

4.1 Praten over seksualiteit

J.L. Bender

Bij mensen met lichamelijke ziektes en beperkingen kunnen seksualiteit en intimiteit belangrijke thema's zijn voor de kwaliteit van leven en voor intieme relaties. Seksualiteit negeren kan een belangrijke factor worden in het ontwikkelen van (vaak onnodige) chronische seksuele problemen. In de zorg kan gebrek aan aandacht voor seksualiteit en intimiteit het gevoel van eenzaamheid en isolatie bij een patiënt doen toenemen. Het bespreken van seksualiteit is dan ook een duidelijke erkenning van dit belangrijke levensgebied. Daarmee krijgt de patiënt de boodschap dat seksualiteit serieus telt. Het is tevens een stap in de richting van preventie van seksuele problemen. Wanneer er daadwerkelijk al problemen zijn ontstaan, vormen goede gespreksvaardigheden de basis voor probleemverkenning, analyse, informatieverschaffing, counseling en verwijzing.

Dit hoofdstuk richt zich op een van de belangrijke schakels om seksualiteit als aandachtsgebied in de gezondheid- en gehandicaptenzorg te integreren: bespreekbaar maken van, en praten over seksualiteit in de zorgrelatie; en dat doen op een professionele wijze. Het doel van dit hoofdstuk is het vergroten van de competentie van de professional, om het gesprek met een patiënt over seksualiteit te faciliteren en vooral dat gesprek daadwerkelijk te voeren.

In de diverse instellingen zijn tal van disciplines werkzaam. Het zijn behandelaars, hulpverleners, begeleiders, medici en paramedici die onder andere werken in ziekenhuizen, revalidatiecentra, verpleeghuizen, woonvoorzieningen, scholen, en werk- en vrijetijdsvoorzieningen. Deze diverse groep van werkers krijgt in dit hoofdstuk omwille van de leesbaarheid de verzamelnaam 'professionals'. De gesprekspartner van de professional heet, afhankelijk van de organisatie of instelling patiënt, cliënt, revalidant, zorgvrager, hulpvrager. Dit hoofdstuk gebruikt de term 'patiënt' voor de vragende partij in het gesprek. In dezelfde trant wordt er over de zorgrelatie gesproken, wanneer de specifieke relatie tussen een professional en een patiënt ter sprake komt.

4.1.1 De moeilijke bespreekbaarheid van seksualiteit

Praten over seksualiteit lijkt in Nederland steeds gewoner te worden. Toch blijkt in zorgrelaties praten over seksualiteit en seksuele zorgen allesbehalve vanzelfsprekend. Veel goed opgeleide professionals weten geen raad met dit onderwerp, ook niet als de patiënt er zelf over begint. Gelukkig voor hen gebeurt dat zelden, omdat ook de patiënt zelf seksualiteit niet gauw ter sprake brengt. Een van de achterliggende gedachten bij de professional om seksualiteit niet ter sprake te brengen luidt als volgt: mijn patiënt heeft er niets over gezegd, dus blijkbaar heeft hij er geen vragen over. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat deze overweging vaak niet klopt. Veel patiënten vinden seksualiteit een belangrijk onderwerp en hebben wel degelijk vragen, maar ze vinden het ook een moeilijk onderwerp om aan te kaarten. Bovendien geven de meeste patiënten aan dat de professionals het initiatief zouden moeten nemen om het gesprek hierover te beginnen.^{1 2 3 4}

Wat maakt praten over seksualiteit zo lastig?

Waarom is dit onderwerp enerzijds zo menselijk en anderzijds toch lastig om 'gewoon' te bespreken? Professional en patiënt hebben daar deels dezelfde en deels verschillende redenen voor. De volgende aspecten spelen daarbij min of meer een rol.

