

WERKGROEP ETHIEK IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG BROEDERS VAN LIEFDE

Ethisch advies

Relaties en seksualiteit in de geestelijke gezondheidszorg

Januari 2000

*Zuiver komt de avond af, liefste
en ruikt naar wind gelijk uw haar,
uw lippen als ge lacht*

Zuiver

*Een wolk schuift tegen de bleke hemel
voorbij, mijn hand
over het zachte vel van uw hand*

(Jotie T'Hooft)

Inleiding

Met relaties bedoelen we hier seksuele relaties, en niet louter vriendschapsrelaties, hoe belangrijk die ook zijn.

Onder seksualiteit verstaan we niet alleen genitale seksualiteit, maar ook alle belevingen en uitingen van erotiek, intimiteit en tederheid.

Met patiënt of bewoner bedoelen we steeds de persoon in zijn of haar omgeving, rekening houdend met zijn of haar mogelijke partner.

A. Algemene stellingen

1. De waarde van seksualiteit en relatievorming

Seksualiteit en relatievorming behoren tot het wezen van het menszijn. Ze zijn een waardevolle dimensie van het leven. In de geestelijke gezondheidszorg dragen we zorg voor de hele mens, dus ook voor zijn of haar seksueel of relationeel leven.

Daarom moeten zorgverleners aandacht hebben voor de seksuele belevingen van patiënten of bewoners. Omdat deze belevingen zich kunnen uitdrukken in gedragingen, moeten ze ook aandacht hebben voor seksueel gedrag en relatievorming.

De zorgverleners luisteren naar de noden en belevingen van patiënten of bewoners en nodigen hen uit om te spreken over hun seksuele belevingen, hun seksueel gedrag en relatievorming.

2. Regels van de afdeling

Omwille van het samenleven en samenwerken zijn regels in verband met seksueel gedrag en relatievorming noodzakelijk.

Deze regels kunnen verschillend zijn naargelang van de afdeling en de aard van de zorgverlening, bijvoorbeeld bij:

- een semi-murale zorg, waarbij de patiënt ook mogelijkheden heeft om zijn of haar seksualiteit te beleven en relaties aan te gaan buiten het centrum,
- een korte opname in een intramuraal centrum, waarin de intensieve behandeling centraal staat, en
- een langdurige opname of verblijf, waarbij de kwaliteit van leven, seksualiteit en relaties inbegrepen, meer op de voorgrond komt.

De zorgverleners van elke afdeling hebben de taak door interdisciplinair overleg deze regels op te stellen en te motiveren. Rekening houdend met de mogelijkheden van de patiënten of bewoners, plegen de zorgverleners zoveel mogelijk met hen overleg over de regels. Ze leggen de regels voor aan de directie die mee nadenkt en zich mee uitspreekt over de inhoud en de toepassing van de regels, en waakt over de samenhang van de visie binnen het hele centrum.

3. Omgaan met regels en gedrag

Als deze regels overtreden worden, moeten de zorgverleners de betekenissen van zowel de regel als van het grensoverschrijdend gedrag met de patiënt of bewoner bespreekbaar stellen.

Waarom hebben de zorgverleners een bepaalde regel gesteld?

Waarom leeft de patiënt of bewoner die regel niet na?

Zorgverleners en patiënt of bewoner beluisteren en bespreken in dialoog de betekenissen van en de motieven voor de regelgeving én het gedrag. Hierbij is het betrekken en het respecteren van de patiënt of bewoner als volwaardige betrokkene belangrijk, wat ook zijn of haar communicatieve mogelijkheden mogen zijn.

4. Gedrag kansen geven

Uit dit gesprek kan blijken dat het gedrag van de patiënt of bewoner moet worden begrensd of dat het gedrag kansen moet krijgen.

In het laatste geval kan gezocht worden naar een afspraak die de algemene regel individualiseert, rekening houdend met de mogelijkheden en de beperkingen van de patiënt of bewoner en van de afdeling.

Indien de patiënt of bewoner seksuele behoeften uit of seksueel gedrag stelt, kunnen de zorgverleners in dialoog gaan over de wijze waarop deze behoeften of dat gedrag zo optimaal mogelijke kansen kunnen krijgen.

