zin over, de professional. Omdat ik mij richt op de klinische zorg spreek ik over patiënten en niet cliënten. Dit omdat we in ziekenhuizen ( GGZ-instelling behoort tot een ziekenhuizen) nog steeds de term patiënt gebruiken. Voor het gemak heb ik ook gekozen om de term 'hij' te gebruiken in zinnen waar hij of zij beide van toepassing zou kunnen zijn, dit heb ik gedaan om het leesgemak te bevorderen.

Er rest mij niets anders dan u veel leesplezier te wensen en ik hoop van harte dat deze masterthesis laat zien hoeveel ik heb mogen leren en moet hoeveel passie ik dit heb gedaan.

Cynthia van Haften  
Nijmegen, 17 juli 2017

## Samenvatting

Binnen de langdurige psychiatrie worden patiënten behandeld met een ernstige psychische aandoening. Het merendeel van deze populatie is onvrijwillig opgenomen maar is vaak op dat moment te ziek of te beperkt om de consequenties voor zichzelf of zijn omgeving in te kunnen schatten. Zij kunnen ook door hun ziekte en/of beperking moeilijk uiting geven aan de lasten die zij op dat moment ervaren, de noden die zij hebben of de pijn die zij voelen. Net als ieder ander blijft het lichamelijke verlangen van seksualiteit bestaan ondanks dat zij hier mogelijk door hun ziekte en opname moeizaam uiting aan kunnen geven. Op dit moment heerst er echter een taboe rondom het onderwerp seksualiteit binnen de gezondheidszorg. Professionals lijken zich niet op hun gemak te voelen dit onderwerp te bespreken en lijken ook niet goed te weten hoe zij dit het beste kunnen aanpakken. Zij zijn voornamelijk gericht op de veiligheid en de gezondheid van hun patiënten. Wanneer een patiënt zich seksueel uitlaat en er mogelijk sprake is van seksueel risicogedrag, heeft de professional aandacht voor de seksualiteit van de patiënt omdat de situatie nu risicovol wordt. Dit mag niet en de professional voelt dan de plicht om in actie te komen. Door het gebrek aan visie en de schroom om het onderwerp bespreekbaar te maken wordt er snel heil gezocht in de juridische kaders en worden ethische vraagstukken veelal bekeken vanuit de principebenadering. Zowel de juridische kaders als de principebenadering besteden geen aandacht aan de relatie tussen de professional en de patiënt. De juridische kaders waarborgen de rechten van de patiënt, de principebenadering waarborgt de zorgvuldigheid van handelen van de professionals. Hiermee lijkt alleen te worden gezocht naar antwoorden om het risicogedrag te reduceren en lijkt er geen ruimte om seksualiteit bespreekbaar te maken met de patiënt en het een plek te geven binnen de behandeling. De zorgethiek denkt na over wat zorg tot goede zorg maakt. De zorgethiek werkt juist niet vanuit vaststaande principes maar geeft wel duidelijke inzichten over wat zorg tot goede zorg maakt. De zorgethiek kan een aanvulling bieden door zijn aandacht voor de zorgrelatie en de afhankelijkheid van psychiatrische patiënten binnen die relatie. Daarbij is seksualiteit een natuurlijke behoefte aan lichamelijk contact, zorgethiek is een wenselijke aanvulling door de aandacht voor het lichamelijke aspect binnen de zorg. In dit onderzoek wordt beschreven welke inzichten de zorgethiek kan bieden voor de behandeling van klinisch opgenomen psychiatrische patiënten wanneer er rekening gehouden wordt met de zorgrelatie tussen professional en patiënt, de afhankelijkheid en lichamelijke aspect van seksualiteit.

## 2. PROBLEEMSTELLING

### 2.1. AANLEIDING

---

Nederland kent een aantal grote GGZ-instellingen voor psychiatrische patiënten langdurige behandeling. Ik ben werkzaam als klinisch maatschappelijk werker in een van de grootste GGZ-instellingen in Gelderland. Op onze afdeling zijn meer dan de helft van de patiënten ernstig ziek en wilsonbekwaam. Volgens de wet is er sprake van wilsonbekwaamheid wanneer de patiënt niet in staat kan worden geacht om een redelijke waardering te maken van zijn belangen (Legemaate, 1992, p. 191). Een andere wettelijk criterium is dat een persoon als gevolg van een geestelijke stoornis, al dan niet met tussenpozen, niet in staat is of erg moeilijk zijn belangen behoorlijk waar te nemen (Gevers, 2007, p. 608). Naast dat een groot gedeelte van de patiënten wilsonbekwaam is, wordt 80% van de patiënten onvrijwillig behandeld onder de wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ). De wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) beschermt de rechten van patiënten die zijn opgenomen. Op onze afdeling verblijft een schizofrene vrouw, die zichzelf al jaren prostitueert op de diverse afdelingen. Sinds kort is bekend dat zij hiv-positief is. Vaak zijn haar de gevolgen uitgelegd

indien zij onveilig seks heeft met anderen en dat zij ten alle tijden ervoor moet zorgen dat zij ten alle tijden veilig seks heeft. De psychiater schat in dat zij weinig doet met de adviezen die zij krijgt en maakt zich zorgen over verspreiding van hiv over de diverse afdelingen. De patiënt heeft adviezen en instructies gekregen, er is echter niet diepgaand met haar gesproken over haar seksualiteit en waarom zij zichzelf prostitueert. Seksualiteit lijkt een beladen onderwerp te zijn binnen de hulpverlening en niet gebruikelijk.

---

## 2.2. MAATSCHAPPELIJK PROBLEEM

---

Veel patiënten die seksueel actief zijn, kunnen bijkomende gevolgen ofwel risico's niet goed inschatten. Momenteel bestaat er een verlegenheid bij psychiaters, psychologen en verpleegkundige om thema's rondom seksualiteit bespreekbaar te maken met de patiënt (Dirkx & Heuves, 2005, p. 12). Het wordt echter steeds urgenter seksualiteit wel bespreekbaar te maken en een plaats te geven binnen de behandeling. Ieder mens heeft een seksueel verlangen; seksualiteit behoort tot één van de basisbehoeften van ieder mens. "Goldman (Goldman, 1977, p. 40) definieert seksualiteit in termen van seksueel verlangen en seksuele activiteit, verlangen naar lichamelijk contact met het lichaam van een andere persoon en de daar bijhorende activiteit om dat verlangen te bevredigen". Volgens Nussbaum behoort seksuele intimiteit bij het 'goede leven'. Erotiek is een essentiële vorm van verlangen naar de ander. Ieder mens verlangt hiernaar (Nussbaum, 1998, p. 102).

Binnen de GGZ-instellingen gaat het bevredigen van dit verlangen steeds vaker gepaard met gevolgen en consequenties, die de patiënten zelf moeilijk kunnen overzien. Denk hierbij aan patiënten met een bipolaire stoornis, die in grote mate seksueel actief kunnen worden wanneer zij manisch zijn. Vaak gebeurt dit onveilig of omdat zij in hun manische fase juist zwanger willen worden. Ook patiënten met een psychotische stoornis lijken meer risico's te nemen in hun seksuele contacten in tijden van een psychose. Slechts 8% van de seksueel actieve schizofrene patiënten geven aan dat zij een condoom gebruiken. De kans op interne hiv-besmetting binnen de instellingen wordt steeds groter. Wanneer er sprake is van een grote kans op soa's, hiv-besmetting of ongewenste zwangerschappen, wordt er binnen de zorg gesproken over *seksueel risicogedrag* (Buckley & Wiechers, 1999, p. 533). Uit onderzoek is gebleken dat hiv-besmetting binnen GGZ-instellingen is gegroeid door seksueel risicogedrag van patiënten (Hobkirk, Tower, Lion, & Meade, 2015, p. 407). Hulpverleners lijken moeite te hebben hier adequaat mee om te gaan, waardoor de situatie niet of op de verkeerde manier wordt aangepakt. In veel gevallen gebeurt er niks en blijft het seksueel risicogedrag zich voordoen ondanks dat hulpverleners zich ervan bewust zijn dat er sprake is van seksualiteit en mogelijk seksueel risicogedrag (de Hert, Corell, & Bobes, 2012, p. 16). Seksualiteit is tot op de dag van vandaag een beladen onderwerp en lijkt buiten de behandeling te vallen van de patiënt (Heemelaar, 2008, p. 25). Toch is seksualiteit een basaal onderdeel van het leven van iedereen. Door het gebrek aan visie en de schroom om het onderwerp bespreekbaar te maken wordt er snel heil gezocht in de juridische kaders, zoals: Geeft het seksueel risicogedrag recht op het inperken van vrijheid en autonomie? Hoe zit het met het recht op privacy van bijvoorbeeld de geïnfecteerde patiënt? Is het ethisch verantwoord om iemands vrijheid te beperken bij het vermoeden van seksueel risicogedrag? Dit zijn terechte vragen, maar hiermee lijkt alleen te worden gezocht naar antwoorden om het risicogedrag te reduceren en lijkt er geen ruimte om seksualiteit bespreekbaar te maken met de patiënt en het een plek te geven binnen de behandeling. Wordt de patiënt hiermee als persoon niet te kort gedaan in de behandeling?

---

## 2.3. WETENSCHAPPELIJK PROBLEEM

---

Er is sprake van een soort verlegenheid of schaamte rondom het onderwerp seksualiteit binnen de hulpverlening. Onderzoek toont aan dat hulpverleners moeite hebben om dit onderwerp bespreekbaar te maken met de patiënt (Dirkx & Heuves, 2005, pp. 892-893). Er lijkt sprake te zijn van een soort taboe om seksualiteit een plek te geven binnen de zorg. In het Amerikaanse vaktijdschrift voor psychiatrie wordt benoemd dat er weinig geschreven is over het seksueel gedrag van psychiatrische patiënten en welke plek seksualiteit behoort te hebben binnen de behandeling. Mede door de toenemende aids-dreiging, is er meer interesse gekomen in het integreren van seksualiteit en bijbehorende seksueel risicogedrag van psychiatrische patiënten binnen de behandeling. (Cournos, Guido, & Coomaraswamy, 1994, p. 230)

Professionals doen gauw een beroep op juridische kaders in het omgaan met seksualiteit. Juridische kaders geven vaak alleen antwoord op vragen rondom veiligheid, rechten en plichten (Heemelaar, 2008). Tevens worden binnen de gezondheidszorg dergelijke ethische vraagstukken vaak bekeken vanuit de principebenadering. Hierin wordt het ethische probleem geconceptualiseerd als botsing van principes, en wordt er een rationele afweging van het belang van de betreffende principes gepropageerd als oplossingsstrategie. Medisch ethische problemen worden afgewogen vanuit bepaalde principes. Is er sprake van weldoen? Wordt de patiënt geen verdere schade toegebracht? Wordt er respect getoond voor de autonomie van de patiënt? Wordt de patiënt rechtvaardig behandeld? De kwaliteit van het bestaan en de behandeling van de patiënt staat hierbij centraal. (Widdershoven, 2007, pp. 16-18)

Zowel de juridische kaders als de medische ethiek besteden geen aandacht aan de relatie tussen de professional en de patiënt. De juridische kaders waarborgt de rechten van de patiënt, de medische ethiek waarborgt de zorgvuldigheid van handelen van de professionals. Zorgen is een relatie aangaan waarbij de volledige aandacht uit gaat naar de ander en wat de ander nodig heeft. Echt contact hebben met de patiënt en de relatie aangaan is van essentieel belang bij psychiatrische patiënten die vaak niet in staat zijn om hun noden kenbaar te maken of tot uiting te brengen, dit maakt hen extra afhankelijk van hun omgeving. (Widdershoven, 2007, pp. 139-141) De zorgethiek denkt na over wat zorg tot goede zorg maakt. De zorgethiek werkt juist niet vanuit vaststaande principes maar geeft wel duidelijke inzichten over wat zorg tot goede zorg maakt. Binnen de zorgethiek staat een dialectisch proces tussen empirie en theorie centraal waarbij een aantal critical insights zijn ontstaan binnen het theoretisch kader die behulpzaam zijn voor een kritische reflectie bij ethische vraagstukken waarbij zorg centraal staat.

- Zorg vindt plaats in praktijken en kan niet los van de context worden geplaatst.
- Zorg heeft ook een plek binnen de politiek.
- Iedere (zorg)situatie is uniek.
- In de zorg is er aandacht voor lichamelijke, aandachtigheid, kwetsbaarheid en emotie.
- De relatie heeft een centrale plek.
- Normativiteit moet empirisch gegrond zijn. (Zorgethiek.nu, 2015)

De critical insights binnen de zorgethiek kunnen een aanvulling bieden voor dit onderzoek door zijn aandacht voor de zorgrelatie en de afhankelijkheid van psychiatrische patiënten binnen die relatie. Daarbij is seksualiteit een natuurlijke behoefte aan lichamen contact, zorgethiek is een wenselijke aanvulling door de aandacht voor het lichamelijke aspect binnen de zorg.

