

## Ethisch advies

### Seksualiteit bij personen met een handicap

---

Visiegroep ethiek in de (ortho(ped)agogische zorg – Broeders van Liefde

Revisie juni 2006

Dit advies moet worden gereviseerd

#### 1. Inleiding

De werkgroep ethiek in de ortho(ped)agogische wil de begeleiders en de directies uitnodigen om aan de hand van dit advies kritisch na te denken over en om te gaan met het seksueel gedrag van personen met een handicap. Seksualiteit behoort immers tot het wezen van het menszijn en vormt een waardevolle dimensie van het leven. Affectie, tederheid, intimiteit en erotiek zijn voor personen met een handicap even belangrijk als voor elke andere mens.

Eerst schetsen we de achtergrond van dit advies, namelijk een verheldering van de begrippen, een visie op begeleiding en een visie op seksualiteit. Daarna ontwikkelen we een ethisch relationeel begeleidingsmodel voor het omgaan met seksualiteit. Dit model werd reeds voorgesteld in de nota "Ethisch denkkader voor het omgaan met (seksueel) grensoverschrijdend gedrag bij personen met een handicap" en in het advies "Vrijheidsbeperking bij personen met een handicap". In bijlage geven we enkele standpunten in verband met bepaalde vormen van seksueel gedrag.

#### 2. Achtergrond

##### a. Verheldering van de begrippen

Onder 'seksualiteit' verstaan we niet alleen genitale seksualiteit, maar ook belevingen en uitingen van affectiviteit, tederheid, intimiteit en erotiek. Met 'persoon met een handicap' bedoelen we alle jongeren of volwassenen die een beroep doen op de scholen voor buitengewoon onderwijs of de ortho(ped)agogische centra. We situeren de persoon met een handicap steeds in zijn of haar omgeving, rekening houdend met zijn of haar mogelijke partner. Onder 'begeleider' verstaan we niet alleen alle opvoedend, begeleidend en onderwijzend personeel, maar ook directie, artsen, vrijwilligers, administratief en logistiek personeel. Met 'vertegenwoordiger' bedoelen we de persoon die de wettelijke opdracht heeft om de belangen van de persoon met een handicap te behartigen. De vertegenwoordigers van een minderjarige of van een persoon in het juridisch statuut van verlengde minderjarigheid zijn de ouders of de voogd. De vertegenwoordiging van

meerderjarigen is juridisch geregeld voor medische beslissingen, maar we kunnen deze regeling als een houvast uitbreiden tot alle beslissingen in de orthopedagogische zorg. Een meerderjarige kan zelf een vertegenwoordiger aanduiden. Indien dit niet gebeurt is, treden volgende personen in dalende volgorde op als vertegenwoordiger: (1) de echtgenoot of samen- wonende partner, (2) een meerderjarig kind, (3) een ouder of (4) een meerderjarige broer of zus.

## **b. Visie op begeleiding**

### **De persoon met een handicap centraal**

Het eerste kritische doel bij de algemene missie van de Broeders van Liefde voor de sector ortho(ped)agogische zorg is het "centraal stellen van de persoon met een handicap in zijn omgeving". Dit betekent dat de wensen en behoeften van de persoon met een handicap het uitgangspunt zijn in de zorg, ook bij het omgaan met seksualiteit.

Daarom laten de begeleiders de persoon met een handicap zoveel mogelijk zelf keuzes maken in verband met seksualiteit. Het behoort immers tot het meest intieme van de persoonlijke levenssfeer. De begeleiders respecteren de persoon en zijn of haar intimiteit ten diepste.

### **Begeleiding noodzakelijk**

Hoe wezenlijk de eigen keuzes in verband met seksualiteit ook zijn, begeleiding van de persoon met een handicap is noodzakelijk. Seksuele ontwikkeling is immers een kwetsbaar groeiproces van experimenteren, vallen en opstaan, teleurgesteld en gelukkig zijn. Bij problemen kunnen de personen met een handicap vragen om hulp of kunnen de begeleiders ondersteuning aanbieden. Begeleiding is ook onmisbaar omdat personen met een handicap niet altijd voldoende keuzebekwaamheid hebben, dit is het vermogen om verantwoorde keuzes te maken. Ze bevinden zich immers in een proces van opvoeding of ondersteuning om verantwoorde keuzes te leren maken. Ten slotte is begeleiding onontbeerlijk omdat personen met een handicap keuzes kunnen maken die hun eigen belangen of deze van anderen of de groep schenden.

Begeleiding heeft niet alleen betrekking op kennis en voorlichting, maar ook op vaardigheden en attitudes. De begeleiders mogen zich niet beperken tot biologie, hygiëne en veiligheid, maar brengen ook de kwaliteit van seksualiteit naar voren. Dit veronderstelt een visie met waarden en normen, die de begeleiders op het gepaste moment verduidelijken. Die visie behoort wezenlijk tot het totale opvoedings- en begeleidingsproject.

Begeleiding kan zowel individueel als in groepsverband gegeven worden. Ze wordt gepland in de vorm van doelgerichte gesprekken en zo geïntegreerd in het individueel en groepshandelingsplan. Ze kan ook spontaan plaatsvinden naar aanleiding van concrete gebeurtenissen, een voorval of vraag. Individuele begeleiding gebeurt bij voorkeur door iemand die een vertrouwensrelatie met de persoon met een handicap heeft. Indien nodig kan een externe deskundige gevraagd worden.

### **Overleg met de vertegenwoordiger**

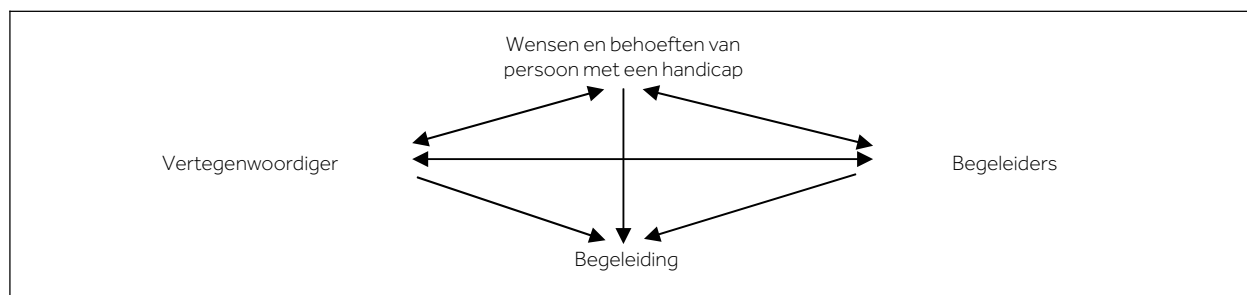
Van volwassenen personen met een handicap wordt verondersteld dat ze zelf verantwoorde keuzes met betrekking tot hun seksueel gedrag kunnen maken. Als begeleiding nodig is, dan gebeurt dit in overleg tussen de persoon met een handicap en de begeleiders. Ook de vertegenwoordiger kan in het overleg betrokken worden, indien de persoon met een handicap daarmee akkoord gaat. Het overleg met de vertegenwoordiger is noodzakelijk indien de persoon met een handicap zich in het statuut van verlengde minderjarigheid bevindt of feitelijk niet keuzebekwaam is om verantwoorde, medische beslissingen te nemen. Ook dan proberen de begeleiders de persoon met een handicap zoveel mogelijk en in verhouding tot zijn keuzebekwaamheid in het overleg te betrekken.