Voor professionals:

- het thema 'praten over seksualiteit' heeft nauwelijks of geen plaats in de opleiding van professionals. Er wordt zelden een bruikbaar professioneel kader voor het thema seksualiteit aangeboden. De enkele keer dat seksualiteit ter sprake komt, gaat het doorgaans om kennis en niet om gespreksvaardigheid in het kader van specifieke aandacht voor seksualiteit in de zorgrelatie;
- door gebrek aan kennis over oplossingen denken veel professionals dat zij niets te bieden hebben. Voor hen lijkt te gelden er beter niet over te beginnen, als er geen oplossingen voorhanden zijn;
- er is zelden beleid ten aanzien van seksualiteit als zorggebied. Een professional voelt zich snel buiten zijn boekje gaan bij een gesprek over het thema seksualiteit of intimiteit. Omdat persoonlijke beleving van seks en seksueel gedrag als privé-terrein wordt beschouwd, kunnen professionals het gevoel hebben ongevraagd het privé-leven van een patiënt te betreden en hiermee een grens van betamelijkheid te overschrijden;

- angst voor de emoties van de patiënt kan een rol spelen. Wat zou een vraag over seksualiteit bij de patiënt kunnen oproepen? Misschien wel verdriet, schaamte, boosheid, verbolgenheid of de reactie: waar bemoeit hij zich mee? De professional zal voor zichzelf een antwoord moeten hebben, voordat deze een gesprek over seksualiteit als ontspannen en relevant kan ervaren;
- seks ervaart een deel van de mensen als iets 'banaals'. Nieuwsgierigheid past daar niet bij, zeker niet wanneer het je patiënten betreft!
- over seks praten zou gevaarlijk zijn. Een verkeerd begrepen vraag kan immers tot misverstanden en problemen leiden. Er is angst voor een klacht over ongewenst indringen in iemands privé-leven.

Voor patiënten:

- ook patiënten hebben niet geleerd om over seksualiteit te praten. Seks doe je immers, je praat er toch niet over?
- seksualiteit is vaak een ongemakkelijk of schaamtevol levensgebied. Veel mensen generen zich om hulp te vragen voor seksuele problemen en het kan jaren duren voordat men die stap durft te zetten;
- communicatie over seksualiteit is binnen veel relaties moeizaam en soms zelfs onmogelijk. Hierdoor kan de stap naar een vreemde erg beladen zijn of overkomen als afvallen van de partner, of uit de school klappen;
- voor velen is die stap om hulp te vragen voor seksuele problemen ook erg groot vanuit onzekerheden als: wat zullen zij wel van mij vinden? of: kunnen zij mij wel helpen?
- soms zou de patiënt zelf wel willen praten, maar gebeurt dat niet omdat dat voor de partner te bedreigend lijkt, bijvoorbeeld als deze te angstig, preuts of trots is.

De drempel om over seksualiteit te spreken is door deze factoren voor patiënten en professionals erg hoog. Het vermijden van gesprekken over seksualiteit is meer regel dan uitzondering. Omdat men vaak wel voelt dat het niet helemaal klopt, gebruiken zowel professionals als patiënten rationalisaties waardoor seksualiteit en intimiteit niet ter sprake komen. De professional denkt bijvoorbeeld: hij heeft wel belangrijker dingen aan zijn hoofd; die patiënt is er te oud voor; dat komt later wel als ze weer thuis zijn; dat hoort niet bij mijn discipline. Bij de professional is handelingsverlegenheid vaak de reden van zulke rationalisaties.

De rationalisaties van de patiënt dienen veeleer om niet toe te geven dat hij of zij zich schaamt en luiden dan bijvoorbeeld als volgt: ik wordt waarschijnlijk niet serieus genomen; mijn seksprobleem is niet belangrijk genoeg om daarmee de hulpverlener lastig te vallen; er is waarschijnlijk toch niets aan te doen. Met dergelijke zorgen en denkbeelden zal de patiënt niet snel zelf het initiatief tot zo'n gesprek nemen. Bovendien lijkt de combinatie van seksualiteit en ziekte of handicap nog een extra lading aan het onderwerp te geven.