---

## 2.4. VRAAGSTELLING

---

Welke inzichten biedt de zorgethiek voor de langdurige klinische behandeling aan psychiatrische patiënten waarbij seksualiteit een rol speelt?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

1. Wat brengt een zorgethisch perspectief met betrekking tot de zorgrelatie voor het omgaan met seksualiteit bij klinisch opgenomen psychiatrische patiënten?
2. Wat kan een zorgethisch perspectief rondom lichamelijke bijdragen voor het omgaan met seksualiteit binnen de zorgrelatie bij klinisch opgenomen psychiatrische patiënten?
3. Wat kan een zorgethisch perspectief bieden rondom de afhankelijkheid bij klinisch opgenomen psychiatrische patiënten voor het omgaan met seksualiteit?

---

## 2.5. DOELSTELLING

---

Met dit onderzoek hoop ik hulpverleners binnen een klinische setting meer inzicht te geven adequaat om te gaan met het bespreekbaar maken van seksuele gevoelens van de patiënten en het mogelijke risicogedrag dat hiermee gepaard gaat. Hopelijk draagt het onderzoek bij aan seksualiteit meer onder woorden durven te brengen in de behandeling van psychiatrische patiënten.

---

## 2.6. THEORETISCH KADER

---

### *De zorgrelatie*

Zorgethicus Annelies van Heijst schenkt in haar werk veel aandacht aan het relationele aspect van zorg. Ze is kritisch op de individualistische mensvisie die dominant is in de gezondheidszorg waarbij autonomie en volledige zelfbeschikking geïdealiseerd worden. Volgens Van Heijst zijn wij allemaal afhankelijk van elkaar, waarbij de wisselwerking van elkaar erkenning geven en nemen een essentieel onderdeel is van ons bestaan en de ontwikkeling van onze identiteit. (van Heijst, 2008, pp. 7-13) Volgens Nel Noddings ontstaat zorg in de relatie tussen twee mensen, waarbij er sprake is van inzet om de zorgbehoefte zo goed mogelijk te bevredigen, zoals de patiënt het graag zou willen. Om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de zorgbehoefte van de patiënt is het nodig de patiënt te kennen. (Noddings N., 2003, pp. 23-26)

### *Afhankelijkheid*

Ieder mens is op een bepaald moment van het leven kwetsbaar en afhankelijk van een ander. Zorgen houdt volgens Noddings in om je volledige aandacht te schenken aan de ander en diens noden (Noddings N., 2003, p. 8). Zorgethiek heeft oog voor afhankelijkheid tussen de patiënt en de professional. Van Heijst is van mening dat zelfbeschikking weinig ter zake doet wanneer iemand ziek is en niet meer in staat is om voor deze zelfbeschikking op te komen en zijn of haar stem te doen laten gelden. Indien er sprake is van een ernstige ziekte, zijn wij afhankelijk van onze omgeving om onze wensen kenbaar te maken. Dit is ook het geval bij psychiatrische patiënten, die hebben iemand nodig die door de intieme relatie 'weet' wat de patiënt nodig heeft en wenst. (Heijst, 2008, p. 37)



## Lichamelijkheid

Rekening houden met de lichamelijkheid van de patiënt is volgens Hamington een belangrijk onderdeel bij het verlenen van zorg. Wij geven uiting aan onze vreugde, verdriet en noden via ons lichaam. Iedereen heeft een lichaam en kan zich verplaatsen in de pijn van de ander, doordat men de eigen pijn van het lichaam kent. (Hamington M. , 2012, pp. 54-55) Mahieu ziet seksualiteit als een basisbehoefte van ieder mens, ongeacht leeftijd of beperking. Mahieu probeert het taboe van het bespreekbaar maken van seksualiteit binnen de zorg te doorbreken, specifiek voor de kwetsbare doelgroep binnen onze samenleving. Seksualiteit lijkt bij uitstek onbespreekbaar bij de mensen die door beperking en/of ziekte afhankelijk zijn. (Mahieu, Gastmans, & Anckaert, 2014)

---

## 2.7. CONCLUSIES EN METHODE

---

Inzichten uit de zorgethiek kunnen aanknopingspunten bieden om het thema van seksualiteit te conceptualiseren. De zorgethiek ziet zorg als iets relationeels waarbij oog is voor de kwetsbaarheid en de lichamelijkheid van de betrokkenen. In de relatie tussen patiënt en hulpverlener liggen de antwoorden voor het bieden van goede zorg.

Het betreft een conceptueel onderzoek en kent een beschrijvend karakter waarbij het probleem vanuit drie critical insights (relationaliteit, afhankelijkheid en lichamelijkheid) binnen de zorgethiek wordt beschreven aan de hand van wetenschappelijke literatuur.

---

## 2.8. DATAVERZAMENLING EN FASERING

---

Boek: *Iemand zien staan*- van Heijst, A. 2008.

Boek: *Menslievende zorg*- van Heijst, A. 2005.

Boek: *Caring. A feminine Approach to ethics & moral education* – Noddings, N. 2003.

Artikel: *Teaching care ethics*- Hamington, M. 2012.

Artikel: *Care ethics and Corporeal inquiry in patient relations*- Hamington, M. 2012.

Artikel: *Care for older people with regard to intimacy and sexuality: A clinical-ethical study with special attention to institutionalized people with dementia*- Mahieu, L., Gastmans, C., Anckaert, L. (2014).

12-06 t/m 19-07	Literatuuronderzoek van Heijst + Noddings.
19-06 t/m 26-06	Literatuur onderzoek; Hamington + Mahieu. Aanpassen onderzoeksvoorstel.
26-06 t/m 03-07	Inlevereren concept herschreven



	onderzoeksvoorstel voor feedback + feedback verwerken.
03-07 t/m 10-07	Inleveren herschreven onderzoeksvoorstel. Uitwerken literatuuronderzoek.
10-07 t/m 14-07	Conclusie schrijven + layout. Inleveren thesis.

---

## 2.9. KWALITEITSCRITEREA

---

### Betrouwbaarheid

Het betreft een literatuuronderzoek waarbij alle conclusies onderbouwd zullen worden door wetenschappelijke literatuur. Om de betrouwbaarheid te waarborgen zal gebruik gemaakt worden van verschillende wetenschappelijke onderzoeken vanuit diverse zorgethische invalshoeken om hiermee de betrouwbaarheid te verbreden.

### *Generaliseerbaarheid, overdraagbaarheid*

Dit onderzoek is specifiek gericht op de klinische langdurige zorg van psychiatrische patiënten binnen een GGZ-instelling. Het onderzoek zal toepasbaar zijn voor andere GGZ-instellingen maar ook voor gerelateerde doelgroepen waarbij er sprake is van chronische of langdurige beperkingen en/of stoornissen.

### 3. EEN ZORGETHISCH PERSPECTIEF OP DE ZORGRELATIE TUSSEN PROFESSIONAL EN KLINISCH OPGENOMEN PSYCHIATRISCHE PATIENTEN.

---

*“Wat werkelijk belangrijk is wordt niet gezegd, dat zit in de ruimte tussen twee mensen. Wat daar precies gebeurt, daar begrijpen we heel weinig van, dat zijn louter vermoedens”* (van Heijst, 2005, p. 44)

Om antwoord te kunnen geven op de vraag wat een zorgethisch perspectief op de zorgrelatie kan brengen met betrekking tot het omgaan met seksualiteit bij klinisch opgenomen psychiatrische patiënten, moet eerst helder worden wat er volgens de zorgethiek verstaan wordt onder een zorgrelatie. Ik begin dit hoofdstuk door eerst in te gaan op de uniciteit van ieder mens, het is van belang om de uniciteit te kunnen plaatsten binnen de relatie, te respecteren en het belang te zien van de uniciteit van de patiënt met betrekking tot diens seksualiteit. Vervolgens zal ik nader toelichten wat er verstaan wordt onder een zorgrelatie en welke aspecten van belang zijn bij een goede zorgrelatie, om vervolgens dit hoofdstuk af te sluiten met een concluderende koppeling naar seksualiteit.

#### 3.1. UNICITEIT

---

Iedereen is uniek en wezenlijk anders. Toch wordt een mens een mens met een volwaardige eigen identiteit door en vanuit banden met anderen. Binnen de zorgethiek wordt dit relationele identiteit genoemd. Mede door het aangaan van relaties bouwt ieder mens aan een eigen identiteit. Dit gebeurt onder andere door het dragen van verantwoordelijkheden en de wisselingwerking van erkenning binnen de relatie met de ander. (van Heijst, 2014, pp. 10-12) Zodoende creëert men ook eigen normen en waarden en hebben we ook allemaal een ander perspectief op ‘het goede’. Afgezien hiervan hebben we ook allemaal andere noden en behoeftes in het leven. Iedereen drukt deze anders uit, zo reageren we bijvoorbeeld allemaal anders op de zorg die ons geboden wordt. Mensen zijn onvergelykbare wezens die bij elkaar hun uniciteit kunnen ontdekken en laten zien wanneer zij een relatie met elkaar aangaan. De mens is mede uniek doordat iedereen verschillend kenbaar maakt waar hij behoefte aan heeft. (van Heijst, 2005, p. 99) Bij het zorgen voor een ander laat iemand veel van zichzelf zien en wat hij belangrijk vindt.

Lieslot Mahieu geeft aan dat ieder in de zorg voor ogen dient te houden dat iedere patiënt uniek is en hierdoor heeft iedere patiënt ook behoefte aan iets anders, ook de manier waarop zorg wordt ingezet. Hierbij wordt de toepassing van aandachtigheid, begrip en respect gezien als de basis. (Mahieu & Gastmans, 2015, p. 1903) Wanneer een patiënt wordt opgenomen, is de patiënt zijn privacy, gevoel van veiligheid en vertrouwde omgeving kwijt. De patiënt heeft het nodig om vertrouwen te krijgen in de professionals om zichzelf vrij te kunnen voelen, zichzelf te tonen en aan te geven wat hij of zij nodig heeft tijdens de behandeling. (Mahieu & Gastmans, 2015, p. 1900)

*“There is an intimacy with a patient, a closeness that evolves into disclosure that doesn’t occur on a questionnaire or with a perfunctory 15-minute appointment”.* (Hamington M. , 2012, p. 60)

Ook patiënten onthullen wat hen uniek maakt door de wijze waarop zij de geboden zorg aannemen en hierop reageren. Zorgen is afstemmen en aansluiten op de unieke ander die nood heeft aan steun of hulp, deze behoefte aan steun of hulp verschilt per individu. Iedere patiënt heeft ook andere seksuele behoeftes. De ene patiënt lijdt aan het gemis van fysiek contact, de ander maalt over seksuele gedachtes die onrealiseerbaar zijn. Zorgen is pas zorgen als de geboden zorg als voldaan wordt ervaren door de patiënt (Noddings, 2003, p. 12). Mogelijk is de nood niet te verhelpen, zoals de patiënt die fantaseert over onrealiseerbare seksuele behoeftebevrediging, maar de professional keert zich niet af van de verbondenheid met deze kostbare en unieke patiënt. (van Heijst, 2005, pp. 102-112) Van Heijst is van mening dat er sprake is van onmenselijkheid wanneer er in de omgang met patiënten de uniekheid van de patiënt de nek wordt omgedraaid, dit gebeurt wanneer iedere patiënt op dezelfde manier wordt behandeld en bejegend (van Heijst, 2005, p. 118). Er is sprake van miskennis wanneer de patiënt niet gezien en behandeld wordt als uniek persoon. Protocollen, bureaucratie, kwaliteitsnormen en regels kunnen leiden tot meer algemeenheden die op dezelfde manier worden toegepast bij iedere patiënt. Dit moet volgens van Heijst juist voorkomen worden, iemand waarmee het niet goed gaat moet actief tevoorschijn geroepen en gezien worden en met zorgzaamheid omringd, zodat diens uniciteit aan het licht komt. (van Heijst, Iemand zien staan: Zortheik over erkenning., 2014, pp. 60-63) De patiënt moet het gevoel krijgen onvervangbaar te zijn. De patiënt zal dit voelen door de interesse die in hem als uniek persoon getoond wordt. Wanneer er de ruimte en vertrouwen binnen de (zorg)relatie ontstaat, kan ook de mogelijke behoefte aan seksualiteit van de patiënt naar boven komen. Zodoende kan de patiënt ook beter en meer afdoende geholpen worden om samen met de professional te ontraadselen wat hem in wezen echt pijnigt en waar de verlangens liggen rondom zijn seksualiteit. (Noddings, 2003, pp. 20-22) Er kan gesteld worden dat zorgen altijd afstemmen en aanpassen inhoud op iedere unieke patiënt. Zorgen is dus niet de logische afwikkeling van ingrepen op lichaam en geest voor allemaal eendere behoeftigen, indien dit wel gebeurt is er volgens van Heijst sprake van inhumaan handelen. (van Heijst, 2005, pp. 111-115)