5. Gedrag begrenzen vanuit minimale normen

De zorgverleners hebben de opdracht te waken over de minimumgrenzen inzake seksualiteit en relaties. We kunnen drie minimale normen onderscheiden:

- de patiënt of bewoner mag zijn of haar partner niet onder druk zetten of dwingen tot seksueel gedrag, en mag evenmin door een ander onder druk gezet of gedwongen worden,
- de patiënt of bewoner mag door zijn of haar seksuele gedrag de fysieke of psychische integriteit van zichzelf of een ander niet schaden, en mag ook niet door een ander in de eigen integriteit geschaad worden, en
- de patiënt of bewoner mag door zijn of haar seksueel gedrag of relatie het leef- en zorgklimaat niet aantasten.

Deze minimale normen zijn niet alleen van toepassing op patiënten en bewoners, maar ook op bezoekers en alle zorgverleners en medewerkers van het centrum.

Indien één van deze minimale normen overtreden wordt, hebben de zorgverleners het recht en de plicht begrenzend en beschermend tussenbeide te komen.

6. Rekening houden met verscheidenheid

Het is echter niet voldoende enkel te waken over de minimumgrenzen. De begeleiding van het seksuele gedrag of de relatie van een patiënt of bewoner is nooit waarde vrij. De zorgverleners werken steeds vanuit waarden en normen. Het is goed zich daarvan bewust te zijn.

Wanneer de zorgverleners in dialoog gaan met de patiënt of bewoner, houden ze rekening met de mogelijke verscheidenheid van waarden en normen:

- de waarden en normen van de patiënt of bewoner en zijn of haar omgeving,
- de waarden en normen van de zorgverleners, en
- de christelijk geïnspireerde waarde van het centrum, namelijk de waarde van seksualiteit in het kader van een liefdevolle, trouwe en duurzame relatie.

Voor zover het seksuele gedrag of de relatie de minimale normen niet schendt, ligt de uiteindelijke keuze bij de patiënt of bewoner. De zorgverleners respecteren de keuze en nemen deze op binnen de hele zorg voor de patiënt of bewoner. Tegelijk blijven ze, samen met de patiënt of bewoner, de dialoog open houden over de voor hem of haar meest waardevolle relatievorming of seksualiteitsbeleving.

B. Bijzondere stellingen

Deze bijzondere stellingen moeten steeds gelezen worden vanuit de principes uit de algemene stellingen.

1. Bijwerkingen van psychofarmaca

De zorgverleners informeren de patiënt of bewoner steeds over de positieve en negatieve effecten van medicatie. Deze kan het seksuele (be)leven verminderen of verstoren. Dit blijkt uit observatie of uit de klacht van de patiënt of bewoner die spontaan geuit wordt of bij de geregelde evaluatie van de medicatie. In een gesprek zoeken de zorgverleners naar een aanpassing van de medicatie of naar alternatieve medicatie. In samenspraak met de patiënt of bewoner betrekken ze de partner in deze bespreking.

2. Masturbatie

Masturbatie is voor een aantal patiënten en bewoners noodgedwongen de enige vorm van seksualiteitsbeleving; voor anderen is het een fase in hun ontwikkeling.

Het is een auto-erotische bevrediging; vanuit de christelijk geïnspireerde waarde van seksualiteit in het kader van een relatie kan daarom de daad op zich niet goedgekeurd worden. De zorgverleners blijven evenwel de patiënt of bewoner respecteren en begeleiden.

Masturbatie hoort in het kader van de persoonlijke levenssfeer. Anderen mogen immers niet in hun privacy geschonden worden en ongewild getuige worden van masturbatie. De zorgverleners hebben daarom de taak de patiënt of bewoner gevoelig te maken voor het intieme karakter van masturbatie. Masturbatie kan in de privacy van een ruimte, bij voorkeur een persoonlijke kamer.

3. Noodhomoseksualiteit

Homoseksualiteit is een variëteit van seksuele geaardheid en relatievorming. Net zoals bij heteroseksuele relaties respecteren de zorgverleners homoseksuele relaties die de minimale normen niet schenden.