Jongeren met een handicap bevinden zich in een opvoedingssituatie en hebben meer begeleiding nodig. Het maken van verantwoorde keuzes met betrekking tot hun seksueel gedrag, doen de jongeren zelf in overleg met de begeleiders. De begeleiders vertrekken steeds vanuit de wensen en behoeften van de jongere en respecteren deze zoveel mogelijk. Voor het maken van belangrijke keuzes bij minderjarigen is het overleg met de vertegenwoordiger noodzakelijk. Maar ook dan proberen de begeleiders de jongere met een handicap zoveel mogelijk en in verhouding tot zijn of haar leeftijd, maturiteit en keuzebekwaamheid in het overleg te betrekken.

Soms hebben de begeleiders de taak de seksuele ontwikkeling van de persoon met een handicap en de verwachtingen en eventuele angsten van de vertegenwoordiger bespreekbaar te maken. De begeleiders hoeven niet in te gaan op alle wensen van de vertegenwoordiger, maar proberen in een volgehouden overlegproces tot overeenstemming te komen.

Telkens de vertegenwoordiger in dit advies ter sprake komt, zien we dit in het kader van het overleg tussen begeleiders, persoon met een handicap en vertegenwoordiger. Daarbij houden we rekening met de verschillende rol van de vertegenwoordiger bij volwassenen en bij jongeren met een handicap.



### c. Visie op seksualiteit

#### Vooraf: aspecten van seksualiteit

De begeleiders hebben nood aan een positieve visie op seksualiteit, die deel uitmaakt van hun totaalvisie op de begeleiding van personen met een handicap. Er zijn echter veel visies. Om inzicht te verwerven in deze veelheid, onderscheiden we vier aspecten van seksualiteit: lust, relatie, voortplanting en socialisering. Met socialisering bedoelen we het hele proces van de partners om hun relatie sociale erkenning te geven. Deze socialisering begint bij de erkenning van de relatie in hun sociale omgeving en kan leiden tot institutionalisering van de relatie in een samenlevingscontract, een burgerlijk of kerkelijk huwelijk.

De manier waarop de vier aspecten met elkaar in verband worden gebracht en daarbij prioriteiten worden gelegd, is bepalend voor de visie op seksualiteit. Zo onderscheiden we drie typevisies: de individualistische, de relationele en de kerkelijke visie. Telkens wordt eerst de visie beschreven en nadien de onderliggende ethiek besproken.

#### De individualistische visie

In de individualistische visie ligt de prioriteit bij de individuele lustbeleving. Vanuit zijn of haar vrijheid gaat iemand een relatie aan, die gericht is op de vervulling van de individuele behoefte. Slechts op de tweede plaats komt de relatie als dusdanig en de erkenning van de partner als persoon. De partners plannen vanuit hun behoeften de voortplanting en de socialisering. Deze visie geeft uitdrukking aan de biologische en psychologische aspecten van de seksuele ontwikkeling waarbij de lustbeleving de stuwende kracht is. In realiteit gedragen heel wat mensen zich vanuit deze visie; sommigen kiezen er principieel voor.

Deze individualistische visie heeft een onderliggende ethiek. Individualisering duidt immers niet alleen op ik-

betrokkenheid, maar ook op zelfstandigheid en vrijheid. Het individu komt op voor zijn of haar behoeften. Bijgevolg staan waarden als autonomie, integriteit, privacy en intimiteit centraal. Uit deze waarden kunnen een aantal normen afgeleid worden: de waarde van de autonomie leidt tot de norm de ander niet te dwingen, terwijl de waarde van de integriteit leidt tot de norm zichzelf of de ander niet te schaden. Dit is een individualistische ethiek.

### **De relationele visie**

Een tweede visie op seksualiteit is de relationele visie. Hier ligt de prioriteit bij de relatie, of beter gezegd bij de persoon-in-relatie. De andere drie aspecten van seksualiteit worden vanuit de relatie bekeken. Dit betekent enerzijds dat de relatie slechts tot volle ontplooiing kan komen indien ze de mogelijkheid tot lustbeleving, voortplanting en socialisering integreert. Anderzijds komen lust, voortplanting en socialisering tot hun volle waarde vanuit de gerichtheid op de andere persoon. Deze visie bevat de essentie van de christelijke boodschap in verband met seksualiteit, namelijk dat menselijke seksualiteit niet alleen een biologisch en psychologisch gegeven is, maar ook een ethische opdracht inhoudt om seksualiteit in een volwaardige relatie te beleven. Seksualiteit en relatie worden fundamenteel met elkaar verbonden: seksualiteit wordt beleefd in het kader van een liefdevolle, trouwe en duurzame relatie.

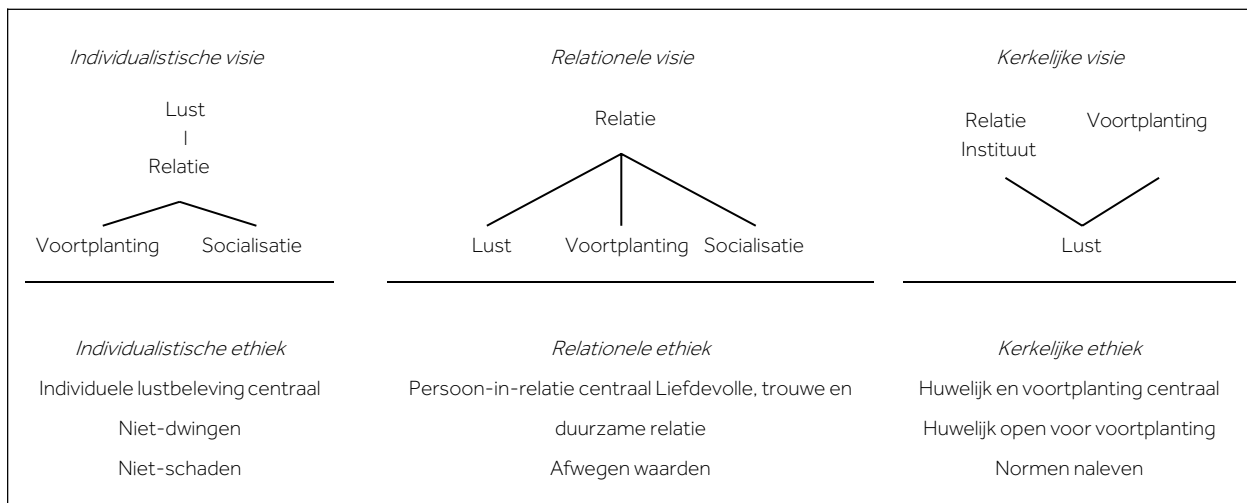
Ook deze visie heeft een onderliggende ethiek. Het is een relationele ethiek. De persoon-in-relatie staat immers centraal. Bij het maken van een keuze, wegen de partners de onderliggende waarden af in het licht van het welzijn van alle betrokkenen. Het gaat hier om waarden als autonomie en integriteit, privacy en intimiteit, gelijkwaardigheid en wederkerigheid, liefde en verantwoordelijkheid, verantwoord ouderschap, trouw en duurzaamheid, enz. In een keuze worden bepaalde waarden gerespecteerd en bevorderd, maar worden andere waarden dikwijls bedreigd of geschonden. De keuze is ethisch goed als er een verantwoorde verhouding is tussen de gerespecteerde en de geschonden waarden. Het komt toe aan de betrokken partners om in eer en geweten de waarden af te wegen en te komen tot een keuze.