### 3.2. ZORGBETREKKING

---

Van Heijst heeft tijdens haar trainingen ontdekt dat professionals bij probleemgevallen waarbij het ontbreekt aan kant en klare antwoorden, bijvoorbeeld de wens van een patiënt waarbij sprake is van seksueel risicogedrag, zij het lastig vinden hun eigen verantwoordelijkheid in te vullen. In de praktijk koersen zij dan op drie houvasten. Ze nemen de autonomie van de patiënt als oriëntatiepunt, ze herformuleren het probleem als vaktechnisch vraagstuk waarbij bijvoorbeeld gedacht wordt dat medicatie een oplossing kan bieden of er wordt houvast gezocht in protocollen of juridische kaders. (van Heijst, 2005, p. 265) De zorgethiek zoekt elders houvast bij complexe menselijke onderwerpen zoals seksualiteit. De zorgethiek gaat over basale levensvragen zoals 'wat betekent een goed leven voor mij?' De zorgethiek neemt de (zorg)relatie als vertrekpunt. Binnen de (medische) ethiek wordt traditioneel veel waarde gehecht aan de vrije keuze door het rationele individu zonder belemmering van anderen. Waarden zoals autonomie, volledige zelfbeschikking en rationaliteit worden hierin vaak als leidend genomen (van Heijst, 2014, p. 7). Volgens de zorgethiek zijn in de zorg individuele rechten en volledige zelfbeschikking niet het uitgangspunt, maar draait het om relaties tussen zorgverleners, zorgbehoevenden en het netwerk eromheen. Van Heijst zet in haar boek *iemand zien staan* uiteen dat de zorgethiek niet uitgaat van het behoud van zoveel mogelijk zelfbeschikking maar dat betrokkenheid en erkentelijkheid van wezenlijk belang is. Erkennen betekent iemand zien

staan. Door met een persoon in wisselwerking te treden en hem het gevoel te geven dat hij wordt opgemerkt en er mag zijn zoals hij is. Een mens wordt een mens door en vanuit banden met anderen. Een voorwaarde om dit te kunnen doen, is een relatie aangaan met de ander. (van Heijst, 2014, pp. 7-13) De verbinding tussen mensen wordt door van Heijst ernstig benadrukt. Iemand zien staan, erkenning geven en de verbinding aangaan om als het ware elkaar te kunnen 'lezen'. De relatie gebaseerd op deze intensieve verbinding vraagt de nodige energie, continuïteit en tijd wat in veel gevallen wordt onderschat. (van Heijst, 2014, pp. 130-135) Om meer lading te geven aan de term relatie spreekt van Heijst over een *zorgbetrekking*: 'zorgen is geen daad maar een betrekking en binnen die betrekking worden dingen gedaan.' (van Heijst, 2005, p. 67) In de zorgsituatie krijgen mensen met elkaar van doen als gelijke en van elkaar verschillende wezens die ieder voor zich een centrum zijn waaruit iets nieuws kan ontstaan. Iemands uniekheid zien en gaan waarderen gebeurt pas als de professional de betrekking aangaat met de patiënt om zodoende samen de ziekte en/of de beperking te begrijpen en te zoeken naar de beste behandeling die bij deze unieke patiënt past. Een zorgbetrekking ontwikkelt zich langs de weg van concrete alledaagse zorgen. De patiënt laat in deze betrekking veel zien van wie hij is, wat hij nodig heeft en wat hij belangrijk vindt. Seksualiteit en de behoefte aan seksualiteit is voor iedereen verschillend. Het vraagt tijd en inzet om openheid en veiligheid te creëren om dit bespreekbaar te maken met patiënten. Afgezien van het feit dat seksualiteit een moeilijk bespreekbaar onderwerp is, is het extra moeilijk voor psychiatrische patiënten hun behoefte hierin helder te kunnen weergeven. Vervolgens kost het ook de nodige inzet om samen met de patiënt diens seksualiteit te begrijpen en samen de behoefte te onderzoeken. Door binnen de zorgbetrekking te werken vanuit oprechte betrokkenheid, gevoelsvolle compassie en het bieden van ruimte voelt de patiënt zich weer een volwaardig mens en geen nummer. Op deze manier ontstaat er vertrouwen en durft de patiënt zijn uniekheid bloot te geven. (van Heijst, 2005, pp. 110-112) De professional moet ontvankelijk blijven voor de uniekheid van de patiënt. Al kunnen zij mogelijk hun behoeftes niet duidelijk verwoorden, door de intensieve aandachtigheid zal de professional de behoefte herkennen zonder dat de patiënt hier woorden aan hoeft te geven. (Noddings, 2003, pp. 12-13)

Nu duidelijk is dat zorgen pas gestalte kan krijgen vanuit een wederkerige zorgbetrekking waarbij de patiënt gerespecteerd en gezien wordt als uniek persoon, wil ik nader ingaan op wat van belang is om die zorgbetrekking op een adequate manier vorm te geven.

### 3.3. PRESENT ZIJN

---

Volgens van Heijst is een relatie ofwel een zorgbetrekking aangaan geen makkelijke opgave. Het vraagt veel inzet en toenadering richting de patiënt van de professional. Van Heijst probeert professionals handvatten te bieden met betrekking tot het aangaan van een zorgbetrekking door middel van de presentietheorie van Andries Baart. Er wordt gesproken over de presentietheorie en presentiebenadering, de kern hiervan: relatie. Baart spreekt niet oppervlakkig of instrumenteel over de zorgrelatie. Presentie draait om een wijze van aan iemand en bij iemand tegenwoordig zijn, namelijk relationeel. Presentiegericht werken houdt in dat, als professional zijnde, je de patiënt welbewust opzoekt, geduldig op zoek gaat naar afstemming, actief de uniciteit naar boven probeert te halen, de patiënt aanbiedt om de betrekking aan te gaan en vervolgens trouw nabij zijn in hun hoop, vreugde, ellende en verlatenheid. Dit toont aan dat een zorgbetrekking niet enkel probleem georiënteerd behoort te zijn. Met presentiegericht werken worden wel degelijk problemen opgelost, de presentiebenadering werkt echter niet via protocollen op gestandaardiseerde vaardigheden. Juridische kaders of geprotocolleerd werken

via vaststaande principes bieden geen oplossing bij complexe onderwerpen zoals seksualiteit. Objectief en rationeel denken en handelen doet patiënten te kort die al langdurig ziek en in behandeling zijn. Seksualiteit is een intiem onderwerp, door het relationele aanbod geeft de professional tegenwicht aan de verlatenheid en de afstand die mogelijk gecreëerd wordt wanneer professionals te veel via vaststaande procedures te werk gaan. (van Heijst, 2005, pp. 164-169) 'Aandacht biedt de kiem van een relatie, en daaruit zal een mens opstaan'. (van Heijst, 2005, p. 173) Pas gaandeweg in de relatie ontvouwt zich 'het probleem' en de waarden die van belang zijn. Een relatie vestigen is de kerntaal bij presentiegericht werken. Deze relatie is gebaseerd op vertrouwen, zodoende ontstaat de betrekking. Wat de patiënt goed doet ligt op voorhand niet vast. Vaak weet de patiënt zelf ook niet waar het heen moet. Nieuwe perspectieven en mogelijkheden openen zich omdat de professional hen aanspreekt of hen gewoon doorheeft. Dit kan enkel als de professional diens volledige aandacht vestigt op de patiënt binnen de zorgbetrekking en zich niet enkel vastbijt op de ziekte of 'het probleem' dat 'opgelost' moet worden. Het is van belang om de patiënt in zijn totaliteit te zien en te begrijpen, op deze manier zal de patiënt zich ook daadwerkelijk volledig en oprecht geholpen voelen. (Noddings N. , 2003, p. 23)

Presentiegericht werken is dus meer een streefrichting dan werken vanuit een grote onbepaaldheid (van Heijst, 2005, pp. 181-183). De professional neemt initiatieven in de richting van de patiënt door aansluiting te zoeken bij de leefwereld van de patiënt en diens levensverhaal. Of uiteindelijk er een zorgbetrekking ontwikkelt, hangt vervolgens niet alleen af van de professional, maar evenzeer van de patiënt. Het gaat immers om twee subjecten die samen handelen. De patiënt geeft mede richting aan dit handelen en heeft zelf inbreng. Handelen van de professional kan een zet in de goede richting zijn, maar ook tot niets leiden. Hoe mensen op elkaars handelen reageren is geen voorspelbaar stimulus respons. Presentiegericht werken houdt een wederkerig wordingsproces in dat tussen twee unieke personen voltrekt. Door te handelen, door in relatie te treden, wordt de patiënt uitgenodigd als volwaardig persoon te verschijnen. Zodoende bouw je samen aan iets nieuws. (van Heijst, 2005, pp. 183-188)

#### 3.4. BELEVINGSGERICHT ZORGEN

---

Met de handvatten die de presentiebenadering geeft is duidelijk geworden dat door middel van de relatie aan te gaan met de patiënt ontcijferd moet worden wat de patiënt nodig heeft tijdens zijn of haar behandeling en dat gebeurt door aandachtig met de patiënt om te gaan. Seksualiteit is een intiem en voor veel mensen een beladen onderwerp. Dit gevoel wordt versterkt als een patiënt dit bespreekbaar moet maken met een professional die niet op een natuurlijke wijze onderdeel uitmaakt van de privékring van de patiënt. Seksualiteit wordt pas op een oprechte en gemakkelijke manier bespreekbaar binnen de zorgbetrekking waarbij de patiënt niet enkel benaderd wordt vanuit zijn ziektebeeld maar als volwaardig mens met dezelfde verlangens en behoeftes als ieder ander. Maar hoe kan dit bespreekbaar gemaakt worden met een patiënt die moeite heeft überhaupt zijn behoeftes uit te drukken? Binnen de langdurige zorg voor psychiatrische patiënten kan men er niet vanuit gaan dat de patiënt zelf altijd precies kan aangeven wat die graag wilt en wat hij als goed ervaart. Vaak zijn zij dusdanig ziek of beperkt dat zij hier vrijwel geen uiting aan kunnen geven. Volgens van Heijst biedt belevingsgerichte zorg uitkomst tegenover de mankementen van het veelal heersende vraag gestuurd zorgen, waarbij in dit geval de mondigheid van de patiënt wordt overschat. Met belevingsgericht werken wordt een gelijkwaardige relatie nagestreefd op basis van een ongelijke uitgangspositie. De belangrijkste kernwaarden van belevingsgericht werken zijn: gelijkwaardigheid, gezamenlijkheid, gepastheid en autonomie. De professional gaat door middel van een

gelijkwaardige relatie een dialoog aan met de patiënt. Zodoende creëert de professional vertrouwen door de patiënt mee te laten denken en praten. Met gezamenlijkheid wordt bedoeld dat de professional en de patiënt het eens moeten worden over het doel dat nagestreefd wordt. Als ze niet samenwerken zal de behandeling tot niets lijden. De professional behoort wel zich altijd bewust te blijven van het feit dat er sprake is van een zorgbetrekking, dit betekent dat er altijd grenzen zijn in de relatie die bewaakt moeten worden. Als laatste moet de autonomie gerespecteerd worden door de patiënt diens eigen zienswijze op de situatie, lichaam en leven te laten behouden. Zo dienen ook de seksuele voorkeuren en behoeftes van de patiënt gerespecteerd te worden. Als de patiënt een seksuele behoefte heeft dat kan leiden tot seksueel risicogedrag, is het van belang dat de professional geen negatieve attitude uitstraalt hierover. De professional hoeft het gedrag niet goed te keuren maar wijst de innerlijke behoeftes en gevoelens van de patiënt niet af. (van Heijst, 2005, pp. 189-197)

Van Heijst benoemt dat de belevingsgerichte zorg terecht problematiseert dat het vaak niet volstaat om de zorgvraag objectief te registeren, of zonder meer het gevraagde te leveren. Er moet eerst een interpreterende activiteit worden verricht door degene die de zorg biedt. Dit gebeurt door af te stemmen op de beleving van iedere keer weer een andere patiënt, en wel in de nabije omgang ofwel binnen de zorgbetrekking. Ook Noddings geeft aan dat de problemen die zich voordoen bij patiënten vaak te complex zijn om simpel via een protocol of als rekensom op te lossen, zoals al eerder gezegd behoort seksualiteit tot een van de meest complexe en intieme onderwerpen binnen het menselijk bestaan. In veel gevallen waarbij we te maken hebben bij kwetsbare patiënten zoals psychiatrische patiënten zullen we binnen de zorg intuïtief te werk moeten gaan (Noddings, 2003, p. 9). Belevingsgericht werken betekent registeren wat de patiënt wenst en daarop zonder verdere vragen kunnen inspelen op diens behoeftes. De professional moet een taal kunnen spreken die aansluit bij de patiënt en passend is bij diens levensverhaal. Het gaat niet om simpel interpreteren maar om de werkelijkheid van de patiënt zelf te kunnen voorstellen. Door middel van het verplaatsen in de patiënt komen ook echte gevoelens naar boven, bijvoorbeeld welke verlangens of onzekere gevoelens die de patiënt kan ervaren rondom diens seksualiteit (Noddings, 2003, p. 14).

