

Sociaal erotische zorgverlening: een poging tot definiëring en enkele ethische overwegingen

Egbert Kruijver

Altrecht Talent, Utrecht

Samenvatting

Sociaal erotische zorg zou men, kort door de bocht, kunnen typeren als het bieden van intieme, erotische en seksuele diensten aan mensen die door hun ziekte, beperking of handicap op deze diensten zijn aangewezen om in hun behoefte aan intimiteit en/of seksualiteit te voorzien.

Om de complexiteit van het verschijnsel sociaal erotische zorgverlening aan te geven, begin ik met de introductie van drie organisaties die men onder het fenomeen sociaal erotische zorg zou kunnen scharen, te weten de Stichting Alternatieve Relatiebemiddeling (SAR), de Sociaal Erotische Bemiddeling Pameijer (SEB) en FleksZorg. Vervolgens zal ik ingaan op het onderscheid tussen de termen sociaal erotische zorg, sekszorg en surrogate partnership.

Wanneer u dan het spoor nog niet bijster bent, wil ik u meenemen in enkele ethische beschouwingen op de knelpunten in de professionalisering van de sociaal erotische zorg in Nederland. De beoogde professionalisering houdt in: maatschappelijke legitimering van sociaal erotische zorg door middel van heldere definiëring en afbakening, kwaliteitsverbetering van de geboden diensten (waaronder scholing en kwaliteitsregistratie van zorgverleensters) en transparantie en toetsbaarheid van aanbiedende organisaties.

Aan het eind van dit essay weet u waarom er nog een lange weg te gaan is voordat sociaal erotische zorgverlening zal worden erkend als een volwaardige, gelegitimeerde en gefaciliteerde vorm van zorgverlening aan mensen met een beperking.

Is sociaal erotische zorgverlening feitelijk een vorm van zorg? Of is het hulpverlening of prostitutie? Kunnen mensen recht doen gelden op sociaal erotische zorg? En als er recht op bestaat, bestaat er dan ook recht op een vergoeding van de kosten? En als dat zo is, dient er dan voor sociaal erotische zorg een zorgindicatie te worden afgegeven door het lokale Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)? Of is sociaal erotische zorg simpelweg een privé-zaak, zoals seksualiteit ten diepste is, die de afnemer voor zichzelf dient te regelen en te betalen? De uiteenlopende visies op deze dilemma's komen fraai tot uit-

drukking in de profilering van de drie belangrijkste sociaal erotische zorgverlenende organisaties in ons land (Gianotten, Meihuizen-de Regt & van Son-Schoones, 2008).

Stichting Alternatieve Relatiebemiddeling

De SAR is ontstaan in 1980 op initiatief van enkele ernstig gehandicapten en wordt gerund door vrijwilligers. De stichting heeft een landelijk cliëntenbestand van circa 2000, voornamelijk mannelijke, cliënten en brengt per jaar een veelvoud daarvan aan contacten tot stand. De SAR benoemt deze als 'vriendschappelijke contacten waarin de mogelijkheid van seks uitdrukkelijk aanwezig is', het is een alternatief voor een seksuele relatie. De bemiddeling geschiedt meest telefonisch tussen afnemers en de bij hen bekende dienstverleensters. Men hanteert een standaard bedrag per contact (inclusief reiskosten en bemiddelingskosten en ongeacht de te verrichten handelingen). Bij het maken van inhoudelijke afspraken tussen cliënt en dienstverleenster en bij de betaling heeft de SAR verder geen rol. De SAR richt zich vrijwel geheel op lichamelijk en verstandelijk gehandicapten. Er zijn

Egbert Kruijver is maatschappelijk werker VO / seksuoloog NVVS en was in de periode 2008-2009 vanuit Altrecht Talent coördinator van het landelijk Platform Sociaal Erotische Zorgverlening. Naast zijn baan als stafmedewerker rehabilitatie bij Altrecht Talent werkt hij als seksuoloog voor Sophia Revalidatie te Den Haag en in de 1e lijn voor de Praktijk voor Seksuologische Hulpverlening Woerden en de Seksuologiepraktijk Nieuwegein.
Contactadres: Colijnpark 171, 3437 JK Nieuwegein, tel: 06-81200734, e-mail: info@seksuoloog.com.

Ontvangen: 13 april 2010; Geaccepteerd: 24 september 2010.

circa 15 dienstverleensters (M/V) werkzaam voor de SAR. De SAR helpt cliënten met het aanvragen van bijzondere bijstand. Voor actuele informatie verwijs ik graag naar www.stichtingsar.nl.