### **De kerkelijke visie**

De visie van het kerkelijk leergezag is een institutionele of voortplantingsvisie. Ze gaat uit van de relationele visie, maar institutionaliseert de relatie in het burgerlijk en kerkelijk huwelijk tussen man en vrouw. Voor de kerk is het huwelijk een intieme gemeenschap van leven en echtelijke liefde, een wederzijdse gave van man en vrouw. In deze visie biedt enkel het huwelijk met zijn normen voor relatie- en seksualiteitsbeleving voldoende bescherming aan de partners en de eventuele kinderen. Samen met het huwelijk, wordt ook de voortplanting voorop gesteld. Daarom moet de seksuele gemeenschap openstaan voor voortplanting en mag voortplanting niet op een kunstmatige wijze door de mens verhinderd worden.

Deze visie leidt tot de ethiek van het kerkelijk leergezag. In de kerkelijke ethiek staan een aantal waarden centraal zoals de waardigheid van het huwelijk, trouw en duurzaamheid, liefde en verantwoordelijkheid, openheid op voortplanting en verantwoord ouderschap, enz. Dit hoge ideaal van waarden wordt vooropgesteld en is in de kerkelijke ethiek meteen ook de norm. Uit die waarden worden namelijk een aantal normen afgeleid, zoals het verbod op masturbatie, homoseksualiteit, anticonceptie, ongehuwd samenwonen, seksualiteit tussen niet-gehuwden, seksualiteit buiten het huwelijk, prostitutie en pornografie.





### 3. EEN ETHISCH RELATIONEEL BEGELEIDINGSMODEL

In dit advies stellen wij de relationele benadering voorop. Dit betekent allereerst dat onze voorkeur uitgaat naar een relationele visie op relaties en seksualiteit, hoewel we daarin ook elementen uit de individualistische en de kerkelijke visie opnemen. Een relationele benadering houdt vervolgens ook in dat we het begeleidingsproces van personen met een handicap als een relationeel gebeuren centraal stellen. Deze twee elementen, de relationele visie op seksualiteit en de relationele aanpak van de begeleiding, integreren we in een ethisch relationeel begeleidingsmodel. We werken dit model grondig uit.

#### 1. De dynamiek van het ethisch model

Of seksueel gedrag vanuit ethisch standpunt verantwoord is, heeft niet alleen te maken met het gestelde gedrag op zich. Ook andere elementen zijn minstens even belangrijk, met name de motieven van de betrokken persoon of personen, de gevolgen van het gedrag en de situatie waarin het gedrag plaats heeft. Om seksueel gedrag te evalueren, houden de begeleiders dus rekening met vier aandachtspunten:

- het verduidelijken van het gedrag
- het analyseren van de situatie
- het verhelderen van de motieven
- het inschatten van de gevolgen

Bovendien kunnen de begeleiders alleen maar tot een overwogen evaluatie van het seksueel gedrag komen door in dialoog te gaan met de betrokken personen. De betrokkenen hebben immers een eigen perspectief op het gedrag en enkel en alleen door deze perspectieven samen te leggen en met elkaar te bespreken, krijgen de begeleiders een zo volledig mogelijk zicht op het gedrag. Deze dialoog maakt bovendien het meeste kans op slagen als de betrokken partners een ethische grondhouding aannemen. Om het gedrag te evalueren, houden de begeleiders ook rekening met twee voorwaarden:

- het voeren van de dialoog
- het aannemen van een grondhouding

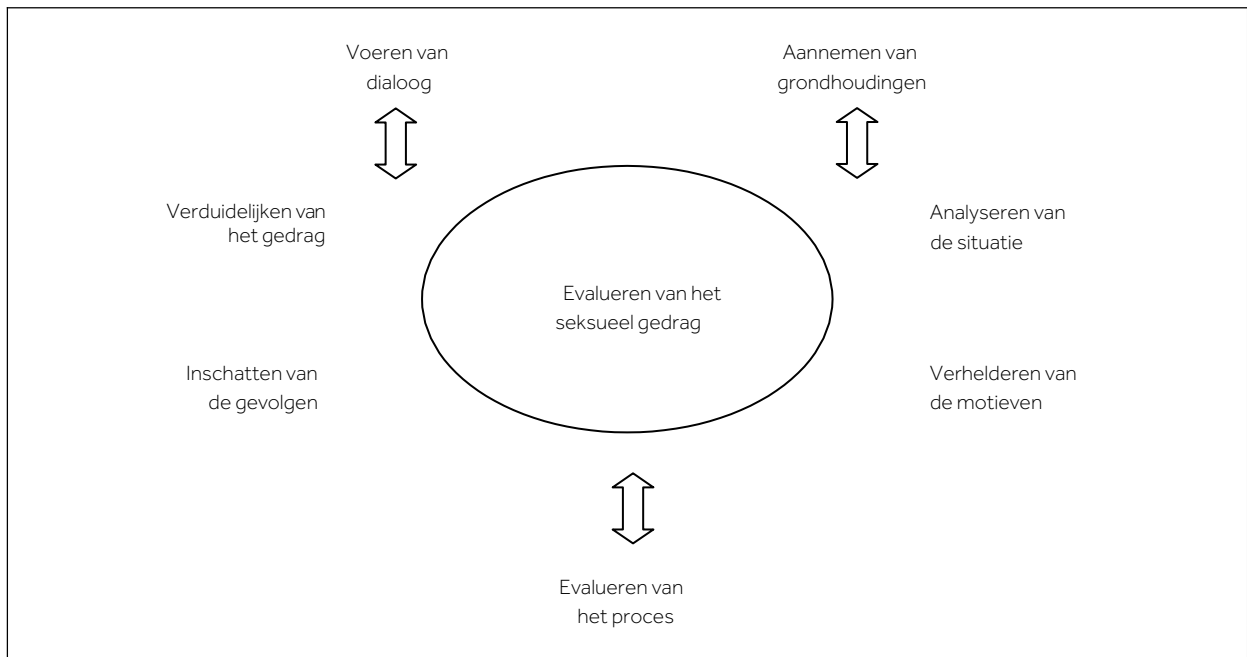
Pas als de begeleiders rekening houden met de vier aandachtspunten en deze verhelderen vanuit de twee voorwaarden, kunnen ze tot een overwogen evaluatie van het gedrag komen. Daartoe evalueren ze eerst het seksueel gedrag zelf en, na verloop van tijd, evalueren ze het hele proces opnieuw. De evaluatie bestaat dus

uit twee elementen:

- het evalueren van het seksueel gedrag
- het evalueren van het proces

Zo komen we tot een ethisch model voor het begeleidingsproces van seksueel gedrag bij personen met een handicap. Het model bestaat uit twee voorwaarden die het hele proces beïnvloeden, namelijk de dialoog en de grondhouding. Vooraleer het seksueel gedrag te kunnen evalueren, verhelfden de betrokkenen vier aandachtspunten, namelijk het gedrag, de situatie, de motieven en de gevolgen. Pas dan kunnen de betrokkenen komen tot een evaluatie: dit bestaat uit het evalueren van het seksueel gedrag en, na verloop van tijd, het evalueren van het hele proces. Dit begeleidingsproces kan gevolgd worden bij alle vormen van seksueel gedrag bij personen met een handicap.

