



Stichting
Kwaliteitsimpuls
Langdurige
Zorg

Richtlijn

Seksualiteit en intimiteit in de langdurige zorg

Autorisatiedatum 30-06-2026

Deze pdf is gepubliceerd op 01-07-2026 om 08:57. Bekijk de meest actuele versie op

<https://www.richtlijnenlangdurigezorg.nl/richtlijnen/seksualiteit-en-intimiteit-in-de-langdurige-zorg>

Richtlijnen

Langdurige Zorg

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Overzicht van aanbevelingen	5
1.1 Communicatie over seksualiteit en intimiteit	5
1.2 Signalen van behoeften rond seksualiteit en intimiteit	7
1.3 Faciliteren van behoeften rond seksualiteit en intimiteit	8
1.4 Bevorderen van de professionele houding van zorgverleners	10
1.5 Samenwerking met naasten	11
1.6 Organisatie van zorg	12
2. Algemene inleiding	14
2.1 Aanleiding en doel	14
Doel van de richtlijn	15
2.2 Seksualiteit en intimiteit	15
2.3 Doelpopulatie	17
2.4 Doelgroep	18
2.5 Wat voegt deze richtlijn toe?	19
2.6 Begrippen en afkortingen	19
Begrippen	19
Afkortingen	22
2.7 Algemene achtergrondgegevens	23
3. Communicatie over seksualiteit en intimiteit	24
3.1 Communicatie over seksualiteit en intimiteit	24
Uitgangsvraag	24
Aanbevelingen	24
Onderbouwing	26
Overwegingen	28
Verantwoording	38
4. Signalen van behoeften rond seksualiteit en intimiteit	45
4.1 Signalen van behoeften rond seksualiteit en intimiteit	45
Uitgangsvraag	45
Aanbevelingen	45

Onderbouwing	46
Overwegingen	48
Verantwoording	53
5. Faciliteren in behoeften rond seksualiteit en intimiteit	61
5.1 Faciliteren in seksuele en intieme behoeften	61
Uitgangsvraag	61
Aanbevelingen	61
Onderbouwing	62
Overwegingen	64
Verantwoording	73
6. Bevorderen van de professionele houding van zorgverleners	81
6.1 Bevorderen van de professionele houding van zorgverleners	81
Uitgangsvraag	81
Aanbevelingen	81
Onderbouwing	82
Overwegingen	83
Verantwoording	90
7. Samenwerking met naasten	98
7.1 Samenwerking met naasten	98
Uitgangsvraag	98
Aanbevelingen	98
Onderbouwing	99
Overwegingen	99
Verantwoording	104
8. Organisatie van zorg	112
8.1 Organisatie van zorg	112
Uitgangsvraag	112
Aanbevelingen	112
Onderbouwing	113
Overwegingen	113
Verantwoording	115

9. Referentielijst	123
10. Disclaimer	128

1. Overzicht van aanbevelingen

Autorisatiedatum 30-06-2026 Beoordelingsdatum 30-06-2026

1.1 Communicatie over seksualiteit en intimiteit

Welke methoden zijn het meest geschikt om met cliënten in de langdurige zorg te communiceren over hun seksuele en intieme behoeften?

Neem het initiatief om seksualiteit en intimiteit met cliënten bespreekbaar te maken. Wacht niet tot cliënten het onderwerp zelf aankaarten; zij kunnen hierin terughoudend zijn. Iedere zorgverlener kan en mag dit gesprek beginnen.

Vraag altijd expliciet toestemming aan de cliënt voordat het onderwerp wordt aangesneden. Respecteer het als een cliënt (nog) niet wil praten of dit niet wil doen in aanwezigheid van bepaalde personen.

Verken seksualiteit en intimiteit op drie vaste momenten: tijdens de intake (aankondiging van verdiepend vervolgesprek), binnen zes weken na de intake (verdiepend vervolgesprek) en vervolgens structureel halfjaarlijks. Overweeg het gebruik van hulpmiddelen om gesprekken te ondersteunen en behoeften meer systematisch in kaart te brengen.

Houd in het dagelijks werk aandacht voor seksuele en intieme behoeften en wees alert op signalen of situaties die aanleiding geven voor een gesprek. Open zo nodig opnieuw het gesprek.

Gebruik het PLISSIT-model om gesprekken over seksualiteit en intimiteit stapsgewijs te verdiepen en te bepalen of doorverwijzing nodig is:

1. *Toestemming (Permission)*: nodig de cliënt uit om over seksuele en/of intieme behoeften te praten en normaliseer het.
 - Wij bij [naam organisatie] vinden het belangrijk om seksualiteit en intimiteit te

- bespreken, vind je het goed als ik je daar wat vragen over stel?
- Mag ik je iets vragen over seksualiteit / jouw seksuele gezondheid / intimiteit / jouw relatie?
3. *Toegepaste informatie (Limited Information)*: verken seksuele en intieme behoeften met enkele kernvragen of korte informatie.
- Gebruik screeningsvragen:
 - Wij weten dat seksualiteit en intimiteit voor veel mensen belangrijk kan zijn. Is dit voor jou ook zo?
 - Zijn er dingen die je mist of die je graag anders zou willen?
 - Wil je hier met iemand over praten?
 - Voer eventueel een uitgebreider gesprek: gebruik voorbeeldvragen of andere methoden (zie [Tabel 3.2 Methoden om over seksualiteit en intimiteit te communiceren](#)).
5. *Specifieke suggesties (Specific Suggestions)*: doe gerichte suggesties op basis van wat gesignaleerd en/of besproken is. Kijk voor mogelijkheden in het hoofdstuk [Faciliteren in behoeften rond seksualiteit en intimiteit](#).
6. *Therapie (Intensive Therapy)*: verwijst door naar seksuologische expertise als dit nodig is.

Stem de gespreksmethode af op de mogelijkheden en voorkeuren van de cliënt. Gebruik waar nodig eenvoudigere vragen of ondersteunende middelen zoals pictogrammen, tekeningen of praatplaten. Maak alleen gebruik van heteroanamnese wanneer directe communicatie niet of onvoldoende mogelijk is.

Beoordeel of jij door persoonlijke grenzen, onvoldoende vertrouwensrelatie met de cliënt of voorkeuren van de cliënt de aangewezen persoon bent voor een vervolgesprek. Regel zo nodig een warme overdracht naar een geschikte collega en communiceer dit transparant met de cliënt.

Creëer een veilige, rustige en vertrouwde setting, met voldoende tijd en privacy. Gebruik taal die aansluit bij de cliënt: spiegel diens woorden, gebruik inclusieve termen (zoals 'partner'), en stem af op de gewenste aanspreekvorm en de levensgeschiedenis en culturele of religieuze achtergrond van de cliënt.

Bewaak professionele grenzen om ongemakkelijke situaties voor beide gesprekspartners te voorkomen. Wees duidelijk over je rol en stop of heroriënteer het gesprek als er ongemak ontstaat voor jou of de cliënt.

Rapporteer alleen informatie over seksualiteit en intimiteit die noodzakelijk is voor goede en veilige zorg. Markeer deze als vertrouwelijk of afgeschermd indien mogelijk, en deel deze alleen met toestemming van de cliënt. Informeer cliënten vooraf over wat wordt vastgelegd en met wie dit wordt gedeeld. Wijk hiervan alleen af bij (dreigend) gevaar of ernstig nadeel, volgens het geldige afwegingskader.

Wees bewust van de professionele positie en handel vanuit gelijkwaardigheid, nieuwsgierigheid en een open, niet-oordelende houding. Hierbij staan autonomie en zelfbeschikking van de cliënt voorop.

1.2 Signalen van behoeften rond seksualiteit en intimiteit

Aan welke signalen kunnen seksuele en intieme behoeften van cliënten in de langdurige zorg worden herkend en hoe kunnen deze het beste worden geduid?

Besteed gerichte aandacht aan mogelijke onvervulde seksuele en intieme behoeften bij de volgende (subtiele) signalen:

- Zoeken naar intimiteit en nabijheid.
- Zich opvallend presenteren of aandacht trekken.
- Aftasten van seksuele oriëntatie en genderidentiteit.
- Romantische interesse tonen.
- Seksuele nieuwsgierigheid tonen.
- Flirtende of seksueel getinte taal gebruiken.
- (Indirect) seksuele of intieme wensen benoemen.
- Seksuele handelingen bij zichzelf uitvoeren.
- Seksuele handelingen met anderen uitvoeren.
- Seksueel geladen onrustig of ongepast gedrag vertonen.
- Seksueel grensoverschrijdend handelen.

Zie [Tabel 4.1 Overzicht met \(subtiele\) signalen van seksuele en intieme behoeften](#) voor voorbeelden bij ieder type signaal.

Interpreteer mogelijke (subtiele) signalen van seksuele en intieme behoeften altijd in de context van de (seksuele en intieme) levensloop van een cliënt en diens aandoeningen en beperkingen. Denk hierbij vanuit het biopsychosociaal model. Een zichtbaar signaal weerspiegelt niet altijd een werkelijke behoefte en behoeften kunnen ook onzichtbaar blijven. Houd er rekening mee dat dergelijke signalen ook andere betekenissen (zoals negatieve ervaringen of spanning) of oorzaken (zoals ziekte, medicatie-effecten of een lager ontwikkelingsniveau) kunnen hebben.

Normaliseer een lichamelijke seksuele reactie (bv. een erectie) tijdens zorgmomenten. Benoem rustig wat je ziet en geef uitleg dat dit een normale lichamelijke reactie kan zijn. Pauzeer het zorgmoment wanneer mogelijk, bied de cliënt privacy en spreek af wanneer je terugkomt om de zorg te vervolgen.

Let bewust op gevolgen van fysieke en psychische beperkingen op de beleving van seksualiteit en intimiteit. Beschouw deze als indirecte signalen van mogelijke onvervulde behoeften. Gebruik functionele en laagdrempelige vragen over bijvoorbeeld mobiliteit, uithoudingsvermogen, gevoel en pijn.

Bespreek complexe, onbegrepen of aanhoudende signalen multidisciplinair voor een gezamenlijke duiding.

Wees bij het interpreteren van signalen bewust van eigen normen, gevoelens en grenzen. Bespreek twijfels of dilemma's in intervisie of teamoverleg.

1.3 Faciliteren van behoeften rond seksualiteit en intimiteit

Op welke wijze kunnen zorgverleners passend faciliteren in seksuele en intieme behoeften van cliënten in de langdurige zorg?

Ondersteun en begeleid cliënten, afhankelijk van hun behoeften, bij het realiseren van hun

seksuele en intieme behoeften, door:

- *Kennis en vaardigheden*: bied seksuele en relationele voorlichting op maat, in begrijpelijke taal, met visuele ondersteuning en herhaling.
- *Autonomie en consent*: ga uit van de wensen en grenzen van de cliënt en ondersteun diens beslisvaardigheid.
- *Praktische mogelijkheden*: ondersteun cliënten bij ontmoeting, passende hulpmiddelen en veilige vormen van lichamelijk contact.
- *Fysieke, sociale en organisatorische randvoorwaarden*: waarborg privacy en organisatorische ondersteuning, en hanteer juridische, ethische en professionele kaders.

Werk multidisciplinair samen bij het faciliteren van seksuele en intieme behoeften. Bespreek complexe of aanhoudende vraagstukken multidisciplinair voor een zorgvuldige en gedeelde besluitvorming. Gebruik de bijlage [Overzicht van zorgdisciplines](#) om te bepalen welke discipline welke bijdrage kan leveren en verwijs gericht door als dat nodig is.

Stem ondersteuning altijd af op cognitieve, communicatieve, fysieke en sociale mogelijkheden van de cliënt. Onderzoek altijd zorgvuldig de werkelijke behoefte van de cliënt, voordat ondersteuning zoals hulpmiddelen, erotisch materiaal of seksuele dienstverlening worden ingezet.

Evalueer regelmatig samen met de cliënt het effect van de ondersteuning. Bespreek of bijstelling of voorzetting nodig is en pas het tempo aan op wat de cliënt nodig heeft.

Stem met de cliënt af welke zorgverlener het meest geschikt is om de ondersteuning te bieden, vooral bij intieme of kwetsbare handelingen.

Borg veiligheid, wederkerigheid en duidelijke grenzen. Wees alert op risico's zoals misverstanden, grensoverschrijdend gedrag of ongemak bij medebewoners of naasten en bespreek deze actief indien nodig.

1.4 Bevorderen van de professionele houding van zorgverleners

Hoe kan een professionele houding van zorgverleners ten aanzien van seksualiteit en intimiteit van cliënten in de langdurige zorg worden bevorderd?

Voor zorgverleners

Volg training over seksualiteit en intimiteit bij cliënten in de langdurige zorg om de professionele houding te versterken.

Maak reflectie en bespreking van seksualiteit en intimiteit vast onderdeel van het professioneel handelen, bijvoorbeeld via:

- *Individuele begeleiding en reflectie*, door zelfreflectie, coaching of intervisie.
- *Bespreking van seksualiteit en intimiteit binnen zorg- en behandelteams*, geïntegreerd in de diverse overlegstructuren binnen de organisatie.
- *Themabijeenkomsten* over seksualiteit en intimiteit.

Herken ethische en morele dilemma's en breng deze in bij teamreflectie en moreel beraad voor een zorgvuldige afweging.

Voor zorgorganisaties

Organiseer structurele training over seksualiteit en intimiteit, met aandacht voor zowel kennis als attitudevorming. Bied maatwerk: de meest geschikte training (inhoud, werkvorm, modaliteit en groepsgrootte) is afhankelijk van het doel en de voorkeuren van de zorgverlener of zorgorganisatie.

Faciliteer tijd, ruimte en overlegstructuren voor verschillende vormen van professionalisering.

Creëer organisatiebrede randvoorwaarden die een professionele houding ondersteunen. Denk hierbij aan een inclusieve en veilige organisatiecultuur, duidelijke beleidskaders, betrokken leiderschap en privacyvoorzieningen.

1.5 Samenwerking met naasten

Op welke manier kunnen zorgverleners en naasten het best samenwerken in de zorgdriehoek 'cliënt-zorgverlener-naaste' om tegemoet te komen aan de seksuele en intieme behoeften van cliënten in de langdurige zorg?

Betrek primair de cliënt bij gesprekken en beslissingen over seksualiteit en intimiteit. Betrek naasten alleen met toestemming van de cliënt.

Maak vooraf duidelijke afspraken over welke naaste als gesprekspartner fungeert. Wijs daarnaast een zorgverlener aan als aanspreekpunt voor naasten.

Laat naasten bij de intake en met enige regelmaat weten dat seksualiteit en intimiteit binnen de organisatie bespreekbaar zijn. Op die manier kunnen zij een gesprek aanvragen als daar behoefte of noodzaak toe is.

Bied cliënten zonder betrokken of beschikbare naasten gelijke ondersteuning, bijvoorbeeld via een cliëntvertrouwenspersoon.

Maak onderscheid tussen partnerrelaties en andere naaste-relaties, omdat seksualiteit en intimiteit binnen partnerrelaties een andere betekenis en dynamiek hebben. Houd rekening met veranderingen door ziekte, afhankelijkheid of rolverschuivingen. Bied met toestemming van de cliënt ook ruimte voor gesprek en ondersteuning gericht op het behouden van een veilige, betekenisvolle en respectvolle relatie.

Ga bij weerstand van naasten met hen in gesprek, erken hun zorgen en leg duidelijk uit dat de autonomie en het welzijn van de cliënt leidend zijn. Geef uitleg over professionele kaders en hoe veiligheid wordt gewaarborgd. Schakel indien nodig aanvullende ondersteuning in en leg afspraken zorgvuldig vast.

1.6 Organisatie van zorg

Hoe kan de organisatie van zorg optimaal bijdragen aan het achterhalen van en faciliteren in seksuele en intieme behoeften van cliënten in de langdurige zorg?

Ontwikkel en borg (nieuw) organisatiebreed beleid waarin seksualiteit en intimiteit als integraal onderdeel van de zorg worden gezien. Zorg voor een inclusieve, veilige en open organisatiecultuur waarin diversiteit wordt erkend en seksualiteit en intimiteit zonder taboe bespreekbaar zijn. Leg dit beleid structureel vast in werkprocessen, protocollen en zorg- of behandelplannen.

Maak gebruik van checklists om beleid te controleren en, zo nodig, te verbeteren.

Stel een expertiseteam of aandachtsfunctionaris seksualiteit en intimiteit aan binnen de organisatie.

Zorg voor voldoende (bij)scholing en training van zorgverleners om de houding en gespreksvaardigheden van zorgverleners rondom seksualiteit en intimiteit te verbeteren. Zie het hoofdstuk [Bevorderen van de professionele houding van zorgverleners](#) voor meer specifieke aanbevelingen.

Zie seksualiteit en intimiteit als gezamenlijke verantwoordelijkheid binnen de zorgorganisatie waarin iedereen eigen expertise heeft. Maak afspraken over naar wie en wanneer je kunt doorverwijzen.

2. Algemene inleiding

Autorisatiedatum 30-06-2026 Beoordelingsdatum 30-06-2026

2.1 Aanleiding en doel

Seksualiteit en intimiteit zijn belangrijke onderdelen van de kwaliteit van leven, ook voor mensen die langdurige zorg ontvangen. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie hebben: "alle mensen [het recht] om hun seksualiteit te vervullen en uiten en seksuele gezondheid te genieten, met inachtneming van de rechten van anderen en binnen het kader van bescherming tegen discriminatie"¹. Deze rechten vormen onderdeel van de bredere mensenrechten en verdienen blijvende aandacht, zeker nu maatschappelijke waarden en normen rondom seksualiteit en intimiteit onder druk staan. Uit verschillende rapporten, literatuur en [interviews met cliënten](#) blijkt dat veel cliënten behoefte hebben aan seksualiteit en intimiteit en dat een aanzienlijk deel ook seksueel actief is^{2 3 4}. Onder 75-plussers is zo'n 27% seksueel actief⁵; voor mensen met een verstandelijke beperking in Nederland zijn geen eenduidige cijfers beschikbaar. Deze cijfers onderstrepen dat seksualiteit en intimiteit voor veel cliënten een betekenisvol en levend thema zijn. Daarom is het belangrijk oog te hebben voor behoeften én voor de rechten van cliënten rondom seksualiteit en intimiteit.

Aanleiding voor de richtlijn

Eén van de grootste knelpunten in de langdurige zorg is het taboe dat rust op seksualiteit en intimiteit en de handelingsverlegenheid die hierbij wordt ervaren^{6 7}. Zowel cliënten en naasten als zorgverleners ervaren belemmeringen om deze thema's openlijk te bespreken⁷. In de internationale literatuur wordt beschreven dat vaak wordt aangenomen dat mensen die langdurige zorg ontvangen geen seksuele of intieme behoeften hebben^{8 9}.

Zorgverleners ervaren daarnaast vaak een dilemma. Enerzijds willen zij cliënten de ruimte bieden om hun seksuele en intieme behoeften te uiten en te verkennen; anderzijds dragen zij verantwoordelijkheid voor de veiligheid van cliënten, mede-cliënten en collega-zorgverleners^{10 6}. In de praktijk wordt regelmatig gedacht dat openheid over seksualiteit en intimiteit het risico op, of de kwetsbaarheid voor, seksuele risico's zoals soa's of grensoverschrijdend gedrag vergroot. Deze aanname leidt er soms toe dat het onderwerp wordt vermeden⁶. In werkelijkheid laat onderzoek zien dat openheid over seksualiteit en intimiteit juist bijdraagt aan veiligheid: het bespreekbaar maken van seksualiteit verlaagt drempels, doorbreekt taboes en helpt zorgverleners eerder signalen te herkennen^{11 12}. Daardoor ondersteunt openheid een veilige, duidelijke en zorgvuldige omgang met seksualiteit en intimiteit en werkt openheid preventief tegen seksuele risico's.

Door deze combinatie van factoren blijven onderliggende behoeften vaak onbesproken en onopgemerkt, terwijl seksualiteit en intimiteit onderdeel zijn van het dagelijks handelen van cliënten, net als eten, rusten, contact en zelfzorg. Daarnaast speelt er een grote diversiteit aan uitingsvormen van seksualiteit en intimiteit in de langdurige zorg. Door een combinatie van persoonlijke overtuigingen, sociale en morele opvattingen, praktische beperkingen en een gebrek aan duidelijk beleid, is het voor zorgverleners complex om hier adequaat mee om te gaan¹³. Voor mensen met een verstandelijke beperking geldt bovendien dat zij vaak levenslang ondersteuning ontvangen, waarbij seksuele en intieme behoeften per

levensfase kunnen veranderen.

Toch hebben cliënten recht op en behoefte aan een open, positieve en respectvolle benadering van hun seksuele en intieme behoeften. Seksualiteit en intimiteit zijn immers normale, plezierige en betekenisvolle onderdelen van het leven. Het bespreekbaar maken en ondersteunen ervan draagt bij aan betekenisvolle participatie: cliënten worden erkend als volledige personen, met wensen, grenzen en voorkeuren die invloed hebben op hun dagelijks functioneren. Door seksualiteit en intimiteit open en respectvol te integreren in dagelijkse zorginteracties en formele zorgmomenten, ontstaat ruimte voor passende ondersteuning en voor het gezamenlijk leren wat wenselijk, passend en respectvol is in de omgang met zichzelf en anderen. Dit draagt uiteindelijk bij aan zowel de veiligheid als de kwaliteit van leven van cliënten. Zorgorganisaties zijn medeverantwoordelijk om beleid en praktijk zo in te richten dat seksualiteit en intimiteit positief en respectvol worden benaderd.

Doel van de richtlijn

Het doel van deze richtlijn is om zorgverleners vanuit multidisciplinair perspectief handvatten te bieden bij het communiceren over, signaleren van en het omgaan met de behoefte aan seksualiteit en intimiteit bij cliënten in de langdurige zorg. Daarnaast kan de richtlijn ondersteuning bieden in de vorm van mogelijke interventies die kunnen worden ingezet om tegemoet te komen aan de behoeften van cliënten. Ook kan de richtlijn gebruikt worden als hulpmiddel bij het nemen van beslissingen in de dagelijkse praktijk. De richtlijn beoogt hiermee de kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven voor cliënten in de langdurige zorg te verbeteren.

2.2 Seksualiteit en intimiteit

Seksualiteit en intimiteit

Seksualiteit wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie gedefinieerd als "een centraal aspect van mens-zijn gedurende het hele leven en omvat geslacht, genderidentiteiten en -rollen, seksuele oriëntatie, erotiek, plezier, intimiteit en voortplanting"¹⁴. Seksualiteit wordt bepaald door geslacht, identiteit, seksuele oriëntatie, gevoelens, verlangens, opwinding, ervaringen, gedrag, omgeving en activiteiten^{14 15}. Seksualiteit heeft een biopsychosociaal karakter. Hierbij beïnvloeden biologische, psychologische en sociale factoren elkaar voortdurend. Biologisch gaat het om hormonale, anatomische en fysiologische processen. Denk aan de invloed van hormonen, de werking van het voortplantingsorgaan, medicatiegebruik, lichamelijke aandoeningen en syndromen, genitale reacties en pijn. Psychologisch spelen processen zoals mentale gezondheid, emoties en gedachten, (weer)zin in seksualiteit, zelfbeeld, lichaamsbeeld en algemeen emotioneel welzijn. Ook gevoelens van eenzaamheid en ervaringen van rouw en verlies kunnen hierin sterk doorwerken en de behoefte van seksualiteit of intimiteit beïnvloeden. Sociaal gaat het om factoren als culturele en religieuze waarden en normen, maatschappelijke verwachtingen, sociale participatie, sociaaleconomische omstandigheden, het sociaal netwerk en de manier waarop binnen relaties wordt gecommuniceerd¹⁶.

Seksualiteit kan verbonden zijn met intimiteit. Hierbij spelen emotionele en fysieke aspecten van seksualiteit een belangrijke rol om verbondenheid, vertrouwen en nabijheid uit te drukken¹⁷. Seksualiteit en intimiteit kunnen ook los van elkaar bestaan. Intimiteit vormt de basis van menselijke, romantische, vriendschappelijke en familierelaties waarin kwetsbaarheid een belangrijke rol speelt. Intimiteit heeft betrekking op verbondenheid, vertrouwen en nabijheid tijdens emotionele (affectie en liefde), fysieke

(veiligheid en comfort), intellectuele (steun), spirituele en sociale (verbondenheid) ervaringen. Intimiteit is niet altijd van seksuele aard en kan voorkomen in andere relationele vormen. Toch ligt de nadruk van deze richtlijn op intimiteit in romantische en seksuele relaties omdat daar vaak de grootste taboes op rusten en er weinig over wordt gesproken.

Seksuele en intieme behoeften

Er kunnen verschillende soorten seksuele en intieme behoeften worden onderscheiden die ook kunnen opgaan voor cliënten in de langdurige zorg. Denk bijvoorbeeld aan:

- Fysieke behoeften ^{8 18} : lichamelijk contact, seksuele activiteiten.
- Emotionele behoeften ⁸ : affectie, wederkerigheid, zich geliefd of aantrekkelijk voelen.
- Identiteits- en gendergerelateerde behoeften: uiten van eigen genderidentiteit, erkenning van een partnerrelatie door de omgeving (bijvoorbeeld bij afwijkende culturele, religieuze of heteronormatieve normen), ruimte om seksuele oriëntatie openlijk te uiten.
- Behoeften rondom veiligheid en bescherming: bescherming tegen ongewenst gedrag, duidelijke grenzen bij lichamelijke verzorging, veilige omgeving waarin men zich vrij voelt om over seksualiteit te praten, bescherming tegen zwangerschap en seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's), ondersteuning bij veilig gebruik van internet en sociale media (zoals het herkennen van catfishing, chantage en digitaal seksueel grensoverschrijdend gedrag).
- Behoeften rondom autonomie en zelfbeschikking ¹⁸ : eigen keuzes maken over seksuele of romantische relaties, zeggenschap over het bezoek van een partner, zelf bepalen hoe en met wie men intimiteit ervaart.
- Informatiebehoeften ¹⁸ : kennis over het lichaam, (veilige) seks, seksuele gevoelens, lichamelijke veranderingen bij ouderdom of aandoeningen.
- Praktische behoeften: privacy, hulpmiddelen, ondersteuning van zorgverleners, omgeving met respectvolle regels.

Seksualiteit en intimiteit in de langdurige zorg

Binnen de langdurige zorg kunnen uiteenlopende factoren de seksualiteitsbeleving van cliënten negatief beïnvloeden.

Lichamelijke en cognitieve factoren

Aandoeningen en beperkingen hebben grote invloed op de seksualiteitsbeleving ^{6 19}. Chronische ziekten en lichamelijke of cognitieve aandoeningen kunnen het seksueel functioneren beperken door symptomen, de ([bijwerkingen](#) van de) behandeling/medicatie of veranderingen in lichaamsbeleving en zelfbeeld. Iemands seksualiteit kan direct worden aangetast, bijvoorbeeld door opwindings- of orgasmeproblemen of door hormonale of neurologische veranderingen. Daarnaast kan seksualiteit ook indirect worden beïnvloed, bijvoorbeeld door pijn, vermoeidheid of psychische en relationele problemen als gevolg van de aandoening. Bij mensen met een verstandelijke beperking kan de emotionele ontwikkeling achterblijven op de lichamelijke ontwikkeling, waardoor seksuele gevoelens, behoeften en uitingen niet altijd passen bij de kalenderleeftijd ²⁰. Het ontwikkelingsniveau bepaalt in sterke mate hoe seksuele behoeften worden ervaren, geuit en welke ondersteuning passend is.

Zorghulpmiddelen en zorgomgeving

Zorghulpmiddelen zoals hoog-laagbedden, katheters ^{21 22} of incontinentiemateriaal kunnen het lichaamsbeeld of de seksualiteitsbeleving beïnvloeden. Daarnaast kunnen sociale druk en een gebrek

aan privacy een rol spelen ^{2 23}. Institutionele regels en afhankelijkheid van (informele) zorgverleners beperken vaak de mogelijkheden om zelfstandig invulling te geven aan seksualiteit en intimiteit ²⁰.

Lichamelijke zorg en autonomie

Een bijkomende complexiteit is dat in de langdurige zorg fysiek contact vaak functioneel van aard is, bijvoorbeeld bij verzorging en hygiëne. Hierdoor ervaren cliënten hun lichaam niet altijd meer als privé of autonoom. Wanneer meerdere zorgverleners betrokken zijn bij de lichamelijke zorg, kan het gevoel ontstaan dat het lichaam een object is waaraan handelingen worden verricht, in plaats van een onderdeel van de eigen identiteit en beleving.

Houding van zorgverleners

Ook de houding van zorgverleners heeft invloed ^{24 13 7}. Persoonlijke overtuigingen, religieuze en culturele normen en waarden, maatschappelijke taboes ^{25 26 8} en handelingsverlegenheid ²⁷ kunnen ertoe leiden dat seksualiteit en intimiteit niet actief worden besproken of zelfs worden vermeden. Hierdoor blijven seksuele of intieme behoeften soms onopgemerkt.

Communicatie en persoonlijke ervaringen van cliënten

Voor cliënten kan het lastig zijn om hun eigen behoeften aan te voelen, dit (non)verbaal te uiten en situaties rondom seksualiteit en intimiteit goed in te schatten ⁷. Negatieve ervaringen uit het verleden - die bij cliënten in de langdurige zorg vaker voorkomen ⁴ - kunnen bovendien invloed hebben op hoe iemand seksualiteit en intimiteit ziet. Dit kan leiden tot vervaging van grenzen, waardoor seksueel grensoverschrijdend gedrag gemakkelijker kan ontstaan.

Diversiteit en de LHBTIQA+-gemeenschap

Net als alle andere cliënten hebben mensen binnen de LHBTIQA+-gemeenschap unieke behoeften rondom seksualiteit en intimiteit. Hun seksuele oriëntatie of genderidentiteit maakt hen geen aparte groep binnen deze richtlijn; deze aspecten worden meegenomen in de individuele zorg en ondersteuning. Diversiteit is breder dan seksuele oriëntatie en genderidentiteit. Ook factoren als persoonlijke ervaringen, levensfase, cultuur en religie spelen een wezenlijke rol in hoe cliënten seksualiteit en intimiteit beleven en welke behoeften zij hebben. Zorgverleners moeten daarom alert zijn op uiteenlopende achtergrondfactoren.

Mensen binnen de LHBTIQA+-gemeenschap kunnen wel extra kwetsbaar zijn door eerdere ervaringen met afwijzing of onbegrip. Zij kunnen te maken hebben met minderheidsstress, discriminatie, uitsluiting en eenzaamheid ^{28 29 30}. Dit hangt soms samen met het (deels) verbergen van de seksuele oriëntatie of genderidentiteit ³⁰ of met het verliezen van contact met de gemeenschap ²⁸. Dit kan invloed hebben op hun seksuele en intieme behoeften en de wijze waarop zij deze uiten. Het is daarom belangrijk dat zorgverleners ook alert zijn op dit soort signalen en een veilige, inclusieve omgeving bieden waarin cliënten zich gezien, erkend en vrij voelen om zichzelf te zijn en te uiten.

2.3 Doelpopulatie

De doelpopulatie van de richtlijn zijn cliënten die langdurige zorg ontvangen. Zij ontvangen langdurige zorg vanwege een (combinatie van) psychogeriatrische aandoening(en), verstandelijke beperking, gerontopsychiatrische aandoening(en), lichamelijke handicap(s) en/of somatische aandoening(en).

SKILZ omschrijft langdurige zorg als: zorg en ondersteuning die structureel en veelal blijvend is, vaak op dagelijkse basis. Deze zorg en ondersteuning richt zich meer op bevorderen of behouden van kwaliteit van leven, en minder op genezing. Langdurige zorg is bedoeld voor mensen die door beperkingen in het functioneren afhankelijk zijn van hulp of zorg van anderen. De zorg en ondersteuning kan worden geleverd door zorgverleners en/of naasten, en kan vallen onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz) of de Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP). De langdurige GGZ valt buiten de reikwijdte van SKILZ-richtlijnen. De GGZ kent eigen landelijke zorgstandaarden en een ander zorg- en bekostigingskader.

Langdurige zorg wordt thuis of in een zorginstelling gegeven. In de thuissituatie wordt deze bijvoorbeeld door de wijkverpleging of -verzorging gegeven. Bij zorginstellingen kan gedacht worden aan woonzorgcentra, locaties voor kleinschalig wonen of verpleeghuizen.

Deze richtlijn richt zich op (jong)volwassen cliënten (18 jaar en ouder) in de langdurige zorg. Minderjarigen zijn niet opgenomen vanwege de diversiteit en complexiteit van deze groep en het gebrek aan passende literatuur. De richtlijn kan wel ondersteunend zijn bij jongere cliënten. Daarnaast bestaan er andere richtlijnen en hulpmiddelen die specifiek ingaan op seksualiteit en intimiteit bij minderjarigen, zoals de Richtlijn Seksuele ontwikkeling van Jeugdhulp en jeugdbescherming ³¹, die [specifieke aandachtspunten](#) beschrijft voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking (LVB). Ook biedt de website [Seksuele vorming](#) hulp bij onder andere seksuele vorming bij minderjarigen in het (voortgezet) speciaal onderwijs. Ten slotte bestaat het werkboek [Zorg voor kinderen met een ernstige meervoudige beperking](#) van de sectie erfelijke en aangeboren aandoeningen (EAA) van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK). Hierin wordt aandacht besteed aan [psychoseksuele ontwikkeling](#).

2.4 Doelgroep

De richtlijn is geschreven voor alle zorgverleners die zorg en ondersteuning bieden aan cliënten die langdurige zorg ontvangen en betrokken zijn bij seksualiteit en intimiteit van cliënten.

Dit zijn: artsen verstandelijk gehandicapten, begeleiders, ergotherapeuten, geestelijk verzorgers, (GZ-)psychologen, maatschappelijk werkers, orthopedagoog(-generalisten), physician assistants, vaktherapeuten, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en verzorgenden. Hoewel zij vaak één van bovenstaande basisberoepen hebben, verdienen seksuologen, consultants seksuele gezondheid (CSG) en zorgverleners met een aantekening seksuologie specifiek aandacht als doelgroep voor deze richtlijn.

Daarnaast kan de richtlijn ook nuttig zijn voor andere zorgverleners in de langdurige zorg of zorgverleners werkzaam in andere settings die te maken krijgen met cliënten uit de langdurige zorg, zoals zorgverleners werkzaam in ziekenhuizen of in de GGZ-zorg. Deze richtlijn is niet ontwikkeld voor huisartsen. De huisarts levert basisaanbod huisartsgeneeskundige zorg en voor huisartsen zijn de eigen NHG-standaarden leidend.

Ook cliënten, naasten en informele zorgverleners (mantelzorgers en vrijwilligers) kunnen de richtlijn gebruiken als hulpmiddel in de dagelijkse praktijk. Zorgaanbieders en andere professionals werkzaam in de zorgsector (bijvoorbeeld beleidsmedewerkers of onderzoekers) kunnen de inhoud van de richtlijn gebruiken om de zorg in te richten en beleid te ontwikkelen op het gebied van seksualiteit en intimiteit.

2.5 Wat voegt deze richtlijn toe?

De multidisciplinaire SKILZ-richtlijn is een aanvulling op al bestaande kwaliteitsinstrumenten en hulpmiddelen, doordat deze zich specifiek richt op de langdurige zorg. De kwaliteitsinstrumenten die beschikbaar zijn gaan in op veranderingen in seksuele gezondheid, kinderwens of seksuele problematiek; niet op wensen en behoeften op het gebied van seksualiteit en intimiteit. Bovendien zijn ze monodisciplinair. Hieronder is een (mogelijk niet-uitputtend) overzicht opgenomen van de richtlijnen die op dit moment beschikbaar zijn.

- V&VN, 2022: Veranderende seksuele gezondheid ³².
- NVAVG, 2016: Kinderwens en anticonceptie bij mensen met een verstandelijke beperking (in herziening) ³³.
- MEE Nederland, 2009: Kinderwens en ouderschap van mensen met een verstandelijke beperking ³⁴.
- NHG, 2015: Seksuele klachten ³⁵.
- Akwa GGZ, 2018: Seksuele disfuncties ³⁶.

Er is voornamelijk een gebrek aan kwaliteitsinstrumenten voor zorgverleners die werken met mensen met een verstandelijke beperking en andere zorgverleners dan verpleegkundigen en verzorgenden. Daarnaast kan zich in de langdurige zorg specifieke problematiek voordoen. Zo kunnen zorgmaatregelen, het wonen in een zorginstelling, en beperkingen of aandoeningen seksualiteit en intimiteit beïnvloeden. Ook kunnen cliënten last hebben van cognitieve achteruitgang en moeite met communicatie. Dit kan het signaleren van en omgaan met seksuele en intieme behoeften bemoeilijken. Ten slotte lijkt het aanbod aan richtlijnen en hulpmiddelen niet goed bij zorgverleners bekend te zijn. Dit kan duiden op een behoefte aan overzicht en bundeling van kennis en hulpmiddelen.

2.6 Begrippen en afkortingen

Begrippen

Algemene begrippen

De onderstaande begrippen zijn algemeen gedefinieerd door het bureau van SKILZ en worden in alle richtlijnen op dezelfde manier gehanteerd. Deze definities zijn herzien en vastgesteld in mei 2025.

- **Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL):** De basisactiviteiten die mensen dagelijks uitvoeren om voor zichzelf te zorgen. Deze handelingen zijn essentieel voor het functioneren en omvatten basale zelfzorgtaken zoals wassen en aankleden, toiletbezoek en zich verplaatsen.
- **Formele zorgverlener:** Een professional die op basis van deskundigheid/registratie zorg verleent en hiervoor salaris ontvangt. Hiermee bedoelen we iedereen die binnen zorg en welzijn professionele ondersteuning, begeleiding, verzorging, verpleging of behandeling biedt aan mensen met een zorgvraag ³⁷.
- **Informele netwerk:** Het informele netwerk is gedefinieerd als het bredere sociale netwerk dat verder betrokken is bij de cliënt. Hierbij valt te denken aan vrienden, burens, medebewoners, groepsgenoten of kennissen.
- **Informele zorgverlener:** Een informele zorgverlener is in deze richtlijn gedefinieerd als een

persoon die onbetaald hulp biedt aan mensen met uiteenlopende gezondheidsproblemen. Hierbij wordt de hulp niet gegeven in het kader van een professioneel beroep. Voorbeelden van informele zorgverleners zijn vrijwilligers, mantelzorgers of naasten ³⁸.