In de visie van de SAR, zoals ik haar heb begrepen, is seksualiteit een privé-aangelegenheid waarbij zo min mogelijk bemoeienis van derden gewenst is. Men vindt bemoeienis van bijvoorbeeld hulpverleners in zekere zin indruisen tegen de emancipatie van de gehandicapte. De SAR staat daarom sceptisch tegenover de professionaliseringsgedachte. Hoewel men in het verleden heeft gepoogd VWS te overtuigen van een sociaal grondrecht op het kunnen beleven van seksualiteit, acht men thans seks op CIZ-indicatie uit den boze.

Sociaal Erotische Bemiddeling Pameijer

Stichting Pameijer is een grote instelling voor gehandicaptenzorg in de regio Rijnmond. Als spin off van het in 2004 met hulp van de Rutgers Nisso Groep ontwikkelde seksualiteitsbeleid binnen de organisatie, is het bemiddelingsbureau SEB Pameijer ontstaan. Cliënten kunnen lid worden na een intakegesprek en betalen €15,- contributie per jaar. Vervolgens brengt coördinator Piet de Zwart contacten tot stand met dienstverleensters (zowel zelfstandig werkzaam als in bordelen). Er worden indien nodig begeleidende gesprekken vooraf en achteraf geboden. In veel gevallen is er contact met de betrokken (woon)begeleiding daar circa 60% van de cliënten een verstandelijke handicap heeft. Het cliëntenbestand van SEB in de regio Rotterdam is relatief klein (168 in 2007) en de meeste cliënten komen van buiten Pameijer. Bij de betaling speelt de SEB geen rol.

In de visie van de SEB, zoals ik die begrepen heb, wordt sociaal erotische zorgverlening niet bepaald door de aanbieders, maar door de specifieke doelgroep en de begeleiding die daarbij gewenst is. Een dienstverleenster uit de commerciële prostitutie kan net zo goed sociaal erotische 'zorg' leveren als een seksverzorgende die zich daar speciaal op toe legt. Specifieke kwaliteitseisen en een beroepsregister zijn daarom geen eerste prioriteit, evenmin als het onderscheiden van sociaal erotische zorg versus prostitutie. Voor actuele informatie verwijs ik naar www.seb-ribw.nl.

FleksZorg

FleksZorg definieert zich als een organisatie voor gespecialiseerde thuiszorg en doet van daaruit consequent aanspraak op een dergelijke positie en behandeling. FleksZorg is in 2005 gestart door Loet Berkelmans en Marcel Oldekotte en introduceerde

de term 'sekszorg' in Nederland. Sekszorg, zoals alleen door FleksZorg wordt geboden, zou moeten worden bekostigd uit de AWBZ. FleksZorg maakt zich daarom hard voor CIZ-geïndiceerde sekszorg, voor een beroepsregister voor seksverzorgenden en voor kwaliteitseisen aan zowel verzorgenden als bemiddelingsorganisaties. Men hanteert diverse interne protocollen om kwaliteit en veiligheid te waarborgen en voert een zo transparant mogelijk beleid naar de diverse overheden om alle connotatie met prostitutie te vermijden.

FleksZorg werkt als een thuiszorginstelling (inclusief zorginventarisatie en dossiervoering) die gebruik maakt van ZZP-ers als seksverzorgenden. Afnemers zijn cliënt van FleksZorg en ontvangen van FleksZorg de nota. FleksZorg betaalt op haar beurt de seksverzorgende. In 2007 had FleksZorg landelijk meer dan 900 cliënten. Voor actuele informatie verwijs ik naar www.flekszorg.nl.

Overige initiatieven

Er zijn verspreid over het land individuele hulpverleners die mensen met beperkingen in contact brengen met prostituees in wie zij vertrouwen hebben. Dit zijn persoonlijke initiatieven, al dan niet geaccordeerd door de organisatie waarvoor zij werken. Slechts weinig patiëntenorganisaties zijn op deze manier actief en geven hier ruchtbaarheid aan via hun website. Een goed voorbeeld van pleitbezorging voor de seksuele emancipatie van lichamelijk gehandicapten is de stichting De Schildpad, die sinds 1979 actief is in Zuid-Limburg. Ik verwijs graag naar: www.deschildpad.nl.