4.1.2 Taalgebruik en seksualiteit

Veel mensen hebben nauwelijks taal voor seksualiteit. Zich ongemakkelijk voelen bij seksuele woorden kan van de ene op de andere generatie overgaan. Er zijn ook weinig collectief geaccepteerde woorden voor seksueel gedrag en seksuele lichaamsdelen. En als er al woorden voor zijn, passen die meestal niet in het gangbare sociale verkeer, maar alleen in bepaalde subgroepjes. Zo zijn seksuele woorden onder geliefden anders dan woorden onder vrienden, en anders dan woorden onder collega's. En onder mannen zijn ze weer anders dan onder vrouwen. Mensen hebben niet alleen eigen normen en waarden op het gebied van seksualiteit, maar ook op het gebied van seksueel taalgebruik. Bij mensen uit een andere groep kan onzekerheid en ongemak het gesprek verstoren. Wat zijn bijvoorbeeld de juiste woorden om de arts te vertellen dat je bij seksuele gemeenschap pijn in je vagina hebt?

Om die ongemakkelijke lading te vermijden, ontwikkelen mensen verschillende taalstijlen. Zowel de professional als de patiënt doet dat regelmatig. De professional moet er evenwel voor zorgen dat de eigen taal duidelijk is voor de patiënt en voor diens partner; en andersom dat ook hijzelf de taal van de ander begrijpt. Dit vergroot de kans om adequate hulp te bieden. Hieronder volgt een aantal voorbeelden van niet erg geschikte taalstijlen.

Voorbeelden van taalstijlen

De hierna volgende voorbeelden laten vormen van taalgebruik zien die niet zo geschikt zijn voor een constructief gesprek over seksualiteit en seksuele problemen:

- *verhullende taal*
Verhullende taal heeft vaak de voorkeur, wanneer mensen zich erg ongemakkelijk voelen bij het bespreken van seksualiteit. Eigenlijk willen zij er niet over praten, maar de lijdensdruk rond de seksuele problemen is zo groot dat zij er hulp voor moeten zoeken. Soms komt de patiënt niet verder dan de wat algemene mededeling dat 'het niet gaat', of dat er sprake is van pijn 'van anderen'. Doorvragen is toch nodig om uiteindelijk tot een hulpaanbod te kunnen komen. Ook professionals kunnen verhullende taal bezigen. Zo praten sommigen over 'de relatie', 'het huwelijksleven' of 'eventuele kinderwens' terwijl zij informatie over het seksuele functioneren bedoelen.
 - *vage taal*
Vage taal rond seks is gemeengoed voor veel mensen. Het gaat er dan niet zozeer om het grote ongemak te verhullen, maar het is eerder een uiting van de neiging om niet te veel woorden aan seks te besteden. Seks doe je. Een stel heeft vaak zijn eigen taalstijl, waarbij een half woord genoeg lijkt te zijn. Voor de professional echter is dat halve woord meestal niet duidelijk genoeg. Zo betekent voor sommige mensen het woord 'vrijen' gemeenschap hebben. Terwijl voor een ander 'vrijen' juist alles op het gebied van seks betekent behalve gemeenschap.
 - *medische taal*
Er zijn officiële, medische woorden voor seksueel gedrag en seksuele lichaamsdelen. Deze veelal Latijnse woorden klinken helemaal niet seksueel. Veel mensen weten nauwelijks wat ze betekenen. Bij vragen naar de laatste coïtus denken sommige patiënten aan een symptoom van hun ziekte. Professionals moeten zich niet achter medische taal verschuilen. Het is ook belangrijk na te gaan of de patiënt de gebruikte termen inderdaad goed begrijpt, zodat een zinvol gesprek kan plaatsvinden.
 - *schuttingtaal*
Er zijn seksuele woorden die veel mensen grof in de oren klinken. Schuttingtaal is ook onderhevig aan tijdperken en modegrillen. 'Klote' en 'kut' worden nogal eens gebruikt en zijn in het huidige taalgebruik andere woorden voor 'ellendig'. Niet zo lang geleden zou het een schande zijn geweest om zich van deze termen te bedienen. Zo zal voor sommige patiënten een vraag over neuken begrijpelijk en neutraal overkomen, terwijl andere mensen bij zo'n vraag van de professional gechoqueerd zullen zijn.
 - *kinderlijke taal*
Gebruik van kinderlijke woorden moet de ongemakkelijke seksuele lading neutraliseren, bijvoorbeeld, 'mijn plasser doet het niet'.
 - *lieve taal*
Inzet van romantische, lieve woorden omzeilt 'lastige' sekstaal: 'het samen zijn of één worden lukt niet meer' of 'ik kan haar niet meer liefhebben'. Hier geldt hetzelfde als boven; de professional moet doorvragen om erachter te komen wat de precieze vraag van de patiënt is.
- Na deze voorbeelden van niet zo adequaat taalgebruik in de professionele setting volgen enkele uitgangspunten die men kan hanteren bij professioneel gebruik van seksuele taal.