Volgens Mahieu draagt seksualiteit bij aan het ervaren van geluk. Veel patiënten ervaren het bevredigen van het seksuele verlangens als belangrijker dan hun stemming, slaap of eetlust. (Mahieu & Gastmans, 2015, p. 1892) Seksualiteit verschilt per individu in, hoe we seksualiteit zien, de waarde van de behoefte en de wijze waarop deze behoefte het liefst bevredigd wordt. Seksualiteit gaat vrijwel altijd gepaard met (emotionele) intimiteit en verbintenis. Ieder mens heeft enige vorm van seksuele behoefte. De manier hoe men seksualiteit ervaart en erin handelt kan veel zeggen over de persoon. (Mahieu & Gastmans, 2015, pp. 1903-1904)

---

### 3.5. CONCLUSIE

---

Iedere patiënt is anders en heeft andere noden en behoeftes, dit geldt ook met betrekking tot seksualiteit. Daar waar de ene patiënt alleen op zoek is naar psychische intimiteit, hunkert de andere patiënt naar fysiek contact. Op welke manier, hoe vaak en hoe belangrijk seksualiteit is voor een patiënt zal per patiënt verschillen, net als de manier waarop een patiënt uiting zou willen geven aan diens seksualiteit. Om deze reden is het van belang dat ook met betrekking tot zorg rondom de seksualiteit van patiënten, de zorg aansluit en afgestemd wordt aan de nood of hulp die de unieke patiënt nodig heeft. Veelal heeft de professional in de klinische setting met

name oog voor de ziekte en/of de beperking van de patiënt, dit is hetgeen dat behandeld moet worden. Op deze manier worden mogelijk essentiële zaken zoals de seksualiteit van de patiënt vergeten en wordt de zorg niet als volledig ervaren door de patiënt. Door het aangaan van een zorgbetrekking komen ook meer intieme onderwerpen die de patiënt maakt tot wie hij is aan het licht en mogelijk ook diens seksuele behoeftes. Vaak worden juridische kaders of vaste protocollen bij iedere patiënt op dezelfde wijze gehanteerd. Juridische kaders en protocollen beschermen de rechten van patiënten en zorgen er ook voor dat iedere patiënt recht heeft op dezelfde zorg als ieder andere patiënt, zij bieden echter te weinig richting voor het omgaan met het complexe en unieke onderwerp van de menselijke seksualiteit. Objectief en rationeel denken is te beperkt om de patiënt te ondersteunen bij diens unieke seksuele belevingswereld. Op de juiste momenten moeten we afstand gaan doen van het abstracte en teruggrijpen naar de concrete situatie van de unieke patiënt en plaats maken voor de patiënt echt zien en voelen. Bij het aangaan van een zorgbetrekking met de patiënt is het van belang om samen met de patiënt de behoeftes rondom seksualiteit te begrijpen en samen te onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om hier op een veilige maar passende manier voor de patiënt uiting aan te geven. Door binnen deze betrekking te werken vanuit oprechte betrokkenheid, gevoelsvolle compassie en het bieden van ruimte laat de professional zien dat de patiënt gezien wordt als geheel, als mens. Seksualiteit is een intiem onderwerp en voor iedereen een privéaangelegenheid. Zeer weinig zouden het prettig vinden om met een vreemde een intiem gesprek aan te gaan omtrent zijn of haar seksuele behoeftes. Door het aangaan van een zorgbetrekking gebaseerd op gelijkwaardigheid, gezamenlijkheid, gepastheid en respect voor autonomie, ontstaat er ook het vertrouwen om intieme behoeftes te bespreken. Niet alleen om deze te bespreken, maar in deze betrekking creëert de professional ook de ruimte om samen te handelen. Veel patiënten denken dat seksuele behoeftes geen aandacht verdienen van professionals, maar hebben wel degelijk behoefte aan advies of ondersteuning hierbij (Mahieu & Gastmans, 2015, p. 1894). Door aan te sluiten bij de beleving van de patiënt en samen te kijken wat er gedaan kan worden om de behoeftes van de patiënt tegemoet te komen, zal de patiënt zich een volwaardig mens voelen die niet wordt afgewezen. Hierdoor is de kans ook groter dat de patiënt zich ook meer openstelt voor adviezen die dienen om bijvoorbeeld seksueel risicogedrag te voorkomen (Mahieu & Gastmans, 2015, p. 1894). Mogelijk is de nood van de patiënt dan niet verholpen, maar de professional keert zich niet af van de verbondenheid met de patiënt waardoor de kans groot is dat de patiënt in de samenwerking blijft en de professional blijft vertrouwen om diens seksualiteit en de bijbehorende activiteiten die hij of zij daarbij uitvoert, wel bespreekbaar te houden.



#### 4. EEN ZORGETHISCH PERSPECTIEF RONDOM LICHAAMELIJKHEID VOOR HET OMGAAN MET SEKSUALITEIT BINNEN DE ZORGRELATIE BIJ KLINISCH OPGENOMEN PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN.

---

*“We human beings are the sorts of beings we are because we are cared for by other human beings. And that care comes to and through the body”* (Hamington, 2012, p. 31).

Wat verstaan we onder lichamelijkheid? En wat heeft lichamelijkheid te maken met seksualiteit? De term lichamelijkheid op zich is voor veel mensen al een moeilijk grijpbaar begrip. Om deze deelvraag goed te kunnen beantwoorden moet hiervoor dus eerst helder worden wat lichamelijkheid volgens de zorgethiek precies betekent, vervolgens is het van belang te begrijpen welke rol lichamelijkheid überhaupt speelt bij ons als mens, maar ook in het kader van zorgen. Wanneer dit helder is zal ik concluderend de koppeling maken naar de bijdrage van lichamelijkheid met betrekking tot het omgaan met seksualiteit binnen de zorgrelatie bij klinisch opgenomen patiënten.

##### 4.1. HET LICHAAM ALS SUBJECT

---

Merleau Ponty analyseerde het menselijk lichaam zoals wij dat *ervaren*. Met zijn fenomenologische studie wilde Ponty tegenwicht bieden aan de dominante wetenschappelijke benadering van het lichaam door te wijzen om de ‘geleefde ervaring’. Volgens Ponty wordt in deze tijd het lichaam binnen de gezondheidszorg vaak gezien als een object van huid, vlees en botten. Als een ding zoals veel andere dingen, een object tussen andere objecten. Uiteraard kan het lichaam als object worden ervaren en is het soms nodig dat ons lichaam simpelweg ‘opgelapt’ wordt. Wanneer we een been breken, hoeven we niet op gesprek te komen bij de dokter over hoe het komt dat het been is gebroken of willen we bij de dokter uithuilen omdat het been gebroken is. We willen simpelweg dat de dokter er zo snel mogelijk voor zorgt dat hij het been behandelt ofwel gerepareerd. In de beleving van de meeste professionals binnen de gezondheidszorg is het lichaam een object voor reparatie indien hiermee iets aan de hand is. Volgens Maurice Hamington doet dat geen recht aan de ervaring van de ambiguïteit van onze lichamelijkheid. Door het lichaam enkel als object te ervaren, zien we maar één kant van het verhaal. (Hamington, 2013, pp. 33-34) De ervaring van ons lichaam is niet enkel objectief zoals een strenge blik geven (ik heb een lichaam dat ik toepas). We gebruiken ook zintuigen op een andere manier zoals tastzin. Je linkerhand voelt vanbinnen de aanraking van je rechterhand (ik ben mijn lichaam). Je ervaart je lichaam van binnenuit in plaats van je ertegenover te stellen. We kunnen ons nooit volledig losmaken van ons lichaam. Om deze reden ervaren we ons lichaam niet als een ding zoals alle andere dingen in de wereld. (Hamington, 2012, pp. 53-55) Mijn hand die de hand van mijn vriend vasthoudt betekent heel iets anders voor mij dan mijn hand die mijn telefoon vasthoudt. Zonder dat we er ons van bewust zijn, schuilt er veel kennis in ons lichaam over onszelf. Zonder erover na te denken weet je waar je voeten zich bevinden ten opzichte van je hoofd. Met een blinddoek om onze ogen, kunnen we nog steeds een lepel met eten zonder moeite in ons mond stoppen. Deze motorische eenheid noemt Ponty het idee van een *lichaamsschema*, ofwel *ik kan* (Hamington, 2012, p. 55). Het lichaam is dus niet enkel een object maar is daarnaast ook een subject.

##### 4.2. KENNIS GEWORTELD IN ONS LICHAAM

---

Voordat we denken nemen we al waar, deze waarneming is altijd gebonden aan een waarnemer, een lichaam. Voor Descartes was het beginpunt van kennis 'ik denk', echter hierachter schuilt het 'ik kan': een lichamelijke kennis van hetgeen dat we waarnemen. Het lichaam moet niet los worden gekoppeld of tegenover onze geest geplaatst worden, geest en lichaam gaan samen in één lichamenlijk subject. We kunnen alleen maar denken dankzij het feit dat we een lichaam hebben. Denk hierbij aan het feit dat we autorijden, ondertussen een gesprek voeren met degene naast ons in de auto en ondertussen zet je ook even het volume wat zachter. Allerlei handelingen die wij tegelijk uit kunnen voeren dankzij ons lichaam waar we op dat moment niet eens over nadenken. Het lichaam is de materiele basis waardoor wij ruimte hebben om abstraherend te kunnen denken. Een uitbreiding van het lichaamsschema is mogelijk dankzij herhaling. Denk hierbij aan het voorbeeld over het autorijden. Je kunt pas autorijden en diverse dingen tegelijk doen wanneer je dit herhaaldelijk hebt geoefend. Je krijgt het auto rijden langzamerhand 'onder de knie'. De herhaalde bewegingen worden uiteindelijk een gewoonte. Ons lichaam geeft ons ook de mogelijkheid van inlevingsvermogen. Voor het hebben van inlevingsvermogen hebben we verbeeldingskracht nodig. Ons lichaam neemt dingen waar die worden opgeslagen om vervolgens eenzelfde soort situatie in een andere context te kunnen herinneren en ons te verbeelden ofwel in te leven in hoe wij ons de eerste keer voelde of wat we deden. (Hamington, 2012, pp. 55-59) Denk hierbij aan de eerste keer toen je te veel alcohol hebt genuttigd. Nu je hierover nadenkt komt die beruchte dag of avond weer naar boven. Je voelt mogelijk de misselijkheid naar boven komen of juist het plezier dat je hebt gehad. Wanneer je iemand op straat tegenkomt die hoogstwaarschijnlijk ook te diep in het glaasje heeft gekeken, grijp je terug naar jouw eigen ervaring hiermee.

### 4.3. LICHAAMELIJKHEID EN ZORGEN

---

Kennis en vaardigheden verworven vanuit het lichaam bieden volgens Hamington tegenwicht aan alle abstracte morele systemen die momenteel binnen de gezondheidszorg heersen zoals principes uit de medische ethiek. Hamington is van mening dat mensen sociale wezens zijn verweven in een web van relaties. Wanneer wij zorgen willen we meer van de ander weten. Hoe meer kennis we hebben des te meer potentie om iemand daadwerkelijk te kunnen helpen en aan diens noden te voldoen. Hiervoor is het nodig dat de professional een directe relatie aangaat met de patiënt om deze kennis te kunnen vergaren. Hamington spreekt liever over transactie binnen een relatie dan over interactie. Het lichaam van de professional voert een transactie uit met het lichaam van de patiënt. Door de uitwisseling ontstaat er een dynamisch proces van transformatie. Deze uitwisseling leidt tot meer kennis over de patiënt maar niet geheel onbelangrijk, het leidt ook tot vertrouwen. Een relatie is een verbintenis aangaan met de patiënt waar dus meer bij komt kijken dan simpelweg interactie hebben met de patiënt. Wanneer er een basis is van vertrouwen, empathie en begrip, voelt de patiënt zich gezien als wederkerig persoon en zal de behandeling of zorg beter aanslaan. Empathie en begrip tonen vloeien voort uit het inlevingsvermogen verworven vanuit ons lichaam. Door middel van empathisch zijn, leven we ons in en proberen we de gevoelens, gedragingen of de situatie van de patiënt te begrijpen. Dankzij ons lichaam weten we hoe het voelt als de patiënt aangeeft pijn te hebben, verdriet, boosheid, paniek, etc. Ook ik heb een lichaam en weet hoe het voelt om deze emoties te hebben. Vanwege het feit dat we ons hierin kunnen inleven, weten we vaak ook wat helpt, onze eigen ervaringen hiermee zetten we in om de patiënt steun of advies te bieden. Volgens Hamington heeft het geen zin om vanuit abstracte principes te werken. Door het gebruik van onze eigen inlevingsvermogen en ons lichaam wordt de zorg tastbaar en gevoeld door de patiënt. (Hamington, 2013, pp. 45-46)

Het lichaam is ook de basis voor de taal en metaforen die wij begrijpen, denk bijvoorbeeld aan figuurlijk taalgebruik zoals; hij werd zo rood als een tomaat. We begrijpen allemaal hoe ons

gezicht kan gaan gloeien wanneer we ons schamen of verlegen voelen. Het lichaam maakt taal en metaforen tastbaar. Toch zou het volgens Hamington goed zijn als er binnen de zorg weer 'natuurlijk' gezorgd wordt waarbij lichamelijke meer op de voorgrond staat. Bij de zorg voor kinderen maken we veel meer gebruik van onze lichamelijke. Abstracte definities begrijpen baby's en kinderen nog niet waardoor we meer gebruik maken van aanraking, intonatie, oogcontact, mimiek etc. Zorgen uitten we natuurlijk gezien door ons lichaam, we gebruiken onze stem, postuur en handen. Twee lichamen (professional en patiënt) manifesteren zich in aanraking, expressie en intonatie, net zo goed als de woorden die gebruikt worden. (Hamington, 2013, pp. 36-40) Wanneer de professional zich alleen verantwoordelijk voelt voor het helen van het lichaam en het lichaam enkel als object ziet, in plaats van een kennisbron van een uniek persoon, dan wordt de zorg van de patiënt te kort gedaan (Hamington, 2012, p. 60). De kunst in het helen ligt mede in het lichamelijke als subject te ervaren en deze ook in het zorgen voor patiënten toe te passen. Denk hierbij aan het gebruik van de warmte in je stem, je handen waarmee je de patiënt ondersteunt bij het douchen, aanraking waarmee je de patiënt geruststelt. (Hamington, 2013, p. 35) De professional die zijn lichaam in combinatie van aandachtigheid en wederkerigheid weet in te zetten is volgens Hamington adequaat om voor patiënten te zorgen. (Hamington, 2012, p. 40)

---

#### 4.4. SEKSUALITEIT

---

Lichamelijke zit in al onze handelingen en gedragingen verweven, we zijn ons lichaam en maken deel uit van de wereld door ons lichaam. Seksualiteit en intimiteit is een lichamelijke gewaarwording. We ervaren de buitenwereld via het lichaam die wij als het onze beschouwen. Het lichaam is een impliciete bron van kennis over de mensen en de wereld om ons heen. We verwerven op deze manier het vermogen van inleven en intentionaliteit die aan cognitieve reflectie vooraf gaat. Ook de belevingswereld omtrent seksualiteit wordt hiermee niet langer gezien als een abstract rationeel concept, los van de context. Seksualiteit zit verweven in ons lichaam, als een soort gevoelsmatige lichamelijke kennis. Het is een onbewuste kennis die aanwezig blijft ongeacht beperking of ziekte. Mahieu beschrijft deze soort belichaamde kennis ook wel als 'tacit knowledge'.