Tenslotte komen en gaan er commerciële escort-services en bordelen die zich uit winstbejag profileren op de 'markt lichamelijk gehandicapten'. Deze organisaties zijn volstrekt niet geïnteresseerd in het bredere belang van de sociaal erotische zorgverlening en worden om die reden verder buiten beschouwing gelaten.

De sociaal erotische zorgverlening bestaat in Nederland dus uit drie organisaties, die ieder op geheel eigen wijze hun sporen meer dan verdiend hebben. De SAR als pionier pur sang, ontsproten en nog steeds geworteld in de doelgroep zelf; de SEB als eerste en tot nu toe enige structurele initiatief vanuit de geïnstitutionaliseerde zorg; en FleksZorg als enig langlopende voorbeeld van idealistisch maatschappelijk ondernemen.

Surrogate Partnership

Sociaal erotische zorg- of dienstverlening wordt nogal eens verward met surrogate partnership. Hoewel

sociaal erotische zorgverlening zeker een therapeutisch effect kan hebben is het niet bedoeld als hulpverlening of therapie. Wat oneerbiedig gezegd, richt sociaal erotische zorgverlening zich op ‘onderhouds-seks’ of lustbevrediging. Er is sprake van surrogate partnership wanneer via geleidelijke opbouw en verdieping van de contacten een hulpvraag van de cliënt wordt verholpen (b.v. leren aan te raken, seks te hebben, intiem contact te verdragen, etc).

Gianotten (1996) onderscheidt 3 vormen van surrogate therapie: het solomodel, het driehoeksmodel en het geïntegreerde instituutmodel. Bij het solomodel is begeleiding aan zowel cliënt als de surrogate partner vanuit de verwijzer zeer marginaal. Feitelijk verenigt de surrogate partner in haar persoon zowel de lichaamswerker (hands on) als de psychologische begeleider (hands off), hetgeen zonder superviserende derde niet wordt aanbevolen. In het driehoeksmodel speelt deze juist een bepalende rol als regisseur van de inzet van de surrogate. Een goed voorbeeld van het geïntegreerde instituutmodel vindt men in Tel Aviv, alwaar surrogates via een uitgebreid revalidatieprogramma bijdragen aan het sociaal-emotionele herstel van door hersenletsel getroffen Israëli-sche soldaten.

Het mag duidelijk zijn dat een surrogate partner een bekwaam hulpverleenster (M/V) moet zijn, die in staat is een lang(er)durende relatie aan te gaan met zowel een zakelijke als een affectieve kant, die in staat is op eigen en andermans gedrag te reflecteren en die bekend moet zijn met de werking van overdracht en tegenoverdracht.

Sinds 1973 is de International Professional Surrogates Association (IPSA) actief, regelrecht geïnspireerd op het werk van Masters en Johnson (1970). De IPSA stelt onder meer ethische eisen (code of ethics) aan surrogates en geeft scholing aan hen die het vak willen leren. Zie: www.surrogatetherapy.org. In Nederland is het werken met surrogates nooit goed van de grond gekomen. Het is een dure en arbeidsintensieve aanpak die veel vergt van de cliënt, de surrogate en de regisserende hulpverlener. In mijn visie zou die laatste rol prima door een seksuoloog NVVS uitgevoerd kunnen worden.

Novis

Een organisatie die zich in lijn met het driehoeksmodel profileert is NOVIS: zie www.novis.name.

NOVIS staat voor de Nederlandse Orde van Intimiteitscoaches en Surrogates.

Deze intimiteitscoaches en surrogates richten zich op een leervraag van de cliënt, zien zichzelf als levend leermiddel (seksueel contact als uitvloeisel van

een leerwens), maar willen persé niet geassocieerd worden met sociaal erotische zorgverlening (lees: onderhouds-seks). De mate van seksueel contact kan per coach verschillen. Surrogates die aangesloten zijn bij NOVIS werken altijd onder regie van een intimiteitscoach dan wel een superviserende toezichhouder. Deze rol zou ook door een seksuoloog NVVS vervuld kunnen zijn, maar daar heeft men nog geen ervaring mee opgedaan.

Bij NOVIS zijn onder andere aangesloten Aquarion (www.aquarion.nl) en Happylifenu (www.happylifenu.nl), respectievelijk onder leiding van Marion van der Stad en Marjanne Hurks.

Hoewel het bereik van NOVIS nog beperkt is, doet de organisatie serieus pogingen om een transparant fundament te leggen voor een kwaliteitsregister voor mensen die in Nederland “hands on” werken.