- **Langdurige zorg:** Dagelijkse, blijvende zorg die gericht is op behoud en bevordering van de kwaliteit van leven. Het kan hierbij gaan om formele en informele zorg. Cliënten die langdurige zorg ontvangen, kunnen zowel thuis wonen als in een instelling.
- **Mantelzorger:** In deze richtlijn is een mantelzorger gedefinieerd als een persoon die hulp, begeleiding en/of zorg aan een cliënt biedt. Hierbij wordt de hulp niet in het kader van een professioneel beroep of vrijwilligerszorg geboden, maar door de directe omgeving van de cliënt ³⁹. Mantelzorgers mogen ook risicovolle of voorbehouden handelingen uitvoeren, als zij dit zorgvuldig en met instemming van de cliënt doen. Het is dan belangrijk dat de handeling is aangeleerd door een formele zorgverlener en dat de mantelzorger zich bekwaam voelt om de handeling uit te voeren ⁴⁰.
- **Mensen met een gerontopsychiatrisch probleem:** Mensen met gerontopsychiatrische problemen kampen al een groot deel van hun leven met psychiatrische problematiek. Kenmerkend is dat er sprake is van een stapeling van problemen. Naast de psychiatrische problematiek zijn er op nog minimaal twee, maar meestal meer, domeinen problemen: gedrag, cognitie, lichamelijke gezondheid, (i)ADL en/of sociale betrokkenheid. Mensen met gerontopsychiatrische problemen hebben vaak beperkt ziekte-inzicht en er is sprake van verlies van zelfregie ⁴¹.
- **Mensen met een lichamelijke handicap of somatische aandoening:** Een lichamelijke handicap is in deze richtlijn gedefinieerd als een fysieke aandoening die beperkingen geeft door stoornissen van het perifere en/of centrale zenuwstelsel en/of het bewegingsapparaat (bot-/spierstelsel, gewrichten en bindweefsel). Een lichamelijke handicap is niet te genezen. Een somatische aandoening is een actuele lichamelijke ziekte, aandoening of beperking. Een somatische aandoening kan door behandeling nog verbeteren. Een aantal aandoeningen zijn in de eerste fasen een somatische aandoening en gaan later over in een lichamelijke handicap. Er wordt dan eerst een wisselend patroon van klachten gezien met ook stabiele periodes. Later belemmeren de klachten het functioneren ernstig.
- **Mensen met een psychogeriatrische aandoening:** Een psychogeriatrische aandoening is in deze richtlijn gedefinieerd als een ziekte, aandoening of stoornis in of van de hersenen (mede) als gevolg van ouderdom. Deze aandoening gaat vaak gepaard met aantasting van het denkvermogen, gevoelsleven, intellect en het geheugen. Soms is er ook sprake van een afname van motorische functies en een vermindering van sociale redzaamheid. Dementie is een van de meest voorkomende aandoeningen die hieronder valt. Cliënten met jongdementie vallen ook onder deze groep.
- **Mensen met een verstandelijke beperking:** Een verstandelijke beperking is in deze richtlijn gedefinieerd volgens de internationale definitie, opgesteld door de American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD): 'Een verstandelijke beperking wordt gekenmerkt door aanzienlijke beperkingen in zowel intellectueel als adaptief functioneren. Dit zorgt ervoor dat er beperkingen zijn in conceptuele, sociale en praktische vaardigheden. Een verstandelijke beperking ontstaat voor de leeftijd van 22 jaar, tijdens de ontwikkeling' ⁴². Beperkingen in intellectueel functioneren hebben te maken met het IQ van een persoon. Internationaal wordt een IQ-bovengrens van 70-75 aangehouden voor iemand met een verstandelijke beperking ⁴². Beperkingen in adaptief functioneren zijn belemmeringen in dagelijkse vaardigheden zoals tijdsbesef, het aangaan van sociale contacten of het gebruiken van

een telefoon.

- **Naasten:** In deze richtlijn zijn naasten gedefinieerd als personen die dicht bij de persoon met een zorgvraag staan. Dit kunnen partners of andere familieleden zijn, maar ook goede burens of vrienden. Waar in de richtlijn over naasten gesproken wordt, kan ook verwanten gelezen worden.
- **Vrijwilliger:** In deze richtlijn zijn vrijwilligers gedefinieerd als mensen die vanuit een zorgaanbieder zorg bieden aan iemand met wie zij bij de start van hun taken nog geen persoonlijke band hebben. Vrijwilligers mogen onder voorwaarden verschillende zorgtaken uitvoeren. Als vrijwilligers voldoende geschoold of bekwaam zijn, mogen ze in opdracht van een formele zorgverlener ook risicovolle en voorbehouden zorghandelingen uitvoeren. Het is van belang dat het zowel voor de vrijwilliger als voor de professionele zorgverleners duidelijk is wie welke handeling beheerst en mag uitvoeren. De zorgaanbieder die vrijwilligers inzet, is verantwoordelijk voor het handelen van de vrijwilligers bij het uitvoeren van zorgtaken ⁴⁰.
- **Wettelijk vertegenwoordiger:** De persoon die door de cliënt schriftelijk is gemachtigd, of door de rechtbank is toegewezen (mentor of curator), om in diens plaats op te treden. Als die ontbreekt of niet optreedt, de echtgenoot, de geregistreerde partner of andere levensgezel, of als die ontbreekt of niet wenst op te treden, een ouder, kind, broer, zus, grootouder of kleinkind van de cliënt ⁴³.
- **Zorg- en ondersteuningsplan:** Een elektronisch (of schriftelijk) document waarin de afspraken over de zorg voor de cliënt worden vastgelegd. Met zorg- en ondersteuningsplan worden in deze richtlijn ook soortgelijke termen bedoeld, zoals zorgplan, zorgleefplan, begeleidingsplan en ondersteuningsplan.

Richtlijnspecifieke begrippen

De onderstaande begrippen zijn specifiek gedefinieerd door de werkgroep van deze richtlijn en gelden alleen binnen deze richtlijn.

- **Cisgender:** Iemands genderidentiteit komt overeen met het geslacht dat bij geboorte is toegewezen.
- **Eerste contactpersoon:** Een eerste contactpersoon is een persoon die door een cliënt (of diens vertegenwoordiger) is aangewezen om als centraal aanspreekpunt te fungeren voor familie, vrienden en andere naasten, en voor de zorginstelling zelf, met betrekking tot de zorg en het welzijn van de cliënt ⁴⁴. Deze persoon is niet altijd een wettelijk vertegenwoordiger.
- **Intimiteit:** Intimiteit vormt de basis van menselijke, romantische, vriendschappelijke en familierelaties waarin kwetsbaarheid een belangrijke rol speelt. Intimiteit heeft betrekking op verbondenheid, vertrouwen en nabijheid tijdens emotionele, fysieke, intellectuele, spirituele en sociale ervaringen. Intimiteit is niet altijd seksueel van aard. In deze richtlijn ligt de nadruk op intimiteit in de context van romantische en seksuele relaties, terwijl wordt onderkend dat intimiteit ook kan voorkomen in andere relationele vormen.
- **LHBTIQA+:** Deze afkorting beschrijft diverse seksuele oriëntaties en genderidentiteiten: lesbisch, homoseksueel, biseksueel, transgender, intersekse, queer en asexueel. De '+' staat voor alle andere vormen die niet heteroseksueel en cisgender zijn.
- **Seksualiteit:** Een centraal aspect van mens-zijn gedurende het hele leven. Seksualiteit omvat geslacht, genderidentiteiten en -rollen, seksuele oriëntatie, erotiek, plezier, intimiteit en voortplanting ¹⁵.
- **Seksueel grensoverschrijdend gedrag:** Gedrag dat seksueel (getint) van aard is en waarbij iemands grenzen worden overschreden. Dit kunnen zowel sociale als fysieke grenzen zijn ⁴⁵.

- **Seksuele oriëntatie:** Gaat over tot wie een persoon zich seksueel of romantisch aangetrokken voelt, met wie een persoon een relatie of seks zou willen, en over hoe die zichzelf noemt ⁴⁶. Seksuele oriëntatie is een fluïde begrip dat ook kan verwijzen naar verschillende voorkeuren, waaronder asexualiteit, als er geen behoefte is aan lichamelijk of seksueel contact ⁴⁷.

Afkortingen

Onderstaand zijn de afkortingen weergegeven zoals die in deze richtlijn gehanteerd worden:

- **AAIDD:** American Association on Intellectual and Developmental Disabilities
- **ADL:** Algemene dagelijkse levensverrichtingen
- **AI:** Artificial Intelligence
- **CSG:** Consulent seksuele gezondheid
- **EAA:** Erfelijke en aangeboren aandoeningen
- **ECD/EPD:** Elektronisch cliëntendossier/elektronisch patiëntendossier
- **EVV'er:** Eerst verantwoordelijke verzorgende/verpleegkundige
- **GGZ:** Geestelijke gezondheidszorg
- **GZ-psycholoog:** Gezondheidszorgpsycholoog
- **GZSP:** Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen
- **LHBTIQA+:** Lesbisch, homoseksueel, biseksueel, transgender, intersekse, queer en asexueel. De '+' staat voor alle andere vormen van seksuele oriëntatie en genderidentiteiten die niet heteroseksueel en cisgender zijn. Cisgender betekent dat iemands genderidentiteit overeenkomt met het geslacht dat bij geboorte is toegewezen.
- **LVB:** Licht verstandelijke beperking
- **MDO:** Multidisciplinair overleg
- **NHG:** Nederland Huisartsen Genootschap
- **NVK:** Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
- **NVVS:** Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie
- **IGJ:** Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
- **IQ:** Intelligentie quotiënt
- **ISEP:** Intimacy and Sexuality Expression Preference; voorkeuren voor de expressie van intimiteit en seksualiteit
- **PLISSIT:** Gespreksmodel dat zorgverleners helpt om op een gestructureerde manier seksuele problemen te bespreken en behandelen op basis van vier niveaus: P(ermission), L(imited) I(nformation), S(pecific) S(uggestions) en I(ntensive) T(herapy).
- **SGOG:** Seksueel grensoverschrijdend gedrag
- **SKILZ:** Stichting Kwaliteitsimpuls Langdurige Zorg
- **Soa:** Seksueel overdraagbare aandoening
- **SOFA:** Samenwerken, ondersteunen, faciliteren en afstemmen; model voor samenwerken met mantelzorgers.
- **RINO:** Stichting Regionaal Instituut voor Nascholing en Opleiding in de geestelijke gezondheidszorg.
- **VB:** Verstandelijke beperking
- **VGN:** Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
- **V&VN:** Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
- **NVAVG:** Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten

- **VWS:** Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- **Wkkgz:** Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
- **Wlz:** Wet langdurige zorg
- **Wmo:** Wet maatschappelijke ondersteuning
- **Zvw:** Zorgverzekeringswet

2.7 Algemene achtergrondgegevens

Deze richtlijn is ontwikkeld en wordt beheerd door Stichting Kwaliteitsimpuls Langdurige Zorg (SKILZ). De richtlijn werd gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De financier heeft geen invloed gehad op de inhoud van de richtlijn.

Publicatie en herziening

De publicatiedatum van deze richtlijn is 30 juni 2026. Uiterlijk in 2031 bepaalt het bestuur van SKILZ of (modulaire) herziening van deze richtlijn gewenst is. De aan de werkgroep verbonden organisaties delen de verantwoordelijkheid voor het actualiseren van de richtlijn. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de richtlijn te herzien. De geldigheid van de richtlijn komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn een herzieningstraject te starten.

Juridische betekenis

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar op 'evidence' gebaseerde inzichten en aanbevelingen waaraan zorgverleners moeten voldoen om kwalitatief goede zorg te verlenen. Na autorisatie van de richtlijn door een beroepsvereniging, wordt de richtlijn gezien als deel van de 'professionele standaard'. Aanbevelingen in een richtlijn zijn hoofdzakelijk gebaseerd op de 'gemiddelde' cliënt, en zijn dus mogelijk niet op elke individuele cliënt van toepassing. Er kunnen zich feiten of omstandigheden voordoen waardoor de zorgverlener beslist dat het wenselijk is om in het belang van de cliënt van de richtlijn af te wijken. Wanneer van de richtlijn wordt afgeweken, dient dit beargumenteerd en gedocumenteerd te worden.

3. Communicatie over seksualiteit en intimiteit

Autorisatiedatum 30-06-2026 Beoordelingsdatum 30-06-2026

3.1 Communicatie over seksualiteit en intimiteit

Cliënten beginnen vaak niet zelf over seksualiteit of intimiteit. Dit komt bijvoorbeeld door schaamte, taboe of omdat zij de indruk hebben dat dit onderwerp niet past binnen de zorgrelatie. Tegelijkertijd kunnen niet-benoemde of onbeantwoorde behoeften leiden tot een lagere kwaliteit van leven of tot onbegrepen gedrag. Voor zorgverleners kan het om verschillende redenen lastig zijn om seksuele en intieme behoeften van cliënten bespreekbaar te maken. In de [knelpunteninventarisatie](#) gaven zorgverleners aan dat zij handelingsverlegenheid ervaren en onvoldoende gespreksvaardigheden of handvatten hebben om dit gesprek met cliënten te voeren. Daarnaast bemoeilijken onvoldoende inzicht in de communicatie van cliënten en het niet goed kennen van hun leefwereld en achtergronden het bespreken van behoeften. In dit hoofdstuk worden handvatten gegeven voor hoe zorgverleners met cliënten kunnen communiceren over seksuele en intieme behoeften.

Uitgangsvraag

Welke methoden zijn het meest geschikt om met cliënten in de langdurige zorg te communiceren over hun seksuele en intieme behoeften?

Aanbevelingen

Neem het initiatief om seksualiteit en intimiteit met cliënten bespreekbaar te maken. Wacht niet tot cliënten het onderwerp zelf aankaarten; zij kunnen hierin terughoudend zijn. Iedere zorgverlener kan en mag dit gesprek initiëren.

Vraag altijd expliciet toestemming aan de cliënt voordat het onderwerp wordt aangesneden. Respecteer het als een cliënt (nog) niet wil praten of dit niet wil doen in aanwezigheid van bepaalde personen.

Verken seksualiteit en intimiteit op drie vaste momenten: tijdens de intake (aankondiging van verdiepend vervolgesprek), binnen zes weken na de intake (verdiepend vervolgesprek) en vervolgens structureel halfjaarlijks. Overweeg het gebruik van hulpmiddelen om gesprekken te ondersteunen en behoeften meer systematisch in kaart te brengen.

Houd in het dagelijks werk aandacht voor seksuele en intieme behoeften en wees alert op signalen of situaties die aanleiding geven voor een gesprek. Start zo nodig opnieuw het gesprek.

Gebruik het PLISSIT-model om gesprekken over seksualiteit en intimiteit stapsgewijs te verdiepen en te bepalen of doorverwijzing nodig is:

1. *Toestemming (Permission)*: nodig de cliënt uit om over seksuele en/of intieme behoeften te praten en normaliseer het.
 - Wij bij [*naam organisatie*] vinden het belangrijk om seksualiteit en intimiteit te bespreken, vind je het goed als ik je daar wat vragen over stel?
 - Mag ik je iets vragen over seksualiteit / jouw seksuele gezondheid / intimiteit / jouw relatie?
3. *Toegepaste informatie (Limited Information)*: verken seksuele en intieme behoeften met enkele kernvragen of korte informatie.
 - Gebruik screeningsvragen:
 - Wij weten dat seksualiteit en intimiteit voor veel mensen belangrijk kan zijn. Is dit voor jou ook zo?
 - Zijn er dingen die je mist of die je graag anders zou willen?
 - Wil je hier met iemand over praten?
 - Voer eventueel een uitgebreider gesprek: gebruik voorbeeldvragen of andere methoden (zie [Tabel 3.2 Methoden om over seksualiteit en intimiteit te communiceren](#)).
5. *Specifieke suggesties (Specific Suggestions)*: doe gerichte suggesties op basis van wat gesignaleerd en/of besproken is. Kijk voor mogelijkheden in het hoofdstuk [Faciliteren in behoeften rond seksualiteit en intimiteit](#).
6. *Therapie (Intensive Therapy)*: verwijs door naar seksuologische expertise als dit nodig is.

Stem de gespreksmethode af op de mogelijkheden en voorkeuren van de cliënt. Gebruik waar nodig eenvoudigere vragen of ondersteunende middelen zoals pictogrammen, tekeningen of praatplaten. Maak alleen gebruik van heteroanamnese als directe communicatie niet of onvoldoende mogelijk is.

Beoordeel of jij door persoonlijke grenzen, onvoldoende vertrouwensrelatie met de cliënt of voorkeuren van de cliënt de aangewezen persoon bent voor een vervolgesprek. Regel zo nodig een warme overdracht naar een geschikte collega en communiceer dit transparant met de cliënt.

Creëer een veilige, rustige en vertrouwde setting, met voldoende tijd en privacy. Gebruik taal die aansluit bij de cliënt: spiegel hun woorden, gebruik inclusieve termen (zoals 'partner'), en stem af op de gewenste aanspreekvorm en de levensgeschiedenis en culturele of religieuze achtergrond van de cliënt.

Bewaak professionele grenzen om ongemakkelijke situaties voor beide gesprekspartners te voorkomen. Wees duidelijk over je rol en beëindig of heroriënteer het gesprek als er ongemak ontstaat bij jou of de cliënt.

Rapporteer alleen informatie over seksualiteit en intimiteit die noodzakelijk is voor goede en veilige zorg, markeer deze als vertrouwelijk of afgeschermd indien mogelijk, en deel deze alleen met toestemming van de cliënt. Informeer cliënten vooraf over wat wordt vastgelegd en met wie dit wordt gedeeld. Wijk hiervan alleen af bij (dreigend) gevaar of ernstig nadeel, volgens het geldige afwegingskader.

Wees bewust van de professionele positie en handel vanuit gelijkwaardigheid, nieuwsgierigheid en een open, niet-oordelende houding, waarbij autonomie en zelfbeschikking van de cliënt voorop staan.

Onderbouwing

Om de uitgangsvraag van dit hoofdstuk te beantwoorden, is systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd naar de volgende onderzoeksvraag:

Welke methoden zijn geschikt om seksuele en intieme behoeften bij cliënten in de langdurige zorg te achterhalen?

De verantwoording van het literatuuronderzoek is in twee documenten te vinden. Lees de bijlage

[Verantwoording literatuuronderzoek - Algemeen](#) voor de overkoepelende beschrijving van de methode van het literatuuronderzoek voor deze richtlijn en de bijlage [Verantwoording literatuuronderzoek - Communicatie](#) voor de resultaten van het literatuuronderzoek van dit hoofdstuk.

Samenvatting van de literatuur

De literatuurstudie identificeerde in totaal zeven studies, waarvan drie literatuurstudies en vier individuele studies (een kwalitatieve studie, een mixed-methode studie, een Delphi-studie en een validatiestudie) die van toepassing zijn op de onderzoeksvraag. Twee studies ging over personen met een verstandelijke beperking en vijf over ouderen die langdurige zorg ontvangen.

Mate van vertrouwen	Conclusie
Laag	Het is mogelijk dat de ISEP-tool ouderen in de langdurige zorg ondersteunt bij het uiten van seksuele en intieme voorkeuren, mits voldoende training en een veilige context. <i>Jones et al. (2021, 2024)</i>
Laag	Het is mogelijk dat de IntiME-tool gesprekken over intimiteit en seksualiteit faciliteert via een praktijkgerichte en co-creatieve aanpak, de directe impact op het uiten van behoeften is nog onvoldoende onderzocht. <i>Van der Sluis et al. (2023)</i>
Zeer laag	Het is erg onzeker dat kwalitatieve gesprekstechnieken zoals interviews en observaties systematisch bijdragen aan het achterhalen van seksuele behoeften bij ouderen in langdurige zorginstellingen <i>Mahieu and Gastman (2015); Elias and Ryan (2010)</i>
Zeer laag	Het is erg onzeker dat het inzetten van de SexKEN-ID bij volwassenen met een verstandelijke beperking effectief ondersteunt bij het uiten van seksuele gevoelens en behoeften <i>Chrastina and Večeřová (2020)</i>
Zeer laag	Het is erg onzeker dat de SKKAT-tool geschikt is om seksuele behoeften en wensen rechtstreeks te exploreren bij volwassenen met een verstandelijke beperking, aangezien deze vooral gericht is op kennis en attitudes, verouderd is en moeilijk toepasbaar bij cliënten met beperkte verbale vaardigheden. <i>Chrastina and Večeřová (2020)</i>
Zeer laag	Het is erg onzeker dat de ASK-tool geschikt is om seksuele behoeften en wensen rechtstreeks te exploreren bij volwassenen met een verstandelijke beperking, aangezien deze vooral gericht is op kennis en attitudes. <i>Chrastina and Večeřová (2020)</i>

Zeer laag

Het is erg onzeker dat de **SexKunn-tool** geschikt is om seksuele behoeften en wensen rechtstreeks te exploreren bij volwassenen met een verstandelijke beperking, aangezien deze vooral gericht is op kennis en attitudes.
Svae et al. (2024)

Overwegingen

In deze paragraaf worden de overwegingen van de werkgroep weergegeven. Hierin gaat het over de resultaten van het literatuuronderzoek en overwegingen vanuit (klinische) expertise en ervaringen.

Communiceren over seksualiteit en intimiteit

Het bespreken van seksualiteit en intimiteit is essentieel om inzicht te krijgen in de behoeften van cliënten en om passende ondersteuning te bieden. Uit het literatuuronderzoek blijkt dat verschillende methoden, waaronder gesprekken, vragenlijsten en observaties, geschikt zijn om over seksuele en intieme behoeften te communiceren. De geschiktheid van een methode is sterk afhankelijk van de doelgroep, cognitieve mogelijkheden en zorgcontext. Gesprekken bieden ruimte voor nuance en persoonlijke expressie, maar missen vaak standaardisatie en evaluatiecriteria. Instrumenten zoals het Intimacy and Sexuality Expression Preference (ISEP; voorkeuren voor de expressie van intimiteit en seksualiteit)-instrument^{48 49} vormen een stap richting meer gestructureerde en toegankelijke gespreksvoering over seksualiteit en intimiteit, al is verdere validatie in diverse settings nodig. De eerste toepassingen tonen aan dat het instrument goed kan aansluiten bij de beleving van bewoners en zorgverleners⁴⁹. Het literatuuronderzoek benadrukt dat een open gesprek in een veilige context van vertrouwen, discretie en respect mogelijk belangrijker is dan de gekozen methode zelf.

Iedereen kan het gesprek over seksualiteit en intimiteit initiëren

Seksualiteit en intimiteit kunnen door alle zorgdisciplines als onderdeel van de zorgverlening bespreekbaar worden gemaakt. Tijdens de intake en bij evaluaties ligt de verantwoordelijkheid bij de zorgverlener die het gesprek aangaat. Maar ook tussen deze ijkmomenten door kan het gesprek klein worden ingestoken; zelfs tussen of tijdens zorgmomenten kunnen korte vragen worden gesteld. Als er behoefte aan is, en de zorgverlener zich bekwaam en prettig voelt, kan dit worden uitgebreid tot een uitgebreider gesprek.

Om professioneel en adequaat te communiceren over seksualiteit en intimiteit, is het belangrijk dat zorgverleners zich bekwaam en vrij voelen om dit onderwerp te bespreken. Veel zorgverleners beschikken al over de juiste gespreksvaardigheden, maar ervaren in de praktijk terughoudendheid omdat zij denken dat zij dit onderwerp niet mogen of niet behoren te bespreken. Daarom is niet alleen gerichte training belangrijk, maar ook een organisatiecultuur waarin duidelijk is dat het voeren van deze taken bij de zorgtaak hoort. Als binnen zorgteams open over seksualiteit en intimiteit wordt gesproken, raken zorgverleners vertrouwd met de taal en kunnen zij eventuele ongemakken delen. Ook ontstaat er een gezamenlijke en respectvolle manier van communiceren. Zie voor meer handvatten hierover het hoofdstuk [Bevorderen van de professionele houding van zorgverleners](#).

Het is daarnaast belangrijk te realiseren dat niet iedere zorgverlener op ieder moment de meest geschikte persoon is om een gesprek over seksualiteit en intimiteit met een cliënt te voeren. Soms kan een zorgverlener door eigen ervaringen, persoonlijke grenzen, onvoldoende kennis of sterke normen en

waarden het moeilijk vinden om een gesprek te voeren. Dit geldt ook voor zorgverleners die (nog) geen vertrouwensband met de cliënt hebben. Daarnaast kan een cliënt aangeven dit onderwerp liever met een andere zorgverlener te bespreken. Het serieus nemen van deze signalen draagt bij aan veiligheid en vertrouwen. Zo nodig kunnen andere zorgverleners betrokken worden om een uitgebreider gesprek te voeren over seksuele en intieme behoeften en wensen. Stem dit altijd af binnen het zorgteam.

Voor informele zorgverleners of vrijwilligers geldt dat zij gesprekken over seksualiteit en intimiteit in principe niet voeren. Vanwege de bescherming van de lichamelijke integriteit van cliënten hebben informele zorgverleners uitsluitend een signalerende rol: zij brengen zorgen of signalen altijd over aan een formele zorgverlener.

Momenten: structureel en incidenteel

Het is van groot belang dat seksualiteit en intimiteit structureel en cyclisch worden besproken, passend binnen het methodisch werken. Tijdens de intake moet er al aandacht zijn voor seksualiteit en intimiteit. Bij voorkeur vindt binnen de eerste zes weken na de intake een verdiepend gesprek over seksualiteit en intimiteit plaats. Benoem tijdens de officiële intake in aanwezigheid van naasten dat er op een later moment een uitgebreider gesprek over seksualiteit en intimiteit zal volgen. Zo weten naasten dat het onderwerp relevant is en kan de cliënt dit later bespreken met de zorgverlener en eventuele andere personen die de cliënt daarbij wil betrekken.

Structurele, halfjaarlijkse evaluaties zijn van belang om te monitoren of behoeften op het gebied van seksualiteit en intimiteit veranderen. Dit kan bijvoorbeeld bij ondersteunings- of zorgplanbesprekingen. Hiervoor moeten protocollen en formulieren rondom de intake en evaluaties zo worden ingericht dat seksualiteit en intimiteit structureel aan bod komen. Door dezelfde instrumenten of methoden herhaaldelijk te gebruiken, kan beter worden gevolgd hoe behoeften zich in de tijd ontwikkelen. Bovendien is het belangrijk dat seksualiteit en intimiteit regelmatig terugkeren op de agenda van vergaderingen op team- en organisatieniveau, zodat het thema structureel wordt geborgd binnen de organisatie.

Daarnaast zijn er ook incidentele, tussentijdse momenten die ruimte kunnen bieden om het gesprek over seksualiteit en intimiteit aan te gaan, bijvoorbeeld tussen of tijdens zorgmomenten. Een aanleiding kan ontstaan doordat een cliënt zelf een behoefte benoemt of een vraag stelt. Ook tijdens het bespreken of behandelen van bepaalde ziekten, klachten of bij medicijngebruik kan aanleiding ontstaan om door te vragen naar behoeften rond seksualiteit en intimiteit. Ten slotte is het van belang om alert te blijven bij bepaalde momenten zoals het ontstaan van nieuwe relaties⁵⁰ en op (onbegrepen) signalen (zie het hoofdstuk [Signalen van behoeften rond seksualiteit en intimiteit](#)) of zorgen, en waar nodig het gesprek over seksualiteit en intimiteit opnieuw aan te gaan.

Gespreksmethodiek: PLISSIT-model

De werkgroep beveelt aan om het PLISSIT-model te gebruiken voor gesprekken over seksualiteit en intimiteit. Dit is een raamwerk dat kan worden gebruikt ter indicatiestelling bij problemen of vragen rondom seksualiteit en intimiteit⁵¹. Het kan helpen om het gesprek aan te gaan en cliënten te begeleiden bij het vinden van manieren om hun behoeften te vervullen. Het PLISSIT-model bestaat uit meerdere niveaus, waarmee het gesprek over seksualiteit en intimiteit stapsgewijs kan worden verdiept. Niet het hele model hoeft bij elke cliënt of ieder gesprek doorlopen te worden. Houd rekening met de cliënt en pas vragen zo nodig aan of vereenvoudig ze.

Zie Tabel 3.1 voor een overzicht van de verschillende niveaus, die in overeenstemming met de Gesprekskaart van de V&VN-richtlijn Veranderende seksuele gezondheid³² en de Handreiking Seksualiteit en seksueel misbruik⁵² is opgesteld. Onder de tabel worden de verschillende niveaus verder toegelicht.

Tabel 3.1 PLISSIT model⁵¹

Niveau	Toelichting	Expertise/ zorgdiscipline
1. Toestemming (Permission)	Toestemming vragen en de cliënt uitnodigen om over seksuele en/of intieme behoeften te praten. Haalt het onderwerp uit de taboesfeer.	Iedereen.
2. Toegepaste informatie (Limited Information)	Informatie ophalen en basale informatie geven over seksuele en intieme behoeften.	Iedereen, mits comfortabel. Anders afstemmen binnen zorgteam en training overwegen.
3. Specifieke suggesties (Specific Suggestions)	Specifieke suggesties doen op basis van wat is gesignaleerd en/of besproken. Samen kunnen de praktische mogelijkheden worden onderzocht. Kijk in het hoofdstuk Faciliteren in behoeften rond seksualiteit en intimiteit voor meer specifieke aanknopingspunten van praktische mogelijkheden waaraan gedacht kan worden.	Iedereen; iedere zorgdiscipline heeft eigen expertise. Eventueel doorverwijzen.
4. Therapie (Intensive Therapy)	Doorverwijzing naar een deskundig zorgverlener. Besluit afhankelijk van de voorgaande stappen welke discipline het meest passend is.	Deskundig zorgverlener; Consulent Seksuele Gezondheid NVVS; Seksuoloog NVVS. Eventueel expertise buiten de organisatie ophalen.

Niveau 1: Toestemming (Permission)

Vraag altijd toestemming alvorens meer verdiepende vragen over seksualiteit en intimiteit te stellen. Het stellen van dit type vragen kan helpen om het onderwerp uit de taboesfeer te halen. Vraag bijvoorbeeld:

- Wij bij [naam organisatie] vinden het belangrijk om seksuele gezondheid te bespreken, vind je het goed als ik je daar wat vragen over stel?
- Mag ik je iets vragen over seksualiteit / jouw seksuele gezondheid / intimiteit / jouw relatie?

Niveau 2: Toegepaste informatie (Limited Information)

Binnen niveau twee kan informatie worden opgehaald en gegeven over seksualiteit en intimiteit. Ten eerste kunnen er screeningsvragen worden gesteld om te bepalen of een uitgebreider gesprek nodig is.

Er bestaat momenteel geen screeningsinstrument voor het laagdrempelig starten van een gesprek over seksualiteit en intimiteit in de langdurige zorg. De werkgroep stelt de volgende screeningsvragen voor:

- Wij weten dat seksualiteit en intimiteit bij iedereen belangrijk kan zijn. Is dit voor jou ook zo?
- Zijn er dingen die je mist of die je graag anders zou willen?
- Wil je hier met iemand over praten?

Hieruit kan blijken dat er behoefte is aan een uitgebreider gesprek. De werkgroep stelt, mede op basis van literatuuronderzoek⁵³, enkele voorbeeldvragen voor om in een gesprek met een cliënt mogelijke behoeften op het gebied van seksualiteit en intimiteit te achterhalen in een gesprek. Deze staan beschreven in Tabel 3.2.

Indien gewenst, kunnen voor communicatie over seksualiteit en intimiteit ook aanvullende methoden worden gebruikt. Deze zijn zowel in de literatuur beschreven als door de werkgroep aangedragen (zie Tabel 3.2). Hoewel sommige methoden zijn ontwikkeld voor een specifieke zorgsetting (bijvoorbeeld ouderen), kunnen veel methoden in de hele langdurige zorg gebruikt worden. Het is belangrijk om bij de keuze voor een methode vooral rekening te houden met het doel van het gesprek, de cliënt en de zorgverlener. Wat past bij ieders karakter, normen en waarden en kennisniveau over seksualiteit en intimiteit? Heb daarbij ook aandacht voor het cognitief en sociaal functioneren van de cliënt. De werkgroep beoordeelde ook de tool IntiME positief; deze helpt zorgverleners en cliënten passende manieren te vinden om in gesprek te gaan over seksualiteit en intimiteit.

Bij dit niveau hoort ook het geven van tussentijdse basale en toegankelijke voorlichting, bijvoorbeeld over voorbehoedsmiddelen of over hoe lichamelijke of cognitieve veranderingen seksualiteit en intimiteit kunnen beïnvloeden. Als er behoefte ontstaat of blijkt te zijn voor meer verdiepende informatie, kan binnen niveau 3 van het PLISSIT-model worden gekeken naar uitgebreide voorlichting. Zie hoofdstuk [Faciliteren in behoeften rond seksualiteit en intimiteit](#) voor meer informatie over voorlichting.

Tabel 3.2 Methoden om over seksualiteit en intimiteit te communiceren met cliënten

Methode	Toelichting
Gesprekken*	Gesprekken (al dan niet gestructureerd) tussen zorgverleners en cliënten over seksualiteit en intimiteit. Een aantal voorbeeldvragen: • Ben je weleens verliefd geweest? • Speelt verliefdheid nu een rol in jouw leven? • Wat vind je van het krijgen van een knuffel? • Kun je vertellen wat intimiteit voor jou betekent? • Denk je weleens aan liefde? • Heb je een partner (gehad)? • Hoe is/waren de romantische relatie(s) in jouw leven? • Raak je weleens je lichaam aan op plekken die fijn voelen? • Vind je het fijn om te knuffelen of te zoenen? • Heb je behoefte aan seks (seksueel contact) met jezelf en/of anderen? • Heb je genoeg privacy? • Is het voor jou nu mogelijk om seks te hebben zoals je dat zou willen/gewend was? • Heb je negatieve ervaringen rondom intimiteit of seksualiteit? • Bespreek je weleens seksuele of intieme behoeften met iemand? <i>De aanspreekvorm kan indien gewenst worden aangepast naar 'u/uw'.</i>

IntiME	Een methode om een passende interventie te vinden voor het voeren van een gesprek over seksualiteit en intimiteit met ouderen in een verpleeghuis of in de thuiszorg.
ISEP	Hulpmiddel om voorkeuren voor het uiten van seksualiteit en intimiteit bij ouderen die langdurige zorg ontvangen te ondersteunen. Dit hulpmiddel is bedoeld om tijdens de eerste zes maanden na intake in een zorginstelling te gebruiken. Alleen in het Engels beschikbaar; de werkgroep heeft een eerste opzet voor een Nederlandse vertaling gemaakt: zie ISEP-NL .
Anatomische modellen en platen *	De website van Pharos begrijpelichaam.nl biedt praktisch voorlichtingsmateriaal over het menselijk lichaam waarin gebruik wordt gemaakt van eenvoudige anatomische afbeeldingen en teksten.
Hermeneutische cirkel *	Methode om de situatie van de cliënt in kaart te brengen. Wat heeft je cliënt nodig, wat kan die zelf en waar is hulp bij nodig, wat wil die graag weten en hoever is diens ontwikkeling?
Genderkoek *	Voor gesprekken over genderidentiteit. Ook beschikbaar in de vorm van 'Genderunicorn' of 'Genderastronaut'
Documentaire 69: Liefde Seks Senior	Een documentaire over 70-plussers die een inkijkje geven in hun liefdes- en seksleven. Er bestaat ook een meer recente YouTube serie Lust op Leef tijd .
Spel Vrienden & Vrijers *	Een methodiek voor zorgverleners of voor in het (speciaal) onderwijs om de volgende thema's te bespreken: lichaam, vriendschap, partners, seksualiteit, weerbaarheid. Te koop.
Lief, lijf & leven *	Praatplaten met vragen over bepaalde onderdelen. Account benodigd.

Pictostudio en Sclera picto's *	Pictogrammen in de categorie seksualiteit en intimiteit. Zie ook dit Overzicht van pictogrammen .
Wegwijzer Praten over seks *	Wegwijzer van Kennisplein Gehandicaptensector met tips over hoe je het beste over seksualiteit kunt praten met cliënten, familieleden en collega's.
Seksualiteit bespreken *	Website van Rutgers over het bespreken van seksualiteit. Er wordt ook een stappenplan geboden.
Toolbox Begeleiden zonder Stempel *	Materiaal van COC Nederland, LFB en Vilans (Zonder Stempel) voor het bespreekbaar maken van LHBTIQA+-gevoelens bij mensen met een verstandelijke beperking.

* Toegevoegd door de werkgroep

Niveau 3: Specifieke suggesties (Specific Suggestions)

Op basis van wat gesignaleerd of besproken is, kunnen specifieke mogelijkheden worden gezocht om tegemoet te komen aan iemands seksuele en/of intieme behoeften. In het hoofdstuk [Faciliteren in behoeften rond seksualiteit en intimiteit](#) wordt verder uitgewerkt aan welke mogelijkheden gedacht kan worden. Ook kan het zijn dat de expertise van een andere discipline nodig is of van een expertiseteam of aandachtsfunctionaris seksualiteit en intimiteit. Zoek dan de samenwerking op met deze discipline, expertiseteam of aandachtsfunctionaris. Het is belangrijk dat je als zorgverlener je kracht en je grenzen kent en weet waar je naartoe mag en kunt verwijzen als vragen specialistisch zijn.

Niveau 4: Therapie (Intensive Therapy)

Bij stap vier is specifieke seksuologische hulpverlening nodig, waarvoor doorverwijzing naar een deskundige nodig is. Denk hierbij aan een seksuoloog of arts. Besluit afhankelijk van de voorgaande stappen welke discipline het meest passend is. Als de kennis of expertise niet binnen de organisatie aanwezig is, wordt geadviseerd deze buiten de organisatie te zoeken.

Ondersteunende communicatie

Bij cliënten die moeite hebben met verbale communicatie raadt de werkgroep aan altijd eerst te proberen om met de cliënt zelf in gesprek te gaan door aan te sluiten bij de communicatieve mogelijkheden, het taalbegrip en het ontwikkelingsniveau van de cliënt. Denk daarbij aan ondersteunende communicatiemiddelen zoals pictogrammen, het zelf maken van tekeningen of praatplaten, bijvoorbeeld die van Pharos, Visitaal of Lief, lijf & leven (zie Tabel 3.2). In sommige gevallen kan het helpen een heteroanamnese af te nemen, waarbij door een gesprek met een naaste en/of zorgverlener informatie over de (voormalige) beleving van seksualiteit en intimiteit van de cliënt wordt ingewonnen.

Rapportages

Rapporteren over seksualiteit en intimiteit vraagt om zorgvuldigheid. Cliënten delen informatie over hun seksuele en/of intieme behoeften vaak in vertrouwen. Toch is het, voor de continuïteit van zorg en bij veranderingen van gedrag, van belang dat relevante informatie binnen het zorgteam wordt gedeeld. Daarnaast zijn zorgverleners wettelijk en ethisch verplicht een zorgvuldige rapportage en dossiervoering te onderhouden.

Rapporteer informatie over seksualiteit en intimiteit alleen als deze noodzakelijk is voor goede en veilige zorg, gedragsveranderingen betreft of wijst op mogelijk risico. Vertrouwelijke of zeer persoonlijke

informatie die geen invloed heeft op zorg of veiligheid wordt niet gerapporteerd. Als het EPD-systeem de mogelijkheid biedt, wordt informatie over seksualiteit en intimiteit als vertrouwelijk of afgeschermd gemarkeerd. De werkgroep benadrukt dat gedeelde informatie op het gebied van seksualiteit en intimiteit vertrouwelijk blijft en alleen binnen het zorgteam wordt gedeeld als dit relevant is voor de zorg en de cliënt hiervoor toestemming geeft. Zorgverleners informeren cliënten vooraf helder over wat er wordt vastgelegd en met wie en wanneer gegevens worden gedeeld.

Wanneer er sprake is van (dreigend) gevaar of wanneer het niet delen van informatie leidt tot ernstig nadeel voor de cliënt, zorgverleners of anderen, kan en mag een zorgverlener deze informatie niet voor zichzelf houden. In dat geval wordt informatie gedeeld na een zorgvuldige afweging volgens de geldende juridische en ethische afwegingskaders, zoals beschreven in protocollen, meldcodes, beroepscodes en relevante wetgeving. Als de situatie dit toelaat, wordt de cliënt en/of het cliëntsysteem vooraf geïnformeerd over de stappen die worden gezet en de redenen daarvoor, zoals vereist in de zorgvuldigheidseisen voor het doorbreken van het beroepsgeheim. Zo worden transparantie en vertrouwen zoveel mogelijk behouden.

Taal en terminologie

Bij gesprekken over seksualiteit en intimiteit kan het moeilijk zijn de juiste taal en terminologie te kiezen. Het is belangrijk om aan te sluiten bij de taal van de cliënt. Spiegel en herhaal daarom woorden die de cliënt zelf gebruikt: dit stimuleert de cliënt om verder te vertellen en voorkomt dat er nieuwe en mogelijk suggestieve termen worden geïntroduceerd⁵⁴. Gebruik inclusieve taal en neutrale termen, zoals partner in plaats van man/vrouw of vriend/vriendin, en doe geen aannames. Wees tegelijkertijd niet té neutraal of vaag. Uit onderzoek blijkt dat het vermijden van concrete termen of het geven van algemene, afstandelijke antwoorden onbedoeld de indruk kan wekken dat seksualiteit iets ongemakkelijks of problematisch is⁵⁴. Dit kan schaamte versterken of cliënten ervan weerhouden hun behoeften of zorgen te delen. Gebruik daarom woorden die aansluiten bij de cliënt, benoem onderwerpen zorgvuldig maar duidelijk en reageer concreet op wat de cliënt zelf inbrengt.