Wanneer er sprake is van een ziekte, beperking of opname kan het actief bevredigen van het seksueel verlangen teruglopen, echter de behoefte aan seksualiteit is blijvend. (Mahieu & Gastmans, 2015, p. 1892) Binnen een klinische setting heeft het teruglopen van het bevredigen van de seksualiteit ook te maken met de beperkte privacy, afwezigheid van een partner en een afkeurende houding van de professionals. Er heerst nog steeds een taboe op het bespreekbaar maken van seksualiteit, vooral wanneer het gaat om patiënten die ouder en/of beperkt zijn. Men lijkt het onderwerp seksualiteit nog steeds te plaatsen binnen de provesfeer en geen onderdeel van de behandeling of zorgen. Daarnaast ligt de focus binnen een klinische setting op de 'veiligheid' van de patiënten. (Mahieu & Gastmans, 2015, p. 1893) Mahieu is echter van mening dat gewoonweg seksualiteit voorkomen zonder per individu een differentiatie te maken een gebrek is aan het zorg verlenen. (Mahieu & Gastmans, 2015, p. 1904) Het individu behoort met aandachtigheid en begrip als geheel persoon benadert te worden, waarbij er geen onderdeel van zijn identiteit wordt afgekeurd of genegeerd. Als professional enkel aandacht hebben voor het gedrag of handeling die gepaard gaat met seksualiteit doet geen recht aan de complexiteit van het menselijke seksualiteit. (Mahieu & Gastmans, 2015, p. 1905) Het is een natuurlijke lichamelijke behoefte om seksuele verlangens op een of andere manier te bevredigen. Het is een basisbehoefte die schuilt in ieder mens en in ieder lichaam. Om deze te onderdrukken of te negeren doet geen recht aan de volwaardigheid van iedere patiënt.

---

## 4.5. CONCLUSIE

---

We hebben niet alleen een lichaam, we zijn ook een lichaam als zingevoerder. Ons lichaam maakt deel uit van wie we zijn. In onze lichamelijkheid zit veel kennis verborgen waar we ons meestal niet eens bewust van zijn, zo kan het ons vertellen wie we zijn. Het lichaam van de psychiatrische patiënt mag niet vergeten worden als onderdeel binnen de behandeling. Het lichaam moet niet los worden gekoppeld of tegenover de geest van de patiënt geplaatst worden, lichaam en geest gaan samen in één lichamenlijk subject. Dit komt omdat we ons bijvoorbeeld de pijn of verdriet die de patiënt ervaart kunnen voorstellen, omdat we die pijn of verdriet zelf hebben gekend. Het is om deze reden ook wenselijk om ons lichaam meer te waarderen en toe te passen bij het zorgen. Natuurlijk hebben professionals het lichaam nodig tijdens het zorgen bij bijvoorbeeld het wassen van patiënten of het aantrekken van steunkousen. Ons lichaam biedt ons meer dan alleen de handelingen die wij verrichten. Ons lichaam geeft de professional ook de mogelijkheid om je in te kunnen leven in de patiënt. We hebben allemaal pijn, verdriet maar ook seksuele verlangens waaraan we kunnen refereren wanneer de patiënt ons meeneemt in zijn belevingswereld. Dit geeft ons de mogelijkheid om aansluiting bij de patiënt te vinden, troost te beiden en de patiënt te begrijpen.

Kennis en vaardigheden verworven vanuit het lichaam die de professional kan toepassen bij het geven van zorg bieden tegenwicht aan alle abstracte morele systemen die momenteel binnen de gezondheidszorg vaak gelden. Professionals lijken zich te conformeren aan vaststaande werkwijzen, methodes en bejegeningen waardoor een persoonlijke warmte lijkt uit te doven. Een troostend gebaar, betrokkenheid, empathie, inlevingsvermogen, geruststelling, etc. Allemaal vaardigheden die verworven worden uit onze lichamenlijkheid. In de gezondheidszorg heerst er een taboe op het bespreekbaar maken van seksualiteit, hierdoor ontstaat er geen totaal beeld van de patiënt. Dit leidt volgens Hamington tot onvolledige zorg voor de patiënt. Volgens Hamington is het ook belangrijk om zaken als empathie, begrip en geruststelling te tonen bij het zorgen voor patiënten. Empathie en begrip vinden net als seksualiteit hun basis in lichamenlijkheid. In de basis zou lichamenlijkheid meer op de voorgrond moeten staan om recht te doen aan de patiënt in zijn totaliteit waarbij niet alleen diens geest wordt behandeld maar ook het lichaam als subject waardoor seksualiteit automatisch een meer vanzelfsprekende rol krijgt binnen de behandeling, als zijnde een natuurlijk fenomeen dat onderdeel is van ieder mens.

Seksualiteit en intimiteit zijn lichamenlijke gewaarwordingen. Seksualiteit is geen abstract gegeven maar ingebed in ons lichamenlijke zijn en onze verlangens. Iedere patiënt is anders, inclusief hun noden en behoeftes. Bij iedere patiënt blijft seksualiteit een rol spelen. Het blijft een natuurlijk verlangen net als in ieder ander mens schuilt. De seksualiteit is een wezenlijk onderdeel van wie de patiënt als uniek persoon is. Als de professional hier geen aandacht voor heeft of dit negeert, wordt de patiënt miskend in zijn menswaardigheid en onvolledig behandeld. Mogelijk worstelt de patiënt met seksuele frustraties die hij wel bespreekbaar zou durven maken in de intieme zorgbetrekking met de professional. Wanneer deze afwezig is, blijft het verlangen bestaan en gaat de patiënt handelen terwijl hij ook open had gestaan voor adviezen, informatie of steun waardoor mogelijk de kans op seksueel risicogedrag uitblijft. Het is dus van wezenlijk belang dat de professional de patiënt zo goed mogelijk leert kennen door middel van een directe interactie met de patiënt. Hiervoor is het nodig dat de professional een zorgrelatie aangaat met de patiënt. Hamington spreekt over een transactie in plaats van een interactie. Door de uitwisseling die plaats vindt binnen de relatie ontstaat er een dynamisch proces van transformatie. Deze uitwisseling leidt tot een basis van vertrouwen en tot de echte kennis van de patiënt in zijn totaliteit.

## 5. EEN ZORGETHISCH PERSPECTIEF RONDOM DE AFHANKELIJKHEID BIJ KLINISCH OPGENOMEN PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN EN HET OMGAAN MET SEKSUALITEIT.

---

*"It is that condition toward which we long and strive, and it is our longing for caring- to be in that special relation that provides the motivation for us to be moral. We want to be moral in order to remain in the caring relation and enhance the ideal of ourselves as one that cares."* (Noddings, 2003, p. 6)

We zijn geneigd onszelf te ervaren als compleet onafhankelijk, niemand wilt afhankelijk zijn en we lijken ons te schamen als we dit wel zijn. (van Heijst, 2005, p. 161) Om aan te geven dat afhankelijkheid een wezenlijk onderdeel is van het mens-zijn, wil ik beginnen met duidelijk te maken dat ieder mens afhankelijk is. Wanneer dit duidelijk is zal ik verder ingaan op de afhankelijkheid van psychiatrische patiënten. De algemene zorgbehoefte van psychiatrische patiënten is ook anders door de mate van afhankelijkheid. Wanneer zowel de term afhankelijkheid duidelijk is en wat er belangrijk is bij het zorgen voor patiënten die extreem afhankelijk zijn, wordt er in de conclusie de koppeling gemaakt naar seksualiteit en de afhankelijkheid van klinisch opgenomen psychiatrische patiënten.

### 5.1. DE AFHANKELIJKHEID VAN IEDER MENS

---

Van Heijst is van mening dat we in onze huidige samenleving een individualistische mensvisie hebben geïdealiseerd. Het verstand en bewustzijn wordt gezien als de kern van het mens-zijn. Een volwaardig leven houdt volgens van Heijst meer in dan enkel een succesvolle zelfhandhaving en volledige zelfbeschikking. Een mens wordt een mens met een volwaardige eigen identiteit door en vanuit banden met anderen. Een voorwaarde om dit te kunnen doen, is in relatie treden met de ander. Volgens van Heijst is erkenning geven en nemen binnen die relatie een essentieel onderdeel voor de ontwikkeling van een eigen identiteit. Door middel van met elkaar in wisselwerking te treden en wederkerig elkaar het gevoel te geven opgemerkt te worden en er te mogen zijn zoals hij is. Niet als gelijke als jezelf maar als unieke ander. Wij zijn om deze reden niet los te zien van onze sociale omgeving, we worden mede gevormd door onze omgeving. Om deze reden kunnen we ook niet spreken over complete zelfbeschikking omdat de ander en de relatie met de ander van groot belang is voor wie wij zijn. (van Heijst, 2014, pp. 7-13)

De zorgethiek is een relationele benadering die geboren is uit de ontologische notie dat mensen geen onafhankelijke rationale wezens zijn die het leven doorgaan op basis van vaststaande regels en principes. Fundamenteel zijn mensen sociale wezens ingebed in een sociaal netwerk waarbij men afhankelijk is van elkaar. De ontwikkeling van moraliteit bij mensen is niet universeel maar ontwikkelt en vindt plaats binnen de specifieke context waarin iemand opgroeit. Onze identiteit is dus sterk afhankelijk van de mensen met wie wij opgroeien. (Hamington, 2012, pp. 54-55)

Wanneer we in de basis weten dat we allemaal afhankelijk zijn van anderen, is het van belang dat professionals in een zorgrelatie de patiënt gelijkwaardig en met respect behandelen, omdat men weet dat ieder mens van vlees en bloed afhankelijk is van een ander, ongeacht ziekte, cultuur, gender, klasse of leeftijd. (Hamington, 2012, p. 55)

In zekere zin heeft de huidige vraaggerichte zorg een emancipatieproces op gang gebracht voor mensen die zorg nodig hebben. Uiteraard is dit in veel gevallen een winst. Er moet echter wel rekening gehouden worden met een keerzijde. Psychiatrische patiënten zijn door hun ziekte en/of beperking vrijwel niet of beperkt in staat uiting te kunnen geven aan hun wensen en



noden waardoor het van belang is om hier vanuit een zorgethisch perspectief dieper op in te gaan. Naast deze extra kwetsbaarheid die aan de orde is, hebben zij ook te maken met de macht van de deskundigheid van de professionals waardoor de afhankelijkheid wordt verstrekt. (van Heijst, 2005, p. 234)

## 5.2. AFHANKELIJKHEID BIJ KLINISCH OPGENOMEN PSYCHIATRISCHE PATIENTEN

---

In onze huidige samenleving wordt er veel waarde gehecht aan zelf mogen bepalen en zelf kiezen. Maar wat als je hiertoe niet in staat bent?