De aangesloten praktijken van NOVIS richten zich niet specifiek op de doelgroep mensen met een beperking (reden waarom ik Novis strikt genomen niet reken tot sociaal erotisch zorg), maar veeleer op hoogopgeleiden die door sociale beperkingen geen ervaring op hebben kunnen doen met intimiteit en seksualiteit.

Waarom professionaliseren?

Sociaal erotische zorgverlening is een veelvormig en ondoorzichtig fenomeen, zoveel is nu duidelijk. Het is een fenomeen zonder wetenschappelijk gefundeerde afbakening of positionering, zonder gestaafe effectiviteit, zonder toegespitste regelgeving en zonder eensluidende intrinsieke visie binnen de groep van aanbieders, afnemers en belanghebbenden.

Sociaal erotische zorgverlening is niet meer dan een concept dat zijn bedding nog niet heeft gevonden en tegelijk zijn afkomst niet kan ontstijgen (de connotatie met prostitutie blijft). Maar desondanks is het een unieke vorm van zorgverlening die de kwaliteit van leven van mensen die erop zijn aangewezen significant kan verbeteren. Het is daarom begrijpelijk en toe te juichen dat betrokkenen de sociaal erotische zorgverlening naar een hoger plan willen tillen. Daarvoor is nodig dat de aanbiedende organisaties professionele standaarden bewaken en dat zorgverleensters (m/v) kennis van zaken hebben en met tal van ziektebeelden en beperkingen kunnen omgaan. Tenslotte vereist dit dat mensen die erop zijn aangewezen er ook aanspraak op kunnen maken. Deze ambitie niet koesteren is gelijk aan accepteren dat de situatie zal blijven zoals ze al jaar en dag is.

Sociaal erotische zorgverlening begeeft zich nog steeds in het mistige gebied tussen hulp/zorgverlening en prostitutie (= dienstverlening). Het fenomeen

kan gezien worden als een belangrijke ‘prothese’ voor hen die door beperkingen minder kans maken op het vinden van een (seksuele) partner, het kunnen hebben van intimiteit en seksualiteit of tot het genieten van soloseks. Echter, het fenomeen roept meestal sceptische reacties op, niet in de laatste plaats omdat het zich bij gebrek aan een heldere definitie en positionering niet aan de connotatie van zowel prostitutie als goedwillend amateurisme kan onttrekken. En dat terwijl er bij menig seksverzorgende of dienstverleenster een schat aan ervaring en know-how moet zitten die uiterst nuttig is voor het welbevinden van mensen met beperkingen.

De aanbieders (Stichting Alternatieve Relatiebemiddeling (SAR), Sociaal Erotische Bemiddeling Pameijer (SEB) en FleksZorg) hebben tot op heden geen eensgezinde visie ontwikkeld op de vorm en inhoud van sociaal erotische zorgverlening. Dit is niet geheel toevallig. De sociaal erotische zorg wordt nu eenmaal gekenmerkt door een zeer pluriforme groep afnemers en door zeer verschillend opererende aanbieders met zeer verschillende ontstaansgeschiedenissen. Een deel van de doelgroep is zeer zelfstandig en wenst geen bemoeienis van derden (zoals een deel van de lichamelijke gehandicapten), terwijl een ander deel van de doelgroep juist wel afhankelijk is van een begeleidende partij (denk aan verstandelijk beperkten en psychiatrisch patiënten). Het gemis aan een gemeenschappelijk referentiekader maakt het dan al gauw moeilijk een gezamenlijk startpunt te vinden voor het antwoord op de vraag: wat is sociaal erotische zorgverlening?

De roep om professionalisering komt met name uit de zijlijn, niet uit het veld zelf. Het zijn de professionele belanghebbenden, de belanghebbende betrokken hulpverleners en hulpverleningsorganisaties, die zien dat de sociaal erotische zorg kwetsbaar is en dat er bij gebrek aan kader nauwelijks eisen aan gesteld kunnen worden.

Ethische beschouwing op sociaal erotische zorg

In de normatieve ethiek, die op de sociaal erotische zorgverlening van toepassing is, spelen teleologische en deontologische argumentaties traditiegetrouw een voorname rol. De teleologische benadering bepaalt wat goed is aan de hand van het doel (telos = doel). De deontologische benadering bepaalt wat goed is aan de hand van de normatieve of wettelijke regel (deon = plicht, zoals het hoort). In de discussie rond sociaal erotische zorg zien we beide benaderingen terug.