Dit model biedt een houvast. Uiteindelijk is dit een beter houvast dan de precieze omschrijving van normen voor seksueel verantwoord gedrag. Dergelijke precieze normen, los van een ethisch begeleidingsproces, zouden de begeleiders de illusie geven dat ze gemakkelijk tot een overwogen evaluatie kunnen komen. Bovendien zou het hen geen stap verder brengen in de begeleiding van de persoon met een handicap. Het is alleen maar door vanuit grondhoudingen en in dialoog het gedrag te verduidelijken, de situatie te analyseren, de motieven te verhelfden en de gevolgen in te schatten, dat de begeleiders, samen de persoon met een handicap en de betrokkenen, tot een overwogen evaluatie van het seksueel gedrag kunnen komen. Dit begeleidingsproces is dus het allerbelangrijkste. In dit proces wordt voor de betrokkenen duidelijk of het seksueel gedrag ethisch verantwoord is.



## 2. Voorwaarden, aandachtspunten en evaluatiemomenten

### Voorwaarde: voeren van de dialoog

Een eerste voorwaarde in het ethisch relationeel begeleidingsmodel is het voeren van de dialoog tussen de betrokken personen. Alle betrokkenen hebben een persoonlijk perspectief op het gedrag. Dit persoonlijk perspectief is getekend door hun levenservaringen. Van de begeleiders wordt verwacht dat ze bovendien een professioneel perspectief op het seksueel gedrag hanteren. De begeleiders proberen al deze persoonlijke en professionele perspectieven van binnenuit aan te voelen en in hun bredere context te



begrijpen. Ze proberen de perspectieven te verhelderen en te verdiepen door zichzelf en de betrokkenen te bevragen. Alleen door deze perspectieven samen te leggen, komen ze tot een zo volledig mogelijk zicht op het gedrag. Ze nemen de nodige tijd om te overleggen en houden rekening met het tempo van de persoon met een handicap en de naastbetrokkenen.

#### **Voorwaarde: aannemen van grondhoudingen**

Deze dialoog maakt enkel kans op slagen als de begeleiders die voeren vanuit goede grondhoudingen. We beschrijven er drie. De meest fundamentele grondhouding is het respect voor de waardigheid van de menselijke persoon. De ander is het waard als mens geëerbiedigd te worden, wat ook zijn mogelijkheden en beperkingen, overtuigingen en waarden, attitudes en (seksueel) gedrag zijn. Een tweede grondhouding is de ontvankelijkheid, het zich openstellen voor de andere. Ontvankelijkheid houdt ook empathie in, het zich inleven in de belevingswereld van de ander zonder zich ermee te identificeren. Een derde grondhouding is waarachtigheid bij het zich toewenden tot de ander. Het betekent niet alleen echtheid of authenticiteit, maar ook eerlijkheid en morele integriteit. Alleen vanuit deze grondhoudingen krijgt de dialoog een echte kans. Zoniet is de dialoog een schijnvertoning waarin mensen hun grote gelijk willen halen. Van professionele begeleiders wordt verwacht dat ze handelen vanuit deze grondhoudingen en de dialoog nooit weigeren.

#### **Aandachtspunt: verduidelijken van het gedrag**

In de dialoog is het belangrijk dat de begeleiders vanuit die grondhoudingen het seksueel gedrag kritisch evalueren. Het eerste aandachtspunt in deze evaluatie is het verduidelijken van het seksueel gedrag op zich. Ze kunnen immers niet tot een goede evaluatie komen vanuit een beperkte of eenzijdige informatie of vanuit een vluchtige of oppervlakkige analyse. Bijgevolg beginnen ze met het gestelde seksuele gedrag te verduidelijken. Wat is er volgens de verschillende betrokkenen gebeurd? Welke seksuele gedragingen werden er gesteld? Hoe ziet de persoon met een handicap zijn of haar eigen gedrag? Hoe zien de naastbetrokkenen bij het gebeuren dit seksueel gedrag? Hoe kijken de naastbetrokkenen uit het sociaal netwerk naar dit seksueel gedrag? Hoe interpreteren de begeleiders dit seksueel gedrag? Wellicht zullen de verschillende betrokkenen daarover vanuit hun perspectief een andere visie op hebben. Daarom leggen de begeleiders de verschillende perspectieven samen. Soms is het niet mogelijk om tot een gedeelde visie op het seksueel gedrag te komen.

#### **Aandachtspunt: analyseren van de situatie**

Het seksueel gedrag staat niet geïsoleerd op zich, maar wordt gesteld in een bepaalde situatie. Deze situatie beïnvloedt ongetwijfeld dit gedrag. Ten eerste is er de levenssituatie van de persoon met een handicap. Wat is zijn of haar voorgeschiedenis en hoe is de actuele situatie? Welke mogelijkheden en beperkingen zijn er? Hoe ziet de persoon met een handicap deze zelf en welke wensen heeft hij of zij? Hoe kijken de naastbetrokkenen naar die levenssituatie? Hoe zien de begeleiders de levenssituatie? Vervolgens beïnvloedt ook de sociale situatie het gedrag. Welk sociaal netwerk heeft de persoon met een handicap? Hoe is zijn of haar situatie in de voorziening of school? Welke rollen en posities bekleedt hij of zij? Ten slotte beïnvloeden bepaalde contextuele factoren ongetwijfeld het seksueel gedrag. Waar en wanneer deed het gedrag zich voor? Wat waren de materiële omstandigheden? Deze contextuele factoren kunnen aanleiding geven tot het seksueel gedrag of het uitlokken. Telkens opnieuw zijn er verschillende perspectieven op de situatie. Hoe ziet de persoon met een handicap de situatie? Hoe kijken de naastbetrokkenen naar de situatie? Hoe zien de begeleiders de situatie? Ook daarover zullen de betrokkenen wellicht een andere visie hebben en is het aan de begeleiders om de verschillende perspectieven samen te leggen en te bespreken.



### **Aandachtspunt: verhelderen van de motieven**

Voor elk gedrag hebben de betrokkenen bepaalde motieven. Deze motieven verschillen van persoon tot persoon en worden mede bepaald vanuit hun persoonlijke levensgeschiedenis, huidige ervaringen en toekomstverwachtingen. Zo kunnen de begeleiders de motieven voor het seksueel gedrag van de persoon met een handicap niet begrijpen, tenzij ze eerst met die persoon zoeken naar de motieven van dit gedrag en dit proberen te verhelderen. Wat is de betekenis van dit gedrag? Welke betekenissen of motieven schrijft de persoon met een handicap zichzelf toe? Welke motieven voor dit gedrag zien de naastbetrokkenen? Welke motieven onderscheiden de begeleiders? Daarbij is het belangrijk niet te blijven staan bij de motieven die spontaan naar voren worden gebracht, maar ook rekening te houden met de verborgen motieven en psychische en sociale verankering ervan. Welke factoren spelen een rol bij de persoon met een handicap? Ook de motieven van degenen die bij het gedrag betrokken waren, worden verhelderd. Welke motieven hadden zij? De begeleiders helpen de persoon met een handicap en de betrokkenen bij het verhelderen en verdiepen van hun motieven.

Omdat ook de begeleiders op een bepaalde wijze tegen het gedrag aankijken, gaan ze ook bij zichzelf na welke motieven hen tot deze zienswijze brengen. Ze verhelderen dus ook hun eigen motieven en bevragen zich op een kritische wijze. Wat zijn hun motieven of beweegredenen? Welke doelstellingen hebben ze voor ogen? Waardoor zijn hun motieven beïnvloed? Welke rol spelen de belangen van de voorziening of de school? Kunnen ze hun emotionele en rationele motieven van elkaar onderscheiden? Welke zijn hun persoonlijke en professionele motieven?