Waarden en voorkeuren van cliënten

Met alle cliënten kan een gesprek over seksualiteit en intimiteit worden gevoerd, ongeacht hoe gemakkelijk of moeilijk zij hierover praten. Sluit aan bij de waarden, voorkeuren en behoeften van de cliënt en houd rekening met het ontwikkelingsniveau, cognitief functioneren, persoonlijke ervaringen, culturele of religieuze overtuigingen, en de houding van de cliënt tegenover seksualiteit en intimiteit. Maak daarbij expliciet dat alle seksuele oriëntaties, genderidentiteiten en relatievormen welkom zijn. Bij de aanwezigheid van taalbarrières kan het inzetten van een tolk helpen. Bespreek vooraf met de cliënt of een professionele, onafhankelijke tolk of juist iemand uit het eigen netwerk passend is.

Omdat er rond seksualiteit en intimiteit vaak taboe, schaamte of angst bestaat, helpt het als de zorgverlener het onderwerp normaliseert, benoemt dat het goed is om hierover te praten en een veilige, vertrouwelijke omgeving waarborgt. Dit geldt in het bijzonder voor cliënten in de langdurige zorg, die hun behoeften niet altijd gemakkelijk kunnen uiten of zelf in hun behoeften kunnen voorzien. Cliënten waarderen het als zorgverleners starten met het gesprek over seksualiteit¹¹. Cliënten kunnen verschillen in hoe zij over seksualiteit en intimiteit willen praten, blijkt uit de [interviews met cliënten](#). Sommigen willen dat er zonder poespas proactief naar hun seksuele en intieme behoeften wordt gevraagd; anderen brengen het liever zelf ter sprake of voelen zich het meest op hun gemak in een algemeen open gesprek waarin zij zelf het thema kunnen inbrengen. Ook blijkt dat cliënten het waarderen als het gesprek vroeg in het zorgtraject plaatsvindt. Begin daarom zelf het gesprek, maar vraag altijd toestemming voordat het onderwerp wordt aangesneden en respecteer het als iemand (nog) niet wil praten. Duw niet door en bied op een later moment opnieuw ruimte.

Neem de tijd en zorg voor een veilige, rustige en vertrouwelijke omgeving. Uit de interviews blijkt dat cliënten het waarderen als er echt tijd en aandacht is, en dat zij het liefst met een vertrouwde zorgverlener praten. Bied daarom altijd ruimte voor de voorkeur van de cliënt over wie bij een gesprek over seksualiteit en intimiteit aanwezig mag zijn, en faciliteer deze voorkeur waar mogelijk. Het helpt als duidelijk is dat seksualiteit en intimiteit door de zorgverlener of zorgorganisatie als normale menselijke behoeften worden gezien. Door goed te luisteren, aan te sluiten bij de belevingswereld van de cliënt en ruimte te bieden voor meerdere gesprekken, ontstaat een open, respectvolle dialoog met aandacht voor zowel risico's als plezier, verbondenheid en een positieve beleving van seksualiteit en intimiteit.

Gelijkheid

In gesprekken over seksualiteit en intimiteit is gelijkwaardigheid tussen zorgverlener en cliënt essentieel. Iedere cliënt heeft recht op dezelfde mate van respect, aandacht en ruimte om over deze onderwerpen te spreken, ongeacht achtergrond, cultuur, geloof, gender of seksuele oriëntatie. Een open en oordeelvrije houding van de zorgverlener helpt vertrouwen op te bouwen en het gesprek toegankelijk te maken. Gebruik inclusieve taal door te vragen hoe iemand aangesproken wil worden en door neutrale termen zoals 'partner' te gebruiken. Zorg dat voorlichtings- en informatiemateriaal divers en representatief is. Zo ontstaat een klimaat waarin iedere cliënt zich erkend voelt en seksualiteit en intimiteit een natuurlijke en positieve plaats kunnen innemen in het leven.

Ethische overwegingen

De autonomie en zelfbeschikking van de cliënt staan centraal. Gesprekken over seksualiteit en intimiteit vinden alleen plaats met expliciete toestemming van de cliënt. Gedeelde informatie blijft vertrouwelijk, behalve als er sprake is van (dreigend) gevaar of ernstig nadeel voor de cliënt of anderen. Zorgverleners moeten zich bewust zijn van hun machtspositie en zorgvuldig met die positie omgaan. Zij benaderen gesprekken met professionele nieuwsgierigheid, respect en een open, niet-oordelende houding, ongeacht eigen normen en waarden.

Haalbaarheid

Om gesprekken over seksualiteit en intimiteit goed te voeren, hebben zorgverleners toegankelijke hulpmiddelen nodig. Denk hierbij aan materialen in eenvoudige taal of met visuele ondersteuning, en duidelijke afspraken over de gebruikte methoden of vragenlijsten. Privacy, voldoende tijd en een veilige, vertrouwelijke omgeving zijn essentieel voor open gesprekken. Gesprekken over seksualiteit en intimiteit moeten standaard onderdeel worden van de intake en kunnen daarnaast worden geïntegreerd in bestaande zorgmomenten. Digitale ondersteuning, zoals standaardvragen in het EPD, kan dit vergemakkelijken. Scholing kan zorgverleners helpen om het onderwerp deskundig en met vertrouwen te bespreken. Het literatuuronderzoek benadrukt dat een open gesprek in een veilige context van vertrouwen, discretie en respect belangrijker lijkt dan de gekozen methode zelf. Hierbij vormen privacy, passende communicatie en goed getrainde zorgverleners cruciale randvoorwaarden ⁴⁹.

Aanvaardbaarheid

Het PLISSIT-model en andere interventies binnen het IntiME-instrument worden al deels gebruikt in de praktijk, wat het gebruik in de praktijk vergemakkelijkt. IntiME ondersteunt zorgverleners bij het kiezen van de best passende methode voor zowel cliënt als zorgverlener. Het vinden van een passende methode is belangrijk vanwege de taboes en terughoudendheid rond dit onderwerp.

Het is allereerst belangrijk om aan de cliënt te vragen met welke zorgverlener die het thema het liefst wil bespreken. Door de privacygevoelige aard is het daarnaast belangrijk per cliënt af te stemmen wie betrokken mag zijn bij de zorg rondom seksualiteit en intimiteit. Omdat niet alle zorgverleners zich even prettig voelen bij het voeren van deze gesprekken, is het vervolgens belangrijk om in teamverband te bepalen wie het gesprek het best kan voeren, aansluitend bij de voorkeur van de cliënt.

Ten slotte is het belangrijk dat zorgorganisaties visie ontwikkelen en (mede) verantwoordelijkheid nemen voor een veilig en ondersteunend klimaat rondom de beleving van seksualiteit en intimiteit. De organisatie borgt beleid dat een open en respectvolle sfeer stimuleert, waarin cliënten en zorgverleners zonder remmingen over seksualiteit en intimiteit kunnen praten. Dit vraagt om duidelijke afspraken, goed voorbeeldgedrag en aandacht voor scholing en cultuur binnen het team.

Kwaliteit van bewijs

De kwaliteit van het bewijs van de studies in het literatuuronderzoek was (zeer) laag, waardoor conclusies met enige voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd. Dat betekent niet dat het onderzoek slecht is uitgevoerd of niet waardevol is, maar dat de uitkomsten niet heel zeker zijn. Van de zeven geïnccludeerde studies richten vijf zich op ouderen en twee op mensen met een verstandelijke beperking. Voor andere doelgroepen is geen literatuur gevonden. Sommige studies rapporteren eerder beschrijvend dan evaluerend over gesprekstechnieken. Hierdoor blijft de effectiviteit van deze methoden onduidelijk. Studies die impliciet over seksuele en intieme behoeften rapporteren, bijvoorbeeld binnen breder welzijns- of communicatieonderzoek, zijn wellicht gemist. Dit wijst op een mogelijke blinde vlek in dit literatuuronderzoek. Verdere validatie- en implementatieonderzoeken zijn nodig om de bruikbaarheid en effectiviteit van deze benaderingen te versterken, wat ook in het verslag [Kennislacunes](#) wordt benoemd.

Rationale

Het bespreekbaar maken van seksualiteit en intimiteit, bijvoorbeeld tijdens de intake en in tussentijdse gesprekken, helpt om behoeften, wensen en mogelijke knelpunten tijdig en zorgvuldig in kaart te brengen. Het PLISSIT-model ondersteunt zorgverleners bij het stapsgewijs verdiepen van gesprekken over seksualiteit en intimiteit. Tegelijk blijven de autonomie, privacy, toestemming, communicatiemogelijkheden en voorkeuren van de cliënt leidend. Een veilige, inclusieve en open gesprekssetting maken het voor cliënten mogelijk om hun behoeften en zorgen te delen. Aandacht voor

seksualiteit en intimiteit draagt daarmee bij aan welzijn, verbondenheid en positieve beleving.

Verantwoording

Publicatiedatum hoofdstuk: 30 juni 2026

Beoordeeld op geldigheid: 30 juni 2026

Samenstelling van werkgroep, cliëntengroep en klankbordgroep

Voor het ontwikkelen van het hoofdstuk is in mei 2024 een multidisciplinaire werkgroep ingesteld, bestaande uit de volgende personen:

- Voor het ontwikkelen van de richtlijn is in mei 2024 een multidisciplinaire werkgroep ingesteld, bestaande uit de volgende personen:
- **Dr. A.M. (Alma) Brand**, postdoctoraal onderzoeker, Open Universiteit, psycholoog, bekkenfysiotherapeut en consulent seksuele gezondheid NVVS (i.o.), namens Nederlandse Vereniging voor Bekkenfysiotherapie (KNGF/NVFB) en Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie (NVVS).
- **Drs. I.C. (Inez) Blitz**, geestelijk verzorger en consulent seksuele gezondheid NVVS, Attent zorg en behandeling, namens Vereniging van Geestelijk Verzorger (VGVZ), tot november 2025.
- **I.H. (Iris) van den Bosch**, physician assistant en seksuoloog NVVS, Alliade, namens Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA).
- **Drs. H.J.M. (Riët) Daniël** (voorzitter), GZ-psycholoog en seksuoloog, Archipel Zorggroep, namens Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
- **M. (Mirjam) Everaarts**, maatschappelijk werker, Goudenhart, namens Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW).
- **Drs. A. (Ariëlle) van Heeren**, orthopedagoog-generalist, Fivoor, namens Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Onderwijskundigen (NVO).
- **A. (Astrid) Jonker**, begeleider, Alliade, namens Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW).
- **Drs. M.M. (Marcelle) Mulder**, humanistisch geestelijk verzorger, Patyna (gepensioneerd), namens Vereniging van Geestelijk Verzorger (VGVZ), vanaf december 2025.
- **Drs. M.C. (Margot) van Remmerden** (vicevoorzitter), arts verstandelijk gehandicapten, Novicare, namens Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG).
- **Dr. T.S.M. (Tineke) Roelofs**, GZ-psycholoog i.o. Klinisch Neuropsycholoog, Archipel Zorggroep, namens Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
- **A.D. (Ashley) de Sterke**, verpleegkundig specialist en consulent seksuele gezondheid NVVS, Aafje, namens Beroepsvereniging Verzorgenden Verpleegkundigen (V&VN).
- **M.A. (Marian) Suurmond**, regiebegeleider gehandicaptenzorg, Prinsenstichting, namens Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW).
- **M.M. (Maartje) de Nijs**, ergotherapeut, Eveen, namens Ergotherapie Nederland.

Voor het ontwikkelen van het kwaliteitsinstrument is in mei 2024 een multidisciplinaire klankbordgroep ingesteld, bestaande uit de volgende personen:

- **Drs. E. (Evelien) Dijkema**, specialist ouderengeneeskunde, Coloriet, namens vereniging specialisten ouderengeneeskunde (Verenso).
- **Drs. Y. (Ymke) Kelders**, programmamanager seksualiteit en zorg, Rutgers, namens Expertisecentrum Seksualiteit Rutgers.
- **M.L. (Manon) Linschoten**, projectleider Roze50+ en ZonderStempel, namens COC Nederland.
- **E. (Eveline) Schildmeijer**, psychomotore therapeut, Adagio, namens Vaktherapie Nederland.

Voor het ontwikkelen van het kwaliteitsinstrument is in mei 2024 een cliëntenadviesraad ingesteld, bestaande uit de volgende personen:

- **Drs. E.A. (Evert) Brongers**, namens KansPlus, tot juli 2025.
- **Drs. W.N. (Wieke) Hengeveld**, namens MantelzorgNL.
- **J. (Josephine) Lambregts**, namens Alzheimer Nederland, vanaf juli 2025.
- **M. (Mariska) Schutte**, namens KansPlus, vanaf juli 2025.
- **G. (Gwen) Teesing**, namens Alzheimer Nederland, tot juli 2025.
- **J.A. (Jenny) Wild**, namens Zorgbelang Brabant | Zeeland.

Met ondersteuning van:

- **Dr. D.W. (Danique) Bos-van den Hoek**, procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ.
- **Dr. B.C.F.M. (Bernadette) van Glansbeek-Schutijser**, procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ, Utrecht.
- **Dr. A.L. (Alisa) Dutmer**, procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ.
- **Dr. T.I. (Tanja) Mol**, procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ.
- **J.R. (Julia) Morber**, procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ.
- **Dr. C. (Charifa) Zemouri**, literatuuronderzoeker, Zemouri et al.,
- **Dr. E. (Eveline) Mestdagh, MS, BM, RM**, zelfstandig wetenschappelijk adviseur en richtlijnontwikkelaar, COME-ON!

Belangenverklaringen

Alle werkgroepleden hebben bij aanvang en bij afronding van de richtlijn de belangenverklaring behorend bij de 'KNAW-Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling' ondertekend, zie de bijlage [Samenvattingstabel belangenverklaringen](#). Hiermee geven zij aan onafhankelijk gehandeld te hebben bij het opstellen van de richtlijn. Alle werkgroepleden hebben schriftelijk verklaard of ze in de laatste drie jaar directe financiële belangen of indirecte belangen hebben gehad. Uit de belangenverklaringen bleken geen belemmeringen voor deelname in de richtlijnwerkgroep. De ondertekende belangenverklaringen zijn op te vragen via bureau@skilz.nu.

Autoriserende partijen

De volgende partijen hebben het hoofdstuk Communicatie over seksualiteit en intimiteit geautoriseerd:

- Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW)
- Ergotherapie Nederland
- Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA)
- Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)
- Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Onderwijskundigen (NVO)
- Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie (NVVS)
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Vaktherapie Nederland
- Vereniging van Geestelijk Verzorger (VGZ)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

De volgende partijen hebben een verklaring geen bezwaar afgegeven voor het hoofdstuk Communicatie over seksualiteit en intimiteit:

- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en Nederlandse Vereniging voor Bekkenfysiotherapie (NVFB)
- Vereniging van Specialist Ouderengeneeskunde (Verenso)
- Alzheimer Nederland
- MantelzorgNL

Financiële gevolgen

Bij de richtlijn is conform de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) een kwalitatieve raming uitgevoerd of de aanbevelingen mogelijk leiden tot substantiële financiële gevolgen. Bij het uitvoeren van deze beoordeling zijn richtlijnmodules op verschillende domeinen getoetst.

Uit de kwalitatieve raming blijkt dat er waarschijnlijk geen substantiële financiële gevolgen zijn voor dit hoofdstuk. Toelichting: Hoewel uit de toetsing volgt dat de aanbeveling(en) breed toepasbaar zijn (meer dan 40.000 cliënten), en het grotere geheel nog niet aan de norm voldoet, volgt ook uit de toetsing dat het geen toename in voltijdsequivalenten dan wel kwalificaties verwacht. Ook wordt er geen nieuwe manier van zorgverlening of andere organisatie van zorgverlening vereist maar enkel een andere benadering naar de cliënt toe. Er worden daarom geen substantiële financiële gevolgen verwacht.

Procesinformatie ontwikkeling van het hoofdstuk

Dit hoofdstuk is opgesteld conform de richtlijnmethode van SKILZ (zie www.skilz.nu voor de

meest recente richtlijnmethode). Dit document beschrijft een stappenplan dat gebaseerd is op de kwaliteitscriteria uit de volgende documenten: de AQUA-Leidraad (2021) ⁵⁵, de HARING-tools (2013) ⁵⁶ en AGREE-II (2010) ⁵⁷.

Inbreng van cliëntenperspectief

Actieve betrokkenheid van cliënten(vertegenwoordigers) is belangrijk voor het bewaken van de wensen van cliënten en naasten bij het opstellen van de inhoud van een richtlijn. Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is het cliëntenperspectief in alle fasen meegenomen. Er was een cliëntenadviesraad met vertegenwoordigers uit de volgende organisaties: KansPlus, MantelzorgNL, Alzheimer Nederland, Zorgbelang Brabant | Zeeland. De cliëntenadviesraad is tweemaal geraadpleegd om input op te halen op een eerste raamwerk en op de gehele conceptrichtlijn. Daarbij zijn in de zomer van 2025 ook interviews opgenomen met veertien cliënten uit het netwerk van de werkgroep, waarvan het verslag [Cliënteninterviews](#) werd geschreven. Dit gaf meer achtergrondinformatie over hoe cliënten zelf seksualiteit en intimiteit ervaren en hoe zij graag willen dat zorgverleners ermee omgaan. De input van de cliëntenadviesraad en de interviews is verwerkt in de overwegingen van de hoofdstukken.

Klankbordgroep

De klankbordgroep werd op twee momenten gedurende het richtlijnproces betrokken waarbij zij feedback gaven op de (concept)documenten:

1. Voor de start van het literatuuronderzoek op de (concept)uitgangsvragen.
2. Voor de commentaarfase op de conceptversie van de richtlijn.

Het ontvangen commentaar werd bekeken en besproken met de werkgroep en meegenomen in het schrijven van de definitieve teksten.

Knelpunteninventarisatie

Voorafgaand aan de knelpunteninventarisatie zijn bestaande relevante (onderdelen van) kwaliteitsinstrumenten, lopende initiatieven en onderzoeken rondom het thema geïnventariseerd. Vervolgens werd de knelpunteninventarisatie uitgevoerd door middel van het uitzetten van een vragenlijst. Voor de knelpunteninventarisatie werden leden van relevante beroepsverenigingen, cliëntenverenigingen en andere relevante zorgorganisaties uitgenodigd. De voorzitter(s), de werkgroepleden en de procesbegeleiding hebben de knelpunten besproken, geanalyseerd en geprioriteerd. Een verslag van de knelpunteninventarisatie is terug te vinden in het verslag [Knelpunteninventarisatie](#).

Opstellen uitgangsvragen en uitkomstmaten

Op basis van de uitkomsten van de knelpuntenanalyse zijn door de werkgroep uitgangsvragen opgesteld. De concept uitgangsvragen zijn tijdens de tweede werkgroepbijeenkomst op 7 november 2024 met de werkgroep besproken en vervolgens aan de klankbordgroep voorgelegd via een online vragenlijst. Zij hebben hun inbreng gegeven op de inhoud, formulering en methode voor de beantwoording van de uitgangsvragen. In november 2024 werden de uitgangsvragen vervolgens vastgesteld.

Methode literatuuronderzoek

In deze richtlijn werden vier uitgangsvragen beantwoord met behulp van systematisch literatuuronderzoek:

- Welke methoden zijn het meest geschikt om seksuele en intieme behoeften van cliënten in de langdurige zorg te achterhalen of in kaart te brengen?
- Aan welke signalen kunnen seksuele en intieme behoeften van cliënten in de langdurige zorg worden herkend en hoe kunnen deze het beste worden geduid?
- Op welke wijze kunnen zorgverleners passend faciliteren in seksuele en intieme behoeften van cliënten in de langdurige zorg?
- Hoe kan een professionele houding van zorgverleners ten aanzien van seksualiteit en intimiteit van cliënten in de langdurige zorg worden bevorderd?

De werkgroep heeft, samen met de procesbegeleiding en een literatuuronderzoeker, een literatuurprotocol opgesteld met daarin weergegeven de zoekvragen, PDO (Population, Determinant, Outcome), zoekstrategie en selectiecriteria. Een uitgebreide beschrijving van de strategie voor het zoeken en selecteren van de literatuur is te vinden in de bijlagen met verantwoordingen. De paragraaf Onderbouwing per hoofdstuk in de richtlijn beschrijft een korte samenvatting van de methode en resultaten uit het literatuuronderzoek.

Overwegingen (van bewijs naar aanbeveling)

Voor het formuleren van een aanbeveling zijn naast de resultaten en kwaliteit van bewijs van het wetenschappelijk onderzoek, vaak ook nog andere factoren van belang⁵⁸. De werkgroep bediscussieerde de kennis uit de literatuur, en plaatste daarbij haar overwegingen. Dit werd in twee stappen uitgevoerd: 1) de werkgroepleden werden via een online vragenlijst uitgenodigd om hun overwegingen te plaatsen bij het literatuuronderzoek, en hun expertise bij een uitgangsvraag te delen; 2) de resultaten uit deze vragenlijst werden bediscussieerd tijdens werkgroepbijeenkomsten, waarna overwegingen en aanbevelingen werden opgesteld.

In de overwegingen kunnen de volgende aspecten meegenomen zijn: gezondheidswinst, waarden, voorkeuren en ervaringen van cliënten en zorgverleners met betrekking tot interventies en uitkomsten van zorg, balans van gewenste en ongewenste effecten van interventies ten opzichte van geen of andere interventies, aanvaardbaarheid van interventies, ethische overwegingen, kosten(implicaties), veiligheid, duurzaamheid, en haalbaarheid van een aanbeveling.

Formuleren van de aanbevelingen

De aanbevelingen geven een antwoord op de uitgangsvragen en zijn gebaseerd op het beste beschikbare wetenschappelijke bewijs en de belangrijkste overwegingen. De kracht van het wetenschappelijk bewijs en het gewicht dat door de werkgroep is toegekend aan de overwegingen bepalen samen de sterkte van de aanbeveling.

De sterkte van een aanbeveling verwijst naar de mate van zekerheid dat de voordelen van de interventie opwegen tegen de nadelen (of vice versa), gezien over het hele spectrum van cliënten waarvoor de aanbeveling is bedoeld. De sterkte van een aanbeveling heeft duidelijke implicaties voor cliënten, behandelaars en beleidsmakers (zie Tabel 3.3).

Tabel 3.3 Implicaties van sterke en zwakke aanbevelingen voor verschillende richtlijngebruikers

Sterke aanbeveling	Zwakke (conditionele) aanbeveling
--------------------	-----------------------------------

Voor cliënten	De meeste cliënten zouden de aanbevolen interventie of aanpak kiezen en slechts een klein aantal niet.	Een aanzienlijk deel van de cliënten zouden de aanbevolen interventie of aanpak kiezen, maar veel cliënten ook niet.
Voor behandelaars	De meeste cliënten zouden de aanbevolen interventie of aanpak moeten ontvangen.	Er zijn meerdere geschikte interventies of aanpakken. De cliënt moet worden ondersteund bij de keuze voor de interventie of aanpak die het beste aansluit bij zijn of haar waarden en voorkeuren.
Voor beleidsmakers	De aanbevolen interventie of aanpak kan worden gezien als standaardbeleid.	Beleidsbepaling vereist uitvoerige discussie met betrokkenheid van veel stakeholders. Er is een grotere kans op lokale beleidsverschillen.

Randvoorwaarden (organisatie van zorg) (indien van toepassing)

In de knelpunteninventarisatie en bij de ontwikkeling van de richtlijn is expliciet rekening gehouden met de organisatie van zorg: alle aspecten die randvoorwaardelijk zijn voor het verlenen van zorg (zoals coördinatie, communicatie, (financiële) middelen, menskracht en infrastructuur). Randvoorwaarden die relevant zijn worden beschreven in hoofdstuk Organisatie van zorg van deze richtlijn.

Opstellen van het implementatieplan

De werkgroep heeft een implementatieplan opgesteld waarin een advies voor beroepsverenigingen en instellingen wordt gegeven voor de implementatie. Deze staat beschreven in de bijlage [Implementatieplan](#).

Formuleren van kennislacunes

Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is systematisch gezocht naar onderzoek waarvan de resultaten bijdragen aan een antwoord op de uitgangsvragen. Bij elke uitgangsvraag is door de werkgroep nagegaan of er (aanvullend) wetenschappelijk onderzoek gewenst is. Een overzicht van aanbevelingen voor nader/vervolgonderzoek staat in de bijlage [Kennislacunes](#).

Commentaar- en autorisatiefase

De conceptrichtlijn is aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen en andere relevante partijen voorgelegd voor commentaar. In de periode van december 2025 tot februari 2026 konden de partijen de richtlijn becommentariëren via het platform Richtlijnen Langdurige Zorg. De commentaren zijn verzameld en besproken met de werkgroep. Naar aanleiding van de commentaren is de conceptrichtlijn aangepast en definitief vastgesteld door de werkgroep. De definitieve richtlijn wordt aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen voorgelegd voor autorisatie en door hen worden geautoriseerd.

De volgende partijen hebben commentaar geleverd op de richtlijn Seksualiteit en intimiteit in de langdurige zorg:

Partijen

ActiZ	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)	Patiëntenfederatie Nederland
Alzheimer Nederland	MantelzorgNL	Vaktherapie Nederland
Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW)	Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)	Vereniging voor Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso)
Ergotherapie Nederland	Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
KansPlus	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)	Vereniging van Geestelijk Verzorgers (VGvZ)

Publicatie

Nadat de richtlijn is geautoriseerd door de betrokken verenigingen, is de richtlijn gepubliceerd op het platform Richtlijnen Langdurige Zorg.

4. Signalen van behoeften rond seksualiteit en intimiteit

Autorisatiedatum 30-06-2026 Beoordelingsdatum 30-06-2026

4.1 Signalen van behoeften rond seksualiteit en intimiteit

Seksualiteit en intimiteit maken deel uit van het leven van cliënten in de langdurige zorg en dragen bij aan hun welzijn en kwaliteit van leven. Seksuele en intieme behoeften worden niet altijd duidelijk zichtbaar of besproken. Zorgverleners gaven in de [knelpunteninventarisatie](#) aan dat zij onvoldoende kennis hebben over signalen van seksuele en intieme behoeften van cliënten en dat zij zich niet altijd realiseren dat (seksueel) onbegrepen gedrag ook veroorzaakt kan worden door onvervulde behoeften op dit vlak. Dit hoofdstuk biedt daarom een overzicht van signalen die kunnen wijzen op seksuele en intieme behoeften bij cliënten in de langdurige zorg, zodat zorgverleners ze beter kunnen herkennen.

Uitgangsvraag

Aan welke signalen kunnen seksuele en intieme behoeften van cliënten in de langdurige zorg worden herkend en hoe kunnen deze het beste worden geduid?

Aanbevelingen

Besteed gerichte aandacht aan mogelijke onvervulde seksuele en intieme behoeften bij de volgende (subtiele) signalen:

- Zoeken naar intimiteit en nabijheid.
- Zich opvallend presenteren of aandacht trekken.
- Aftasten van seksuele oriëntatie en genderidentiteit.
- Romantische interesse tonen.
- Seksuele nieuwsgierigheid tonen.
- Flirtende of seksueel getinte taal gebruiken.
- (Indirect) seksuele of intieme wensen benoemen.
- Seksuele handelingen bij zichzelf uitvoeren.
- Seksuele handelingen met anderen uitvoeren.
- Seksueel geladen onrustig of ongepast gedrag vertonen.
- Seksueel grensoverschrijdend handelen.

Zie [Tabel 4.1 Overzicht met \(subtiele\) signalen van seksuele en intieme behoeften](#) voor voorbeelden bij ieder type signaal.

Interpreteer mogelijke (subtiele) signalen van seksuele en intieme behoeften altijd in de context van de (seksuele en intieme) levensloop van een cliënt en diens aandoeningen en beperkingen. Denk hierbij vanuit het biopsychosociaal model. Een zichtbaar signaal weerspiegelt niet altijd een werkelijke behoefte en behoeften kunnen ook onzichtbaar blijven. Houd er rekening mee dat dergelijke signalen ook andere betekenissen (zoals negatieve ervaringen of spanning) of oorzaken (zoals ziekte, medicatie-effecten of een lager ontwikkelingsniveau) kunnen hebben.

Normaliseer een lichamelijke seksuele reactie (bijvoorbeeld een erectie) tijdens zorgmomenten. Benoem rustig wat je ziet en geef uitleg dat dit een normale lichamelijke reactie kan zijn. Pauzeer het zorgmoment wanneer mogelijk, bied de cliënt privacy en spreek af wanneer je terugkomt om de zorg te vervolgen.

Let bewust op gevolgen van fysieke en psychische beperkingen op de beleving van seksualiteit en intimiteit. Beschouw dit als indirecte signalen van mogelijke onvervulde behoeften. Gebruik functionele en laagdrempelige vragen over bijvoorbeeld mobiliteit, uithoudingsvermogen, gevoel en pijn.

Bespreek complexe, onbegrepen of aanhoudende signalen multidisciplinair voor een gezamenlijke duiding.

Wees bij het interpreteren van signalen bewust van eigen normen, gevoelens en grenzen. Bespreek twijfels of dilemma's in intervisie of teamoverleg.

Onderbouwing

Om de uitgangsvraag van dit hoofdstuk te beantwoorden, is systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd naar de volgende onderzoeksvraag:

Welke signalen van seksuele behoeften zijn bekend bij cliënten in de langdurige zorg?

De verantwoording van het literatuuronderzoek is in twee documenten te vinden. Lees de bijlage

[Verantwoording literatuuronderzoek - Algemeen](#) voor de overkoepelende beschrijving van de methode van het literatuuronderzoek voor deze richtlijn en de bijlage [Verantwoording literatuuronderzoek - Signalen](#) voor de resultaten van het literatuuronderzoek van dit hoofdstuk.

Samenvatting van de literatuur

In totaal zijn er acht studies geïnccludeerd, waarvan zeven literatuurstudies en een individuele, kwalitatieve studie. Alle studies gingen over ouderen die langdurige zorg ontvangen. Van de acht geïnccludeerde studies beantwoorden er vier rechtstreeks de onderzoeksvraag, namelijk het identificeren van signalen van seksuele behoeften bij cliënten in langdurige zorginstellingen. Deze vier vormden ook de basis voor de GRADE-beoordeling.

Mate van vertrouwen	Conclusie
Laag	Het is mogelijk dat ouderen in instellingen voor langdurige zorg hun seksuele en intieme behoeften uiten via non-verbaal gedrag zoals handen vasthouden, knuffelen, kussen, strelen, zich mooi kleden, samen dansen, samen eten, samen deelnemen aan activiteiten, dichtbij iemand zitten, iemand begeleiden naar diens kamer, blikken uitwisselen met romantische/erotische interpretatie, complimenten geven en emotionele nabijheid zoeken. Bij cliënten met dementie zijn signalen ook intimiteit-zoekend gedrag, spontane seksuele gedragingen tijdens zorgmomenten, fysiek contact zoals samen op bed liggen, en het stelen en dragen van ondergoed van medebewoners. <i>Bender et al. (2020); Mahieu et al. (2015), Makimoto et al. (2014), Roelofs et al. (2015)</i>
Laag	Het is mogelijk dat ouderen in instellingen voor langdurige zorg hun seksuele behoeften verbaal uiten via dagdromen, herinneringen ophalen aan vroegere seksuele ervaringen, het maken van seksuele grappen, flirten, complimenten geven, opmerkingen over intimiteit, gesprekken over relaties en seksualiteit en bereidheid om seksuele gezondheidszorg te ontvangen. Bij cliënten met dementie kunnen ook verbale seksuele provocaties, verzoeken of bedreigingen voorkomen. <i>Bender et al. (2020); Mahieu et al. (2015), Makimoto et al. (2014), Roelofs et al. (2015)</i>
Zeer laag	Het is onzeker of expliciet seksueel gedrag , zoals masturbatie, wederzijdse of solitaire seksuele activiteiten of poging tot geslachtsgemeenschap, een uiting is van seksuele behoeften bij cliënten in de langdurige zorg. Bij cliënten met dementie kunnen ook gedragingen voorkomen zoals het aanraken van de genitaliën in het openbaar, hyperseksualiteit, kledij van anderen uittrekken, tegen elkaar aan schuren, het naakt zijn buiten privéruimten, seksuele toenadering tot zorgprofessionals zoeken en seksueel getinte avances richting zorgprofessionals. <i>Mahieu et al. (2015), Makimoto et al. (2014), Roelofs et al. (2015)</i>

We zijn nagegaan of de vier aanvullende studies nog signalen bevatten die niet voorkomen in de vier kernstudies. Dat bleek voor een beperkt aantal meer subtiële signalen of indirecte gedragingen het geval te zijn. De overige bevindingen uit deze studies ondersteunen vooral de uitkomsten van de kernstudies.

De extra geïdentificeerde signalen zijn in hun studies ⁵⁹ ⁶⁰ ⁶¹ minder systematisch onderzocht,

maar kunnen relevant zijn voor een bredere interpretatie van behoeften en worden omschreven als:

- De wens uiten om seksualiteit bespreekbaar te maken met zorgprofessionals;
- Hulp zoeken bij seksuele dysfunctie;
- Het uiten van gevoelens van eenzaamheid, frustratie of verdriet gelinkt aan een gemis aan intimiteit;
- Symbolisch gedrag vertonen zoals het strelen van een knuffel als substituuut voor affectieve of seksuele nabijheid;
- Het uiten van verlangen om een rol als seksuele partner te behouden .

Overwegingen

In deze paragraaf worden de overwegingen van de werkgroep weergegeven. Hierin gaat het over de resultaten van het literatuuronderzoek en overwegingen vanuit (klinische) expertise en ervaringen.

Signalen

Alle geïnccludeerde studies uit het literatuuronderzoek concluderen dat seksuele en emotionele behoeften blijven bestaan bij ouderen in de langdurige zorg, ongeacht hun cognitieve status. Ze rapporteren daarbij uiteenlopende beschrijvingen van signalen van seksuele en intieme behoeften bij ouderen in de langdurige zorg. Gezamenlijk bieden ze een breed overzicht van gedragingen, uitingen en contextuele factoren die relevant zijn voor het herkennen van seksuele behoeften. De werkgroep categoriseert al deze beschrijvingen als signalen van seksuele en intieme behoeften. De literatuur richt zich voornamelijk op ouderen met dementie, maar volgens de werkgroep zijn veel beschreven signalen ook toepasbaar bij andere groepen in de langdurige zorg, zoals mensen met een verstandelijke beperking.

Uit het literatuuronderzoek zijn veel mogelijke signalen naar voren gekomen waarbij gerichte aandacht nodig is voor eventuele seksuele en intieme behoeften. De werkgroep heeft deze lijst met signalen vanuit expertopinie en ervaring geprioriteerd, aangevuld en gecategoriseerd. In Tabel 4.1 staat een overzicht van de belangrijkste signalen van seksuele en intieme behoeften bij cliënten in de langdurige zorg. Er is aangegeven welke signalen door de werkgroep zijn aangevuld. Dit overzicht is niet uitputtend; het ontbreken van bepaald gedrag of signaal in deze lijst betekent niet er geen seksuele of intieme behoeften spelen bij een cliënt.

Tabel 4.1 Overzicht met (subtiele) signalen van seksuele en intieme behoeften bij cliënten in de langdurige zorg

Mogelijke signalen	Voorbeelden
Zoeken naar intimiteit en nabijheid	Hand vasthouden, knuffelen, aanraken*, strelen, samen in bed liggen, vaker contact zoeken*, samen dansen, samen eten, samen deelnemen aan activiteiten, dichtbij iemand zitten, emotionele nabijheid zoeken, uiten van gevoelens van eenzaamheid, frustratie of verdriet gelinkt aan een gemis aan intimiteit.

Zich opvallend presenteren of gezien willen worden	Mooi aankleden, goed verzorgen*, gebruik van sociale media zoals chatten en foto's van jezelf uploaden*.
Aftasten van seksuele oriëntatie en genderidentiteit	Vragen stellen over dit onderwerp*, alert zijn op inclusief taalgebruik*, observeren hoe zorgverleners reageren op LHBTIQA+-thema's*.
Romantische interesse tonen	Gefascineerd zijn door iemand*, blikken uitwisselen met romantische bedoeling, tekenen van verliefdheid vertonen*, iemand begeleiden naar diens kamer, de kamer van anderen binnenlopen*, aanmelden op datingsites*.
Seksuele nieuwsgierigheid tonen	Erotische films kijken of boeken lezen*, focus op borsten, billen of geslachtsdelen*.
Flirtende of seksuele taal gebruiken	Complimenten geven, flirten, seksuele opmerkingen* of grappen, opmerkingen over intimiteit.
(Indirecte) seksuele of intieme wensen benoemen	Verzoeken over relaties en seksualiteit, uiten van gemis van partner*, verlangen naar privacy*, vragen naar seksuele hulpverlening* (bijvoorbeeld sekswerker, escort), hulp zoeken bij dysfunctie, bereidheid om seksuele gezondheidszorg te ontvangen.
Seksuele handelingen bij zichzelf uitvoeren	Masturberen, aanraken van genitaliën, tegen voorwerp (bijvoorbeeld lakens, bedrand, meubel) aanschuren*.
Seksuele handelingen met anderen uitvoeren	Kussen, tegen een ander persoon aanschuren, manuele seks*, orale seks*, (poging tot) geslachtsgemeenschap.
Seksueel geladen onrustig of ongepast gedrag vertonen	Preoccupatie met seks, naakt zijn buiten privéruimtes, het stelen en dragen van kleding (van medebewoners), onrustig plukken* (bijvoorbeeld aan kleding, incontinentiemateriaal of lichaam), irritatie of boosheid*, verhoogde vraag naar seks*.
Seksueel grensoverschrijdend handelen	Ongewenste seksuele toenadering tot zorgverleners of medebewoners zoeken, ongewenste seksueel getinte opmerkingen*, ongewenste seksuele aanrakingen of handelingen*, seksuele gedragingen tijdens zorgmomenten, online seksueel grensoverschrijdend gedrag*.

* Toegevoegd door de werkgroep

Interpreteren van signalen

Signalen kunnen niet één-op-één worden vertaald naar een behoefte. Een zichtbaar signaal weerspiegelt niet altijd een werkelijke behoefte, terwijl behoeften ook onzichtbaar kunnen blijven. Een verkeerd geïnterpreteerd signaal, bijvoorbeeld als dit te snel als seksueel of intiem wordt geduid, kan de relatie tussen zorgverlener en cliënt beïnvloeden. Daarom is bij (hyper)seksueel gedrag een zorgvuldige analyse van de signalen noodzakelijk⁶². Het interpreteren van signalen kan ingewikkeld zijn. Signalen kunnen

zowel naar andere cliënten als naar zorgverleners en naasten worden geuit en vinden altijd plaats in een specifieke context. Daarbij kan onvoldoende inzicht in de communicatie van de cliënt en het niet goed kennen van diens leefwereld en achtergrond het herkennen en juist interpreteren van signalen rondom seksualiteit en intimiteit bemoeilijken.

Ga na welke factoren mogelijk een rol spelen bij het ontstaan of uiten van het gedrag. Dit gedrag kan passen bij onderliggende on vervulde seksuele of intieme behoeften, maar kan ook worden veroorzaakt door andere zaken zoals stress, spanning, onveiligheidsgevoelens, behoefte aan contact of erkenning, of eerdere negatieve of traumatische ervaringen. In sommige gevallen kan verdere verheldering of een gesprek nodig zijn. Zie voor aanvullende handvatten het hoofdstuk [Communicatie over seksualiteit en intimiteit](#).

- *Signalen* die worden geobserveerd of geïdentificeerd.
- *(Seksuele en intieme) levensloop van een cliënt*. Denk hierbij ook aan eventuele negatieve ervaringen die invloed kunnen hebben op het huidige seksueel en intiem functioneren. Zie eventueel de [SKILZ-richtlijn Zingevende Daginvulling: De cliënt in beeld](#) voor handvatten om de cliënt in beeld te krijgen.
- *Aandoeningen en beperkingen* (te duiden vanuit het biopsychosociaal model ⁶³, waarin lichamelijke, psychische en sociale factoren samen gedrag beïnvloeden).
 - Biologische/fysieke factoren (zoals lichamelijke aandoeningen en medicatiegebruik).
 - Psychische factoren (zoals mentaal welzijn en cognitief functioneren).
 - Sociale (zoals relaties en interacties en culturele en religieuze context).
 - Emotionele factoren (zoals gevoelens van verbondenheid, angst en verlangens).
 - Omgevingsfactoren (zoals het wonen in een instelling en de afhankelijke positie van de cliënt).