Wat wil de doelgroep?

Sociaal erotische zorg kent een pluriforme doelgroep: het kan gaan om lichamelijke gehandicapten en chronisch zieken met uiteenlopende vormen van beperking, om licht tot ernstig verstandelijk gehandicapten, om chronisch psychiatrische patiënten en/of om mensen met ernstige sociale beperkingen. Wie niet tot de doelgroepen behoort kan geen gebruik maken van sociaal erotische zorg. Hij kan daarentegen, mocht hij zulks begeren, gebruik maken van een ongekend groot en divers aanbod aan intieme, erotische en seksuele diensten. Mensen met lichamelijke, verstandelijke, psychiatrische en/of sociale beperkingen kunnen letterlijk en figuurlijk hoge drempels tot deze diensten ondervinden. Bovendien zijn ze eerder kwetsbaar voor oplichterij (de verhalen zijn legio).

Het motief voor sociaal erotische zorg is dus evident: veilige, betrouwbare en toegankelijke seksuele dienstverlening realiseren voor mensen met beperkingen.

Aan het ontstaan van sociaal erotische zorg liggen diverse waarden ten grondslag die men vaak verkondigd hoort in de zorg- en hulpverlening:

- “De maatschappij moet opkomen voor de zwakken en kwetsbaren.”
- “Iedereen heeft recht op kwaliteit van leven, daar hoort seks natuurlijk ook bij.”
- “Ieder mens heeft zelfbeschikkingsrecht en moet dus in staat zijn (dan wel daartoe in staat worden gesteld) om in zijn behoeften te voorzien.”

Sociaal erotische zorg vindt dus rechtvaardiging op teleologische gronden: het doel (toegang tot seksualiteit, als ieder ander) bepaalt wat goed is (betaalde seks). Seks tegen betaling vormt dan een positieve instrumentele waarde, ter vervulling van het uiteindelijke doel dat alleen een intrinsieke waarde kent: kwaliteit van leven.

Maar welke patiëntenvereniging heeft de seksuele emancipatie van haar leden werkelijk op de politieke agenda staan en treedt daarmee naar buiten? Men maakt gebruik van sociaal erotische zorg maar maakt geen politiek item van de kwestie. Aldus is het mijn indruk dat binnen de doelgroepen zelf er alles behalve eenduidigheid bestaat over de legitimering van sociaal erotische zorgverlening. Patiëntenorganisaties houden daarmee onbedoeld de dilemma’s rond sociaal erotische zorg op een persoonlijk, individueel niveau.

De enkeling die zijn ‘recht op seks’ aanhangig maakt, kan daarin door een beroep op bijzondere bijstand of de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) soms succes hebben. Degenen die in het

verleden hebben doorgevochten tot de Hoge Raad hebben daarmee ongewild nadelige jurisprudentie uitgelokt.

Wat willen sociaal erotisch zorgverleensters?

Om welke redenen zouden sociaal erotisch zorgverleensters zich willen laten opnemen in een openbaar kwaliteitsregister? Ik schat het percentage dat zichzelf niet als zodanig wil profileren veel hoger in dan het percentage dat dit juist wél zal willen. Ik verwacht dat zij alleen animo voor opname in een beroeps- of kwaliteitsregister zullen hebben wanneer hen dit significant voordeel zal opleveren, opwegend tegen bijvoorbeeld maatschappelijke stigmatisering.

Animo voor scholingsactiviteiten schat ik hoger in. Tijdens scholingsmiddagen voor seksverzorgenden van FleksZorg heb ik hen als zeer gedreven en leergierig leren kennen. Tal van knelpunten kwamen aan de orde, variërend van omgaan met erectieverlies gepaard met oplopende frustratie bij de cliënt tot hoe te communiceren met iemand die alleen zijn ogen kan bewegen. Allen kozen bewust voor het werken voor mensen met beperkingen. Op één uitzondering na werkte niemand in de commerciële prostitutie.

Sociaal erotisch zorgverleensters lijken gevangen in een voor hen zwaarwegend deontologisch argument: de norm dat seks thuishoort in een exclusieve relatie. Jezelf prostitueren heeft geen aanzien, ook niet als je dat doet voor een goede zaak. Ergo: slechts weinigen zullen zich in een publiekelijk toegankelijk kwaliteitsregister willen laten opnemen.