### **Aandachtspunt: inschatten van de gevolgen**

Waar de motieven voor een bepaald gedrag een meer subjectief karakter hebben, hebben de gevolgen ervan een meer objectief karakter. Daarom is het belangrijk dat de begeleiders alle gevolgen van het gedrag inschatten en er rekening mee houden. Daarbij kunnen ze een onderscheid maken tussen verschillende soorten gevolgen in tijd en ruimte. Bepaalde gevolgen zijn bedoeld, andere niet. Ze proberen zicht te krijgen op al deze gevolgen voor alle betrokkenen. Welke zijn de bedoelde of gewenste gevolgen? Welke zijn de ongewenste neveneffecten? Wat zijn de gevolgen voor de persoon met een handicap, voor de naastbetrokkenen, voor de begeleiders? Hoe zien zij zelf de gevolgen voor zichzelf en voor de anderen? Wat zijn de gevolgen op individueel, relationeel en sociaal niveau voor alle betrokkenen? Wat zijn de gevolgen op korte, middellange en lange termijn? Wat zijn de gevolgen op lichamelijk, psychisch en zingevend vlak? Er kan immers een spanning of zelfs een conflict ontstaan tussen de individuele gevolgen op lichamelijk vlak op korte termijn voor de één betrokkene, en de gevolgen op relationeel en psychisch vlak op langere termijn voor een andere betrokkene. Het is heel belangrijk dat de begeleiders al deze gevolgen expliciteren en inschatten.

### **Evaluatie-element: evalueren van het seksueel gedrag**

Als de begeleiders deze aandachtspunten verhelderd hebben, kunnen ze komen tot de evaluatie van het seksueel gedrag. Deze evaluatie bestaat uit drie elementen: er is een spanningsveld tussen het waken over de minimale grenzen en het streven naar het relationele ideaal, en dit spanningsveld leidt tot het begeleiden van de betrokken personen vanuit de verscheidenheid aan waarden.

#### *Waken over de minimale grenzen*

In een ethiek van de begeleiding hebben de begeleiders als opdracht te waken over de minimale grenzen. Deze minimumgrenzen kunnen we als volgt formuleren:





"Het gedrag is grensoverschrijdend indien er *ernstige* schade *dreigt* aan één van de volgende drie waarden:

- de *autonomie* of vrijheid van de betrokkenen
- de fysieke of psychische *integriteit* of ontwikkeling van de betrokkenen,
- het *woon- of zorgklimaat* voor de betrokkenen."

In deze minimumgrenzen worden drie belangrijke waarden vooropgesteld: autonomie, integriteit en woon- of zorgklimaat. Deze waarden zijn afgeleid uit de individualistische, relationele en kerkelijke visie op seksualiteit. We kunnen deze waarden als volgt concretiseren.

De eerste waarde heeft te maken met de (subjectieve) autonomie van de betrokkenen: de persoon met een handicap 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. Het gaat hier over de wederzijdse, minstens impliciete toestemming van de betrokkenen bij het seksueelgedrag.

De tweede waarde verwijst naar de (objectieve) gevolgen van het gedrag: de persoon met een handicap mag door zijn of haar seksueel gedrag de fysieke of psychische integriteit of ontwikkeling van zichzelf of een ander niet schaden en mag ook niet door een ander in zijn of haar integriteit of ontwikkeling geschaad worden. Zelfs als het seksueel gedrag gebeurt met de (impliciete) wederzijdse toestemming van de betrokkenen, dan nog kan het grensoverschrijdend zijn omdat de waarde van de integriteit of de ontwikkeling van de betrokkenen of van anderen geschonden wordt.

De laatste waarde heeft meer te maken met de context van de gemeenschap: de persoon met een handicap mag door zijn of haar seksueel gedrag het woon- of zorgklimaat voor de groep niet aantasten en zijn of haar woon- of zorgklimaat mag ook niet door anderen aangetast worden. Hiermee gaan we nog een stap verder in de afgrenzing van het gedrag. Zelfs als het seksueel gedrag gebeurt met de toestemming van de betrokkenen en er geen schade wordt aangericht aan de integriteit of de ontwikkeling van de betrokkenen of ander, dan kan het gedrag nog grensoverschrijdend zijn tegenover de belangen van de gemeenschap, namelijk het woon- of zorgklimaat voor alle betrokkenen.

Telkens gaat het om de dreiging van ernstige schade aan één van deze drie waarden. Op de eerste plaats gaat het om ernstige schade. Het onderscheid tussen lichte en ernstige schade is een subjectief oordeel dat de betrokkene zelf maakt en dat anderen moeten respecteren. Vervolgens gaat het niet alleen om de al veroorzaakte ernstige schade, maar ook om de dreiging van ernstige schade. Het moet dus mogelijk zijn preventief tussenbeide te komen om ernstige schade te voorkomen.

Niettemin laat de formulering van deze drie minimale grenzen ruimte om te interpreteren. Het is immers onmogelijk precies de grens te trekken tussen gedrag dat grensoverschrijdend is en gedrag dat verantwoord is. Door vanuit grondhoudingen te dialoog te voeren, samen het gedrag te verduidelijken, de situatie te analyseren, de motieven te verhelderen en de gevolgen in te schatten, wordt het de begeleiders duidelijk hoe ze deze minimumgrenzen in een welbepaalde situatie best kunnen interpreteren.

Als de begeleiders van oordeel zijn dat de minimale grenzen overschreden zijn, dan hebben ze de ethische plicht tussenbeide te komen. Ook al is dit oordeel van intuïtieve aard, ze kunnen het zich niet veroorloven om niet te handelen en het probleem eerst te bespreken met collega's of in team. Dit niet- handelen is immers ook handelen. Ter bescherming van de persoon met een handicap die dreigt ernstige schade te ondergaan, hebben de begeleiders de plicht tussenbeide te komen. Nadien bespreken ze best deze tussenkomst met de andere begeleiders en met de betrokkenen personen.

### *Streven naar het relationeel ideaal*

Het waken over de minimale grenzen is echter niet voldoende. Het zou wel eens kunnen gebeuren dat, als het ideaal niet realiseerbaar is, de begeleiders zich beperken tot het respecteren van het minimum. Een echte begeleidingsethiek houdt evenwel in dat de begeleiders steeds proberen de minimumgrenzen te



overstijgen en te streven naar het ideaal.

Als ideaal stellen we de relationele visie voor. Dit betekent dat seksualiteit beleefd wordt in een relatie. Begeleiders hebben bijgevolg de opdracht de personen met een handicap, rekening houdend met hun mogelijkheden, te begeleiden in de richting van seksueel gedrag in het kader van een liefdevolle, trouwe en duurzame relatie.

Dit ideaal is zeker in de situatie van de ortho(ped)agogische zorg niet steeds te bereiken. Niettemin hebben de begeleiders, indien ze zich loyaal willen gedragen tegenover de christelijke inspiratie van het centrum, de opdracht in hun begeleiding te werken in de richting van dit ideaal. Dit is een engagement van de begeleiders.