Naast de cliënt nemen ook zorgverleners hun eigen ervaringen en (seksuele en intieme) levensloop mee bij het interpreteren van gedrag. Daarbij kan ook de werkomgeving van de zorgverlener een rol spelen bij het interpreteren van gedrag. Het is belangrijk dat zorgverleners zich bewust zijn van hun eigen overtuigingen, oordelen en de gevoelens die bepaald gedrag bij hen oproept. Zo kunnen zij zo objectief mogelijk de signalen en het gedrag van de cliënt interpreteren. Regelmatige evaluatie en intervisie kan helpen om eigen ervaringen en interpretaties los te koppelen van die van de cliënten. Zie het hoofdstuk [Bevorderen van de professionele houding van zorgverleners](#) voor meer handvatten hiervoor.

Specifieke aandachtspunten in de langdurige zorg

Seksuele ontremming vanuit aandoeningen

Het is van belang te benoemen dat seksueel getint gedrag niet altijd bewust of doelgericht plaatsvindt. Bij sommige aandoeningen, zoals frontale hersenschade, of als gevolg van bepaalde medicatie, bijvoorbeeld bij de behandeling van Parkinson, kan er sprake zijn van ontremd gedrag. Ontremd of seksueel getint gedrag kan grensoverschrijdend, maar niet zo bedoeld zijn, omdat het een gevolg is van de onderliggende ziekte of aandoening. Het is daarom bij cliënten in de langdurige zorg van groot belang signalen goed in context te plaatsen en dit gedrag niet te snel als problematisch te bestempelen ⁶².

Ontwikkelingsniveau en interesses

Signalen moeten worden geduid in het licht van het cognitieve en emotionele ontwikkelingsniveau en de seksuele interesses van de cliënt. Gedragingen kunnen bij het niveau passen zonder een behoefte uit te drukken, terwijl signalen van behoeften ook minder zichtbaar kunnen zijn. Ook moeten uitingen die

passen bij een lager ontwikkelingsniveau (bijvoorbeeld 6-8 jaar) anders worden geduid dan bij cognitieve volwassenheid.

Lichamelijke reactie bij aanraking

Het kan voorkomen dat een cliënt tijdens aanraking, zoals de ADL-verzorging, een lichamelijke seksuele reactie vertoont. Dit kan bijvoorbeeld zichtbaar zijn in een erectie, versnelde ademhaling, spiercontracties, blozen of rood worden, of zichtbaar lichamelijke onrust. Voor zorgverleners is het belangrijk om deze reacties te herkennen en te duiden binnen de bredere context van de zorgvraag en het welzijn van de cliënt. Een dergelijke lichamelijke reactie hoeft niet direct opgewondenheid of een seksuele bedoeling richting de zorgverlener te betekenen; de reactie kan ook het gevolg zijn van spanning, stress, prikkelverwerking of andere lichamelijke reflexen. Zie Kader 4.1 voor handvatten over hoe te handelen bij een lichamelijke seksuele reactie.

Kader 4.1 Lichamelijke reactie bij aanraking

Lichamelijke reactie bij aanraking

Tijdens de ochtendzorg krijgt een cliënt een erectie. Je schrikt hiervan! Wat nu? Raakt deze man nu opgewonden en wil hij iets seksueels van je?

Wat kun je doen:

- Als het mogelijk is: normaliseren. Zeg wat je ziet (erectie en reactie van de cliënt) en leg uit dat het krijgen van een spontane erectie een normale fysiologische reactie is.
- Neem in samenspraak met de cliënt even afstand en pauze in het zorgmoment. Benoem/bespreek dat je je even terug kunt trekken, zodat de cliënt tijd krijgt tot de erectie is afgenomen, en wanneer je dan weer terugkomt.

Invloed van aandoeningen en beperkingen

Aandoeningen en beperkingen kunnen indirect wijzen op on vervulde seksuele of intieme behoeften. Het opnemen van dergelijke signalen in deze richtlijn rijkt te ver, maar het is belangrijk dat zorgverleners proactief en doorlopend alert zijn op de mogelijke gevolgen van beperkingen, medicatie, ingrepen of gezondheidsveranderingen. Veranderingen in seksualiteit en intimiteit ontstaan vaak geleidelijk en zijn niet altijd direct zichtbaar.

Zorgverleners beoordelen regelmatig hoe aandoeningen zoals parese, neuropathie of artrose dagelijkse handelingen beïnvloeden. Dezelfde functionele vragen kunnen laagdrempelig worden doorgetrokken naar seksualiteit en intimiteit, zoals vragen over mobiliteit, houding, uithoudingsvermogen, gevoel of pijn. Dit biedt een laagdrempelige ingang om mogelijke beperkingen en behoeften op het gebied van seksualiteit en intimiteit tijdig en professioneel te bespreken. Voorbeelden zijn:

- Kun je bepaalde houdingen of bewegingen nog goed volhouden?
- Heb je last van gevoelsverlies of pijn die seksualiteit of intimiteit kan beïnvloeden?
- Kost lichamelijke inspanning je meer moeite dan eerder?

Gelijkheid

Signalen van seksuele en intieme behoeften zijn sterk afhankelijk van de persoon, cultuur, generatie en context. Daarom is een zorgvuldige, professionele en onbevooroordeelde benadering essentieel. Hierbij moet steeds worden gekeken naar de individuele cliënt.

Aanvaardbaarheid

Zowel cliënten als zorgverleners kunnen drempels ervaren om signalen te herkennen of bespreekbaar te maken. Een veilige en respectvolle omgeving, een vertrouwensband en het goed kennen van de cliënt helpen om signalen te uiten en deze te interpreteren in de context van iemands levensloop.

Ethische overwegingen

Het omgaan met signalen van seksuele en intieme behoeften vraagt om aandacht. Cliënten hebben recht op het uiten en erkennen van hun behoeften, terwijl ook de grenzen van zorgverleners gerespecteerd moeten worden. Teamoverleg of een ethische consultatie (bijvoorbeeld een moreel beraad), kunnen helpen in complexe situaties.

Haalbaarheid

Het signaleren van seksuele en intieme behoeften kan complex zijn en vraagt om inzet van tijd, kennis en vaardigheden. Het is belangrijk om dit multidisciplinair aan te pakken. Door samenwerking binnen het team kan het gedrag beter begrepen worden en kan de zorg beter worden afgestemd op de behoeften van de cliënt.

Kwaliteit van bewijs

Uit de beoordeling van de literatuur blijkt dat de kwaliteit van het bewijs (zeer) laag is, waardoor conclusies voorzichtig moeten worden geïnterpreteerd. Bovendien richten de beschikbare studies over signalen van onderliggende seksuele en intieme behoeften zich vrijwel uitsluitend op ouderen. Hierdoor ontbreekt kennis over signalen bij mensen met een verstandelijke beperking en andere doelgroepen in de langdurige zorg. De studies verschillen sterk in opzet en doelgroep. De gebruikte classificaties van seksueel gedrag of signalen zijn vaak gebaseerd op observaties en interpretaties van zorgverleners en onderzoekers. Hierdoor zijn ze subjectief en contextafhankelijk. Daarbij is het belangrijk te noemen dat de studies van Makimoto et al.⁶⁴ en Roelofs et al.⁶⁵ zich grotendeels op dezelfde onderzoeken baseren, wat overlap en nuanceverschillen verklaart. Terwijl Makimoto et al. zich vooral richten op het belang van objectieve registratie, focussen Roelofs et al. zich op het bewonersperspectief en de interpretatie door zorgverleners.

Rationale

Het herkennen en interpreteren van signalen van seksualiteit en intimiteit in de langdurige zorg is belangrijk omdat cliënten, ongeacht leeftijd, beperking of cognitieve status, seksuele en emotionele behoeften behouden. De beschikbare literatuur biedt een breed overzicht van mogelijke signalen, maar is methodologisch beperkt, voornamelijk gericht op ouderen met dementie en soms gebaseerd op subjectieve interpretaties. Hierdoor is voorzichtigheid geboden. Signalen zijn vaak subtiel, contextgebonden en kunnen gemakkelijk verkeerd worden geduid. Daarom moeten zorgverleners gedrag altijd plaatsen binnen de levensloop, gezondheid, ontwikkelingsniveau, psychosociale context en omgeving van de cliënt, in lijn met het biopsychosociale model. Tegelijkertijd spelen de eigen normen, gevoelens en grenzen van zorgverleners een rol bij het duiden van gedrag, wat reflectie en teamafstemming vereist. Door signalen multidisciplinair en professioneel te benaderen, met aandacht voor context en nuance, kunnen behoeften tijdig worden herkend en kan veilige en respectvolle zorg worden geborgd.

Verantwoording

Publicatiedatum hoofdstuk: 30 juni 2026

Beoordeeld op geldigheid: 30 juni 2026

Samenstelling van werkgroep, cliëntengroep en klankbordgroep

Voor het ontwikkelen van het hoofdstuk is in mei 2024 een multidisciplinaire werkgroep ingesteld, bestaande uit de volgende personen:

- Voor het ontwikkelen van de richtlijn is in mei 2024 een multidisciplinaire werkgroep ingesteld, bestaande uit de volgende personen:
- **Dr. A.M. (Alma) Brand**, postdoctoraal onderzoeker, Open Universiteit, psycholoog, bekkenfysiotherapeut en consulent seksuele gezondheid NVVS (i.o.), namens

Nederlandse Vereniging voor Bekkenfysiotherapie (KNGF/NVFB) en Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie (NVVS).

- **Drs. I.C. (Inez) Blitz**, geestelijk verzorger en consulent seksuele gezondheid NVVS, Attent zorg en behandeling, namens Vereniging van Geestelijk Verzorger (VGZ), tot november 2025.
- **I.H. (Iris) van den Bosch**, physician assistant en seksuoloog NVVS, Alliade, namens Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA).
- **Drs. H.J.M. (Riët) Daniël** (voorzitter), GZ-psycholoog en seksuoloog, Archipel Zorggroep, namens Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
- **M. (Mirjam) Everaarts**, maatschappelijk werker, Goudenhart, namens Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW).
- **Drs. A. (Ariëlle) van Heeren**, orthopedagoog-generalist, Fivoor, namens Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO).
- **A. (Astrid) Jonker**, begeleider, Alliade, namens Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW).
- **Drs. M.M. (Marcelle) Mulder**, humanistisch geestelijk verzorger, Patyna (gepensioneerd), namens Vereniging van Geestelijk Verzorger (VGZ), vanaf december 2025.
- **Drs. M.C. (Margot) van Remmerden** (vicevoorzitter), arts verstandelijk gehandicapten, Novicare, namens Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG).
- **Dr. T.S.M. (Tineke) Roelofs**, GZ-psycholoog i.o. Klinisch Neuropsycholoog, Archipel Zorggroep, namens Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
- **A.D. (Ashley) de Sterke**, verpleegkundig specialist en consulent seksuele gezondheid NVVS, Aafje, namens Beroepsvereniging Verzoorgenden Verpleegkundigen (V&VN).
- **M.A. (Marian) Suurmond**, regiebegeleider gehandicaptenzorg, Prinsenstichting, namens Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW).
- **M.M. (Maartje) de Nijs**, ergotherapeut, Evean, namens Ergotherapie Nederland.

Voor het ontwikkelen van het kwaliteitsinstrument is in mei 2024 een multidisciplinaire klankbordgroep ingesteld, bestaande uit de volgende personen:

- **Drs. E. (Evelien) Dijkema**, specialist ouderengeneeskunde, Coloriet, namens vereniging specialisten ouderengeneeskunde (Verenso).
- **Drs. Y. (Ymke) Kelders**, programmamanager seksualiteit en zorg, Rutgers, namens Expertisecentrum Seksualiteit Rutgers.
- **M.L. (Manon) Linschoten**, projectleider Roze50+ en ZonderStempel, namens COC Nederland.
- **E. (Eveline) Schildmeijer**, psychomotore therapeut, Adagio, namens Vaktherapie Nederland.

Voor het ontwikkelen van het kwaliteitsinstrument is in mei 2024 een cliëntenadviesraad ingesteld, bestaande uit de volgende personen:

- **Drs. E.A. (Evert) Brongers**, namens KansPlus, tot juli 2025.
- **Drs. W.N. (Wieke) Hengeveld**, namens MantelzorgNL.
- **J. (Josephine) Lambregts**, namens Alzheimer Nederland, vanaf juli 2025.
- **M. (Mariska) Schutte**, namens KansPlus, vanaf juli 2025.
- **G. (Gwen) Teesing**, namens Alzheimer Nederland, tot juli 2025.

- **J.A. (Jenny) Wild**, namens Zorgbelang Brabant | Zeeland.

Met ondersteuning van:

- **Dr. D.W. (Danique) Bos-van den Hoek**, procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ.
- **Dr. B.C.F.M. (Bernadette) van Glansbeek-Schutijser**, procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ, Utrecht.
- **Dr. A.L. (Alisa) Dutmer**, procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ.
- **Dr. T.I. (Tanja) Mol**, procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ.
- **J.R. (Julia) Morber**, procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ.
- **Dr. C. (Charifa) Zemouri**, literatuuronderzoeker, Zemouri et al.,
- **Dr. E. (Eveline) Mestdagh, MS, BM, RM**, zelfstandig wetenschappelijk adviseur en richtlijnontwikkelaar, COME-ON!

Belangenverklaringen

Alle werkgroepleden hebben bij aanvang en bij afronding van de richtlijn de belangenverklaring behorend bij de 'KNAW-Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling' ondertekend, zie de bijlage [Samenvattingstabel belangenverklaringen](#). Hiermee geven zij aan onafhankelijk gehandeld te hebben bij het opstellen van de richtlijn. Alle werkgroepleden hebben schriftelijk verklaard of ze in de laatste drie jaar directe financiële belangen of indirecte belangen hebben gehad. Uit de belangenverklaringen bleken geen belemmeringen voor deelname in de richtlijnwerkgroep. De ondertekende belangenverklaringen zijn op te vragen via bureau@skilz.nu.

Autoriserende partijen

De volgende partijen hebben het hoofdstuk Signalen van behoeften rond seksualiteit en intimiteit geautoriseerd:

- Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW)
- Ergotherapie Nederland
- Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA)
- Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)
- Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO)
- Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie (NVVS)
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Vaktherapie Nederland
- Vereniging van Geestelijk Verzorgers (VGZ)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

De volgende partijen hebben een verklaring geen bezwaar afgegeven voor het hoofdstuk Signalen van behoeften rond seksualiteit en intimiteit:

- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en Nederlandse Vereniging voor Bekkenfysiotherapie (NVFB)
- Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso)
- Alzheimer Nederland
- MantelzorgNL

Financiële gevolgen

Bij de richtlijn is conform de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) een kwalitatieve raming uitgevoerd of de aanbevelingen mogelijk leiden tot substantiële financiële gevolgen. Bij het uitvoeren van deze beoordeling zijn richtlijnmodules op verschillende domeinen getoetst.

Uit de kwalitatieve raming blijkt dat er waarschijnlijk geen substantiële financiële gevolgen zijn voor dit hoofdstuk. Toelichting: Hoewel uit de toetsing volgt dat de aanbeveling(en) breed toepasbaar zijn (meer dan 40.000 cliënten), en het grotere geheel nog niet aan de norm voldoet, volgt ook uit de toetsing dat het geen toename in voltijdsequivalenten dan wel kwalificaties verwacht. Ook wordt er geen nieuwe manier van zorgverlening of andere organisatie van zorgverlening vereist maar enkel een andere benadering naar de cliënt toe. Er worden daarom geen substantiële financiële gevolgen verwacht.

Procesinformatie ontwikkeling van het hoofdstuk

Dit hoofdstuk is opgesteld conform de richtlijnmethode van SKILZ (zie www.skilz.nu voor de

meest recente richtlijnmethode). Dit document beschrijft een stappenplan dat gebaseerd is op de kwaliteitscriteria uit de volgende documenten: de AQUA-Leidraad (2021)⁵⁵, de HARING-tools (2013)⁵⁶ en AGREE-II (2010)⁵⁷.

Inbreng van cliëntenperspectief

Actieve betrokkenheid van cliënten(vertegenwoordigers) is belangrijk voor het bewaken van de wensen van cliënten en naasten bij het opstellen van de inhoud van een richtlijn. Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is het cliëntenperspectief in alle fasen meegenomen. Er was een cliëntenadviesraad met vertegenwoordigers uit de volgende organisaties: KansPlus, MantelzorgNL, Alzheimer Nederland, Zorgbelang Brabant | Zeeland. De cliëntenadviesraad is tweemaal geraadpleegd om input op te halen op een eerste raamwerk en op de gehele conceptrichtlijn. Daarbij zijn in de zomer van 2025 ook interviews opgenomen met veertien cliënten uit het netwerk van de werkgroep, waarvan het verslag [Cliënteninterviews](#) werd geschreven. Dit gaf meer achtergrondinformatie over hoe cliënten zelf seksualiteit en intimiteit ervaren en hoe zij graag willen dat zorgverleners ermee omgaan. De input van de cliëntenadviesraad en de interviews is verwerkt in de overwegingen van de hoofdstukken.

Klankbordgroep

De klankbordgroep werd op twee momenten gedurende het richtlijnproces betrokken waarbij zij feedback gaven op de (concept)documenten:

1. Voor de start van het literatuuronderzoek op de (concept)uitgangsvragen.
2. Voor de commentaarfase op de conceptversie van de richtlijn.

Het ontvangen commentaar werd bekeken en besproken met de werkgroep en meegenomen in het schrijven van de definitieve teksten.

Knelpunteninventarisatie

Voorafgaand aan de knelpunteninventarisatie zijn bestaande relevante (onderdelen van) kwaliteitsinstrumenten, lopende initiatieven en onderzoeken rondom het thema geïnventariseerd. Vervolgens werd de knelpunteninventarisatie uitgevoerd door middel van het uitzetten van een vragenlijst. Voor de knelpunteninventarisatie werden leden van relevante beroepsverenigingen, cliëntenverenigingen en andere relevante zorgorganisaties uitgenodigd. De voorzitter(s), de werkgroepleden en de procesbegeleiding hebben de knelpunten besproken, geanalyseerd en geprioriteerd. Een verslag van de knelpunteninventarisatie is terug te vinden in het verslag [Knelpunteninventarisatie](#).

Opstellen uitgangsvragen en uitkomstmaten

Op basis van de uitkomsten van de knelpuntenanalyse zijn door de werkgroep uitgangsvragen opgesteld. De concept uitgangsvragen zijn tijdens de tweede werkgroepbijeenkomst op 7 november 2024 met de werkgroep besproken en vervolgens aan de klankbordgroep voorgelegd via een online vragenlijst. Zij hebben hun inbreng gegeven op de inhoud, formulering en methode voor de beantwoording van de uitgangsvragen. In november 2024 werden de uitgangsvragen vervolgens vastgesteld.

Methode literatuuronderzoek

In deze richtlijn werden vier uitgangsvragen beantwoord met behulp van systematisch literatuuronderzoek:

- Welke methoden zijn het meest geschikt om seksuele en intieme behoeften van cliënten in de langdurige zorg te achterhalen of in kaart te brengen?
- Aan welke signalen kunnen seksuele en intieme behoeften van cliënten in de langdurige zorg worden herkend en hoe kunnen deze het beste worden geduid?
- Op welke wijze kunnen zorgverleners passend faciliteren in seksuele en intieme behoeften van cliënten in de langdurige zorg?
- Hoe kan een professionele houding van zorgverleners ten aanzien van seksualiteit en intimiteit van cliënten in de langdurige zorg worden bevorderd?

De werkgroep heeft, samen met de procesbegeleiding en een literatuuronderzoeker, een literatuurprotocol opgesteld met daarin weergegeven de zoekvragen, PDO (Population, Determinant, Outcome), zoekstrategie en selectiecriteria. Een uitgebreide beschrijving van de strategie voor het zoeken en selecteren van de literatuur is te vinden in de bijlagen met verantwoordingen. De paragraaf Onderbouwing per hoofdstuk in de richtlijn beschrijft een korte samenvatting van de methode en resultaten uit het literatuuronderzoek.

Overwegingen (van bewijs naar aanbeveling)

Voor het formuleren van een aanbeveling zijn naast de resultaten en kwaliteit van bewijs van het wetenschappelijk onderzoek, vaak ook nog andere factoren van belang⁵⁸. De werkgroep bediscussieerde de kennis uit de literatuur, en plaatste daarbij haar overwegingen. Dit werd in twee stappen uitgevoerd: 1) de werkgroepleden werden via een online vragenlijst uitgenodigd om hun overwegingen te plaatsen bij het literatuuronderzoek, en hun expertise bij een uitgangsvraag te delen; 2) de resultaten uit deze vragenlijst werden bediscussieerd tijdens werkgroepbijeenkomsten, waarna overwegingen en aanbevelingen werden opgesteld.

In de overwegingen kunnen de volgende aspecten meegenomen zijn: gezondheidswinst, waarden, voorkeuren en ervaringen van cliënten en zorgverleners met betrekking tot interventies en uitkomsten van zorg, balans van gewenste en ongewenste effecten van interventies ten opzichte van geen of andere interventies, aanvaardbaarheid van interventies, ethische overwegingen, kosten(implicaties), veiligheid, duurzaamheid, en haalbaarheid van een aanbeveling.

Formuleren van de aanbevelingen

De aanbevelingen geven een antwoord op de uitgangsvragen en zijn gebaseerd op het beste beschikbare wetenschappelijke bewijs en de belangrijkste overwegingen. De kracht van het wetenschappelijk bewijs en het gewicht dat door de werkgroep is toegekend aan de overwegingen bepalen samen de sterkte van de aanbeveling.

De sterkte van een aanbeveling verwijst naar de mate van zekerheid dat de voordelen van de interventie opwegen tegen de nadelen (of vice versa), gezien over het hele spectrum van cliënten waarvoor de aanbeveling is bedoeld. De sterkte van een aanbeveling heeft duidelijke implicaties voor cliënten, behandelaars en beleidsmakers (zie Tabel 4.2).

Tabel 4.2 Implicaties van sterke en zwakke aanbevelingen voor verschillende richtlijngebruikers

Sterke aanbeveling	Zwakke (conditionele) aanbeveling
--------------------	-----------------------------------

Voor cliënten	De meeste cliënten zouden de aanbevolen interventie of aanpak kiezen en slechts een klein aantal niet.	Een aanzienlijk deel van de cliënten zouden de aanbevolen interventie of aanpak kiezen, maar veel cliënten ook niet.
Voor behandelaars	De meeste cliënten zouden de aanbevolen interventie of aanpak moeten ontvangen.	Er zijn meerdere geschikte interventies of aanpakken. De cliënt moet worden ondersteund bij de keuze voor de interventie of aanpak die het beste aansluit bij zijn of haar waarden en voorkeuren.
Voor beleidsmakers	De aanbevolen interventie of aanpak kan worden gezien als standaardbeleid.	Beleidsbepaling vereist uitvoerige discussie met betrokkenheid van veel stakeholders. Er is een grotere kans op lokale beleidsverschillen.

Randvoorwaarden (organisatie van zorg) (indien van toepassing)

In de knelpunteninventarisatie en bij de ontwikkeling van de richtlijn is expliciet rekening gehouden met de organisatie van zorg: alle aspecten die randvoorwaardelijk zijn voor het verlenen van zorg (zoals coördinatie, communicatie, (financiële) middelen, menskracht en infrastructuur). Randvoorwaarden die relevant zijn worden beschreven in hoofdstuk Organisatie van zorg van deze richtlijn.

Opstellen van het implementatieplan

De werkgroep heeft een implementatieplan opgesteld waarin een advies voor beroepsverenigingen en instellingen wordt gegeven voor de implementatie. Deze staat beschreven in de bijlage [Implementatieplan](#).

Formuleren van kennislacunes

Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is systematisch gezocht naar onderzoek waarvan de resultaten bijdragen aan een antwoord op de uitgangsvragen. Bij elke uitgangsvraag is door de werkgroep nagegaan of er (aanvullend) wetenschappelijk onderzoek gewenst is. Een overzicht van aanbevelingen voor nader/vervolgonderzoek staat in de bijlage [Kennislacunes](#).

Commentaar- en autorisatiefase

De conceptrichtlijn is aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen en andere relevante partijen voorgelegd voor commentaar. In de periode van december 2025 tot februari 2026 konden de partijen de richtlijn becommentariëren via het platform Richtlijnen Langdurige Zorg. De commentaren zijn verzameld en besproken met de werkgroep. Naar aanleiding van de commentaren is de conceptrichtlijn aangepast en definitief vastgesteld door de werkgroep. De definitieve richtlijn wordt aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen voorgelegd voor autorisatie en door hen worden geautoriseerd.

De volgende partijen hebben commentaar geleverd op de richtlijn Seksualiteit en intimiteit in de langdurige zorg:

Partijen

ActiZ	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)	Patiëntenfederatie Nederland
Alzheimer Nederland	MantelzorgNL	Vaktherapie Nederland
Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW)	Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)	Vereniging voor Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso)
Ergotherapie Nederland	Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
KansPlus	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)	Vereniging van Geestelijk Verzorgers (VGvZ)

Publicatie

Nadat de richtlijn is geautoriseerd door de betrokken verenigingen, is de richtlijn gepubliceerd op het platform Richtlijnen Langdurige Zorg.

5. Faciliteren in behoeften rond seksualiteit en intimiteit

Autorisatiedatum 30-06-2026 Beoordelingsdatum 30-06-2026

5.1 Faciliteren in seksuele en intieme behoeften

Nadat seksuele of intieme behoeften zijn geïdentificeerd, kunnen zorgverleners cliënten hierbij ondersteunen en begeleiden. Dit vraagt in de langdurige zorg om meer dan alleen goede wil: het vereist kennis, duidelijke kaders en praktische mogelijkheden. Juist daar liggen in de praktijk vaak knelpunten. Uit de [knelpunteninventarisatie](#) blijkt dat zorgverleners niet altijd weten welke hulpmiddelen en activiteiten beschikbaar zijn. Ook praktische omstandigheden, zoals privacy, de aanwezigheid van een partner of beperkingen door huisregels of zorghulpmiddelen, kunnen ondersteuning bemoeilijken. Daarnaast sluit de geboden aanpak niet altijd aan bij de behoeften en het sociale en emotionele ontwikkelingsniveau van de cliënt, en ervaren veel zorgverleners handelingsverlegenheid. Dit hoofdstuk biedt handvatten om cliënten op een passende en professionele manier te ondersteunen bij hun seksuele en intieme behoeften.

Uitgangsvraag

Op welke wijze kunnen zorgverleners passend faciliteren in seksuele en intieme behoeften van cliënten in de langdurige zorg?

Aanbevelingen

Ondersteun en begeleid cliënten, afhankelijk van hun behoeften, bij het realiseren van hun seksuele en intieme behoeften, door:

- *Kennis en vaardigheden*: bied seksuele en relationele voorlichting op maat, in begrijpelijke taal, met visuele ondersteuning en herhaling.
- *Autonomie en consent*: ga uit van de wensen en grenzen van de cliënt en ondersteun diens beslisvaardigheid.
- *Praktische mogelijkheden*: ondersteun cliënten bij ontmoeting, passende hulpmiddelen en veilige vormen van lichamelijk contact.
- *Fysieke, sociale en organisatorische randvoorwaarden*: waarborg privacy en organisatorische ondersteuning, en hanteer juridische, ethische en professionele kaders.

Werk multidisciplinair samen bij het faciliteren van seksuele en intieme behoeften. Bespreek

complexe of aanhoudende vraagstukken multidisciplinair voor een zorgvuldige en gedeelde besluitvorming. Gebruik de bijlage [Overzicht van zorgdisciplines](#) om te bepalen welke discipline welke bijdrage kan leveren en verwijs gericht door als dat nodig is.

Stem ondersteuning altijd af op cognitieve, communicatieve, fysieke en sociale mogelijkheden van de cliënt. Onderzoek altijd zorgvuldig de werkelijke behoefte van de cliënt, voordat ondersteuning zoals hulpmiddelen, erotisch materiaal of seksuele dienstverlening worden ingezet.

Evalueer regelmatig samen met de cliënt het effect van de ondersteuning. Bespreek of bijstelling of voorzetting nodig is en pas het tempo aan op wat de cliënt nodig heeft.

Stem met de cliënt af welke zorgverlener het meest geschikt is om de ondersteuning te bieden, vooral bij intieme of kwetsbare handelingen.

Borg veiligheid, wederkerigheid en duidelijke grenzen. Wees alert op risico's zoals misverstanden, grensoverschrijdend gedrag of ongemak bij medebewoners of naasten en bespreek deze actief indien nodig.

Onderbouwing

Om de uitgangsvraag van dit hoofdstuk te beantwoorden, is systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd naar de volgende onderzoeksvraag:

Welke interventies zijn geschikt voor het passend faciliteren in seksuele en intieme behoeften van cliënten in de langdurige zorg?

De verantwoording van het literatuuronderzoek is in twee documenten te vinden. Lees de bijlage [Verantwoording literatuuronderzoek - Algemeen](#) voor de overkoepelende beschrijving van de methode van het literatuuronderzoek voor deze richtlijn en de bijlage [Verantwoording literatuuronderzoek - Faciliteren](#) voor de resultaten van het literatuuronderzoek van dit hoofdstuk.

Samenvatting van de literatuur

Er zijn dertien studies geïdentificeerd die van toepassing zijn op de onderzoeksvraag, waarvan acht onder mensen met een verstandelijke beperking en zes over ouderen in de langdurige zorg. Onderstaande conclusies vatten de beschikbare evidentie samen over interventies die kunnen worden ingezet om seksuele en relationele behoeften van cliënten in de langdurige zorg te bevorderen.

Mate van vertrouwen	Conclusie
Seksuele en relationele educatieprogramma's	
Zeer laag	Het is onzeker of educatieprogramma's door zorgprofessionals leiden tot duurzame verbetering van kennis en attitude bij cliënten in de langdurige zorg. Kenniswinst wordt vaak gerapporteerd, maar zonder herhaling, vervagen effecten. Attitudeverbetering is beperkt en gedragseffecten zijn inconsistent. Interactieve werkvormen zoals rollenspellen en visuele hulpmiddelen worden genoemd als versterkend. Sessies van beperkte duur met follow-up, groepen met alleen mannen of alleen vrouwen en begeleiding van goed getrainde zorgprofessionals lijken effectiever. Voor evaluatie van kennis en attitudes worden instrumenten zoals ASK, SSKAT en SexKen-ID aanbevolen. <i>Chou et al., 2019; Chrastina & Večeřová, 2020 ; Sala et al., 2019; Pérez-Curiel et al., 2024; González et al., 2018</i>
Empowermentprogramma's	
Zeer laag	Het is onzeker of empowermentprogramma's bijdragen aan het versterken van assertiviteit en zelfbeschikking bij cliënten. Dialoog, ervaringsverhalen en samenwerking met familie en het netwerk worden genoemd als cruciale werkzame elementen. Sommige interventies betrekken ook cliënten actief bij beleidsontwikkeling waarbij ze als change agents empowered worden om zelf bij te dragen aan structurele verandering in beleid en praktijk. <i>Black & Kammes, 2021; Chrastina & Večeřová, 2020 ; Ginn, 2022</i>
Training zorgprofessionals	
Zeer laag	Het is onzeker of training van zorgprofessionals – via interactieve workshops, casusbesprekingen, e-learning, al dan niet met behulp van ondersteunende tools zoals INTiME – effectief is in het verminderen van restrictieve attitudes en het vergroten van hun kennis over consent en seksuele rechten , wat hun ondersteuning van cliënten ten goede zou komen. <i>McGuire & Bayley, 2011; Elias & Ryan, 2011; Van der Sluis et al., 2023; Thornton & Offord, 2015</i>
Omgevings- en beleidsmaatregelen	

Zeer laag	Het is onzeker of fysieke aanpassingen, zoals privékamers en 'niet storen'-signalen, en algemene beleidsrichtlijnen effectief bijdragen aan het faciliteren van intieme behoeften. De literatuur wijst op het belang van specifiek beleid en tools gericht op het bespreekbaar maken van seksualiteit en het versterken van inspraak. Integratie van privacy-afspraken in het zorgplan en multidisciplinair overleg worden als ondersteunende strategieën genoemd. <i>Elias & Ryan, 2011; Makimoto et al., 2014</i>
Consent en waarborgen van autonomie	
Zeer laag	Het is onzeker of zorgprofessionals via multidisciplinair overleg en beleidskaders consent en autonomie zorgvuldig waarborgen. Beleidskaders bieden structuur, maar praktijkgerichte benaderingen zoals het werken met real-life scenario's, casusgerichte aanpakken en gespreksinstrumenten die actief consent en inspraak ondersteunen, lijken accurater en praktischer. Protocolen, vooraf vastgelegde wilsverklaringen en interventies die consent ondersteunen via educatie, juridische kaders of het versterken van cliëntenrechten worden afzonderlijk genoemd. Het belang van actieve betrokkenheid van familie en netwerk wordt benadrukt. <i>Esmail & Concannon, 2022; Makimoto et al., 2015; McGuire & Bayley, 2011</i>
Praktische en cliëntgerichte interventies	
Zeer laag	Het is onzeker of praktische interventies zoals gestructureerde oefensessies waarin sociaal-seksuele vaardigheden worden aangeleerd, deze vaardigheden duurzaam verbeteren; effecten zijn vaak tijdelijk en vervagen zonder follow-up. Rollenspellen, het PLISSIT-model en creatieve benaderingen zoals substituut objecten (bijvoorbeeld knuffels) worden beschreven als cliëntgerichte oplossingen waarbij ingespeeld wordt op de specifieke situatie, behoeften en context van een individuele cliënt. <i>Chrastina & Večeřová, 2020; Makimoto et al., 2014 ; Sala et al., 2019; Pérez-Curiel et al., 2024; Thornton & Offord, 2015</i>

Overwegingen

In deze paragraaf worden de overwegingen van de werkgroep weergegeven. Hierin gaat het over de resultaten uit het literatuuronderzoek en overwegingen vanuit (klinische) expertise en ervaringen van zorgverleners en cliënten- en naasten(vertegenwoordigers).

Domeinen om in te faciliteren

Nadat wensen en behoeften zijn besproken (zie hoofdstuk [Communicatie over seksualiteit en intimiteit](#)), kunnen zorgverleners cliënten passend ondersteunen. De werkgroep onderscheidt hiervoor de volgende vier complementaire domeinen: 1) kennis en vaardigheden, 2) autonomie en consent, 3) praktische mogelijkheden en 4) fysieke, sociale en organisatorische randvoorwaarden. Afhankelijk van de behoeften van de cliënt kunnen zorgverleners op één of meerdere domeinen acties inzetten. In het vervolg van dit hoofdstuk worden deze domeinen verder uitgewerkt.

Kennis en vaardigheden

Dit domein richt zich op het vergroten van kennis, inzicht en vaardigheden die cliënten nodig hebben om veilige, gezonde en bewuste keuzes te maken op het gebied van seksualiteit en intimiteit. Zorgverleners

kunnen cliënten ondersteunen door het aanbieden van informatie, het versterken van vaardigheden en het inzetten van passende materialen of deskundigen.

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat seksuele en relationele voorlichting effectief is voor het vergroten van kennis en het verbeteren van gedrag, met name bij mensen met een verstandelijke beperking. Effectieve voorlichting bestaat uit meer dan kennisoverdracht: aandacht voor bewustwording, attitudevorming, sociale vaardigheden en activerende lesvormen is essentieel. De inhoud van voorlichting kan variëren van basiskennis over het lichaam, seksualiteit en intimiteit tot thema's als veranderingen door ouder worden, ziekten, beperkingen of medicatie, grenzen, veiligheid, consent, relaties, omgaan met partners binnen of buiten een zorginstelling en het bespreken van wensen met zorgverleners of naasten. Voorlichting kan individueel of in groepsverband worden gegeven, bij voorkeur door een vertrouwde zorgverlener. Voor complexere onderwerpen kan specialistische expertise worden ingezet. De dagelijkse zorgverleners blijven verantwoordelijk voor herhaling, toepassing en borging van de opgedane kennis en vaardigheden.

Welke type en manier van seksuele voorlichting het meest geschikt is, hangt af van de cliënt en diens mogelijkheden. Werkzame principes zijn: korte sessies (maximaal 30 minuten), begrijpelijke taal, visuele ondersteuning, herhaling en maatwerk. Bij mensen met een verstandelijke beperking is structurele herhaling extra belangrijk. Soms is de seksuele en relationele vorming onvoldoende gebleken en vaak bekijft informatie niet in één keer. Structurele voorlichting houdt in dat thema's regelmatig terugkomen, informatie stap voor stap wordt aangeboden en vaardigheden herhaald worden geoefend. Bij ouderen kan een behoefte bestaan aan voorlichting over ouderdomsziekten en de gevolgen van die aandoeningen op seksualiteit en intimiteit. Zie Tabel 5.1 voor een overzicht van voorbeelden van voorlichting.

Tabel 5.1 Voorbeelden van (hulpmiddelen bij) seksuele en relationele voorlichting

Seksuele en relationele voorlichting	Uitleg
Anatomische afbeeldingen van Pharos	De website van Pharos begrijpelichaam.nl biedt praktisch voorlichtingsmateriaal over het menselijk lichaam waarin gebruik wordt gemaakt van eenvoudige anatomische afbeeldingen en teksten.
App Lief en lijf	De app Lief en lijf van Middin geeft seksuele voorlichting aan cliënten met een lichte verstandelijke beperking. Het is een aanvulling op de persoonlijke voorlichting door begeleiders. Met duidelijke teksten, afbeeldingen en video's geeft de app begrijpelijk antwoord op vragen over seksualiteit. Cliënten kunnen ook zelf eenvoudig informatie opzoeken in de app.
Voorlichtingsprogramma Lief, Lijf & Leven	De voorlichtingsbox 'Lief, Lijf & Leven' is bedoeld voor mensen met een verstandelijke beperking en geeft uitleg over onderwerpen als kennis over het eigen lichaam en de mogelijkheden en gevaren van internet en sociale media. Ook seksueel misbruik, loverboys (en loverbegines) en weerbaarheid komen aan bod.

Steffie • Daten • Relaties • Menstruatie	Website waarop Steffie moeilijke dingen op een makkelijke manier uitlegt. Steffie is onderdeel van Stichting Leer Zelf Online, die hulp biedt aan organisaties om begrijpelijke informatie aan te bieden. Het doel is diensten, producten en voorlichting weer toegankelijk te maken voor iedereen.
Roze50+ / Zonder Stempel	Website van de belangenverenigingen vanuit de LHBTIQA+-gemeenschap voor ouderen en mensen met een verstandelijke beperking.
Seks is meer dan ganzenbord	Een educatief voorlichtingsspel voor scholing, instellingen en alle plekken waar onder begeleiding seksuele voorlichting wordt gegeven.
OMGYes	Een (betaalde) website met masturbatie-instructies voor vrouwen.
Behandelprogramma Seksueel Gezond Gedrag	Behandelprogramma om de seksuele gezondheid te bevorderen en daarmee (een risico op) seksueel grensoverschrijdend gedrag te verminderen. Voor mensen met een lichte verstandelijke beperking en psychische- en/of gedragsproblemen is het kenmerkend dat zij vastlopen op verschillende levensgebieden als gevolg van hun beperkingen. Dit geldt ook op het gebied van seksualiteit. Dit maakt hen kwetsbaar, zowel voor dader- als slachtofferschap.
HALLO IK	Een trainingsmethode over lichaam, gevoel, seksualiteit, weerbaarheid en sociale vaardigheden voor kinderen en volwassenen met een verstandelijke en auditieve/communicatieve beperking.
Mediajungle	Mediajungle maakt educatieve materialen die helpen om spelenderwijs te leren omgaan met media, technologie en kritische digitale vaardigheden.
Vrienden & vrijers	Vrienden en vrijers is een eenvoudige, leerzame, visuele methode die het makkelijker maakt om met onder andere cliënten te praten over de thema's het lichaam, vriendschap, partners, seksualiteit en weerbaarheid.
Leerbaar en weerbaar	Leerbaar & Weerbaar is een gelaagde methodiek van Philadelphia en geen losse activiteit, waarin een 'kunstje' wordt aangeleerd. Het doel is mensen met een verstandelijke beperking te helpen emotioneel sterker, sociaal weerbaar te worden. Zodat ze grip krijgen op hun welzijn en met trots kunnen meedoen in de maatschappij.