Uitgangspunten voor professioneel gebruik van seksuele taal

De patiënt moet hulp krijgen om helderheid in het gesprek te verschaffen. Door uit te leggen dat het normaal is om zich ongemakkelijk te voelen, maar dat duidelijkheid (en dus duidelijke taal) nodig is om het probleem op te lossen. Toestemming vragen aan de patiënt om klare seksuele taal te gebruiken, kan ruimte scheppen om het gesprek in goede banen te leiden. Bijvoorbeeld: "Mevrouw, ik wil uw seksuele vraag kunnen begrijpen, en afwegen of ik u van dienst kan zijn. Ik moet ik u daarvoor vragen stellen die ik als man gewoonlijk niet aan een onbekende vrouw zou stellen. Mag ik u daarom een aantal directe, persoonlijke vragen stellen?"

Er is een spanningsveld tussen de noodzaak om duidelijk te zijn en de wens om de patiënt op zijn of haar gemak te stellen. En ook de professional zelf gebruikt het liefst de woorden waarbij hij zich op zijn gemak voelt. De professional moet echter bereid zijn, omwille van de duidelijkheid en aansluiting bij het taalgebruik van de patiënt, deze taalkeuzes aan te passen, zelfs als dit enig ongemak bij hemzelf zou oproepen. Zo kan het woord 'neuken' in een gesprek met een buitenlander eerder begrepen worden dan het woord 'gemeenschap'. Niettemin kan hetzelfde woord een Nederlander zó van zijn stuk brengen dat het gesprek juist verstoord raakt. Naarmate de professional flexibeler met seksuele taal kan omgaan, is de communicatie met patiënten adequater. In het kort zijn dit de uitgangspunten:

- erkenning van het feit dat praten over seks voor de meeste hulpvragers niet meevalt;
- duidelijk maken dat voor adequate hulpverlening begrijpelijke (en door beiden begrepen) taal nodig is;

- zoeken naar woorden waarbij de hulpvrager en de hulpverlener zich voldoende goed voelen;
- erkenning van het feit dat ook de professional deze vaardigheid niet vanzelf paraat heeft en dat hij of zij die geleidelijk dient te verwerven, dan wel training moet krijgen.

Ter illustratie geeft tabel 4.1.1 een aantal woorden en begrippen. Enerzijds voelen de meeste hulpverleners zich hierbij thuis; anderzijds begrijpt de patiënt deze woorden en begrippen doorgaans goed. Ze worden emotioneel aanvaard en ook als professioneel ervaren.