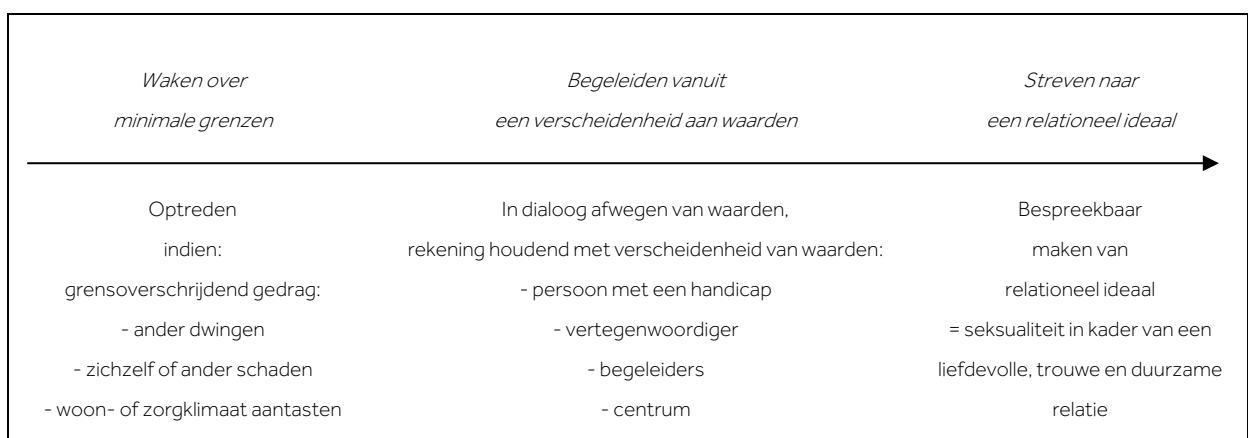
### *Begeleiden vanuit een verscheidenheid van waarden*

Zo komen we tot de kern van een ethiek van de begeleiding: de begeleiders vertrekken vanuit de wensen en de levenssituatie van de persoon met een handicap, om hem of haar van daaruit verder te begeleiden. Daarbij waken ze over de minimumgrenzen en streven ze in de richting van een ideaal. In dit spanningsveld streven de begeleiders naar het meest menswaardig mogelijke, tussen het ideaal en de realiteit. Ze verhelderen welke waarden gerespecteerd of geschonden worden en wegen deze waarden tegenover elkaar af. In deze begeleiding houden de begeleiders rekening met de mogelijkheden van de persoon met een handicap en met een mogelijke verscheidenheid van waarden en normen:

- de waarden en normen van de persoon met een handicap,
- de waarden en normen van de vertegenwoordiger,
- de waarden en normen van de begeleiders, en
- het relationeel ideaal van seksualiteit in het kader van een liefdevolle, trouwe en duurzamerelatie.

Vanuit die mogelijke verscheidenheid van waarden en normen overleggen de begeleiders met de betrokkenen. Indien de persoon met een handicap en de vertegenwoordiger een keuze maken, en indien het seksuele gedrag de minimumgrenzen niet schendt, respecteren de begeleiders deze keuze en nemen ze deze op in de begeleiding.

Niettemin hebben de begeleiders, omwille van het christelijk geïnspireerde karakter van het centrum, de taak het christelijk geïnspireerde ideaal van seksualiteit in het kader van een liefdevolle, trouwe en duurzame relatie bespreekbaar te maken, zonder ze evenwel op te dringen. Ze blijven, in gesprek samen met de persoon met een handicap en de vertegenwoordiger, zoeken naar de voor hem of haar meest waardevolle relatievorming of seksualiteitsbeleving.



### **Evaluatie-element: evalueren van het proces**

De evaluatie gebeurt steeds op een bepaald moment en met de kennis van zaken van dat moment. Daarom is het belangrijk dat we na verloop van tijd samen het hele proces opnieuw evalueren. Deze her-evaluatie kan het uitgangspunt worden van een nieuw proces van evalueren en begeleiden. Het ethisch model voor de begeleiding van personen met een handicap is dus een dynamisch proces.

### **Tot slot: ondersteuning van de begeleiders**

Tijdens dit proces is het belangrijk ook de begeleiders ondersteuning en opvang krijgen. De draaglast van een moeilijke dialoog en van begrenzende tussenkomsten kan groter worden dan de draagkracht van de begeleiders. Het is op de eerste plaats eenieders taak om als collega's te luisteren naar elkaars beleving en elkaar te helpen bij het verwoorden en verdiepen van deze beleving. Maar indien deze informele opvang niet voldoet, vullen de begeleiders die best aan met formele initiatieven. Dit betekent dat ze eventueel intervisie en supervisie organiseren.

In de ondersteuning van collega's kunnen de begeleiders erop wijzen dat een tussenkomst of begeleiding kan mislukken, maar dat ze dat niet als een eigen falen hoeven te ervaren. De mogelijkheid dat een persoon met een handicap wordt doorverwezen naar een andere voorziening of school, hoeft niet als mislukking te worden beleefd. Alleen al het bieden van die openheid kan begeleiders een gerust gevoel geven en kan daardoor zelfs de draagkracht verhogen.



## Bijlage: enkele standpunten

Hieronder volgen enkele standpunten in verband met bepaalde vormen van seksueel gedrag. Deze standpunten zijn een zoeken naar evenwicht in het spanningsveld tussen het waken over minimale grenzen en streven naar een relationeel ideaal, in een context van verscheidenheid van waarden. Deze standpunten worden steeds geïnterpreteerd en toegepast binnen het ethisch relationeel begeleidingsmodel. Ze mogen dus niet los gezien worden van de dialoog tussen de begeleiders en de andere betrokkenen.

### 1. Seksuele contacten en relaties

Onder een seksuele relatie verstaan we de seksuele verhouding en gedragingen tussen twee personen die streven naar een liefdevolle, trouwe en duurzame relatie. Met seksuele contacten bedoelen we occasionele seksuele gedragingen tussen twee personen die niet streven naar een relatie.

De begeleiders maken een seksuele relatie en de seksuele contacten van een persoon met een handicap steeds bespreekbaar met de betrokkenen. Enerzijds waken ze erover dat de minimumgrenzen niet geschonden worden. Anderzijds maken ze de waarde van een liefdevolle, trouwe en duurzame relatie bespreekbaar. Rekening houdend met de individuele mogelijkheden en de leeftijd van de betrokkenen, gaan ze na in welke mate een seksuele relatie zinvol en haalbaar is en bieden ze ondersteuning om een seksuele relatie zoveel mogelijk kansen te geven.

### 2. Seksuele geaardheid

Homoseksualiteit is een variëteit in seksuele geaardheid en relatievorming. De begeleiders respecteren homo- en heteroseksuele relaties, voor zover ze de minimumgrenzen niet schenden.

In hun ontwikkeling kunnen jongeren met homo- en heteroseksualiteit experimenteren bij het zoeken naar hun eigen seksuele identiteit. De begeleiders hebben hier de opdracht om de eigen geaardheid in het kader van een vertrouwens- en begeleidingsrelatie te helpen onderkennen. Als begeleiders homo- en heteroseksualiteit op een open en respectvolle manier bejegenen, brengt dit een positieve en geruststellende beeldvorming met zich mee.

### 3. Huwelijkswens

De waarde van een liefdevolle, trouwe en duurzame relatie wordt in het burgerlijk huwelijk beschermd en in het kerkelijk huwelijk verdiept vanuit het christelijk geloof.