Soms ontstaan er echter homoseksuele relaties tussen patiënten of bewoners met een heteroseksuele geaardheid uit gemis aan een partner van het andere geslacht. Zorgverleners hebben hier de taak "nood"-homoseksualiteit met de betrokken personen te bespreken en hen te beschermen tegen homoseksuele gedragingen waarvoor ze niet vrijwillig kiezen, maar waartoe ze onder druk gezet of gedwongen worden.

4. Huwelijkswens

Liefde, trouw en duurzaamheid zijn humane waarden in het beleven van relaties en seksualiteit. Ze worden in het burgerlijk huwelijk beschermd.

Deze waarden zijn ook fundamenteel in het christelijk geloof. Het kerkelijk leergezag houdt als ideaal

voor dat relaties en seksualiteit beleefd worden in het kader van het huwelijk. Het kerkelijk huwelijk is een sacramenteel verbond tussen man en vrouw dat open staat voor kinderen en beleefd wordt als een verbond met God.

Vanuit hun eigen overtuiging delen een aantal zorgverleners, patiënten en bewoners deze fundamentele waarden en het huwelijksideaal, anderen niet. De zorgverleners moeten echter steeds deze waarden en dit ideaal respecteren.

Sommige patiënten of bewoners zoeken naar alternatieve manieren om hun relatie gestalte te geven. Ook hierin kunnen dezelfde humane waarden aanwezig zijn die de zorgverleners eveneens moeten respecteren.

Voor sommige patiënten en bewoners is het huwelijk een wensdroom die ze moeilijk kunnen realiseren omwille van hun psychische problematiek en hun levenssituatie. De zorgverleners moeten deze wens verhelderen om hun beslissing te verdiepen en hen te hoeden om ondoordacht in het burgerlijk of kerkelijk huwelijk te treden.

5. Preventie van ongewenste zwangerschap

Veel patiënten of bewoners wensen een seksuele relatie maar geen zwangerschap. Het gebruik van een geboorteregende methode is dan noodzakelijk omdat het belang van het ongebooren kind en van het verantwoord ouderschap voorrang hebben op de seksuele relatie.

Er zijn verschillende geboorteregende methoden: afzien van coïtus, natuurlijke familieplanning, voorbehoedmiddelen en sterilisatie. De keuze van de methode komt toe aan de patiënt of bewoner en zijn of haar partner. De zorgverleners informeren hen op een objectieve wijze over de verschillende methoden en hun voor- en nadelen. Ze begeleiden hen bij het nemen van de beslissing door te wijzen op de volgende elementen: de betrouwbaarheid, de toepasbaarheid, de omkeerbaarheid en de neveneffecten ervan. Geboorteregende methoden zijn echter niet waardevrij: het is daarom belangrijk deze waarden ter sprake te brengen.

6. Zwangerschapsafbreking

Een patiënte of bewoonster die ongewenst zwanger is, bevindt zich samen met haar eventuele partner en omgeving in een moeilijke en pijnlijke situatie. Zowel het uitdragen van de zwangerschap en de opvoeding van het kind als de zwangerschapsafbreking zijn voor hen een zware psychosociale belasting met ingrijpende persoonlijke en familiale gevolgen.

In principe ligt de beslissing voor het behouden of het afbreken van de zwangerschap bij de patiënte of bewoonster, bij voorkeur in samenspraak met haar eventuele partner, haar omgeving en de zorgverleners.

De zorgverleners begeleiden de patiënte of bewoonster naar een beslissing in haar situatie, met respect voor haar persoonlijke levensovertuiging. Vanuit de menselijke en christelijk geïnspireerde waarde van het leven, streven de zorgverleners steeds naar het behoud van het leven van moeder én kind, en blijven ze werken aan de kwaliteit van hun beider leven.