Betaalde liefde: contradictio in terminis

Liefde en seks horen bij elkaar als vormen van intimiteit, hoewel daar natuurlijk over te discussiëren valt. De combinatie liefde en betaalde seks is in ieder geval discutabel: ze sluiten elkaar uit. Kijkend naar de historische ontwikkeling van onze cultuurwaarden ontwaar ik twee deontologische concepten: liefde is onvoorwaardelijk, anders is het geen liefde, en seks hoort thuis in een bestendige relatie als uiting van die liefde. Vanuit dit perspectief beschouwd is het ervaren van intimiteit als gevolg van een zakelijke transactie onmogelijk. Zie hier twee kernwaarden die betaalde seks negatief beoordelen, zowel als absolute waarde (goed voor je naaste/de gemeenschap/de mensheid) als relatieve waarde (goed voor jezelf). Ergo: een goede man gaat niet naar de hoeren, en een goede vrouw prostitueert zich niet.

Betaalde intimiteit past simpelweg niet in het deontologisch concept waarin men volgens het toepassen van regels tot het juiste handelen komt. Niet voor niets wordt prostitutie in veel culturen verbo-

den, dan wel alleen gelegitimeerd als men zich aan zekere regels houdt. Ook binnen de NVVS zijn dergelijke argumenten hoorbaar. Moeten wij ons, zeker gezien onze beroepscode, in laten met praktijken die lichaamsgrenzen overschrijden? Kan een seksuoloog NVVS naar de maatstaven van de beroepsvereniging met een gerust hart regie geven aan een vorm van surrogate partnertherapie? Kan een seksuoloog NVVS websites van SAR, SEB en FleksZorg tonen en daarmee een cliënt de weg richting betaalde seks wijzen?

Ook seksverzorgenden komen dilemma's tegen die te maken hebben met de contradictie in 'betaalde liefde'. Deontologisch: een goed mens speelt niet voor hoer. Teleologisch: een goed mens is barmhartig en ruimhartig!

Hulpverleners in zorginstellingen komen nog een ander dilemma tegen. Zij worden geconfronteerd met de ethische vraag of zij mee willen werken aan het realiseren van prothese-intimiteit en protheseseks. De absolute waarde (seks is goed en gezond) kan in sommige gevallen niet opwegen tegen de relatieve waarde (b.v. ik vind seks niet goed voor mijn cliënt vanwege kans op decompenseren).

Het is begrijpelijk dat zowel cliënten met een verlangen naar intimiteit en seksualiteit (bij gebrek aan een partner en/of onmogelijkheid tot soloseks), als zorg-, dienst- en hulpverleners, alsmede wetenschappelijk onderzoekers en beleidsmakers verstrikt raken tussen teleologische en deontologische waarden. Het recente voorbeeld, dat breed in de media is uitgemeeten, van de stagiaire die zich geconfronteerd zag met de wens van een verlamde patiënt om bevredigd te worden omdat haar collega dat ook altijd deed, bewijst dat de discussie altijd op het individuele niveau wordt beslecht. De mediahysterie die vervolgens losbarstte liet uiteindelijk de patiënt én de thuiszorg in de kou staan. En dit feit pleit er eens te meer voor dat sociaal erotische zorg een fundament krijgt in een maatschappelijke legitimering, waardoor men (a) de wens van de patiënt op waarde schat en (b) zorgt dat dit signaal op de goede plek terechtkomt zonder grensoverschrijdingen.

Recht op seks?

Als het zo is dat intimiteit en seksualiteit in hoge mate bijdragen tot de kwaliteit van leven, dat zonder deze twee het leven verschaalt, dan zou het bieden van sociaal erotische zorg aan hen die er door hun beperkingen geen toegang toe hebben slechts een kwestie van beschaving zijn (op zijn minst van goede gezondheidszorg). Dit zou direct een verantwoordelijkheid op ons seksuologen laden om dit te realiseren.

Er is mij één land bekend waar de overheid dit dilemma kordaat heeft opgelost: Israel. Gesubsidieerd door het Ministerie van Defensie kunnen soldaten die hersenletsel hebben opgelopen een uitgebreid rehabilitatieprogramma volgen, waarbij zij met hulp van een surrogate partner leren hun sociale en relationele vaardigheden weer op te bouwen en seksualiteit te (her)ontdekken. Essentieel voor deze in onze ogen onconventionele aanpak is de Israëliëse waarde dat hun soldaten, die hun jeugd hebben gegeven voor het behoud van de staat Israel, recht hebben op een zo volwaardig mogelijk burgerleven.