Voor sommige personen met een handicap is het huwelijk een wensdroom die ze door hun handicap en hun levenssituatie moeilijk kunnen realiseren. De begeleiders verhelderen deze huwelijkswens: ze gaan na in welke mate het huwelijk voor hen haalbaar is en helpen hun wens verhelderen en verdiepen. Ze hoeden hen om ondoordacht in het huwelijk te treden of onbedachtzaam een beroep te doen op een huwelijksbureau.

Sommige personen met een handicap zoeken naar andere samenlevingsvormen om hun seksuele relatie gestalte te geven. Ook hierin kunnen belangrijke waarden als liefde, trouw en duurzaamheid aanwezig zijn.

### 4. Kinderwens

Een persoon met een handicap kan op een uitgesproken of onuitgesproken manier uitdrukking geven aan zijn of haar kindwens. De begeleiders hebben aandacht en respect voor die wens. Ze nodigen de persoon met een handicap uit erover te spreken en betrekken hierbij zoveel mogelijk de partner. Samen zoeken ze naar de betekenissen van de kindwens. De begeleiders proberen deze wens te verhelderen en te verdiepen. Ze houden ook rekening met het belang van het kind. Ze wijzen op de verantwoordelijkheid van de persoon met een handicap om, samen met zijn of haar partner, het kind op te voeden.

Indien de persoon met een handicap de zwangerschap, geboorte en opvoeding aankan, eventueel met hulp, begeleiden



de begeleiders hem of haar om de kinderwens te realiseren. Indien de kinderwens niet realiseerbaar is, helpen de begeleiders hem of haar in het aanvaardingsproces en het leren leven zonder eigen kinderen. Indien nodig treffen ze maatregelen om een zwangerschap te voorkomen.

## **5. Preventie van ongewenste zwangerschap**

Bij personen met een handicap die seksuele contacten of een relatie wensen maar geen zwangerschap, is het gebruik van voorbehoedsmiddelen noodzakelijk. Het belang van het ongeboren kind en van het verantwoorde ouderschap hebben immers voorrang op de seksuele contacten of relatie.

De begeleiders geven voorlichting over het gebruik van voorbehoedsmiddelen. Ze informeren op een objectieve wijze over de verschillende methoden en de voor- en nadelen ervan.

Indien de begeleiders het vermoeden hebben dat de persoon met een handicap geen zwangerschap wenst en geen voorbehoedsmiddelen gebruikt, wijzen ze op de verantwoordelijkheid voor de zwangerschap. Ze motiveren de persoon met een handicap tot het nemen van voorbehoedsmiddelen. Ze begeleiden hem of haar bij de keuze van een voorbehoedsmiddel door te wijzen op de volgende elementen: de betrouwbaarheid, de toepasbaarheid, de omkeerbaarheid en de neveneffecten ervan.

## **6. Verantwoord ouderschap**

Het is ook mogelijk dat een persoon met een handicap wel een zwangerschap of een kind wenst, maar dat de begeleiders, de behandelende arts en de vertegenwoordiger vinden dat het ouderschap niet verantwoord is. Er zijn verschillende aanwijzingen dat een ouderschap moeilijk of niet te verantwoorden is:

indien de begeleiders vinden dat de persoon met een handicap de zwangerschap, de geboorte en de opvoeding niet aankan, zelfs met de nodige ondersteuning,

indien er ernstige medische risico's zijn.

Wanneer er dergelijke aanwijzingen zijn, overleggen de begeleiders en de behandelende arts met de persoon met een handicap, de partner en de vertegenwoordiger. Ze wijzen op de gevolgen van de zwangerschap: zowel op korte en lange termijn, als voor de persoon met een handicap, de partner en de omgeving, en niet het minst voor het kind. Ze informeren hen over de verschillende voorbehoedsmiddelen en hun voor- en nadelen. De begeleiders motiveren de betrokkenen een betrouwbare methode te gebruiken.

Indien de persoon met een handicap geen voorbehoedsmiddelen wil of kan gebruiken, terwijl de begeleiders en de behandelende arts toch van oordeel zijn dat het ouderschap onverantwoord is, dan kan de beslissing tot een gedwongen voorbehoedsmiddel enkel en alleen genomen worden met de schriftelijke toestemming van de vertegenwoordiger.

Sterilisatie is een zeer ingrijpende methode die enkel kan overwogen worden als er ernstige redenen zijn om het ouderschap op een definitieve wijze te voorkomen.

## **7. Zwangerschapsafbreking**

Indien een persoon met een handicap ongewenst zwanger is of indien ze gewenst zwanger is maar de begeleiders vinden het ouderschap onverantwoord, bevinden de vrouw, de partner, de vertegenwoordiger, de begeleiders en de omgeving zich in een moeilijke en pijnlijke situatie. Zowel het uitdragen van de zwangerschap en de opvoeding van het kind als zwangerschapsafbreking is een zware psychosociale belasting met ingrijpende persoonlijke en familiale gevolgen.

Uitgangspunt bij de problematiek van het behouden of afbreken van de zwangerschap is de fundamentele waarde van het leven van het ongeboren kind.

De beslissing ligt in principe bij de vrouw met een handicap, bij voorkeur in samenspraak met haar partner, de vertegenwoordiger en de begeleiders. In de praktijk maakt deze beslissing deel uit van een begeleidingsproces.

De begeleiders ondersteunen de vrouw met een handicap bij het nemen van een beslissing in haar situatie, met respect voor haar persoonlijke levensovertuiging. Vanuit de menselijke en christelijk geïnspireerde waarde van het leven, streven



de begeleiders steeds naar het behoud van het leven van moeder en kind, en naar de kwaliteit van hun beider leven. Indien de vrouw met een handicap onvoldoende inzicht heeft in haar situatie om een verantwoorde keuze te maken, overleggen de begeleiders en de behandelende arts met de vertegenwoordiger en de partner. Ze vragen het advies van minstens één externe arts en eventueel van een gespecialiseerde dienst, zoals bijvoorbeeld het Centrum voor Relatievorming en Zwangerschapsproblemen te Leuven. De begeleiders, de behandelende arts, de vertegenwoordiger en de partner proberen tot overeenstemming te komen en proberen de vrouw met een handicap te motiveren voor een bepaalde keuze.

Een zwangerschapsafbreking kan enkel uitgevoerd worden met de toestemming van de vrouw en dus nooit indien de vrouw er zich tegen verzet.

Zowel als er gekozen wordt voor het behouden van het kind als voor een zwangerschapsafbreking, hebben de begeleiders de opdracht de vrouw met een handicap psychosociaal te begeleiden bij het uitvoeren van die keuze.

## **8. Preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen**

Sommige personen met een handicap lopen door hun seksuele gedrag het risico besmet te worden met een seksueel overdraagbare aandoening of kunnen er anderen mee besmetten. De begeleiders hebben de taak hen te informeren over welk seksueel gedrag veilig is en door welk seksueel gedrag ze besmet kunnen worden of anderen kunnen besmetten. Ze wijzen hen op hun verantwoordelijkheid voor zichzelf en voor hun partner.

Elk seksueel gedrag tussen twee trouwe en niet-besmette partners is volledig veilig. Indien één van hen besmet is of seksuele trouw niet mogelijk acht, kunnen ze de besmetting van de meeste seksueel overdraagbare aandoeningen in grote mate voorkomen door het gebruik van het condoom. De begeleiders geven de persoon met een handicap informatie over waar ze condooms kunnen verkrijgen en hoe ze condooms horen te gebruiken.