Tabel 4.1.1 Algemeen aanvaarde woorden en begrippen

- knuffelen	- zin hebben
- vrijen	- behoefte hebben
- gemeenschap	- opgewonden zijn
penetratie	- masturberen
- penis	jezelf klaarmaken
stijf/slap worden	aftrekken (bij mannen)
vingeren (bij vrouwen)	
- vagina of schede	- orgasme
vochtig / nat / droog worden	een hoogtepunt (bereiken)
- clitoris	klaarkomen
kittelaar of kietelaar	

4.1.3 'Bespreekbaar maken' versus 'praten over'

In de praktijk blijkt dat veel professionals gemakkelijker over seks praten, wanneer de patiënt zelf het gesprek begint. Met die aanzet geeft de patiënt dan als het ware toestemming voor het gesprek en eventueel ook richting aan het gesprek. Die zekerheid heeft de professional echter niet als hij zelf het gesprek over seksualiteit moet gaan beginnen. Hij kan dan tot allerlei acties overgaan om seksualiteit 'bespreekbaar te maken' in de hoop dat de patiënt er dan zelf over gaat praten. Met bespreekbaar maken is dan bedoeld: het gesprek faciliteren met de (doorgaans impliciete) boodschap 'u kunt erover praten'. Dat kan bijvoorbeeld door in de wachtkamer of spreekkamer folders over seksualiteit neer te leggen. Toch heeft dat vaak onvoldoende resultaat, omdat de meeste patiënten te veel moeite hebben om seksualiteit en intimiteit actief ter sprake te brengen. Op de werkvloer komt het er dus op neer om zelf proactief dat gesprek te beginnen, ofwel gewoon te gaan 'praten over'. Dat gesprek dient op een professionele manier te gebeuren. Dat houdt in, het gesprek met de patiënt over seksualiteit en intimiteit op een adequate en respectvolle manier voeren, zodat deze thema's geïntegreerd onderdeel zijn van de anamnese, dan wel van de behandeling.

Voor de professional die werkt in een groter team, is het duidelijk dat niet iedereen over seksualiteit begint. Hoe weet men of een gesprek over seksualiteit met een patiënt wenselijk is? Voor de professional dient voorafgaand aan het gesprek de context ervan duidelijk te zijn. Een professioneel gesprek over seksualiteit valt immers niet zomaar uit de lucht. Zo'n gesprek heeft een context nodig. Waarom ga juist ik, of juist vanuit mijn discipline, juist op dit moment, en met welk doel, met deze patiënt over seksualiteit praten? Helderheid neemt een deel van de spanning en onzekerheid bij aanvang van het gesprek weg. Daarom is het goed om elk van deze context bepalende vragen door te nemen:

- *waarom ik?*
Is dat bijvoorbeeld in opdracht van het team? Ben ik het met de argumentatie daarvoor eens? Heb ik een speciale relatie met de patiënt, bijvoorbeeld als mentor of persoonlijke begeleider? Heeft het te maken met mijn specifieke rol of deskundigheid? Komt de keuze voor mij van de patiënt zelf? Waarom is dat zo? Ben ik het daarmee eens?
- *hoe sluit dit aan bij mijn discipline?*
Zijn er in het gesprek of in het contact specifieke deskundigheden of vaardigheden vanuit mijn discipline nodig? Voorbeelden zijn, de arts in relatie tot seksuele bijwerkingen van medicijnen, of de fysiotherapeut met betrekking tot seksuele houdingen
- *waarom nu?*
Soms is het in de instelling een standaardprocedure om het thema seksualiteit in een bepaalde fase van opname of behandeling op te pakken. Soms is er een aanleiding om het juist nu bespreekbaar te maken, zoals een incident of een signaal van de patiënt.
- *met welk doel?*
Wat wil ik bereiken door met deze persoon over seksualiteit te praten? Een gesprek over seksualiteit kan nuttig zijn om bijvoorbeeld de patiënt voor te lichten of om een seksueel probleem

op te lossen. Een gesprek kan ook nodig zijn voor de veiligheid van de patiënt of zijn omgeving, zoals bij het vermoeden van seksueel geweld. Een gesprek kan ook bedoeld zijn de effecten van medische interventies te evalueren; zo kunnen sommige medicijnen leiden tot seksuele disfuncties.