*“Mevrouw Kok verblijft al 15 jaar op de afdeling. Er zijn maar weinig momenten dat zij helder is, grotendeels van de tijd leeft zij in haar eigen wereld. Mevrouw Kok is chronisch psychotisch, maar lijkt niet te lijden onder vervelende wanen of hallucinaties. Nieuw personeel of flexwerkers beangstigen haar. Aan het personeel dat er ook al jaren werkt is zij inmiddels gewend geraakt en zij ook aan Mevrouw Kok. Zo ook aan haar persoonlijk begeleider, daar heeft ze wel wat mee. Haar persoonlijk begeleider mag eten voor haar maken en haar helpen met kleren wassen. Haar persoonlijk begeleider is met pensioen. Ongetwijfeld zal dit lastig zijn geweest voor Mevrouw Kok, maar een gesprek met haar hierover aangaan lukt niet. Op 06-12-2016 ging Mevrouw Kok haar medicatie, eten en drinken weigeren. Dit bleef een aantal dagen aanhouden waardoor de situatie steeds schrijnender werd en de psychiater Mevrouw Kok na 5 dagen zelf kwam opzoeken. De psychiater vroeg of ze geen fijne sinterklaasviering had gehad. Na een tijd gaf Mevrouw Kok ter kennen; Sinterklaas is er ook al niet meer. Ieder jaar zet ik mijn schoen en krijg ik een roze koek en een pakje noodles uit de Albert Heijn.”*

Met deze casus uit mijn eigen werkervaring wil schetsen hoe afhankelijk sommige patiënten zijn en hoe belangrijk het is om deze afhankelijkheid te erkennen en hierop in te spelen. De persoonlijk begeleider stopte ieder jaar een roze koek en een pakje noodles in de schoen van Mevrouw Kok. Niemand heeft het gemis of wat Mevrouw Kok dwars zat opgemerkt. Dit voorbeeld schetst de afhankelijkheid van psychiatrische patiënten. Zelfbeschikking doet weinig ter zake wanneer iemand ziek is en niet meer in staat is om hiervoor op te komen of diens stem te doen laten gelden. Wanneer er sprake is van een ernstige beperking of ziekte, zijn wij afhankelijk van onze omgeving om onze noden te kennen zonder hier verdere vragen voor te hoeven stellen. Patiënten hebben die intensieve zorgbetrekking nodig waardoor zij het vertrouwen voelen in de professional om hun unieke wensen en noden te kunnen uitten. De professional dient op een wijze bij iemand en aan iemand tegenwoordig te zijn. Hiervoor is de erkenning nodig dat de ander mede een mens is, plus het interpreteren van diens toestand en noden. (van Heijst, 2005, p. 164) (van Heijst, 2014, p. 136) Veel professionals lijken allergisch geworden te zijn voor woorden die verwijzen naar ongelijkheid en afhankelijkheid. Het is natuurlijk mooi om te streven naar volwaardigheid en het mee willen tellen van degene die uitgezonderd worden, en mee te gaan in de wens om mee sturing te geven aan wat er met hem of haar gebeurt. Verbloemen van de reële ongelijkheid schept een valse gelijkheid. Wanneer deze afhankelijkheid wordt ontkend, zadel je degene die afhankelijk is op met een last van zichzelf moeten redden, terwijl deze patiënt hier helemaal niet toe in staat is. Er mag niet vergeten worden dat ongelijkheid zorg eigen is. Wanneer vraaggericht werken en vaktechnische competenties voorop komen te staan, is de kans groot dat het betrekkingaspect van zorgen achter blijft. Hiermee wordt al gauw zowel de asymmetrie tussen professional en patiënt als het gegeven dat goede zorg een interpreterende verhouding vereist miskend (van Heijst, 2005, p. 123). De patiënt is aangewezen op de aandachtigheid van de professional en een toewijding die niet afdwingbaar is langs een statisch juridische of protocollaire weg. Recht op zelfbeschikking is een verworvenheid die vooral moet blijven bestaan. Niettemin moet iemand die afhankelijk is

vergaand kunnen koersen op de kennis en kunde van de professional. (van Heijst, 2005, pp. 234-236)

---

### 5.3. DE MACHT DER DESKUNDIGHEID

---

Wanneer de ene persoon in een relatie meer invloed kan uitoefenen op de ander, kan er gesproken worden over machtsverschil in de relatie. Macht veronderstelt ongelijkheid van invloed tussen betrokken personen. Het uitoefenen van macht hoeft niet per definitie iets slechts of iets goeds te betekenen. Macht kan bijvoorbeeld juist het doel hebben patiënten te beschermen tegen schade tegenover zichzelf of anderen. Het uitoefenen van macht is echter nooit neutraal en brengt een relatie tussen twee personen altijd uit balans, ongeacht of de intenties goed zijn. Door de inzet van noodwendige zorg in de vorm van behandelen in een gedwongen kader is er al sprake van macht asymmetrie. Binnen de zorg heeft de professional altijd meer macht dan de patiënt. Wanneer de patiënt met een BOPZ-maatregel is opgenomen krijgt de professional juridisch gezien al meer macht. Naast de juridische macht bezit de professional ook de macht van deskundigheid. De professional heeft bepaalde medische en zorginhoudelijke kennis tot diens beschikking die bevorderlijk is voor de behandeling en het welzijn van de patiënt. De ongelijkheid is inherent aan de professionele *now how*. De professional kan iets bieden wat een leek niet kan, anders was het geen beroepskracht. Wie zorg behoeft is nog altijd afhankelijk van wat de professionals aan mogelijkheden paraat hebben en wat binnen een instelling kan en mag. Professionals overzien meer, hebben ervaring en kennen diverse behandel- en verpleegalternatieven. Hun aanbevelingen en inschattingen zijn zwaarwegend.

---

### 5.4. AANGEPASTE ZORGBEHOEFTE

---

Psychiatrische patiënten kennen vaak veel leed en verlatenheid door hun ziekte en vanwege het feit dat zij geen deel meer uit maken van de samenleving. Volgens van Heijst is het in de basis van belang voor deze doelgroep, het teruggeven van menswaardigheid. Doorbreken van het isolement, opheffen van het gevoel van sociale overbodigheid en iemand opnemen in een kring van mensen is bij deze mensen al een kern om zich weer een mens te voelen. De noden van deze mensen zijn vaak niet of beperkt op te lossen. Van Heijst pleit daarom ook voor een verlangzaming in de zorg. In de huidige gezondheidszorg wordt er momenteel veel gewerkt met standaardprotocollen, tijdspaden en veel wisselende medewerkers. Dit zijn allemaal belemmerende factoren voor een doelgroep die zeer kwetsbaar is en zichzelf moeilijk kunnen uiten waardoor zij juist extra afhankelijk zijn van een vertrouwensrelatie met een professional. Binnen de zorgbetrekking moet er geprobeerd worden in aanraking te komen met iemands pijn en deze te helpen ontrafelen. Door de patiënt mee sturing te geven en erkennen als potentiële dragers van een uniek 'wie', vergroot je het gevoel van de menswaardigheid van de patiënt. (van Heijst, 2005, pp. 126-130) Door presentiegericht te werken worden patiënten gezien en geaccepteerd als ongelijk maar wel evenwaardig. Binnen de zorg wordt de eigen waarde van de patiënt regelmatig onbewust aangetast. Een verpleegkundige die een patiënt terug zijn kamer stuurt omdat hij stinkt en overlast bezorgt voor het personeel en medepatiënten. Hij mag pas terugkomen als hij zichzelf heeft opgefrist. De patiënt is zich er zelf ook wel van bewust dat hij onfris ruikt. Hij wordt er zodoende extra op gewezen dat hij anders is dan de andere en de wens wordt intenser om ook te zijn net als iedereen. Binnen de presentiebenadering wordt een patiënt niet op deze manier benadert. De patiënt hoeft niet te veranderen, hij of zij mag zijn zoals die is. Wat er allemaal aan de patiënt scheelt, tekent niet meteen de patiënt als geheel persoon. De professional ziet de patiënt, hoort hem aan en indien het passend is, wordt de patiënt ook aangeraakt. (van Heijst, 2005, pp. 168-173)



De mate waarin zorg wordt geleverd is volgens Noddings afhankelijk van de mate van afhankelijkheid van degene die de zorg nodig heeft. De intensiteit van de geboden zorg wordt dus bepaald aan de afhankelijkheid van de patiënt. Psychiatrische patiënten zijn vaak volledig afhankelijk van de professionals om hen heen. Volgens Noddings moet de zorg volledig aangepast kunnen worden aan de zorgbehoefte van de patiënt (Noddings, 2003, pp. 13-14). Professionals hebben vaak de neiging om voor de patiënt in te vullen wat goed voor hen is of wat zij nodig hebben. Volgens Noddings is vaak onze mind-set te veel naar onszelf gericht in het zorgen, we gaan routinematig aan het werk en houden vast aan eigen principes. Hierdoor verliezen we de volle aandachtigheid en het eigen doel van de patiënt uit het oog. Wanneer we vasthouden aan onze eigen principes en gaan invullen voor de patiënt wat goed is voor hem en wat niet, ervaart de patiënt niet dat er voor hem gezorgd wordt. Zodoende ervaart de patiënt zichzelf niet meer als uniek mens maar als een object die een 'mankement' heeft. Maar hoe zit dit als een patiënt een wens heeft die onvervulbaar is? Volgens Noddings heeft het geen zin om een patiënt enkel aan te geven dat de wens of behoefte onrealistisch is of mogelijk niet in het kader past van zijn behandeling. (Noddings, 2003, pp. 73-74) Volgens Noddings is dit teveel ingevuld vanuit ons eigen perspectief en heeft de professional zich onvoldoende ingeleefd in de belevingswereld van de patiënt. Vooral bij degenen die niet in staat zijn om wensen en noden adequaat te beargumenteren, is het belangrijk om binnen de zorgbetrekking het hele verhaal achter de wens en/of de behoefte te kunnen begrijpen. Zodoende is het makkelijker om met de patiënt op een meer diepgaande manier in gesprek te gaan over de wens en/of nood. Hierbij wordt er dus niet enkel aangegeven dat de wens en/of nood bijvoorbeeld niet passend is in de behandeling van de patiënt, maar wordt de patiënt op een betrokken en respectvolle manier uitgelegd waarom deze wens en/of nood mogelijk niet helemaal geschikt zou zijn. Omdat de professional al een wederkerige zorgbetrekking is aangegaan met de patiënt, zal de patiënt meer vertrouwen hebben in de professional om dingen van hem aan te nemen. Daarnaast, omdat de professionals de situatie beargumenteerd die bij de complete belevingswereld van de patiënt past, is de kans groter dat de patiënt de zorgen van de professional begrijpt en aanneemt. Professionals moeten niet vergeten dat veel patiënten bepaalde gevolgen of consequenties niet goed bevatten. Het is aan de professional om deze op een manier uit te leggen die aankomt bij de patiënt. Dit alles heeft veel meer succes dan enkel het geven dat bepaalde dingen wel mogen of niet mogen, bepaalde dingen wel goed zijn of juist niet goed zijn. (Noddings, 2003, pp. 81-84)

---

## 5.5. CONCLUSIE

---

Ieder mens is afhankelijk. We worden mede gevormd door de sociale context en de mensen met wie we opgroeien. Voor de professional is het van belang te realiseren dat ook hij afhankelijk is en hierdoor de afhankelijke patiënt met respect behandelt als unieke ander. Afhankelijkheid, ongelijkheid en behoeftigheid is niet weg te denken uit de zorg. Binnen de psychiatrie zijn de patiënten vaak dusdanig beperkt en/of ziek, waardoor zij vrijwel niet in staat zijn uiting te kunnen geven aan hun wensen en/of noden. De patiënt is afhankelijk van de professional om diens noden te kennen zonder hier verdere vragen voor te hoeven stellen door de intensieve zorgbetrekking die de professional heeft met de patiënt. In deze intensieve zorgbetrekking ontstaat er een wederzijds vertrouwen waardoor de patiënt zich veilig genoeg voelt om de unieke wensen en/of noden tot uiting te laten komen. De professional herkent deze door de relatie en kan beter sturing geven aan de behandeling doordat de patiënt vertrouwen heeft in de kennis en deskundigheid van de professional. De macht van deskundigheid van de professional mag niet vergeten worden. Iedere patiënt is bij uitstek al afhankelijk vanwege de juridische macht en deskundigheid van de professional.

Psychiatrische patiënten voelen zich door hun langdurige ziekte vaak geen volwaardig mens meer. Door hun opname is de kans groot dat hun gevoel van menswaardig zijn verder in het

geding komt. Terwijl deze menswaardigheid vaak het enige is dat zij dan nog bezitten. Seksualiteit is een onderwerp dat binnen het privé domein hoort van ieder mens. De opgenomen patiënt maakt tijdelijk of langdurig geen onderdeel meer uit van zijn sociale context. De patiënt heeft het meest en intensief contact met de professional. Aangezien de behoefte aan seksualiteit in meer of mindere mate altijd blijft bestaan, kan ook de patiënt behoefte hebben om te praten of advies te vragen rondom het onderwerp seksualiteit (Mahieu & Gastmans, 2015, p. 1902). Voordat de patiënt de openheid en het vertrouwen voelt is het dus van wezenlijk belang dat de professional diens hele aandacht vestigt op de patiënt in al zijn uniciteit en volledigheid. Wanneer er geprotocolleerd, vluchtig en gestandaardiseerd te werk wordt gegaan, loopt de professional de kans enkel elementen te zien van de patiënt in plaats van de patiënt als geheel. Waardoor complexe en intieme zaken zoals seksualiteit (deels) gemist kunnen worden. De kans dat dit bij psychiatrische patiënten gebeurt is groot aangezien zij vaak niet in staat zijn adequaat uiting te kunnen geven aan hun wensen en/of noden. Het kan voorkomen dat een patiënt een wens heeft waarbij er sprake is van seksueel risicogedrag. Als professional doe je de patiënt te kort door enkel aandacht te hebben voor het risicogedrag dat er mee gepaard gaat en niet aan het volledige plaatje. Wat gaat er vooraf aan deze wens? Wat wilt de patiënt nu in wezen echt hiermee? Vragen die enkel beantwoord kunnen worden door middel van een intensieve zorgbetrekking waarbij de patiënt in vertrouwen bij de professional het hele verhaal heeft kunnen uiten en de professional het hele plaatje begrijpt. Is er wezenlijk nog steeds behoefte aan seksueel risicogedrag, dan is het belangrijk om de patiënt evenwaardig te benaderen en proberen uit te leggen welke gevolgen dit kan hebben voor de patiënt en mogelijk andere betrokkenen. De kans is groot dat de patiënt door de vertrouwensrelatie met de professional en de betrokken manier van uitleggen, het advies van de professional van harte neemt.