Ze beluisteren en verhelderen de emotionele betekenissen van haar situatie. Ze geven haar de informatie die nuttig en nodig is om in alle vrijheid een keuze te maken. Het gaat om zo objectief mogelijke informatie over de verschillende mogelijkheden, zowel om het kind te behouden als om een abortus te laten uitvoeren, en over de mogelijke voor- en nadelen ervan. De zorgverleners overwegen met haar deze mogelijkheden en spelen daarbij een kritische rol. Ze wijzen haar op de alternatieven waaraan ze niet spontaan denkt, alsook op de voor- en nadelen, en dit zowel voor haarzelf, het kind en haar omgeving, als op korte en lange termijn. Ze proberen ook de emotionele betekenissen die deze mogelijkheden voor haar hebben, te verwoorden en te verhelderen. De zorgverleners duiden op de waarden die onderliggend aanwezig zijn en wijzen op de waarde van het leven. Ze kunnen ook de begeleiding verruimen door, in samenspraak met de patiënte of bewoonster, een beroep te doen op een gespecialiseerde, externe dienst voor de begeleiding van vrouwen bij een ongewenste zwangerschap. Indien de zorgverleners werk gemaakt hebben van dit begeleidingsproces in al zijn

aspecten en patiënte of bewoonster tot een beslissing gekomen is, moeten de zorgverleners deze beslissing respecteren.

Indien de patiënte of bewoonster door haar psychiatrische problematiek en haar emotionele reactie op de situatie niet bekwaam is om een weloverwogen keuze te maken, is dit voor de zorgverleners nog geen reden om onmiddellijk de beslissing plaatsvervangend te nemen. Er zijn meestal betekenisvolle elementen in haar reactie die aangeven hoe zij over haar situatie denkt en voelt. Indien de patiënte of bewoonster toch volledig onbekwaam is om een weloverwogen keuze te maken, moeten de zorgverleners de volgende stappen zetten. Ze moeten overleggen met haar wettelijke vertegenwoordiger en haar familie en het advies vragen van minstens één externe arts, en ze kunnen het advies vragen van de regionale commissie voor ethiek en/of van een gespecialiseerde, externe dienst.

Zowel als er gekozen wordt voor het behouden van het kind als voor een abortus, moeten de zorgverleners de patiënte of bewoonster psychosociaal begeleiden bij het uitvoeren van die keuze. De zorgverleners mogen haar zeker niet in deze moeilijke omstandigheden in de steek laten. Indien er zou gekozen worden voor een abortus, gebeurt deze ingreep buiten het psychiatrisch centrum. Daartoe zijn er niet alleen praktische redenen; vooral wil het centrum daarmee op een symbolische wijze uitdrukken dat abortus ingaat tegen de christelijk geïnspireerde waarde van het leven, en daarom wil het centrum zich zo van de daad op zich distantiëren.

7. Kinderwens

Een patiënt of bewoner kan op een uitgesproken of onuitgesproken wijze uitdrukking geven aan zijn of haar kinderwens. De zorgverleners hebben aandacht voor die wens. Ze nodigen de patiënt of bewoner uit erover te spreken en betrekken hierbij zoveel mogelijk de partner. Samen zoeken ze naar de betekenissen van de kinderwens. De zorgverleners proberen deze wens te verhelderen en te verdiepen.

8. Verantwoord ouderschap

Soms kan het ouderschap niet verantwoord lijken. Er zijn verschillende aanwijzingen dat een ouderschap moeilijk of niet te verantwoorden is:

- indien de patiënt of bewoner dit niet wenst en/of indien de zorgverleners vinden dat hij of zij onvoldoende (seksueel) weerbaar is en daarom moet beschermd worden tegen het seksueel gedrag van anderen, of
- indien er ernstige medische of genetische risico's zijn, of
- indien de zorgverleners vinden dat de patiënt of bewoner niet bekwaam is om een kind op te voeden, zelfs met de nodige ondersteuning.

Wanneer er dergelijke indicaties zijn, wijzen de zorgverleners de patiënt of bewoner en de partner of omgeving op de gevolgen van het ouderschap: zowel op korte en lange termijn, als voor zichzelf, voor hun relatie en niet in het minst voor het kind. Ze informeren hen over de verschillende geboorteregulende methoden en hun voor- en nadelen. Ze motiveren hen een betrouwbare methode te gebruiken.