In het licht van de discussie rond sociaal erotische zorg speelt dus ook de factor 'recht op seks' een rol. Het recht op seks lijkt zowel bron als gevolg te zijn van de teleologische argumentaties.

Er bestaan diverse stellingen van wereldorganisaties, zoals de World Association of Sexual Health (WAS) en de World Health Organisation (WHO) die pleiten voor recht op seksuele gezondheid en zelfbeschikking ten aanzien van reproductie. De WAS stelt dat deze seksuele rechten integraal onderdeel vormen van het universele recht op gezondheid. Als eerste recht stelt de WAS het recht op seksuele vrijheid: de mogelijk voor elk individu om het volledige seksuele potentiaal tot ontwikkeling te kunnen brengen.

Echter, in de verklaring van de universele rechten van de mens komt het woord seksualiteit niet voor. Mensen met beperkingen, die te maken hebben met negatie en discriminatie, kunnen o.a. recht doen gelden op toegankelijkheid van seksuele gezondheidszorg en geboorteregulatie, maar niemand kan een recht op seks doen gelden op basis van deze stellingen. Ergo: er bestaat geen compenserend recht op seks bij gebrek eraan.

Deontologische argumentaties (seks hoort, bij regelgeving!) komt men uitsluitend tegen in relatie tot het huwelijk. Denk bijvoorbeeld aan de oorspronkelijke islamitische huwelijksethiek, waarin het elkaar onthouden van seksuele bevrediging een legitieme grond voor echtscheiding kan vormen.

De overheid

Het 'ieder heeft recht op seks' argument duikt direct op wanneer de discussie zich naar de overheid verlegt. Op basis van dit recht zou de overheid verplicht kunnen worden gesteld sociaal erotische zorg toegankelijk te maken voor de benoemde doelgroepen.

In de wetteksten van de WMO, de bijzondere bijstand en de AWBZ (met name de algemene bepalingen en het besluit zorgaanspraken) kan de creatieve lezer vele aanknopingspunten vinden voor vergoeding van sociaal erotische zorg, zeker omdat deze

zorg nergens expliciet wordt uitgesloten. In geval van vergoeding is deze dus altijd gebaseerd op interpretatie van vigerende regelgeving.

Ten aanzien van een beroep op vergoeding vanuit de WMO bestaat nog geen jurisprudentie. Dat is wel het geval bij Bijzondere Bijstand en de AWBZ.

De voorhanden zijnde jurisprudentie valt steevast negatief uit voor de aanvrager, niet in de laatste plaats door zwakke voorbereiding of presentatie van zijn zaak. Juridische analyse maakt zonneklaar dat sociaal erotische zorgverlening zich niet alleen moet onderscheiden van prostitutie, maar ook van reguliere hulpverlening om de kans op vergoeding te vergroten.

In het nabije verleden hebben welwillende CIZ-medewerkers verspreid in het land enkele aanvragen tot sociaal erotische zorg toegewezen. Het CIZ-hoofdkantoor is thans van mening dat deze toewijzingen op vergissingen berusten en ziet geen grond voor indicering van sociaal erotische zorg.

Ergo: zolang er geen recht op betaalde seks wordt onderkend ter compensatie van diegenen die het door hun beperkingen moeten ontberen, zal de overheid het zeker niet tot haar taak rekenen om sociaal erotische zorg te bekostigen uit de AWBZ. De keren dat vergoeding wel wordt toegekend, berusten feitelijk op willekeur. Overbodig te melden dat zaken die wel op een lager niveau honorering krijgen, nooit tot jurisprudentie leiden. Het teleologische recht op seks loopt stuk op de deontologische argumentatie van overheidsinstellingen.

Een voorstel tot definiëring

Ik sluit mijn verhaal af met een voorstel tot definiëring van sociaal erotische zorgverlening, waarin ik alle specifieke kenmerken tracht te benoemen. Het zal u niet verbazen dat het wat aan de lange kant uitvalt:

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

In deze definitie krijgen alle betrokken partijen hun positie. Dit houdt automatisch in dat er geen sprake kan zijn van sociaal erotische zorg zónder inbreng van de derde partij, de regisserende hulpverlening. Die derde partij is noodzakelijk om de seksuele

handelingen als zorg te legitimeren, en vormt mede het noodzakelijke kwaliteitskader. Juist de aanwezigheid van de derde partij, maakt de deur open naar een mogelijk positionering van sociaal erotische zorg als uniek fenomeen tussen prostitutie en hulpverlening.