Nu Niet Zwanger	Toolkit die cliënten ondersteunt en zorgverleners traint in het voeren van open gesprekken over kinderwens, seksualiteit en anticonceptie. Dat wordt kinderwensverkenning genoemd.
Make a Move+	Make a Move+ is een groepsounselingsprogramma van Rutgers van 8 bijeenkomsten over seksualiteit, relaties en weerbaarheid voor jongens tussen de 14 en 21 jaar met een lichte verstandelijke beperking die speciaal of praktijkonderwijs volgen.
Girls' Talk+	Girls' Talk+ is een groepsounselingsprogramma van Rutgers van acht bijeenkomsten over seksualiteit, relaties en weerbaarheid voor meiden tussen de 14 en 21 jaar met een lichte verstandelijke beperking en die speciaal of praktijkonderwijs volgen.
Zanzu	Website van Rutgers met informatie over seksuele gezondheid in 16 talen.
Transgender, een toegankelijke gids	Gids van Transvisie, Zonder Stempel en Transgender Netwerk Nederland over transgender-zijn en de stappen in een eventuele transitie.
Trans Toegankelijk	Website die iedereen die transgender en non-binaire personen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) wil begeleiden ondersteunt.
Nog niet uitgekeken	Boek dat ingaat op de emotionele en praktische kant van het verlies van zicht, waarin één hoofdstuk zich richt op relatie, intimiteit en seksualiteit.

Autonomie en consent

In dit domein staat het respecteren en versterken van de eigen regie van cliënten centraal. Zorgverleners ondersteunen cliënten bij het verkennen, verwoorden en bewaken van wensen en grenzen, en bij het nemen van besluiten. Het gaat om vrijwillige, passende en veilige keuzes, binnen ethische en wettelijke kaders. Bij het faciliteren in seksuele en intieme behoeften is het van belang dat cliënten voldoende consent kunnen geven en dat hun autonomie volledig tot hun recht komt. Zelfbeschikking, assertiviteit en beslisvaardigheid kunnen worden versterkt via empowermentprogramma's en beslisondersteuning.

De SKILZ-handreiking [Beslisvaardigheid en wilsbekwaamheid](#) beschrijft hoe ondersteuningsbehoeften bij besluitvorming worden gesignaleerd en hoe beslisvaardigheid kan worden beoordeeld wanneer er gerede twijfel over is. Wilsbekwaamheid wordt multidisciplinair en zorgvuldig vastgesteld, en alleen als dit een nieuw handelingsperspectief oplevert. Omdat beslisvaardigheid kan wisselen, is regelmatige herbeoordeling belangrijk. Als een cliënt niet wilsbekwaam (ter zake) blijkt, kan een vertegenwoordiger (zie het hoofdstuk [Samenwerking met naasten](#)) of een vooraf opgestelde wilsverklaring richting geven aan besluiten over seksualiteit en intimiteit.

Praktische mogelijkheden

Dit domein omvat de actieve ondersteuning die zorgverleners kunnen bieden voor praktische mogelijkheden die cliënten nodig hebben om hun wensen op het gebied van seksualiteit en intimiteit te realiseren.

Een eerste vorm van ondersteuning is ondersteuning bij *ontmoeting*. Zorgverleners kunnen cliënten ondersteunen bij het leggen en onderhouden van sociale contacten en (bestaande) liefdesrelaties. Dit kan bestaan uit hulp bij communicatie, sociale media, (online) daten, het plannen van afspraken en het creëren van ontmoetingsmogelijkheden. Zie Tabel 5.2 voor voorbeelden van ondersteuning bij ontmoeting.

Tabel 5.2 Voorbeelden van ondersteuning bij ontmoeting

Ontmoeting	Uitleg
Eerste Hulp bij Dating	Een boekje dat speciaal is ontwikkeld door Fontys Pedagogiek voor mensen met een verstandelijke beperking.
Roze50+	Website van Roze50+ met ontmoetingsmogelijkheden binnen bepaalde regio's in Nederland.
Zonder Stempel	Website van Zonder Stempel met ontmoetingscafé's voor mensen met LHBTI+ met een verstandelijke beperking.
ABCDate	Een website en app voor mensen met een verstandelijke beperking om op een veilige manier nieuwe mensen te leren kennen.

Een tweede vorm van ondersteuning is het inzetten van *hulpmiddelen*. Hulpmiddelen kunnen bijdragen aan comfort, nabijheid of seksuele beleving, zeker wanneer cliënten te maken hebben met beperkingen in mobiliteit, prikkelverwerking of lichamelijk functies. Mogelijke hulpmiddelen zijn hulpmiddelen voor comfort en positionering (zoals positioneringskussens of koppelbedden), hulpmiddelen voor stimulatie of beleving (zoals seksspeeltjes, medicinale ondersteuning (zoals Viagra, testosteron/oestrogenen) of een pornobibliotheek), glijmiddel of andere ondersteunende materialen, apps of websites voor contact en daten, en ondersteunende (AI-)technologie of robotica.

Bij de inzet van hulpmiddelen is maatwerk essentieel, vooral bij cliënten met cognitieve of lichamelijke problemen (bijvoorbeeld bij het niet zelfstandig kunnen gebruiken van een hulpmiddel door te kleine knopjes). Een ergotherapeut kan een eisenpakket voor hulpmiddelen opstellen, ondersteund door deskundigen op het gebied van seksualiteit en intimiteit. Het succesvol gebruik van een hulpmiddel staat of valt met passende begeleiding vanuit de omgeving. Zie het [Hulpmiddelenoverzicht](#) voor een uitgebreid overzicht van mogelijke hulpmiddelen die ingezet kunnen worden.

Een derde vorm van ondersteuning is het ondersteunen van *lichamelijk contact*. Ondersteuning kan bestaan uit het faciliteren van samen slapen met een (thuiswonende) partner of comfortgerichte aanraking zoals massages. Als cliënten behoefte hebben aan externe gespecialiseerde seksuele dienstverlening (sekszorg), kan dit worden gefaciliteerd. Dit moet wel plaatsvinden binnen de juridische, ethische en organisatorische voorwaarden zoals beschreven in het domein 'randvoorwaarden'. Sekszorg betreft professionele, externe dienstverlening gericht op het beleven van seksualiteit of intimiteit, afgestemd op de wensen en grenzen van de cliënt. In Nederland bestaan er verschillende organisaties die dergelijke zorg aanbieden aan mensen met een lichamelijke of verstandelijke beperking. Een goede samenwerking is belangrijk; aanbieders van seksuele dienstverlening kunnen vaak helpen bij het verduidelijken van de behoefte van een cliënt. Ook geven zij geregeld waardevolle terugkoppeling of

praktische tips aan het zorgteam. In het [Hulpmiddelenoverzicht](#) zijn ook voorbeelden van aanbieders van sekszorg opgenomen.

Fysieke, sociale en organisatorische randvoorwaarden

Dit domein richt zich op de omgeving, de ondersteunende context en de kaders waarin zorgverleners mogen en kunnen handelen. Drie aspecten worden hierbij uitgelicht: privacy, organisatorische ondersteuning, en juridische en professionele grenzen.

Een eerste basisvoorwaarde is *privacy*. Het literatuuronderzoek laat zien dat gebrek aan privacy één van de grootste belemmeringen vormt voor seksuele expressie en autonomie. Belangrijke fysieke maatregelen om privacy te waarborgen zijn privékamers, afsluitbare of afgeschermdes ruimten, gordijnen, het afdekken van deur- en raamglas, en praktische signalen zoals 'niet storen'-bordjes. Organisatorisch kunnen afspraken over privacy in het individuele zorgplan helpen, evenals steunend beleid en een cultuur waarin privacy wordt gerespecteerd.

Een tweede voorwaarde is *organisatorische ondersteuning*. Zorgorganisaties moeten duidelijk zijn over (on)mogelijkheden vanuit de organisatie, afspraken over hoe vaak en wanneer deze mogelijkheden kunnen worden benut, en regelmatige evaluatie, en waar nodig aanpassing, van deze afspraken. Teams moeten met elkaar afstemmen voor eenduidig en betrouwbaar handelen. Bij hulpmiddelen geldt daarbij ook het belang van aandacht voor hygiëne, discrete en veilige opslag, verstrekking volgens duidelijke procedures, en goede informatievoorziening aan cliënten. Bij seksuele dienstverlening is het belangrijk dat er een veilige samenwerking wordt opgezet met erkende externe aanbieders.

Naast fysieke en organisatorische voorwaarden is het essentieel dat zorgverleners werken binnen de *juridische, ethische en professionele kaders*. Deze kaders beschermen zowel cliënten als zorgverleners. Bespreken van seksualiteit en intimiteit, voorlichting en faciliteren mag; seksuele handelingen verrichten met of bij cliënten is altijd verboden, zowel binnen als buiten werktijd. Afwegingen over wilsbekwaamheid, consent, vrijwilligheid, autonomie, waardigheid en veiligheid zijn noodzakelijk om te bepalen wanneer (externe) ondersteuning passend is en hoe dit op een veilige en professionele manier wordt georganiseerd.

Multidisciplinaire samenwerking

Zorgverleners kunnen op verschillende manieren faciliteren in seksuele en intieme behoeften. Een deel van die ondersteuning behoort tot de algemene begeleidende taken die voor alle zorgverleners gelden. Daarnaast zijn er discipline-specifieke mogelijkheden, waarbij iedere zorgdiscipline vanuit de eigen deskundigheid kan bijdragen aan het verwezenlijken van behoeften van cliënten op het gebied van seksualiteit en intimiteit. De bijlage [Overzicht van zorgdisciplines](#) biedt een overzicht wat elke discipline kan betekenen. Kennis van zowel de eigen rol als die van andere disciplines helpt zorgverleners om passende ondersteuning te bieden, samen te werken of, waar nodig, gericht door te verwijzen. Bij bepaalde vormen van ondersteuning, bijvoorbeeld bij het inzetten van hulpmiddelen of het faciliteren van lichamelijk contact, is een multidisciplinaire afweging en besluitvorming wenselijk.

Enkele voorbeelden van wat verschillende zorgdisciplines kunnen bijdragen:

- Bekkenfysiotherapeut: psycho-educatie en oefeningen voor seksuele problemen, zoals pijnlijke coïtus, erectiestoornissen en orgasmeproblemen.
- Ergotherapeut: adviseert over en ondersteunt bij hulpmiddelen, houdingsproblematiek, uithoudingsvermogen en prikkelverwerking.

Continuïteit

Continuïteit in aandacht en opvolging is belangrijk bij het ondersteunen van seksuele en intieme behoeften. Zorgverleners moeten niet te snel iets incidenteel inzetten, maar samen met de cliënt blijven evalueren welke ondersteuning is geboden, wat het effect was en of vervolg nodig en gewenst is. Soms hebben cliënten tijd om na te denken of herhaling nodig voordat er passend gefaciliteerd kan worden. Voor andere cliënten kan een eenmalige vorm van ondersteuning juist passend zijn.

Balans gewenste en ongewenste effecten

Het faciliteren van seksuele en intieme behoeften kan de kwaliteit van leven, het welbevinden, de eigenwaarde, autonomie en de eigen regie van cliënten vergroten. Het draagt bij aan gezonde en veilige relaties en kan gevoelens van eenzaamheid en sociaal isolement verminderen. Tegelijk kunnen misverstanden over wensen en grenzen leiden tot situaties waarin vrijwilligheid, toestemming of wederkerigheid niet goed zijn geborgd of waarin grensoverschrijdend gedrag ontstaat. Ook kunnen naasten, medebewoners of zorgverleners ongemak of weerstand ervaren. Openheid over seksualiteit en intimiteit vergroot deze risico's niet. Gesprekken moeten dan wel zorgvuldig worden gevoerd en gevolgd door passende en uitvoerbare ondersteuning. Omdat dergelijke gesprekken verwachtingen kunnen wekken, is het belangrijk dat zorgverleners de gemaakte afspraken ook daadwerkelijk doorvertalen naar concrete acties. Dit vraagt om heldere communicatie (zoals expliciet bespreken van toestemming, wensen en grenzen, en zorgvuldig omgaan met rapportage), deskundige begeleiding door getrainde zorgverleners (die weten hoe zij methodisch, veilig en binnen hun professionele grenzen handelen), en duidelijke organisatorische randvoorwaarden (zoals privacy, beschikbare faciliteiten en eenduidige teamafspraken over wat binnen de organisatie mogelijk is). Deze elementen helpen om ondersteuning veilig, waardig en professioneel vorm te geven.

Waarden en voorkeuren van cliënten

Voordat zorgverleners praktische ondersteuning kunnen bieden, is het belangrijk om zorgvuldig te onderzoeken wat een cliënt werkelijk nodig heeft. Een behoefte die in eerste instantie seksueel lijkt, kan bijvoorbeeld draaien om nabijheid, comfort, erkenning of contact. Pas als duidelijk is wat de onderliggende behoefte is en welke vorm van ondersteuning passend en verantwoord is, kan worden gekeken naar mogelijke interventies.

De ondersteuning moet aansluiten bij de mogelijkheden, beperkingen en het tempo van de cliënt⁶⁶. Factoren als ontwikkelingsniveau, eerdere ervaringen, lichamelijke beperkingen of financiële kaders spelen hierbij een rol. Middelen zoals hulpmiddelen, erotisch materiaal of externe dienstverlening zijn nooit vanzelfsprekende eerste keuzes; zij worden alleen overwogen als zij aansluiten bij de behoefte en passen binnen professionele en organisatorische kaders. Ook kan het voor cliënten uitmaken wie hen ondersteunt bij het faciliteren⁶⁶, bijvoorbeeld wie een hulpmiddel aanreikt of een pornofilm aanzet. Afstemming hierover voorkomt ongemak en draagt bij aan veiligheid en vertrouwen. Cruciaal is dat cliënten zich veilig, gerespecteerd, gehoord en gezien voelen, en de ruimte krijgen om vragen te stellen en te experimenteren⁵⁰.

Zoals cliënten ook zelf in de [interviews](#) aangeven, is het voor hen belangrijk dat beschikbare mogelijkheden helder worden uitgelegd en dat informatie zo nodig herhaald wordt. Daarnaast blijkt uit de interviews met cliënten dat privacy cruciaal is om ondersteuning daadwerkelijk te benutten. In sommige situaties is dit niet genoeg omdat deuren niet op slot kunnen of ruimten onvoldoende afsluitbaar zijn⁶⁷.

Kosten

Het faciliteren van seksualiteit en intimiteit vraagt soms om investeringen, bijvoorbeeld in scholing van medewerkers, privacybevorderende maatregelen of hulpmiddelen. Deze kosten zijn doorgaans beperkt en wegen op tegen de voordelen in termen van welzijn, tevredenheid en het voorkomen van psychosociale problematiek.

Gelijkheid

Ondersteuning bij seksualiteit en intimiteit moet toegankelijk zijn voor alle cliënten, ongeacht hun leeftijd, beperking, sekse, seksuele voorkeur, genderidentiteit, of religieuze en culturele achtergrond. Er is extra aandacht nodig voor groepen die sneller worden uitgesloten of die extra moeite, schaamte of taboe ervaren. Het kan bijvoorbeeld een ingang voor een gesprek geven om cliënten te vragen hoe seksualiteit en intimiteit worden gezien en vormgegeven binnen hun cultuur en/of religie. Bij gesprekken en voorlichting aan de cliënt is het cruciaal om professioneel nieuwsgierig te zijn en open vragen te stellen, zodat een sfeer ontstaat waarin niet wordt geoordeeld, maar geluisterd. De toon bij voorlichting mag niet betuttelend zijn en moet concreet en passend zijn bij de aandachtsspanne van de cliënt.

Aanvaardbaarheid

Aanvaardbaarheid en draagvlak voor het faciliteren van seksualiteit en intimiteit kan groeien door het onderwerp bespreekbaar te maken, duidelijke kaders te stellen en zorgverleners te scholen. Transparantie en goede communicatie zijn cruciaal voor acceptatie binnen teams en van naasten. Het faciliteren van seksuele en intieme behoeften moet als gezamenlijke verantwoordelijkheid worden gezien. Dit vraagt om specifieke adviezen per woonvorm, ziektebeeld en cliënt. Daarom moeten zorgverleners die zich onbekwaam voelen een andere zorgverlener binnen of buiten de organisatie om hulp kunnen vragen. Een actuele sociale kaart is hiervoor noodzakelijk.

Haalbaarheid

De in de literatuur beschreven methoden worden door de werkgroep in de praktijk herkend en toegepast. De haalbaarheid hangt af van faciliteiten, personeel en beleid, maar vaak zijn slechts beperkte aanpassingen nodig. Met training, praktische hulpmiddelen, inzet van bestaande expertise en het borgen van randvoorwaarden in beleid en teamafspraken, is ondersteuning rond seksualiteit en intimiteit in de meeste zorgcontexten goed uitvoerbaar. Soms zijn extra middelen nodig; bespreek daarom met de cliënt wat binnen de organisatie mogelijk is en welke opties passen bij diens situatie. Hoewel de zorgorganisatie niet verantwoordelijk is voor de aanschaf van persoonlijke hulpmiddelen, kunnen zorgverleners wel faciliterend optreden door te adviseren, te verwijzen en cliënten te ondersteunen bij het maken van passende keuzes.

Kwaliteit van bewijs

De wetenschappelijke onderbouwing voor het faciliteren van behoeften rond seksualiteit en intimiteit in de langdurige zorg is beperkt: onderzoek richt zich vooral op mensen met een (L)VB en op ouderen die intramuraal wonen, terwijl studies onder bijvoorbeeld volwassenen zonder VB in de langdurige zorg en cliënten in een thuissituatie ontbreken. De beschikbare literatuur is heterogeen en methodologisch beperkt. Dit leidt tot een zeer lage mate van vertrouwen in het bewijs; ook modellen zoals PLISSIT missen empirische evaluatie in de langdurige zorg. Hoewel veel methoden doelgroepspecifiek worden beschreven, acht de werkgroep de toepasbaarheid breed, bijvoorbeeld doordat seksuele en relationele educatie niet alleen bij mensen met een VB, maar ook bij jongere verpleeghuiscliënten met behoefte aan relatievorming ingezet kan worden.

Rationale

Hoewel wetenschappelijk bewijs beperkt en heterogeen is, laat zowel literatuur als praktijkervaring zien dat passende ondersteuning bij seksualiteit en intimiteit de kwaliteit van leven, autonomie, veiligheid en gelijkwaardigheid van cliënten kan vergroten. Omdat behoeften en mogelijkheden sterk uiteenlopen en beïnvloed worden door cognitieve, fysieke, communicatieve en sociale factoren, is een geïntegreerde en multidisciplinaire aanpak noodzakelijk. Dit vraagt om aandacht voor kennis en vaardigheden, autonomie en consent, praktische mogelijkheden (zoals ontmoetingen, hulpmiddelen en lichamelijk contact) en het borgen van fysieke, sociale en organisatorische randvoorwaarden (zoals privacy, organisatorische ondersteuning en juridische, ethische en professionele kaders). Wanneer ondersteuning zorgvuldig wordt afgestemd op de werkelijke behoefte van de cliënt en binnen professionele en organisatorische kaders wordt uitgevoerd, is het haalbaar en breed toepasbaar binnen diverse zorgsettings. Structurele aandacht, maatwerk, multidisciplinaire afstemming en heldere afspraken binnen de organisatie zijn daarbij essentieel om ondersteuning veilig, verantwoord en waardig vorm te geven.

Verantwoording

Publicatiedatum hoofdstuk: 30 juni 2026

Beoordeeld op geldigheid: 30 juni 2026

Samenstelling van werkgroep, cliëntengroep en klankbordgroep

Voor het ontwikkelen van het hoofdstuk is in mei 2024 een multidisciplinaire werkgroep ingesteld, bestaande uit de volgende personen:

- Voor het ontwikkelen van de richtlijn is in mei 2024 een multidisciplinaire werkgroep ingesteld, bestaande uit de volgende personen:
- **Dr. A.M. (Alma) Brand**, postdoctoraal onderzoeker, Open Universiteit, psycholoog, bekkenfysiotherapeut en consulent seksuele gezondheid NVVS (i.o.), namens Nederlandse Vereniging voor Bekkenfysiotherapie (KNGF/NVFB) en Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie (NVVS).
- **Drs. I.C. (Inez) Blitz**, geestelijk verzorger en consulent seksuele gezondheid NVVS, Attent

zorg en behandeling, namens Vereniging van Geestelijk Verzorger (VGVZ), tot november 2025.

- **I.H. (Iris) van den Bosch**, physician assistant en seksuoloog NVVS, Alliade, namens Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA).
- **Drs. H.J.M. (Riët) Daniël** (voorzitter), GZ-psycholoog en seksuoloog, Archipel Zorggroep, namens Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
- **M. (Mirjam) Everaarts**, maatschappelijk werker, Goudenhart, namens Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW).
- **Drs. A. (Ariëlle) van Heeren**, orthopedagoog-generalist, Fivoor, namens Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO).
- **A. (Astrid) Jonker**, begeleider, Alliade, namens Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW).
- **Drs. M.M. (Marcelle) Mulder**, humanistisch geestelijk verzorger, Patyna (gepensioneerd), namens Vereniging van Geestelijk Verzorger (VGVZ), vanaf december 2025.
- **Drs. M.C. (Margot) van Remmerden** (vicevoorzitter), arts verstandelijk gehandicapten, Novicare, namens Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG).
- **Dr. T.S.M. (Tineke) Roelofs**, GZ-psycholoog i.o. Klinisch Neuropsycholoog, Archipel Zorggroep, namens Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
- **A.D. (Ashley) de Sterke**, verpleegkundig specialist en consulent seksuele gezondheid NVVS, Aafje, namens Beroepsvereniging Verzorgenden Verpleegkundigen (V&VN).
- **M.A. (Marian) Suurmond**, regiebegeleider gehandicaptenzorg, Prinsenstichting, namens Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW).
- **M.M. (Maartje) de Nijs**, ergotherapeut, Evean, namens Ergotherapie Nederland.

Voor het ontwikkelen van het kwaliteitsinstrument is in mei 2024 een multidisciplinaire klankbordgroep ingesteld, bestaande uit de volgende personen:

- **Drs. E. (Evelien) Dijkema**, specialist ouderengeneeskunde, Coloriet, namens vereniging specialisten ouderengeneeskunde (Verenso).
- **Drs. Y. (Ymke) Kelders**, programmamanager seksualiteit en zorg, Rutgers, namens Expertisecentrum Seksualiteit Rutgers.
- **M.L. (Manon) Linschoten**, projectleider Roze50+ en ZonderStempel, namens COC Nederland.
- **E. (Eveline) Schildmeijer**, psychomotore therapeut, Adagio, namens Vaktherapie Nederland.

Voor het ontwikkelen van het kwaliteitsinstrument is in mei 2024 een cliëntenadviesraad ingesteld, bestaande uit de volgende personen:

- **Drs. E.A. (Evert) Brongers**, namens KansPlus, tot juli 2025.
- **Drs. W.N. (Wieke) Hengeveld**, namens MantelzorgNL.
- **J. (Josephine) Lambregts**, namens Alzheimer Nederland, vanaf juli 2025.
- **M. (Mariska) Schutte**, namens KansPlus, vanaf juli 2025.
- **G. (Gwen) Teesing**, namens Alzheimer Nederland, tot juli 2025.
- **J.A. (Jenny) Wild**, namens Zorgbelang Brabant | Zeeland.

Met ondersteuning van:

- **Dr. D.W. (Danique) Bos-van den Hoek**, procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ.
- **Dr. B.C.F.M. (Bernadette) van Glansbeek-Schutijser**, procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ, Utrecht.
- **Dr. A.L. (Alisa) Dutmer**, procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ.
- **Dr. T.I. (Tanja) Mol**, procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ.
- **J.R. (Julia) Morber**, procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ.
- **Dr. C. (Charifa) Zemouri**, literatuuronderzoeker, Zemouri et al.,
- **Dr. E. (Eveline) Mestdagh, MS, BM, RM**, zelfstandig wetenschappelijk adviseur en richtlijnontwikkelaar, COME-ON!

Belangenverklaringen

Alle werkgroepleden hebben bij aanvang en bij afronding van de richtlijn de belangenverklaring behorend bij de 'KNAW-Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling' ondertekend, zie de bijlage [Samenvattingstabel belangenverklaringen](#). Hiermee geven zij aan onafhankelijk gehandeld te hebben bij het opstellen van de richtlijn. Alle werkgroepleden hebben schriftelijk verklaard of ze in de laatste drie jaar directe financiële belangen of indirecte belangen hebben gehad. Uit de belangenverklaringen bleken geen belemmeringen voor deelname in de richtlijnwerkgroep. De ondertekende belangenverklaringen zijn op te vragen via bureau@skilz.nu.

Autoriserende partijen

De volgende partijen hebben het hoofdstuk Faciliteren in behoeften rond seksualiteit en intimiteit geautoriseerd:

- Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW)
- Ergotherapie Nederland
- Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA)
- Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)
- Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO)
- Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie (NVVS)
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Vaktherapie Nederland
- Vereniging van Geestelijk Verzorgers (VGZ)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

De volgende partijen hebben een verklaring geen bezwaar afgegeven voor het hoofdstuk Faciliteren in behoeften rond seksualiteit en intimiteit:

- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en Nederlandse Vereniging voor Bekkenfysiotherapie (NVFB)
- Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso)
- Alzheimer Nederland
- MantelzorgNL

Financiële gevolgen

Bij de richtlijn is conform de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) een kwalitatieve raming uitgevoerd of de aanbevelingen mogelijk leiden tot substantiële financiële gevolgen. Bij het uitvoeren van deze beoordeling zijn richtlijnmodules op verschillende domeinen getoetst.

Uit de kwalitatieve raming blijkt dat er waarschijnlijk geen substantiële financiële gevolgen zijn voor dit hoofdstuk. Toelichting: Hoewel uit de toetsing volgt dat de aanbeveling(en) breed toepasbaar zijn (meer dan 40.000 cliënten), en het grotere geheel nog niet aan de norm voldoet, volgt ook uit de toetsing dat het geen toename in voltijdsequivalenten dan wel kwalificaties verwacht. Ook wordt er geen nieuwe manier van zorgverlening of andere organisatie van zorgverlening vereist maar enkel een andere benadering naar de cliënt toe. Er worden daarom geen substantiële financiële gevolgen verwacht.

Procesinformatie ontwikkeling van het hoofdstuk

Dit hoofdstuk is opgesteld conform de richtlijnmethode van SKILZ (zie www.skilz.nu voor de

meest recente richtlijnmethode). Dit document beschrijft een stappenplan dat gebaseerd is op de kwaliteitscriteria uit de volgende documenten: de AQUA-Leidraad (2021)⁵⁵, de HARING-tools (2013)⁵⁶ en AGREE-II (2010)⁵⁷.

Inbreng van cliëntenperspectief

Actieve betrokkenheid van cliënten(vertegenwoordigers) is belangrijk voor het bewaken van de wensen van cliënten en naasten bij het opstellen van de inhoud van een richtlijn. Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is het cliëntenperspectief in alle fasen meegenomen. Er was een cliëntenadviesraad met vertegenwoordigers uit de volgende organisaties: KansPlus, MantelzorgNL, Alzheimer Nederland, Zorgbelang Brabant | Zeeland. De cliëntenadviesraad is tweemaal geraadpleegd om input op te halen op een eerste raamwerk en op de gehele conceptrichtlijn. Daarbij zijn in de zomer van 2025 ook interviews opgenomen met veertien cliënten uit het netwerk van de werkgroep, waarvan het verslag [Cliënteninterviews](#) werd geschreven. Dit gaf meer achtergrondinformatie over hoe cliënten zelf seksualiteit en intimiteit ervaren en hoe zij graag willen dat zorgverleners ermee omgaan. De input van de cliëntenadviesraad en de interviews is verwerkt in de overwegingen van de hoofdstukken.

Klankbordgroep

De klankbordgroep werd op twee momenten gedurende het richtlijnproces betrokken waarbij zij feedback gaven op de (concept)documenten:

1. Voor de start van het literatuuronderzoek op de (concept)uitgangsvragen.
2. Voor de commentaarfase op de conceptversie van de richtlijn.

Het ontvangen commentaar werd bekeken en besproken met de werkgroep en meegenomen in het schrijven van de definitieve teksten.

Knelpunteninventarisatie

Voorafgaand aan de knelpunteninventarisatie zijn bestaande relevante (onderdelen van) kwaliteitsinstrumenten, lopende initiatieven en onderzoeken rondom het thema geïnventariseerd. Vervolgens werd de knelpunteninventarisatie uitgevoerd door middel van het uitzetten van een vragenlijst. Voor de knelpunteninventarisatie werden leden van relevante beroepsverenigingen, cliëntenverenigingen en andere relevante zorgorganisaties uitgenodigd. De voorzitter(s), de werkgroepleden en de procesbegeleiding hebben de knelpunten besproken, geanalyseerd en geprioriteerd. Een verslag van de knelpunteninventarisatie is terug te vinden in het verslag [Knelpunteninventarisatie](#).

Opstellen uitgangsvragen en uitkomstmaten

Op basis van de uitkomsten van de knelpuntenanalyse zijn door de werkgroep uitgangsvragen opgesteld. De concept uitgangsvragen zijn tijdens de tweede werkgroepbijeenkomst op 7 november 2024 met de werkgroep besproken en vervolgens aan de klankbordgroep voorgelegd via een online vragenlijst. Zij hebben hun inbreng gegeven op de inhoud, formulering en methode voor de beantwoording van de uitgangsvragen. In november 2024 werden de uitgangsvragen vervolgens vastgesteld.

Methode literatuuronderzoek

In deze richtlijn werden vier uitgangsvragen beantwoord met behulp van systematisch literatuuronderzoek:

- Welke methoden zijn het meest geschikt om seksuele en intieme behoeften van cliënten in de langdurige zorg te achterhalen of in kaart te brengen?
- Aan welke signalen kunnen seksuele en intieme behoeften van cliënten in de langdurige zorg worden herkend en hoe kunnen deze het beste worden geduid?
- Op welke wijze kunnen zorgverleners passend faciliteren in seksuele en intieme behoeften van cliënten in de langdurige zorg?
- Hoe kan een professionele houding van zorgverleners ten aanzien van seksualiteit en intimiteit van cliënten in de langdurige zorg worden bevorderd?

De werkgroep heeft, samen met de procesbegeleiding en een literatuuronderzoeker, een literatuurprotocol opgesteld met daarin weergegeven de zoekvragen, PDO (Population, Determinant, Outcome), zoekstrategie en selectiecriteria. Een uitgebreide beschrijving van de strategie voor het zoeken en selecteren van de literatuur is te vinden in de bijlagen met verantwoordingen. De paragraaf Onderbouwing per hoofdstuk in de richtlijn beschrijft een korte samenvatting van de methode en resultaten uit het literatuuronderzoek.

Overwegingen (van bewijs naar aanbeveling)

Voor het formuleren van een aanbeveling zijn naast de resultaten en kwaliteit van bewijs van het wetenschappelijk onderzoek, vaak ook nog andere factoren van belang⁵⁸. De werkgroep bediscussieerde de kennis uit de literatuur, en plaatste daarbij haar overwegingen. Dit werd in twee stappen uitgevoerd: 1) de werkgroepleden werden via een online vragenlijst uitgenodigd om hun overwegingen te plaatsen bij het literatuuronderzoek, en hun expertise bij een uitgangsvraag te delen; 2) de resultaten uit deze vragenlijst werden bediscussieerd tijdens werkgroepbijeenkomsten, waarna overwegingen en aanbevelingen werden opgesteld.

In de overwegingen kunnen de volgende aspecten meegenomen zijn: gezondheidswinst, waarden, voorkeuren en ervaringen van cliënten en zorgverleners met betrekking tot interventies en uitkomsten van zorg, balans van gewenste en ongewenste effecten van interventies ten opzichte van geen of andere interventies, aanvaardbaarheid van interventies, ethische overwegingen, kosten(implicaties), veiligheid, duurzaamheid, en haalbaarheid van een aanbeveling.

Formuleren van de aanbevelingen

De aanbevelingen geven een antwoord op de uitgangsvragen en zijn gebaseerd op het beste beschikbare wetenschappelijke bewijs en de belangrijkste overwegingen. De kracht van het wetenschappelijk bewijs en het gewicht dat door de werkgroep is toegekend aan de overwegingen bepalen samen de sterkte van de aanbeveling.

De sterkte van een aanbeveling verwijst naar de mate van zekerheid dat de voordelen van de interventie opwegen tegen de nadelen (of vice versa), gezien over het hele spectrum van cliënten waarvoor de aanbeveling is bedoeld. De sterkte van een aanbeveling heeft duidelijke implicaties voor cliënten, behandelaars en beleidsmakers (zie Tabel 5.3).

Tabel 5.3 Implicaties van sterke en zwakke aanbevelingen voor verschillende richtlijngebruikers

Sterke aanbeveling	Zwakke (conditionele) aanbeveling
--------------------	-----------------------------------

Voor cliënten	De meeste cliënten zouden de aanbevolen interventie of aanpak kiezen en slechts een klein aantal niet.	Een aanzienlijk deel van de cliënten zouden de aanbevolen interventie of aanpak kiezen, maar veel cliënten ook niet.
Voor behandelaars	De meeste cliënten zouden de aanbevolen interventie of aanpak moeten ontvangen.	Er zijn meerdere geschikte interventies of aanpakken. De cliënt moet worden ondersteund bij de keuze voor de interventie of aanpak die het beste aansluit bij zijn of haar waarden en voorkeuren.
Voor beleidsmakers	De aanbevolen interventie of aanpak kan worden gezien als standaardbeleid.	Beleidsbepaling vereist uitvoerige discussie met betrokkenheid van veel stakeholders. Er is een grotere kans op lokale beleidsverschillen.

Randvoorwaarden (organisatie van zorg) (indien van toepassing)

In de knelpunteninventarisatie en bij de ontwikkeling van de richtlijn is expliciet rekening gehouden met de organisatie van zorg: alle aspecten die randvoorwaardelijk zijn voor het verlenen van zorg (zoals coördinatie, communicatie, (financiële) middelen, menskracht en infrastructuur). Randvoorwaarden die relevant zijn worden beschreven in hoofdstuk Organisatie van zorg van deze richtlijn.

Opstellen van het implementatieplan

De werkgroep heeft een implementatieplan opgesteld waarin een advies voor beroepsverenigingen en instellingen wordt gegeven voor de implementatie. Deze staat beschreven in de bijlage [Implementatieplan](#).

Formuleren van kennislacunes

Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is systematisch gezocht naar onderzoek waarvan de resultaten bijdragen aan een antwoord op de uitgangsvragen. Bij elke uitgangsvraag is door de werkgroep nagegaan of er (aanvullend) wetenschappelijk onderzoek gewenst is. Een overzicht van aanbevelingen voor nader/vervolgonderzoek staat in de bijlage [Kennislacunes](#).

Commentaar- en autorisatiefase

De conceptrichtlijn is aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen en andere relevante partijen voorgelegd voor commentaar. In de periode van december 2025 tot februari 2026 konden de partijen de richtlijn becommentariëren via het platform Richtlijnen Langdurige Zorg. De commentaren zijn verzameld en besproken met de werkgroep. Naar aanleiding van de commentaren is de conceptrichtlijn aangepast en definitief vastgesteld door de werkgroep. De definitieve richtlijn wordt aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen voorgelegd voor autorisatie en door hen worden geautoriseerd.

De volgende partijen hebben commentaar geleverd op de richtlijn Seksualiteit en intimiteit in de langdurige zorg:

Partijen

ActiZ	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)	Patiëntenfederatie Nederland
Alzheimer Nederland	MantelzorgNL	Vaktherapie Nederland
Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW)	Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)	Vereniging voor Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso)
Ergotherapie Nederland	Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
KansPlus	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)	Vereniging van Geestelijk Verzorgers (VGvZ)

Publicatie

Nadat de richtlijn is geautoriseerd door de betrokken verenigingen, is de richtlijn gepubliceerd op het platform Richtlijnen Langdurige Zorg.

6. Bevorderen van de professionele houding van zorgverleners

Autorisatiedatum 30-06-2026 Beoordelingsdatum 30-06-2026

6.1 Bevorderen van de professionele houding van zorgverleners

Een professionele houding van zorgverleners bepaalt in hoge mate hoe seksualiteit en intimiteit bij cliënten in de langdurige zorg worden benaderd. Een gedeelde, open en respectvolle basishouding met ruimte om persoonlijke opvattingen te herkennen en bespreken zonder de zorg te beïnvloeden, is essentieel. Uit de [knelpunteninventarisatie](#) blijkt dat soms wordt gedacht dat seksualiteit en intimiteit niet relevant zijn voor cliënten of dat zij er niet over willen praten. Daarnaast spelen kennistekort, taboe en handelingsverlegenheid een rol, evenals bezorgdheid om het niet herkennen of mogelijk verergeren van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Dit hoofdstuk biedt handvatten om de professionele houding van zorgverleners ten aanzien van seksualiteit en intimiteit van cliënten te versterken.

Uitgangsvraag

Hoe kan een professionele houding van zorgverleners ten aanzien van seksualiteit en intimiteit van cliënten in de langdurige zorg worden bevorderd?

Aanbevelingen

Voor zorgverleners

Volg training over seksualiteit en intimiteit bij cliënten in de langdurige zorg om de professionele houding te versterken.

Maak reflectie en bespreking van seksualiteit en intimiteit vast onderdeel van het professioneel handelen, bijvoorbeeld via:

- *Individuele begeleiding en reflectie*, door zelfreflectie, coaching of intervisie.
- *Bespreking van seksualiteit en intimiteit binnen zorg- en behandelteams*, geïntegreerd in de diverse overlegstructuren binnen de organisatie.
- *Themabijeenkomsten* over seksualiteit en intimiteit.

Herken ethische en morele dilemma's en breng deze in bij teamreflectie en moreel beraad voor een zorgvuldige afweging.

Voor zorgorganisaties

Organiseer structurele training over seksualiteit en intimiteit, met aandacht voor zowel kennis als attitudevorming. Bied maatwerk: de meest geschikte training (inhoud, werkvorm, modaliteit en groepsgrootte) is afhankelijk van het doel en voorkeuren van de zorgverlener of zorgorganisatie.

Faciliteer tijd, ruimte en overlegstructuren voor verschillende vormen van professionalisering.

Creëer organisatiebrede randvoorwaarden die een professionele houding ondersteunen. Denk hierbij aan een inclusieve en veilige organisatiecultuur, duidelijke beleidskaders, betrokken leiderschap en privacyvoorzieningen.

Onderbouwing

Om de uitgangsvraag van dit hoofdstuk te beantwoorden, is systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd naar de volgende onderzoeksvraag:

Hoe kan een professionele houding van zorgverleners ten aanzien van seksualiteit en intimiteit van cliënten in de langdurige zorg worden bevorderd?

De verantwoording van het literatuuronderzoek is in twee documenten te vinden. Lees de bijlage [Verantwoording literatuuronderzoek - Algemeen](#) voor de overkoepelende beschrijving van de methode van het literatuuronderzoek voor deze richtlijn en de bijlage [Verantwoording literatuuronderzoek - Houding](#) voor de resultaten van het literatuuronderzoek van dit hoofdstuk.

Samenvatting van de literatuur

De literatuurstudie identificeerde in totaal elf studies, waarvan één over personen met een verstandelijke beperking, tien over ouderen die langdurige zorg nodig hebben, waarvan zeven ook extra focus legde op de groep LHBTQI+ (ook sexual and gender minorities, SGM), twee over ouderen met een vorm van dementie en vijf over ouderen in het algemeen.