## 6. INZICHTEN VANUIT DE ZORGETHIEK VOOR DE LANGDURIGE KLINISCHE BEHANDELING AAN PSYCHIATRISCHE PATIENTEN WAARBIJ SEKSUALITEIT EEN ROLSPEELT

---

De literatuur die in dit onderzoek is behandeld heeft een aantal inzichten en mogelijk handvaten geboden voor het omgaan met seksualiteit voor de klinische behandeling aan psychiatrische patiënten. In dit hoofdstuk wil ik concreet stil staan bij de belangrijkste conclusies die zijn getrokken uit dit onderzoek om zodoende inzichtelijk te maken op welke manier in de zorgbetrekking seksualiteit bespreekbaar gemaakt kan worden en waarom dit van belang is.

### *Seksualiteit betekent voor iedereen iets anders*

Iedereen is uniek, zo heeft ook iedere patiënt tijdens zijn behandeling andere noden en behoeftes, dit geldt ook met betrekking tot seksualiteit. Daar waar de ene patiënt alleen op zoek is naar psychische intimiteit, hunkert de andere patiënt naar fysiek contact. Er is sprake van onmenselijk behandelen wanneer er in de omgang met patiënten de uniekheid van de patiënt de nek wordt omgedraaid. Dit gebeurt wanneer iedere patiënt op dezelfde manier gezien, behandeld en bejegend wordt. Er kan gesproken worden over miskennis omdat hiermee de patiënt niet meer wordt behandeld als unieke ander. Protocollen, bureaucratie, kwaliteitsnormen en regels kunnen leiden tot meer algemeenheden waardoor de professional de kans loopt enkel elementen te zien van de patiënt in plaats van de patiënt als geheel. Hierdoor is de kans groot dat de professional mist dat seksualiteit een belangrijk onderwerp is voor de patiënt of een onderwerp is waar de patiënt eigenlijk steun in heeft. Het is niet de bedoeling dat er enkel gekeken wordt naar de ziekte of beperking van de patiënt, maar dat alle facetten van de patiënt worden gezien. Ook diens seksuele verlangens die mogelijk met steun, advies en informatie van de professional weer vorm kunnen krijgen ondanks dat de patiënt is opgenomen. Door de patiënt die ernstig verward is en het niet goed gaat actief tevoorschijn roepen en met zorgzaamheid omringen, zal diens unieke behoeftes en wensen aan het licht komen. Er kan gesteld worden dat zorgen een proces is waarbij men zich dient af te stemmen en aan te passen aan de inhoud van elke unieke patiënt. Zorgen is dus niet de logische afwikkeling van ingrepen op lichaam en geest voor allemaal eendere behoeftigen, dit is in het geval van seksualiteit onmogelijk aangezien het een complex menselijke behoefte is die voor iedereen ook anders is. Gewoonweg seksualiteit negeren of willen voorkomen zonder differentiatie te maken is een gebrek aan aandachtigheid, begrip en respect voor de patiënt. (Mahieu & Gastmans, 2015, pp. 1893-1900)

### *Relationele benadering*

Professionals hebben steeds meer een interventie attitude ontwikkelt en een taakgerichtheid op de werkvloer. Professionals denken vaak nog teveel vanuit de focus van de instelling, eigen principes en richten zich met name op de 'veiligheid' op de afdeling. De behoefte aan seksualiteit bij de patiënt blijft bestaan, door de langdurige opname heeft de patiënt het meest contact met de professional. Het is logisch dat een patiënt een sterke behoefte kan hebben om met de professional te praten over zijn seksualiteit. Veel patiënten weten en voelen echter de taboe die er heerst rondom het onderwerp seksualiteit. Veel professionals stralen onbewust een negatieve of afkeurende houding uit. Mede door alle regels en geprotocolleerd behandelen hebben professionals steeds minder ruimte om een intieme zorgbetrekking aan te gaan met de patiënt en gaandeweg samen met de patiënt uit te vinden wat nodig is. Seksualiteit is een intiem onderwerp dat vaak alleen besproken wordt in de privésfeer. In combinatie met het feit dat het bespreekbaar maken van seksualiteit binnen de hulpverlening nog vaak als 'ongewoon' wordt

beschouwd, maakt het bespreekbaar maken van seksualiteit voor de patiënt extra moeilijk. Voordat het voor de patiënt veilig voelt om dit bespreekbaar te maken, moet er een gevoel ontstaan van vertrouwen in de professional. Dit vraagt een hoop energie, continuïteit en tijd van de professional. Wanneer de zorgbetrekking gebaseerd is op gelijkwaardigheid, gezamenlijkheid, gepastheid en respect toont voor de autonomie, ontstaat er ook het vertrouwen om intieme behoeftes te bespreken. Objectief en rationeel denken biedt niet overal een oplossing voor en doet geen recht aan zowel de unieke patiënt, als de complexiteit van het menselijke seksualiteit. Een professional kan de unieke noden en behoeftes met betrekking tot seksualiteit ook pas echt gaan begrijpen, hoe dit een rol speelt in het leven van de patiënt, als er een zorgbetrekking wordt aangegaan met de patiënt. Professionals zullen meer afstand durven te nemen van het routinematig werken en het abstracte. Er moet teruggerepen worden naar de concrete specifieke situatie van de patiënt. Bij het aangaan van een zorgbetrekking met de patiënt is het van belang om samen met de patiënt de behoeftes rondom seksualiteit te begrijpen en samen te onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om hier op een veilige maar passende manier voor de patiënt uiting aan te geven. Het kan voorkomen dat een patiënt een wens heeft dat het weldoen niet bevordert of waarbij er sprake is van seksueel risicogedrag. Het probleem ontstaat wanneer de focus op veiligheid en interventie wordt verabsoluteerd tot wat geboden wordt en losraakt van de zorgzame betrekking. Wat is nu de daadwerkelijke wens van de patiënt en hoe zouden we hier samen vorm aan kunnen geven? Dat zijn de vragen die gesteld zouden moeten worden. Dit zijn vragen die enkel beantwoord kunnen worden door middel van een intensieve zorgbetrekking waarbij de patiënt in vertrouwen de professional diens hele verhaal heeft kunnen uiten en de professional het hele plaatje begrijpt. Is er wezenlijk nog steeds behoefte aan seksueel risicogedrag, dan is het belangrijk om de patiënt evenwaardig te benaderen en proberen uit te leggen welke gevolgen dit kan hebben voor de patiënt en mogelijk andere betrokkenen. De kans is groot dat de patiënt door de vertrouwensrelatie met de professional en de betrokken manier van uitleggen, het advies van de professional ter harte neemt.

### *Afhankelijkheid*

Seksualiteit bespreekbaar maken kan als lastig ervaren worden, niet alleen voor de professional maar ook voor de patiënt. Seksualiteit is een onderwerp dat normaliter niet buiten de privésfeer besproken wordt, voor patiënten die te kampen hebben met een ernstige ziekte en/of beperking is het extra moeilijk om dit onderwerp op een adequate manier bespreekbaar te maken. Vaak zijn zij door hun ziekte en/of beperking niet in staat om op een adequate manier uiting te kunnen geven aan hun wensen of behoeftes. Ze zijn afhankelijk van de professional om diens specifiek behoeftes en noden te zien zonder dat zij hier veel woorden aan moeten geven. Het aangaan van een zorgbetrekking met een patiënt kan hier handen en voeten aan geven. Er mag niet vergeten worden dat ongelijkheid en afhankelijk zijn zorg eigen is. De patiënt is aangewezen op de aandachtigheid van de professional en een toewijding die niet afdwingbaar is langs een statisch juridische of protocollaire weg. Veel psychiatrische patiënten hebben al veel leed meegemaakt en zijn het gevoel van menswaardigheid kwijtgeraakt. Seksuele verlangens en intimiteit zijn menselijke behoeftes die het gevoel van mens-zijn weer terug kunnen geven. Door hun ziekte en/of beperking kunnen deze behoeftes onrealistisch zijn. De professional is zich ervan bewust dat er sprake is van afhankelijkheid en ongelijkheid maar benadert de patiënt evenwaardig. De patiënt hoeft niet te veranderen, hij of zij mag zijn zoals die is. Wat er allemaal aan de patiënt scheelt, tekent niet meteen de patiënt als geheel persoon. Hierdoor ervaart de patiënt gezien en gewaardeerd te worden als volwaardig mens-zijn. De patiënt zal hierdoor meer vertrouwen op de deskundigheid en adviezen van de professional.

### *Lichamelijke gewaarwording van seksualiteit*

Seksualiteit is geen abstract gegeven maar ingebed in ons lichamelijke zijn en onze verlangens. De behoefte aan seksualiteit blijft, ondanks dat het actief bevredigen van seksuele verlangens terug kan lopen door ziekte en/of opname (Mahieu & Gastmans, 2015, p. 1892). Seksualiteit is niet enkel een natuurlijke basisbehoefte van ieder mens, het draagt ook bij aan het ervaren van geluk (Mahieu & Gastmans, 2015, p. 1903). Echt zorgen is pas zorgen als de patiënt zich daadwerkelijk geholpen voelt. In de basis zou lichamelijke meer op de voorgrond moeten staan, ook in de behandeling van patiënten die kampen met een geestelijke stoornis om recht te doen aan de patiënt in zijn totaliteit. Wanneer het lichaam door de professional niet alleen ervaren wordt als een object maar als subject, zal de lichamelijke gewaarwording van seksualiteit een meer vanzelfsprekende rol krijgen binnen de behandeling.

### *Durf vanuit eigen instinct menswaardig te zorgen*

Professionals vinden het lastig om hun eigen zorgverantwoordelijkheid instinctief in te vullen. Er wordt veel gekoerst op de eigen wil van de patiënt, juridische kaders en protocollen en er wordt getracht de zorgvraag te herformuleren in vaktechnische vraagstukken om zodoende makkelijker toe te werken naar een tastbare oplossing. Professionals verliezen hiermee hun eigen morele cognitie, intuïtie en emoties bij het zorgen, terwijl dit van wezenlijk belang is bij het zorgen voor mensen. Bij seksualiteit is er sprake van gevoelens en emoties, om deze reden is het belangrijk om intuïtief met gevoel en emoties de zorgvraag rondom seksualiteit te benaderen. De zorgverantwoordelijkheid van de professional is veel groter dan enkel het verhelpen van een probleem of beperking. Patiënten zijn veel meer dan alleen hun ziekte en/of beperkingen, het zijn mensen op zoek naar zorg en zich weer volwaardig mens voelen. Juridische kaders en vaststaande principes kunnen een betreurenswaardige versmalling op de geboden zorg zijn en tasten daarmee het wezenlijke karakter van de zorgverantwoordelijkheid aan. Uiteindelijk is verantwoordelijkheid dragen over een patiënt in zijn geheel, dus ook diens seksualiteit, een zaak van gewetensvol zelf afwegingen maken en zelf handelen samen met de patiënt. Door de uniekheid van de professional, patiënt en seksuele behoeftes van ieder mens, bieden vaste protocollen geen oplossingen voor het voorkomen van seksueel risicogedrag. Seksualiteit betreft een complexe menselijke dimensie die niet te bevatten is vanuit een vaststaand protocol of richtlijn. Daarnaast biedt dit geen volwaardige zorg voor de unieke patiënt die meer vraagt dan enkel het voelen van beperkingen, veiligheid en grenzen die opgelegd worden. Het kan zo zijn dat de wens of behoefte rondom de seksualiteit van de patiënt niet vervuld kan worden. Van belang is dat de patiënt voelt dat de professional hem heeft gezien en gehoord in zijn wens en hier niet meer mee alleen hoeft te worstelen.

## 7. DISCUSSIE

---

De gekozen zorg ethische theorie toont een waardevolle aanvulling te zijn voor complexe vraagstukken zoals seksualiteit bij de behandeling van klinisch psychiatrische patiënten. Toch ben ik van mening dat er ook hiaten zitten in de theorie ofwel punten die het waard zijn om ter discussie te stellen of waar in ieder geval rekening mee gehouden moet worden.