Indien de patiënt of bewoner geen geboorteregulende methode wil of kan gebruiken, terwijl de zorgverleners van oordeel zijn dat het ouderschap onverantwoord is, moeten de zorgverleners de keuzebekwaamheid op dit vlak nagaan. Indien de patiënt of bewoner volledig onbekwaam is om een weloverwogen keuze te maken of indien de zorgverleners de patiënt of bewoner tegen zijn of haar wens willen verplichten om een betrouwbare geboorteregulende methode te gebruiken, moeten de zorgverleners de volgende stappen zetten. Ze moeten overleggen met de wettelijke vertegenwoordiger en de familie en het advies vragen van minstens één externe arts, en ze kunnen het advies vragen van de regionale commissie voor ethiek.

9. Preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen

Sommige patiënten of bewoners lopen door hun seksueel gedrag het risico besmet te worden met een seksueel overdraagbare aandoening of kunnen anderen ermee besmetten. De zorgverleners hebben de taak hen te informeren over welk seksueel gedrag veilig is en door welk seksueel gedrag ze besmet kunnen worden of hun partner kunnen besmetten. Ze wijzen hen op hun verantwoordelijkheid voor zichzelf en voor hun partner.

Elk seksueel gedrag bij twee trouwe én niet-besmette partners is volledig veilig. Indien één van hen besmet is of seksuele trouw niet mogelijk acht, kunnen ze besmetting van de meeste seksueel overdraagbare aandoeningen meestal voorkomen door het gebruik van het condoom. De zorgverleners geven de patiënt of bewoner informatie over waar en hoe hij of zij condooms kan verkrijgen. Eventueel helpen ze de patiënt of bewoner daarbij. Indien de patiënt of bewoner het centrum niet kan verlaten, kunnen de zorgverleners het condoom ter beschikking stellen binnen de individuele begeleidingsrelatie.

10. Onverantwoord seksueel gedrag

Er zijn vele vormen van onverantwoord seksueel gedrag, zoals bijvoorbeeld ongewenste intimiteiten. Bepaalde vormen zijn getekend door een seksuele pathologie. Seksueel gedrag is onverantwoord indien het de minimumgrenzen niet respecteert:

- indien de patiënt of bewoner een ander onder druk zet of dwingt tot seksueel gedrag,
- indien hij of zij door het seksuele gedrag de fysieke en psychische integriteit van zichzelf of een ander schaadt, of
- indien hij of zij door het seksuele gedrag het leef- en zorgklimaat aantast.

Bij onverantwoord seksueel gedrag is het belangrijk eerst te zoeken naar de betekenissen van dit gedrag. De zorgverleners moeten de patiënt of bewoner op de gepaste wijze begeleiden. Steeds moeten ze het onverantwoord seksueel gedrag begrenzen omdat het de minimale normen schendt.

11. Libidoverminderende medicatie

Indien de seksuele activiteit van een patiënt of bewoner ontremd is en de minimale normen schendt, zoeken de zorgverleners in overleg met hem of haar naar afspraken of middelen om dit gedrag te begrenzen. Indien er geen afdoende alternatieven zijn, kan men overwegen libidoverminderende medicatie toe te dienen. Ze bespreken dit met de patiënt of bewoner en kunnen met zijn of haar toestemming die medicatie toedienen. Wanneer de patiënt of bewoner weigert, kunnen de zorgverleners enkel libidoverminderende medicatie toedienen zonder zijn of haar toestemming, indien de minimale normen geschonden worden én er geen alternatieven zijn.

12. Prostitutie

Sommige patiënten of bewoners drukken de wens uit om een prostitué of prostituee te bezoeken. In dit geval hebben de zorgverleners de taak deze wens te verhelderen. Welk verlangen schuilt er onder die wens? Wordt het verlangen werkelijk vervuld door het bezoek? Zijn er alternatieve mogelijkheden om met dit verlangen om te gaan?

Prostitutie staat ver af van de waarden van liefde, trouw en duurzaamheid in het beleven van seksualiteit en relaties. Indien er echter geen alternatieven zijn om met het verlangen om te gaan, kunnen de zorgverleners de patiënt of bewoner psychosociaal bijstaan bij het bezoek aan een prostitué of prostituee. Ze blijven het gedrag met patiënt of bewoner bespreekbaar houden en zoeken met hem of haar naar de voor hem of haar meest waardevolle wijze om seksualiteit en relaties te beleven.