4.1.4 De eerste stap is het moeilijkst

Beginnen met een gesprek over seksualiteit blijkt voor professionals vaak een zeer hoge drempel. Mensen kunnen daarbij veel verschillende stijlen of benaderingen hanteren. Hieronder is een aantal benaderingen uiteengezet, waarvan de eerste benaderingen vaak weinig opleveren. De overige benaderingen zullen afhankelijk van de setting, discipline en persoon meer kans van slagen hebben.

Benaderingen die meestal niet werken:

- *de directe benadering*
De professional gaat direct op het doel af: hoe gaat het met de seks? Deze benadering zal voor vele patiënten rauw overkomen. In plaats van ruimte te maken voor het gesprek, kan dit de deur juist dichtdoen. Bij mensen die zelf direct en nuchter zijn in hun communicatie, kan deze directheid echter ook plezierig overkomen.
- *om de hete brei heen draaien*
De professional laat zijn communicatiewijze bepalen door zijn eigen ongemak en eventueel de vermoede negatieve reactie van de patiënt. Door zijn omtrekkende beweging rond het onderwerp seksualiteit straalt hij onwennigheid en ongemak uit. De patiënt voelt dat als het ware aan, en zal met deze professional nog meer moeite hebben om over seksualiteit te praten.
- *wachten op het juiste moment*
In de veronderstelling dat seksualiteit voor de patiënt een gevoelig onderwerp is, wordt 'uit empathie' nog maar niet over seksualiteit gepraat. Wachtend op het goede moment, blijkt meestal dat dit moment nooit komt. Het is beter om zelf dat juiste moment te scheppen.
- *seks is toch leuk en wat zijn we daar open over*
De hulpverlener met deze benadering vindt dat iedereen net zo gemakkelijk over seks zou moeten kunnen praten als hij of zij zelf. Deze professional past de taalkeuzes niet aan voor de patiënt en vraagt bijvoorbeeld na het eerste weekendverlof 'hoe het eerste wipje is gegaan?' Voor de meeste patiënten zal een duidelijk, maar ook neutraal en rustiger begin meer ruimte scheppen.

Benaderingen die vaak wél werken:

- *geleidelijke benadering*
Veel professionals willen bij het thema seksualiteit niet te hard van stapel lopen. De geleidelijke benadering zorgt voor een rustige gespreksopbouw, waardoor seksualiteit als gespreksonderwerp op natuurlijke wijze in het gesprek past. Een maatschappelijk werker begint bijvoorbeeld met algemene vragen over de huwelijksrelatie, voordat hij over de intieme relatie begint te praten.
- *benadering van sterke waarschijnlijkheid*
De professional maakt gebruik van onderzoeksgegevens of ervaringen met andere patiënten, waardoor vragen naar seksualiteit voor de patiënt vanzelfsprekend klinken. Een openingszin zoals: "De meerderheid van mensen met MS ervaart veranderingen op het seksuele vlak. Mogelijk maakt u dit ook mee. Hebt u zelf vragen rond seksualiteit?" of: "Heeft u zelf veranderingen gemerkt sinds uw ziekte?"
- *benadering van de logische aansluiting*
De professional maakt seksualiteit bespreekbaar via de weg van logische stappen in het gesprek. Zo kan in een medische anamnese seksualiteit gemakkelijk aan bod komen na vragen over incontinentie of na vragen rond de relatie. Zo kan de ergotherapeut seksualiteit vanzelfsprekend meenemen tijdens een gesprek over de aanpassingen in de slaapkamer. Zo kan de verpleegkundige tijdens een gesprek over persoonlijke hygiëne ook intieme hygiëne bespreekbaar maken.
- *benadering van taboe benoemen*
De professional erkent hierbij dat seksualiteit als gespreksonderwerp voor sommige mensen beladen of zelfs amper bespreekbaar is. Door hier eerst bij stil te staan en vervolgens duidelijk te maken waarom er toch seksualiteit ter sprake komt, kan de patiënt vaak verder. Een voorbeeld: "Veel mensen vinden seksualiteit niet gemakkelijk om over te praten. Toch is het voor veel mensen een wezenlijk onderwerp in hun bestaan. Mag ik u hierover een paar vragen stellen?"