## **9. Problematisch seksueel gedrag en seksueel misbruik**

Naast algemeen aanvaarde vormen van seksueel gedrag, kunnen zich ook problematische vormen voordoen, zoals bijvoorbeeld ongewenste seksuele intimiteiten, aanhalen van kinderen, seksueel misbruik, zich prostitueren enz. Bepaalde vormen zijn getekend door seksuele pathologie. Hoe dan ook is het belangrijk eerst te zoeken naar de betekenissen van dit gedrag. De begeleiders ondersteunen de persoon met een handicap op gepaste wijze. Bij seksuele pathologie is specifieke deskundigheid in de begeleiding en behandeling noodzakelijk.

Seksueel gedrag is onverantwoord indien het de minimumgrenzen niet respecteert:

indien de persoon met een handicap zijn of haar partner onder druk zet of dwingt, of door een ander onder druk gezet of gedwongen wordt,

indien de persoon met een handicap de fysieke of psychische integriteit of ontwikkeling van zichzelf of een ander schaadt of door een ander geschaad wordt,

indien de persoon met een handicap het woon- of zorgklimaat aantast, of daarin door anderen wordt aangetast.

## **10. Medicatie**

Indien de seksuele activiteit van een persoon met een handicap ontremd is en de minimumgrenzen schendt, zoeken de begeleiders in overleg met hem of haar naar middelen om dit gedrag te begrenzen.

Indien er geen alternatieven zijn, kunnen de begeleiders en de behandelende arts overwegen tijdelijk libidoverminderende medicatie toe te dienen. Daartoe overleggen ze met de persoon met een handicap en met de vertegenwoordiger.

Samen met hen evalueren ze ook regelmatig de effecten ervan. Medicatie is immers een hulpmiddel om de libido te reguleren en mag nooit een gemakkelijksoplossing worden.

## **11. Masturbatie**

Masturbatie of zelfbevrediging is een op zichzelf betrokken vorm van lustbeleving en staat dus buiten het kader van een



relatie.

Bij jongeren is het een fase in hun ontwikkeling waarin ze met hun eigen seksualiteit experimenteren. Voor een aantal personen met een handicap blijft het de enige vorm van lustbeleving.

Masturbatie hoort in het kader van de persoonlijke levenssfeer. Anderen mogen immers niet in hun privacy geschonden worden en getuige kunnen worden van zelfbevrediging. De begeleiders hebben daarom de taak de persoon met een handicap gevoelig te maken voor het intieme karakter ervan. Masturbatie kan in de privacy van een ruimte, bij voorkeur een persoonlijke kamer.

## **12. Hulp bij masturbatie**

Sommige personen met een handicap voelen de drang naar zelfbevrediging, maar zijn niet in staat om te masturberen.

Een duidelijke hulpvraag kunnen de begeleiders pas beantwoorden na overleg in team.

Een eerste vorm van hulp is voorlichting. De begeleiders kunnen de persoon met een handicap informeren hoe hij of zij kan masturberen op een hygiënisch en medisch verantwoorde manier. Fysieke hulp bij masturbatie kan niet geboden worden door een begeleider omdat de rol van begeleider en partner dan vermengd worden.

## **13. Pornografie**

Sommige personen met een handicap wensen pornografie te bekijken, in de vorm van tijdschriften of multimedia. Daarin wordt een onrealistisch beeld van seksualiteit en relaties voorgehouden dat indruist tegen de waardigheid van de mens en de gelijkwaardigheid van de partners. Daarom wordt pornografie in principe geweerd.

Niettemin komen personen met een handicap toch in contact met pornografie en met erotische beelden of literatuur. De begeleiders bespreken dan met de persoon met een handicap de betekenissen die dit voor hem of haar heeft en het beeld van seksualiteit dat erin naar voren komt. In individuele gevallen en in overleg met de begeleiders, kan het bekijken van pornografie, erotische beelden en literatuur aanvaard worden in de privacy van een ruimte, bij voorkeur een persoonlijke kamer.

## **14. Prostitutie**

Prostitutie is het hebben van seksuele betrekkingen buiten het kader van een liefdevolle, trouwe en duurzame relatie. Het tast daarom de menselijke waardigheid en waardevolle seksualiteitsbeleving van de persoon met een handicap als cliënt of als prostituee aan. Indien een persoon met een handicap een prostituee wil bezoeken, hebben de begeleiders de taak deze wens te verhelderen. Welk verlangen schuilt er onder de wens? Wordt het verlangen werkelijk vervuld door prostitutie? Zijn er alternatieve mogelijkheden om met dit verlangen om te gaan? Indien er geen alternatieven zijn, kunnen de begeleiders de persoon met een handicap psychosociaal begeleiden bij het bezoek aan een prostituee. Ze blijven echter het gedrag met de persoon met een handicap bespreekbaar houden en zoeken samen naar de voor hem of haar meest waardevolle wijze om seksualiteit en relaties te beleven.

Indien de persoon met een handicap zich prostitueert, bespreken de begeleiders dit gedrag in de begeleidingsrelatie. Ze zoeken samen met de persoon met een handicap naar de onderliggende motieven en zoeken naar alternatieven om zijn of haar leven te organiseren. De begeleiders geven duidelijk te kennen dat prostitutie een aantasting is van de menselijke waardigheid en van waardevolle seksualiteitsbeleving.

## **15. Seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen begeleider en persoon met een handicap**

Een begeleider en een persoon met een handicap 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 begeleiders deze grens voor zichzelf verhelderen, ze eventueel met de persoon met een handicap bespreekbaar maken, maar ze zeker respecteren en doen respecteren. Bij het bepalen van deze grens, houden de begeleiders rekening met de minimumgrenzen, de juridische voorschriften en hun



beroepscode. Ze mogen geen gedragingen stellen die thuis horen in een seksuele relatie. Ze hoeden er zich voor de werkrelatie en de machtsverhouding die er onvermijdelijk mee verbonden is, te gebruiken om hun eigen behoeften te bevredigen.

Een seksuele relatie tussen een begeleider en een persoon met een handicap is onverantwoord. Door de seksuele relatie treden ze immers uit de begeleiding en worden ze partner. De rol van partner en begeleider zijn evenwel niet met elkaar te verzoenen. Indien er toch een relatie opgebouwd wordt, moet de begeleider de ondersteuning stopzetten.

### **Leden van de werkgroep ethiek in de ortho(ped)agogische zorg:**

Bellingen, Huize Terloo: mevr. Patty Martens  
Brecht, O.C. Clara Fey: mevr. Lutgart Willockx  
Brussel, Koninklijk Instituut Woluwe O.C.: dhr. Olivier Givron  
Gent, O.C. Sint-Jozef: dhr. Dirk Van De Loock en mevr. Brigitte Van Overbeke  
Gent, Provinciaal Broeders van Liefde: dhr. Axel Liégeois  
Gentbrugge: K.O.C. Sint-Gregorius: dhr. Luc Moortgat en dhr. Bart Verheyden  
Gijzenzele, De Beweging  
Leuven, Het Roerhuis  
Lummen, O.C. Sint-Ferdinand: dhr. Marc Ulenaers  
Roeselare, O.C. Sint-Idesbald: dhr. Bart Deklerck en dhr. Jos Maertens  
Vurste, O.C. Br. Ebergiste: mevr. Ann Dobbelaere

Advies goedgekeurd door de Bestuursraad Ortho(ped)agogische Zorg op 26 juni 2006

Contactpersoon: Axel Liégeois  
E-mail: [axel.liegeois@broedersvanliefde.be](mailto:axel.liegeois@broedersvanliefde.be)