13. Seksuele contacten tussen een medewerker en een patiënt of bewoner

Er zijn vele vormen van grensoverschrijdend gedrag tussen een zorgverlener of medewerker uit het centrum en een patiënt of bewoner. We beperken ons hier tot een algemene stelling over seksuele contacten, zoals beschreven in de inleiding.

Een medewerker en een patiënt of bewoner kunnen uitspraken doen of gedragingen stellen die de persoonlijke intimiteit van de ander schenden. Waar de grens van deze persoonlijke intimiteit ligt, is mede afhankelijk van de situatie en de betrokken personen. Daarom is het belangrijk dat de medewerkers deze grens voor zichzelf verhelderen, ze eventueel met de patiënt of bewoner bespreekbaar stellen, maar ze zeker respecteren en doen respecteren. Bij het bepalen van deze grens, houden de medewerkers rekening met de minimale normen, de juridische voorschriften en hun beroepscode. Ze mogen geen gedragingen stellen die thuis horen in een intieme relatie. Ze moeten er zich voor hoeden de werkrelatie en de machtsverhouding die er onvermijdelijk mee verbonden is, te gebruiken om hun eigen behoeften te bevredigen.

Er kan echter een seksuele relatie ontstaan tussen een zorgverlener en een patiënt of bewoner. Door de seksuele relatie treden ze uit de zorgrelatie en worden ze partner. De rol van partner en zorgverlener zijn evenwel niet met elkaar te verzoenen. Daarom is een seksuele relatie onverantwoord. Indien er toch een waardevolle relatie ontstaat, moeten ze de zorgrelatie stopzetten.

Literatuur

Een meer fundamentele visie op relaties en seksualiteit in de geestelijke gezondheidszorg is te vinden in: Axel Liégeois, *Begrensde vrijheid. Ethiek in de geestelijke gezondheidszorg*, Kapellen, Pelckmans, 1997, p. 145-167.

Leden van de werkgroep ethiek in de geestelijke gezondheidszorg:

Beernem, P.C. Sint-Amandus: dhr. Paul Lambrecht en dr. Jo Magerman
Bierbeek, U.P.C. Sint-Kamillus: dhr. Jan Deckers en dhr. Josip Mateljan
Boechout, P.C. Broeders Alexianen: dr. Geert Dom en dhr. Emiel Nelissen
Gent, P.C. Dr. Guislain: dhr. Guido De Geyter, mevr. Martine Schietse en dhr. Luc Van Oppens
Gent, Provinciaal: dr. Marc Eneman, dhr. Axel Liégeois en dhr. Koen Oosterlinck
Grimbergen: P.K. Sint-Alexius: dhr. Frans De Greve en dhr. Guy Souverijns
Korbeek-Lo, Nakuurhome Papiermoleken: dhr. Luc De Baets
Lede, P.C. Zoete Nood Gods: dhr. Ivan Klinckaert en mevr. Sigrid Van Lierde
Leuven, Psycho-Sociaal Centrum: br. Flor Carrette
Merelbeke, De Sleutel: dhr. Jo De Maertelaere
Mortsel, P.C. Sint-Amedeus: dr. Marc Leysen en dhr. Jef Van Hoof
Sint-Truiden, P.C. Ziekeren: dhr. André Claes en mevr. Sonja Knuts
Tienen, P.K. Broeders Alexianen: dr. Willy Simons en mevr. Kristel Verheyden
Zelzate, P.C. Sint-Jan-Baptist: dr. Theo De Decker en dhr. Luc Vlassak

Advies positief geadviseerd door de Bestuursraad Geestelijke Gezondheidszorg van de Broeders van Liefde
en goedgekeurd door de Raad van Beheer van de vzw Provinciaal der Broeders van Liefde
en door de Generale Overste van de Broeders van Liefde

Contactpersoon: Axel Liégeois
E-mail: axel.liegeois@fracarita.org