- *beleidsbenadering*

Het door team of instelling ontwikkelde beleid rond seksualiteit kan voor de professional een steun zijn om seksualiteit te bespreken. Een voorbeeld: "In onze instelling vinden we het belangrijk om aandacht voor seksualiteit in de behandeling op te nemen. Vandaar dat ik u daarover een aantal vragen wil stellen."

4.1.5 Professionaliteit bij het praten over seksualiteit

Deze paragraaf bespreekt wat de kenmerken zijn van professionaliteit en aan welke voorwaarden een professioneel gesprek over seksualiteit voldoet. Dan volgt in het kort een opsomming van de aandachtspunten bij het proactief voeren van een gesprek.

Kenmerken van professionaliteit bij het bespreken van seksualiteit met patiënten

Bij het levensgebied seksualiteit hebben mensen allerlei eigen normen en waarden. Cultuur, opvoeding, godsdienst, media en mode spelen mee bij het ontstaan van die normen en waarden. Hoewel de variatie hierin enorm is, bestaat de neiging om bij de ander dezelfde als de eigen normen en waarden te veronderstellen. Een van de kenmerken van een professionele houding is erkenning van de grote diversiteit in menselijke seksualiteit en respect voor de normen en waarden van anderen, ook wanneer die afwijken van de eigen ideeën (zie ook hoofdstuk 1.6). Overigens kunnen die verschillen tussen professional en patiënt zó groot zijn, dat de professional dat respect niet meer kan opbrengen. Dan getuigt het van professionaliteit om die persoon te verwijzen naar een andere hulpverlener die mogelijk niet in conflict komt met de eigen normen en waarden.

Transparant zijn is van groot belang. Transparantie is een belangrijke voorwaarde voor professionaliteit. Iedere professional moet een helder antwoord aan zichzelf, zijn team of zijn collega's kunnen geven op de vraag waarom en hoe hij met deze patiënt over seksualiteit praat en over welke specifieke thema's. Persoonlijke motieven zoals nieuwsgierigheid, te persoonlijke betrokkenheid, verliefdheid of eigen seksuele behoeftes mogen uiteraard geen argumenten voor het gesprek zijn. Dat is laakbaar en niet-professioneel handelen.

Duidelijkheid over de afgrenzing van de eigen discipline en specifieke kennis over wat die discipline te bieden heeft, zijn kenmerken van een professionele benadering. Een ergotherapeut zou bijvoorbeeld een professioneel gesprek over het aanpassen van seksuele hulpmiddelen kunnen voeren, maar dit gesprek zou bij een bewegingsagoog niet passend zijn. Een verpleegkundige die op de afdeling de rol heeft van aandachtfunctionaris voor seksualiteitsvragen en daarvoor opgeleid is, kan een uitgebreider gesprek over seksualiteit met een patiënt voeren dan de collega zonder deze achtergrond. Teamafspraken en instellingsbeleid vormen de voorwaarden voor zo veel mogelijk duidelijkheid op de werkvloer.

Elementen van een proactief en professioneel gesprek over seksualiteit:

- de context van het gesprek moet duidelijk zijn (zie paragraaf 4.1.3);
- kies bewust een benadering en formuleer hieruit een zin die als opstap voor het gesprek dient (4.1.4);
- accepteer dat alle begin moeilijk is; dit geldt namelijk voor iedereen. Een zeker gevoel van ongemak bij het bespreekbaar maken van seksualiteit hoort daarbij. Door toch deze gesprekken te voeren ontstaat ervaring en verdwijnt het ongemak (4.1.1);
- de gebruikte taal moet passen bij de eigen persoonlijkheid, maar het is vooral belangrijk dat de gebruikte woorden en termen geen bron van misverstanden kunnen zijn (4.1.2);
- laat ruimte voor diversiteit. Vul niet in voor de patiënt, maar vraag door met open en eventueel gesloten vragen (4.1.5);
- erken de eigen grenzen. Professionaliteit houdt ook in: goed verwijzen als een probleem buiten de eigen mogelijkheden of competenties valt (4.1.5).