Mate van vertrouwen	Conclusie
Zeer laag	Het is onzeker dat interactieve trainingen die attitudevorming expliciet adresseren (reflectie op eigen normen/waarden, doorbreken van stereotypen, inclusieve communicatie) attitudes van zorgprofessionals daadwerkelijk verbeteren . Het is mogelijk dat werkvormen zoals storytelling, teamgebaseerde besluitvorming en het PLISSIT-model dit effect ondersteunen. <i>Haesler et al. (2016), Yang et al. (2021), McGuire & Bayley (2011), Fasullo et al. (2022), Thornton & Offord (2015), Villar et al. (2016)</i>
Zeer laag	Het is onzeker dat training van zorgprofessionals leidt tot een significante toename van kennis over seksualiteit bij ouderen, LHBTQI+-zorg en dementie-gerelateerde thema's . Bovendien blijkt kennisvermeerdering alléén waarschijnlijk onvoldoende om negatieve attitudes weg te nemen; een expliciete attitudecomponent lijkt noodzakelijk. <i>Haesler et al. (2016), Yang et al. (2021), Caceres et al. (2020), Fasullo et al. (2022), McGuire & Bayley (2011), Villar et al. (2016)</i>
Zeer laag	Het is onzeker dat training het comfort van zorgprofessionals vergroot om seksualiteit bespreekbaar te maken en hun reacties bij seksuele expressie verbetert (bijvoorbeeld in de context van 'ongepast gedrag' bij dementie). Het is zeer onzeker of deze effecten duurzaam zijn. <i>Yang et al. (2021), Haesler et al. (2016), Thornton & Offord (2015), Smith & Wright (2021), McGuire & Bayley (2011), Villar et al. (2016), Syme et al. (2016)</i>

Overwegingen

In deze paragraaf worden de overwegingen van de werkgroep weergegeven. Hierin gaat het over de resultaten uit het literatuuronderzoek en overwegingen vanuit (klinische) expertise en ervaringen.

Professionele houding bij seksualiteit en intimiteit

Een professionele houding bij seksualiteit en intimiteit houdt in dat zorgverleners cliënten benaderen met openheid, respect en vakbekwaamheid, vanuit het besef dat seksualiteit en intimiteit normale en betekenisvolle onderdelen zijn van het menselijk leven, ook in de langdurige zorg. Deze houding bestaat uit drie samenhangende elementen: kennis, bewustwording en vaardigheden.

Een professionele houding vraagt om *kennis* van wat seksualiteit en intimiteit kunnen betekenen voor verschillende groepen cliënten in de langdurige zorg, inclusief kennis van diversiteit, rechten, consent,

privacy en professionele kaders. Zij begrijpen hoe lichamelijke, psychische, sociale en relationele factoren de beleving van seksualiteit en intimiteit kunnen beïnvloeden.

Door *bewustwording* krijgen zorgverleners inzicht in hun eigen normen, waarden, schroom, grenzen, eerdere ervaringen en mogelijke blinde vlekken. Zij erkennen daardoor dat hun persoonlijke geschiedenis, overtuigingen, seksualiteitsbeelden en culturele waarden kunnen beïnvloeden hoe zij het gesprek met cliënten voeren en blijven hierop actief reflecteren. Omdat seksualiteit en intimiteit sterk cultureel en relationeel zijn ingebed, bestaat zonder zelfreflectie het risico dat gedrag of behoeften worden geïnterpreteerd vanuit impliciete aannames over wat 'normaal' of 'passend' is.

Een professionele houding vraagt daarnaast om *vaardigheden*, zoals het kunnen voeren van open en begrijpelijke gesprekken over seksualiteit en intimiteit, afgestemd op de mogelijkheden van de cliënt. Hierbij hoort ook het herkennen van signalen die kunnen wijzen op seksuele of intieme behoeften en het zorgvuldig kunnen rapporteren van relevante informatie.

Ten slotte is het van belang dat zorgverleners weten wanneer doorverwijzen passend is. Wanneer gevoelens of emoties het professioneel handelen beïnvloeden, is het zorgvuldig dit te bespreekbaar te maken en, indien nodig, de zorg voor de cliënt over te dragen aan een collega met passende expertise. Ook moeten zorgverleners weten wanneer specialistische ondersteuning nodig is en naar wie kan worden doorverwezen.

Manieren om een professionele houding te bevorderen

Zowel individuele zorgverleners als zorgorganisaties kunnen de professionele houding rond seksualiteit en intimiteit willen versterken. Dit hoofdstuk ondersteunt beide. Uit het literatuuronderzoek kwam één duidelijke methode naar voren: training van zorgverleners. De werkgroep noemde daarnaast aanvullende vormen van professionalisering, die worden beschouwd als structureel onderdeel van professioneel handelen. Ook werden in het literatuuronderzoek relevante randvoorwaarden geïdentificeerd. Volgens de werkgroep werkt dit het best in samenhang: training, aanvullende vormen van professionalisering en randvoorwaarden moeten elkaar aanvullen voor optimale effectiviteit. Een professionele houding vraagt daarbij om onderhoud; de methoden moeten blijvend worden ingezet om te voorkomen dat kennis en vaardigheden wegzakken. Hieronder worden verder toegelicht.

Training van zorgverleners

De meest geschikte training voor een zorgverlener of zorgorganisatie (inhoud, werkvorm, modaliteit en groepsgrootte) is afhankelijk van hun doel en voorkeuren. Hieronder worden overwegingen geplaatst bij verschillende variaties.

In het literatuuronderzoek werden verschillende onderwerpen genoemd voor de *inhoud* van training. Deze onderwerpen waren voor de werkgroep herkenbaar in de praktijk. De werkgroep vulde een aantal onderwerpen aan, die zijn aangegeven met een sterretje. Belangrijke aspecten voor de inhoud van een training zijn:

- Bewustwording en beeldvorming van stereotypen*;
- Consent;
- Normen en waarden van zorgverleners zelf*;
- LHBTIQA+: kennis van terminologie, discriminatie en specifieke zorg;
- Passende communicatie.
- Privacy*;

- Seksualiteit en intimiteit bij cliënten in de langdurige zorg.

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat kennisvermeerdering alleen onvoldoende is om een professionele houding te ontwikkelen; aandacht voor attitudevorming is noodzakelijk. Tegelijkertijd is het vergroten van kennis wel een belangrijk startpunt, omdat dit zorgverleners helpt om sneller grip te krijgen op het onderwerp en onzekerheid en handelingsverlegenheid bij gesprekken met cliënten te verminderen.

Er zijn verschillende *werkvormen* mogelijk bij training. De werkgroep geeft aan in de praktijk de beste ervaring te hebben met een combinatie van het overbrengen van kennis met discussie en oefenen op elkaar of met een acteur. Het delen van verhalen of ervaringen kwam uit het literatuuronderzoek positief naar voren. Aanvullend heeft de werkgroep ook positieve ervaringen met attitudevormende werkvormen zoals stellingen of spellen. Door visies op seksualiteit en intimiteit te delen kan in discussies worden gereflecteerd op het eigen handelen.

Ook de *modaliteit* van training kan verschillen: training kan online, fysiek of in een combinatie hiervan plaatsvinden. Een groot voordeel van online training, zoals webinars of e-learnings, is dat relatief veel mensen bereikt kunnen worden. De werkgroep had ook goede ervaringen met fysieke trainingen en met blended learning, waarbij online theorie wordt gecombineerd met het oefenen met casuïstiek in een fysieke setting. Daarnaast kan de *groeps grootte* van een training variëren, van het individueel volgen van een e-learning tot het teambreed oppakken van een training.

Concreet trainings- en opleidingsaanbod

In Nederland worden momenteel verschillende trainingen en materiaal aangeboden voor zorgverleners. Zie Tabel 6.1 voor een overzicht van momenteel beschikbare trainingen en ondersteunend materiaal. Daarnaast worden vanuit de NVVS opleidingen aangeboden tot [Seksuoloog](#), [Consulent Seksuele Gezondheid \(CSG\)](#) en [Registratie Aantekening Seksuologie](#).

Tabel 6.1 Voorbeelden van trainingsaanbod in Nederland

Training / materiaal	Toelichting
Seksualiteit en mensen met een verstandelijke beperking (Rutgers)	Overzichtspagina van Rutgers met materiaal en trainingen.
Intimiteit en seksualiteit in het verpleeghuis (Rutgers)	Overzichtspagina van Rutgers met materiaal en trainingen.
Webinar Seksualiteit en intimiteit in het verpleeghuis (NIP)	Voor leden van het NIP.
Landelijke scholing Korsakov en seksualiteit (Korsakov Kenniscentrum)	Twee bijeenkomsten van drie uur waarin de behoefte aan intimiteit en seksualiteit van bewoners met korsakov in kaart te brengen én bespreekbaar te maken centraal staat.
E-learning Seksualiteit en intimiteit in het verpleeghuis (Rutgers)	Gratis e-learning waarin je meer leert over intimiteit en seksualiteit bij mensen die wonen in een verpleeghuis.

E-learning Hoe ondersteun je LHBTI-ouderen bij hulpvragen? (Movisie)	Gratis e-learning waarin je ontdekt wat er bij de LHBTI-groep leeft en hoe je daar effectief mee om kunt gaan.
Scholingsmap Seksualiteit ouderenzorg (Rutgers, en Vilans)	Scholingsmap waarmee zorgorganisaties hun zorgverleners zelfstandig kunnen scholen op het thema intimiteit en seksualiteit.
Seksualiteitsschool van Belle Barbé	Een opleidingsinstituut waar je terecht kunt voor (bij)scholing op allerlei seksualiteitsthema's, door middel van hybride cursussen, live opleidingsdagen en e-learningen.
Scholing en onderwijs over intimiteit en seksualiteit (Zorg voor Beter)	Themapagina waarin een overzicht wordt gegeven van scholing over seksualiteit en intimiteit bij ouderen.
E-learning seksualiteit in de VG (Vakbekwaam in zorg)	E-learning over het bespreekbaar maken van seksualiteit en intimiteit bij mensen met een verstandelijke beperking.
Seksualiteit (VGN academie)	E-learning met als doel het gesprek over seksualiteit in de alledaagse praktijk normaliseren tijdens de begeleiding van seksualiteit bij cliënten met een LVB, MVB of EVB.

Aanvullende vormen van professionalisering

De werkgroep benoemde ook diverse aanvullende vormen van professionalisering die kunnen bijdragen aan het versterken van de professionele houding van zorgverleners. Door deze vormen continu en structureel in te zetten, kan de professionele houding duurzaam worden versterkt.

Ten eerste kan een professionele houding jegens seksualiteit en intimiteit worden versterkt door *individuele begeleiding en reflectie*, zoals reflectiegesprekken, één-op-één intervisie, coaching of zelfreflectie. Waar externe begeleiding nodig is voor begeleiding en reflectie, kan dit worden opgepakt door bijvoorbeeld een speciale aandachtsfunctionaris of leden van een werkgroep voor seksualiteit en intimiteit (zie voor verdere toelichting het hoofdstuk [Organisatie van zorg](#)).

Een tweede methode is seksualiteit en intimiteit *bespreekbaar maken in zorg- en behandelteams*, in de diverse overlegstructuren die er in de organisatie zijn (zoals een MDO, omgangsoverleg, moreel beraad of intervisie). Dit kan gaan over ieders visie op en omgang met seksualiteit en intimiteit binnen de zorgorganisatie. Ook zou de afstemming van verantwoordelijkheden en mogelijkheden binnen het zorgteam ter sprake kunnen worden gebracht, met inachtneming van ieders deskundigheid, comfort, normen en waarden. Zie voor inspiratie om seksualiteit en intimiteit bespreekbaar te maken in teams: [Video's intimiteit en seksualiteit](#) van de Academische Werkplaats Ouderen, het bordspel [Inteam](#) of de [Inspiratiebundel](#) van Rutgers en Vilans.

Een laatste methode is het organiseren van *themabijeenkomsten*. Dit kan bijvoorbeeld met (online) presentaties of (foto)tentoonstellingen waar uitwisseling van ervaringen tussen zorgverleners, cliënten en naasten/mantelzorgers wordt gestimuleerd. Dit helpt om een open en laagdrempelige cultuur rondom seksualiteit en intimiteit te faciliteren.

Randvoorwaarden

In het literatuuronderzoek kwamen diverse omgevings- en beleidsfactoren naar voren die bijdragen aan

het versterken van een professionele houding, zoals een inclusieve en veilige zorgomgeving waarin seksuele en genderidentiteit van cliënten wordt erkend. Dit wordt ondersteund door inclusieve communicatie, zichtbare signalen van diversiteit en het opnemen van open vragen over seksuele oriëntatie in intakeprocedures. Beleid dat is gericht op gelijkwaardigheid en het voorkomen van discriminatie vormt hierbij de basis, net als leiderschap en betrokken management. Hoewel deze factoren vooral zijn onderzocht binnen LHBTIQA+-zorg, benadrukte de werkgroep hun belang voor de gehele langdurige zorg. De beschikbare literatuur blijkt echter beperkt, en in de praktijk wordt beleid bovendien vaak onvoldoende te worden uitgevoerd.

Om te voorkomen dat kennis, bewustzijn en vaardigheden rondom het onderwerp wegebben, is het belangrijk dat aandacht voor seksualiteit en intimiteit structureel en langdurig wordt ingebed in de organisatie. Dit geldt ook voor training en andere manieren die de professionele houding versterken: wanneer deze eenmalige of incidenteel worden aangeboden, is het effect meestal tijdelijk. Door training, reflectiemomenten en ondersteunende maatregelen een vast onderdeel te maken van beleid en dagelijkse werkprocessen, blijft de professionele houding van zorgverleners actueel en wordt cultuurverandering duurzaam ondersteund. Een duidelijke organisatorische verankering geeft zorgverleners bovendien tijd, ruimte en duidelijke kaders die nodig zijn om een professionele houding te ontwikkelen en te behouden. Het opnemen van seksualiteit en intimiteit in beleid helpt daarnaast om continuïteit te waarborgen bij managementwisselingen. Zie het hoofdstuk [Organisatie van zorg](#) voor een verdere uitwerking van dit soort randvoorwaarden.

Ethische en morele dilemma's

Zorgverleners komen in hun werk regelmatig situaties tegen waarin seksualiteit en intimiteit vragen oproepen waarvoor geen eenvoudige oplossing bestaat. Denk aan bewoners die nieuwe relaties aangaan terwijl er nog een partner is, verschillen in cognitief functioneren, het spanningsveld tussen autonomie en familiebelangen, of situaties waarin iemand door dementie niet meer goed weet wie de ander is. Ook kwesties rond veiligheid en seksueel grensoverschrijdend gedrag of het gebruik van hulpmiddelen kunnen tot lastige afwegingen leiden. Omdat deze vraagstukken raken aan wetgeving, professionele verantwoordelijkheden en persoonlijke normen en waarden, is het belangrijk dat zorgverleners een nieuwsgierige en reflectieve houding aannemen. Het team speelt hierin een centrale rol: het gezamenlijk onderzoeken van morele vragen, bijvoorbeeld via moreel beraad, helpt om zorgvuldig en verantwoord te handelen. Scholing en training ondersteunen zorgverleners om zich zekerder te voelen in dit spreken en wegen, zodat moeilijke situaties niet door één persoon hoeven te worden gedragen.

Gewenste en ongewenste effecten van het inzetten van methoden

De werkgroep geeft aan dat methoden, zoals training van zorgverleners, houvast en richting bieden in hun handelen, handelingsverlegenheid kunnen verminderen. Daardoor kunnen zorgverleners beter aansluiten bij de behoeften van cliënten en veilige, passende zorg leveren. Goede herkenning en omgang met seksuele en intieme behoeften kunnen bovendien ongewenst gedrag helpen voorkomen. Tegelijkertijd merkt de werkgroep op dat training kan leiden tot overvraging of weerstand van zorgverleners als deze onvoldoende aansluit bij persoonlijke normen en waarden. Randvoorwaarden, zoals beleid met betrekking tot seksualiteit en intimiteit, kunnen onbedoeld te rigide worden toegepast. Hierdoor komt maatwerk in het gedrag. Methoden moeten daarom middelen blijven, afgestemd op de behoeften van cliënten en zorgverleners. Volgens de werkgroep wegen de positieve effecten - zoals een meer open, respectvolle en professionele houding, en meer kennis, handelingsverlegenheid en veiligheid - op tegen de beperkte risico's van weerstand en bureaucratisering en rigiditeit.

Waarden en voorkeuren van cliënten

Een professionele houding is essentieel voor cliënten ^{67 11}. Cliënten en naasten kunnen betrokken worden bij het ontwikkelen van training, beleid en werkprocessen. Op deze manier sluit de professionele houding aan bij wat cliënten zelf belangrijk vinden en wordt geborgd dat training en reflectie niet alleen organisatiegericht, maar ook cliëntgericht zijn.

Kosten

Investerings zijn meestal relatief beperkt en bestaan uit scholing, tijd, beleidsontwikkeling en implementatie. De kosten worden gecompenseerd door verbeterd welzijn, grotere tevredenheid en het voorkomen van psychosociale problemen of incidenten rondom seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Gelijkheid

Het systematisch bevorderen van een professionele houding van zorgverleners draagt bij aan gelijke toegang tot ondersteuning bij seksualiteit en intimiteit voor alle cliënten, ongeacht beperking, leeftijd, geslacht, seksuele voorkeur, genderidentiteit of culturele achtergrond. Training helpt zorgverleners zich bewust te worden van diversiteit en stereotypen te doorbreken, waarbij inclusief en seks-positief beleid dit ondersteunt. Een professionele houding vraagt dat zorgverleners, ongeacht hun eigen achtergrond, met openheid en nieuwsgierigheid omgaan met verschillen tussen cliënten. Zie ook de webpagina [Cultuursensitief werken](#) van Rutgers voor tips. Wanneer dit lastig is, kan, indien mogelijk, een andere zorgverlener met een meer vergelijkbare achtergrond het gesprek overnemen, in goed overleg binnen het team.

Aanvaardbaarheid

In de meeste zorgcontexten is draagvlak voor aandacht voor seksualiteit en intimiteit, mits dit respectvol, duidelijk en praktisch wordt vormgegeven. Ook moet training en beleid aansluiten bij de behoeften van de zorgverlener en/of zorgorganisatie. Het betrekken van zorgverleners en cliënten in de ontwikkeling en keuze van methoden vergroot de acceptatie.

Haalbaarheid

Voor de haalbaarheid van methoden is het belangrijk om seksualiteit en intimiteit te verankeren in bestaand kwaliteitsbeleid en scholingsprogramma's. Structurele borging vraagt bestuurlijk draagvlak en voortdurende aandacht in de praktijk, bijvoorbeeld door het thema vast onderdeel te maken van intakes, MDO's en teamoverleg. Trainingen moeten bovendien beknopt en praktisch blijven. De werkgroep benadrukt dat de bevindingen toepasbaar zijn in alle sectoren van de langdurige zorg, maar dat methoden altijd moeten worden afgestemd op de specifieke setting en zorgverlener. Daarbij moet rekening worden gehouden met factoren als niveau en professionaliteit van zorgverleners.

Kwaliteit van bewijs

De wetenschappelijke onderbouwing voor de inzet van methoden is beperkt en de kwaliteit van het bewijs in het literatuuronderzoek is zeer laag. Er zijn aanwijzingen dat trainingen een positief effect hebben op kennis en houding van zorgverleners. Het onderzoek is echter vaak kleinschalig, methodologisch uiteenlopend en richt zich zelden op langetermijneffecten. De meeste kennis komt uit praktijkervaring en kwalitatief onderzoek. De werkgroep signaleerde bovendien dat studies vaak weinig diversiteit in doelgroepen weerspiegelen. Groepen zoals mensen met verschillende gradaties van een verstandelijke beperking, met korsakov of met een andere culturele achtergrond komen nauwelijks aan bod. Veel onderzoek richt zich specifiek op de LHBTIQA+-gemeenschap en is vooral uitgevoerd in een niet-Nederlandse, met name Amerikaanse context, terwijl seksualiteit en intimiteit sterk cultuurafhankelijk zijn.

Rationale

Ondanks het hereogene en beperkte wetenschappelijke bewijs, laat zowel onderzoek als praktijkervaring zien dat training met aandacht voor kennis en attitudevorming een effectieve basis is voor het ontwikkelen van een professionele houding rond seksualiteit en intimiteit in de langdurige zorg. Omdat duurzame verandering meer vraagt dan alleen kennisoverdracht, zijn aanvullende vormen van professionalisering, zoals structurele reflectie en intervisie, teamgesprekken en themabijeenkomsten, essentieel om bewustwording, normbesef en communicatieve vaardigheden te versterken en onderhouden. Deze ontwikkeling kan alleen beklijven wanneer organisaties randvoorwaarden borgen, zoals een inclusieve en veilige cultuur, duidelijke beleidskaders, privacyvoorzieningen, betrokken leiderschap en tijd en ruimte voor scholing en reflectie. De positieve effecten op kennis, houding, handelingsverlegenheid en veiligheid wegen ruimschoots op tegen de beperkte risico's, waardoor een integrale, contextgeboden aanpak gerechtvaardigd en haalbaar is binnen alle sectoren van de langdurige zorg.

Verantwoording

Publicatiedatum hoofdstuk: 30 juni 2026

Beoordeeld op geldigheid: 30 juni 2026

Samenstelling van werkgroep, cliëntengroep en klankbordgroep

Voor het ontwikkelen van het hoofdstuk is in mei 2024 een multidisciplinaire werkgroep ingesteld, bestaande uit de volgende personen:

- Voor het ontwikkelen van de richtlijn is in mei 2024 een multidisciplinaire werkgroep ingesteld, bestaande uit de volgende personen:
- **Dr. A.M. (Alma) Brand**, postdoctoraal onderzoeker, Open Universiteit, psycholoog, bekkenfysiotherapeut en consulent seksuele gezondheid NVVS (i.o.), namens Nederlandse Vereniging voor Bekkenfysiotherapie (KNGF/NVFB) en Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie (NVVS).
- **Drs. I.C. (Inez) Blitz**, geestelijk verzorger en consulent seksuele gezondheid NVVS, Attent

zorg en behandeling, namens Vereniging van Geestelijk Verzorger (VGVZ), tot november 2025.

- **I.H. (Iris) van den Bosch**, physician assistant en seksuoloog NVVS, Alliade, namens Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA).
- **Drs. H.J.M. (Riët) Daniël** (voorzitter), GZ-psycholoog en seksuoloog, Archipel Zorggroep, namens Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
- **M. (Mirjam) Everaarts**, maatschappelijk werker, Goudenhart, namens Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW).
- **Drs. A. (Ariëlle) van Heeren**, orthopedagoog-generalist, Fivoor, namens Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO).
- **A. (Astrid) Jonker**, begeleider, Alliade, namens Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW).
- **Drs. M.M. (Marcelle) Mulder**, humanistisch geestelijk verzorger, Patyna (gepensioneerd), namens Vereniging van Geestelijk Verzorger (VGVZ), vanaf december 2025.
- **Drs. M.C. (Margot) van Remmerden** (vicevoorzitter), arts verstandelijk gehandicapten, Novicare, namens Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG).
- **Dr. T.S.M. (Tineke) Roelofs**, GZ-psycholoog i.o. Klinisch Neuropsycholoog, Archipel Zorggroep, namens Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
- **A.D. (Ashley) de Sterke**, verpleegkundig specialist en consulent seksuele gezondheid NVVS, Aafje, namens Beroepsvereniging Verzoekenden Verpleegkundigen (V&VN).
- **M.A. (Marian) Suurmond**, regiebegeleider gehandicaptenzorg, Prinsenstichting, namens Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW).
- **M.M. (Maartje) de Nijs**, ergotherapeut, Evean, namens Ergotherapie Nederland.

Voor het ontwikkelen van het kwaliteitsinstrument is in mei 2024 een multidisciplinaire klankbordgroep ingesteld, bestaande uit de volgende personen:

- **Drs. E. (Evelien) Dijkema**, specialist ouderengeneeskunde, Coloriet, namens vereniging specialisten ouderengeneeskunde (Verenso).
- **Drs. Y. (Ymke) Kelders**, programmamanager seksualiteit en zorg, Rutgers, namens Expertisecentrum Seksualiteit Rutgers.
- **M.L. (Manon) Linschoten**, projectleider Roze50+ en ZonderStempel, namens COC Nederland.
- **E. (Eveline) Schildmeijer**, psychomotore therapeut, Adagio, namens Vaktherapie Nederland.

Voor het ontwikkelen van het kwaliteitsinstrument is in mei 2024 een cliëntenadviesraad ingesteld, bestaande uit de volgende personen:

- **Drs. E.A. (Evert) Brongers**, namens KansPlus, tot juli 2025.
- **Drs. W.N. (Wieke) Hengeveld**, namens MantelzorgNL.
- **J. (Josephine) Lambregts**, namens Alzheimer Nederland, vanaf juli 2025.
- **M. (Mariska) Schutte**, namens KansPlus, vanaf juli 2025.
- **G. (Gwen) Teesing**, namens Alzheimer Nederland, tot juli 2025.
- **J.A. (Jenny) Wild**, namens Zorgbelang Brabant | Zeeland.

Met ondersteuning van:

- **Dr. D.W. (Danique) Bos-van den Hoek**, procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ.
- **Dr. B.C.F.M. (Bernadette) van Glansbeek-Schutijser**, procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ, Utrecht.
- **Dr. A.L. (Alisa) Dutmer**, procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ.
- **Dr. T.I. (Tanja) Mol**, procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ.
- **J.R. (Julia) Morber**, procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ.
- **Dr. C. (Charifa) Zemouri**, literatuuronderzoeker, Zemouri et al.,
- **Dr. E. (Eveline) Mestdagh, MS, BM, RM**, zelfstandig wetenschappelijk adviseur en richtlijnontwikkelaar, COME-ON!

Belangenverklaringen

Alle werkgroepleden hebben bij aanvang en bij afronding van de richtlijn de belangenverklaring behorend bij de 'KNAW-Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling' ondertekend, zie de bijlage [Samenvattingstabel belangenverklaringen](#). Hiermee geven zij aan onafhankelijk gehandeld te hebben bij het opstellen van de richtlijn. Alle werkgroepleden hebben schriftelijk verklaard of ze in de laatste drie jaar directe financiële belangen of indirecte belangen hebben gehad. Uit de belangenverklaringen bleken geen belemmeringen voor deelname in de richtlijnwerkgroep. De ondertekende belangenverklaringen zijn op te vragen via bureau@skilz.nu.

Autoriserende partijen

De volgende partijen hebben het hoofdstuk Bevorderen van de professionele houding van zorgverleners geautoriseerd:

- Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW)
- Ergotherapie Nederland
- Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA)
- Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)
- Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Onderwijskundigen (NVO)
- Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie (NVVS)
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Vaktherapie Nederland
- Vereniging van Geestelijk Verzorger (VGZ)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

De volgende partijen hebben een verklaring geen bezwaar afgegeven voor het hoofdstuk Bevorderen van de professionele houding van zorgverleners:

- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en Nederlandse Vereniging voor Bekkenfysiotherapie (NVFB)
- Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso)
- Alzheimer Nederland
- MantelzorgNL

Financiële gevolgen

Bij de richtlijn is conform de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) een kwalitatieve raming uitgevoerd of de aanbevelingen mogelijk leiden tot substantiële financiële gevolgen. Bij het uitvoeren van deze beoordeling zijn richtlijnmodules op verschillende domeinen getoetst.

Uit de kwalitatieve raming blijkt dat er waarschijnlijk geen substantiële financiële gevolgen zijn voor dit hoofdstuk. Toelichting: Hoewel uit de toetsing volgt dat de aanbeveling(en) breed toepasbaar zijn (meer dan 40.000 cliënten), en het grotere geheel nog niet aan de norm voldoet, volgt ook uit de toetsing dat het geen toename in voltijdsequivalenten dan wel kwalificaties verwacht. Ook wordt er geen nieuwe manier van zorgverlening of andere organisatie van zorgverlening vereist maar enkel een andere benadering naar de cliënt toe. Er worden daarom geen substantiële financiële gevolgen verwacht.

Procesinformatie ontwikkeling van het hoofdstuk

Dit hoofdstuk is opgesteld conform de richtlijnmethode van SKILZ (zie www.skilz.nu voor de

meest recente richtlijnmethode). Dit document beschrijft een stappenplan dat gebaseerd is op de kwaliteitscriteria uit de volgende documenten: de AQUA-Leidraad (2021)⁵⁵, de HARING-tools (2013)⁵⁶ en AGREE-II (2010)⁵⁷.

Inbreng van cliëntenperspectief

Actieve betrokkenheid van cliënten(vertegenwoordigers) is belangrijk voor het bewaken van de wensen van cliënten en naasten bij het opstellen van de inhoud van een richtlijn. Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is het cliëntenperspectief in alle fasen meegenomen. Er was een cliëntenadviesraad met vertegenwoordigers uit de volgende organisaties: KansPlus, MantelzorgNL, Alzheimer Nederland, Zorgbelang Brabant | Zeeland. De cliëntenadviesraad is tweemaal geraadpleegd om input op te halen op een eerste raamwerk en op de gehele conceptrichtlijn. Daarbij zijn in de zomer van 2025 ook interviews opgenomen met veertien cliënten uit het netwerk van de werkgroep, waarvan het verslag [Cliënteninterviews](#) werd geschreven. Dit gaf meer achtergrondinformatie over hoe cliënten zelf seksualiteit en intimiteit ervaren en hoe zij graag willen dat zorgverleners ermee omgaan. De input van de cliëntenadviesraad en de interviews is verwerkt in de overwegingen van de hoofdstukken.

Klankbordgroep

De klankbordgroep werd op twee momenten gedurende het richtlijnproces betrokken waarbij zij feedback gaven op de (concept)documenten:

1. Voor de start van het literatuuronderzoek op de (concept)uitgangsvragen.
2. Voor de commentaarfase op de conceptversie van de richtlijn.

Het ontvangen commentaar werd bekeken en besproken met de werkgroep en meegenomen in het schrijven van de definitieve teksten.

Knelpunteninventarisatie

Voorafgaand aan de knelpunteninventarisatie zijn bestaande relevante (onderdelen van) kwaliteitsinstrumenten, lopende initiatieven en onderzoeken rondom het thema geïnventariseerd. Vervolgens werd de knelpunteninventarisatie uitgevoerd door middel van het uitzetten van een vragenlijst. Voor de knelpunteninventarisatie werden leden van relevante beroepsverenigingen, cliëntenverenigingen en andere relevante zorgorganisaties uitgenodigd. De voorzitter(s), de werkgroepleden en de procesbegeleiding hebben de knelpunten besproken, geanalyseerd en geprioriteerd. Een verslag van de knelpunteninventarisatie is terug te vinden in het verslag [Knelpunteninventarisatie](#).

Opstellen uitgangsvragen en uitkomstmaten

Op basis van de uitkomsten van de knelpuntenanalyse zijn door de werkgroep uitgangsvragen opgesteld. De concept uitgangsvragen zijn tijdens de tweede werkgroepbijeenkomst op 7 november 2024 met de werkgroep besproken en vervolgens aan de klankbordgroep voorgelegd via een online vragenlijst. Zij hebben hun inbreng gegeven op de inhoud, formulering en methode voor de beantwoording van de uitgangsvragen. In november 2024 werden de uitgangsvragen vervolgens vastgesteld.

Methode literatuuronderzoek

In deze richtlijn werden vier uitgangsvragen beantwoord met behulp van systematisch literatuuronderzoek:

- Welke methoden zijn het meest geschikt om seksuele en intieme behoeften van cliënten in de langdurige zorg te achterhalen of in kaart te brengen?
- Aan welke signalen kunnen seksuele en intieme behoeften van cliënten in de langdurige zorg worden herkend en hoe kunnen deze het beste worden geduid?
- Op welke wijze kunnen zorgverleners passend faciliteren in seksuele en intieme behoeften van cliënten in de langdurige zorg?
- Hoe kan een professionele houding van zorgverleners ten aanzien van seksualiteit en intimiteit van cliënten in de langdurige zorg worden bevorderd?

De werkgroep heeft, samen met de procesbegeleiding en een literatuuronderzoeker, een literatuurprotocol opgesteld met daarin weergegeven de zoekvragen, PDO (Population, Determinant, Outcome), zoekstrategie en selectiecriteria. Een uitgebreide beschrijving van de strategie voor het zoeken en selecteren van de literatuur is te vinden in de bijlagen met verantwoordingen. De paragraaf Onderbouwing per hoofdstuk in de richtlijn beschrijft een korte samenvatting van de methode en resultaten uit het literatuuronderzoek.

Overwegingen (van bewijs naar aanbeveling)

Voor het formuleren van een aanbeveling zijn naast de resultaten en kwaliteit van bewijs van het wetenschappelijk onderzoek, vaak ook nog andere factoren van belang⁵⁸. De werkgroep bediscussieerde de kennis uit de literatuur, en plaatste daarbij haar overwegingen. Dit werd in twee stappen uitgevoerd: 1) de werkgroepleden werden via een online vragenlijst uitgenodigd om hun overwegingen te plaatsen bij het literatuuronderzoek, en hun expertise bij een uitgangsvraag te delen; 2) de resultaten uit deze vragenlijst werden bediscussieerd tijdens werkgroepbijeenkomsten, waarna overwegingen en aanbevelingen werden opgesteld.

In de overwegingen kunnen de volgende aspecten meegenomen zijn: gezondheidswinst, waarden, voorkeuren en ervaringen van cliënten en zorgverleners met betrekking tot interventies en uitkomsten van zorg, balans van gewenste en ongewenste effecten van interventies ten opzichte van geen of andere interventies, aanvaardbaarheid van interventies, ethische overwegingen, kosten(implicaties), veiligheid, duurzaamheid, en haalbaarheid van een aanbeveling.

Formuleren van de aanbevelingen

De aanbevelingen geven een antwoord op de uitgangsvragen en zijn gebaseerd op het beste beschikbare wetenschappelijke bewijs en de belangrijkste overwegingen. De kracht van het wetenschappelijk bewijs en het gewicht dat door de werkgroep is toegekend aan de overwegingen bepalen samen de sterkte van de aanbeveling.

De sterkte van een aanbeveling verwijst naar de mate van zekerheid dat de voordelen van de interventie opwegen tegen de nadelen (of vice versa), gezien over het hele spectrum van cliënten waarvoor de aanbeveling is bedoeld. De sterkte van een aanbeveling heeft duidelijke implicaties voor cliënten, behandelaars en beleidsmakers (zie Tabel 6.2).

Tabel 6.2 Implicaties van sterke en zwakke aanbevelingen voor verschillende richtlijngebruikers

Sterke aanbeveling	Zwakke (conditionele) aanbeveling
--------------------	-----------------------------------

Voor cliënten	De meeste cliënten zouden de aanbevolen interventie of aanpak kiezen en slechts een klein aantal niet.	Een aanzienlijk deel van de cliënten zouden de aanbevolen interventie of aanpak kiezen, maar veel cliënten ook niet.
Voor behandelaars	De meeste cliënten zouden de aanbevolen interventie of aanpak moeten ontvangen.	Er zijn meerdere geschikte interventies of aanpakken. De cliënt moet worden ondersteund bij de keuze voor de interventie of aanpak die het beste aansluit bij zijn of haar waarden en voorkeuren.
Voor beleidsmakers	De aanbevolen interventie of aanpak kan worden gezien als standaardbeleid.	Beleidsbepaling vereist uitvoerige discussie met betrokkenheid van veel stakeholders. Er is een grotere kans op lokale beleidsverschillen.

Randvoorwaarden (organisatie van zorg) (indien van toepassing)

In de knelpunteninventarisatie en bij de ontwikkeling van de richtlijn is expliciet rekening gehouden met de organisatie van zorg: alle aspecten die randvoorwaardelijk zijn voor het verlenen van zorg (zoals coördinatie, communicatie, (financiële) middelen, menskracht en infrastructuur). Randvoorwaarden die relevant zijn worden beschreven in hoofdstuk Organisatie van zorg van deze richtlijn.

Opstellen van het implementatieplan

De werkgroep heeft een implementatieplan opgesteld waarin een advies voor beroepsverenigingen en instellingen wordt gegeven voor de implementatie. Deze staat beschreven in de bijlage [Implementatieplan](#).

Formuleren van kennislacunes

Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is systematisch gezocht naar onderzoek waarvan de resultaten bijdragen aan een antwoord op de uitgangsvragen. Bij elke uitgangsvraag is door de werkgroep nagegaan of er (aanvullend) wetenschappelijk onderzoek gewenst is. Een overzicht van aanbevelingen voor nader/vervolgonderzoek staat in de bijlage [Kennislacunes](#).

Commentaar- en autorisatiefase

De conceptringhtlijn is aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen en andere relevante partijen voorgelegd voor commentaar. In de periode van december 2025 tot februari 2026 konden de partijen de richtlijn becommentariëren via het platform Richtlijnen Langdurige Zorg. De commentaren zijn verzameld en besproken met de werkgroep. Naar aanleiding van de commentaren is de conceptringhtlijn aangepast en definitief vastgesteld door de werkgroep. De definitieve richtlijn wordt aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen voorgelegd voor autorisatie en door hen worden geautoriseerd.

De volgende partijen hebben commentaar geleverd op de richtlijn Seksualiteit en intimiteit in de langdurige zorg:

Partijen

ActiZ	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)	Patiëntenfederatie Nederland
Alzheimer Nederland	MantelzorgNL	Vaktherapie Nederland
Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW)	Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)	Vereniging voor Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso)
Ergotherapie Nederland	Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
KansPlus	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)	Vereniging van Geestelijk Verzorgers (VGvZ)

Publicatie

Nadat de richtlijn is geautoriseerd door de betrokken verenigingen, is de richtlijn gepubliceerd op het platform Richtlijnen Langdurige Zorg.

7. Samenwerking met naasten

Autorisatiedatum 30-06-2026 Beoordelingsdatum 30-06-2026

7.1 Samenwerking met naasten

Samenwerking met naasten, zoals partners, ouders en andere familieleden of vrienden, kan complex zijn bij seksualiteit en intimiteit, maar is essentieel om seksualiteit en intimiteit als gezamenlijk doel op te pakken. Uit de [knelpunteninventarisatie](#) kwam naar voren dat er sprake is van uiteenlopende opvattingen en manieren waarop naasten over dit thema spreken. Ook andere knelpunten werden genoemd: angst voor negatieve reacties, ongemak of weerstand van naasten, zorgen over de privacy van de cliënt en onduidelijkheid over het handelen bij (on)wilsbekwaamheid. Dit hoofdstuk geeft zorgverleners handvatten voor het goed samenwerken met naasten rondom seksualiteit en intimiteit van cliënten in de langdurige zorg.

Uitgangsvraag

Op welke manier kunnen zorgverleners en naasten het best samenwerken in de zorgdriehoek 'cliënt-zorgverlener-naaste' om tegemoet te komen aan de seksuele en intieme behoeften van cliënten in de langdurige zorg?

Aanbevelingen

Betrek primair de cliënt bij gesprekken en beslissingen over seksualiteit en intimiteit. Betrek naasten alleen met toestemming van de cliënt.

Maak vooraf duidelijke afspraken over welke naaste als gesprekspartner fungeert. Wijs daarnaast een zorgverlener aan als aanspreekpunt voor naasten.

Laat naasten bij de intake en met enige regelmaat weten dat seksualiteit en intimiteit binnen de organisatie bespreekbaar zijn. Op die manier kunnen zij een gesprek aanvragen als daar behoefte of noodzaak toe is.

Bied cliënten zonder betrokken of beschikbare naasten gelijke ondersteuning, bijvoorbeeld via een cliëntvertrouwenspersoon.

Maak onderscheid tussen partnerrelaties en andere naaste-relaties, omdat seksualiteit en intimiteit binnen partnerrelaties een andere betekenis en dynamiek hebben. Houd rekening met veranderingen door ziekte, afhankelijkheid of rolverschuivingen. Bied met toestemming van de cliënt ook ruimte voor gesprek en ondersteuning gericht op het behouden van een veilige, betekenisvolle en respectvolle relatie.

Ga bij weerstand van naasten met hen in gesprek, erken hun zorgen en leg duidelijk uit dat de autonomie en het welzijn van de cliënt leidend zijn. Geef uitleg over professionele kaders en hoe veiligheid wordt gewaarborgd. Schakel indien nodig aanvullende ondersteuning in en leg afspraken zorgvuldig vast.

Onderbouwing

Voor deze uitgangsvraag is geen systematische literatuuranalyse uitgevoerd omdat de aard van deze vraag zich niet leent voor een beantwoording door middel van een systematische review van wetenschappelijk onderzoek. De werkgroep is op basis van expert opinion tot aanbevelingen gekomen.