Er bestaan regels voor hulpverlening (geen seks!) en voor prostitutie (wel seks!), maar er bestaan nog geen nuttige regels voor sociaal erotische zorgverlening. Daardoor valt men noodgedwongen terug op bestaande regels die echter niet voor sociaal erotische zorg zijn ontworpen. Daardoor legt de teleologische ethiek het af tegen de deontologische.

De deelnemers (en zijn wij dat niet allemaal?) aan de discussie rond sociaal erotische zorgverlening kunnen tot nu toe niet vaststellen volgens welke regels het maximale resultaat voor alle betrokkenen kan worden behaald. Daarbij schieten ethische afwegingen (wat is van waarde?) en politieke afwegingen (wie krijgt wat? wie betaalt?) voortdurend door elkaar heen. Zowel teleologische doeethiek als deontologische normethiek brengen de discussie dus niet naar een hoger plan.

Om ethische dilemma's hanteerbaar te maken voor alle betrokkenen (inclusief overheid en zorgverzoekers) is het zaak te zoeken naar een alternatieve benadering, die teleologische en deontologische argumentaties zowel inhijbeert als overstijgt.

Sociaal erotische zorg is geen prostitutie en geen hulpverlening. Het dient zich van beide te onderscheiden en een eigen positie in te nemen in het palet van 'hands on' interventies. Alleen wanneer deze plaatsbepaling (= afbakening en definiëring) een feit is, kan men gaan werken aan de professionalisering van sociaal erotische zorg. Hierbij is het zaak een realiteit te creëren die de bestaande, geënt op de huidige groep aanbieders, overstijgt. Hierbij is het ook zaak de politieke discussie (wie betaalt wat?) op te schorten en geheel te focussen op (a) wetenschappelijke fundering van de effectiviteit van sociaal erotische zorg en (b) het opstellen van eenduidige kwaliteitseisen voor sociaal erotisch zorgverleensters en het initiëren van een kwaliteitsregister. Het zichtbaar maken van de kwaliteit van sociaal erotische zorg is een eerste voorwaarde voor maatschappelijke legitimatie, en daarmee voor het verwerven van een unieke positie die de bestaande regels voor hulpverlening en prostitutie overstijgt.

Zoals ik al in de inleiding memoreerde: we hebben nog een lange weg te gaan...

Literatuur

- de Graaf, J. (1980). *Elementair begrip van de ethiek*. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema.
- Gianotten W. L., Meihuizen-de Regt, M. J., & van Son-Schoones, N. (2008). *Seksualiteit bij ziekte en lichamelijke beperking*. Assen: van Gorcum.
- Gianotten, W. L. (1996). Seksueel lichaamswerk als toevoeging bij sekstherapie? *Tijdschrift voor Seksuologie*, 20, 131-145.)
- Majoor, M. (2001). *Als sex werken wordt*. Amsterdam: Stichting Prostitutie Informatie Centrum.
- Masters, W., & Johnson, V. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.
- Scholtes, H., & Wissenburg, K. (1990). Seksuele dienstverlening aan gehandicapten: Financiering uit algemene middelen een grondwettelijk recht? *Tijdschrift voor Seksuologie*, 14, 185-190.)
- Schreuder-Kniese, M. (1996). Seksuele dienstverlening in de zorgsector. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 20, 266-270.

Summary

An attempt to define 'social sexual services' in the Netherlands

In The Netherlands a few organisations exist that are specializing in providing sexual services to meet the sexual needs of developmentally, physically, socially or psychiatrically disabled persons when they cannot find a suitable (sex) partner themselves. As in most other countries, these activities are intuitively labelled as prostitution. In this essay several dilemmas are discussed, in regard to teleological and deontological ethical views.

Three organisations that provide "sexworkers" for disabled persons are introduced (SAR, SEB Pameijer and FleksZorg) and their policies are discussed. The author claims there is still a long road to travel before this form of 'social sex service' will be legitimized in Dutch society and be facilitated by law or at least politically supported. The author also points out that to obtain this legitimacy the quality and control on these specialized sex workers and their organisations need to be established. This kind of 'sex care' has to achieve its own unique legitimate position between social, psychological or sexological care (hands off) and prostitution (hands on). This needs to be based on (a) scientific proof of improved quality of life and (b) establishing standards, working with qualified and registered sexworkers.