Samenvattend: seksuologische kennis, gespreksvaardigheden en een professionele attitude zijn de basis voor professionele betrokkenheid bij patiënten. Duidelijkheid over de inzetbare competenties en grenzen van de eigen beroepsgroep en over de afspraken binnen team of instelling, zijn de basis van professioneel handelen rond seksualiteit. Naarmate een professional meer gedegen kennis van seksuologische behandel- en verwijsmogelijkheden heeft, zal diens professionele zelfvertrouwen rond seksuele vragen toenemen en daarmee ook het gemak erover te kunnen spreken.

4.1.6 Tot slot

Het is niet professioneel om het gesprek over het thema seksualiteit te laten afhangen van toeval. Dan is er het risico dat alleen de mondige patiënt aandacht krijgt voor zijn seksuele vragen en de verlegen patiënt niet. In de praktijk blijken veel professionals gemakkelijker reactief op de seksuele vragen van patiënten te kunnen ingaan dan zelf een gesprek pro-actief te beginnen.

Dit hoofdstuk geeft een aantal handvatten die de professionele competentie en proactiviteit kunnen verhogen bij het praten over seksualiteit met patiënten. Na deze toch wat technische uiteenzetting rest bij de lezer misschien de vraag hoe dat gesprek over seksualiteit er in het echt uit moet zien. Het vervelende is dat zoiets niet uit een boek te leren is; zelfs niet door het af te kijken van iemand die het wel kan. Dat laatste helpt wel een beetje, maar vooral het zelf oefenen is nodig. Voor dat eerste aspect, afkijken of afluisteren, biedt de digitale appendix een aantal mogelijkheden. <Daar is een aantal fragmenten te horen uit gesprekken rond het thema seksualiteit. >

Daarnaast is het belangrijk om zelf te gaan oefenen. Het is het gemakkelijkst en veiligst om dat eerst te doen met een vertrouwd iemand; voor velen is dat de eigen partner. Binnen een heterorelatie levert dat bovendien als voordeel op dat daarmee ook verschillen in communicatie tussen de seksen aan het licht komen. Een volgende stap kan zijn om te oefenen met collega's op het werk. Voor wie dat tien keer heeft gedaan, levert het aangaan van het gesprek steeds minder moeite op; ook voelt hij zich tijdens dat gesprek over seksualiteit meer ontspannen.

Het gesprek over seksualiteit kan een belangrijke bijdrage leveren aan de kwaliteit van leven van de patiënt. Het levert overigens ook wat op voor de professional. Uit ervaringen tijdens trainingen blijkt dat het integreren van het thema seksualiteit en intimiteit een beter contact met de patiënt oplevert en daarmee ook een kwaliteitsverbetering van het eigen (beroeps)leven.

Wat er te vinden is in de digitale appendix

- Addendum: Bender JL. *Een oefening in woordgebruik*.

Literatuur

- ¹ Weijmar Schultz WCM, Wiel HBM van de. Sexual function after gynaecological cancer treatment. Academic thesis. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1991.
- ² Bender J, Hoing M, Berlo W van, Dam A van. Is revalidatie aan seks toe? *Revalidata* 2004;121:20-6.
- ³ Höing M, Berlo W van, Bender J. Een blinde vlek. Seksualiteit en chronische ziekte of handicap. In: Bleys R, Caers B, Bie E de, et al. red. *Jaarboek 2005*. Anwerpen: Sensoa, 2005.
- ⁴ Gianotten WL, Bender J, Post M. Höing M. Training in sexology for medical and paramedical professionals. A model for the rehabilitation setting. *Sex Relat Ther* 2006;21:303-17.