Overwegingen

In deze paragraaf worden de overwegingen van de werkgroep weergegeven. Hierin gaat het over de overwegingen vanuit de (klinische) expertise en ervaringen van zorgverleners en cliënten- en naasten(vertegenwoordigers).

Naasten, eerste contactpersoon en vertegenwoordigers

Rondom seksualiteit en intimiteit kunnen verschillende personen en rollen betrokken zijn. In de langdurige zorg zijn naasten (of verwanten) alle personen die dichtbij de persoon met een zorgvraag staan. Dit kunnen partners of andere familieleden zijn, maar ook goede burens of vrienden. Ze verlenen vaak langdurig en onbetaald zorg en spelen een belangrijke rol als mantelzorgers, maar ook als hulpvragers en belangenbehartigers. Er is daarbij een grote diversiteit in wie betrokken is, hoeveel naasten er zijn en op welke manier zij een rol spelen, ook rondom thema's als seksualiteit en intimiteit.

In de langdurige zorg is er vaak ook een aantal vaste aanspreekpunten, zoals een eerste contactpersoon. Een eerste contactpersoon is een persoon die door een cliënt (of diens vertegenwoordiger) is aangewezen om als centraal aanspreekpunt te fungeren voor familie, vrienden en andere naasten, en voor de zorginstelling zelf, met betrekking tot de zorg en welzijn van de cliënt⁴⁴. Deze persoon is niet altijd ook een wettelijk vertegenwoordiger.

Een wettelijk vertegenwoordiger behartigt de belangen van iemand die niet in staat is om dit (volledig)

zelf te doen, bijvoorbeeld door wilsonbekwaamheid, een ziekte of beperking⁶⁸. De volgorde van wettelijke vertegenwoordiging in Nederland bij medische of zorginhoudelijke beslissingen volgt de vertegenwoordigersregeling⁶⁸. Hierbij kan iedere rol een eigen betekenis hebben voor de cliënt op het gebied van seksualiteit en intimiteit:

1. Door de rechter benoemde wettelijke vertegenwoordiger (curator of mentor): neemt beslissingen over de zorg in het belang van de cliënt en beschermt tegen mogelijk risico's.
2. Een schriftelijk gemachtigde (middels volmacht of levenstestament): vertegenwoordigt de wensen van de cliënt zoals vastgelegd in een volmacht of levenstestament.
3. De echtgenoot, geregistreerd partner of levensgezel: ondersteunt de cliënt vanuit de gedeelde relatie en gezamenlijke intimiteit.
4. Familielid (ouder, kind, broer of zus): biedt zorg en bescherming.

Ook kan er een bewindvoerder zijn, die de financiële zaken van een cliënt beheert. De bewindvoerder valt niet onder de wettelijke vertegenwoordigers voor medische of zorginhoudelijke beslissingen, maar kan worden betrokken wanneer besluiten financiële gevolgen hebben, zoals bij het inschakelen van sekszorg of de aanschaf van hulpmiddelen.

Betrekken van naasten

In beginsel wordt met de cliënt zelf gesproken over diens seksuele en intieme behoeften. Naasten worden pas betrokken met toestemming van de cliënt, als de situatie dit vereist of bij wilsonbekwaamheid. De eerste contactpersoon of wettelijk vertegenwoordiger is in principe de aangewezen gesprekspartner; andere naasten alleen als de cliënt dit expliciet wil. Vanwege de gevoeligheid van het onderwerp is maatwerk essentieel: per cliënt moet zorgvuldig worden afgewogen wie welke rol heeft en wie wordt betrokken, afhankelijk van situatie en persoon (denk aan zorgsetting, (ontwikkelings)leeftijd, fysieke en cognitieve toestand, en verwachtingen en wensen van de cliënt). Het netwerk van de cliënt moet in kaart worden gebracht en er moeten duidelijke afspraken gemaakt worden over wie de gesprekspartner is bij gevoelige onderwerpen. Partners, kinderen en ouders kunnen vanuit verschillende perspectieven deelnemen aan gesprekken. Dit bepaalt welke thema's bespreekbaar zijn en hoe zorgverleners het beste samenwerken met naasten. Het is daarbij belangrijk dat zorgverleners onderscheid maken tussen partnerrelaties en andere naaste relaties, omdat de betekenis van seksualiteit en intimiteit per relatievorm sterk verschilt en partnerrelaties vaak andere wensen, grenzen en gevoeligheden met zich meebrengen dan relaties met ouders, broers, zussen of andere naasten.

Aandachtspunten bij de samenwerking

Als naasten worden betrokken, is het belangrijk om het onderwerp vooraf aan te kondigen en vanaf de start van zorg transparant te zijn over het beleid van de zorgorganisatie over seksualiteit en intimiteit. Geef de cliënt en naasten de gelegenheid om vooraf af te stemmen over het doel van het gesprek. Maak daarnaast duidelijk welke zorgverlener het aanspreekpunt is en wie gesprekken voert en met welke naaste(n). Stem dit af op de wensen van de cliënt; soms is betrokkenheid van een andere zorgverlener en/of naaste passender. Tijdens gesprekken worden wensen en verwachtingen geïnventariseerd en wordt gezamenlijk gekeken naar mogelijkheden zoals een koppelbed of voorlichting. Zorg voor een veilige en respectvolle gesprekssetting, wees onbevooroordeeld en afgestemd in de communicatie, en toon doorzettingsvermogen als er weerstand ontstaat. Blijf daarbij het welzijn van de cliënt centraal stellen en gebruik eventueel hulpmiddelen zoals het SOFA-model om beter aan te sluiten bij de positie of gevoelens van naasten. Betrek naasten waar mogelijk bij de ondersteuning of nazorg voor de cliënt en wees alert op hun eigen behoefte aan steun bij emoties zoals boosheid of schuldgevoelens.

SOFA-model: de rollen van naasten

Een fijne samenwerking tussen naasten en zorgverleners is belangrijk. Het SOFA-model helpt om hier een goede invulling aan te geven. Het beschrijft de vier rollen die een mantelzorger heeft en hoe je hier als zorgverlener mee om kunt gaan. SOFA staat voor Samenwerken, Ondersteunen, Faciliteren en Afstemmen. Deze handelingen zijn ieder gekoppeld aan één van de rollen van een naaste of mantelzorger. Het helpt je om op de juiste manier om te gaan met de rol van een naaste of mantelzorger van dat moment.

- Samenwerken: partner in de zorg
- Ondersteunen: hulpvrager bij overbelasting
- Faciliteren: persoonlijke relatie van de naaste - cliënt
- Afstemmen: expert die alles weet van de cliënt

Welke rol de overhand heeft, kan per situatie, per moment en per naaste of mantelzorger verschillen. Zelfs binnen een gesprek kunnen rollen wisselen. Eén rol is altijd constant: die van de persoonlijke relatie. De naaste of mantelzorger is en blijft bijvoorbeeld de ouder, partner, dochter of bijvoorbeeld kleinzoon van de cliënt. Lees meer over het SOFA-model op het [Kennisplein Gehandicaptensector](#) en [Zorg voor beter](#).

Momenten

Het in kaart brengen van het netwerk van naasten en hun gewenste betrokkenheid bij seksualiteit en intimiteit kan op verschillende momenten toegepast worden:

1. Altijd bij de intake in de zorg.
2. Als er een behoefte ontstaat, bijvoorbeeld:
 - Als de cliënt dat wil.
 - Als de naaste(n) dat wil(len).
 - Als de cliënt zich niet kan uiten/vertellen, om de seksuele levensloop in kaart te brengen.
 - Als de zorgverlener zorgen/problemen wil delen.
 - Als een actie of behandeling ingezet wordt.
 - Als er andere cliënten bij betrokken raken.

Laat naasten bij de intake en met enige regelmaat weten dat seksualiteit en intimiteit een besproken onderwerp is binnen de organisatie. Zo kunnen zij een gesprek aanvragen als er behoefte of noodzaak ontstaat.

Autonomie en privacy

Bij samenwerking in de zorgdriehoek moet de autonomie en privacy van de cliënt centraal staan. Cliënten bepalen zoveel mogelijk zelf over hun seksualiteit en intimiteit en kunnen gesprekken of bemoeienis van naasten of zorgverleners weigeren, als dit geen risico vormt voor veiligheid. Algemene gesprekken met naasten kunnen altijd plaatsvinden, bijvoorbeeld over het beleid, mogelijkheden en scholing van zorgverleners rond seksualiteit en intimiteit, zodat zij hun ideeën kunnen delen zonder de privacy van de cliënt te schenden.

Houd er rekening mee dat naasten die contactpersoon of wettelijk vertegenwoordiger zijn in sommige EPD-systemen inzage kunnen hebben in rapportages, ook als deze als vertrouwelijk zijn gemarkeerd. Welke informatie zichtbaar is, hangt af van de technische mogelijkheden van het EPD en de ingestelde inzage- en toegangsrechten binnen de organisatie. Daarom moet bij het rapporteren over seksualiteit en

intimiteit zorgvuldig worden overwogen wat wordt vastgelegd en op welke manier. Zie het hoofdstuk [Communicatie over seksualiteit en intimiteit](#) voor de best passende handelwijze bij rapporteren over seksualiteit en intimiteit.

Wils(on)bekwaamheid

Bij beslissingen over het betrekken van wettelijke vertegenwoordigers en/of naasten rondom seksualiteit en intimiteit speelt de mate van wils(on)bekwaamheid een belangrijk rol. De [SKILZ-handreiking Beslisvaardigheid en wilsbekwaamheid](#) biedt handvatten om cliënten zo goed mogelijk te ondersteunen bij het nemen van beslissingen. Pas wanneer er gerede twijfel bestaat of de cliënt een specifieke beslissing kan overzien, kan worden beoordeeld of de cliënt wilsbekwaam ter zake is. Dit gebeurt multidisciplinair en wordt zorgvuldig vastgelegd, waarbij de cliënt zoveel mogelijk betrokken blijft.

Als een cliënt wilsonbekwaam ter zake blijkt te zijn, wordt volgens de WGBO-vertegenwoordigersregeling bepaald wie bevoegd is tot besluitvorming. Naasten worden daarbij niet automatisch betrokken, maar alleen als zij de wettelijk vertegenwoordiger zijn of als hun betrokkenheid noodzakelijk en proportioneel is voor goede en veilige zorg.

Veranderende relaties

De relaties van cliënten met naasten kunnen veranderen wanneer zorg een grotere rol krijgt. Naasten kunnen te maken krijgen met een verschuiving in rollen en wederkerigheid en gevoelens van levend verlies. Bij partners kan dit ook invloed hebben op hoe seksualiteit en intimiteit binnen de relatie worden ervaren. Zorgverleners moeten deze veranderingen actief erkennen. Ook moeten zij, met toestemming van de cliënt, ruimte bieden voor gesprekken hierover, zowel met de cliënt als met diens naasten. Daarbij is het belangrijk aandacht te hebben voor mogelijk gemis aan seksualiteit en intimiteit en voor manieren waarop partners, binnen de mogelijkheden van de zorgomgeving, samen vorm kunnen blijven geven aan hun relatie. Het bespreken van seksualiteit en intimiteit binnen een partnerrelatie vraagt om extra sensitiviteit, omdat het gesprek hierover vaak ook de grenzen, wensen en gevoelens van de partner raakt. Zorgverleners moeten hiermee rekening houden en, waar passend en mogelijk, ondersteunen in het behouden of faciliteren van een veilige, respectvolle en betekenisvolle partnerrelatie.

Educatie van naasten

In sommige gevallen kan educatie van naasten ook zinvol zijn. Bij seksuele ontremming vanuit aandoeningen kan seksueel of intiem gedrag niet bewust of niet doelgericht plaatsvinden. Educatie kan naasten helpen om te begrijpen waarom een cliënt dit soort gedrag toont richting hen, andere cliënten of formele en informele zorgverleners.

Weerstand bij naasten

Het kan voorkomen dat naasten andere ideeën hebben of weerstand bieden bij de zorg voor cliënten rondom seksualiteit en intimiteit. In Kader 7.1 wordt een voorbeeld gegeven met handvatten voor het omgaan met weerstand bij naasten.

Kader 7.1 Weerstand bij naasten

Weerstand bij naasten

Voorbeeld: de kinderen van een cliënt willen absoluut niet dat hun vader een jurk draagt, dit heeft hij zijn hele leven nooit gedaan. De cliënt heeft hier zelf actief om gevraagd en wordt er duidelijk vrolijk van.

Wat kun je doen:

- Ga in gesprek met de kinderen, erken hun zorgen en leg helder uit dat de autonomie en het welzijn van de cliënt leidend zijn. Geef uitleg over professionele kaders en veiligheid, en hoe de zorg deze waarborgt.
- Schakel, indien nodig, aanvullende ondersteuning in (zoals bij een expertiseteam, aandachtsfunctionaris, gedragsdeskundige of leidinggevende) en leg afspraken vast.

Balans gewenste en ongewenste effecten

Samenwerking met naasten kan bijdragen aan betere afstemming van zorg op de wensen en behoeften van de cliënt, meer begrip voor diens seksuele en intieme leven, en een versterkte vertrouwensband tussen de zorgverlener, cliënt en naaste(n). Dit kan leiden tot meer openheid, minder taboe en betere kwaliteit van leven. Naasten kunnen soms belemmerend werken, bijvoorbeeld door eigen normen en waarden op te leggen, of door gevoelens van schaamte, ongemak of overbescherming. Dit kan de autonomie van de cliënt beperken of spanningen veroorzaken tussen zorgverleners en familie. Hoewel samenwerking met naasten meer openheid en steun kan bieden, moet zorgvuldig worden afgewogen in hoeverre dit de privacy en autonomie van de cliënt respecteert. Transparante communicatie en expliciet vragen naar de wensen van de cliënt zijn hierbij cruciaal.

Waarden en voorkeuren van cliënten

Uit de [interviews met cliënten](#) blijkt dat zij zelf willen bepalen in hoeverre naasten worden betrokken bij hun seksualiteit en intimiteit. Veel cliënten bespreken dit onderwerp niet met hun ouders of kinderen, en geven aan dat familie hier niet in moet meebeslissen. Zij hechten aan vertrouwelijkheid en willen dat zorgverleners informatie hierover alleen delen met hun uitdrukkelijke toestemming. Sommige cliënten bespreken seksualiteit wel met andere naasten, zoals partners of vrienden, maar dit is een persoonlijke keuze die per cliënt verschilt. Naasten kunnen zelf ook taboes en ongemak ervaren, wat weerstand en zorgen kan oproepen. Het is daarom belangrijk dat zorgverleners zorgvuldig aansluiten bij wat de cliënt wil en kan, en het tempo en de grenzen van de cliënt leidend laten zijn bij eventuele samenwerking met naasten.

Kosten

Investerings in goede samenwerking met naasten (bijvoorbeeld via voorlichting of gespreksbegeleiding) zijn relatief laag en kunnen zich terugbetalen in meer tevreden cliënten en naasten, betere zorgrelaties en mogelijk minder klachten.

Gelijkheid

Niet iedere cliënt heeft betrokken of beschikbare naasten. Er moet worden gewaakt dat cliënten zonder (steunende) familie of partner nadeel ondervinden. Zorgorganisaties moeten daarom ook alternatieven bieden, zoals cliëntvertrouwenspersonen of ondersteuning vanuit de zorgorganisatie. Daarnaast is het belangrijk oog te hebben voor verschillen in achtergrond: cliënten en hun naasten kunnen uiteenlopende waarden en opvattingen hebben afhankelijk van cultuur, religie, generatie, genderidentiteit of geslacht. Deze diversiteit vraagt om een open houding en maatwerk van zorgverleners. Op die manier blijft de ondersteuning gelijkwaardig en inclusief en wordt geen enkele groep uitgesloten of bevoordeeld.

Aanvaardbaarheid

In de meeste situaties wordt samenwerking met naasten als positief ervaren, mits deze samenwerking zorgvuldig wordt vormgegeven en de wensen en grenzen van de cliënt leidend zijn. Voor sommige cliënten kan bespreking van seksualiteit met familie of partner echter beladen of ongewenst zijn.

Haalbaarheid

Samenwerking met naasten is vaak haalbaar, maar vraagt tijd en vaardigheden van zorgverleners om het gesprek open en respectvol te voeren. Het is belangrijk dat zorgorganisaties hier aandacht en ruimte voor creëren, bijvoorbeeld door het thema structureel te agenderen in MDO's of familiegesprekken en trainingen aan te bieden in samenwerking en gespreksvoering.

Rationale

Samenwerking met naasten kan waardevol zijn bij seksualiteit en intimiteit, omdat deze kan bijdragen aan betere afstemming van zorg, meer begrip voor de leefwereld van de cliënt en een open en vertrouwde relatie tussen cliënt, naasten en zorgverleners. Tegelijkertijd kunnen normen, emoties, taboes of rolveranderingen bij naasten spanningen veroorzaken of de autonomie van de cliënt beperken. Daarom is maatwerk essentieel: het gesprek start altijd met de cliënt zelf, en naasten worden alleen betrokken met diens toestemming of wanneer dit bij twijfel aan wilsbekwaamheid noodzakelijk en proportioneel is voor veilige en goede zorg. Heldere afspraken over wie gesprekspartner is, zorgvuldige omgang met privacy, aandacht voor de specifieke dynamiek van partnerrelaties en oog voor diversiteit in waarden en behoeften helpen om samenwerking met naasten verantwoord, respectvol en cliëntgericht vorm te geven.

Verantwoording

Publicatiedatum hoofdstuk: 30 juni 2026

Beoordeeld op geldigheid: 30 juni 2026

Samenstelling van werkgroep, cliëntengroep en klankbordgroep

Voor het ontwikkelen van het hoofdstuk is in mei 2024 een multidisciplinaire werkgroep ingesteld, bestaande uit de volgende personen:

- Voor het ontwikkelen van de richtlijn is in mei 2024 een multidisciplinaire werkgroep ingesteld, bestaande uit de volgende personen:
- **Dr. A.M. (Alma) Brand**, postdoctoraal onderzoeker, Open Universiteit, psycholoog, bekkenfysiotherapeut en consulent seksuele gezondheid NVVS (i.o.), namens Nederlandse Vereniging voor Bekkenfysiotherapie (KNGF/NVFB) en Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie (NVVS).
- **Drs. I.C. (Inez) Blitz**, geestelijk verzorger en consulent seksuele gezondheid NVVS, Attent zorg en behandeling, namens Vereniging van Geestelijk Verzorgers (VGVZ), tot november 2025.
- **I.H. (Iris) van den Bosch**, physician assistant en seksuoloog NVVS, Alliade, namens Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA).
- **Drs. H.J.M. (Riët) Daniël** (voorzitter), GZ-psycholoog en seksuoloog, Archipel Zorggroep, namens Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
- **M. (Mirjam) Everaarts**, maatschappelijk werker, Goudenhart, namens Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW).
- **Drs. A. (Ariëlle) van Heeren**, orthopedagoog-generalist, Fivoor, namens Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO).
- **A. (Astrid) Jonker**, begeleider, Alliade, namens Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW).
- **Drs. M.M. (Marcelle) Mulder**, humanistisch geestelijk verzorger, Patyna (gepensioneerd), namens Vereniging van Geestelijk Verzorgers (VGVZ), vanaf december 2025.
- **Drs. M.C. (Margot) van Remmerden** (vicevoorzitter), arts verstandelijk gehandicapten, Novicare, namens Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG).
- **Dr. T.S.M. (Tineke) Roelofs**, GZ-psycholoog i.o. Klinisch Neuropsycholoog, Archipel Zorggroep, namens Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
- **A.D. (Ashley) de Sterke**, verpleegkundig specialist en consulent seksuele gezondheid NVVS, Aafje, namens Beroepsvereniging Verzorgenden Verpleegkundigen (V&VN).
- **M.A. (Marian) Suurmond**, regiebegeleider gehandicaptenzorg, Prinsenstein, namens Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW).
- **M.M. (Maartje) de Nijs**, ergotherapeut, Eveen, namens Ergotherapie Nederland.

Voor het ontwikkelen van het kwaliteitsinstrument is in mei 2024 een multidisciplinaire klankbordgroep ingesteld, bestaande uit de volgende personen:

- **Drs. E. (Evelien) Dijkema**, specialist ouderengeneeskunde, Coloriet, namens vereniging specialisten ouderengeneeskunde (Verenso).
- **Drs. Y. (Ymke) Kelders**, programmamanager seksualiteit en zorg, Rutgers, namens Expertisecentrum Seksualiteit Rutgers.
- **M.L. (Manon) Linschoten**, projectleider Roze50+ en ZonderStempel, namens COC

Nederland.

- **E. (Eveline) Schildmeijer**, psychomotore therapeut, Adagio, namens Vaktherapie Nederland.

Voor het ontwikkelen van het kwaliteitsinstrument is in mei 2024 een cliëntenadviesraad ingesteld, bestaande uit de volgende personen:

- **Drs. E.A. (Evert) Brongers**, namens KansPlus, tot juli 2025.
- **Drs. W.N. (Wieke) Hengeveld**, namens MantelzorgNL.
- **J. (Josephine) Lambregts**, namens Alzheimer Nederland, vanaf juli 2025.
- **M. (Mariska) Schutte**, namens KansPlus, vanaf juli 2025.
- **G. (Gwen) Teesing**, namens Alzheimer Nederland, tot juli 2025.
- **J.A. (Jenny) Wild**, namens Zorgbelang Brabant | Zeeland.

Met ondersteuning van:

- **Dr. D.W. (Danique) Bos-van den Hoek**, procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ.
- **Dr. B.C.F.M. (Bernadette) van Glansbeek-Schutijser**, procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ, Utrecht.
- **Dr. A.L. (Alisa) Dutmer**, procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ.
- **Dr. T.I. (Tanja) Mol**, procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ.
- **J.R. (Julia) Morber**, procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ.
- **Dr. C. (Charifa) Zemouri**, literatuuronderzoeker, Zemouri et al.,
- **Dr. E. (Eveline) Mestdagh, MS, BM, RM**, zelfstandig wetenschappelijk adviseur en richtlijnontwikkelaar, COME-ON!

Belangenverklaringen

Alle werkgroepleden hebben bij aanvang en bij afronding van de richtlijn de belangenverklaring behorend bij de 'KNAW-Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling' ondertekend, zie de bijlage [Samenvattingstabel belangenverklaringen](#). Hiermee geven zij aan onafhankelijk gehandeld te hebben bij het opstellen van de richtlijn. Alle werkgroepleden hebben schriftelijk verklaard of ze in de laatste drie jaar directe financiële belangen of indirecte belangen hebben gehad. Uit de belangenverklaringen bleken geen belemmeringen voor deelname in de richtlijnwerkgroep. De ondertekende belangenverklaringen zijn op te vragen via bureau@skilz.nu.

Autoriserende partijen

De volgende partijen hebben het hoofdstuk Samenwerking met naasten geautoriseerd:

- Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW)
- Ergotherapie Nederland
- Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA)
- Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)
- Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO)
- Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie (NVVS)
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Vaktherapie Nederland
- Vereniging van Geestelijk Verzorgers (VGZ)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

De volgende partijen hebben een verklaring geen bezwaar afgegeven voor het hoofdstuk Samenwerking met naasten:

- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en Nederlandse Vereniging voor Bekkenfysiotherapie (NVFB)
- Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso)
- Alzheimer Nederland
- MantelzorgNL

Financiële gevolgen

Bij de richtlijn is conform de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) een kwalitatieve raming uitgevoerd of de aanbevelingen mogelijk leiden tot substantiële financiële gevolgen. Bij het uitvoeren van deze beoordeling zijn richtlijnmodules op verschillende domeinen getoetst.

Uit de kwalitatieve raming blijkt dat er waarschijnlijk geen substantiële financiële gevolgen zijn voor dit hoofdstuk. Toelichting: Hoewel uit de toetsing volgt dat de aanbeveling(en) breed toepasbaar zijn (meer dan 40.000 cliënten), en het grotere geheel nog niet aan de norm voldoet, volgt ook uit de toetsing dat het geen toename in voltijdsequivalenten dan wel kwalificaties verwacht. Ook wordt er geen nieuwe manier van zorgverlening of andere organisatie van zorgverlening vereist maar enkel een andere benadering naar de cliënt toe. Er worden daarom geen substantiële financiële gevolgen verwacht.

Procesinformatie ontwikkeling van het hoofdstuk

Dit hoofdstuk is opgesteld conform de richtlijnmethode van SKILZ (zie www.skilz.nu voor de meest recente richtlijnmethode). Dit document beschrijft een stappenplan dat gebaseerd is op de

kwaliteitscriteria uit de volgende documenten: de AQUA-Leidraad (2021) ⁵⁵, de HARING-tools (2013) ⁵⁶ en AGREE-II (2010) ⁵⁷.

Inbreng van cliëntenperspectief

Actieve betrokkenheid van cliënten(vertegenwoordigers) is belangrijk voor het bewaken van de wensen van cliënten en naasten bij het opstellen van de inhoud van een richtlijn. Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is het cliëntenperspectief in alle fasen meegenomen. Er was een cliëntenadviesraad met vertegenwoordigers uit de volgende organisaties: KansPlus, MantelzorgNL, Alzheimer Nederland, Zorgbelang Brabant | Zeeland. De cliëntenadviesraad is tweemaal geraadpleegd om input op te halen op een eerste raamwerk en op de gehele conceptrichtlijn. Daarbij zijn in de zomer van 2025 ook interviews opgenomen met veertien cliënten uit het netwerk van de werkgroep, waarvan het verslag [Cliënteninterviews](#) werd geschreven. Dit gaf meer achtergrondinformatie over hoe cliënten zelf seksualiteit en intimiteit ervaren en hoe zij graag willen dat zorgverleners ermee omgaan. De input van de cliëntenadviesraad en de interviews is verwerkt in de overwegingen van de hoofdstukken.

Klankbordgroep

De klankbordgroep werd op twee momenten gedurende het richtlijnproces betrokken waarbij zij feedback gaven op de (concept)documenten:

1. Voor de start van het literatuuronderzoek op de (concept)uitgangsvragen.
2. Voor de commentaarfase op de conceptversie van de richtlijn.

Het ontvangen commentaar werd bekeken en besproken met de werkgroep en meegenomen in het schrijven van de definitieve teksten.

Knelpunteninventarisatie

Voorafgaand aan de knelpunteninventarisatie zijn bestaande relevante (onderdelen van) kwaliteitsinstrumenten, lopende initiatieven en onderzoeken rondom het thema geïnventariseerd. Vervolgens werd de knelpunteninventarisatie uitgevoerd door middel van het uitzetten van een vragenlijst. Voor de knelpunteninventarisatie werden leden van relevante beroepsverenigingen, cliëntenverenigingen en andere relevante zorgorganisaties uitgenodigd. De voorzitter(s), de werkgroepleden en de procesbegeleiding hebben de knelpunten besproken, geanalyseerd en geprioriteerd. Een verslag van de knelpunteninventarisatie is terug te vinden in het verslag [Knelpunteninventarisatie](#).

Opstellen uitgangsvragen en uitkomstmaten

Op basis van de uitkomsten van de knelpuntenanalyse zijn door de werkgroep uitgangsvragen opgesteld. De concept uitgangsvragen zijn tijdens de tweede werkgroepbijeenkomst op 7 november 2024 met de werkgroep besproken en vervolgens aan de klankbordgroep voorgelegd via een online vragenlijst. Zij hebben hun inbreng gegeven op de inhoud, formulering en methode voor de beantwoording van de uitgangsvragen. In november 2024 werden de uitgangsvragen vervolgens vastgesteld.

Methode literatuuronderzoek

In deze richtlijn werden vier uitgangsvragen beantwoord met behulp van systematisch literatuuronderzoek:

- Welke methoden zijn het meest geschikt om seksuele en intieme behoeften van cliënten in de langdurige zorg te achterhalen of in kaart te brengen?
- Aan welke signalen kunnen seksuele en intieme behoeften van cliënten in de langdurige zorg worden herkend en hoe kunnen deze het beste worden geduid?
- Op welke wijze kunnen zorgverleners passend faciliteren in seksuele en intieme behoeften van cliënten in de langdurige zorg?
- Hoe kan een professionele houding van zorgverleners ten aanzien van seksualiteit en intimiteit van cliënten in de langdurige zorg worden bevorderd?

De werkgroep heeft, samen met de procesbegeleiding en een literatuuronderzoeker, een literatuurprotocol opgesteld met daarin weergegeven de zoekvragen, PDO (Population, Determinant, Outcome), zoekstrategie en selectiecriteria. Een uitgebreide beschrijving van de strategie voor het zoeken en selecteren van de literatuur is te vinden in de bijlagen met verantwoordingen. De paragraaf Onderbouwing per hoofdstuk in de richtlijn beschrijft een korte samenvatting van de methode en resultaten uit het literatuuronderzoek.

Overwegingen (van bewijs naar aanbeveling)

Voor het formuleren van een aanbeveling zijn naast de resultaten en kwaliteit van bewijs van het wetenschappelijk onderzoek, vaak ook nog andere factoren van belang⁵⁸. De werkgroep bediscussieerde de kennis uit de literatuur, en plaatste daarbij haar overwegingen. Dit werd in twee stappen uitgevoerd: 1) de werkgroepleden werden via een online vragenlijst uitgenodigd om hun overwegingen te plaatsen bij het literatuuronderzoek, en hun expertise bij een uitgangsvraag te delen; 2) de resultaten uit deze vragenlijst werden bediscussieerd tijdens werkgroepbijeenkomsten, waarna overwegingen en aanbevelingen werden opgesteld.

In de overwegingen kunnen de volgende aspecten meegenomen zijn: gezondheidswinst, waarden, voorkeuren en ervaringen van cliënten en zorgverleners met betrekking tot interventies en uitkomsten van zorg, balans van gewenste en ongewenste effecten van interventies ten opzichte van geen of andere interventies, aanvaardbaarheid van interventies, ethische overwegingen, kosten(implicaties), veiligheid, duurzaamheid, en haalbaarheid van een aanbeveling.

Formuleren van de aanbevelingen

De aanbevelingen geven een antwoord op de uitgangsvragen en zijn gebaseerd op het beste beschikbare wetenschappelijke bewijs en de belangrijkste overwegingen. De kracht van het wetenschappelijk bewijs en het gewicht dat door de werkgroep is toegekend aan de overwegingen bepalen samen de sterkte van de aanbeveling.

De sterkte van een aanbeveling verwijst naar de mate van zekerheid dat de voordelen van de interventie opwegen tegen de nadelen (of vice versa), gezien over het hele spectrum van cliënten waarvoor de aanbeveling is bedoeld. De sterkte van een aanbeveling heeft duidelijke implicaties voor cliënten, behandelaars en beleidsmakers (zie Tabel 7.1).

Tabel 7.1 Implicaties van sterke en zwakke aanbevelingen voor verschillende richtlijngebruikers

Sterke aanbeveling	Zwakke (conditionele) aanbeveling
--------------------	-----------------------------------

Voor cliënten	De meeste cliënten zouden de aanbevolen interventie of aanpak kiezen en slechts een klein aantal niet.	Een aanzienlijk deel van de cliënten zouden de aanbevolen interventie of aanpak kiezen, maar veel cliënten ook niet.
Voor behandelaars	De meeste cliënten zouden de aanbevolen interventie of aanpak moeten ontvangen.	Er zijn meerdere geschikte interventies of aanpakken. De cliënt moet worden ondersteund bij de keuze voor de interventie of aanpak die het beste aansluit bij zijn of haar waarden en voorkeuren.
Voor beleidsmakers	De aanbevolen interventie of aanpak kan worden gezien als standaardbeleid.	Beleidsbepaling vereist uitvoerige discussie met betrokkenheid van veel stakeholders. Er is een grotere kans op lokale beleidsverschillen.

Randvoorwaarden (organisatie van zorg) (indien van toepassing)

In de knelpunteninventarisatie en bij de ontwikkeling van de richtlijn is expliciet rekening gehouden met de organisatie van zorg: alle aspecten die randvoorwaardelijk zijn voor het verlenen van zorg (zoals coördinatie, communicatie, (financiële) middelen, menskracht en infrastructuur). Randvoorwaarden die relevant zijn worden beschreven in hoofdstuk Organisatie van zorg van deze richtlijn.

Opstellen van het implementatieplan

De werkgroep heeft een implementatieplan opgesteld waarin een advies voor beroepsverenigingen en instellingen wordt gegeven voor de implementatie. Deze staat beschreven in de bijlage [Implementatieplan](#).

Formuleren van kennislacunes

Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is systematisch gezocht naar onderzoek waarvan de resultaten bijdragen aan een antwoord op de uitgangsvragen. Bij elke uitgangsvraag is door de werkgroep nagegaan of er (aanvullend) wetenschappelijk onderzoek gewenst is. Een overzicht van aanbevelingen voor nader/vervolgonderzoek staat in de bijlage [Kennislacunes](#).

Commentaar- en autorisatiefase

De conceptringhtlijn is aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen en andere relevante partijen voorgelegd voor commentaar. In de periode van december 2025 tot februari 2026 konden de partijen de richtlijn becommentariëren via het platform Richtlijnen Langdurige Zorg. De commentaren zijn verzameld en besproken met de werkgroep. Naar aanleiding van de commentaren is de conceptringhtlijn aangepast en definitief vastgesteld door de werkgroep. De definitieve richtlijn wordt aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen voorgelegd voor autorisatie en door hen worden geautoriseerd.

De volgende partijen hebben commentaar geleverd op de richtlijn Seksualiteit en intimiteit in de langdurige zorg:

Partijen

ActiZ	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)	Patiëntenfederatie Nederland
Alzheimer Nederland	MantelzorgNL	Vaktherapie Nederland
Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW)	Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)	Vereniging voor Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso)
Ergotherapie Nederland	Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
KansPlus	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)	Vereniging van Geestelijk Verzorgers (VGvZ)

Publicatie

Nadat de richtlijn is geautoriseerd door de betrokken verenigingen, is de richtlijn gepubliceerd op het platform Richtlijnen Langdurige Zorg.

8. Organisatie van zorg

Autorisatiedatum 30-06-2026 Beoordelingsdatum 30-06-2026

8.1 Organisatie van zorg

Om cliënten in de langdurige zorg goed te kunnen ondersteunen bij hun wensen en behoeften rond seksualiteit en intimiteit, is het van belang dat de organisatie van zorg goed is ingericht. Uit de [knelpunteninventarisatie](#) bleek dat er vaak onduidelijkheid is over verantwoordelijkheden en doorverwijsmogelijkheden. Daarnaast wordt aangegeven dat vragenlijsten en zorgplannen onvoldoende of niet effectief gebruikt worden, is er onvoldoende tijd voor gesprekken of het inzetten van hulpmiddelen, en krijgt seksualiteit in opleidingen nog te weinig aandacht. Zorgverleners ervaren bovendien dat beleid over en prioriteit voor seksualiteit en intimiteit vaak ontbreekt, dat gespecialiseerde aandachtsfunctionarissen niet altijd bekend zijn, en dat normen en regels per instelling sterk uiteenlopen. Dit hoofdstuk biedt zorgorganisaties handvatten voor het optimaal bijdragen aan het omgaan met seksualiteit en intimiteit bij cliënten in de langdurige zorg.

Uitgangsvraag

Hoe kan de organisatie van zorg optimaal bijdragen aan het achterhalen van en faciliteren in seksuele en intieme behoeften van cliënten in de langdurige zorg?

Aanbevelingen

Ontwikkel en borg (nieuw) organisatiebreed beleid waarin seksualiteit en intimiteit als integraal onderdeel van de zorg worden gezien. Zorg voor een inclusieve, veilige en open organisatiecultuur waarin diversiteit wordt erkend en seksualiteit en intimiteit zonder taboe bespreekbaar zijn. Leg dit beleid structureel vast in werkprocessen, protocollen en zorg- of behandelplannen.

Maak gebruik van een checklist om beleid te controleren en, zo nodig, te verbeteren.

Stel een expertiseteam of aandachtsfunctionaris seksualiteit en intimiteit aan binnen de organisatie.

Zorg voor voldoende (bij)scholing en training van zorgverleners om de houding en gespreksvaardigheden van zorgverleners rondom seksualiteit en intimiteit te verbeteren. Zie het hoofdstuk [Bevorderen van de professionele houding van zorgverleners](#) voor meer specifieke aanbevelingen.

Zie seksualiteit en intimiteit als gezamenlijke verantwoordelijkheid binnen de zorgorganisatie waarin iedereen eigen expertise heeft. Maak afspraken over naar wie en wanneer je kunt doorverwijzen.

Onderbouwing

Voor deze uitgangsvraag is geen systematische literatuuranalyse uitgevoerd omdat de aard van deze vraag zich niet leent voor een beantwoording door middel van een systematische review van wetenschappelijk onderzoek. De werkgroep is op basis van expert opinion tot aanbevelingen gekomen.

Overwegingen

Er zijn verschillende aspecten die een rol spelen vanuit de organisatie van zorg bij het signaleren en omgaan met seksualiteit en intimiteit in de langdurige zorg. Hieronder worden deze beschreven.

Beleid van organisaties

Organisaties hebben visie en beleid nodig over seksualiteit en intimiteit, waarbij gezonde seksualiteit en intimiteit als integraal onderdeel van zorg worden benaderd. Daarnaast is het belangrijk dat organisaties actief een open, veilige en ondersteunende sfeer bevorderen, waarin cliënten en zorgverleners zonder terughoudendheid over seksualiteit en intimiteit kunnen spreken. Dit kan worden versterkt door een zichtbaar inclusieve communicatie en omgeving, zoals het tonen van LHBTIQA+-symbolen, het gebruik van inclusieve taal en het aanbieden van toegankelijke informatie voor diverse doelgroepen. Zo kan binnen de organisatie een cultuur worden bevorderd waarin het biopsychosociale model het uitgangspunt is en waarin positieve en gezonde seksualiteit en intimiteit kunnen floreren⁵². Beleid moet tot stand komen met betrokkenheid van cliëntenraden om draagvlak te vergroten.

Het beleid moet structureel worden geborgd in werkprocessen en protocollen, bijvoorbeeld door het standaard opnemen van het thema in het zorg- of behandelplan of bij de intake. Daarnaast moet het thema seksualiteit en intimiteit structureel terugkomen in teamoverleggen, MDO's en kwaliteitscycli. Zo zijn bespreekbaarheid en borging niet afhankelijk van individuele zorgverleners maar onderdeel van de reguliere organisatieprocessen. Ook is het van belang dat zorgverleners goed op de hoogte zijn van (de highlights van) het beleid van de organisatie, zodat zij weten welke verantwoordelijkheden, verwachtingen en mogelijkheden daarbij horen.

Belangrijk is dat dit beleid niet alleen op papier bestaat, maar ook zichtbaar is in het dagelijks handelen van zorgverleners en zo bijdraagt aan de kwaliteit van leven van cliënten. Concrete acties omvatten het toestaan van overnachtingen en het tonen van LHBTIQA+-symbolen (denk aan regenboogvlaggen of de

[Roze Loper](#)). Daarbij is het van belang dat zorgverleners op de hoogte zijn van de bestaande mogelijkheden binnen en buiten de organisatie. In Kader 9.1 wordt aandacht gevraagd voor een praktijkvoorbeeld van beleid dat ook is geïntegreerd in het EPD, maar waarvan de toepassing in de praktijk nog niet optimaal is.

Kader 9.1 Seksualiteit: niet van toepassing

Seksualiteit: 'niet van toepassing'

Als organisatie heb je in het zorgplan standaard een kopje seksualiteit staan, zodat dit jaarlijks wordt besproken. Na enige tijd blijkt echter dat de meeste medewerkers onder dit kopje invullen: 'niet van toepassing'. Hier is dus keurig het onderwerp toegevoegd aan het proces, maar wordt er inhoudelijk alsnog niets mee gedaan. Zorg als organisatie ook voor de borging van het gemaakte beleid, bijvoorbeeld door dit onderwerp op te nemen in een PDCA-cyclus en een aandachtsfunctionaris en/of werkgroep aan te stellen.