### *Kaders, protocollen en richtlijnen*

De schrijvers halen geregeld uit naar protocollen, richtlijnen en juridische kaders die de zorg kunnen veralgemeniseren. Toch is er jarenlang gestreden voor bepaalde richtlijnen en protocollen binnen de gezondheidszorg die mijns inziens nooit meer mogen verdwijnen. Ik denk dat deze extra belangrijk zijn voor patiënten die niet of beperkt kunnen opkomen voor hun eigen belangen. Het is een mooie gedachte dat professionals de belangen dienen te behartigen van de patiënt, echter er blijft een bepaalde afstand tussen de professional en de patiënt. Het zal nooit vergelijkbaar zijn met een natuurlijke relatie tussen bijvoorbeeld broer en zus. Die natuurlijke verbinding is er niet, helaas zijn er professionals die nooit een intieme verbinding creëren met de patiënt en daardoor de belangen van de patiënt mogelijk onvoldoende kunnen behartigen. Het komt ook geregeld voor dat er bijvoorbeeld sprake is van tegenoverdracht, bepaalde misplaatste irritaties die de patiënt bij een professional opwekt waardoor de professional onbewust die patiënt onheus bejegend en een andere patiënt mogelijk juist voortrekt. Voorkeuren en tegenoverdracht is nooit uit te bannen, het is een natuurlijke gebeurtenis tussen mensen, dit speelt zich ook af bij professionals, al hopen we dat professionals hier nog steeds adequaat mee om zullen gaan. Wetten en protocollen zorgen ervoor dat de rechten van de patiënt worden gewaarborgd en dat iedere patiënt recht heeft op dezelfde behandeling en bejegening. Het veralgemeniseren is een extreem nadeel voor de erkenning van de uniekheid van iedere patiënt, echter het waarborgen van rechten van kwetsbare patiënten door middel van juridische kaders en protocollen is nodig om misbruik, voorkeursbehandelingen, onheuse bejegeningen, etc. te voorkomen. Transparant en evidence based werken draagt bij aan de kwaliteit van de geboden zorg. Hierdoor wordt de kennis en ervaring vergroot waardoor mogelijk de patiënt betere behandeling geboden krijgt. Binnen de klinische psychiatrie krijgen professionals te maken met complexe stoornissen die vragen om specialistische kennis en werkwijze. Het is niet de bedoeling dat iedere professional het wiel weer opnieuw gaat uitvinden terwijl uit onderzoeken is gebleken dat bepaalde therapieën, medicatie of bejegening goed aanslaan bij bepaalde patiënten. Op maat toegepaste behandeling geven is een mooie basishouding die aangevuld moet worden met evidence based behandelen.

### *Ernstige ziekte en/of beperkingen*

Op een afdeling waar ik werkzaam ben is een patiënt die al 7 jaar lang bij mij iedere dinsdag om 11:30 komt met dezelfde vraag; Cynthia kun je voor mij een vrouw regelen? Al 7 jaar lang tracht ik hem te laten inzien dat liefde groeit tussen twee personen, inzicht geven wat zijn eigen aandeel hierin behoort te zijn, in de buurt van zijn vraag te komen maar niets helpt. Iedere dinsdag komt hij met dezelfde vraag en speelt zich hetzelfde bandje af die ik onderhand uit mijn hoofd ken. De schrijvers, van Heijst en Noddings hechten veel waarde aan aansluiten bij de wens van de patiënt. Maar hoe zit dit als dit helemaal niet mogelijk is? Deze man lijkt zonder lading, gevoel of gedachte iedere dag weer hetzelfde bandje af te spelen. Sommige patiënten zijn zo ziek dat ze ieder minuut worstelen met een psychotische belevingen en dat de wensen die zij uitten puur psychotisch gekleurd zijn. Ze denken bijvoorbeeld dat ze God zijn en de professionals alleen maar het werk van de almachtige Heer probeert te verstieren. Om aan te haken bij het onderwerp seksualiteit; er zijn ook patiënten die zo beperkt zijn en enkel zichzelf willen vergrijpen aan bijvoorbeeld jonge meisjes. Door de ziekte en/of beperking is hieraan sturing geven of adviseren vrijwel niet mogelijk. Mijn inziens zijn er gevallen waarbij aansluiten

bij de wensen en behoeften van de patiënt niet lukt. Dat veiligheid en begrenzing als hoofddoel nodig is voor de veiligheid voor de patiënt zelf en diens omgeving. Wel sluit ik mij erbij aan dat ook de meest zieke en/of beperkte patiënt een mens blijft en ook met alle respect, aandachtigheid en zorgzaamheid bejegend moet worden.

### *Wisselend personeel*

Van Heijst geeft terecht aan dat een zorgbetrekking aangaan met de patiënt de nodige continuïteit, energie en tijd vraagt. De professional en de patiënt bouwen samen iets op waaruit mooie ontwikkelingen kunnen ontstaan ten behoeve van de behandeling van de patiënt. Dit is de basis waaruit verder gewerkt wordt, een vertrouwensrelatie waarna samen gehandeld wordt. Maar hoe realistisch is dit als de patiënt op een dag met tig verschillende professionals te maken krijgt? Verpleegkundige wisselen elkaar af, er is een psycholoog, een psychiater, een dokter, maatschappelijk werk en ga zo maar door. De patiënt krijgt in een keer met veel nieuwe gezichten te maken en heeft de moeilijke taak hen allemaal te leren kennen en te leren vertrouwen. Is het realistisch om te denken dat de patiënt met iedere professional waar hij mee te maken krijgt een zorgbetrekking aangaat? Dit is onwaarschijnlijk. Het is belangrijk dat iedere professional de patiënt met respect, volle aandachtigheid en zorgzaamheid benadert zodat de patiënt zich open voelt om te onderzoeken met welke professional hij een vruchtbare zorgbetrekking aan durft te gaan. Ik ben daarom ook van mening dat patiënten een grotere invloed dienen te krijgen over wie hun persoonlijk begeleider wordt. Zodoende zal de behandeling het meest effectief zijn.

### *Opgelegde beperkingen*

Als laatst moeten we niet vergeten dat er veel professionals zijn die niets liever willen dan intuïtief en creatief hun werk doen. Er zijn er vele die zich bewust zijn van de zorgverantwoordelijkheid die zij dragen en met liefde, compassie en zorg hun werk willen verrichten. Helaas worden zij vaak beperkt door regels, kaders en richtlijnen die gelden binnen de instelling die de ruimte om intuïtief te werken en de zorg compleet aan te passen op de unieke patiënt versmallen. In het begin heb ik aangegeven dat deze kaders en richtlijnen nodig zijn om de kwaliteit van zorg te waarborgen voor iedere patiënt, maar het blijft een beperking voor degene die met volle vreugde zich willen inzetten voor hun patiënten. Het zou goed zijn om professionals meer ruimte te geven om zelf te mogen nadenken wat goed is voor de patiënt en daar naar te handelen. Dit maakt het zorgen veel uitdagender voor de professional, voor de patiënt wordt de zorgbetrekking intiemer en meer op de unieke noden aangepast. Mensen zijn allemaal onvoorspelbare complexe wezens die zich niet laten conformeren door vastgelegde plannen en paden. Ruimte om samen de juiste weg te mogen vinden en te mogen ontwikkelen komt mijn inziens niet alleen de professional ten goede maar ook de behandeling van de patiënt. Ik wil eindigen met een citaat van John Stuart Mill die mij altijd bij blijft om zelf als professional ervan bewust te blijven dat met mensen werken betekent dat ik zelf moet blijven nadenken, aandachtig moet blijven, fouten mag maken en dat ik mij er ook van bewust moet blijven dat patiënten niet altijd zullen doen wat ik denk dat het beste is, zij ook fouten maken maar dat het uitdagende aan het werken met mensen is; je weet nooit waar het eindigt, durf samen de reis aan te gaan met de patiënt. " Human nature is not a machine to be built after a model, and set to do exactly the work prescribed for it, but a tree, wich requires to grow and develop itself and all sides." John Stuart Mill.



## 8. NAWOORD

---

Ik zou graag mijn docenten willen bedanken van de Master Zorgethiek en Beleid aan de Universiteit van Humanistiek voor alle inzet, tijd en de passie waarmee zij hebben lesgegeven. Het zal niet altijd makkelijk zijn geweest met studenten zoals ik die vanuit het hbo en/of werkveld komen en bepaalde 'oogkleppen' op hebben. Af en toe voelde ik mij een vreemde eend in de bijt, in de zin van meer een praktijkmens. Achteraf kan ik alleen maar zeggen dat de opleiding een zeer waardevolle verrijking voor mij is geweest. Ik heb mijn blik in ieder geval weer echt moeten openen en ik heb hierbij veel steun gehad van diverse docenten. Ondanks dat er zeker tijden waren dat ik het niet makkelijk heb gehad, het zwaar vond en soms niet goed begreep wat er werd verwacht van mij, heb ik geen moment spijt gehad van mijn keuze voor deze opleiding. Ik bewonder het dat alle docenten met zoveel passie over hun werk spraken en mij altijd weer wisten te motiveren.

Ik wil mijn collega's bedanken voor de steun die zij mij hebben geboden tijdens de opleiding. Tijdens mijn tentamenweken werd er altijd gekeken of ik iets minder belast kon worden of werd er gekeken of ik niet eerder weg kon om alvast naar school te gaan ondanks dat ik tot 17:00 moest werken. Ik wil hen ook bedanken voor de ondersteuning die zij hebben geboden voor mijn masterthesis. Door de diverse gesprekken die ik heb gehad met collega's kreeg ik een beter beeld van het probleem en hebben zij mij geholpen om hier goed woorden aan te geven.

Tot slot wil ik vier mensen in het bijzonder bedanken. Ik wil Carlo Leget, Frans Vosman en Hanneke ter Meide bedanken voor de steun en extra inzet voor mij nadat ik vertraging had opgelopen door mijn privésituatie. Ik wil Hanneke van der Meide ook ontzettend bedanken voor al haar nakijkwerk, extra steun, feedback en ook geduld dat zij met mij heeft gehad toen mijn privéomstandigheden verslechterde. Als laatst wil ik mijn partner Jules bedanken die mijn steun en toeverlaat is geweest tijdens de laatste loodjes. Mede dankzij zijn vertrouwen in mij, ben ik er volledig voor gegaan.

Cynthia van Haeften  
Nijmegen 3 augustus 2017

## 9. BIBLIOGRAFIE

---

- Buckley, P., & Wiechers, I. (1999). Sexual behavior of psychiatric inpatients: hospital responses and policy formulation. *Mental Health Journal*(6), 531-536.
- Cournos, F., Guido, J., & Coomaraswamy, S. (1994). Sexual activity and risk of HIV infection among patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 228-232.
- de Hert, M., Corell, C., & Bobes, J. (2012, Februari). Lichamelijke ziekten bij psychiatrische patiënten. *Huisarts & Navorming*(41), 3.
- Dirkx, J., & Heuves, W. (2005). Het nieuwe taboe. Psychoanalyse, lichaam en seksualiteit. *Tijdschrift voor psychiatrie*(12), 892-893.
- Gevers. (2007). Thematische wetsevaluatie: De rechtspositie van wilsonbekwame patiënten. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*(8), 607-613.
- Goldman, A. (1977). Plain sex. In *Philosophy and Public Affairs* (pp. 40-55). New Jersey: Princeton University Press .
- Hamington, M. (2012). Care ethics and corporeal inquiry in patient relations. *The international journal of feminist approaches to bioethics*, 52-69.
- Hamington, M. (2013, 11). A Performative Approach to Teaching Care Ethics: A Case Study. *Feminist Teacher*(23), 31-49.
- Heemelaar, M. (2008). Seksualiteit, intimiteit en hulpverlening. In *Methodisch werken* (p. 366). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hobkirk, A., Tower, S., Lion, R., & Meade, C. (2015). Primary and Secondary HIV Prevention among persons with severe mental illness. *Current HIV/AIDS Reports* (4), 406-412.
- Legemaate, J. (1992). Criteria voor wilsonbekwaamheid. *Nederlands juristenblad*(6), 190-193.
- Mahieu, L., & Gastmans, C. (2015, 7). Older residents' perspectives on aged sexuality in institutionalized elderly care: A systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*(52), 1891-1905.
- Mahieu, L., Gastmans, C., & Anckaert, L. (2014). Care for older people with regard to intimacy and sexuality: A clinical-ethical study with special attention to institutionalized people with dementia. Leuven: Leuven University Press.
- Noddings, N. (2003). *Caring: A feminine approach to ethics and moral education*. pp. 7-124. Londen: University of California Press.
- Nussbaum, M. (1998). 'Wat liefde weet'. Amsterdam: Boom.
- van Heijst, A. (2005). *Menslievende zorg*. Kampen: Klement.
- van Heijst, A. (2014). *Iemand zien staan: Zorethiek over erkenning*. Kampen: Klement.
- Widdershoven, G. (2007). *Ethiek in de kliniek. Hedendaagse benaderingen in de gezondheidsethiek*. pp. 176. Meppel: Boom.
- Zorgethiek.nu*. (2015). (V. Zorgethiek, Producent, & UVH) Opgehaald van *Zorgethiek.nu*: <http://zorgethiek.nu/over-zorgethiek/de-visie>