Checklists

Er zijn verschillende checklist beschikbaar waarmee zorginstellingen en zorgverleners kunnen vaststellen in hoeverre hun organisatie alle bewoners ondersteunt bij het uiten van hun seksualiteit en waar zij, indien nodig, verbeteringen kunnen aanbrengen. Zo ook de [SexAT](#) (Sexuality Assessment Tool), een beoordelingsinstrument voor de seksuele expressie van bewoners in woonzorgcentra⁶⁹. Dit instrument maakt onderscheid tussen beleid van organisaties, het vaststellen van de behoeften van een cliënt, opleiding en training van zorgverleners, informatie en ondersteuning voor cliënten, informatie en ondersteuning voor families, de fysieke omgeving en het omgaan met veiligheid en risico's. Ook Rutgers heeft een [Beleidsscan Seksualiteit en intimiteit](#) ontwikkeld. Deze scan geeft inzicht in welke vervolgstappen nodig zijn om beleid (opnieuw) vorm te geven en seksualiteit en intimiteit een structurele plek te geven binnen een organisatie. Voor individuele zorgverleners is er de [checklist bij de wegwijzer 'Praten over seks'](#) beschikbaar, die ingaat op houding, kennis, vaardigheden en factoren die bij de organisatie liggen. Het gebruik van deze instrumenten helpt organisaties niet alleen bij het aanscherpen van beleid, maar ook bij het monitoren van de organisatiecultuur en het structureel inbedden van seksualiteit en intimiteit in de zorgpraktijk.

Expertiseteam of aandachtsfunctionaris seksualiteit en intimiteit

Binnen organisaties moet een expertiseteam of aandachtsfunctionaris (of: aandachtsvelder) worden ingesteld die zich specifiek met casuïstiek rondom seksualiteit en intimiteit bij cliënten in de langdurige zorg bezighoudt en dit nadrukkelijk op de agenda zet binnen een zorgorganisatie. Het is daarbij belangrijk dat alle zorgverleners weten wie binnen de organisatie deze rol vervult en hoe zij hen kunnen bereiken voor ondersteuning of consultatie. Dit expertiseteam of deze aandachtsfunctionaris kan andere zorgverleners ondersteunen bij het omgaan met seksualiteit en intimiteit en zou hiervoor voldoende middelen moeten onderzoeken en regelen. Ook kunnen zij, zo nodig en als zij hiervoor zijn opgeleid, het gesprek met cliënten aangaan en therapie geven. Als er binnen de organisatie seksuologen, consultants seksuele gezondheid of zorgverleners met een aantekening seksuologie zijn, zijn dit aangewezen personen om in het expertiseteam of als aandachtsfunctionaris te fungeren. Ook kan er buiten de organisatie een expert worden gezocht die advies kan geven. Het is aan de zorgorganisatie zelf om te bepalen welke vorm (expertiseteam of aandachtsfunctionaris) het beste past bij de structuur, cultuur en omvang van de organisatie.

Training en scholing voor zorgverleners

Scholing en training van zorgverleners over seksualiteit en intimiteit zijn belangrijk om kennis en handelingsbekwaamheid te vergroten. Daarbij verdienen gespreksvoering en een open, professionele houding specifieke aandacht. Hoewel opleidingen en bijscholingen van diverse beroepsverenigingen steeds meer aandacht besteden aan seksualiteit en intimiteit, is deze aandacht nog onvoldoende structureel en consistent om zorgverleners hier in de praktijk voldoende op toe te rusten.

Naast uitgebreide opleidingen kunnen organisaties zelf laagdrempelige scholingsvormen aanbieden, zoals e-learning, scholingsmappen, instructievideo's, casusbesprekingen of klinische lessen door en voor (de eigen) zorgmedewerkers. Voorbeelden hiervan zijn weergegeven in het hoofdstuk [Bevorderen van de professionele houding van zorgverleners](#). Door dergelijke scholing structureel in te bedden, wordt het voor zorgverleners eenvoudiger om seksualiteit en intimiteit bespreekbaar te maken en passende ondersteuning te bieden. Organisaties moeten hiervoor tijd en middelen beschikbaar stellen, zodat scholing en deskundigheidsbevordering daadwerkelijk kunnen worden gevolgd en toegepast.

Samenwerking en rolverdeling tussen zorgverleners

Seksualiteit en intimiteit zijn een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de zorgverlening, eventueel in samenwerking met naasten en andere betrokkenen. Een gedeelde verantwoordelijkheid helpt bij het tijdig identificeren en faciliteren van behoeften voor cliënten en biedt ruimte voor het delen van ervaringen en het bespreken van dilemma's van zorgverleners onderling. Iedere zorgverlener heeft hierin een eigen taak vanuit de eigen professionele rol. Deze richtlijn biedt overkoepelende multidisciplinaire aanbevelingen. Hoewel in de bijlage [Overzicht van zorgdisciplines](#) een poging is gedaan per zorgdiscipline specifieke rollen en aandachtsgebieden te beschrijven, zou het voor een optimale toepassing en samenwerking in de praktijk wenselijk zijn dat de aanbevelingen door beroepsverenigingen en zorgorganisaties verder worden vertaald naar discipline-specifieke handvatten, passend bij de taken, verantwoordelijkheden en deskundigheid van de desbetreffende zorgverleners.

Het is belangrijk dat iedereen binnen het zorgteam op de hoogte is van diens eigen rol en van de rollen van andere zorgdisciplines bij seksualiteit en intimiteit, hoe overdracht wordt vormgegeven en wanneer doorverwijzing naar een deskundige collega nodig is. Daarom is het wenselijk dat seksualiteit en intimiteit regelmatig op de agenda staan tijdens vaste overlegmomenten, zodat casuïstiek, ervaringen en dilemma's tijdig gedeeld en afgestemd kunnen worden. Het is daarbij van belang dat in elk team zorgverleners aanwezig zijn die aantoonbare affiniteit en enthousiasme hebben voor dit onderwerp, zodat het veilig, deskundig en duurzaam kan worden opgepakt. Zorgverleners moeten zich vrij voelen om bij eigen negatieve ervaringen, onzekerheid of handelingsverlegenheid ondersteuning te vragen of een cliënt over te dragen aan iemand met passende expertise. Seksualiteit en intimiteit moeten een herkenbaar onderdeel worden van functiebeschrijvingen, beroepsprofielen en wervings- en aannamebeleid.

Verantwoording

Publicatiedatum hoofdstuk: 30 juni 2026

Beoordeeld op geldigheid: 30 juni 2026

Samenstelling van werkgroep, cliëntengroep en klankbordgroep

Voor het ontwikkelen van het hoofdstuk is in mei 2024 een multidisciplinaire werkgroep ingesteld, bestaande uit de volgende personen:

- Voor het ontwikkelen van de richtlijn is in mei 2024 een multidisciplinaire werkgroep ingesteld, bestaande uit de volgende personen:
- **Dr. A.M. (Alma) Brand**, postdoctoraal onderzoeker, Open Universiteit, psycholoog, bekkenfysiotherapeut en consulent seksuele gezondheid NVVS (i.o.), namens Nederlandse Vereniging voor Bekkenfysiotherapie (KNGF/NVFB) en Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie (NVVS).
- **Drs. I.C. (Inez) Blitz**, geestelijk verzorger en consulent seksuele gezondheid NVVS, Attent zorg en behandeling, namens Vereniging van Geestelijk Verzorger (VGZ), tot november 2025.
- **I.H. (Iris) van den Bosch**, physician assistant en seksuoloog NVVS, Alliade, namens Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA).
- **Drs. H.J.M. (Riët) Daniël** (voorzitter), GZ-psycholoog en seksuoloog, Archipel Zorggroep, namens Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
- **M. (Mirjam) Everaarts**, maatschappelijk werker, Goudenhart, namens Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW).
- **Drs. A. (Ariëlle) van Heeren**, orthopedagoog-generalist, Fivoor, namens Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO).
- **A. (Astrid) Jonker**, begeleider, Alliade, namens Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW).
- **Drs. M.M. (Marcelle) Mulder**, humanistisch geestelijk verzorger, Patyna (gepensioneerd), namens Vereniging van Geestelijk Verzorger (VGZ), vanaf december 2025.
- **Drs. M.C. (Margot) van Remmerden** (vicevoorzitter), arts verstandelijk gehandicapten, Novicare, namens Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG).
- **Dr. T.S.M. (Tineke) Roelofs**, GZ-psycholoog i.o. Klinisch Neuropsycholoog, Archipel Zorggroep, namens Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
- **A.D. (Ashley) de Sterke**, verpleegkundig specialist en consulent seksuele gezondheid NVVS, Aafje, namens Beroepsvereniging Verzorgenden Verpleegkundigen (V&VN).
- **M.A. (Marian) Suurmond**, regiebegeleider gehandicaptenzorg, Prinsenstichting, namens Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW).
- **M.M. (Maartje) de Nijs**, ergotherapeut, Evean, namens Ergotherapie Nederland.

Voor het ontwikkelen van het kwaliteitsinstrument is in mei 2024 een multidisciplinaire klankbordgroep ingesteld, bestaande uit de volgende personen:

- **Drs. E. (Evelien) Dijkema**, specialist ouderengeneeskunde, Coloriet, namens vereniging specialisten ouderengeneeskunde (Verenso).
- **Drs. Y. (Ymke) Kelders**, programmamanager seksualiteit en zorg, Rutgers, namens Expertisecentrum Seksualiteit Rutgers.
- **M.L. (Manon) Linschoten**, projectleider Roze50+ en ZonderStempel, namens COC Nederland.
- **E. (Eveline) Schildmeijer**, psychomotore therapeut, Adagio, namens Vaktherapie Nederland.

Voor het ontwikkelen van het kwaliteitsinstrument is in mei 2024 een cliëntenadviesraad ingesteld, bestaande uit de volgende personen:

- **Drs. E.A. (Evert) Brongers**, namens KansPlus, tot juli 2025.
- **Drs. W.N. (Wieke) Hengeveld**, namens MantelzorgNL.
- **J. (Josephine) Lambregts**, namens Alzheimer Nederland, vanaf juli 2025.
- **M. (Mariska) Schutte**, namens KansPlus, vanaf juli 2025.
- **G. (Gwen) Teesing**, namens Alzheimer Nederland, tot juli 2025.
- **J.A. (Jenny) Wild**, namens Zorgbelang Brabant | Zeeland.

Met ondersteuning van:

- **Dr. D.W. (Danique) Bos-van den Hoek**, procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ.
- **Dr. B.C.F.M. (Bernadette) van Glansbeek-Schutijser**, procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ, Utrecht.
- **Dr. A.L. (Alisa) Dutmer**, procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ.
- **Dr. T.I. (Tanja) Mol**, procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ.
- **J.R. (Julia) Morber**, procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ.
- **Dr. C. (Charifa) Zemouri**, literatuuronderzoeker, Zemouri et al.,
- **Dr. E. (Eveline) Mestdagh, MS, BM, RM**, zelfstandig wetenschappelijk adviseur en richtlijnontwikkelaar, COME-ON!

Belangenverklaringen

Alle werkgroepleden hebben bij aanvang en bij afronding van de richtlijn de belangenverklaring behorend bij de 'KNAW-Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling' ondertekend, zie de bijlage [Samenvattingstabel belangenverklaringen](#). Hiermee geven zij aan onafhankelijk gehandeld te hebben bij het opstellen van de richtlijn. Alle werkgroepleden hebben schriftelijk verklaard of ze in de laatste drie jaar directe financiële belangen of indirecte belangen hebben gehad. Uit de belangenverklaringen bleken geen belemmeringen voor deelname in de richtlijnwerkgroep. De ondertekende belangenverklaringen zijn op te vragen via bureau@skilz.nu.

Autoriserende partijen

De volgende partijen hebben het hoofdstuk Organisatie van zorg geautoriseerd:

- Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW)
- Ergotherapie Nederland
- Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA)
- Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)
- Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO)
- Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie (NVVS)
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Vaktherapie Nederland
- Vereniging van Geestelijk Verzorgers (VGZ)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

De volgende partijen hebben een verklaring geen bezwaar afgegeven voor het hoofdstuk Organisatie van zorg:

- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en Nederlandse Vereniging voor Bekkenfysiotherapie (NVFB)
- Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso)
- Alzheimer Nederland
- MantelzorgNL

Financiële gevolgen

Bij de richtlijn is conform de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) een kwalitatieve raming uitgevoerd of de aanbevelingen mogelijk leiden tot substantiële financiële gevolgen. Bij het uitvoeren van deze beoordeling zijn richtlijnmodules op verschillende domeinen getoetst.

Uit de kwalitatieve raming blijkt dat er waarschijnlijk geen substantiële financiële gevolgen zijn voor dit hoofdstuk. Toelichting: Hoewel uit de toetsing volgt dat de aanbeveling(en) breed toepasbaar zijn (meer dan 40.000 cliënten), en het grotere geheel nog niet aan de norm voldoet, volgt ook uit de toetsing dat het geen toename in voltijdsequivalenten dan wel kwalificaties verwacht. Ook wordt er geen nieuwe manier van zorgverlening of andere organisatie van zorgverlening vereist maar enkel een andere benadering naar de cliënt toe. Er worden daarom geen substantiële financiële gevolgen verwacht.

Procesinformatie ontwikkeling van het hoofdstuk

Dit hoofdstuk is opgesteld conform de richtlijnmethode van SKILZ (zie www.skilz.nu voor de meest recente richtlijnmethode). Dit document beschrijft een stappenplan dat gebaseerd is op de

kwaliteitscriteria uit de volgende documenten: de AQUA-Leidraad (2021) ⁵⁵, de HARING-tools (2013) ⁵⁶ en AGREE-II (2010) ⁵⁷.

Inbreng van cliëntenperspectief

Actieve betrokkenheid van cliënten(vertegenwoordigers) is belangrijk voor het bewaken van de wensen van cliënten en naasten bij het opstellen van de inhoud van een richtlijn. Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is het cliëntenperspectief in alle fasen meegenomen. Er was een cliëntenadviesraad met vertegenwoordigers uit de volgende organisaties: KansPlus, MantelzorgNL, Alzheimer Nederland, Zorgbelang Brabant | Zeeland. De cliëntenadviesraad is tweemaal geraadpleegd om input op te halen op een eerste raamwerk en op de gehele conceptrichtlijn. Daarbij zijn in de zomer van 2025 ook interviews opgenomen met veertien cliënten uit het netwerk van de werkgroep, waarvan het verslag [Cliënteninterviews](#) werd geschreven. Dit gaf meer achtergrondinformatie over hoe cliënten zelf seksualiteit en intimiteit ervaren en hoe zij graag willen dat zorgverleners ermee omgaan. De input van de cliëntenadviesraad en de interviews is verwerkt in de overwegingen van de hoofdstukken.

Klankbordgroep

De klankbordgroep werd op twee momenten gedurende het richtlijnproces betrokken waarbij zij feedback gaven op de (concept)documenten:

1. Voor de start van het literatuuronderzoek op de (concept)uitgangsvragen.
2. Voor de commentaarfase op de conceptversie van de richtlijn.

Het ontvangen commentaar werd bekeken en besproken met de werkgroep en meegenomen in het schrijven van de definitieve teksten.

Knelpunteninventarisatie

Voorafgaand aan de knelpunteninventarisatie zijn bestaande relevante (onderdelen van) kwaliteitsinstrumenten, lopende initiatieven en onderzoeken rondom het thema geïnventariseerd. Vervolgens werd de knelpunteninventarisatie uitgevoerd door middel van het uitzetten van een vragenlijst. Voor de knelpunteninventarisatie werden leden van relevante beroepsverenigingen, cliëntenverenigingen en andere relevante zorgorganisaties uitgenodigd. De voorzitter(s), de werkgroepleden en de procesbegeleiding hebben de knelpunten besproken, geanalyseerd en geprioriteerd. Een verslag van de knelpunteninventarisatie is terug te vinden in het verslag [Knelpunteninventarisatie](#).

Opstellen uitgangsvragen en uitkomstmaten

Op basis van de uitkomsten van de knelpuntenanalyse zijn door de werkgroep uitgangsvragen opgesteld. De concept uitgangsvragen zijn tijdens de tweede werkgroepbijeenkomst op 7 november 2024 met de werkgroep besproken en vervolgens aan de klankbordgroep voorgelegd via een online vragenlijst. Zij hebben hun inbreng gegeven op de inhoud, formulering en methode voor de beantwoording van de uitgangsvragen. In november 2024 werden de uitgangsvragen vervolgens vastgesteld.

Methode literatuuronderzoek

In deze richtlijn werden vier uitgangsvragen beantwoord met behulp van systematisch literatuuronderzoek:

- Welke methoden zijn het meest geschikt om seksuele en intieme behoeften van cliënten in de langdurige zorg te achterhalen of in kaart te brengen?
- Aan welke signalen kunnen seksuele en intieme behoeften van cliënten in de langdurige zorg worden herkend en hoe kunnen deze het beste worden geduid?
- Op welke wijze kunnen zorgverleners passend faciliteren in seksuele en intieme behoeften van cliënten in de langdurige zorg?
- Hoe kan een professionele houding van zorgverleners ten aanzien van seksualiteit en intimiteit van cliënten in de langdurige zorg worden bevorderd?

De werkgroep heeft, samen met de procesbegeleiding en een literatuuronderzoeker, een literatuurprotocol opgesteld met daarin weergegeven de zoekvragen, PDO (Population, Determinant, Outcome), zoekstrategie en selectiecriteria. Een uitgebreide beschrijving van de strategie voor het zoeken en selecteren van de literatuur is te vinden in de bijlagen met verantwoordingen. De paragraaf Onderbouwing per hoofdstuk in de richtlijn beschrijft een korte samenvatting van de methode en resultaten uit het literatuuronderzoek.

Overwegingen (van bewijs naar aanbeveling)

Voor het formuleren van een aanbeveling zijn naast de resultaten en kwaliteit van bewijs van het wetenschappelijk onderzoek, vaak ook nog andere factoren van belang⁵⁸. De werkgroep bediscussieerde de kennis uit de literatuur, en plaatste daarbij haar overwegingen. Dit werd in twee stappen uitgevoerd: 1) de werkgroepleden werden via een online vragenlijst uitgenodigd om hun overwegingen te plaatsen bij het literatuuronderzoek, en hun expertise bij een uitgangsvraag te delen; 2) de resultaten uit deze vragenlijst werden bediscussieerd tijdens werkgroepbijeenkomsten, waarna overwegingen en aanbevelingen werden opgesteld.

In de overwegingen kunnen de volgende aspecten meegenomen zijn: gezondheidswinst, waarden, voorkeuren en ervaringen van cliënten en zorgverleners met betrekking tot interventies en uitkomsten van zorg, balans van gewenste en ongewenste effecten van interventies ten opzichte van geen of andere interventies, aanvaardbaarheid van interventies, ethische overwegingen, kosten(implicaties), veiligheid, duurzaamheid, en haalbaarheid van een aanbeveling.

Formuleren van de aanbevelingen

De aanbevelingen geven een antwoord op de uitgangsvragen en zijn gebaseerd op het beste beschikbare wetenschappelijke bewijs en de belangrijkste overwegingen. De kracht van het wetenschappelijk bewijs en het gewicht dat door de werkgroep is toegekend aan de overwegingen bepalen samen de sterkte van de aanbeveling.

De sterkte van een aanbeveling verwijst naar de mate van zekerheid dat de voordelen van de interventie opwegen tegen de nadelen (of vice versa), gezien over het hele spectrum van cliënten waarvoor de aanbeveling is bedoeld. De sterkte van een aanbeveling heeft duidelijke implicaties voor cliënten, behandelaars en beleidsmakers (zie Tabel 9.1).

Tabel 9.1 Implicaties van sterke en zwakke aanbevelingen voor verschillende richtlijngebruikers

Sterke aanbeveling	Zwakke (conditionele) aanbeveling
--------------------	-----------------------------------

Voor cliënten	De meeste cliënten zouden de aanbevolen interventie of aanpak kiezen en slechts een klein aantal niet.	Een aanzienlijk deel van de cliënten zouden de aanbevolen interventie of aanpak kiezen, maar veel cliënten ook niet.
Voor behandelaars	De meeste cliënten zouden de aanbevolen interventie of aanpak moeten ontvangen.	Er zijn meerdere geschikte interventies of aanpakken. De cliënt moet worden ondersteund bij de keuze voor de interventie of aanpak die het beste aansluit bij zijn of haar waarden en voorkeuren.
Voor beleidsmakers	De aanbevolen interventie of aanpak kan worden gezien als standaardbeleid.	Beleidsbepaling vereist uitvoerige discussie met betrokkenheid van veel stakeholders. Er is een grotere kans op lokale beleidsverschillen.

Randvoorwaarden (organisatie van zorg) (indien van toepassing)

In de knelpunteninventarisatie en bij de ontwikkeling van de richtlijn is expliciet rekening gehouden met de organisatie van zorg: alle aspecten die randvoorwaardelijk zijn voor het verlenen van zorg (zoals coördinatie, communicatie, (financiële) middelen, menskracht en infrastructuur). Randvoorwaarden die relevant zijn worden beschreven in hoofdstuk Organisatie van zorg van deze richtlijn.

Opstellen van het implementatieplan

De werkgroep heeft een implementatieplan opgesteld waarin een advies voor beroepsverenigingen en instellingen wordt gegeven voor de implementatie. Deze staat beschreven in de bijlage [Implementatieplan](#).

Formuleren van kennislacunes

Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is systematisch gezocht naar onderzoek waarvan de resultaten bijdragen aan een antwoord op de uitgangsvragen. Bij elke uitgangsvraag is door de werkgroep nagegaan of er (aanvullend) wetenschappelijk onderzoek gewenst is. Een overzicht van aanbevelingen voor nader/vervolgonderzoek staat in de bijlage [Kennislacunes](#).

Commentaar- en autorisatiefase

De conceptrichtlijn is aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen en andere relevante partijen voorgelegd voor commentaar. In de periode van december 2025 tot februari 2026 konden de partijen de richtlijn becommentariëren via het platform Richtlijnen Langdurige Zorg. De commentaren zijn verzameld en besproken met de werkgroep. Naar aanleiding van de commentaren is de conceptrichtlijn aangepast en definitief vastgesteld door de werkgroep. De definitieve richtlijn wordt aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen voorgelegd voor autorisatie en door hen worden geautoriseerd.

De volgende partijen hebben commentaar geleverd op de richtlijn Seksualiteit en intimiteit in de langdurige zorg:

Partijen

ActiZ	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)	Patiëntenfederatie Nederland
Alzheimer Nederland	MantelzorgNL	Vaktherapie Nederland
Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW)	Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)	Vereniging voor Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso)
Ergotherapie Nederland	Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
KansPlus	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)	Vereniging van Geestelijk Verzorgers (VGvZ)

Publicatie

Nadat de richtlijn is geautoriseerd door de betrokken verenigingen, is de richtlijn gepubliceerd op het platform Richtlijnen Langdurige Zorg.

9. Referentielijst

1. World Health Organization. (2019). Sexual health. Geraadpleegd op: <https://www.who.int/health-topics/sexual-health>
2. De Wit, W., van Oorsouw, W. M. W. J., & Embregts, P. J. C. M. (2022). Attitudes towards sexuality and related caregiver support of people with intellectual disabilities: A systematic review on the perspectives of people with intellectual disabilities. *Journal of applied research in intellectual disabilities: JARID*, 35(1), 75–87. <https://doi.org/10.1111/jar.12928>
3. Srinivasan, S., Glover, J., Tampi, R. R., et al. (2019). Sexuality and the older adult. *Current Psychiatry Reports*, 21, 97. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1090-4>
4. Gil-Llario, M. D., Morell-Mengual, V., Ballester-Arnal, R., & Díaz-Rodríguez, I. (2017). The experience of sexuality in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 62(1), 72–80. <https://doi.org/10.1111/jir.12455>
5. Centraal Bureau voor de Statistiek. (2023). Toename seksuele activiteit onder 75-plussers. Geraadpleegd op: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2023/11/toename-seksuele-activiteit-onder-75-plussers>
6. Grigorovich, A., Kontos, P., Heesters, A., Martin, L. S., Gray, J., & Tamblyn Watts, L. (2021). Dementia and sexuality in long-term care: Incompatible bedfellows? *Dementia*, 21(4), 1077–1097. <https://doi.org/10.1177/14713012211056253>
7. Pérez-Curiel, P., Vicente, E., Morán, M. L., & Gómez, L. E. (2023). The right to sexuality, reproductive health, and found a family for people with intellectual disability: A systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 20(2), 1587. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021587>
8. Mroczek, B., Kurpas, D., Gronowska, M., Kotwas, A., & Karakiewicz, B. (2013). Psychosexual needs and sexual behaviors of nursing care home residents. *Archives of gerontology and geriatrics*, 57(1), 32–38. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2013.02.003>
9. Villar, F., Serrat, R., Celdrán, M., Fabà, J., Martínez, T., & Twisk, J. (2019). 'I do it my way': long-term care staff's perceptions of residents' sexual needs and suggestions for improvement in their management. *European journal of ageing*, 17(2), 197–205. <https://doi.org/10.1007/s10433-019-00546-6>
10. Grigorovich, A., & Kontos, P. (2018). Advancing an ethic of embodied relational sexuality to guide decisionmaking in dementia care. *The gerontologist*, 58(2), 219–225. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw137>
11. Rutgers. (2022). Bespreekbaar maken van seksualiteit in de zorg. Geraadpleegd op: <https://rutgers.nl/wp-content/uploads/2023/04/Bespreekbaar-maken-seksualiteitonderzoek-Rutgers.pdf>
12. Medina-Rico, M., López-Ramos, H., & Quiñonez, A. (2017). Sexuality in people with intellectual disability: Review of literature. *Sexuality and disability*, 36(3), 231–248. <https://doi.org/10.1007/s11195-017-9508-6>
13. Ho, P. J., & Goh, Y. S. (2021). Health care professionals and care staff challenges and experiences of managing sexual expression among older adults ≥60 years in long-term care facilities: A qualitative review and meta-synthesis. *Age and ageing*, 51(1). <https://doi.org/10.1093/ageing/afab230>
14. World Health Organization & Human Reproduction Programme. (2024). Defining sexual health. Geraadpleegd op: <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key->

areas-ofwork/sexual-health/defining-sexual-health

15. World Health Organization. (2006). Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002, Geneva. Geraadpleegd op: https://www.worldsexualhealth.net/_files/ugd/793f03_a543369ae2df46828e2bd1621596f4d7.pdf
16. Parker, R. (2008). Sexuality, culture and society: Shifting paradigms in sexuality research. *Culture health & sexuality*, 11(3), 251–266. <https://doi.org/10.1080/13691050701606941>
17. Huber, M., van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P. C., & Knottnerus, J. A. (2016). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: A mixed methods study. *BMJ open*, 6(1), e010091. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010091>
18. Brown, M., & McCann, E. (2018). Sexuality issues and the voices of adults with intellectual disabilities: A systematic review of the literature. *Research in Developmental Disabilities*, 74, 124–138. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2018.01.009>
19. Rezasoltani, P., Merghati-Khoei, E., Pirak, A., & Yazdkhasti, M. (2016). Sexuality and elderly with chronic diseases: A review of the existing literature. *Journal Of Research in Medical Sciences*, 21(1), 136. <https://doi.org/10.4103/1735-1995.196618>
20. De Graaf, H., & Maris, S. (2014). De seksuele ontwikkeling van kinderen met een beperking of psychiatrisch probleem. Rutgers WPF. Geraadpleegd op: https://seksuelevorming.nl/wp-content/uploads/2021/07/Seksuele-ontwikkeling_beperking.pdf
21. Fowler, S., Godfrey, H., Fader, M., Timoney, A. G., & Long, A. (2014). Living with a long-term, indwelling urinary catheter: Catheter users' experience. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing: official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 41(6), 597–603. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000069>
22. Chapple, A., Prinjha, S., & Feneley, R. (2015). Comparing transurethral and suprapubic catheterization for long-term bladder drainage: A qualitative study of the patients' perspective. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing: official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 42(2), 170–175. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000096>
23. Priede, A., & Reissing, E. D. (2024). Sexual expression in long-term care institutions: Are we ready for the baby boomer generation? *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillessement*, 43(4), 559–570. doi:10.1017/S0714980824000163
24. Roelofs, T. S. M., Luijkx, K. G., Cloin, M. C. M., & Embregts, P. J. C. M. (2019). The influence of organizational factors on the attitudes of residential care staff toward the sexuality of residents with dementia. *BMC Geriatrics*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-018-1023-9>
25. Rutgers, Disability Studies in Nederland, & Hogeschool Rotterdam. (2023). Veilige zorgrelatie in gehandicaptenzorg. Geraadpleegd op: <https://rutgers.nl/wp-content/uploads/2023/10/Rapport-Veilige-zorgrelatie-in-gehandicaptenzorg-2023.pdf>
26. Gewirtz-Meydan, A., Levkovich, I., Mock, M., Gur, U., & Ayalon, L. (2018). Promoting a discussion on later life sexuality: Lessons from sexologist physicians. *Sexual & Relationship Therapy*, 34(2), 193–210. <https://doi.org/10.1080/14681994.2018.1437258>
27. Ezhova, I., Savidge, L., Bonnett, C., Cassidy, J., Okwuokei, A., & Dickinson, T. (2020). Barriers to older adults seeking sexual health advice and treatment: A scoping review. *International Journal Of Nursing Studies*, 107, 103566. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103566>
28. Fasullo, K., McIntosh, E., Buchholz, S. W., Ruppar, T., & Ailey, S. (2022). LGBTQ older adults in long-term care settings: An integrative review to inform best practices. *Clinical gerontologist*, 45(5), 1087–1102. <https://doi.org/10.1080/07317115.2021.1947428>
29. Mahieu, L., Cavolo, A., & Gastmans, C. (2018). How do community-dwelling LGBT people

- perceive sexuality in residential aged care? A systematic literature review. *Aging & Mental Health*, 23(5), 529–540. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1428938>
30. Smith, R., & Wright, T. (2021). Older lesbian, gay, bisexual, transgender, queer and intersex peoples' experiences and perceptions of receiving home care services in the community: A systematic review. *International Journal Of Nursing Studies*, 118, 103907. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103907>
 31. Richtlijnen Jeugdhulp en Jeugdbescherming. (2020). Seksuele ontwikkeling. Geraadpleegd op: <https://www.richtlijnenjeugdhulp.nl/seksuele-ontwikkeling>
 32. Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN). (2021). Veranderende seksuele gezondheid. Geraadpleegd op: <https://kennisplatform.venvn.nl/onderwerp/veranderende-seksuele-gezondheid/>
 33. Nederlandse Vereniging voor Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG). (2016). Handreiking kindervens en anticonceptie bij mensen met een verstandelijke beperking. Geraadpleegd op: <https://nvavg.nl/wp-content/uploads/2017/02/2016-Handreiking-kinderwens-en-anticonceptie-def.pdf>
 34. Nederlands Jeugdinstituut. (2009). Richtlijn kindervens en ouderschap van mensen met een verstandelijke beperking. Geraadpleegd op: <https://www.nji.nl/databanken/richtlijnen/richtlijn-kinderwens-en-ouderschap-van-mensen-met-verstandelijke-beperkingen>
 35. Nederlands Huisartsen Genootschap. (2015). NHG-standaard seksuele klachten. Geraadpleegd op: <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/seksuele-klachten>
 36. GGZ Standaarden. (2018). Zorgstandaard seksuele disfuncties. Geraadpleegd op: <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/seksuele-disfuncties>
 37. Zorginstituut Nederland. (2024). Van zelfredzaam naar samenredzaam: Signalement passende langdurige zorg. Geraadpleegd op: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2024/08/29/signalement-passende-langdurige-zorg>
 38. Kennis Informele Zorg (2024). Beschikbaar op: <https://kennisinformelezorg.nl/wat-is-informele-zorg/>
 39. Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) (2021). Richtlijn Mantelzorg. Geraadpleegd op: <https://www.venvn.nl/media/u5oboc0o/richtlijn-mantelzorg-21-9-2021-2.pdf>
 40. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2024). Duidelijkheid over wat mantelzorgers en vrijwilligers mogen in de zorg. Geraadpleegd op: <https://www.igj.nl/actueel/nieuws/2024/06/04/duidelijkheid-over-wat-mantelzorgers-en-vrijwilligers-mogen-in-de-zorg>
 41. Vereniging voor Gerontopsychiatrie (z.d.). Wie zijn onze cliënten? Geraadpleegd op: <https://www.vvgp.net/>
 42. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. (z.d.). Definition of intellectual disability. Geraadpleegd op: <https://aaidd.org/intellectual-disability/definition>
 43. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. (z.d.). Vertegenwoordiger. Geraadpleegd op: <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/wet-zorg-en-dwangwzd/begrippen-4/vertegenwoordiger>
 44. Eerste contactpersoon voor zorginstelling. (z.d.). Geraadpleegd op: https://kennisbank.patientenfederatie.nl/app/answers/detail/a_id/1390/~/eerste-contactpersoon-voor-zorginstelling
 45. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2023). Het mag niet, het mag nooit: Voorkom seksueel grensoverschrijdend gedrag in de zorg en jeugdhulp. Geraadpleegd op:

- <https://www.igj.nl/documenten/2016/12/08/het-mag-niet-het-mag-nooit>
46. Nederlands Jeugdinstituut. (z.d.). Wat betekent lhbtqia+?. Geraadpleegd op: <https://www.nji.nl/seksualiteit-en-gender/wat-betekent-lhbtqia>
 47. Winer, C. (2024). Understanding asexuality: A sociological review. *Sociology Compass*, 18(6). <https://doi.org/10.1111/soc4.13240>
 48. Jones, C., Moyle, W., & Van Haitsma, K. (2021). Development of the 'Intimacy and Sexuality Expression Preference' tool for residential aged care. *Geriatric Nursing*, 42(4), 825–827. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.04.004>
 49. Jones, C., Moyle, W., Van Haitsma, K., & Hudson, C. (2024). Utilization of the Intimacy and Sexuality Expression Preference tool in long-term care: A case study. *Frontiers in Dementia*, 3, 1270569. <https://doi.org/10.3389/frdem.2024.1270569>
 50. De Wit, W., Roeg, D., & Embregts, P. J. C. M. (2023). Using concept mapping to explore the perspectives of people with mild to borderline intellectual disabilities toward sexual health. *Sexuality And Disability*, 41(3), 603–617. <https://doi.org/10.1007/s11195-023-09796-w>
 51. Annon, J. S. (1974). The PLISSIT model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *Journal Of Sex Education And Therapy*, 2(1). <https://doi.org/10.1080/01614576.1976.11074483>
 52. Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland & Kennisplein Gehandicaptensector. (2011). Seksualiteit en seksueel misbruik: Visie en beleid als basis voor goede zorg en kwaliteit van bestaan; praktische handvatten voor managers in de verstandelijk gehandicaptenzorg. Geraadpleegd op: https://www.vgn.nl/system/files/article/file/Seksualiteit%2Ben%2Bseksueel%2Bmisbruik_deel%2B1.p
 53. Roelofs, T. S., Luijkx, K. G., & Embregts, P. J. (2017). A person-centered approach to study intimacy and sexuality in residential care facility (RCF) clients with dementia: Methodological considerations and a guide to study design. *Neurorehabilitation*, 41(2), 359–373. <https://doi.org/10.3233/nre-172205>
 54. Kelder, I., Sneijder, P., Klarenbeek, A., & Laan, E. (2021). Communication practices in conversations about sexual health in medical healthcare settings: A systematic review. *Patient Education And Counseling*, 105(4), 858–868. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.07.049>
 55. AQUA-Leidraad (2021). Zorginstituut Nederland. Geraadpleegd op: <https://www.zorginzicht.nl/ontwikkeltools/ontwikkelen/aqua-leidraad>
 56. Hilbink, M., Ouwens, M., & Kool, T. (2013). De HARING-tools. Dertien instrumenten voor ondersteuning bij het opstellen, herzien, implementeren en evalueren van richtlijnen. ZonMw. Geraadpleegd op: <https://www.iqhealthcare.nl/media/56707/eindrapport.pdf>
 57. AGREE Next Steps Consortium. (2009, May). AGREE II. Instrument voor de beoordeling van richtlijnen. <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/ontwikkeltools-ontwikkelen/AGREE+instrument.pdf>
 58. Alonso-Coello, P., Oxman, A. D., Moberg, J., Brignardello-Petersen, R., Akl, E. A., Davoli, M., Treweek, S., Mustafa, R. A., Vandvik, P. O., Meerpohl, J., Guyatt, G. H., & Schünemann, H. J. (2016). GRADE Working Group. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: A systematic and transparent approach to making well-informed healthcare choices. *British Medical Journal*, 353, i2089. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2016>
 59. Elias, J., & Ryan, A. (2011). A review and commentary on the factors that influence expressions of sexuality by older people in care homes. *Journal Of Clinical Nursing*, 20(11–12), 1668–1676. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03409.x>
 60. Le, K., Bennich, M., & Strandberg, T. (2024). A scoping review on attitudes towards sexuality in

- residential aged care. *Health & Social Care in The Community*, 2024(1).
<https://doi.org/10.1155/2024/1478395>
61. Thornton, H., & Offord, R. (2015). Non-pharmacological management of sexual behaviours that challenge in dementia. *Reviews in Clinical Gerontology*, 25(3), 194–201.
<https://doi.org/10.1017/s0959259815000167>
 62. Van Tuijl, P., Tamminga, A., Meerkerk, G., Verboon, P., Leontjevas, R., & Van Lankveld, J. (2020). Three diagnoses for problematic hypersexuality; Which criteria predict help-seeking behavior? *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 17(18), 6907.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17186907>
 63. Engel, G.L. (1997). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
 64. Makimoto, K., Kang, H. S., Yamakawa, M., & Konno, R. (2014). An integrated literature review on sexuality of elderly nursing home residents with dementia. *International Journal Of Nursing Practice*, 21(S2), 80–90. <https://doi.org/10.1111/ijn.12317>
 65. Roelofs, T. S. M., Luijkx, K. G., & Embregts, P. J. C. M. (2014). Intimacy and sexuality of nursing home residents with dementia: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 27(3), 367–384. <https://doi.org/10.1017/s1041610214002373>
 66. De Wit, W., Van Oorsouw, W. M. W. J., & Embregts, P. J. C. M. (2022). Sexuality, education and support for people with intellectual disabilities: A systematic review of the attitudes of support staff and relatives. *Sexuality And Disability*, 40(2), 315–346. <https://doi.org/10.1007/s11195-021-09724-w>
 67. Stoffelen, J. (2018). Sexuality and intellectual disability [Doctoral thesis, Maastricht University]. Geraadpleegd op: <https://doi.org/10.26481/dis.20180711js>
 68. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2025). Wettelijke vertegenwoordiging. Geraadpleegd op: <https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/wettelijke-vertegenwoordiging/bewind-mentor-curatele>
 69. Bauer, M., Fetherstonhaugh, D., Tarzia, L., Nay, R., & Beattie, E. (2014). Supporting residents' expression of sexuality: The initial construction of a sexuality assessment tool for residential aged care facilities. *BMC Geriatrics*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-82>

10. Disclaimer

Op www.richtlijnenlangdurigezorg.nl publiceert SKILZ richtlijnen voor de langdurige zorg. Ondanks de zorg en aandacht die wordt besteed aan de informatie op www.richtlijnenlangdurigezorg.nl is het mogelijk dat inhoud niet volledig en/of onjuist is.

Aansprakelijkheid

SKILZ sluit alle aansprakelijkheid voor de opmaak en de inhoud van de richtlijnen uit, evenals gevolgen die de toepassing van de richtlijnen in de langdurige zorg mocht hebben uit. Richtlijnen Langdurige Zorg staat open voor het attenderen op (vermoedelijke) fouten c.q. onjuistheden in de inhoud of opmaak van de richtlijnen. Hiervoor kan contact worden opgenomen met vraag@richtlijnenlangdurigezorg.nl.

Intellectueel eigendom

Het intellectueel eigendom van de richtlijnen en de afgeleide producten, ligt bij de beheerder van de richtlijn. Voor eigen gebruik mag informatie worden gedownload en/of afgedrukt worden. Zonder voorafgaande toestemming van SKILZ mogen gepubliceerde bestanden (of delen daarvan) niet worden overgenomen, gepubliceerd of op een andere manier openbaar gemaakt of verveelvoudigd worden. U kunt een verzoek voor toestemming sturen aan SKILZ via bureau@skilz.nu SKILZ zal uw verzoek behandelen.

Het is toegestaan een directe link naar www.richtlijnenlangdurigezorg.nl te plaatsen op een andere website of direct te linken naar de richtlijnen op dit platform.